

医院党政管理制度汇编

湖北科技学院附属第二医院

二〇一八年五月

《医院党政管理制度汇编》编委会

主任委员：黎群武

副主任委员：陈克全 刘祖松 梅武轩 余后火 余开湖 查文良

委 员：邓卫东 樊学文 洪 丽 黄 忠 黎练军 雷振宇

钱定军 涂亚莉 王天龙 鄢爱平 余红光 余静萍

易世国 张 文 赵大运 周卫东

(按拼音字母排序)

秘 书：洪 丽 孙 婕 肖达明

中共湖北科技学院附属第二医院总支委员会文件

湖科附二党发[2018]13号

关于印发《湖北科技学院附属第二医院 党政管理制度汇编》的通知

各党支部、各科室：

为了持续推进医院管理制度化和科学化，提升管理水平和效率，结合医院工作实际和二甲复评要求，经广泛征求相关部门意见，院党政联席会议反复研究，决定对医院历年来相关管理制度进行系统梳理、修改和补充，出台《湖北科技学院附属第二医院党政管理制度汇编》，自发布之日起执行，此前与之不相一致的文件废止。

特此通知。

中共湖北科技学院附属第二医院党总支委员会

湖北科技学院附属第二医院

二〇一八年五月三日

主题词：管理制度汇编

抄 报：湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一八年五月三日印发

共印 40 份



目 录

湖北科技学院附属第二医院章程（草案）	3
党群相关制度	9
1、关于落实全面从严治党党总支主体责任的实施意见	11
2、关于落实全面从严治党基层党建主体责任的实施意见	18
3、关于落实党风廉政建设主体责任的实施意见	23
4、党政联席会议制度	26
5、党总支职责和工作制度	29
6、党支部职责和工作制度	33
7、党总支书记岗位职责	35
8、党支部书记岗位职责	36
9、党费收缴、使用和管理的规定	37
10、发展党员工作实施细则	39
11、发展党员公示试行办法	45
12、干部选拔任用管理办法	46
13、“三重一大”事项集体决策办法	63
14、医德医风领导小组办公室工作职责	66
15、医德医风考评细则及奖惩办法	67
16、医务人员行为规范	71
17、窗口服务人员行为规范	72
18、重点岗位、重点人员轮岗制度	72
19、廉政风险防范管理制度	73
20、定期收集院内外意见和建议的制度	80
21、第三方评价制度	83
22、投诉管理办法	84
23、意见箱开箱制度	88
24、内部审计制度	88



行政相关制度	91
25、院务公开制度	93
26、院务公开监督考核制度	94
27、新闻发言人制度	96
28、院长行政查房制度	97
29、行政会议管理制度	98
30、行政总值班工作制度	99
31、部门沟通协调制度	99
32、公务接待管理制度	100
33、公务车辆管理制度	102
34、公文管理制度	104
35、制度流程管理规定	106
36、文印室管理制度	108
37、收发室管理制度	108
38、会议室、接待室使用管理规定	109
39、印章使用规定	109
40、档案管理制度	110
41、保密工作制度	112
42、密件管理制度	113
43、密件借阅制度	113
人事相关制度	115
44、人事管理规定	117
45、编外用工人员管理（试行）办法	127
46、职工退休实施细则	129
47、职工休假与考勤管理暂行规定	130
48、医务人员外出进修管理规定	134
49、住院医师规范化培训人事管理暂行办法	135
50、人员紧急替代制度	136
51、院科两级人员紧急替代方案	137
52、外来短期工作人员技术资质管理规定与程序	139



53、专业技术人员任职资格审核、存档及监管制度	139
54、国内、外来访者资质与执业行为管理办法	140
55、新员工岗前培训制度	141
56、绩效工资分配方案	142
财务相关制度	149
57、财务工作制度	151
58、财务监督管理制度	151
59、医院财务会计内部控制制度	152
60、原始凭证管理制度	156
61、预算管理制度	156
62、成本核算制度	157
63、禁止任何部门设立“小金库”的财务管理制度	158
64、医院票据管理制度	160
65、会计岗位轮换制度	161
66、会计交接制度	161
67、会计档案管理制度	162
68、财务人员培训制度	163
69、退费管理制度	164
70、门诊收费室工作制度	165
71、门诊挂号制度	166
72、住院收费处工作制度	166
73、货币资金管理制度	167
74、本院职工借款的管理制度	168
75、支票管理制度	168
76、关于经费开支审批权限的管理制度	169
77、财务安全保卫制度	170
78、重大经济事项集体决策制度	170
79、医院物价管理工作制度	174
80、费用查询管理制度	175
81、医院收费复核制度	176
82、价格管理人员考核制度	176



83、价格公示管理制度	177
84、价格档案管理制度	178
85、新增医用耗材收费审批制度	178
86、医药价格信息管理制度	179
87、医药价格调价管理制度	179
88、医疗保险工作制度	180
89、住院登记审核制度	180
90、医保告知签字制度	181
91、医保用药管理制度	181
92、门诊就医管理制度	181
93、住院就医管理制度	182
94、医疗保险考核管理制度	183
95、医疗保险转诊转院制度	184
96、财务管理暂行办法	185
总务相关制度	199
97、消防安全管理规定	201
98、消防控制中心值班制度	201
99、消防控制中心火警处置程序	202
100、消防安全重点要害部位管理制度	202
101、消防设施、器材管理制度	203
102、安全疏散设施管理制度	204
103、消防安全例会制度	204
104、治安保卫工作制度	205
105、医院视频监控管理制度	205
106、物资采购制度	206
107、物资验收制度	206
108、仓库物资管理制度	206
109、领物制度	207
110、水、电、气使用管理规定	208
111、电工房工作制度	209
112、双电源管理制度	209



113、维修工作制度	210
114、卫生工作制度	210
115、环境卫生管理制度	210
116、院容院貌管理规定	211
117、关于保护院内绿化的规定	211
118、洗衣房工作制度	211
119、污水处理管理制度	212
120、外包业务管理制度	212
121、治安保卫应急预案	213
122、突发治安事件应急预案	214
123、医院应急后勤保障预案	215
124、后勤服务流程与规范	216
信息相关制度	223
125、信息化机房管理制度	225
126、数据存储介质管理制度	227
127、数据备份、恢复管理制度	228
128、信息系统安全措施	228
129、信息安全监管制度	230
130、信息系统操作权限分级制度	232
131、涉密计算机管理制度	233
132、医院信息监控制度	234
133、信息系统变更配置及发布管理制度	235
134、信息科交接班及值班制度	237
135、信息化培训制度	238
136、授权审批及人员离岗制度	239
137、医院信息资源共享制度	239
138、信息化工作沟通协调机制	240
139、医院统计工作制度	241
140、医院统计信息报送制度	242
141、医院统计信息报告问责制	243
142、医院运行与医疗业务指标数据统计收集管理规定	244



143、国有资产管理办法	245
144、招标投标管理办法	249
145、固定资产清查制度	253
药械相关制度	255
146、医院药事管理组织结构	257
147、关于调整药事管理委员会和药物治疗委员会的通知	257
148、医院药事管理与药物治疗学委员会章程	258
149、药事管理与药物治疗学委员会会议制度	261
150、抗菌药物应用管理办法	261
151、抗菌药物临床应用监测与评价制度	263
152、国家基本药物优先使用和合理使用制度	264
153、药品不良反应报告和监测管理制度	265
154、肠外营养治疗规范	267
155、激素类药物使用管理办法	277
156、突发与危急事件处置管理制度	280
157、处方点评制度和实施细则	281
158、麻醉药品、精神药品管理规定	283
159、终止妊娠药品使用管理制度	284
160、抗肿瘤药物使用管理制度	285
161、生物制剂临床使用管理办法	286
162、血液制剂使用管理办法	286
163、处方药使用管理制度	287
164、麻醉药品、第一类精神药品基数管理制度	288
165、医院特殊药品检查制度	288
166、急救、备用药品管理和使用及领用、补充管理制度及流程	289
167、超说明书用药管理规定与程序	290
168、首营企业和首营品种审核管理制度	294
169、药品采购管理制度	294
170、药品采购供应流程	295
171、临床药师工作制度	296
172、医疗设备管理委员会工作制度	296



173、医疗设备三级管理制度	297
174、医疗设备配置管理制度	300
175、医疗设备审批制度	300
176、医疗设备采购管理制度	301
177、医疗设备安装管理制度	302
178、医疗设备临床使用安全管理规范	303
179、医疗设备使用人员操作培训和考核制度	305
180、医疗设备临床使用和安全管理评估考核制度	305
181、大型医疗设备使用及评价管理制度	306
182、医疗设备维修制度	307
183、医疗设备三级保养制度	308
184、医疗设备日常维保制度	309
185、医疗设备报废管理制度	309
186、医疗设备（器材）损坏赔偿制度	310
187、计量管理制度	311
188、计量档案、技术资料使用保管制度	311
189、计量器具采购验收、入库领用和报废制度	312
190、计量器具周期检定制度	312
191、医疗设备质量控制及安全管理制度	312
192、医疗设备档案管理制度	315
193、急救与生命支持设备应急调配制度	315
194、应急医疗设备储备计划	316
195、医疗器械临床使用安全事件监测与报告制度	318
196、医疗设备意外事件防范制度	321
197、植入性医疗器械管理制度	322
精神卫生相关制度	325
198、严重精神障碍患者医疗救治工作制度	327
199、严重精神障碍患者医疗救治入院流程	328
200、严重精神障碍患者救治出院流程	329
201、严重精神障碍患者救治入、出院标准	330
202、流浪乞讨精神障碍患者医疗救治管理制度	330



203、咸宁市精神卫生中心流浪乞讨精神障碍患者医疗救治流程	332
204、严重精神障碍患者双向转诊制度	332
205、严重精神障碍发病报告与管理制度	333
206、严重精神障碍发病报告管理办法（试行）	335
207、严重精神障碍项目管理工作制度	336
208、严重精神障碍管理项目保密工作制度	336
209、严重精神障碍管理项目档案工作制度	337
210、精神残疾、智力残疾评定制度	337
211、精神残疾、智力残疾评定流程	338
212、鉴定人管理制度	338
饮食服务相关制度	339
213、饮食服务管理制度	341
214、食品留样管理制度	343
215、食品库房管理制度	344
216、从业人员个人卫生管理制度	344
217、面食制作管理制度	345
218、粗加工及切配管理制度	346
219、餐饮具洗消管理制度	346
220、除虫灭害管理制度	347



章 程



湖北科技学院附属第二医院章程 (草案)

第一章 总则

第一条 为规范本单位行为，根据国家民政部《事业单位登记管理暂行条例》及其实施细则，制定本章程。

第二条 本单位名称为湖北科技学院附属第二医院（以下简称“本院”），东门位于咸宁市温泉马柏大道168号，西门位于茶花路58号。

第三条 本院举办单位是湖北科技学院（以下简称“学校”）。

第四条 本院性质为普通高校直属公立医院，经费来源是财政拨款、医疗收入和其他收入，设立时申请开办资金为1031万元。

第二章 指导思想

第五条 本院的办院指导思想是：以马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想为行动指南。以质量求生存，以人才求发展，以学科显特色，以管理增效益，满足高等医学教育临床教学和人民群众医疗卫生服务需求。

第六条 本院的办院宗旨和业务范围是：以患者为中心，为人民身心健康提供医疗与护理服务，开展医疗护理、教学科研、疾病预防、保健康复、人员培训、健康教育、继续教育。诊疗科目有：预防保健科、内科、外科、妇产科、妇女保健科、儿科、儿童保健科、感染科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科、皮肤科、精神科、心理科、老年科、中医科、康复科、肿瘤科、麻醉科、影像科、超声科、机能科、检验科、病理科等。

第七条 本院功能定位是：特色突出，全面发展，医教融合，二级甲等综合医院。

第三章 组织架构

第八条 本院实行学校领导下的院长负责制。

第九条 学校作为举办单位享有以下职权：

- （一）批准和修正医院章程；
- （二）批准本院增加或者减少注册资本、清算等方案；
- （三）批准本院中长期战略发展规划；
- （四）批准本院年度财务预算和财务决算；
- （五）批准规定额度以上投资事项；
- （六）任命本院院长和其他班子成员；批复任免本院中层管理干部的请示；



- (七) 决定本院领导班子成员薪酬和绩效考核方案；
- (八) 向本院下达年度经营业绩考核目标和指标，并进行考核、评价和奖惩；
- (九) 对本院重大决策的实施进行跟踪监督，了解本院经营状况和财务状况；
- (十) 监督本院重要制度执行情况；
- (十一) 审核本院提交职工代表大会的院长工作报告和财务会计报告；
- (十二) 决定聘请独立的审计机构对本院进行定期和不定期审计；
- (十三) 法律、法规规定的其他职权。

第十条 本院党政联席会议的主要职权：

- (一) 研究并提出本院发展规划、财务预算及决算、投资计划、技术改造等方案；
- (二) 研究讨论本院“三重一大”事项（重大事项决策、重要干部任免、重要项目安排、大额资金的使用）；
- (三) 研究制定本院内部管理制度；
- (四) 研究提出本院年度重点工作计划；
- (五) 研究决定员工薪酬和绩效考核方案；
- (六) 研究决定本院其他需要决策的事务。

第十一条 本院职工代表大会享有以下职权：

- (一) 听取和讨论关于本院经营发展重大决策方案的报告，提出意见和建议；
- (二) 对涉及职工切身利益的重要改革方案和重要规章制度，提出意见和建议；
- (三) 民主评议本院领导班子成员，提出民主评议建议；
- (四) 审议法律、法规和本章程规定的其他需审议的事项。

第十二条 院长经事业单位登记管理机关核准登记，方取得本院法定代表人资格。

第十三条 院长主要行使下列职权：

- (一) 主持本院日常工作，全面负责医疗护理、教学科研、行政管理；
- (二) 组织实施本院年度重点工作计划；
- (三) 组织拟定本院内部管理制度；
- (四) 组织拟订和实施本院内部机构和选拔中层管理干部的设置方案，报学校审批；
- (五) 副职推荐权和中层干部聘任权；
- (六) 代表本院出席相关会议和活动；
- (七) 代表本院签署有关重要文件、合同、协议等。经院长委托，副院长可代行上述职权。

第四章 医疗管理

第十四条 持续改进服务态度和工作作风，建设德艺双馨的医疗队伍。

第十五条 各科室在本院领导、医务科和科主任领导下，负责本科室的医疗、教学、



科研及行政管理工作。

第十六条 制订以责任制为中心的医疗管理制度和各级人员职责，各科室遵照执行。

第十七条 本院遵循国家卫生行政部门颁布的十八项医疗核心制度。

第十八条 护理部负责全院护理临床、教学、科研管理工作。

第十九条 本院对医务人员进行定期和不定期培训考核，各科室应及时总结医疗经验和教训，加强易于发生医疗不安全环节、时节的管理。

第二十条 本院高度重视医疗安全管理，建立医疗责任评估机制，具体由医务科实施，其他部门配合。

第五章 党政管理

第二十一条 本院设党群办公室、院办公室、人事科、医务科、药械科、信息科、总务科、保卫科、财务科、审计科、护理部、门诊办公室、公共卫生办公室、精神卫生办公室、饮食服务中心等职能部门。

第二十二条 各科室按本院确定的工作职责行使职权。

第二十三条 本院党政联席会议原则上每周召开一次，会议精神由分管领导、各科室负责人及时传达至全体职工。

第二十四条 在学校党委和行政的领导下，党总支在本院工作中发挥政治核心和监督作用；指导医院管理团队贯彻落实党的路线、方针和政策，开展基层党组织建设工作，开展精神文明建设和职工思想政治工作，开展医德医风和职业道德教育等工作；本院依靠党总支，充分发挥工会、共青团、职代会等组织的作用。

第二十五条 如实向上级主管部门报告工作、反映情况，接受上级主管部门的检查、监督和指导。

第六章 卫生及安全

第二十六条 贯彻执行《医院感染管理办法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施细则》及《消毒管理办法》等有关规定。

第二十七条 建立健全医院感染监控组织，配备专（兼）职人员并认真履行职责。

第二十八条 制定感染监控方案、对策、措施效果评价和登记报告制度，定期或不定期进行考核与评价。

第二十九条 加强医院感染管理，经常性地对本院职工进行预防院感的宣传教育。

第三十条 加强对特殊区域（如手术室、消毒供应室、治疗室、换药室）清洁、消毒、无菌的管理，定期检查考核。

第三十一条 建立合理使用抗菌药物的管理办法，保证用药安全。

第三十二条 建立健全治安、消防安全管理制度，制定应急预案并实际演练，保障



医患的人身安全和本院的财产安全。

第七章 资产管理

第三十三条 执行国家规定的企业会计制度，依法进行会计核算，建立健全内部会计监督制度，保证会计资料合法、真实、准确、完整。

第三十四条 配备具有专业资格的会计人员。会计不得兼出纳。会计人员调动工作或离职时，必须与接管人员办清交接手续。

第三十五条 资产管理执行国家有关规定，任何单位、个人不得侵占、私分和挪用，并接受财政、税务、审计部门的监督。

第三十六条 本院接受的捐赠、资助，必须按照捐赠人、资助人的约定使用，并接受有关部门的监督。使用捐赠、资助的情况，应向登记管理机关报告并以适当方式向捐赠者、资助者公布。

第三十七条 本院的人事、工资、保险、福利待遇按照国家有关规定执行。

第三十八条 本院编制外聘用人员及员工的工资、保险、福利待遇等，按照国家对企业单位的有关规定执行。

第三十九条 院长变更时，须对前任院长进行任期内的经济责任审计。

第四十条 本院承诺按照国家法律、法规和《事业单位登记管理暂行条例》及其实施细则的规定，真实、完整、及时地披露相关资产信息。

第八章 终止和剩余资产处理

第四十一条 本院有以下情形之一的，应当终止：

- (一) 举办单位决定撤销；
- (二) 因合并、分立解散；
- (三) 法律、法规规定的应当注销登记的其他情形。

第四十二条 本院撤销应报湖北科技学院审批同意。

第四十三条 本院申请注销登记前，须由湖北科技学院成立清算组织，清理债权债务，处理善后事宜，完成清算工作。清算期间，不得开展清算工作以外的活动。

第四十四条 本院终止后的剩余财产，在湖北科技学院的监督下，按照有关法律、法规的规定处理。

第四十五条 清算工作结束，形成清算报告，经湖北科技学院审批同意，向事业单位登记管理机关申请注销登记。

第九章 章程修改

第四十六条 本院有下列情形之一的，应当修改章程：

- (一) 章程规定的事项与法律、法规的规定不符的；



- (二) 章程规定的事项发生变更，与实际情况不符的；
- (三) 举办单位决定修改章程等其他情形。

第四十七条 本院职工代表大会决议通过的章程修改案，报登记管理机关核准备案。涉及事业单位法人登记事项的，须向登记管理机关申请变更登记。

第十章 附则

第四十八条 本章程经湖北科技学院审查批准。

第四十九条 本章程根据《事业单位登记管理暂行条例》及其实施细则和国家有关法律、法规、规章及有关政策制定，由本院负责解释。

第五十条 本章程发布之日起生效。



党群相关制度



关于落实全面从严治党党总支 主体责任的实施意见

为深入学习和贯彻党的十九大精神以及习近平新时代中国特色社会主义思想，切实落实党中央关于全面从严治党的重大部署，根据《中国共产党章程》及有关党内法规，参照校党委有关文件，结合我院实际，制定本意见。

一、总体要求

党的十八大以来，以习近平同志为总书记的党中央提出了全面建成小康社会、全面深化改革、全面依法治国、全面从严治党的战略布局。全面从严治党，基础在全面，核心在从严，关键在责任落实。明确责任、落实责任、追究责任，对推进全面从严治党至关重要。

党总支要深入学习贯彻党的十九大精神和习近平新时代中国特色社会主义思想，牢固树立“抓好党建就是最大政绩”的理念，坚持党要管党、从严治党，以严的标准、严的措施、严的纪律，切实加强党的思想建设、组织建设、作风建设、反腐倡廉建设和制度建设，保持和发展党的先进性纯洁性，不断增强党的凝聚力、干部执行力和制度约束力，为加快推进临床医学院 / 附属第二医院科学发展提供坚强保证。

党总支要严格落实全面从严治党主体责任，充分发挥党的领导核心作用，把从严从实推进党的建设作为分内之事、应尽之责，全面提高党建工作科学化水平。党总支书记要严格履行第一责任，亲自抓、负总责；分管领导要严格履行分管责任，强化组织协调，具体抓、抓落实；班子其他成员要严格履行“一岗双责”，切实抓好分管领域党建工作。

党总支成员要率先垂范，带头落实全面从严治党政治责任，切实加强自身建设，自觉接受监督，推动形成一级抓一级、层层抓落实的工作格局。

二、责任内容

党总支责任：

（一）发挥党的领导核心作用。坚持正确的政治路线、政治立场、政治方向、政治道路，在思想上政治上行动上始终同以习近平同志为核心的党中央保持高度一致。坚定中国特色社会主义道路自信、理论自信、制度自信、文化自信，推动形成实现中华民族伟大复兴中国梦的强大力量。贯彻执行党的路线方针政策和国家法律法规，贯彻落实中央、省委和市委的决策部署，确保中央政令畅通，坚决维护党的集中统一和中央权威。全面领导本院的教学、医疗、科研、管理、服务和党的建设各方面工作。

（二）严明党的纪律。把纪律和规矩挺在前面，将政治纪律和政治规矩作为党员干部在政治方向、政治立场、政治言论、政治行动等方面必须遵守的刚性约束，教育和督促党员干部特别是领导干部对党忠诚、听党指挥。严明党的组织纪律，督促党员干部增强组



织观念和程序观念，自觉接受组织安排、坚决执行组织决定。严明党的廉洁纪律、群众纪律、工作纪律和生活纪律等，督促党员干部克己自律。

（三）加强思想理论建设。坚持把思想建党放在首位，深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，用中国特色社会主义理论体系武装头脑、指导实践、推动工作、教育群众。切实加强理想信念和党性修养教育，教育引导党员干部坚定马克思主义信仰，把好世界观、人生观、价值观“总开关”，自觉践行社会主义核心价值观。坚持党总支中心组学习制度，确保学习时间，提高学习质量。坚持党管意识形态、党管宣传、党管媒体，把网上舆论工作作为宣传思想工作的重中之重，定期分析研判、及时协调解决宣传思想领域重大问题，牢牢掌握党对意识形态工作领导权管理权和话语权。

（四）坚持民主集中制。坚持科学决策、民主决策、依法决策，健全完善领导班子决策运行机制。严格落实领导班子议事规则和决策程序，坚持集体领导，民主集中、个别酝酿、会议决定，集体讨论决定重大事项。严格落实集体领导与个人分工负责相结合的制度，督促党总支成员认真执行集体决定，勇于担当、敢于负责、切实履职。严格落实请示报告制度，定期向校党委报告工作，及时请示报告重大问题。

（五）严肃党内政治生活。严格落实领导班子民主生活会制度，督促党员干部用好批评与自我批评武器，坚持党性原则基础上的团结，提高领导班子发现和解决自身问题的能力。严格落实“三会一课”、民主评议党员、领导干部双重组织生活会等制度，确保党内政治生活正常化、经常化、规范化，营造良好政治生态和从政环境。坚持和完善党的代表大会、党代表任期、党内选举、党务公开等制度，切实落实党员知情权、参与权、选举权、监督权。

（六）选好用好干部。坚持党管干部原则，认真落实《党政领导干部选拔任用工作条例》、《湖北科技学院干部选拔任用管理办法》等规定，按照中央提出的“信念坚定、为民服务、勤政务实、敢于担当、清正廉洁”的好干部标准，着力培养选拔党和我们单位需要的好干部。

（七）从严教育管理监督干部。在校党委的统一领导下，大力支持和配合学校相关职能部门工作，加强干部教育培训，促进干部队伍素质能力全面提高。严格执行干部管理各项规定，加强对各级各类干部的监督，切实管到实处、严到份上。严格落实谈心谈话、提醒、函询和诫勉等干部日常管理监督制度，对干部小毛病小问题早打招呼、及时提醒。抓好处级干部个人有关事项报告和抽查核实，加强审计、信访举报等工作。加大治庸治懒力度，及时调整不胜任不称职干部。加强对干部八小时以外的监督，充分发挥群众监督、舆论监督、社会监督作用。

（八）加强基层党组织建设。坚持把抓基层打基础作为长远之计和固本之策，强化基层党组织政治功能和服务功能，以基层党建引领基层管理服务创新。纵深推进基层服务型党组织建设，切实做到为职工、学生和患者办好事、让他们好办事。选准配强管好支部



委员，持续整顿软弱涣散党支部组织，切实解决基层党建工作重点难点问题，加强党员队伍教育管理监督，抓好发展党员工作，稳妥处置不合格党员，推动广大党员发挥先锋模范作用。健全党内激励、关怀、帮扶机制，关心爱护基层干部。强化基层人、财、物和阵地保障，为各基层党组织开展工作提供必要条件。落实基层党建工作责任制，严格执行基层党建工作一书两册三台账四述评制度，推动基层党组织建设全面加强，全面过硬。

（九）持之以恒加强作风建设。坚持党的实事求是思想路线，引导党员干部从实际出发想问题、作决策、干工作，做到低调务实、少说多干，敢于担当、积极作为。贯彻落实中央八项规定精神和省委、市委实施意见以及湖北省高校党建十条，强化正风肃纪，深化“四风”整治，一个节点一个节点地抓，推进作风建设常态化、长效化。落实党员干部直接联系群众制度，推进在职党员参加志愿服务，推动党员干部经常深入一线，服务师生。巩固拓展教育实践活动成果，教育广大党员干部切实做到务实清廉，自觉践行“三严三实”，使好作风成为一种信念、一种习惯，一种风气、一种氛围。

（十）加强党风廉政建设和反腐败工作。落实党风廉政建设党总支主体责任，抓好本院党风廉政建设统筹谋划、安排部署、制度建设、检查考核等工作。大力配合纪委监委履行职责，坚决查处党员干部违纪案件，始终保持惩治腐败高压态势。

（十一）保障全面依法治院。加强和改进党对全面推进依法治院的领导。完善党政联席会议决策机制，抓好党内制度建设，着力提高党的建设制度化水平。督促党员干部模范遵守国家法律法规、学校和附二医院章程。

（十二）提高党总揽全局、协调各方的能力。加强党总支对各党支部的领导，切实保证党的路线方针政策和党委重大决策部署的贯彻落实。

（十三）加强党的统一战线工作。认真执行《中国共产党统一战线工作条例（试行）》，督促落实统一战线方针政策和法律法规，充分发挥统一战线的智慧和力量。注重发现、培养、使用、管理好党外代表人士，支持民主党派和无党派人士履行职责、发挥作用。

（十四）加强和改进对群团工作的组织领导。健全和落实党总支统一领导群团组织的制度，把群团建设纳入党建工作总体部署。完善党建带群建工作机制，推进党的群团工作改革创新，充分发挥群团组织作为党联系人民群众的桥梁和纽带作用，保持和增强政治性、先进性和群众性。

（十五）完善党总支抓党建相关制度。认真贯彻执行上级党组织关于党建工作的重大决策部署，研究制定并组织实施本院党建工作规划、制度和措施。定期听取党建工作汇报，研究解决重大问题。坚持党建工作与中心工作同部署、同落实，做到“两手抓、两促进”。

党总支书记责任：

（一）履行全面从严治党第一责任。及时传达贯彻上级党组织部署要求，定期主持召开党总支会议或党政联席会议，研究解决推进全面从严治党工作中存在的突出问题，做



到重要工作亲自部署、重大问题亲自过问、重点环节亲自协调。认真落实各级党组织书记上党课制度，每年为党员干部上党课不少于1次。严格执行全面从严治党各项制度，牢固树立纪律和规矩意识，在守纪律、讲规矩上作表率，践行“三严三实”，带头做到忠诚、干净、担当、实干，以上率下推动面上工作。

(二)督促班子成员认真履行分管责任和“一岗双责”。了解掌握班子成员思想政治、分管工作、廉洁自律、生活作风等方面情况，定期开展谈心谈话，切实加强教育、管理和监督。督促、指导、支持班子成员认真抓好分管领域党建工作，对思想不重视、工作不得力的及时提醒批评、限期整改。

(三)带头严格执行民主集中制。带头落实领导班子议事决策各项制度，充分发扬民主、又正确有效集中，做执行民主集中制的表率。带头遵守党内政治生活准则，提高党内政治生活质量，推动形成风清气正的良好政治环境和政治生态。

(四)充分发挥反腐倡廉表率作用。带头执行《中国共产党党员领导干部廉洁从政若干准则》，做到正确用权、秉公用权、廉洁用权，充分发挥表率作用。加强对查办违纪违法案件的领导，及时听取重大案件情况汇报，支持纪委监察部门依纪依法办案。

党建分管领导责任：

(一)履行全面从严治党分管责任。在党总支统一领导下，按照职责分工，尽职尽责落实上级党组织全面从严治党部署要求。定期组织研判党建工作形式，定期向党总支报告党建工作情况，当好党总支书记抓党的建设的参谋助手。牢固树立纪律和规矩意识，自觉做到忠诚、干净、担当、实干。

(二)抓好党建工作任务落实。根据党总支党建工作安排，牵头抓好具体组织实施。经常深入基层调查研究、督促指导，帮助基层党组织解决实际问题。统筹整合有关资源，落实党建工作人财物保障。

(三)推动党建工作队伍自身建设。坚持从严带队伍，加强党务干部教育、管理和监督，提高政治修养和专业素质，打造党性坚强、作风优良、纪律严明、业务精通的过硬队伍。

党总支班子其他成员责任：

(一)履行全面从严治党“一岗双责”。组织分管领域党组织认真贯彻落实党总支党建工作部署要求，坚持党建工作与分管业务工作一同推进，做到“两手抓、两促进”。牢固树立纪律和规矩意识，自觉做到忠诚、干净、担当、实干。

(二)加强对分管领域党建工作督促指导。结合分管工作开展调查研究，督促检查分管领域党建工作情况。定期约谈分管领域中层干部，及时发现纠正苗头性倾向性问题。统筹协调分管领域工作力量，配合支持党群办推进党建工作。

三、责任追究

加大问责力度，强化责任追究，督促党总支及其书记、分管领导和班子其他成员严格履行管党治党的政治责任。对履行责任不到位特别是有以下情形的，要严肃追究责任：



(一) 贯彻执行党的路线方针政策和国家法律法规不力，在政治路线、思想路线、组织路线等方面出现重大偏差，本单位或分管部门发生违反党的政治纪律和政治规矩问题的；

(二) 执行中央、市委和学校党委决策部署打折扣、做选择、搞变通，有令不行、有禁不止，阳奉阴违、自行其是，或擅自公开发表、出版同中央精神不符的言论、讲话、报告、文章、著作，口无遮拦、乱评乱议、散布谣言，造成严重后果的；

(三) 违背组织纪律和组织程序，重大问题不请示、不汇报，擅作主张、我行我素，超越权限办事、先斩后奏，拒不执行或擅自改变组织决定、跟组织讨价还价，拉帮结派、搞非组织活动，欺骗组织、对抗组织的；

(四) 放松领导班子思想理论建设，班子成员理想信念动摇，在重大原则问题上立场不坚定，关键时刻经不住考验的；

(五) 对意识形态领域出现的问题重视不够、引导不力、处置不当，引发重大舆情事件，造成恶劣影响的；

(六) 违背党的民主集中制原则，独断专行、搞家长制，或各自为政、软弱涣散，或决策严重失误，造成重大损失、恶劣影响的；

(七) 执行党的保密纪律不严，致使发生重大失密泄密事故，或跑风漏气，泄露党总支应当保密的会议内容和讨论情况的；

(八) 本单位或分管领域政治生态恶化，党内政治生活流于形式、形同虚设，不能解决自身问题，领导班子缺乏凝聚力、战斗力，干部群众反映强烈的；

(九) 在干部选拔任用工作中任人唯亲、营私舞弊，拉票贿选、买官卖官，本单位或分管领域用人上不正之风比较突出、干部群众反映强烈，或用人失察失误造成恶劣影响，以及对违反组织人事纪律行为查处不力的；

(十) 疏于对党员干部日常教育管理，执行干部监督制度规定不严格，对苗头性倾向性问题失察失管，致使领导班子成员或直接管辖下属问题频发的；

(十一) 执行个人有关事项报告制度不严格，领导班子成员不如实报告甚至隐瞒不报，党总支对应当报告的个人重大事项不掌握，或对干部档案管理不善、把关不严，出现弄虚作假、隐瞒不报等问题，造成恶劣影响的；

(十二) 忽视基层党组织和党员队伍建设，基层组织人员、经费、阵地等投入保障不力，致使下属基层党组织较大面积软弱涣散、无法正常工作，或因监管执纪不严，致使基层干部违纪违法问题频发，以及在基层组织换届中拉票贿选等问题比较突出的；

(十三) 违反作风建设有关规定，本单位或分管领域“四风”问题频发，不敢担当、不负责任、慵懒散拖、不作为乱作为现象突出，出现顶风违纪搞公款吃喝、旅游和送礼等问题，或发生严重损害群众利益问题，造成恶劣影响的；

(十四) 落实党风廉政建设主体责任和监督责任不到位，党风廉政建设制度存在明



显漏洞，本单位或分管领域短期连续发生重大腐败案件，或对严重违纪违法放任、纵容、袒护、包庇、压案不查、阻挠调查的；

（十五）领导班子成员对配偶、子女及其配偶和身边工作人员教育管理不严、约束不力，默许其利用自身职权或职务上的影响谋取不正当利益，纵容其擅权干政，影响政策制定和人事安排、干预正常工作运行的；

（十六）法治观念淡薄，党内法规制度执行不力，不依法履行职责，依法依规应当及时作出决策但久拖不决，或干预司法活动、插手具体案件，造成不良影响和后果的；

（十七）在发挥党总支政治核心作用方面存在明显不足，致使上级党委重大决策部署和本院党政工作安排难以贯彻落实，造成严重后果的；

（十八）对党的统一战线、群团工作重视不够、领导不力，贯彻党的统战、群团工作方针政策和相关法律法规出现偏差，致使民主党派和无党派人士工作、党外知识分子工作、民族工作、宗教工作等发生重大失误，或群团组织虚化弱化，难以正常工作、发挥作用，群众反映强烈的；

（十九）对本单位或分管领域党的建设中反复出现、影响面较大的问题，匿情不报或不及时解决整改，造成严重后果的；

（二十）其他不履行全面从严治党责任，造成严重后果的。

坚持实事求是，明确责任主体。针对上述情形，区分党总支和职能部门的责任，集体和个人责任，党总支书记、副书记、分管领导和班子其他成员责任。坚持教育和惩处相结合，明确责任追究方式。对不履行或不正确履行全面从严治党责任的，按照干部管理权限，视情节轻重，给予约谈诫勉、责令作出书面检查、通报批评、调整职务、停职检查、引咎辞职、责令辞职、免职和降职等处理；应当追究纪律责任的，依照有关规定给予纪律处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。责任追究程序参照《关于实行党政领导干部问责的暂行规定》执行。坚持动真碰硬，严格责任追究。受到责令作出书面检查以上处理的党总支或班子成员，取消其当年年度考核评优和评选各类先进的资格。受到调整职务处理的，一年内不得提拔；受到引咎辞职、责令辞职、免职处理的，一年内不安排职务，两年内不得担任高于原任职务层次的职务；受到降职处理的，两年内不得提升职务。同时受到党纪政纪处分和组织处理的，按影响期较长的执行。对引咎辞职、责令辞职、免职、降职的领导干部，影响期满后如重新担任与原任职务相当的领导职务，要严格考察、从严把关，除按照干部管理权限履行审批手续外，还应当征求上一级党委组织部门的意见。

四、保障措施

（一）严格报告述职制度。党总支每年至少听取1次全面从严治党工作专题报告，党建工作领导小组每半年至少召开1次工作会议，及时研究解决管党治党重点难点问题。党总支书记每年应向上级党组织就落实全面从严治党第一责任、抓好党建工作进行述职；纪检、组织、宣传、统战等领域分管领导要向党总支和上级有关部门，就履行从严治党分



管责任进行述职；党总支其他班子成员要结合述职述廉、民主生活会对照检查等，就履行“一岗双责”、抓分管领域党建工作进行述职，确保全面从严治党责任落到实处。

（二）强化考核评价机制。建立完善对党总支委员、党支部委员和全院中层以上干部落实全面从严治党的考核制度。

（三）完善督促检查机制。把落实全面从严治党责任情况作为检查的重要内容，不留空白、不留死角。坚持有错必纠、有责必问，对不履行或不正确履行全面从严治党的中层领导班子及成员进行责任倒查，对在党的建设方面出现重大问题的部门和单位实行“一案双查”，既追究当事人责任，又追究相关领导责任。

（四）健全协作联动机制。党群办要加强统筹协调，每年制定党建工作要点，不定期召开工作协调推进会，督促重点任务落实。党总支成员特别是分管纪检、组织、宣传、统战等工作的总支成员要知责明责、履责尽责，相互支持、密切配合，认真抓好职责范围内的党建工作，形成齐抓共管的工作合力。各党支部要根据本意见，结合实际研究提出具体措施。



关于落实全面从严治党基层党建 主体责任的实施意见

为认真贯彻落实党要管党、从严治党要求，为加强我院建设发展提供坚强的思想政治组织保证，临床医学院 / 附属第二医院党总支提出如下意见。

一、强化理论武装，打牢思想建党根基

1. 深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神。把学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神作为首要政治任务，以临床医学院 / 附属第二医院党总支理论学习中心组为龙头、科级以上干部为重点，坚持读原著、学原文、悟原理，不断深化马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想的学习，切实用马克思主义中国化最新成果武装头脑、指导实践、推动工作。扎实推进学习型党组织建设，使广大党员干部成为习近平总书记系列重要讲话精神的主动学习者、自觉实践者和模范贯彻者，自觉向以习近平同志为核心的党中央看齐、向党的理论路线方针政策看齐。

2. 抓好理想信念教育。以党总支中心组学习、支部主题党日等方式广泛开展马克思主义哲学、党史、国史、社会主义发展史、改革开放史的学习教育，深入开展形势政策学习教育，加强党章和《中国共产党廉洁自律准则》《中国共产党纪律处分条例》等党规党纪教育，强化党性锻炼，坚定理想信念，补足精神之“钙”，把牢思想和行动的“总开关”，不断增强道路自信、理论自信、制度自信。

3. 加强社会主义道德和法治教育。抓好中央《关于培育和践行社会主义核心价值观的意见》贯彻落实，加强精神文明建设，深入开展创建文明单位、文明科室活动。加强职业道德建设，开展中华优秀传统文化教育，深化学雷锋志愿服务、道德讲堂等活动，选树身边典型，以优良党风促院风带学风。加强党内法规、宪法和法律学习，提高党员干部法治思维和依法履职能力，做尊法学法守法用法的模范。

4. 提升党员干部能力素质。牢固树立和践行创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念，切实加强党员干部能力建设，着力克服能力不足、本领恐慌的问题。开展精准化的理论、政策、教学、医疗、科研、管理、法规培训，不断提高党员干部业务技能和综合素质，增强服务全面深化改革的能力、推动创新发展的能力、依法抓管理的能力、联系服务群众的能力。

5. 加强和改进全院思想政治工作。贯彻落实中央《党委（党组）意识形态工作责任制实施办法》及学校实施细则，积极探索网络、新媒体环境下开展思想政治工作的新途径、新办法，切实筑牢意识形态防线。开展经常性的谈心谈话活动，及时了解党员干部思想动



态。院科两级干部要带头做好思想政治工作，坚持解决思想问题同解决实际问题相结合，着力解决基层党员干部学习、工作和生活中的实际问题，实施干部职工身心健康服务工程，不断增强思想政治工作的针对性和实效性。各党支部要切实掌握基层党员干部思想动态，重视党外干部思想政治工作，巩固共同思想政治基础。

二、细化管党治党责任，完善基层党建工作机制

6. 健全完善基层党建工作责任制。牢固树立“把抓好党建作为最大的政绩”的理念，强化“抓好党建是本职、不抓党建是失职、抓不好党建是不称职”的意识，实行党建工作责任清单制度，总支书记是我院党建工作第一责任人，对全面从严治党负总责，要抓班子、带队伍、作表率；班子成员对分管部门的党建工作负领导责任；支部书记负责落实基层党建各项工作任务，努力形成聚精会神抓党建的整体合力。

7. 强化党总支抓党建的主体责任。党总支要切实加强对基层党的工作的领导和指导，落实组织领导、宣传教育、选人用人管人、源头防治标本兼治、支持上级纪检监察机构履行监督责任等职责。坚持党建工作与业务工作一起谋划、一起部署、一起考核，确保学校党委各项决策部署在本院的全面贯彻落实。建立党总支成员基层党建工作联系点，指导基层党建工作，积极参加基层党的活动，发挥表率作用。

8. 落实党总支推进基层党建工作的主体责任。院党总支紧紧围绕“服务中心、建设队伍”的要求，开展党的思想、组织、作风、反腐倡廉、制度建设工作，并在提拔任用干部、决定重大事项等工作中充分发挥政治保证和监督把关作用。在学校党委指导下，认真谋划和扎实推进本单位基层党建工作。加强基层党的统战工作，发挥统一战线成员的优势和作用，支持院分工会、职代会、共青团等群团组织开展相应的工作。

9. 明确党支部抓好党建任务落实的主体责任。党支部要在党总支的领导下，充分发挥政治功能和服务功能，认真落实上级党组织工作要求，抓好党员政治理论学习，严格执行“三会一课”制度、组织生活会制度、民主评议党员等制度，强化对党员的教育、管理、监督和服务，不断提高党支部工作的规范化、制度化和科学化水平。按照“坚持标准、保证质量、改善结构、慎重发展”的方针，认真做好发展党员工作，确保党员质量。注重统筹安排，做到党建工作与业务工作有机结合，把党建各项要求最终落到党支部和每个党员，使从严治党要求真正落地生根。

三、严肃党内生活，营造良好政治生态

10. 认真执行民主集中制。严守党的组织纪律，自觉做到“四个服从”。坚持集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，集体决策“三重一大”事项，促进科学决策、民主决策、依法决策。充分发扬党内民主，内部讨论允许有不同意见，同时善于进行正确集中，防止议而不决、决而不行。加强对“一把手”的监督制约，重点加强对执行民主集中制情况的监督检查，对执行不力、出现重大失误的，依照有关规定严肃问责追责。

11. 切实提高民主生活会质量。用好批评与自我批评武器，开展积极健康的思想斗争，



让咬耳扯袖、红脸出汗成为常态，不断增强党内政治生活的政治性原则性战斗性，提高解决自身矛盾和问题的能力。党总支民主生活会，由学校纪委、党委组织部共同管理，加强督促、指导，派人参加党总支民主生活会及时汇总有关情况报告学校党委。

12. 严格组织生活制度。健全“三会一课”、组织生活会、民主生活会、党员党性分析和民主评议、主题党日等制度，丰富党内生活内容，创新组织生活形式，增强党内生活的针对性、实效性和吸引力，使每名党员都受到党内生活的严格教育。各级党组织要定期检查党员参加组织生活的情况并向全体党员通报。严肃党员领导干部双重组织生活会制度，有关情况向学校党委报告。

四、进一步夯实基础，充分发挥基层党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用

13. 加强基层党组织建设。大力加强基层党组织基本组织、基本队伍、基本活动、基本制度和基本保障建设，健全组织领导体系、服务群众体系、推动发展体系、宣传教育体系、民主管理体系，推动基层党组织建设全面进步、全面过硬。深入开展“红旗党支部”创建活动，坚持和完善“双带头人”培育工程工作机制。加强党总支和支部委员会自身建设，注重发挥总支委员和支部委员作用，总结推广基层党支部工作法，提升基层党组织整体功能。

14. 从严教育管理党员。广泛开展“学党章党规、学系列讲话，做合格党员”学习教育，坚定党员信念信仰，引导广大党员进一步强化党章党规党纪意识，时常用党章约束自己的言行。设立党员先锋岗、责任区，开展党员承诺践诺、技能竞赛、岗位练兵、在职党员到社区报到志愿服务等活动，搭建发挥党员作用的平台，引导广大党员立足本职创先争优，在转型发展上做尖兵、在落实上当能手、在服务上做模范、在业务上争一流。贯彻落实中央《关于加强新形势下发展党员和党员管理工作的意见》，制定落实党员发展规划，调控优化党员队伍结构，及时处置不合格党员。做好离退休党员、流动党员管理服务。认真落实《推进领导干部能上能下若干规定（试行）》和领导干部个人有关事项报告、述职述廉、廉政谈话等制度，确保党员干部队伍的先进性和纯洁性。

15. 健全党内激励关怀帮扶机制。加大先进基层党组织、优秀共产党员和优秀党务工作者的宣传力度，充分发挥先进典型的示范引领作用。注重人文关怀，坚持从思想、工作、生活上关心和爱护党员，积极帮助党员排忧解难，把党组织的温暖传递给每一个党员，把基层党组织建成“党员之家”，增强党员干部对事业的认同感、对组织的归属感、对同志的亲情感。

16. 进一步强化基层党组织对群团工作的领导。建立健全关心重视和支持群团工作的机制，把群团建设纳入基层党建工作总体规划和部署，抓好群团组织干部队伍建设，统筹基层党群组织资源配置，提供足额的工作经费保障，支持群团组织发挥各自优势和作用，不断巩固和扩大党执政的群众基础。

五、持续改进作风，着力构建作风建设长效机制



17. 践行“三严三实”要求。总结、运用党的群众路线教育实践活动和“三严三实”专题教育创造的宝贵经验和有效做法，推进作风建设常态化长效化。坚持把“三严三实”融入经常性学习教育，在立根固本、落细落小、修枝剪叶和从谏如流上下功夫，引导党员干部深学细照笃行，使之内化于心、外化于行。把“三严三实”作为党员干部的基本遵循和行为准则，把践行落实情况作为干部考核评价和选拔任用的重要依据，培养造就一支具有铁一般信仰、铁一般信念、铁一般纪律、铁一般担当的党员干部队伍。

18. 持之以恒纠正“四风”。坚持不懈贯彻落实中央八项规定精神和省委六条意见、《党政机关国内公务接待管理规定》《湖北科技学院厉行节约反对浪费实施细则》等制度，紧盯重要时间节点，聚焦突出问题，厉行“三短一简一俭”，大力开展行风评议、明察暗访、投诉举报查处等专项行动，着力解决享乐奢靡“为官不为”等突出问题。严格落实问责追责制，加大对顶风违纪、情节严重、影响恶劣的部门和个人的问责追责力度，依纪依规严肃处理，并公开曝光。

19. 健全党员干部联系服务群众制度。引导党员干部深入基层、深入群众，自觉践行全心全意为人民服务的根本宗旨和党的群众路线。

六、坚持把纪律挺在前面，扎实推进机关党风廉政建设

20. 严守党的政治纪律和政治规矩。切实增强政治意识、大局意识、核心意识、看齐意识，自觉在思想上政治上行动上同党中央保持高度一致，做到“五个必须、五个决不允许”，坚决防止“七个有之”等问题。院党总支要结合实际，制定严明党的政治纪律和政治规矩的具体措施，定期就遵守党章、执行政治纪律政治规矩的情况开展专项检查，并作为民主生活会和组织生活会的重要内容进行对照检查，及时发现纠正和处理违反政治纪律和政治规矩的行为。

21. 自觉运用监督执纪“四种形态”。坚持抓早抓小，对苗头性、倾向性问题早提醒、早处理。强化执纪问责，着力整治和查处发生在重点领域、关键环节以及群众身边的不正之风和腐败问题；加强纪律审查力度，始终保持惩治腐败的高压态势。

22. 强化党内监督和社会监督。通过严格组织生活、党员定期评议、及时谈话提醒等，对党员特别是领导干部遵守党章和其他党内法规、执行党的路线方针政策、严明党的纪律、贯彻民主集中制、保障党员权利、选拔任用干部、联系群众、遵纪守法、廉洁自律以及贯彻落实学校党委、行政重大工作部署等情况进行监督，促其自觉养成在监督下工作生活的习惯。大力推行民主评议等制度，全面推进党务院务公开，利用媒体、网络等，广泛接受社会监督，形成监督合力。

23. 探索建立反腐倡廉的长效机制。认真开展党风廉政建设宣传教育活动，扎实推进基层廉政文化建设，不断增强党员干部拒腐防变的免疫力。持续深化改革，强化权力运行制约监督，有效堵塞体制机制制度方面的漏洞。

七、加强党务干部队伍建设，努力打造基层党建“铁军”



24. 选优配强基层党务干部。注重把政治素质高、工作能力强、既懂业务又悟党建的优秀干部选拔到党务岗位。一般按照师生员工总数的1%左右的比例配备专职党务工作者。

25. 强化党务干部管理。加强党务干部任前考察、任职谈话、培训考核等环节的管理，建设一支政治坚定、结构合理、精干高效、充满活力的基层专兼职党务工作人员队伍。实施党务干部培训工程，确保每名基层党组织负责人任期内至少参加一次轮训。

26. 推进专职党务干部岗位轮换。建立专职党务干部与业务干部岗位轮换机制，加强基层党务工作人员与行政、业务工作人员之间的双向交流。院党总支要关心党务干部成长，对优秀的基层党务干部，要积极向党委组织部和学校党委推荐，提出使用意见和建议。

八、落实党建工作要求，提高基层党建科学化水平。

27. 切实加强对基层党建工作的领导。结合党总支成员和院领导班子分工，建立党总支成员基层党建工作联系点。院党总支每年至少听取一次基层党建工作的情况汇报，专题研究基层党建工作，解决基层党的建设中的突出问题。院党总支在基层党的工作上，要主动接受党委组织部的指导。

28. 健全基层党建工作考核奖惩机制。加大对抓党建的考核权重，把党建工作考严、考准、考实。开展一书两册三台账四述评，每年开展一次党建述职评议考核。对党建工作考核实绩突出的总支书记、支部书记优先提拔重用；对考核不合格的，不能担任同职级的行政职务。对不落实基层党建工作责任制的；党政领导班子及所属党组织班子不团结，影响正常工作的；干部管理教育不严，出现违法违纪事件的；严重处事不公，群众合理诉求长期得不到解决，引起群众强烈不满和集体上访，影响稳定的；政治敏锐性不强，矛盾隐患排查不力，发生重大群体性事件，或故意迟报、虚报甚至隐瞒不报，造成重大社会不良影响的；以及其它因工作不到位而导致严重不良后果情况之一的，视为“不作为”，党总支视其情节轻重，分别给予相关责任人诫勉谈话、通报批评、调整岗位或降免职处理。其中，对党总支成员及所属干部出现违法违纪事件并被立案审查的，列入一票否决范围，取消当年评先资格。

29. 创新基层党建工作品牌。积极适应全面从严治党新常态，按照先进性、典型性和示范性的要求，立足“一院一品”，按照务实抓党建、从严抓党建、开放抓党建、创新抓党建的要求，坚持问题导向，科学设计载体，真正把“一院一品”活动打造成基层党建工作的特色品牌。通过活动开展，不断激发党员干部爱岗敬业、干事创业的工作激情。

30. 深化基层党建理论研究。围绕基层党的建设重大理论和实践问题，深入开展调查研究，总结典型经验，重点研究落实从严治党责任制、严格党内政治生活、严明党的纪律、加强党风廉政建设、推进基层党建制度改革和实践创新等重大问题，探索服务中心、建设队伍的有效途径和方式，创新“互联网+党建”工作模式，推进基层党建工作与时俱进，努力开创基层党的建设新局面。



关于落实党风廉政建设主体责任的实施意见

为深入贯彻党的十九大、十九届中央纪委二次全会和习近平总书记关于加强党风廉政建设系列讲话精神，以及《中共湖北科技学院委员会落实党风廉政建设主体责任实施意见》（湖北党发[2014]20号）文件精神，结合我院实际，制定以下实施意见：

一、落实党风廉政建设主体责任的总体要求

落实党风廉政建设责任制，党总支是落实党要管党、从严治党，深入推进党风廉政建设和反腐败斗争的根本要求。要深刻认识加强党风廉政建设和反腐败工作的极端重要性，准确把握党总支主体责任的基本内涵，把各项规定和制度要求落到实处。我院党总支将按照学校党委统一部署要求，切实落实好本单位在党风廉政教育、制度、监督等方面的主体责任。

二、全面落实党总支主体责任

（一）党总支的集体责任

院党总支要以高度的政治责任感，与时俱进抓好党风廉政建设和反腐败工作，切实担负起统一领导、直接主抓、全面落实的主体责任，把反腐倡廉工作纳入临床医学院 / 附属第二医院发展建设总体布局，列入领导班子目标管理，统一研究部署、统一组织实施、统一检查考核，确保任务落实。

1. 加强组织领导。坚决贯彻落实上级部署署要求，研究制定党风廉政建设工作计划、目标要求和具体措施，对党风廉政建设工作任务进行责任分解，明确领导班子在党风廉政建设中的职责和任务分工，并按照计划推动落实。定期听取党风廉政建设和反腐败工作情况汇报，研究分析党风廉政建设的新形势，解决党风廉政建设工作中存在的重要问题，确保各项工作任务任务的落实。

2. 完善体制机制。进一步优化党风廉政建设领导体制和工作机制，完善临床医学院 / 附属第二医院党风廉政建设责任制领导小组职能，明确职责任务。督促各党支部、院内各部门、履行主体责任；督促各职能部门充分履职、各负其责、齐抓共管，形成抓党风廉政建设的整体合力。

3. 选好用好干部。严格执行《党政领导干部选拔任用工作条例》，健全科学的干部教育培养机制、选拔任用机制、考核评价机制，充分发挥师生员工、干部个人和各级党组织的作用，加强对干部选拔任用工作的监督，坚决防止和纠正选人用人上的不正之风，严肃查处选人用人上的违规违纪问题。坚持对领导班子和党员干部严格要求、严格教育、严格管理、严格监督。

4. 抓好作风建设。深入贯彻落实中央八项规定精神和上级要求，严明党的纪律，大力弘扬党的优良作风，落实“质量立院、人才强院、举科技旗、走特色路”的办学和办院



方针，加强对党员干部的教育管理工作，切实解决党风政风、师德师风、教风学风、医德医风特别是“四风”方面存在的突出问题，健全作风建设长效机制，及时纠正损害教职工、学生和患者利益的不正之风，树立全院党员干部为民务实的清廉形象。

5. 配合和支持查办案件。配合和支持校纪检监察处依纪依规履行职责，及时听取工作汇报，协调解决重大问题。全力支持和保障纪委执纪办案，加大案件查办力度，做到有案必查、有腐必惩，始终保持严惩腐败的高压态势。坚持抓早抓小、防微杜渐，及时纠正，做到早发现、早教育、早查处。

6. 深入推进源头治理。加强惩治和预防腐败体系建设，深入开展党风廉政教育，加强廉政文化建设，营造廉荣贪耻的院内文化氛围，完善党风廉政建设制度体系，建立廉政风险识别、评估、预警、防控一体化的信息化反腐工作网络，形成不想腐、不能腐、不敢腐的长效机制。

7. 强化权力制约和监督。积极构建决策科学、执行坚决、监督有力的权力运行体系，形成科学有效的权力制约和协调机制。坚持用制度管权管事管人，落实信息公开有关规定，深化党务、院务公开，推动阳光治院。有效整合资源，构建立体式的监督网络，强化对权力运行的全过程监督。

（二）党总支书记的第一责任

院党总支书记对临床医学院 / 附属第二医院党风廉政建设“负总责”，是党风廉政建设的第一责任人，要坚持对全院党风廉政建设和反腐败重要工作亲自部署、重大问题亲自过问、重点环节亲自协调、重要案件亲自督办。

8. 加强研究部署。根据党中央、中央纪委关于党风廉政建设的部署和要求，结合学校和医院实际，对党风廉政建设工作及时作出具体部署和安排。主持召开专题会议，听取工作汇报，分析研究本院党风廉政建设和反腐败工作现状，及时解决存在的突出问题，总支纪检委员和各党支部纪检委员切实履行监督责任。对容易滋生腐败的薄弱环节加强调查研究，建立完善有效管用的制度规定。

9. 准确把握廉政状况。及时全面掌握全院党风廉政建设、反腐败工作状况和全院中层以上干部廉洁自律状况。

10. 大力支持纪委工作。推动院内各部门的协调配合，及时排除查办案件工作中的干扰和阻力，重要环节亲自协调、重要案件亲自督办。

11. 高度重视廉政教育。把党风廉政建设理论和党纪法规作为学习的重要内容，不断增强廉洁从政的思想自觉和行动自觉。定期组织并主动参加党风廉政建设系列教育活动，支持和参与廉政文化建设，营造廉荣贪耻的工作氛围。

12. 带头开展检查督促。坚持平时检查和年终考核相结合，主动参加落实党风廉政建设责任制情况检查考核，对被检查部门（单位）提出要求。

13. 定期接待来信来访。完善信访机制，健全院领导定期接访制度，认真处理群众来



信来访，切实解决本院反映强烈的热点难点问题。

14. 做廉洁从政表率。模范遵守中央八项规定精神和省委六条意见以及党员领导干部廉洁从政有关规定。严格按制度管权管人管事，自觉接受监督，促进权力依法依规行使。抓好班子、带好队伍，加强对亲属、身边工作人员的教育、监督和管理，对存在的问题及时提醒，并督促整改。

（三）院党总支其他班子成员分管范围内的领导责任

院党总支其他班子成员对分管范围的党风廉政建设负主要领导责任，在分管范围内也是党风廉政建设的第一责任人。根据工作分工，认真履行“一岗双责”责任，定期研究、布置、检查和报告分管范围内的党风廉政建设工作情况，把党风廉政建设要求融入到各自分管工作中，完善制度规定，加强风险防控。

15. 主动研究部署。院党总支常务副书记协助党总支书记抓好分管范围内的党风廉政建设工作，分析职责范围内的党风廉政建设现状，并有针对性地指导党群办制定与分管工作相符合的党风廉政建设工作计划和推进措施，坚持做到分管工作与党风廉政建设同部署、同研究、同落实。

16. 支持查办案件。对发生在分管范围内的违纪违规案件，及时揭露，支持执纪执法机关及时查处。

17. 加强督促指导。对分管范围内的党风廉政建设工作开展经常性的督促指导，对存在的突出问题督促整改，并及时制定防控措施和办法。

18. 参加检查考核。坚持平时检查和年终考核相结合，积极参与对分管部门党风廉政建设工作的检查考核。

19. 严格廉洁自律。认真执行中央八项规定精神和省委六条意见以及党员领导干部廉洁从政有关规定。严格按制度管权管人管事，自觉接受监督，促进权力规范运行。教育管理好亲属、身边工作人员，对存在的问题及时提醒，并督促整改。院党总支务必坚守“不抓党风廉政建设是失职、抓不好党风廉政建设是渎职”的理念，既要對事业发展负责，同时也要对干部职工负责，将党风廉政建设作为重要内容纳入总支工作。

20. 建立责任体系。总支书记和院长“一岗双责”，是党风廉政建设的第一责任人。同时要层层传递压力，全员覆盖，从总支书记、副书记、院长、副院长，到干部、普通员工，形成党风廉政建设的责任链条。院党政联席会议研究本单位廉政建设贯彻落实、宣传教育、监督预防具体办法，班子成员在自己从事的领域严格履行廉政建设职责，作本单位表率。

21. 推进制度建设。建立健全人、财、物系列管理制度，并抓好制度的执行。

22. 落实风险点防控。针对绩效分配、人事调整、职称评聘、奖助学金等，强化管理，推进院务公开，主动接受群众监督。

23. 强化学习教育。落实班子民主生活会制度，加强班子的团结；落实总支学习制度，



加强警示教育，警钟长鸣；贯彻落实群众路线，与广大职工保持密切联系；强化师德师风和医德医风建设，对违纪违规苗头性问题进行及时处理，对违纪违规问题及时上报。

（四）党员干部和全体员工责任

24. 职工廉洁从业。党员干部带头践行社会主义核心价值观，全体职工自觉守职业道德规范，不断提升思想素质、职业精神和廉洁意识，廉洁从教，廉洁从医，保持良好的师德师风和医德医风。

25. 学生廉洁修身。加强廉政文化传承创新，认真贯彻落实《关于在大中小学全面开展廉洁教育的意见》，把廉洁教育融入国民教育体系，推进廉洁教育进校园、进教材、进课堂、进头脑。

三、落实党总支责任的保障措施

1. 述职述廉和民主评议制度。严格按照校党委要求开展年度考核与述职述廉工作，全院副处级以上干部年终述职述廉集中报告履行党风廉政建设责任情况和干部个人廉洁自律等情况，接受民主评议。评议结果纳入干部考核体系，作为奖惩使用的重要依据。

2. 廉政谈话制度。院领导班子成员，班子成员与分管联系的部门主要负责同志每年廉政谈话不少于一次，把廉政谈话作为党风廉政建设责任制检查考核、任前教育的重要内容，提醒督促落实党风廉政建设主体责任。

3. 自查自纠制度。结合年终综合目标考评标准和工作细则，党群办对院内党风廉政建设情况进行自查，对存在问题提交院党政联席会议研究，及时整改。

4. 强化责任追究。对院内违反或不履行党风廉政建设责任制，致使不正之风滋长蔓延，或出现腐败问题而不制止、不查处、不报告的，进行责任倒查，并根据《湖北科技学院党政领导干部问责制实施办法》的规定，对相关人员进行责任追究。

党政联席会议制度

第一章 总 则

第一条 根据《湖北科技学院教学院党政联席会议制度》（湖科党组[2016]23号）文件精神，结合本院实际，制定本制度。

第二条 湖北科技学院临床医学院和附属第二医院党政一套班子、两块牌子。

第三条 党政联席会议是临床医学院 / 附属第二医院管理决策的基本形式。临床医学院 / 附属第二医院工作中的重大事项，须经党政联席会议讨论决定。

第四条 党政联席会议实行民主集中制，坚持集体领导和个人分工负责相结合的制度，按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则议事决策。



第二章 议事范围

第五条 党政联席会议讨论决定的重大事项为：

（一）学习传达党和国家方针政策，学校党委、行政的决议、决定和重要会议精神，研究本单位贯彻落实学校党委、行政各项决议、决定的措施；

（二）研究制定本单位的发展规划和年度计划、年度总结，重要改革措施和重要规章制度；

（三）研究制定内设机构的设置、调整方案，就上述事项形成向学校呈报的意见；

（四）研究本单位党的建设和思想政治工作、领导班子建设、学生教育管理、临床医疗业务的建设和发展、群团组织建设和统一战线工作、安全稳定和精神文明建设工作需要集体研究决定的事项；

（五）研究本单位职工年度考核结果与奖惩决定，以及其他评优评先工作中需要集体研究决定的事项；

（六）研究本单位年度经费预算、大额资金使用、大宗设备采购、绩效工资分配方案、办院资源调配方案等事宜；

（七）研究本单位师资和卫生专业队伍建设、专业技术职务评聘、学科建设、专业建设、实验室建设等医疗、教学、科研和行政管理中需要集体研究决定的事项；

（八）研究学生招生就业创业工作、社会服务、对外合作以及国际交流合作中需要集体研究决定的事项；

（九）党政主要负责人认为需要由党政联席会议讨论决定的其它重要事项。

第三章 会议组织

第六条 党政联席会议成员由临床医学院 / 附属第二医院党政领导班子成员等人员组成。党群办、院办、综合办公室主任列席会议；也可以根据会议内容由本院党政主要负责人商定需要列席会议的其他人员；讨论决定涉及职工利益的重大事项，列席人员范围应扩大到党总支委员、学科带头人、专业负责人、科室主任、二级工会主席等。

第七条 湖北科技学院临床医学院 / 附属第二医院党政联席会议分别由本院党总支书记或院长主持，党建、群团、思想政治工作和考核奖惩范畴的归属党总支会议内容；临床医疗及相关业务、教学、科研、后勤保障等行政管理工作范畴的归属院行政会议内容。

第八条 党政联席会议成员有三分之二以上到会方能召开。因故不能出席会议的，需向会议主持人请假。不能出席会议的成员，对会议议题有意见和建议，可在会前提出。如遇紧急情况，在与会人员达不到应到会成员三分之二时也可以召开会议，但在时间和条件许可的情况下应通过电话等远程技术手段听取未到会成员意见。党政联席会议一般每月至少召开一次，特殊需要时可临时召集会议。



第九条 党政联席会议议事时，凡涉及到本人以及有夫妻关系、直系血亲关系、近姻亲关系的问题时，有关成员应主动回避。

第十条 会议通知、组织由院办公室负责，会议主持人根据议题内容指定与会人员（一般是院办公室主任或副主任）做好会议记录，并在会后及时整理形成会议纪要，会议纪要经会议主持人审定，连同会议记录存档。

第四章 议题确定

第十一条 党政主要负责人根据工作需要确定党政联席会议议题。党政联席会议其他成员需要提交会议讨论的问题应事先向党政主要负责人提出，由党政主要负责人审查后确定是否列入会议议题。未经党政主要负责人会前审定的议题，且又非突发性重大事件，不得临时动议列入本院党政联席会议的议程。

第十二条 院党政主要负责人会前要对提交党政联席会议讨论的需要决策的议题充分沟通，交换意见，形成共识。

第十三条 做好会前准备工作，除临时召集外，党政联席会议的议题和有关资料要提前告知与会人员，以便做好议事准备。议题内容主管负责人会前应做充分调研，听取各方面意见，提出可供选择的方案。凡涉及本院长远发展的重大问题和教职员工切身利益的重要事项，会前必须广泛征求意见，充分酝酿讨论。

第五章 议事程序

第十四条 党政联席会议坚持一事一议，由提出议题的成员作简要说明，出席会议的其他成员充分发表意见，然后再做决定。

第十五条 党政联席会议议事，必须按照少数服从多数的原则，经应出席会议的成员半数以上通过方为有效。与会成员应当发表同意、不同意或缓议等明确意见。在充分讨论的基础上，采取口头表决、举手表决或无记名投票等方式进行表决。如对讨论的议题存在分歧，则不宜匆忙作出决定，待进一步调研、论证、充分协商后讨论决定。

第十六条 对未能出席会议的成员，会后由主持人或指定专人向其转告本次会议的情况及其决定。

第十七条 党政联席会议需要保密的有关内容和决议、决定形成的过程必须严格保密，对于泄密者要按照有关规定追究责任。

第十八条 党政联席会议研究决定的内容，必要时应向分管校领导和学校有关部门报告，需要公布周知的应以适当形式向本院职工公开。

第六章 决定或决议的执行与监督

第十九条 对党政联席会议的决定或决议有不同意见可以保留，或向分管校领导反映，但在本级或上级组织未作出改变之前必须无条件执行。



第二十条 对党政联席会议的决定决议，会议成员应按照集体的决定和各自的分工认真组织落实，并将落实情况及时向党政主要负责人报告。

第二十一条 党政联席会议成员在具体执行党政联席会议的决定或决议的过程中，不得擅自改变决定或决议的精神。如确需变更决定或决议，或急需作出新的决定，但又来不及召开党政联席会议的，可以由党政主要负责人协商决定，但事后须及时向党政联席会议成员通报，并需由党政联席会议予以确认。

第七章 附 则

第二十二条 本制度执行情况纳入校党委对临床医学院 / 附属第二医院领导班子及其成员考核内容。对违反本制度的干部，视其情节给予批评教育或组织处理。

第二十三条 本制度自发布之日起施行。

党总支职责和工作制度

第一章 总 则

第一条 为了加强和改善党的领导，发挥党总支在本院的政治核心作用，根据新修订的《中国共产党章程》和《中国共产党普通高等学校基层组织工作条例》，结合我院实际，制定本制度。

第二条 党总支是在学校党委领导下的一级党的基层组织，是本单位的政治核心，负责领导本单位党的建设、思想政治工作和群众工作，对本单位贯彻、执行党的路线、方针、政策及各级党组织的决议，完成本单位的各项任务起保证监督作用，并参与本单位行政管理工作中重大问题的讨论和决定。

第三条 党总支要解放思想，实事求是，与时俱进，紧紧围绕学校及本单位中心工作加强党组织建设，保证本单位各项任务的顺利完成；要研究新情况，解决新问题，创造新方法，充实新内容，总结新经验；严格党内生活，严肃党纪，建立党员队伍的自我纯洁机制，保持党员队伍的先进性和纯洁性。

第二章 党总支的设置

第四条 党总支委员会一般由 7 至 9 人组成，委员由党员大会选举产生，报校党委批准；党总支一般设组织、宣传、纪检、统战等委员，党总支书记、副书记由基层党总支委员会选举产生，报校党委批准，根据工作需要亦可由学校党委直接任命。院长为中共党员时一般要兼任党总支副书记。

第五条 党总支委员任期 4 年，一般情况下应按期换届，因特殊情况需要提前或延期换届的，必须经校党委同意，延期时间最长不得超过一年，委员空缺应及时增补。



第六条 党总支书记、副书记应忠诚于马克思主义，并有较好的马克思主义理论素养，党性强，修养好，有党的实际工作经验，坚决贯彻党的路线方针政策，具有开拓创新精神，善于做思想政治工作，作风正派，不谋私利，敢于同错误倾向作斗争，密切联系群众，有较高的群众威信，有较强的组织协调能力，熟悉本单位工作规律并有奉献精神。

第三章 党总支的主要职责

第七条 党总支要宣传和执行党的路线、方针、政策；宣传和执行上级组织及本组织的决议、决定；并为其贯彻落实发挥保证监督作用，保证正确的办院方向。

第八条 党总支应通过党政联席会议，讨论和决定本单位重要事项。支持本单位行政领导班子和负责人在其职责范围内独立负责地开展工作。

第九条 党总支要抓好党的思想建设、组织建设、作风建设、制度建设和反腐倡廉建设；党总支工作应紧紧围绕学校和本单位的中心工作来开展，要结合本单位的实际，创造性地开展工作，发挥政治核心作用，团结带领师生员工努力完成本单位的各项任务，推动本单位科学发展，具体指导党支部开展工作。

第十条 党总支应按照建设学习型党组织的要求，组织党员认真学习马克思列宁主义、毛泽东思想，邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想，学习党的路线、方针、政策及决议，学习党的基本知识、学习党章党规、学习习近平同志系列重要讲话精神，学习科学、文化和业务知识，进行共产主义远大理想教育；对师生员工进行坚持党的四项基本原则和党的基本路线教育，进行爱国主义、集体主义、革命传统和民主法制、党风廉政等方面教育。

第十一条 党总支全面领导和统一部署本单位的思想政治工作和德育工作，促进和谐校园建设。党总支要加强社会主义精神文明建设，紧密结合形势任务、学校及本单位中心工作和师生员工的思想实际，充分利用现代化教育手段，开展生动活泼、有实效的思想政治工作，不断提高职工思想政治素质，引导他们正确处理国家、集体和个人利益关系；要以理想信念教育为核心，以爱国主义教育为重点，以思想道德教育为基础，以大学生全面发展为目标，坚持以人为本，贴近实际，贴近生活，贴近学生，努力提高思想政治教育的针对性、实效性和吸引力、感染力。加强校园文化建设，形成积极进取、健康向上的价值观念、道德规范和行为准则，建立有社会主义特色的大学文化；紧紧围绕培养目标，不断加强和改进职工和大学生德育工作，动员和组织职工教书育人、管理育人、服务育人，要通过行之有效的方式，对职工和大学生开展社会公德、职业道德和家庭美德的相关教育，提高职工和大学生的道德水平。

第十二条 党总支要加强自身建设。加强学习，努力把党总支建成学习型的基层党组织；讲党性、讲团结，凡要求党员群众做到的，总支委员应率先做到；严格执行民主集中制的组织原则，坚持集体领导和个人分工负责相结合，充分发挥每个委员的作用，凡属



重大问题都应经集体讨论决定；党总支书记应以身作则，团结一班人，共同做好党的工作，并经常向学校党委汇报工作；党总支书记、副书记应坚持过双重组织生活（支部组织生活会和党总支民主生活会）；负责党政班子的理论学习、民主生活会。

第十三条 党总支要加强和改进党支部组织建设，使所属党支部充分发挥战斗堡垒作用，广大党员充分发挥先锋模范作用。加强对所属支部工作的指导，选好配强党务干部队伍；探索基层党组织活动新的形式、内容和方法，严格党内组织生活，做好评优工作；加强党员先进性教育，使党员增强党性观念，树立共产主义远大理想和信念，全心全意为人民服务，解决好思想上真正入党问题；充分调动党员的积极性、主动性和创造性，在学校改革、建设和发展中发挥聪明才智；认真开展批评与自我批评，注重提高党员素质，对不履行党员义务或违纪的党员，要及时教育、批评直至组织处理；保障党员正确行使权利，保障党员权利不受到侵犯。

第十四条 党总支要做好发展党员工作，要坚持标准、保证质量、严格程序，成熟一个发展一个。认真制定发展党员计划，经常检查、指导所属党支部发展党员工作，及时解决出现的问题；注重在学生、青年教师和高学历、高职称人员中发展党员；加强对积极分子的培养、教育和考察；严格履行发展党员审批程序。负责本单位暂缓就业毕业生党员教育管理服务工作，积极探索行之有效的方式方法，取得实效。

第十五条 党总支要加强党的作风建设。注意深入群众，关心群众的工作和生活，倾听群众的呼声，畅通民主渠道，协同行政及时解决群众的实际问题。党总支的各项工作必须坚持一切从实际出发、实事求是的精神，反对弄虚作假；要教育党员模范地遵纪守法，廉洁奉公，坚决同消极腐败现象作斗争。

第十六条 党总支领导和行政领导要互通情况，相互支持，密切配合。党政领导班子研究重要问题前，应事先做好沟通工作。

第十七条 党总支要抓好本单位领导班子建设。总支书记要把班子建设作为一项重要工作来抓，加强理论学习，定期召开民主生活会，加强班子成员之间的沟通与协调，提高领导班子成员的政治素质和思想觉悟，努力把班子建设成为“政治素质好、工作业绩好、团结协作好、作风形象好、清正廉洁好”的五好班子领导集体。

第十八条 党总支要根据党管干部的原则和干部管理权限，配合学校党委做好本单位干部的选拔、教育、培养、考核和监督工作。做好学生辅导员、班主任的配备、管理工作。对所在单位行政领导班子的配备和领导干部的选拔，党总支可以向学校党委提出建议，并协助校党委组织部门进行考察。

第十九条 党总支领导本单位工会、共青团、学生会等群团组织。要支持他们按照各自的章程独立开展工作。工会、共青团组织的选举要按照有关章程办理；要加强民主建设，充分发挥教代会、职代会作用，维护师生员工的民主权利，逐步完善本单位的民主管理和民主监督机制。



第二十条 党总支要认真贯彻、执行党的统战政策，做好统战工作。要关心党外人士的思想、工作和生活情况；会同行政领导，定期向本单位民主党派和无党派人士通报情况，听取他们的意见，充分发挥他们的积极作用。要建立总支委员联系民主党派人士和党外学术骨干、管理骨干工作制度。

第二十一条 党总支要做好综合维稳工作。要会同行政经常对本单位师生员工进行保密、安全教育，落实有关规章制度和防范措施；关注师生员工思想动态以及热点、难点问题，发现问题及时处理或报告，保持校园和谐稳定。

第四章 党总支的工作制度

第二十二条 党总支要建立党建工作计划、党建目标责任书与党建工作总结制度。每年初，根据学校党委的工作计划制定出本单位工作计划及目标责任书，并上交学校党委组织部，年末对计划执行情况要进行自查和总结，上交总结报告。

第二十三条 党总支要建立党员大会制度。每学年至少召开一次党员大会，传达党的方针、政策，报告学校及本单位的改革、建设与发展的一些重要工作。

第二十四条 党总支要完善民主生活会制度。每学年至少召开一次民主生活会，总结各自负责的工作执行情况，开展批评与自我批评，交流思想。

第二十五条 党总支要建立党总支、党支部书记工作会议制度、党政班子联席会议制度、党内重要情况通报制度等。

第二十六条 党总支要建立党风廉政建设责任制。加强思想政治教育，有效防范各种违纪行为的发生，对党组织和党员反映的问题，应当认真处理。

第五章 附 则

第二十七条 本制度自发布之日起施行。



党支部职责和工作制度

第一章 总则

第一条 为加强基层党支部建设，发挥基层党支部的战斗堡垒作用和广大党员的先锋模范作用，根据《中国共产党章程》和《中国共产党普通高等学校基层组织工作条例》等有关文件精神，结合我院工作实际，制订本制度。

第二章 党支部的设置与支部委员会的建设

第二条 有正式党员达到3人以上的单位或班级可以成立党支部。

职工党支部要根据党员人数和有利于开展活动、发挥作用的原则设置。职工党支部一般按内设科室、教学团队、实验实训中心等临床教学科研单位设置。

学生党支部一般按班级、年级、专业设置，负责学生工作的教师党员应编入学生党支部。

机关、后勤等部门的职工党支部一般按部门设置，也可与业务相近的单位联合成立党支部。

第三条 党支部委员的人数，应根据支部党员人数和工作需要确定。不足7名党员的支部，一般不设支部委员会，由支部党员大会直接选举产生书记一名，必要时可增选副书记一名。有7名以上党员的支部可建立支部委员会。支部委员会一般以3-5人组成为宜。

支部委员会一般可设书记、组织委员、宣传委员、纪检委员、统战委员。委员人数较少一般设书记、副书记和纪检委员。

第四条 支部委员会由支部党员大会选举产生。经选举产生的党支部正副书记，应上报党总支批准，支部书记报学校党委组织部备案。支部书记一般应由党性强、政治素质好、热心党务工作、工作认真负责、具有奉献精神和一定党务工作经验的党员担任。

为贯彻落实“双带头人工程”，教工党支部书记应由教研室主任担任，机关、后勤等部门支部书记由本部门负责人担任。

第五条 支部委员会是支部的领导机关，负责处理支部的日常工作。支部委员会每届任期三年；任期内支部委员如有缺额，应及时召开支部大会补选。支部委员会对支部大会负责，贯彻执行支部大会决议。每学期至少向支部大会报告工作一次，接受支部全体党员的审议和监督。

第三章 党支部主要工作职责

第六条 党支部要宣传和贯彻党的基本路线和教育方针，执行上级党组织的决议。组织党员认真学习马克思主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想，科学



发展观和习近平新时代中国特色社会主义思想，学习党章党规。通过“两学一做”学习教育、“主题党日+”等系列活动，教育党员坚定共产主义信念，树立正确人生观和世界观，坚定走有中国特色社会主义道路的信念，提高坚持党的基本路线的自觉性，模范执行党的各项方针政策，坚持全心全意为人民服务的宗旨，做合格共产党员。

第七条 党支部要严格组织生活，加强对党员的教育、管理和监督。发挥党员在学习、教书育人工作、思想政治工作、文体活动以及遵守党纪国法和校规校纪等方面的模范带头作用。要求党员带领广大教职工（学生）端正工作（学习）态度，明确工作（学习）目标，努力完成工作（学习）任务，坚持德能勤绩廉（德智体）全面发展，努力成为有理想、有道德、有文化、有纪律的社会主义建设者和接班人。

第八条 党支部要落实“三会一课”（党小组会、支部委员会、组织生活会和党课）制度以及党员联系群众制度、党员向支部汇报思想和工作的制度。开好每年一次的组织生活会，在党员中积极开展批评和自我批评；做好每学年一次的民主评议、党支部建设目标管理评估和“争先创优”工作；每年至少组织一次党课。

第九条 党支部要落实每月一次“主题党日+”活动制度，做到有计划、有考勤、有记录、有小结。要使“主题党日+”活动切合实际、富有新意、生动活泼。落实一书两册三台账四级述评考工作和考核制。

第十条 党支部要密切联系群众，做群众的知心朋友，经常了解和定期分析教职工（学生）的思想状况，主动及时地向上级党组织反映教职工（学生）的意见、要求、思想动态和思想状况。提出加强和改进教职工（学生）思想政治工作的建议措施，积极做好教职工（学生）的思想政治工作。

第十一条 党支部要认真贯彻“坚持标准，保证质量，改善结构，慎重发展”的方针，积极做好发展党员工作，不断壮大入党积极分子队伍。关心并指导党章学习小组经常开展活动，把发展教职工（学生）党员工作的着眼点放在入党积极分子的培养上。有计划地做好对入党对象的培养、教育和考察工作。坚持成熟一个发展一个的原则，把那些一贯表现好、具备党员条件的优秀教职工（学生）及时吸收入党。严格按照《湖北科技学院发展党员工作程序》和《湖北科技学院发展党员公示试行办法》履行入党手续，切实保证新党员质量。在学校党委和党总支的指导下，切实做好本支部党员组织关系暂时保管的党员教育管理服务工作。

第十二条 党支部书记要主动、经常地同本单位行政领导交流思想、沟通情况，协调一致。积极支持行政领导开展工作，教育和团结全体党员和工作人员，努力完成行政布置的各项工作任务。

教职工党支部书记要参与本单位行政管理工作中重大问题的讨论和决定，对本单位的重要问题，如发展规划、年度计划、人事调动、提职升级、奖惩等应参与研究决策。对影响较大的问题要在党员大会上通报。



学生党支部书记要具体指导和帮助团总支、学生会等学生群众团体开展工作，支持他们根据学生特点开展各种有益于身心健康的活动。

第十三条 党支部要定期召开支委会和支部党员大会，听取支部负责人汇报工作情况，提出改进支部工作的意见和建议。

第十四条 党支部要严格按照党章规定，认真做好党费收缴、组织关系接转工作。

第四章 附 则

第十五条 本规定自发布之日起施行。

党总支书记岗位职责

一、负责抓好党的思想建设。密切结合临床医学院 / 附属第二医院的中心工作，组织党员学习马列主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观和习近平新时代中国特色社会主义思想，贯彻党的路线、方针和政策，不断提高党员的思想政治素质，使党员在各自岗位工作中起到先锋模范作用。

二、负责抓好党的组织建设。负责领导和督促检查各党支部执行有关党员教育、管理的各项制度，负责主持召开党总支委员会、党总支民主生活会，组织好每年一次的党支部建设目标管理评估、民主评议党员和推优评先活动。推进“一书两册三台账四述评”工作和考核制度。

三、负责制定和实施发展党员工作计划。组织开展多种形式的活动，对入党积极分子进行党的基本知识和党的宗旨教育，及时吸收符合党员条件的优秀分子入党。

四、负责干部的教育、培养和考察工作。根据党管干部的原则，按照干部管理权限，与行政负责人一起，配合学校组织部门，做好所在部门的各级干部的选拔、教育、培养、考核和监督，指导下属基层党支部做好所有干部的教育和管理工作。

五、负责职工和学生的思想政治教育工作。树立良好的党风、校风、院风、教风、学风和医德医风，团结和带领全体党员和群众齐心协力，做好部门教学、医疗、科研和管理服务工作。根据学校党委的思想政治工作计划安排，组织开展多种形式的思想政治教育活动。注意开展职工和学生的工作、学习、生活、思想等方面情况的调研，有针对性地做好思想工作。

六、负责抓好党风廉政建设。建立、健全各级领导干部党风廉政建设责任制，经常对党员干部进行党风、党纪和政纪教育，协助上级纪监审部门及时查处党员违纪行为，受理党员的控告和申诉。

七、坚持党的民主集中制。遵循集体领导与个人分工负责相结合的原则，积极支持行政领导按其职责权限充分行使职权，参与本单位发展规划、专业设置、学科建设、改革



方案、师资培训、人事安排、经费使用、职称评聘、人员出国、招生宣传以及涉及面广的群众福利等重大事项的讨论与决定，并通过党组织的工作，保证各项工作的顺利实施。

八、领导二级工会、二级职代会、共青团、学生会等群众组织开展工作，充分发挥他们的作用。

九、做好统战工作，召开民主党派、无党派人士和归侨、侨眷的座谈会、征求意见会，建立总支委员联系民主党派人士和党外学术骨干、管理骨干工作制度。

十、做好退休老同志的工作。关心他们的身体健康和生活福利，为他们排忧解难，并充分发挥老同志的余热。

十一、组织每学期党总支工作的计划制订和总结，执行三级述评考工作和制度，重大事项及时向上级党委汇报。

十二、副书记根据党总支工作分工，协助书记做好上述工作和自己分管的工作。书记不在时，由副书记主持总支日常工作。

十三、完成学校党委下达的其它工作。

党支部书记岗位职责

一、负责宣传和执行党的路线、方针、政策，执行上级党组织的决议。根据上级党组织的安排和支部的实际，组织党员开展政治学习活动。扎实开展“两学一做”、“两访两创”，拓展和深化“主题党日”活动。

二、坚持“三会一课”制度，并不断改进内容和形式，注重提高质量。主持好组织生活会，严格党的组织生活，用创新的精神改进支部组织生活的内容和方式，提高组织生活的质量和效果。

三、健全和完善党建工作制度，做好对党员的教育、管理和监督。落实“一书两册三台账四级述评考”工作和考核制度。结合本支部的情况研究拟订工作计划，提出落实的具体措施，及时提交支部委员会和支部党员大会讨论决定。

四、认真贯彻“坚持标准，保证质量，改善结构，慎重发展”的方针，积极做好发展党员工作。做好培养和考察入党积极分子的工作，尤其重视培养医疗、教学科研骨干和优秀大学生加入党组织的工作，要认真建立考察档案，每学期至少要研究一次入党积极分子的情况，对基本符合条件的积极分子及时送上级党校学习，严格按照党章的要求履行入党手续，及时把优秀的师生员工吸收到党的队伍中来。同时要做好预备党员三个月一次口头思想汇报，半年一次书面思想汇报工作，对合格的预备党员要按时讨论转正。

五、抓好本单位的思想教育工作。密切联系群众，定期深入调查分析教职员工和学生的思想动态，结合工作特点，有针对性、经常性地做好党员和师生员工的思想政治工作。

六、严格按照党章规定和要求，认真做好党费的收缴、使用和管理的工作，做好组织



关系接转、党员排查和流动党员管理工作。

七、完成上级党组织下达的其他任务。

党费收缴、使用和管理的规定

按照党章规定向党组织交纳党费，是共产党员必须具备的起码条件，是党员对党组织应尽的义务。党费收缴、使用和管理，是党的基层组织建设和党员队伍建设中的一项重要工作。为了适应形势发展的要求，进一步加强和改进党费收缴、使用、管理工作，根据中共中央组织部《关于中国共产党党费收缴、使用和管理的规定》（中组发〔2008〕3号）精神，结合本院实际情况，制定本规定。

一、党费收缴

1. 按月领取工资的党员，每月以工资总额中相对固定的、经常性的工资收入（税后）为计算基数，按规定比例交纳党费。我院在职职工党员月交纳党费计算基数为岗位工资、薪级工资、基础绩效、津贴结余津贴之和，扣除个人所得税后的余额。事业编制外的其他党员月交纳党费计算基数参照以上标准执行，为工资总额中相对固定的、经常性的收入之和，扣除个人所得税后的余额。

2. 党员交纳党费的比例为：每月交纳党费基数在3000元以下（含3000元）者，月党费按计算基数的5%交纳；3000元以上至5000元（含5000元）者，按1%交纳；5000元以上至10000元（含10000元）者，按1.5%交纳；10000元以上者，按2%交纳。

3. 离退休干部和职工中的党员，月交纳党费计算基数为基本离退休费和结余津贴二项之和。计算基数在5000元以下（含5000元）的按0.5%交纳，5000元以上的按1%交纳。

4. 学生和无固定工资收入的党员，依靠抚恤或救济生活的党员、领取当地最低生活保障金的党员每月交纳党费0.2元。

5. 交纳党费确有困难的党员，经党支部研究，报党总支审批后，可以少交或免交党费。

6. 预备党员从支部大会通过其为预备党员之日起交纳党费。

7. 党员一般应当向其正式组织关系所在的党支部交纳党费。持临时组织关系来我校学习、工作的党员，所在党组织可以代收党费。

8. 党员工资收入发生变化后，从按新工资标准领取工资的当月起，以新的工资收入为基数，按照规定比例交纳党费。

9. 党员自愿多交党费不限。自愿一次多交纳1000元以上的党费，全部上缴中央。由学校党委组织部代收，并提供该党员的简要情况，通过省委组织部转交中央组织部。中央组织部给本人出具收据。

10. 党员应当增强党员意识，主动按月交纳党费。一般每月应在“支部主题党日”活动中向党支部交纳党费，党支部、党总支逐级汇总后于月底前上交学校财务处。



11. 遇到特殊情况，经党支部同意，可以每季度交纳一次党费，也可以委托其亲属或者其他党员代为交纳或者补交党费。补交党费的时间一般不得超过6个月。

12. 对不按照规定交纳党费的党员，其所在党组织应及时对其进行批评教育、限期改正。对无正当理由，连续6个月不交纳党费的党员，按自行脱党处理。

13. 党组织应当按照规定收缴党员党费，不得垫交或扣缴党员党费，不得要求党员交纳规定以外的各种名目的“特殊党费”。

二、党费使用

1. 使用党费应当坚持统筹安排、量入为出、收支平衡、略有结余的原则。

2. 使用党费要把重点放在加强支部建设，积极开展形式多样的党员教育活动等方面，努力为党支部组织生活创造必要的条件，同时要向有困难的基层党组织倾斜。

3. 党费必须用于党的活动，主要作为党员教育经费的补充，其具体使用范围包括：

(1) 教育培训党员和入党积极分子。包括教育培训中的资料费、讲课费、场地费、制作费；集体外出学习的交通费、红色教育基地和爱国主义教育基地参观费用等。

(2) 订阅或购买用于开展党员教育的报刊、资料、音像制品和设备。

(3) 表彰先进基层党组织、优秀共产党员和优秀党务工作者。包括购买或制作荣誉证书、奖状、奖牌、奖章、奖品及表彰会议会务等费用。表彰应以精神鼓励为主，不提倡过高的物质奖励。

(4) 走访慰问生活困难党员和老党员。包括购买慰问品和发放慰问金。其中生活困难党员是指：因本人或家庭成员罹患重病或遭受意外伤害导致生活困难的党员，以及其他特殊情况需要慰问的党员；老党员是指：建国前入党和参加革命工作的党员。

(5) 补助遭受严重自然灾害的党员和修缮因灾受损的基层党员教育设施。

4. 要建立严格的党费使用和审批制度。研究下拨和使用党费，必须坚持集体讨论决定，不得个人或少数人说了算。学校留存党费的使用由党委组织部代学校党委履行审批职能，下拨党费的使用由党总支研究审批。

5. 从党费中报销费用，需由使用单位集体研究讨论，出具情况说明，列清使用明细和相关票据，由党总支审批，主要负责人签字并加盖公章后，到学校财务处从党费中列支。在走访慰问生活困难党员和老党员工作中需要发放慰问金的，要严格按照规定范围调查摸底，确定发放对象和支出金额，按以上程序审批支取现金。

三、党费管理

1. 学校党委每年按照全校党员全年实交党费总数的30%（离退休职工按50%）下拨党费，由党总支负责管理。

2. 学校党委单独设立党费专用账户，由学校财务处负责账户的日常管理。

3. 党费收缴、使用和管理的状况是党务公开的重要内容之一。党总支、各基层党支部要在本单位范围内进行公示。



4. 党总支要认真落实学校党费收缴、使用和管理各项规定，每年应进行专项检查，总结经验、发现问题、及时纠正。对违反党费收缴、使用和管理规定的，依据《中国共产党纪律处分条例》以及上级要求严肃查处，触犯刑律的依法处理。

发展党员工作实施细则

第一章 总 则

第一条 为了规范发展党员工作，保证新发展党员的质量，保持党的先进性和纯洁性，根据《中国共产党章程》、中共中央办公厅关于印发《中国共产党发展党员工作细则》的通知（中办发〔2014〕33号）和党内有关规定，制定本实施细则。

第二条 党的基层组织应当把具有马克思主义信仰、共产主义觉悟和中国特色社会主义信念，自觉践行社会主义核心价值观的先进分子吸收入党，特别是在高知识群体和大学生中发展党员作为一项经常性重要工作。

第三条 发展党员工作应当贯彻党的基本理论、基本路线、基本纲领、基本经验、基本要求，按照控制总量、优化结构、提高质量、发挥作用的总要求，坚持党章规定的党员标准，始终把政治标准放在首位，坚持慎重发展、均衡发展，有领导、有计划地进行；坚持入党自愿原则和个别吸收原则，成熟一个，发展一个。禁止突击发展，反对“关门主义”。

第二章 入党积极分子的确定和培养教育

第四条 基层党组织应当通过宣传党的政治主张和深入细致的思想政治工作，提高党外群众对党的认识，不断扩大入党积极分子队伍。

第五条 年满十八岁的在校大学生、教职员工中的先进分子，承认党的纲领和章程，愿意参加党的一个组织并在其中积极工作、执行党的决议和按期交纳党费的，可以申请加入中国共产党。

第六条 入党申请人应当向工作、学习所在党支部提出入党申请。

第七条 党支部收到入党申请书后，应当在一个月内派人同入党申请人谈话，了解基本情况。并填写《入党申请人登记表》，建立入党申请人档案。

第八条 在入党申请人中确定入党积极分子，职工应当采取党员推荐、学生采取团组织推优等方式产生人选。党支部应指导和帮助大学生团组织开展“推荐优秀团员学生、优秀学生干部作为入党积极分子”工作（简称“推优”）。开展“推优”工作前，党支部应当把入党申请人名单向团支部通报，然后由团支部按规定程序进行“推优”。“推优”一般应当经过下列程序：



(一) 团支部召开团员会议，介绍申请入党团员学生表现情况，经团员民主评议或民主测评后，提出推荐对象，报院团组织审核；

(二) 在团组织认真考察和集体讨论的基础上，确定推荐名单，填写《湖北科技学院大学生共青团“推优”对象审核表》，报学校团委备案；

(三) 党支部应及时讨论和审定团组织推优对象，采取有关方式对“推优”进行综合考察，将意见及时反馈给团组织。

入党积极分子经支部委员会研究决定，报党总支备案。并及时将入党申请书、自传、思想汇报、《入党申请人登记表》、《湖北科技学院大学生共青团“推优”对象审核表》、《入党积极分子考察登记表》等汇总，建立入党积极分子档案。

第九条 党支部应当指定一至两名正式党员作入党积极分子的培养联系人。培养联系人的主要任务是：

(一) 向入党积极分子介绍党的基本知识；

(二) 了解入党积极分子的政治觉悟、道德品质、现实表现和家庭情况等，做好培养教育工作，引导入党积极分子端正入党动机；

(三) 及时向党支部汇报入党积极分子情况；

(四) 向党支部提出能否将入党积极分子列为发展对象的意见。

第十条 党支部要采取吸收入积极分子听党课、参加党内有关活动以及参加党校培训等方法，对入党积极分子进行马克思列宁主义、毛泽东思想和中国特色社会主义理论体系教育，党的路线、方针、政策和党的基本知识教育，党的历史和优良传统、作风教育以及社会主义核心价值观教育，使他们懂得党的性质、纲领、宗旨、组织原则和纪律，懂得党员的义务和权利，帮助他们端正入党动机，确立为共产主义事业奋斗终身的信念。

第十一条 党支部每半年对入党积极分子进行一次考察，及时将考察情况填入《入党积极分子考察登记表》，基层党总支每年对入党积极分子队伍状况作一次分析。针对存在的问题，采取改进措施。

第十二条 入党积极分子工作部门、学习所在教学院发生变动，应当及时报告原部门（教学院）党支部。原部门（教学院）党支部应当及时将培养教育等有关材料转交现部门（教学院）党支部。现部门（教学院）党支部应当对有关材料进行认真审查，并接续做好培养教育工作。培养教育时间可连续计算。

第三章 发展对象的确定和考察

第十三条 对经过一年以上培养教育和考察、基本具备党员条件的入党积极分子，在听取培养联系人、党员和群众意见的基础上，支部委员会讨论同意并报上级党总支备案后，可列为发展对象。被确定为发展对象后，基层党支部一般应将其列入下一学期发展计划。对于特别优秀的发展对象，经学校党委组织部同意，可补充列入本学期发展计划。



第十四条 发展对象应当有两名正式党员作入党介绍人。入党介绍人一般由培养联系人担任，也可由党支部指定。

受留党察看处分、尚未恢复党员权利的党员，不能作入党介绍人。

第十五条 入党介绍人的主要任务是：

- (一) 向发展对象解释党的纲领、章程，说明党员的条件、义务和权利；
- (二) 认真了解发展对象的入党动机、政治觉悟、道德品质、工作经历、现实表现等情况，如实向党支部汇报；
- (三) 指导发展对象填写《中国共产党入党志愿书》，并认真填写自己的意见；
- (四) 向支部大会负责地介绍发展对象的情况；
- (五) 发展对象批准为预备党员后，继续对其进行教育帮助。

第十六条 党总支应及时安排发展对象进学校党校或本院分党校参加集中学习培训。培训时主要学习马列主义、毛泽东思想和中国特色社会主义理论体系，学习《中国共产党章程》和党纪党规，重点抓好理想信念、党的宗旨和党的纪律教育，进一步端正入党动机，加强党性锻炼。培训时间一般不少于四十学时。培训结束应当进行考核，考核通过的发给《结业证》。没有通过党校培训的，一般不予吸收入党。

第十七条 党支部必须对发展对象进行政治审查。

政治审查的主要内容是：对党的理论和路线、方针、政策的态度；政治历史和在大政治斗争中的表现；遵纪守法和遵守社会公德情况；直系亲属和与本人关系密切的主要社会关系的政治情况。

政治审查的基本方法是：同本人谈话、查阅有关档案材料、找有关单位和人员了解情况以及必要的函调或外调。在听取本人介绍和查阅有关材料后，情况清楚的可不函调或外调。

政治审查必须严肃认真、实事求是，注重本人的一贯表现。审查情况应当形成结论性材料。

凡是未经政治审查或政治审查不合格的，不能发展入党。

发展对象通过政审，在报送上级党组织预审前，由党总支通过适当方式进行公示。公示时间为3-7天。公示后，由党总支形成综合政审材料，对于公示期间群众反映较多意见的发展对象，在尚未调查清楚前暂缓发展。

第四章 预备党员的接收

第十八条 接收预备党员应当严格按照党章规定的程序办理。

第十九条 总支委员会应当对发展对象进行严格审查，经集体讨论认为合格后，报学校党委组织部。送审材料分中国共产党组织发展材料（一）和（二）两部分。

《中国共产党组织发展材料（一）》包括：1. 入党申请人登记表；2. 入党申请书（首



份必备)；3. 思想汇报；4. 自传；5. 入党积极分子考察登记表；6. 《湖北科技学院共青团“推优”对象审核表》(学生发展对象)。

《中国共产党组织发展材料(二)》包括：1. 发展对象培养考察表；2. 发展对象综合考察报告；3. 入党积极分子培训结业证书；4. 学生学业成绩单(学生发展对象)；5. 政审材料。

学校党委组织部对发展对象的条件、培养教育情况等进行审查，根据需要听取纪委监察等相关部门的意见。审查结果以书面形式通知党总支，并向审查合格的发展对象发放《中国共产党入党志愿书》。

发展对象未来三个月内将离开工作、学习单位的，一般不办理接收预备党员的手续。

第二十条 经学校党委预审合格的发展对象，由支部委员会提交支部大会讨论。

召开讨论接收预备党员的支部大会，有表决权的到会人数必须超过应到会有表决权人数的半数。

第二十一条 支部大会讨论接收预备党员的主要程序是：

(一) 发展对象汇报对党的认识、入党动机、本人经历、家庭和主要社会关系情况以及需向党组织说明的问题；

(二) 入党介绍人介绍发展对象有关情况，并对其能否入党表明意见；

(三) 支部委员会报告对发展对象的审查情况；

(四) 与会党员对发展对象能否入党进行充分讨论，并采取无记名投票方式进行表决，赞成人数超过应到会有表决权的正式党员的半数，才能通过接收预备党员的决议。因故不能到会的有表决权的正式党员，在支部大会召开前正式向党支部提出书面意见的，应当统计在票数内。

支部大会讨论两个以上的发展对象入党时，必须逐个讨论和表决。

第二十二条 党支部应当及时将支部大会决议写入《中国共产党入党志愿书》，连同本人入党申请书、政治审查材料、培养教育考察材料等，报党总支审议，党总支审议通过后并报学校党委审批。

支部大会决议主要包括：发展对象的主要表现；应到会 and 实际到会有表决权的党员人数；表决结果；通过决议的日期；支部书记签名。

第二十三条 预备党员必须由学校党委审批。

党支部，不能审批预备党员，但应当对支部大会通过接收的预备党员进行审议。

第二十四条 党委审批前，各党总支应当指派总支委员或组织员同发展对象谈话，作进一步的了解，并帮助发展对象提高对党的认识。谈话人应当将谈话情况和自己对发展对象能否入党的意见，如实填写在《中国共产党入党志愿书》上，并向党委汇报。

第二十五条 党委审批预备党员，必须集体讨论和表决。

党委主要审议发展对象是否具备党员条件、入党手续是否完备。发展对象符合党员



条件、入党手续完备的，批准其为预备党员。党委审批意见写入《中国共产党入党志愿书》，注明预备期的起止时间，并通知报批的党支部。党支部应当及时通知本人并在党员大会上宣布。对未被批准入党的，应当通知党支部和本人，做好思想工作。

党委会审批两个以上的发展对象入党时，应当逐个审议和表决。

第二十六条 党委对党支部上报的接收预备党员的决议，应当在三个月内审批，并报上级党委组织部门备案。如遇特殊情况可适当延长审批时间，但不得超过六个月。

第二十七条 预备党员的材料由本人所在单位党总支保管。

第二十八条 对在中国特色社会主义事业中为党和人民利益英勇献身，事迹突出，在一定范围内有较大影响，生前一贯表现良好并曾向党组织提出过入党要求的人员，可以追认为党员。

追认党员必须严格掌握，由学校党委讨论决定后，经上级党委审查，报省一级党委批准。

第五章 预备党员的教育、考察和转正

第二十九条 党总支应当及时将学校党委批准的预备党员编入基层党支部，对预备党员继续进行教育和考察。并填写《预备党员考察表》，考察意见一学期一次。

第三十条 预备党员必须面向党旗进行入党宣誓。入党宣誓仪式一般由学校党委或党总支组织进行。

第三十一条 党支部要通过党的组织生活、听取本人汇报、个别谈心、集中培训、实践锻炼等方式对预备党员进行教育和考察。

第三十二条 预备党员的预备期为一年。预备期从支部大会通过其为预备党员之日算起。

预备党员预备期满，党支部应当及时讨论其能否转为正式党员。认真履行党员义务、具备党员条件的，应当按期转为正式党员；需要继续考察和教育的，可以延长一次预备期，延长时间不能少于半年，最长不超过一年；不履行党员义务、不具备党员条件的，应当取消其预备党员资格。

预备党员违反党纪，情节较轻，尚可保留预备党员资格的，应当对其进行批评教育或延长预备期；情节较重的，应当取消其预备党员资格。

预备党员转为正式党员、延长预备期或取消预备党员资格，要经支部大会讨论通过后报党总支审议，并由学校党委审批。

第三十三条 预备党员转正的手续是：

- (一) 本人向党支部提出书面转正申请；
- (二) 党支部征求党员和群众的意见；
- (三) 支部委员会审查；



- (四) 支部大会讨论、表决通过；
- (五) 党总支审议；
- (六) 学校党委审批。

讨论预备党员转正的支部大会，到会人数、赞成人数等要求与讨论接收预备党员的支部大会相同。

第三十四条 党委对党支部上报的预备党员转正的决议，一般在三个月内审批。审批结果应当及时通知党支部。党支部书记应当同本人谈话，并将审批结果在党员大会上宣布。

党员的党龄，从预备期满转为正式党员之日算起。

第三十五条 预备期未满的预备党员工作、学习所在单位发生变动，要及时报告原所在党支部。原所在党支部要及时将其培养教育和考察的情况，认真负责地介绍给接收预备党员的党支部。

党支部应当对转入的预备党员的入党材料进行严格审查，对无法认定的预备党员，报党委组织部门批准，不予承认。

第三十六条 党支部对转入的预备党员，在其预备期满时，如认为有必要，可推迟讨论其转正问题，推迟时间不超过六个月。转为正式党员的，其转正时间自预备期满之日算起。

第三十七条 预备党员转正后，党支部应当及时将其《中国共产党入党志愿书》、入党申请书、中国共产党组织发展材料（一）、中国共产党组织发展材料（二）、中国共产党预备党员考察表、转正申请书、预备党员思想汇报和培养教育考察材料，交学校档案馆存入本人人事档案。在校大学生党员要建立党员档案，由所在教学院党总支保存。

第六章 发展党员工作的领导和纪律

第三十八条 学校党委把发展党员工作列入重要议事日程，纳入党建工作责任制，作为党建工作述职、评议、考核和党务公开的重要内容。

对发展党员工作情况，学校党委组织部每半年检查一次，并将结果及时向学校党委汇报和向党总支通报。

第三十九条 党委组织部每年要向学校党委和上级党委组织部门报告发展党员工作情况和党员发展计划，如实反映带有倾向性的问题和对违反规定发展党员的查处情况。

第四十条 党委组织部重视对组织员的选拔、配备和培训，充分发挥他们在发展党员工作中的作用。

第四十一条 各级党组织对发展党员工作中出现的违纪违规问题和不正之风，要严肃查处。对不坚持标准、不履行程序、超过审批时限和培养考察失职、审查把关不严的党组织及其负责人、直接责任人应当进行批评教育，情节严重的给予纪律处分。典型案例应



当及时通报，对违反规定吸收入党的，一律不予承认，并在支部大会上公布。

对采取弄虚作假或其他手段把不符合党员条件的人发展为党员，或为非党员出具党员身份证明的，要依纪依法严肃处理。

第四十二条 《中国共产党入党志愿书》的式样由中央组织部负责制定，省级党委组织部门按照式样统一印制，并严格管理。

第七章 附 则

第四十三条 本细则自发布之日起施行。

发展党员公示试行办法

第一条 为深入贯彻发展党员工作“坚持标准，保证质量，改善结构，慎重发展”的方针，进一步扩大党内民主，加强群众监督，做好我院党员发展工作，根据党内法规有关规定，结合我院实际，制定本试行办法。

第二条 公示对象为经党总支委员会讨论同意拟发展为中共预备党员的发展对象或拟转正的中共预备党员。凡未经过公示的，学校党委不讨论其发展及转正问题。

第三条 公示内容为拟发展为中共预备党员的发展对象或拟转正的中共预备党员的基本情况，包括：姓名、性别、年龄、籍贯、学历、职称（职务）、所在部门（学生为专业、年级）、申请入党时间、确定为入党积极分子时间、党校培训情况、批准为中共预备党员时间等。

第四条 公示时间为7天。

第五条 公示程序包括：

（一）审核。党支部将拟公示对象的情况书面报请所属党总支审核通过，确定为公示对象，确定后的公示对象名单须及时报学校党委组织部。

（二）公示分张榜公示和网上公示。张榜公示由党总支在一定范围内张榜公布公示对象的名单和有关情况（教工在其工作单位进行公示，学生在其所在教学院及学生宿舍进行公示）。网上公示由学校党委组织部在组织部网站上同时进行。

（三）反馈意见。公示期间，党员和群众如对公示对象有异议或意见，可采用口头、书面或电子邮件形式向公示对象所在单位党支部、党总支、直至学校党委组织部反映。对在公示有效时间内反映的问题，受理部门应及时向党总支反馈，由党总支进行调查核实，情况特殊时由组织部会同党总支及有关部门进行调查核实。

第六条 各级党组织要本着对组织和同志高度负责的态度，对反映情况的人及其反映的内容严格保密，对泄密的人和事要根据情节轻重，按照《中国共产党章程》和《中国共产党纪律处分条例》等有关规定进行严肃处理；对故意捏造事实，诬陷他人的要严肃查



处。

第七条 公示过程中没有异议的拟发展或转正对象，按照《湖北科技学院发展党员工作实施细则》履行相关手续。

公示中有异议的拟发展对象或转正对象，由支部进行补充考察、复议，决定是否发展或转正，有关情况须报学校党委组织部。

公示中发现有不符合党员发展或转正条件的，坚决不予发展或转正。

党总支要将公示结果形成书面材料和处理意见，连同公示对象的入党材料一并报上级党组织审查。

第八条 本办法自发布之日起施行。

干部选拔任用管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步规范我院干部选拔任用和管理工作，提高选人用人工作科学化、制度化、规范化水平，加强和改进干部队伍的管理，建设一支信念坚定、为民服务、勤政务实、敢于担当、清正廉洁的干部队伍，从组织上保证党的基本路线和教育方针的全面贯彻执行，根据《中国共产党章程》、《党政领导干部选拔任用工作条例》、《关于推进领导干部能上能下的若干规定（试行）》、《事业单位领导人员管理暂行规定》、《湖北省属高校中层干部选拔任用工作办法（试行）》及有关法规精神，结合实际，制定本实施办法。

第二条 干部的选拔任用和管理工作，坚持以下原则：

- （一）党管干部和党管人才原则；
- （二）五湖四海、任人唯贤原则；
- （三）德才兼备、以德为先原则；
- （四）注重实绩、群众公认原则；
- （五）民主、公开、竞争、择优原则；
- （六）民主集中制原则；
- （七）职业化、专业化原则；
- （八）分级分类管理原则；
- （九）依法依规办事原则。

第三条 本办法适用于领导班子成员、科级干部。

第二章 选拔任用

一、任职条件

第四条 处级干部应当具备以下基本条件：



(一) 思想政治素质好。具有共产主义远大理想和中国特色社会主义坚定信念，有履行职责所需的马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论的水平，认真实践“三个代表”重要思想，贯彻落实科学发展观和习近平新时代中国特色社会主义思想，执行党的基本路线和各项方针、政策，热爱党的教育事业，坚持立德树人。

(二) 组织领导能力强。能够运用马克思主义立场、观点、方法分析和解决实际问题，善于科学管理、沟通协调、依法办事、推动落实，有较强的公共服务意识和改革创新精神，工作实绩突出；

(三) 业务素质高。

1. 业务干部。懂得教育管理的根本规律，有实践经验，有胜任领导工作的文化水平和专业知识，有相关的专业素质或者从业经历，熟悉有关政策法规和行业发展情况，群众和业界声誉好；

2. 党务干部。从事党务工作的处级干部，应当牢固树立党建责任意识，熟悉党务，善于做思想政治工作；

3. 正职干部。正处级干部，应当具有驾驭全局的能力，善于抓班子带队伍，民主作风好；

(四) 工作作风务实。坚持党的群众路线，求真务实，反对形式主义，能够把党和国家的方针、政策同本单位、本部门的实际相结合，讲实话、办实事、求实效；

(五) 为人为官清廉。正确行使人民赋予的权力，切实履行岗位职责，依法办事，清正廉洁，勤政为民，以身作则，艰苦朴素，勤俭节约，自觉接受党和群众的批评和监督，能够自重、自省、自警、自励；

(六) 团结协作好。坚持和维护党的民主集中制，作风民主，顾全大局，善于集中正确意见，善于团结同志，包括团结同自己有不同意见的同志一道工作。

第五条 处级干部应当符合以下基本要求：

(一) 贯彻党的教育方针，坚持立德树人；

(二) 热爱教育事业，熟悉高等教育规律；

(三) 具有良好的师德师风和职业操守。

第六条 提拔担任处级干部，应当具备以下基本资格：

(一) 具有五年以上工龄和两年以上高校基层单位工作经历；

(二) 从管理岗位领导职务副职提任正职的，应当具有副职岗位两年以上任职经历；从下级正职提任上级副职的，应当具有下级正职岗位三年以上任职经历；

(三) 具有大学本科以上文化程度；

(四) 符合有关党内法规、法律法规和行业主管部门规定的其他任职资格要求；

(五) 专业技术人员提任正处职的，应当有正高专业技术职务，并具有三年以上基层单位管理工作经历；提任副处的，应当受聘担任正高专业技术职务或三年以上副高专业技术职务，并具有两年以上基层单位管理工作经历；



- (六) 新提任正处职的，年龄一般应能任满一个任期；
- (七) 提任党内领导职务的，应当符合《中国共产党章程》规定的党龄要求；
- (八) 具有正常履行职责的身体条件；
- (九) 近三年年度考核均为合格（称职）以上。

第七条 处级干部应当逐级提拔。特别优秀或因工作特殊需要的干部，可以突破任职资格规定或者越级提拔。破格提拔的处级干部，应当德才素质好、发展潜力大、群众公认度高，并且符合下列条件之一：

- (一) 在关键时刻或者承担急难险重任务中经受住考验、表现突出、作出重大贡献；
- (二) 在本职岗位上尽职尽责，工作实绩特别显著，受到省部级及以上表彰奖励；
- (三) 入选省部级及以上高端人才工程（培养计划），或专业水平较高、在行业有较大影响。

破格提拔干部必须从严掌握。不得突破第四条规定的条件要求和第六条第四、七项规定的资格要求。试用期满或者提拔任职不满一年的，不得破格提拔；不得连续破格提拔；不得越两级提拔。

第八条 提拔科级干部应当具备以下基本条件和基本资格：

(一) 基本条件

1. 拥护党的路线、方针、政策，具有一定的政策理论水平，具有较好的政治素质和思想品德；
2. 有一定的组织能力，具有相应的专业知识和一定的工作经验；
3. 爱岗敬业，团结同志，公道正派，坚持原则，廉洁奉公；
4. 工作能力较强，办事效率较高，能够熟练掌握办公自动化技术；
5. 身体健康。

(二) 基本资格

1. 正科级干部（含主任科员）必须具备下列资格之一：

- (1) 副科级干部（含副主任科员）工作满2年以上；
- (2) 副高职称、或中级职称并具有大学本科以上文化程度的人员。

2. 副科级干部（含副主任科员）必须具备的资格：

参加工作3年以上并具有大学本科以上文化程度的人员，或中级职称者。

3. 从事学生政治辅导员工作，本科毕业生连续工作满3年、硕士研究生连续工作满2年，经学校组织考核称职者，可定为副主任科员；已是副科级（含副主任科员）的，本科毕业生连续工作满3年，硕士研究生连续工作满2年，经组织考核称职者，可定为主任科员；成绩特别突出者，可破格使用。

二、干部动议

第九条 学校党委根据工作需要和干部队伍建设实际，提出启动干部选拔任用工作



意见。

第十条 学校党委组织部综合有关方面建议和平时了解掌握的情况，对处级领导班子和干部队伍分析研判，就选拔任用的职位、资格条件、范围、方式、程序等提出初步建议。

选拔任用干部，根据岗位特点和不同情形，可以采取组织选拔、竞争上岗、公开选聘等方式进行。其中，个别提拔任职，一般采用组织选拔方式进行；干部任期届满、集中性调整干部，或职位出现空缺、校内符合资格条件人选较多且意见不易集中时，一般采用竞争上岗方式进行；职位出现空缺且校内没有合适人选的，可以面向社会公开选聘。

第十一条 初步建议向学校党委主要领导成员报告后，应在党委书记、院长、分管组织工作的副书记、纪委书记等范围内进行充分酝酿，形成工作方案。采取竞争上岗、公开选聘方式选拔干部的，应将工作方案报上级党委组织部门审核同意后组织实施。

三、组织选拔

第十二条 采取组织选拔方式任用处级、科级干部，一般按照以下基本程序进行：

- (一) 民主推荐；
- (二) 确定考察对象；
- (三) 组织考察；
- (四) 学校党委讨论决定；
- (五) 履行任职手续。

第十三条 民主推荐包括会议推荐和个别谈话推荐，推荐结果作为选拔任用的重要参考，在一年内有效。民主推荐应当经过下列程序：

(一) 召开民主推荐会，公布推荐职位、任职条件、推荐范围，提供人员名册，提出有关要求，组织填写推荐票。

推荐正处职的，会议推荐由下列人员参加：学校校级干部；三级及以上教授；中层正职干部；其他有关人员。会议推荐时，参会人数需达到应到会人数的三分之二以上。

推荐副处职、科级干部的，参加会议人员参照上列范围确定，可适当调整。

(二) 进行个别谈话推荐。

推荐正处职的，由下列人员参加：学校校级干部；二级以上教授；中层正职干部。

推荐副处职和科级干部的，参加人员参照上列范围确定，可适当调整。

(三) 分类统计推荐情况，进行综合分析。

(四) 向学校党委汇报推荐情况。

第十四条 个别提拔任职的民主推荐，可以先进行会议推荐，也可以先进行个别谈话推荐。先进行个别谈话推荐的，根据谈话情况，经党总支研究，差额提出初步名单，再进行会议推荐。

第十五条 综合会议推荐和个别推荐情况，如果推荐得票比较分散，可在得票靠前的人选中（一般按人选与拟任职位 3:1 的比例掌握）组织进行二次会议推荐。



参加二次会议推荐人员参照第十三条之（一）的规定确定，可适当调整。

第十六条 考察对象由学校党委集体研究确定。确定考察对象，应当根据工作需要和干部德才条件，将民主推荐与平时考核、年度考核、一贯表现和人岗相适等情况综合考虑，充分酝酿，防止简单地以推荐票取人。

有下列情形之一的，不得列为考察对象：

- （一）群众公认度不高的；
- （二）近三年年度考核结果中有被确定为基本合格以下等次的；
- （三）有跑官、拉票行为的；
- （四）配偶已移居国（境）外，或者没有配偶、子女均已移居国（境）外的；
- （五）受到组织处理或者党纪政纪处分影响使用的；
- （六）因其他原因不宜提拔的。

本条之（四）所涉人员，确因工作需要列为考察对象的，须报上级党委组织部同意。

第十七条 对确定的考察对象，由党委组织部负责组织考察，全面考察其德、能、勤、绩、廉。要突出德的考察，注重考察工作实绩，加强作风考察，强化廉政情况考察。

考察应当经过下列程序：

- （一）组织考察组，制订考察工作方案；

党委组织部派出的考察组由两名以上成员组成。考察人员应当具有较高素质和相应资格，考察组负责人应当由思想政治素质好、有较丰富工作经验并熟悉干部工作的人员担任。

- （二）通过适当方式在一定范围内发布考察预告；

（三）采取个别谈话、民主测评、查阅档案资料、同考察对象面谈等方法，广泛深入了解情况，根据需要进行延伸考察；

个别谈话的范围一般为：考察对象上级领导机关有关领导成员、所在单位的领导班子成员、干部和教职工代表（单位人数在15人以下的应全部参加）；其他有关人员。其中，考察正处职拟任人选，还应听取校级领导的意见；

（四）综合分析考察情况，与考察对象的一贯表现进行比较、相互印证，对考察对象作出全面、准确的评价；

- （五）考察组研究提出任用建议，向学校党委组织部汇报考察情况；

- （六）党委组织部根据考察情况，研究提出任用建议方案，向学校党委报告。

第十八条 考察干部拟任人选，应当听取纪检监察部门的意见；考察非中共党员拟任人选，要征求党委统战部门的意见。对拟提拔的处级干部考察对象，应当按照干部监督有关要求，核查个人有关事项报告情况。对需要进行经济责任审计的考察对象，应当按照有关规定进行审计。

第十九条 考察干部拟任人选，必须形成书面考察材料，建立考察文书档案。已经



任职的，考察材料归入本人档案。考察材料必须写实，全面、准确、清楚地反映考察对象的德、能、勤、绩、廉等方面的主要表现和主要特长、主要缺点和不足以及民主推荐情况。

第二十条 选拔任用学校处级干部、科级干部，由学校党委和本院党总支集体讨论作出任免决定。讨论决定时，必须有三分之二以上的成员到会，并按照下列程序进行：

（一）组织部门负责人逐个介绍拟任人选的推荐、考察及任免理由等情况，其中涉及破格提拔的人选，应当说明破格的具体情形和理由；

（二）参加会议人员进行充分讨论；

（三）进行表决，以应到会成员超过半数同意形成决定。

第二十一条 对破格提拔的，学校党委在讨论决定前，必须报经上级党委组织部同意；对拟越级提拔的人选，应当在考察前报告省委组织部，同时按照干部监督有关要求，上报核查个人有关事项报告情况，经批复同意和审核后方可进行；需上报备案的干部，应当按照规定及时报上级组织部门备案。

四、竞争上岗

第二十二条 竞争上岗可采取定向竞岗，也可采取不定向竞岗。竞争上岗一般应经过下列程序：

（一）公布职位、资格条件、基本程序和方法等；

（二）报名与资格审查；

（三）能力素质测试、测评；

（四）民主推荐；

（五）确定考察对象；

（六）组织考察；

（七）学校党委讨论决定；

（八）履行任职手续。

第二十三条 任期届满、集中性调整干部时，可先进行干部任期考核（含民主测评），根据任期考核情况，结合一贯表现和人岗相适情况，报学校党委研究，决定续聘干部和岗位，再对空岗岗位实行竞争上岗；也可对所有岗位全部实行竞争上岗，将任期考核情况作为干部重新聘任的重要依据。

第二十四条 报名参加竞争上岗人员的基本条件和资格，应当符合本办法第四条、第五条、第六条、第七条、第八条的规定。其中，实行定向竞岗的，每一职位参加竞岗人数不少于3人；实行不定向竞岗的，实际参加竞岗人数与竞岗职位数的比例一般不低于2:1。达不到竞岗人数或比例要求的，应取消或按比例核减竞岗职位。

第二十五条 竞争上岗民主推荐，在参与竞岗人员中推荐合适人选。参加民主推荐的人员范围，参照第十三条规定确定。

第二十六条 竞争上岗能力素质测试、测评，一般采用面试、笔试方式进行。任期届满、



集中性调整干部时，能力素质测试、测评也可采取述职竞岗的方式进行。

采取面试、述职竞岗方式进行能力素质测试、测评的，一般应组建由学校领导、中层干部和教师代表、外请专家参加的评委会（一般不少于11人），可采取百分制量化计分。

采取不定向竞岗方式、参加竞岗人员较多时，可以先进行笔试并根据笔试成绩，从高分到低分按照竞岗人员与职位数5:1的比例，确定进入面试（或述职竞岗）人员名单。

因工作需要，也可以在民主推荐基础上，根据人选综合素质，确定一定比例人选直接进行面试（或述职竞岗）。

第二十七条 校党委根据能力素质测试、测评成绩、民主推荐情况和竞岗人员的德才条件、人岗相适度，综合考虑，集体研究差额确定考察对象。其中，定向竞岗的，按照竞岗人员与职位数2:1的比例差额确定考察对象；实行不定向竞岗的，按照竞岗人员与职位数1.5:1的比例差额确定考察对象。

第二十八条 组织考察、讨论决定的方法、程序等，按照本办法第十六条至第二十一条规定执行。

五、公开选聘

第二十九条 我院公开选聘干部，应当经过下列程序：

- （一）公布职位、资格条件、基本程序和方法等；
- （二）报名与资格审查；
- （三）能力素质测试、测评；
- （四）确定考察对象、研究提出人选方案；
- （五）组织考察；
- （六）学校党委讨论决定；
- （七）履行任职手续。

第三十条 报名参加公开选聘人员的基本条件和资格，应当符合本办法第四条、第五条、第六条的有关规定。其中，实际参加竞聘人数应多于公开选聘职位数。

第三十一条 公开选聘能力素质测试、测评，一般采取面试、笔试方式进行。面试一般应组建由学校领导、中层干部、教师代表、外请专家参加的评委会（一般不少于11人，其中外请专家不少于1/3）。笔试、面试可采取百分制量化计分。

参加应聘人员较多时，可以先进行笔试并根据笔试成绩，从高分到低分按照应聘人员与职位数5:1的比例，确定进入面试人员名单。

第三十二条 学校党委根据参加应聘人员的能力素质测试、测评成绩和人岗相适情况，综合考虑个人德才条件、经历业绩等因素，集体研究差额确定考察对象。

第三十三条 学校党委组织考察组，采取一定方式对考察对象进行考察，研究提出人选方案。

第三十四条 学校党委讨论决定的方法、程序等，按照本办法第十九条、第二十条



规定执行。学校对聘任人员通过聘任通知、聘任书、聘任合同等形式确定，所聘职务及相关待遇在聘期内有效。

六、任职

第三十五条 实行干部任职前公示制度。

(一) 提拔担任处级干部、科级干部，在学校党委讨论决定后、下发任职通知前，应当在一定范围内进行公示。

(二) 委任制职务的拟任人选，公示拟任职务；需经法定程序选举、任命或决定任命的选任制职务的推荐、提名人选，公示拟推荐或提名为拟任职务的候选人；特殊情况下，可以只公示拟任职级，不公示拟任职务。

(三) 公示通知一般在党委常委会研究决定拟任职人选的（含任职前须征求上级有关部门意见的）当日发出。

(四) 公示对象的基本情况。包括姓名、性别、出生年月、民族、籍贯、学历学位（专业技术职务）、参加工作时间、加入中国共产党（民主党派）时间、曾任职务、现任职务、拟任职务或职级。涉及破格提拔的，还应当说明破格提拔的具体情形和理由。

(五) 公示内容应当真实准确，便于群众监督。公示期不少于5个工作日。

(六) 群众反映问题的范围及受理群众反映问题的途径和方式。

(七) 其他告知事项。

(八) 公示期间，相关承办人员应及时通过来信来访、举报电话、短信或举报网站受理群众反映的问题，并逐一登记建档，及时报告。

(九) 公示期满后，党委组织部向党委书面报告公示情况。对收到举报的公示对象，根据反映问题的内容、性质提出相应的处理建议。

(十) 公示期间反映问题的调查处理结果，应采取适当的方式向实名举报人反馈，并根据情况决定是否向公示对象及其所在单位党组织反馈。公示期满，任职或推荐、提名文件下发后，有新反映公示对象问题的，按党委组织部日常举报受理程序办理。

(十一) 对没有举报的公示对象或公示结果不影响任职的，提出正常任职的建议，办理任职手续。

第三十六条 实行干部任职试用期制度。提拔担任中层干部的，试用期为一年。试用期满后，经考核胜任现职的，正式任职。不胜任的，免去试任职务，本院干部一般按试任前职级（或专业技术职称）安排工作，公开选聘的干部按照相关协议解除应聘职务。

试用期满考核由党委组织部具体负责，通过民主测评、谈话、走访、查阅相关资料，对试用期干部的德、能、勤、绩、廉等作出全面评价。

科级干部任职试用期参照上述要求进行。

第三十七条 实行干部任职谈话制度。对决定任用的干部，由学校党委指定专人同本人谈话，肯定成绩，指出不足，提出要求和需要注意的问题。



第三十八条 实行干部职务任期制度和任期目标责任制。干部每个任期为四年，在任期内应当保持相对稳定。

正处职干部在同一职位上连续任职达到两个任期的，一般不再担任同一职务。专业技术型干部和“双肩挑”型干部在同一职位上连续任职时间根据工作需要可适当延长。

正处职干部实行任期目标责任制。任期目标由学校党委研究确定。制定任期目标时，应当充分听取教职工代表的意见，注意体现服务对象的意见。

第三十九条 干部任职时间从学校党委研究决定之日起计算。按有关章程或规定选举产生的干部，任职时间从当选之日起计算。

七、轮岗、回避

第四十条 实行干部轮岗制度。轮岗的对象主要是：因工作需要轮岗的；需要通过轮岗锻炼提高领导能力的；因任期制规定需要交流的；在一个部门工作时间较长的；按照规定需要回避的；因其他原因需要轮岗的。

第四十一条 实行干部选拔任用工作回避制度。党委及组织部门讨论干部任免，涉及与会人员本人及其亲属的，本人必须回避。

干部考察组成员在干部考察工作中涉及其亲属的，本人必须回避。

第四十二条 实行干部任职回避制度。干部任职回避的亲属关系为：夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲以及近姻亲关系。有上列亲属关系的，不得在同一部门担任有直接上下级领导关系的职务，也不得在其中一方担任领导职务的单位从事组织、人事、纪检、监察、财务、审计等工作。

第三章 免职、辞职、降职

第四十三条 实行干部免职、辞职、降职制度，保证能者上、庸者下、劣者汰，形成良好的用人导向和制度环境。加大干部问责力度，健全调整不适宜担任现职干部制度。对政治上不守规矩、廉洁上不干净、工作上不作为不担当或能力不够、作风上不实在的干部，坚决进行组织调整。

第四十四条 干部有下列情形之一的，一般应当免去现职：

- (一) 达到任期制年限规定且不宜交流轮岗的；
- (二) 达到退休年龄界限的；
- (三) 受到责任追究应当免去现职的；
- (四) 辞职或者调出的；
- (五) 非组织选派，离职学习期限超过一年的；
- (六) 因身体健康原因不能坚持正常工作连续一年以上的；
- (七) 因工作需要或者其他原因应当免去现职的。

第四十五条 实行干部辞职制度。辞职包括因公辞职、自愿辞职、引咎辞职和责令



辞职。

辞职应当符合有关规定，依照法律或有关规定程序办理。

第四十六条 因公辞职。由选举产生的干部职务，任期未满因工作需要变动职务，依照法律相关章程规定应当辞去现任领导职务的，向学校党委提出辞去现任干部职务。

干部因公辞职，应当在接到党委通知后7日内，向党委组织部提出辞去现任职务的书面申请。

因公辞职的干部另有任用，按照有关法律规定拟任职务与现任职务不能同时担任的，应当在学校党委批准其辞职后，再对外公布其新任职务。

第四十七条 自愿辞职。干部因个人或者其他原因，可以自愿提出辞去现任职务或公职。干部自愿辞职应当经过下列程序：

（一）干部本人按照干部管理权限，以书面形式向党委组织部门提出辞职申请。辞职申请应当说明辞职原因等情况，同时辞去公职还应说明辞职后去向等。

（二）组织部门对干部辞职原因、辞职条件等有关情况进行了解审核，并提出初步意见。审核中应当听取干部所在单位的意见及纪检监察机关（监察部门）的意见，并与干部本人谈话。

（三）按照干部管理权限，学校党委集体研究，作出同意辞职、不同意辞职或者暂缓辞职的决定。对申请辞去干部职务同时辞去公职的，学校党委除对是否同意其辞去领导职务作出决定外，还应对是否同意其辞去公职作出决定。

（四）学校党委作出同意辞职决定后，按照有关规定办理辞职手续。由选举产生的干部，依照法律或者章程有关规定办理。

学校党委应当自接到干部辞职申请之日起三个月内予以答复。答复意见应当以书面形式通知辞职干部所在单位和干部本人。超过三个月未予答复的，视为同意辞职。

处级干部有下列情形之一的，不得提出辞职：

- （一）有重要公务尚未处理完毕，而且须由本人继续处理的；
- （二）由选举产生的干部任职不满一年的；
- （三）正在接受纪检监察机关（监察部门）、司法机关调查或者审计机关审计的；
- （四）有其他特殊原因的。

第四十八条 引咎辞职。干部有下列情形之一的，应当引咎辞职：

- （一）因工作失职，引发严重的群体性事件，或者对群体性、突发性事件处置不当，造成严重后果或者恶劣影响，负主要领导责任的；
- （二）决策严重失误，造成巨大经济损失或者恶劣影响，负主要领导责任的；
- （三）在参与社会抗灾救灾、防治疫情等方面严重失职，造成重大损失或者恶劣影响，负主要领导责任的；
- （四）在学校安全工作方面严重失职，连续或者多次发生重大责任事故，或者发生



特大责任事故，负主要领导责任的；

（五）在学校管理工作等方面管理、监督严重失职，连续或者多次发生重大事故、重大案件，造成巨大损失或者恶劣影响，负主要领导责任的；

（六）执行《党政领导干部选拔任用工作条例》不力，造成用人严重失察、失误，影响恶劣，负主要领导责任的；

（七）疏于管理监督，致使班子成员或者下属连续或多次出现严重违纪违法行为，造成恶劣影响，负主要领导责任的；

（八）对配偶、子女、身边工作人员严重违纪违法知情不管，造成恶劣影响的；

（九）有其他应当引咎辞职情形的。

干部引咎辞职应当经过下列程序：

（一）干部本人按照干部管理权限，以书面形式向学校党委提出辞职申请。辞职申请应当说明辞职原因和思想认识等。

（二）组织部门对辞职原因等情况进行了解审核，并提出初步意见。审核中应当听取纪检监察部门的意见，并与干部本人谈话。

（三）按照干部管理权限，学校党委集体研究，作出同意辞职、不同意辞职或者暂缓辞职的决定。学校党委决定应当及时通知干部所在单位和干部本人。

（四）学校党委作出同意辞职决定后，按照有关规定办理辞职手续。由选举产生的干部，依照法律或者章程的有关规定办理。

学校党委应当自接到干部引咎辞职申请三个月内予以答复，并在同意干部引咎辞职后，将干部引咎辞职情况在一定范围内公布。

第四十九条 责令辞职。学校党委根据干部在任职期间的表现，认定其已不再适合担任现职的，通过一定程序责令其辞去现任领导职务。有本办法第四十八条所列情形之一，应当引咎辞职而不提出辞职申请的，学校党委应当责令其辞职。拒不辞职的，免去现职。

责令辞职应当经过下列程序：

（一）学校党委作出责令干部辞职的决定，并指派专人与干部本人谈话。责令干部辞职的决定应当以书面形式通知干部本人。

（二）被责令辞职的干部应当在接到责令辞职通知后 15 日内向学校党委组织部门提出书面辞职申请。

（三）按照有关规定办理辞职手续。由选举产生的干部，依照法律或者章程的有关规定办理。

被责令辞职的干部若对组织决定不服，可以在接到责令辞职通知后 15 日内，向学校党委提出书面申诉。党委接到申诉后，应当及时组织人员进行核查，并在一个月内作出复议决定。复议决定以书面形式通知干部本人。

复议决定仍维持原决定的，干部本人应当在接到复议决定后 3 日内向学校党委提出



书面辞职申请。对复议决定仍有不同意见的，可以向上级党委反映，但应当执行复议决定。

第五十条 处级干部辞职，按照有关规定需进行经济责任审计的，党委及其组织部门应当委托审计机关进行经济责任审计。

第五十一条 干部辞职，应当自学校党委批准之日起15日内，办理工作交接等相关手续。对拒不办理工作交接手续的，按照有关规定给予相应的党纪政纪处分。

第五十二条 干部在辞职审批期间或者组织决定其暂缓辞职期间不得擅自离职，对擅自离职的，按照有关规定给予相应的党纪政纪处分。

引咎辞职、责令辞职的干部同时提出辞去公职的，应当符合本规定第四十四条所列的条件。其中，责令辞职的干部同时提出辞去学校公职的，须按自愿辞去公职的程序办理。

引咎辞职、责令辞职的干部构成违纪的，按有关规定给予党纪政纪处分；触犯法律的，依法追究法律责任。

对引咎辞职、责令辞职以及自愿辞去职务的干部，根据辞职原因、个人条件，工作需要等情况予以适当安排。

引咎辞职、责令辞职和因问责被免职的干部，一年内不安排职务，两年内不得担任高于原任职务层次的职务。同时受到党纪政纪处分的，按照影响期长的规定执行。

第五十三条 实行干部降职制度。干部在年度和任期考核中被确定为不合格的，因工作能力较弱、受到组织处理或者其他原因不适宜担任现职务层次的，应当降职使用。降职使用的干部，其待遇按照新任职务的标准执行。

第五十四条 干部免职、辞职、降职的工作程序：

- (一) 党委组织部根据干部的具体情况，提出免职、辞职、降职的建议意见；
- (二) 党委常委会讨论，作出对干部免职、辞职、降职的决定；
- (三) 有关校领导或党委组织部与拟免职、辞职、降职干部谈话，做好思想工作；
- (四) 发文免（辞、降）职，并填写《干部任免审批表》归入干部人事档案。

第五十五条 加强对受党纪政纪处分或组织处理干部的管理。一般在处分或处理决定下达一个月内，重新明确其工作岗位或分工，并按规定确定其工资待遇。对撤职、引咎辞职和免职的干部，酌情安排临时性、专项性工作。党委组织部要定期进行谈心谈话，督促其改正错误，坚守岗位，认真履职，并在处分或处理期满后，进行一次全面考核，作为重新安排其职务的重要依据，相关材料及时归入干部个人人事档案。

第四章 纪律与监督

第五十六条 选拔任用干部，必须严格遵守《党政领导干部选拔任用工作条例》规定的“十严禁”纪律要求，严格执行本办法的各项规定。

第五十七条 按照中共湖北省委组织部《关于进一步从严管理监督干部的若干意见》，加强我院干部选任工作全程监督，实行选拔任用工作全程纪实制度，严肃查处违反组织人



事纪律的行为。对违反本办法规定的干部任免事项，一经发现，从严查处；已经作出的干部任免决定一律无效，并按照规定对主要领导成员、有关领导成员、组织部门有关领导成员以及其他直接责任人作出组织处理或者纪律处分。

第五十八条 实行干部选拔任用工作责任追究制度。凡用人失察失误造成严重后果的，用人上的不正之风严重、师生员工反映强烈以及对违反组织人事纪律的行为查处不力的，应当根据具体情况，追究主要领导成员、组织部门有关领导成员、纪检监察部门有关领导成员以及其他直接责任人的责任。

第五十九条 加大领导干部问责力度。除《关于实行党政领导干部问责的暂行规定》第五条所列情形外，具有下列情形之一的，也应当对有关领导干部实行问责：

（一）落实从严治党责任不力，贯彻党风廉政建设责任制不到位，本部门本单位或者分管领域在较短时间内连续出现违纪违法问题的；

（二）法治观念淡薄，不依法办事，不按法定程序决策，或者依法应当及时作出决策但久拖不决，造成不良影响和后果的；

（三）抓作风建设不力，本部门本单位或者分管领域形式主义、官僚主义、享乐主义和奢靡之风比较突出的；

（四）在干部选拔任用工作中任人唯亲、营私舞弊，用人上不正之风比较突出的；

（五）对配偶、子女及其配偶和身边工作人员教育管理不严、约束不力，甚至默许其利用自身职权或职务上的影响谋取不正当利益的。

发生上述情形的，对有关领导干部实行问责的方式包括责令公开道歉、停职检查、引咎辞职、责令辞职、免职。问责程序按照《关于实行党政领导干部问责的暂行规定》执行。

第六十条 对不适宜担任现职的干部应当进行调整。不适宜担任现职，主要指干部的德、能、勤、绩、廉与所任职务要求不符，不宜在现岗位继续任职。

干部具有下列情形之一，经组织提醒、教育或者函询、诫勉没有改正，被认定为不适宜担任现职的必须及时予以调整：

（一）不严格遵守党的政治纪律和政治规矩，不坚决执行党的基本路线和各项方针政策，不能在思想上政治上行动上同党中央保持高度一致的；

（二）理想信念动摇，在重大原则问题上立场不坚定，关键时刻经不住考验的；

（三）违背党的民主集中制原则，独断专行或者软弱涣散，拒不执行或者擅自改变党组织作出的决定，在领导班子中闹无原则纠纷的；

（四）组织观念淡薄，不执行重要情况请示报告制度，或者个人有关事项不如实填报甚至隐瞒不报的；

（五）违背中央八项规定精神，不严格遵守廉洁从政有关规定的；

（六）不敢担当、不负责任，为官不为、慵懒散拖，干部群众意见较大的；

（七）不能有效履行职责、按要求完成工作任务，单位工作或者分管工作处于落后



状态，或者出现较大失误的；

（八）品行不端，违背社会公德、职业道德、家庭伦理道德，造成不良影响的；

（九）配偶已移居国（境）外，或者没有配偶但子女均已移居国（境）外，不适宜担任其所任职务的；

（十）其他不适宜担任现职的情形。

第六十一条 调整不适宜担任现职干部，一般按照以下程序进行：

（一）考察核实。综合分析年度考核、平时考核、任职考察、巡视、审计、个人有关事项报告抽查核实、民主评议、信访举报核实等情况，有针对性地考察核实，作出客观公正评价和准确认定。要注重听取群众反映、了解群众口碑，特别是听取工作对象、服务对象等相关人员的意见。

（二）提出调整建议。党委组织部根据考察核实结果，对不适宜担任现职干部提出调整建议。调整建议包括调整原因、调整方式等内容。提出调整建议前，应当与干部本人谈话，说明调整理由，听取其陈述意见。

（三）组织决定。党委召开会议集体研究，作出调整决定。作出决定前，应当听取有关方面意见。

（四）谈话。党委、总支负责同志或者组织部门负责人同志与调整对象进行谈话，宣布组织决定，认真细致做好思想工作。

（五）按照有关规定履行任免程序。对选举和依法任免的干部，按照有关法律法规规定的程序进行。

干部本人对调整决定不服的，可以按照有关规定申请复核或者向上级组织（人事）部门提出申诉。复核、申诉期间不停止调整决定的执行。从干部调整岗位的次月起，调整其级别和工资待遇。

第六十二条 对不适宜担任现职干部，应当根据其一贯表现和工作需要，区分不同情形，采取调离岗位、改任非领导职务、免职、降职等方式予以调整。对非个人原因不能胜任现职岗位的，应当予以妥善安排。

第六十三条 因不适宜担任现职调离岗位、改任非领导职务、免职的，一年内不得提拔；降职的，两年内不得提拔。影响期满后，对德才表现和工作实绩突出，因工作需要且经考察符合任职条件的可以提拔任职。

第六十四条 干部因健康原因，无法正常履行工作职责一年以上的，应当对其工作岗位进行调整。恢复健康后，参照原任职务层次作出安排。

第六十五条 院党总支受理有关干部选拔任用工作的检举、申诉，及时纠正违反本办法的行为。校纪委在自己的职权范围内，对选拔任用干部工作进行监督。

第六十六条 认真落实从严管理监督干部的责任，形成干部监督工作合力。

第六十七条 院党总支在干部选拔任用工作中，严格执行本规定，自觉接受组织监



督和群众监督。

第六十八条 上级组织（人事）部门对贯彻执行《党政领导干部选拔任用工作条例》和落实《湖北省属高校中层干部选拔任用工作办法（试行）》情况进行监督检查，受理有关干部选拔任用工作的举报、申诉，制止、纠正违反本办法的行为，并对有关责任人提出处理意见或者处理建议。

第六十九条 严格干部履职行为监督。要注重运用干部考察考核、巡视巡查、经济责任审计等结果，切实加强对干部履职状况的分析研判，建立完善干部能上能下机制，运用停职检查、调离岗位、降职、免职等方式，加大对不适宜、不称职、不胜任干部的调整力度，促进干部认真履职。

建立中层机构党政主要负责人离任交接制度。规范干部离任交接工作，干部在办理调任、转任、免职、辞职、退职及其他原因离开岗位时，应当按照有关规定，办理工作交接手续，以明确干部任期责任，防止违规违纪现象的发生，保持工作连续性。

实行干部经济责任审计制度，强化审计问责。

审计分任期内审计和离任审计两种。

任期内审计是对审计对象在任职期间进行的经济责任审计。审计部门要把审计的关口前移，逐步变离任审计为主为任期内审计为主。离任审计是对审计对象在任职期满或因晋升、辞职、免职、调离、辞（解）聘、撤职、降职、退休等原因离开现任岗位的，应对其经济责任进行审计；因晋升、交流等原因需要立即赴任的，经党委组织部批准，可以在离开岗位后实施审计。未经审计的，不得解除其任期经济责任。

第五章 教育培训

第七十条 完善干部教育培训制度，加强政治引领和能力培养，强化岗位培训，注重实践锻炼，提高思想政治素质和管理工作能力。

干部教育培训工作实行党总支领导、副书记主管、党群办负责、各党支部配合的体制，不断推进干部教育培训工作的科学化、制度化、规范化。

第七十一条 院党总支要深入抓好干部思想教育，把理想信念和党性教育放在突出位置，切实加强理论武装；强化党纪法规教育，把《党章》等党规党纪和《宪法》等法律法规列入每年中心组理论学习内容和干部教育培训计划，严明政治纪律和政治规矩，增强党性意识和法治观念。

第七十二条 干部教育培训工作遵循下列原则：

（一）以人为本，按需施教。按照党和国家的要求，把握干部的成长规律和教育培训需求，分级分类地开展干部教育培训，激发干部学习的内在动力和潜能，增强干部教育培训的针对性和实效性。

（二）全员培训，保证质量。干部教育培训面向全体干部，创造人人皆受教育、人



人皆可成才的条件，不断提高素质，实现干部教育培训的规模和质量统一。

（三）全面发展，注重能力。坚持干部队伍革命化、年轻化、知识化、专业化方针和德才兼备原则，全面提高干部的政治素质、科学文化素质、业务素质和法律素质，将能力培养贯穿于干部教育培训的全过程。

（四）联系实际，学以致用。紧密联系国际形势的新变化，联系我国改革开放和社会主义现代化建设的新进展，联系干部的思想和工作实际，引导干部在改造主观世界的同时，运用所学理论和知识指导实践，提高解决实际问题的能力。

（五）与时俱进，改革创新。适应经济社会发展需要，创新培训内容，改进培训方式，整合培训资源，优化培训队伍，推进干部教育培训的理论创新、制度创新和管理创新。

第七十三条 坚持政治理论学习制度。理论联系实际，注重解决自身和部门工作的实际问题。要在院内通过各种形式提高干部管理水平。

第七十四条 根据统一规划、分步实施的原则，分期分批地对在职干部进行培训。

第七十五条 按照上级关于干部培训的规划和有关规定，每年有计划地选派干部到各级干部培训机构接受政治理论培训及相关业务的培训。经组织决定选送参加培训的干部，必须服从组织安排。

第七十六条 干部参加各级各类政治理论学习及相关业务能力培训的成绩，归入本人档案，作为考察任用干部的依据。

第六章 考核与管理

第七十七条 干部考核以岗位职责为基础，以目标任务为重点，定性与定量相结合，力求公正、全面、客观、真实。

不断完善干部岗位职责，积极推进分类考核，改进考核方法，简化程序，提高效率。

第七十八条 干部考核包括任前考核、平时考核、定期考核、任期考核。

（一）任前考核。按本办法有关规定进行。

（二）平时考核。平时考核是对干部所进行的经常性考核。由组织部门通过检查工作、个别谈话专项调查、派人参加民主生活会和通过个人自觉地按照有关规定进行报告（如领导干部报告个人重大事项）等形式和渠道，了解考核对象的有关情况。

（三）定期考核。定期考核每年组织一次，一般在年底进行。

（四）任期考核。一般在任期结束阶段进行。

院领导班子年度考核和任期考核的评价等次，分为优秀、良好、一般、较差；干部年度考核和任期考核的评价等次，分为优秀、称职、基本称职、不称职。

考核评价结果作为院领导班子建设和干部培养、使用、奖惩等的重要依据。

第七十九条 考核的组织与领导：

（一）处级干部的定期考核在党委统一领导下进行，实行考核工作责任制。



(二) 干部的平时考核可根据干部管理权限进行,采取统一领导、分级负责的方式进行。干部的日常考核,由组织部具体负责;科级干部的日常考核由我院党总支具体负责。

(三) 党总支要在党委及考核工作领导小组的领导下,严格按照考核工作的有关规定和要求,具体负责本单位或本部门的考核工作的组织落实。

第八十条 严格执行干部退休制度。干部达到任职年龄界限或者退休年龄界限的,应当按照有关规定程序办理免职(退休)手续。确因工作需要而延迟免职(退休)的,应当按照干部管理权限,由党委研究提出意见,报上一级党组织同意。

第八十一条 坚持请假报备制度。干部出差、出国、出境、出省、出市、参加外单位组织的活动,处理私事或其他原因需要离开本院的,均需按照相关规定办理请假报备手续。未按规定请假、超假者,视情节轻重给予必要的处理或处分。

第八十二条 坚持重大事项请示报告制度。党员干部特别是领导干部涉及重要问题、重大事项必须按照规定及时向组织请示报告,对不按规定请示报告的要严肃追究责任。加强干部出国(境)管理,严格执行出国(境)证件集中保管制度。

严格实行“凡提必核”,凡拟提拔为副处级及以上干部考察对象,一律核查个人有关事项报告。严格干部档案任前审核,凡发现存在疑点未核实认定的,一律暂缓提拔任用。实行“裸官”任职岗位常态化管理,严格职位限入和提拔限制。

第八十三条 建立健全干部谈话制度。干部谈话视以下不同情况进行:

(一) 职务任免谈话。对经学校党委或党总支作出任免决定的干部,指定专人同本人谈话。

(二) 任职廉政谈话。由学校纪委书记(或副书记)、总支纪检委员根据实际工作需要,围绕廉洁从政的基本要求,与新任职的干部谈话。

(三) 诫勉谈话。对有群众反映或已出现轻微违纪行为,但不构成纪律处分的干部,由党总支指定专人谈话。

(四) 警示谈话。对一个时期出现苗头性、倾向性问题的处级干部,由学校党委或纪委指定专人谈话。

第八十四条 建立健全推进领导干部能上能下工作责任制。党委承担主体责任,党委书记是第一责任人,组织部门承担具体工作责任。把推进领导干部能上能下作为全面从严治党、从严管理干部的重要内容,坚持原则、敢于负责,做到真管真严、敢管敢严、长管长严。加强对干部的日常了解,定期分析研判领导班子和干部队伍情况,对应当调整的干部及时作出调整。对调整下来的干部,给予关心帮助,有针对性地加强教育管理。正确把握政策界限,注意保护干部干事创业、改革创新的积极性,宽容改革探索中的失误。

第七章 附 则

第八十五条 本办法适用于学校党委行文任命或聘任的处级干部和我院党总支聘任



的科级干部。

第八十六条 本办法自公布之日起施行。

“三重一大”事项集体决策办法

第一章 总 则

第一条 为了贯彻落实中央、省市委关于“重大事项决策、重要干部任免、重大项目安排、大额资金使用（以下简称“三重一大”），必须经集体讨论做出决定”的要求，进一步规范决策行为，防范决策风险，推进我院决策民主化、科学化，根据有关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 “三重一大”事项的决策必须遵守“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”的原则，实行集体议事。不得以传阅、会签或个别征求意见等形式代替集体讨论和会议表决。

第二章 决策范围

第三条 重大决策事项包括：

- 1、党和国家的路线、方针、政策、法律、法规以及上级重大决策、重要部署和文件精神为贯彻落实；
- 2、医院发展战略规划、综合计划、中长期发展规划；医院年度工作计划和总结；
- 3、涉及医院改革发展稳定的重大问题、重大改革方案以及关系职工切身利益的奖惩、分配、福利待遇等方案、制度的制定、修改和废止；
- 4、医疗质量、学科建设、人才培养以及精神文明建设等方面的重大事项、主要包括人才队伍建设规划；学科建设发展战略；医疗、教学、科研、行政管理制度的制定、修改；精神文明建设的重大举措及奖惩制度；
- 5、院党总支成员、院领导的分工与调整；院内机构的设置与调整；
- 6、院党群组织的建设、领导班子和干部队伍建设、党风廉政建设、政风行风建设、精神文明建设和社会管理综合治理等重要工作目标任务；
- 7、重大活动的筹备；重大安全责任事故、突发性事件的处理；
- 8、全国、省、市党代会代表、人大代表、政协委员人选的推荐；
- 9、其他需要院党总支和院长办公会集体研究决策的重大事项。

第四条 重要人事任免包括：

- 1、党总支会研究审定中层干部的任免、调整、轮岗交流、挂职锻炼；
- 2、党总支会审议决定选拔、培养、推荐后备干部以及向上级组织部门推荐干部；



- 3、对干部违反党纪政纪行为的处理意见；
- 4、其他需要院党总支集体研究的重要人事任免事项。

第五条 重大项目安排包括：

- 1、重大专项基本建设和改扩建项目；
- 2、未列入预算（资金在 20 万及 20 万元以上）的基本建设项目、大宗物资、大型医疗设备采购、不动产购置、大型修缮项目等；
- 3、医院对外投资、合作、租赁的重大项目；
- 4、上报医院国有资产产权重大变更；
- 5、其他需要党总支和院长办公会集体决策的重大项目。

第六条 大额资金使用包括：

- 1、医院年度预算方案和预算外大额资金的使用；
- 2、医院贷款或融资的项目、规模和偿还计划；
- 3、预算外 10 万（含 10 万）元以上，或超预算 10% 资金的使用；
- 4、其他需要院党总支和院长办公会集体决策的大额资金使用。

第三章 决策程序和要求

第七条 集体决策过程应包括以下主要阶段：

1、议题提出。研究决定“三重一大”事项的议题和会议日期，由党群办、院办根据要求拟定，并报请党总支书记、院长确定。承办部门就议题事先进行调查研究，广泛征求意见，充分了解情况，并提出可行性方案，必要时还可进行分析论证，再经分管领导审核后，由党总支书记、院长确定是否列入会议议题。

2、征求意见。议题研究审议前，议题主管领导和承办部门要广泛听取相关科室的意见；必要时可聘请专家进行评估、论证。

3、会前准备。会议议题和会议日期确定后，由议题相关责任部门准备详细的会议材料。会议通知和会议材料一般提前 1 个工作日送达应到会人员。涉及保密事项的会议材料，在会议期间发放，会后及时收回。重要人事任免应按《干部选拔任用条例》要求，在经过充分酝酿后，提请院党总支会研究决定。

4、议题研究。院党总支会由党总支书记主持，院长办公会由院长主持。会议讨论实行一事一议。讨论前先由责任部门或分管领导汇报有关情况，然后进行充分讨论。讨论时，会议主持人不应首先表明自己的观点，须听取其他党总支成员（院党总支会）或院领导（院长办公会）的意见后，再表明自己的态度。因故未到会的党总支成员（院党总支会）或院领导（院长办公会）可提出书面意见。

5、会议决定。在集体讨论的基础上形成统一意见，对“三重一大”事项作出决定。对需表决的事项，由主持人根据讨论情况决定是否进入表决程序。对决策事项意见较一致



时，可进行表决；持不同意见（含应参会而未到会领导的书面意见）人数达到或超过人数的三分之一时，应暂缓表决，会后继续对议题方案修改完善、沟通协调，留待下次会议讨论。会议表决应逐项进行，其中重要人事任免应逐人进行表决。表决可根据讨论事项内容的不同，分别采取口头、举手、无记名投票或记名投票方式进行。表决结束后由会议主持人当场宣布表决结果。

6、形成纪要。讨论决定“三重一大”事项的会议内容由专人（党群办负责人和院办负责人）负责记录，使用统一记录本。记录要如实记载讨论发言情况，尤其是不同意见情况和会议最后决定意见。会后应及时形成会议纪要。院党总支会会议纪要由党总支书记签发，院长办公会会议纪要由院长签发。除按保密规定需要对议题内容从简记录外，会议纪要需载明会议名称、时间、主持人、参加会议人员、列席会议人员、会议讨论的具体情况、表决结果及最后决定意见和形成决定的依据、理由，并明确落实决定的责任单位、责任人和时限要求。会议纪要印发院领导和有关部门、科室，必要时抄报上级有关部门。会议纪要须永久保存。

第八条 凡研究决定“三重一大”事项的会议，须有三分之二以上应参会人员到会方可举行，其中分管拟研究事项的院领导原则上应到会。院党总支对拟任免干部人选，应逐一表决，以应到会成员过半数同意形成决定。

第九条 重大突发事件和紧急情况，来不及进行集体讨论或表决时，分管的领导要及时采取措施并向党总支书记或院长报告；无法及时报告的可临机处置，但事后必须及时汇报。

第十条 经集体研究决定的“三重一大”事项，除有保密要求的以外，应及时在本单位干部职工中公开。对决策事项进行重大调整或变更，应重新按照本办法规定的程序集体讨论决定。

第十一条 院党总支会或院长办公会作出的“三重一大”事项决定，由院党总支委员、院领导班子成员按照职责分工组织实施，承办部门、科室负责落实，落实情况应向院党总支、院领导作出书面报告。

第十二条 经集体研究作出的“三重一大”事项决定，各成员必须坚决执行，个人无权改变。因特殊情况确需改变的，由院党总支会或院长办公会集体研究决定。个人意见被否决后，允许保留，但在没有作出新的决定之前，必须严格执行集体决定。

第四章 监督和追责

第十三条 院党总支成员、领导班子成员要按照党风廉政建设责任制的要求，带头执行“三重一大”的有关规定，相关责任部门、科室要严格落实有关规定，自觉接受党群办、院办等部门对本部门执行“三重一大”制度情况进行监督检查。

第十四条 院党总支纪检委员和承办纪检工作的党群办要将“三重一大”制度落实



情况作为监督职责权限内一项重要任务，强化事前、事中、事后监督。

第十五条 本制度的执行情况列入院党总支民主生活会，并作为年度工作总结、领导班子年度述职述廉的重要内容。

第十六条 对出现下列情况的将根据《中国共产党问责条例》和《中国共产党纪律处分条例》予以追责：

- 1、不按规定事项、范围、程序执行本办法造成严重后果的；
- 2、未经集体讨论而由个人或少数人决策，事后应报告而不报告的；
- 3、弄虚作假，未向领导班子提供真实情况而造成集体决策失误的；
- 4、擅自改变集体决策或不按集体决策执行的；
- 5、执行决策时发现可能造成损失，能够挽回而不采取措施挽回的；
- 6、其他违反本规定情况的。

第五章 附 则

第十七条 本办法自公布之日起执行。

医德医风领导小组办公室工作职责

- 1、在院党总支、行政的领导下，负责全院医德医风日常工作。
- 2、根据上级的要求和医院的中心工作，制定行风建设工作计划并具体组织实施。
- 3、组织落实好医德医风教育工作。会同有关部门组织学习、宣传上级和医院有关行风建设的管理规定，不断增强全体员工的文明服务意识，提高文明服务水平。
- 4、对全院医德医风工作开展调查研究，并作出分析讲评，及时发现工作缺陷，为领导决策和各部门改进工作缺陷提供具体、真实的第一手材料。
- 5、受理病人有关医德医风投诉并做好处理工作，对涉及多个部门或受理范围以外的投诉，要及时做好移交和协办工作。
- 6、负责收集、登记、统计全院各部门、科室收到的病人赠送的感谢信、表扬信、锦旗、镜屏以及全院各级各类人员拒收、上缴“红包”工作。
- 7、负责将病人综合满意度调查中病人所提意见以及意见箱、电话投诉内容反馈给有关科室和部门，协调、督促和检查科室、部门对病人意见的整改情况。
- 8、负责对违反医德医风管理规定的职工进行调查核实和思想教育转化工作；负责建立全院医德医风档案，个人医德医风考核情况与晋升、晋级、评优相结合。
- 9、组织开展好医德医风测评工作、督促检查工作、奖惩落实工作。
- 10、完成医院交办的其他工作任务。



医德医风考评细则及奖惩办法

第一章 总 则

第一条 为加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，建立对医务人员规范有效的激励和约束机制，依据省卫生行政部门《湖北省医务人员医德医风考评实施办法》及有关法律法规和规章的规定，制定本实施办法。

第二条 医德医风考评坚持实事求是、客观公正的原则，坚持定性考评与量化考核相结合，与医务人员的年度考核、医师定期考核及综合目标考核等工作相结合，纳入医院管理体系。

第三条 考评每年进行一次。考评范围为全院各临床、医技科室的医生、护士、药师等卫生专业技术人员及划价收费、医保核算等窗口服务工作人员（以下统称医务人员）；行政后勤人员参照执行。

第二章 组织与领导

第四条 建立党总支统一领导、党政工团齐抓共管、党群办组织协调、职能部门各负其责、院科两级负责落实到位、依靠广大患者支持和参与的医德医风领导体制和工作机制。

第五条 医德医风考评办设在党群办，负责全院医德医风考评工作。

第六条 强化科室一级组织对本学科团队每一个成员医德医风教育、监督、考评等方面的基础管理，使每一个成员的医德素质得到持续提高，使每一个成员的团队精神得到经常培养，使每一个成员都保持良好的个人职业形象。科室成立医德医风工作小组，由科主任（科长）、党支部书记（委员）、护士长和职工代表组成，负责科室医德医风教育、监督、管理、考评工作，并指定专人进行日常考评工作。科主任为第一责任人。

第七条 各科室不按照本办法对医务人员进行医德考评，或有下列情形之一，经责令整改仍不改正或情节严重的，对科室主要负责人予以相关处理。

- 1、不履行考评职责或者未按规定履行职责的；
- 2、在考评工作中有弄虚作假、徇私舞弊行为的；
- 3、在考评过程中不显示公平公正的；
- 4、拒绝接受院级考评小组监督检查核实的；
- 5、经院级考评小组监督检查，考评程序和考评结果评定存在问题，责令整改后，经检查仍不合格的。

第三章 考评内容及标准

第八条 医德考评包括救死扶伤、尊重患者、文明礼貌、遵纪守法、因病施治、顾



全大局、严谨求实等方面内容。

(一) 因病施治，以病人为中心的服务理念

1、树立救死扶伤、以病人为中心、全心全意为人民服务的宗旨意识和服务意识，大力弘扬白求恩精神，热爱本职工作；

2、加强政治理论和职业道德学习，工作认真、负责、细致，责任心强。

(二) 维护患者的合法权益，尊重患者的知情同意权

1、平等对待患者，做到一视同仁，不得歧视患者；

2、维护患者合法权益，尊重患者知情权、选择权和隐私权，为患者保守医疗秘密；

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

(三) 文明礼貌，优质服务，构建和谐医患关系

1、服务热情周到，态度和蔼可亲，无“生、冷、硬、顶、推、拖”现象；

2、着装整洁，举止端庄，语言文明规范；

3、认真践行医疗服务承诺，加强与患者的沟通交流，自觉接受监督，构建和谐医患关系。

(四) 遵纪守法，廉洁行医

1、坚持依法执业，保证医疗质量和安全。严格执行各项工作制度及技术操作规程，无差错、事故；

2、在医疗服务活动中，不收受、不索要患者及其亲友的财物；

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，不以介绍患者到其他单位检查、治疗和购买药品、医疗器械等为由，从中牟取不正当利益；

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；

5、遵守规定，不私自外出行医，不违反规定鉴别胎儿性别。

(五) 因病施治，规范医疗服务行为方面

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；

2、认真落实有关控制医药费用的制度措施；

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。

(六) 顾全大局，团结协作，和谐共事方面

1、服从指挥、调配，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、援外和突发公共卫生事件等医疗活动；

2、正确处理同行、同事间的关系，互相尊重，互相学习，互相帮助，互相勉励，互相配合，取长补短，共同进步，无医闹纠纷现象。

(七) 严谨求实，努力提高专业技术水平



1、积极参加在职培训，刻苦钻研业务技术，精益求精，努力学习新知识、新技术，提高专业技术水平；

2、增强责任意识，防范医疗差错、医疗事故的发生。

第四章 程序与步骤

第九条 医院为每位医务人员建立医德档案，考评结果记入医务人员医德档案。

第十条 医德考评采取院内考评和院外考评相结合，其中院内考评以自我评价、科室评价、医院评价相结合的方式开展。

（一）院内考评

1、自我评价 医务人员根据医德考评的内容和标准，结合自身实际表现，实事求是地进行自我评价，并填写《医务人员医德考评表》，对自己全年的医德医风进行自我评价。

2、科室评价 科室建立医务人员“医德医风考评记录簿”，指定专人对本科室医务人员的医德行为做好日常记录。在医务人员自我评价的基础上，由科室医德考评小组根据每个人日常的医德行为进行打分评价。

3、医院评价 由医德医风考评办组织院级医德医风考评小组实施，根据自我评价和科室评价的结果，将日常检查、问卷调查、投诉举报、表扬奖励等记录反映出来的具体情况作为重要参考依据，对每个医务人员进行综合评价，做出医德考评结论。

（二）院外考评通过走访、问卷调查或电话访问，召开行风监督员座谈会、填写调查表等方式，对医院、科室和医务人员进行考评。由医德医风办通过多种渠道和方式组织进行。对临床一线医务人员的考评，以患者及家属填写的《医务人员医德医风量化评价表》为主，在一个考核周期内至少要有 15 名患者及家属填写的医德医风量化得分，取平均值按 50% 的比重计入医德考评得分。

（三）考评方式 对医技科室和后勤保障人员的考评，采取患者、临床科室医务人员共同测评的方式。对医技科室的考核结合临床科室每月对医技科室的满意度考核实施。行风监督员评价和群众来信来访评价在反映的事实核实后，由医德医风办在加分和减分项目中综合体现。

1、患者及家属评价。由医德医风考评办负责组织，通过走访、问卷调查或电话访问患者及其家属，根据患者及家属的反馈情况对医院、科室和医务人员做出客观评价。

2、行风监督员评价。通过召开行风监督员座谈会、填写调查表等方式，对医院、科室和医务人员做出客观评价。

3、群众来信来访评价。通过在设置的意见箱、举报箱、投诉电话和新闻媒体的行风栏目等媒介，核实群众反映的有关情况，对涉及的医务人员的医德进行专项评价。

第五章 考评结果及应用

第十一条 医德考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。综合评价得分 90 分以上为优秀，75 分～ 89 分为良好，60 分～ 74 分为一般，60 分以下为较差。医



德考评要严格坚持标准，被确定为优秀等级的人数，一般为全院考评人数的 10% 左右，最多不超过 15%。

(一) 医务人员在考评周期内查实有下列情形之一的，实行一票否决

- 1、在医疗服务活动中索要患者或其亲友财物及牟取其它不正当利益的；
- 2、在医疗服务中，收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员以各种名义给予的财物或提成的；
- 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、隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料的；
- 5、在发生的医疗事故中负有完全或主要责任的；
- 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；
- 7、医疗服务态度恶劣，造成社会恶劣影响或者严重后果的；
- 8、其它因违法违纪行为受到处分的。

(二) 医务人员医德医风优秀方面

- 1、积极参加各种突发事件的抢救、救灾、舍己救人；
- 2、文明规范服务、服务态度热情、使用文明用语、尊重病人权益等；
- 3、责任心强，工作认真，避免他人及自身出现医疗差错或责任事故；
- 4、纠正制止他人违反保护性医疗制度，并及时挽回不良影响；
- 5、检举他人有收受回扣、开单提成，或索要、收受患者及其亲友财物等腐败行为和
不正之风，且所检举情况属实；
- 6、拒收红包、回扣、财物、有价证卷，不接受患者及其亲友宴请，有登记为证据；
- 7、参加职业道德规范和医学伦理知识培训；
- 8、所撰写论文或译文在核心杂志上刊登或在国际会议上交流；
- 9、被评为先进工作者、优秀党员或授予市级以上先进、劳模等荣誉称号；
- 10、积极参与社会志愿服务和公益事业活动。

(三) 医务人员医德医风不良行为方面

- 1、不遵守劳动纪律，无故迟到、早退、旷工、离岗、串岗；
- 2、与服务对象发生争执或有“生、冷、硬、顶、推、拖”现象，经核查属实；
- 3、滥检查、滥用药、滥开大处方，经查证属实；
- 4、对工作中发生的问题解决不及时，或敷衍、回避，造成不良后果；
- 5、超范围执业或私自外出体检、手术；
- 6、收受“红包”和商业贿赂情况；
- 7、捏造或歪曲事实，诬告、陷害他人，损害单位形象；
- 8、学术上不尊重别人，诋毁他人，造成不良影响；
- 9、违反职业道德受到卫生行政部门处罚的情况。



第十二条 有违反第十条第三款医务人员医德医风不良行为方面的内容第 3、4、5、7、9 项的不予参加考评。一项分数扣除超过 10 分者，不能评为“优秀”。一项扣分超过 15 分者，不能评为“良好”。有一项扣分达 20 分者“一票否决”，评为“较差”。对于在一个考评期内多次受到多名患者投诉，虽无法核实，也不能评为优秀。

第十三条 考评结果以科室为单位进行公示，并与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等挂钩。

第十四条 医院对医务人员进行年度考核时，医德考评作为一项重要内容。医德考评结果为优秀或良好的，方有资格评选优秀或合格；医德考评结果为一般的，年度考核为基本合格；医德考评结果为较差的，年度考核为不合格。

第十五条 执业医师的医德考评结果要按照《湖北省医师定期考核管理办法实施细则》的规定，纳入其个人档案，直接与晋升、晋级、晋职挂钩。

第十六条 建立医德医风责任追究机制

（一）因服务态度问题受到病人投诉的个人和科室，按照医德医风考评细则及奖惩规定相关条款执行；对情节严重并查证落实的给予经济处罚和行政处理。

（二）对违反行业纪律的个人，依照《中华人民共和国执业医师法》和反商业贿赂相关的法律及规定进行处理。

（三）违反行业纪律的科室，依照相关法律以及相关规章制度，追究科室负责人和其他直接责任人的责任，视情节轻重给予行政警告至撤职处分。

（四）对严重违反行业纪律涉嫌犯罪的，停止执业并移交司法机关处理。

第六章 附 则

第十七条 医德医风建设是一项复杂而艰巨的任务，需要日积月累、长期艰苦的努力。全院各科室要切实重视医德医风建设，将其贯穿到医疗服务的各项管理制度和工作规范当中，认真落实目标责任，做到任务到岗、责任到人、抓出成效。积极探索新形势下医德医风建设的特点和规律，在内容、形式、方法、手段、机制等方面努力改进和创新，把医德医风建设提高到一个新的水平。

第十八条 本办法由院医德医风领导小组办公室负责解释。

医务人员行为规范

- 一、爱岗敬业，救死扶伤，发扬白求恩精神，坚持全心全意为人民身心健康服务宗旨。
- 二、树立高尚的职业道德，团结协作，廉洁行医，自觉抵制不正之风侵蚀。
- 三、严格执行各项规章制度和服务规范，工作认真负责，坚决落实首诊负责制、首问负责制。
- 四、自尊自爱，仪表端庄，举止文明，礼貌待人，佩戴胸卡上岗。



- 五、服务热情周到，态度和蔼亲切，主动为病人排忧解难，方便病人就诊。
- 六、保持整洁、安静的工作环境，严禁吸烟。

窗口服务人员行为规范

- 1、牢固树立全心全意为人民服务的思想，做到一切为病人服务，一切为病人着想，一切为病人所需。
- 2、遵纪守法，忠于职守，不擅自离岗。
- 3、尊重病人的权利和人格，改善服务态度，使用文明语言，有问必答，耐心解释，不与病人争吵，严禁侮辱病人、刁难病人。
- 4、克服困难，主动采取各种措施，方便病人，宁让自己添麻烦，不让病人不方便。
- 5、严格执行规章制度、收费标准和操作规程，不漏收、多收、乱收，减少差错，不以权谋私。
- 6、对病人一视同仁，不徇私情，不开后门，维护正常医疗秩序。
- 7、认真学习，努力提高业务水平，虚心听取各方意见，接受群众监督。

重点岗位、重点人员轮岗制度

为防止院内重点岗位、重点人员通过职务便利，谋取不正当利益，从源头上预防职务犯罪的发生，根据上级部门有关规定，结合我院实际情况，制定本制度。

一、制度意义

实施重点岗位工作人员轮岗交流，有利于进一步增强重点岗位工作人员的廉洁从业意识，进一步推进党风廉政建设和卫生行风工作，也是关心和爱护干部职工、培养和锻炼干部队伍、促进各项工作的一项积极举措。

二、重点岗位

- 1、总务科、药械科、财务科、人事科等部门。
- 2、其它关键岗位。

三、重点人员

- 1、以上重点岗位负责人。
- 2、以上重点岗位的分管领导。
- 3、会计、出纳等关键岗位人员，从事基建、维修、药品（医疗器械、医用耗材、后勤物资、工程物资）采购、保管人员。
- 4、其他关键岗位的人员。

四、轮岗期限



1、重点岗位同一职位上任职，原则上每4年轮岗交流一次。

2、如有特殊情况，根据实际情况需要可以适当延长或缩短轮岗年限，适时地进行轮岗交流。

五、具体措施

1、重点岗位、重点人员的轮岗交流由医院管理层会议集体研究决定。

2、重点岗位、重点人员轮岗必须坚持量才适用、效能优先、择优上岗和个人服从组织的原则。

3、对于重点岗位的分管领导，实行定期调整。

4、发现重点岗位、重点人员存在问题和隐患的，应及时整改、调查处理。

5、医院轮岗情况将适时报送学校党委备案。

本制度自下发之日起执行。

廉政风险防范管理制度

第一章 总 则

一、为深入贯彻落实中共中央《建立健全教育、制度、监督并重的惩治和预防腐败体系实施纲要》及相关规定，继续深化我院廉洁自律工作，不断推进廉洁自律和反腐败工作，切实把惩治和预防腐败体系建设融入到医院中心工作中，拓展从源头上防治腐败工作领域，增强预防腐败工作实效，制定本制度。

二、廉政风险防范管理工作，坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持“标本兼治、综合治理、惩防并举、注重预防”的反腐倡廉工作方针；紧紧围绕医院中心工作和“以病人为中心”这一宗旨，筑牢反腐思想防线，并将廉政风险防范管理工作贯穿到党风和行风实际工作中，加强领导干部、职工自觉防范、抵御腐败的意识和能力，提高政治思想素质，为医院的建设发展提供坚强的思想和组织保障。

三、廉政风险防范管理是针对医院中层以上干部、重点岗位人员及全体职工日常工作中可能出现或正在演化中的腐败问题，采取前期预防、中期监控、后期处置、综合治理等措施，依托计划、执行、考核、修正的循环管理机制，对预防腐败工作实施科学管理的过程。

四、廉政风险防范管理涉及的主要风险包括因教育、制度、监督不到位和中层以上干部、重点岗位人员及其他人员不能廉洁自律的思想道德风险、岗位职责风险、制度机制风险和药品设备采购、工程项目建设廉政风险。

第二章 组织领导及管理程序

五、廉政风险防范管理工作在医院党总支的统一领导下，成立由党政领导、职能科



室负责人组成的廉政风险防范管理工作领导小组,具体负责廉政风险防范管理工作的组织、协调、实施。领导小组成员是:

组 长:黎群武

副组长:刘祖松 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩 查文良 雷振宇
赵大运 张 文

成 员:黎练军 余静萍 洪 丽 鄢爱平 钱定军 王天龙 涂亚丽
周卫东 邓卫东 樊学文 易世国 余红光 黄 忠 柳治国
毛时斌 程仁杰

领导小组下设廉政风险防范管理工作办公室,办公室设在党群办,黎练军兼任主任。

六、实施廉政风险防范管理,主要采取以下步骤:

1、制定计划。根据医院工作特点,结合医德医风建设和反腐倡廉工作,围绕医院中心工作,针对教育、制度、监督不到位和中层以上干部及重点岗位人员廉洁自律等方面的不足,以预防、监控和处置为手段,制定相应的工作计划和廉政风险防范管理措施。

2、落实执行。针对中层以上干部及重点岗位人员的不同风险,按照廉政风险防范管理措施,通过前期预防、中期监控、后期处置和综合治理,及时纠正不当行为,防止违纪违法行为的发生。

(1)前期预防。按照岗位职责和相关的制度规定,查找思想道德风险、岗位职责风险、制度机制风险并提出有针对性的具体防范措施。

(2)中期监控。建立信访举报、群众评议机制;落实制度自查、督查机制;完善提醒预警机制等,对违规情况进行调查了解,及时进行控制,预防腐败行为的发生。

(3)后期处置。对在中期监控中发现的苗头性、倾向性情况和调查出的问题,采取约见谈话、“三书”告勉(党风廉政告知书、提醒警示通知书、限期整改问责书)、警示教育、整改纠正等形式进行处置,防止腐败情况蔓延扩大。

(4)综合治理。综合采取单位治廉、家庭促廉、社会监督等方式,进行党风廉政综合治理。

3、严格考核。遵循分期监督、分级考核的原则,在廉政风险防范管理的执行过程中和执行之后,按照廉政风险防范管理的考核标准,结合不同岗位的岗位职责和要求,进行分层次的考核。

4、内容修正。根据考核结果,纠正存在的问题,完善管理制度,修正风险内容,改进执行措施,总结推广经验,实施奖优惩劣。

第三章 思想道德风险防范

七、思想道德风险是指因教育不到位以及自律不严格,使干部职工在思想上产生腐败动机的可能性。



八、思想道德风险主要表现：放松世界观改造，理想信念动摇，政治素质低；背离社会主义荣辱观；不思进取、得过且过，漠视群众、脱离实际，形式主义、官僚主义，弄虚作假、虚报浮夸，铺张浪费、贪图享受，阳奉阴违、我行我素，独断专行、软弱涣散，以权谋私、骄奢淫逸；违反医疗行业道德规范，泄露患者病情等个人隐私情况及医院机密；散布有损国家声誉的言论、滥用职权、贪污受贿等。

九、防范思想道德风险，要着力抓好学习教育、强化作风建设、加强人文关怀，实施对干部职工思想作风、学风、工作作风、生活作风等方面的日常监督。

（一）前期预防阶段

1、强化思想政治教育，筑牢思想道德防线

要坚持不懈地开展党性教育、法纪教育、廉政教育、作风教育、责任教育、职业道德教育、社会主义荣辱观教育和科学知识普及教育，认真落实中心组学习制度、中层干部培训制度、职工政治学习制度等。通过党课、医德课、培训、讲座、电化教育、参观学习、专题座谈及研讨等多种形式，完善学习教育内容，并注重学习成果的转化。让全体干部职工自觉接受各类教育，进一步树立正确的世界观、人生观、价值观和正确的权力观、地位观、利益观，常修为政之德，常思贪欲之害，常怀律己之心，筑牢思想防线，严控思想失防。

2、加强干部作风建设，营造良好医院风气

一是严格坚持民主生活会制度，定期组织召开领导干部民主生活会，相互评议、查找问题、纠正不足；二是强化党总支委员联系制度，定期深入联系的科室，与党员干部促膝谈心，虚心听取党员和群众的意见，形成良好的民主氛围；三是认真执行院领导接待制，接待患者及家属的问询和投诉，听取在就医过程中的意见及建议，及时掌握各科室情况，随时解决实际问题；四是注重直接听取广大职工群众的意见、建议，形成良好的民主氛围；五是规范职工诉求办理网络，党群办、人事科负责接待院内职工关于劳动关系、安全生产、工资保险、民主管理等方面涉及职工权益的问题诉求，协调解决相关问题；六是完善领导干部“三访”制度，及时发现问题、协调解决、化解矛盾，努力实现领导干部作风的进一步转变。

3、注重医院文化建设，体现人文关怀

一是利用党员组织生活、职工政治学习、党员大会、职工大会等，开展党风廉政知识学习、廉政风险防范管理理论的宣传教育，打造廉政风险防控的思想道德防线。二是充分利用媒介进行广泛的宣传，营造气氛，开展警示教育。三是大力培养先进典型，通过先进评选等活动，最大化地将教育成果转化成为风险防控成果，在全院形成反腐倡廉的良好氛围。四是充分发挥工会、共青团等群团组织的作用，开展形式多样的文体活动，营造健康向上的医院文化。五是坚持以人为本，从政治、思想、工作、生活上关心、爱护、帮助干部职工；对于生病、住院、有困难的职工，及时进行走访慰问，解决后顾之忧，充分体现人文关怀。



（二）中期监控阶段

1、完善监控手段，掌握党员干部思想状况

每年按时开展述职述廉工作，掌握党员干部自我认识到的缺点与不足；充分利用民主生活会、职代会、民主测评、群众评议等方式，掌握党员干部存在的问题；充分利用院长信箱、信访举报等手段及舆论监督的方式，掌握群众举报、社会反映的问题，认真处理信访举报，及时发现和调查违法违纪线索；深入开展问卷调查，及时掌握群众对党员干部思想道德的评价；定期开展行风自查、检查、互查等工作，有效监控党员干部的思想作风和工作作风。

2、保持先进性教育长效机制，及时化解存在的思想问题

坚持政治思想教育长效机制，通过谈心谈话、思想交流等形式，随时掌握干部职工的思想动态，特别是在职务任免、岗位调整、家庭发生重大事项等人生重大关口时，及时进行谈话、警示、告诫，及时化解可能存在的思想问题，维护大局稳定。

（三）后期处置阶段

对群众有举报、社会有反映、不按照规定落实风险防范措施，情节轻微的；民主测评中满意率较低的；在廉政风险管理工作中发现的，组织认为有必要提醒的，通过约谈、提醒等方式进行警示提醒。党群办根据日常工作情况，对所发现的苗头性、倾向性问题，及时采取措施进行处置，防止其继续发展。

第四章 岗位职责风险防范

十、岗位职责风险是指干部职工在行使岗位职责所规定的权力过程中，由于监督不力、自律不严、教育不够而产生消极腐败行为的可能性。

十一、岗位职责风险主要表现：不履行岗位职责、“一岗双责”，或履行责任不到位；违反廉洁自律相关规定；利用职务上的便利谋取私利；违反民主集中制，独断专行或者软弱放任；失职渎职、不作为或者滥用职权乱作为等。

十二、防范岗位职责风险，要明确中层以上干部及重点岗位人员职责范围内的业务工作责任和廉政建设工作责任。加强对中层以上干部及重点岗位人员的监督，加强“三重一大”（重大事项决策、重要人事任免、重大项目安排和大额资金使用）等事项经领导班子集体研究决定的执行力度，加大监督检查力度，并定期报告上级纪检监察机关。

（一）前期预防阶段

1、明确责任，加强考核力度

在每年年初以及岗位调整、干部聘任时，及时签订《党风廉政建设责任书》，明确具体责任，年终对履行党风廉政建设责任制的情况进行考核。

2、实行公开，促进民主管理

按照党务政务公开的要求，继续加大党务、院务的公开力度，充分利用各种有效手



段让公共权力在阳光下运行。确保将各级干部的岗位职责和职务职责以及识别出的风险点公开，党员干部要针对廉洁从政、履行“一岗双责”、强化自身作风建设等方面做出公开承诺，主动接受群众和社会监督。

（二）中期监控阶段

1、强化干部管理工作

强化干部选拔任用管理机制，对医院中层干部选拔任用工作实施监督，在干部任用要坚持民主推荐、公开选拔、严格考察与认真测评等有效方式，规范选拔任用程序和管理监督力度，提高工作透明度，确保干部考察的全面性，防止用人上的不正之风，严肃追究用人失察失误者的责任。

2、严格财务审批制度

严格执行财经纪律和财务规章制度，重要经费支出，特别是大额资金使用，必须经领导班子集体研究决定。建立、健全医院内控、审计制度，加强收费管理，防止漏收漏记。加强成本费用的控制管理，对各部门、各科室的成本控制状况，要开展经常性审查，及时纠正不合理的支出。

3、规范招投标管理

建立医院招投标管理办公室，制定并认真执行招投标管理办法和工作制度，规范招投标工作流程。强化纪检监察人员的监督职能，及时发现和纠正招投标工作过程中的违纪违规行为。

4、强化药品使用管理

规范医院药事管理工作，充分发挥药事委员会职能，加强对临床用药的指导、监督、监测，对全院用药情况定期进行公示。规范药品采购工作，严格执行新药采购审批流程。禁止任何人为医药代表统方。

5、落实窗口责任制

医院党群办、医院办公室、医务科等作为接待矛盾纠纷的第一窗口，要有专人负责，对每件来信、来访 100% 记录，及时调查处理、归纳整理、综合分析，将结果反馈给本人，查缺补漏、纠正不足，严格履行岗位职责。

6、执行纪检督查制

医院党群办负责全院职工岗位职责履行情况的督查工作，对来访信访件，件件登记，有访必督，限期答复，使群众来信来访件件有着落，事事有结果；定期召开社会监督员和党风监督员座谈会，加强党风和行风建设，接受群众监督，掌握第一手资料，对风险防范措施落实情况进行信息监测。

（三）后期处置阶段

将廉政风险防范纳入中层以上干部履行一岗双责的考核之中，形成新的考核机制。在具体考核中，采取上级监管下级，平级互相考核，下级监督上级相结合的考评办法，保



证考核的实效性。

对干部职工存在苗头性、倾向性但又不构成违纪违法问题的，采取警示提醒、诫勉纠错等手段，帮助和督促其及时纠正工作中的失误和偏差。诚心接受批评、整改到位的，予以了结；整改不力或问题较大的，按照相关规定，予以追究。

第五章 制度机制风险的防范

十三、制度机制风险是指医院因为制度不健全、不落实，管理不到位，使干部职工在工作或生活中发生消极腐败行为的可能性。

十四、制度机制风险主要表现：医院不能根据医疗卫生事业改革和党风廉政建设的形势需要，及时制定和落实各项规章制度；不能依照形势变化和医院实际情况，及时修改完善相关制度，使制度失去可操作性；不能制定有效的监督约束机制，无法保证制度的贯彻执行；不按制度办事，影响工作开展，导致工作出现重大疏漏或问题。

十五、防范制度机制风险，要建立综合监督机制、完善制度体系建设、落实现有各项规章制度。

（一）前期预防阶段

1、及时查缺补漏，加大源头治理力度

在干部职工工作岗位发生调整、工作重点发生变化、遇有临时性重大工作时，要及时修订风险点，努力掌握廉政风险防控的变化规律，调整相应的防控手段，从源头治理，保证做到风险防控的准确到位。

2、深入学习法律法规，广泛宣传廉洁自律

在各种会上组织党员干部职工认真学习中共中央《建立健全教育、制度、监督并重的惩治和预防腐败体系实施纲要》、《湖北省腐败风险预警防控暂行办法》等内容，深入研讨，掌握精神实质；在全院职工中广泛宣传《廉洁自律工作制度》，做到人人皆知；通过医院简报登载相关规章制度，形成氛围，促使广大干部职工自觉用制度约束自己。

（二）中期监控阶段

1、梳理规章制度，强化制度体系建设

结合医院工作实际情况，进一步理清各项工作程序，分析各个工作环节的风险点和岗位职责、思想道德风险点，修订各个环节的防控措施和原有的规章制度，使之具有较强的可操作性，实现用制度和机制预防风险的发生，有效处置风险的出现。

2、强化监督检查，提高贯彻执行力度

医院廉政风险防范管理工作领导小组对各部门、各科室制度机制贯彻落实情况定期进行抽查、评估，发挥监督作用。

（三）后期处置阶段

对制度机制建设中存在苗头性、倾向性但又不构成违纪违法问题的部门和个人，采



取警示提醒、诫勉纠错等手段，帮助和督促干部职工及时纠正工作中的失误和偏差。诚心接受批评、整改到位的，予以了结；整改不力或问题较大的，按照相关规定，予以追究。

第六章 考核内容及方法

十六、廉政风险防范管理考核标准

1、科室领导对廉政风险防范管理工作高度重视，落实医院各项规章制度好，机制健全，责任分工明确，界定风险准确。

2、本科室廉政风险的前期防范、中期监控、后期处置等各项措施落实到位。没有出现违规违纪行为，群众满意度高。

3、本科室能够认真自查自纠，自查报告客观真实，查找问题准确，结果运用有效，相关档案齐全。

4、注意总结和研究廉政风险防范管理工作，不断修正廉政风险内容，完善措施，改进工作。

十七、廉政风险防范管理考核方法

1、自查

各科室根据医院的统一安排，按照考核标准对廉政风险防范管理工作进行自查和评估，重点是差距分析，量化效果，进行自我评估。

2、检查评估

医院廉政风险防范管理工作领导小组结合各科室廉政风险管理工作自查情况，进行逐项检查和考核。采取听科室负责人汇报、召开座谈会、组织民主测评、进行问卷调查、检查相关材料等方式，对全院进行综合评估，并将评估情况上报医院党委、反馈各科室。

3、建立干部廉政档案

对干部职工建立廉政档案。个人廉政档案内容主要包括：职务（职称）任免、组织处理、纪律处分情况；干部职工个人应申报的相关事项及变更情况等。依据廉政档案记录考核干部职工的廉政信用度，综合运用于选拔、任用、考核等工作中。

十八、廉政风险防范管理考核结果运用

廉政风险防范管理考核结果将作为评价各部门、各科室落实党风廉政建设责任制的重要依据；作为干部选拔、任用、考核的重要依据。

将廉政风险防范管理考核结果纳入党风廉政建设责任制检查考评中，对考核结果为“优秀”的科室给予表彰；对考核结果为“不及格”的科室，以书面形式下达整改通知，督促制定措施，完善制度，并通过跟踪回访强化监督，保证廉政风险防范管理工作落实到位。

对拒不落实或者落实廉政风险防范措施不力的部门、科室，依据相关规定，追究科室负责人的责任。对于发生的重大违纪违法案件，除严肃惩处违纪违法人员外，要加大对



负有失职责任的管理人员的责任追究力度。

第七章 附 则

十九、本制度由医院党群办负责解释，自公布之日起实行。

定期收集院内外意见和建议的制度

医院是与人民群众生活密切相关的“窗口行业”，也是社会主义精神文明建设的重要阵地。医院通过定期收集征求院内、外意见和建议，并以此为动力改进医院工作，达到持续提高服务质量的目的。医院本项工作的开展由党群办组织实施调研，根据收集到的意见和建议写出汇总分析报告并反馈至院领导及责任科室，监督检查责任科室完成持续改进等。医院定期收集院内、外意见和建议的方法如下：

一、医院住院病人座谈会

（一）住院病人座谈会院部每季度召开一次，科室每月召开一次。

（二）院部座谈会从各病区抽调2-3名病员家属参加，并有相关职能科室负责人参与。

（三）患者家属座谈会主要了解医疗服务过程中存在的不足；听取患者及家属对医疗、护理质量、诊疗环境、收费、医德医风方面的意见和建议，促进病房管理质量的提高。

座谈会有专人负责详细的会议记录，会后及时对患者及家属提出的意见或建议汇总并反馈分管领导及科室责任人。

二、医院出院病人电话回访

（一）各科室严格按出院病人回访制度要求对出院病人进行电话回访。

（二）回访对象主要为治愈、好转、自动出院、转院病人，对出院病人一周内回访，并将出院人数、回访电话接通人数、满意度调查等，于当月28日前报院党群办。

（三）各科主管医生、责任护士根据出院回访计划填写《出院病人回访登记本》，回访登记及计划由各科护士长存档备查。

（四）回访工作要严格按回访计划执行，回访了解病人出院后的病情及恢复情况，包括病人目前情况、服药情况、锻炼情况、生活情况及健康指导等。

（五）回访时耐心听取病人或家属的提问，按照服务用语规范回答，对治疗原则问题不清楚的不得随意敷衍，对不能解决或电话解释不清的问题应采取另行答复，预约专家、回院复查或登门回访的方法，回访中出现电话投诉应及时上报。

（六）回访登记本及回访计划表严格整理归类，当月底由科主任、护士长审阅签字后将回访登记本交医院党群办保存。

（七）医务科、护理部、党群办采取不定期抽查、检查制度落实情况，对未执行或敷衍了事者，按工作过错追究办法进行处理。



三、医院行风监督员座谈会

(一) 行风监督员要有一定的代表性，由5-6名人员组成，要具有认真、客观、公正和热心卫生事业发展的良好素质。

(二) 社会监督员聘期一年，由聘任单位给聘书，在聘期内因健康、迁居外地等原因不能胜任监督员工作的，由聘任单位收回聘书，要向社会公布现任的监督员名单，让监督员更好地收集群众意见。

(三) 要积极协助、配合监督员开展工作，提供必要的情况和资料。

(四) 每年两次召开行风监督员座谈会，虚心听取行风监督员的意见和建议，座谈会由医院主管领导主持，相关职能科室和业务科室负责人参加。

(五) 社会行风监督员座谈会是社会监督的一种形式，座谈会的主要内容应包括：

- 1、监督我院依法行医和依法提供服务情况。
- 2、监督我院执行上级的规章制度和政策等情况。如是否按规定的工作规范提供诊疗服务，是否按收费标准收费等。
- 3、监督医疗单位执行卫生部颁布的《医德规范》的情况。
- 4、发挥桥梁纽带作用，互相交流信息，社会行风监督员向医院反应群众意见，提出建议，医院至少一年一次向监督员通报医院发展情况。
- 5、共同研究探讨改进服务质量、加强医德医风建设的对策、措施。

(六) 对社会行风监督员提出的问题和建议，能当时解决、解答的，要当场解决、解答给监督员一个满意的答复，对不能当场解决的，要向监督员做好解释工作，取得监督员的谅解与支持，同时，明确具体承办科室和承办人员，要求在一个月将承办结果通报监督员。

(七) 设立社会行风监督员座谈会会议记录本和监督员意见和建议处理登记本，做好有关记录工作，会议记录包括时间、地点、参会人员、座谈的具体内容等。意见和建议处理等记录包括社会监督员提出的意见和建议、承办时间和情况、监督员对办理结果的满意度等情况。

(八) 每年将落实监督员座谈会制度情况报市卫计委。

四、医院住院病人满意度调查

(一) 满意度调查方法：党群办派专职人员定期到病房测评。

(二) 满意度调查内容：重点包括对医院的综合评价、诊疗环境、医护人员服务态度及服务质量、医疗设施、检查等候时间、食堂饭菜质量等问题以及对医院发展、改进的意见和建议等内容。党群办根据医院实际服务工作的开展以及医院未来发展需要，不断对《住院患者体验与感受调查表》内容进行修订，持续改进。

(三) 满意度调查统计分析：党群办每月底回收《住院患者体验与感受调查表》，并对调查表填写内容进行记录和分析，核算每一项调查表内容的满意率。



(四) 满意度调查落实反馈: 党群办对患者不满意的事项及提出的意见和建议进行统计、汇总, 形成月度行风调查情况汇总, 向分管院领导汇报, 经院领导审核后, 于院周会通报并在内网公示, 要求相关科室对患者反馈的问题进行核实, 并提交整改措施。对于严重违反医院规章制度或严重影响医院形象及声誉的科室或个人, 由相关职能部门提出处罚措施, 党群办对相关职能部门整改及处罚措施和效果进行督查。

五、医院门急诊病人满意度调查

(一) 调查方法: 党群办在门诊各服务区域, 患者等候诊疗检查时发放调查表给患者及家属, 此表填写完整后由党群办工作人员现场收回。

(二) 调查内容: 重点包括对我院的综合满意度评价、门诊诊疗环境、门诊医护人员服务态度、医疗设施、检查收费取药的等候时间、收费价格等问题以及对我院的发展改进的意见和建议等内容。党群办根据实际工作的开展以及未来发展需要不断对《医院门诊病人满意度调查表》内容进行修订, 持续改进。

(三) 满意度调查统计分析: 党群办于每月底汇总《医院门诊病人满意度调查表》, 并对调查表填写内容进行记录和分析, 核算每一项调查表内容的满意率。

(四) 满意度调查落实反馈: 党群办对患者不满意的事项及提出的意见和建议进行统计、汇总、分析、反馈(根据患者的联系方法与患者进行电话沟通, 确认患者的不满意事项及意见, 将存在的问题, 反馈给相关的职能部门, 相关部门对患者反馈的问题进行核实, 并提交整改措施。对于严重违反医院规章制度或严重影响医院形象及声誉的科室或个人, 由相关职能部门提出处罚措施, 党群办对相关职能部门整改及处罚措施和效果进行督查)。形成月度门诊满意度调查情况汇总, 向分管院领导汇报, 经院领导审核签字后, 于院周会通报并在内网公示。

六、医院职工满意度调查

(一) 了解职工的意见和建议, 持续完善和不断改进我院的医疗服务工作, 从而提高职工的满意度和忠诚度。

(二) 调查范围: 全院职工

(三) 调查原则:

1、正式性原则: 公开、公正、公平, 以取得职工真实意见, 并客观、公正地发布调查结果。

2、保密性原则: 调查采取无记名形式, 所有问卷由党群办保存, 其他人无权查阅。

3、有效性原则: 满意度调查结束后, 须及时对职工进行反馈, 对满意度未达标的, 党群办后期进行跟踪监督检查。

(四) 调查内容和方法:

1、调查内容: 职工对医院工作环境(办公环境和劳动保护)、职工对生活条件、职工对院领导的工作作风、职工对医院的管理和发展、职工对个人职业发展规划等方面的内



容。

2、调查方法：

- (1) 采取无记名问卷方式调查；
- (2) 采取定期不定期、综合与专题相结合的方法进行。

(五) 调查结果的运用：

1、职工综合满意度：大于百分之八十为合格，作为医院领导班子的考核依据之一，用于总体评价医院管理、发展规划、职工利益等水平。

2、职工单项满意度：大于百分之九十作为制定下年度计划的依据之一，不达标的为需改进的工作，要进行专项研究和分析调查，查找存在问题和原因，提交院办公会研究，列入专项工作改进计划。

七、医院设立意见箱

医院在门急诊、住院部等设立意见箱，并公布举报电话，接受社会各界的监督。病区意见箱每月由所在科室开启收集；院长信箱由党群办专人开启收集意见。对收集到的意见和建议及时整改落实。

各科室依据本制度具体开展好院内外意见和建议的收集、回收、整理及座谈会记录的存档工作，党群办及时汇总上报给医院领导，并督促相关责任科室认真分析问题发生的原因，在规定时间内填写整改措施表单，完成整改落实。医院相关职能科室在规定的时项内督查追踪落实情况，并与科室的综合目标考核挂钩。对于一些重大意见和建议由专题会议讨论研究后，结合医院实际工作的开展制定相关改进措施。

第三方评价制度

一、评价范围

本评价项目主要包括“住院病人满意度调查表”“门急诊病人满意度调查表”“医院职工满意度调查表”和“院外同行测评”四部分。

二、评价管理

医德医风办主要负责满意度量表设计和改进、数据库建立和维护、数据收集方法选择、数据录入、数据统计、分析评估、过程监控管理、结果反馈等工作。

三、评价操作

1、医院定期收集院内外对医院服务的意见和建议，并以此为动力，改进工作，持续提高医院服务质量。

2、按照患者的服务流程，对其要求满足程度的感受，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施评价活动。

3、建立院内外评价数据库，确保各种评价结果的客观公正。



四、评价结果分析

- 1、问卷能够体现出医院各个领域的褒贬之处。
- 2、督导负责制：实行二级督导负责制。
- 3、复核内容：按提供的问卷进行，选择部分结果复核。
- 4、当一份调查所得的问卷中有 20% 及以上的项目没有回答时，该问卷作废。

投诉管理办法

第一条 为加强投诉管理，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，保护医患双方合法权益，根据卫生部、国家中医药管理局《医院投诉管理办法（试行）》（卫医管发〔2009〕111号），并结合我院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称投诉，主要是指患者及其家属等有关人员（以下统称投诉人）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，提出意见和要求的行为。患者及有关人员反映的不属于投诉管理部门职权范围的意见（如违法、违纪等），由指定部门按规定受理和处理，不属本投诉管理之列。匿名投诉，按照国家有关规定办理。

第三条 各部门、各科室应当不断提高管理水平，保障医疗质量和医疗安全，避免和减少不良事件的发生，并根据医院《防范医疗事故预案》、《处理医疗事故预案》和《医疗纠纷事件应急处置预案》建立健全医疗安全预警机制，加强紧急情况警告值报告和紧急情况处置，及时、有效化解矛盾纠纷。

（一）牢固树立“以病人为中心”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，把对病人的尊重、理解和关怀体现在医疗服务全过程。

（二）努力提高职业道德水平，增强服务意识和法律意识，提高医疗质量，注重人文关怀，优化服务流程，改善就诊环境，加强医患沟通，努力构建和谐医患关系。

（三）尊重患者的隐私权、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、准确地记入病历，并由患者或其家属签字确认。

（四）投诉管理部门与临床、护理、医技和行政后勤等部门应加强联系与沟通，及时化解医患矛盾。

第四条 加强组织领导，建立由医院投诉管理领导小组、投诉管理部门、各科室组成的三级投诉管理网络，各部门、科室密切配合，规范、有序地处理医院投诉。

（一）成立医院投诉管理领导小组。由院党总支书记、院长任组长，党总支常务副书记和主管医疗业务副院长任副组长，成员有：院党总支和院领导班子其他成员、“两办”主任、医务科科长、护理部主任、财务科科长、总务科科长、门诊办主任、各临床业务大



科室主任和医技科室主任等，负责组织、协调、指导全院的投诉管理工作。医院投诉管理领导小组下设三个投诉办公室，分别设在党群办、医务科、门诊办。

(二) 医院投诉办公室履行以下职责：

1、统一受理投诉，其中门诊办公室负责门诊患者的投诉；医务科负责患者有关医疗质量、医疗安全方面的投诉，包括全院重大医疗事件和医患纠纷处理（含协商、调解、诉讼）；党群办负责患者有关医德医风、服务态度方面的投诉。

2、调查、核实投诉事项，提出处理意见，及时答复投诉人。

3、指导各科室的投诉处理工作。

4、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。

(三) 各业务科室应当成立科室投诉处理小组，由科主任、辖区党支部书记、相关专业组组长、护士长等共3~5人组成，负责本科室的投诉接待、调查、报告和处理等工作。

(四) 各行政、后勤管理部门和科室应当配合投诉管理部门做好投诉处理工作。

第五条 保障医院投诉处理工作人员的工作待遇与人身安全，给予医院投诉管理部门工作人员一定的投诉处理风险补贴。鼓励和吸纳社会工作者、志愿者等熟悉医学、法律专业知识的人员或第三方组织参与医院投诉接待与处理工作。

第六条 各部门、各级人员对投诉的接待、处理，必须贯彻“以病人为中心”的理念，遵循合法、及时、便民的原则，坚持客观公正、实事求是的科学态度，依照处理程序，及时认真做好调查研究、分析鉴定等工作，做到事实清楚、定性准确、结论有据、处理得当。

(一) 建立畅通、便捷的投诉渠道，分别在党群办、医务科、门诊办公室设立投诉受理窗口，并在医院显著位置予以公布投诉电话（24小时投诉电话，即院行政总值班电话15307249956；党群办投诉电话8102645；医务科投诉电话8102686；门诊办投诉电话8102615）。

(二) 医院投诉接待实行“首诉负责制”。当患者及其家属等人员向有关部门或科室反映问题、提出意见和要求时，接待的人员应当予以重视，热情接待，耐心解释，不得推诿；对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决，争取将投诉处理于萌芽之中；对于无法当场协调处理的，接待的部门或科室应当主动引导投诉人到党群办、医务科或门诊办公室投诉，并做好交接工作。

(三) 接待投诉人员应当认真听取投诉人意见，耐心细致地做好解释工作，疏导劝慰，稳定投诉人情绪，化解矛盾，避免激化；如实填写或引导投诉人填写《医院投诉记录表》，并与投诉人一起认真核实其相关信息和反映的事实情况，最终由投诉人签名（或盖章）确认。

(四) 当患者及其家属等人员通过来电、来信、意见箱、电子邮件等方式向有关部门（包括党群办、医务科、门诊部办公室、院办公室等）投诉的，各部门应按“首诉负责制”做好记录和转接工作。



(五) 党群办、医务科或门诊办公室接到投诉后,应当在《投诉登记本》上进行登记,及时向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况,并将有关投诉资料复印件和“投诉调查报告表”送当事部门或科室。当事部门或科室应当立即调查,收集当事人陈述材料和有关旁证材料后,提交科室投诉处理小组讨论,并认真填写“投诉调查报告表”,由当事部门或科室科负责人签名,在3个工作日内将上述材料呈报至党群办、医务科或门诊办公室。

(六) 党群办、医务科或门诊办公室在了解、核实有关情况,或接到当事部门或科室呈报的陈述材料和调查报告后,应认真核查和分析,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。

1、对于涉及收费、价格等能够现场核查处理的,应当及时查明情况,立即纠正。

2、对于情况较复杂,需进一步调查、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。

3、对于涉及多个部门或科室,需组织、协调相关部门共同研究的投诉事项,于10个工作日内向投诉人反馈相关处理情况或处理意见。

4、对于涉及医疗事故争议的,或经投诉管理部门反馈不能解决的医疗纠纷,需由质量管理评价处组织召开医疗事故处理小组会议讨论,形成严谨、周密、有据的处理意见后答复投诉人。投诉人对医院答复不满的,应当告知其按照《医疗事故处理条例》等法规,通过医疗事故技术鉴定、调解、诉讼等途径解决,并做好解释疏导工作。

(七) 对于需要医患双方共同沟通或协商解决的投诉事项,由当事部门或科室指定人员与投诉管理部门工作人员一起接待投诉人。接待人员应态度热情,谦虚谨慎,以事实为依据,如实剖析,疏通引导,取得理解,达成共识。

(八) 各部门、科室应当积极配合投诉管理部门开展投诉事项调查、核实、处理工作。投诉管理部门有权向投诉人、当事医务人员和负责人调查情况,查阅有关原始记录或病历等资料,相关部门、当事人和科室负责人应当积极配合,不得以任何借口和理由推诿、拒绝和阻挠。

(九) 相关科室对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉,应当立即采取积极措施,预防和减少患者损害的发生;积极组织病例讨论、邀请相关科室会诊或全院大会诊,并由科主任或指定医务人员向病员或其家属详细讲明有关治疗措施和处理办法,以取得病员或其家属的理解和配合。涉及疑难和危重抢救病例的,应当及时向医务科报告,由医务科组织和协调有关会诊、抢救等工作。

(十) 属于下列情形之一的投诉,由投诉管理部门向投诉人说明情况,告知相关处理规定:

- 1、投诉人已就投诉事项向人民法院起诉的;
- 2、投诉人已就投诉事项向信访部门反映并作出处理的;
- 3、没有明确的投诉对象和具体事实的;



4、已经依法立案侦查的治安案件、刑事案件。

(十一) 对于投诉人采取借故无理取闹、殴打辱骂医务人员、损坏医院财物、扰乱医院正常工作秩序等违法或过激行为的，应当及时报告医院总务科保卫办、公安机关和卫生行政部门，由其依法采取相应措施和处理。

第七条 投诉管理部门（包括院行政总值班要求认真填写《投诉登记表》）应当建立投诉档案，留档备查：

(一) 《医院投诉记录表》（含投诉人基本信息、投诉事项）及投诉人提供的相关材料；

(二) “投诉调查报告表”（含调查、处理及反馈情况）、当事人陈述材料、有关旁证和其他相关证明材料；

(三) 医院答复意见、相关调查和处理决议等书面材料；

(四) 《投诉登记本》等与投诉事项有关的其他材料。

第八条 医院投诉管理纳入质量控制体系，并建立健全投诉信息上报系统及处理反馈机制：

(一) 对查实的投诉，由服务管理科或门诊办公室按其类别提交医院质量管理委员会或职业道德建设领导小组讨论定性，按照医院规定进行内部处理。投诉处理纳入质量控制体系，与年终考核、医师定期考核、医德考评、评优评先等结合。

(二) 投诉管理部门每季度统计投诉情况，并对投诉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。

(三) 定期召开投诉分析会议，或在院例会对每季度投诉情况进行通报，分析产生投诉的原因，针对突出问题提出改进方案，不断持续改进，提高医疗服务质量和水平。

第九条 医院工作人员对医院管理、服务等各项工作提出意见和建议，进行内部投诉的，或临床一线工作人员发现的药品、医疗器械、水、电、气等医疗质量安全保障方面的问题，由服务管理科室受理，及时转有关部门按规定程序处理并反馈。

第十条 有关重大医疗过失行为和医疗事故的报告，应当严格按照《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》（卫医发〔2002〕206号）的要求认真做好报告工作。

第十一条 加强投诉处理工作的监督管理，实行责任追究制度：

(一) 当患者及其家属等人员向有关部门或科室反映问题、提出意见和要求时，接待的人员违反医院投诉“首诉负责制”，对能够当场协调处理的不当场协调解决，推诿、诱导投诉和激化矛盾的，按照医院有关规定进行处理。

(二) 当事人、当事部门或科室不积极配合、推诿、拒绝和阻挠投诉管理部门对投诉调查情况，或不按时呈报材料，延误投诉处理，造成不良影响或导致发生严重群体性事件的，追究相关人员的责任和负责人的领导责任。

(三) 投诉管理部门工作人员未按照规定开展投诉管理工作，延误投诉处理，造成



不良影响或导致发生严重群体性事件的，追究相关人员的责任和负责人的领导责任。

第十二条 对于在医院投诉管理中表现优秀，有效预防重大群体性事件发生的有关科室和人员，医院予以表扬和奖励。

第十三条 本办法由医院投诉管理部门（党群办、医务科、门诊办）负责解释。

第十四条 本办法自下发之日起施行。

意见箱开箱制度

为完善医院建议、意见管理体系，规范意见、建议管理工作，以营造开放式的管理氛围，及时发现和解决问题，给职工以正确的疏导，增强医院凝聚力，制订本制度。

一、我院意见箱的管理部门为党群办，由该办指定专人负责意见箱的管理和日常维护。

二、每周四下午由意见箱负责人组织有关人员开启意见箱。

三、意见箱负责人对收集的信件、投诉进行登记，汇总各类意见，进行分类整理，并将相关意见或反映的问题反馈到相关职能部门，由相关职能部门对反映的问题或意见建议进行调查核实，要求于2周内给问题反映人答复，同时将答复情况回复给意见箱负责人。

四、意见的受理应遵循公正的原则。依据规章制度和政策，根据客观实际分析问题、合理处理，不随意公开、泄露、扩散。

五、反映问题或投诉时，应真实地反映事实。不得利用意见箱进行辱骂、恐吓、造谣等进行人身攻击的不文明行为，一经发现给予严肃处理。

内部审计制度

为加强医院内部的审计工作，根据《关于内部审计工作的规定》的要求，制定本制度。

一、医院实行内部审计制度，以加强内部管理和监督，维护财经纪律，改善经营管理，提高经济效益和社会效益。

二、审计工作由医院经济管理小组负责，在院长领导下，依照国家法律、法规和政策，负责对本院经济部门业务收支及其经济效益进行内部审计监督，独立行使内部审计职权，对院长负责并报告工作。

三、医院内部审计机构或审计人员，接受上级审计机关的业务指导并协助上级审计机关对医院审计。

四、医院内部审计机构对审计范围内的下列专项进行内部审计监督：

（一）医院财务计划或者预算的执行和决算。

（二）与医院财务收支有关的经济活动及其经济效益。

（三）内部控制制度的执行情况。



- (四) 医院财产、物资的管理情况。
- (五) 专项资金的提取使用。
- (六) 国家财经政策、计划、规章制度、法令的执行情况。
- (七) 医院院长交办或审计机关委托的其他审计事项。

五、医院内部审计机构对本院与外单位合作项目的投入资金、财产的使用及其效益，进行内部审计监督。

六、医院内部审计机构根据医院的规定，对有关经济活动实行审签制度。

七、根据医院内部审计工作的需要，被审计部门应按时向审计机构报送有关的计划、预决算、报表和文件资料等。

八、医院内部审计的主要职权是：

- (一) 检查凭证、账表、决算、资金和财产，查阅有关文件资料。
- (二) 参加有关会议。
- (三) 对审计的有关事项，进行调查并索取证明材料。
- (四) 对正在进行的严重违反财经法纪、严重损失浪费行为，做出临时的制止决定。
- (五) 对阻挠、破坏审计工作以及拒绝提供有关资料的，经院长批准，可以采取必要的临时措施，并提出追究有关人员责任的建议。
- (六) 提出改进管理、提高效益的建议，以及纠正、处理违反财经法纪行为的意见。
- (七) 对严重违反财经法纪和造成严重损失浪费的人员，提出追究责任的建议。
- (八) 对审计工作中的重大事项，向上级内部审计机构和审计机关反映。

九、院长可以在管理权限范围内授予院内审计机构经济处理、处罚的权限。

十、医院内部审计工作的主要程序是：

- (一) 根据上级部署和医院的具体情况拟订审计项目计划，报经院长批准后实施。
- (二) 实施审计时，应当事前通知被审计部门。
- (三) 对审计中发现的问题，可随时向有关部门和人员提出改进意见。审计终结，提出审计报告，征求被审计部门的意见后，报送院长，经批准的审计结论和决定，被审计部门必须执行。

(四) 被审计部门对审计结论和决定如有异议，可以向院长提出申诉。

十一、医院内部审计机构对办理的审计事项，必须建立审计档案，按照规定管理。

十二、医院内部审计人员应具有较高的政治素质和业务素质，有较丰富的财务工作经验和审计工作经验，有较高的会计理论水平，熟悉有关政策、法令和制度。

十三、医院内部审计机构的负责人员，按照干部管理权限的规定任免，并应事前征求上级主管部门的意见。

十四、医院内部审计机构要依法审计，忠于职守，坚持原则，客观公正，廉洁奉公，保守秘密。不得滥用职权，徇私舞弊，泄露秘密，玩忽职守。



十五、医院内部审计机构人员行使职权，受国家法律保护，医院任何部门及个人不得打击报复。

十六、对违反本制度的部门和个人，根据情节轻重，给予行政处分、经济处罚或者提请有关部门处理。



行政相关制度



院务公开制度

为贯彻落实《卫生部关于全面推行医院院务公开的指导意见》，进一步推进和规范医院院务公开工作，促进医院民主科学管理，依法执业，诚信行医，建立和谐医患关系，不断满足群众的就医需求，制定本制度。

一、公开原则

坚持依法办事、实事求是原则；坚持注重实效原则；坚持方便群众有利于和谐原则。院务向社会、患者和职工公开，必须党政共同负责，有关职能科室齐抓共管，使之成为医疗服务和管理的一项基本制度，畅通与患者之间的沟通渠道，提高群众对医疗服务的满意度。

二、公开内容

（一）向社会公开的医院院务内容

医疗服务信息：

- 1、医院依法执业登记的主要事项，包括名称、地址、主要负责人、所有制形式、诊疗科目、床位数、职能科室设置。
- 2、主要卫生技术人员依法执业注册基本情况，提供执业医师执业注册情况查询服务。
- 3、门诊、急诊、住院的就诊程序。
- 4、工作人员在上岗时佩戴有本人姓名、职务或职称的标牌。

医疗服务价格信息：

常规医疗服务价格、常用药品和主要医用耗材的价格，或提供服务项目价格的查询服务。

行业作风建设情况：

- 1、加强医德医风建设的有关情况。
- 2、医疗服务投诉信箱和投诉咨询电话。

（二）向患者公开的医院院务主要内容

- 1、住院病人“每日清单”，出院时提供全部费用清单。
- 2、为门诊病人提供费用清单。
- 3、在网站或电子触摸屏上向患者提供常用药品、医用耗材和医疗服务的名称、数量、单价、金额等，并提供费用查询服务。

三、公开形式

- 1、公开栏形式：在门诊、病区等醒目地方设置公示栏、宣传橱窗等公告栏。
- 2、通过医院对外网站公开。
- 3、在服务窗口发放有关资料。



- 4、设立网上查询装置、查询电话。
- 5、设立院务公开投诉信箱。

院务公开监督考核制度

第一章 总 则

一、为了进一步推动和规范院务公开工作，促进医院民主科学管理，依法执业，提高医疗服务能力，构建和谐医患关系，根据《中华人民共和国政府信息公开条例》、《中共中央办公厅、国务院办公厅关于进一步推行政务公开的意见》和《卫生部关于全面推行医疗机构院务公开的指导意见》等文件精神，制定本办法。

二、本办法适用于对全院各科室院务公开工作的监督和考核。

三、院务公开监督考核坚持客观公正、民主公开、注重实效的原则。

四、医院院务公开领导小组负责制订全院院务公开的监督和考核办法，并对全院各科室院务公开工作进行监督和指导。院务公开监督小组具体负责组织实施全院的监督和考核工作。

五、医院把院务公开列为对各科室评审评价、考核评优和党风廉政建设监督检查的重要内容，切实加强院务公开工作的监督和考核。

六、院务公开监督考核包括日常监督与定期考核；监督考核的重点是院务公开的组织实施、公开内容、公开时限、公开方式、公开范围、公开效果。

七、将院务公开纳入年度工作目标进行管理，并作为评定各科室工作成绩的重要依据。

第二章 院务公开的日常监督

八、院务公开日常监督是对医院日常院务公开执行情况进行的监督，包括外部监督和内部监督两种形式。

九、院务公开日常监督的主要内容是院务公开实施情况及其效果。

十、卫生行政部门、社会公众、服务对象、媒体、医疗机构监督员和有关单位对医院的院务公开进行外部监督。

十一、医院院务公开领导小组、院务公开监督小组、相关责任科室以及职工对医疗机构的院务公开进行内部监督。

十二、通过设立投诉举报电话、投诉举报信箱、电子邮箱，聘请社会监督员等多种方式，主动接受监督。

十三、接到日常监督反馈意见后，按照医院投诉管理规定，予以登记并及时进行调查核实和处理，实名的意见将处理结果及时反馈本人，积极采纳对有利于改进工作的建议。

十四、各科室负责人应当充分发挥监督职责，督促本科室对院务公开工作中存在的



问题进行整改。

第三章 院务公开的定期考核

十五、定期考核项目任务分解由院务公开领导小组制订。院务公开监督小组按照定期考核项目任务分解，对各科室的院务公开情况进行检查评估和考核。院务公开定期考核每年进行一次。

十六、定期考核的主要内容包括：

（一）组织实施

各科室对全院院务公开工作的支持和配合程度，本科室年度院务公开工作目标、计划和措施的制定和落实情况等。

（二）公开内容

1、对社会公开情况，包括医疗机构单位基本情况；服务信息（包括服务指南、服务流程、服务规范和服务承诺等）；行业作风建设情况、患者就医须知等。

2、对服务对象公开情况，包括各种服务收费项目、标准等收费信息；医疗机构的药品、医技检查以及诊疗价格；医院投诉管理部门及其办公地点、联系方式；医疗纠纷处理的途径和程序，按照规定提供医疗文书等信息资料服务等。

3、对内部职工公开情况，包括重大决策、重要人事任免、重大项目安排及大额度资金使用情况；职工权益保障；药品、设备等物资购置情况；领导干部廉洁自律等情况。

4、市级以上卫生行政部门规定的其他公开内容。

（三）院务公开载体的建设情况，包括公开场所、各类会议、报刊、电子媒介等。

（四）监督检查

院务公开的各项规定的执行情况，院务公开内容动态管理情况；服务对象、职工对院务公开的满意度等。

十七、院务公开采取量化考核办法，考核结果分为优秀、合格和不合格。

（一）优秀：积极开展和落实院务公开工作，重点突出，措施得力，成效显著，社会反映好；

（二）合格：认真执行院务公开的各项规定，按要求开展和落实院务公开工作，措施比较得力，取得一定成效；

（三）不合格：院务公开工作开展不全面，执行院务公开有关规定不力，工作落实不到位。因未按规定开展和落实院务公开造成重大负面或社会影响的，考核结果定为不合格。

十八、定期考核采取实地考察、综合评议等多种方式，也可与其他检查和督导合并进行。定期考核中发现的问题应及时反馈给被考核科室，并责令其改正。



第四章 院务公开奖惩

十九、结合日常监督情况对院务公开考核优秀的科室给予表彰奖励，对考核不合格的科室予以通报批评，并限期整改。

二十、违反院务公开有关规定的，造成较大负面影响的，由院务公开领导小组对主要负责人进行批评问责，情节严重的，予以一定处分。

新闻发言人制度

为进一步加强与患者的联系和沟通，有效实行院务公开，改进和规范医院重大新闻的发布行为，保障人民群众对医院工作的知情权，接受社会各界对医院工作的监督，更好地调节公共关系、处理公共事务，为我院经济社会发展创造良好的舆论环境，制定本制度。

一、新闻发言人的职责

在医院党总支的领导下，新闻发言人代表医院向新闻媒体，并通过新闻媒体向公众发布信息，通过介绍政策、通报情况、说明立场和回答新闻媒体记者提问等方式，实现医院与公众之间顺畅高效的沟通，为医院工作营造一个良好的舆论环境。

二、新闻发布的内容

- (一) 医院的重大决策、重点工作、重要项目等。
- (二) 重要活动、社会关注的热点问题和重大突发性事件。
- (三) 对新闻媒体有关报道的回应和事实说明。
- (四) 其它应予新闻发布的事项。
- (五) 通过政风行风热线回答问题。

三、新闻发布的形式

- (一) 举办新闻发布会、记者招待会、媒体集中采写等发布新闻信息。
- (二) 通过书面形式发送新闻通稿。
- (三) 通过互联网发布新闻信息。
- (四) 通过接受记者采访、向新闻界发表谈话发布新闻信息。

四、新闻发布会的组织

(一) 医院新闻发言人负责医院新闻发布的信息采集、选题报送、发布活动的准备，具体工作由院办公室承担。

(二) 规范新闻发布方式，一般情况下，由医院新闻发言人进行发布；医院重大决策、全局性情况介绍等由院主要领导或分管领导进行发布；重大突发事件的新闻发布，根据医院有关会议决议指定专人进行发布。

(三) 新闻发布会由党群办会同院办组织，其它任何科室不得自行组织。



五、新闻发布的纪律

(一) 新闻发布会要坚持正确的舆论导向，坚持新闻真实性原则，遵守新闻宣传纪律和有关保密规定，维护国家安全，维护社会稳定。

(二) 举办新闻发布会应严格按照批准的内容进行，所发布的内容要按照确定的口径统一对外发布。如需变动，要重新审批。

(三) 未经授权任何人不得以单位名义和公职身份擅自发布时政信息。

院长行政查房制度

院长行政查房是院长带领行政职能部门负责人定期深入科室，有计划、有重点地对科室各项工作进行全面检查、现场办公解决问题的一种重要管理形式。为加强科室规范化管理，全面提升医院各项工作管理水平，制定本制度。

一、行政查房的目的：通过定期对全院各科室进行行政查房，全面检查医疗护理质量、医德医风、规章制度执行、收费情况等工作，并听取意见，解决问题，促进科室规范化管理，提升医院各项工作管理水平。

二、参加行政查房组成人员：由院长或副院长带队，党群办、院办、人事科、医务科、护理部、公卫办、门诊办、药械科、总务科负责人和抽调有关人员参加。

三、行政查房查看内容：主要包括科室行政管理、规章制度执行、劳动纪律、服务态度、环境卫生、物资供应、安全保卫等，并对科室提出的疑问及实际困难进行现场解答和解决。

四、行政查房分组情况及分工：

(一) 行政管理组：

主要检查科室行政管理、劳动纪律、仪表着装，文明用语、服务态度、医德医风、规章制度落实情况等。

(二) 后勤保卫组：

主要检查科室环境卫生、水电管理、安全保卫、物资供应和管理、设备使用与管理、维修保障等。

(三) 医疗组：

主要检查科室首诊负责制度、三级查房制度、会诊制度、疑难危重死亡病例讨论制度、术前讨论制度、医患沟通制度、知情同意制度等核心制度的执行情况；病历（包括门诊、留观病历）质量、处方质量、合理规范用药情况；按专科收治病人情况；临床教学开展情况；医疗保险执行情况；医技科室报告单及各类登记材料的书写质量；医疗安全防范措施执行情况等。

(四) 护理院感组：

主要检查科室基础护理、生活护理、专科护理、心理护理等护理情况；交接班制度、



查对制度、医嘱制度、隔离消毒制度、无菌操作制度等与护理质量有关制度的执行情况；护理查房、病区管理、药品管理、收费管理情况；护理文书书写质量；消毒隔离、传染病疫情报告、院感管理情况等。

五、行政查房程序：由各组按各自分工开展检查，检查结束后集中在党政联席会议通报检查结果并提出整改建议，最后由院长总结并提出整改意见。

六、对在查房中发现的问题，要按医院有关规定限期整改，并对一些原则性问题进行全院通报和经济处罚。

七、凡院长在查房中提出需要解决的事项，有关职能科室要加强督办，并将承办进展情况、处理结果向院长或分管院长汇报，并转告医院办公室。

八、每次查房前由分管院长通知参加行政查房人员集中，统一行动。

九、各检查组可根据实际情况进一步细化检查内容和标准。

行政会议管理制度

一、党政联席会议由书记或院长主持，无特殊原因每周三下午召开，院级领导和相关部门参加，研究布置全院性工作。会后形成会议纪要向全院发布。

二、中层干部会议不定期召开，会议由院长或副院长主持，会议通知提前一天在院内QQ、微信群发布。参会人员为临床、医技科室（除当班人员外）所有正副主任、正副护士长、行政职能部门正、副科长。

三、凡分管院长召集的专题会议、协调会等会议，参会人员必须是各科室主任及具体工作责任人。由牵头科室负责会议签到及会议记录。

四、以上会议参会人员因外出开会、学习、出差、手术、值班等原因不能参加者须科主任向会议主持人请假并指定专人参加。

五、会议严格实行签到制，参会人员要提前5分钟进入会场，会议期间要保持会场秩序，及时关闭或静音移动电话等无线通信工具。与会人员不得随意走动、相互交谈或进行与会议无关的活动，更不得无故离开会场。

六、认真记录会议内容并于会后及时将会议内容传达到所属科室职工，确保会议内容得到有效落实。临床、医技科室由医务科、护理部定期进行核查周会传达记录情况。

七、参会人员要衣冠整洁，严禁穿工作服参会。

八、医院将参加会议及传达情况作为科室管理人员当年晋升、晋级、评优、评先的重要依据。



行政总值班工作制度

根据国家卫生行政部门的有关规定，为加强医院行政总值班工作，制订本制度。

一、值班人员

院总值班由院领导和行政职能科室正、副科长参加，院领导带班值二线班，职能科室干部值一线班。院总值班由院办拟定的人员轮流排班（春节放假例外），一般情况下不得换班。

二、时间与地点

一线总值班时间为非行政上班时间，一线值班人员应在值班室坐岗或到科室巡查，晚上 10:30 后至次晨 8:00 在值班室休息；二线班随时巡查。

三、职责与要求

（一）负责非上班时间全院临时性事宜的处理，包括信息传递、工作协调、通讯联络、科室巡查等。

（二）要保持值班电话和本人电话 24 小时畅通，若遇突发事件或重要问题，立即向总值班带班领导或院主要领导汇报，及时有效处理相关事件。

（三）做好值班记录，并于次晨 8:00 在总值班室当面向下班交班，简要报告前日值班情况并做好物品交接。

（四）一线值班人员离开院区或未尽职责，一经查实，每次罚款 100 元。

（五）无论因公因私出差或外出不能值班的，当班人应提前找好顶班人并报院办同意，否则按脱岗或未值班处理，罚款 200 元。

（六）一线值班人员值班按班次给予适当补助，其所占的休息时间无论是夜晚或法定假日（含周六、周日）均不补假、不补休。

部门沟通协调制度

为有效推进多部门协作工作快速落实，密切部门间的配合，提高工作效率，制定本制度。

一、医院重点工作推进、重大事项落实、涉及多部门共同完成的工作、以及院领导认为有必要协调沟通的工作适用于本制度。

二、沟通协调机制要树立全局意识和大局观念，必须遵循个人服从组织、下级服从上级、科室服从领导班子的原则。坚持既有分工、又有合作，既各司其职、又统筹兼顾的原则。

三、加强内部信息沟通，建立多部门联席会议制度。根据工作需要，定期组织召开



部门联席会议，拟定议题，形成会议纪要，或督办通知，予以检查落实。

四、日常性的业务工作，属于各职能部门职责范围内的，各司其职，各负其责，认真办理。需要相关职能部门配合完成的工作，在分管院领导的统一安排下，通过沟通协调配合完成。

五、临时性的业务工作，由主要领导或分管领导确定牵头科室，需其它职能部门配合时，可召开联席会议予以研究部署。协办科室要积极配合，并按时向主办科室报送工作情况。

六、各职能部门在工作中，遇到理解有歧义或难以实施时，科室间应及时主动沟通协调，同时上报各自分管领导，由分管领导之间进行沟通协调解决。仍达不成一致意见的，由主要领导或领导班子会议讨论确定。在争议未解决之前，主办科室应按分管领导指示，认真执行，不能推诿延误。

七、请示事项应遵循“逐级请示”的原则，各科室向分管领导请示，分管领导向主要领导请示，没有特殊情况，不能越级请示或多头请示。一般书面请示需书面回复；口头请示口头回复。如有特殊或紧急情况，可直接或越级请示，同时应及时向分管领导报告。

八、各科室对所承担的工作，要在规定的期限内完成。不能按时办结的，主办科室负责人或分管领导要向主要领导说明情况。

九、各职能部门要将需告知全院职工知晓的事项，及时在院内网群发布。医院重大事件各相关职能部门要按照院务公开要求，以多种形式向全院干部职工通报。

十、对协调沟通不够，在工作中推诿扯皮，影响工作正常开展造成工作失误的，依据有关规定，根据情节轻重给予相应处理。

十一、本制度未涉及事宜，按相关管理制度和院领导指示执行。

公务接待管理制度

一、为贯彻落实中央八项规定，进一步规范我院公务接待活动，根据中共中央、国务院关于《党政机关厉行节约反对浪费条例》实施办法、《湖北省党政机关国内公务接待管理规定》、《咸宁市党政机关国内公务接待实施细则》和《湖北科技学院公务接待管理办法》，结合我院实际，制定本制度。

二、本办法适用于临床医学院和附属第二医院的公务接待活动。

三、医院公务接待应当坚持对口接待、归口管理、严格审批、严格标准、务实节俭、高效透明的原则。

四、医院办公室全面负责管理和指导院内公务接待工作。

五、对口接待

(一) 上级单位、兄弟单位领导、在院工作过的副院级以上领导和医院领导邀请的



客人来院考察调研、检查指导、访问交流由医院办公室负责协调接待。

(二) 上级单位、兄弟医院工作人员和各副院级以上领导邀请的客人来院调研、办理公务、学术交流由相应对口部门负责接待。

(三) 教学实习基地和就业单位来客、专家学者和学术交流等由临床相关职能部门接待。

(四) 上级单位派出的调查组、工作组、检查组、考核组等，依据实情由医院办公室协调相关科室接待。

六、医院实行公务接待审批制度。严格控制接待范围，严格接待审批程序。对无公函(或邀请函)的公务活动和来访人员一律不予接待，严禁将非公务活动纳入公务接待范围，不得用公款报销或者支付应由个人负担的费用。接待单位凭公函到医院办公室报备并报分管院领导审批。

七、医院公务接待实行接待清单制度。公务接待活动结束后，接待部门应当如实填写《湖北科技学院附属第二医院公务接待清单》，并由分管领导审批。接待清单内容包括接待对象的单位、姓名、职务和公务活动项目、时间、场所、费用等。接待清单作为财务报销的凭证之一，并接受审计。

八、公务接待活动按规定安排住宿。优先安排在医院定点酒店，执行协议价格。

(一) 住宿费一般由接待对象自理，与会人员住宿费按会议费管理有关规定执行。

(二) 住宿用房以标准间为主，接待省部级(含省部级)以上干部可安排普通套间，地、厅、司、局级干部可安排单间。

(三) 不准超标准安排接待住房，不额外配发洗漱等房间用品。

九、医院公务接待用餐原则上须经主管院领导审批后，按下列标准执行。

(一) 接待对象应当按规定标准自行用餐，确因工作需要，医院可以安排工作餐一次。要严格控制陪餐人数。接待对象在10人以内的，陪餐人数不得超过3人；超过10人的，不得超过接待对象人数的三分之一。

(二) 严格控制工作餐标准，不得超过咸宁市规定标准。工作餐应以家常菜为主，不得提供鱼翅、燕窝等高档菜肴和用野生保护动物制作的菜肴，不得提供香烟和高档酒水，不得使用私人会所、高消费餐饮场所。反对食品浪费，提倡人均一菜的点菜模式。

(三) 工作日中午一律不准饮酒。

十、禁止上下级之间、职能部门或临床科室之间借各种名义用公款相互吃请，禁止接受影响执行公务的吃请。

十一、不超标准接待，不组织旅游和与公务活动无关的参观，不组织到营业性娱乐、健身场所活动，不安排专场文艺演出，不得以任何名义赠送礼金、有价证券、纪念品和土特产品等。

十二、严格执行公务接待预算管理和报销规定。



(一) 医院加强对公务接待经费预算管理。各职能部门、各临床科室要严格执行公务接待标准，实行接待经费支出总额控制。公务接待费用全部纳入预算管理，单独列示。

(二) 公务接待报销实行一事一结，一次一审。接待费报销凭证应当包括财务票据、公函、公务接待事前审批单和公务接待清单等。接待费实行月报月结制。

(三) 禁止在接待费中列支应当由接待对象承担的差旅、会议、培训等费用；禁止以举办会议、培训为名列支、转移、隐匿接待费开支；禁止在非税收收入中坐支接待费用；禁止借公务接待名义列支其他支出。

十三、加强监督检查和责任追究。公务接待实行“谁接待谁负责”。财务科要严格审核各项开支，超出规定和标准的一律不予报销。纪检、监察部门要加强对公务接待违规违纪行为的查处，对违反本办法规定造成违纪事实的要严肃追究接待部门相关负责人、直接责任人的责任并进行通报。

十四、本规定自公布之日起实施，《湖北科技学院附属第二医院用餐管理暂行办法》同时废止。

本规定由医院办公室负责解释。

公务车辆管理制度

第一章 总 则

一、为了进一步加强公务车辆的使用和管理，充分利用车辆资源，提高车辆使用效率，节省车辆费用开支，确保行车安全，制订本制度。

二、医院办公室负责医院公务车辆和驾驶员的统一管理工作及车辆调度、维修保养、安全等工作。

三、医院公务车辆采取集中管理、统一调度、定点维修、刷卡加油、定点保险的管理方式。

第二章 驾驶员管理

四、严格按照规定人数乘车，不得超员。未经批准，驾驶员不得随意捎载无关人员。

五、未经允许，驾驶员不得随意驾车外出，不得将车辆交由其他人驾驶。驾驶员私自外出或私自将车交由他人驾驶，出现事故一切后果由该驾驶员承担。

六、驾驶员不得利用公务车辆从事非法活动；若从事非法活动，一切责任和损失均由本人承担。

七、驾驶员对自己驾驶的车辆负有保管责任。

八、驾驶员不得有违反操作规程，不听从指挥、调配，弄虚作假、损害单位利益等行为，一经查证属实，将严肃处理。



九、若有工作调整，驾驶员对车辆进行交接时，交接人员必须将车辆证件、配件、工具、备胎、违章记录等列出书面清单，双方签名，交办公室抄录里程计数后方可进行交接。

十、驾驶员应礼貌待客、注意言行，不得在出车任务期间向单位或个人索取额外的钱、财、物或提出无理用餐要求。一经举报并查实，须退还非法所得或补交餐费。

第三章 车辆调度

十一、公务车辆用于保障医院公务活动的正常运转。车辆调度遵循先急后缓、合理安排、优先保障院领导公务的原则。

十二、医院办公室负责车辆统一调度工作。

十三、驾驶员不得擅自出车，其他人不得直接通知驾驶员出车。科室因特殊情况要求市内用车，须向院办报备，经领导同意后方可出车；院领导或科室有长途公务用车情况，亦须向院办报备，经主管领导同意后方可出车。

第四章 车辆维修和保养

十四、车辆洗车费小车 180 元 / 月，救护车 120 元 / 月，月底凭票报销。行车安全奖 100 元 / 月从当月绩效工资发放。

十五、车辆需要维修时，驾驶员应先进行车辆维修鉴定，确定概算费用，申请审批后再进行车辆维修。事前不申请，不按规定程序维修，医院办公室不予签字认可。

十六、驾驶员应对维修后的车辆进行验试，确保维修的质量。

十七、车辆维修费用由医院办公室负责认定，完成医院各项审批程序后，由财务科统一结算。

十八、驾驶员必须了解和掌握所驾车辆的性能，做到认真维护，合理驾驶；必须对车辆关键部位的维护、保养指标做到心中有数，到保养期限须及时申请维护。

十九、对以车辆维修保养之机谋取个人私利者，一经查实，令其停职检查并收缴其因之所获的个人利益。

第五章 车辆安全管理

二十、驾驶员必须服从医院办公室的管理，严格遵守交通法规和行为规范，保证安全行车。

二十一、驾驶员要随时对车辆进行检查，有效防范并及时排查问题。

二十二、若发生交通事故，驾驶员、乘车人员必须保护事故现场，及时向交警、院办及单位有关领导报告，做好善后工作。严禁驾驶员刻意隐瞒事故，否则事故赔偿及善后处理由其本人负责。

二十三、驾驶员 24 小时手机开机，若出现拨打手机不接听或发短信不及时回复而影响工作的现象，一经查实，严肃处理。



二十四、严禁酒后驾车，因酒后驾驶车辆造成事故者，责任全部自负，医院追究相关责任并予以解聘。

二十五、严禁携带易燃、易爆、危险品和污损车辆的物品乘车。

二十六、节假日期间，除临时调配执行公务的车辆外，其它公务车一律在单位统一规范停放并封存，不得擅自驾驶。

公文管理制度

一、为做好我院公文管理工作，使公文处理进一步规范化、制度化、科学化、程序化，提高公文处理质量和工作效率，制定本规定。

二、公文是传达上级精神，发布行政决议和规章，请示和答复问题，指导和商洽工作，报告情况和交流经验的重要工具。

三、公文处理应当坚持实事求是、精确、高效的原则，做到及时、准确、安全；严格执行国家保密法律、法规和其他有关规定，确保安全。

四、院办公室是公文处理的管理机构，主管本院公文处理工作并指导各部门公文处理工作。

五、收文登记后，由院办主任签批，呈送院领导阅示或直接签批相关科室承办。需要两个以上部门协同办理的，应明确牵头单位。

六、根据我院实际，我院公文的主要种类有：

（一）决定：适用于对重要事项或重大行动做出安排，奖惩有关科室及人员，变更或撤销下级科室不适当的决定事项。

（二）决议：适用于经过会议讨论通过并要求贯彻执行的重要事项。

（三）通知：适用于批转下级部门的公文，转发上级机关单位和不相隶属机关单位的公文，传达要求下级部门办理和需要有关单位周知或执行的事项，任免和聘用干部。

（四）通报：适用于表彰先进，批评错误，传达重要精神或情况。

（五）报告：适用于向上级机关单位汇报工作，反映情况，提出建议，答复上级机关单位的询问。

（六）请示：适用于向上级机关单位请求指示或批准的事项。

（七）意见：适用于对重要问题提出见解和处理办法。

（八）函：适用于不相隶属机关单位之间商洽工作，询问和答复问题，向有关主管部门请求批准和答复审批事项。

（九）规定：用于对特定范围内的工作和事务制定具有约束力的行为规范。

（十）会议纪要：适用于记载、传达会议情况和议定事项。

七、公文一般由文头、正文、文尾三部分组成。



八、公文文头一般包括文件名称、发文字号、签发人等内容。

九、公文正文部分一般包括标题、主送机关单位、部门、内容、附件、发文机关单位、发文日期、印章等。

十、公文文尾部分包括主题词、抄送机关、印发机关、印发日期、印刷份数。公文为函件时，文尾只包括主题词、抄送栏、份数等，且不注印发机关和印发日期。

十一、医院可以对上对下行文，也可以与有关单位和兄弟单位之间互相行文。院内其他科室一律不对外行文。

十二、院办公室根据医院授权，可以分别向院内各科室行文。

十三、信函行文首页一律使用套红居中印有发文机关名称的信笺纸，可以编发文字号，标注于信笺纸上发文机关名称的中下方。

十四、向院长请示问题，除院长直接交办的事项外，请示应当送院办公室按规定程序处理，不应当直接送院长本人。

十五、除院长直接交办的事项外，不得以医院名义向上级机关单位负责人报送“请示”、“意见”和“报告”。

十六、公文办理是医院领导、办公室和其他职能部门的一项经常性的重要工作。它对于实现医院职能，加强医院建设，提高医院工作效率，有着极大的关系。

十七、公文办理分为收文办理和发文办理两大部分。

（一）收文办理由收文登记、阅批、传递、催办、存档等环节组成。

（1）收文登记

对收进的外来文件、电报，由院办公室统一进行签收、拆封、登记。院领导亲收件，交本人拆封。亲收人如认为需要医院存查或处理的，可以交院办公室按收文登记办理。

（2）阅批

收文登记后，一般公文由院办公室负责人阅签提出拟办意见，转有关职能部门承办。重要公文由院办公室负责人阅签，呈送院领导阅批后，由院办公室转有关职能部门承办或组织传阅。急件应即时阅批。

（3）传递

各部门传送文件应由专人负责，文件传送必须在送件簿上登记，凭送件簿分送收件部门，收件部门收件后应在送件簿上签收。

（4）催办

院办公室人员及时掌握公文运转和处理情况，对办理的公文要负责检查催办，防止漏办或延误。院办公室对公文处理情况有催办、督促和检查的责任。

（5）存档

各种收文交由院办公室统一存档。

（二）发文办理由拟稿、核稿、签发、编号、登记、缮印、校对、用印、发送等环节组成。



(1) 拟稿

以医院名义发出的综合性报告、请示等，由院办公室拟稿或组织有关部门共同拟稿。凡是各部门需要以医院名义行文批发本部门文件时，由各部门拟稿，交院办公室行文。

(2) 核稿

核稿时，要对公文草稿的内容、文字、格式和行文规范等方面进行审核和检查，发现问题及时纠正。

(3) 编号、登记

院办公室对以医院名义发出的文件都要编号、登记。

(4) 签发

属于全面的、重要的方针、政策性问题，应以医院发文。以医院名义发出的文件，都应由院长签发。属于正常工作性质的例行公文，院办公室可以根据授权签发。

(5) 用印、发送

签发后应在文件末页加盖单位印章。最后，由公文拟稿部门负责，按公文要求投送公文主送、抄报（送）单位。

(6) 归档

公文发送后，院办公室负责将发文原件归档。

十八、以医院名义发出的公文、综合性报告、全院性工作规划和工作总结等，由院办公室组织有关部门拟稿、核稿；各部门业务范围内的文稿，由主管业务部门拟稿、核稿，经该部门负责人核签后，送院办公室进行内容、文字审核，再呈送院领导审签，院领导签批后方生效。

十九、拟稿一律使用统一公布的简化字，书写和签发公文要用深色中性笔。公文中的数字，除公文编号、统计表、序号、专业术语等用阿拉伯数码外，一般用汉字写。

二十、文稿要观点明确、文字精炼、条理清楚、用词恰当、标点符号正确。对于不符合要求的文稿，院办公室可退回拟稿部门修改，文稿一经签发，即成定稿，有关部门或承办人如对原文或修改部分有疑义，可向签发人申述意见，不得自行添改。

二十一、以医院名义发出的公文，由院办公室登记编号、印制并按有手续发出。

二十二、缮印公文要按规定格式，做到清晰、整洁，注意保护原稿，校对要准确无误。

制度流程管理规定

一、管理目的

为了规范各类制度、流程的编订、修订、发布、使用管理，确保制度和流程的严肃性和时效性，制定此规定。

二、使用范围



本规定适用于湖北科技学院附属第二医院制度以及流程的制定、审核、批准、发布、修订、废止等管理。

三、制度流程制定原则

(一) 目的性原则：制度的出台是服务于医院管理的需求，杜绝形同虚设的制度。

(二) 精简性原则：制度结构合理、格式统一、条文简洁精要，杜绝冗长臃肿、模棱两可的制度。

(三) 时效性原则：制度的制定、修订、废止应当及时，确保最大程度地贴近实际管理的需要，制度更新应当考虑到新旧衔接和延续的问题。

(四) 依法性原则：医院各部门制定的制度应当以医疗相关法律法规、技术规范、诊疗指南等为依据，不能与之冲突或违背。

(五) 规范性原则：制度的制定、修改、废止应当严格遵循程序进行，杜绝随意和随机的管理行为。

四、职责划分

(一) 各分管院长负责制度流程的审批、签发，制度制定交党政联席会议讨论决定。

(二) 院办公室负责所有制度的下发、存档和废止的管理，特殊文件、制度需报上级卫生行政主管部门审批、备案。

五、制度范围

(一) 医院规章制度、医疗质量管理体系、应急预案流程等。

(二) 各科室内部规章制度、流程和岗位职责等仅局限于本部门管理规范的专项规定，不纳入本规定的“制度”范围。

六、制度、流程制定（修订）

(一) 医院各职能部门应当根据医院发展，及时制定（修订）相应的制度流程。

(二) 制度签发后需立即组织培训、实施，并注意执行过程中的检查及反馈。

(三) 出现下列情形之一的，职能部门应当及时制定（修订）相关制度：

- 1、管理机制发生较大调整的；
- 2、部门管理职能或者管理架构发生较大调整的；
- 3、经实践证明是无效的管理制度未及时进行删减的；
- 4、诊疗过程或管理出现漏洞的。

七、制度审核

(一) 制度制定（修订）出初稿后，应在指定工作日内，通过收集各部门对制度的修改意见，特殊性、机密性的制度经院长认可，可以不经此审批。

(二) 经过审批的制度，由制度发起部门的分管院领导签发，但不能与院方颁布的制度冲突。

(三) 制度审核出现下列情形之一的，应予驳回：



- 1、严重偏离建章立制原则、违反国家相关法律法规、医疗操作规范的。
- 2、制定规定部门未征集相关部门意见的。

八、制度签发

各部门根据相关材料进行最终的修订后，按流程完成审核，并由分管院长签发，由院办公室统一下发至各科室。

九、所有制度文件必须在院办公室存档，重要制度文件及时向上级部门审批备案。

十、制度废止

(一) 新制度出台，原有制度即自动作废。

(二) 对于失去实效的制度，相应科室可以申请作废，需分管院长批准后作废，并在院办公室备案。

文印室管理制度

一、文印室由院办公室管理，负责医院及有关职能部门文件、资料等打印工作。

二、各部门草拟文件须经部门负责人签字，由办公室核准文印内容、数量后交文印室印制。

三、职能科室以医院名义下发和上送的红头文件，要严格按照公文格式行文，党委文件由党群办核稿编发，行政文件由院办核稿编发。

四、建立打字、复印登记制度，送文部门必须将打印、复印日期、数量、文件标题、签发人、用文单位详细登记，并由文印室工作人员签字确认。

五、文印室工作人员应认真做好本职工作，按时完成任务。对收到的文件资料，应及时给有关部门人员送发或及时通知有关人员到文印室取回，不得延误。

六、各部门未经批准而要求文印室排版录入印刷、复印的，文印室工作人员有权拒绝。

七、严格遵守国家及医院规定的保密制度，做到不该说的话不说，不该问的事不问。机要文件打印完毕后，版面及时进行保密处理，防止泄密。机密文件要及时销毁。文印室不得保留原稿文件，印后的原稿及时退回有关科室。

八、医院其他人员不得擅自进入文印室，不得私自进行文字材料录入、印刷和复印，不得私自拿取纸张和其它文印物品。

九、文印员要按规定程序操作，保持文印设备使用状况良好和卫生清洁。

收发室管理制度

一、在院办公室领导下，负责全院报刊、信函、汇款单的收发与保管。

二、负责统一接收外来各种平信、挂号信、汇款单、包裹、电报、报刊、杂志、印



刷品等的登记和分发。

三、对报刊、杂志、信件和汇款单等做到认真核对，确保收件齐全，分发无误，不漏分、不错发。

四、收到挂号信、包裹、信件、杂志等要做好登记，逐一核对地址、科室和收件人等，确认无误后，办理签收手续。

五、保护各种报刊、杂志的完整和清洁，信函和汇款单要及时准确交给收信人、收款人，并做好登记，不得损坏或遗失。

六、保障职工的通信自由，严禁拆阅他人信件。

七、加强报刊、杂志的管理，不得随意借阅给他人报刊、杂志。

八、遵守劳动纪律、按时上下班、保持室内清洁。

会议室、接待室使用管理规定

一、医院一、二号会议室及会客室由院办公室安排专人负责管理使用，定期或随时打扫卫生。其它会议室、接待室由管辖科室负责管理。

二、各有关部门和科室使用医院会议室、接待室尽量提前预约、登记，由院办公室进行协调。

三、与会人员要爱护会议室内的公用财物，损坏赔偿，不许将室内物品移作他用。自觉维护室内卫生，保持其整洁。

四、会议室使用科室要注意室内物品的日常维护，在每次使用完毕后应及时清理，随时保持室内整洁，做到会散、人走时关电源、上门锁。

印章使用规定

一、盖单位的印章，应由单位负责人审核签名；盖部门的印章，应由部门负责人审核签名。但有时遇到一些不涉及单位重大事宜而需要盖章的情况，可由管理印章的人员自行掌握。

二、办公室应备《用印登记册》，主要登记用印时间、用印部门或个人、用印事由、用印数量、用印的批准人、用印经手人、监印人等。

三、印章存放的地方要装锁，随用随取随锁。保管者不得委托他人代盖印章，更不得自己随意带出办公室，或交他人拿走使用。

四、属医院各职能部门与外面对口业务单位联系工作的，均可使用各职能部门公章。如联系工作范围较大，需要以医院名义联系的，一般要经院领导批准（或院领导授权科室领导签字同意），方可用医院名义联系。



五、申请出国进修、学习者的材料、成绩单均由人事科归口管理，审查同意后，方可加盖医院公章。

六、申请进口仪器、试剂等物品需要免税的科室，要经设备科审查同意，医院方能出具证明申请免税。

七、各科室上报的材料、报表、统计资料等均需科室负责人签字同意，分管院长签字审定，再加盖医院公章发出。

八、申报科技成果鉴定、科技成果奖的，需经医务科同意后，才可加盖院章。

九、个人私事需要医院出具证明的，经本人所在科室签署意见后，医院可据实酌情办理。

十、严禁出具空白介绍信或证明信，如确实需要，应经院领导批准。

档案管理制度

一、目的

加强档案管理，健全规范化、标准化、程序化档案管理工作机制，妥善、完整地保存各类重要文件、资料，反映医院历年经营和管理工作。

二、范围

(一)重要的会议材料，包括会议的通知、报告、决议、总结、领导人讲话、典型发言、会议记录、会议纪要等。

(二)上级机关发来的与本医院有关的决定、决议、指示、条例、规定、计划等材料。

(三)医院对外的正式发文与有关单位来往的文书。

(四)医院的请示与上级机关的批复。

(五)医院反映主要职能活动的报告、总结。

(六)医院的各种工作计划、总结、报告、请示、批复及简报等。

(七)医院与有关单位签订的合同、协议书等文件材料。

(八)医院干部任免的文件以及关于职工奖励、处分的文件。

(九)医院的历史沿革、大事记及反映本院重要活动的剪报、照片、录音、录影等。

三、职责

医院办公室负责制定档案管理相关规定和档案室的日常管理，对全院各部门档案（财务档案除外）进行立卷归档和日常管理工作；财务科负责医院财务档案的立卷归档和日常管理工作。各科室负责本部门内原始档案的留存、梳理。

四、档案立卷归档

(一)各职能部门将需要归档的原始档案材料移交办公室，档案管理人员对各部门移交文件资料认真整理，按归档要求，立卷归档。原则上，档案需在次年完成医院上年度



的档案立卷归档工作。

(二) 归档的文件资料按年度分别立卷，立卷必须核对归档文件的完整性、准确度，对存在缺陷的文件资料要责成有关科室或人员收集齐全后再行立卷归档。

(三) 归档文件应符合国家有关档案管理的要求，目录清楚、字迹工整、图样清晰，不得使用铅笔、圆珠笔、纯蓝墨水笔和复写纸复写。

五、档案借阅与利用

(一) 医院档案主要供本院利用，院外单位或个人需查阅时，应持介绍信，重要内容的材料需经院分管领导或院办公室主任批准后，方可进行查阅。

(二) 查阅档案时，由借阅人认真填写查阅档案登记簿。

(三) 查阅档案只限于申请范围内的有关内容，任何人不得擅自将档案、资料带出档案室外。

(四) 如因工作需要借出档案时，需要办理借阅手续，用完后按期归还，不得转借他人使用。对所借的档案资料要妥善保管，不得私自拆毁、涂改和对外传播。如需复印，需经档案管理员同意，重要内容须经院办公室主任批准。在借阅期间发生的一切问题，由借阅人负责。

六、档案室安全保密

(一) 任何人员未经档案管理员或办公室主任许可不得随意进入档案室。

(二) 未经批准，任何人不得将档案带出档案室，档案内容不得私自摘抄、复印和随意传播。

(三) 档案管理人员应经常检查档案室和档案的安全，发现问题及时向领导报告，认真处理。

(四) 档案管理人员要模范遵守党和国家的保密规定，严守机密。在调换工作时，对所管的档案要办理交接手续，离职后对所了解的机密情况，不得泄露。

七、档案的鉴定与销毁

(一) 档案的鉴定、销毁工作必须有组织、有领导地进行。在院办的主持下，由院分管领导、办公室主任、档案立卷人员组成档案工作鉴定、销毁工作领导小组，负责档案的鉴定、销毁工作。

(二) 对过期的档案要认真进行鉴定，确无保存价值或保管期满的档案，可确定销毁。

(三) 经过鉴定，需要销毁的档案，必须编造销毁清册，经院领导批准后，方可销毁。

(四) 销毁档案时，必须由二人以上在指定地点监销，监销人员必须在销毁清册上签名盖章，并注明销毁方式和日期。

(五) 销毁档案清册要妥善保管，并将所销毁档案在目录中注销。

八、档案的保管与维护

(一) 各种载体的档案由医院档案室集中统一保管，任何科室和个人不得私自保存



档案。

(二) 根据档案工作的需要, 档案室要配备符合档案管理要求的装备, 使用专用档案柜, 库房内安装必要的防护设施。

(三) 档案库房内要保持清洁、安静、库藏档案排列整齐有序, 定期进行档案清理核对工作。

(四) 加强档案管理, 做好防盗、防火、防潮、防晒、防尘、防虫工作。

九、档案室管理

(一) 医院办公室负责档案的日常管理工作。

(二) 档案的接收和查询及销毁工作都必须记录完备, 室藏档案必须与档案目录相符。

(三) 实行科学管理, 档案室柜放置整齐合理。档案排列整齐美观、条理系统, 编号科学规范、查找方便。

(四) 档案管理人员定期对室藏档案进行检查、保持整洁完好。

保密工作制度

一、为加强医院保密工作, 防止失、泄密事件发生, 根据国家有关保密法规(保密法、档案法、侵权责任法、医院工作制度), 结合医院实际, 制定本制度。

二、医院的保密范围主要包括:

(一) 上级已定密的文件、资料、领导人的重要讲话;

(二) 有保密性质的报刊、电报、电话记录、录音录像、来信、来访笔录;

(三) 党政联席会议记录、党总支会议记录、民主生活会记录和其他涉及重要问题的会议记录;

(四) 职工的人事档案和政审材料, 未经公布的人事任免、奖惩决定, 党员组织发展计划;

(五) 院领导在小范围内的谈话、讲话及讨论的主要问题;

(六) 上级主管部门要求暂不公开的文件材料;

(七) 医院财务计划、报表及有关资料;

(八) 医院发展的长远规划、重要医疗设施、设备的有关资料;

(九) 重要的基建图纸、资料;

(十) 病人病历资料及相关数据;

(十一) 其它需保密的事项。

三、院办公室是医院保密工作的职能管理部门, 负责保密工作。

四、实行保密工作领导责任制, 医院各级领导在其职权范围内对保密工作承担领导和管理责任, 各科室的主要负责人是该科室保密工作的第一责任人。



五、医院全体职工都必须自觉遵守国家保密法规和医院保密工作制度，克服麻痹思想，防止失、泄密事件发生。

六、严格遵守国家规定的《保密守则》，全体职工必须做到：

（一）不该说的机密不说，不该问的机密不问，不该看的机密不看，不该记的机密不记；

（二）不随便翻阅与己无关的文件，不把密件带回家中或带到公共场所，不私自抄录保存秘密材料，不把秘密材料给不该看的人阅看，私人通信不涉及秘密；

（三）未经办公室许可，不准复印、翻印和照抄秘密文件；

（四）不得在普通电话、明码电报、普通邮件传达、发送秘密事项；

七、医院各科室出售、处理废旧报刊、图书资料应进行严格检查，防止秘密资料遗失；

八、机密文件、图纸、档案资料要专人保管、专柜存放、定期清理，确保安全；

九、严禁无关人员进入医院档案室和办文场所；

十、加强保密教育，增强保密观念，定期进行保密安全检查，及时发现和解决存在的问题，堵塞漏洞。

十一、严格保密纪律，对违反保密法规或保密纪律，造成失、泄密事故的要进行严肃处理。涉及违法事件的相关责任人承担相应的法律责任。

密件管理制度

一、密件即涉密载体，是指以文字、符号、图形、声音等形式负载有秘密信息的物件。

二、密件一律专人收发、登记、传递、归档、保管、专柜专放，有相应的保密措施，不准悬挂或堆放在办公桌上。

三、上级下发的密件要及时登记、批办，下发涉密载体，要严格履行签字手续。

四、严格按《保密法》规定，做好“三密”文件的接收、保管、阅览等环节的保密工作。

五、“三密”文件，实行季度核对、半年清理，年终清退。清退工作要在下年第一季度清退完毕。

六、参加会议带回的密件，应如数进行登记、归档。

七、确属工作需要携带密件，必须经主管领导批准并需两人以上同行，严加管理，不得丢失、失控。

密件借阅制度

一、密件一般不外借，如因特殊情况或医院指定借出时，须经分管保密工作的领导批准，方可办理借阅手续。

二、借阅密件，必须履行登记手续，写明文件的名称、编号、秘级和借阅者的部门名称。



阅毕归还要经保密员签收销号。

三、借阅的同志必须严守秘密、爱护文件，切实做到不涂改污损，不圈点划线，不拆散乱放，不随意扩大借阅范围，对丢失密件的行为，要按照《保密法》及相关制度，追究当事人及相关领导人的责任。



人事相关制度



人事管理规定

第一章 总 则

第一条 为了规范我院职工的管理，保障我院职工的合法权益，建设高素质的职工队伍，促进职工履行岗位职责，根据《事业单位人事管理条例》（国务院令第652号）及《湖北科技学院人事管理规定》（湖科人[2016]33号），制定本规定。

第二条 本规定适用纳入医院事业编制并实行岗位管理和聘用制的所有职工，法律、法规对事业单位人事管理另有规定的，从其规定；其他人员的管理依照相关规定执行。

第三条 医院人事管理，坚持党管干部、党管人才原则，坚持德才兼备、以德为先原则，坚持民主、公开、竞争、择优原则，坚持监督约束与激励保障并重的原则。

第四条 医院建立健全人事管理规章制度，应当经干部职工、职工代表大会或工会会员代表大会充分酝酿讨论。

第二章 岗位设置与聘用

第五条 医院岗位分为管理岗位、专业技术岗位和工勤技能岗位三种类别。按照科学合理、效率优先的原则进行岗位设置，坚持按需设岗、竞聘上岗、按岗聘用、合同管理。

第六条 管理岗位指担负领导职责或管理任务的工作岗位。

医院管理岗位分为5个等级：管理五级岗位（处级正职）、管理六级岗位（处级副职）、管理七级岗位（科级正职）、管理八级岗位（科级副职），管理群组（科员），每个级又分为职和级二个档次。

第七条 专业技术岗位指从事专业技术工作，具有相应专业技术水平和能力要求的工作岗位。主要包括卫生技术岗位、工程技术、会计审计等专业技术岗位。

医院专业技术岗位分为12个等级，包括高级岗位、中级岗位和初级岗位。高级岗位分6个等级，即二至七级；中级岗位分3个等级，即八至十级；初级岗位分3个等级，即十一至十三级。

（一）卫生专业技术岗位

医疗卫生岗位主要指在医院直接从事临床医疗卫生技术工作，或（药、护、技）专业中从事临床和科研工作的岗位。是专业技术的主体岗位。

（二）其他专业技术岗位

工程技术岗位主要指从事工程设计、应用心理学、网络信息、公共技术服务的岗位。财务审计岗位是指从事会计、审计等工作的岗位。

第八条 工勤技能岗位指承担技能操作和维护、后勤保障、服务等职责的工作岗位。工勤技能岗位包括技术工岗位和普通工岗位，其中技术工岗位分为5个等级，即一至五级。



普通工岗位不分等级。

第九条 管理岗位、专业技术岗位和工勤技能岗位总量按下列结构比例掌握：

(一) 管理岗位编制原则上不超过医院岗位总量的 10%；

(二) 专业技术岗位编制原则上不低于医院岗位总量的 75%，其中卫生技术岗位编制原则上不低于专业技术岗位总量的 90%；

(三) 工勤技能岗位编制原则上不超过医院岗位总量的 15%。

第十条 医院岗位按照下列程序设置：

(一) 制定岗位设置方案及实施方案；

(二) 由医院岗位设置领导小组集体讨论审定；

(三) 报学校审核批准；

(四) 组织实施。

第十一条 医院与职工应当按照国家有关法律、政策规定，在平等自愿、协商一致的基础上，签订聘用合同，明确医院与受聘人员的权利和义务。聘用合同包括下列条款：

(一) 聘用合同期限；

(二) 岗位及其职责要求；

(三) 岗位纪律；

(四) 岗位工作条件；

(五) 工资福利和社会保障；

(六) 聘用合同变更和终止条件；

(七) 违反聘用合同的责任；

(八) 法律、法规规定的其他事项。

第三章 人事调配与公开招聘

第十二条 人事调配

(一) 人事调配工作必须执行党和国家的有关方针、政策，严格按照单位的编制、职务岗位数及人员结构要求开展工作，为医院临床、教学、科研等各项事业的发展服务，实行按需择优、合理调配。

(二) 严格执行编制定员规定，在各科室核定编制的基础上，按需设岗，制定人员调配计划。

(三) 党政管理、后勤辅助队伍的补充以院内调剂为主。

(四) 院内人员调整

除轮岗交流集中调整外，个别调整需医院党政联席会议讨论通过，经调出、调入科室、人事科及分管院领导审批同意，本人提出书面申请并填写《院内调动审批表》，报人事科备案。



第十三条 招聘要求

医院新聘用工作人员，面向社会公开招聘，但国家政策性安置、按照人事管理权限由上级任命、涉密岗位等人员除外。公开招聘坚持德才兼备的用人标准，贯彻公开、平等、竞争、择优的原则。

应聘人员必须具备下列条件：

- （一）遵守宪法和法律，热爱医疗卫生事业；
- （二）具有良好的品行；
- （三）具有符合应聘岗位要求的工作能力；
- （四）适应岗位要求的身体条件；

（五）具有适应应聘岗位要求的学历、学位和职业资格证书。医疗岗位一般应具有相应专业本科及以上学历、学位证书，特殊专业不得低于专科学历，护理岗位必须具有中专及以上学历。

第十四条 编内招聘程序

（一）制定招聘计划。各科室于每年9月底报送下一年度进人计划申请，经院党政联席会审定后于当年10月底前上报学校人事处审批。

（二）发布招聘信息。学校人事处将招聘信息在学校相关网站、媒体上公布。

（三）医院人事部门受理应聘人员的申请，对资格条件进行审查；

（四）符合条件应聘人员参加由医院组织的笔试与由学校人事处组织的面试和考核。

（五）应聘人员身体、心理健康检查；

（六）根据考试、考核结果，人事处确定我院拟聘人员，报学校校长办公会、党委常委会审定；

（七）公示招聘结果；

（八）报省人社厅审批；

（九）签订聘用合同，办理聘用手续。

第十五条 编外人员招聘程序

没有纳入学校编制管理的医院内部招聘，按照下列程序进行：

（一）制定竞聘上岗方案；

（二）公布竞聘岗位、资格条件、聘期等信息；

（三）审查竞聘人员资格条件；

（四）综合考评（包括笔试、面试和考核）；

（五）医院党政联席会议研究决定；

（六）在本院公示拟聘人员名单；

（七）办理聘用手续。



第四章 专业技术职务评聘

第十六条 医院专业技术职务评聘工作按照国家及湖北省职称改革工作有关政策由学校统一组织开展。

第十七条 专业技术职务评聘的基本程序如下：

（一）学校公布年度专业技术职务评聘的职数、评聘规则、评聘办法、评聘时间。

（二）本人申请。晋升专业技术职务者须提交个人简历、学历、学位证明文件、代表作及相关成果等基本情况。

（三）医院初审。医院将所有候选人任现职以来学术简历、临床业绩、科研成果、社会服务成果等材料初审，根据相应评聘条件出具是否同意评聘的意见。

（四）材料展示。学校人事处将所有参评人材料于同一场所公开展示，同时网络公示其申报材料。

（五）初、中级专业技术职务任职资格由全国卫生职称考试中心考核认定。

（六）申报副高及以上专业技术职务任职资格由学科评议组评议，学校评委会推荐评审。高级职务申报人选经学校评委会推荐评审，获得通过后报送湖北省相关部门高级职务评审委员会评审。其中副教授申报人选由湖北省高等学校教师（湖北科技学院）高级职务任职资格评审委员会进行评审后，报省职改办备案批复。（具体的专业技术职务评聘条件另文规定）。

（七）公示。

（八）核准批复。

（九）由院长批准聘任。

编外人员的职称评聘按照省、市职改办的要求进行。

第五章 人事考核

第十八条 卫生专技岗位的考核

（一）卫生专技人员应按聘任合同条款认真做好临床、医技、科研和服务患者工作，履行职责。为提高临床医疗、教学、科研与服务患者质量，维护医院整体声誉，医院根据不同人员岗位的聘任合同，对卫技人员实行年度考核和聘期考核。考核评估结果与专业技术职务评聘、岗位聘任、待遇挂钩，作为卫技岗位续聘、晋升和奖惩的重要依据。

（二）建立综合的考核评价体系。坚持以人为本和综合评价原则，努力建立和健全能够充分体现人才价值的激励机制以及以业绩为核心，由品德、知识、能力等要素构成的卫技人员考核评价体系。

1. 医务人员的思想政治品德及治病救人实绩。

2. 医务人员的业务工作履职情况，包括基本工作任务和岗位工作任务。基本工作任



务是指岗位应完成的最低临床、教学、科研、服务患者工作量。岗位工作任务是指按所聘任岗位应该达到的临床、教学、科研、服务患者工作量（由聘任合同明确规定）。

3. 超额完成基本工作任务和岗位工作任务的医务人员为优秀；完成基本工作任务和岗位工作任务的医务人员为合格；完成基本工作任务但未完成岗位工作任务的医务人员为基本合格；未完成基本工作任务的医务人员为不合格。

（三）医务人员考核评价的基本方式：

1. 自我评价。每位医务人员年终或聘期满填写一份自我评价表，反映自己的工作业绩，内容包括获得的研究项目、发表论文和出版专著、从事临床医疗（教学）工作等情况。同时，医务人员每年应以一定方式进行述职。

2. 患者评价。医院在年末根据医德医风、患者满意度调查情况表汇总评价。

3. 医院考核领导小组的考核评价。主要考核医务人员履行基本工作职责和岗位职责的情况，包括医务人员的医德、能力、水平、责任心和工作业绩等方面。

第十九条 其他岗位人员的考核

（一）医院其他岗位的考核，按照管理权限分类考核，全面考核德、能、勤、绩、廉五个方面，重点考核工作实绩。

（二）医院其他岗位的考核种类分为年度考核和聘期考核两种。年度考核每年考核一次，聘期考核每四（或五）年考核一次。

（三）医院其他岗位年度考核结果分为优秀、合格、基本合格、不合格4个等次，聘期考核结果分为合格、基本合格、不合格3个等次。

（四）考核的结果作为调整医院职工职务、岗位级别、工资以及医院职工奖励、培训、解聘、辞退的依据。

第六章 奖励与处分

第二十条 奖励坚持精神奖励与物质奖励相结合、以精神奖励为主的原则。对工作人员或者集体的奖励，按照规定的权限和程序决定或者审批。

第二十一条 奖励分为嘉奖、记功、授予荣誉称号。对受到奖励的工作人员或者集体，颁发证书或者奖章（奖牌），并给予一次性奖金以及国家规定的其他待遇。

第二十二条 医院职工或者集体有下列情形之一的，给予奖励：

（一）在工作中有发明创造、技术革新，将科研成果转化为生产力，取得显著社会效益和经济效益的；

（二）长期服务基层，爱岗敬业，在培养人才、传播先进医疗技术、促进医院建设发展中作出突出贡献的；

（三）在执行重要任务、应对公共突发事件中作出突出贡献的；

（四）在有效防止、消除事故和保护公共利益中作出突出贡献的；



(五) 有其他突出贡献的。

第二十三条 处分分为：警告、记过、降低岗位等级或者撤职、开除。处分期限为：警告，6个月；记过：12个月；降低岗位等级或者撤职：24个月。

第二十四条 医院职工有下列行为之一的，给予处分：

- (一) 违反政治纪律，损害国家荣誉、医院声誉和利益的；
- (二) 违反工作纪律，失职渎职，致使患者利益或者人民生命财产遭受损失的；
- (三) 利用工作之便谋取不正当利益的；
- (四) 违反财经纪律，挥霍、浪费医院资财的；
- (五) 严重违反职业道德的；
- (六) 法律、法规规定的其他行为。

第二十五条 对职工的处分，按照规定的权限和程序决定或者审批。给予职工处分，应当事实清楚、证据确凿、定性准确、处理恰当、程序合法、手续完备。

第二十六条 医院职工违纪的，应当由处分决定机关对医院职工违纪的情况进行调查，并将调查认定的事实及拟给予处分的依据告知医院职工本人。职工有权进行陈述和申辩。

第二十七条 职工受到警告处分的，受处分期间不得聘用到高于现聘岗位等级的岗位，当年年度考核不能评为优秀；受到记过处分的，受处分期间不得聘用到高于现聘岗位等级的岗位，年度考核不定等次；受到降聘处分的，自处分决定生效之日起降低岗位等级聘用，受处分期间，年度考核不定等次。

职工受到开除处分的，自处分决定生效之日起，终止其与医院的人事关系。

第二十八条 职工受到记过以上处分的，在受处分期间不得参加本专业（技术、技能）领域专业技术职务任职资格或者工勤技能人员技术等级考试（评审）。应当取消专业技术职务任职资格或者职业资格的，按照有关规定办理。

第二十九条 职工同时有两种以上需要给予处分的行为的，应当分别确定其处分。应当给予的处分种类不同的，执行其中最重的处分；应当给予开除以外多个相同种类处分的，执行开除处分。

医院职工在受处分期间受到新的处分的，其处分期为原处分期尚未执行的期限与新处分期限之和，但是最长不得超过48个月。

第三十条 职工两人以上共同违法违纪，需要给予处分的，按照各自应当承担的责任，分别给予相应的处分。

第三十一条 职工受开除以外的处分，在受处分期间有悔改表现，并且没有再发生违纪行为的，处分期满后，由处分决定机关解除处分并以书面形式通知本人。解除处分后，晋升工资档次、级别和职务不再受原处分的影响。但是，解除降级、撤职处分的，不视为恢复原岗位级别、原职务。



第七章 培训

第三十二条 医院按照国家有关规定，根据不同岗位要求，制定职工培训计划并组织实施。职工应当按照单位的要求，参加岗前培训、在岗培训、转岗培训和为完成特定任务的专项培训。

第三十三条 医务人员培训由医务科统筹管理，副处及以上干部培训由学校组织部统筹管理，人事科及相关科室负责其余人员的培训。未经医院批准，擅自参加各类考试或培训学习的，医院不报销任何费用，其考试或学习时间占用工作日的，按旷工处理；擅自报考研究生并取得入学资格的，医院不为其办理任何手续；强行离岗就读的，按医院人事管理相关规定处理。

第三十四条 医院统筹管理的培训类别包括学历培训和非学历培训，培训经费在管理费中预算列支。学历培训指攻读硕士以上学位或学历学位的培训。非学历培训指业务进修学习和其他培训。其中，业务进修包括医、药、护、技人员专业进修，其他培训主要包括新进人员岗前培训、领导干部和管理干部培训（专指上级党委安排的培训），其他专技人员的专业培训。

第三十五条 医院让事实重视对各类培训人员的管理工作，培训情况和学习成绩纳入培训人员考核内容。医院提供专项培训费用对职工进行培训的，可以在培训合同中约定服务期和违反服务期约定的违约责任。

第三十六条 所有培训人员在培训期间计算工龄、享受国家工资改革政策，可以申报相应的专业技术职务。

第八章 工资福利与社会保障

第三十七条 医院执行国家统一的工资制度，人员工资由岗位工资、薪级工资、绩效工资和津贴补贴组成。岗位工资、薪级工资执行国家统一的政策和标准。

第三十八条 医院职工绩效工资贯彻按劳分配、多劳多得的原则，考虑工作职责、工作能力、工作实绩等因素，保持不同岗位职务职称、级别之间的合理工资差距。职工绩效工资分为基础性绩效工资和奖励性绩效工资。

医院基础性绩效工资占绩效工资总额的30%，主要体现单位类别、岗位职责履行情况和职称等因素，按月足额发放。

奖励性绩效工资占绩效工资总量的70%，主要体现工作量和实际贡献等因素，在考核的基础上发放，按月或年度发放。

第三十九条 医院按湖北省及咸宁市相关规定为教职工缴纳社会统筹保险。

第四十条 医院职工按照国家规定享受福利待遇。医院根据经济社会发展水平提高医院职工的福利待遇。



医院职工实行国家规定的工时制度，按照国家规定享受休假。医院职工在法定工作日之外加班的，应当给予相应的额外工作量绩效或补休。

第四十一条 医院职工工资、保险以及聘用、培训、奖励、辞退等所需经费，列入医院财务预算，予以保障。

第四十二条 医院职工符合国家规定的退休、退職条件的，应当退休、退職。医院职工退休、退職后，享受相应的待遇。

(一) 人事科在职工达到规定的退休年龄的前2个月通知所在科室并转告本人，要求其到龄后的1个月内，按通知要求到人事科办理退休手续。若本人对通知退休时间有疑问的，要在当月到人事科查证。

(二) 医院正、副处级女干部或具有高级职称的女性专业技术人员，凡经任职期考核确认能胜任本职工作，身体能坚持正常工作，本人自愿，可到60周岁退休，不需办理延长退休手续。

(三) 职工到龄退休，人事科将依《劳动法》和湖北省、咸宁市相关规定到咸宁市人社局办理退休手续。

第四十三条 职工因公致残或死亡时，依《劳动法》和劳动保障有关规定予以补偿。

第九章 辞职辞退

第四十四条 职工辞去职务，应当向医院人事科提出书面申请。人事科自接到申请之日起三十日内按程序予以办理。

第四十五条 职工有下列情形之一的，不得辞职：

- (一) 按医院聘用合同规定的服务年限未到期的；
- (二) 未完成所承担的临床医疗、教学科研等工作，且无人接替的；
- (三) 新晋升专业技术职务（高、中级）服务未满三年的；
- (四) 正在接受审计、纪律审查，或者涉嫌犯罪，司法程序尚未终结的；
- (五) 法律、法规规定的其他不得辞职的情形。

第四十六条 辞职程序：

(一) 由申请人提前1个月向所在科室提出书面申请，所在科室主任签署意见后报人事科。

(二) 人事科审核后报分管领导，提交医院党政联席会议讨论通过，院长签批。

(三) 申请人凭批件到人事科办理离院手续。

申请人在辞职待批期间，必须遵守医院的规章制度，做好本职工作，不得擅自离职。辞职申请被批准后，离开医院之前，必须按规定办理离院手续。如未办妥有关手续就擅自离职，从离职之日起扣发工资，超过1个月的即作自动离职处理。同时，不得擅自带走属于医院的设备器材等，违者给予行政处分或责令赔偿经济损失。触犯刑律的，依法追究刑



事责任。

(四) 辞职人员按医院规定的服务期未满, 需向医院交纳服务期补偿费。补偿费收取标准按医院有关规定办理。

(五) 辞职人员的人事档案按国家关于流动人员人事档案的规定进行移交和管理。

第四十七条 医院职工有下列情形之一的, 予以辞退:

(一) 在年度考核中, 连续两年被确定为不称职的;

(二) 不胜任现职工作, 又不接受其他安排的;

(三) 因所在部门调整、撤销、合并或者缩减编制需要调整工作, 本人拒绝合理安排的;

(四) 不履行医院职工义务, 不遵守医院职工纪律, 经教育仍无转变, 不适合继续在医院工作, 又不宜给予开除处分的;

(五) 旷工或者因公外出、请假期满无正当理由逾期不归连续超过十五天, 或者一年内累计超过三十天的。

第四十八条 对有下列情形之一的医院职工, 不得辞退:

(一) 因公致残, 被确认丧失或者部分丧失工作能力的;

(二) 患病或者负伤, 在规定的医疗期内的;

(三) 女性职工在孕期、产假、哺乳期内的;

(四) 法律、行政法规规定的其他不得辞退的情形。

第四十九条 辞退医院职工, 由党政联席会议决定。辞退决定应当以书面形式通知被辞退的职工。

被辞退的职工, 可以根据国家有关规定领取辞退费或者享受失业保险。

第五十条 职工辞职或者被辞退, 离职前应当办理工作交接手续, 必要时按照规定接受审计。

第十章 人员调离

第五十一条 职工要求调出医院, 按以下程序办理:

(一) 职工要求调出医院, 需提出书面申请并填写《职工调出审批表》, 经所在科室同意, 报院领导审批同意后, 按有关规定办理调出手续。

(二) 现任正高级专业技术职务人员调出, 需经院党政联席会讨论通过, 并报学校党委常委会审批同意; 副高级专业技术职务人员及具有硕士学位的人员调出, 需经院党政联席会讨论通过; 医院中层以上干部调出, 需向学校组织部门报告, 报学校党委批准免职后, 经院党政联席会议讨论通过。

(三) 离院手续由人事科统一办理, 须经医院办公室、党群办、医务科、护理部、药械科、财务科、总务科等相关部门确认(见附表)。调出人员自批准之日起 22 个工作日内办理完调出手续; 自获调离批准之次月起, 医院停发其工资及其它待遇。



(四) 调出人员, 凡其配偶或子女为医院解决就业者, 必须随调。

(五) 对于涉密人员, 医院按照保密相关规定办理调出手续。

第十一章 违约处理

第五十二条 人员调离或辞职违约处理:

(一) 凡外出进修 12 个月者 5 年内不得调离医院, 进修 1-6 个月者 3 年内不得调离医院。本人要求调动的人员根据签定的《医院外出进修人员合同书》中的有关要求赔偿相应的费用。

(二) 新晋升专业技术职务人员, 三年内不得调离医院, 否则, 按 3000 元 / 年赔偿服务不足年限所造成的损失。

(三) 职工未经批准而自行离职的, 医院不予办理调离手续; 给医院造成损失的, 应负赔偿责任。

第十二章 复核和申诉

第五十三条 受到处分的职工对处分决定不服的, 可以自该处分决定之日起三十日内向医院申请复核。对复核结果不服的, 可以自接到复核决定之日起三十日内, 按照规定向医院的主管部门提出申诉。

第五十四条 医院应当自接到复核申请后的三十日内作出复核决定。复核、申诉期间不停止处分的执行。

第五十五条 职工的处分决定被变更, 需要调整该工作人员的岗位等级或者工资待遇的, 应当按照规定予以调整; 职工的处分决定被撤销的, 应当恢复该工作人员的岗位等级、工资待遇, 按照原岗位等级安排相应的岗位。

被撤销处分或者被减轻处分的职工工资待遇受到损失的, 应当予以补偿。

第十三章 人事争议处理

第五十六条 职工与医院发生人事争议的, 依照《中华人民共和国劳动争议调解仲裁法》等有关规定处理。

第五十七条 职工对涉及本人的考核结果、处分决定等不服的, 可以按照国家有关规定申请复核、提出申诉。

第十四章 附 则

第五十八条 本条例未尽事宜, 按国家、湖北省、学校和医院的有关规定执行。

第五十九条 本规定自 2017 年 10 月 1 日起执行。

第六十条 本规定由医院人事科负责解释。



编外用工人员管理（试行）办法

为适应事业单位人事制度改革，促进我院人力资源有效配置，进一步规范用工管理，切实维护医院和编外用工人员双方的合法权益，根据《中华人民共和国劳动法》、《中华人民共和国劳动合同法》和《事业单位人事管理条例》等，结合我院实际，特制定本办法。

第一条 编外用工人员是指医院根据医疗业务发展的实际需要，在核定的编制以外而聘用的工作人员。返聘退休教职工、外聘专家不在此列。

第二条 全院编外用工人员由人事科统一管理，坚持“先审批，后用工”原则。各科室每年根据需要制定编外人员用工计划，报人事科审核，经医院批准后按程序公开招聘。

第三条 编外人员用工应遵循“按需设岗、依法用工、绩效考核、合同管理”的原则进行。

第四条 用工条件

1. 品德良好，遵纪守法，吃苦耐劳；
2. 年满 18 周岁，男性不超过 45 周岁，女性不超过 40 周岁，且具有劳动能力者；
3. 身体健康，能适应岗位要求，具有符合工作岗位所需的文化程度和专业技能；
4. 在特殊岗位工作的，如电工、汽车驾驶人员等必须持有合格的上岗证、操作证或执业资格证书；

第五条 聘用程序

医院聘用编外人员按下列程序办理：

1. 用工科室提供编外用工岗位及要求，报医院批准后，公开招聘；
2. 人事科公布用工信息，组织应聘人员报名；
3. 用工科室牵头，相关职能部门参加，对应聘人员进行考核；
4. 确定聘用人员，报医院审定；
5. 人事科与聘用人员签订劳动合同，办理相关手续。

第六条 管理职责

一、医院人事科职责

1. 制定院内编外用工制度，核定全院编外用工指标；
2. 负责组织招聘各科室编外用工人员；负责劳动合同的变更、解除、终止等审批工作；负责协调办理编外用工人员的社会保险等有关事宜；
3. 根据国家劳动法规规定，建立健全编外用工管理制度（包括档案管理等），制定编外用工人员的工资计划及工资发放办法。

二、用工科室职责

1. 严格执行国家及医院有关编外用工管理的规定，确保医院临床医疗、科研、管理



工作的顺利进行，同时保障编外用工人员的合法权益；

2. 明确编外用工人员的工作职责并承担本科室编外用工的日常管理工作，提出续聘或解聘的意见等；

3. 对编外用工人员上岗前进行技术和安全培训，杜绝劳动事故的发生；

4. 定期对本科室编外用工人员进行规章制度、法律法规的教育；

5. 负责本科室编外用工人员的考核；用工部门应按照劳动合同规定的内容逐一考核，考核结果作为续签劳动合同的依据；

6. 用工科室因违反医院有关规定或疏于管理而引发劳动纠纷的，用工科室应承担由此造成的后果。造成劳动纠纷后的处理工作，应由该科室牵头处理；因违规用工造成劳动纠纷或医院名誉损害，医院将根据情节轻重追究用工科室负责人的责任。

第七条 考核管理

各用工科室负责对编外用工人员进行年度考核。凡年度考核合格者，若工作需要可以续签劳动合同；考核不合格者终止劳动合同。

第八条 待遇

一、基本工资：按湖北省规定的咸宁市当年最低工资标准执行。

二、学历职称津贴：

1. 专科 30 元 / 月，本科 60 元 / 月，硕士 90 元 / 月；

2. 初级 80 元，中级 150 元。

三、工龄工资：按年 30 元 / 月标准执行；6-10 年另加工龄津贴 100 元；11 年以上另加工龄津贴 200 元。

四、绩效工资：按照医院绩效工资分配方案发放办法执行。

五、社会保障：按国家政策结合医院实际情况办理。

第九条 人事代理

①本人在院工作满 15 年以上（专科以上学历）；②本人被聘为中层干部或中级职称，试用期一年；③本人连续三年及以上获得年度先进工作者；④正高或正处的配偶、或子女（本科学历）试用期一年；⑤ 30 年以上工龄，任副高或副处 8 年以上的配偶、或子女（本科学历）、试用期一年；⑥ 35 年以上工龄、任正科 12 年以上的中层干部的配偶，或子女（本科学历）、试用期一年；⑦复员退伍军人、因公伤残五级以上职工配偶，或子女（本科学历）可综合考虑，适当倾斜。符合以上条件之一者，经审核合格，医院研究决定，可办理人事代理手续，享受同类在编人员待遇。以配偶或子女名义办理人事代理的，一个家庭只能解决一人。

第十条 退休管理

编外人员到达国家法定退休年龄后（专技岗人员男 60 岁、女 55 岁，工勤岗人员男 60 岁、女 50 岁），医院不再办理续聘手续，不再发放任何工资待遇。



第十一条 用工科室原则上不安排编外人员加班。如果确实需要编外人员加班的可以采取补休的方式，不能补休的可以按国家规定发放加班费。

第十二条 编外人员与医院产生劳动纠纷时，应当协商解决；协商不成的，可根据《中华人民共和国劳动法》等相关法律法规提起劳动仲裁，或通过其他司法途径解决。

第十三条 本办法由人事科负责解释。此前医院发布的编外人员管理文件当中有不符合本规定的，以本规定为准。

第十四条 本规定自发布之日起实施。

职工退休实施细则

为进一步规范医院职工退休工作，根据中共中央组织部、人力资源和社会保障部《关于机关事业单位县处级女干部和具有高级职称的女性专业技术人员退休年龄问题的通知》（组通字〔2015〕14号）、省委组织部、省人力资源和社会保障厅关于《湖北省省直机关事业单位养老保险参保人员领取基本养老金资格确认工作规定（试行）》（鄂人社发〔2015〕55号）以及《湖北科技学院教职工退休暂行办法》（湖科人〔2016〕13号）文件精神，制订本细则。

第一条 正常退休

（一）各类专业技术人员和管理人员退休：

1. 一般情况下，男性年满60周岁、女性年满55周岁者。
2. 担任党务、行政管理工作的相当于正、副处级的的女干部和具有高级职称（含正、副高级，下同）的女性专业技术人员可年满60周岁退休。
3. 医、药、护、技等专业的女性高级职称人员，年满55周岁后若不愿退休，则应根据其专业性质安排到相关临床科室从事临床业务和带教工作。
4. 正、副处级女干部和具有高级职称的女性专业技术人员，如本人申请，可以在年满55周岁后自愿退休。

（二）工勤人员退休：

1. 一般情况下，男性年满60周岁、女性年满50周岁者。
2. 经医院同意，工勤岗位人员聘用在专业技术岗位（购买社会养老保险以专技岗身份）或管理岗位上的，同时执行聘用岗位工资待遇，且在聘用岗位工作满5年，可以按专业技术岗位或管理岗位规定的年龄办理退休。

第二条 提前退休。

符合下列条件之一者，可以办理提前退休手续：

1. 男性年满50周岁、女性年满45周岁，连续工龄满十年，由县级及以上医院证明，并经咸宁市劳动鉴定委员会确认，完全丧失劳动能力者；



2. 因公致残，由县级及以上医院证明，经咸宁市劳动鉴定委员会确认，完全丧失劳动能力者。

第三条 退休办理程序

1. 退休预通知。医院每年进行两次退休预通知，分别对上半年和下半年拟退休人员通知到相关科室，由所在科室通知本人并做好相关工作。

2. 办理退休手续。职工达到规定退休年龄的，人事科在职工达到规定的退休年龄的当月，填写《机关事业单位退休（退职）人员审批呈报表》，并按程序办理退休手续；正、副处级女干部和具有高级职称的女性专业技术人员，如自愿55周岁退休的，本人提出申请，填写《湖北科技学院附属第二医院职工退休申请表》，经党总支审核同意，人事科按程序办理退休手续；提前退休人员，本人提出申请，填写《湖北科技学院附属第二医院职工提前退休审批表》，所在科室签署意见，人事科审核，医院审批意见后，人事科按程序办理退休手续。

3. 谈话。专业技术职称四级及以上、管理六级及以上人员达到退休年龄的，由主要院领导与其谈话，党群办、人事科一起陪同；管理八级至七级人员、专业技术七级至五级人员达到退休年龄的，由分管领导、党群办、人事科一起与其谈话；其他人员退休的，由党群办、人事科、所在科室主要负责人一起与其谈话。

4. 退休后管理。经谈话程序后，人事关系暂由人事科代管，组织关系转至退休人员党支部。退休人员的管理由党群办负责。

第四条 退休待遇。按国家和湖北省有关政策标准执行。

第五条 本规定自发文之日起执行。

第六条 本规定由人事科负责解释。

职工休假与考勤管理暂行规定

一、休假类别与认定

（一）医院休假类别与认定

1. 法定节假日：春节（3天）、清明节（1天）、“5.1”国际劳动节（1天）、端午节（1天）、中秋节（1天）、国庆节（3天）、元旦（1天）、双休日（每周2天）。

2. 婚假：职工本人结婚可申请休婚假，正常婚假3天。职工结婚时，夫妻双方非同城工作的，可酌情考虑路程假（据实核定的基础上控制在3天以内）。

3. 丧假：职工的直系亲属（指父母、配偶、子女等）去逝可申请休丧假。正常丧假3天；职工在外地的直系亲属去逝时需要职工本人前往办理丧事的，可根据路程远近酌情给予路程假（控制在3天以内）。

职工的旁系亲属或其他亲朋去逝不可以申请休丧假。



4. 产假：女职工生育享受 98 天产假，其中产前休假 15 天。难产的，增加产假 15 天。多胞胎生育的，每多生育一个婴儿，增加产假 15 天。女职工生产并休产假时，其爱人可享受 15 天陪产假。晚育（已婚妇女 24 周岁以上或晚婚后怀孕第一个孩子）的，增加产假 30 天。

流产假：女职工怀孕不满 4 个月流产时，根据医务部门的意见，给予 15 天至 30 天的产假；怀孕满 4 个月以上流产时给予 42 天产假。

5. 病假：职工因病不能坚持工作，原则上必须持本院开具病情休息证明，特殊情况下可持其它“二甲”以上医院开具病情休息证明，经本院门诊办核实签字后可以休病假。

6. 事假：职工确因特殊情况需要请事假者可以申请休事假。

（二）医院暂不执行工休假、探亲假和带薪年假制度

二、休假程序及管理

（一）休假程序

1. 双休日行政职能科室正常休息（因法定节日休假调班和医院安排需要加班除外），临床业务科室实行轮休。其它法定假日休假根据院办公室通知执行。

2. 婚假、丧假、产假（含流产假）、病假、事假按以下程序办理休假：个人填写《休假审批表》--- 提供休假相关资证材料、审核签字的病情诊断或休息证明材料（产假、流产假需要本院计划生育工作职能部门审核签字的相关资证材料等）--- 科室负责人审批签字 --- 分管人事院领导审批签字 --- 院长审批签字 --- 《休假审批表》交人事科备案 --- 向下反馈批假意见到科室 --- 及时销假。

（二）批假权限

科室负责人对本科室其他职工有 1 天以内批假权限；分管院领导对分管部门负责人及其职工有 2 天以内批假权限；所有干部及职工 3 天以上休假以及副职院领导休假由院长审批。

（三）休假管理

1. 职工休假必须严格按照正常程序办理休假手续，因情况紧急或不能及时回院办理休假手续，应及时电话请假，事后及时补办手续。

2. 法定假日休假，临床业务科室以保证业务工作正常运转为前题，合理排班，合理安排休假。一般不排连休 3 天以上，配偶非同城工作的单职工可适当放宽，准许连排休但不超过 6 天 / 月。其他情况要求当月假期当月休完，不借假、不积假、不挪假。

3. 职工在休病、事假期间不得从事有经济收入的活动，否则，应停止享受病、事假期间的一切工资福利待遇。

4. 正式招聘人员一年见习期内，休事假累计满 1 周，延长见习期一年；休事假累计满 1 个月，可认定为见习期考核不合格，予以辞退。休病假根据休假天数延长相应时间的见习期。



5. 临时聘用人员三个月试用期内，原则上不能请事假。病假累计满1个月可认定为试用期考核不合格，不予招聘。

6. 后勤服务包干制临时雇用人员，根据雇用协议约定执行休假，不适用本规定相关条款。

7. 假中无假。

8. 凡属下列情况之一者，按旷工对待：

(1) 无正当理由，未经请假，擅自离开工作岗位。

(2) 考勤月度内，未经请假，迟到、早退（在规定上班时间15分钟后到达岗位或在规定的下班时间15分钟前擅自离开岗位）累计达三次者视为旷工半天，以此类推。

(3) 不经科室负责人及相关领导同意，自行调班或休假休息者。

(4) 假期满未申请续假，或虽申请续假未经批准而不上班者。

(5) 经查明请假理由失实，弄虚作假，欺骗组织者。

(6) 不服从工作调动，经说服教育仍不到新岗位报到者。

(7) 调动、出国、辞职者，未办理手续或虽申请未经批准而不上班者。

三、假期待遇

(一) 法定节假日：不影响工资、绩效工资及福利待遇。

(二) 婚假：不影响工资及福利待遇；休假期间无绩效工资和卫生津贴。

(三) 丧假：不影响工资及福利待遇；休假期间无绩效工资和卫生津贴。

(四) 产假、流产假、陪产假：不影响工资及福利待遇；休假期间无奖励性绩效工资和卫生津贴。

(五) 病假

1. 病假期间（月休全部病假累计计算）扣除基础性绩效，同时不计发奖励性绩效工资和卫生津贴；

2. 月病假累计天数在4天以上7天以内，扣30%奖励性绩效工资，不计发卫生津贴；

3. 月病假累计天数在7天以上10天以内，扣30%基础性绩效工资，不计发奖励性绩效工资和卫生津贴；

4. 月病假累计天数在10天以上15天以内，扣50%基础性绩效工资，不计发奖励性绩效工资和卫生津贴；

5. 月病假累计天数15天以上22天以内，扣除全部70%基础性绩效工资，同时不计发奖励性绩效工资和卫生津贴。

6. 月病假累计天数在22天以上，扣除基础性绩效工资，同时不计发奖励性绩效工资和卫生津贴。

7. 病假超过两个月不满六个月的，从第三个月起，发给本人基本工资的70%；

8. 病假超过六个月的，从第七个月起，工作年限不满十年的，发给本人基本工资的



60%；工作年限满十年不满二十年的，发给本人基本工资的 65%；工作年限满二十年的，发给本人基本工资的 70%。

9. 职工因工负伤（包括军队复员、转业人员旧伤复发），应根据有关规定，经鉴定确认为工伤后，写出书面材料，按有关工伤规定享受假期工资和福利待遇。职工因工负伤休假期间待遇同法定节假日按在岗对待，短期在原科室，三个月以上归口到职能部门。

（六）事假

1. 事假期间（月休全部事假累计计算）不计发工资和卫生津贴；

2. 月事假累计≤ 3 天，扣休假天数 50% 工资；

3. 月事假累计> 3 天，扣休假天数 100% 工资；

4. 职工请事假全年累计数，工作年限不满五年的，假期不得超过 7 天；工作年限满五年的假期不得超过 15 天。一年内事假累计超过规定期限的，年度考核不得评优。

（七）假期待遇计算办法

1. 基本工资：医院暂定工资表中职工个人月应发工资总额（含基础性绩效）为其月基本工资；

2. 每月按 22 天计算；

3. 计算金额保留到小数点后一位数，采取“2 舍 3 入、7 舍 8 入”制。

四、考勤管理

1. 全院各部门必须按月认真登记本部门职工每月出勤情况。

2. 科室月考勤表必须真实反映本科室职工当月出勤、休假、迟到、早退和旷工情况。

3. 职工月考勤表以科室为单位，于次月 5 日前报人事科，由人事科初步审核各科室人员实际出勤和休假情况，报分管院领导审查，院长同意后，人事科对财务科发送病、事假和违规等扣款通知。

五、违规处罚规定

1. 迟到、早退、串岗、脱岗者，首次每次罚款 100 元，累次翻倍；年累计 3 次以上者，当年不得评优。

2. 旷工者按天数扣 300% 工资（含基础性绩效）；年累计旷工 3 天，当年不得评优；连续旷工达 7 天者或者一年内累计旷工超过 15 天者，予以开除处理。

3. 不按休假程序擅自安排休假或自行休假者，除按旷工论处外，对违规批假人罚款 200 元 / 次。

4. 对弄虚作假、谎报考勤者罚款 100 元 / 次。

六、本规定从 2018 年 1 月起执行，原规定同时废止。



医务人员外出进修管理规定

为了提高医务人员的诊疗技术水平，拓宽专业知识视野，引进新技术新项目，给医务人员提供更广阔的学习平台，医院鼓励医务人员外出进修学习，并加强医务人员外出进修管理，现对医务人员外出进修做如下规定：

一、每年 11 月份前由业务科室向医务科（非医学专业报人事科）申报本科室医务人员下一年度外出进修计划，当年未实施者，第二年须重新上报，逾期不上报的，原则上不准予外出进修；科室必须在保证日常工作正常运转前提下，根据科室专业发展需要选派进修人员。临时进修者需经院主要领导同意才能外出进修。

二、进修人员条件

1. 从事临床业务工作满三年以上的（含医院正式聘用人员）可安排进修学习，临时聘用人员一般不派出进修。为了开展新项目、新技术必须进修学习的人员或承担各级立项科研课题需进修学习的人员，经科室同意，科主任书面推荐，可优先安排进修学习；

2. 有明确的进修目的，所进修内容必须与本专业密切相关，进修结束后能学以致用；

3. 再次外出进修人员必须间隔 1 年以上时间，具有中级以上专业技术职称。

三、进修时间：本规定中的进修是指外出学习 ≥ 1 个月的学习。

四、进修申请程序

凡安排外出进修的人员必须按以下程序执行：本人书面申请→科主任签字→职能部门审核→分管领导同意→院长同意→人事科签订《人员外出进修合同书》→职能部门办理外出进修学习相关手续。

五、外出进修人员必须遵守进修单位的各项规章制度，认真履行岗位职责，有事请假必须经进修单位同意。

六、进修管理

1. 进修人员工资、补助等费用计入科室成本，进修期间无奖励性绩效工资。

2. 进修费按进修单位出具的正规发票据实报销，由医院承担。

3. 住宿费（月）：省内 600 元；省外 800 元。

4. 伙食补助费：15 元 / 天。

5. 交通费：6 个月以内（含 6 个月）凭票报销一次最短途往返车船费；6 个月以上凭票报销二次最短途往返车船费。

6. 同城进修学习无住宿与伙食补助，市内公交费据实报销。

七、外出进修 12 个月者 5 年内不得调离医院，进修 1-6 个月者 3 年内不得调离医院。本人要求调动的人员根据签定的《医院外出进修人员合同书》中的有关要求赔偿相应的费用。



八、临床科主任（含科副主任）每三年至少应到上级医院学习或进修 1 个月。

九、进修结果

1. 进修学习结束返院后，应及时到本科室及相关职能部门、人事科报到，办理销假相关手续；

2. 医师进修后，应将新的信息和学习内容以书面形式报医务科，提出改进工作的计划和措施，在科室内报告，同时必须按照医务科的安排进行院内讲课，并在临床工作中积极推行新技术、新业务；

3. 进修返院后将结业证书、鉴定表复印件及进修自我鉴定等材料交职能部门、人事科各一份存档，方可报销培训进修学习费用。

十、本规定自发布之日起实施。

住院医师规范化培训人事管理暂行办法

住院医师规范培训是医学生毕业后教育的重要组成部分，对于培训临床高层次医师，提高医疗质量极为重要。为加强与规范我院临床医师的培养，逐步建立健全住院医师规范化培训制度，根据国家卫生计生委等七部委《关于建立 住院医师规范化培训制度的指导意见》、省卫生计生委等七部门《关于印发湖北省建立住院医师规范化培训制度的实施意见的通知》等文件精神，结合本院实际，制定本办法。

一、报考条件

凡人事、工资关系已经在本单位，热爱医疗卫生事业，品德良好，已或拟从事临床医疗工作，具有报考执业医师资格或获得执业医师资格证需要接受培训（临床、口腔、中医类别）的专业技术人员。

二、申请程序

凡安排规范化培训的人员必须按以下程序执行：本人书面申请→科主任签字→医务科审核→院长审批→人事科签订《住院医师规范化培训协议书》→医务科办理外出规范化培训相关手续。

三、规培待遇

培训期间，培训者的基本工资（含基础性绩效）由人事科根据住培基地提供的出勤证明据实核发，奖励性绩效由培训单位核发（精神专业第二、三年奖励性绩效由本院相关科室核发）。

四、违约处理

培训者学习 3 年，回院服务期限不得少于 10 年。

培训者外出学习前必须与医院签订协议，否则不予办理相关手续。

培训者因个人原因未能完成培训，需全额赔偿医院损失（含基本工资、绩效）；培



训结束后，必须按期回医院工作。如逾期不回医院或回医院工作不满相应的年限辞职或要求调出者，按医院为其规培期间支付的全部费用（含工资、规培费等）双倍赔偿医院的各项经济损失。

五、本办法自发布之日起实施。

人员紧急替代制度

在出现各种紧急状态下，医院的医疗、护理及后勤供应工作都要持续、完整、统一，不得出现人员不在岗、设备不运行、保障不到位的情况。为保障医院的各项工作的顺利进行，确保医院对病人的救治工作有序可控，制订本制度。

一、门诊、急诊人员紧急替代制度

（一）门诊工作人员替代制度

1. 普通门诊若不能出诊，门诊办于开诊前及时通知本科室主任安排其他人员出诊。
2. 专家门诊若不能出诊，门诊办于开诊前及时通知本科室主任安排相应职称的人员出诊。
3. 临床医技科室值班人员若不能出诊，医务科提前通知本科室主任安排其他人员出诊。
4. 门诊办发现缺岗时，通知科主任及时安排相应的人员到岗。

（二）急诊工作人员替代制度

1. 值班人员在值班期间本人如遇突发情况，及时报告本科二线、三线或科主任安排相应人员到岗。
2. 接班人员未到岗，交班人员不能擅自离岗。
3. 夜班或节假日急诊科有急诊患者需要会诊，相关科室人员不能及时到岗，应及时通知总值班及相关科室主任安排相应的人员到岗应诊，不得延误急诊病人的诊治工作。

二、病房人员紧急替代制度

（一）白天：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操作，则需向科主任报告，请求派相应的人员替代，如有必要，可报告医务科或院领导，予以协调解决。

（二）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。

（三）各临床医技科室必须安排上级医（技、护、药）师二线值班。

三、术中人员紧急替代制度

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，必要时汇报医务科协调解决。

四、行政后勤保障科室紧急替代制度

行政后勤保障人员如遇紧急或意外情况下不能坚持工作，必须通知本科室负责人，做好安排，以确保后勤供应工作畅通无阻。

五、各科室要制订好本科室的人员紧急替代方案，并且备好有效的人员联系方式，并作好工作记录。

六、医院人员紧急替代中，要求院级领导、各职能科室和临床各业务科室主任、护士长 24 小时不得关机，以形成有效的通讯联络网。

七、管理院级人员紧急替代工作的职能科室要根据人员变化及时补充完善人员有效通讯联络方式和不定期检验此项制度的落实情况；医务科要备好全院紧急替代中医疗人员的通讯联络网；护理部要备好全院紧急替代中护理人员的通讯联络网。自本制度执行之日起，各临床医技科室要结合本科室人员、床位等具体情况，合理安排科室二线值班人员，确保科室人员不缺岗、不空位，保障医疗工作紧张有序进行。

院科两级人员紧急替代方案

为保障医院的各项工作顺利进行，提高我院处置紧急突发事件的应急能力，依据《突发公共卫生事件应急条例》的精神，结合我院实际，制定本方案：

一、指导思想以《突发公共卫生事件应急条例》的精神为指导，认真贯彻“预防为主、单位负责、专业处置、依法办事”的方针，以保障医疗质量和患者的医疗安全，为医院创建良好、有序的就医环境。

二、人员替代程序

（一）值班人员在值班期间因遇突发情况，应及时报告院行政总值班、二线班或科主任，后者应迅速安排相应人员到岗；

（二）正常工作日：如因科室工作繁忙而人员不足，或上级医护人员因意外情况不能坚持完成工作时，由其下一级医护人员替代完成；若后者没有能力完成，则需向科主任报告，请求安排相应人员替代；如有必要，可报医务科或分管院长协调解决。

（三）夜班及节假日值班，如因人员不足或值班人员意外不能坚持完成工作时，值班人员应联系二线人员接替，并报告科室主任；如有必要可报告医院行政总值班予以协调解决。

（四）若病人情况恶化，须紧急手术或转科、转院者，则应向科主任请示报告，请求派二线人员接替值班，在班人员准备转运病人。

（五）二线人员若联系不到或有事耽搁，则紧急联系科主任，必要时科室报告医院



行政总值班予以协调解决。

(六) 全科人员应保持通讯工具 24 小时畅通，二线人员不得饮酒或外出，以便紧急需要时能及时到位，二线人员如有特殊情况需离开市区，需提前请示科主任或告之护士长，重新安排其他二线人员后方可离开。

(七) 手术中若发生手术人员、尤其是术者因意外情况不能完成手术时，由其下一级医师（第一助手）替代其完成手术，如后者没有能力或资质完成该手术，则需向其所在治疗组长或科主任报告，请求安排相应的医师上台，必要时向医务科或分管院长汇报协调解决。

三、人员替代方案

(一) 根据岗位责任制，各科室医师、护士要按时交班，不得自行调换班次及自行找人替班，如有特殊情况，换班或替班必须经科主任或护士长许可。

(二) 在岗人员必须认真履行岗位职责，完成各项工作任务，不得在上班期间离岗、串岗，如有特殊情况，必须经科主任、护士长许可，并安排人员替代，方可离开。

(三) 在紧急情况下，值班医师可直接请二线人员参与抢救等医疗工作；根据患者病情值班医师可直接请相关专家会诊及参与抢救，被请人员必须及时到位，不得因其他原因耽误时间；医院行政总值班有权直接调配不在岗位的院内任何医疗、护理专业人员到位，参与紧急医疗护理工作。

(四) 如有科室人员不能满足替代需要，应由科主任向医务科、护理部或行政总值班提出院内替代，医务科、护理部、行政总值班均有权直接调配院内任何科室的医护人员完成替代任务。

(五) 门诊人员（含专家门诊、医技科室门诊）若不能出诊，本人应于开诊前及时通知本科室主任安排其他具备相应资质的人员替代出诊。

(六) 门诊办发现缺岗时，及时通知相关科室主任安排人员到岗。

(七) 若因科室紧急收治病人过多或危重病人较多，或当班医护人员因特殊情况不能坚持完成工作任务时，由其下一级医护人员替代完成，如后者没有能力完成诊疗操作，则需向科主任报告，请求派相应人员替代，如有必要，科室报告医务科、护理部或分管院长，予以协调解决。

(八) 夜间及节假日当遇到人员不足，值班人员因故不能坚持完成工作时，由值班人员负责联系本科二线人员接替，并报告科主任，如有必要可报告医院行政总值班或分管院长，予以协调解决。

(九) 夜间及节假日急诊科有患者需要会诊但发现相关科室人员缺岗时，应及时通知行政总值班及相关科室主任，安排相应人员到岗应诊，不得延迟病人的紧急诊治工作。



外来短期工作人员技术资质管理规定与程序

为了推进医药卫生体制改革、优化医疗资源配置，促进卫生人力资源合理流动和交流，提高医疗技术水平。根据有关规定制订本规定和程序。

一、医务科负责外来短期卫生专业技术人员的资质管理及认证工作。外来卫生专业技术人员本人申请，由医务科进行资质审核、论证、按照规定程序办理准入手续，安排到相应科室开展医疗、科研、教学活动。

二、外来卫生技术人员具备执业医师资格，从事过医疗临床诊疗工作至少一年以上，根据规定可以从事医疗活动的准入进行医疗活动。没有取得执业医师资格的只能在医院执业医师带领下从事医疗活动，无处方权及单独诊疗权利。

三、短期医疗技术人员是执行政府指令性任务的，有政府活动方案文件要求，如卫生支农、对口支援等，由医院医务科直接批准授权，开展医疗活动。

四、上下级医院通过资源整合，以方便患者就医和提高医疗技术水平为目的，签订合作协议书，并报告当地卫生行政部门认可及备案的，由医院医务科直接批准授权，开展医疗活动。

五、因医疗工作需要或个人申请要求到医院短期开展医疗活动的，取得执业医师资格，或已在其它医疗机构执业，按照规定要求办理执行注册，或多点执行注册，再经医务科核准诊疗项目，授予相应的医疗技术项目资质，而开展医疗项目活动。

六、医院应为外来卫生技术人员提供必要的工作平台或建立需要的工作伙伴关系，提供必要的设备。医院相应的职能部门应按照制度、规范、标准对外来卫生技术人员的医疗活动进行监管，确保医疗安全。必要时可以取消医疗活动资格。

七、短期医疗技术人员发生医疗损害行为，或其它事宜参照医院其他员工执行。

八、短期医疗技术人员工作期限结束，按照医院规定程序办理离院手续，对自己所主管的工作有总结说明或后期安排，完善交接后可以离开。

专业技术人员任职资格审核、存档及监管制度

所有在院执业的各级各类卫生技术人员全部应具备相应岗位的任职资格，执业地点在湖北科技学院附属第二医院。各级各类专业技术人员任职资格审核程序、存档及监管如下：

一、高级职称评审资格审核操作流程

个人申报→人事科审核→向分管领导汇报→将材料提交上级部门评审。

二、岗位聘任资格审核操作流程



接到上级部门的发文→人事科梳理相应岗位空编情况→到医务、护理等部门核查相关人员履职期间工作表现→提交医院党政联席会议讨论。

三、专业技术人员职务聘任

医院下发聘任文件（高、中、初级专业技术职务均由院长聘任）

四、专业技术人员个人档案审核操作流程

个人提交任职资格证书原件→人事科审核→人事科登记任职资格证书信息

五、任职材料存档

（一）《专业技术人员评审表》原件一份存入人事档案，另一份存入技术档案。

（二）经各级各部门审核的相关资料和印发的任职资格证书复印件及时存入个人技术档案。

六、岗位任职资格的落实与监管

岗位任职资格的落实与监管主要由党群办牵头，医务、护理、人事科等部门协助，保证医院无未经注册开展执业或跨执业、超范围执业等行为。

国内、外来访者资质与执业行为管理办法

一、访问学者资质条件

1. 国内学者一般应具有副主任医师及以上相应专业技术职务或具有博士学位者，国外学者具有博士学位或教授及其以上专业技术职务者。

2. 国内学者在最近5年内，在国内有一定的学术地位，有较高的诊治水平，开展新技术在国内处于领先水平。

3. 国外访问学者在国际有一定学术地位，在所研究领域有突出成效，开展的新技术处于国际领先水平。

4. 长期访问学者（大于1年）需与医院签订合同书，明确访问期间的指导方向，预期目标、双方的责权利。

二、访问学者资质认定

1. 必须提供资质材料（学历、学位、资格、执业）证书原件，提供资质材料必须真实，有效。

2. 经原件审核后，医院存留资质认定的复印件。

3. 访问期间在本院从事诊疗工作，必须具备相应专业临床诊疗资格。

4. 如与医院进行长期技术合作，需明确合作项目计划，预期目标，合作期限。

三、访问学者的执业行为规范

1. 必须遵守国家的法律法规和卫生行政部门现行规定。

2. 必须遵守医院规章制度，按诊疗操作规范进行医疗活动。



3. 从事诊疗活动需本院相应级别医师陪同参与。
4. 从事诊疗活动所发生的医疗不良事件由双方根据事件原因及责任共同协商处理。
5. 从事有创诊疗活动必须取得病员书面知情同意书。

新员工岗前培训制度

第一章 总 则

第一条 为使新员工深入了解医院历史、文化和各项规章制度，提高新员工的工作能力和工作信心，培养新员工的团队协作精神，尽快适应工作环境，胜任未来工作，制订本制度。

第二条 所有新进员工均须在规定时间内完成医院和部门的岗前培训。

第二章 培训内容

第三条 对于新进人员的岗前培训分为二个部分：院级岗前培训和部门岗前培训。

第四条 院级岗前培训由人事科组织，事先制定岗前培训计划，经院领导批准后实施。

第五条 院级岗前培训的内容包括以下几个方面：

1. 医院总体介绍；
2. 医院文化教育、规章制度和主要工作流程介绍；
3. 医院工作人员职业道德及礼仪教育和以患者为中心的服务理念教育；
4. 安全保卫、消防知识教育；
5. 感染控制、医疗质量要求教育；
6. 员工福利简介；
7. 病人权利介绍。

第六条 部门岗前培训由部门负责人组织，确保本部门新员工完成岗前培训的全部要求，岗前培训完成后，新员工所在部门负责人对新员工工作能力进行评价。

第七条 部门岗前培训的内容，由各部门自行组织安排，但必须具备下列三项：

1. 对新员工的要求及工作人员岗位职责介绍；
2. 基础知识和专业技能的教育培训；
3. 实际操作技术的培训。

第三章 培训要求

第八条 新员工应认真参加岗前培训，院级及部门培训记录存放在个人人事档案和相关部门档案中。

第九条 新员工培训完毕，将其培训成绩记录在案。院级岗前培训的资料应保存在



人事科，并负责请相应部门进行定期修改。部门岗前培训资料各部门负责人统一管理，定期修改。

第十条 各部门应配合人事科对新员工的培训工作。凡涉及介绍本部门职责、功能的，均应认真准备、准时到岗。

第十一条 培训形式：讲座和报告、座谈交流、小组讨论、现场见习等。

第十二条 培训考评

1. 理论考试和培训效果考核的方法相结合进行考评。
2. 每名参加培训人员均应写一篇学习心得，心得在分组座谈会上交流。
3. 培训考评结果作为正式聘用的依据之一，对在培训中表现极差的，医院可以予以辞退。

第十三条 进修生和实习生岗前培训工作由各部门负责安排，内容包括医院总体介绍、规章制度、和主要工作程序介绍、工作职责、感染控制和安全保卫教育。

第十四条 当年调入、借用新上岗的职工，参照本制度执行。

第四章 附则

第十五条 本制度由人事科解释、补充。

绩效工资分配方案

实施绩效工资是贯彻落实国家工资制度改革的具体措施，是深化事业单位收入分配制度改革的重要内容。我院奖励性绩效工资的实施，必须与我院的人事制度改革和加强人才队伍建设紧密相结合；必须与有助于激发医院的内部活力，调动教职工积极性，提高我院教职工的收入紧密相结合；坚持绩效优先，兼顾公平，实行按劳分配、多劳多得的原则。根据学校绩效分配的指导意见和本院实际，制订绩效工资分配方案，其中基础性绩效（附件一、附件二）随工资发放，奖励性绩效则依单位与个人的业绩（按月/年）计发。本方案自2016年起施行。

由于目前附二医院医疗编制和临床医学院教学编制人员奖励性绩效资金来源途径不同，教学编制人员奖励性绩效以完成规定任务达到目标而拨款，附二医疗编制奖励性绩效为医疗创收收入、医疗效益提成。因此对二类人员绩效考核与分配有所不同。

一、教学编制教学人员奖励性绩效分配方法

教学编制人员，按规定任务折算为积分，各类人员按职称、职务、岗位类别的不同，用积分乘以各自的系数得出奖励性绩效数额。

（一）教学积分：

1. 理论教学100人以下（含100人）班级，每课时为1个积分，100人以上每课时1.2



积分（含备课、讲课）。

2. 实验教学（含实验准备、预备实验、实验课讲授、指导、实验报告批改），30人（含30人）以上每课时为0.6个积分；小于30人每课时为0.5个积分。

3. 临床带队见习，15人左右，每半天为2个积分（含见习准备、典型病人筛选、带队组织、备课、讲课、见习病历批改）。

非全职在医院上班（即只值二线、三线班、参加教学查房）的教学编制人员其教学积分不得少于本人年总积分的50%。

教学编制人员的教学积分经教务处、临床医学院和本教研室对其教学态度、教学水平、教学质量和执行教学纪律等进行考评（方案另定），按考评分值比例计算。为兼顾公平，教师岗位教学工作量原则上个人积分超过400分部分，系数减半；超过550分不予计算（如该教研室人均超过此限量除外）。

（二）教研室教学、教改活动积分：

学院按该教研室总教学时的5%，经院考核小组对该教研室年度教学、教改活动进行评分（方案另定）的分值，由教研室主任按照教学人员参加教学教改活动的次数与成效分配到个人。

（三）医疗积分：

因临床医学院与附二医院实质性合并，教学编制人员在附二上班为本职工作，工作业绩纳入奖励性绩效，在其他医疗机构上班为业务进修，不计奖励性绩效。教学编制人员在附二全职上班（按排班表）每天1个积分，专家门诊每半天1个积分。科室主任按排班表值二线每班次0.5个积分、三线班每班次0.3个积分，参加临床教学查房、会诊，每个班次1个积分。其医疗奖励性绩效工资由医院另行计发。

此项积分由医院职能部门和科室主任对其临床医疗态度、医疗质量、执行医院规章制度、病人满意度等给予评价分值，计算积分。

（四）教学科研项目申报积分：

申报校级项目5分（申报2分，成功立项3分），申报市厅级项目5分，申报省部级项目10分，申报国家级项目15分（注：集体项目可按校级2人、市厅级3人、省部级4人、国家级5人），重复申报按就高原则计分。

（五）社会活动积分：

由学院组织的实习巡查、义诊、学院要求开展的各项活动，每参加一天，参加人员计积分1分（除实习巡查外全年不超过15分）。担任学生班主任、临床专业认证、教学改革活动奖励另计。

教学编制人员以上五项工作积分（教学科研项目申报积分全院按统一系数计算）累计为其全年奖励性绩效总分，乘以各自的系数（见附件三）得出各人的临床医学院奖励性绩效数额。



二、教学编制管理岗位人员奖励性绩效分配办法

管理岗位要求全职在岗、坐班。如没有达到要求，按一定比例扣除。管理岗位人员以目标责任制管理为主，根据实际聘任的岗位等级和岗位职责，在严格考核的基础上核发绩效津贴。

履职尽责，结合学校对临床医学院各项各类检查、考核、评比，由教研室主任、教师代表和院领导打分，对管理岗位人员进行考评，按测评分值乘以学校同级别行政管理岗位人员奖励性绩效值（见附件四）发放奖励性绩效。

管理岗位人员参加项目申报、授课、医疗等，可按教学人员获得积分，乘以各自的系数（见附件四）得出各人附加的奖励性绩效数额，管理岗位人员奖励性绩效总额不得突破学校行政同级别管理人员的130%（特殊贡献奖励除外）。

三、教学编制实验人员奖励性绩效分配办法

积分由三类组成

全职在岗、坐班占20%，由管理岗位人员考评，如没有达到要求，按比例扣减。

实验人员个人工作量（实验课时）达到临床医学院实验人员平均工作量，占60%。没有达到平均量，按比例扣减。

实验技术人员其他工作量包括实验室建设工作与日常各种活动等占10%，由教研室（实验室）主任评定打分。参加学院组织的社会活动占10%，由管理岗位人员打分。

以上三项所得积分乘以各自的系数（见附件三）得出各人的奖励性绩效数额。

实验技术岗位人员参加项目申报、授课、医疗等，可按教学人员获得积分，乘以各自的系数（见附件三）得出各人附加的奖励性绩效数额。实验岗位人员奖励性绩效总额不得突破同级别岗位人员的130%（特殊贡献奖励除外）。

教学编制人员奖励性绩效按年计算，由综合办计算到人，经公示后，由学校人事部门核准报校财务处发放。交叉上班的，其医疗奖励性绩效、医师个人业绩奖励每月由医院计发，教学积分奖励性绩效，按年计算，由学校财务处计发。

四、医疗编制业务人员奖励性绩效分配办法

（一）全额按收入分成的业务科室：科室收入在发放人员工资、扣除医院提留和各项成本支出后的节余部分，临床科室（含手术室）提取50%、医技科室（含心理门诊）提取30%（病理科、皮肤科提取80%）作为科室奖励性绩效工资分配基数，医护人员同工同酬，上不封顶、下不保底。药剂科按业务科室人均数、收费室按均数90%作为分配基数。临时聘用人员工作满3年的，按同岗人员平均数的100%计发；工作满2年，不足3年的，按90%计发；2年内按80%计发。医疗岗位无执业资格的按所在科室相同岗位职工的60%计发（下同）。临床科室科主任绩效工资标准按科室完成指标任务情况由医院计发，不参加科室绩效分配。儿科按国家相关政策适当倾斜。

（二）部分按收入分成的业务科室：感染疾病科、急诊科按实际科室收入50%、参照



行政后勤 50% 核发奖励性绩效工资。

(三) 无收入分成的业务科室：精神康复中心、供应室等科室奖励性绩效分配暂参照行政后勤分配办法（新开办不足一年或医院需要扶持的特定业务科室依此办理）。

(四) 医疗编制人员参与教学，获得教学积分，从学校下拨奖励性绩效中领取奖励性绩效；参与个人科研项目申报、集体项目申报可依前款获得积分，参加社会活动可依前款获得积分（全年最多不得超过 30 分），由医院财务支付奖励性绩效。

(五) 教学编制人员在附二医院上班，与医疗编制人员同工同酬。

(六) 医师个人医疗业绩奖励另计（见附件六）。

五、医疗编制管理岗位人员奖励性绩效分配办法

(一) 行政后勤一般职工以全院业务科室奖励性绩效工资平均数的 80% 为发放基数，临时工参照业务科室临时工发放比例执行，行政后勤干部乘以分配系数（见附件六）作为个人分配基数发放。

(二) 医疗编制管理岗位人员参加教学、医疗活动可依前款获得业务类奖励性绩效（但不得突破行政岗位绩效的 30%）。

六、院领导奖励性绩效分配办法

按业务科室主任奖励性绩效工资平均数乘以分配系数（附件七）作为个人分配基数发放。双肩挑人员参与教学、医疗可获得业务类奖励（但不得突破行政岗位绩效的 30%），个人最高奖励性绩效原则上不能突破人均 2.5 倍，不同编制的院领导可按就高原则发放。

七、特殊贡献奖励

项目申报有重大突破、教学科研有重大成果、获得省级以上重大奖项、医疗收入突破性增长等特殊贡献，年度评选评优、社会各类表扬表彰、上级部门组织竞赛获奖等奖项，由院党政联席会议决定，按照给单位带来的经济、社会效益的大小，在学校、和学校相关职能部门奖励的基础上，确定奖励额度，给予特别贡献奖。

八、医院目标考核管理

(一) 综合考核以科室管理、医德医风、工作质量、工作任务为考核内容，各考核小组（医疗业务部门由行政职能部门组成，行政后勤部门由业务科室负责人组成）于次月 15 日前，完成对上月各科室各项工作的考核。考核实行百分制计分办法：90 分及以上的，奖励性绩效工资的全额为分配基数；在 80 分-89 分的，奖励性绩效工资为分配基数乘以百分值，如考核为 89 分，奖励性绩效工资为分配基数 $\times 89\%$ ；低于 80 分，为考核不合格，无奖励性绩效工资。

(二) 奖励性绩效工资由科室自主分配，应充分体现多劳多得的分配原则。各科室不得平均分配，要按质量指标、服务指标、经济指标、效益指标的综合考核结果分配奖励性绩效工资。

(三) 业务科室人员绩效分配由科主任组织，按照工作质量、工作量、分配系数、



出勤天数等综合因素进行差额分配，报经济核算小组，经院领导研究同意后，由财务科按月发放。

附件一、教师岗位基础性绩效工资计分方法（按学校教师岗位年度考核业绩积分基本标准确立各类教师基本工作量）

教师岗位年度考核业绩积分基本标准

岗位 岗位类型 类别		教学为主型			教学科研 并重型			科研为主型			社会服务与推广型			总分
		教学分	科研分	社会工作分	教学分	科研分	社会工作分	教学分	科研分	社会工作分	服务推广分	科研分	社会工作分	
教授	二级				121	121	60	60	181	60	181	60	60	301
	三级				114	114	56	57	170	57	170	57	57	284
	四级	159	53	53	106	106	53	53	159	53	159	53	53	265
副教授	五级	154	44	22	99	99	22	44	154	22	154	44	22	220
	六级	144	41	21	93	93	20	41	144	21	144	41	21	206
	七级	132	38	19	85	85	19	38	132	19	132	38	19	189
讲师	等级	教学分			科研分			社会工作分			总分			
	八级	115			33			16			164			
	九级	105			30			15			150			
	十级	93			27			13			133			
助教	十一级	78			22			11			111			
	十二级	68			20			9			97			
	十三级	56			16			8			80			

注：1、基础性绩效工资占全年总绩效工资的50%，每月随工资发放。

- 2、临床医学院暂定教师每完成1个标准课时的教学工作量，积1分；科研工作量按科研处统计的实际科研任务积分；每完成120标准工作时社会工作量，积60分，最高积分60分，临床医学院社会工作量主要是指在附二医院上班、当班主任等。
- 3、在分别完成60%的教学、科研积分的情况下，教学积分和科研积分可以按4:1的比例互相折抵，教学工作量和社会工作量可以按1:1的比例互相折抵。
- 4、教师岗位必须完成其本人基本工作量，且全职在岗，才可参与奖励性绩效工资分配。如果不能完成基本工作量的70%，学校将扣除其随工资发放的基础绩效。
- 5、由学校同意的外出进修学习人员，学习期间视为完成基本工作量（按月计算）。
- 6、教学编制管理岗位人员和实验岗位人员年度考核必须为称职（含称职）以上，才能发放基础性绩效并参与奖励性绩效分配，年度考核不称职将按一定比例扣除基础性绩效。



附件二、医疗编制人员基础性绩效工资分配计发办法

1. 医院年度绩效工资总额的 40%，按个人职务职称级别随工资发放。
2. 年度考核必须称职（含称职）以上，才能发放基础性绩效并参与奖励性绩效分配，年度考核不称职将按一定比例扣除基础性绩效。
3. 医院日常的奖惩在基础性绩效工资中体现。

附件三、教学编制人员系数一

教学编制专业技术岗位奖励性绩效工资系数标准

专业技术等级	奖励系数
专业技术二级	3.765
专业技术三级	3.555
专业技术四级	3.310
专业技术五级	2.750
专业技术六级	2.575
专业技术七级	2.365
专业技术八级	2.050
专业技术九级	1.875
专业技术十级	1.665
专业技术十一级	1.385
专业技术十二级	1.210
专业技术十三级	1.000

注：实验技术岗位权重系数为同专业技术等级的 0.9

附件四、教学编制人员系数二

教学编制管理岗位奖励性绩效工资系数标准

岗位等级	岗位名称	系数
五级	正处级	2.75
六级	副处级	2.295
七级	正科级（工年 30 年）	1.70
八级	副科级（工年 20 年）	1.42
九级	科员（工年 10 年）	1.14
十级	办事员	1.00
见习期		



附件五、医疗编制业务科室管理人员系数

医疗编制业务科室管理人员建议分配系数表

临床科室		医技科室	
类别	分配系数	类别	分配系数
主任	2.0	主任 2.0	1.8
副主任负责	1.9	副主任负责	1.7
副主任	1.5	副主任	1.4
护士长	1.5		
副护士长	1.2		

附件六、医疗编制行政后勤科室管理人员系数

医疗编制行管科室干部分配系数表

类别	分配系数	类别	分配系数
副主任科员	1.2	副科负责、主任科员	1.5
副科	1.4	正科	1.6

注：1、临床科室：精神科各病区、内科、外科、妇产科、五官科、中医康复科、儿科、手术室；
2、医技科室：B超室、检验科、放射科、心电图室、药剂科等科室分配系数同医技科室；
3、该系数仅供业务科室分配绩效时参考，具体分配权限在科室。

附件七、院领导分配系数

副职：为科室主任平均奖励性绩效（含个人教学、医疗业务收入）*1.25

正职：为副职平均奖励性绩效（含个人教学、医疗业务收入）*1.25

附件八、医师个人医疗业绩奖励系数

收治病人住院一人次加 0.3 分，医技检查每 100 元加 0.1 分，心理 CT 一人次加 0.15 分，司法鉴定每 100 元加 0.3 分，门诊医生号按普通 0.01 分、副高 0.02 分、正高 0.03 分。



财务相关制度



财务工作制度

1、贯彻执行《会计法》、《医院财务制度》、《医院会计制度》等各项财经政策法规，加强会计核算和财务监督，严格财经纪律。

2、实行“统一领导、集中管理”的财务管理体制，建立医院的财务管理制度、会计管理制度、物价管理制度以及建立健全财务人员岗位责任制。

3、根据医院事业发展的计划和目标，科学编制年度预算；按照规定的格式和期限，报送会计月报和年报（决算）。

4、合理组织收入，严格控制支出。及时收回应收款项，对各项开支实行预算管理，对于临时必须的开支，应按规定的审批手续办理。

5、加强医院的经济管理，定期进行经济活动分析，及时向院领导提供有价值的财务分析资料和加强财务管理的建议，并会同有关部门做好经济管理工作。

6、凡医院对外采购开支等一切经济事项，必须取得合法的原始凭证（如发票、账单、收据等），原始凭证由经手人、验收人和主管负责人签字后，方能以据报销。一切空白纸条，不能作为正式凭据。

7、加强货币资金的管理，每日收入的现金当日送存银行，库存现金不得超过银行的规定限额，出纳和收费人员不得以长补短，不得以白条抵库，不向外单位、个人转借账户或代存代领现金。

8、及时清理债权、债务，防止拖欠，减少呆账、坏账。

9、财务部门应与有关部门配合，定期对房屋、设备、家具、药品、卫生材料等国有资产进行经常的监督，及时清查库存，防止浪费和积压。

10、做好会计凭证、会计账簿和会计报表及核算资料的归档管理工作。

11、严格执行国家医疗服务收费标准和收费价格公示制度，做好医疗服务价格管理工作。

财务监督管理制度

根据国家有关法律法规、结合医院特点制定本制度。

1、坚持严格的审批手续，对不合法、不真实、不完整、不清楚、手续不全的原始凭证，不予受理。并要求其更正、补充、补办手续。

2、凡购入物都必须履行审批、采购、验收入库、入账等手续。对不合格的设备、临近到期药品、残次品以及非正当渠道购入的一切物品，或数量、规格、含量、金额不符的，保管员不予验收，会计不予报销。



3、经批准外购材料、设备，严格按合同办事。对外地的一切托收要严加管理和控制，货没到或未到齐，以及品种、规格质量、数量、价格等与合同不符的，应立即提出拒付或部分拒付。

4、按国家有关方针、政策、财政制度、财经纪律、主管部门与医院有关规定，实事求是、认真地对医院经济活动进行财务监督和检查工作。

5、会计监督是每个会计人员的责任，并在制定各级会计人员职责中均应具体、明确地作出规定并定期检查落实。

6、医院各项收支实行统一预算管理，按照国家有关规定，根据事业发展计划和目标，本着“以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点”的原则，编制年度预算方案。

7、会计人员在经办每一项经济业务时，都要对原始凭证的合法、合规性及审批手续是否齐全进行认真审核。

8、财务科长应对基层单位如物资会计、药品材料会计、收费结算工作人员加强财务监督，定期或不定期检查其财会工作，发现问题，及时纠正。

9、对于大型设备购置等基本建设项目严格计划管理。超计划、无计划、无申报手续自行购置的物品，一律不予付款。

10、会计各种票证的购买、印刷由财务科统一管理。对有价凭证，必须严格管理，设专门登记簿对印刷、购买、领财务科用的各种有价票证进行登记，建立完善的领用、销户手续。如遇损坏或须报废的，应经财务科负责人审查批准后，按规定注销。

11、监督检查医院财务预算执行情况，预算的编制是否有科学的依据，其支出与收入是否合理。是否按照批准的年度预算组织收入、安排支出，严格控制无预算支出。

12、监督检查医院的债权、债务的清理情况。

13、定期盘点各种物资设备，检查医院收费标准的执行和现金管理的情况。

14、监督检查各种原始凭证、账簿、报表等财经档案资料是否合法和妥善保管。

医院财务会计内部控制制度

一、总则

为贯彻执行国家财经法律法规和规章制度，维护资金的安全与完整，堵塞管理漏洞，提高医院财务管理水平和会计信息质量，制定本制度。

二、基本目标

1、规范会计行为，保证会计资料真实、完整。

2、堵塞漏洞，消除隐患。防止并及时发现、纠正错误及舞弊行为，保护医院财产的安全、完整。

3、确保国家有关法律法规和内部规章制度的贯彻执行。



三、控制原则

1、约束内部涉及财务会计工作的所有人员，任何个人不得拥有超过内部财务会计控制的权利。

2、范围涵盖医院内部涉及财务会计工作的各项经济业务及相关岗位，并应针对业务处理过程中的关键控制点，落实到决策、执行、监督等各个环节。

3、保证医院内部涉及会计工作的机构、岗位的合理设置及其职责权限的合理划分，坚持不相容职务、岗位相互分离，确保不同机构和岗位之间的权责分明，相互制约，相互监督。

4、遵循成本效益原则，以合理的控制成本达到最佳的控制效果。

四、货币资金控制

1、建立健全货币资金管理制度和岗位责任制。明确岗位的职责、权限，确保不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

2、医院不得由一人办理货币资金业务的全过程。出纳不得兼任稽核、票据管理、会计档案保管和收入、支出、债权、债务账目的登记工作。

3、按照规定的程序办理货币资金收入业务。货币资金收入必须开具收款票据，保证货币资金及时、完整入账。

4、货币资金支付必须严格按照规定程序和审批手续办理。

5、按照《现金管理暂行条例》的规定办理现金的收支业务。不属于现金开支范围的业务应当通过银行办理转账结算。实行现金库存限额管理，超过限额的部分，必须当日送存银行并及时入账，不得坐支。

6、按照《支付结算办法》等有关规定加强银行账户的管理。严格按照规定开立账户、办理存款、取款和结算；定期检查、清理银行账户的开立及使用情况；加强对银行结算凭证的填制、传递及保管等环节的管理与控制。严禁出借银行账户。

7、加强银行存款对账控制。会计每月必须核对银行账户，并编制银行存款余额调节表，对调节不符、长期未达的账项应及时向有关负责人报告。

8、加强银行预留印签的管理。医院财务专用章必须由专人保管；个人印章要由本人或其授权人员保管；因特殊原因需他人暂时保管的必须有登记记录。严禁一人保管支付款项所需的全部印章。

9、加强与货币资金相关的票据的管理，明确各种票据的购买、保管、领用、背书转让、注销等环节的职责权限和程序，并专设登记簿进行记录，防止空白票据的遗失和被盗用。

10、加强对现金业务的管理与控制。出纳人员每日要核对现金日记账、核对库存现金，做到日清月结。

11、建立货币资金盘点核查制度。随机抽查银行对账单、银行日记账及银行存款余额调节表，核对是否相符。不定期抽查库存现金，保证货币资金、账款相符。



五、收入控制

1、建立健全收入、价格、医疗预收款、票据、退费管理制度及岗位责任制。明确相关岗位的职责、权限，确保提供服务与收取费用、价格管理与价格执行、收入票据保管与使用、办理退费与退费审批、收入稽核与收入经办等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

2、制定收入管理业务流程。明确收入、价格、票据、退费管理等环节的控制要求，重点控制门诊收入、住院结算收入。加强流程控制，防范收入流失，确保收入的全过程得到有效控制。

3、各项收入的取得应符合国家有关法律法规和政策规定。取得的各项收入必须开具统一规定的票据。严格按照医疗机构财务会计制度规定确认、核算收入。

4、各项收入由财务科统一核算，统一管理。其他任何部门、科室和个人不得收取款项。严禁设立账外账和“小金库”。

5、各类收入票据由财务科统一管理。明确票据的购买、印制、保管、领用、核销、遗失处理、清查、归档等环节的职责权限和程序，并设立票据登记簿进行详细记录，防止空白票据遗失、盗用。

6、加强结算起止时间控制。统一规定门诊收入、住院收入的每日、每月结算起止时间，及时准确核算收入。

7、建立退费管理制度。各项退费必须提供交费凭据及相关证明，核对原始凭证和原始记录，严格审批权限，完备审批手续，做好相关凭证的保存和归档工作。

六、支出控制

1、建立健全支出管理制度和岗位责任制。明确相关部门和岗位的职责、权限，确保支出的申请与审批、审批与执行、执行与审核、审核与付款结算等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

2、各项支出要符合国家有关财经法规制度。严格按照医院财务会计制度的规定确认、核算支出。

3、健全支出的申请、审批、审核、支付等管理制度，明确支出审批权限、责任和有关控制措施。

4、审批人必须在授权范围内审批，严禁无审批支出。

5、加强支出的审核控制。完善支出凭证控制手续和核算控制制度，及时编制支出凭证，保证核算的及时性、真实性和完整性。

6、加强成本核算与管理。规范支出预算管理，严格控制成本费用支出，降低运行成本，提高效益。

七、债权和债务控制

1、建立健全债权和债务管理制度和岗位责任制。明确相关岗位的职责和权限，确保



业务经办与会计记录、出纳与会计记录、业务经办与审批、总账与明细账核算、审查与记录等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。医院不得由一人办理债权或债务业务的全过程。

2、建立健全应收款项、预付款项和备用金的催收、清理制度，严格审批，及时清理。

3、建立健全住院病人预交款、应收在院病人医药费、医疗欠费管理控制制度。（1）每日进行住院结算凭证、住院结算日报表的核对；（2）每月核对预收医疗款的结算情况；（3）加强应收医疗款的控制与管理，欠费核销按规定报批。

八、财务电子信息化控制

1、建立健全财务电子信息化管理制度和岗位责任制。应用专门的授权模块，明确相关科室和岗位的职责、权限，确保软件开发与系统操作、系统操作与维护等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。

2、财务电子信息系统凡涉及到资金管理、物资管理、收入、成本费用等部分，其功能、业务流程、操作授权、数据结构和数据校验等方面必须符合财务会计内部控制的要求。

3、门诊收费和住院收费系统必须符合国家卫生行政部门关于《医疗机构信息系统基本功能规范》的要求：

- （1）实时监控收款员收款、交款情况；
- （2）提供至少两种不同的方式统计数据；
- （3）系统自动生成的日报表不得手工修改；
- （4）预交款结算校验；
- （5）票据稽核管理；
- （6）欠费管理；
- （7）价格管理；
- （8）退款管理。

4、加强财务电子信息系统的应用控制。建立用户操作管理、上机守则、操作规程及上机记录制度。加强对操作员的控制，实行操作授权，严禁未经授权操作数据库。

5、加强数据、程序及网络安全控制。设置和使用等级口令密码控制，加强数据存储、备份与处理等环节的有效控制，做到任何情况下数据不丢失、不损坏、不泄漏、不被非法侵入；加强接触控制，定期监测病毒，保证程序不被修改、损坏，不被病毒感染；采用数据保密、访问控制、网络接入口保密等方法，确保信息在内部网络和外部网络传输的安全。

6、建立财务电子信息档案管理制度，加强文件储存与保管控制。数据要及时双备份，专人保管，并存放在安全可靠的不同地点。



原始凭证管理制度

1、所取得的原始凭证必须具备：凭证的名称、填制日期和编号；接受凭证单位的名称、业务内容、数量、单位和金额；填制单位的名称和财务（会计）专用章；经办人员签章。内容必须真实、完整。

2、经济业务发生时，要及时取得或编制原始凭证。经领导人、验收人、经办人签字后，及时送交财务部门。

3、财务部门对原始凭证要认真进行审核。审核凭证对应的经济业务和内容是否填写齐全，数字计算是否正确，手续是否完备，书写是否清晰。对违反财经纪律和制度、内容填写不全、计算有误、手续不完整、书与不清楚的原始凭证，会计人员应拒绝付款、报销或执行。对弄虚作假、营私舞弊，伪造涂改凭证等违法乱纪行为，要拒绝执行并及时向有关单位报告。

4、会计人员要根据审核无误的原始凭证填制记账凭证，严肃认真、实事求是地记录各项经济业务的真实情况，并做到计算正确、真实可靠。

预算管理制度

第一条 医院预算是指医院根据本单位事业发展规划和任务编制的年度财务收支计划，由收入预算和支出预算组成。

第二条 预算编制。年度收入预算，应按财务主管部门的要求，参考上年度预算执行情况，根据预算年度收入的增减因素，测算编制。年度支出预算，根据医院发展规划、业务活动需要和财力可能，测算编制。

以“零基预算”为主，结合其他预算编制方法，坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则，不编制赤字预算。

医院预算的编制，要采取领导、财务科、各科室相结合的办法。预算编制完成时间为元月份。一般先由各科室根据年度事业计划、工作任务，编制本部门年度预算，提交财务科审核、汇总，拟定预算文本，由分管财务领导审查后，报经院党政联席会议讨论通过。

第三条 预算执行。医院所有的收支活动应全部纳入预算管理。具体实施由财务科负责执行。根据收入活动情况，详细分解到季、月。

第四条 预算调整。财务预算正式下达执行后，一般不予调整。如遇国家政策调整、市场环境、经营条件、政策法规发生重大变化或不可抗力因素等，导致预算不能成立或预算结果产生重大偏差，原有预算不能执行时，应根据预算的执行过程中的变化，做好预算的调整。



第五条 预算分析。财务科编制预算主要指标执行情况一览表，监控预算执行情况。

季度分析时，负责预算主要指标执行情况的计算分析，及时通报预算执行结果，供院领导参考决策。

年度终了，为院领导提供全年预算执行详细分析报告。

第六条 预算考核。年度中加强预算执行情况的经济考核。

对支出超预算、超定额、超标准的部分，在科室进行经济考核时，直接扣发奖金。对预算执行情况好的，在年终进行奖励。

成本核算制度

加强医院经济管理，提高经济效益，成本控制是关键。为确保医院成本核算的及时、准确、完整，本院以湖北省财政厅、卫生厅颁布发的《医院财务制度》、《医院会计制度》为依据，制定以下成本核算管理办法。

一、成本核算的原则

- 1、全面性原则——全院成本管理、全员成本管理、全过程成本管理。
- 2、责权利相结合的原则——支出有计划，消耗有标准，鼓励节俭，杜绝浪费。
- 3、目标管理原则——以医院整体规划为导向，财务预算为目标进行管理。
- 4、例外管理原则——财务预算外重大事项的管理。

二、加强对费用的审核和控制

对于费用的审核，主要是审核费用是否应该发生，已经发生的费用是否应计入成本；对于费用的控制，主要是在费用发生过程中，对于各种耗费进行指导，监督是否脱离计划或定额，有无超支和浪费现象。

三、正确划分各种费用的界限

- 1、认识费用与成本的本质区别；
- 2、准确划分直接费用与间接费用；
- 3、正确运用待摊费用和预提费用科目进行会计核算，确保核算期间成本和费用的完整性。

四、做好成本核算的基础工作

- 1、严格把握报账审核关，确保原始凭证的合法性。
- 2、对收集的各种原始凭证，要认真审查，确保凭证手续完备。

各职能部门和科室成本管理的主要职责如下：

办公室：宣传费、业务招待费、车辆开支等。

人事科：人员工资、津补贴、绩效工资、五险一金、病事假等。

医务科：医生夜班补助、医疗事故责任保险和理赔、职工进修培训、义诊等。



护理部：护士夜班补助、职工进修培训、护士节等。

工会：院工会组织活动开支。

总务科：水电结算和扣款、院内小型维修及基本建设、办公用品、材料、电器等。

药械科：药品、卫生材料、其他材料低值易耗品、设备等采购、入库、调拨、报废等。

财务科：差旅费、进修、培训、工资奖金、医院其他开支等。

五、成本核算单位的划分

在按医疗支出和药品支出大类的划分上，核算到科或服务项目时，以收入为核算单元对应设立费用对象。

六、费用归集与分配

1、辩证认识收入和费用的关系，认清收入的完成过程，做到收入和费用配比。

2、财务科根据各职能科上报的开支进行审核、分类汇总，费用归集按照受益原则进行划分，不能完全按行政隶属关系划分，能直接归集到科的一定要分科，不能直接进入期间费用——管理费用，按人员比例分摊。

3、期间费用的分摊

采用人员比例进行分摊，应根据费用性质，选择适当的分摊方法，准确计算，消除期间费用分摊时带来的偏差。

(1) 能够计量的，按计量数分摊。

(2) 没有计量的，可根据实际消耗情况，采取科学、合理、有效的手段进行划分，确保分配数据尽量接近实际情况。

(3) 对无法计量，又不能采取科学、合理、有效的手段进行划分的，按实有人员在医疗部门、药品部门、在加工材料中进行分摊计算。

七、账务组织

会计科目设置和会计账簿设置，既要做到规范，又要能满足医院经济管理的需要。

八、罚则

费用归口不准、成本核算不准确的，按科室工作质量考评细则扣分到科，落实到人。

发现弄虚作假，虚报冒领等，按医院规章制度严格处罚。性质严重的，移交司法机关处理。

禁止任何部门设立“小金库”的财务管理制度

为进一步加强财务管理，严肃财经纪律，增强法制观念，维护经济秩序和加强廉政建设，杜绝私设“小金库”现象，制定以下管理规定。

一、本规定所称任何部门、科室是指我院的各职能后勤科室，临床科室，医技科室。

二、本规定所称“小金库”是指凡违反国家财政法规及其他有关规定，侵占、截留



国家和医院收入，未列入医院财务会计部门账内或未纳入预算管理，私存私放的各项资金。

三、财务科负责医院各项会计管理工作。财务科负责医院银行账户的开设与管理，根据真实的经济业务和准确完整的原始记录进行会计核算，准确记录医院的各项经济业务活动。

四、所有临床、医技、职能部门都应当严格财务管理制度，将各项收支纳入账内管理和核算，做到账账、账证、账款、账实、账表相符，禁止设置“小金库”。

五、收入的管理

凡属医院业务范围内的各项收入，应当在依法设置的会计账本上统一登记、核算。

1、各项收入必须开具统一规定的票据，严格按照医院财务会计制度规定进行核算。

2、医疗收入及预交款项，在每日终了，按经审核后的门诊、住院日报表列示金额，如数足额上缴银行，不允许挪用、坐支。所有收费收据的存根由财务科专人进行稽核，以保证收入的完整。

3、病人办理出院结算时，应收回病人住院预交款收据，按照病人住院期间发生的全部医疗费用与预交款相抵后多退少补。

4、其他收入按照形成的原因，全部纳入对应账户核算，包括投资收益、利息收入、商品变价收入、进修培训收入、停车费收入、财产物资盘盈收入、租金收入、捐赠收入、其他。

六、支出的管理

各项支出，包括成本费用支出，资本性支出和其他支出，应当严格按照国家的财务会计制度规定，据实列入对应账户核算，禁止虚列，多列或者作其他账务处理。

1、各项支出，包括医疗业务成本、管理费用、财政项目补助支出、科教项目支出、其他支出。

2、应当严格按照医院会计制度规定，据实列入对应账户核算。

3、财务科应当严格控制各项成本费用支出标准，所有支出一律纳入账内核算，禁止虚列费用支出套取现金，用于其他支出或者转移存放到其他单位。

4、财务科应当按照规定使用费用科目，禁止以错用会计科目等手段调配、转移、列支成本费用，通过账外设账的形式私存私放资金。

5、其他支出应当按照发生原因如数纳入对应账户核算，包括财产物资盘亏支出、捐赠支出、罚没支出、税费支出、培训支出、其他。

七、其他管理

1、以购买、租赁等方式获取大宗物品、工程和服务时，应当按照国家有关规定招标采购，禁止违反规定进行采购。禁止科室和个人侵占国家和医院资产、私揽业务获取账外收入。

2、严格执行国家有关现金管理制度，加强现金管理，控制现金使用，做到库存现金



账面余额与库存金额相符。禁止用不符合财务会计制度规定的凭证顶替库存现金，禁止使用转账凭证套换现金，禁止利用账户套取现金，将资金转移到账外。

3、建立健全财会监督制度，建立职责分明、相互监督的制约机制，严格各项业务的财务核算，从根源上消除形成“小金库”的各种隐患。

4、加强对财务的检查、考核力度，强化对收费票据及会计凭证的检查。

5、加强对各职能部门和业务科室的管理，禁止各职能部门和业务科室私存私放资金。

八、监督检查

1、健全、完善内部财务会计监督制度，明确记账人员与经济业务事项和会计事项的审批人员、经办人员、财物保管人员的职责权限，并相互分离、相互制约；明确重要经济业务事项的决策和执行的相互监督、相互制约程序；明确财产清查的范围、期限和组织程序；明确对会计资料定期进行内部检查的办法和程序。

2、财务科对医院各职能部门和业务科室定期进行财务监督检查。发现部门和科室设置的“小金库”要及时责令改正，追回资产和资金，上缴非法所得。对使用“小金库”资金向个人发放的奖金、实物、津贴、补贴等，财务部门依照规定追回。

3、对于私设“小金库”的行为，按照有关规定进行处理，追究部门科室负责人的行政责任。

医院票据管理制度

为了加强收费管理，制止乱收费现象，特拟定票据的管理和使用的暂行规定：

一、本院开出的门诊收费收据、住院结算收据和其他收费票据，必须符合国家税务部门、财政部门关于发票管理的统一要求，其中收款内容属经营性收入的，应开具税务部门监发的统一发票；属行政事业性收入的，应开具财政部门监发的统一收据。

二、本院开出的收款票据必须有财务专用印鉴，其他任何部门无权开出白条或非法收据，向其他部门和个人收款（含各种形式的罚款）。

三、财务科可拒绝接受外来不符合规定的票据。

四、本院票据的保管：

1、各种收据购领要有专人、专柜保管，收据的进出应有专账登记。

2、使用空白发票或收据必须登记顺号使用。

3、收据保管人员、领用人员必须做到不丢失、不损坏、不得有价转让和转借他用。

五、票据的使用

1、根据经济内容，要如实开具收据，对弄虚作假者按财经违纪严肃处理。

2、收据不得转让、涂改和撕毁，更不得将空白收据由对方自行填制。

3、特殊情况需要借出收据的，必须出具部门负责人、主管院领导、财务科审批同意



的借据报告，按规定办理借据登记手续，并按时办理结账手续。

4、用过的收据存根必须完整，按会计档案管理制度的规定予以保存。

会计岗位轮换制度

为了提高财务人员的管理水平和综合业务水平，防止会计人员职务舞弊现象的发生，根据《会计法》、《会计基础工作规范》和《医疗机构财务会计内部控制规定》中的要求，特制订本制度。

一、岗位轮换的对象

- 1、会计工作人员从事原会计岗位4年，应按本规定安排岗位轮换；
- 2、对工作中发现确有问题的岗位或不能胜任的岗位，经领导批准，也可适时轮换。

二、实施轮换的办法

1、岗位轮换原则上在本科室内进行，财务负责人可根据岗位分工情况，决定会计人员轮岗方式及轮岗顺序。

2、岗位轮换的组织：（1）科室内部岗位轮换，首先要保证工作质量和日常业务的正常运行。在新老交接前要做好培训带教工作，达到上岗要求后，方能进行交接工作。（2）岗位轮换人员实行岗前培训制度。岗前培训可以采取多种形式，如参加专业培训班或以老带新等。以老带新形式，采取口头传授、监督操作、独立操作等步骤。（3）会计人员办理移交手续前，必须及时做好以下工作：①已经受理的经济业务尚未填制会计凭证的应填写完毕。②尚未登记的账目，应登记完毕，并在最后一笔余额后加盖经办人员印章。③整理应该移交的各项资料，对未了事项写出书面材料。④编制移交清册，列明应当移交的内容。如会计凭证、印章、现金、文件等。⑤在移交清册中列明会计软件及密码、会计软件数据磁盘及有关资料等内容。（4）轮岗时，必须有监交人员负责监交。一般会计人员办理交接手续，由会计机构负责人或其委派主管会计监交，会计机构负责人、主管会计办理交接手续，由单位行政领导监交。交接后，移交人有义务协助处理未了结事项。（5）移交完毕后，交接上方和监交人要在移交清册上签名或盖章，移交清册一式三份，交接双方各一份，一份存档。

会计交接制度

1、会计人员因工作调动或因故离职前，必须在期限内将本人所经管的会计工作移交清楚，接交人应认真接管移交的工作文件，财务主管和会计主管负责监交。

2、接交人应继续使用移交的帐簿，不得另立新帐，以保持会计记录的连续性和完整性。

3、移交后如发现会计业务有违纪问题，移交前则由移交人负责，移交后由接管人负责。



4、移交人应编制移交清册，列名移交的凭证、帐簿、票证、有价证券及其他资料等，未了事宜应写出书面材料，移交表一式三份，双方签字后，移交人一份；接交人一份；存档一份。

5、会计人员临时离职，由财务科科长指定人员接替代理。

会计档案管理制度

为进一步提高会计档案规范化管理水平，确保医院会计档案的安全完整，根据《中华人民共和国会计法》和财政部、国家档案局《会计档案管理办法》等文件规定，结合我院实际，制定本制度。

一、会计档案的内容

会计档案是指会计凭证、会计账簿和财务报告等会计核算专业材料，是记录和反映单位经济业务的重要史料和证据。具体包括：

1、会计凭证类：原始凭证、记账凭证、汇总凭证、其他会计凭证。

2、会计账簿类：现金日记账、银行存款日记账、总账、明细账、固定资产卡片、辅助账簿、其他会计账簿。

3、财务报告类：月度、季度、年度财务报告（包括会计报表、附表、附注及说明文字），其他财务报告。

4、其它类：银行存款余额调节表，银行对账单，药库、设备总务库房各期盘点表，其他应当保存的会计核算专业资料，会计档案保管清册，会计档案移交清册，会计档案销毁清册。

二、会计档案的立卷

1、每月定期将记账凭证连同所附原始凭证按序装订。装订前要剔除金属物，逐一编写页号。记账凭证及附件应折叠整齐、结实、美观。会计凭证应一册作为一个案卷。

2、会计账簿按年度立卷。活页账簿应撤出空白账页，编写页号，装订成册。每本账簿要加贴封面。

3、会计报告应在年度决算之后将年报和季报、月报分别立卷。装订成卷的会计报表应附加统一规定的报表封面。

4、工资及附表、银行存款余额调节表和银行对账单、部门盘点表等参照会计账簿整理方法。

三、会计档案的保管

1、会计档案分类整理，有序存放，妥善保管。

2、每年形成的会计档案，按照归档要求整理立卷，装订成册，并指定专人或兼职保管。

3、会计档案的保管期限分为永久、定期两类。会计档案的保管期限如下表：



序号	档案名称	保管期限	备注
1	会计凭证	15年	
2	日记账	15年	
3	总账	15年	
4	税收日记账（总账）和出纳账	25年	
5	明细分类、分户账或登记簿	15年	
6	现金出纳账，银行存款账	25年	
7	固定资产明细账（卡）		报废清理后保管5年
8	会计月、季报表	5年	
9	医院年度决算表	永久	
10	会计移交清册	15年	
11	会计档案保管清册	永久	
12	会计档案销毁清册	永久	

四、会计凭证查阅

1、财务人员因工作需要查阅会计档案资料时，必须通过财务部门负责人同意，并按规定顺序及时归还原处；若要查阅入库档案，必须办理有关借用手续。

2、医院内部各科室因公需要查阅会计档案资料时，必须经其主管领导批准证明，经财务负责人同意后由档案管理人员接待查阅。

3、外单位人员因公需要查阅会计档案资料时，应持有单位介绍信，经财务负责人同意后由档案管理人员接待查阅。会计档案管理人员要详细登记查阅会计档案人员的工作单位、查阅日期、会计档案名称以及查阅理由。向外单位提供利用时，档案原件不得借出，如有需要须经财务科负责人、主管院领导审批签字，但不得拆散原卷册并限期归还。

五、会计档案的销毁

会计档案保管期满需要销毁时，由财务科档案管理人员提出销毁意见，编造会计档案销毁清册，经财务科、纪检监察办公室和审计科人员共同鉴定，报医院主管院长批准后销毁。销毁时由财务科、纪检监察科、审计科共同派人员监销，对需要销毁的档案认真清点、核对，销毁后在销毁清册上签名交档案室保管。

财务人员培训制度

一、培训目的

通过有效的法规、制度、方法、流程的培训，促使所有财务人员理解财务工作的重要意义，切实做好国家相关的财经纪律和政策法规的落实工作，使财务人员增强法律意识、



诚信自觉性，提高实际业务素质和执行医院财务管理、会计核算制度的能力。

二、培训范围及内容

1、岗前培训

医院情况介绍和医院发展战略、工作职责说明、各项管理制度和条例、劳动合同及工资福利、医院组织结构说明等。

2、岗位技能培训

- (1) 门诊、住院收费处结算业务实务操作流程。
- (2) 财务科各岗位的流程和要点。
- (3) 财务相关软件的应用。
- (4) 财会人员的相关继续教育培训。
- (5) 最新财务管理及相关法律法规的知识讲座培训。

三、培训方式

1、定期培训：

- (1) 主要以座谈会、科室工作会等按年度培训计划实施培训。
- (2) 按国家规定进行继续教育学习。

2、不定期培训：

- (1) 选派参加上级机关及先进单位组织的各项学习活动，学习其先进的管理方法和工作流程。
- (2) 选派相关人员到各培训机构组织的培训会议参加培训。

退费管理制度

为了加强对医院医疗及药品收入退费的管理，规范退费流程，维护好医院资金安全，特作出如下要求：

一、门诊退号、退费业务

1、退号流程：

患者挂号后退号（仅限当日），未发生就诊记录（医师未在电脑 HIS 系统上做诊断、治疗、开药处理），凭挂号收据及就诊卡直接通过门诊收费处进行系统退号。

2、退费流程：

(1) 自费患者退费

缴费后需退费患者，凭就诊卡到执行科室申请退费，申请成功后，持就诊卡到收费窗口进行退费处理即可。

已开收费票据需退费患者，必须提供门诊收费票据原件及就诊卡，先到收费窗口做票据作废处理后，再到执行科室申请退费。申请成功后，再次到收费窗口进行退费处理即



可。

(2) 医保患者退费

缴费后需退费时，必须提供门诊收费票据原件、就诊卡及医保卡，交费后盖有收费章（或自助收费票据）的医疗处置单、药品处方单。到收费窗口做票据作废处理后，再到执行科室申请退费。申请成功后，再次到收费窗口进行退费处理即可。（限当月）

二、住院退费业务

1、退药品费应审核的原始凭据内容：

(1) 病人办理出院结账手续后开具的结账收据原件。

(2) 医生开具退药处置单（注明患者姓名、住院号、药品名、数量），医生和执行护士签字。

(3) 执行护士手持退药处置单，住院药房负责人检查验收药品（注明大小写金额）药房经办人员签字。

2、退检查费、治疗费应审核的原始凭据内容：

(1) 病人办理出院结账手续后开具的结账收据原件；

(2) 结算前退费：科室开具的注明病人姓名、住院号、治疗项目、退费金额（注明大小写金额）并签字的退费处置单，退费单必须有退费科室两个经办人签字（其中一人为护士），退费金额 1000 元及以上必须加签科室科主任和财务科科长签批。

(3) 结算后退费：原始结算发票科室主任或护士长注明退费原因并签字，病人取消结算重新回归科室，按结算前退费流程办理退费手续，自费患者直接退费，医保患者到医保窗口重新审核费用，结算员凭重新审核的单据办理结算确认退费。

门诊收费室工作制度

1、严格执行和遵守国家各项财经纪律及医院的管理制度。

2、坚守工作岗位，不迟到、不早退，不擅自离岗；做到唱收唱付，钱款当面点清；工作细心认真，耐心解答患者的咨询。

3、收费人员必须严格按照各自操作员和密码进入挂号收费系统，做到专人专号专用。

4、收费人员必须按顺序使用各自领用的收据，严禁相互串用；每次进入挂号、收费系统，必须首先核对收据和机制号是否保持一致；作废的收据按规定缴销，对空白收据必须视同现金保管。

5、每日清点现金，做到账款相符，并及时把现金缴存银行，款项如有不符，需立即查找原因，及时解决；不得挪用公款，不得白条冲抵现金。

6、日账日清，收费人员每天必须进行收费报表日结，日报表结转打印后应随同银行进账单及收据存根一并上交财务科，不得无故拖延交账时间。



7、在收费过程中，严格执行工作制度和防止差错事故的发生，一旦发生及时汇报给门诊收费负责人处理。

8、收费人员应当及时向门诊收费负责人反映电脑硬件和系统软件运行中出现的异常情况，特殊情况应当直接反映到分管部门（门诊办公室、信息中心、财务科）。

9、积极参加财务科规定和组织的在岗培训和学习，不断更新知识与技术，以满足不断变化的收费要求。

10、建立交接班制度，值班人员准时接班，交班时应将现金、收据存根当面核准，并做好登记签收工作。

门诊挂号制度

1、在门诊办协调管理下，坚持原则，按章办事，认真完成挂号收费及预约挂号的工作。

2、根据不同季节提前10分钟上班挂号，窗口服务满时点，不延迟开窗，不提前关窗。挂号收费人员实行灵活的工作制方式，以缩短病人等候时间、减少窗口排队。

3、工作时间必须佩戴工作牌，做到着装统一、仪表端正。工作中要关心体贴患者，态度和蔼热情，主动使用文明用语，耐心细致，有问必答。

4、挂号做到正确输入患者基本信息；挂号收费做到规范操作电脑，精通收费业务，收付要当面点清，做好空白收费收据和现金的安全，认真核对病人门诊号和姓名，严防差错发生。

5、门诊病人应先挂号后就诊（危重抢救例外），预约挂号病人优先；同时就诊两个科室或转科的病人应重新挂号（会诊例外）；挂号在诊病当日一次有效，继续就诊应重新挂号。

6、现役军人、残疾退役军人、烈属及离退休军人、七十岁以上老人可持本人有效证件免费挂号，本院职工本人可挂免费号。

7、复诊、出院带药等均需重新挂号。

8、不接受科室医生电话挂取免费号的要求。

9、急诊病人可以电话挂号，但由收治医生代收挂号费，带诊疗完成后及时交至收费室，未及时上交者将从收治医师的工资里扣除。

住院收费处工作制度

1、坚守工作岗位，不迟到、不早退，不擅自离岗，工作细心负责，态度热情和蔼。严格执行和遵守各项财经纪律及医院的管理制度。

2、病人入院根据本院医生开具的入院证办理入院登记手续；自费病人应按病情交纳



预交金，对每一笔预交金及时登记入账。

3、办理收费、结算各种手续，要唱收唱付，当面点清，开具收据留有存根，复核和备查。每日清点现金，做到账、款、单三相符。不得挪用公款，不得将白条冲抵现金。

4、保管好各种票据、印鉴。严格执行收据的发放、使用等管理制度，对已使用的票据要做到存放有序、查找方便。

5、病人出院根据病房开具的出院通知单，认真审核、查对、计算、结清出院病人的各项费用。

6、加强住院收入核算管理。做到账目清楚，日清月结，及时报送各种结算类别费用情况。

7、加强安全保卫工作，工作重地，非本部门工作报告人员不得随便进入。下班前本科工作人员需清理检查各种账证，不得随意调阅软件资料并注意保密。

货币资金管理制度

1、现金的支付范围是职工个人劳动报酬，各种劳务费、福利费、抚恤丧葬费、差旅费及国家规定的对个人的其他支付，各种设备、材料、药品款一律通过银行转账，按照发票出具的单位和账号付款。

2、每日现金收入及时送存银行，存入或支取现金必须在存款凭证或现金支票上注明收入来源及支出用途。

3、不准坐支现金，不许挪用和套用现金，不许公款私借，特殊情况需借支的，由分管院长和院长批准。

4、签发空白金额的支票要经财务科长和分管财务院长批准并进行登记，签发时要根据金额大小将支票封口，持票人于二日内向财务科报账。

5、医院收取单位的转帐支票（包括住院预交款），应实行先进帐的办法，防止造成不必要的经济损失。

6、出纳人员要及时登记现金和银行存款日记账，结出当日现金和银行存款余额，日清月结，每月及时与银行对帐，并在收到对账单5日内编制银行存款调节表，送交银行，对未到达款项要及时清理。

7、银行存款账户只供本单位使用，不得出租、出借和转让给其他单位和个人使用。

8、为保证现金的安全，出纳人员的现金不得超过规定的限额，下班后，应将现金及有价证券放入定点存放的保险柜内。



本院职工借款的管理制度

为了加强对职工个人借款的管理，保证医院流动资金的合理应用，特制定如下规定：

1、全院正式职工因公出差、外出进修学习和参加各类学术会议，必须按规定办妥外出手续，原则上只能使用公务卡，不允许借款。如遇特殊情况确需借款须经分管领导批准。

2、行政办公借款原则上每次不超过 5000 元。

3、一般借款 2 个月内必须还款。进修人员，须在进修期满 2 个月内结清全部借款。

4、特殊岗位的工作人员，经分管财务领导批准，可借一定数额的周转金使用。周转金每年审批一次，经领导核准后再续借。如有工作调整，须在工作变更后 2 个月内归还周转金。

5、本院正式职工可为他人提供住院期间医药费的担保，但如果所担保病人发生医疗欠费时，则由提供担保的职工负责偿还欠费，其处理方式视同个人借款处理。担保人在接到财务科通知后 2 个月内应偿还欠费。逾期将从担保人工资中扣除。

6、职能部门负责办理的代缴业务，款项记入经办人个人借款中，视同个人借款管理，以利于经办人及时负责结清账务，避免出现呆帐。

7、财务科安排专人负责职工个人借款管理，每月打印个人欠费情况通知单，下发到各科室，如没有按规定归还，财务科将从个人工资中扣还。

8、人事科及时将职工调动或离职情况书面通知财务科，并督促相关人员按规定办理离院签字手续。对有离职倾向的职工，人事科应及时与财务科联系，便于财务科加强职工借款的回收，避免不必要的经济损失。

支票管理制度

1、除允许现金结算范围可以使用现金外，其余发生的各项结算款项都必须通过银行转账。

2、签发支票的金额不得超过银行存款的余额，不准签发空头支票，所签发的支票要限期、限额、限用途、不准开远期支票。

3、转账支票领用一律采用记名式，有签发人加盖预留银行的印鉴。

4、如遇特殊情况领用空白转账支票，须经分管财务领导审批后，方可限额领用。

5、支票有限印鉴由两人分别保管。



关于经费开支审批权限的管理制度

为强化增收节支的意识，规范医院经费开支，简化报销环节，提高资金使用效果和工作效率，根据上级财经制度的有关规定，结合医院实际，制定以下管理制度：

一、经费开支程序

1、经费支出实行计划管理和预算审批制度。各部门在每年 10 月份做好次年支出预算计划，经分管院领导审批，由财务科汇总后报院长审批。

2、对于特殊情况造成超预算超计划的支出必须由经办科室提出充分理由，事先向分管领导、院长报告。在年度计划外增加的各项经费支出及经批准超预算超计划的经费支出需经院长办公会议研究决定。

3、完善支出手续。大额项目开支（5 万元以上含 5 万元）要进行效益分析和综合论证，小额项目支出需要报告、计划，固定资产、药品耗材、办公用品、材料要求出入库调拨，维修、设备要求验收报告，招待、培训、旅差要求审批，其他支出按照医院签订合同协议和医院规章制度执行。

4、大额资金审批。基建工程款、维修款 10 万元以上（含 10 万元），物资、设备款 5 万元以上（含 5 万元），按本院“三重一大”程序审批。

二、经费开支审批范围

医院所有的经费开支、借款和经济合同等内容。

三、审批经费开支的权限

1、日常公用经费：部门负责人—财务审核—分管院领导审签—分管财务领导（5000 元以内）—院长（5000 元以上，含 5000 元）。

2、项目支出：部门负责人—财务审核—分管院领导审签—分管财务领导（1 万元以内）—院长（1 万元以上，含 1 万元）。

3、不可预见费：5 万元以内院长审批，5 万元以上（含 5 万元）经党政联席会审批。

4、因工借支：原则上不允许借支，特殊情况需要借支，5000 元以内由分管财务领导审批，5000 元以上（含 5000 元）由院长审批。

四、免于院长审批事项

1、医院每月例行发放的工资、夜班补助、津贴。

2、缴交的税金、五险一金。

3、医保拨付给个人的生育保险等其他。

五、其他规定

1、各部门日常常规性工作合同协议，分管院领导审签。

2、入库出库、财务挂帐等分管院领导审签。



- 3、对外经济合同和上级主管相关部门合同由院长（或由院长授权指定人员）审签。
- 4、湖北科技学院校医院（学校门诊部）工资由分管院长审签。

财务安全保卫制度

- 1、收费员收退款时应唱收唱付，待退款完毕再收进屉内。
- 2、收费人员所收现金当日存入银行，流存现金下班时应放入保险柜妥善保存，保险柜钥匙由两人分别保管共同负责。
- 3、医院出纳应及时登记发生数，对超过银行核定库存量的部分应当天存入银行，不论库存现金多少，下班前都要放入保险柜锁好。
- 4、各收费员负责收款，不得违规坐支
- 5、科内注意防火，严格管理一切火源，财务档案室内严禁烟火，冬季生火时，一切易燃物品不得放在火边，下班时注意检查，人走火灭。
- 6、科内严禁乱扔烟蒂，防止火患。
- 7、各相关人员应妥善处理工作台面的凭证、联单、账簿等，以防丢失。

重大经济事项集体决策制度

为了充分体现民主原则，维护良好经济秩序，保障医院资产和资金的合理利用，有效监督国家工作人员，做到科学决策、权责分明，根据《中华人民共和国会计法》、《内部会计控制制度》、《事业单位财务规则》和《医院会计制度》等，特制定医院重大经济事项集体决策制度。

一、重大经济事项的定义和范围

指预算支出在5万元以上（含5万元）的项目、涉及医院长远发展和职工切身利益等经济事项。包括的项目如下：

- 1、大型设备的购置
- 2、大型修缮工程
- 3、大型会议的举办
- 4、大额存货、固定资产等资产的处置
- 5、大额卫生材料、低值易耗品等采购
- 6、大额医院办公设备、办公用品的采购
- 7、药品招标采购
- 8、基本建设项目
- 9、银行及其他金融机构信贷



- 10、医院职工的工资、奖金、福利等方案的制订
- 11、重要科研项目
- 12、对外担保
- 13、医疗收费项目的变动
- 14、医院发展计划的制订
- 15、医院改制、重组

二、重大经济事项决策原则与决策机制

- 1、科学、依法、民主、集体决策的原则。重大事项必须集体讨论后按规定程序报批。
- 2、专家咨询和评估的原则。对专业性、技术性较强的重大事项，必须进行专家论证、技术咨询、决策评估。
- 3、听证和公示原则。坚持院务公开、透明，特别是涉及职工切身利益问题的决策，必须进行听证和公示，广泛听取职工意见。
- 4、谁决策、谁负责的原则。实行重大经济事项领导负责制和责任追究制，对决策有关人员应签署“重大经济事项登记簿”，明确个人意见（同意、反对、弃权），项目集体讨论后按规定程序报批，分清级次，责任到人，建立事后审计评价和责任追究制度，形成决策失误的纠错改正机制，对违反决策程序、滥用职权造成损失的追究责任。
- 5、财务部门充分论证的原则。医院财务科应根据国家有关法律法规，从单位预算资金的安排情况、自有资金状况、资金筹措能力、财务和预算制度等方面对有关重大经济事项的可行性提出意见和建议，对投入产出效益进行经济论证，对重大经济事项支出的合理性、合法性及预算安排进行审核。
- 6、集体决策，少数服从多数或领导小组多数人同意的原则。
- 7、医院院长作为医院法人代表，是《会计法》规定的会计责任主体，对会计行为承担责任，按责、权统一的原则，赋予院长否决权。
- 8、院办、财务科、总务科、药械科等职能科室负责人在其职责范围内行使权利。

三、成立重大经济事项集体决策领导小组

组 长：黎群武

副组长：刘祖松 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩 查文良
雷振宇 赵大运

成 员：钱定军 黎练军 余静平 余红光 王天龙 黄 忠

四、重大经济事项的管理

（一）大型购置的管理

- 1、各需求部门根据业务需要提出申请，提交申请报告及可行性论证报告，经相关主管部门审批后，交医院法定代表人批准后，交由采购部门按规定的采购手续办理采购。
- 2、医院需组织财务科、临床科室相关人员、专家等召开可行性方案专题讨论会议，



会将讨论结果形成论证报告上报（报告内容包括：会议纪要、三种品牌以上的设备价款、用户使用情况）。院领导根据论证报告进行集体会议讨论，到会人员签署“重大经济事项登记簿”，讨论结果报院办公室备案，并在院中层干部会议上给予宣布。

3、采购必须通过招、询、比、议价确定供货商，严格遵守招标的有关规定，属政府采购的，必须按照政府采购规定办理。

4、采购必须和供货商签订合同，财务科须参与合同的制定。

5、所有采购合同副本或复印件（本院办公室盖章确认与原件相符）应交财务科存档。

6、供货商必须提供与固定资产相匹配的发票、采购合同、及固定资产验收交付使用单等凭据。对于未办理验收手续、无发票或未达到合同要求的采购，未经相关主管部门、医院法定代表人审批后一律不予付款。属政府采购的，必须按照政府采购规定办理付款手续。

（二）关于医院基建、修缮工程的管理

1、所有工程项目必须将可行性方案报总务科，并由其组织召开专项会议，集体论证同意后方可开展立项工作。到会人员签署“重大经济事项登记簿”，讨论结果报院办公室备案，并在院周会给予宣布。

2、重大工程应报市有关部门办妥基建计划、规划、立项、报建等手续。

3、预算大于或等于 10 万元的工程一般要进行招标；预算小于 10 万元的工程由医院进行内部招标。招标文件需经总务科、招标办集体审议同意后方可对外公告。财务科应派专人参与招标的全过程。

4、与中标单位洽谈签约，财务科应参与有关经济会议。

5、财务科根据已批准的工程计划，设立专项工程账目核算。

6、资金管理

（1）对于上级拨款的工程，财务科应根据批准的工程划、资金来源，设立专项工程账务核算，专款专用。

（2）自筹资金的工程要纳入医院资金预算，财务科应设立明细分类工程帐，根据计划掌握开支，合理使用资金。

（3）资金的支付必须附有合同、发票。

（4）工程总结算时除附有工程合同、协议和结算清单外，还需要经总务科、审计科等质监部门签章的验收报告书。

7、其他规定

（1）医院所有基建、修缮项目包括零散维修项目都必须签订合同。

（2）在工程计划经批准和资金来源有保证的基础上，与中标施工单位签定工程合同书，该合同对工程的范围内容应有明确记载，尽可能将主体工程以外的附属工程，如拆迁、场地清理、照明、动力安装等纳入，以便财务部门完整地核算工程造价和编审工程决算。



工程协议书、合同书及预算书报院领导审批后，须交财务科备案，以便掌握工程款项支付。

(3) 施工途中，如有变更协议内容，须签署补充协议，同时以书面形式提出工程费用追加或减少项目，并阐述其理由。

(4) 工程竣工后，属院内部招标工程、零散工程的，甲乙双方须办理竣工验收，填报竣工验收报告，经财务科核实造价后送有关复查，方可办理完工 结算；属政府部门招标的工程按照政府招标的有关规定办理。

(三) 关于医院职工的工资、奖金、福利的重大变动方案

1、涉及职工切身利益问题的决策，需组织召开专项讨论会，领导班子成员、院办、工会、人事科、财务科、医护代表、职工代表等参加会议，到会人员签署“重大经济事项登记簿”，会议结果报院办公室备案，并在院内给予公示。

2、公示期间需设立专柜，由院工会收集职工意见。

3、由院工会将职工意见进行集中汇总，形成报告。

4、根据职工意见再次召开专项讨论会、进行讨论、修改。

(四) 关于银行及其他金融机构信贷

1、所有信贷融资计划必须由财务科出具可行性报告。

2、院领导根据可行性报告召开融资论证会议，集体讨论，到会人员需表明意见并签署“重大经济事项登记簿”，会议结果报财务科备案。

3、借款必须专款专用，严禁挪为他用。财务科应监督借款的使用。

(五) 存货、固定资产等资产的处置

各物资管理部门必须规范存货、固定资产管理，资产分定期、不定期进行盘点，盘点结果报财务科，由财务科根据盘点结果进行汇总、盘盈分析、盘亏分析、调查，提出处理建议，最后出具资产盘点报告交院办公会议集体讨论。会议结果交财务科备案、执行。

五、重大经济事项集体决策程序

1、职能科室立项，提交可行性论证报告。提交可行性论证报告由使用部门、药械科、财务科、总务科、院领导等共同参与。使用部门：提供物资设备型号、厂家及投入、产出的数据。总务科、药械科：询价。财务科：市场风险预测、投入回报率、合同付款方式等。

2、广泛征求意见。

3、提交职工代表大会决议。

4、公示（必要时向上级主管部门呈报书面材料）。

5、院办书面通知相关职能部。

六、本制度经院办公会议讨论通过后执行。



医院物价管理工作制度

一、加强医疗服务价格管理工作

1、认真执行国家价格法律法规，严格按照市物价局、卫计委统一规定的医疗服务项目和标准收费。

2、医院设立专门的物价管理机构，配备专职物价人员对全院的医疗服务收费进行统一管理。

3、对医疗服务收费价格实行电脑管理，对收费项目、编码、计价单位和价格进行统一维护。规范收费价格行为，科室不能随意增加收费项目，擅自提高收费标准。

二、严格实行明码标价，门诊费用查询制和住院一日清单查询制

1、实行门诊医疗服务项目和价格公示制度。

2、实行住院患者费用“一日清单查询制”，提高医疗服务收费价格的透明度，诚信收费。

3、实行药品价格公示制度。药品严格执行上级物价部门规定的零售价格，采用电脑统一划价，确保药品价格真实可靠。

三、加强医院价格举报和患者投诉工作制度

1、强化价格举报和投诉工作。院内公布举报电话，设专人负责接待，让广大患者有投诉和建议的渠道。

2、建立快速反应机制。如果有患者投诉或举报的现象发生，首先是相关科室收费负责人问清情况，并做出相应核查和解释，有问题的及时纠正；其次，患者不满意的迅速向院价格主管部门反映，由院物价人员依照有关价格政策查明事实，进行协调处理。形成分级管理，层层负责的协调机制。

3、医院聘请群众义务价格监督员，对医院的价格行为进行及时监控，发现问题及时纠正。

四、加强价格监督工作，建立奖惩和责任追究制度

1、医院物价管理部门通过定期抽查各科室患者的病历及费用清单，了解各科室的收费情况，发现问题及时处理和解决。

2、成立医院物价管理委员会，进一步加强收费管理工作，规范医疗收费行为。

3、建立奖惩和责任追究制度，明确权利和责任，对收费价格执行较好的科室予医院以表扬和奖励。

4、医院对收费价格执行不规范，对患者投诉处理不及时、解释不细致或因收费问题对医院声誉造成不良影响的科室和个人，医院将根据具体情况追究其行政责任并予以经济处罚。



费用查询管理制度

为加强医院收费管理，增加收费透明度，接受患者对医院收费监督，特制定患者费用查询制度：

一、实行病人费用清单制

医院免费向患者提供费用清单。费用清单包括医疗服务项目、药品及可另行收费的医用耗材名称、单价、数量、金额等内容。财务科可免费提供门诊医药费用清单；患者出院时，全部费用核实无误后方可办理结算手续，同时免费提供全部住院费用清单。

二、费用查询制

（一）保障患者知情权。做好医疗服务价格及药品价格公示，提供价格公示牌、电子滚动屏、自助查询机、费用查询窗口、医院网站等多种途径方便患者及家属费用查询。

（二）门诊收费处负责各项收费业务，在收取费用的同时，根据病人需求打印统一的正式收据，收费收据列明所开药品、检查、治疗等项目的名称、金额等详细情况。

（三）门诊病人对收费项目有疑问时，门诊收费人员可以引导病人询问开方医院及药房或有关检查治疗的科室，确实还解释不清的，请病人到物价科查询。

（四）当患者提出查询时，服务台、药房、检查、治疗科室或医生，对患者要热情接待，认真协助查询。

（五）病人可通过多种方式对费用进行查询：

1、住院费用查询方式：

①病区护士站及一日清单查询；②出院结算处窗口查询。

2、门诊费用查询方式：

①门诊费用清单查询（门诊收费窗口）；

②门诊导诊台咨询。

3、费用咨询及疑问处理部门

①各病区护士工作站或医生工作站；

②门诊、住院导诊台；

③收费窗口（咨询电话：8102626）。



医院收费复核制度

为规范医院医疗收费行为，加强医疗收费管理，制定本制度。

1、门诊患者就医，需要进行相关医疗检查时，医生根据患者就诊卡信息，在医院 HIS 系统开据有关检查的电子申请单，患者凭就诊卡就到相关检查科室进行检查，检查之前，相关工作人员应该与患者核实检查项目是否正确，核实无误后再进行检查，随后凭就诊卡前往门诊收费窗口根据需要打印相关发票，核实检查项目收费是否合理。

2、门诊患者就医，需要取药时，药房工作人员根据患者就诊卡的信息，复核医生在医院 HIS 系统开据电子处方是否符合规范，无误后发药。

3、临床科室要采取双复核制度，每天病区护士都要对医生在医院 HIS 系统操作的电子医嘱进行核对，发现错误及时纠正，在收取相关医药费用时，都要进行核查，避免重复收费。

4、临床兼职物价管理人员，要对准备出院的患者在院期间发生的医药费用进行核对，主要结合患者病情及已经接受的检查项目、治疗项目，用药等相关费用情况进行复核，发现问题及时整改，然后办理出院手续。

5、医院专职物价管理人员，不定期对出院病人的病历进行抽查复核，包括：收费项目是否符合物价政策规定、收费条目是否与医嘱记录相对应、有无自立收费项目、重复收费、比照收费、多收、漏收现象，对发行的问题查漏补缺。采取相应的整改措施。

价格管理人员考核制度

为加强医疗服务价格管理，规范收费行为，强化工作人员的价格管理责任意识，维护患者的利益，结合我院实际，制定本制度。

一、考核范围

各科室向患者所提供的基本医疗服务、药品销售、医用材料消耗等医疗服务，而发生的收费行为。

二、科室或价格管理人员发生下列行为的，列入考核制度的范围

- 1、自增服务项目或自定价格标准；
- 2、擅自提高医疗服务价格标准；
- 3、重复收费、无医嘱或护理记录收费；
- 4、超医嘱规定的内容、范围和时间收费；
- 5、同一服务项目分解为若干项目收费；
- 6、超越“除外内容”规定的范围，擅自增加卫生材料品种和服务内容并收费；



- 7、属自主选择的服务和相关医疗用品未征得患者同意收费；
- 8、擅自提前或推迟执行有关医药价格政策；
- 9、不向患者提供门诊、住院医疗服务价格明细清单；
- 10、擅自不收、少收或漏收费给医院造成损失的。

三、考核依据

以现行省、市医疗服务价格标准、药品价格及各补充文件为依据，科室违反价格规定，病历检查发现问题的，以每月的考核扣分为处理依据；通过患方咨询投诉发现问题的，以来访人员登记表中所反应事由的核实处理情况为考核依据；通过上级物价管理部门处理收费争议的，以受理部门的意见或决定为考核依据。

四、考核办法

为了杜绝错费情况发生，发现错费扣罚责任科室一定比例奖金并扣科室考核分。科室考核扣分标准如下：

- 1、无医嘱或没报告单及收费清单没有记录，扣 200 元 / 项 ；
- 2、严格执行《咸宁市医疗服务项目价格》规定，不得多记、少记或漏收各种费用，违反的扣 200 元 / 项；
- 3、如受投诉，经核实，扣 300 元 / 次。

五、医院对记费人员个人的违规行为，按下列原则实行考核处理：

- 1、凡属记费人员工作责任心、业务能力等因素，以及自作主张而产生的医疗收费等，属记费人员个人的违规行为。
- 2、违规收费行为经认定，应立即纠正并写自查报告。
- 3、记费人员在一年内，多次发生违规记费行为，或同一违规记费行为被查处后再次发生的，应给予扣罚奖金。
- 4、记费人员擅自不收、少收或漏收给医院造成的损失，由责任人全额赔偿。
- 5、科室负责人对科内所发生的记费、收费行为负有管理责任。

价格公示管理制度

为进一步加强医院价格信息公示工作的管理，广泛接受群众监督，提高价格信息透明度，规范价格行为，制定本制度。

1、医院在显著位置，通过公示牌、价目表，住院费用清单等方式实行药品及医疗项目价格公示，并严格按照价格公示的项目和收费标准进行收费，任何人不得随意多收、少收或乱收。

2、公示内容包括医疗服务项目编码、项目名称、项目内容计价单位、收费标准等，医疗服务价格变动时，及时变更相应的公示内容。



3、完善医院信息管理系统，只有财务科可以进入医院收费项目维护系统，对医疗收费项目进行增加、减少或变动，其他任何科室和个人不得进入该系统进行任何操作。

4、对医院实行的单病种限价收费项目及价格在相关科室的显著位置进行公示，并通过媒体向社会进行广泛的宣传和承诺。

5、医院设立意见箱、举报电话，接受患者、家属及社会各界的监督。

价格档案管理制度

1、各科室兼职价格管理员定期进行价格核对，必须在每次价格调整前报送书面材料给物价员用于建立价格档案，专职物价管理员应当及时将各种文档资料整理归档。

2、物价管理员应对各医药价格政策文件档案及时收集，保证及时、准确、完整。任何人都不得据为己有或者拒绝归档。

3、价格档案的管理应当按来文日期、单位、类别等对文档资料进行整理和归档。医药价格文件材料应当保持齐全完整、准确，分类明确，排列有序。

4、自制文件材料应当书写规范，字迹清楚，不得使用铅笔、圆珠笔、纯蓝墨水、彩色笔等不耐久的文具书写，签字手续应当完备；供应商提供的医药价格文件材料需盖章确认。

5、档案保管和利用

(1) 档案管理应做好防盗、防火、防虫、防霉、防光、防潮、防尘、防有害气体等。定期检查档案保管状况，确保档案的完整与安全。备份在电脑里的也应由信息科配合物价管理员做好保存，定期地更新工作。

(2) 医药价格政策文件档案由物价员集中统一管理，做到专人、专柜负责保管。价格档案保管期限为 15 年。

(3) 严格借阅审批、登记手续。查阅档案必须经相关负责人批准，由档案专管人员提供并监督，且限定在单位办公场所内进行。未经领导批准，不得摘抄、复制、拍摄。

(4) 利用档案应办理登记手续，未经相关领导人批准不得借阅，借阅人不得拆封、涂改、撕毁、污损档案，归还时档案管理人员应进行检查。

(5) 档案管理人员变动工作岗位，应按有关规定严格办理交接手续，不得私自将档案及有关资料带走。

新增医用耗材收费审批制度

根据《咸宁市医疗服务项目价格》规定，医用耗材有“可以除外另收的特殊材料”和“不可收费的一般医用消耗品”之别，财务科按规定负责参与医用耗材采购前的收费许可审核。



为规范医用耗材的收费管理，制定本制度。

1、科室需使用新增医用耗材时，先认真、如实填写《湖北科技学院附属第二医院新增医用耗材申请、审批表》审批表由财务科、设备科、科室各保留一份，由申请科室填写后交价格管理科进行收费类型的审核；

2、财务科根据《咸宁市医疗服务项目价格》中涉及相关项目“除外另收”材料收费的说明，认真界定材料能否收费，并在审批表签字确认，在 3 个工作日内交物资采购中心；

3、药械科根据价格管理科的批复进行医用耗材采购及材料信息维护；

4、按规定可以单列计费的特殊材料，按实际购进价和规定的加价率顺加作价，进行收费；

5、属于新开展医疗服务项目使用的材料，或收费项目不变仅材料属新技术的，按新增医疗服务价格申报规定执行。

医药价格信息管理制度

为进一步规范医院药品价格行为，根据国家药品价格管理的相关政策，制定本制度。

1、凡在本医院销售的药品必须严格执行国家及省市价格主管部门制定的药品价格政策，因病施治，合理用药，切实维护患者的合法权益；

2、本医院所用药品遵循公开、透明的原则，按规定实行网上招标采购；

3、进入本院销售的药品应以实际进价不加成销售，中药饮片按规定加成；

4、医生开具处方时应根据患者的具体病情开具适应的药品，杜绝乱开处方；

5、所有进入本院各药房销售的药品，其名称、产地、剂型、规格、价格，都应做到信息公开；

6、药品价格管理实行部门负责制，药品价格出现差错，视情况给予有关部门负责人及直接责任人批评和经济处罚；

7、实行专人专线负责医院药品价格的协调处理。

医药价格调价管理制度

为确保严格执行医疗服务和药品价格政策，建立顺畅的调价通知流程，及时调整或通知相关部门调整医疗服务和药品价格，保障医疗收费的合法性，制定本制度。

1、严格执行医疗服务价格标准，不得随意变动。

2、对所有医疗服务项目（含允许收费的医用材料）价格的调整必须由专职价格管理人员统一修改；药品价格调整授权药剂科专职人员修改，其他人员不得擅自修改。

3、新增项目的价格调整，应有书面记录备查。



4、物资采购中心每日出库的医用材料，财务科专职价格管理人员应在次日根据出库明细，及时调整医用材料的收费价格，避免收费的随意性。

5、涉及政策性临时调整、变更的批量价格调整，应由专职价格管理人员以书面形式报科室负责人，并经分管领导签字后，由物价组进行价格调整。

6、对医疗服务及药品价格调整情况每月进行抽查，并有记录，保证价格调整的准确性。

医疗保险工作制度

1、财务科负责全院基本医疗保险服务管理工作，准确执行医疗保险的各项政策规定。

2、制订我院医疗保险管理工作的各项规章制度及具体的考核奖惩办法。有明确的岗位职责，按新政策要求随时调整相关规定。

3、坚持“以病人为中心”的服务准则，热心为参保人员服务。

4、督促各科室严格执行基本医疗保险病种目录、药品目录、收费目录等规定；坚持因病施治，合理检查，合理用药，合理治疗、合理收费；严格掌握出入院标准。定期进行自查、抽查、考核。

5、负责审批有关转诊等事宜，做好医保政策的宣传、咨询、解释工作。

6、及时做好协调工作，加强与医保、信息中心、卫计委、物价等政府部门的对口联系和沟通。接受上级主管部门监督、检查。

7、每月负责按时、准确地做好各类财务、统计报表及医疗费用结算工作。

8、做到人证相符，合理控制医疗费用过快增长，杜绝挂床住院、冒名顶替等不正当的医疗行为，控制并降低住院药品占比、自费率占比、检查占比，将医疗保险各项考核指标纳入医院整体考核管理体系之中。

9、严格掌握意外伤害的纳入范围，属意外伤害住院 24 小时内上报保险公司。

10、加强医疗保险政策宣传，及时更换医疗保险政策宣传栏、设置投诉箱。有计划、有针对性的组织好各层次人员的培训工作。

11、熟悉本岗工作流程，对业务精益求精，增强为参保患者服务能力。正确及时处理参保病人的投诉，努力化解矛盾，保证医疗保险各项工作的正常开展。

住院登记审核制度

1、首诊医生在开具入院证时，应详细询问病人，入院证上的年龄、单位等信息应与医保卡一致。

2、入院收费处根据入院证、病人身份证，医保卡等信息办理入院登记（注明收费种类：职工医保、城乡居民医保、自费等）。



- 3、病员入住科室后主管医生和接诊护士再次进行人证核对。
- 4、参保人员住院三天内持身份证或户口本、医保卡，以备医保部门查房使用。

医保告知签字制度

- 1、医务人员熟悉了解医保政策、医保报销比例、年度封顶线，尊重病人的知情权，尽到告知义务，否则病人或医保拒付的医疗费用由当事人和所在科室承担。
- 2、主管医生在制定治疗方案时使用部份支付的诊疗项目、乙类药品、自费项目、特殊材料等必须征得病人或家属同意，自费项目、特殊材料须签字认可。自费药品不得超标，若超标由管床医生负责。
- 3、住院期间要求病人遵守医院和医保管理规定，不应擅自离开病区。

医保用药管理制度

- 1、临床用药应与本次住院的主要诊断和病历记载一致；不得在医嘱外开药，不得跨科室开药、搭车开药和超限量开药；控制用药品种，尤其是疗效不确切、价格昂贵的辅助药。要严格掌握用药指征，按照医保政策和抗生素使用原则，尽量使用价廉质优、疗效肯定的甲类药品；不得引导病人使用高档进口药和新药、特药，对《湖北省基本医疗保险药品目录》中规定限制使用范围的药品应符合限制使用范围，凡超范围使用视为自费药品，医保不予支付，同时告知病人或家属征得同意并签字。
- 2、出院带药：一般疾病不超过3天、慢性疾病不超过7天，精神病患者带药不能超过15天。
- 3、住院期间不允许开大处方，对于病员未用完的药品应及时予以退减（退减药品需注明理由）。
- 4、门诊处方每日用量：急诊处方不超过3天，普通处方不超过7天，慢性病处方不超过15天，特殊慢性病处方不超过2个月。
- 5、保证药品质量，执行国家公示的药品零售价格。
- 6、基本医疗保险的药品备用率不低于70%，药品应分类划价，以满足参保病人的需要。

门诊就医管理制度

- 1、要认真核对持卡人，是否与医保卡一致，谨防冒用、转借。
- 2、门诊医师在接诊参保患者就诊时，要如实填写门诊病历，处方、处置、检查单填写完整、规范，处方使用双联。



3、参保患者门诊用药每次开药按规定限量。一张处方以治疗一种疾病为主，同类药品不能重复使用，抗生素不得超过两种。

4、门诊慢性病专病专药，处方单独保存。

住院就医管理制度

1、医师在接诊过程中应严格执行首诊负责制，把握病人入院指征，严格按照病种目录接收参保患者住院。患者入院时，需持首诊医师填写的住院审批表、住院证、医保证到医保住院窗口审批、登记，办理入院手续。并做到“卡与人”、“人与病”、“病与药”、“药与量”、“量与钱”五相符。

2、参保患者住院必须先审批后入院。急诊入院，3日内必须办理入院审批手续（节假日除外），凡拖延时间不办的，造成经济损失费用由科室承担。

3、坚决杜绝小病大养、挂床住院（抽查病人两次不在病房治疗或夜间不住在病房，特殊情况请假除外），否则所发生的费用由科室承担。

4、接收参保患者住院，单次住院以第一诊断为主，其它疾病诊断必须有诊断依据方可进行合理治疗，凡与诊断不符所发生的一切费用均由科室承担。

5、工伤、他伤、自伤自残、交通事故等各种原因引起的意外伤害，不纳入医保支付范围内，不办理任何医保手续。如发现医务人员与患者串通将不符合医保报销的病种转换成医保报销病种，所发生的一切费用（包括医保处罚费用）由科室承担。

6、参保患者住院期间，本次住院的所有检查、治疗、用药等收费明细必须在住院病历上和医嘱中有详细记载。

7、对已在门诊作检查并有明确检查结果报告的，入院一周内不得再重复检查或进行与本次住院病症无关的检查（急、危重病人除外）。

8、坚持“一日清单”制度；“一日清单”必须在当天与病人或家属见面，并签字认可，凡未签字认可的费用由科室承担。

9、平均住院日控制在15天内（精神科除外），超过平均床日的费用由科室承担。

10、同一病种住院间隔时间一般为三个月以上（特殊情况除外），如患者投诉经查实科室人为分解住院人次的，所发生的费用由科室承担，且医保考核处罚的金额如实扣到科室。

11、参保患者因病情确需使用乙类药品和自费药品，必须先征得患者同意并签字方可使用。凡未征得患者同意使用的乙类药品和自费药品以及超标准费用由科室承担。

12、医保病人住院人均医疗费超过定额标准（单病种除外）超出部分由科室分担50%。

13、严禁科室将非报销药品、检查、治疗、服务设施项目更换为可报销的药品、检查、



治疗、服务设施项目。否则，所发生的一切费用由科室承担外，并给予科室2倍的罚款。

14、医保病人住院期间要坚持合理检查、合理用药，严禁大处方、人情方，用药与病种要相符，严格按医嘱开处方，必须根据住院天数开具药品剂量，超过规定剂量，超额带药的费用由科室承担，谁开方、谁负责。

15、严格掌握治疗项目的适应症，严格控制临床必须的辅助治疗项目，非必须的辅助治疗项目不得纳入医保报销范围。

16、科室应及时为符合出院指征的参保患者办理出院手续；患者本人无故拒绝出院的，科室应做好解释工作，自通知之日起，停止医保记帐，按自费病人处理。

17、各科室必须每天核对患者交款情况，出现欠款应及时催收，同时，医保患者自通知出院之日起，停止医保记帐，三日内必须办理出院结算（特殊情况由医保科另行通知）。否则，所发生的费用由科室负责。

18、接收欠费参保单位参保职工住院时，先按医保手续办理，医疗费先全额自费，出院暂不结帐，待单位将医保基金交清后，再到医院办理出院结算手续。

19、对医保就诊患者，要严格按照物价标准收费，优惠收费项目和限价服务项目按医院文件规定计费，杜绝滥收费，对违纪收费、损害医院形象者按有关规定处理。凡因收费不规范导致医保中心不予支付的费用，由科室承担。

20、医院新开展的诊疗项目必须先报财务科和医保中心备案，核定报销比例后，方可纳入医保报销范围内。

21、下列费用医保不予支付：

- ①临床用药、检查、和治疗与疾病诊断、病程记录或病历记载不符的；
- ②不向医保中心提供病历和必需资料的；
- ③非医疗保险支付项目对应成支付项目，使用数量超标、超标准收费、重复收费的；
- ④病历中没有收存报告单的检查、检验项目的；
- ⑤严重违反医保协议规定的费用（医疗费用超标、药占比、检查占比、自费占比）。

医疗保险考核管理制度

为加强医疗保险管理工作，规范“医患保”三方行为，建立良好的制约机制，促进医疗服务质量提高，制定本制度。

凡有违反下列基本医疗保险管理制度规定行为之一的，除扣除已发生的费用外，视其情节轻重，予以通报批评，科室当月发生的违规医保费用从当月绩效工资中扣除。

1、对基本医疗保险工作配合不力，违规行为时有发生，影响职工基本医疗保险工作正常进行的；

2、违反医保管理规定，片面追求经济效益，降低入出院标准的；



3、不严格执行三个目录（基本医疗保险病种目录，药品目录、诊疗项目和服务设施范围目录），分解收费、乱收费，擅自提高收费标准，随意增加收费项目的；

4、违反基本医疗保险用药规定，开人情方、大处方，不按规定限量开药，分解处方，开过时或超前日期处方的；

5、违反基本医疗保险用药范围，把使用的非基本医疗保险用药或乙类药品目录转换为基本医疗保险用药的；

6、未认真落实三级查房制度，致使冒名就医，挂床住院，压床假出院，多次入院虚增住院人次和将非基本医疗保险基金支付医疗费列入基本医疗保险基金支付的；

7、不严格执行诊疗规范，不坚持“首院、首科、首诊”负责制的，以及推诿、选择病人、随意转诊、放宽入院指征的；

8、未经患者或患者家属签字，擅自使用“三目外和乙类”检查、治疗、药品耗材的；

9、利用工作之便，搭车开药，或与患者联手造假，将处方上治疗药品换成自费药品，保健品和生活用品，或捏造假住院病历，开假报销单据骗取医保基金的；

10、违反基本医疗保险管理制度和规定，造成国家损失的其它行为。

四、财务科每月按照《医保综合目标管理评分细则和考核办法》考核，评分结果纳入院方质控。对于医保部门审核存在违规医疗费用如实兑现到科室。

医疗保险转诊转院制度

一、门诊原则上不办理转诊转院手续。

二、转诊转院必须符合：

- 1、本院无法确诊的疾病；
- 2、本院无条件治疗的疾病；
- 3、危、重、急病人须转院抢救的。

三、转诊转院遵循就近、逐级原则，不得越级转诊转院，转诊率必须控制在5%以内。

四、转诊转院由经治医师提出申请，科主任审核，报分管院长签字审批，然后到医保办盖章备案。

五、实行转诊转院手续时效制度。即一般病人须在转出本院当天办理有关手续；危、重、急病人可先行转诊转院但必须在三日内将手续办妥。超期限或自己要求转诊转院或自行转诊补办转诊转院的不得办理转诊转院手续。

六、医保主管部门规定可转诊的医疗机构

- 1、市直医保：湖北省三级甲等医院、武汉市三级甲等医院；
- 2、区医保：市中心医院、湖北省三级甲等医院、武汉市三级甲等医院。



财务管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为加强医院财务管理和监督，规范医院财务行为，提高资金使用效益，根据国家有关法律法规、《医院财务制度》（财社【2010】306号）《湖北科技学院财务管理暂行办法》（湖科发【2016】13号）以及国家关于深化医药卫生体制改革的相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 医院财务管理的基本原则：执行国家有关法律、法规和财务规章制度，坚持厉行节约、勤俭办事业的方针，正确处理社会效益和经济效益的关系，正确处理国家、医院和个人之间的利益关系，保持医院的公益性。

第三条 医院财务管理的主要任务：科学合理编制预算，真实反映财务状况；依法组织收入，努力节约支出；健全财务管理制度，完善内部控制机制；加强经济管理，实行成本核算，强化成本控制，实施绩效考评，提高资金使用效益；加强国有资产管理，合理配置和有效利用国有资产，维护国有产权益；加强经济活动的财务控制和监督，防范财务风险。

第二章 财务管理体制

第四条 医院实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制。医院财务接受学校财务管理和监督。

第五条 医院财务工作实行院长负责制。院长对医院财务管理工作负主要领导责任，分管财务领导或总会计师协助院长管理医院财务工作，对医院财务管理工作负重要领导责任。

第六条 医院财务科是医院的财务机构，在院长和分管财务领导或总会计师的直接领导下，统一管理医院财务工作，财务科科长、经费使用单位审签人和经办人员对财务管理工作负直接责任。

第七条 财务科岗位分为：科长、副科长、主管会计、出纳、财产物资核算、收入核算、成本费用核算、往来结算、药品卫生材料核算、住院结算、门诊收费、医保管理、物价管理、稽核等。岗位的设置，根据业务量繁简情况，本着分工明确、密切合作的原则来确定。可以1岗1人，1岗多人或1人多岗，但出纳人员不得兼管收入、费用、债权、债务管理、稽核、账簿登记及会计档案管理工作。

第八条 财务科职责：

（一）加强财务管理。贯彻国家财经制度、政策和法规，制定医院财务管理制度，



建立健全内部控制制度。

(二) 加强预算管理。负责医院年度财务预算的编制，预算执行的分析及年终决算工作，负责对各科室预算编制进行业务指导。

(三) 负责医院的日常会计核算。按照规定设置会计科目，建立账簿；严格审核原始凭证，杜绝不合理开支；准确核算成本费用。每月10号前，及时、准确、完整提交会计报表，每季提供财务分析给领导决策提供参考。

(四) 加强物价管理，负责全院各项收费标准的制定、申报、监督和检查，并自觉接受物价、审计等部门的检查与指导。

(五) 加强收费管理。负责全院门诊与住院收费、出入院结账、医保结算及各种收费票据的管理工作，确保资金安全。

(六) 负责纳税申报、缴纳职工五险一金等工作。

(七) 负责债权、债务的清理，负责往来款催收。

(八) 参加经济活动的调研、论证和重大经济合同的审签工作。

(九) 参与国有资产管理。协助资产管理部门加强资产管理，防止国有资产流失。

(十) 负责财务人员业务培训和继续教育工作。

(十一) 领导安排的其他工作。

第九条 医院按《会计法》规定配齐专职财会人员。财务科长任免报学校组织人事部门备案；财会人员应当具备与其工作岗位相适应的资质和能力。

第三章 预决算管理

第十条 医院是自收自支公益性事业预算单位。医院按照国家有关规定，根据事业发展目标和计划科学编制年度预算。预算由收入预算和支出预算组成，医院所有收支全部纳入预算管理。

第十一条 医院实行“核定收支、以收抵支、奖惩分明、结余按规定使用”的预算管理办法。

第十二条 编制收支预算必须坚持“以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点”的原则，不得编制赤字预算。

第十三条 医院是预算编制和执行的主体，财务科对预算编制的真实性、准确性、完整性和预算执行的结果负责。各预算科室对本科室预算编制的真实性、准确性、完整性和预算执行的结果负责。

第十四条 预算编制原则

(一) 医院根据国家的有关方针、政策，按照学校下达的事业计划指标、任务，本着收支平衡的原则，编制医院预算。

(二) 医院在编制预算时，收入预算要参考上年预算执行情况和对预算年度的预测



编制。支出预算要量入为出，要正确处理好需要与可能的关系，分轻重缓急，把有限的资金安排到最需要的地方。

（三）坚持勤俭办事业的原则，开源节流，增收节支，挖掘内部潜力，努力提高资金使用效果。

第十五条 预算编制程序

（一）医院预算的编制，要采取领导、财务科、各科室相结合的办法。一般先由各科室根据年度事业计划、工作任务，编制本部门年度预算，财务科负责审核、汇总全院年度预算，拟定预算文本，由分管财务领导或总会计师审查后，报经院党政联席会议讨论通过。

（二）严格执行预算，严禁无预算、超预算支出。预算执行中，一般不进行预算调整，特殊情况确需调整的，由预算执行部门提出书面申请及佐证材料，财务科在认真核算的基础上，及时提出调整预算和财务收支计划的意见，由分管财务领导或总会计师审查后，按“三重一大”原则审批调整。

（三）医院预算编制科目，按医院会计制度规定的收、支科目执行。对于大型修缮和购置科目，附列明细项目表，并简要说明理由。

第十六条 医院收入预算的编制

收入预算的编制，应参考上年度实际收入水平，结合预算年度医院事业发展和工作任务计划，以及医疗收费标准等因素确定。

第十七条 医院支出预算的编制

支出预算本着既要保证医疗业务活动需要，又要合理节约的原则，根据预算年度事业发展计划、工作任务、人员编制、有关开支标准和物资供应计划及价格变化因素等情况计算编制。

第十八条 专用基金收支预算的编制。医院的专用基金包括职工福利基金、医疗风险基金等。应根据有关规定，按提取的比例、额度及专项用途编制预算。

第十九条 物资供应计划。根据医疗业务正常开展的需要，本着勤俭节约的原则，由医院各职能科室按照预算控制指标，合理安排采购计划，编制分期资金使用计划，交由财务科审核安排支出预算。

第二十条 医院年度决算的编制。按下列要求，真实、准确、完整、及时地编报年度决算：

（一）认真总结医院预算安排及执行情况，财务管理及资金使用效果等方面的经验教训，并系统的整理、分析财会基础资料。

（二）编报决算，必须做好以下基础工作

1、年度终了，做好同开户银行的对账工作，并主动同主管部门核对各项拨款数额，做到不重不漏。



2、认真做好财产物资清查工作，对固定资产、低值易耗品、库存药品、卫生材料、其他材料以及专项物资进行盘点，做到账实相符；及时清理各种往来款项；按权责发生制的原则，做好决算前有关账务核算、调整工作；对库存现金要进行清查、核对，确保账款相符。

3、编报的年度决算，必须分清资金渠道，做到报表齐全，内容完整、准确，账表相符，表表相符，并附有详细的决算说明。

4、年度决算由财务科长、分管财务领导或总会计师、院长签章后及时报学校。

第二十一条 年终结余计算及分配。医院年终结余包括业务收支结余和专项收支结余。业务收支结余分配按医院会计制度规定转入专用基金，医院的专项收支结余，要结转下年度继续专项使用。

第四章 收入管理

第二十二条 收入是指医院开展医疗服务及其他活动依法取得的非偿还性资金。包括：医疗收入、财政补助收入、科教项目收入和其他收入。

（一）医疗收入，即医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门诊收入和住院收入。

1. 门诊收入是指为门诊病人提供医疗服务所取得的收入，包括挂号收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入、卫生材料收入、药品收入、其他门诊收入等。

2. 住院收入是指为住院病人提供医疗服务所取得的收入，包括床位收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入、护理收入、卫生材料收入、药品收入、其他住院收入等。

（二）财政补助收入，即从财政部门取得的用于基本建设和设备购置、药品零差价补贴、重点学科发展、承担政府指定公共卫生任务等的专项补助收入。

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

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

第二十三条 医疗收入在医疗服务发生时依据政府确定的付费方式和付费标准确认。

第二十四条 严格执行国家物价政策，建立健全各项收费管理制度。

门诊、住院收费必须按照有关规定使用财政部门统一监制的收费票据，并切实加强管理，严禁使用虚假票据。

医疗收入原则上当日发生当日入账，并及时结算。严禁隐瞒、截留、挤占和挪用。现金收入不得坐支。

第二十五条 为保障资金周转的需要，建立住院病人预交金制度。收取预交金时，应根据病人病情和治疗的需要确定收取额度。



第二十六条 加强病人医疗欠费管理和催收工作，经核实确实无法收回的自费病人医疗欠费，在核定的医疗欠费基金中核销。

第五章 支出管理

第二十七条 支出是指医院在开展医疗服务及其他活动过程中发生的资产、资金耗费和损失。

第二十八条 支出包括医疗支出、财政项目补助支出、科教项目支出、管理费用和其他支出。

（一）医疗支出，即医院在开展医疗服务及其辅助活动过程中发生的支出，包括人员经费、耗用的药品及卫生材料支出、计提的固定资产折旧、无形资产摊销、提取医疗风险基金和其他费用，不包括财政补助收入和科教项目收入形成的固定资产折旧和无形资产摊销。

其中，人员经费包括基本工资、绩效工资（津贴补贴、奖金）、社会保障缴费、住房公积金等。其他费用包括办公费、印刷费、水费、电费、邮电费、取暖费、物业管理费、差旅费、会议费、培训费等。

（二）财政项目补助支出，即医院利用财政补助收入安排的项目支出。实际发生额全部计入当期支出。其中，用于购建固定资产、无形资产等发生的支出，应同时计入净资产，按规定分期结转。

（三）科教项目支出，即医院利用科教项目收入开展科研、教学活动发生的支出。用于固定资产的购建、无形资产等发生的支出，应计入净资产，分期结转。

（四）管理费用，即医院行政及后勤管理部门为组织、管理医疗和科研、教学业务活动所发生的各项费用，包括医院行政及后勤管理部门发生的人员经费、耗用的材料成本、计提的固定资产折旧、无形资产费用，以及医院统一管理的离退休经费、坏账损失、印花税、房产税、车船使用税、利息支出和其他公用经费，不包括计入科教项目、基本建设项目支出的管理费用。

（五）其他支出，即医院上述项目以外的支出，包括出租固定资产的折旧及维修费、食堂支出、罚没支出、捐赠支出、财产物资盘亏和毁损损失、上交学校等支出。

基本建设项目支出按国家有关规定执行。

第二十九条 医院从财政部门、卫生部门或学校取得的有指定项目和用途的专项资金，专款专用、单独核算、并按规定向财政部门、卫生部门和学校报送专项资金使用情况；项目完成后，报送专项资金支出决算和绩效评价的书面报告，接受财政部门、卫生部门、学校及其他相关部门的检查、验收。

第三十条 支出严格执行国家有关财务规章制度规定的开支范围及开支标准；国家有关财务规章制度没有统一规定的，由医院规定。



第三十一条 建立健全内部支出管理制度，规范各项支出，保证各项支出规范、安全、有效。

第三十二条 严格控制人员经费。严格执行有关工资政策，不得超范围、超标准发放津补贴、资金和其他福利，建立和完善规范的绩效工资考核发放机制。

第三十三条 严格执行政府财政部门制定的差旅费、培训费、会议费、公务接待费等管理办法。

第三十四条 严格执行政府采购和国家关于药品采购的有关规定。

第三十五条 依法加强各类票据管理，保证票据来源合法、内容真实、使用正确，不得使用虚假票据，不得白条列支。

第六章 成本管理

第三十六条 成本管理是指医院通过成本核算和分析，提出成本控制措施，降低医疗成本的活动。

第三十七条 成本管理的目的是全面、真实、准确反映医院成本信息，强化成本意识，降低医疗成本，提高医院绩效，增强医院在医疗市场中的竞争力。

第三十八条 成本核算是指医院将其业务活动中所发生的各种耗费按照核算对象进行归集和分配，计算出总成本和单位成本的过程。

成本核算应遵循合法性、可靠性、相关性、分期核算、权责发生制、按实际成本计价、收支配比、一致性、重要性等原则。

第三十九条 成本核算以科室、诊次和床日为核算对象进行成本核算。科室成本核算是指将医院业务活动中所发生的各种耗费以科室为核算对象进行归集和分配，计算出科室成本的过程。

（一）科室成本的归集。通过健全的组织机构，按照规范的统计要求及报送程序，将支出直接或分配归属到耗用科室，形成各类科室的成本。成本按照计入方法分为直接成本和间接成本。

直接成本是指科室为开展医疗服务活动而发生的能够直接计入或采用一定方法计算后直接计入的各种支出。间接成本是指为开展医疗服务活动而发生的不能直接计入、需要按照一定原则和标准分配计入的各项支出。

（二）科室成本的分摊。各类科室成本应本着相关性、成本效益关系及重要性等原则，按照分项逐级分步结转的方法进行分摊，最终将所有成本转移到临床服务类科室。

先将行政后勤类科室的管理费用向临床服务类、医疗技术类和医疗辅助类科室分摊，分摊参数可采用人员比例、内部服务量、工作量等。

再将医疗辅助类科室成本向临床服务类和医疗技术类科室分摊，分摊参数可采用人员比例、内部服务量、工作量等。



最后将医疗技术类科室成本向临床服务类科室分摊，分摊参数可采用工作量、业务收入、收入、占用资产、面积等，分摊后形成门诊、住院临床服务类科室的成本。

第四十条 下列业务所发生的支出，不计入成本范围。

- (一) 不属于医院成本核算范围的其他核算主体及其经济活动所发生的支出。
- (二) 为购置和建造固定资产、购入无形资产和其他资产的资本性支出。
- (三) 对外投资的支出。
- (四) 各种罚款、赞助和捐赠支出。
- (五) 有经费来源的科研、教学等项目支出。
- (六) 在各类基金中列支的费用。
- (七) 国家规定的不得列入成本的其他支出。

第四十一条 根据成本核算结果，对照目标成本或标准成本，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。

第四十二条 建立健全成本定额管理制度、费用审核制度等，采取有效措施纠正、限制不必要的成本费用支出差异，控制成本费用支出。

第七章 收支结余管理

第四十三条 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 + 其他收入 - 其他支出

其中：医疗收支结余 = 医疗收入 - 医疗支出 - 管理费用

财政项目补助收支结转（余）= 财政项目支出补助收入 - 财政项目补助支出

科教项目收支结转（余）= 科教项目收入 - 科教项目支出

第四十四条 业务收支结余应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，转入事业基金；为负数的，应由事业基金弥补，不得进行其他分配，事业基金不足以弥补的，转入未弥补亏损。

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。

第八章 资产负债管理

第四十五条 资产是指医院占有或者使用的能以货币计量的经济资源，包括各种财产、债权和其他权利。医院按照国有资产信息化管理的要求，及时将资产信息录入资产管



理信息系统，实现国有资产动态管理。

医院的资产分为流动资产和非流动资产。

第四十六条 流动资产是指可以在一年以内（含一年）变现或者耗用的资产，包括库存现金、银行存款、应收票据、应收及预付账款、存货等。

建立健全流动资产的内部管理制度。

第四十七条 货币资金管理

医院的货币资金管理包括：银行（专项）存款管理、现金管理、周转金管理、往来款管理、专项资金管理。严格按照国家有关现金管理的规定收支现金，对库存现金及银行存款应当日清月结。

第四十八条 银行（专项）存款管理

（一）医院银行（专项）存款要严格遵守银行的有关制度，接受银行的监督。

（二）医院的银行（专项）存款管理要做好如下工作：

1、银行（专项）存款的收支要在取得凭证后立即入账，并每日结出余额。

2、财会人员要及时进行银行（专项）存款对账工作，定期编制银行（专项）存款调节表，并及时清理未达账项。

3、严格加强支票管理，不得签发空白、空头、远期支票，作废的支票要妥善保管和处理。

4、不许向外单位、个人转借账户，或代存、代领现金。

第四十九条 现金管理

（一）医院收入现金要当日存入银行，不许坐支。库存现金不得超过 5000 元，不得以白条抵现金。

（二）现金必须按规定的使用范围使用。凡超出现金支出限额的支出，必须通过银行划拨。

第五十条 往来款的管理

（一）对应收及预付款项要加强管理，定期分析、及时清理，不得长期挂账。

（二）对逾期尚未收回的应收及预付款项，及时组织催收。

（三）对确实无法收回的应收及预付款项，查明原因，分清责任，按照规定程序批准后核销。

（四）年度终了，可采用余额百分比法计提坏账准备。累计计提的坏账准备不超过年末应收医疗款和其他应收款科目余额的 2%-4%。

（五）对账龄超过三年，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。

第五十一条 专项资金管理

（一）专项资金是指由国家拨入的专项补助款、由医院内部形成的专用基金、以及



由其他方式取得的具有专门用途的资金。专项资金的管理应遵循“专户储存、专款专用”的原则。

(二) 以下各种专项资金的管理办法:

1、专项补助应按照来源规定的用途使用。

2、专用基金包括职工福利基金、医疗风险基金等,应专项提取,专款专用。提取比例按咸宁市标准执行。

(三) 专项拨入的医院教学、科研资金,要按照专款专用的原则使用,以保证这些工作的正常开展。

(四) 为促进医疗事业的发展,全院当积极吸收各种社会捐赠收入,并按规定用途合理使用,充分发挥资金使用社会效益。

第五十二条 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入价计价,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,年终必须进行盘点清查,保证账实相符。对于盘盈、盘亏、变质、毁损等情况,应当及时查明原因,根据管理权限报经批准后及时进行处理。

第五十三条 低值易耗品管理

低值易耗品实物管理采取“定量配置、以旧换新”等管理办法。物资管理部门要建立辅助明细账,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可采用五五摊销法。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。

第五十四条 药品管理

(一) 药品管理要遵循“定额管理、合理使用、加速周转、保证供应”的原则。

(二) 药品应根据医疗活动需要,实行计划采购、计划供应的办法。

(三) 药品购人和领用,必须健全出入库手续,药品应定期进行盘点。对盘盈、盘亏的药品要查明原因,按规定及时进行帐务处理。

(四) 医院的药品管理要按以下要求进行:

1、按照核定的药品周转金定额组织药品储备。合理划分药库和药房储备金额。

2、严格执行国家《药品管理法》和公费医疗管理的有关制度规定。

3、药品必须按规定实行“金额管理、重点统计、实耗实销”的管理办法。

(1) “金额管理”是按购进价进行金额核算,控制药品在医院流通的全过程。“重点统计”是指药房对各种毒、麻、剧、限及稀缺贵重药品的领退、销售、消耗、结存都必须按数量进行统计。“实耗实销”是指药房必须根据实际销售、消耗的药品按金额列报支出。

(2) 设置“药库药品”、“药房药品”两个总帐科目,药品管理部门设药品会计,



对药品的增减情况进行核算和监督。正确计算每日处方销售额并与收款核对。

第五十五条 卫生材料和其他材料要按照“计划采购、定量定额供应”的办法进行。防止盲目购进，造成积压、浪费。

第五十六条 非流动资产是指除流动资产以外的资产，包括固定资产、在建工程、无形资产、短期投资、长期投资、待处置资产损益等。

第五十七条 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。

固定资产分四类：房屋及建筑物、专用设备、一般设备、其他固定资产。图书参照固定资产管理办法，加强实物管理，不计提折旧。

第五十八条 固定资产按实际成本计量。

（一）外购的固定资产，按照实际支付的购买价款、相关税费、使固定资产达到预定可使用状态前所发生的可归属于该项资产的运输费、装卸费、安装费和专业人员服务费等相关支出作为成本。

（二）自行建造的固定资产，按照国家有关规定计算成本。

（三）融资租入的固定资产，按照租赁协议或者合同确定的价款、运输费、运输保险费、安装调试费等作为成本。

（四）无偿取得（如无偿调入或接受捐赠）的固定资产，其成本比照同类资产的市场价格或有关凭据注明的金额加上相关税费确定。

大型医疗设备等固定资产的购建和租赁，要符合区域卫生规划，经过科学论证，并按国家有关规定报经学校会同有关部门批准。

第五十九条 在建工程是指医院已经发生必要支出，但按规定尚未达到交付使用状态的建设工程。除按本制度执行外，还应按国家有关规定单独建账、单独核算，严格控制工程成本，做好工程概、预算管理，工程完工后尽快办理工程结算和竣工财务决算，并及时办理资产交付使用手续。

第六十条 原则上根据固定资产性质，在预计使用年限内，采用平均年限法计提折旧（固定资产折旧年限见附 1）。计提固定资产折旧不考虑残值。当月增加的固定资产，当月不提折旧，从下月起计提折旧；当月减少的固定资产，当月仍计提折旧，从下月起不提折旧；已提足折旧仍继续使用的固定资产，不再计提折旧。

第六十一条 为增加固定资产的使用效能或延长其使用寿命而发生的改建、扩建或大型修缮等后续支出，记入固定资产及其他相关资产；为维护固定资产的正常使用而发生的修理费等后续支出，计入当期支出。

第六十二条 设置专门的资产管理部门、指定人员对固定资产实施管理，并建立健



全各项管理制度。

建立健全三账一卡制度，即：财务科负责总账和一级明细分类账，固定资产管理部门负责二级明细分类账，使用部门负责建卡（台账）。

大型医疗设备实行责任制，指定专人管理，制定操作规程，建立设备技术档案和使用情况报告制度。

提高资产使用效率，建立资产共享、共用制度。

第六十三条 对固定资产定期进行实地盘点。对盘盈、盘亏的固定资产，及时查明原因，并根据规定的管理权限，报经批准后及时进行处理。

资产管理部门对固定资产采取电子信息化管理，定期与财务科核对，做到账账相符、账卡相符、账实相符。

第六十四条 出售、转让、报废固定资产或者发生固定资产毁损时，按照国有资产管理规定处理。

第六十五条 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、商业信誉、医院购入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。

购入的无形资产，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；商业信誉除合作外，不得作价入账。

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。转让无形资产按照国有资产管理规定处理。

第六十六条 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。

第六十七条 净资产是指医院资产减去负债后的余额。包括事业基金、专用基金、财政补助结转（余）、科教项目结转（余）、未弥补亏损。

（一）事业基金，即医院按规定用于事业发展的净资产。包括结余分配转入资金，事业基金按规定用于弥补亏损。加强对事业基金的管理，统筹安排，合理使用。

（二）专用基金，即按照规定设置、提取具有专门用途的净资产。主要包括职工福利基金、医疗风险基金等。

职工福利基金是指按业务收支结余的一定比例提取、专门用于职工集体福利设施、集体福利待遇的资金。

医疗风险基金是指从医疗支出中计提、专门用于支付医院购买医疗风险保险发生的支出或实际发生的医疗事故赔偿的资金。医院累计提取的医疗风险基金比例不超过当年医疗收入的1%—3%。加强对职工福利基金和医疗风险基金的管理，统筹安排，合理使用。



专用基金要专款专用，不得擅自改变用途。

(三) 财政补助结转，即医院历年滚存的有限定用途的财政补助结转资金，包括项目支出结转。

(四) 科教项目结转(余)，即医院尚未结项的科教项目累计取得科教项目收入减去累计发生支出后，留待以后按原用途继续使用的结转资金，以及医院已经结项但尚未解除限制的科研、教学项目结余资金。

(五) 未弥补亏损，即事业基金不足以弥补的亏损。

第六十八条 负债是指医院所承担的能以货币计量，需要以资产或劳务偿还的债务。医院的负债包括借入款项、应付及预收款项等。

加强负债管理，建立健全负债内部管理制度和财务风险控制机制。对不同性质的负债进行分类管理，及时清理结算。医院举借债务进行可行性论证，履行“三重一大”决策程序。

第九章 财务报告和财务监督

第六十九条 财务报告是指反映医院一定时期的财务状况和业务开展成果的总括性书面文件，包括资产负债表、收入支出总表、业务收入支出明细表、财政补助收支明细情况表、基本建设收入支出表以及财务情况说明书。

财务情况说明书主要说明医院的业务开展情况、预算执行情况、财务收支状况、成本控制情况、负债管理情况、资产变动及利用情况、基本建设情况、对本期或下期财务状况发生重大影响的事项、专项资金的使用情况以及其他需要说明的事项。

第七十条 按月度、季度、年度向院长或学校报送财务报告。年度财务报告应按规定经过注册会计师审计。

第七十一条 医院在办理年度决算前，对财产物资、债权、债务进行全面清查盘点，并编制盘存表，对盘盈、盘亏、报废、毁损等按本制度规定及时处理。

第七十二条 财务监督是根据国家有关法律、法规和财务规章制度，对医院的财务活动及相关经济活动所进行的监察和督促。

第七十三条 财务监督的主要内容包括：预算管理的监督、收入管理的监督、支出管理的监督、资产管理的监督和负债管理的监督等。

第七十四条 财务科履行财务监督职责。医院将逐步建立健全内部监督制度和经济责任制。

第七十五条 财务监督实行事前监督、事中监督、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，接受财政、审计和学校的监督。

第十章 附 则



第七十六条 医院举办非独立法人分支机构的收支是医院财务收支的一部分，纳入医院财务统一管理。

第七十八条 基本建设投资财务管理除按照本制度执行外，还执行国家基本建设投资方面的财务管理制度。

第七十九条 本办法自颁发之日起执行，原有关规定与本办法相抵触的一律以本办法为准。

第八十条 本办法由财务科负责解释。

附件 1

医院固定资产折旧年限表

设备分类名称	折旧年限	备注
一、房屋建筑物		
1. 业务用房		
钢结构	50 年	
钢筋混凝土结构	50 年	
砖混结构	30 年	
砖木结构	30 年	
2. 简易房	8 年	围墙、货场等
3. 其他建筑物	8 年	
二、专业设备		
1. 医用电子仪器	5 年	心、脑、肌电图、监护仪器、除颤器、起博器等
2. 光学仪器及窥镜	6 年	验光仪、裂隙灯、手术显微镜、内窥镜等
3. 医用超声仪器	6 年	超声诊断仪、超声手术刀、超声治疗机等
4. 激光仪器设备	5 年	激光诊断仪、激光治疗仪、激光手术设备等
5. 医用高频仪器设备	5 年	高频手术、微波、射频治疗设备等
6. 物理治疗及体疗设备	5 年	电疗、光疗、理疗、生物反馈仪等
7. 高压氧舱	6 年	



8. 中医仪器设备	5 年	脉相仪、舌色相仪、经络仪、穴位治疗机、电针治疗仪器
9. 医用磁共振设备	6 年	永磁型、常导型、超导型等
10. 医用 X 线设备	6 年	X 射线诊断、治疗设备、CT、造影机、数字减影机、X 光刀
11. 高能射线设备	8 年	医用加速器、放射治疗模拟机等
12. 医用核素设备	6 年	核素扫描仪、SPECT、钴 60 机、PET 等
13. 临床检验分析仪器	5 年	电泳仪、色谱仪、生化分析仪、血氧分析仪、蛋白测定仪、肌肝测定仪、酶标仪等
14. 体外循环设备	5 年	人工心肺机、透析机等
15. 手术急救设备	5 年	手术床、麻醉机、呼吸机、吸引器等
16. 口腔设备	6 年	牙钻、综合治疗台等
17. 病房护理设备	5 年	病床、推车、婴儿暖箱、通讯设备、供氧设备等
18. 消毒设备	6 年	各类消毒器、灭菌器等
19. 其他	5 年	以上未包括的医药专用设备
三、一般设备		
1. 家俱	5 年	
2. 运输工具	5 年	
3. 电子设备	3 年	
四、图书		
五、其他固定资产		



总务相关制度



消防安全管理规定

- 1、实行逐级防火责任制，做到层层抓，层层落实。
- 2、实行各部门岗位防火责任制，做到所有部位的消防工作，都要明确有人负责管理，各科室均要签订《消防安全责任书》，确定科室负责人为第一责任人，同时，确定一名“科室消防内保安全员”（名单另列）。
- 3、总务科负责医院消防管理、培训工作。设立消防档案，进行消防安全培训，开展火灾应急处置演练。
- 4、医院内要张贴各种消防标志，配备完备的消防器材与设施，做到有能力迅速扑灭初起火灾和有效地进行人员财产的疏散转移。
- 5、设立和健全各项消防安全制度，包括巡查、逐级防火检查，用火、用电安全管理，消防器材维护保养。
- 6、进行消防知识的普及，进行消防训练，做到经常化、制度化。所有职工要做到“三会”：会使用灭火器材灭火；会报火警；会组织人员疏散和逃生自救。
- 7、医院内禁止吸烟、动用明火，消防安全重点部位须设置明显的禁止烟火标志。
- 8、医院内消防器材、消防栓必须按消防管理部门指定的明显位置放置。
- 9、禁止私接电源插座、乱拉临时电线、私自拆修开关和更换灯管、灯泡、保险丝等。如需要，必须由总务科专业人员进行操作。
- 10、对于非 24 小时值守的部门和房间，要进行电源关闭检查，保证各种电器不带电过夜，各种该关闭的开关处于关闭状态。
- 11、各种电器设备、专用设备的运行和操作，必须按规定进行操作，实行上岗证作业。
- 12、医院的公共区域照明、室外霓虹灯、显示屏、广告灯严格实行定时开闭，以防温度过高引起火灾。
- 13、库房内货架物品存放要与照明灯、整流器、火警报警器、消防喷淋头、监视头保持一定间隔（消防规定垂直距离不少于 50cm）。
- 14、使用易燃易爆物品、药品时，要适量存放，便于通风，发现泄漏、挥发或溢出现象要立即采取措施控制。
- 15、医院内所有仓库的消防必须符合要求，包括照明、喷淋系统、消防器材的设施、通风、通道等设置。

消防控制中心值班制度

- 1、消防控制中心实行二十四小时双人值班制。
- 2、值班人员按时交接班，并做好值班记录。



- 3、值班人员值班期间严格遵守劳动纪律，做到不脱岗、不串岗、不干私活。
- 4、做好控制室及值班室范围内清洁卫生，保持内务整洁。
- 5、控制室内未经许可，严禁非值班人员进入，严禁烟火。

消防控制中心火警处置程序

（一）火灾自动报警系统发出的火灾报警信号处置程序

1、当消防控制室值班人员接到火灾自动报警系统发出的火灾报警信号时，立即通过通讯工具通知巡查人员或报警区域就近的值班人员迅速赶往现场实地查看。

2、查看人员确认火情后，要立即通过报警按钮、楼层电话或无线对讲系统向消防控制室反馈信息，组织本楼层医务人员引导本楼层人员疏散，实施灭火，并及时报告科主任。

3、消防控制室接到查看人员确认的火情报告后要立即启动火灾应急预案。立即拨打“119”电话报警；告知人员不要惊慌，在单位员工的引导下迅速安全疏散、撤离；立即启动梯前送风、梯间送风、排烟系统和消防水泵等设施。

4、接到消防控制室发出的火警指令后，要迅速按照职责分工，立即跑向火灾现场实施增援灭火。

（二）单位员工发现火情时的处置程序

1、当单位员工发现火情时，要立即通过报警按钮或楼层电话向消防控制室报警。同时做到：及时引导本楼层人员疏散；组织实施灭火；立即拨打“8102589 或 15307249956”电话报警。

2、消防控制室值班人员接到火情报告后，要按照第一条“火灾自动报警系统发出的火灾报警信号处置程序”的第3项、第4项规定实施。

消防安全重点要害部位管理制度

1、根据我院重点要害部位的性质和工作特点，明确财务科、收费室、配电房、发电机房、档案室、病案室、药品库、饮食服务中心、消防控制室、计算机房与信息科等为安全防范重点。

2、重点要害部位，应当制定相应的安全防范措施。严格执行安全生产管理制度，建立岗位安全责任制、安全操作规程、工作标准、应急预案。设备设施的操作和管理要严格执行安全操作规程。

3、建立设备设施管理档案，内容应包括：位置平面图、设备名称、在岗人员、安全负责人、安全设施、规章制度、操作程序、运行记录、检查维保记录、事故记录、安全预案等。



4、重点要害部位，必须设置明显的安全警示标志，现场不能存放与工作无关的物品。安全出口和疏散通道畅通，有指示标志，室内场所有应急照明，配有相适应的灭火器材。

5、重点要害部位严禁堆放可燃物品、存放易燃易爆物品（除特设库房外），不得存放与工作无关的物品。配备足够的消防器材，按照国家有关规定，采取必要的技防、物防等安全防护措施，要安装报警装置。

6、在重点要害部位工作的人员必须经过专业培训。

7、按照国家技术监督部门和设备设施使用的有关规定，对重点要害部位的设备设施要进行日常检查和维护保养，并做好记录。设备的绝缘表、压力表、安全阀等，必须定期送交有关单位进行校验，并取得合格证书。属于特种设备的按特种设备管理规定执行（定期年检、操作者持证上岗等）。

8、人防、物防、技防相结合，做好防火、防盗、防破坏、防失泄密、防侵扰、防中毒等各项安全防范工作。

9、经常开展安全检查活动，及时发现、排查、整改和消除各种不安全因素，确保重点要害部位的安全。

消防设施、器材管理制度

（一）消防设施日常使用、管理，由本科室指定专人负责，每日检查消防设施的使用状况，保持设施整洁、卫生、完好。发现故障通知消防维保单位维修。

（二）应定期对消防设施进行维修保养和检测，监控室应定期巡检消防设备的运行情况，发现异常及时维修，使设备保持完好状态。

（三）消防设施和消防设备由维保单位定期测试，并按规定出具报告：

- 1、烟、温感报警系统至少每年轮测一次。
- 2、消防水泵、喷淋水泵每月试开泵一次，检查其是否完整好用。
- 3、正压送风、防排烟系统每半年检测一次。
- 4、室内消火栓、喷淋泄水测试每季度一次。
- 5、其它消防设备的测试，根据不同情况决定测试。

（四）消防器材管理：

- 1、各科室区域内的消防器应指定专人管理，定期巡查，保证处于完好状态。
- 2、对消防器材应经常检查，发现丢失、损坏应立即报告并及时补充。
- 3、各科室的消防器材由本科室管理，并指定专人负责。



安全疏散设施管理制度

- 1、各科室应明确消防安全疏散设施的责任人。
- 2、保持疏散通道、安全出口畅通，严禁占用疏散通道，严禁在安全出口或疏散通道上安装栅栏等影响疏散的障碍物。
- 3、应按规定设置符合国家规定的消防安全疏散指示标志和应急照明设施。在各楼层明显位置应设置安全疏散指示图，指示图上应标明疏散路线、安全出口、人员所在位置和必要的文字说明。
- 4、应保持防火门、消防安全疏散指示标志、应急照明、机械排烟送风、火灾事故广播等设施处于正常状态，并定期组织检查、测试、维护和保养。
- 5、严禁安全出口上锁。
- 6、严禁将安全疏散指示标志关闭、遮挡或覆盖。
- 7、封闭楼梯间、防烟楼梯间的门应完好，门上应有正确启闭状态的标识，保证其正常使用。
- 8、需要经常保持开启状态的防火门，应保持其火灾时能自动关闭；自动和手动关闭的装置完好有效。
- 9、安全出口、疏散门不得设置门槛和其他影响疏散的障碍物，且在其 1.4m 范围内不应设置台阶。
- 10、平时需要控制人员出入，应有保证火灾时人员疏散畅通的可靠措施。
- 11、窗口、阳台等部位不应设置影响逃生和灭火救援的栅栏，如必须设置时，应从内部易于开启。

消防安全例会制度

- 1、消防安全例会应每季定期召开。会议主要的内容应以研究、部署、落实医院的消防安全工作计划和措施为主。如涉及消防安全的重大问题，应随时组织召开专题性会议。
- 2、消防安全例会应由院消防安全责任人主持，医院相关领导参加，并做好记录。
- 3、会议应听取消防安全管理人員的消防情况通报，研究分析医院消防安全形势，对有关重点、难点问题提出解决办法，布置消防安全下一阶段的工作。
- 4、涉及消防安全的重大问题召开的专题会议，形成的会议纪要，并提出针对性解决方案和具体落实措施。
- 5、医院如发生火灾事故，应召开专门会议，分析、查找事故原因，总结事故教训，制定整改措施，进一步落实消防安全管理责任，防止事故再次发生。



6、消防例会，消防专题会议及水灾事故分析会议设有专门记录本，做好记录并备案。

治安保卫工作制度

1、为弘扬正气，鼓励和支持本院职工同违法犯罪行为作斗争，动员全员积极参与社会管理综合治理工作，维护安定正常的医疗秩序，创建平安、和谐医院，制定本制度。

2、对内部保卫工作成绩突出的科室和个人及勇于同违法犯罪行为作斗争，勇于维护国家和集体利益、见义勇为的先进个人，给予表彰和奖励。

3、对不重视治安保卫工作，制度不健全防范不得力，导致发生盗窃、破坏和治安灾害事故或刑事治安案件，及因教育管理不力，本科室违法违纪情况严重，医院应对有关责任人进行处理。

4、在医院内扰乱公共秩序，妨碍公共安全，侵犯公民人身权利和公私财物，构成违反治安管理的，及时报告公安机关依照治安管理处罚法予以处罚，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

5、违反医院规章制度，但未构成违反治安管理行为或犯罪的，应根据医院内规章予以行政处理。

6、保安人员在执行任务中，应遵守国家法律、法规和规章及医院内的有关规定。对违反国家法律、法规、规章及医院有关制度的，不依法履行职责，或自身实施违法乱纪行为的，依法追究相应的责任。

医院视频监控管理制度

1、监控室工作人员必须保持高度警惕及高度责任心，密切注意各部位情况，增强安全观念，善于发现问题，认真做好值班记录。

2、值班人员 24 小时负责监视电视、消防报警信号，发现问题及时处理并向有关领导或部门报告。每日（上班时间 10:00——10:30）对视频监控系统）巡检一次（将主机重启）。

3、值班人员要严格执行交接班制度，交接班时应将机器设备的使用情况，有无可疑情况要交接记录清楚。

4、值班人员在值班时对所观察到的非正常情况，可疑人物，应进行详细记录，并视情况向有关领导或部门报告，并采取必要的措施。

5、值班人员要对视频监控图像内所发生的事故及其他紧急情况记录。

6、非监控室人员不准进入，任何人不准在监控中心会客聊天。监控室值班人员不能同时离开监控室。



7、实行监控视频、监控图像使用登记制度，对图像信息的调取人员、调取时间、调取用途等事项进行登记。

8、视频监控图像不得擅自删改，故意隐匿、毁弃留存期限内视频监控图像信息的原始记录；不得买卖散发、非法使用视频图像信息资料。

物资采购制度

1. 采购员必须充分掌握市场信息，收集市场物资情况，预测市场供应变化，为医院物资采购提出合理化建议。

2. 严把质量关，认真检查物资质量，力求价格低廉，供货及时。

3. 采购物资应有计划，避免盲目采购造成积压浪费。

4. 严格按采购计划办事，执行预算，遵守财经纪律。

5. 外加工订货，要对生产厂家及物资的性能、规格、型号等进行考察，将结果与使用单位协商，择优订货。

6. 签订合同，必须注明供货品种、规格、质量、价格、交货时间、货款交付方式、供货方式、违约经济责任等；否则，造成的损失由采购人员负责。

7. 及时与库房联系，做到购货迅速，减少运输中转环节，降低库存量。

物资验收制度

1. 凡购进一切公用物资，必须经库房办理验收入库手续，方可记帐、领用。

2. 库房验收时，对数量、质量、规格等应认真检查，并做到发票与实物相符，否则，不予入库。

3. 各科室未办申购、审批手续而擅自采购的物品，一律不得验收入库。

4. 验收新购物品不得与私人物品调换，或以领购单作验收、入库。

仓库物资管理制度

1. 认真贯彻执行国家的经济政策和各项规章制度，遵守财经纪律，任何人不能以权谋私，假公济私，损害国家集体利益。

2. 加强计划管理，通过会计核算及时正确地反映计划执行情况。每月报计划，由领导批准，方可采购。库存物资定额不得超过 20-25 万元，保证全院供应工作，防止积压。

3. 一切物资入库时，必须及时办理验收入库手续。入库前，必须检验数量、质量、规格、型号，合格方可入库。入库的物资设备，说明书资料不齐全或质量、数量、规格不符时，



不得入库，由采购人员负责与供货单位联系处理。

4. 仓库管理要做到三清，两齐，四号定位和九不，即①三清：规格清、材质清、数量清；②两齐：库容整齐、摆放整齐；③三定位：按物资或设备的库号、架号、位号存放；④九不：不锈、不潮、不冻、不腐、不霉、不变质、不坏、不漏、不爆。

5. 定期编制仓库与设备物资库存情况报表，月、季报仓库和帐、卡。一切报表应符合规定，帐物相符，并按国家规定的产品目录顺序做好台帐。报表要准确，并与财务相符。

6. 物资发放须按计划执行，并且有一定批准手续，不符合手续的不得发放，并保存好原始凭证。

7. 各科室使用的一切物资要专人领取和专人管理，严格物资领用制度，物资出入要有一定手续，建立台帐，做到合理使用，杜绝浪费。

8. 及时掌握市场信息，根据医院临床、维修等方面的需要保质、保量、齐全配套、经济合理、保障供应的原则，做好预测和采购的决策。

9. 采购工作必须做到坚持原则，掌握标准，执行原则，执行制度，严格财经纪律，不允许有损公肥私的现象存在，做到无计划不采购，质量规格不明不采购，价格不合理不采购。采购物资做到及时、准确、质量高。

10. 库存物资必须按国家规定合理损耗。低值易耗物、仓库报废物资必须每月或每季度一报。经财务、审计等部门查看、审核报分管院长审批后报废，由财务处理帐务。如有损耗，查明原因写出报告，经院长审批后做帐务处理。

11. 严格执行仓库岗位责任制，无关人员不准进入库内，库房内禁止烟火。因工作玩忽职守造成物质损坏、仓库被盗者，视情节轻重给予严肃处理。

12. 物资出入库必须点数、过称、做到帐、卡、物相符。物资不得出现损坏、变质、短缺等现象。

领物制度

1. 到库房领取各种物资一律凭物资供应“领物单”，否则一律不受理。
2. 器具、器皿按标准配备后一般不能增加，因报损减少的，经总务科科长批准，方可补发。
3. 领取相对固定的物品，如盆、暖瓶、各种工具等，交旧发新。
4. 每周一、三、五为领物时间（特殊情况例外）。
5. 库房应坚持物资下送制度。
6. 科室领用的物品质量、规格不合格者，可在当天内到库房退换。



水、电、气使用管理规定

为保障医院各科室正常合理使用水、电、气，节能降耗，经院长办公会讨论、决定对水、电、气的使用管理作如下规定：

1. 医院水电气管理由总务科负责。各科主任、科长以及护士长为用水、用电、用气管理的第一责任人，各科应安排专人负责各自责任区及每层楼的用水、用电、用气的管理，严禁常流水、长明灯。各科室相关零星电器设备、电脑等，在人员离岗必须关闭电源。

2. 用水、用电、用气实行计量管理，据实收费。医疗、生产用水、用电、用气，纳入科室综合目标责任管理范围，总务科指定专人每月按时核查水、电表，报财务科纳入绩效核算。职工宿舍（包括单身职工宿舍）水电实行社会化管理。工程队在院内施工必须安装水、电表；医院各承包点用水、用电、用气由相应管理部门单独核算，按实际用量收费。

3. 任何科室或个人不得擅自更换改动公共水电设施，如水电表、管道、线路等。确属需要者，应书面报告，经审批后由总务科安装和维修，否则，由此引起的后果由当事人负全部责任，医院将根据情节轻重予以处理。

4. 门岗要配合医院管理，严禁院外人员来院内取水、接电等。

5. 管理部门不定期对全院的水、电、气的使用情况进行巡查，认真做好记录，及时和相关科室的责任人通报检查结果，对违反本规定者，严肃查处。

6. 总务科应定时定期对全院的各种管网进行巡查，保障全院安全用水、用气；各科对开水房应严格管理，按照医院规定使用开水；病区洗浴只为患者和值班医务人员开放，严禁无关人员进入病区洗浴。

7. 总务科应对全院的电网定期巡查，保障全院的安全用电。公用部分用电如路灯、广告灯、各种彩灯经医院统一安排，按医院规定时间开放和关闭（路灯夏季晚上 8.00~凌晨 5.30，冬季晚上 6.00~凌晨 7.00，广告灯彩灯等根据医院要求开放），病区各种标志指示灯除外。

8. 医院按规定时间供应开水。中央空调、门诊空调、全院各科室零星空调，必须按照规定温度开放：夏天室内温度高于 30℃，冬天室内温度低于 9℃；中午 12:00-14:00，下午 5:00 到次日 8:00 除中央空调和需要 24 小时值班的部门和科室外，零星空调不得开启；中央空调应根据气温的变化调节使用。

9. 在用水、用电、用气方面节约的科室及个人，医院将按有关规定给予相应的奖励。



电工房工作制度

1. 负责全院卫生医疗、生活、用电线路、照明设施的维修、小型安装工程、保持正常运转。
2. 电工必须具备电学的基本知识，持有证书，熟练掌握《电业安全工作规程》，对医院、宿舍各主要线路，设施应基本掌握，有计划地定期修缮及保养，保障线路通畅。
3. 配电室值班电工负责高压电的监控，及时发现问题，保证安全供电，兼管电工房维修、安装任务的分配，解决供电中的疑难问题。对供电中的问题，及时向总务科报告，必要时由总务科向上级供电部门联系。
4. 实行 24 小时值班制，有急需维修任务，值班人员应随叫随到，保证用电安全及用电设备的正常运转。若遇疑难问题，应及时上报有关领导组织抢修。遇到抢修任务，应加班加点保障供电。
5. 电工人员要经常到各科室巡视（每周不少于一次）维护线路通畅，检查安全用电情况，对于违章用电予以坚决制止。发现盗电没收盗电用器，并上报领导，办理罚款手续。对发现者给予奖励。
6. 严格领料手续，坚持凭耗料单领料制度，厉行节约，做到物尽其用，节约开支。
7. 不经批准，不准为私人安装电器。对擅自滥用电量造成浪费损失者，应追究责任，严肃处理，由当事者承担一切经济损失。

双电源管理制度

1. 认真遵守《电业安全工程规程》，在市用电管理部门的领导下开展工作。
2. 每班对双电源联锁设施进行一次检查，并认真做好记录备查。
3. 加强对运行设备的维护管理，发现缺陷及时报告，及时整改。
4. 服从电业部门的统一调度，指定具有一定工作经验的专人担任例行检修和管理工作，经考试合格的上岗人员，应相对稳定。
5. 任何电器工作人员均应遵章守纪，履行职责，发现有违反电器安全的行为应予以制止。
6. 定期学习《电业安全工作规程》。



维修工作制度

1. 负责全院机械设备、水暖、五金设备、建筑性设施的维修、安装任务。
2. 维修人员应熟练掌握基本操作技术，严守操作规程，保证安全生产。
3. 了解和掌握医院、宿舍等各种主要管道，线路和有关设施运行情况。主要管道设施应有计划定期修缮，加强保养管理，做到不漏水、不漏气。
4. 严格值班制度，坚守岗位，随叫随到，接到维修通知，应及时赶赴现场进行维修。遇有抢修或急需，应加班加点及时完成。
5. 严格领料手续，坚持凭耗料单领料制度，厉行节约，做到物尽其用，节约开支。
6. 不经批准，不准为私人安装水、暖设施。对擅自滥用管道器材配件造成浪费损失者，应追究责任，严肃处理，由当事者承担一切经济损失。
7. 爱护工具设备，妥善保管，坚持记帐制度，如有丢失按价赔偿，更新工具交旧发新。

卫生工作制度

1. 把爱国卫生运动列入医院工作的议事日程。成立爱国卫生运动委员会或小组，每年至少开会四次。
2. 宣传“除四害、讲卫生”知识，教育群众养成卫生习惯，树立以卫生为光荣，不卫生为耻辱的社会风尚。医院理应成为“除四害、讲卫生”的合格单位。
3. 要认真搞好室内环境和个人卫生，切实贯彻饮食卫生“五、四”制，认真执行隔离消毒制度，搞好污水、污物、垃圾处理，防止污染和交叉感染。
4. 坚持突击与经常相结合，建立每日清扫和每周大清扫的卫生制度，节假日大搞突击卫生运动。
5. 认真抓好卫生检查、竞赛、评比，定期公布检查结果。
6. 有计划地植草、种树，美化环境。
7. 认真做好环境保护工作，按国家规定，对“三废”（废水、废气、废渣）进行无害化处理。

环境卫生管理制度

1. 环境卫生（除包洁区外）由总务科指定专人管理、清扫。主要道路及院落日扫2次，保持院区内无垃圾、纸屑、粪便积水。
2. 清洁工人每天提前2小时打扫环境卫生，做到上班前打扫、清除垃圾完毕。



院容院貌管理规定

1. 医院院容院貌在院长的领导下，实行院容院貌规范化管理。
2. 各病区、护士站陈设由护理部统一设计管理；门急诊部陈设由门诊办公室统一设计管理；全院标识、各科宣传栏由总务科统一设计管理。
3. 加强科容规范化管理，严禁任意设置和张贴任何标牌、标签和障碍物。
4. 院内保洁及林木花卉、草坪、绿化设施等由总务科统一管理。
5. 门诊广场车辆停放有序，由总务负责安全保卫的人员疏通和管理，保证急救绿色通道畅通无阻。
6. 病区内严禁高声喧哗、嬉戏打闹和开放音响电器，影响患者休息。
7. 严禁损坏医院公物和医疗设备，违者照价赔偿；情节、态度恶劣者，送相关部门处理。

关于保护院内绿化的规定

为了更好地美化医院环境，制订本规定：

1. 爱护花木，人人有责，全院职工要形成自觉保护区绿化良好风气，教育家属与子女爱护一草一木一花一果，自觉劝阻和制止任何有损医院绿化的事件。
2. 严禁攀折树木，若有违反，罚款 10-50 元。
3. 严禁私自采摘花果，若发现采摘一花一果者，罚款 10-50 元，不服从管理者加倍罚款。
4. 凡损毁树木、草坪、盆花者除照价赔偿外，罚款 10-50 元。后果严重者加重处理。
5. 职工家属及其子女违反了上述规定者，一律按本规定条款执行。
6. 本规定由总务科监督、检查。对违反规定者开具罚款通知单交财务经管科，直接从违反规定者工资中扣除。
7. 对于保护院内绿化做出显著成绩的职工，医院将给予不同形式的表彰。

洗衣房工作制度

1. 洗衣房负责医院各种被、服、巾、单、回收纱布的洗涤、消毒、制作、修补、干燥、烫平等工作，保证医疗、护理工作的需要。
2. 保持工作间的清洁卫生，坚持班前清整、周末大扫除制度。
3. 严格洗涤原料的领取手续，计件发料，节约用料、用水、用电、用气。
4. 收回的污染被服，要及时分类消毒、洗涤、干燥、烫平、折叠分类放置，做好供应工作。凡发现破损被服，应修补后再发放，做到发放的被服无破、漏和不洁。



5. 坚持下收下送制度，收发被服当面点清，随时办理收发单据，防止差错，被服供应要充足，对科室不开欠条。

6. 严格操作规程和分类洗涤制度，防止交叉感染。做到隔离衣与病人被服分开，妇、儿科与其它科病人被服分开，有色与无色被服分开，棉化纤分开。

7. 加强洗涤机械的维修保养，责任到人，机械操作人员应熟练掌握设备性能，不准超负荷运转或空转。机器发生故障应及时报告有关人员进行维修处理，一般人员不得随意修理，严防事故发生。

8. 负责全院旧被服的修补工作，不能修补的旧品及时办理报废手续。

9. 不准私人洗涤、修补、制作被服。

污水处理管理制度

1. 为防治水污染，保护和改善环境，以保障人民身体健康，制订本制度。

2. 全院必须执行中华人民共和国传染病防治法和国家关于医院污水排放标准，对医院产生的污水进行无害化处理，必须建有必要的处理设施。

3. 医院污水处理必须有规范管理措施，使医院污水真正符合国家排放标准。

4. 医院污水管理站应设专人管理，明确职责。

5. 当班人员要坚守岗位，定时巡查设备运转情况，不得擅自离岗。

6. 认真执行操作规程，有故障应及时努力排除，严禁违章操作，重大事故应立即报告有关领导。

7. 认真按规定做好污水处理的检测工作，一般总余氯量由操作人员当班时检测，微生物指标应取样后送医院实验室检测，每月二次。

8. 认真填好运行记录，如实记录设备运行状况及余氯 PH 值等标本的检测结果，每月底送报表给医院公卫办和市疾控中心备案。

9. 污水未经消毒不准任意排放。

外包业务管理制度

一、为加强和规范总务科外包项目承包商管理，规范和完善总务科外包项目管理，制定本制度。

二、适用范围：总务科对职能范围内的外包业务服务承包单位实行统一考核监管（医院保洁、门岗管理、花卉租摆等工作）。

三、本制度主要内容包括：基本原则、科室考核义务，考核工作流程。

四、基本原则



1、各承包商严格遵照合同内容执行，依照法律法规、规章及标准规定，履行合同义务，承担相应安全生产责任。总务科对其工作进行监督考核管理。

2、外包业务单位如遇到问题需要与其它科室联系，及时与医院职能管理部门沟通，协商相关事宜。

3、一旦发现外包业务单位未按规定执行合同内容，总务科一般情况可提出警告，限期改正，如有严重违约可汇报分管领导后，由医院办公会决定是否重新招标更换承包商。

五、考核

1、总务科为外包业务主管部门，负责其外包项目管理制度的贯彻与调整，负责外包项目日常的监督、考核与管理。

2、医院审计部门负责外包业务的审计工作。

3、如外包业务单位未按合同规定进行业务开展，医院职能管理部门未及时发现情况，出现问题要由外包业务单位负主要责任，医院根据情况，酌情对职能管理部门及相关人员按照医院相应规章制度进行处理。

六、考核工作流程与考核内容

1、外包业务单位具备相应资质证明，确保其业务人员的专业技术水平。

2、外包业务过程中，总务科负责安排专门人员根据相应的合同条款，对外包业务单位的工作进行日常监督考核工作。

3、外包业务单位严格按照合同，并遵守相应法律、法规及相关业务标准进行作业。

4、考核管理人如发现外包单位有违反相关法律、法规和医院规章制度等的行为，或是未按照合同执行等情况，应当立即汇报科室负责人，要求外包业务单位立即整改；情节严重的，要将情况汇报分管领导，并要求外包单位停止业务或者终止外包合同。

5、外包业务单位在开展业务时对医院设施或是财产造成损坏的，应照价赔偿，并进行相应的罚款。造成重大经济或名誉损失的，除赔偿外还要追究相应法律责任。

治安保卫应急预案

1. 医院平时要定期召开职工大会，对安全提出要求，邀请公安部门讲法制课，增强职工的法律意识。发挥中层干部的作用，深入细致地开展工作，发现医患之间的矛盾及时处理。

2. 医院大门设立门岗，实行专人管理，车辆凭登记卡或就诊单按规定出入大门。严格执行来访登记制度，防止社会闲散人员进入医院滋事。

3. 院内发生斗殴和群体上访事件时，所在科室或发现的干部都要立即报告有关责任人。有关责任人要迅速到达现场制止，并及时通知派出所。无法制止的，有关责任人要立即拨打 110 报案。



4. 发现医闹等进入医院捣乱或寻衅时，获得事件信息的任何人都要在第一时间向有关责任人或单位领导报告，并同时打 110 报警。

5. 有关责任人或任何现场工作人员立即组织现场人员，不惜一切代价建立警戒线，防止事态扩大。

6. 有关责任人要利用通讯网络和一切有利条件，迅速集结优势力量，携带防卫器械，与滋事人员周旋，劝阻与制止犯罪行为，为警方援助赢得时间。在有利条件下设法制服他们。

7. 若斗殴者手中有器械，应首先收缴所有斗殴器械。对有流氓恶势力嫌疑的院外人员，应交警方处理。

8. 要视事态发展，必要时有关责任人要及时果断地组织就诊病人和家属疏散，引导所有他们撤离至安全区域。并及时向公安、消防、救护、社区有关部门、单位求援，争取外援迅速赶到事件现场。

9. 组织人员实施事件现场警戒，阻止无关人员进入医院，维护现场秩序，防范别有用心的人肇事，引导外部救援人员进入事件现场。及时送受伤人员到相关临床科室治疗。医院无能力救治的，及时送上级医院或拨打 120。

10. 事件发生后，医院应当立即向上级部门报告。并要对事件的院内外各种因素综合分析，防范事件的发展或二次伤害。

突发治安事件应急预案

一、突发治安事件应急组织及职责：

1、治安事件应急处理现场指挥部：

医院突发治安事件后，立即设立现场指挥部，成立应急处理领导小组。

组 长：黎群武

常务副组长：余后火

副 组 长：刘祖松 余开湖 陈克全 梅武轩 查文良

雷振宇 赵大运 张 文

在应急处理领导小组的统一领导下，组织、协调突发治安事件应急处理的各项措施，以控制事态发展。

2、下设办公室：

主 任：王天龙

副主任：黎练军 葛 松

成 员：全体后勤与保安人员

负责维护现场的安全秩序，保护事件现场，为开展事故调查提供相关情况，收集事件现场第一手资料。负责现场指挥和工作联络以及向公安机关报警工作。



二、应急程序：

- 1、突发治安事件应急处理领导小组接到报告后，启动突发治安事件应急预案。
- 2、突发治安事件应急处理领导小组办公室按职责展开应急处理工作。
- 3、领导小组立即将突发治安事件情况分别上报湖北科技学院、市卫生健康委员会和公安派出所等相关部门。
- 4、医院安保人员到达现场后，应积极维护现场秩序，阻止事态继续扩大，保护医护人员及工作人员人身安全；同时保护现场，等待接受事件调查。未经指挥部的允许，任何人不得擅自清理现场。
- 5、如治安事件未得到有效控制，指挥部应立即报警，请公安机关协助处理。

医院应急后勤保障预案

- 1、加强应急的组织领导，健全各级应急体系。医院各部门应该有备无患、居安思危、未雨绸缪，预先制订针对各类突发性事件的应急方案，以备不时之需。
- 2、健全各类应急机构，最大限度地发挥各方面力量，调集所有资源积极应对。平时要组建好应急指挥部（组）和各类应急组织、机构。制订包括人员调集、物资供应、联络转运等一整套应急预案，做到分工明确、职责落实、反应灵敏。
- 3、预案必须系统地反映在不同情况下的指挥程序和内容，主要包括指令的顺序、要求、人员和装备的数量及编组，指挥员分工及指挥位置等，后勤保障工作必须在统一指挥下协调进行。
- 4、建立应急通讯网络。所有参与应急预案的人员应该保持即时联络，才能做到召之即来，迅速启动。各级指挥员与上级和下级人员之间要有便捷迅速的联系方式和通讯工具，并保持联系畅通。
- 5、信息互通是突发事件应急反应体系中至关重要的部分，没有良好的信息互通就不可能有良好的各个部门的联手反应。
- 6、制订三级应急预案：一级事件启动“红色预案”（本次事件涉及30人以上）。二级事件启动“橙色预案”（本次事件涉及10~30人）。三级事件启动“黄色预案”（本次事件涉及10人以下）。
- 7、要完善应急设施，保证用具到位。要结合现有装备，整合分散的资源，锻炼提高应急能力，瞬间投入一线，参与应急工作。
- 8、加强应急的物质储备，保证应急后勤支援。制订应急物资储备计划。
- 9、应急物资包括医疗设备、急救器材、药品血源、救护车辆、防护设施、生活物品、通信设备等。应急物资的储备应当包括这些应急物资的种类、数量、存放地点、责任人等。
- 10、应急物资要处于良好的待用状态。



11、应急物资应指派专人定期检查、试用、维护、管理，药品要防潮、防过期、防变质。

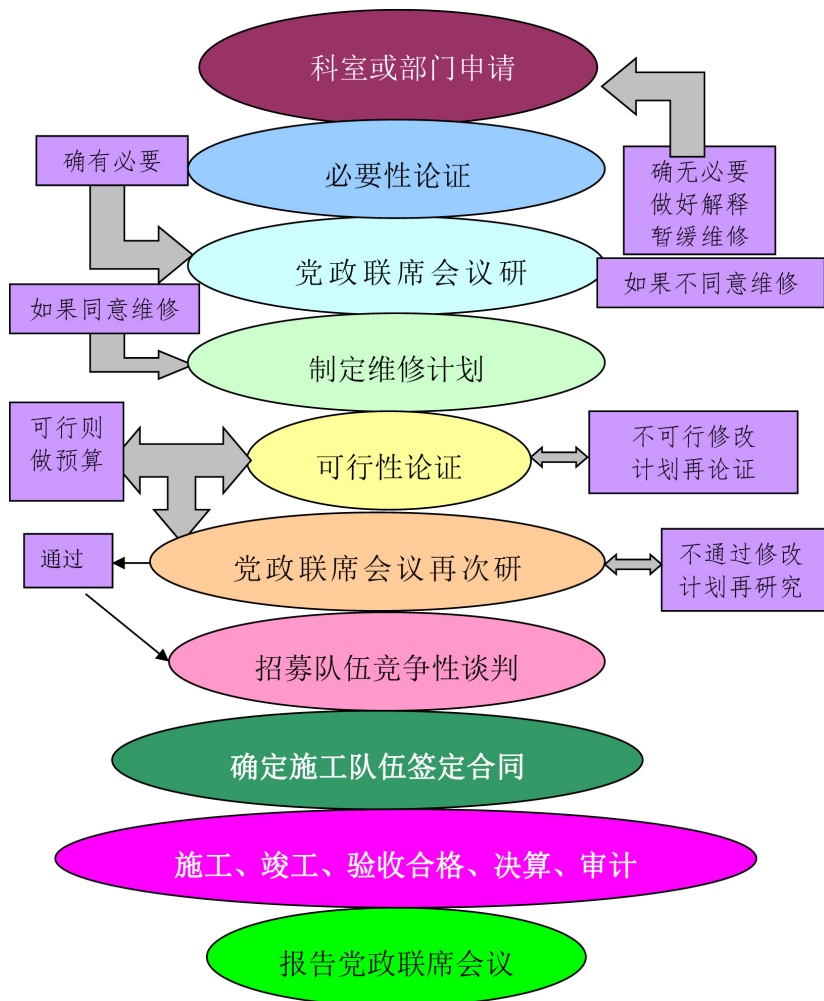
12、医院要有针对性地储备一定数量的药品、器械、物资以满足应急需要。要加强急救器材药品物资的管理，添置和优化一些急救的医疗器材和设备，尤其是现场使用的物资装备和车载设备，使之保持完好性和先进性，以提高急救的水平 and 成效。

13、填报应急物资采购清单，并有相对固定的物资供应单位，能保证应急物资及时到位。

后勤服务流程与规范

一、大型维修工作流程：

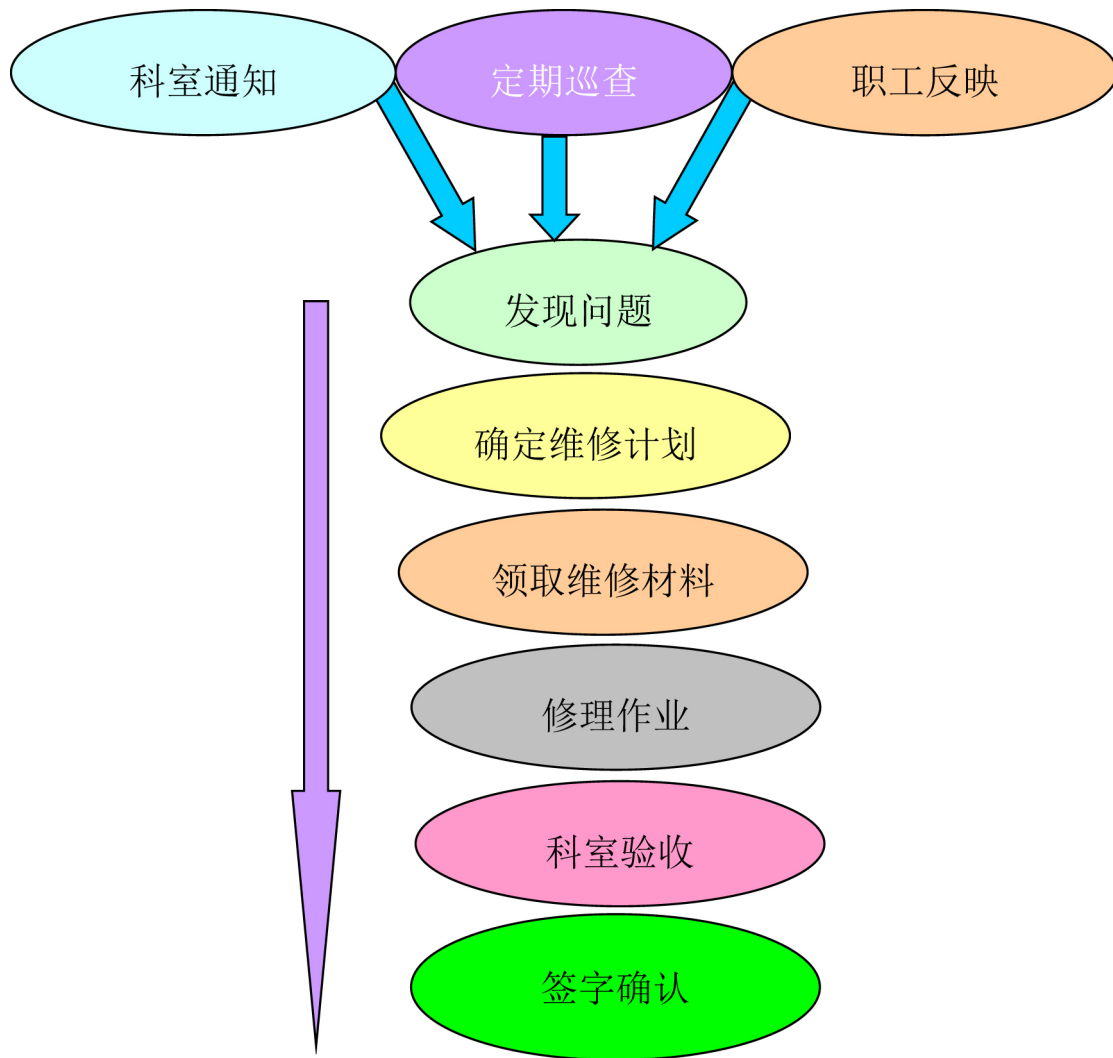
科室或部门申请→总务科组织相关人员进行必要性论证→如果确实必要，提交党政联席会议研究→如果同意维修→制定维修计划（两套以上方案）→可行性论证→如可行则对可行方案预算（两套）→提交党政联席会议研究→同意其中方案之一→招聘施工队伍→签订合同→施工→竣工→验收合格→决算→审计→向党政联席会议报告。1万元以下维修参照此路径但不提交院长办公会，只向分管副院长报告，请示院长批准。





二、日常小维修工作流程：

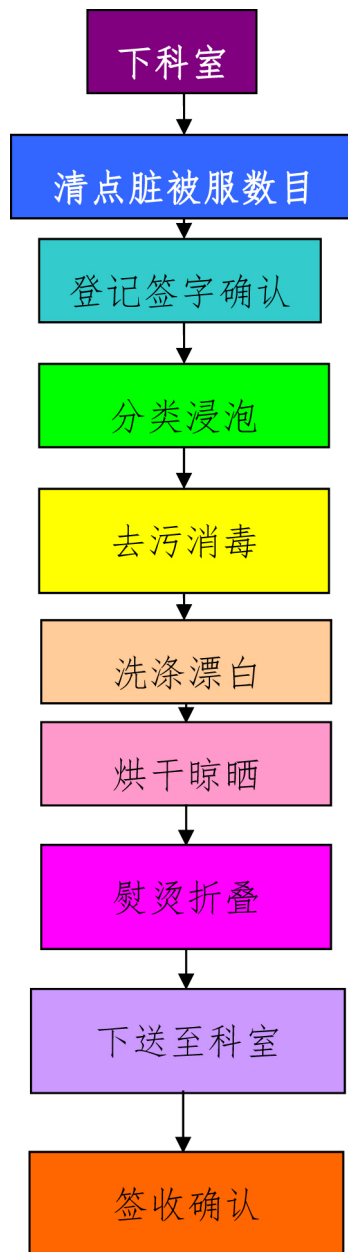
科室通知或下科室巡查→发现并确认问题→领取维修材料→下科室修理→科室验收
→签字确认维修材料和费用。





三、被服清洗：

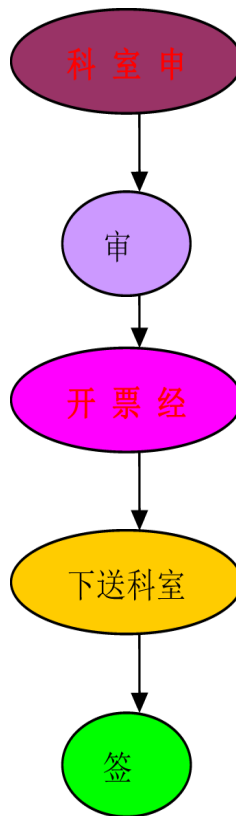
下科室→清点脏被服数目→登记→签字确认→分类浸泡→去污消毒→洗涤→烘干→晾晒→熨烫→折叠→下送至科室→签收。





四、物资领用和配送：

科室通知→开票→发货→下送至科室（或科室亲领）→签收。



五、物资采购：

计划→科长审查→请示分管副院长和院长审批→市场信息调查→二人共同采购→验收→入库（食堂物资采购也参照此流程）→签字报账。





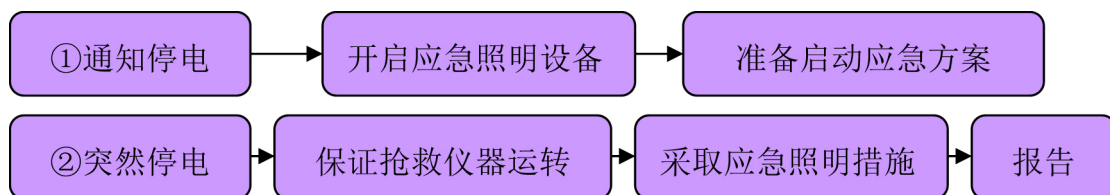
六、停电和突然停电的应急程序

1. 接到停电通知后，备应急灯、手电筒或蜡烛等。
2. 如有抢救患者使用动力电器时，需要准备替代方法，以保证抢救工作顺利进行。
3. 突然停电后，如遇抢救患者，应立即使用动力电器的替代方法，维持抢救工作。

并开启应急照明设备。

4. 使用呼吸机的患者，应立即将呼吸机脱开，使用简易呼吸器维持呼吸。
5. 报告总务科或总值班，协助查询停电原因，尽快排除故障或开启应急发电系统。
6. 加强巡视，安抚患者，同时注意防火防盗。

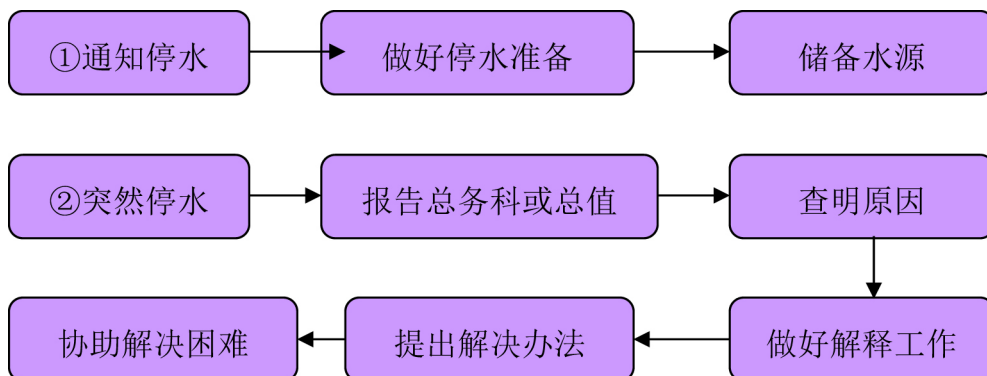
程序：



七、停水和突然停水的应急程序

1. 接到停水通知后，通知科室，告知患者停水时间。
2. 根据停水时间尽量储备水源，以备使用和饮用。
3. 突然停水应立即报告总务科或总值班。
4. 查明原因，向患者做好解释。
5. 协助解决因停水带来的不便。

程序：



八、发电机操作流程

（一）停电时开发电机

1. 长按红色按钮（第1个）2-5秒，再按第2个自动按钮或第3个手动按钮。
2. 发电机工作正常后，到供电室。
3. 将配电箱后两个按钮分别打到竖向方向，即顺时针方向向下转90度，完成发电



机供电。

(二) 市电来电关发电机

- 1、先关发电机，长按红色按钮 2-5 秒，即关掉发电机，发电机停止工作。
- 2、将配电箱后两个按钮打到水平方向，即向上逆时针方向转 90 度，断开发电机供电。
- 3、分别按市电供电箱的两个合闸，完成市电供电，进入正常供电状态。



信息相关制度



信息化机房管理制度

机房是支持信息系统正常运行的重要场所。为保证机房设备与信息的安全，保障机房有良好的运行环境和工作秩序，制定本制度。本制度适用于中心机房。

一、出入管理

（一）机房必须由信息科值班人员来负责机房的全面管理。机房钥匙由信息科人员保管，禁止外借，丢失要及时声明。

（二）工作人员早进入、晚离开时检查服务器、交换机等设备运转是否正常；检查空调运行是否正常；离开时察看灯、门、锁是否关好，关闭不需要打开的设备。

（三）谢绝无关人员进入机房；非信息科人员，须征得科室领导同意后，由信息科人员陪同，方可进入机房。

二、安全管理

（一）信息科值班人员每天要认真查看监控中心设备、不间断电源等运行状况，进行检查及维护，以保证其有效性。及时填写相关记录，发现异常情况应立即按照正确规程进行操作，发现重大问题应及时上报。

（二）完善网络安全机制，定时升级病毒库，及时做好防“黑”、防病毒工作。

（三）机房工作人员应恪守保密制度，不得擅自泄露各种信息资料与数据。

（四）机房内严禁吸烟、饮食、嬉戏和进行剧烈运动，保持机房安静。

（五）进入机房人员不得携带任何易燃、易爆、腐蚀性、强电磁、辐射性、流体物质等对设备正常运行构成威胁的物品。机房及周边地严禁烟火，不能明火作业。

（六）加强安全防范意识，机房无人时必须锁门。

三、设备管理

（一）机房各种设备一律不准擅自外借。

（二）信息科人员对机架（柜）、设备、接线、接头、插座等应做明显的标识。

（三）各类设备需出入机房都必须经信息科值班人员同意，并做好详细的登记备查。若设备需搬出机房，需在管理人员的监督下搬离机房。设备更新时，需在管理人员的监督下进行设备更新，并保证现用设备的安全和运行正常。

（四）若遇到突然停电时，管理人员应及时上报科室领导，并建立故障应急处理方案。

（五）做好电源及 UPS 管理

1. 机房内的电源开关、电源插座要明确标出控制的设备。

2. 不得随便更改线路和变动开关。

3. 熟悉 UPS 的工作原理和操作规程。

4. 对 UPS 的工作异常情况要做好记录，并及时联系有关单位进行处理。



（六）做好空调管理

1. 机房为保证设备良好的工作环境，机房温度应保持在 22℃ -25℃。
2. 定期进行日常巡视，确保空调系统的正常运行。
3. 定期进行两次室外机的清理，防止因散热不良造成空调的工作异常。
4. 每年进行一次全面检修。

四、操作管理

（一）机房工作人员应密切监视中心设备运行状况，确保安全、高效运行。

（二）机房工作人员未经负责人批准，不得擅自对机房设备上编写、修改、更换各类软件系统及更改设备参数配置，严禁在机房设备上安装无关的软件。

（三）各类软件系统的维护、增删、配置的更改，各类硬件设备的添加、更换必须经科室领导批准后方可进行。

五、机房巡检制度

（一）为加强对机房的管理，及时查找、发现机房服务器及相关设备的隐患，排除故障，确保机房服务器及相关设备的安全，特制定本制度。

（二）巡检对象：

1. 电源、UPS、电池组：检查机房供电和 UPS 工作状态、指示状态。
2. 服务器：检查服务器是否宕机、服务器硬盘指示灯、CPU 指示灯、电源指示灯等是否显示正常。
3. 机房环境：检查机房空调工作状态、机房温度、消防监控设备等。
4. 网络设备：检查网络设备（交换机、防火墙等）工作状态。主要检查各端口指示灯是否正常、各端口连接线是否有松动或脱落。
5. 数据库：检查 SQL、ORACLE 等各数据库各服务是否正常。

（三）巡查模式：采取轮班巡检制（主值班），按照定期巡检和不定期巡检，如遇节假日、外出培训、临时有事等特殊情况下，必须事先协调按时巡检并报科领导。

定期巡查为每周一、三、五（主值班负责），不定期巡查每月 4 次（网络系统管理员和信息系统管理员负责）。

（四）必须认真完整填写《医院信息化机房巡检记录表》内容，登记表必须在巡检期间完成，不得事后补填。

（五）巡检要求：

1. 巡检期间，发现机房环境状态异常、设备状态异常、网络或系统故障，应立即按操作规程执行进行恢复操作，并马上通知机房管理人员进行紧急处理。
2. 故障处理过程必须在机房巡检登记表的备注栏中详细记录，以备查阅。
3. 每周五对机房进行一次清扫，机房内严禁吸烟、喝水、吃食物等。
4. 必须做到防静电、防火、防潮、防尘，机房内禁止放置易燃、易爆、腐蚀、强磁性物品。



5. 熟悉机房内部消防安全操作和规则，了解消防设备操作原理、掌握消防应急处理步骤、措施和要领等。
6. 对突发情况，及时上报组长和科室领导，并采取有效措施进行现场妥善处理或立即通知相关合作部门到场处置。
7. 负责实施机房管理制度。
8. 须经常注意机房内温度（20℃）、供电系统是否正常，空调等重要设施由专人操作，严禁随意开关。
9. 机房巡检时对所有设备逐一查看。

数据存储介质管理制度

为进一步加强医院存储介质的管理，确保各信息系统的安全，根据相关保密管理规定及结合医院的实际，制定本制度。

- 一、本制度适用于所有涉密和非涉密的数据存储介质。
- 二、参照制造商使用说明书正确使用数据存储介质，避免暴露于强电磁场内、过热或过冷的环境。
- 三、数据存储介质的存放需要根据承载信息数据的类型和保密要求，采取不同的保管方式。
- 四、加强存储介质管理，其中对内网移动存储介质和涉密移动存储介质的管理要按照业务特点和保密要求进行严格的防护。
- 五、所有的存储介质都需进行登记造册和编号管理，严禁借给外单位使用，本院内若需借予他人使用，必须征得信息科科长同意，并进行详细登记，以便随时确认移动存储介质的存放位置 and 责任人等信息。
- 六、所有的涉密存储介质必须进行清晰的密级标识，禁止在非涉密计算机上使用，在外网计算机上使用的移动存储介质禁止在内网和涉密网中使用，杜绝发生存储介质交叉混用的现象，其维修或销毁必须按照相关保密规定执行。
- 七、从存储介质存取文件之前，必须使用防病毒软件进行扫描。
- 八、禁止使用存储介质复制侵犯知识产权的软件及保存非法资料，必须对保存有敏感信息的移动存储介质进行加密处理。
- 九、非本单位的存储介质设备不得和涉密计算机连接。在非办公场合使用移动存储介质时，注意对敏感数据进行保护。
- 十、备份的数据存储介质必须存放于安全存储区域，不可将数据存储介质放置于桌面等暴露地方。
- 十一、硬盘或其他移动存储介质报废时，必须进行物理破坏处理，防止信息涉密。



数据备份、恢复管理制度

根据医院相关管理规定和信息化建设安全等级管理，为确保我院信息系统相关数据的安全，制定本制度。

一、本制度适用于本院信息系统数据的备份与管理。

二、数据备份时备份医院信息系统所有的数据，关系到整个系统的正常运转，影响到全院的医疗工作的正常秩序，责任重大。医院服务器数据备份工作由信息科工作人员负责实施。信息科工作人员要有高度的事业心、责任感和严谨的工作作风。具体内容包括：医院信息系统（HIS）、医学影像传输管理系统（PACS）、检验信息系统（LIS）、体检系统（PEIS）等服务器全部数据及相关服务器数据的备份工作。

三、数据备份时必须建立纸质文件详细记录备份数据的结果，并认真填写数据备份登记表，做好文档管理，所有备份要有明确的标识。

四、根据医院各种数据的重要程度及其容量，规定每天晚上 23:59 系统自动备份，每星期五下午 17 点拷贝备份到存储硬盘，以确保备份数据的安全可靠。

五、如遇系统有重大改动或更新，需在改动之前进行临时备份。

六、在进行服务器数据备份和恢复时，严格按规范操作，要对服务器仔细进行检查，主要查看文件是否有损坏，CPU 和内存资源占用情况。

七、严格遵守保密制度和网络管理规范，绝对保密数据库管理员口令，当有其他人对服务器进行操作时，要亲自在场并作好详细记录，有第二者知道口令时要及时更改口令。

信息系统安全措施

一、总则

（一）为加强医院网络管理，明确岗位职责，规范操作流程，维护网络正常运行，确保计算机信息系统的安全，根据《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》等有关规定，结合本医院实际，制订本措施。

（二）计算机信息系统是指由计算机及其相关的和配套的设备、设施（含网络）构成的，按照一定的应用目标和规则对信息进行采集、加工、存储、传输、检索等处理的人机系统。

（三）医院成立信息科，专门负责本医院范围内的计算机信息系统安全及网络管理工作。

二、安全措施

（一）网络安全措施

1. 遵守国家有关法律、法规，严格执行安全保密制度，不得利用网络是从事危害国



家安全、泄露国家秘密等违法犯罪活动，不得制作、浏览、复制、传播反动及色情信息，不得在网路上发布反动、非法和虚假的消息，不得在网络上谩骂攻击他人，不得在网络上泄露他人隐私。严禁通过网络进行任何黑客活动和性质类似的破坏活动，严格控制和防范计算机病毒的侵入。

2. 各工作计算机未进行安全配置、未开启防火墙或杀毒软件的，不得入网。各计算机终端用户应定期对计算机系统、杀毒软件等进行升级和更新，并定期对病毒清查，不要下载和使用未经测试和来历不明的软件、不要打开来历不明的电子邮件、以及不要随意使用带 U 盘等介质。

3. 禁止未授权用户接入医院计算机网络及访问网络中资源，禁止未授权用户使用 BT、迅雷等占用大量带宽的下载工具。

4. 任何员工不得制造或者故意输入、传播计算机病毒和其他有害数据，不得利用非法手段复制、截收、篡改计算机信息系统的数据。

5. 医院员工禁止利用扫描、监听、伪装的工具对网络和服务器进行恶意攻击，禁止非法侵入他人网络和服务器系统，禁止利用计算机和网络干扰他人正常工作的行为。

6. 计算机各终端用户应保管好自己的用户账号和密码。严禁随意向他人泄露、借用自己的账号和密码；严禁不以真实身份登录系统。计算机使用者更应定期更改密码、使用复杂密码。

7. IP 地址为计算机网络的重要资源，计算机各终端用户应在信息科的规划下使用这些资源，不得擅自更改。另外，某些系统服务会对网络产生影响，计算机各终端用户应在信息科的指导下使用，禁止随意开启计算机的系统服务，保证计算机网络畅通运行。医院各部门科室若有业务需求增加电脑时，须由科室上报审批。

（二）设备安全措施

1. 凡登记在案的 IT 设备，由信息科统一管理。

2. IT 设备安全管理实行“谁使用谁负责”的原则，公用设备由科室负责。凡科室或供货公司自行购买的设备，原则上由科室或供货公司自行负责，但若有需要，信息科可协助处理。

3. 严禁使用假冒伪劣产品，严禁擅自外接电源开关和插座，严禁擅自移动、安装和拆卸各类设备和其他辅助设备。

4. 设备出现故障无法维修或维修成本过高，且符合报废条件的，由用户提出申请，并填写《报废申请表》，由相应部门领导签字后方可报废。如报废设备能出售，将收回的资金交医院财务入账。

（三）数据安全措施

1. 计算机终端用户计算机内的资料涉及医院秘密的，应该为计算机设定开机密码或将文件加密；凡涉及医院机密的数据或文件，非工作需要不得以任何形式转移，更不得透



露给他他人。

2. 计算机终端用户必须将有价值的数据存放在除 C 盘外（特别是桌面和我的文档）外的盘上。计算机发生故障应及时与信息科联系并采取保护数据安全的措施。

3. 终端用户未做好备份前不得删除任何硬盘数据。

（四）操作安全措施

1. 凡涉及业务的专业软件、IT 设备由科室使用人员自行负责，信息科协助管理。严禁利用计算机干与工作无关的事情；严禁除维修人员以外的外部人员操作各类设备；严禁非信息科人员随意更改设备配置。

2. 计算机终端用户在工作中遇到计算机信息系统问题，首先与信息科联系，尽快解决问题。

（五）计算机使用安全措施

1. 严禁安装和使用非医院信息系统应用软件；确属工作需要安装，须填写《通用软件安装申请表》，经信息科科长批准后，由信息科技术人员负责安装。

2. 操作人员必须通过培训、考试，考试合格后方可授予工作站用户账号。

3. 认真、准确、及时地做好本站责任范围内各项数据和信息的录入、核对、汇集、确认、打印及执行工作。

4. 严禁私自搬动、拆卸计算机设备和相关网络设备设施，出现故障及时与信息科联系。

5. 禁止非本科室工作人员操作使用工作站，任何人都不准在计算机上进行非工作性操作。

6. 为保证工作站正常运行，不得删除工作站原始文件夹内任意文件或更改工作站配置数据（计算机名称、IP 地址、驱动程序等）。

7. 严格按照计算机使用管理操作规程进行操作，系统开机按先外设后主机的顺序，关机时先关主机，后关外设。

8. 由于工作疏忽，造成设备丢失，以设备的当前折价赔偿。

信息安全监管制度

一、计算机设备管理

1. 计算机的使用部门要保持清洁、安全、良好的计算机设备工作环境，禁止在计算机周围放置易燃、易爆、强腐蚀性、强磁性等有害计算机设备安全的物品。

2. 非本单位技术人员对我单位的设备、系统等进行维修、维护时，必须由本单位相关技术人员现场全程监督。计算机设备送外维修时，需经有关部门负责人批准。

3. 严格遵守计算机设备使用、开机、关机等安全操作规程和正确的使用方法。任何人不允许带电插拔计算机外部设备接口，计算机出现故障时应及时向电脑负责部门报告，



不允许私自处理或找本单位非技术人员进行维修及操作。

二、操作员安全管理

1. 操作员工号是进入各类应用系统进行业务操作、分级对数据存取进行控制的工号。操作员工号分为系统管理员工号和一般操作员工号。工号的设置根据不同应用系统的要求及岗位职责而设置。

2. 系统管理操作员工号的设置与管理

(1) 系统管理员操作工号必须经过信息科授权取得。

(2) 信息科技术人员负责各项应用系统的环境生成、维护，负责一般操作员工号的生成和维护，负责故障恢复等管理及维护。

(3) 信息科技术人员对业务系统进行数据整理、故障恢复等操作，必须由科长授权。

(4) 信息科技术人员不得使用他人操作工号进行业务操作。

(5) 信息科技术人员调离岗位，应及时注销其工号。

三、一般操作工号的设置与管理

1. 一般操作员工号有信息科技术人员根据各类应用系统操作要求生成。

2. 应按一用户一编码设置。

3. 操作员不得使用其他人工号进行业务操作。

4. 操作员调离岗位，信息科技术人员应及时注销其工号。

四、密码与权限管理

1. 密码设置应具有安全性、保密性、不能使用简单的数字和标记。

2. 密码是保护系统和数据安全的控制工号，也是保护用户自身权益的控制工号。密码设置不应是名字、生日、重复、顺序、规律数字等容易猜测的数字和字符串。

3. 密码应定期修改，如发现或怀疑密码遗失或泄露应立即修改。

4. 服务器、路由器等重要设备的超级用户密码由运行机构负责人指定专人（不参与系统开发和维护的人员）设置和管理。

5. 系统维护用户的密码应至少由两人共同设置、保管和使用。

6. 有关密码授权工作人员调离岗位，有关部门负责人需指定专人对密码修改或将用户删除。

五、数据安全

1. 注意计算机重要信息资料和数据存储介质的存放、运输安全和保密管理保证存储介质的物理安全。

2. 任何非应用性业务数据的使用及存放数据的设备或介质的调拨、转让、废弃或销毁必须经过审批，以保证备份数据安全完整。

3. 数据恢复前，必须对原环境的数据进行备份，防止有用数据丢失。数据恢复过程中要严格按照数据恢复手册执行，出现问题时由技术人员进行现场技术支持。数据恢复后，



必须进行验证、确认、确保数据恢复的完整性和可用性。

4. 数据清理前必须对数据进行备份，在确认备份正确后方可进行清理操作。历次清理前的备份数据要根据备份策略进行定期保存或永久保存，并确保可以随时使用。数据清理的实施应避开业务高峰期，避免对联机业务运行造成影响。

5. 需要长期保存的数据，数据管理部门需与相关部门制定转存方案，根据转存方案和查询使用方法要在介质有效期内进行转存，防止存储介质过期失效，通过有效的查询、使用方法保证数据的完整性和可用性。转存的数据必须有详细的文档记录。

6. 非本单位技术人员对本单位的设备、系统等进行维修、维护时，必须由本单位相关技术人员现场全程监督。计算机设备送外维修，须经设备管理部门负责人批准。送修前，需将设备存储介质内应用软件和数据等涉及经营管理的信息备份后删除，并进行登记。对修复的设备，设备维修人员应对设备进行验收、病毒检测和登记。

7. 管理部门应对报废设备中存有的程序、数据资料进行备份后清除，并妥善处理废弃无用的资料和介质，防止泄密。

8. 运行维护部门需指定专人负责计算机病毒的防范工作，经常进行计算机病毒检查，发现病毒及时清除。

信息系统操作权限分级制度

为了加强计算机及信息网络安全及保密管理，避免操作权限失控，为防止一些用户利用非法取得的权限进行不正确的活动，特制定信息系统操作权限分级管理规定，对各用户的上网活动进行严格管理，并按照各用户的身份对用户权限进行严格的控制，保证网络的正常运行，确保应用程序安全、稳定的运行。

一、信息系统权限的分级管理工作由信息科负责具体实施。

二、信息系统软件针对不同部门设置了不同的权限和模块，信息科技术人员在安装软件时，必须根据科室工作性质来安装对应模块。

三、不同职务或职称的医护人员拥有不同的操作权限，具体的权限分级由本提出申请后，报相关部门批准，由信息科进行设置。

四、科室人员需要越权限操作时，必须经主管领导批示，由信息科执行授权。

五、信息系统安全采用登陆控制模块对登陆用户进行身份识别，确保用户身份的唯一性，操作人员应妥善保管好自己的工号和密码。如因保护不善而造成的不良后果由操作人员自行承担。

六、对岗位变动或离岗人员，信息科在接到人事科的相关通知后，将及时对其工号和权限进行变更或注销。

七、所有服务器、主干交换机及其他系统主要设备由信息科技术人员负责管理，任



何人不得擅自操作网络设备，修改网络参数和服务器的相关设置等。

八、对于主要网络设备和计算机服务器系统，应当正确分配权限，并加严密的口令予以保护，口令应定期修改，任何非系统管理人员严禁使用、扫描或猜测口令。

九、对于服务器系统和各主要交换设备的配置信息，信息科应做好定期备份工作，确保在系统发生故障能及时恢复，以保障网络的正常运行。

十、管理人员要明确管理职责，不得擅自将自己操作权限转交他人，避免操作权限失控。未经领导批准不得超越权限操作。

涉密计算机管理制度

一、为加强涉密计算机的保密管理，确保国家秘密的安全，根据国家《保密法》及相关保密法规的规定，涉密计算机的使用必须符合非涉密计算机的管理规定和以下规定。

二、本规定适用于采集、存储、处理、传递、使用和销毁国家秘密信息的计算机（台式和便携式）和计算机载体（硬盘、软盘、光盘、移动存储等）。

三、涉密计算机的保密管理，实行领导负责制。涉密计算机所在科室负责人为安全保密负责人，负有对本科室涉密计算机的管理责任，并应将本科室涉密计算机的涉密程度、数量和部位等情况报信息科备案。

四、涉密计算机严禁直接或间接地与互联网或其它公共信息网络联接。要做到专机专用，不得同时用于上互联网又用于处理国家机密信息。

五、涉密计算机，尤其是涉密便携式电脑，应由所在科室统一登记、建档，妥善保管，责任到人。使用人要增强安全保密意识，防止被盗和泄密案件发生。

六、任何个人不得擅自携带涉密计算机和计算机载体出入公共场所或将其带回家中。因公携带存储密级以上信息内容的便携式电脑外出，应经所在科室主管领导批准，向医院领导报告登记备案。

七、涉密计算机放置场所应采取切实有效的安全保密防范措施：

门窗要牢固防撬，计算机数量多或涉密程度高的应安装防盗门窗和防盗报警设备；配备必要的防火器材；每台涉密计算机都要采取加密措施。

八、涉密计算机处理、传递、输出的涉密信息要有相应的密级标识，密级标识不能与正文分离。

九、存储国家秘密信息的计算机载体，应按所存储信息的最高密级标明密级和保密期限，并按相应密级的文件进行管理。存储国家秘密信息应做到专盘专用，不得明密混存。

十、存储过国家秘密信息的计算机载体不能降低密级使用。不再使用的计算机载体应及时采取物理或化学方法彻底销毁。

十一、涉密计算机的维修应在确保国家秘密和医院秘密安全的前提下，请厂家上门



维修，单位要派人现场监督，并对维修的时间、故障的原因和维修单位的名称、维修人员进行登记；报废时应经本科室主管领导审核同意，并到医院保密主管部门履行登记备案手续。

十二、医院各科室应加强涉密人员计算机及网络安全保密知识教育和保密形势教育，使涉密人员充分了解、掌握党和国家有关保密法规特别是关于计算机及其信息系统保密管理的政策、法规，增强涉密人员的信息安全保密意识，自觉维护国家、医院利益。

十三、涉密计算机的使用人和管理人员离岗、离职前，应当将其使用、保管的涉密计算机和计算机载体全部清退，并办理移交手续。

十四、医院各科室应定期对涉密计算机使用情况进行自查，发现问题及时整改，并将自查及整改情况书面报医院保密主管部门。一旦出现失密、泄密情况，应立即采取补救措施，并及时向医院保密主管部门报告。

十五、使用涉密计算机的科室和个人必须严格执行本规定。对违反本规定的科室和个人，医院将视情节轻重予以严肃处理。

医院信息监控制度

随着医院信息化进程的不断深入，信息系统在日常工作中扮演着越来越重要的角色，医院各项业务越来越依赖于局域网及计算机系统，保护局域网及计算机系统的正常运转就是保护医院的正常运营，这是系统管理员义不容辞的责任。系统管理员对系统的管理工作主要分为三大块：系统以及组件的安装和升级、系统的日常监控、故障和应急处理工作。

一、系统监控策略

保障系统的正常运转，系统管理员应做到全面地、定期地、制度化地监督系统、网络、软硬件、前后台的工作环境以及运行状况，日常监控对象包括三大部分：服务器系统、网络设备和 workstation。

二、系统监控的几个方面

1. 防范各种 WINDOWS 常见攻击

- (1) 防范利用漏洞（输入法漏洞、服务漏洞等）攻击。防范木马等计算机病毒的攻击。
- (2) 系统和应用程序打补丁，是否定期升级病毒库。

2. 保证 WINDOWS 系统时时处在加固的状态，对 WINDOWS 系统的加固措施有：有足够的磁盘空间、删除不必要的共享目录、定期修改用户密码、删除不必要的用户和服务、禁用 GUEST 账户、设置账户锁定策略、建立安全审核策略、安装杀毒程序和安装最新补丁等。

三、监控检查内容

监控措施主要为检查是否有不必要的共享目录存在，删除共享目录可降低病毒传播



的风险。是否定期更改用户密码。监控操作系统和数据库系统的用户及权限是否有变化，提防木马程序，检测注册表中是否有影子账户存在。检测系统安全日志是否有异常报告。设置系统警报、数据库警报和故障操作员，使管理员对故障及时响应。监控是否定期升级病毒库。

四、监控数据备份

监控数据备份情况，保障数据的安全，记录备份时所用时间、备份文件大小、磁盘空间等，当备份时间过长或磁盘空间不足时应引起管理人员重视，分析原因，采取必要措施。

五、监控服务器系统

监控服务器日志是否有警告及报错、各服务器磁盘运行状况、网络连接列表是否正常、系统进程是否正常，一旦发现问题，应立即引起管理员重视，针对所发生情况，采取相应措施，做好记录，总结经验。

六、监控网络设备

通过锐捷网络指挥官（SNC）监控网络设备，硬件设备指示灯状态是否正常，设备所在环境的状况，如温度、湿度、UPS 等，定期做好设备检修、保养、除尘等工作，提高设备的可靠性，保障整个系统的正常运转。

七、监控工作站

利用网络管理软件，将重要设备 IP 地址与 MAC 地址绑定，禁止访问不该访问的网站和运行可疑软件、防止非法使用 U 盘等外部存储设备。

信息系统变更配置及发布管理制度

一、总则

（一）为规范软件变更与维护管理，保证信息系统的可靠性、稳定性和安全性，加强对信息系统软件变更配置与发布的管理，制定本制度。

（二）本制度适用于信息系统已采购完毕并正式上线、且由软件开发商移交给信息科之后，所发生的信息系统运行支持及系统变更工作。

（三）本制度适用于参与医院网络建设、管理、信息发布、信息应用的全院科室人员。

二、变更类型

（一）系统变更工作可分为下面三类类型：

1. 功能完善维护

相关科室由于业务发展或使用的需要，所产生的对系统的现有功能进行修改、完善的需求。

2. 系统缺陷修改



系统设计和实现上的缺陷会引发使用中的异常。对系统缺陷进行修复的需求。

3. 统计报表生成相关部门统计报表数据生成的需求。所要求的统计报表数据不能够通过信息系统现有功能提供。

(二) 系统软件变更工作以任务形式由相关科室和信息科协作完。系统变更过程等同软件开发，大致可分为三个阶段：任务提交和接受、任务实现及任务验收和程序下发上线。

1. 相关科室提出系统软件变更需求，同时填写《系统软件变更申请表》，由科室负责人签字并报分管院领导审批后提交信息科领导。

2. 信息科负责接受需求，进行风险评估及需求分析后，向开发人员提出系统软件变更建议，并审批《系统软件变更申请表》。

3. 系统变更过程应遵循软件开发过程相同的编码标准。系统软件功能变更后，信息科严格按照功能要求在备用服务器上进行全面测试，确认无误并经需求科室签字验收后才能下发，并对前一版本撤销。

4. 信息科负责对系统变更过程产生的文档进行纸质归档管理，变更过程中涉及的所有文档应永久保存。

三、紧急变更流程

(一) 系统紧急变更流程可分为以下 5 个步骤：

1. 紧急事件的报告

使用科室发现系统异常，导致操作无法正常进行，必须迅速处理解决时，问题发现人将问题报告给信息科值班人员。

2. 紧急事件变更启动

信息科接到紧急问题上报后，及时与相关科室进行讨论和交流，了解情况，并最终判定是否属于紧急事件。确定属于紧急事件后，由信息科启动紧急事件变更流程，并根据其重要性和紧迫性分配优先权，组织人员采取相应的处理流程。

3. 紧急事件变更处理

信息科组织人员进行紧急事件变更处理。紧急事件变更流程的变更处理同一般问题变更流程，但需使用专设系统用户账号进行紧急事件变更，并进行明确的紧急事件变更文档记录。

4. 紧急事件变更程序分发

信息科组织完成变更处理后，进行程序分发。紧急事件变更流程的程序分发同一般系统变更流程。

5. 补办文档和领导审批记录

紧急问题得到妥善解决后，必须在一周内分别补办各类文档和审批记录，同时，信息科对问题原因进行分析定位，整改。



(二)系统变更过程中,采取各种措施保证调试系统应用程序访问权限受到良好控制。这些措施包括:

1. 通过调试环境的访问控制,限制对调试环境的访问;
2. 通过物理或逻辑隔离的手段,限制对调试环境的访问;
3. 对授权访问调试环境的人员进行详细记录,使用该记录对调试环境访问权限的检查,确保只有经授权的人员才能访问调试环境;
4. 普通用户只能通过前台登录系统,不能通过后台(如使用调试环境操作系统的命令行)进行操作;
5. 开发人员不应该拥有前台应用程序的业务操作访问权限,更不应该在前台应用程序中担任实际的业务操作任务;
6. 从技术角度限制对调试环境中应用程序文件夹的访问权限,只有经过授权的人员才能对程序拥有读、写和执行的权限。
7. 在进行系统及程序变更时,开发人员应以明显标识注明版本建立时间,保证每次系统更新在最新版本基础上进行。

信息科交接班及值班制度

第一部分 交接班制度

- 一、值班人员应严格按照主值班工作制度,认真完成本班的各项工作和记录工作(包含《信息科工作日志》、《信息科巡检记录本》及《信息科值班表及系统运行登记本》)。
- 二、交接班必须按时,交接班者提前到科,做好交接并签名,认真阅读交班表内容。
- 三、接班者如发现交班表内容交待不清,应立即询问,接班后发生问题由接班者负责。
- 四、值班人员交接班必须当面交接,及时交接,对重要事项进行交代,如果没有执行交接班手续的,后果一律自负。
- 五、数据库备份情况、网络运行情况、尚未处理的事件等。
- 六、值班人员应在交班记录表上认真填写移交未解决事项,并当面告知接班人员。

第二部分 交接班及值班制度

- 一、信息科实行 24 小时值班制,值班时间为晚上 8:00- 早上 8:00。
- 二、值班人员必须按时到位,并办好交接工作。不得无故迟到早退,如有事情需提前说明。
- 三、值班人员不得擅自离岗,非工作人员禁止进入服务器机房。
- 四、晚间值班人员必须检查机房内服务器运转情况、空调运行状况及数据备份情况。



- 五、遇有停电等重大事项必须做好记录，采取相应的应对措施。
- 六、保持值班室卫生整洁，交接班时需打扫干净。

信息化培训制度

为进一步提高员工素质及工作效率，实现科室目标，制订本制度。

一、培训目的

(一) 提高、完善和充实员工各项技能，使其具备多方面的才干和更高水平的工作能力，为工作轮换和横向调整创造条件；

(二) 减少工作中失误的发生，降低失误可能造成的损失，提高作质量和效率。

(三) 提高员工的工作热情和协作精神，建立良好的工作环境和气氛。

二、培训内容

(一) 计算机安全法律教育定期组织本单位工作人员认真学习国家相关规范及医院各项制度，不断提高工作人员的理论水平，提高操作员的防范能力。

(二) 计算机职业道德教育

1. 工作人员要严格遵守工作规程和工作制度。
2. 不得制造、发布虚假信息，向非业务人员提供有关数据资料。
3. 不得利用计算机信息系统的漏洞偷窃客户资料。
4. 不得制造和传播计算机病毒。

(三) 计算机技术教育

1. 操作员必须在指定计算机或指定终端上进行操作。
2. 信息科人员必须实行岗位分离，不得串岗、越岗。
3. 不得越权运行程序，不得查阅无关参数。
4. 发现操作异常，应立即向科长报告。

三、培训方法

(一) 结合专业实际情况，指派有关人员参加学习。

(二) 聘请有关专家举办专题讲座。

(三) 安排软件公司技术人员对科室员工就新上线模块进行系统操作集中培训与考核。

(四) 结合科室专业实际情况，有计划有针对性，报请院领导批准需安排人员参加各级培训班、学术交流会或外出进修学习。外派人员返科后必须向全科书面交流学习情况。

(五) 所有上岗工作人员或换岗工作人员应经过培训上岗。

四、培训学时

员工必须参加不少于 20 学时 / 年的专业培训。



授权审批及人员离岗制度

信息系统作为资源管理系统，必须有其安全性和职责权限，特制定本管理制度。

1. 登录我院信息系统需要有用户帐号，相当于身份标识，新用户凭人事科报道证及相应资格证到信息科直接办理帐号，刚取得相应资格证的工作人员帐号由该工作人员提出书面申请，由本部门负责人员签字后交信息科办理后统一分发至相应职能部门，由相应职能部门根据工种性质进行科室调配。

2. 各部门主管领导负责本科室相关系统模块的权限，管理和该模块的数据安全。

3. 各部门人员以书面形式向本科室主任或护士长提出权限申请，由各部门主管领导进行审批设置；

4. 信息系统用户因离岗或转岗，所拥有的系统用户权限需相应变更时，需在将有本部门权限负责人签字确认提交到信息科；信息科对离岗或转岗的帐号进行注销并签字；人事部门方可办理离岗或转岗手续。

5. 帐号的注册所有者应对该帐号在系统中所做的操作结果负全部责任。

用户申请\变更\注销流程

1. 用户新增 / 变更流程：

(1) 由用户本人提出申请；

(2) 申请人所属部门权限负责人核准；

(3) 信息科根据书面申请增加用户帐号并分发至主管职能部门，由主管职能部门再依次分配至各科室，权限由该科主任进行授予。

(4) 申请人应在收到通知的当天修改初始口令。

2. 用户注销流程：

当用户由于工作变动、调动或离职等原因需要对用户的访问权限进行修改或注销时：

(1) 用户提出书面申请，经部门权限负责人签批后，到人事科门签批；

(2) 信息科根据接到两部门签批申请单后对该用户信息进行注销，并出具注销确认证明；

(3) 人事科收到信息科注销确认证明后方可为该用户办理离岗或转岗的手续。

医院信息资源共享制度

一、实现信息共享是医院信息化建设及政务公开的基本任务，是开展电子政务的重要内容之一。

二、实施信息共享是各科室的责任和义务，各科室要本着规范公开的原则，主动上



报共享信息。

三、为了更好地进行信息共享工作，各部门在规定时间内将本部门需要发布的信息汇总到信息科发布并存档。

四、信息共享工作由信息科组织，并负责信息的存档、网上发布及相关技术工作。

五、根据信息的具体情况要实施分级管理、分内外网管理，设置不同的权限，并落实安全管理到人，严格执行安全保密制度。

六、不经主管领导批准，任何部门或个人均无权将医院信息系统数据库中的任何信息资源有偿或无偿地转移给院外用于任何目的。

七、对本部门负责录入和管理的数据经过授权，要求其他部门给予共享时，其他部门无权拒绝。

八、各部门对信息的录入必须保证其及时、准确和完整。

九、医生有权从系统软件中调取所治疗病人的全部诊疗信息并用于辅助诊疗。医生无权成批地检索病人信息，如确有需要，需经主管领导批准。

十、医生将计算机中的病人信息用于科研、教学和公开发表的文献中，需经过经信息发生和录入的部门同意。

十一、信息的产生科室对录入并公布的计算机数据、结果与对其它介质公布的数据，必须一致，录入科室对其结果负责。

信息化工作沟通协调机制

为推动我院信息化建设与管理各项工作，促进我院各部门更好应用网络与信息系统，保证信息化使用与管理相关部门沟通协调渠道畅通，特制订信息化工作沟通协调机制，以实现信息管理与应用的最优化。

一、信息化规划与建设沟通协调

信息化建设与管理委员会每年至少召开一次专题会议沟通协调年度信息化规划与建设，参会人员除信息化建设与管理委员会成员，还包括涉及规划建设的各部分负责人。会议讨论议题主要来自医院信息化中长期规划、各部门新的项目需要，议题由信息科会前整理，会中进行分析讨论，得出结论。

二、信息化项目实施沟通协调

按照信息化规划建设要求，信息科组织信息化项目的实施。每个项目信息科都会指定项目负责人，项目负责人要全程负责项目的沟通协调，和信息科长一起，深入科室了解需求，制定方案，架起科室和公司沟通的桥梁。对项目实施过程中科室层面无法沟通协调的问题，科室负责人和信息科长要向分管院长请示，让分管院长出面协调。

三、信息化需求变更沟通协调



对信息系统需求变更的沟通协调,主要遵守医院《信息系统变更、发布、配置管理制度》中规定的流程。由科室提出相关需求变更申请,通过审批流程后,由信息科组织实施变更。实施完毕后,再给予科室反馈。

四、信息化运维沟通协调

对于信息化运维过程中的事宜,科室可以通过指挥调度系统中设备报修模块或电话跟信息科进行沟通,信息科每天安排不同班次来满足科室的运维需求,对运维质量科室可以通过指挥调度系统中报修反馈模块进行反馈。

五、信息科满意度调查

信息科定期设计满意度调查问卷,组织其他科室对信息科各方面工作进行满意度调查,根据满意度调查中提出的问题、建议进行持续改进。

六、其他

除上述沟通机制外,信息科与各科室平时也要加强沟通,信息科要了解使用科室遇到的问题、需求,更好服务各科室。

医院统计工作制度

1. 医院信息科是对院内、院外提供统计数据的职能部门,负责医院临床科室医疗业务、药占比等统计,并逐步实现综合统计的职能。
2. 信息科负责有关统计原始记录表格、报表的设计、制定、修改和解释。
3. 各科室应指定专人做好原始资料登记、统计工作,按时准确填写日报、月报及有关资料。各科室报出的数据须经科室负责人审查签名。统计室有责任对各部门的登记、统计工作实行质量检查和业务指导。
4. 信息科对收集的原始资料、报表应严格检查审核,科学整理,正确计算,做到日清月结,保证数字准确、可靠、及时。
5. 建立医院统计信息自动化系统,对统计资料的整理、计算、存贮、传送、检索逐步实现自动化处理。
6. 信息科应严格按统计报表制度规定的指标涵义、报告期,及时、准确地向上级卫生行政机关报送各种法定统计报表;并根据医院管理的需要设计院内报表,定期向院领导提供统计资料,向各科室反馈信息。
7. 做好咨询服务,院领导或各科室要求查询数据、查阅统计资料或要求协助进行科研及论文的处理,应热情服务。
8. 统计人员报送时实行审核程序,及实行信息报告问责制,
9. 统计人员要严格遵守《统计法》与卫生行政部门规定,保证医院统计数据准确性、可靠性、及时性,不得虚报、瞒报、迟报。



医院统计信息报送制度

根据《统计法》、《会计法》、《药品管理法》和卫生行政部门规定，为完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，推动信息报送工作步入制度化、规范化、科学化轨道，充分发挥信息工作在正确决策、科学管理、宣传服务中的重要作用，促进医院和谐、快速、持续发展，制定本工作制度。

一、医院信息报送工作由各分管院长领导，办公室、医务科、药械科、信息科、财务科、人事科等部门共同组成，根据卫统报表要求整理数据并汇总审核后，及时按卫统报表要求直报上级卫生部门。

二、各归口医院行政职能科室的主要职责：

- (一) 医务科负责提供医疗服务数据及出院病人调查表的数据的审核工作。
- (二) 人事科负责提供人力资源表的数据并审核数据。
- (三) 药械科负责提供药品和医用设备调查表的数据并审核数据。
- (四) 财务科负责提供医疗收入等数据并审核数据。
- (五) 信息科负责提供医疗服务数据及时汇总，并按卫统报表要求直报上级卫生部门。

三、各归口行政职能科室要明确 1 名工作人员为本单位兼职信息员，从事具体信息报送工作。

四、各归口行政职能科室信息员的工作职责：

根据上级卫生统计工作报送要点，结合本部门实际工作，完成本部门信息的收集、编写、报送工作，定期向本科室主任报送信息审核，及时上报卫生统计部门。

五、信息报送程序及要求各归口医院管理部门应按以下程序进行信息报送：

(一) 各归口行政职能科室医务科、人事科、药械科、信息科、财务科等部门的信息员完成医疗、人力、财务、药品、设备、医疗统计等统计年报、季报、月报和实时报数据上报工作。经所在部门主管负责人审核同意，报送上级行政主管部门，同时整理成文，报分管院长。

(二) 对于各部门工作范围内的突发事件或其他重大紧迫事项，各部门信息员应首先及时告知本科室主任，同时向分管院长报告；并在口头报送后及时补送相关材料。

六、信息报送的基本要求：

(一) 各归口部门信息员要认真学习《统计法》、《会计法》、《药品管理法》，报送信息必须坚持时效性、真实性、完整性、准确性的原则，做到及时、准确、全面、实事求是。

(二) 重大突发性事件的报送必须注意时效性。重大事故、突发事件在发生后立即电话通报。



(三) 上报卫生部门的信息材料年报装订成册后及时存档。

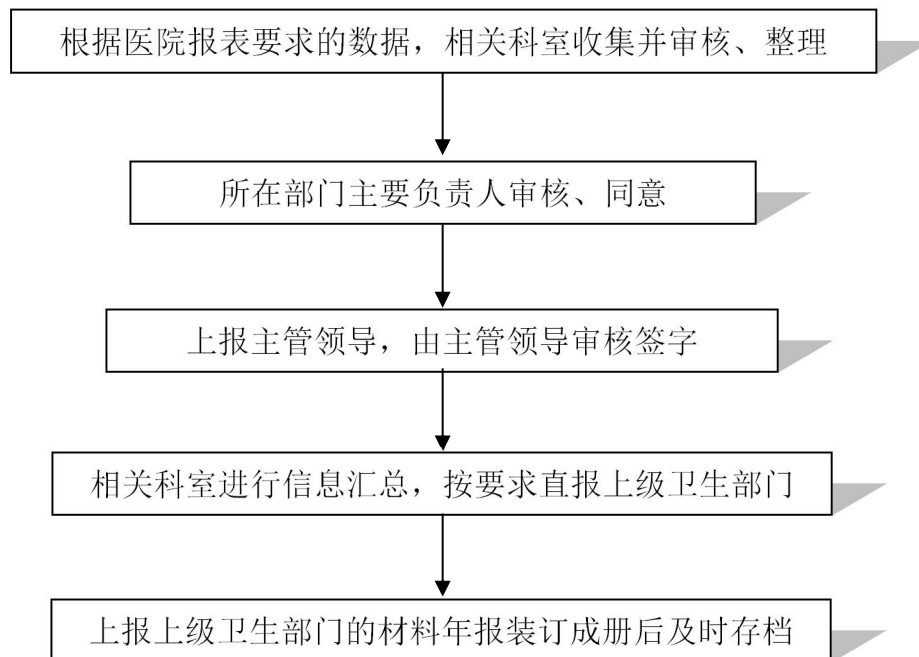
七、突发事件或其他重大事项必须注意时效性，及时向科主任和分管院长通报并及时提交相关资料。

八、核查制度

(一) 归口行政职能科室对报送的数据进行全面核查，定期对各归口部门报送信息进行统计整理，适当的信息将发布于院内网站，实现信息资源共享。

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

信息报送流程图



医院统计信息报告问责制

一、对涉及医院统计工作信息报送相关的人员不履行或不正确履责，造成不良影响和后果的，应予以问责。

二、问责坚持权责统一、实事求是、公正公平、追究责任与改进工作相结合、教育与惩处相结合的原则，依照履行岗位职责情况进行问责。

三、问责事项：

1. 不认真贯彻执行党和国家的方针、政策和上级的指示、决定、命令和统计法规、统计制度规定及不按时上报各类统计报表的；
2. 对统计法中明令禁止的行为置若罔闻，不遵守、不制止、不纠正、不查处、甚至参与的；
3. 对应该及时填报的数据信息，敷衍塞责，推诿扯皮，久拖不办，未能在规定时限



内完成及违反限时办理的；

4. 工作中主动不够，配合不力，致使工作延误的；
5. 统计调查或汇总过程中虚报、瞒报、伪造、篡改统计资料的；
6. 拒绝提供统计资料或者经催报后仍未按时提供统计资料的；
7. 拒绝、阻碍医院相关统计报表统计调查及统计检查的；
8. 对统计数据审核不严，造成统计数据失真的。

四、由医院党政联席会议研究决定具体问责处理意见。

医院运行与医疗业务指标数据统计收集管理规定

为有效提高医院管理水平，加强医院运行动态监管，制定本暂行管理规定。

一、医院运行情况和医疗业务指标分析工作主要由院长负责。

二、医务科（病案室）每月定期向院领导汇报，提供报表资料；其它相关职能部门每月未将当月部门指标提供给分管院长，由分管院长对各项指标数据进行分析，结合实际对指标情况进行调整，提出改进意见，并在院周会上进行分析、公布、讨论、实施、反馈、持续改进。

三、各职能部门对院周会安排布置的改进工作落实情况进行监督检查。

四、医院运行情况及医疗业务指标提供部门

（一）诊疗服务指标及分析，由医务科提供

（二）医德医风、患者满意度等服务指标及分析，由党群办提供

（三）基本药物使用比例、抗菌药物规范使用考核指标、规范用药及不良反应指标，药械科提供

（四）医院经济管理及患者费用控制指标，财务科提供

（五）医疗安全指标，医务科提供

（六）医护人员配置指标，人事科、医务科、护理部提供

（七）医院业务数据的收集工作，包括科室各项费用占比、床位使用率、床位周转率、每门诊人次费用、每住院人次费用、平均住院日等各项基本数据，由信息科提供。



国有资产管理办法

第一章 总 则

第一条 为规范和加强医院国有资产管理，维护国有资产的安全完整，合理配置和有效利用医院资产，保障和促进医院医、教、研等方面的发展，根据《事业单位国有资产管理暂行办法》（财政部令第36号）、《医院会计》和《湖北科技学院国有资产管理规定》等有关规定，结合我院实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我院所有国有资产管理活动。

第三条 本办法所指的国有资产，是指我院占有、使用的，依法确认为国家所有，能以货币计量的各种经济资源的总称。包括国家拨给医院的各种财政性资金形成的固定资产，按照国家规定组织收入形成的资产，以及接受捐赠和其它法律法规等确认的国有资产。

第四条 国有资产管理的主要内容是：国有资产的分类与计价的确定；国有资产购置、使用、维护、监督检查、统计、综合评价和处置；国有资产清查盘点；国有资产账务管理等。

第五条 医院国有资产管理的的主要任务是：完善国有资产管理体制；合理配置和有效使用国有资产；健全管理制度，落实管理责任，确保国有资产的安全与完整，防止资产流失，实现资产的保值增值。

第二章 管理机构及其职责

第六条 医院国有资产管理实行归口管理、分级负责、责任到人的管理体制。

信息科是医院代表国有资产管理领导小组的一级管理部门，统一对医院占有、使用的资产实施管理。

总务科负责具有通用性的及非械字设备的管理，药械科负责医疗专用设备及办公网络设备管理等，包括固定资产计划、购置、验收入库、使用等日常管理。主要职责：

（一）建立完整的国有资产档案，规范管理程序，完善实物资产的产权证办理、资产申购、采购、资产添置、资产调拨、资产维护以及资产处置等相关手续，负责组织设备、物资采购的论证、招标、验收等工作；

（二）负责国有资产实物的分类统计、明细账、卡管理，确保明细账与实物相符；

（三）监督、检查各使用部门的国有资产管理工

（四）统一规划实物资源的资源配置，提高国有资产的使用效率；

（五）根据使用部门申请，组织国有资产处置的技术鉴定，提出处理意见，并会同相关部门编报有关资产的变动情况；

（六）对归属本部门管理的国有资产进行清查、维护跟踪和统计工作。



财务科负责全院固定资产的财务监督和会计核算工作。主要职责：

（一）贯彻执行国家有关国有资产管理的法律、法规、政策，建立健全医院国有资产管理财务制度；

（二）负责医院国有资产的财务监督和会计核算工作，设置国有资产总分类账，确保国有资产总账与实物账相一致；

（三）协助器械科、总务科做好国有资产实物管理工作，加强对实物管理的监督和控制；

（四）会同相关部门对有关资产的处置情况进行上报，并根据上级部门审核结果进行账务处理。

第七条 国有资产的占有或使用部门负责本部门的国有资产管理。主要职责：

（一）贯彻执行医院有关国有资产管理的规定，制定并组织实施本部门国有资产管理的实施细则，对本部门领入或使用的物资，负有妥善保管和合理使用的责任。各部门的第一负责人是该部门国有资产的第一责任人，第一责任人可以授权管理，但不能免除责任。

（二）建立有关国有资产明细账和国有资产使用卡片，并定期对本部门国有资产账、卡、物进行核对，开展资产清查、登记、统计报告及日常监督检查工作，及时登记和填报设备使用数据。

（三）申报本部门国有资产购建计划，参与本部门资产的可行性论证及招标、采购、验收、维修保养等工作。

（四）提出国有资产处置意见。

（五）接受归口管理部门的监督、检查和指导。

第三章 国有资产的范围、分类与计价

第八条 国有资产是指医院为开展医疗活动而购建的一般设备单台件价值在 1000 元以上、专用设备 单台件价值在 1500 元以上、使用期限在一年以上、并在使用过程中基本保持原有物质形态的资产，包括各种房屋、设备、仪器等。

第九条 根据有关规定，医院国有资产主要分为四类：

（一）房屋及建筑物。指医院拥有所有权和使用权的房屋、建筑物及其附属设施，包括办公用房、业务用房、车库、职工宿舍、食堂、锅炉房等，建筑物包括道路、围墙、水塔等，附属设施包括房屋、建筑物内的电梯、通讯线路、水气管道等。

（二）专业设备。指医院根据业务工作的实际需要购置的价值在 1500 元以上的各种具有专门性能和专门用途的设备，如医院的仪器、设备、医疗器械等。

（三）一般设备。指医院用于业务工作且价值在 1000 元以上的通用性设备，如办公用的家具、交通工具等。

（四）其他资产。指以上各类未包括的国有资产。



第十条 医院国有资产价值的确定：

(一) 购入国有资产的原始价值。购入国有资产的原价包括购买价格、包装费用、运输装卸费用、安装调试费用、税金（进口设备的进口税金）、贷款利息（专门为购建固定资产的银行借款利息）等。购置国有资产过程中发生的差旅费不得计入国有资产价值；

(二) 新建的房屋建筑物。按国有资产交付使用前发生的实际支出计价，借款购建的固定资产，安装完毕交付使用前发生的借款利息也应计入国有资产价值。

(三) 改建、扩建的国有资产。在原有基础上改建、扩建的房屋、建筑物，应按改建、扩建发生的实际支出冲减改建、扩建过程中的变价收入后的净增加值，扣除国有资产拆除部分的原值，计入国有资产原值。

(四) 接受捐赠的国有资产。按照同类国有资产的市场价格或根据捐赠者所提供的有关凭据计价。接受国有资产时所发生的相关费用，应计入国有资产价值。

(五) 融资租入的国有资产。融资租入的国有资产，按租赁协议确定的价款、运杂费、安装费等计价。

(六) 盘盈的国有资产。盘盈的固定资产按重置完全价值入账。重置完全价值是指医院在取得无法确定原值的国有资产时，根据当时的市场情况以同类国有资产市场价计价。

(七) 其他单位投资转入的资产，按评估价值或合同、协议计价。

(八) 无偿调拨的国有资产，按原单位账面原值计价。

(九) 已投入使用但尚未办理移交手续的国有资产，可先按估价价值入账，待确定实际价值后，再进行调整。

第十一条 已经入账的国有资产，除发生下列情况外，不得随意变动其价值。

(一) 根据国家规定对国有资产重新估计；

(二) 增加补充设备或改良装置；

(三) 将国有资产的一部分拆除；

(四) 根据实际价值调整原来的暂估价值；

(五) 发现原国有资产价值记账有误。

第四章 国有资产账务管理

第十二条 医院国有资产应建立账务管理制度。具体要求：

(一) 财务科设置国有资产总账和一级明细分类账，每月必须与财产归口管理部门进行账账核对工作，确保账账相符；

(二) 财产归口管理部门即药械科、总务科设置二级明细分类账，分类分户管理，详细记录资产名称、规格、型号和财产编码、经济技术指标和使用变动情况，完善固定资产档案，录入国有资产管理信息系统，定期上报信息科；

(三) 使用部门设置本部门的资产台账，即资产明细账，详细登记其类别、品种、数量、



金额、领用日期、使用人、维修等具体情况，并会同财产归口管理部门定期进行账、物核对工作，确保账账相符、账物相符。

第五章 国有资产的日常管理

第十三条 医院建立健全的固定资产保管和保养制度，各使用部门切实做好防火、防盗、防爆、防潮、防尘、防锈、防蛀等工作。

第十四条 资产使用部门科室的第一负责人是部门国有资产管理的第一责任人，必须按归口管理部门的要求，具体落实使用保管直接责任人，规范管理科室的资产。

第十五条 对国有资产的检修工作应做到及时、经常。对大型、精密、贵重仪器设备要定期检测、校验，确保精度和性能完好，防止事故发生。对房屋构筑物应定期勘查、鉴定、修缮，确保使用安全。

第十六条 归口管理部门对精密、贵重及易发安全事故的仪器设备，要制定具体操作规程，并指定专人负责技术指导和安全教育工作，经常对使用人员进行技术培训和安全教育。

第十七条 医院国有资产一般不得对外出租、出借，确需出租、出借的，应由借出部门提出申请，归口管理部门审核，并书面提出申请，报经主管部门审核同意后，报同级财政部门审批。收回出租、出借的国有资产，应认真勘验。出租、出借国有资产取得的收入，应及时、足额上缴医院财务部门，按有关规定统一管理使用。

第十八条 建立固定资产使用情况检查和考核制度，根据医院的医、教、研等方面的业务需要，对长期闲置、利用率低下国有资产归口管理部门应及时进行合理调配，提高利用率。

第十九条 医院按照学校的统一部署进行国有资产清查。同时，医院建立固定资产清查制度。原则上归口管理部门对所管理的设备每两年进行一次清查盘点，并根据需要不定期地进行全面或局部清查，确保账、卡、物相符。对盘盈、盘亏的固定资产应及时查明原因，分清责任，按规定做出处理。

第六章 国有资产的增加、验收及入账

第二十条 国有资产的增加，是指购置、建造、改良、受赠、调拨等活动引起的国有资产数量 and 价值的增加。

第二十一条 医院国有资产的添置，必须遵循医院的需求与医院的财务状况相结合的原则。根据医院的规模、卫生技术人员的技术水平（条件）的现状、发展趋势和管理水平，是否需要和能否使用，统筹规划、逐步安排。同时又要考虑财务预算是否可能，充分考虑医院的短期和远期的支付能力。

第二十二条 属于基本建设范围的国有资产建筑安装工程，从立项到完工结算及交



付使用，一律按基本建设投资的有关规定办理。

第二十三条 不属于基本建设范围的，由使用部门提出年度预算计划，统一交管理部门综合平衡，经主管领导审批，纳入财务年度预算，按审批规定办理。

第二十四条 临时需添置固定资产，由使用部门提出申请，管理部门认定确有需要配置的，签署意见后呈主管院长审批。管理部门要加强对临时添置固定资产监控，并报财务科安排支出。

第二十五条 设备采购完成或工程项目竣工后，由承办部门凭中标通知书、采购（或工程）合同、经审批的发票、设备验收单（或工程完工验收单），结算报告等相关资料，到归口管理科室办理国有资产审核入账手续，并录入国有资产管理信息系统，及时上报信息科。

第七章 国有资产处置

第二十六条 医院国有资产处置，是指医院对占有、使用的国有资产进行产权转让或者注销产权的行为。处置方式包括出售、出让、转让、对外捐赠、报废、报损以及货币性资产损失核销等。

第二十七条 国有资产因丧失原有功能而属正常淘汰的，或因技术性能落后而强制淘汰的，或由非人为因素造成损毁且无修复价值的，均按正常报废处理。需要对外出售或捐赠的，应先按规定程序办理手续，再进行转让或捐赠。由于人为因素造成丢失或毁损的，除按非正常报废处理办理手续外，还应追究有关人员的管理责任和经济责任。

第二十八条 国有资产的处置严格按照《湖北科技学院国有资产处置实施细则》执行。

招标投标管理办法

第一章 总 则

第一条 为了加强医院医疗器械、药品、后勤物资、基建项目及维修工程等项目的管理，确保选购物品质优价廉，遏制购销环节中的不正之风，根据《中华人民共和国招标投标法》、《湖北省招标投标管理办法》、《关于医疗机构药品集中招标采购工作规范（试行）》、《湖北科技学院招标投标管理办法》等有关文件规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 招标投标应当遵循公开、公平、公正、择优和诚实守信的原则，实行项目负责制和责任追究制度。坚持质量第一和质量价格比最优相统一，科学评估，分管项目领导负责，集体决策，依法接受监督。根据招标项目的具体情况，按照程序，采用公开招标、邀请招标、竞争性磋商、竞争性谈判、询价、单一来源采购等不同的采购方式。

第二章 组织管理

第三条 医院成立招标工作领导小组，在医院党政联席会统一领导下，负责全院招



标工作。领导小组下设招标办，负责医院招标的日常事务工作。

第四条 组建医院招标评审专家库，人员原则上由本院医院管理专家、相关职能科室代表、医疗、医技、药学、医学工程、建筑工程、经济师（或会计师）等学科专家组成，必要时邀请院外专家参加。评标专家实行动态管理，每次开标前，在纪检部门监督下从专家库中随机抽选一定比例的专家参加评标。专家库人员名单由医院招标工作领导小组批准。

第五条 招标办负责编制招标文件，组织招标及评标工作。对医院所需的医疗器械、药品、后勤物资、基建项目及维修工程等项目进行采购。

第六条 招标办受理医院内部有关部门按招标规定范围提交的招标采购项目申请，组织开标和评审工作，公布中标结果，向中标人发出《中标通知书》。建立招标档案，再转交申购部门与投标人拟定合同。合同的标的、价款、质量、履行期限等主要条款应当与招标文件和中标人的投标文件的内容一致。

第三章 招标范围

第七条 凡是医院使用自有资金采购的医疗器械、药品、后勤物资、基建项目及维修工程等各类高值项目均应纳入招标采购范围，达到国家、省、市有关部门规定的标准以上的，按《中华人民共和国政府采购法》的要求，依据招标投标的法律规范，均应纳入省、市招投标交易市场管理。

规定范围内的项目未达到国家、省、市有关部门规定的标准，但达到下列标准之一的，必须进行院内招标：

（一）医疗器械类：单项估算价在 3 万元以上的医疗仪器设备；卫生材料、检验试剂及低值易耗品等批量采购在 5 万元以上的（已纳入咸宁市集中采购平台按相关标准执行）；

（二）药品类：根据湖北省政府有关规定，药品类已参加省卫生厅统一组织的药品集中招标采购。根据六部委文件卫规[2001]308 精神，有下列情形之一的不实行招标采购：因战争、自然灾害等；发生重大瘟疫、重大事故等；卫生部和省级人民政府认定的其他情形需进行紧急采购的药品；

（三）基建项目及维修工程类：

- 1、单项施工合同估算价在 10 万元人民币以上的；
- 2、修缮施工单项合同估算价在 5 万元人民币以上的；
- 3、与工程建设有关的重要设备、材料等的采购，单项估算价在 3 万元人民币以上的；

（四）后勤物资类：单品种年用量估算价在 5 万元以上的绿化工程、后勤物资、大宗家具、办公用品、印刷品等；

（五）勘察、设计、监理、保险等服务采购，单项估算价在 3 万元人民币以上的；

（六）审计项目单项送审金额达 100 万元人民币以上的；



(七) 其它由政府特殊规定或院领导批准的招标项目。

本条各款均为人民币，所称“以上”均含本数。低于本数金额的采购项目需要进行招标的，参照本办法执行。

所有招标项目必须审批手续齐全且资金得到落实后方能进行招标。

第四章 招标程序

第八条 医院招标应遵循以下程序：

(一) 按照医院规定的招标范围受理经党政联席会批准立项的招标项目申请，确定招标品种、数量、预算金额，经办部门须详细填写《招标委托书》，送交招标办登记，招标办在5个工作日内给予答复招标安排。

(二) 招标办负责发布招标公告或邀请招标，根据国家的有关规定和医院的具体情况，部分项目由招标办联系，委托省、市有相应招标资质的招标代理机构进行招标。

(三) 编制招标文件、合理确定标底价格。

(四) 审核投标企业的资质及其产品的合法性，查看证照是否齐全、真实，为符合投标准入条件的企业办理登记手续。

(五) 根据招标文件的要求进行招标。

(六) 根据招标项目的需要，选择公开招标、邀请招标等招标方式。

(七) 医院纪检、财务、审计等有关部门监督整个招标过程。数额较大的招标项目，请学院纪委予以监督。

(八) 从评审专家库中随机选择一定数量的评标专家，组成评标委员会，按照评审标准进行评标，推荐出项目中标公司。

(九) 评标人员应当客观公正地履行职责，遵守职业道德，对所提出的评审意见承担个人责任，与投标人有关系的招标及评标人员应主动回避参与招标工作。

(十) 编写评标报告，公布中标结果，无异议后，制发《中标通知书》，限定1月之内由经办科室与中标方拟定合同，上报院长审批。

(十一) 中标合同不得转让，主体工程不得分包。

(十二) 招标办负责将中标通知书影印件及有关评审资料建档备案，可将中标项目的实际价格报上级部门及物价部门备案。

第五章 招标相关部门及主要职责

第九条 使用科室应向业务职能部门提交书面项目申请书，同时需承担：

1、负责提供需采购招标项目的共性技术参数、指标、性能。（不能指定品牌、生产厂家或供应商）。

2、以书面形式提供招标项目的可行性论证报告，可行性论证报告需包括：招标项目



的主要功能、该招标项目开展的项目、购置招标项目的预算、预测招标项目使用率、保证此使用率的方案、该设备在国外、国内领先水平的评估等内容。

3、若在投入使用后，出现使用率低下，无法正常开展业务并达到预期收益的，由使用科室承担相应责任。医院因特殊要求必须购置的设备不在考核之列。

4、使用科室参与招标、开标、评标、商务谈判、合同签订活动。

5、协助业务职能部门对中标招标项目的配置清单进行确认。

6、协助业务职能部门对项目设备到货后的验收（主要性能、型号、质量认证等）。

第十条 业务职能部门主要承担：

1、审核项目申请并确定招标项目使用科室提供的技术参数。

2、负责招标项目的市场询价和论证。

3、详细填写《招标委托书》。

4、负责确认《招标文件》中有关技术参数、性能、售后服务条款。

5、与使用科室落实招标项目的售后服务、保质维修工作。

6、参与开标、评标、商务谈判。

7、负责组织招标项目到货后的验收（主要性能、型号、质量认证等）。

8、与中标单位签订合同，落实招标项目的及时采购工作。

第十一条 招标办主要承担：

1、负责接受、整理业务主管部门递交的招标申请资料。

2、向招标工作领导小组汇报项目申请情况并根据领导小组意见落实组织招标工作事宜。

3、负责与招标代理公司接洽协调并推进招标工作的实施。

4、负责建立由各类专业技术人员组成的专家库，实施招标时随机组成招标小组，由招标小组对审查招标文件进行审核，合理确定标底价格。

5、负责招标工作场所、时间、参评部门的确定、协调和通知。

6、负责招标过程的文案记录及归档资料收集、整理、管理。

第十二条 财务科主要承担：

1、招标项目资金可行性论证，确定资金来源。

2、对投标保证金、履约保证金进行管理。

3、协助业务职能部门制定项目付款方式。

4、协助参与招标、开标、评标、商务谈判、合同签订活动中有关资金的核实、计算。

第十三条 党群办，主要承担项目纪检、审计工作：

1、审查投标单位资质的合法性以及是否具有生产、经营所投招标项目的资质。

2、按国家、各地区有关资质要求的规定，确定供应商应提供的资质内容。

3、监督招标全过程的合法、公正、公平性。

4、审查合同内容科学规范性、与招标文件一致性及合同的落实情况。



5、监督招标相关工作人员做好廉洁自律工作。

6、受理招标过程中的检举和投诉及调查处理。对出现问题的招标项目，追究有关人员的责任。

第六章 招标纪律

第十四条 对违反本办法的投标单位，由招标办提出改进意见，情节严重或拒不改正者，取消其投标资格；在实施招标活动中，招标或评标人员违反本办法，由医院纪检部门处理；情节严重的，交学院纪委进行处理，构成犯罪的由司法机关依法追究其刑事责任。

第十五条 在招标投标过程中，如果严重违反本办法及有关规定，招标投标结果可宣布无效。

第十六条 招标办可定期或不定期向医院党政联席会汇报招投标情况，由党群办和财务部门监督审查合同内容。

第十七条 本办法适用于院内招标采购，自发布之日起实行，原管理办法自即日起予以废止。

第十八条 本办法由医院招标办负责解释。

固定资产清查制度

为规范我院固定资产管理，提高固定资产使用年限，防止资产流失，确保医院财产安全，制定本制度。

第一条 盘点范围及内容

盘点范围包括土地、建筑物、专用设备、一般设备、其他固定资产等。

盘点内容包括核实资产数量、型号（面积）、价值；核查资产质量，损毁情况。

第二条 固定资产清查盘点的方法

固定资产清查盘点分为每年一次的全面盘点和不定期抽点，清查盘点的方法为实地盘存法。

每年一次的全面盘点：医院各使用部门、各科室对部门、科室所属固定资产每年确定的固定时间段进行一次全面盘点。

不定期抽点：由信息科会同实物管理部门，做随机抽样盘点。盘点日期及项目，以不预先通知固定资产使用科室为原则。

第三条 固定资产盘点流程

（一）每次盘点，盘点现场至少应包括信息科、固定资产管理部门及固定资产使用科室资产管理人。



(二) 盘点物品时，由固定资产管理部门提供实物清单，并以此为据进行现场盘点，包括点计数量、价值、核对规格（型号）、核查资产质量、损毁情况等。盘点人应依据实际盘点信息，如实详尽记录于“盘点统计表”（一式两联）上，无误后盘点人于该表上互相签名确认，各自存一联，备日后查核，若核对有出入者，必需再重新盘点。

(三) 全部盘点完毕，固定资产管理部门应将“盘点统计表”汇总后一式两联，由盘点人员相互签名确认后，第一联由固定资产管理部门自存，第二联由信息科留存，供核算盘点盈亏金额。

(四) 信息科收到“盘点统计表”后，与自己的帐内资产清单进行核对。除计算盘亏盘盈金额、数量外，尚需检查资产的辅助信息是否完整等，并出具盘点报告表（一式二联）送实物管理部门填列差异原因的说明及对策后，第一联固定资产管理部门留存，第二联信息科自存（最后归档备案）。

(五) 对于盘点情况及在盘点中发现的问题，实物管理部门应尽快查明具体原因，写出书面报告，提出处理意见，待上报批复后再做处理。

第四条 赔偿处理

固定资产管理人员、使用人有下列情况，上报党群办并按固定资产原值赔偿：

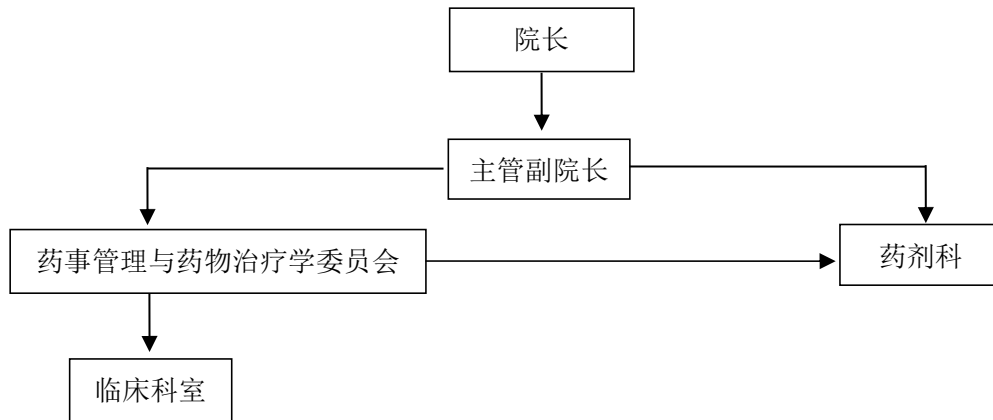
- (一) 对所保管的财物有盗卖、掉换或化公为私等营私舞弊者；
- (二) 对所保管的财物未经报准而擅自移转、拨借或损坏不报告者；
- (三) 未尽保管责任或由于过失致使财物遭受被窃、损失或盘亏者。



药械相关制度



医院药事管理组织结构



关于调整药事管理委员会和药物治疗委员会的通知

各科室：

为进一步贯彻执行《中华人民共和国药品管理法》及《医疗机构药事管理条例》的规定，加强我院基本药物的评定，保证临床用药的安全、有效、合理和经济，提高药物治疗水平，结合我院实际，经院党政联席会议研究决定，调整药事管理委员会和药物治疗委员会成员组成。调整后人员名单如下：

主任委员：黎群武

副主任委员：刘祖松 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩 查文良
雷振宇 赵大运

委员：（按姓氏笔画排序）

孔祥槐 毛开新 王兵华 毛春华 毛时斌 邓卫东
余红光 余琼华 周益辉 周红 周卫东 洪丽
赵正据 徐魁 涂亚莉 唐鹏 徐良雄 程平
彭圣威 曾德志 蔡慧兰 黎练军 樊学文

委员会下设办公室，办公地点设在药械科。



医院药事管理与药物治疗学委员会章程

第一章 总则

第一条 根据国家《中华人民共和国药品管理法》和《医疗机构药事管理规定》等药政法规和管理条例的有关规定，医院成立药事管理委员会（以下简称药事委员会）。为规范药事委员会的各项管理制度，特制定本章程。

第二条 药事委员会是医院药事管理和药品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。应在主管院长的领导下开展工作，日常工作由药剂科负责。

第二章 职责和任务

第三条 药事委员会的职责

在上级药政机关指导下，在医院主管院长领导下，负责组织实施医院的药事管理工作。认真贯彻落实《中华人民共和国药品管理法》等国家的药政法规，依据有关的法律、法规、条例，制定颁布我院有关药事管理工作的规章制度并监督实施，促进合理用药，规范化审批全院用药计划，使医院药品管理达到法制化、规范化和科学化的要求。

第四条 药事委员会的任务

1. 学习、贯彻药政法规，监督检查全院的贯彻执行情况。
2. 制（修）订《医院基本用药目录》。
3. 指导、检查全院合理用药，并把合理用药作为考核医生执业水平的一项重要内容。
4. 组织评价药物的临床疗效及不良反应，提出淘汰品种意见。
5. 组织分析医院药物使用情况，及时研究、解决本院药疗事故、严重用药差错和其它医疗用药的重大问题。
6. 审定医院用药计划，审批新药申购计划。
7. 开展医院药学学术活动。举办药学进展、新药介绍、药物不良反应、药政管理等培训讲座，主办《药讯》。
8. 组织检查医用毒性药品、麻醉药品、精神药品及医用放射性药品的使用和管理情况。
9. 提出与药事管理有关的奖惩事项的建议。

第三章 组织机构和运行机制

第五条 组织机构

1. 药事委员会由医院主管业务的院长、副院长、医务科、药剂科、护理部、感控办及有关部门的负责人和具有专业代表性的技术人员组成。



2. 药事委员会设主任委员 1 人，由院长担任。副主任委员 8 人，由分管院长担任。委员 23 人，由具有专业代表性的各学科人员担任。

药事委员会组成人员名单如下：

主任委员：黎群武

副主任委员：刘祖松 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩 查文良
雷振宇 赵大运

委员：（按姓氏笔画排序）

孔祥槐 毛开新 王兵华 毛春华 毛时斌 邓卫东
余红光 余琼华 周益辉 周红 周卫东 洪丽
赵正据 徐魁 涂亚莉 唐鹏 徐良雄 程平
彭圣威 曾德志 蔡慧兰 黎练军 樊学文

委员会下设办公室，办公地点设在药械科。

第六条 工作制度

1. 主任委员负责召集委员开会研究医院药事管理的有关问题，必要时可邀请院内外有关专家参加。

2. 原则上会议每季度一次，总结和检查工作，安排下阶段工作，审核新药和新制剂的报批材料。遇特殊情况可由 3 名以上委员提议，主任委员同意召开临时会议。

3. 药事委员会会议应在有一半以上委员出席的情况下召开。

4. 药事委员会会议的决议应经参加会议一半以上有投票权的委员同意方可通过、颁行。

5. 药剂科是药事委员会的执行机构，负责落实药事委员会的决议。

6. 药剂科是药事委员会的常设机关。在药事委员会闭会期间，药剂科可以在其权限范围内，履行其药事管理职能，做出临时性决定。在此期间遇不能自行处理的事项，应及时向主任委员请示，或依据本条第二款的规定提议召开临时会议。药剂科的所有临时性决定均应在下次药事委员会会议上进行通报，并经会议通过方可成为正式决议。

7. 主任委员不能履行其职责时，可由副主任委员依次临时主持药事管理委员会的工作。

第七条 药事委员会向医院负责，有责任向医院报告工作情况。

第八条 药事委员会委员的产生：药事委员会的委员实行兼职聘任制。应在医院行政科室和科主任任命完成后由院长或主管业务的副院长提名，院长办公会通过批准。一般聘用期为三年，可连选连任。特殊情况可由药事委员会的主任委员提名按上述程序做出调整。

第四章 委员的权利和义务

第九条 委员的权利



1. 按有关法律和规定，独立履行职责并对药事委员会负责，不受任何单位和个人的干涉。
2. 对医院药事管理问题进行评议，提出意见和建议。
3. 对医院各科用药进行监督检查。
4. 提出或联署会议议案。
5. 参加药事委员会会议，发表意见，参与讨论和表决。因故不能参加会议的，可以采取书面形式发表意见，参加表决。
6. 在药事委员会闭会期间，监督药剂科的药事管理工作。

第十条 委员的义务

1. 应按时参加会议，并本着认真负责和科学公正的态度参与议题的讨论和决议的表决。
2. 对药事委员会的有关议题和决议应保守秘密，特别是对新药申购计划的讨论情况、审评意见及其它有关情况须予以保密。
3. 若委员与药事委员会讨论的议题有直接利害关系，该委员应主动向主任委员申明并在评议表决时回避。
4. 委员不得接受与新药申请有关的单位和个人的馈赠，不得私下与新药生产、供货单位、人员进行可能影响到公务的接触。
5. 委员有义务向药事委员会举报任何单位和个人不公正、不廉洁行为。
6. 收集药事管理信息，征集有关意见和建议，经过整理后提交给药事委员会参考。
7. 学习有关法规和知识，参加有关培训，不断提高药事管理水平和能力。
8. 委员应积极宣传并带头落实药事委员会各项决议。

第五章 附则

第十一条 本章程下列用语的含义

1. 医院药事管理 是指对医院药剂科及其业务进行的管理活动。
2. 新药 是指我院未使用过的药品。我院已使用过的药品改变给药途径、剂型、规格、品牌、因各种不良事件停用一年以上的药品亦按新药管理。
3. 药品不良反应 是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目无关的或意外的有害反应。

第十二条 本章程由医院药事委员会负责解释。

第十三条 国家相关的药政法律、法规、条例变化时，由药剂科负责起草修改草案和修改说明，报请医院药事委员会审核批准。



药事管理与药物治疗学委员会会议制度

1. 药事管理与药物治疗学委员会原则上每季度召开一次。会议应听取药剂科的工作汇报，就会议议题进行充分、民主地讨论并做出决议。
2. 相关部门整理好需讨论的议题，提前1周交药剂科，药剂科负责汇总，于会议召开前报主任委员审阅，并按委员人数印制，发给全体委员审阅。
3. 会议由主任委员主持，参会人数须超过应到人数的3/4。若主任委员不能履行其职责时，可由副主任委员依次临时主持药事管理委员会的工作。
4. 会议的内容：
 - ①审查医院合理用药的情况；
 - ②审查需要淘汰或停用的药品；
 - ③医院药品不良反应的监测情况；
 - ④审核医院基本用药供应目录；
 - ⑤其他与药事管理相关的实物。
5. 会议讨论：会议内容问题解决（改进）措施、应达到的标准、责任人及落实时限。
6. 会议决议：应经出席会议的3/4以上委员的同意方可通过。
7. 药剂科负责决议落实工作的协调、监督、检查、指导，遇到不能裁决的问题，应及时与有关部门（人员）协商，或向主任委员报告。
8. 药事管理与药物治疗学委员会秘书负责会议通知、资料准备与发放、会议记录、全部文件的建档和保管工作。
9. 会议形成的信息中可以公开公布的，应采用适当的形式及时向有关人员发布。
10. 医院全体人员均有义务了解会议精神，发现药事管理问题并通过规定渠道向会议提出意见和建议。

抗菌药物应用管理办法

为规范我院抗菌药物的使用，给病人提供最恰当的用药选择与治疗方案，最大限度地保障病人安全、有效、合理地使用抗菌药物，根据《抗菌药物临床应用管理办法》规定，制定我院抗菌药物应用管理办法。

1. 药事管理与药物治疗学委员会是本院抗菌药物临床应用的管理和指导机构，负责抗菌药物临床应用的管理和医师合理用药的指导工作。
2. 医院不断完善病原微生物检测工作，为临床医师正确使用抗菌药物提供依据。
3. 医师应根据药物的抗菌谱、药物代谢动力学特点以及致病菌的敏感度综合考虑，



合理选择、正确使用抗菌药物（品种、剂量、剂型、给药途径、给药次数和疗程）。避免过度依赖经验性或臆断性用药，避免不恰当使用广谱抗菌药物，禁止单纯从经济收益考虑滥用抗菌药物。住院病人抗菌药物使用率 $< 60\%$ 。

4. 医师应根据患者的生理、病理、免疫及经济等具体情况，制定个体化用药方案。对特殊病理、生理状况患者（老年、婴幼儿、孕产妇、肝肾功能不全患者）的抗菌药物选用尤其要慎重考虑。

5. 医师应严格掌握抗菌药物的适应症。缺乏细菌及有关病原微生物感染的依据、诊断不能成立，以及病毒性感染者，均不能无指征应用抗菌药物。

6. 医师应按照必要性，可行性，有效性严格控制抗菌药物的预防性应用。不得无指征预防性使用抗菌药物。通常不宜常规预防性应用抗菌药物的内儿科情况有：普通感冒、麻疹、水痘等病毒性疾病，急性发生的昏迷、休克、中毒、心力衰竭及肿瘤（未合并细菌感染）和应用肾上腺皮质激素等患者。

手术科室为预防术后切口感染，应针对金黄色葡萄球菌选用药物；预防手术部位感染或全身感染，则需视手术野污染或可能的污染菌种选用。接受清洁手术者，在术前 0.5-2 小时给药，或麻醉开始时给药，使手术切口暴露时局部组织中已达到足以杀灭手术过程中入侵切口细菌的药物浓度，如手术时间超过 3 小时，或失血量超过 1500ml，手术中可给予第二剂，使药物有效覆盖至手术结束后 4 小时，但总用药时间不超过 24 小时，必要时可延长至 48 小时；接受污染手术者，可根据患者情况酌情延长；对手术已形成感染者，抗菌药物按治疗性应用而选用。

7. 抗菌药物联合应用的主要目的是为了提高疗效、降低毒性、延缓或避免耐药性的产生。多数细菌感染只需一种抗菌药治疗，临床只需要使用一种抗菌药物能够达到治疗目的时，不应联用第二种；在感染特别严重，估计有两种以上细菌合并感染或使用一种抗菌药物难以控制的感染，才考虑联合使用相应的抗菌药物。但一般在同一处方中联合应用抗菌药物不得超过 2 种，若病情需要联合应用 2 种以上抗菌药物时，使用前应征得主治或以上医师同意并签名。

8. 医师应根据感染部位、感染程度正确选择给药途径，一般应尽量选择口服给药，对通过静脉给药应严格控制，抗菌药物一旦使用不宜频繁更换药物，疗程不宜过长。门诊使用抗菌药物，一般不超过三日，最长不超过七日（抗结核药除外）。避免不恰当超疗程、超剂量使用。

9. 实行抗菌药物分级使用原则。我院设非限制使用、限制使用、特殊使用三个级别。非限制使用为疗效肯定、不良反应少、价格合理、资源充足的一类抗菌药物，处方医师可根据患者病情合理使用；限制使用类为疗效好，但不良反应相对较大或价格比较昂贵的一类药物，医师处方应有主治或以上职称者签名同意；特殊使用类为疗效好，但价格昂贵或属近期研制的保留抗菌药物，医师使用此类药物应有确凿依据（细菌培养及药敏试验），



并经有关专家会诊同意，处方由副高以上职称和科主任签名。紧急情况下，医师可越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限一天用量。

10. 医师凡使用、更换、停用抗菌药物，均应在病历上有详细分析、完整记录。

11. 药师应积极参与合理用药指导工作。对用药不合理的处方，药师应直接与处方医师联系（药师不得直接与病人或家属谈论用药是否合理），并提出合理建议。对拒不纠正的医师处方，药师有权拒绝发药，并应向院医疗质量管理部门报告，院医疗质量管理部门接到报告后，应在认真调查后作出相应处理。

12. 由不合理用药及不恰当解释所引起的医疗纠纷，处方医师和发药药师应承担相应的责任。

抗菌药物临床应用监测与评价制度

一、医院成立抗菌药物临床应用管理工作小组，负责每月开展抗菌药物临床应用监测，对抗菌药物临床应用指标进行统计，并对抗菌药物应用合理性进行点评。

二、抗菌药物临床应用监测的重点：

1. 重点监测疾病：I类切口围手术期抗菌药物的预防使用；
2. 重点监测药物：使用量前10种的抗菌药物；
3. 重点监测医师：抗菌药物使用量前10种中的前10名科室和医师。

三、监测的内容：

1. 门诊患者就诊使用抗菌药物的百分率；
2. 急诊患者就诊使用抗菌药物的百分率；
3. 住院患者使用抗菌药物的百分率；
4. 住院患者抗菌药物使用强度（DDD）；
5. 住院患者住院用抗菌药物患者病原学检查百分率；
6. 住院患者介入治疗预防用抗菌药物百分率；
7. 住院患者清洁手术预防用抗菌药物百分率。

四、用药合理性点评：

抗菌药物使用的适宜性、用法用量、疗程（天数）、是否送检、病程记录是否记录，联合用药指征，配伍禁忌，围手术期预防用时间、疗程等。将点评结果上报党群办、医务科，由其进行相应奖惩及干预。

五、对以下抗菌药物临床应用异常情况开展调查：

1. 使用量异常增长的抗菌药物；
2. 半年来使用量排名，始终处于医院前10位的抗菌药物；
3. 临床经常超适应症、超剂量使用的抗菌药物；



4. 企业违规销售的抗菌药物；
5. 频繁发生严重不良反应的抗菌药物。

六、开展抗菌药物专项处方点评。

七、上报国家抗菌药物临床应用监测网相关数据。

八、定期对本院所使用的抗菌药物进行评估，对存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差和违规促销的抗菌药物品种予以清退。

国家基本药物优先使用和合理使用制度

为了进一步规范基本药物使用和管理，保障人民群众基本用药，根据卫生部等九部委《关于建立国家基本药物制度的实施意见》和《湖北省贯彻执行国家基本药物制度的实施意见》，结合我院实际，制定本制度。

一、配备和使用国家基本药物，同时需符合一品两规的原则，基本药物作为首选药物，使用金额不得少于药品总使用金额的40%。

二、药房要定期公示基本药物价格，接受公众监督。对参保人员按购进价实行零差率使用。

三、基本药物保管、购进、不良反应的监督管理应遵守国家药品管理法律、法规、规章。

四、属于基本药物目录中麻醉药品、精神药品、计划生育药具、免疫规划疫苗以及免费治疗的传染病用基本药物等按国家有关规定执行。

五、实行处方点评制度，按《处方点评规范》点评处方内容，对评定为不合理处方和超常处方进行经济处罚。由分管院长组织基本药物药事委员会和相关专家，按季度定期对基本药物处方和处方调剂指标执行情况进行追踪检查、统计分析。定期公布不合理处方与药品调剂以及超常预警，干预不合理用药行为。

六、药剂科加强药事行政管理，要完善医师处方、药师调剂监督检查和药师审核处方制度，医教科每年至少组织一次对临床医师、药师进行基本药物合理使用的培训，鼓励医师优先合理使用基本药物，发挥临床药师在参与临床药物治疗和规范临床用药行为的作用，为安全、有效、经济的合理用药提供保障。

七、医师和药师要根据患者病情，合理开具和调剂所需药品，对药品的有关情况有告知义务。患者有权知悉处方所列药品的相关信息，有优先选择治疗效果相同或相近基本药物权利。

八、医务科加强合理用药舆论宣传与教育引导工作，提高公众合理用药意识，普及公众合理用药常识，改变不良用药行为，提高城乡居民对基本药物的认知度和信赖度，形成有利于基本药物制度实施的良好社会氛围。

九、执业医师有下列行为之一的，给予通报批评，两年内不得晋升职称或职务。



(一) 故意不使用基本药物；

(二) 不按照《处方管理办法》规定和《国家基本药物处方集》和《国家基本药物临床应用指南》相关要求开具处方的；

(三) 不能正确引导患者接受基本药物治疗，故意制造医患矛盾和纠纷的。

十、医院其他相关工作人员有下列行为之一的，视情节轻重，给予通报批评，取消两年内晋升职称、职务资格；情节严重的，给予开除公职或者予以解聘。

(一) 不按规定执行基本药物价格的；

(二) 不按规定如实统计药品使用情况的；

(三) 不按规定认真查验申购药品的入库、出库，发现假劣药品或质量可疑药品没有及时报告的。

药品不良反应报告和监测管理制度

1. 为加强我院药品不良反应的监查，确保人民用药安全，根据《中华人民共和国药品管理法》及《药品不良反应监测管理办法》的有关规定，制定本制度。

2. 药品不良反应系指药品在正常用法、用量情况下所出现的与治疗作用无关的有害反应。药品不良反应的病历报告资料不得作为医疗纠纷、医疗诉讼的依据。报告的内容应保密。

3. 药品不良反应的报告范围：新药所有不良反应均需报告。老药除常见不良反应不报外，其他不良反应均需报告。

4. 本院实行药品不良反应报告制度。各药品使用部门应对临床所使用的药品实行不良反应监控。

5. 本院成立药品不良反应监测领导小组、工作小组及监督员三级网络。药剂科负责药物不良反应监测工作小组的日常工作。

6. 不良反应监测工作在湖北省临床药品不良反应监测中心指导下，组织开展本院的药品不良反应监测及药物警戒工作。

7. 药品使用部门一经发现疑为药品不良反应事件的，由相关部门的工作人员立即通知药品不良反应监测工作小组。由药品不良反应监测工作小组会同报告部门负责药品不良反应报告的收集、整理，按国家规定填写“药品不良反应/事件报告表”、“药品群体不良反应/事件报告表”。

8. 药品不良反应监测工作小组负责药品临床使用安全性和合理性方面信息的搜集和整理，为本院的临床药事管理工作提供决策信息和依据。对上报的不良反应报告及时报告所在辖区内的食品药品监督管理局及市临床药品不良反应监测中心。



附：医院药品不良反应 / 事件报告程序、报告范围及填表要求

（一）报告程序

1. 应严密监测本单位使用药品的不良反应情况，一经发现可疑不良反应，按附表要求及时填写报告表（报告表可复制使用），并及时网上传报全国药品不良反应检测网络，并在每季度末上报湖北省医疗机构药品不良反应中心。

2. 严重、罕见或新的药品不良反应事件（或病历）须用有效方式快速报告，最迟在15个工作日内报市药品反应监测中心。

3. 一旦发现防疫药品、普查普治用药、预防用生物制品出现群体和个体不良反应病历，立即向市药品不良反应监测中心报告。

（二）报告范围

上市5年以内的药品和列为国家重点监测的药品，报告有可能引起的所有可疑不良反应；上市5年以上的药品，主要报告严重的、罕见的或新的不良反应。

严重的药物不良反应是指造成器官损害、致残、致畸、致癌、致死以及导致住院治疗或延长住院时间的反应。

新的药品不良反应是指药品说明书或有关文献资料上未记载的不良反应。对上市5年以上的药品，已知的比较轻微的不良反应不要求报告。

（三）报表及注意事项

1. 报表：药品不良反应 / 事件报告表（医疗单位使用）（可复印，此略）

2. 填表注意事项：

（1）药品不良反应监测工作中所指的药品不良反应主要是指药品在正常用法用量情况下出现的与用药目的无关的有害反应，所指药品包括化学药品、中药制剂、抗生素、生化药品、放射性药品、生物制品、诊断药品及置（植）入体内的生物材料和医疗器械，这些药品是已经药品监督管理部门审查、批准，取得药品生产批准文号的或是取得进口药品许可证，并经检验合格的产品。

（2）批准上市5年（以药品包装上的批准文号为准）以上（含5年）的药品，主要报告严重的、罕见的或新的不良反应。批准上市不满5年的药品，各种可疑的药品不良反应，包括轻度反应，都应报告（包括因果关系难以确定的）。

（3）药品不良反应报告资料是药物评价的重要依据，由于报告的“不良反应”仅仅是一种“疑问”，为避免不必要的混乱，在药品监督管理部门确认前，报告资料应予保密。报告资料不能作为医疗纠纷、医疗诉讼和处理药品质量事故的依据。

3. 填表须知：

（1）药品不良反应报告表是药品安全性监测工作的重要档案资料，需长期保存，务必用钢笔书写（用蓝或黑色墨水），填写内容、签署意见（包括有关人员的签名）的字迹



要清楚，不得用报表中未见规定的符号、代号、不通用的缩写和草体签名等。表格中的内容必须填写齐全和确切，不得缺项。在表格相应的方框内，应填入√。

(2) “不良反应主要表现”要求对不良反应的主要表现和体征描述详细、具体、明确。如为过敏性皮疹应填写类型、性质、部位、面积大小等；如为心律失常，要填写属何种类型；如为消化道出血，有呕血者需估计呕血量的多少等。处置情况主要是针对临床上出现的不良反应而采取的医疗措施。临床检验要求填写与可疑不良反应有关的检验结果，要尽可能明确填写。

(3) “引起不良反应的药品”：主要填写报告人认为可能是不良反应原因的药品，如认为有两种药品均有可能，可将两种药品的情况同时填上；药品名称要填写完整，不可填任意简化的名称；生产厂家要求填写全名；给药途径应填口服、肌注；如系静脉给药，需填明是静脉滴注或缓慢静脉注射等。

(4) “用药起止时间”：是指药品同一剂量的起止时间，均需填写×年×月×日。用药过程中剂量改变时应另行填写或在备注栏注明，如某药只用一次或只用一天可具体写明。

(5) “用药原因”：应填写具体，如患高血压性心脏病的病人合并肺感染因注射氨苄西林引起不良反应，则此栏应填写：肺部感染。

(6) “并用药品”：主要填写可能与不良反应有关的药品，与不良反应无关的药品不必填写。

(7) “不良反应结果”：是指本次药品不良反应经采取相应的医疗措施后的结果，不是指原患疾病的后果，例如患者的不良反应已经好转，后又死于原疾病或不良反应无关的并发症，此栏仍应填“好转”，如有后遗症，需填写其临床表现。

(8) “关联性评价”：评价结果、负责人的签名、日期均需填写齐全，与检测报告表的完整密切相关。

(9) 紧急情况包括严重的、特别是致死的不良反应应以最快通讯方式（电话、传真、特快专递、E-mail）将情况报国家不良反应监测中心。

(10) 编号一栏由省、自治区、直辖市药品不良反应监测机构填写。

填写完整的药品不良反应报告表、药物治疗错误报告表，送至医院药品不良反应监测中心（医院药事管理委员会、药剂科），集中上报。

肠外营养治疗规范

肠外营养（parenteral nutrition, PN）是经静脉途径供应病人所需要的营养要素，包括能量物质（碳水化合物、脂肪乳剂）、必需和非必需氨基酸、维生素、电解质及微量元素。目的是使病人在无法正常进食的状况下仍可以维持营养状况、使体重增加和创伤愈



合，幼儿可维持生长、发育。肠外营养分为完全肠外营养和部分补充肠外营养。全部营养从肠外供给称全胃肠外营养（total parenteral nutrition, TPN）。肠外营养的途径有周围静脉营养和中心静脉营养。

一、肠外营养治疗适应症：

肠外营养是临床营养治疗的重要组成部分，凡是需要营养治疗，但又不能或不直接受肠内营养治疗的患者均为肠外营养治疗的适应症。

（一）基本适应症：胃肠道功能障碍或衰竭患者

1. 肠功能衰竭：胃肠道梗阻（贲门癌、幽门梗阻、肠梗阻）、胃肠道吸收面积不足（短肠综合征、肠痿等）、小肠疾病（Crohn's病、肠结核、小肠缺血性病变等）、放射性肠炎、严重腹泻及顽固性呕吐等；

2. 重症胰腺炎；

3. 高代谢状态危重病人：大面积烧伤、严重复合伤、感染等；

4. 蛋白质 - 能量营养不良合并脏器功能衰竭、严重感染、某些恶性肿瘤或创伤者；

5. 严重腹泻、顽固性呕吐 >7 天；

6. 大剂量化疗、放疗或接受骨髓移植病人；

7. 大手术、创伤的围手术期：营养支持对营养状态良好者无显著作用，相反可能使感染并发症增加，但对于严重营养不良病人可减少术后并发症。严重营养不良者需在术前进行营养支持 7-10 天；预计大手术后 5-7 天胃肠功能不能恢复者，应于术后 48h 内开始肠外营养支持，直至病人能有 50% 的肠内营养或进食量；

8. 重要脏器功能不全：

①肝功能不全：肝硬化病人因进食量不足易导致营养不良，肝硬化或肝肿瘤围手术期、肝性脑病、肝移植后 1~2 周，不能进食或接受肠内营养者不足 50% 者应给予完全或部分肠外营养。

②肾功能不全：急性分解代谢性疾病（感染、创伤或多器官功能衰竭）合并急性肾功能不全、慢性肾功能不全透析病人合并营养不良，因不能进食或接受肠内营养不足时需行肠外营养。

③心、肺功能不全：常合并蛋白质 - 能量混合型营养不良。肠内营养能改善慢性阻塞性肺病（COPD）临床状况和胃肠功能，可能有利于心衰病人（尚缺乏证据）。COPD 病人理想的葡萄糖与脂肪比例尚未定论，但应提高脂肪比例、控制葡萄糖总量及输注速率、提供蛋白质或氨基酸（至少 1g/kg·d）。

（二）特殊的 TPN - 根据患者特殊需求，增添或减除调整营养制剂

1. 继发于疾病所致的代谢紊乱、或器官功能障碍；

2. 营养不足和超负荷共存；

3. 适应症需要增加某种营养素剂量，以其药理学特性来影响临床结局，如：谷氨酰胺、



ω-3 脂肪酸、抗氧化剂、支链氨基酸等。

二、肠外营养治疗相对禁忌症：

1. 胃肠道功能正常，能获得足量营养者
2. 估计需肠外营养治疗少于 5 日者
3. 需急诊手术者，术前应纠正水电解质紊乱、酸碱失衡，以补液为主，不宜肠外营养
4. 临终或不可逆昏迷病人（注：当患者家属有强烈要求者应考虑患者家属的要求）

三、营养风险筛查：

营养风险：目前营养状况和因应激代谢临床情况导致需求增加而影响营养状况和临床结局的风险。

住院患者营养风险筛查（NRS-2002）评估表

1. 患者资料

姓名：		住院号：	
性别：		病区：	
年龄：		床号：	
身高（cm）：		体重（kg）：	
临床诊断：			

2. 疾病状态

疾病状态	分数	若“是”请打钩
● 骨盆骨折 或者 慢性病患者合并有以下疾病：肝硬化、慢性阻塞性肺病、长期血液透析、糖尿病、肿瘤	1	
● 腹部重大手术、中风、重症肺炎、血液系统肿瘤	2	
● 颅脑损伤、骨髓抑制、加护病患（APACHE>10分）	3	
合计		

3. 营养状态

营养状况指标（单选）	分数	若“是”请打钩
● 正常营养状态	0	
● 3 个月内体重减轻 >5% 或最近 1 个星期进食量（与需要量相比）减少 20%~50%	1	
● 2 个月内体重减轻 >5% 或 BMI18.5~20.5 或最近 1 个星期进食量（与需要量相比）减少 50%~75%	2	



● 1个月内体重减轻>5%(或3个月内减轻>15%)或BMI < 18.5 (或血清白蛋白 < 35g/L)或最近1个星期进食量(与需要量相比)减少 70%~100%	3	
合计		

4. 年龄

年龄 ≥ 70 岁加算 1 分	1	
-----------------	---	--

5. 营养风险筛查评估结果

营养风险筛查总分	
● 总分 ≥ 3.0: 患者有营养不良的风险, 需营养支持治疗	
● 总分 < 3.0: 若患者将接受重大手术, 则每周重新评估其营养状况	
执行者:	时间:

营养风险筛查 NRS (2002): 营养风险筛查 (nutrition risk screening, NRS2002) 是欧洲肠外肠内营养学会 (ESPEN) 推荐使用的住院患者营养风险筛查方法。

NRS (2002) 总评分包括三个部分的总和, 即疾病严重程度评分 + 营养状态低减评分 + 年龄评分 (若 70 岁以上加 1 分)。

1. NRS (2002) 对于营养状况降低的评分及其定义:

(1) 0 分: 定义——正常营养状态

(2) 轻度 (1 分): 定义——3 个月内体重丢失 5% 或食物摄入为正常需要量的 50%~75%。

(3) 中度 (2 分): 定义——2 个月内体重丢失 5% 或前一周食物摄入为正常需要量的 25%~50%。

(4) 重度 (3 分): 定义——1 个月内体重丢失 5% (3 个月内体重下降 15%) 或 BMI < 18.5 或者前一周食物摄入为正常需要量的 0%~25%。

(注: 3 项问题任一个符合就按其分值, 几项都有按照高分值为准)

2. NRS (2002) 对于疾病严重程度的评分及其定义:

(1) 评分 = 1: 慢性患者, 因并发症入院。患者弱, 蛋白质需要量增加, 但可增加口服饮食。

(2) 评分 = 2: 患者因疾病, 如大手术卧床, 蛋白质需要量增加, 但 PN/EN 可满足。

(3) 评分 = 3: ICU 接受呼吸机支持的患者, 蛋白质需要量增加, PN/EN 不能满足需求, 但可明显减轻蛋白分解和氮丢失。

3. 评分结果与营养风险的关系:

(1) 总评分 ≥ 3 分 (或胸水、腹水、水肿且血清蛋白 < 35g/L 者) 表明患者有营养不良或有营养风险, 即应该使用营养治疗。



(2) 总评分 < 3 分：每周复查营养评定。以后复查的结果如果 ≥ 3 分，即进入营养治疗程序。

(3) 如患者计划接受一大手术，应考虑预防性营养治疗计划，以避免相关风险状态发生。

4. 营养治疗计划适应症：

- (1) 重度营养不足（评分 = 3）
- (2) 严重疾病状态（评分 = 3）
- (3) 中度营养不足 + 轻病状态（评分 2+1）
- (4) 轻度营养不足 + 中度疾病状态（评分 1+2）

5. 营养评估

- (1) 病史和体格检查
- (2) 疾病状态
- (3) 功能评估
- (4) 实验室检查
- (5) 体液平衡

6. 常用评价工具

(1) 主观全面评定法 (Subjective Global Assessment, SGA)：侧重于慢性或已经存在的营养不足，不宜区分轻度营养不足

(2) 微型营养评定 (Mini Nutrition Assessment, MNA)：适合发现 65 岁以上严重营养不足的患者

(3) 营养不良通用筛查工具 (Malnutrition Universal Screening Tool, MUST)：主要用于蛋白质能量营养不良及其发生风险的筛查

四、肠外营养原则与指南

肠外营养 (Parenteral Nutrition, PN) ——从静脉供应患者所需要的营养要素：包括能量、必需和非必需氨基酸、维生素、电解质及微量元素，使患者在不进食的状况下仍可以维持营养状况、体重增加、创伤愈合、幼儿可以继续生长和发育。

(一) 肠外营养包括：

1. 完全肠外营养 (Total parenteral Nutrition, TPN)：全部营养需求均由静脉内提供输注，而无任何肠内营养摄入。

TPN：包括所有必需营养素（氨基酸、碳水化合物、脂肪、水、电解质、维生素及微量元素），必须按需要量提供。

2. 部分添加肠外营养 (Supplementary parenteral Nutrition, PN)：患者接受部分经胃肠道营养，其余由肠外营养途径提供。

肠外营养计划注意事项：肠外营养的成分和特殊营养素的摄入必须根据患者的需求



和代谢能力进行周密计划：

(1) 食物在胃肠道是被部分吸收的，而且被吸收的某些营养素（例如：微量元素）在肠道内可以调控，以提供满足患者需求；

(2) 患者接受静脉提供的营养素的吸收不能被调控—静脉提供的全部营养素必须被代谢、摄取或排泄；

(3) 肠外营养容易过量（overfeeding），有害于患者；

(4) 需要肠外营养的患者可能是因器官功能衰竭或受到损伤，营养素的代谢有别于健康人。

(二) 肠外营养规范化

1. 全合一系统的优点：全合一肠外营养袋（All In One）优于多瓶串输，因此，提倡应用全合一系统：经中心静脉、外周静脉、或外周一中心静脉输注，普通患者可选用即用型肠外营养袋，特殊患者可行特殊个体化配液或多瓶输液。

(1) 节约时间：准备、接换、注药的操作时间；

(2) 利用更好：营养素协同利用；

(3) 降低费用：静脉管道、注射器、连接器；

(4) 方便输注；

(5) 减少代谢性并发症发生率，如：高血糖、电解质紊乱等，降低监测费用；

(6) 脂肪替代部分葡萄糖，降低葡萄糖摄入量过多导致的副作用风险；

(7) 添加脂肪乳剂降低营养制剂渗透压，从而减少对静脉的刺激，渗透压低时允许外周静脉输注；

(8) 因减少连接和换瓶等操作，可降低感染率。

2. 肠外营养制剂的选择

(1) 能量需求：

能量需求测定有助于保证能量摄入适宜，防止喂养过度或不足，热卡测量仪提供精确的能量消耗测定，但不可能常用，可用 Harris Benedict (H B) 公式计算，预测基础能量消耗 (BEE)：

男性： $REE = 66.5 + (13.8 \times \text{weight}) + (5.0 \times \text{height}) - (6.8 \times \text{age})$

女性： $REE = 655.1 + (9.6 \times \text{weight}) + (1.8 \times \text{height}) - (4.7 \times \text{age})$

总能量消耗 = 基础能量消耗 (BEE) × 创伤及活动因素进行校正

最简单能量需求计算方法是乘以公斤体重（不包括体脂异常状况）

按照无应激、休息状态男性的基础能量消耗值 (BEE) 为 1kcal/kg/h (4.18 kJ/kg/h) (女性酌减 5-10%)、活动水平、应激程度、体重异常应作适当调整。

能量目标：

危重患者急性应激期营养能量目标 20-25 kcal/ (kg · d)



应激与代谢状态稳定，能量适当增加至 25-30 kcal/ (kg · d)

脂质异常状况应作调整：肥胖患者应适当降低能量供应，营养不良患者应适当增加能量供应。

BMI < 18.5 低体重，或营养不良风险

BMI 18.5- 23.9 理想体重

BMI 24 - 27.9 超重

BMI ≥ 28 肥胖

（对于病情较重的需行肠外营养者可短期允许性低摄入，不主张过多应用高糖；长期者可根据体重、病情计算能量需求，有条件可应用代谢车测定）

（2）营养素

①葡萄糖：

为静脉营养的主要底物，能量系数为 4 kcal/g，最小量为 2-3 g/ (kg · d)、最适宜用量为 4-5 g/ (kg · d)，输入速率 < 5 mg/ (kg · min)，每天最大利用率为 750g，实际用量每天以 200~300g 为宜；应激时机体对糖利用率下降，应及时监测血糖，血糖维持范围 < 8.3-10mmol/L。

②脂肪乳剂：

提供能量和必需脂肪酸，能量系数为 9kcal/g：

A. 可减轻高血糖和利尿；

B. 减轻脂肪肝、保护肝功能；

C. 减轻呼吸负荷：长链脂肪酸（LCTs）的呼吸商（RQ）为 0.7，但 LCTs 亚油酸过量可造成免疫抑制，产生前列腺素类物质；

D. 供能比例一般为总能量的 30-50%。

输入速率应慢：LCT < 0.1g/kg/h

MCT/LCT < 0.15g/kg/h

建议最大输入率 2.5g/ (kg · d)

危重患者应限制在 1g/ (kg · d)

一般情况下，脂肪供能可占总能量的 20%-40%，当患者存在呼吸功能障碍、且对脂肪耐受良好时，脂肪乳剂供能可达 50%；每日脂肪供能达总能量的 20% 即可满足肌体对必需脂肪酸的日需要量。中长链脂肪乳剂（MCT/LCT）只能提供长链脂肪乳剂（LCT）一半的必需脂肪酸。

对于危重患者，胰岛素抵抗或脂肪利用障碍，应调整脂肪乳剂的使用，并加用胰岛素。

③氨基酸

健康成人蛋白质（氨基酸）的基本需要量为 0.8-1g/ (kg · d)。严重分解代谢状况下、大量丢失、或严重营养不良时，患者需求量增加；肝、肾功能衰竭时应调整氨基酸的种类



和数量。

平衡型氨基酸溶液的特点：a. 浓度为 3.5-15%；b. 含 13-20 种氨基酸，包括必需氨基酸和非必需氨基酸；c. 一般氨基酸溶液中均含有电解质，应注意电解质入量。

氨基酸提供蛋白质合成底物，在使用时应提供足够的非蛋白热卡。氨基酸需要量一般为 1-1.5 g/ (kg · d)，折合成氮为 0.15-0.25 g/ (kg · d)。

④维生素与微量营养素

维生素与微量营养素有基本需要量的复合制剂，一般无特殊要求者可按生理需要量供给；但某些患者的多种维生素的组份可能不足，需额外添加剂量或单一制剂。由于多数消耗患者硫胺素（维生素 B1）缺乏，甚至严重缺乏，每天常规应用 25 mg。

微量元素制剂提供基础需要量，特殊临床患者须加量（如：烧伤或胃肠道瘘患者）；剂量排泄改变的情况下（如：梗阻性黄疸或肾功能衰竭）需做进一步调整。

维生素与微量营养素基础量：

水溶性维生素（水乐维他）+ 脂溶性维生素（维他利匹特）（成人）

VitB1：可根据缺乏或需求增加添加 10-200 mg/d

微量元素基础量：安达美 1 支（Zn、Cu、Se：必要时添加或单独添加）

磷制剂：格利福斯 1 支

3. 外周肠外营养液的特点：

(1) 适应外周静脉耐受性；

(2) 渗透压应尽量低 < 900 mOsm/L：加入脂肪乳可以稀释液体浓度，并应限制电解质，最后混合时如渗透压 > 900 mOsm/L，可加入无菌注射用水进行稀释；

(3) 在无液体负荷过多的风险时每日更换短套管针，减少外周静脉炎；

(4) 可以连续应用外周肠外营养 2-3 周。

4. 肠外营养液的渗透压计算 / L（估算法）

氨基酸—浓度 × 100

葡萄糖—浓度 × 50

电解质—毫克当量数 (milliequivalent) / L

(1) Na × 2

(2) K × 2

(3) Mg × 1

(4) Ca × 1.4

例如：

氨基酸 7% 7 × 100 = 700 mOsm

葡萄糖 7.5% 7.5 × 50 = 375mOsm

钠 35 mEq 35 × 2 = 70 mOsm

钾 20 mEq 20 × 2 = 40 mOsm



镁	8 mEq	8×1	= 8 mOsm
钙	5 mEq	5×1.4	= 7 mOsm
总计			1200 mOsm

5. 肠外营养支持的并发症:

- (1) 机械性并发症: 中心静脉置管导致血肿、气胸;
- (2) 感染性并发症: 导管感染, 脓毒症, 肠功能障碍;
- (3) 代谢性并发症: 代谢性骨病;
- (4) 肝脏和胆道系统并发症: 胆汁淤积性肝炎、胆汁胆囊炎, 胆囊结石等。

6. 肠外营养支持的管理与监测:

(1) 中心静脉插管后监测:

①对导管有关的感染的监测: 当拔除中心静脉置管时, 常规行导管周围皮肤及导管尖端细菌培养。

②输液系统的监护: 除尘滤器、泵及各个连接点。

③体液平衡等监测: 每周进行血常规、尿常规、肝肾功能、电解质、血糖及血脂监测。必要时行氮平衡监测。

④必要时腹部肝胆超声检测。

7. 肠外营养的效果及存在问题:

肠外营养是现代外科发展的重要成就, 广泛应用于临床各科室。一般营养不良患者获得良好的治疗效果, 30 多年挽救无数危重、应激肠功能衰竭患者。但长期肠外营养仍存在一定问题及并发症:

- (1) 肠粘膜免疫抑制; 肠道微生态紊乱, 细菌移位易感染;
- (2) 肠粘膜萎缩, 不利于肠粘膜屏障保护 / 肠功能恢复;
- (3) 肝功能损害, 代谢性骨病;
- (4) 费用较高。

8. 肠外营养注意事项:

(1) 注意避免盐和水过高或过低;

(2) 避免高血糖, 目标血糖控制 8.0-10.0mmol/L;

(3) 一般配方的能量供应为 20-25kcal/ (kg · d); 危重患者的能量供应可根据病情适当减少;

- (4) 脂肪乳剂应占总能量的 30-40%;
- (5) 氮摄入量 0.13-0.2g/ (kg · d);
- (6) 应补充维生素和微量元素。

9. PN 制剂基本量建议:

根据密切的监测情况调控—反映临床和代谢的变化



(1) 外周静脉制剂 (PPN)

渗透压应低, 以适应外周静脉的耐受性 (最高渗透压不超过 900 mOsm/L), 可增加脂肪乳的剂量, 并限制电解质, 以满足基本需要量。

(2) 中心静脉置管的标准制剂 (Central PN, CPN)

适用于多数患者, 制剂包括: 高浓度葡萄糖、脂肪乳、氨基酸、维生素和微量元素。

为高渗透压 (1300-1800 mOsm/L) 制剂, 需通过中心静脉输注, 可选用即用型的双腔袋或三腔袋。

(3) 处于中等应激患者, 蛋白质摄入量轻度增加, 其电解质的需求也应有变化。

(4) 严重应激患者: 添加谷氨酰胺 (0.35g/kg · d)。

(5) 肾病患者: 水、电解质、微量元素和某些维生素必须根据肾功能衰竭的程度和肾脏替代治疗实施个体化方案。透析患者的能量及蛋白质摄入不宜减少, 应根据其它临床情况调整或增加。

(6) 肝性脑病: 应限制芳香族氨基酸, 并给予支链氨基酸溶液。由于排泄铜和锰受限, 最好只给予基础量的锌和硒, 不给微量元素复合制剂。

(7) 心衰: 由于水和钠超负荷, 应限制水和钠摄入量。

(8) 严重营养不良: 细胞内电解质缺乏, 易出现再喂养综合症, 应注意同时补充钾、镁和维生素制剂, 特别是磷, 能量补充应循序渐进。

(9) 呼吸功能衰竭: 减少葡萄糖摄入, 相应增加脂肪乳剂。

(10) 糖尿病: 需要根据病情使用胰岛素制剂, 脂肪代谢紊乱, 钾和磷的需求增加。

(11) 严重高脂血症: 应严格限制脂肪乳使用量, 并根据病情加以适当调整。

(12) 短肠综合征: 需要长期 PN 患者差异极大, 其营养需求最主要受机体运动、残留肠道吸收能力以及某些营养素在胃肠道的丢失量影响。常患代谢性骨病, 钙的摄入量必需高于住院或短期输液患者

(13) 消化道梗阻及手术后痿: 对蛋白质、水与电解质需求增加, 并与胃肠减压量或痿的丢失量相关, 应根据情况调整。

10. 肠外营养系统添加特殊的营养基质—谷氨酰胺和 ω-3 脂肪酸

(1) 不建议在标准肠外营养混合制剂中添加;

(2) 如添加特殊营养基质, 必须要减少某些宏量营养素, 以便维持蛋白质、碳水化合物及脂肪三大产热营养素的适当剂量与平衡。

表: 每日部分不同肠外营养液及营养制剂组成特点

	外周静脉	中心静脉或标准制剂 (中-重度应激)	重度营养不良 (无应激)	备注
氮量 (g)	8-12	8-12	6-8	
葡萄糖 (g)	150-200	200-250	150-250	



脂肪 (g)	50-70	50-70	50-70	
能量 (kcal)	900-1300	1300-1700	1100-1700	
Na (mmol)	80	100	50-70	
K (mmol)	50	60-80	80-100	
Ca (mol)	5	5	6	
Mg (mmol)	8	8	10-16	
P (mmol)	10-12	12-16	20-40	
微量元素	基础量	基础量	基础量 +Zn、Se、Cu	
维生素	基础量 +VitB1	基础量 +VitB1	基础量 +VitB1	
容量 (ml)	2500~3000	2250~3000	2000~2500	

11. 肠外营养输注途径的选择:

(1) 经外周静脉的肠外营养途径:

适应证: ①短期肠外营养 (<2周)、营养液渗透压低于 900mOsm/L 者; ②中心静脉置管禁忌者; ③导管感染或有脓毒症者。

(2) 经中心静脉的肠外营养途径:

适应证: 肠外营养超过 2 周、营养液渗透压高于 900mOsm/L 者。

置管途径: 经颈内静脉、锁骨下静脉或上肢的外周静脉达上腔静脉。

(3) PICC: 经中心静脉置管皮下埋置导管输液 (Catherter-Port)。

①有缺乏外周静脉通道的倾向; ②需输注 PH > 9 或 PH < 5, 渗透压 > 600mmol/L 的药物; ③全胃肠外营养; ④需反复输血或血制品, 或反复采血; ⑤需要使用微量泵; ⑥需要长期静脉治疗, 如补液治疗或疼痛治疗。

激素类药物使用管理办法

为了加强对我院激素类药物与血液制剂临床应用的管理, 规范临床激素类药物与血液制剂的使用, 制定本管理办法。

一、激素类药物

激素类药物可分为五大类: (1) 肾上腺皮质激素类: 包括促肾上腺皮质激素、糖皮质激素、盐皮质激素。(2) 性激素类: 包括雌激素类、孕激素类、雄激素类、同化激素类、促性腺激素类。(3) 甲状腺激素类: 包括促甲状腺激素、甲状腺激素类。(4) 胰岛素类: 包括长效胰岛素类、中效胰岛素类、短效胰岛素类。(5) 垂体前叶激素类: 包括生长激素类、生长抑素类、促肾上腺皮质激素释放激素类。



二、激素类药物使用原则

1. 严格掌握激素类药物使用的适应症、禁忌症，密切观察药物效果和不良反应。
2. 激素类药物在非必要时，应尽量不用；必须使用时，应严格按照规定的剂量和疗程用药。不能将激素类药物当作“万能药”而随意使用。
3. 制订个体化的给药方案，注意剂量、疗程和合理的给药方法、间隔时间、用药途径。
4. 注重药物经济学，降低病人药物费用支出。

三、糖皮质激素类药物使用细则

1. 对发热原因不明者，不得使用糖皮质激素类药物。
2. 对病毒感染性疾病者，原则上不得使用糖皮质激素类药物。
3. 使用糖皮质激素类药物应有明确的指征，并根据药物的适应症、药物动力学特征及病人的病情特点，严格选药，并注意剂量、疗程和给药方法进行个性化给药。原则上糖皮质激素使用时间一般不超过3天，使用剂量不超过药典规定。
4. 对已经明确诊断，确需较长时间使用糖皮质激素时，应努力寻找最小维持剂量或采用间歇疗法，当病情稳定后应有计划地逐步停药或改用其他药物和治疗方法。
5. 在明确诊断，确需使用糖皮质激素时，应注意以下事项：
 - (1) 因细菌感染而需要使用皮质激素类药物的患者，要配合使用敏感而足量的抗菌素。
 - (2) 患者尤其是老年患者在服用糖皮质激素时，应常规补充钙剂和维生素D，以防止骨质疏松的发生。
 - (3) 服用糖皮质激素期间应经常检测血糖，以便及时发现类固醇性糖尿病。
 - (4) 对长期用药者，糖皮质激素的给药时间应定在早晨8时和下午4时，以尽可能符合皮质激素的生理分泌规律。在撤药时，应采取逐渐减量的方式，以使自身的皮质功能得以逐渐恢复。
 - (5) 防止各种感染的发生，特别是防止多重感染的发生。
 - (6) 为减少对胃肠道的刺激，可在饭后服用，或加用保护胃粘膜药物。
6. 下列情况尽量避免使用糖皮质激素：
 - (1) 肾上腺皮质功能亢进症；
 - (2) 当感染缺乏有效对病因治疗药物时，如水痘和霉菌感染等；
 - (3) 病毒感染，如水痘、单纯疱疹性角膜炎、角膜溃疡等；
 - (4) 消化性溃疡；
 - (5) 新近做过胃肠吻合术、骨折、创伤修复期；
 - (6) 糖尿病；
 - (7) 高血压病；
 - (8) 妊娠初期和产褥期；
 - (9) 癫痫、精神病的患者。



但是，若有必须用糖皮质激素类药物才能控制疾病，挽救患者生命时，如果合并上述情况，可在积极治疗原发疾病、严密监测上述病情变化的同时，慎重使用糖皮质激素类药物。

四、性激素类药物使用细则

1. 性激素对其他器官的影响。对其它脏器及疾病有一定影响，如肝脏、肾脏，故对某些肝肾功能不全者应慎用，以免引起不良反应。

2. 勿间断治疗。治疗中勿随意停用或漏用性激素，以免引起激素水平波动而影响疗效，甚至引起不规则出血。

3. 治疗期限。人工周期疗法以连用 3 个周期为宜，然后停药观察，以期待卵巢功能自行调整恢复，必要时经一定时期的停药后，再酌情使用。

4. 性激素类药物性能上的特点。

(1) 雌激素类药

对绝经后妇女应慎用，乳腺癌及女性生殖器恶性肿瘤禁用。此类药服用后可引起恶心、呕吐、头昏、水钠潴留等副反应，如在睡前服，并与维生素 B₆、C 及镇静剂同服，可减轻反应。必要时可改为肌注。用于功血时，血止后，不可骤然停药，而应逐渐减量，以免影响疗效。

(2) 孕激素类药

大剂量应用强效孕激素类药对肝脏有损，有肝功能损害者应慎用或禁用。

(3) 雄激素类药

不宜长期或过量应用，以免引起男性化。每月总量以 <300mg 为宜，年青妇女应慎用。

(4) LHRH（黄体生成素释放激素）及克罗米芬

用药过程中应适当注意卵巢可能出现囊性增大，并可能破裂以及蒂扭转等。

(5) 个体反应

机体对激素的反应常用明显差异，相同的剂量可能引起不同的效果和反应，用药应注意个体反应。

五、激素类药物的管理

1. 未取得执业医师证的医务人员，不得使用糖皮质激素类药物。

2. 执业医师必须接受糖皮质激素类药物合理应用规范的培训，并要进行相关知识的考试考核。

3. 药事管理委员会每半年对各临床科室的激素使用情况进行检查，并在全院通报检查结果。

4. 对不合理使用激素类药物的医务人员将按照《处方管理制度》有关规定进行处理。

六、本制度自印发之日起执行。



突发与危急事件处置管理制度

为了及时、有效地处理药剂工作中的突发与危急事件、避免差错事故发生，不断提高服务质量，制定本制度。

1. 若出现停电、电脑故障等原因引起病人取药困难、排队时，应立即对病人进行督导，若发生故障时间较长，应及时启动人工估价系统，对病人的手写处方进行估价、调剂和发药，并及时与收费室联系、配合，解决病人取药问题。

2. 若药房出现临时缺货，班内时间，由药房人员及时与药库及采购联系，尽量解决缺货问题，若无法解决时，要根据此种药品是否必需以及病人的实际情况，及时与医生沟通、协调应用同类药品或替代药品；发生在班外时间时，值班人员应及时与药房负责人联系，尽量保证药品的供应。

3. 急需及抢救药品的处理：若药库备有所需的急需及抢救药品时，由当班人员直接与药库联系，及时解决药品的供应问题；若急需及抢救药品缺货时，启动紧急药品调配体系，无论班内、班外时间，及时通知负责人及采购人员，尽量保证急需及抢救药品的供应。

4. 若值班人员突发生病，由药房负责人调整值班，具体先按照排班表的值班顺序顶班，保证正常值班。

5. 发现药品质量问题，若药品未发放给患者或病区，应立即停止发放此种药品，及时联系医药公司，必要时联系厂家以尽快解决药品质量问题，保证药品的质量及供应；若药品在使用过程中发现质量问题，由经管医务人员对此种药品进行封存，并及时联系药库，药库应及时通知各病区、门诊及时收回问题药品，并通知有关部门对药品的质量进行鉴定，妥善解决药品质量问题。

6. 发生药品不良反应时，按药品不良反应报告制度程序报告。

7. 若突发紧急公共卫生事件，药剂科全体人员应服从上级领导的统一安排、分配，药房、药库人员应协调一致、相互配合、井然有序的做好对突发紧急公共卫生事件所需药品的采购、储存和调剂等工作。

8. 突发公共卫生事件所需的物质储备：

(1) 平时应备有一定量的抢救药品。值班人员应熟知以上储备物质所在位置和启用程序，如需大量启用时，应立即通知药库人员开仓启用。

(2) 平时应协调好储备物质绿色采购通道，一旦各类突发事件发生时，能在最短时间内调配到急需的药品。



处方点评制度和实施细则

一、组织领导

医院处方点评工作是在院长领导下，依托“药事管理与药物治疗学委员会”具体领导，由医务科、质控办和药学部共同组织实施。

1. 成立医院处方点评专家组。

在药事管理与药物治疗学委员会组织下成立由医院药学、临床医学、医疗管理等多学科专家组成的处方点评专家组，为处方点评工作提供专业技术咨询与指导。

2. 成立处方点评工作小组。

药学部成立处方点评工作小组（临床药学室），负责处方点评的具体工作。

二、处方点评方法、内容及标准

1. 点评处方的抽样方法和抽样率。

（1）抽样方法。处方点评工作小组每月随机抽取 100 张门急诊处方，30 份出院病历，进行点评。

（2）抽样率。门急诊处方的抽样率不少于总处方量的 1%，且每月点评处方绝对数不少于 100 张；病房（区）医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不少于 1%，且每月点评出院病历绝对数不少于 30 份。

2. 点评内容。

（1）门急诊处方。按照《医院处方点评管理规范（试行）》的要求，对抽查处方的书写规范性与药物临床使用适宜性进行评价。点评结果填写《处方点评工作表》。

（2）病房（区）用药医嘱。以患者病历为依据，对用药医嘱实施综合点评，点评表格和内容根据每次点评目的合理设计。

（3）专项处方点评。根据医院药事管理和药物临床应用管理的现状和存在的问题，每年进行 1～2 次特定药物或特定疾病的药物（如国家基本药物、中药注射剂、抗菌药物、辅助治疗药物、激素等临床使用及超说明书用药、肿瘤患者和围术期用药）使用情况进行点评。

3. 评价标准。

国家卫生和计划生育委员会《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《医院处方点评管理规范（试行）》、药品说明书等。

4. 点评结果。

（一）处方点评结果分为合理处方和不合理处方。

（二）不合理处方包括：不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

（1）不规范处方的范围。



- 1-1. 处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；
- 1-2. 医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；
- 1-3. 药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；
- 1-4. 新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；
- 1-5. 西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；
- 1-6. 未使用药品规范名称开具处方的；
- 1-7. 药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；
- 1-8. 用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；
- 1-9. 处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；
- 1-10. 开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；
- 1-11. 单张门急诊处方超过五种药品的；
- 1-12. 无特殊情况下，门诊处方超过 7 日用量，急诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；
- 1-13. 开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的；
- 1-14. 医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的；
- 1-15. 中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

（2）用药不适宜处方的范围。

- 2-1. 适应症不适宜的；
- 2-2. 遴选的药品不适宜的；
- 2-3. 药品剂型或给药途径不适宜的；
- 2-4. 无正当理由不首选国家基本药物的；
- 2-5. 用法、用量不适宜的；
- 2-6. 联合用药不适宜的；
- 2-7. 重复给药的；
- 2-8. 有配伍禁忌或者不良相互作用的；
- 2-9. 其他用药不适宜情况的。

（3）超常处方的范围。

- 3-1. 无适应症用药；
- 3-2. 无正当理由开具高价药的；
- 3-3. 无正当理由超说明书用药的；
- 3-4. 无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药物的。



三、处方点评结果处置程序与质量持续改进

1. 药剂科会同医务科、门诊部对处方点评工作小组提交的点评结果进行审核，并提出质量改进建议，由医务科负责向医院药事管理与药物治疗学委员会报告。

2. 医院药事管理与药物治疗学委员会根据三部门提交的质量持续改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。医务科负责将改进措施及时通知到个人及其所在的科室并监督其落实。

3. 药剂科会同医务科负责每月公布处方点评结果，通报不合理处方，对不合理用药及时采取反馈、干预、改进及超常预警措施。

4. 门诊部负责每月门诊医师用药的合理性，及时采取超常预警措施。

四、监督管理

1. 医院对一个考核周期内（1年）5次以上开具不合理处方的医师，认定为医师定期考核不合格，离岗参加培训。

2. 对连续开具超常处方3次以上且无正当理由的医师，提出警告并限制其处方权。限制其处方权后，仍连续两次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

3. 未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交代或未对不合理处方进行有效干预的药师，医院对其批评教育、离岗培训。

4. 处方点评结果作为重要指标，纳入医院医疗质量考核体系、医师定期考核体系，并与科室、医务人员年度考核和评优选先挂钩。

麻醉药品、精神药品管理规定

根据国务院《麻醉药品和精神药品管理条例》、卫生部《麻醉药品、精神药品处方管理规定》和《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》的有关文件精神，为满足医疗需要，加强管理，保证我院麻醉药品和精神药品的合法、安全、合理使用，制订本规定。

1. 组成

麻醉药品、精神药品管理小组由主管医务、药剂工作的业务院长、医务科、护理部、药剂科、保卫科相关人员组成。

2. 职责

（1）积极宣传和认真贯彻执行麻醉药品、精神药品管理的有关法律法规，制定相关管理制度。

（2）根据国家关于麻醉药品和精神药品管理的有关法律法规，负责全院麻醉药品和精神药品供应、保管、使用、安全的管理工作。

（3）结合本院医疗需要，确定麻醉药品和精神药品供应品种范围和新品种的引进审批。



(4) 指导、监督本院各科室对麻醉药品和精神药品使用管理工作，定期考核（每季度一次）本院各科室对麻醉药品和精神药品使用管理制度的执行情况，并将考核结果纳入各科室综合目标责任制考核。

(5) 负责本院麻醉药品和精神药品在使用和管理过程中出现的问题（报残损、丢失、被盗、使用纠纷等）和事件处理。

(6) 组织全院医、药、护、技等相关人员进行有关麻醉药品和精神药品的法律、法规、专业知识、职业道德的教育、培训和考试工作。

3. 各成员科室日常工作职责

(1) 医务科

负责医生麻醉药品和精神药品处方权的审批及签名备案工作；负责患者麻醉和第一类精神药品使用诊断证明的审核办理工作；负责各科室麻醉药品和精神药品备用基数审定和备案工作；协调、解决医、护、药对麻醉药品和精神药品使用管理出现的问题；组织医、护、药人员的培训和考试；考核本院各科室对麻醉药品和精神药品使用管理情况，并记录汇总纳入各科室年度工作目标责任制考核。

(2) 护理部

负责各临床科室麻醉药品和精神药品的保管和使用工作；督促临床科室使用过的麻醉和第一类精神药品安瓿、废贴的回收，对麻醉药品和第一类精神药品使用登记必须及时、准确。

(3) 药剂科

负责全院麻醉药品和精神药品计划、采购、验收、保管、发放、调配及专用处方审核和管理工作；负责麻醉药品和第一类精神药品《购用印鉴卡》和《计划申报表》的办理；负责麻醉药品和第一类精神药品的空安瓿废贴的回收销毁工作；药品库房和各药房麻醉药品和精神药品的管理；为临床提供麻醉药品和精神药品介绍、使用咨询；配合医务科组织的相关法律法规、专业知识培训考试工作。配合医务科、保卫科处理麻醉药品和精神药品使用保管过程中出现的问题及事件上报。

(4) 保卫科

负责麻醉药品和精神药品保管设施设备的安全检查；夜间医院值班巡视和保卫；参与协调解决医患之间用药纠纷；处理麻醉药品和精神药品在使用和管理过程中出现的问题（报残损、丢失、被盗等）和事件。

终止妊娠药品使用管理制度

1. 认真贯彻《药品管理办法》，严格遵守终止妊娠药品管理要求。
2. 终止妊娠药品仅限于获准实行终止妊娠手术项目的卫生计生技术服务机构使用。



3. 对终止妊娠药物实行专人、专帐、专柜管理，一月一盘存。任何人不得擅自领取和借用此类药物。
4. 终止妊娠药物由妇产科报计划，分管领导审核后由药剂科统一购进验收入库，任何人或科室不得擅自采购终止妊娠药物。
5. 终止妊娠药由药房负责统一领取，妇产科定期到药库领取一定备用数，并签字。
6. 妇产科详细记录终止妊娠药物使用情况，孕妇姓名、年龄、工作单位或住址、引产原因、孕周、引产方式和药物名称，经主治医师签字做到帐物相符。
7. 非法销售擅自使用终止妊娠药品的，按隶属关系由有关行政部门依法严肃处理。

抗肿瘤药物使用管理制度

1. 临床抗肿瘤用药必须严格掌握合理应用抗肿瘤药物的原则：
 - (1) 严格控制使用抗肿瘤药物的适应症，争取最佳疗效，改善患者的生存状况。
 - (2) 严格掌握药物联用的指征，降低毒副作用。
 - (3) 制定个体化的给药方案，注意剂量、疗程和合理给药方法。
 - (4) 密切观察药物的副作用，及时调整给药方案。
 - (5) 加强药物经济学的应用，尽量降低患者的药物使用支出，减轻患者经济负担。
2. 抗肿瘤药物应由经过专门培训的专业人员给药。
3. 必须以组织学诊断作为肿瘤化疗的基础，不能用抗肿瘤药做诊断性治疗和预防用药。
4. 严格掌握肿瘤化疗的适应症、禁忌症和各类抗肿瘤药物的药代动力学特征、使用剂量和使用方法，注意给药的剂量和疗程，结合患者的特点制定个体化给药方案。
5. 联合化疗选择药物的原则：
 - (1) 每一药物应该在单独应用时有效。
 - (2) 所用药物应具有不完全相同的药理作用和毒性。
 - (3) 数药同用不致减效或拮抗，并力求协同或增效。
6. 严密观察抗肿瘤药物的毒副反应，严格掌握特殊人群的用药特点。
7. 开始化疗后，除被迫停药外，不可轻易停药，以防反跳。
8. 肿瘤化疗时，必须加强支持治疗。
9. 抗肿瘤药物废弃物必须与其它物品分开放置，并密闭存放在有特殊标记的特制的防渗漏的污物袋中，统一焚烧处理。
10. 加强专业人员的职业安全教育，提高自我防护意识，对接触化疗的医务人员建立健康档案，定期体检包括肝、肾功能、血常规及血小板等指标测定，并做好记录，以监测其健康状况。



11. 医务处督促和指导医务人员严格执行抗肿瘤药物的合理应用的相关制度和相应培训，组织检查和考核。

12. 严格执行《药物用量动态监测和超常预警的管理办法》，并纳入医院的质量管理和综合目标考核，与科室挂钩，与个人挂钩，奖惩分明。医务处、药剂科、信息科等参与考核管理。

生物制剂临床使用管理办法

一、为加强生物制品的管理工作，有效地控制生物制品的采购、保管、发放等，根据《中华人民共和国药品管理法》、《生物制品批签发管理办法》、《生物制品规程》及《关于开展生物制品批签发工作相关事宜的通知》等法律、法规，制定本办法。

二、生物制品是应用普通的或以基因工程、细胞工程、蛋白质工程、发酵等生物技术获得的微生物、细胞及各种动物和人源的组织或液体等生物材料制备，用于人类疾病预防、治疗和诊断的药品。目前已经纳入生物制品批签发管理的药品有：人血白蛋白及疫苗类生物制品。

三、生物制品的购进，必须从具有生产、经营资格的生产企业或经营企业购进，所购进的生物制品运输设备 / 记录必须符合生物制品储存运输的相关规定。

四、验收生物制品时，应根据供货单位原印章的同批次《生物制品批签发》复印件及检验报告进行验收，并做好验收记录，验收进口生物制品还需索取〈进口药品注册证〉、进口生物制品检验报告或通关单。

五、生物制品必须严格按照品种的说明书规定的储存条件储存，并做好温湿度记录。生物制品应列为重点养护品种，按规定进行养护检查，做好相关记录并建立养护档案。如在养护过程中发现质量异常和超过有效期、贮存温度不符合要求、破损、污染、霉变等情况，应及时采取隔离、暂停使用等有效措施，报有关领导等候处理意见。

六、生物制品出库复核时要对品种、规格、数量进行核对，并做好复核记录。

七、生物制品的运输，应严格执行其对温湿度的要求条件，并做好记录。

八、生物制品的处方调剂过程中，应向取药者交待其特殊的储存条件，以保证药品质量。

血液制剂使用管理办法

1. 血液制品是指从人类血液提取的任何治疗物质，包括全血、血液成分和血浆源医药产品，本办法仅指血浆源医药产品，即血液制剂。

2. 为保证我院使用的血液制剂的质量，凡在我院使用的血液制剂，其生产企业必须通过 GMP 认证，经营企业必须通过 GSP 认证。

3. 购进血液制剂，必须严格按照国家食品药品监督管理局批准内容进行，从具有



经营资格的医药公司购进。

4. 从医药公司购进的血液制剂其运输设备、记录必须符合血液制剂储存运输的相关规定。

5. 医院药品质量管理部门应对供货企业的合法资格和质量保证能力进行审核，并索取加盖供货单位原印章的合法证照复印件、血液制剂检验报告书，《药品注册证》及血液批签发文件复印件，进口血液制剂除按照《进口药品管理制度》索取相关证照外，还应提供加盖供货方原印章的进口药品注册证及审批签发的报告。

6. 严格执行生物制剂的入库验收制度。入库时应对血液制剂的名称、规格、生产批号、生产单位、批准文号、配送公司及入库数量进行登记、核对，并对药品的外观质量进行检查，符合规定后方可入库。

7. 入库血液制剂按照说明书要求贮存。对热不稳定的血液制剂，运输和贮存都应有专门的设施，贮存温度为 2-8℃，严防冻结。应严格遵循先进先出，近效期先出的原则，防止过期失效。

8. 临床使用血液制剂应严格掌握适应症和禁忌症，特别是人血白蛋白等使用的适应症。

9. 加强血液制剂的不良反应监测，对使用血液制剂进行有效地的药物警戒。遵循不良反应“可疑即报”的原则。并注意血液制剂中的防腐剂、稳定剂等辅料的不良反应或潜在风险，如血浆蛋白制品中含有硫柳汞，稳定剂对血浆源医药产品质量产生影响等。如发现和确认为严重的药品不良反应 / 事件或突发性的群体性药品不良反应 / 事件，应就地封存药品，及时上报市卫计委及市食品药品监督管理局、国家药品不良反应监测中心，并通报药品生产企业和经营企业，配合相关部门接受调查处理。

10. 药事管理与药物治疗学委员会应当加强血液制剂临床应用的管理，并根据本院“血液制剂临床使用指南”、“血液制剂临床使用管理办法”要求，促进、指导、监督血液制剂临床合理使用。

11. 将血液制剂合理使用纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

12. 临床输血管理委员会和药事管理与药物治疗专业委员会要履行职责，开展合理应用血液制剂的培训与教育，定期进行监督检查，对不合理使用血液制剂的情况提出纠正与改进意见。

处方药使用管理制度

1. 认真贯彻执行药品分类管理的规定，严格控制处方药品的销售，确保药品销售的合法性和规范性。

2. 实行处方管理的药品主要指国家药品监督管理规定的处方药、中药饮片及第二类精神药品、毒性中药饮片等特殊管理药品。



3. 处方调剂人员必须经专业培训，考试合格并取得职业资格证书后方可上岗；处方审核人员应是具有药师及以上技术职称的人员。

4. 处方药应分类管理，中药饮片应设专柜陈列，第二类精神药品应专柜，专人上锁，毒性中药饮片不得陈列，应专柜专帐、双人双锁储存。

5. 处方药必须凭医师开具的处方调剂，经处方的审核人员审核后方可调配，调配和审核人员均应在处方上签字或盖章，处方留存二年备查。

6. 特殊管理的药品，应严格按国家有关规定执行。

7. 对有配伍禁忌或超剂量的处方，应当拒绝调配，必要时，需经原处方医生更正或重新签字后方可调配。

麻醉药品、第一类精神药品基数管理制度

1. 医院麻醉药品、精神药品管理领导小组负责对门诊、住院调配室的麻醉药品、第一类精神药品“调配固定基数”作出规定。

2. 医院麻醉药品、精神药品管理领导小组负责对病区（即麻醉科）的麻醉药品、第一类精神药品“调配固定基数”作出规定。

3. 各药房、病区到调剂室领用麻醉药品、第一类精神药品时，应严格按照“调配固定基数”申领，不得突破。

4. 各药房、病区的麻醉药品、第一类精神药品的专柜中麻醉药品、第一类精神药品品名、规格、数量均应符合麻醉药品、第一类精神药品“调配固定基数”（包括处方、空安瓿）。

5. 各药房、病区储存麻醉药品、第一类精神药品，建立防盗措施，实行专人加锁管理，药剂科每月监督其使用，并实行批号管理及批号追踪。

6. 麻醉药品、精神药品管理领导小组可以根据临床麻醉药品、第一类精神药品使用的具体情况，决定各药房、病区“调配固定基数”的调整。调整后的固定基数药剂科应有备案。

医院特殊药品检查制度

1. 为加强特殊药品的管理，保证麻醉药品和精神药品的合法、安全、合理使用，防止流入非法渠道，根据药品管理法和其他有关法律的规定，制定本制度。

2. 特殊药品包括：麻醉药品和第一类精神药品、医用毒性药品、疫苗、放射药品。

3. 药品质量负责人负责对全院保存的特殊药品进行检查。

4. 检查内容包括：特殊药品的数量、效期，对麻醉药品和精神药品进行专册登记、专用账册、专柜加锁、专用处方、专人登记“五专”管理。麻醉药品处方至少保存3年，



精神药品处方至少保存 2 年。

5. 每月检查一次，并有记录。
6. 对发现的问题及时解决并记录。

急救、备用药品管理和使用及领用、补充管理制度及流程

为加强各科室、病区急救等备用药品的领用、补充管理，规范领用、补充流程，保证药品质量，确保患者用药安全有效，制定本制度。

一、急救等备用药品是按照各科室、病区的实际需要储存于科室及病区供临床急救和周转的必备药品，备用药品分为全院统一配置药品和科室专科用药，并固定品种及数量。

二、统一配置药品品种及数量目录由医院药事管理委员会制定。科室、病区首次选择领用统一配置药品，由科主任、护士长提出申请，报主管院长批准，药学部主任签字后交给主管药房（或药库）办理出库。

三、科室专科用药品品种及数量由科主任、护士长签字，报药库整理，上报药事管理委员会审批后，方可配置。

四、备用药品品种及数量审批后，原则上不再变动。因临床需要，确需增加品种、数量的，须书面写明详细理由、列出变动药品明细，报药库整理，上报药事管理委员会审批后，方可变动。

五、领用备用药品的新增科室及病区，确属临床急需等特殊情况的，须填写《领用必备药品审批表》，药品明细参考专业相同科室、病区配置。

六、科室、病区备用药品数量，原则上不予补充。因特殊情况确需补充（如三无病人用药）须填写《补充必备药品审批表》，说明理由，并附补充药品明细，补充药品不得超出医院统一配置药品和科室专科用药目录。

七、病房和科室小药柜所有备用药品，只能便于病人应急时使用，其他人员不得私自取用。基数药品取用后应及时凭门诊处方或病区领药单到药房进行补充基数药品。

八、病区备用药品由专人保管，负责领药和保管工作。定期清点、检查药品，防止积压、变质，如发现有沉淀变色、过期、标签模糊等药品时，停止使用并报药剂科处理。

九、麻醉、精神等特殊药品，应按特殊药品的管理规定管理，严格加锁，并按需要保持一定基数，动用后，由医师开专用处方，向药房领回。

十、各科室备用小药柜、冰箱存放的药品，由专人负责，口服药、外用药、注射药分开放置。急救车、急救箱，要定期检查核对药品种类、数量是否相符，有无过期变质现象。

十一、护士长对本科室、本病区的所有备用药品负责（包括精神药品和麻醉药品），调科室或进修或辞工要对新护士长进行备用药品的交接工作。

十二、科室及病区定期检查备用药品有效期，对效期六个月内的备用药品，列出明



细表，科主任、护士长签字后和实物一并交至药库进行更换；对有效期一个月内的备用药品，列出近效期药品明细表（并注明原因），科主任、护士长签字后和实物一并交至药库进行回收，报药品分管领导审批后定期集中销毁。药库凭明细表办理出库手续。特殊管理药品按有关规定执行。

十三、各科室、病区专人负责本科室备用药品效期、储存、养护等管理工作，医务科、药剂科对急救等备用药品管理情况每月检查一次，对存在的问题督促科室及时整改。

超说明书用药管理规定与程序

1. 目的：为加强药事管理工作，保证医院药学服务安全；促进临床合理用药，保障临床用药的安全性、有效性、合理性及药师自身安全，结合我院实际情况，特制定本管理规定。

2. 范围：全院临床科室

3. 定义：

超说明书用药，是指临床实际使用药品的适应证、给药方法或剂量不在具有法律效力的说明书之内的用法，包括年龄、给药剂量、适应人群、适应症、用药方法或给药途径等与药品说明书中不同的情况，又称超范围用药、药品未注册用药或药品说明书之外的用法。

4. 标准：

4.1 临床超说明书用药的管理原则

4.1.1 为保障病人安全，临床用药原则上不得超出药品说明书规定的范围，即不得超说明书用药。

4.1.2 特殊情况需超说明书用药时必须同时具备以下条件：

4.1.2.1 在不影响病人生活质量或危及生命的情况下，无合理的可替代药品和疗法。但必须充分考虑药品不良反应、禁忌症、注意事项，权衡病人获得的利益大于可能出现的风险，保证该用法是最佳方案。

4.1.2.2 用药目的必须仅仅是为了病人的利益，而不是试验研究。

4.1.2.3 有确凿循证医学证据。

4.1.2.4 病人知情同意，并签署知情同意书。

4.2 超说明书用药的审批流程

4.2.1 临床确需超说明书用药时，对病人要实行告知并签署知情同意书。医师应充分告知病人用药方案、治疗步骤、预后情况及可能出现的风险，签署知情同意书后进入审批程序，经批准后使用。知情同意书一式两份，一份给病人，一份由使用科室纳入病历归档。

4.2.2 超说明书用药时需由医师提出用药申请（填写《超说明书用药备案申请表》），



并提供权威的循证医学依据，由临床科室主任签字，报医务科同意后，经药事管理与药物治疗学委员会、医学伦理委员会批准。

4.3 超说明书用药的使用与调剂

4.3.1 超说明书用药必须开具处方。

4.3.2 药师调剂超说明书用药时，首先应对药品说明书有深入、细致、透彻地了解，并以药品说明书为依据，严格按药品说明书规范调剂药品，规避用药风险，确保调剂行为的安全及患者的用药安全。

4.3.3 调剂时要认真核对知情同意书、超说明书用药批件及处方，确认无误后方可调剂。

4.3.4 药师应该有自我保护意识，超说明书用药存在严重违反“用法、用量和注意事项”之规定，即便是已签署《超说明书用药知情同意书》和医务科备案外，药师也应当依法拒绝调配；或与医师联系进行合理用药干预，详细指明处方中存在的问题，请开方医师重新开具合理处方，认真把好合理用药关。

4.4 监督监管

4.4.1 医务科、药事管理与药物治疗学委员会负责我院临床药物治疗管理与指导，并负责超说明书用药审批和监管。

4.4.2 对未经许可擅自超说明书用药的科室，科室主任为主要责任人，并扣出科室医疗质量5分；对擅自超说明书用药造成不良后果者，将视同责任事故处理，并与医师考核、晋升挂钩，医院可视情节及后果轻重取消其处方权。

5. 表单及用物设备

5.1 超说明书用药知情同意书（见附件1）

5.2 超说明书用药备案申请表（见附件2）



附件 2

超说明书用药知情同意书

姓名：_____ 年龄：_____ 科室：_____ 住院号：_____

临床诊断：

涉及超说明书使用的药品（以下简称被告知药品）

名称：_____ 规格：_____ 剂型：_____

名称：_____ 规格：_____ 剂型：_____

名称：_____ 规格：_____ 剂型：_____

为了您健康利益的最大化，我们针对您的病情，建议超说明书使用药品。为了让您更好的理解，我们进行如下善意告知：

1. 您的病情，目前临床常规使用药品效果并不理想。在充分考虑药品不良反应、禁忌证、注意事项，权衡患者可能获得的利益大于可能出现的危险，我们认为被告知药品的使用是您目前的最佳治疗方案。

2. 超说明书使用药品是医师、药师所享有的一种国际通行职业权利。根据患者目前的情况，我们建议您采取此种治疗方案。

3. 超说明书使用药品不是用于临床试验或科研目的，否则您有权利拒绝接受。

4. 您有权利要求医师、药师用通俗的语言对本知情同意书所载内容进行讲解，在医师、药师讲解后您有权利向其提问，并应当得到客观、科学的回答。

5. 您已经被告知并理解，使用被告知药品可能发生意外或如下不良反应，包括但不限于：

名称：_____ 不良反应：_____

名称：_____ 不良反应：_____

名称：_____ 不良反应：_____

如果发生医疗意外情况或上述不良反应，医师将按有关诊治常规积极救治病人，使您尽快地康复。

医师签名：_____ 签名日期：_____年____月____日

我声明：经医师告知，我已经充分理解上述情况，同意接受被告知药品的超说明书使用，并接受此种治疗可能发生的医疗风险。

患者或授权委托人签名：_____ 与患者关系：_____

签名日期：____年__月__日



首营企业和首营品种审核管理制度

1、为了保证经营药品的质量，严把进货质量关，防止假劣药品流入，维护医院的信誉。根据《药品管理法》、《药品管理法实施条例》、《药品经营质量管理规范》制定本制度。

2、首营企业是指与本医院首次发生药品供需关系的经营企业；首营品种是指本医院向某一药品生产企业首次购进的药品（含新规格、新剂型、新包装）。

3、与首营企业发生业务关系时，采购员要索取加盖供货企业原印章的《药品经营许可证》、《营业执照》复印件，质量保证协议书。填写“首营企业审核表”经质量管理组织审核，报药品质量管理负责人批准后方可发生业务往来。

4、购进首营品种，必须要求生产厂家提供该品种的法定质量标准、生产批件、同一批次该品种的药品检验报告单，价格批文、使用说明书原件、标签、商标注册证书、GMP证书复印件等资料。以上资料加盖供货单位原印章外，检验报告书加盖供货单位质量管理机构原印章。采购员填写“首营品种审批表”，经质量管理组织审核，由药品质量管理负责人批准后方可进货。

5、必要时医院负责人会同质量管理负责人、采购员对药品生产、药品经营企业进行实地考察，保证药品质量和经营的合法性。

6、建立“首营企业”“首营品种”的质量档案。将审核批准的“首营企业审批表”和“首营品种审批表”及相关资料等一起作为药品质量档案保存备查。

药品采购管理制度

1、每月按时由药品保管员根据药品库存和使用情况及时制定药品购进计划，填写请购计划表，交库房负责人审核后，由科主任审查签字，再交药品采购员及时采购药品，不得因采购环节影响药品供应或积压。

2、药品进购必须从具有药品经营资格的经销单位进货，所有进货药品（包括招标药品）都必须以合同形式确定购销关系。不得随意更改或新开购药单位。对所有供货单位必须建立资质档案（包括“两证一照”、企业法人委托书、业务员身份证复印件、企业财务证明、药品质量保证书、廉政协议书、供货品种物价批文等）。

3、引进新、特、急需药品和毒、麻、精神药品的采购须按有关规定执行。

4、严禁采购“三无药品”（无批准文号、无生产批号、无商标）、无《进口药品准销证》、临近期失效期或劣质的药品。

5、购回药品应及时经药库保管员、药品采购员和药品质量监督员验收合格，并签字



后才算此次采购工作完成。

药品采购供应流程

药剂科在药事管理委员会的领导下，按照《湖北省医疗机构中标药品采购使用管理办法》等相关文件精神，负责全院药品采购储存和供应工作。

药品供应商的产生：每年一次委托政府采购中心采用公开招标方式择优遴选合格供应商。

药品品种和价格：医院根据临床用药需求以《湖北省基本药物中标目录》和《湖北省二级以上医疗机构中标药品目录》遴选品种制定《医院用药目录》，报药事管理委员会审议通过，其品种、剂型、规格、厂家、价格，严格按“湖北省医疗机构药品网上集中采购平台”和“湖北省医疗机构基本药物网上集中采购平台”执行。目录包括品种、剂型、规格、厂家、价格录入医院信息化管理系统，药剂科无变更权限。

药品的采购：

1、药库根据各药房申领计划在《医院用药目录》范围内，每月对常用药品提出次月的药品购进计划。计划的内容包括药品的名称、规格、数量、最高购进价格、生产单位、配送公司、配送情况等。

2、复核计划：药剂科主任根据本院的用药情况对药品计划进行临行核对并签名。

3、审批计划：药品购进计划复核后，报请分管院长审查，经批准后方可实施采购工作。

4、采购药品：药品计划批准后，计划方可交中标公司配送，不得配送药品计划以外的任何药品。

5、药品采购计划一式二份，一份交配送公司，药库存留一份备查。

6、新药购进和临时用药采购按《医院新药引进管理制度》执行。

药品采购后，由药品保管员按照采购的要求对药品的数量、规格、价格、批准文号、效期、生产单位、外观质量进行验收并作好登记，并录入医院信息化系统。



临床药师工作制度

为了进一步加强临床药学工作的管理，促进我院临床药师制度的发展，根据卫计委相关文件的要求，我院建立临床药师工作制度。

1. 临床药师由高等医药院校临床药学专业或药学专业大学本科以上学历，通过临床药师专业规范化培训并经考核合格者担任。

2. 临床药师应当以服务患者为中心，遵循药物临床应用指导原则、临床治疗指南和循证医学原则，积极参与临床合理用药工作。

3. 临床药师应当参与临床药物治疗方案设计、实施与监测，重视临床用药的理论总结和用药实践经验的累积。

4. 定期（每周至少三次）参加临床查房、会诊和病例讨论，参与危重患者的救治和药物治疗方案的拟定与实施，对药物治疗提出建议。

5. 深入临床了解药物应用情况，进行治疗药物监测，设计个体化给药方案；负责收集、整理和核实 ADR 报告并及时上报。

6. 指导临床医护人员合理使用药品、管理好药品；为临床提供最新实用的药品信息和药物咨询服务，宣传合理用药知识。

7. 协助临床医师做好新药上市后临床观察，收集、整理、分析、反馈药物安全信息。

8. 结合临床用药，开展药物评价和药物经济研究。

9. 临床药师必须坚持面向临床，为患者和临床服务的宗旨，虚心向临床学习，经常与临床医护人员沟通和交流，使其真正成为医疗团队的一员。

10. 注意了解和收集国内外药学和临床用药最新发展动态，加强药学和临床医学的理论学习，不断总结工作经验，提高自身业务水平。

11. 定期向药学部门领导汇报参与临床用药和临床药品使用管理情况；向药学部门的药学技术人员通报临床用药情况和趋势，以便于相关科（室）掌握临床用药动态，保证临床安全合理的药品供应。

12. 临床药师下临床的各项工作，都应有详实的工作记录和相关的工作报告，并分类建档保管。

医疗设备管理委员会工作制度

1. 在院长与分管院长领导下，进行医疗设备质量与安全日常管理工作，并为医院在医疗设备质量与安全方面的决策提供信息服务。委员会由院长、分管领导、药械科、招标办、财务部、党群办、医务科、护理部、临床科室主任等相关人员组成，药械科为设



备管理委员会的常设机构。

2. 负责建立医院医疗设备质量与安全管理体系，组织制定医疗设备质量与安全管理制度，编制医疗设备质量与安全计划，督促检查计划的执行与落实。

3. 开展医疗设备质量与安全相关培训。

4. 负责组织和实施医疗设备质量与安全方面的检查、评价、考核，对其存在的问题进行反馈，提出改进措施。

5. 每年召开 1-2 次会议，对本单位仪器设备的购置、大型设备可行性论证、更新、大型设备报废等问题进行决策和协调，制订、修订和监督执行设备管理的有关制度。通报年度质量与安全信息，研究医疗设备质量与安全管理工作。总结当年工作，制定次年工作计划。

6. 组织建立医疗设备临床使用安全事件的监控网络，指定医疗安全风险管理部门牵头组织，医疗设备临床使用部门和医疗设备保障管理等相关部门专人采集数据和上报，配合上级监管部门对医疗设备安全事件的调查和追踪。

7. 建立本单位医疗设备临床使用安全管理评价制度，并纳入本单位医疗安全控制评价范围内。

8. 医疗设备管理委员会的决议、决定提交院办公会讨论决定后生效。

医疗设备三级管理制度

为加强我院医疗设备管理，逐步建立和完善我院医疗器械管理质量体系，不断提高我院医疗器械管理质量和水平，保证医疗质量和医疗安全，依据《医疗器械临床使用安全管理规范》《医疗机构医疗设备管理办法》等法规，制定本制度。

一、医院成立医疗设备管理委员会，负责领导我院医疗设备临床使用安全管理工作。

二、医疗设备实行医疗设备管理委员会、医疗设备管理部门、医疗设备使用部门的三级管理。

（一）医疗设备管理委员会

医疗设备管理委员会由院长、副院长负责，由医务科、护理部、临床科室等相关部门人员组成；委员会下设医疗设备临床使用安全管理办公室，办公室主任由科长兼任，地点设在药械科，成员由科长和具备一定资质的医学工程技术人员组成。

1. 人员构成

主任委员：黎群武

副主任委员：刘祖松 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩 查文良

雷振宇 赵大运

委员：孔祥槐 王兵华 王媛 乐治文 毛开新 毛春华



李梅 李永红 李忻 余红光 余小平 刘湘燕
吴洁 吴芳 肖德琴 杨万云 陈红梅 沈晓玲
严芙蓉 周卫东 周益辉 胡荣 洪丽 赵正据
饶俊华 徐良雄 徐燕 涂亚莉 唐鹏 唐春花
彭圣威 蔡慧兰 曾德志 谢模英 魏枫

2. 委员会职责

(1) 负责建立本机构医疗设备临床使用安全管理体系，明确医疗设备管理部门及医疗设备临床使用相关部门在医疗设备临床使用安全管理、技术支持和医疗设备安全事件监测工作中的职责，确保医疗设备临床使用安全监测的实施与人员落实到位

(2) 组织制定本单位医疗设备临床使用安全管理的规章制度、应急预案；建立报告制度，审核相关工作制度细则，并监督实施。

(3) 建立和落实医疗设备临床使用安全管理责任制，明确临床使用科室、医疗设备保障管理、医疗和护理、感染管理等部门、各岗位在医疗设备临床使用过程中的安全责任。

(4) 审核本单位的医疗设备临床使用安全管理工作计划，指导开展医疗设备临床试验、临床准入与评价工作。

(5) 组织开展对医疗设备临床使用操作人员、医疗设备采购、维修管理的医学工程技术人员的培训和考核工作。

(6) 组织建立医疗设备临床使用安全事件的监控网络，指定医疗安全风险管理部门牵头组织，医疗设备临床使用部门和医疗设备保障管理等相关部门专人采集数据和上报，配合上级监管部门对医疗设备安全事件的调查和追踪。

(7) 建立本单位医疗设备临床使用安全管理评价制度，并纳入本单位医疗安全控制评价范围内。

(8) 其它有关医疗设备临床使用安全管理的重要事宜。

3. 办公室职责

(1) 定期组织召开医疗设备使用安全管理会议，召集相关部门人员参加，汇报医疗设备临床使用安全情况，总结安全管理工作现状，审议各项决议、制定工作计划并监督各相关部门执行；

(2) 组织制定我院相应的安全管理和工作制度、流程、安全评估标准并实施与监督，保证医疗器械临床使用安全管理有效。

(二) 医疗设备管理部门

1. 人员构成：

由医学工程技术人员及相关专业的管理人员组成。

2. 职责：

(1) 在医疗设备管理委员会领导下，根据国家有关法律法规，制定本单位医疗设备



管理工作制度；协助临床科室制定医疗设备临床使用管理制度。

(2) 负责医疗设备配置规划和年度计划的制定，并组织实施。

(3) 负责医疗设备采购和验收，保证统一入口、渠道合法、手续齐全、性价比合理；与相关的临床科室共同进行验收。

(4) 负责医疗设备的入账的登记，建立档案；定期核对，做到账实相符；对医疗设备进行全程跟踪。

(5) 对医疗设备开展预防性维护工作，定期请具有资质的国家法定机构、第三方机构、生产厂家做检测校准，并做好记录、档案登记和凭证保存工作；制定急救、生命支持以及重要的相关医疗设备的应急备用方案；保证医疗设备处于完好和待用状态。

(6) 参与医疗设备临床试验准入论证，与相关部门对医疗设备有关的新技术进行准入审核。

(7) 开展对医疗设备的维修、保养等技术服务，并将技术服务过程计入医疗设备档案。

(8) 开展医疗设备临床使用安全监测工作；负责医疗设备安全事件的数据采集，配合相关部门对医疗设备安全事件进行调查、分析和追踪，提出控制措施并协调处理。

(9) 负责医疗设备处置工作。

(三) 医疗设备临床使用部门

在医疗设备管理委员会指导下，负责本科室医疗设备日常管理和临床应用安全管理工作，指定专（兼）人负责医疗设备日常管理工作。

(1) 制定本科室医疗设备临床使用管理制度；按规定对有关制度进行公示。

(2) 提出本科室医疗设备配置规划和年度计划。

(3) 对医疗设备临床试验准入论证，医疗设备有关的新技术进行准入审核；会同医疗设备管理部门对新购入医疗设备进行验收。

(4) 负责本科室医疗设备的登记，档案管理；定期核对，做到账实相符。

(5) 严格按照卫生行政部门制定的临床技术应用操作规范、规程及产品说明书等制定本科室各类医疗设备临床使用操作规范或流程；按照国家规定配备具有合格资质的医疗设备使用技术人员，定期组织其参加相关培训和考核评价；确保医疗设备操作人员能合理、正确、安全、有效的使用医疗设备。

(6) 进行医疗设备日常管理，发现问题及时报告；制定急救、生命支持和相关的重要医疗设备应急备用方案；做好医疗设备的日常清洁、消毒、维护管理工作，保证在用医疗设备处于完好和待用状态。

(7) 开展医疗设备临床使用安全监测相关工作；及时发现和处置临床医疗设备安全事件，进行临床医疗设备安全事件的数据采集和报告，配合相关部门对医疗设备安全事件进行调查、分析和追踪，提出控制措施并实施。

(8) 开展本科室医疗设备功能开发利用工作，不断提高装备利用率和投资收益率。



(9) 其他有关医院医疗设备临床安全管理事宜。

医疗设备配置管理制度

一、医院医疗设备管理委员会负责全院医疗、教学、科研所需设备的配置管理工作。

二、医院设备配置要按照集中供管、专管共用的原则，对于医院规定管理的专科设备，临床、医技科室在没有资质开展业务的情况下，严格杜绝配置相关设备。

三、设备的配置既要考虑满足临床、医技科室工作的要求以及学科的发展和建设，同时也要考虑成本效益，应优先配置功能适用、技术适宜、节能环保的设备，注重资源共享，杜绝盲目配置。

四、申请配置 20 万元以上大型医疗设备需填写《大型仪器设备购置可行性论证报告》，经医疗设备管理委员会讨论通过后，由药械科汇总，形成年度计划。

五、甲类、乙类大型医用设备的申请应按照国家 and 省级卫生主管部门规定的程序办理，获得批准后，应进行严格的采购招标，获得《大型医用设备配置许可证》后方可投入正式使用。

六、购置甲类和乙类设备需提交以下材料：（1）申请报告。主要包括：申请机构基本情况；拟申请设备名称、规格和主要配件；相关辅助配套设备名称、数量和使用人员取得岗位培训证书情况；（2）可行性论证报告、需求分析。主要包括：申请配置的主要理由；所申请设备的技术发展前景；在临床、科研中的作用；预期使用率；人员取得岗位资质的情况；购置经费来源以及经济分析等，以上材料由药械科汇总并上报上级主管部门审批。

医疗设备审批制度

1. 各业务科室应根据医疗、科研、教学工作需要按年度编报设备计划，由药械科汇总后，交设备管理委员会讨论，形成年度计划，并由院领导批准后执行。

2. 购置大型医疗设备必须先填写可行性报告及大型医疗设备配置申请表，报省卫生行政部门批准后执行（以省卫生行政部门文件为准）。

3. 属于政府采购范围的医疗设备购置计划，应先报政府采购部门（咸宁市财政局招标管理中心）批准后，由医院招标办负责实施。

4. 对紧急情况或临床急需的医疗设备，应由使用科室提出申请，交院领导批准后优先办理。

5. 各业务科室不得对外签订订购合同或向厂商承诺购置意向，参加各类会议时，可将会议上厂商介绍的产品资料带回本单位，按照有关程序办理批准手续。



6. 对各类设备所需的维修配件，应做好计划，由医疗器械管理部门审核，报分管领导批准后执行。

7. 对科研项目所需的医疗设备，应根据科研经费、批准项目，由科教部门统一提出计划，报药械科审核后，由分管领导批准后执行。

8. 对于赠送、投放、科研合作、临床试用或验证的医疗设备，必须按程序办理相关手续，经药械科和医疗管理部门审核，报院长批准后执行；对违反规定造成的医疗事故或医患纠纷，由当事人承担有关责任。

医疗设备采购管理制度

为进一步规范医疗设备的采购工作，加强监督和管理，促进公平竞争，提高工作效率。本着为病人健康高度负责的精神，严格执行国家的法律、法规和卫生主管部门的各项条例，切实降低进价，节约医疗成本，减轻病人负担，杜绝自行采购，提高医疗设备的利用率，并结合工作中的实际情况，制定本制度。

一、设备申购

1. 申购科室于上年末分类（医疗设备、教学设备、科研设备）申报本年度科室设备购置计划，并逐项阐明设备申购具体理由。大型设备（指单位价值超过 20 万元的设备）还必须填写可行性论证报告和科室核心小组讨论意见并签名。

2. 药械科汇总各科室申购设备，将汇总表报分管院领导。

3. 分管院领导牵头组织初审，划分上半年购置计划和下半年购置计划。

4. 将初审的购置计划上报医疗设备管理委员会讨论通过后，药械科组织实施。

二、设备招标采购

1. 医疗设备管理部门根据设备急缓排列优先购置批次。

2. 医疗设备管理部门会同使用科室进行设备论证、选型。严格按照资质合格、价格优惠、质量过硬、诚实守信、售后服务到位的标准推选品牌（原则上不得少于三种）。

3. 根据设备预算情况、设备市场情况决定购置方式。医疗设备采购以政府采购中心批准的方式进行；属于政府采购目录或集中采购招标范围的医疗设备应按规定委托公司招标采购（公开招标、邀请招标、竞争性谈判、国务院政府采购监督管理部门认定的其他采购方式等）。对于自行招标的，应做到公开、公平、公正。对于急需和因特殊情况不适合招标采购的设备，可采用询价或定向单一来源采购，但应报院长批准。

4. 依据符合采购需求，质量和服务相等且报价最低的原则确定成交品牌。明确重要零部件价格并列详细清单，确保售后服务价格公开，按医院合同管理程序，签订购销合同。

三、（急需、小型）设备申购

急需设备指在年度设备购置计划以外临时、急需添置的设备。急需设备购置应由使



用科室填写急需设备购置申请表，讲明急需添置设备的原因，报院领导审批后，特事特办。选型议价，报领导审核同意后，签订合同，保证设备尽早到货投入使用。

小型设备（指5万元以下的设备）购置，需使用科室填写设备购置申请表，说明申购原因，经院领导审批同意后提交药械科，进入采购流程。

1. 药械科进行小型设备申购的初审：根据科室现状及成本效益预估，进行初审，摸清市场行情。

2. 谈判采购：药械科组织相关职能部门（财务科、审计科、使用科室）及供应商代表，对拟购置的5万以下医用设备进行询价、谈判采购，以高性价比来确定产品，必要时供应商提供同型号设备的合同、配置清单、发票等的复印件。

3. 谈判情况汇总：谈判过程及结果整理汇总经过相关部门签字确认，汇报分管院长。

4. 采购合同签署：根据结果形成采购合同，报请分管院长签批。

四、验收

1. 设备在合同约定期限内到货安装、调试，投入使用。

2. 验收工作由药械科负责组织实施，验收人员由药械科、医疗设备使用科室和设备供方代表三方相关人员组成。

3. 相关人员到场后，严格按照验收的内容及步骤全程跟踪配合设备验收工作，厂家工程师应对药械科工程师、医疗设备使用科室技师及相关人员进行现场维修保养及操作技能的专项培训。

4. 设备安装、调试完成后，药械科工程师及操作技师、厂家工程师等相关工作人员共同对设备进行现场验收，并在设备验收合格单上签字确认。

5. 库房管理员凭设备验收合格单及发票办理设备入、出库手续，并对入库、出库信息与设备验收合格单的一致性负责。

6. 固定资产管理会计，在收到设备入库、发票信息及经审签的设备合格验收单后，办理设备挂账手续，并通知使用科室办理相关出库手续。

7. 验收单一式四联，使用科室、药械科、财务科、供货方代表各持一份存档备查；计量或特检报告，由药械科存档备查。

五、付款

双方严格执行合同条款后，医院依合同约定支付货款。

医疗设备安装管理制度

为确保医疗设备的安装质量，安装工作必须遵循如下要求：

1. 医疗设备的安装由生产厂家或其授权的具有服务资质的单位实施。

2. 医疗设备安装场地有特别要求时，安装单位必须将具体要求（如场地布局、水、电、



气、放射屏蔽及辐射、生物安全等方面的要求），提前以书面形式告知医院，做好相关准备工作。

3. 医疗设备管理部门接到安装单位场地准备的书面通知后，应及时向医院有关领导汇报，并积极会同基建、动力等相关部门，做好准备工作。并在准备就绪后，及时通知安装单位现场验收确认。仅当安装场地、环境得到生产厂家或其授权的具备相应资质的单位确认后，方可实施安装工作。

4. 医疗设备使用及保障管理部门相关人员全程跟踪监管安装过程，并为安装方提供必要的协助。

5. 《国家特种设备目录》中的相关医疗设备，必须根据医疗设备自身特点，严格遵守国家及生产厂家要求的技术标准进行保管和安装；对人体具有危险的医疗设备，安装单位必须提供明确的安装计划和流程，并对可能发生的意外事件提出明确的应急预案。

医疗设备临床使用安全管理规范

第一条 为加强医疗设备临床使用安全管理工作，降低医疗设备临床使用风险，提高医疗质量，保障医患双方合法权益，根据卫生部印发的《医疗设备临床使用安全管理规范（试行）》制定本规范。

第二条 医疗设备临床使用安全管理，是指医疗机构医疗服务中涉及的医疗设备产品安全、人员、制度、技术规范、设施、环境等的安全管理。

第三条 医院设立由院领导负责的医疗设备临床使用安全管理委员会，委员会由医院医疗设备管理、临床医学及护理、医院感染管理等相关人员组成，指导医疗设备临床安全管理和监测工作。

第四条 医疗设备管理部门负责医疗设备采购，医疗设备采购应当遵循国家相关管理规定执行，确保医疗设备采购规范、入口统一、渠道合法、手续齐全。应当按照院务公开等有关规定，将医疗设备采购情况及时做好对内公开。

第五条 医疗设备管理部门应当建立医疗设备供方资质审核及评价制度，按照相关法律、法规的规定审验生产企业和经营企业的《医疗设备生产企业许可证》、《医疗设备注册证》、《医疗设备经营企业许可证》及产品合格证明等资质。

第六条 纳入大型医用设备管理品目的大型医用设备，应当有卫生行政部门颁发的配置许可证。

第七条 医疗设备管理部门应当按照国家分类编码的要求，对医疗设备进行唯一性标识，并妥善保存好高风险医疗设备购入时的包装标识、标签、说明书、合格证明等原始资料，以确保这些信息具有可追溯性。

第八条 医疗设备管理部门应当对医疗设备采购、评价、验收等过程中形成的报告、



合同、评价记录等文件进行建档和妥善保存，保存期限为医疗设备使用寿命周期结束后 5 年以上。

第九条 医疗设备验收应当由医疗药械科门组织实施并与相关的临床科室共同评估临床验收试用的结果，经验收合格后方可应用于临床。

第十条 疗器械的安装应当由医疗药械科门、生产厂家或者其授权的具备相关服务资质的单位组织实施。特种设备的安装、存储和转运应当按照相关规定执行，并保存相关记录。

第十一条 临床不得使用无注册证、无合格证明、过期、失效或者按照国家规定在技术上淘汰的医疗设备。医疗设备新产品的临床试验或者试用按照相关规定执行。

第十二条 临床使用医疗设备应当严格遵照产品使用说明书、技术操作规范和规程，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。

第十三条 临床应当严格执行《医院感染管理办法》等有关规定，对一次性使用的医疗设备不得重复使用，按规定可以重复使用的医疗设备，应当严格按照要求清洗、消毒或者灭菌，并进行效果监测。

第十四条 医护人员在使用各类医用耗材时，应当认真核对其规格、型号、消毒或者有效日期等，并进行登记。对使用后的医用耗材等，属医疗废物的，应当按照《医疗废物管理条例》等有关规定处理。

第十五条 临床使用的大型医用设备、植入与高值类医疗设备名称、关键性技术参数及唯一性标识信息应当记录到病历中。

第十六条 医疗药械科门需遵照医疗设备技术指南和有关国家标准与规程，定期对医疗设备使用环境进行测试、评估和维护。同时，对在用设备类医疗设备需定期进行预防性维护、检测与校准，以保证在用设备类医疗设备处于完好与待用状态。预防性维护方案的内容与程序、技术与方法、时间间隔与频率，应按照医疗设备分类与风险分级原则和医院实际情况制订。

第十七条 发生可疑医疗设备临床使用安全事件或者医疗设备出现故障，应当立即停止使用，并通知医疗药械科门按规定进行检修，经检修达不到临床使用安全标准的医疗设备，不得再用于临床。

第十八条 医疗设备临床使用安全事件发生后，应立即停止使用相关医疗设备，同时通知生产、经营单位，协助配合相关部门进行调查，记录不良事件的有关资料，包括患者资料、发生情况与地点、医疗设备相关信息、操作使用人员等信息，并上报至上级主管部门。

第十九条 医疗设备管理部门应当定期对本机构医疗设备使用安全情况进行考核和评估，形成记录并存档。



附则

第二十条 本规范所包括的医疗设备是指依照相关法律法规依法取得市场准入，与医疗机构中医疗活动相关的仪器、设备、器具、材料等物品。

第二十一条 医疗设备临床使用安全事件是指获准上市的质量合格的医疗设备在医疗机构的使用中，由于人为、医疗设备性能不达标或者设计不足等因素造成的可能导致人体伤害的各种有害事件。

第二十二条 高风险医疗设备是指植入人体、用于支持、维持生命或者对人体具有潜在危险的医疗设备产品。

医疗设备使用人员操作培训和考核制度

1. 大型医疗设备、特种设备使用操作人员，必须参加获得国家有关部门授权的培训机构培训，取得相应资质证书。资质证书期满后，需参加再培训，重新获得有效资质证书。

2. 新引进的常规医疗设备，由设备厂方负责对设备使用科室操作人员及药械科技技术人员进行操作和保养培训，并及时制定设备操作规程。

3. 在用常规医疗设备，由使用科室接受过培训的人员，对本科室未参加培训但又需要操作仪器的人员进行培训，培训完成后需根据培训内容进行考核，考核合格后方可上岗操作。必要时，应对相关人员进行再培训。

4. 医学工程技术人员，需定期对设备故障进行分析，对人为故障率较高的设备，需进行有针对性的培训；对较为普遍性的问题，需会同有关职能部门，组织开展集体性的培训。

5. 无论是设备使用部门，还是药械科，每次完成培训考核后，需形成相应的培训考核记录，并将相关记录及时存档。

6. 医疗设备管理委员会，定期组织有关职能部门，对各科室设备使用人员培训、持证、使用操作情况，进行督导检查。对表现较好的科室，通报表扬；对相关工作做的不好的科室，下达整改通知书。

7. 接到整改通知书的科室，应积极采取措施，对相关问题予以整改，并将整改结果，上报医疗设备管理委员会办公室存档。

医疗设备临床使用和安全管理评估考核制度

第一条 根据我院医疗设备管理委员会的相关规定，药械科负责协调全院各有关科室共同完成全院医疗设备的临床使用和安全管理评估考核工作。

第二条 药械科应制定《医疗设备临床使用和安全管理考核细则》，并不断改进和



完善考核细则，指定专人实施考核，严格按照评分标准打分，考核完成后做好统计，分析和报告。

第三条 药械科应开展对临床科室的医疗设备使用、操作、保养、安全等培训和指导工作，协助临床科室建立其医疗设备管理规范化管理体系。

第四条 药械科应定期开展医疗仪器设备的质量性能检测、电气安全检测、预防性维护工作，定期巡视并排查医疗设备存在的安全隐患，制定相应措施。

第五条 临床科室应建立本科室医疗仪器设备的使用、保养、登记等管理制度和流程，指定专人管理，严格按照操作规程操作，实施医疗设备的培训和考核，协助主管部门做好安全事件监测，提高设备使用率，保障医疗设备的安全和效益。

第六条 压力容器、消毒器械、计量器具、大型医疗设备(放射 X 线系列, MRI, 核医学, 放疗设备等) 严格按照国家要求，定期请计量部门进行计量检测。

第七条 药械科应定期对临床科室医疗设备进行考核评估巡查，并将情况记录于巡查记录本上，对该科室医疗设备的临床使用和安全管理进行综合评估考核。

第八条 临床科室医疗设备质量和安全管理指标：急救与生命支持设备和 10 万元以上设备一级保养，每日一次，其它医疗设备一级保养，可一周一次；急救、生命支持和大型医疗设备使用登记完成率 $\geq 95\%$ 、一级保养完成率 $\geq 95\%$ ；临床医技科室医疗设备临床使用安全管理考核合格。

大型医疗设备使用及评价管理制度

1. 大型医疗设备投入使用后，使用科室应责成专人负责设备使用日常管理，保证运行环境良好，对使用、维护情况进行实时登记。

2. 设备管理部门会同设备厂家及使用科室定期对大型医用设备进行预防性维护和保养，保障设备的使用质量，减少故障的发生。

3. 设备管理部门对大型医用设备的预防性维护、检测与校准、临床应用效果等信息进行分析与风险评估，以保证医疗设备处于完好与待用状态，保障所获临床信息的质量。

4. 大型医疗设备发生故障后须立即停止使用，并及时启动“重要仪器设备故障应急处理预案”，确保患者安全，经检修达不到使用安全标准的大型医疗设备，不得再用于临床。

5. 大型医疗设备使用操作人员须经考核合格，取得《大型医用设备上岗人员技术合格证》，并在国家或省级卫生主管部门登记注册后方可上岗工作。

6. 大型医疗设备的运行成本核算是医院经济管理的重要组成部分，设备购入之后，设备管理部门应积极配合医院财务部门对全院医疗设备的效益情况进行监控，每年对设备的使用效率和效益进行追踪分析，分析评价结果应纳入科室年度考核的指标，以便合理配置和充分利用医疗设备，并为院领导决策提供依据。



7. 大型设备使用部门负责每月填写医疗设备运行数据采集表，并于当月月底前交财务部门。财务部门计算出当月设备运行效益评价指标，并与上年同期对比，做出当月医疗设备效益评价表并呈送医疗设备管理委员会。

8. 医疗设备管理委员会定期对大型医疗设备的使用情况进行评估，评估报告定期反馈给设备使用部门，将之作为设备使用部门配置医疗设备的审批依据。

医疗设备维修制度

1. 使用科室要按规定做好医疗设备的日常保养工作，并定期检查执行落实情况。
2. 一般医疗器械设备的保养由使用科室负责，由专人进行操作。
3. 医疗器械设备应按操作规程正确操作，非操作人员严禁上机。
4. 贵重、精密、大型医疗设备，各科室要指定专人负责进行日常维护保养工作。发现情况及时汇报，严禁设备带故障运行。

5. 药械科针对全院的医疗设备必须做到定期到使用科室巡检。（每月必须完成一次系统的保养工作）

6. 对使用科室提出的设备维修申请，维修人员应及时予以响应和处理，维修完毕，维修人员应详细填写维修记录，并由使用科室签字认可。

7. 医疗器械设备的维修工作由设备维修组负责完成，未经药械科技术人员检查，原则上不得随意拆修。

8. 对必须持有维修上岗证维修的大型设备，必须严格按规章制度执行，持证上岗维修。

9. 对压力容器设备的维修，必须定期做好压力表的计量工作。

10. 贵重仪器设备使用时要认真填写好维修使用登记手册，认真记录好设备的故障及维修情况。

11. 医疗器械设备在使用中出现故障时，临床科室要认真、清晰、及时地填写好维修单，写明故障现象，及时送至设备维修组，由其技术人员进行修理，修理完毕后，由临床科室验收合格后投入使用。

12. 医疗器械设备的修理，力求在院内进行，如必须外送修理的或请公司来院修理，须经药械科科长批准，使用科室及他人不得擅自外送修理，贵重医疗器械设备应报院领导批准后可外送修理。

13. 对无法解决或疑难的问题应及时向上级领导汇报。

14. 对急救设备的维修，维修人员不得以任何理由拖延、扯皮，而应积极抢修，保证临床第一线需要。

15. 对保修期内或购置保修合同的设备，要掌握其使用情况，出现问题，及时与保修方联系，对维修结果做好相应的维修记录，并检查保修合同的执行情况。



16. 休息日和节假日安排维修值班，应对突发事件和设备故障维修。

医疗设备三级保养制度

科学、规范的维护保养工作，对降低设备故障率，延迟设备生命周期，保障设备的安全性和有效性等，均具有十分重要的意义。为加强我院医疗设备维护保养工作，制定以下制度。

1. 医疗设备管理部门和使用部门，均负有对设备的维护保养责任。

2. 医疗设备实行三级保养，各级保养的概念及责任部门定义如下：

一级保养：亦即日常保养或维护，（每日进行），由使用科室负责，其内容主要包括设备表面清洁、过滤网的清洁、设备附件的清查与整理和设备基本状况的检查。每日开机后先检查机器是否正常，有无提示错误等，如有必须先排除。对于CT、MR、DSA、LA、DR等大型设备必须先预热后才能工作。每日工作结束，需清洗机器上的脏物和血迹等。肉眼观察设备相关的零部件是否完好。

二级保养：（每月一次）由药械科门相关责任工程师负责，主要是通过对所分管科室的定期巡检，检查设备有无明显异常情况，有无不当使用和操作，及时排除故障隐患。主要是内部除尘、外部环境水、电、气、汽的检查，机械结构的加润滑油等，巡检保养后必须填写医疗设备保养记录。

三级保养：（每季度一次）由药械科门向责任工程师负责，主要是对所分管的设备，定期进行预防性维护（PM），以及主要性能参数的检测与调整等。该保养可以由设备维修组和厂方工程师一起进行，如定期更换过滤器、皮带、橡皮密封圈等易损件，定期进行参数设置，检查校准相关技术参数，检测传感器等。

3. 药械科应积极创造条件，逐步推进基于风险分析评估的预防性维护工作，对不同风险等级、不同结构和不同使用频度的设备，制定不同的维护周期与维护内容，提高维护工作的科学性，最大限度的提升设备的安全性和有效性。

4. 各科室建立设备使用维护登记本，对设备日常使用和维护情况如实进行登记，并妥善保管相关记录。

5. 药械科设计统一规范的巡检记录单和PM记录单，每次巡检和PM结束，应对巡检及PM结果进行如实的记录，并由使用科室相关人员签字确认，药械科们负责人审核通过后，交档案管理员存档。

6. 药械科对三级保养执行与记录情况，定期进行分析与评估，针对科室设备使用与维护工作中存在的问题，给予及时的指导，同时为设备预防性维护改进积累必要的依据。



医疗设备日常维保制度

1. 医疗仪器设备日常维护工作，由使用科室负责执行。
2. 日常维护保养的周期：急救与生命支持设备和贵重仪器设备（单价 50 万元以上），每日进行一次，其它普通设备可每周进行一次。
3. 日常维护保养的内容：设备表面清洁、过滤网的清洁，设备附件的清洁（有消毒要求的，需进行正确的消毒）、整理，设备的功能检查等。
4. 50 万元以上设备，建立“贵重仪器设备使用及日常维护记录本”，随机器存放，并对每日设备的使用维护情况，进行如实的登记。50 万元以内设备，使用“50 万元以内仪器设备使用及日常维护记录本”，并按相关要求，对仪器设备使用维护情况进行如实的登记。
5. 仪器设备使用及日常维护登记本，应作为设备的使用维护档案资料，妥善保存备查。
6. 医疗设备管理部门应对设备使用科室开展相关培训，指导科室正确的使用维护好设备。
7. 医疗设备管理部门，应会同其他有关部门，对设备使用科室的设备日常维护情况，进行定期的督导检查，对日常维护工作做的好的科室，进行通报表扬，对做的不好的科室，进行通报批评，情节严重的，报医院按有关规定进行处理。

医疗设备报废管理制度

一、报废条件

凡符合下列条件之一的设备，应当予以报废。

1. 国家发布淘汰的仪器设备品目及种类；
2. 计量检定和质量检测不合格，又无法校正修复的；
3. 严重污染环境，危及人身安全与健康，又无法进行有效技术改造的；
4. 失效或功能低下、技术落后，不能满足临床使用需求的；
5. 性能明显下降，无法修复校准的；
6. 严重损坏，修复成本超过设备原值 30% 以上的；
7. 因零部件停产，致使主要功能不能恢复的。

二、报废程序

1. 使用科室填写报废申请单，提交药械科门进行相关技术鉴定（注意：信息填写不完整，将不予受理）。
2. 药械科接到科室报废申请单后，组织相关人员对拟报废设备进行技术鉴定，填写明确鉴定意见。



3. 使用科室将签有鉴定意见的报废申请单，交设备资产会计，办理后续审核、审批、销账手续。
4. 设备资产管理会计接到签有报废鉴定意见的报废申请单后，核实设备基本信息，查阅设备折旧情况，填写相关信息，将报废单逐级交相关领导审批。
5. 对已经批准报废的设备，由设备资产管理会计通知设备所在科室，凭已批复的报废单，将报废设备交库房保管员办理交接手续。
6. 库房保管员收到报废设备后，在设备报废申请单上签字，进行相关信息登记，并按药械科门处置意见分类存放；
7. 设备所在科室持库房保管员签字的报废单，到设备资产会计处办理资产销账手续（因论证不力，或使用不当造成尚在折旧期内报废的设备，其未折旧的余值，一次性计入科室成本）
8. 设备资产会计定期将报废设备信息报学校国有资产管理部备案。

三、报废设备处置

1. 报废设备由库房保管员进行分类管理，对可降级或调剂使用的设备，由药械科负责统一进行院内调剂。院外调剂设备应请示分管院长。调剂时需在保管员处办理领出手续。
2. 对无临床使用价值但有可再用零配件的设备，由药械科门安排相关人员拆卸可用配件，在保管员处办理领出手续，交零配件库房统一管理，用于院内设备的维修。残余部分，定期报请医院相关部门，按照国家有关规定，进行变现或其它处理。
3. 未经设备主管部门同意，任何人不得擅自处理报废设备。

医疗设备（器材）损坏赔偿制度

1. 凡是工作失职、不负责任、违反操作规程、工作不慎致使财产丢失或损坏，不论是本院职工、进修实习人员、病员、陪住人员及探视人员等，应由科室负责人签署意见，交药械科审定报院领导审批后赔偿。
2. 凡因工作不慎或工作不负责任以及违反操作规程等，损坏一般器材，价格在 30 元以内，经护士长或科室负责人签署意见，药械科科长审批，据情赔偿 5%—20%。专人保管物品如有丢失，赔偿 100%。
3. 因人为责任事故导致万元（不含万元）以下的医疗器械损坏者，除书面检查外，还要赔偿其值的 5%—10%。
4. 因工作失职或违反操作规程损坏精密、贵重的医疗器械等，由科室提出初步赔偿意见交药械科核定，一般不可修复者赔偿原值的 1%—3%，可修复者赔偿修理费的 10%—50%，还要写书面检查，或交院务部处理。
5. 由病人、陪住人员、探视人员造成医疗器械丢失、损坏者，按其原价再加 15% 管



理费赔偿。

6. 各部门发生医疗器械损坏、丢失，应及时查明原因责任后，使用科室写明情况，签署意见，报药械科办理报损、赔偿手续，由院领导审批。

计量管理制度

执行、贯彻国家计量法令、法规、文件和法定计量单位制，保证国家计量单位制度的统一和量值的统一，组织兼职计量员定期学习，不断提高医务人员的计量法制概念。计量室的业务工作由计量室管理员负责管理。

医院计量器具要统一管理，建立计量器具台帐、分户帐、历史记录卡。计量器具要有专人负责管理使用，责任到人，精密计量器具使用要做好记录。

新购置的计量器具，凡没有厂方制造计量许可证及鉴定合格证或 CMC 标记的不得入库和使用，计量器具发生异常应停止使用。

组织医疗计量器具的周期检定和强制检定，确保计量器具在合格有效期内使用，保证计量器具的正确可靠。

计量员要定期深入科室，了解检查、督促计量器具的使用和管事情况，发现问题及时汇报、解决。

报废的计量器具必须办理报废手续，贴上报废标记，不得继续使用并上报计量局。

测量标准器具及测量设备每季度进行一次重复性和稳定性试验，经常保持良好状态。

专用仪器由专人负责使用。对一些需要恒温、避光的仪器和放射源、有毒物质和标准物质等，实行专门存放、保管。

检测工作完成后，必须按照仪器的操作规程切断电源，清洁擦拭，将仪器、设备复位。

测量标准器具，测试设备用绿、黄、红三色标签标记，以示计量校准状态。

送检设备要单独存放，对未检、已检、故障设备用白、绿、红三色标签分类标识。

计量档案、技术资料使用保管制度

计量档案、技术资料包括计量管理规章制度，计量仪器的台帐、合格证和计量局、卫生行政部门的文件材料等。

对计量档案、技术资料要有专人专柜保管。对计量档案、技术资料进行分类管理。

设备的技术资料、数据光盘、图纸等要设专人专柜保管，电子资料作只读处理，资料外借要写借条，防止遗失。

测量标准及测量器具必须有明显的计量标识，以表明仪器所处工作状态。计量标识



一般分为合格（绿）、准用（桔黄）、限用（蓝）、禁用（红）等。计量标识必须经计量检定后，方可粘贴。

计量标识必须粘贴在明显的部位上，并注明检定的时间及下次检定的时间，须有计量机构名称和计量检定员签字。

计量器具采购验收、入库领用和报废制度

凡采购计量器具均需有 CMC 许可证，并且在选购时，一定要注意检验的近期日期。

凡采购一次性使用计量器具，必须按湖北省一次性使用的医疗器材卫生管理暂行规定的通知执行，防止不合格品流入医院。

新购置的计量器具需经计量员检查验收，凡没有厂方制造计量器具许可证及检定合格证书或 CMC 标记的不得入库和使用。

计量器具到货后，必须按原始发票和装箱单及时验收，发现问题迅速处理。

计量器具周期检定制度

为了保证计量器具的准确可靠，必须按照《中华人民共和国强制检定的工作计量器具明细目录》的具体内容执行强制检定，设立计量器具的档案。

制定强制检定计量器具的周期计划，明确各项计量器具的检定周期。

各项计量器具必须按规定周期进行检定，保证全院所有在用的计量器具在检定周期内合格使用。周期检定送检合格率达到目的 100%。

在用计量器具必须注明周期合格有效期标记，并有专人负责，精密仪器做好使用记录。

医疗设备质量控制及安全管理制度

一、总则

第一条 为加强医院医疗设备质量控制与安全管理，确保医疗设备在其生命周期中安全可靠工作，保障患者和医护人员健康和安全，保证医疗活动准确有效，根据卫生部《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》、《医疗卫生机构医疗设备管理办法》、中华人民共和国国家标准委员会《质量管理体系标准》、《医疗器械监督管理条例》等相关法律法规规定，制订本制度。

第二条 医疗设备质量控制及安全管理的范围，包括医疗设备采购管理、资产管理、医疗设备使用管理、维修质量管理、计量质量管理、医疗设备不良事件管理以及基于上述过程中的改进活动。



二、组织机构及职责

第三条 药械科成立医疗设备质量控制及安全管理团队，成员由药械科具有相应资质的管理人员、医学工程技术人员和各临床医技使用科室的设备管理员组成。

第四条 医疗设备质量控制及安全管理团队职责：

- (1) 在主管院领导的直接领导下工作。
- (2) 按照质量控制目标负责医疗设备质量控制工作。
- (3) 督导相关部门完成年度、季度、月指控目标计划。
- (4) 督导相关部门修改、完善、补充质控检查标准。
- (5) 定期检查如下内容：设备使用率，设备完好率，采购执行率；档案管理达标率；验收差错率；调拨差错率；账物相符率；设备机房环境及劳动纪律。
- (6) 检查质控汇总结果并提出改进意见。
- (7) 参加质控指导工作，定期听取汇报。

第五条 根据医疗设备质量控制及安全管理的要求，分别制定专业技术人员负责医疗设备采购质量管理以及医疗设备维修质量和安全管理。

三、工作细则

第六条 药械科对医疗设备供应商的资质进行审核，对采购计划及采购流程进行监督，对购入的医疗设备进行验证，对医疗设备进行计量检测及功能评估。

第七条 对在用医疗设备与计量器具库存等进行管理，定期盘存，检查有无失效和淘汰产品，并进行处理；对医疗设备的入库、出库及报废进行管理。

第八条 医疗设备投入使用前，应对相关使用人员进行操作培训，对维护工程师进行基本原理和维护技术的培训，并进行考核；对于在临床使用中出现的涉及设备器械的操作、技术和质量问题，应及时组织讨论，提出改进意见和措施，属于不良事件的应按规定主动及时上报。

第九条 设备维修及预防性维护中出现的故障及故障隐患应进行记录分析，并追查故障原因，彻底检查问题根源，经维修的设备，应进行性能检测和电气安全检查。

第十条 药械科制定年度医疗设备预防性维护计划，对在用医疗设备的状态进行检测，包括验收检测、状态检测和稳定性检测，必要时需要进行校正和修复；对急救类的设备要重点巡视，保证急救设备完好，建立计量监管体系，根据计量法规相关规定对医用计量设备进行定期检测并保存记录。

第十一条 医疗设备质量控制及安全管理工作，应建立临床应用风险评估体系，根据《医疗设备综合风险评估表》将医疗设备进行风险分级，根据风险等级制定设备管理计划；对重点设备实施重点监控，根据风险评估等级进行安全监测，分析数据并总结评估报告，根据评估报告内容持续改进。

第十二条 医疗设备质量控制及安全管理工作，应建立医疗设备不良事件管理制



度，对医疗设备不良事件进行监测、报告、管理。

第十三条 医疗设备质量控制及安全管理工作中的所有活动，均须以规定的格式进行记录存档，以便于在必要时进行追溯。

第十四条 定期通报医疗设备临床使用安全与风险管理监测的结果，并定期将结果上报院领导。

四、管理目标

第十五条 医疗设备管理总体质量目标如下：

- (1) 严格采购制度、采购流程的执行率 $\geq 99\%$ 。
- (2) 档案管理、装备资产管理、资质管理达标率 $\geq 95\%$ 。
- (3) 物品验收差错率严格控制在 1% 以内。
- (4) 医疗设备调拨差错率严格控制在 1% 以内。
- (5) 库房医疗设备账物相符率 100%。
- (6) 大型医疗设备的开机保证率 93% 以上。
- (7) 中小型医疗设备完好率达 96% 以上。
- (8) 医疗设备强检完成率 100%。
- (9) 医疗设备预防性维护计划完成率 100%。
- (10) 医学工程技术人员每年参加相关继续教育和培训不低于 2 次。
- (11) 医疗设备安全（不良）事件数目 10 例 / 年。
- (12) 医学工程人员岗位考核完成率 100%。
- (13) 临床医技科室医疗设备临床使用安全管理考核完成率 98%。
- (14) 急救类、生命支持类设备完好率 100%。
- (15) 急救、生命支持类设备和 50 万元以上医疗设备，使用登记完成率 $\geq 95\%$ 、一级保养完成率 $\geq 95\%$ 。（每日 1 次）
- (16) 50 万元以内普通设备一级保养每周 1 次。
- (17) 临床医技科室医疗设备临床使用安全管理考核合格。

五、设备维修后的质控

设备维修后，无论何种情况，都必须进行质量检测。及时登记所用的维修工具（或设备）、委托方及检测环境条件。直至检测合格，方可在设备上粘贴合格标签，标明下次检测时间；经维修后无法合格者，告知委托方相关情况，并建议停用该设备。

六、质量检测设备的使用、保管和维护

使用质量检测设备及配套设备的人员，仅限于本实验室内熟悉该装置性能并能熟练操作的人员；质量检测设备应制定操作规程，并严格按操作规程开启、运行和关闭仪器；质量检测设备及配套设备应安置在固定位置上，不得随意移动，与之有关的质量检测设备一律不外借，更不能擅自改作它用。



医疗设备档案管理制度

一、根据《档案法》规定，按医疗设备的管理等级，确定建立医疗设备档案管理的范围。药械科设立档案管理人员，专人管理医疗设备档案。医疗设备档案是指外购医疗设备所形成的各类文字、图表的文件材料与电子记录等。

二、档案资料要按规定项目内容认真填写，做到字迹端正、清晰，分类编号登记；资料收集应真实、准确、完整、系统，并及时整理、组卷、装订、保管；卷宗目录应与案卷内容一致。档案管理人员对档案必要信息及时录入电脑，做好动态档案信息的补充更新工作，保证信息管理系统的数据安全，定期备份数据。

三、医疗设备使用说明书复印件或副本移交使用科室。技术档案要按规定的保存时间保管，销毁档案资料要经过批准。完善技术档案借用手续，大型精密仪器的原始技术档案未经批准不得外借。

四、医疗设备必须建立技术档案，建档内容包括：

1. 申购资料：申购论证材料、订货合同、各类单据和来往信函、开箱验收记录、索赔资料等。

2. 技术资料：产品样本、各类相关证件、使用手册、维修手册及其它保修维修资料等。

3. 管理资料：操作保养规程、使用维修记录、计量检查、检测及其它检查评比记录、调剂报废记录等。

五、建立专门资料柜，按类分档存放，定期对有关资料进行分类更新，分期存放。大型医疗设备档案资料等有关资料要设专柜存档。

六、完善技术档案借用手续，大型精密仪器的原始技术档案，非经批准不得外借。严格借阅制度，借阅、归还须办理正规手续。

七、加强对档案柜的管理，环境和场所必须具有“八防”措施（防火、防盗、防光、防尘、防鼠、防潮、防霉、防蛀）。

八、档案管理人员工作变动时，要按程序办理档案移交手续。

急救与生命支持设备应急调配制度

1. 本制度所称的急救与生命支持设备系指及、危、重患者抢救所必须的设备，包括呼吸机、除颤仪、监护仪、输液泵、注射泵、吸引器、简易呼吸气囊等设备。

2. 医院建立急救设备应急储备库，库内配置适量的除颤仪、呼吸机等常用急救设备，并保持各类设备始终处于完好待用状态。

3. 药械科为各科室提供其临近科室急救设备配置清单，配置清单每半年更新一次，



各科室应妥善保管该清单，以备突发紧急情况时能够快速找到调用目标科室。

4. 各科室接到急救设备应急调配请求时，必须无条件给予积极配合与支持。

5. 应急调配的条件：当突发紧急情况，科室设备不足以满足急救任务需求时，方可启动应急调配制度和程序。

6. 应急调配的原则：本着就近调用的原则，先与邻近拥有所需急救设备的科室取得联系，调用临近科室设备。临近科室无法提供相应设备时，再与应急储备库联系（工作日致电 8102680，夜间致电 13135953298 毛春华），调用所需设备。

7. 调用设备使用完毕，做好设备的清洁消毒工作，并及时将设备归还应急储备库或原设备使用科室。

应急医疗设备储备计划

一、采购入库

应急医疗设备由药械科采购，填写入库清单，验收后统一入库保管。应急物品管理要建立专账，由专人管理。

二、储备管理

1. 经检验合格的应急物资，必须实行分区、分类存放和定位管理。根据库房条件以及物资的不同属性，将储存物资逐一分类，根据其保管要求，仓储设施条件及仓库实际情况，确定具体的存放区。为方便应急物资存放，减少人为差错，对应急物资进行编号定位，结合物资存放保管目录，提高办事效率。

2. 应急物资应妥善保管，以保护物资的质量。储备物资应防火、防潮、防侵蚀和防日光曝晒，在有效期内。

3. 加强对应急物资（设备）的管理，防止应急物资（设备）被盗用、挪用、流失和失效，检查人员每月要定期检查应急物资和设备的使用或调配情况，发现缺少和不能使用的要及时提出和督促，确保 100% 完好，能正常使用，检查人员每次检查时要进行详细记录，留存备查。

4. 应急物资的调拨由医院应急领导小组统一调度、使用。应急物资调用根据“先近后远，满足急需，先主后次”的原则进行。建立与其他地区、其他部门物资调剂供应的渠道，以备物资短缺时，可迅速调入。

三、储备种类：依照本级卫生行政部门预案的要求和突发公共卫生事件处置的需要，主要针对突发公共卫生事件的应急处置进行物资和资金等方面的储备。

四、储备方式：结合物资特性和应急需求，统一规划，实行实物储备、计划储备、资金储备和信息储备相结合的方式储备，实施动态管理，及时调整、补充。

1. 实物储备：较为稀缺的卫生应急物资和经常使用的卫生应急物资，如：个人防护



用品，以便突发公共卫生事件发生时可立即调用。

2. 计划储备：对不便管理，效期短或不能及时从市场上购买的物资，与企业签订储备合同，随时调用。

3. 资金储备：对货源充足，能够及时从厂家或市场上购买的物资，预留一定数量的资金并根据应急需要购置物资。

4. 信息储备：指通过网络平台，建立卫生应急物资储备信息库，在急需的时候能够迅速检索出所需物资的生产、供应信息。

五、储备计划

应急设备储备目录

种类	名称	数量
医疗急救装备	呼吸机	1
	监护仪	1
	除颤起搏器	1
	输液泵	1
	心电图机	1
	简易呼吸器	2
	氧气瓶	1
	电动吸引器	1
	洗胃机	1



医疗器械临床使用安全事件监测与报告制度

第一章 总 则

一、为加强对本院医疗器械临床应用安全监督管理，配合国家相关部门，完善医疗器械的质量监督工作，保证医疗器械的安全、有效，保障人体健康和生命安全，提高医疗器械产品质量和使用效果，根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法（试行）》、《一次性使用无菌医疗器械监督管理办法》等有关法律法规制定本制度。

二、医疗器械临床使用安全事件，是指在医疗活动中发生的与医疗器械相关的医疗安全事件。包括两种情况，一是获准上市的、合格的医疗器械，由于设备突发故障或不正确使用操作引发的医疗安全事件；另一种是指获准上市的、合格的医疗器械，在正常使用的情况下发生的，导致或可能导致人体伤害的任何与医疗器械和设备预期使用效果无关的有害事件，此类事件称为医疗器械不良事件。

三、医疗器械安全事件监测，是指对获准上市后的医疗器械安全事件的发现、报告、评价和控制工作。

四、鉴于生命支持类、急救类、辐射类、灭菌类和大型医用设备，在临床使用过程中，较其它医疗器械有着更高的风险，本制度的重点监测对象为生命支持类、急救类、辐射类、灭菌类和大型医用设备。

第二章 组织机构和职责

五、医院医疗器械临床使用安全管理办公室制定医疗器械安全事件监测管理制度，并监督、组织实施。其主要职责是：

- （一）承担医院器械安全事件信息的收集、整理和分析、评价工作。
- （二）承担医院器械安全事件监测信息网络的建设、运转和维护工作。
- （三）组织器械安全事件监测方面的教育培训。

第三章 监 测

六、各科室设立医疗器械安全事件兼职联络员（各科室医疗设备兼职管理员兼任），负责本科室医疗器械安全事件信息的收集、整理和上报工作。

第四章 报告流程及处置

七、当发生医疗器械安全（不良）事件时，科室或医务人员应立即采取有效措施，防止损害扩大，并立即报告药械科，同时填写《医疗安全（不良）事件报告表》，在科室



《医疗安全（不良）事件登记本》上进行相关登记。

八、科室或个人将《医疗安全（不良）事件报告表》上报医务部。医务部进行初步审核后，按照事件类别及相关部门职能，将器械设备类不良事件报告表移交给药械科。一般事件要求 24-48 小时之内报告；紧急事件应立即电话报告相关情况，再补报《医疗安全（不良）事件报告表》。

九、药械科接到医疗器械安全事件报告后，应立即组织相关人员到达事件现场，做好应急处置和事件信息记录，并对事件原因进行必要的调查、分析与评价。在收到医务部移交的《医院医疗安全（不良）事件报告表》后，将事件调查分析的相关结果反馈至医务部。属于医疗器械不良事件的，按照国家食品药品监督管理局《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法（试行）》的规定，填写《可疑医疗器械不良事件报告表》，完成不良事件报告工作。

十、药械科定期向医院医疗质量管理委员（挂靠医务部）提交医疗器械不良事件调查分析结果和整改措施，并定期向分管院领导汇报有关情况。

第五章 分析、评价和反馈

十一、医疗器械安全风险分级：

医疗器械安全风险程度按照医疗安全（不良）事件的严重程度可以划分为 4 个等级：

I 级——造成非预期死亡事件有关的医疗器械；

II 级——造成病人机体与功能损害事件有关的医疗器械；

III 级——虽未造成病人机体与功能损害，但已构成错误事实的事件有关的医疗器械；

IV 级——及时发现错误，未形成错误事实的事件有关的医疗器械。

十二、医疗器械安全事件发生原因未明确前，医疗器械临床使用安全管理办公室应立即主动采取措施。根据事件的严重程度，根据风险分级发布相关风险预警信息；对于高风险医疗器械，责令使用科室暂停或终止对其的使用，若有必要，可责令厂家对其进行召回。

十三、医疗器械临床使用安全管理办公室应协同医疗器械使用科室对医疗器械安全事件进行分析，辨明安全事件的类别、等级，查清医疗器械安全事件发生的原因，提出相关防范措施。

医疗器械临床使用安全管理办公室在对医疗器械安全事件评价完成后，总结本次事件处理过程中的经验教训，以文本资料的形式反馈至医院医疗质量管理委员和使用科室，以便医院和临床组织相关学习和培训，防止和减少医疗器械安全事件的蔓延和再次发生。

十四、医疗器械安全事件监测记录应当保存至医疗器械、设备标明的使用期后 2 年，且记录保存期限应当不少于 5 年。



第六章 奖惩机制

十五、对于积极上报医疗器械安全事件，并及时整改和持续改进有成效的科室，给予表扬和奖励；对其在医疗器械临床使用安全管理考核的相关条款中给予加分。

十六、当事人或科室在医疗器械安全事件发生后，采取各种途径隐瞒不报或未及时上报导致事件进一步发展而造成不良影响的，一经医疗器械临床使用安全管理办公室发现，立即上报医务部，由医务部按照医院相关制度给予处罚。

十七、管理措施细则

随着现代医学科学技术发展，医疗器械越来越多地应用于医疗领域，同时，医疗器械不良事件也时有发生，与药品一样，医疗器械使用也存在潜在危险，为加强医院医疗器械不良事件监测和管理，最大限度地控制医疗器械使用的潜在风险，依据国家《医疗器械监督管理条例》、《医疗医械不良事件监测和再评价管理办法（试行）》制定我院医疗器械不良事件监测和管理工作方案，规范医院医疗器械不良事件的管理与监控工作，采取以下管理措施

（一）建立医疗器械不良事件监测领导小组

1. 人员结构

组 长：梅武轩 职 务：副院长
副组长：余红光 职 务：科 长
成 员：毛春华 唐 鹏 职 务：副科长

2. 临床科室专职监测报告人员：各科室护士长

3. 临床医技科室医疗器械不良事件报告员：各临床医技科室主任

（二）医疗器械不良事件监测领导小组的职责

领导小组全面负责全院医疗器械不良事件监测管理相关工作，履行以下职责：

1. 负责医院医疗器械不良事件监测管理工作的规划和相关制度的制定、修改、监督和落实；

2. 负责医院医疗器械不良事件监测管理的宣教工作；

3. 研究分析医疗器械不良事件监测管理工作的动态和存在问题，定期组织召开日常监测工作总结会议，讨论并提出改进意见和建议；

4. 制定与完善高风险医疗器械使用的操作规程，组织培训员工在使用高风险医疗器械时规范操作；

5. 对于上报的不良事件，于一周内组织讨论，制定应对措施；

6. 通报传达上级医疗器械不良事件监测技术机构的反馈信息。

（三）重点相关监测管理部门的职责



1. 药械科

1) 负责大型医疗器械的管理、维护、使用培训。

2) 定期总结：药械科每年1月5日前总结上一年度的医疗器械不良事件监测工作。

保存监测的原始资料备查。

3) 医疗器械的存放、保管、发放。

4) 日常监测：负责临床科室上报的医疗器械不良事件的日常监测信息的汇总分析及评价工作。

5) 负责采购医疗器械的产品合格证等的审核：

2. 医务部、护理部：

1) 负责医疗器械不良事件监测工作管理及培训：负责日常工作及会议召集、会议传达及记录。

2) 监督管理：每季度对临床使用医疗器械不良事件监测实施情况进行总结分析。

(四) 医院各科室专职监测报告人员的职责：

1. 专职检测报告员每月定期了解本科室医疗器械使用情况。

2. 对高风险产品、国家重点监测产品、已发生不良事件产品定期跟踪监测。

3. 负责收集单位不良事件，出现可疑或不良事件，指导临床使用科室完成填写《医疗器械不良事件报告单》。按规定时间内上报。

(五) 临床医技科室医疗器械不良事件报告员的职责

1. 负责本科室的医疗器械不良事件的汇总上报工作。

2. 出现医疗器械不良事件按“报告流程”报告。

医疗设备意外事件防范制度

一、医疗设备购置中，严格按照医院规定执行采购流程，审核厂家资质，对新购置的设备进行质量检测，合格后方可交由科室使用。

二、严禁科室使用未经医疗设备管理部门同意和备案的医疗设备，包括生产厂商或代理公司免费赠送、租借、试用等形式提供使用的医疗设备。严禁医院的任何工作人员未经药械科同意和备案，将医院在用或闲置的医疗设备、厂商投放或试用的医疗设备带出医院使用。

三、使用医疗设备前，须对操作者进行专门的使用培训，并对操作人员进行考核，合格者方可使用设备。医疗设备的使用操作人员严格按照操作说明书的有关操作程序、使用规范、注意事项等正确开启、使用、关停机设备。

四、医疗设备在使用中，操作人员应密切关注机器的运转情况，有仪表指示条件的仪器，操作人员要随时观察，作好使用记录。若发生声、光、气等异常表现或仪表指示失



常时，要及时关闭机器，切断电源。

五、使用科室指定责任管理人对医疗设备进行日常管理，保障医疗器械所处温度、湿度、辐射及水电等条件符合其正常工作的要求。大型仪器医疗设备安装场地须配备防火设施。

六、定期对医疗设备进行安全检查、技术性能检测、维护保养等。对于经过维护的设备，须进行质量检测，确保其能够正常工作方可使用。

七、积极采取预防性维修技术：

1. 指导操作使用人员熟悉医疗设备的电气性能，严格遵守操作规程，提高操作水平。

2. 大型或重点医疗设备经常性地对运行状况、技术指标、测量精度等进行检查，以便了解医疗设备技术状况，及时发现问题，采取针对性措施，清除隐患。

3. 认真做好医疗设备必要的保养和维护，内容包括内部除尘，清洁注油，接插件清除氧化层，更换损耗部件，检查机械运行状况和性能等。

八、坚持安全第一的原则开展维修工作，对医疗设备的维修，既要绝对保证维修技术人员的人身安全，又要防止在维修过程中因人为意外加大仪器医疗设备的损毁。大中型或重点医疗设备的维修，原则上应有两名以上维修人员在场合作，严格执行行业技术规范以及医院相关制度。

九、健全和执行科室维修质量控制制度。加强对药械科医学工程师的培训和管理工作，强化安全意识，提升维修技能。

植入性医疗器械管理制度

为了加强对植入性医疗器械的监督管理，确保有缺陷的植入性医疗器械产品能够及时发现并得到有效的处理，保障人体健康和生命安全，制定本制度。

一、植入性医疗器械的采购和使用

1. 植入性医疗器械执行进货检查验收制度，验明产品合格证明和产品标识；首次进货时应严格审核供应商资质，查明相关的证件，包括《医疗器械经营企业许可证》或者《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械产品注册证》及产品认可表、产品合格证、注册产品标准；明确植入性医疗器械发生不良事件的处理方法；不得经营和使用未经注册、无合格证明、过期、失效或者淘汰的植入医疗器械。

2. 药械科负责植入医疗器械的统一采购、验收、保管，并按照制度保留记录。手术医师应按照产品的设计和使用要求进行植入安装。临床使用科室手术后必须及时填写《植入医疗器械使用登记表》，并与病历一同保存。

3. 手术医师在使用植入医疗器械前要将患者的病情、医疗措施、医疗风险如实告知患者，及时解答患者咨询，并让患者签署有关使用植入医疗器械的知情同意书，知情同意



书应包括：使用植入医疗器械的益处、可能发生的风险及发生风险后的处理内容。

二、植入医疗器械的登记制度

药械科负责记录、保存已购入或已使用植入医疗器械产品的基本信息，包括：产品的品名、规格/型号、序列号/批号、进货日期、手术日期、手术医师姓名、患者姓名(患者联系地址、联系电话)；如果发生退货，同时应该提供产品退还原因、时间、品名、规格/型号、序列号/批号、退还数量、经手人等信息。

三、植入性医疗器械发生不良事件的处理

1. 对由植入性医疗器械导致或可能是植入性医疗器械导致的死亡或严重伤害不良事件，医院应在事件发生后 12 小时内以电话或传真形式报告市药品监督管理部门和主管卫生行政管理部门。

2. 不良事件发生后，医院应立即调查、分析不良事件发生原因，包括：产品原因、医师操作原因或病人自身原因，并在不良事件发生后 10 个工作日内填写《医疗器械不良事件报告表》，报市药品监督管理部门、主管卫生行政管理部门。医院应同时将医疗器械不良事件情况如实向医疗器械生产、经营企业通报，并协助医疗器械生产、经营企业调查不良事件。



精神卫生相关制度



严重精神障碍患者医疗救治工作制度

为了更好地落实《咸宁市严重精神障碍患者政府救治工作方案》的精神，认真开展严重精神障碍患者救治和管理工作，制定本制度。

1、严重精神障碍患者由送治单位先送到精神科门诊就诊，接诊医师对初步诊断患有精神障碍且符合入院标准的病人，开具入院证。

2、精神卫生中心办公室（简称精卫办）对病人救治申请进行审核，经审核符合条件的在入院证上盖“医疗救助专用章”。若情况特殊尚未在当地办理救治申请，应由送治公安干警写清身份证或者警号、联系电话等，开辟绿色通道办理入院手续，并在一周内补办救治相关手续。

3、住院收费处对盖有“医疗救助专用章”的入院证按要求办理住院手续。

4、收治科室按照诊疗常规对病人进行医技检查和诊疗，特别重视病人躯体疾病的诊疗，保证患者医疗安全。科室护士长负责登记严重精神障碍患者信息资料。

5、患者入院三日内由收治科室组织专家进行入院精神医学鉴定，并填写《严重精神障碍患者入院精神医学鉴定意见书》，若鉴定意见为患者不符合救治条件，科室通知监护人或者送治单位领回。患者经治疗一个疗程（三个月），收治科室需组织专家进行出院精神医学鉴定，并填写《严重精神障碍患者出院精神医学鉴定意见书》，若符合出院标准，科室通知监护人或者送治单位领回；若病人病情尚不稳定或未痊愈，通知监护人或者送治单位可办理第二次入院手续，继续住院治疗一个疗程。每年救治住院一般不超过两个疗程。

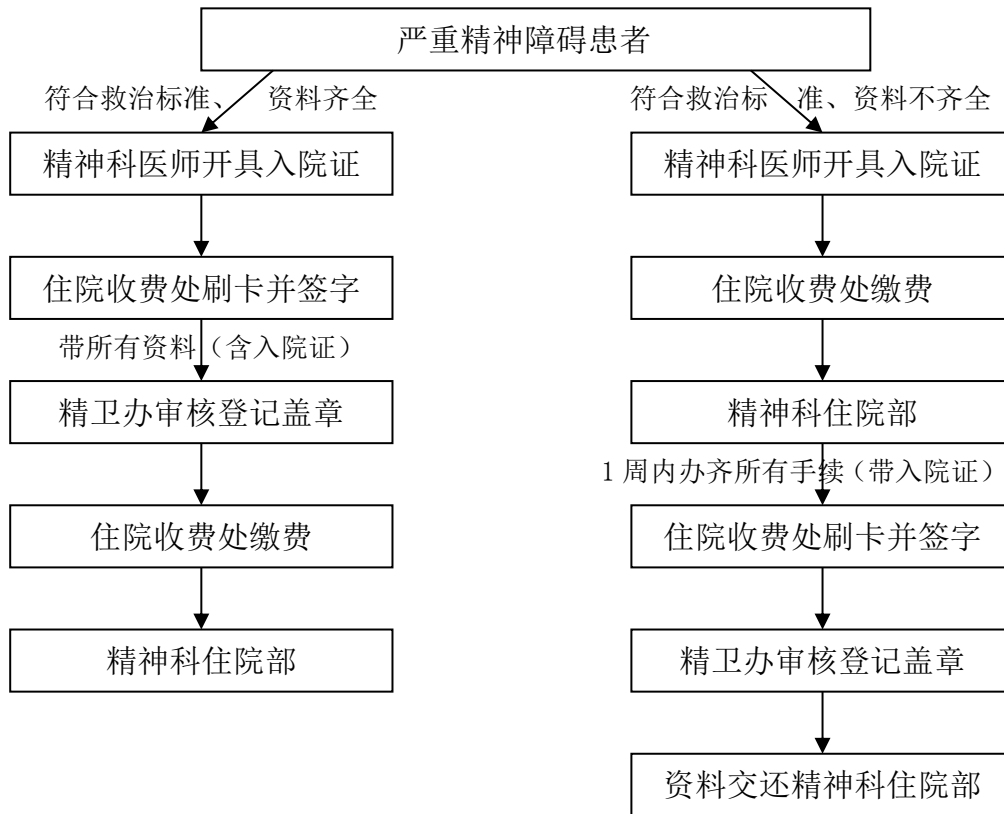
6、收治科室经管医生在患者出院时及时填写《严重精神障碍患者双向转诊单（医院—社区）》（由家属交付给居住地乡镇/社区卫生院精防人员）、《严重精神障碍患者出院信息单》，护士长负责结算医疗伙食费用。

7、精卫办负责收集各科室上交的患者资料，并整理、统计。

8、医保窗口按照本市医保相关政策办理报销手续，定期将出院患者报销信息上交精卫办。精卫办对出院患者的信息每月全面清理，资料完整归档，资料不完整的及时清查补齐后归档。精卫办于次年初全面整理上年出院患者信息资料，联合财务科报送市财政部门，市财政部门审定后由财政从政府救治专项经费中划拨到我院。



严重精神障碍患者医疗救治入院流程



注：

1、所需资料：咸宁市易肇事肇祸精神障碍患者救助申请表、医疗卡、住院转诊单、有效身份证明（身份证或户口本）、双向转诊单（居住地卫生院或社区卫生服务中心公卫科办理）。

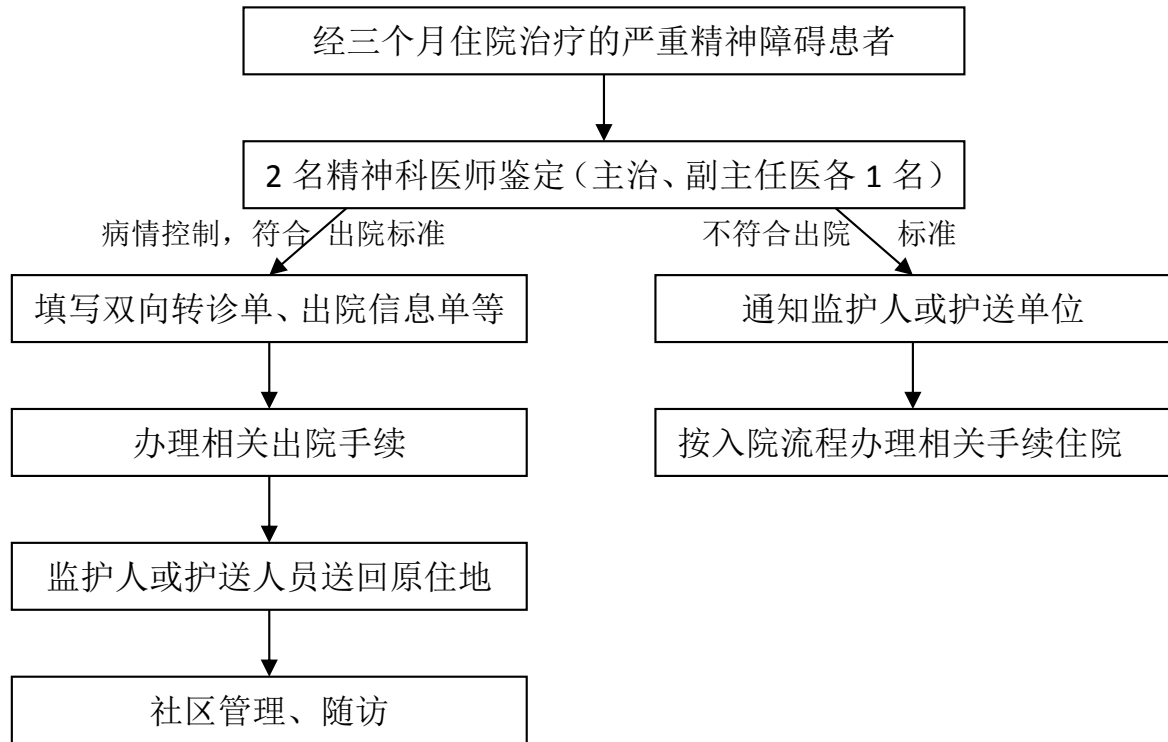
2、资料不齐全者：必须在1周内办齐所有手续，携带上述资料及入院证到精卫办审核登记盖章。否则只能自费住院。

3、告知家属：患者的信息在出院后传到当地卫生院相关部门。

4、请各位医师做好解释工作。



严重精神障碍患者救治出院流程



注:

- 1、每年度严重精神障碍患者政府救助住院治疗只能办理 2 次，超过 2 次按正常住院程序办理；
- 2、患者离院时，主管医生填写双向转诊单并打印签字，由家属带到精卫办盖章，再送到居住地乡镇（社区）卫生院公卫科；
- 3、出院信息单在患者出院后 10 个工作日内传到居住地的精防机构。



严重精神障碍患者救治入、出院标准

一、入院标准：

须符合下列三项标准。

1、符合以下诊断之一：精神分裂症、双相障碍、偏执性精神病、分裂情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞所致精神障碍等。

2、有以下异常行为之一或有以下行为倾向：

- ①杀人、强奸、伤害等严重侵害他人人身权利的；
- ②放火、爆炸、投毒、破坏等严重危害公共安全的；
- ③抢夺、损毁公私财物的；
- ④扰乱社会秩序，造成严重后果的。

3、无严重的躯体疾病。

二、出院标准：须符合以下三项标准：

1、精神症状消失，兴奋躁动、冲动伤人毁物等异常行为控制。

2、自知力基本恢复，即病人自己对所患精神疾病有一定的认识和判断能力。

3、生活能自理，无严重药物不良反应，躯体疾病基本稳定。

流浪乞讨精神障碍患者医疗救治管理制度

为做好我市流浪乞讨精神障碍患者的医疗救治工作，根据《社会救助暂行办法》（国务院第649号令）、《关于进一步做好城市流浪乞讨人员中危重病人、精神病人救治工作的指导意见》（民发〔2006〕6号）和《湖北省城市生活无着的流浪乞讨人员救助管理实施办法》（省人民政府第283号令）的精神，结合我院实际，制定本制度。

1、本制度所称流浪乞讨精神障碍患者是指接受救助的存在疑似精神障碍症状，并经精神卫生专业医疗机构确诊为精神障碍患者的流浪乞讨人员。

2、流浪乞讨人员中发现疑似精神障碍患者，由救助机构送至我院就诊，精神科门诊医师进行必要的体格检查、辅助检查，作出初步诊断，按照患者的病情作相应的处置。需要住院观察治疗的，统一收治到精神科福利病区，并按救治程序办理相关手续。

3、福利病区对新入院的流浪乞讨精神障碍患者填写《严重精神障碍患者应急医疗处置知情同意书》及《应急医疗处置记录单》等，并建立档案留存（包括照片、姓名或编号、性别、入院时间、入院诊断、基本病情、护送单位、护送人员及电话等）。

4、福利病区对收治的流浪乞讨精神障碍患者应及时作艾滋病、梅毒、乙肝等传染疾病的检查及常规的辅助检查，对女性患者应作HCG的检测。病区对留院观察的疑似精神障



碍患者应当在 48 小时内组织精神科执业医师会诊，经诊断确需治疗的精神障碍患者，由救助机构负责办理相关手续，并进行治疗。

5、福利病区医护人员应当按照国家精神障碍诊断标准和治疗规范进行诊治，并将诊断结果和治疗措施等告知送治单位。

6、流浪乞讨精神障碍患者住院期间因患精神疾病以外的其他疾病需转科或转院治疗的，由福利病区报告精卫办、医教科，精卫办通知送治单位办理转科、转院手续，医教科负责协调转科、转院等相关事宜；流浪乞讨精神障碍患者转科、转院治疗终结后应当送回至福利病区继续对其进行精神专科治疗，直至出院。

7、流浪乞讨精神障碍患者因患精神疾病以外的其他疾病需转科治疗时，医院相关临床科室应积极配合，并按诊疗规范及时诊治，不得无故推诿、拒绝收治。

8、流浪乞讨精神障碍患者经救治后，适宜出院的，福利病区报告精卫办，由精卫办联系送治单位并在 3 个工作日内办理出院相关手续，福利病区应当出具诊断证明和出院小结。

9、医院各科室在救治中应当严格执行《湖北省医疗服务价格》收费标准，参照我市基本医疗保险有关规定，严格按照诊疗技术规范的要求，实施检查和治疗，所用药品须符合《湖北省基本医疗保险药品目录》范围，并将救治病人的住院病历、病情记录、用药情况、入（出）院手续、住院明细账单等票据按照“一人一档”的要求，形成档案，对所发生的费用单独记账，单独核算。

10、福利病区不得无故拒绝接收流浪乞讨疑似精神障碍患者，不得对确诊需要治疗的流浪乞讨精神障碍患者不及时采取救治措施，如有违反则追究相关人员责任。

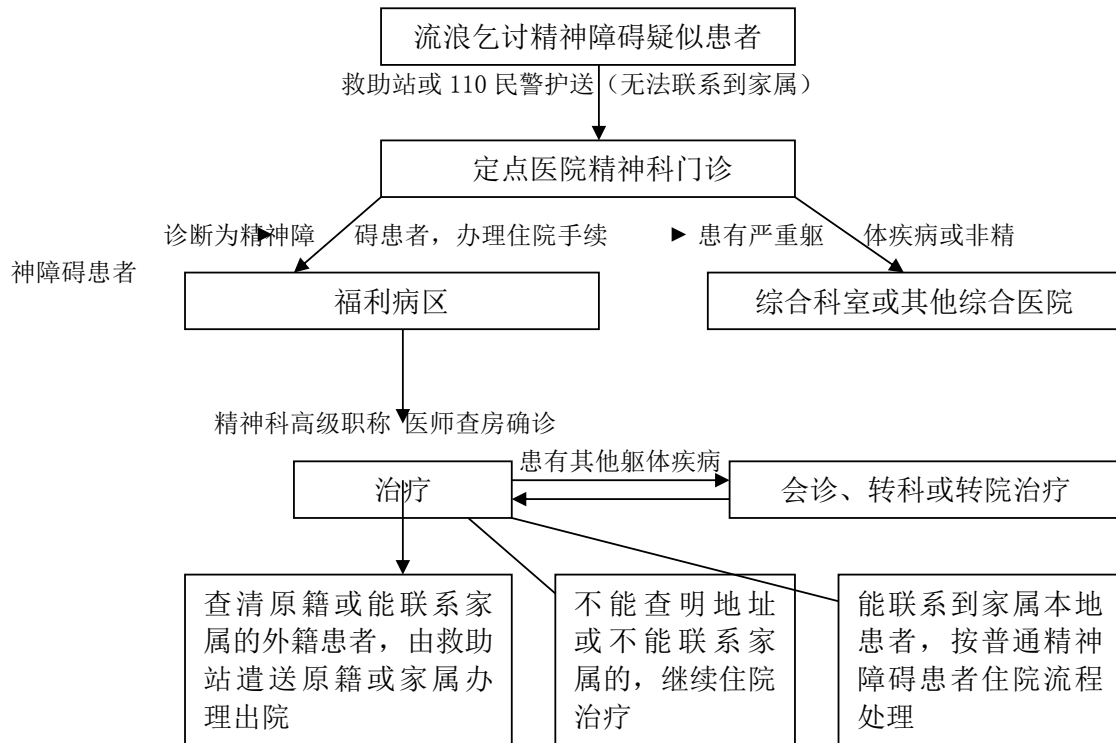
11、流浪乞讨精神障碍患者救治过程中，擅自超出规定范围用药、高额检查治疗的，所发生的费用由相关科室自行承担。

12、医院各行政职能部门应大力协助流浪乞讨精神障碍患者医疗救治工作，保证救治工作的顺利进行。

13、流浪乞讨精神障碍患者救治组织管理、工作制度、岗位职责、应急处置、医疗护理工作规范等严格按严重精神障碍患者救治和管理工作相关规定执行。



咸宁市精神卫生中心流浪乞讨精神障碍患者医疗救治流程



严重精神障碍患者双向转诊制度

为了给精神障碍患者提供方便、快捷的转诊治疗绿色通道，建立专科医院—卫生院双向转诊工作机制，发挥基层医疗卫生和康复服务机构的作用，做好社区精神障碍患者的监护、访视和康复指导，为患者提供连续、完整的治疗康复服务，结合实际情况制定本办法。

一、双向转诊分类，双向转诊分为上转和下转：

- (一) 上转：由乡镇卫生院转诊至精神病专科医院。
- (二) 下转：由精神病专科医院转诊到乡镇卫生院。

二、转诊对象：

患有精神障碍的咸宁市各乡镇常住人口。

三、转诊疾病种类：

1、精神分裂症、情感性精神障碍、偏执性精神病、分裂情感性精神病等；老年痴呆、脑血管病所致的精神障碍、癫痫所致的精神障碍、慢性躯体疾患所致的精神障碍等器质性精神障碍；酒精所致的精神障碍、各种药物（含毒品）依赖所致的精神障碍等精神活性物质或非成瘾物质所致的精神障碍；中度、重度、极重度精神发育迟滞以及伴有精神障碍的



精神发育迟滞；

2、确已导致患者精神活动和社会功能明显受损的其他精神障碍，如病情严重的强迫症、恐惧症等。

四、转诊指征：

（一）上转指征：

- 1、各类精神障碍的发作期，如严重的幻觉、妄想、兴奋、躁动、思维紊乱的患者；
- 2、有暴力攻击或明显自伤、自杀行为的患者；
- 3、疑似精神障碍患者或精神障碍诊断不明确者；
- 4、治疗过程中出现与抗精神病药相关的急性毒副反应；
- 5、在家维持治疗效果不好，病情复发或加重的患者；
- 6、病人或家属要求门诊或住院治疗的患者；
- 7、家庭监管无力需住院治疗的患者；
- 8、有“关锁”的精神障碍患者。

（二）下转指征：

- 1、诊断明确，仅需门诊治疗不需住院或病情较稳定者；
- 2、住院治疗出院后，需进行社区跟踪随访、教育康复者；
- 3、主要精神症状控制，愿意参加社区康复活动及职业康复训练的康复者。

五、工作要求

1. 坚持知情同意原则，充分尊重患者及家属的知情选择权。
2. 对转诊不合作的患者，应尽量争取家属的支持，必要时与街道、残联、社区工作站工作人员和患者单位联系，协助转诊。
3. 上转：社区卫生院或者卫生服务中心开具社区－医院的上转单；下转：医院开具医院－社区的下转单，同时提供《严重精神障碍患者出院信息单》，便于基层精防人员掌握患者治疗信息。

严重精神障碍发病报告与管理制度

为了更好地开展我院精神障碍患者信息报告工作，根据《严重精神障碍发病报告管理办法（试行）》制定本制度。

第一条 本制度适用于本院精神障碍患者信息的报告和管理。

第二条 精神障碍患者信息报告病种包括：

- （一）精神分裂症；
- （二）偏执性精神障碍；
- （三）分裂情感性精神病；



- (四) 双相障碍;
- (五) 癫痫所致精神障碍;
- (六) 精神发育迟滞伴发精神障碍;

第三条 精神障碍患者的诊断应由心理卫生医疗机构或者其他医疗机构精神科执业医师在医疗场所作出。

第四条 医院对符合精神卫生法第三十条第二款第二项情形并经诊断结论、病情评估表明为严重精神障碍的患者，进行严重精神障碍发病报告。

第五条 门诊接诊或住院主管的精神科执业医师是严重精神障碍发病报告的责任报告人。

第六条 首次诊断为上述 6 种严重精神障碍患者后，信息责任报告人应完整、全面填写《严重精神障碍患者发病报告卡》，报卡时填写确诊医院名称和医生，且做好科内登记，并应在 5 个工作日内发送给精卫办，精卫办工作人员在收到《严重精神障碍患者发病报告卡》后 5 个工作日内通过国家严重精神障碍信息系统进行网络直报；

第七条 精卫办应当定期对本院严重精神障碍发病报告工作进行自查。

第八条 任何单位和个人不得擅自发布精神障碍公共信息。

第九条 各科室和信息责任报告人应做好精神障碍患者信息数据安全保密工作，保护患者隐私。

第十条 未经法定程序批准，任何单位和个人不得泄露精神障碍患者信息。精卫办工作人员不得泄露国家严重精神障碍信息系统的帐号和密码。

第十一条 公安、司法等机关因办理案件，需要查阅或者使用精神障碍患者相关信息材料的，应当出具采集证据的证明及执行公务人员的工作证件。



严重精神障碍发病报告管理办法（试行）

第一条 为做好严重精神障碍发病报告管理工作，根据《中华人民共和国精神卫生法》（以下简称精神卫生法）的规定，制定本办法。

第二条 国家建立重性精神疾病信息管理系统（以下简称信息系统），严重精神障碍发病信息是该信息系统的组成部分。

第三条 医院对符合精神卫生法第三十条第二款第二项情形并经诊断结论、病情评估表明为严重精神障碍的患者，进行严重精神障碍发病报告。

第四条 具有精神障碍诊疗资质的医疗机构是严重精神障碍发病报告的责任报告单位。责任报告单位应当指定相应科室承担本单位的严重精神障碍确诊病例的信息报告工作，相应科室应当指定专人负责信息录入或报送。

精神科执业医师是严重精神障碍发病报告的责任报告人。精神科执业医师首次诊断严重精神障碍患者后，应当将患者相关信息及时报告前款规定的负责信息报告工作的科室。

第五条 责任报告单位在严重精神障碍患者确诊后 10 个工作日内将相关信息录入信息系统。不具备网络报告条件的责任报告单位应当在 10 个工作日内将患者相关信息书面报送所在地的县级精神卫生防治技术管理机构。

第六条 责任报告单位发现已报告的严重精神障碍患者有精神卫生法第三十五条第一款情形，经再次诊断或者鉴定不能确定就诊者为严重精神障碍患者的，应当在下月 10 日前通过信息系统进行修正。不具备网络报告条件的责任报告单位应当及时书面报送当地的县级精神卫生防治技术管理机构，由其在下月 10 日前通过信息系统进行修正。

第七条 严重精神障碍患者出院的，责任报告单位应当在患者出院后 10 个工作日内将出院信息录入信息系统。不具备网络报告条件的责任报告单位应当在 10 个工作日内将患者出院信息书面报送所在地的县级精神卫生防治技术管理机构。

县级精神卫生防治技术管理机构收到不具备网络报告条件的责任报告单位报送的出院信息，应当在 5 个工作日内录入信息系统。

第八条 县级精神卫生防治技术管理机构应当在严重精神障碍患者出院后 15 个工作日内，将患者出院信息通知患者所在地基层医疗卫生机构。基层医疗卫生机构应当为患者建立健康档案，按照精神卫生法第五十五条及国家基本公共卫生服务规范要求，对患者进行定期随访，指导患者服药和开展康复训练。

第九条 各级卫生计生行政部门、精神卫生防治技术管理机构、严重精神障碍责任单位、基层医疗卫生机构应当严格保管严重精神障碍患者信息，除法律规定的情形外，不得向其他机构和个人透露。

第十条 各级卫生计生行政部门对本地区严重精神障碍发病报告管理工作实行监督



管理。

第十一条 各级精神卫生防治技术管理机构承担本地区严重精神障碍发病报告的业务管理、人员培训和技术指导工作。负责对本地区严重精神障碍发病报告信息进行审核、管理、数据分析及质量控制，及跨区域就诊确诊病例的信息转送工作，以及本地区信息系统的日常维护及运转。

第十二条 严重精神障碍发病报告的责任报告单位应当定期对本机构内部严重精神障碍发病报告工作进行自查。

第十三条 精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍等6种重性精神疾病，符合本办法第三条规定情形的，应当实行发病报告；不符合本办法第三条规定情形的，应当按照现行国家基本公共卫生服务规范及其他有关规定进行登记管理。

第十四条 精神卫生防治技术管理机构，是指由各级卫生计生行政部门指定的承担本地区精神卫生防治技术指导与日常管理任务的精神专科医院、设精神科的综合医院或疾病预防控制中心。

第十五条 本办法自发布之日起施行。

严重精神障碍项目管理工作制度

- 1、完善咸宁市精神卫生防治工作管理体系，认真完成上级部门下达的工作任务。
- 2、建立市精神障碍防治工作领导小组和技术指导小组，每年有工作计划、实施、检查和总结。
- 3、定期对全市精神卫生防治工作进行督导检查 and 绩效考核，对检查结果及时反馈并通报。
- 4、根据工作安排每年定期开展精防人员的培训。
- 5、遵循集中统一、安全完整、安全使用原则做好信息报送和档案管理工作。
- 6、积极开展精神卫生健康促进工作，普及精神卫生知识。

严重精神障碍管理项目保密工作制度

- 1、精神障碍防治工作人员都有保守秘密的义务。保密范围包括科室工作涉及的和工作过程知悉的国家秘密、个人隐私；患者档案资料；其他应当保密的事项。
- 2、属于保密范围内的文件、资料等档案材料的收发、传递、使用、复制、保存等均指定专人进行，并采取必要的安全防范措施。未经批准，非指定专人不得进行上述事项。
- 3、对涉密的信息系统，由专人负责，并采取技术防范措施。



- 4、不准随意放置、携带或丢弃涉密文件，资料 and 材料。
- 5、定期检查科室保密工作，发现泄密事件立即采取补救措施。
- 6、严肃查处泄密事件，对违反保密制度规定的，视情节轻重，追究相关人员的责任，并予以相应处分或经济处罚。

严重精神障碍管理项目档案工作制度

- 1、档案管理遵循集中统一、安全完整、方便使用的原则，由专人管理，档案管理的人员要忠于职守、遵守档案管理制度。
- 2、严格执行档案收集、整理、保管、鉴定、提供利用等有关规定，确保其完整、系统和安全。
- 3、借出的档案须按时归还，使用后的档案应随即放回原处。
- 4、不得窃取、出卖和涂改档案，违者追究法律责任。
- 5、切实做好防盗、防火、防水、防潮、防尘、防虫、防霉工作。
- 6、每年年初对库房档案进行全面检查、清点，发现问题及时处理。

精神残疾、智力残疾评定制度

- 1、精神残疾是指患各类精神障碍一年以上未愈，存在认知、情感和行为障碍，从而影响其社交能力和日常生活。智力残疾是指智力显著低于一般人水平，并伴有适应行为的障碍，包括：在智力发育期间（18岁以前），由于各种原因导致的智力低下；智力发育成熟以后，由于各种原因引起的智力损伤和智力明显衰退。
- 2、精神残疾包括：（1）脑器质性、躯体疾病伴发精神障碍；（2）中毒性精神障碍，包括药物、酒精依赖（药物依赖伴发的精神障碍除外）；（3）精神分裂症；（4）心境障碍；（5）偏执性精神障碍；（6）分裂情感性精神病；（7）其他精神障碍等造成的残疾。
- 3、评定前，申请人必须出具残疾评定委托书、残疾评定申请表、病历资料和患者本人身份证、户口本。
- 4、评定前，评定医师必须认真审查患者的身份证明等信息，审阅有关病历资料。
- 5、评定时，评定医师必须详尽了解患者病史，细致进行体格、神经系统、精神状况检查以及相关辅助检查。
- 6、评定必须由两位精神残疾评定小组的医师参加，按照残疾标准作出明确的残疾类别和等级评定结论，填写《世界卫生组织残疾评定量表 II》（WHO-DAS II）、《韦氏智力量表》、《残疾评定申请表》等，签名并加盖公章，按要求登记信息并保存相关资料。



7、评定医师必须严格遵守相关的法律、法规，不得弄虚作假、违规操作、泄露患者个人信息等。

精神残疾、智力残疾评定流程

1、残疾评定应提供所需材料：

①当地村委会 / 社区的证明、当地残联开具的《残疾评定委托书》、《残疾评定申请表》（所填姓名和所贴照片必须与身份证或户籍上的姓名和人物相同）；

②患者本人的身份证、户口本，未成年人申请残疾人证须同时提供法定监护人的证明材料；

③患者精神科就诊病历资料（住院病历或者近期门诊病历、疾病诊断证明书）；

2、患者和家属携带相关材料到指定医疗机构精神科门诊，出示残疾评定委托书，待评定医师审阅确定是否能进行残疾评定（患者必须到场）；

3、评定医师确定进行残疾评定，安排患者进行相关检查，如精神检查、心理 CT、智力测试及其他相关检查等；

4、评定医师根据国家《残疾人残疾分类和分级》（GB/T26341-2010）残疾评定标准的要求做出残疾等级评定，填写相关资料并签名盖章，按要求做好相关资料保存工作。

5、患者和家属携带《残疾评定申请表》等相关资料到当地残联审核、办理。

鉴定人管理制度

一、为规范医院鉴定人管理工作，根据有关法律、法规，结合我院实际，制定本制度。

二、鉴定人指依法取得鉴定人资格，并被聘任从事临床内科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科、精神科等医学专业鉴定工作的专业技术人员。

三、鉴定人应当遵守国家法律法规，遵从国家公共道德规范。

四、鉴定人应当依法执业，严格按照法定程序开展鉴定活动。

五、鉴定人应当遵循独立鉴定原则，坚持科学立场，忠于事实真相。

六、鉴定人应当保持职业谨慎，严格遵守行业技术规范和标准。

七、鉴定人应当廉洁自律，诚实守信，尊重同行，公平竞争。

八、鉴定人应当遵守有关保密规定，不得擅自对外公开鉴定结果。



饮食服务相关制度



饮食服务管理制度

一、为了更好地服务于医院、患者及家属和本院职工，规范饮食中心日常管理，制定本管理制度。

二、本制度的适用范围为医院全体员工、食堂工作人员、患者及家属。

三、饮食服务中心负责食堂的日常管理工作，医院党群办、财务科负责对饮食中心每月经营情况监督检查，保证饮食中心各项工作有序进行。

四、饮食中心管理的内容包括：饭菜价格、饭菜质量、食堂卫生、日常开支和食堂工作人员的监督管理，员工意见的收集反馈，双方关系的协调处理等。

五、饮食中心职责

1、负责对食堂工作人员工作效率、工作态度、饭菜质量、食品安全和卫生等进行监督管理，减少浪费、降低成本。

2、饮食中心负责接待（招待）管理。

3、饮食中心负责费用结算管理。

六、饮食中心经营

饮食中心为零利润经营，医院为饮食中心工作提供基本的硬件保证，包括厨房设备、厨具，水、电、气，饭菜只按直接成本加适当损耗定价收费。

七、饮食中心工作人员管理规定及要求

1、上岗要求

①食堂工作人员必须取得《健康证》持证上岗。

②食堂工作人员必须有良好的卫生习惯和爱岗敬业精神。

③食堂工作人员每年进行一次体检，如不符合条件不允许上岗，体检费用自行承担，体检结果报饮食中心备案；

④上岗工作人员必须穿戴整齐、外表整洁；严禁拖鞋、赤膊、衣冠不整等不文明行为；

⑤上岗工作人员严禁带手饰及任何形式的手部美容、化妆；严禁留长指甲，同时保证指甲的健康和清洁卫生、无深色甲垢；

⑥严禁手部染恙者（灰指甲、冻伤龟裂、发炎、上药包扎的创伤等）上岗。

3、食堂工作人员的工作要求

①食堂工作人员在提供服务时应温和、文明、礼貌，同时也要对违规的就餐人员提出批评建议，不应和顾客争执，如果有争议，应向饮食中心反映；

②食堂工作人员要不断提高烹饪技术，保证饭菜的色、香、味、营养质量等。

③食堂工作人员应遵守本制度及医院相关规章制度的要求，如有违反应按照医院相关规定接受处罚。



八、食物的采购管理

1、采购要求

①饭菜原料由中心工作人员二人以上采购，应货比三家，做到质优价廉。

②采购蔬菜、荤菜应从正规的菜场购买。蔬菜应选择新鲜，不准购买病、死的肉类及制品；禽类应购活体。

③医院监督小组应不定期对食堂采购的食物进行检验，检验内容为食物的新鲜度，对于检验中发现不符合要求的食品或原料，有权现场处理。

④饮食中心工作人员每月采购的食品必须做好详细记录，并进行公布，时刻接受员工监督，做到日清月结。

2、食物卫生要求

食物（食品、副食品、蔬菜、水产品、肉类、食用油、调味品）均要保证新鲜卫生，符合食物标准，严禁购买使用过期食物。

九、食品加工管理

1、持证上岗，杜绝传染病源。

2、食堂应严格执行“三不”，即不购买变质的食物和含有农药残毒的蔬菜；不使用过期伪劣的食品和调味品；不混放或混切生熟食物。

3、分菜、择菜应尽量在工作台上进行，洗菜要认真，确保将菜清洗干净。

4、调味品应定位密封存放，防止污染。

5、午餐剩余的饭菜可以放在冰箱或冰柜内，在晚餐时加热食用，但晚餐剩余的饭菜应及时处理，不得留到第二天食用。

十、餐具卫生规定

1、每餐开饭前一小时必须开启消毒柜对餐具进行消毒；厨具应用开水浸泡消毒。

2、厨具应用专用的托盘存放（或悬挂），不准随意放置在灶台、工作台上。

3、所用餐具、灶具，必须经过“一洗、二涮、三冲、四消毒、五保洁”。

十一、环境卫生规定

1、每次就餐完毕，食堂工作人员应立即整理、清洗餐具、炊具、水池，擦拭餐桌、餐椅、灶台和工作台，打扫地面残渣。特别是晚餐后的工作绝对不能过夜。

2、冰箱、冰柜、消毒柜、物品柜等上面不得摆放无关杂物。消毒柜必须保持有效并采取除（驱）蚊、蝇措施；冰箱、冰柜内的物品应隔离、分区存放，防止串味；物品柜应经常整理保持清洁，不得放置与工作无关的私人物品。

3、每周的星期天应对厨房、餐厅的地面、桌椅、灶台、工作台、水池、厨柜、餐具、炊具等进行彻底整理和清洁；每月的第一个星期日内应对食堂的门窗、墙面、墙角、天花板、换气扇等进行彻底清洁。

4、食物残渣、垃圾等应每天清理，保持周围环境卫生，防止蚊蝇滋生。



5、下班前谨记切断电源、杜绝火灾及其它意外事故的发生。

十二、员工就餐要求

1、就餐时间规定

早餐 6:30—9:00 时,午餐 11:30—13:30 时,晚餐 17:00—19:00 (冬季);
17:30—19:30 时 (夏季)。

2、用餐要求

①就餐过程应注意维护公共卫生,食物残渣放置在餐盘上倒入回收桶;餐巾纸、各类包装纸等废弃物应放入垃圾桶内。

②就餐者应爱惜食堂公用物品,有意破坏者按价赔偿。

③员工就餐完毕请将餐具放置在指定的位置。

④员工家属进入食堂就餐的,也应遵守本管理规定,其就餐费用按医院有关规定收取。

十三、客餐管理

1、上级领导或业务单位需要在医院饮食中心就餐需主管领导同意,医院办公室开就餐通知单,注明标准,饮食中心负责落实。

2、客餐可以产生适当的利润,但价格必须低于普通饭店的 10%-20%。

十四、本制度从 2018 年 1 月 1 日起执行。

食品留样管理制度

为保障饮食安全,给有效查处食物中毒等突发公共卫生事件提供可靠依据,根据《食品卫生法》、《食品安全法》等法规要求,对食堂食品必须食品留样,制定食品留样制度。

一、留样工作由专人负责,专人操作,专人记录。留样食品应使用专用器具,留样冷藏柜由专人管理。

二、留样食品范围为每日经厨房加工后的所有主副食品,不得缺样。

三、餐饮单位须购置与留样食品数量相适应的冷藏设施及留样工具,留样容器要大小适宜,便于盛放与清洗消毒。冷藏设备要贴有明显的“食品留样专用”标识。

四、留样主副食品冷却后,必须用保鲜膜密封好,放入专用器皿中加盖,并在外面贴上标签,标明编号、留样时间、餐别、餐名、留样量、消毒时间、销毁时间、留样人等,并按早、中、晚餐的顺序分类保存。

五、每种主副食品留样量不少于 100g,并分别盛放在已清洗消毒的专用留样容器内。冷藏温度为 0-10℃,留样时间 48 小时以上。



食品库房管理制度

一、设专人负责库房管理，并建立健全采购、验收、发放登记管理制度。

二、食品和非食品（不会导致食品污染的食品容器、包装材料、工具等物品除外）库房应分开设置，食品库房应根据贮存条件的不同分别设置常温与低温食品贮存库。

三、库房内应设置数量足够的物品存放架，其结构及位置应能使储藏的食品距离墙壁、地面均在 10cm 以上，以利空气流通及物品的搬运。同一库房内贮存不同性质食品和物品的应区分存放区域，不同区域应有明显的标识。

四、库房的构造应以无毒、坚固的材料建成，应能使贮存保管中的食品品质的劣化降至最低程度，防止污染，且易于维持整洁，并应有库房门、窗防蝇、防鼠设施并经常保证设施功能完好。

五、库房应经常通风、防潮、防腐，保持室内干燥整洁。

六、散装食品应盛装于容器内，加盖密封并张贴标识。

七、食品、食品原料进库前必须严格检查，感官检查不合格拒绝入库。入库食品须详细登记入册，详细记录采购日期及保质期，定型包装食品须检查标签是否完整齐全标明品名、入库日期、生产日期、保质期，严格执行先进先用的原则。对库存食品、食品原料要定期清点，无标签、超期、感官异常的要及时清除。

八、不得将个人生活物品及有毒有害物品存放于食品库房内。

从业人员个人卫生管理制度

一、应保持良好个人卫生，操作时应穿戴清洁的工作服、工作帽（专间操作人员还需戴口罩），头发不得外露，不得留长指甲，涂指甲油，佩带饰物。

二、操作前手部应洗净，操作时手部应保持清洁，。接触直接入口食品时，手部还应进行消毒。

三、接触直接入口食品的操作人员在有下列情形时应洗手：

- 1、处理食物前。
- 2、上厕所后。
- 3、处理生食物后。
- 4、处理弄污的设备或饮食用具后。
- 5、咳嗽、打喷嚏或擤鼻子后。
- 6、处理动物或废物后。
- 7、触摸耳朵、鼻子、头发、口腔或身体其他部位后。



四、非接触直接入口食品的操作人员，在有下列情形时应洗手：

- 1、开始工作前。
- 2、上厕所后。
- 3、处理弄污的设备或饮食用具后。
- 4、咳嗽、打喷嚏或擤鼻子后。
- 5、处理动物或废物后。
- 6、从事任何可能会污染双手的活动后。

五、专间操作人员离开专间后再次进入专间时应再次更换专间内专用工作衣帽并佩戴口罩，操作前双手严格进行清洗消毒，操作中应适时地消毒双手。不得穿戴专间工作衣帽从事与专间内操作无关的工作。

六、个人衣物及私人物品不得带入食品处理区。

七、食品处理区内不得有抽烟、饮食及其它可能污染食品的行为。

八、进入食品处理区的非加工操作人员，应符合现场操作人员卫生要求。

面食制作管理制度

一、面点师工作前先将手洗干净，穿戴清洁的工作衣帽，并把头发置于帽内，不留长指甲、涂指甲油、戴戒指等。

二、面点师加工前应认真检查各种食品原辅料的卫生质量，食品原料和食品添加剂必须在保质期内，米、面、黄油、果酱、果料、豆馅以及做馅用的肉、蛋、水产品、蔬菜等，如发现生虫、霉变、有异味、污秽不洁等感官性状异常的，不得用于面点加工，及时进行撤换与处理并做好记录。

三、面食制品中食品添加剂的使用必须遵守国家卫生标准和有关规定由专人负责使用添加。

四、做馅用的肉、蛋、水产品、蔬菜等原料要按照粗加工卫生制度的要求加工。蔬菜要彻底浸泡清洗，易造成农药残留的蔬菜（如韭菜）浸泡时间应在30分钟以上，然后冲洗干净。

五、各种工具、用具、容器要按食品生熟不同分开使用，用后及时清洗干净，定位存放，菜板、菜墩洗净后立放。

六、糕点存放在专库或专柜内，做到通风、干燥、防尘、防蝇、防鼠、防毒，含水分较多的带馅糕点存放在冰箱内，做到生熟分开保存。

七、各种食品加工设备，如绞肉机、豆浆机、和面机、馒头机等用后要及时清洗干净，定期消毒。各种用品如盖布、笼布、抹布等用后要洗净消毒、晾干备用。

八、面食成品必须存放在带纱窗的存放架上，隔夜面食成品必须放入冰箱存放。隔餐、



隔夜的面食成品必须经过充分加热方可出售。

九、加工结束后及时清理面点加工场所，做到地面无污物、残渣，面板清洁；各种容器、用具、刀具等清洗后定位存放；加工场所保持清洁，无霉斑、鼠迹、苍蝇、蟑螂。

十、每周一次对工作场所、环境进行全面的大清扫，包括地面、墙壁、天花板、台面、货架等每一个角落。

粗加工及切配管理制度

一、加工前应认真检查待加工食品，发现有腐败变质迹象或者其他感官性状异常的，不得加工和使用。

二、分设肉类、水产类、蔬菜、原料加工洗涤区或池，并要有明显标志。各种食品原料在使用前应洗净，不得留有污垢；禽蛋在使用前应对外壳进行清洗，必要时进行消毒处理。

三、各种食品原料不得就地堆放，加工肉类、水产类、蔬菜的操作台、用具和容器要分开使用，并要有明显标志。盛装海水产品的容器要专用。

四、蔬菜类食品原料要按“一择二洗三切”的顺序操作，彻底浸泡清洗干净，做到无泥沙、无杂草、无烂叶。

五、肉类、水产品类食品原料的加工要在专用加工洗涤区或池进行。肉类清洗后无血、毛、污，鱼类清洗后无鳞、鳃、内脏，活禽宰杀放血完全，去净羽毛、内脏。

六、易腐食品应尽量缩短在常温下的存放时间，加工后应及时使用或冷藏。

七、切配好的半成品应避免污染，与原料分开存放，并应根据性质分类存放，应按照加工操作规程，在规定时间内使用。

八、已盛装食品的容器不得直接置于地上，以防止食品污染。

九、加工用容器、工具、餐饮具使用后应及时按相关规定洗净、消毒，做到刀不锈、板不霉、餐饮具清洁，定位存放。生熟食品的加工工具及容器应分开使用并有明显标志。

十、不得在加工、清洗食品原料的水池内清洗拖布。

十一、废弃物应置于带盖污物桶内，及时清倒，做到日产日清，保持内外清洁卫生。

餐饮具洗消管理制度

一、餐饮具洗刷消毒人员应持有有效的健康体检和食品安全知识培训合格证上岗工作。

二、在餐具清洗水池附近，应有带盖的废弃物容器，食物残渣和垃圾应存放在带盖的容器内，日产日清，不外溢，不滴漏。

三、餐饮具洗消采用热力法，按照除残渣、碱水刷、净水冲、热力消毒四道工序操作，



洗消后的餐具达到光洁、涩干的感官标准；采用药物法，按照除残渣、碱水刷、药物消、净水冲四道工序操作，洗消后的餐具达到光洁、无味的感官标准。

四、采用煮沸、蒸汽消毒必须达到 100 度 10 分钟；红外线消毒一般控制温度 120℃，作用 15—20min；洗碗机消毒一般水温控制 85℃，冲洗消毒 40s 以上。用臭氧消毒必须在 10ppm 浓度以上消毒 30—60 分钟；用药物消毒必须保证有效氯含量不低于 250ppm，食（饮）具全部浸泡入液体中，作用 5min 以上。

五、每天检查消毒设施是否运转正常，保持保洁设施及消毒设施整洁。使用自动洗碗机的，在每次开机前，应检查清洁剂、干燥剂、温度和时间的设定等；采用化学消毒的应定时测量有效消毒浓度。

六、消毒后的餐饮具要自然滤干或烘干，禁止使用手巾、餐巾擦干，以避免受到再次污染；消毒后的餐饮具应及时放入专用的餐具保洁柜内，未消毒的餐饮具不得放在保洁柜内；保洁柜内不得存放其它物品。

七、使用一次性餐饮具的，餐饮服务单位对购入使用的消毒餐饮具建立索证制度，索取餐饮具集中消毒单位的营业执照和消毒合格证明，并建立索证台帐；购入使用的消毒餐饮具的产品包装和标签应符合相关卫生要求，不得重复使用一次性餐饮具。

八、洗消工作结束后及时清扫室内卫生，保持室内清洁；对每次餐饮具消毒情况进行详细记录。

九、每周对洗消工作场所进行全面的大清扫，包括地面、墙壁、天花板、台面等每一个角落。

除虫灭害管理制度

一、除虫灭害工作设专人负责，落实岗位责任制、包块负责、责任落实到人。

二、食品库房及食品生产经营场所定期开展除虫灭害工作，要采取有效措施防止鼠类、蚊、蝇、蟑螂、蚂蚁、臭虫等病媒生物聚集和孳生，并有记录。

三、食品生产经营场所墙壁、地面严禁有破损及漏洞，地漏要有盖或网，排水沟出口和排气口应有网眼孔径小于 6mm 的金属隔栅或网罩，以防鼠类侵入。

四、库房门口设 60 厘米高带金属皮的防鼠门板；加工经营场所使用灭蝇灯的，应悬挂于距地面 2m 左右高度，且应与食品加工操作保持一定距离。

五、经营场所产生有害虫物时，要采取紧急措施加以控制和消灭，防止蔓延和对食品的污染，同时查明其来源，彻底消除隐患，同时做好投药、杀灭记录。

六、建立除虫灭害工作记录，定期检查防鼠、防蝇等病媒生物设施、设备是否正常运转；对杀灭的死鼠要严格处理：将死鼠的尸体撒上漂白粉后装入密闭的袋子中，进行焚烧，并做好处理时间、地点、数量、方法等的记录。



七、除虫灭害工作不得在食品制作加工过程中进行。

八、杀虫剂、杀鼠剂等有毒物品的采购及使用应有详细记录，包括使用人、使用目的、使用区域、使用量、使用及购买时间、配制浓度等。使用后应进行复核，并按规定有固定的场所（或橱柜）存放并上锁，包装上应有明显的警示标志，并有专人保管。