目　　录

一、党办 (含宣传、团委)

1、党委领导下的院长负责制……1
2、医院党委会议议事规则……3
3、“三重一大”决策管理制度……8
4、党委书记和院长定期沟通制度……11
5、党员干部廉政建设工作制度……12
6、党员和党员领导干部廉洁自律工作制度……13
7、廉政谈话工作制度……14
8、一岗双责工作制度……16
9、党风廉政建设责任制责任追究工作制度……18
10、委理论中心组学习工作制度……20
11、思想政治工作制度……23
12、院领导联系高层次人才制度……25
13、党员联系群众工作制度……27
14、党员责任区工作制度……28
15、党务公开工作制度……30
16、党员教育管理制度……32
17、党内情况通报工作制度……33
18、创先争优活动工作制度……34
19、基层党组织“三会一课”工作制度……36
20、党支部主题党日活动工作制度……39
21、理论学习工作制度……40
22、党员组织生活会工作制度……41
23、民主评议党员工作制度……42
24、党费收缴工作制度……43
25、发展党员工作制度……44
26、党员组织关系转接工作制度……45
27、科室党建暨政治学习工作制度……46
28、医院统战工作制度……47
29、志愿者服务工作管理制度……48
30、文明服务规范与奖惩办法……52

31、医院宣传管理工作制度……57
32、医院接受媒体采访制度……59
33、院内张贴及宣传品管理规定……61
34、团委工作制度……63
35、团员组织生活制度……65
36、团组织推优工作制度……69
37、团支部工作台账记载制度……70
38、电子显示屏规范管理制度……71

二、工会

1、工会工作制度……74
2、职工代表大会管理制度……75
3、工会会员代表大会制度……78

三、院办

1、医院制度管理制度……80
2、重大事项议事工作制度……88
3、重要事项请示报告制度……89
4、医院会议管理制度……90
5、行政查房工作制度……94
6、管理干部联系点工作制度……95
7、医院行政总值班工作制度……97
8、公文管理制度……98
9、印章、公章管理制度……99
10、院务公开管理制度……103
11、保密工作制度……106
12、院长接待日工作制度……107
13、满意度测评管理制度……108
14、会议室管理制度……110
15、医院公车用车管理制度……112
16、医院食堂用餐及公务接待管理制度……113

四、纪检监察科

2、纪检监察科工作制度……115
3、统方管理与审批制度……116

4、廉洁风险防控工作方案……121
5、诫勉谈话工作制度……125
6、医药购销领域商业贿赂不良记录制度……127
7、大额采购项目监督管理办法……130
8、利益冲突回避制度……133
9、违法违规典型案例闭环管理办法……137
10、关键岗位权力清单管理制度……140
11、医药代表接待日管理制度……142

五、行风办

1、行风管理制度……150
2、行风情况分析研判制度……153
3、行风教育制度……156
4、关键岗位轮岗制度……159
5、医务人员医德考评制度……167
6、重大行风问题请示汇报制度……171
7、“红包”、礼品（礼金）登记、上交制度……173
8、社会行风监督员制度……176
9、行风约谈制度……177
10、转介患者轮岗制度……180
11、专业技术人员权责管理制度……182

六、法务部

1、法务部工作制度……184

七、人力资源部

1、职工年度考核制度……185
2、员工聘用管理制度……186
3、人事管理制度与程序……191
4、职工辞退制度……198
5、职工休假、考勤管理制度……201
6、院科两级人员紧急替代制度与程序……205
7、人才梯队建设计划……210
8、高层次人才引进工作实施管理办法……213
9、员工考勤排班及请销假管理制度……221

10、中层干部选拔任用管理办法……226
11、员工资质审查制度……234
12、新职工岗前培训制度……236

八、财务部

1、医院总会计师制度……239
2、费用支出审批制度……241
3、全面预算管理实施办法……244
4、成本核算实施办法……251
5、成本控制制度……263
6、收入费用管理制度……264
7、医院退费管理办法……266
8、医疗欠费管理办法……268
9、重大经济事项决策制度……271
10、固定资产管理制度……272
11、无形资产管理制度……277
12、应急物资管理办法……279
13、捐赠资产管理办法……281
14、经济合同管理制度……284
15、禁止设立“账外账”、“小金库”的管理规定……287
16、预交金管理制度……288
17、无锡市惠山区人民医院票据管理办法……298
18、无锡市惠山区人民医院出国（境）管理规定……302
19、医院诊察费“未诊即退”管理制度……305

九、运营部

1、运营管理制度……307
2、价格管理制度……315
3、奖励性绩效工资分配方案……323

十、审计科

1、内部审计制度……327
2、对外委托服务项目管理制度……331
3、内部审计工作规定……335
4、委托社会中介机构审计实施办法……340

5、建设项目审计实施办法……344
6、审计工作计划制定实施办法……350
7、专项审计实施办法……353

十一、门诊部

1、门诊管理制度……359
2、门诊工作制度……360
3、专家门诊管理制度……362
4、专家、专科、专病门诊工作制度……364
5、专家（专病）门诊准入与退出制度……365
6、门诊预检分诊制度……369
7、门诊投诉接待工作制度……370
8、门诊首诊负责制度……373
9、门诊电子病历管理制度……375
10、门诊出具诊断证明管理制度……376
11、门诊出具病休证明管理制度……377
12、门诊会诊工作制度……378
13、多学科联合诊疗门诊管理制度……379
14、门诊预约诊疗工作制度……390
15、医技科室分时段预约管理制度……393
16、门诊实名制就诊制度……395
17、危急值报告制度……396
18、医技科室限时承诺服务工作制度……402
19、门诊手术管理制度……404

十二、质管部

1、医院质量与安全管理委员会工作制度……407
2、质管部工作制度……422
3、医院质量监测与评估制度……425
4、医院质量数据收集与验证制度……427
5、科室质量与安全管理小组工作制度……431

十三、科教部

1、科教部工作制度……433
2、临床教学管理制度……434

3、临床教研室管理制度……435
4、临床科室教学管理制度……436
5、临床教师管理制度……437
6、继续医学教育管理制度……439
7、继续医学教育项目管理制度……441
8、继续医学教育学分管理制度……443
9、继续医学教育“有计划的自学”管理制度……446
10、医院外出短期培训和学习管理制度……451
11、医院外出进修管理制度……455
12、医院外出进修待遇管理制度……464
13、来院进修管理制度……468
14、临床研究管理制度……470
15、科技论文管理制度……471
16、医学伦理委员会职责……473
17、医学研究伦理审查规定及流程……474
18、科研项目全过程管理制度度……476
19、科技成果转化管理与奖励制度……479
20、临床研究病案查阅标准操作规章制度……482
21、临床资源科研共享管理制度……483
22、医学科研诚信和相关行为规范管理制度……497
23、科研活动原始记录管理制度……498
24、科研档案管理制度……500
25、关于发表在预警学术期刊上论文的相关规定……501
26、医院学术会议活动管理制度……502

	制度编码	DB-ZD-001	制度名称	党委领导下的院长负责制	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧、边逸道	内审人	卢峰
	制度版次	制定（第 0 次）	制定时间	2025.11.26	生效时间	2026.1.1

党委领导下的院长负责制

医院实行党委领导下的院长负责制度，院长是医院的法定代表人，实行党委领导下的院长负责制等党建要求写入《无锡市惠山区人民医院章程》。

一、医院党委的主要职责

医院党委对医院工作实行全面领导，发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用，支持院长依法依规独立负责地行使职权。医院实行集体领导和个人分工负责相结合的制度，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施。

（一）贯彻落实党的基本理论、基本路线、基本方略，贯彻落实党的卫生与健康工作方针，贯彻落实深化医药卫生体制改革政策措施，坚持公立医院公益性，确保医院改革发展正确方向。

（二）依照有关规定讨论和决定医院改革发展、财务预决算、预算绩效、“三重一大”、内部组织机构设置，以及涉及医务人员权益保障等的重大问题。

（三）坚持党管干部原则，按照干部管理权限领导医院干部的选拔任用工作，认真做好离退休干部工作。

（四）坚持党管人才原则，讨论决定医院人才工作的政策措施，创新用人机制，优化人才成长环境。

（五）做好思想政治、意识形态和宣传工作，开展社会主义核心价值观教育，弘扬崇高精神，加强医德医风、精神文明和医院文化建设。

（六）完善医院党组织设置和工作机制，提升组织力，增强政治功能，严格党的组织生活，扩大党内基层民主，抓好发展党员和党员教育管理监督服务工作。严格执行“三会一课”、民主生活会和组织生活会、主题党日等制度。

（七）履行全面从严治党主体责任，支持纪检机构履行监督责任，加强医院党风廉政建设和反腐败工作。

（八）全面落实党的统一战线方针政策，做好统战工作。

（九）领导和支持工会、共青团等群团组织和职工代表大会开展工作。

（十）其他相关职责。

二、院长的主要职责

院长是医院运营管理的第一责任人，在医院党委领导下，组织实施医院党委有关决议或决定，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作，为医院的法定代表人。副院长职数按相关规定配置。副院长负责协助院长分管相关工作。医院设置总会计师1人，协助院长管理医院经济和运营工作。

（一）负责医院的日常运行管理，召集和主持院长办公会会议，组织开展医疗、教学和科研等业务工作，落实政府办医目标，不断提高医院为人民群众服务的水平。

（二）在医院党委领导下，参与制定并负责组织实施医院中长期发展规划、年度工作计划，加强学科建设和人才培养，促进医院科学发展。

（三）按照相关程序建立健全医院内部管理制度，促使医院高效运营；合理配置和有效利用医院资产，维护资产的安全完整。

（四）每年向医院党委会、职工代表大会报告工作，组织处理有关行政工作提案；尊重和维护专业委员会、群团组织的合法权益，支持其履行职权。

（五）法律、法规、规章规定的其他职责。

	制度编码	DB-ZD-002	制度名称	医院党委会议议事规则	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 5 次）	修订时间	2024.07.17	生效时间	2024.7.20

医院党委会议议事规则

第一章　总 则

第一条　为加强和改进公立医院党建工作，进一步完善重大事项决策程序，提高科学决策、民主决策、依法决策水平，根据《中共共产党章程》、中共中央办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》（中办发〔2018〕35 号）、国家卫健委党组《关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》（国卫健党发〔2018〕29 号）和省委办公厅《江苏省加强公立医院党的建设工作实施办法》（苏办发〔2019〕4 号）等相关文件精神，按照江苏省医院党建工作指导委员会《关于印发江苏省公立医院党的建设工作有关制度指导意见》、江苏省政府办公厅《关于建立现代医院管理制度的实施意见》、无锡市卫健委《关于印发无锡市公立医院党的建设工作有关制度指导意见的通知》（锡医党〔2019〕2 号）的有关规定要求，结合我院党建工作实际，制定本议事规则。

第二条　坚持和加强党对医院工作的全面领导，全面贯彻新时代党的卫生与健康工作方针，贯彻落实深化医药卫生体制改革政策措施，坚持公立医院公益性，确保医院改革发展正确方向。

第三条　医院全面落实党委领导下的院长负责制，院党委是医院的领导核心，充分发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用，承担管党治党、治院兴院的主体责任，对医院工作实行全面领导。党委书记主持全面工作，对医院工作负总责，履行第一责任人的职责。院长在院党委领导下，负责医疗、教学、科研、行政管理等工作，要向党委会定期述职。

第四条　凡属“三重一大”事项，必须召开医院党委全体委员会议（以下简称“党委会”）集体研究决定，除遇重大突发事件或紧急情况难以召开会议外，不得以传阅、会签或个别征求意见等形式代替集体决策，不允许用其他形式取代医院党委会讨论决定医院改革发展重大事项。

第五条　党委会按照“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”的原则讨论决定“三重一大”事项，确保各类事项在党的基本理论、基本路线、基本方略和党的纪律、国家法律法规范围内进行决策，保证决策合法合规。

第二章　议事范围

第六条　讨论决定重大决策事项

（一）贯彻落实党的基本理论、基本路线、基本方略，贯彻落实党的卫生与健康工作方针，贯彻落实深化医药卫生体制改革政策措施以及上级的重大决策、重要工作部署，并结合实际，研究提出贯彻执行意见和措施。

（二）讨论决定医院政治思想建设、意识形态、精神文明建设、医院文化建设等重要事项。

（三）讨论决定医院重要改革、发展建设和学科建设等规划，年度工作计划，以及重大活动（会议）方案，审定医院章程、基本管理制度和重要规章制度。

（四）讨论决定医院内设机构、人员编制、岗位聘任、人员招聘、人事调动、职级职称评聘、薪酬分配、福利待遇等方案，申报院级（含院级）以上的各类评优评先和重要表彰奖励，其他涉及职工权益保障等重要问题。

（五）研究决定医院党组织设置和工作机制，发展党员和党员教育管理监督服务等工作。

（六）讨论决定医院党风廉政建设、医德医风建设和纪检监察工作中的重大问题、重大违纪事项的处理，推进清廉医院建设等工作。

（七）讨论决定统一战线工作和工会、共青团、妇联等群团组织的重要工作。

（八）讨论决定医院人才工作的政策措施，人才引进、职工外派学习（进修、考察、交流等）重要事项。

（九）讨论决定医疗卫生结对帮扶、对口支援、援外等工作。

（十）听取院长贯彻执行党委会决定情况的报告，党政班子成员有关重要事项组织实施情况和履行“一岗双责”情况的报告。

（十一）讨论决定其他重大决策事项，或院长办公会议提请党委会议决定的重大事项。

第七条　讨论决定重要人事任免

（一）讨论决定医院管理的干部、内设机构负责人以及享受相应待遇的非领导职务人员的选拔任用。

（二）讨论决定推荐年轻干部、外派挂职干部，以及其他需要上报上级党委审批的重要人事事项。

（三）讨论决定各级党代会代表、人大代表、政协委员、学（协）会及专业委员会等人选或推荐人选。

（四）讨论决定对医院管理干部的考核和奖惩。

（五）讨论决定其他重要干部人事任免事项。

第八条　讨论决定重大项目安排

（一）讨论决定各级各类重点建设项目安排。

（二）讨论决定国内国（境）外交流与合作重要项目。

（三）讨论决定医院基本建设和大额度基建修缮项目。

（四）讨论决定大型医疗设备、药品、医用器械、检验试剂、高值耗材等大宗物资招标采购。

（五）讨论决定未列入预算单项的基本建设项目。

（六）讨论决定其他重大项目安排事项。

第九条 讨论决定大额度资金使用

（一）讨论决定医院年度经费预算安排、预算调整计划、财务年度决算报告。

（二）讨论决定专（学）科建设、人才引进与培养等专项资金预算分配方案。

（三）讨论决定医院党政领导干部调动、使用资金的限额及程序等资金管理制度。

（四）讨论决定未列入预算的资金调动和使用。

（五）讨论决定三级医院涉及金额在 20 万元以上的下列项目事项：基建及修缮项目的新增、调整与变更；大宗物资、设备、不动产和无形资产的购置和处置；大额资金的非预算性支出、预算调整及支出支付；日常公用支出（不含水、电、人员工资、省药械采购平台线上采购的药品和医用耗材等日常开支）等。

（六）讨论决定其他大额度资金使用事项。

第十条 需要党委会讨论决定的其他重大问题或重要事项。

第三章 会议组织

第十一条 党委会须定期召开，原则上每 1–2 周召开一次,根据党委、纪委和医院工作需要，可随时召开。

第十二条 党委会由医院党委书记召集并主持。党委书记因故不能参加会议时，可以委托党委副书记主持。紧急的情况下，书记、副书记因故均不能到会，可授权一位党委委员主持。

第十三条 党委会须有半数以上委员到会方能召开。讨论决定干部任免等重要事项时，应有三分之二以上的委员到会方可召开。讨论决定“三重一大”事项时，书记、院长一般应同时参加会议。委员因故不能参加会议的，应当在会前向党委书记请假。

第十四条 根据工作需要，不是党委委员的院长、副院长可列席党委会。列席人员可以就相关议题发表意见或建议，但不得参与表决。

第四章 议事程序

第十五条 党委会的议题由医院党政领导班子成员提出，党委书记综合考虑后确定。

（一）会议拟讨论的重要事项，议题提出人应提交书面材料，内容包括汇报要点、

需讨论决定的事项。需提交会议讨论的文件及有关资料，由党委办公室提前送达与会人员，做好议事准备。

（二）党委会召开的时间、议题，应至少提前一天通知与会人员。

（三）党委会议研究有关医疗、教学、科研、行政管理工作等重要议题，应当先由院长办公会议讨论通过后，再提交党委会议讨论决定。党委书记应在党委会前充分听取院长意见，意见不一致的议题暂缓上会，待取得共识后再提交会议讨论决定。同一议题涉及两名以上医院党政领导班子成员管理权限的，应在所涉领导之间充分沟通酝酿，取得一致意见后提出。

（四）上会研究的议题，如分管领导因故缺席，原则上不予讨论研究。凡未经会前审定的议题，一般不列入会议的议程，如遇突发事件或紧急情况确须上会研究讨论的，经党委书记同意后方可上会研究。

第十六条 强化议题的前期准备和前置审查。对干部任免事项的建议方案，在提交党委会讨论决定前，应在党委书记、院长、党委副书记、纪委书记等范围内进行充分酝酿。对事关职工切身利益的重要事项，应通过职工代表大会或其他方式，广泛听取职工意见建议。对专业性、技术性较强的重要事项，应发挥医院各专业委员会（领导小组、工作小组）的作用，开展专家评估及技术、政策、法律咨询，先由专业委员会（领导小组、工作小组）讨论，提出建议意见。

第十七条 会议讨论实行一事一议。讨论前，由分管领导或议题相关科室负责人介绍有关情况；讨论时，党委委员、列席会议相关人员应当充分发表意见，因故未到会的党委委员可以以书面形式表达意见；表决时，一般以举手或无记名投票的方式对议题逐项进行表决。重要人事任免事项应通过票决方式决定，按照少数服从多数的原则形成会议决定（决议），超过应到会党委委员人数的半数同意为通过。如对重大事项分歧较大，持赞成和反对意见人数相近时，一般应暂缓决策，待进一步调研论证后，提交下次会议讨论。按照末位表态制的要求，党委书记应在充分听取党委委员及其他列席人员的意见后再表态。

第十八条 党委办公室应当详细如实记录会议情况（会议议题、党委班子成员的发言、表决方式、表决意见、表决结果），形成会议记录，必要时形成会议纪要或者会议决议，并交会议主持人签发。讨论结果应向未到会的党委委员通报。

第十九条 因重大突发事件和紧急情况，无法立即启动集体研究决策的，分管领导一般应向党委主要领导汇报后，采取临时处置，但事后应当及时向党委会报告，并形成书面记录。

第二十条 建立党委会决策回避制度。如涉及本人利益或亲属利害关系，或其他可能影响公正决策的情形，参与决策人员和列席人员应当回避。

第二十一条 参会人员、记录人员、档案管理人员必须严格遵守保密纪律，对党委

会讨论决定内容按规定做好保密工作。

第五章　决议落实和监督

第二十二条　经党委会集体决策后，需要落实的事项，由党委办公室负责进行任务分解，并以书面形式通知相关部门。由党政领导班子成员按分工和职责组织实施，并负责督办；如有分工和职责交叉的，由党委明确一名班子成员牵头，并负责督办。党政领导班子主要负责人对组织实施工作负总责，分管领导负直接领导责任，相关科室主要负责人负具体责任。

第二十三条　党委班子成员对集体作出的决策有不同意见的，在坚决执行的前提下可以保留，也可以按照组织程序向上级党组织反映，但不得公开发表违背集体决定的意见，不得在行动上违背集体决定。

第二十四条　分管领导、责任科室应及时向党委报告决定事项的执行完成情况。在执行过程中，遇到新情况新问题以致决定事项需要调整或者变更的，应及时由分管领导向党委书记提出工作意见和建议，并再次召开党委会研究决定。

第二十五条　医院党政领导班子成员应切实履行职责，带头执行党委会形成的决定和决议，相互配合，相互支持，相互监督，形成合力，自觉维护党委班子的威信，增强党委班子的领导力。

第二十六条　党委重大事项决策按规定应当公开的，要按照党务、政务公开的要求，通过局域网、公开栏等各种方式予以公示，自觉接受党员、干部和职工的监督。

第六章　附 则

第二十七条　本议事规则自 2024 年 7 月 17 日起实施。2023 年 1 月 16 日印发的《中共无锡市惠山区人民医院委员会会议议事规则》同时废止。

第二十八条　本议事规则由无锡市惠山区人民医院党委办公室负责解释。

	制度编码	DB-ZD-003	制度名称	“三重一大”决策管理制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧、边逸道	内审人	卢峰
	制度版次	制定（第0次）	制定时间	2025.11.26	生效时间	2026.1.1

“三重一大”决策管理制度

为促进医院党政领导班子重大事项决策、重要人事任免、重大项目安排和大额资金使用（以下简称“三重一大”）事项集体决策的科学化、民主化、法制化、高效化，促进依法行政和廉政建设，根据《江苏省加强公立医院党的建设工作实施办法》要求，结合我院的工作实际，特制定本制度。

一、决策原则

（一）依法决策原则。遵守国家法律法规、党内法规、党纪政纪和有关政策，保证决策合法合规。

（二）民主决策原则。充分发扬民主，广泛听取意见，尊重社情民意，保证决策的民主性。

（三）科学决策原则。健全议事规则，完善各方参与、调查研究、专家咨询、评估论证的决策机制，保证决策的科学性。

（四）高效决策原则。健全应急决策机制，既体现决策程序的规范性，又保证及时决策的务实高效性。

（五）集体决策原则。按照“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”的原则，依据职责权限和有关程序，集体讨论决定“三重一大”事项，防止个人或少数人专断。

二、决策范围

（一） 重大事项决策。主要包括：党和国家的路线方针政策、法律法规和上级重要决定的贯彻执行；医院党委和行政决定的贯彻落实；医院中长期发展规划和年度工作计划；重大改革方案、改革措施及重大责任事故、突发事件、敏感事件处置与应对方案；医院党的建设、党风廉政建设、行风建设以及意识形态领域等方面重大问题的情况；医院领导班子成员分工、内设机构设置与调整；医院学科建设、科室设置及调整；人才队伍建设，包括专业技术职称评聘、人才的引进和培养等，干部队伍建设；医院职工评先评优、出国（境）及人员外派交流；重要管理制度的制定与修订；职工收入分配及福利待遇、奖励和其他关系职工权益的重要事项；对外合作与交流事项；医院年度财务预算方案、决算情况的审定，预算执行与决算审计；医院重要资产处置、重要资源配置；其他重大决策事项。

（二） 重要人事任免。主要包括：医院中层干部的任免；具有中高级职称人员的聘用、解聘；专科后备人才选拔；重要人事调配、人才引进等重要事项的审核；推荐各级党代表、人大代表、政协委员候选人；审核各级先进人选的推荐名单；其他重要人事任免事项。

（三）重大项目安排。主要包括：重大工程建设项目，重要设备和技术引进，未列入预算单项的基本建设项目，大型医疗设备、药品、医用器械、检验试剂、高值耗材等大宗物资招标采购；基本建设和大型修缮项目，大宗药品、物资和设备招标采购等；对财务状况及经营成果有重大影响的其他重大项目安排事项。

（四）大额资金使用。主要包括：专（学）科建设、人才引进与培养等专项资金预算分配方案，医院党政领导干部调动、使用资金的限额及程序等资金管理制度；医院年度预算、决算；未列入预算的资金调动和使用；其他大额度资金使用事项；总额 10 万元以下（不含 10 万元）的支出由总会计师审核、院长审批后予以支付；总额 10–20 万元（不含 20 万元）的支出需经院长办公会集体讨论通过，总额 20 万元以上（含 20 万元）的大额资金使用由院党委会研究决定。

三、决策程序

（一）形式方法。采取召开院党委会的形式集体决策。必须三分之二以上到会人员到会方能举行，按照少数服从多数的原则形成决议。会议决定多个事项时，应逐项讨论决定。

（二）充分酝酿。会前应做好充分准备，相关部门、科室应深入调查研究，广泛听取意见，做好沟通协调，拟定倾向性意见或备选方案，经分管领导审核后，提交院长办公会研究讨论；党委书记应当在院党委会前听取院长意见，意见不一致的应当暂缓上会。

（三）集体决策。按院党委会议事规则对“三重一大”事项做出集体决策，不得以传阅、会签或个别征求意见等方式代替集体决策。如对议题发生较大意见分歧，一般应当暂缓作出决定，党委书记应当最后表态。属于职工代表大会职权范围内的重大决策事项，经领导班子集体讨论提出决策意见后，提交职工代表大会审议决定。

（四）应急决策。涉及保密内容、时间要求紧急、需要临时决策的事项，经医院党委书记批准后启动应急决策程序，可召集决策事项涉及的领导班子成员和相关部门，召开紧急会议决策，并在事后及时向班子成员集体报告，完善相关决策程序。

（五） 决策纪律。参会人员遇特殊情况不能出席会议时，应在会前向党委书记请假。集体决策一经形成，每个参会人员都要维护集体决策，坚决贯彻执行。会议内容除经会议决定可传达或公开发表外，与会人员必须严守机密。个人有不同意见的，可以保留意见，但不得在任何场合随意发表与集体决定相违背的言论，更不得任意将会上讨论的内容或尚未决定的事项向外泄露。

（六）决策记录。每次会议都应认真做好记录。记录应包括时间、地点、出席和列

席人员、会议主持人、会议议题、出席会议者意见、做出的决定等。会议通过的决议和文件，需要公布、上报或下发的，由相关责任部门起草主要领导审核签发。会议记录应妥善保管，不得外泄。

（七）报批公开。“三重一大”事项决策后，医院应当依据不同事项的管辖权限和规定进行报批。除涉密的决策事项外，应按照《院务公开制度》中的规定予以公开。

四、考核监督

医院“三重一大”决策制度的执行情况，应列为党风廉政建设、领导班子民主生活会和领导班子成员述职述廉报告的重要内容，接受上级主管部门的检查、考核和责任追究；同时作为院务公开的主要内容，接受社会及职工群众的监督。

医院纪检监察部门对“三重一大”决策制度的执行情况有权监督。职工代表大会成员和全体职工有权监督“三重一大”决策制度的贯彻落实情况，有权向各级党组织和上级部门反映意见。

	制度编码	DB-ZD-004	制度名称	党委书记和院长定期沟通制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧、边逸道	内审人	卢峰
	制度版次	制定（第 0 次）	制定时间	2025.11.26	生效时间	2026.1.1

党委书记和院长定期沟通制度

为进一步推进全面从严治党，落实医院党委领导下的院长负责制，根据《江苏省加强公立医院党的建设工作实施办法》要求，制定本制度。

一、健全完善公立医院党委书记和院长经常性沟通机制，是进一步落实党委领导下的院长负责制的具体措施，应坚持依法依纪依规的原则，各司其职、各负其责、相互支持、相互配合。

二、书记和院长在党委会议和院长办公会议研究、制定、部署和落实重大措施、重要决定、重要政策和制度、重要工作前，必须及时进行沟通，取得相互理解支持。

1. 党委会议研究有关医疗、教学、科研、行政管理工作等重要议题，应当先由院长办公会议充分讨论后，再提交党委会议决定，党委书记应在会议召开前 1 至 2 天听取院长意见，意见不一致的议题暂缓上会，待取得共识后再提交会议讨论决定。

2. 院长办公会的重要议题，应在会议召开前 1 至 2 天听取党委书记意见，书记、院长意见不一致时，应暂缓提交会议讨论研究，待进一步交换意见、取得共识后再提交。

3. 对干部任免事项的建议方案，在提交党委会讨论决定前，应在党委书记、院长、党委分管副书记、纪委书记等范围内进行充分酝酿。

三、书记和院长需及时沟通事项：

1. 贯彻落实全面从严治党，加强和改进党的建设工作，加强干部队伍建设重大事项，深化作风建设和党风廉政建设重要工作部署；

2. 讨论医院重点工作任务的贯彻落实情况，指导检查督促重点工作任务；

3. 制定和完善医院重大管理制度；

4. 医院办院思路、事业发展规划，年度工作计划；

5. 涉及医院“三重一大”事项的研究部署和督促检查；

6. 职工考核评优、职称晋升、工资晋级、目标绩效考核等；

7. 重大敏感事件以及涉及医院安全稳定等重要事项等；

8. 书记和院长认为需要加强沟通的其他事项。

四、书记和院长之间采取定期和不定期两种方式进行经常性沟通。定期沟通每周不少于一次，同时，做好沟通情况的记录。对涉及医院突发事件、重要工作部署、上级交办重要事项等随时会商沟通。

	制度编码	DB-ZD-005	制度名称	党员干部廉政建设工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党员干部廉政建设工作制度

一、自觉坚持全心全意为人民服务的宗旨，顾全大局，严守纪律，同党中央保持高度一致。端正医疗服务思想，一切为了病人，认真履行职责，扎扎实实地做好工作。

二、党员要坚持党性，认真执行《党章》及上级党组织廉洁勤政的规定，不以权谋私，严格按照党的原则办事。

三、加强医疗管理。严格掌握医疗收费标准，遵守医疗道德守则，树立良好的医疗作风，努力改善服务态度，做到因病施治，合理检查、合理用药。

四、树立良好的医德医风。不得以任何借口收受病人馈赠的物品和病家请吃。严格执行医院规章制度。

五、各级领导干部成员要加强政治学习，提高政治素质，率先垂范，做廉洁勤政的模范。

六、坚持民主集中制和重大问题集体讨论制度。完善领导班子的议事规则，勇于提出意见和建议。要自觉抵制不正之风，保持和发扬党的优良传统和作风。

	制度编码	DB-ZD-006	制度名称	党员和党员领导干部廉洁自律工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党员和党员领导干部廉洁自律工作制度

一、党员和党员领导干部要认真学习中央和省委、市委关于领导干部廉洁自律方面的规定，在政治上，思想上，行动上与党中央保持高度一致，模范遵守党的纪律和国家的法律法规。

二、党员和党员领导干部必须自觉接受群众监督，党员领导干部必须接受组织、普通党员和群众的多重监督。

三、领导干部要严格执行党的民主集中制，坚持集中领导和分工负责原则，重大事项必须集体讨论决定，实行民主科学决策。

四、党员领导干部要坚持参加双重组织生活会，既参加领导班子民主生活会，也要参加所在党支部组织生活会，认真开展批评与自我批评。

五、党员和党员领导干部不许接受有工作关系的业务单位、下级单位和个人任何邀请，参与其组织的宴会，娱乐活动；不许接受有工作关系的业务单位、下级单位和个人任何形式的礼品，礼金及其他有价证券。

六、党员和党员领导干部必须严格遵守党章，中纪委，市纪委以及单位内部规定的廉洁纪律，任何个人不得凌驾于组织纪律之上。

七、对任何违反廉洁制度的党员和党员领导干部，按照相关规定给予严肃的党纪处理和经济处罚，触犯刑律的移交司法部门。

	制度编码	DB-ZD-007	制度名称	廉政谈话工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

廉政谈话工作制度

为认真落实党风廉政建设责任制，进一步建立健全治理医药购销领域商业贿赂长效机制，促进行风职业道德建设，决定建立廉政谈话制度。

一、指导思想

从关心爱护、严格要求干部出发，按照立足教育、着眼防范、主动监督、关口前移的要求，围绕加强党风廉政建设，及时发现情况，交换意见，研究问题，推进反腐倡廉工作。

二、谈话对象

医院中层干部、重要岗位人员（人事、财务、药剂、综合保障、信息等科室），必要时可以扩大范围。

三、谈话次数

医院各级各层谈话次数，原则上每年两次，上下半年各一次。必要时可增加谈话次数。

四、谈话内容

根据谈话对象确定不同的话题和内容。主要包括：

1.本科室及本人贯彻执行党的路线、方针、政策以及执行上级有关规定的情况。

2.本科室及本人落实党风、行风廉政建设责任制的情况。

3.本科室及本人廉洁行医，医德医风的情况。

4.本科室及本人执行对本岗位监督防范措施的情况。

5.本科室及本人接受党内外监督的情况。

6.对加强党风、行风廉政建设，开展反腐倡廉工作的意见和建议。

7.其它需要交谈的问题。

五、应注意的事项

1.负责谈话的同志要以对组织、对同志高度负责的精神，本着与人为善的态度，与谈话对象进行同志式的平等的交谈。谈话前，事先通知谈话对象。

2.对涉及领导班子和谈话对象本人比较敏感的重要问题，负责谈话的同志不得随便表态，并注意保密，重要情况及时向院党委书记、院长汇报。

3.对需要提请谈话对象注意的问题，应及时予以指明。该提醒的提醒，该打招呼的打招呼。

4.谈话需有两名以上同志参加，要有记录，并整理成书面材料，向院党政主要领导汇报。

5.谈话结束后整理的记录、资料等由纪检监察科归档。

	制度编码	DB-ZD-008	制度名称	一岗双责工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订 （第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

一岗双责工作制度

“一岗”就是一个领导干部的职务所对应的岗位；“双责”就是一个领导干部既要对所在岗位应当承担的具体业务工作负责，又要对所在岗位应当承担的党风廉政建设责任制及行风责任制负责；也就是一个单位的领导干部应当对这个单位的业务工作和党风廉政建设及行风建设负双重责任。

一、为全面贯彻落实党的路线、方针、政策，切实抓好队伍建设和业务建设，推动各项工作的顺利开展，制定本制度。

二、一岗双责指领导干部既要管理好队伍，又要抓好业务，即一个岗位两个责任。

三、一岗双责的责任主体（即责任人）为党政班子成员和二级班子成员（中层干部包括主要负责人及副职）。

四、一岗双责责任人的责任，书记（院长）对全院工作和人员负责，党政班子成员对分管工作和人员负责，中层干部对本部门工作和人员负责。

五、责任人应定期或不定期对其责任范围内的工作进行督促和检查，重点督查各种制度的落实情况。

1.书记（院长）每半年对全院工作定期督查一次以上，并适时开展不定期的工作督查；

2.党政班子成员每季度定期对分管工作督查一次以上，并适时开展不定期的工作督查；

3.中层干部每月召开一次本科室（病区）工作会议，回顾和检查本月的一岗双责落实情况，并适时开展对本科室（病区）的队伍建设和业务工作进行督查。

六、党政班子成员每半年向院党委汇报一次一岗双责的落实情况，各科室（病区）主要负责人每半年向分管领导汇报本科室（病区）的一岗双责责任的落实情况。

七、一岗双责责任人要做好谈心谈话工作。并做好记录。

1.谈心谈话的范围为干部职工的思想、工作、学习、纪律、家庭、生活等方面；

2.院长每年要与全院部分干部职工谈心谈话一次及以上；

3.分管领导每年要与分管科室的中层干部谈心谈话两次及以上；

4.中层干部每年要与其科室（病区）的职工每人谈心谈话两次及以上；

5.领导主动与下属、下属主动与领导谈心谈话次数不限。

八、领导与领导之间、部门与部门之间、部门内部之间、干部职工之间、内部与外部之间要进行广泛的谈心谈话活动，时间及次数不限。

九、责任人督查工作和谈心谈话要有书面记录，以记录资料备查。

十、一岗双责责任人在督查工作和谈心谈话时发现干部职工存在思想、工作、学习、纪律、家庭、生活等方面的问题，要及时做好工作，及时处理，不能处理的，要及时向分管领导或院长汇报。

十一、对一岗双责落实不到位，全年在其责任范围内队伍和业务出现问题的责任人，给予处罚：

1.责任人责任范围内干部职工受党内或行政警告（含警告）以上处分的，取消该责任人的评先选优资格，并对责任人扣发绩效管理奖。

2.责任人责任范围内的干部职工被书面通报批评和诫勉谈话的，每出现一人次扣发该责任人绩效管理奖。

3.责任人责任范围内干部职工的勤政、廉政情况作为该责任人的晋级、晋职、评先选优条件之一。

十二、应用范围

1.医院党政一把手、分管副书记副院长、职能科负责人、党支部书记、业务科室主任及护士长是本单位抓好党风廉政及行风工作的第一责任人，按照与医院签订的党风廉政和行风建设责任书的要求，要一手抓医院（科室 ）的业务管理，一手抓党风廉政及行风建设，在党风廉政及行风建设中发挥表率作用。

2.按照“谁主管，谁负责”的原则，标本兼治，综合治理，把业务管理工作与党风廉政及行风建设工作紧密结合，做到一起研究部署，一起督促检查，一起考核落实。

3.对工作中发现、反映出的问题列入个人及科室的医德档案，认真处理，并研究出切实可行的改进方法。

4.对发生的不正之风行为要认真调查，并按照党风廉政建设责任制和上级部门的有关规定，严肃实行责任追究。

	制度编码	DB-ZD-009	制度名称	党风廉政建设责任制责任追究工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党风廉政建设责任制责任追究工作制度

进一步加强党风廉政建设，全面落实党委主体责任和纪委监督责任（以下简称“两个责任”），为医院事业发展提供坚强保证，根据《中国共产党章程》、省委《关于落实党风廉政建设党委主体责任、纪委监督责任的意见》、《中国共产党廉洁自律准则》和《中国共产党纪律处分条例》等党内法规，结合我院实际，制定本制度。

一、责任追究要以《中共共产党纪律处分条例》和上级党风廉政建设责任制度的规定为依据，坚持实事求是和惩前毖后、治病救人的原则，具体问题具体分析，不同情况区别对待，严格区分领导责任和当事人责任，集体责任与个人责任，直接领导责任和重要领导责任。

二、责任追究内容。不认真履行党风廉政建设责任制，导致本科或本部门党风廉政建设问题严重，工作秩序受到严重影响；本科室或部门不正之风严重，群众反映强烈，长期得不到治理；违反财务管理规定和纪律，乱收费，隐瞒截留收入，私立小金库；违反领导干部廉洁自律有关规定，使其配偶、子女利用领导干部职权和职务上的影响获取非法利益、造成恶劣影响；对科室工作人员违法违纪行为不管不问不查，造成不良影响的；其他需要追究的问题。

三、责任追究的形式

1.诫勉谈话；2.通报批评；3.纪律处分；4.组织处理；5.涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

四、责任追究的认定

（一）领导责任认定

凡属下列情况之一的，不仅要追究具体责任人责任，同时追究领导责任。

1.问题发生前，为开展有关教育，制度不健全，防范措施不力。

2.对科室监管管理不到位，廉政建设情况掌握不够，对苗头性、倾向性问题处理不及时、不严肃。

3.对科室发生的违纪问题不查不纠，甚至隐瞒，庇护。

（二）直接责任认定

1.凡属领导干部失察、失管，要求不严，导致发生问题，造成严重后果的，当事人负直接责任，科室负责人负领导责任。

2.由科室集体研究决定而发生问题的，由科室主要负责人负直接领导责任。

3.由个人决定或批准而发生问题的，决定或批准人负直接领导责任。

五、责任追究的程序和办法

1.医院纪委在查办案件时，除查清当事人的问题外，还要进一步调查了解其领导干部是否有责任，确需追究责任的，按政策规定予以追究，并作出书面报告，报医院党委审核。

2.加强对廉政建设责任人执行党风廉政建设责任制情况的检查和考核。及时了解和发现落实党风廉政建设责任制中存在的问题，应予追究责任的，按有关程序，深入了解，查清事实后，报医院党委审核。

	制度编码	DB-ZD-010	制度名称	党委理论中心组学习工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党委理论中心组学习工作制度

党委理论学习中心组学习，是党委领导班子和党委领导干部在职理论学习的重要组织形式，是严肃党内政治生活、强化党性修养的重要内容，是加强党委领导班子思想政治建设的重要制度，是建设学习型服务型创新型党组织、提高党的执政能力和领导水平的重要途径。

为促进党委理论学习中心组（以下简称党委中心组）学习制度化、规范化，推进理论武装工作深入开展，根据《中国共产党党章》《中国共产党党委（党组）理论学习中心组学习规则》（中办发[2017]9 号），结合医院实际，制定党委中心组学习制度如下。

一、党委中心组的组成和职责

1.党委中心组主要由党委领导班子成员组成，根据学习需要，吸收职能科室负责人参加。

2.党委书记是中心组学习第一责任人。主要职责是研究制定学习计划，确定学习主题和研讨专题，提出学习要求，主持集体学习研讨，指导和检查中心组成员的学习。

3.党委中心组其他成员应当积极参加学习，自觉遵守中心组学习制度。

4.党委中心组配备学习秘书，主要职责是做好学习服务工作。

二、学习原则

党委中心组学习应遵循以下学习原则：

1.坚持武装头脑、坚定信念。以政治学习为根本，把学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想作为首要政治任务，作为党委理论中心组学习的主题主线，不断强化理论武装，增强政治意识、大局意识、核心意识、看齐意识，坚定理想信念。

2.坚持围绕中心、服务大局。围绕党中央治国理政新理念新思想新战略，围绕省委、市委、区委及医院党委重大决策部署，制定年度计划，明确学习的内容和目标。

3.坚持知行合一、学以致用。大力弘扬理论联系实际的马克思主义学风，结合中央、省委、市委、区委大政方针政策，结合医院改革发展稳定大局，自觉运用马克思主义立场观点方法分析研究问题，切实做到学干结合、学用相长，把学习成果转化为有效的政策措施。

4.坚持问题导向、注重实效。根据工作中的新情况、新要求，聚焦改革发展实践中的重点问题，聚焦群众反映强烈的突出问题，聚焦党的建设面临的紧迫问题，有针对性地学习理论、交流研讨、深入调研，提高运用党的基本理论解决实际问题的能力。

5.坚持以规管理、从严治学。认真贯彻中央和省委、市委关于中心组学习的规定，积极主动进行富有成效的探索，向实处发力，向严处着力，不断加强制度建设，推进学习常态化。

三、学习内容

1.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，习近平总书记系列重要讲话和治国理政新理念新思想新战略。

2.党章党规和党的基本知识。

3.党的路线方针政策决议，中央和省委、市委、区委重大战略部署、重要会议精神。

4.以宪法为核心的国家法律法规。

5.社会主义核心价值观。

6.党的历史、中国历史、世界历史和科学社会主义发展史。

7.国情民情省情市情，河南省、安阳市历史文化及中原人文精神。

8.推进中国特色社会主义事业所需要的经济、政治、文化、社会、生态、科技、军事、外交、民族、宗教等方面知识。

9.发展实践中的重点、难点问题。

10.上级党组织要求学习的其他重要内容。

四、学习形式

1.集体学习研讨。党委中心组应当将集体学习研讨作为学习的主要形式，围绕工作全局和重大问题，坚持共性与个性相结合，精心设计学习专题，把重点发言和集体研讨、专题学习和系统学习结合起来。党委中心组学习应当以中心组成员自己学、自己讲为主，适当组织专题讲座、辅导报告。党委中心组每月集体学习研讨一次。每次集体学习时，中心组成员要在专用学习笔记上作好详实纪录，不得与工作笔记共用。

2.个人自学。中心组成员应当发挥“关键少数”的示范和表率作用，自觉学习、带头学习，努力成为建设学习型党组织和学习型领导班子的精心组织者、积极促进者、自觉实践者，带动全体党员干部大兴学习之风。要按照年度学习计划，根据形势任务的要求，自定个人自学计划认真学习指定书目和自学书目，写出自学笔记和学习体会文章。

3.专题调研。中心组成员应当把理论学习与专题调研结合起来，围绕事关全局的重大专题、分管领域的难点问题、具有引领性的前瞻课题，更多地把课堂搬到临床一线，把精力放到基层工作，开展体验式、调研式学习，有针对性地开展调查研究，提出问题、推动工作的办法措施。每年至少撰写一篇不少于 3000 字的调研报告。

4.多种形式。党委中心组应当结合医院实际，注重借鉴先进经验，改进学习的方法。中心组成员应当积极参加学习讲坛、读书会、报告会等学习活动，充分利用互联网等媒体学习平台，拓宽学习渠道，提升学习效果。

五、学习管理

1.制定学习计划。党委中心组每年年初按照上级有关要求，结合实际，制定中心组年度学习计划。学习计划党委审定后施行。

2.规范学习流程。党委中心组每月一次集体学习。中心组学习出勤率达到95%以上；

3.严格学习管理。党委中心组强化学习考勤，实行签到制度。中心组成员要正确处理好工学矛盾，按时参加学习，原则上不得请假。确因特殊情况不能参加集体学习的，须履行书面请假程序。

4.加强督促检查。党委书记需掌握中心组成员的学习情况并做好督促检查，每半年（6月份、12月份）调阅一次中心组成员的专用学习笔记；每年12月份调阅一次中心组成员的调研文章。中心组学习按年度建立学习档案，作为考核全年学习情况的重要依据。

本制度自印发之日起施行。

	制度编码	DB-ZD-011	制度名称	思想政治工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

思想政治工作制度

围绕社会主义核心价值体系建设进行工作，是医院思想政治工作的第一位任务，要努力在全院形成统一的指导思想，共同的理想信念，强大的精神支柱和基本的道德规范，通过有针对性的、有医院特色的、经常性的工作，落实到引领医院和谐进步，更好的为人民健康服务上来，以推动医院科学发展。

一、思想政治工作体制

1.形成党、政、工、团齐抓共管的思想政治教育网络。院党委把思想政治工作列入重要议事日程，年初制定计划、方案。每季度研究一次思想政治工作，并对存在的问题提出措施和要求。医院每年召开一次思想政治工作会议，总结工作，交流经验，树立典型，推动思想政治工作深入开展。

2.院长和各医疗科室主任和行政科室科长主要结合业务做好思想政治工作。院、科行政负责人中要有人分管思想政治工作。保证思想政治工作必要经费的落实。

3.党支部是做好职工思想政治工作的基层组织。党支部要着重抓好组织党员和群众进行政治学习，宣传执行党的路线、方针、政策和上级党组织决议，加强对党员的教育和管理，增强他们的政治责任心，分析职工的思想情况，向党员布置群众工作任务并定期进行检查，开好组织生活会，认真开展批评与自我批评，经常听取党员和群众对党的工作的意见和建议，帮助他们解决工作、生活中的实际问题。

4.建立一支专、兼相结合的、精干的、相对稳定的思想政治工作队伍。思想政治工作者，包括党务干部、行政管理部门及工、团组织中专职从事思想政治工作的人员；兼职人员主要指各级党组织兼职干部，兼职宣传员、通讯员。

二、思想政治工作的内容

1.坚持用马克思主义中国化最新成果武装党员、教育职工，深入开展新时代中国特色社会主义理论体系宣传普及活动。

2.坚持用新时代中国特色社会主义共同理想凝聚力量，开展理想信念教育、院情教育、传承百年文化教育、形势政策教育，进一步增强医院改革的信心。

3.坚持用以爱国主义为核心的民族精神和以改革创新为核心的时代精神鼓舞斗志，大力弘扬爱国主义、集体主义、社会主义思想，增强全社会改革创新意识，引导医职员

工自愿把个人价值追求融入民族振兴，医院发展的实践，把个人理想抱负化作励志图强，创造斩新业绩的实际行动。

4.坚持用社会主义核心价值观引领风尚，深入开展世界观、人生观、价值观宣传教育，引导医职员工自觉遵守社会基本道德规范，推动形成知荣辱、讲正气、促和谐的社会风尚。

三、医院思想政治工作的方法

1.基本方法

一般教育和个别教育相结合的方法；典型示范推动一般的方法；自我教育和互相教育相结合的方法；以积极因素克服消极因素的方法；以理服人和以情感人相结合的方法；耐心说服与严格组织纪律相结合的方法；预防为主与积极解决思想问题相结合的方法。

2. 辅助方法通常有思想信息获取、思想信息分析、思想政治教育决策、思想政治工作检查调节与总结四种方法。

	制度编码	DB–ZD–012	制度名称	院领导联系高层次人才制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧、边逸道	内审人	卢峰
	制度版次	制定（第 0 次）	制定时间	2025.8.21	生效时间	2025.9.1

院领导联系高层次人才制度

为进一步加强领导班子作风建设，贯彻落实党管人才政策，深入推进人才强院战略，进一步增强领导干部的人才意识，拓宽人才建言献策的渠道，密切医院领导班子成员和与高层次人才的联系，努力营造“尊重知识、尊重人才、尊重创造”的良好社会氛围，充分发挥高层次人才在我院发展建设中的智力支撑和示范带动作用，结合医院实际，制定本制度。

一、联系对象

医院临床重点科室中的优秀的高级职称科主任，以及优秀博士人才。

二、联系内容

1.了解联系对象思想动态。针对他们普遍关心的重点、热点和难点问题交换看法，宣传党的路线方针政策和医院有关规定，做好深入细致的思想政治工作，鼓励高层次人才为我院建设和发展做出更大贡献。

2.听取联系对象意见和建议。对医院党委、行政管理，特别是医院发展战略、重大决策和重大项目实施以及学科建设、科研管理等方面的意见和建议，发挥高层次人才在领导决策中的智囊和参谋作用。

3.关心联系对象的身心健康。了解医院人才政策落实情况，督促有关部门认真做好服务工作，排解他们的后顾之忧。

4.了解联系对象实际困难。采取措施帮助解决存在的困难和问题，积极改善工作条件，为高层次人才全身心地投入工作创造条件、提供服务。

5.听取联系对象对本人工作的意见和建议。

三、联系方式与要求

1.建立联系高层次人才名单。每个院领导的联系对象原则上为本人所分管科室的高层次人才；具体名单由党办、人事科负责拟定，报医院领导批准。

2.采取多种联系方式。可采取定期或不定期的到其所在工作岗位走访、座谈等形式，也可以通过电话、微信、电子邮件等保持经常性的沟通和联系。院领导与联系对象走访面谈一般每年不少于 1 次，做好记录，并留存现场照片。

3.联系对象也可通过面谈、电话、微信、邮件等主动向联系领导汇报工作、反映问题，积极为医院建言献策。

4.遇有关重大问题，医院党委或行政通过召开全院高层次人才（或代表）座谈会，听取意见和建议。

5.院领导联系高层次人才要认真填写《领导干部联系人才记录卡》。联系人将联系对象的情况不定时向相关职能科室通报，并提出改进建议。

6.相关职能科室要积极协助院领导做好联系高层次人才工作，对于涉及本单位的重大决策和重要工作，要认真听取高层次人才的意见和建议；对于联系对象提出的合理化建议和要求，要积极帮助落实；重大问题要及时向有关院领导汇报。

	制度编码	DB–ZD–013	制度名称	党员联系群众工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党员联系群众工作制度

为了进一步贯彻执行党的群众路线，密切党群关系，推动党支部各项工作的顺利开展，根据《中国共产党章程》的规定，特制定本制度。

一、党支部定期或进行某项工作前，通过召开座谈会和个别访问形式听取党外同志的意见。

二、建立党员联系群众长效机制，根据党员的不同情况，分配每人联系几个群众，了解他们的思想、工作和生活等方面的情况，帮他们排忧解难，做思想政治工作。党员对于联系对象的情况要定期向党组织汇报。

三、建立联系群众督查制度，党支部要对联系群众制度的落实情况进行定期分析，掌握情况，发现问题，排除障碍，指导党员做好联系群众工作。

	制度编码	DB-ZD-014	制度名称	党员责任区 工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订 （第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党员责任区工作制度

为进一步加强党员教育管理，发挥党员先锋模范作用，医院党委经研究决定建立健全党员责任区制度，作为医院深化党建工作的举措之一。各党支部要在发挥现有党组织管理体制作用的基础上，通过制度建设和机制创新，作为探索新形势下加强公立医院基层党建的有效途径。

一、指导思想

开展党员责任区活动的指导思想是：以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，践行以人民为中心的发展思想，树立“以人民健康为中心”的理念，进一步密切党群关系，深化医院党建工作。本着从我做起，从小事做起，有利于工作、有利于生活的原则。

二、目标要求

通过开展责任区活动，逐步由党员自发地发挥作用向有组织地发挥作用转变；由党员干部做群众工作向广大党员做群众工作转变，进一步加强党的基层组织建设，充分发挥党员先锋模范作用，推进医院各项工作全面发展。

党员责任区工作是党员教育管理工作的一项重要内容。建立党员责任区制度，划分党员责任区范围，明确党员责任区任务，是新时期发挥党员先锋模范作用的一种特殊形式。通过制度落实和严格管理，使每名党员围绕医院中心工作，立足本职岗位更好的发挥先锋模范作用，为创建一流的党员队伍，同时带动职工队伍建设提供良好的平台。

三、组织领导

医院党委成立党员责任区活动领导小组，具体日常工作由党办和各党支部书记负责。各党支部书记要经常深入到各科室进行调查研究和检查指导工作，以保证此项工作顺利开展起来。

四、责任区任务

党员责任区的任务是配合科室领导做好职工思想政治工作，解决日常工作中的疑难问题。教育群众、带领群众，积极响应党委号召，模范带头执行各项规章制度，积极完成各项任务，包括业务工作、廉政建设、文明建设、优质服务等方面以及根据工作需要确定的其他任务。

1.宣传教育任务：党员要向联系人经常性的宣传党的路线、方针和政策；宣传习近

平新时代中国特色社会主义思想；社会主义核心价值观、新时代职业精神等；耐心细致地做好联系人的思想工作，及时反映他们的意见和要求。

2.业务提升任务：树立优质服务意识，全面提升服务质量。在做好自身本职工作的同时，帮助或协助做好联系人的业务提升工作。

3.等级医院创建任务：通过自身的模范带头作用，带动身边职工努力完成创建工作的各项任务。

4.廉政建设任务：严格执行党风廉政建设方面的规定，发挥示范、监督作用，责任区无违纪、违法事件发生。

5.培养联系任务：协助做好责任区内入党积极分子培养联系工作，帮助入党积极分子成长进步、完成培养教育和考察工作任务。

6.其他交办任务：完成党支部重点交办的其他工作任务。

五、责任区范围

1.责任区范围划分和责任区任务的确定，要便于党员结合本职工作，更好地发挥先锋、示范、引导作用，更具体履行党员义务。

2.要努力实现党员全覆盖，党员责任区网格化。

3.每个党员联系 2 名群众，原则上同科室同病区的职工。

六、实施办法

1.党员责任区活动在医院党委统一领导下进行，由各党支部组织实施。

2.党员每个季度要向党支部汇报自己在责任区的工作情况，及时反映群众的正确要求和合理化建议，做联系群众的模范。

3.各党支部要把开展党员责任区活动同党支部常规性活动结合起来，把党员参加责任区活动的表现作为确定党员是否合格是否先进的重要标准。

4.各党支部要充分利用组织生活会认真听取党员汇报党员责任区工作情况，并针对存在的问题和活动情况，要经常督促和检查指导。

七、考核办法

1.党支部每季度对党员责任区任务完成情况进行一次考核，全年综合考核结果作为推荐年度优秀共产党员的依据。

2.医院党委将把此项活动的开展情况作为考核党支部书记的一个重要依据。

	制度编码	DB-ZD-015	制度名称	党务公开工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党务公开工作制度

为全面贯彻落实《中国共产党党内监督条例（试行）》，始终坚持党的领导，加强党的建设，全面从严治党，强化党内监督，保持党的先进性和纯洁性，改善党的领导方式和执行方式，提高党的领导水平和执政水平，保障广大党员直接行使民主权利，特制订本制度。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，按照“两个条例”的要求，将党员对党内事务的知情权、参与权和监督权落到实处，以党内民主推进卫生健康系统民主政治建设，提高党建工作规范化水平，进一步密切党群关系，不断增强党组织的创造力、凝聚力和战斗力。

二、公开内容

按照依法公开、真实可信的要求，凡是群众关心的党内热点问题、容易出现以权谋私、滋生腐败、引发不公的事项，只要不涉及党内的秘密，都要最大限度地公开。

1.党内重大决策、决定、决议的酝酿、拟定、出台及落实情况。

2.领导班子自身建设情况。领导班子的思想建设、组织建设、作风建设、制度建设情况，民主生活会征集意见、开展批评和自我批评、整改情况，领导干部述廉情况，重要情况通报和报告等。

3.干部制度执行情况，干部考察预告、任前公示、竞聘上岗、奖惩情况以及《党政领导干部选拔任用工作条例》规定的公开事项。

4.领导干部廉洁自律规定执行情况。

5.组织建设情况。党员发展情况、入党积极分子情况，民主评议党员、党费收缴情况等。

6.考核情况。党务工作考核情况和受表彰情况。

7.监督情况。违法违纪问题查处和信访监督情况，实施党内监督程序化、制度化的具体办法和措施。

8.群众认为有必要公开的党内其他事项。

三、公开的程序

按照“征求意见、民主讨论、结果公开、接受监督”的程序，将党务公开工作贯穿于党内重要事务的酝酿、决策、实施的全过程。党组织在讨论决定事项、制度目标任务之前，要充分征求党员群众的意见，利用党员大会、小组活动等载体集思广益，形成初步方案，经讨论后，将最终结果向广大党员群众公开。

四、公开的时间和形式

党务公开要突出时效性，常规性工作、重大决策、目标任务常年公开，阶段性工作完成后及时公开，临时性工作随时公开，重大事项经上级党组织审批后公开。

根据内容不同，可采取会议公开、公告公示、办公 OA 平台等不同的公开形式。只适宜在党内公开的，要通过党内有关会议、通报等形式公开，可向全社会公开的，要在党务、政务公开栏上公开。

五、监督与考核

将党务公开工作作为党风廉政建设责任制和党建工作的重要内容，切实搞好公开公示，及时了解党员群众的反映，为认真落实党务公开制度提供基础保障。

	制度编码	DB-ZD-016	制度名称	党员教育管理制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党员教育管理制度

党员的教育和管理工作是党的思想建设、组织建设的重要组成部分，它对于党员贯彻执行党的基本路线，进一步端正党风和提高党员队伍的素质，有着极其重要的作用。

党员教育管理制度是一项包括党课教育制度、接转组织关系制度、党费交纳制度等方面在内的综合性制度。各支部须从细处入手，从教育入手，从管理入手，严格执行好本制度。

1.坚持党支部学习制度，每季度集中学习一次，重点学习新时代中国特色社会主义理论、党章、党的基本知识，党的宗旨、纪律和党性、党风、党的优良传统教育以及文化、科学和专业知识的教育等。

2.坚持开展党员创先争优活动，牢固树立改革开放的发展观、求真务实的人生观，乐于奉献的价值观，维护大局的世界观。

3.坚持从严治党方针,严格按党章和党的规定办事,严格执行党的纪律和民主监督，党员必须严格履行党员权利和义务。

4.坚持党的组织生活制度。党支部组织生活会每年召开一次，必须重实效。党员半年以上不过组织生活或不缴党费视为自行脱党，党的组织生活必须讲政治、讲党性讲原则。

5.坚持民主评议党员制度，民主评议党员每年进行一次，必须注重以下五个步骤：（1）学习教育；（2）自我总结；（3）民主评议；（4）组织处理；（5）健全制度。

6.组织关系管理。按期转移党员组织关系是党的纪律之一。（1）党员必须在介绍信注明的有效期限内办理接转手续，并到转入单位党组织报到，逾期不转者，应给予严肃的批评和教育。（2）如无正当理由，超过六个月不转移组织关系，不参加组织生活的要按党章规定以自行脱党论处。（3）党员临时外出工作和学习，时间在半年以上，工作地点比较固定的，应转移党组织关系。（4）外出时间在二个月以上，地点比较固定的，则出具党员证明信。（5）在接到外单位转入的组织关系后，应在当月内转到党员所属党支部，参加组织生活。

	制度编码	DB-ZD-017	制度名称	党内情况通报工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党内情况通报工作制度

党内情况通报制度即“党内上情下达制度”，是（上级）党组织向（下级）党组织和党员通报党内情况的制度。坚持党内情况通报制度，可以切实保障党员的知情权、参与权、建议权、批评权、监督权，调动广大党员参与党内事务、加强党内监督的积极性。

一、通报主体及对象

党内情况通报主体是院党委会、党支部会和党员大会；

党内情况报告的对象是全体党员。

二、通报的内容

1.党务工作方面通报的主要内容：贯彻执行上级有关工作指示情况、党风廉政建设和反腐败工作情况，院党委议决事项，年度工作计划、重要党务、院务活动进展和完成情况，党员领导干部民主生活会情况和整改措施，干部的调整任免、党员干部的奖励和惩诫，党组织调整选举，入党积极分子培养、党员发展，民主评议党员及党费收缴、使用、管理情况等。

2.与党员密切相关的重大事项方面通报的主要内容：改革和发展的重大部署，涉及群众切身利益的重大决策的执行，重大项目安排和大额资金使用情况，重大突发事件的处理结果，党员群众反映强烈的热点、焦点问题的处理等。

3.其他应通报的有关情况。

三、通报的形式及程序

通报采取召开专门会议和发文、公示等形式进行。党内情况一般每半年通报一次，也可根据实际情况不定期进行通报。属于党内秘密， 涉及个人隐私，不宜立即公开的重大决策、重大事项、重大案件等免予通报。

	制度编码	DB-ZD-018	制度名称	创先争优活动工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

创先争优活动工作制度

创先争优”活动，即创建先进党组织，争当优秀共产党员、优秀党务工作者活动，是发挥党组织的战斗堡垒作用和党员先锋模范作用的一项重要措施。

一、“创先争优”工作目标

党支部要按照新的伟大工程总目标的要求，以“五个好”为目标，开展先进基层党支部创建活动。

1.建设一个政治坚强、团结协作、开拓进取、有较强的凝聚力和战斗力的好班子。

2.培养一支信念坚定、素质优良、结构合理，在两个文明建设中发挥先锋模范作用的好队伍。

3.建立一套党员教育、管理和监督，及时解决自身矛盾的较科学、规范的好制度。

4.形成一种勤奋好学、实事求是、清正廉洁、联系群众、艰苦奋斗的好作风。

5.创造一个高效率、高质量地完成本部门、本单位业务工作的好业绩。

二、“创先争优”评比条件

先进党组织的基本条件是：

1.坚决贯彻执行党的基本理论和基本路线，坚持四项基本原则，坚持改革开放，坚定地同党中央在思想上、政治上保持一致。

2.能团结、带领党员和群众，认真学习党的理论，解放思想，实事求是，艰苦奋斗，开拓前进，在两个文明建设中取得显著成绩。

3.领导班子成员党性强、作风好、廉洁奉公、团结协调，党组织的战斗堡垒作用突出。

4.善于开展生动活泼的思想政治工作，能经常有效地对党员进行教育管理，党员能很好地发挥先锋模范作用。

5.党内生活制度健全，能认真开展批评与自我批评，具有解决自身矛盾的能力。

优秀共产党员的基本条件是：

1.有坚定的共产主义信念，能模范地执行党的路线、方针、政策，坚持四项基本原则，坚持改革开放，坚定地同党中央在思想上政治上保持一致。

2.刻苦学习党的理论知识，解放思想，实事求是，钻研业务，勤奋工作，在医院发展建设中作出了突出贡献。

3.坚持全心全意为人民服务宗旨，廉洁奉公，顾全大局，具有为党和人民甘愿牺牲个人利益的无私奉献精神。

4.模范地遵纪守法，勇于同一切不正之风和违法犯罪行为作斗争。

5.密切联系群众，经常有效地做群众的思想政治工作，用自己的模范行动影响和教育群众，受到党员和群众的尊敬和信赖。

优秀党务工作者的基本条件是：

1.认真贯彻执行党的路线、方针、政策，能积极组织党员学习党的理论，及时传达贯彻上级和本级党组织的决议，坚持四项基本原则，坚持改革开放，勇于开拓创新，有较大成绩。

2.热爱和熟悉党务工作，尽职尽责，积极完成党内分配的各项任务，关心党组织的思想、组织、作风建设，在完成党的各项工作中效果显著。

3.密切联系群众，主动团结同志，善于开展思想政治工作，工作作风扎实，工作效率较高。

4.党性强、作风正，廉洁奉公，严于律己，不谋私利，带头遵纪守法，坚持原则，秉公办事，敢于开展批评与自我批评，勇于抵制和反对各种不正之风，同一切违法乱纪行为做斗争。

三、“创先争优”评比方法

“创先争优”活动每年由党支部结合年度工作总结、民主评议党员、党支部和党员目标管理进行一次分析、评比。报送医院党委审定。

评比方法：

1.召开支委会，推荐本支部优秀党员、优秀党务工作者初步名单，讨论本支部是否符合先进党组织条件。

2.召开支委扩大会，汇报推荐情况，研究本支部“一先两优”推荐名单。

3.召开支部党员大会，采取无记名投票或举手表决方式，讨论通过“一先两优”表彰名单，报医院党委研究确定。

	制度编码	DB-ZD-019	制度名称	基层党组织“三会一课”工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

基层党组织“三会一课”工作制度

“三会一课”制度是党的组织生活的基本制度，是党的基层支部应该长期坚持的重要制度，也是健全党的组织生活，严格党员管理，加强党员教育的重要制度。

为了进一步加强我院党支部建设，充分发挥党支部的战斗堡垒作用和党员先锋模范作用，根据《党章》规定，结合我院实际，制定本制度。

一、“三会一课”活动的总体要求

“三会一课”制度是党支部工作的基本制度，各党支部必须把“三会一课”活动纳入工作计划，作为一项重要工作来抓。

各支部要结合医疗工作发展的实际，贴近我院的中心工作，根据本支部的特点，有针对有重点地组织好“三会一课”活动。通过坚持“三会一课”制度，不断提高党员思想政治素质，转变工作作风，提升工作水平，不断推动我院的党员队伍建设和基层党组织建设，努力为我院的发展建设提供坚强的组织保证。

二、“三会一课”活动的主要内容

“三会一课”是指定期召开支部委员会、党小组会、支部党员大会，按时上好党课。

（一）支部委员会：

支部委员会由支部书记主持，支部委员参加。

其主要内容是：研究贯彻落实上级党组织的指示和决定；结合本支部实际研究本支部党建工作，制定工作计划，检查和总结工作情况；分析本支部党员状况，制定党员教育管理措施；讨论入党积极分子和党员发展对象的培养和考察问题，讨论预备党员转正问题；其他需要支部讨论的重要问题。

（二）党小组会：

党小组会由党小组长主持。它是党小组活动的主要形式之一，是党员组织生活的重要组成部分。

其主要内容是：组织党员学习党的路线方针政策；学习党的基本知识和基本理论；学习国家法律法规；学习上级党组织的决议；汇报交流党员的思想工作学习情况；反映党员群众的意见和建议；围绕支部近期的工作，结合实际提出贯彻措施并检查落实情况；支部安排的其他工作。

（三）支部党员大会：

支部党员大会，由支部委员会召集，支部书记或副书记主持，党支部全体党员参加。

其主要内容是：传达学习党的路线方针政策及党的有关文件；贯彻落实上级党组织的决议决定指示；听取讨论和通过支部委员会的工作报告和工作计划；对支部委员会的工作进行审查和监督；讨论党员的表彰或处分等问题；讨论发展新党员及预备党员转正问题；选举新一届支部委员会；讨论支部委员会提交的其他重要问题。

（四）党课：

党课由党员和入党积极分子参加。

它是对党员进行教育的最经常最基本的一种形式。组织好党课教育，是党支部的一项重要工作。

支部党课教育内容根据每一时期的中心工作要求和党员的思想教育实际需要确定。

其主要内容是：党的路线方针政策教育；党的基本知识基本理论教育；党章教育；国内外形势教育；党纪党规党风廉政教育；与时俱进，增强党员先进性教育；党和政府的方针政策法规的教育；文化科学知识的教育等。

三、“三会一课”活动的时间安排

1.制定计划。每年年初党支部要根据我院党委和行政下发的工作要点，根据党委的安排要求，制定本支部的“三会一课”活动计划，经党支部大会讨论通过后，报党委，院组织部备案并认真组织实施。

2.按期召开。“三会一课”活动必须定期进行。每季度召开一次支部党员大会；每半年上一次党课。根据工作需要，“三会一课”活动也可随时进行。若无特殊情况，一般不宜推迟进行。

3.周三进行。“三会一课”活动一般安排在周三下午进行。因教学、科研以及大型活动无法安排时，党支部可另调时间。

4.提前通知。“三会一课”活动的召集人或主持人，应加强“三会一课”的组织工作，将“三会一课”的时间，地点，中心内容等事项在事前通知每个参加者。

四、“三会一课”活动的具体要求：

1.内容方面。“三会一课”在内容上，要结合党和国家的形势，围绕我院中心工作，体现改革发展要求，要有鲜明的时代性针对性和实践性。

2.组织方面。“三会一课”必须精心组织，统筹安排，注重实效。要采取灵活多样的形式和有效的方法，不断提高“三会一课”的质量。要克服和防止为开会而开会的“走形式走过场”的做法。

3.考勤方面。各党支部要严格“三会一课”考勤制度，健全“三会一课”记录簿，会后及时小结，使“三会一课”活动规范化制度化。党支部对因病长期休养的党员，参加“三会一课”应视具体情况而定，保持经常联系。

4.单独例会。“三会一课”活动必须单独召开，不能用业务会议或其他工作会议代替。每年度“三会一课”活动不按时进行的，不能参加先进党支部的评选。

5.自觉参加。党员要自觉参加“三会一课”活动，不能无故缺席。因故不能参加的，需履行请假手续。对半年 3 次以上无故不参加组织活动的党员，党支部及时提醒并给与批评教育。无故不参加组织生活，经批评教育仍无转变，属预备党员的延长预备期直至取消预备党员资格，正式党员不能参加优秀党员评比。

6.加强督促。党委要加强对所属党支部的“三会一课”活动的督促检查，发现问题及时指导解决。

	制度编码	DB-ZD-020	制度名称	党支部主题党日活动工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第4次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党支部主题党日活动工作制度

支部主题党日，是以党支部为主体的基层党组织开展党员活动的专门时间。党日活动是党内政治生活的重要载体，是贯彻全面从严治党要求、加强党员理想信念教育、强化党员党性修养的有效载体，是健全组织生活制度、严格党员管理的有效抓手。

1.“支部主题党日”活动，要按照有规范的活动计划、有鲜明的活动主题、有详实的活动记录、有明显的活动成效的“四有”要求，严肃组织生活、严格党员管理、促进党员作用发挥，着力提升基层党组织建设科学化水平。

2.“支部主题党日”活动每月开展一次，每次一般不少于半天。每逢“七一”、国庆等重点节日固定开展主题党日活动。

3.“支部主题党日”活动的内容由支部结合实际自主确定一项或几项，以每月一主题的形式组织实施，增强活动联动效应。活动内容一般包括：学习党章党规、学习习近平总书记系列重要讲话，缴纳党费，落实组织生活，开展民主议事等。

4.党支部要结合实际，创新活动方式，既要灵活、新颖，也要注重庄重感、仪式感，既可开展讲党课、党内关怀、重温入党誓词、演讲、知识竞赛，还可以组织调研实践、帮困扶困、联系群众、志愿服务等，让广大党员在一次次鲜活的活动中受到教育和熏陶。

5.“支部主题党日”活动可与基层党组织统一活动日一并安排。

	制度编码	DB-ZD-021	制度名称	理论学习工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订 （第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

理论学习工作制度

一、坚持理论学习制度是建设学习型医院的基本要求，是提高党员思想政治素质的可靠保证，是加强党风廉政建设，拒腐防变的重要措施，是推进医院改革与发展的重要条件。

二、严肃学习纪律，做到不迟到，不早退、不无故缺席，有事先请假。

三、提倡每个领导干部和全院职工坚持每天读报学习，听新闻，关心国内外大事。

四、共产党员的政治学习，与非党员的学习坚持有分有合；每季度的专门学习，按医院党支部“三会一课”要求执行。

五、理论学习的方法主要可以采取组织集中学、小范围研讨学、理论学习报告会，以及党支部推荐学习书目、印发学习资料、网上学习等灵活多样的方法。

六、干部理论学习主要抓好四个层面——理论中心组学习重点是院领导和部分中层干部；党课由党委或党支部组织全体党员进行学习；党员大会由党支部书记负责组织全体党员进行学习；科室政治学习由科室负责人组织全体职工学习。

七、理论学习内容党的理论知识以及时事政治和上级重要文件、重要会议精神、先进经验和事迹、重要的法律规章等。

学习安排上，理论学习每季度不少于一次。为了提高效率，减少集中次数，除单独组织外，也可以结合院周会学习。

学习方法采取中心发言与集体讨论相结合，业余自学与集体学习相结合以及上下交流等形式，改进学习方法，提高学习效果。学习笔记包括学习摘要、学习心得。

八、坚持“学精管用”原则和理论联系实际的方法，结合医院改革发展和班子建设，干部队伍、党员队伍建设的实际，选学有关内容。在把握理论精髓，加强党性锻炼，在解决实际问题上下功夫。根据需要适时召开学习成果发布会，互相交流学习体会，以促进党员干部队伍及全体职工整体素质的提高。

	制度编码	DB-ZD-022	制度名称	党员组织生活会工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党员组织生活会工作制度

一、党员组织生活会每年至少召开 1 次。由党支部书记主持，党员应积极参加党员组织生活，如确有特殊情况不能参加，必须事先向党组织请假。每个党员必须自觉参加党员组织生活会，接受党内外群众的监督。党员领导干部要严格落实双重组织生活制度，自觉参加所在支部的组织生活会。

二、主要任务是：检查本支部党员贯彻党的路线方针政策和上级决议情况，贯彻执行民主集中制原则情况、党员政治思想工作学习生活等方面的情况、上次组织生活会查摆问题整改落实情况等。

三、会前制定会议方案，确定会议主题，提前通知党员做好准备；通过个别谈话、集体座谈、上门走访等多种形式，深入开展谈心谈话，征求意见和建议，党支部班子和党员要认真查摆问题，列出问题清单。

四、会中严肃开展批评和自我批评。支部书记要带头做对照检查，其他党员依次提出意见，支部书记进行表态；每名党员依次做出对照检查，其他党员分别提出批评意见，做对照检查的党员进行表态；开展批评和自我批评，对每个人提出的批评意见要一针见血，原则上不少于 2 条。

五、会后党支部和党员分别列出整改清单，党员要做出整改承诺。整改内容和完成情况要在一定范围内公示，自觉接受党员群众监督。

六、党支部要提前单独召开支部委员会班子组织生活会。上级党组织可派员参加并指导党支部组织生活会。

七、党支部要安排专人做好会议纪录。

八、上级党组织要建立经常性跟踪督查机制，确保问题整改到位。

	制度编码	DB–ZD–023	制度名称	民主评议党员工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

民主评议党员工作制度

一、民主评议党员是一项党建工作制度。为加强我院党建工作特制定本制度。

二、民主评议党员每年进行一次，一般安排在 12 月份，时间半个月至一个月。

三、评议内容：

1.是否具有坚定的共产主义信念，能否坚持四项基本原则，坚持改革开放，把实现现阶段的共同理想同脚踏实地地做好本职工作结合起来，全心全意为人民服务。

2.是否坚决贯彻执行党在社会主义初级阶段的基本路线和各项方针政策，为深化医院改革发展，促进三个文明建设做出贡献。

3.是否站在改革前列，维护改革大局，正确处理国家、集体、个人利益之间的关系。做到个人利益服从党和人民利益，局部利益服从整体利益。

4.是否切实地执行党的决议，遵守党的章程，履行党员义务，珍惜党员权利。

5.是否密切联系群众、关心群众疾苦，艰苦奋斗、廉洁奉公，反对腐化奢侈，反对以权谋私；是否模范遵守本院的规章制度，是否起到党员先锋模范作用。

四、基本方法

民主评议党员工作，以支部为单位有计划有步骤地进行。

1.学习教育。要与形势教育结合起来，对党员普遍进行在新形势下坚持党员标准的教育。学习内容以《党章》、《准则》和中央有关文件为主。

2.自我评价。在学习讨论、提高认识的基础上，对照党员标准，围绕评议内容，认真开展批评和自我批评，认真总结个人一年来思想工作学习和作风情况，并在党支部大会上进行民主评议。每个党员要提高对民主评议党员的思想认识，自觉参加评议工作。

3.组织考察。党支部对党内外评议的意见，要进行实事求是的分析、综合，形成组织意见，转告本人，并向支部大会报告。要加强思想工作，使评议党员过程成为对党员思想教育的过程，提高广大党员的思想素质。

4.表彰和处理。对民主评议的好党员，党支部进行表彰；对评议中揭露的违法乱纪问题，要严肃查处；对经评议认为不合格的党员，要提出妥善的处理意见，并交支部大会表决。同时要做好思想工作，继续发挥他们的先锋模范作用。

	制度编码	DB-ZD-024	制度名称	党费收缴工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党费收缴工作制度

1.按照《无锡市关于进一步规范党费收缴工作的有关口径》文件要求，按时调整本次党费收缴数字。

2.事业单位工作人员党费收缴列入基数项目为：岗位工资、薪级工资、绩效工资、津贴补贴。其中，津贴补贴包括岗位津贴+生活补贴。其他如交通补贴等不列入计算基数。

3.党费计算方法：工资收入项目（岗位工资、薪级工资、岗位津贴、生活补贴）（应发金额）减去不列入基数项目（个人公积金、养老金、职业年金、医疗统筹、失业金、个人所得税）

4.党费比例：3000 元及以下者，0.5%；3000 以上至 5000（含 5000）者，1%；5000-10000（含 10000）者，1.5%；10000 以上者，2%。

5.预备党员从支部大会通过其为预备党员之日起交纳党费。

6.党员应当增强党员意识，主动按月交纳党费。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。

7.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。

8.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《中国共产党流动党员活动证》的党员，外出期间可以持证向流入地党组织交纳党费。党员自愿多交党费不限。

9.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。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”。

10.本规定自 2017 年 1 月 1 日起施行，过去规定与本规定不一致的，以本规定为准。

	制度编码	DB-ZD-025	制度名称	发展党员工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 5 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

发展党员工作制度

一、确定发展对象：由党支部按党员标准和本人表现进行讨论。从培养一年以上的入党积极分子中推荐发展名单，党支部支委会议讨论，研究确定发展对象，并制定年度发展计划。

二、对初步确定的发展对象，党支部要采取多种形式广泛征求培养联系人、党员和党外群众的意见，凡是在党员和群众中威信较低者，不能列为发展对象。

三、发展对象确定后，党支部要及时向党委汇报，取得一致意见后，由党支部对发展对象进行政治审查。政治审查的主要内容包括入党申请人对党的路线方针、政策的态度；本人的政治历史和在重大政治斗争中的表现；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要形成综合性的政审材料。

四、党支部根据发展对象的培养教育、考察群众意见、政审等情况，认为基本具备入党条件后，经支委会研究同意后，写出综合材料，报党办审查。上报材料包括：①申请人入党申请书；②《入党积极分子登记表》；③个人小结及各个时期的思想汇报材料；④支委会意见；⑤党内外群众意见；⑥政审材料；⑦党支部意见。党办经过认真调查和考核，对是否同意发展以负责的答复。审查合格发给《入党志愿书》由党支部负责履行入党手续。

五、办理入党手续，要严格按照党章和有关文件的规定执行。召开支部大会应做好详细的会议记录。通过后，党支部应及时填写支部大会意见，并将《入党志愿书》和有关材料报党办。

六、党办接到支部上报的《入党志愿书》和有关材料后，要认真进行审查，再按照规定提请党委指定专人与入党申请人谈话，进一步了解其对党的认识过程，入党动机，对党的基本知识的学习等情况填写谈话人的意见，并向党委部委员会汇报。提交党委集体讨论表决通过。

七、党委批准申请人为预备党员后，党办应及时通知其所在支部。

	制度编码	DB-ZD-026	制度名称	党员组织关系转接工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 5 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

党员组织关系转接工作制度

1.省内党员转进转出的党员，应在全国党员信息平台统一办理。同时告知转入方在全国信息管理平台的全称。省内转进，告知对方我们党支部在全国信息管理平台的全称。

2.特殊情况不能在平台办理转进转出者，省外转入的党员，党员本人到区卫健委报到，带好纸质的“中国共产党党员组织关系介绍信”和全国党员信息平台导出的个人信息表。转到省外的党员，党员本人到区卫健委报到，带好介绍信和全国党员信息平台导出系统导出的个人信息表（党支部盖章）。

3.党员组织关系介绍信应由党员自己携带；不能自己携带的，应交由所在单位党组织通过机要邮政转递。

4.介绍信的有效期限可根据具体情况确定，一般不应超过三个月。

	制度编码	DB-ZD-027	制度名称	科室党建暨 政治学习工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订 （第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

科室党建暨政治学习工作制度

为全面贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想，增强政治理论学习的时效性，不断提高全院党员干部职工思想政治素质和业务工作能力，提高职工文明素质，夯实三级综合医院建设基础，全力推进争创“三甲”医院，结合我院工作实际，制定学习教育制度。

一、学习内容

1.学习党在现阶段的路线、方针、政策。

2.学习党史及有关党的理论知识。

3.学习进一步深化改革的有关文件。

4.学习医院的规章制度。

5.学习相关法律法规。

6.学习党风廉政及医德规范教育内容。

7.学习文明素质教育内容。

8.学习其他相关内容。

二、学习时间

每季度一次（可与医德医风学习同步）

三、学习形式和方法

科室学习：各科室组织科室人员进行集体学习；并进行试卷考核。

四、检查和考核

1.建立科室党建暨政治学习台账：记录学习时间、内容、参加人员及学习和讨论的内容；科室集体学习要有照片放入台账；科室人员手写签到姓名；定期进行学习情况效果评价。

2.院部定期检查学习情况并和考核挂钩。

3.注意总结经验，加强研究和探索，提高学习质量。

	制度编码	DB-ZD-028	制度名称	医院统战工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧、边逸道	内审人	卢峰
	制度版次	制定 （第 0 次）	制定时间	2025.11.26	生效时间	2026.1.1

医院统战工作制度

为了加强医院党委对统一战线工作的集中统一领导，提高统一战线工作的科学化规范化制度化水平，巩固和发展爱国统一战线，根据《中国共产党统一战线工作条例》，制定本条例。

1.医院党委主要负责人为本单位统一战线工作第一责任人。党委领导班子成员带头学习、宣传和贯彻落实统一战线理论方针政策和法律法规。

2.贯彻落实党对统一战线工作的理论方针政策和决策部署，提高医院全体员工对统战工作的认识。

3.支持医院民主党派和无党派人士履行职责、发挥作用，支持、帮助民主党派和无党派人士加强自身建设，使其在医院发展建设工作中发挥应有的作用。

4.医院党委负责本单位党外知识分子工作，加强思想引导，注重沟通交流，支持发挥作用，组织党外知识分子参加统一战线工作和活动。

5.不定期向党外人士传达上级部门和医院有关文件和会议精神。

6.定期与党外人士开展谈心谈话活动，关心他们的工作和生活，按照有关规定解决他们的实际问题。

7.每年召开党外人士座谈会，及时通报医院在发展、管理等方面的工作情况。

8.在拟定工作计划、出台重大改革项目、职代会及其他有关重要会议、大型活动时及其相关学习中，邀请民主党派负责人或者代表参加会议，广泛征求党外人士的意见。

	制度编码	DB-ZD-029	制度名称	志愿者服务工作管理制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	华晓娟	内审人	卢峰
	制度版次	制定（第 0 次）	制定时间	2025.9.11	生效时间	2025.10.1

志愿者服务工作管理制度

第一章　总则

1.目的：为规范医院志愿服务活动开展，充分发挥志愿者在医疗服务中的辅助作用，提升患者就医体验与医院整体服务质量，依据《志愿服务条例》《医疗机构志愿服务规范》等法律法规及行业标准，制定本规定。

2.适用范围：本院在职党员（含预备党员、入党积极分子）、团员；本院拟晋升中级职称的专业技术人员；自愿参与本院志愿服务的其他在职职工、退休职工及社会爱心人士（统称 “社会志愿者”）。

3.宗旨：坚持 “以患者为中心”，聚焦就医流程优化、健康知识传播、医患沟通桥梁搭建，助力构建安全、和谐、温暖的医患关系。

4.基本原则：志愿服务活动遵循自愿无偿、安全规范、隐私保护、权责对等的原则，不得损害患者权益、医院声誉及公共利益。

5.职责分工：党办为志愿服务工作牵头部门，负责统筹协调、考核汇总；党办负责申请表审核、岗前培训组织；党支部、团委、人力资源部分别负责对应群体志愿者的排班与日常管理；医务科、护理部负责提供医疗相关知识培训与技术指导。

第二章　志愿者招募与注册

1.招募条件：年满 18 周岁（未满 18 周岁需由监护人陪同并签署同意书），身心健康，能满足志愿服务体力要求；认同医院志愿服务宗旨，遵守医院规章制度及本规定；具备良好沟通能力与服务意识，无违法违纪记录。

2.注册流程：提交材料：向党办提交《志愿者服务申请表》，社会志愿者需额外提供身份证明复印件、健康证明（近 6 个月内）；

3.审核：党办在 3 个工作日内完成材料审核，审核结果通过医院企业微信或短信告知申请人；

4.培训：审核通过者参加岗前培训（培训内容含医院概况、服务礼仪、患者隐私保护细则、应急处理流程、自助设备使用方法）；

5.领证：培训合格后，领取《志愿者服务记录卡》，记录内容包括服务日期、岗位、时长、内容、患者评价、管理人员签字。

第三章 服务要求与规范

1.时长要求

党员、团员每年累计完成志愿服务不少于 40 小时（1 天按 8 小时计算）；拟晋升中级职称专技人员，职称评审周期内累计完成不少于 64 小时。

2.社会志愿者

每年累计服务不少于 20 小时（可根据个人时间灵活安排，单次服务不少于 2 小时）。

3.行为规范

（1）着装：服务期间佩戴医院统一发放的志愿者标识（胸牌、马甲），仪容整洁，不穿奇装异服；

（2）态度：使用 “您好”“请”“谢谢” 等文明用语，耐心解答患者疑问，不与患者或家属发生争执；

（3）隐私保护：不泄露患者病历信息、就诊记录、个人隐私，不随意拍摄患者影像；

（4）操作规范：不擅自参与医疗操作（如打针、发药、换药等），仅协助完成非医疗类辅助工作。

（5）考勤与请假：按时到岗，提前 10 分钟到指定地点签到；离岗时需经管理人员确认并签退；如需请假，需提前 24 小时通过“医院志愿者管理群”或书面形式向对应管理部门申请（党员向党支部、团员向团委、社会志愿者向党办），紧急情况可事后 24 小时内补报；每年调换服务时间次数不超过 2 次（特殊情况如突发疾病、家庭重大变故，经审批可酌情放宽）。

第四章 服务内容与职责

1.门急诊辅助服务

（1）导诊引导：协助患者挂号、取号、缴费，引导至对应诊区、检查室、药房等；

（2）特殊帮扶：协助老年人、残疾人、孕妇等特殊群体使用自助设备，优先引导就诊；

（3）秩序维护：维护诊区、候诊区秩序，劝阻大声喧哗、插队等行为。

2.便民服务

（1）物资借用：办理轮椅、雨伞、充电宝等便民物资的借用与归还，登记借用信

息；

（2）基础保障：维护饮水点卫生，确保饮用水供应，协助发放健康宣传手册。

3.专项活动服务

参与医院组织的健康义诊、科普讲座以及节日活动等，协助场地布置、秩序维护等工作；

4.应急支援服务

突发公共卫生事件或就诊高峰时，协助维持秩序、传递医疗物资（非急救类）；患者突发急症时，第一时间通知医护人员，协助疏散周围人群，不擅自干预医疗处置。

第五章 管理与考核

1.日常管理

（1）排班管理

每季度末 10 个工作日内，各管理部门（党支部、团委、人力资源部）完成下季度排班，报党办汇总后，提前 5 个工作日在医院内网、志愿者群公示；志愿者因特殊情况需调班，需提前 2 个工作日向对应管理部门申请，经同意后方可调换，调班记录纳入服务档案。

（2）档案管理

党办建立志愿者电子档案，记录个人信息、服务时长、考核结果、奖惩情况，档案保存期限为 3 年（社会志愿者服务结束后由党办出具志愿服务证明）。

2.考核评价

（1）考核周期

实行“季度考核 + 年度总评”，季度考核在每季度末开展，年度总评在次年 1 月中旬完成。

（2）考核指标

项　目	内　容	分 值	备　注
基础指标（60 分）	服务时长	40 分	按规定时长
	考勤情况	20 分	迟到/早退 1 次扣 5 分，无故缺勤 1 次扣 20 分
质量指标（40 分）	患者满意度评价	20 分	通过现场问卷收集
	管理人员评价	20 分	含服务态度、规范执行情况

3.考核等级

优秀：季度 / 年度考核得分≥90 分；

合格：季度 / 年度考核得分 60–89 分；

不合格：季度 / 年度考核得分 < 60 分。

4.结果反馈与申诉

考核结果在考核结束后 3 个工作日内告知志愿者，公示期为 3 个工作日；志愿者对考核结果有异议，可在公示期内向党办提交书面申诉，党办在 5 个工作日内组织复核并反馈结果。

第六章 奖惩机制

1.奖励

评选年度“志愿服务之星”（党员、团员各 3 名），颁发荣誉证书，在院内进行公示表彰；

年度考核优秀者，在医院年度评先评优、职称晋升（仅限院内职工）中优先推荐，社会志愿者可获得医院出具的志愿服务推荐信。

2.惩处

（1）季度不合格处理

季度不合格：由对应管理部门约谈，责令 15 个工作日内提交整改计划，整改期间需额外完成 3 小时志愿服务。一次无故缺勤：扣款 500 元；第二次翻倍扣款（扣款从当月绩效中扣除，社会志愿者取消下一季度服务资格）。

（2）年度不合格或连续 2 个季度不合格处理

院内职工：取消当年评先评优资格，扣发年度绩效的 5%；拟晋升中级职称人员，暂停职称聘任资格 ，完成后次年予以聘任；

社会志愿者：取消志愿服务资格，3 年内不再接受其注册申请；

例外情形：因突发疾病、不可抗力等特殊原因导致服务不达标，经党办审核确认，可免于惩处，服务时长顺延计算。

因志愿者个人过失造成患者投诉、医院财产损失或不良社会影响的，除上述惩处外，需承担相应责任（如赔偿损失、公开致歉）。

第七章 志愿者权益保障

1.物资保障：医院为志愿者提供服务期间所需的标识（马甲）、防护用品（口罩、手套），以及饮用水、休息场所；

2.培训保障：定期组织志愿者参加进阶培训（如沟通技巧、应急救护、常见疾病科普），培训时长计入服务总时长；

3.关怀保障：志愿者生病住院或遇到重大困难，医院可组织慰问；对长期坚持志愿服务且表现突出的社会志愿者，在其就医时可享受绿色通道及优惠体检。

	制度编码	DB-ZD-030	制度名称	文明服务规范与奖惩办法	级别	院级
	制定科室	党委办公室	制定人	孟繁慧	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2023.12.10	生效时间	2024.1.1

文明服务规范与奖惩办法

为进一步规范医疗服务行为，提高员工的职业道德和整体素质，提高服务质量，确保医疗安全，结合医院实际，制定本规范。

一、医院文明服务规范

（一）职业道德规范

1. 医师（士）职业道德规范

（1）救死扶伤，爱岗敬业

以救死扶伤、治病救人为己任，不谋私利，不畏风险，不辞辛劳，千方百计为患者解除病痛，把维护患者生命、增进人类健康作为崇高职责；遇到危重患者，须尽力赴救，不得以任何理由延误抢救时机；发生差错事故要及时报告，自觉维护患者利益；保持病案材料、统计资料的原始性、真实性和科学性。

（2）尊重患者，关爱生命

对待患者不分民族、职业、外貌、地位，一视同仁，不随意将医者的意志强加于患者，实施医疗行为应以尊重患者人格为前提。

（3）尊重同事，平等相处

在医疗活动中，临床各科室间和同部门上下级医师要顾大局，识大体，一切以患者和集体利益为重，互相配合，取人之长，补己之短，团结协作，合力共事。

（4）仪表端庄，举止文明

着装整齐，举止文明，态度热情、和蔼，语言亲切、文明，主动关心和体贴患者，主动与家属联系、沟通，有问必答，不讲忌语。

（5）医术求精，慎言守密

虚心好学，刻苦钻研，不断更新知识结构，努力提高技术水平，坚持合理检查，合理治疗，合理用药，维护患者的各种利益，严格执行保护性医疗制度，向患者和家属告知病情时，使用规范性语言。

（6）遵章守纪，廉洁行医

坚持依法行医，清正廉洁，不以医谋私，不收受、索取病人钱物，不接受吃请或馈赠，拒收红包。

2. 护士职业道德规范

（1）忠于职守、患者第一

热爱护理职业，尊重患者的生命价值和人格，尊重患者平等就医的权利，一视同仁，任何情况下，不以各种手段轻视和侮辱患者。

（2）勤奋学习、精益求精

勤奋学习，对技术精益求精，及时更新知识结构，在不断开阔医护专业知识的基础上，积极运用心理学、社会学、美学、伦理学等相关学科知识，做好护理工作。

（3）热情体贴、认真负责

热情做好基础护理和生理护理，注意运用语言激励，给患者以精神上的安慰和支持，帮助患者保持治疗、康复中所需的良好心理状况。

（4）互尊互助、团结协作

与医、技、工等同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医疗任务。

（5）仪表端庄、慎独守密

仪表端庄，言行稳重，服装整洁，主动热情，单独操作时，不论有无监督，不做有损患者利益的事，为患者保护隐私。

（6）尊章守纪，廉洁行护

坚持依法行护，清正廉洁，不以护谋私，不收受、索取病人钱物，不接受吃请或馈赠，拒收红包。

3. 检验人员职业道德规范

（1）仪表端庄，举止大方，礼貌待人，热情服务，及时高效，挂牌上岗。急诊化验随叫随到，并及时报告检测结果，优先照顾老年和婴幼儿患者。

（2）坚持执行双核对制度，严格执行隔离消毒操作规程和一次性医疗用品的使用规定。

（3）珍惜和合理使用采得标本，采集标本时，要告知患者取报告时间和地点，对行动不便或危重患者要主动协助采取标本。

（4）准确书写检测报告，按时出报告，患者查询化验报告时热情指导，协助解决。

（5）对结论有异议的报告要复查验证，对可以佐证和明确临床难以明确的检测结果，应及时提醒临床医师注意。

（6）坚持原则、尊重科学、实事求是，不徇私情伪造报告。

（7）互尊互助、团结协作

主动与临床医生沟通，医、技、工等同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医疗任务。

4. 药剂人员职业道德规范

亲切、和蔼、周到，真正做到文明工作。

（1）准时上岗，挂牌服务，仪表端庄，态度和蔼，服务主动、礼貌待人，优先照顾老年和婴幼儿患者，不做与工作无关的事。

（2）严格执行查对制度，向患者告知药物用法。

（3）对病人提问耐心解答，正确使用文明用语。

（4）遵守药品采购规定，不利用职务之便收受回扣。

（5）严格执行有关法规规定，做好毒、麻、剧类药品的使用、保管和管理。

（6）互尊互助、团结协作

主动与临床医生沟通，同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医疗任务。

5. 放射科人员职业道德规范

（1）仪表端庄，举止大方、操作敏捷、认真仔细、诊断无误。

（2）准时开机接待患者，优先照顾危重患者拍片，急诊床边拍片随叫随到，指导患者配合拍片时，动作要轻柔，不增加患者痛苦。

（3）坚守岗位，热情接待病人，耐心解答病人提出的问题，合理划价，不干私活，不讲忌语。

（4）严格执行三核对制度，坚持集体读片会诊制，出示报告及时，运用医学术语确切。

（5）爱护仪器设备，严格操作规程，对患者及陪护人员采取必要的防护措施。

（6）检查结束，确认无误后告知患者取报告的时间和地点。

（7）互尊互助、团结协作

主动与临床医生沟通，同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医疗任务。

6. 行政管理人员职业道德规范

（1）牢固树立为病人、为医疗一线、为基层服务的思想，认真贯彻执行党和政府的卫工作方针、政策，带头遵纪守法和执行各项规章制度。

（2）熟练掌握本职业务，经常深入实际，调查研究，了解和分析各种信息做到反映准确，决策科学，解决及时，调整关系合理，工作讲求实效。

（3）领导应以身作则，为下级作表率；机关为基层作表率，坚持吃苦在前，享受在后，办事公道，作风正派，自觉抵制和纠正不正之风，勇于改革创新，不断开创工作新局面。

（4）互尊互助、团结协作

主动与临床医、护、药、技、工沟通，同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医院任务。

7. 后勤保障人员职业道德规范

（1）热爱后勤工作，树立为病人服务、为职工服务的思想，工作尽职尽责。

（2）熟练掌握本职业务技能，严格执行各项工作制度和技术常规，言谈举止文明礼

貌，文明生产、文明操作，工作认真细致，准确及时，坚持下送、下修、下收，及时解决医疗第一线的需求。

（3）勤俭节约，严格执行财务、物资管理、食品卫生等法律规章制度，认真执行岗位责任制，增强法制观念，遵守劳动纪律。

（4）爱护公物，廉洁奉公，不拿公务送人情，严格执行隔离消毒、污水污物处理规定，保持医院清洁优美的环境和优良秩序。

（5）互尊互助、团结协作

主动与临床及职能沟通，同事间相互尊重、互相帮助，团结协作地完成各项医院任务。

（二）仪表规范

1. 着装

（1）工作时间衣帽整洁，着工作服，必须戴工作帽（护士），正确佩戴胸牌，不着工作装到公共场所。

（2）治疗区内禁穿高跟鞋及响钉鞋。

（3）衬衣不露在工作服外面，裤子要平整，裤扣要系好。

（4）禁佩戴与职业无关的装饰品。

2. 仪容

（1）女职工淡妆打扮，发型美观大方，不留长指甲。

（2）男职工发不盖耳，不留胡须。

（三）语言规范

1. 语言朴素、明确、精炼，语调亲切，充分体现主动、热情、礼貌、体贴周到、谦虚的态度。

2. 语言文明，根据不同年龄的患者，使用礼貌基本用语，例如“您好”、“谢谢”、“对不起”、“不客气”、“没关系”、“请稍等”、“再见”等，禁用“哎”、“喂”等不礼貌用语代做称呼。

3. 患者就诊，要主动打招呼，做到有问必答，百问不厌，不应漫不经心、态度冷淡，不准粗言粗语、高声喊叫，服务做到“三声”：来有迎声，问有答声，走有送声。

（四）服务态度规范

1. 精神饱满，微笑自然，举止端庄，态度和蔼。

2. 征求患者意见或与患者对话时，态度要诚恳，向患者解释时要耐心、仔细。

3. 要随时注意患者思想情绪变化，信赖、尊重、理解患者，多作解释、说明、安慰工作，对思想负担较重或拒绝治疗的病人，要及时逐级汇报。

4. 患者如有不礼貌言行或提出不合理要求时，不得与患者争辩、吵架、顶撞或以教训、斥责的口吻对待患者，应冷静、理智、克制地向患者讲清道理，必要时提请领导出

面解决。

5. 工作中有差错时，需向患者道歉，并及时纠正，及时逐级汇报。

（五）工作纪律规范

1. 严格遵守作息时间，不迟到不早退，不许擅离职守。

2. 禁止酒后工作，不吃异味食品，工作时间不坐病床，不三五成群搭肩搂腰，闲谈嬉笑。

3. 工作时间不办私事，禁打扑克、看电视、洗衣物、织毛衣、带孩子上班等。

4. 接待患者时，不要对患者打哈欠、打喷嚏、挠头皮、挖耳鼻，不许吸烟和吃东西。

5. 不许当面或背后议论嘲笑患者、同事，用患者病态动作开玩笑。

（六）环境卫生规范

1. 病房、诊室清洁，庭院、大厅、走廊要整洁，地面无积水、垃圾，候诊椅、门窗无灰尘，墙面整洁。

2. 诊疗台及有关设备保持清洁，安放整齐，各种电器设备要定期检修，保证正常运转。

3. 室内及各种医疗器材用品定期严格消毒，防止交叉感染，预防传染病的发生。

二、奖惩办法

依据《员工奖惩条例》相关规定进行奖惩。

	制度编码	DB-XC-ZD-031	制度名称	医院宣传管理工作制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室（宣传办）	制定人	张婷婷	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.15	生效时间	2026.01.01

医院宣传管理工作制度

一、总则

为规范医院宣传管理工作，提升医院社会知名度与美誉度，搭建专业、严谨且贴近公众的宣传平台，全面塑造医院品牌形象，结合医院实际特制定本制度。医院宣传工作应严格遵守党和国家关于宣传工作的方针政策，围绕医院中心工作，加强领导，完善制度，开拓创新，坚持正确舆论导向。本制度适用于医院各临床科室、医技科室、护理单元、行政职能科室及后勤保障科室。

二、管理机构与职责

（一）归口管理

党委办公室是医院宣传办的主管部门，宣传办负责具体工作落实，承担医院对内、对外宣传工作。

（二）宣传办主要职责：

1、负责研究制定医院阶段性宣传任务与工作重点。

2、负责医院官方网站、微信公众号、视频号、抖音、小红书等官方传播渠道的日常运营与管理。

3、负责医院对内（宣传栏，内部显示屏）和对外宣传内容审核与发布。

4、负责涉院舆情日常监测，发现负面信息或宣传内容引发争议的，应在 2 小时内启动研判，并视情况启动新闻发言人机制。

（三）各科室、部门应积极配合宣传办工作，按时完成每月稿件任务，主动提供有价值的宣传素材。

三、宣传内容与审核流程

（一）宣传内容范围

重点围绕医院重大活动、重要决策、重点科室、医疗先进技术、专家团队、成功治疗案例、优秀医护人员事迹、健康科普、人文关怀等方面进行宣传。

（二）宣传内容要求

宣传内容需遵循“专业严谨、真实准确、合规有序”原则，兼顾医学专业性与公众可读性，严禁虚假宣传、夸大表述及隐私泄露等违法违规行为。

（三）三校三审制度

施行“科室/病区初审–分级审核–分管院长终审”机制：

1、科室/病区初审：创作者完成作品后，提交科室/病区负责人审核，重点核查内容真实性、专业准确性及合规性，审核通过后由科室/病区指定联络人统一报送。

2、分级审核：临床科室、医技科室需报送医务科审核；护理单元需报送护理部审核；行政职能科室及后勤保障科室等部门需报送对应分管领导审核。

3、分管院长终审：由宣传办收集材料，复核格式规范、传播适配性，统一报送分管院长终审，确定发布渠道及时间。

（四）审核标准

1、专业性：医学术语准确规范；诊疗建议符合最新临床指南；科研成果、新技术宣传需提供审查通过证明。

2、传播性：语言通俗易懂，科普内容需将专业知识转化为公众易理解的表达；视频作品需有明确主题，能够吸引公众注意力；标题简洁生动，避免生硬学术表述。

3、合规性：严格规避《广告法》禁用的“最先进”“根治”等绝对化用语；医疗服务宣传需与《医疗广告审查证明》内容一致；使用图片、音乐等素材需具备版权授权。

4、审核未通过的作品，创作者可在 3 个工作日内修改后重新投稿，同一作品重新投稿不超过 2 次。

四、宣传平台管理

（一）科室/个人新媒体账号管理

1、鼓励科室/个人开设新媒体账号进行科普宣传工作。

（1）报备制度：科室/个人若开设工作相关新媒体账号，必须向宣传办进行备案，签订《科室、个人新媒体账号权属与行为规范协议》，传播过程中与入镜相关人员签订《患者及家属肖像使用授权书》，纳入医院统一监管范围。

（2）行为规范与责任划分：详见《科室、个人新媒体账号权属与行为规范协议》。

（二）院内宣传管理

详见《院内张贴及宣传品管理规定》。

五、舆情应对与联动机制

（一）宣传办负责日常舆情监测，发现涉院负面信息或宣传内容引发争议的，应在 2 小时内启动研判，并视情况启动新闻发言人机制。

（二）涉及突发公共卫生事件、医疗纠纷等敏感事件的宣传与回应，按《医院接受媒体采访制度》相关规定执行，宣传办负责统一口径、协同发布。

六、奖惩办法

违规本制度依据《员工奖惩条例》相关规定进行奖惩。

	制度编码	DB-XC-ZD-032	制度名称	医院接受媒体采访制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室（宣传办）	制定人	张婷婷	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.15	生效时间	2026.01.01

医院接受媒体采访制度

为进一步加强医院新闻报道工作，充分展示医院的技术优势与服务水平，树立医院良好的社会形象，不断扩大医疗市场，特制定医院接受媒体采访制度。

一、医院党委办公室（宣传办）归口管理新闻媒体采访工作，负责受理和协调媒体的采访要求，各科室、各部门不直接受理新闻媒体的采访。非正常上班时间新闻媒体的采访，一般由党委办公室（宣传办）负责接待或安排。

二、新闻媒体来访前向党委办公室（宣传办）提出采访申请，党委办公室（宣传办）应核实媒体资质、采访意图及报道方向。党委办公室（宣传办）根据新闻单位的采访要求拟写采访提纲，安排采访事宜。各科室、部门和个人均有积极配合媒体采访的义务和责任。

三、科室或个人收到采访要求后，应当尽快提供所需资料或协调落实被采访人员和采访时间，并对是否需要核稿提出要求。对确实无法安排的采访要求，应当及时反馈党委办公室（宣传办），以便与媒体沟通，调整采访计划。一般情况下，不通过电话接受媒体的采访。文字稿件须经党委办公室（宣传办）审核后统一刊载。

四、对于影响较大的突发公共卫生事件、社会高度关注的敏感问题及涉及医院的负面舆情，实行新闻发言人统一发布机制。由党委办公室（宣传办）牵头，会同相关业务科室及权威专家拟定应答口径，报院领导批准后，授权指定的新闻发言人适时适地统一对外发布信息、解疑释惑或接受媒体采访。在新闻发言人启动发布程序期间，其他任何科室及个人不得擅自对外发声，以避免传播不科学、不准确的信息误导群众，或引发次生舆情。

五、除根据需要安排的采访活动外，医院职工一般不以公职身份擅自向媒体发表谈话或接受采访。如确实需要，应当征得分管领导和党委办公室（宣传办）的同意，但不得以“不愿意透露姓名的医生或护士”等形式向媒体透露一些不确定的核心信息。

六、医院良好形象的维护离不开新闻媒体的支持和配合，全院职工要尊重记者的劳动。对新闻媒体关注的热点问题，科室或部门应配合党委办公室（宣传办），充分利用各种有效形式适时接受记者采访，准确、客观地介绍医院工作的具体情况，加强正面引导，树立医院良好的社会形象。

七、针对涉及医院全局、反映问题、批评或有争议事件的采访，有关部门、科室和个人发现有记者来访，要热情接待，但不安排采访或婉拒采访，并马上与党委办公室联系，根据医院统一安排接受采访，给记者留下良好形象，充分调动记者关心、支持医院工作的热情。

	制度编码	DB-XC-ZD-033	制度名称	院内张贴及宣传品管理规定	级别	院级
	制定科室	党委办公室（宣传办）	制定人	张婷婷	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.15	生效时间	2026.01.01

院内张贴及宣传品管理规定

为美化医院环境和提高医院文化品味，构建和谐医院，特制定本管理规定。

一、医院各科室、各部门在院内悬挂横幅、标语，设置拱门、气球，张贴或发放刊物、小报、壁报、海报、启事、通知、路标，播放电子海报、宣传片等各类宣传品适用本管理规定。

二、医院各科室、各部门悬挂、张贴、发放或制作与医院相关连宣传品，须向相关职能部门提出申请（附宣传品样式或书面文字资料等），经相关职能部门及分管院领导签字同意后方可悬挂、张贴或派发。

根据归口管理的原则，对院内悬挂横幅、标语，张贴的宣传（栏）板、壁画、路标、指引牌，制作、发放的宣传品；公示、海报、启事、通知等；服务承诺、行为规范等，由党委办公室下设的宣传办受理、审批。检查、医疗服务项目等收费标准公示，由财务科审制。常用药品价格等公示，由药学部审制。

归口管理部门应在2个工作日内完成审批反馈。各科室须提前3个工作日提交申请。紧急情况下经归口管理部门口头同意后可先行张贴，并在24小时内补办手续。

对我院制作悬挂的横幅、标语，张贴的宣传（栏）板、壁画、路标牌、价格公示等，各科室要加强管理，确保完好无损；如有损坏，要及时与党委办公室（宣传办）联系。各类制作费用纳入科室核算。

三、外单位赞助在我院内活动的横幅及派发的各类宣传品，必须由我院分管领导书面批准，并报党委办公室（宣传办）备案后方可实施。对未经批准擅自在院内张贴或悬挂、派发宣传品的，各科室应及时制止并向医院保卫科通报，保卫科接报后应到现场及时处理。

四、各类宣传品必须思想健康、内容真实、事迹端正、纸张整洁，同时落有单位或科室的真实署名。公示、启事、通知等宣传品，尺寸一般同 A3 或 A4 纸。

五、严禁在医院内张贴、悬挂或派发违反宪法和法律，破坏安定团结、扰乱社会秩序的宣传品；严禁张贴、悬挂或派发含有人身攻击或不文明用语的宣传品；严禁张贴、悬挂或派发有损医院形象或扰乱医院正常工作秩序的宣传品；严禁未经批准张贴、悬挂或派发任何商业性广告。

六、院内各科室开展活动的公示、海报、启事、通知等宣传品，应在院区和病区的公告（公示）栏内张贴。未经批准，不得随意在建筑物、门窗等设施上张贴宣传品。各科室负责本科室门口及室内包管区域的乱张贴消除工作；党委办公室（宣传办）每月至少一次巡查清理公共区域过期过时宣传品。宣传品破损需修补的，各科室应在24小时内报修。党委办公室（宣传办）接到报修后，核心区域（门诊大厅、急诊入口、住院部大厅）3个工作日内完成修补，非核心区域7个工作日内完成修补，并由所在科室验收。职工如发现有张贴、派发严禁的内容时，应及时消除并向党委办公室（宣传办）报告。

七、违反上述规定的，医院将视其情节对相关科室及责任人进行处罚：一般违规（未审批但内容正面、破损未报修超过7日）：责令24小时内整改，通报批评；较重违规（擅自张贴商业广告、破损未报修超过30日、一年内两次以上一般违规）：扣减科室绩效，取消年度宣传评优资格；严重违规（张贴违禁内容、拒不整改、造成恶劣影响）：对责任人予以行政处分，情节严重者交公安、司法机关处理。

八、本管理规定自发布之日起实施，由医院考核领导小组、党委办公室（宣传办）负责解释。

	制度编码	DB-TW-ZD-034	制度名称	团委工作制度	级别	院级
	制定科室	团委	制定人	李烨	内审人	华晓娟
	制度版次	修订（第 5 次）	修订时间	2025.12.01	生效时间	2025.12.20

团委工作制度

团委作为群众性的青年组织，其基本任务是在医院党委和上级团委领导下，贯彻执行党的路线、方针、政策，对团员和青年进行共产主义理想教育，用党的理论和先进的科学文化知识武装青年。通过开展适合青年特点的独立活动，发挥青年的生力军和突击队作用，使之能够担负起救死扶伤、建设中国特色社会主义的历史重任。

一、服务于医院和全团的中心工作。团结和带领广大团员青年围绕医院和团中心工作认真履行职责，充分施展才华，发挥团员青年的生力军和突击队作用。

二、团的思想建设工作。组织团员青年认真学习党的理论知识，用先进理论武装青年头脑。深入贯彻团内教育，全面落实“三会两制一课”，不定期举办红色基地研学，加强对共青团员的思想引领。

三、严格组织管理。督促团员履行义务，保证团员行使权利，按照组织程序考核、发展新团员，检查团纪情况，办理团员奖惩手续。

四、认真开展“青年文明号”创建活动，培养团员青年参与医院管理的主人翁意识，提高业务素质。

五、深入团员青年中开展调研，了解团员青年的思想、工作、学习、生活情况，维护青年合法权益，通过正常渠道反映青年的意见和要求，听取团员青年对共青团工作的意见和建议，进一步改进工作，解决问题。

六、按照相关规定，做好团员接收、推优入党、超龄团员的离团等工作。

七、做好优秀团支部、优秀共青团干部、共青团员、优秀青年志愿者的评选，以及各级评优工作。

八、开展适合青年特点的丰富多彩的文娱、体育等活动，活跃业余文化生活，促进团员青年的身心健康发展。

九、开展丰富多彩的社会实践和志愿服务活动，使团员青年在服务社会中了解国情、社情、民情，在实践中受教育、长才干、做贡献。

十、加强自身干部队伍建设，通过多种途径培训团的干部，提高团干部素质和工作水平。严格考核和重点培养团干部，积极向党组织输送后备人才。

十一、坚持请示汇报制度，定期向院党委和上级团组织汇报工作。定期召开例会，

传达、贯彻、执行院党委和上级团组织的文件、指示、决定及会议精神。

十二、围绕院党委和医院中心工作，结合医院青年的特点和实际，研究制定团的年度工作计划，并做好年终总结。

十三、完成医院党委及上级部门交办的其他工作。

	制度编码	DB-TW-ZD-035	制度名称	团员组织生活制度	级别	院级
	制定科室	团委	制定人	李烨	内审人	华晓娟
	制度版次	新制定	制定时间	2025.12.01	生效时间	2025.12.20

团员组织生活制度

一、目的

团的组织生活是团内政治生活的重要组成部分，是团组织对团员进行思想政治教育和团员自我教育的具体形式，是加强团的思想建设和组织建设的重要途径。

二、要求

组织生活的核心是发扬团员民主，健全落实“三会两制一课”制度。“三会”指的是支部团员大会、支部委员会会议、团小组会议；“两制”指的是团员教育评议制度、年度团籍注册制度；“一课”指团课。组织生活的内容主要是对团员进行思想教育、组织团员开展批评与自我批评、组织团员民主决定团内重要事务。

（一）支部团员大会

1、参加人员：支部全体团员。

2、召开频次：每季度召开一次，工作需要时可随时召开。

3、会议主持：团支部书记。

4、开会人数：至少团员总数的二分之一（不含选举、评议）。

5、会议主要内容：

①学习党的理论，学习习近平总书记系列重要讲话精神；

②宣传和执行党的路线、方针、政策，学习团的政策和重要会议精神，贯彻落实同级党组织、上级团组织的决议、指示等；

③研究制定团组织工作计划，起草工作报告；

④开好团支部组织生活会；

⑤研究确定入团积极分子和团员发展对象；

⑥研究讨论团员教育评议意见，决定对团员的奖励，提出对团员的处分意见；

⑦讨论检查团组织建设工作，研究制定相关制度；

⑧研究解决团组织、团员的问题和困难；

⑨研究其他需要团支部讨论决定和贯彻执行的事项。

（二）支部委员会

委员会是指由团的支部委员会召集的支部全体委员参加的会议。

1、参加人员：支部全体委员。

2、召开频次：每月至少召开一次，工作需要时可随时召开。

3、会议主持：团支部书记。

4、开会人数：超过支部委员总数的二分之一。

5、会议主要内容：

①学习党的理论，学习习近平总书记系列重要讲话精神；

②宣传和执行党的路线、方针、政策，学习团的政策和重要会议精神，贯彻落实同级党组织、上级团组织的决议、指示等；

③研究制定团组织工作计划，起草工作报告；

④开好团支部组织生活会；

⑤研究确定入团积极分子和团员发展对象；

⑥研究讨论团员教育评议意见，决定对团员的奖励，提出对团员的处分意见；

⑦讨论检查团组织建设工作，研究制定相关制度；

⑧研究解决团组织、团员的问题和困难；

⑨研究其他需要团支部讨论决定和贯彻执行的事项。

（三）团小组会

团小组会是指由团小组长召集的小组团员参加的会议。

1、参加人员：团小组团员。

2、召开频次：根据工作需要随时召开。

3、会议主持：团小组长

（四）团员教育评议工作

采用学习教育、自我评价和组织评议相结合的方式，对团员的表现和作用发挥情况作出综合评价，并通过评优和处理等方式，达到激励团员、整顿队伍、纯洁组织的目的。

1、评议对象：全体团员

2、时间频次：每年一次

3、评议形式：支部大会

4、人数要求：超过应到团员总数的三分之二

5、评议结果：自评、互评、测评（支委会建议 + 上级批准）

6、主要内容和流程：

①团支部组织团员开展学习教育，定期对团员进行考察和监督，每名团员围绕在评议年度内的个人表现和发挥团员作用情况等撰写自我评价材料；

②召开支部大会或团小组会议，每名团员根据学习教育情况和所准备材料进行自我评价；

③其他团员对其进行评议，肯定成绩、指出不足；

④以支部为单位对所有团员进行测评投票；

⑤支部委员会综合个人自评、团员互评和测评投票结果，结合团员日常表现，研究提出每名团员的建议评议等次，报上级委员会批准；

⑥做好评议结果的运用。

7、注意事项：

评议等次分为优秀、合格、基本合格、不合格四个等级，优秀率不得超过 30%。

（五）年度团籍注册工作

团员年度团籍注册是对团员团籍的连续认定，是实行团员证制度，形成团员管理新体制的关键环节。

1、时间规定：一年一次，每年一季度。

2、目的

①年度团籍注册工作可使团组织掌握和了解团员一年来参加团的活动，履行团员义务的情况，并接受团员对团工作的监督。

②团员参加注册，可强化团员意识，增强组织观念，更好地发挥模范作用。

3、程序

①年度团籍注册工作由团支部主持。

②由团支部书记向全体团员报告一年来的工作，接受团员的评议和建议。

③以组织生活形式，由团员互相交流参加团的活动情况，然后在民主评议和量化考核的基础上，对团员逐一进行鉴定。

④团组织验收团员上年度团费收缴情况并收齐团费。

⑤对符合注册条件的团员，由团组织在其团员证“团籍注册”栏内填写注册时间，加盖注册专用印章，同时发给下年度团员活动记录卡和团费收缴卡。

⑥根据团员注册情况，搞好年度和年中团员统计，及时向团委汇报注册情况，做好《团员花名册》的修订工作。

⑦办理超龄团员离团手续和发展新团员。

4、结果分类：

给予注册（评议优秀、合格、基本合格）

暂缓注册（不合格，暂缓 3~6 个月）

不予注册（暂缓后，再次评议仍不合格）

5、要求

①团员年度团籍注册率应达到 95%以上。

②如团员在规定的注册时间内外出未归，可将其适当延长，但不得超过三个月。

③对经教育仍超过规定注册时间一年未注册的团员，应注销其团员证，按自行脱团处理。

（六）团课

团课一般每季度举行一次。团课以《团章》为基本教材，结合各个时期的卫生改革、医院中心工作、团员思想实际，对团员进行思想教育。

1、授课方式采用“四维融合”模式：一是开展实地研学，组织团干部深入青年工作先进单位、重点项目现场考察学习；二是组织红色教育实践，赴革命历史纪念馆、烈士陵园等场所开展沉浸式党史学习；三是举办专家集中讲座，邀请党建理论专家、团中央青年讲师团成员进行政策解读；四是创新线上学习形式，通过“青年大学习”平台、团干部网络学院开设专题课程，配套开展线上研讨与案例分析，实现“理论学习+实践体验+线上巩固”的立体化培训。

2、培训内容构建“四位一体”课程体系：政治铸魂模块重点学习习近平新时代中国特色社会主义思想、党的青年运动史及团十九大精神；团务实务模块系统讲解团员发展流程、团费收缴管理、团组织关系转接等规范化操作；能力提升模块强化活动策划、公文写作、新媒体宣传、应急处突等实用技能；作风建设模块开展职业道德教育、廉洁自律警示及志愿服务精神培育，配套案例教学与情景模拟，确保理论与实践深度结合。

3、团委负责制定年度培训计划、确定讲师人员（含校内外专家、优秀团干部）、落实场地物资及经费保障；各团支部需指定专人负责培训组织，提前收集学员需求并反馈至团委，督促学员完成课前预习与课后心得撰写，确保学用结合。

4、建立培训成果转化机制：培训结束后 1 个月内，参训团干部需提交个人学习报告及工作改进方案，团委评估成果落地情况。对考核优秀的学员，优先推荐参加上级团组织培训项目；同时将培训考核结果作为团干部年度评优、职务晋升的重要依据，形成“培训–实践–激励”的闭环管理。

	制度编码	DB-TW-ZD-036	制度名称	团组织推优工作制度	级别	院级
	制定科室	团委	制定人	李烨	内审人	华晓娟
	制度版次	新制定	制定时间	2025.12.01	生效时间	2025.12.20

团组织推优工作制度

一、目的

为全面加大团支部的工作力度，切实发挥团支部的战斗堡垒作用，切实提高团员的素质，增强团员意识，健全和完善团的监督机制，全面活跃我院共青团工作，实现团支部工作向科学化、制度化、规范化和系统化迈进，努力提高团支部工作效率和水平。

二、要求

（一）推荐优秀青年入党是团章规定的基层团组织的一项基本任务。

（二）坚持自下而上的原则，集体决定，动态培养，党团衔接。

（三）由支部、团员大会评议推荐，经团支部开会讨论确定人选，每年向党组织推荐一次。

（四）推荐对象为 35 岁以下青年，符合重点培养考察条件。

（五）28 周岁以下团员青年入党必须经团组织推荐。

	制度编码	DB-TW-ZD-037	制度名称	团支部工作台账记载制度	级别	院级
	制定科室	团委	制定人	李烨	内审人	华晓娟
	制度版次	新制定	制定时间	2025.12.01	生效时间	2025.12.20

团支部工作台账记载制度

一、目的

加强团组织的组织建设和基础工作，掌握团员的数量、构成、流动以及团员占青年比例等基本情况，促进团组织工作制度化、规范化，提高团工作的水平。

二、要求

（一）团支部工作台账记载有利于增强团干部组织观念，提高支部建设的规范化。

（二）记载内容包括：团支部委员名册、团员名册、28 周岁以上团员名册、保留团籍的党员名册、年月计划、小结、组织发展计划、团费缴纳情况、离团登记、团员转出、转进登记、推优记录、团员奖励处分记录、组织生活记录、谈心记录、宣传报告记录、活动记录、好人好事记录等。

（三）台账记载要求内容真实、记载及时。

（四）团支部台账每季度检查一次，作为年度支部考核的主要依据。

	制度编码	DB-TW-ZD-038	制度名称	医院电子显示屏规范管理制度	级别	院级
	制定科室	党委办公室（宣传办）	制定人	李颖	内审人	卢峰
	制度版次	制定（第 0 次）	制定时间	2025.09.01	生效时间	2025.09.25

电子显示屏规范管理制度

第一章 总则

第一条 为规范医院电子显示屏的管理，确保信息发布安全、准确、及时，提升医院形象和服务水平，特制定本制度。

第二条 本制度适用于医院所有电子显示屏（以下简称“电子屏”），包括电视机等但不限于医院大门、门诊楼外墙、门诊楼大厅、住院部、急诊医学中心入口等处的显示屏。

第三条 电子屏管理遵循“统一编号、责任到人、分级管理、日常监督”原则。

第四条 电子屏安装与维护部门：信息中心、总务部、医学工程部、保卫科、门诊部

电子屏使用部门：党委办公室、院长办公室、门诊部、护理部、医务部、宣传办、财务科等部门。如涉及重要发布内容，例如收费标准、医保政策等信息，必须严格执行分管院长、总会计师审核制度。

第二章 设备编号与责任到人

第五条 所有电子屏均须进行统一编号管理，编号格式为：

XXZX/ZWB/YXGC/BWK/MZB+XXX（XXZX/ZWB/YXGC/BWK/MZB为具体安装部门，XXX为三位数字序号，不得有重复编号，按照一设备一编号执行），由安装部门负责编号并建立设备台账，汇总至企业微信电子屏管理专项群内在线表格，由宣传办汇总。

第六条 每块电子屏须明确第一责任人和使用责任人：

第一责任人（设备安全与运行）：由安装科室指定专人负责物理安全、日常巡查及后期维保；

使用责任人（内容发布与更新）：由使用部门指定专人负责内容申请、审核与发布。

第三章 职责分工

第七条 信息中心：参与电子屏系统建设规划、验收，对电子屏使用的便捷性、规范性、安全性把关；负责电子屏硬件、软件、网络的技术维护与故障处理；根据分管部门要求进行权限配置；负责日常安全检查，进行安全系统升级。

总务部：保障电力供应稳定，负责外围环境保洁;配合信息中心进行设备安装与线路维护。

医学工程部：专属医疗区域（如手术部、病房）内电子屏的硬件维护、与医疗设备联动的显示屏技术支持等。

保卫科：负责电子屏的物理安全、防盗、防破坏；定期巡查（每月至少1次）并记录设备外观与运行状态；突发事件中协助断电或应急处理。

党委办公室、院长办公室、门诊部、护理部、医务部、宣传办、财务科：对负责与本部门职能相关电子屏内容的策划、审核与发布；协助宣传办做好信息更新与日常内容管理；对播出内容的政治性、专业性、准确性、时效性负责。

各部门应遵循以下要求：

落实安装与维护责任：电子屏的安装与维护部门须对设备实施全程管理，承担从安装至后续维护的全过程责任，符合9S标准。

有序做好移交工作：如在维保期到期后需将电子屏管理移交至其他科室，原主管部门应提前协调，明确移交范围与标准，并确保接收科室具备相应承接能力。移交过程应书面记录，并由双方签字确认。

强化跨部门协同：各部门应积极配合、通力协作，形成联动机制，共同保障电子屏系统的安全、稳定、高效运行。如遇突发情况，各部门要及时响应、协同处理。极端天气或灾害等需进行应急防护，如台风前各部门需要本科室安装的电子屏加固屏幕、高温时需检查散热，灾害后对设备进行检修。

第八条 电子屏使用流程：

（一）公共区域屏，指医院大门、门诊大厅、住院部大厅、急诊中心等全院性公共区域的电子屏：企业微信专项群中递交需求，先职能科室负责人确认、再宣传办确认、最后经分管领导批准后方可发布，需确保发布内容真实、准确、合规；指定专人负责内容审核与发布，并对发布内容负责；定期自查内容时效性，及时更新或撤销过期信息，过期信息需于过期1周内撤销。建立“绿色通道”机制，对于上级部门发来的权威宣传内容，经部门负责人简单确认后可直接发布；遇到其他紧急信息，可由部门负责人电话或口头报备后先发布。上述两种情况均需在企业微信专项群里报备。

（二）内部区域屏，指各病区、科室内部、医生办公室、护士站等限内部人员或特定患者观看的电子屏：该内容的政治性、专业性、准确性由发布科室及所属职能部门完全负责，科室负责人审核无误后可自行发布。

第四章 日常监督与检查

第九条 建立月度检查机制，由宣传办牵头，联合信息中心、总务部、保卫科、党委办公室、院长办公室、门诊部、护理部、医务部、财务科等部门组成检查小组，对电子

屏运行情况、内容发布、设备状态等进行全面检查。

检查内容包括但不限于：设备是否正常运行；内容是否及时更新、无错误；安全措施是否到位；责任人是否履职等。

检查结果形成《惠山区人民医院电子屏管理检查记录表》，发现问题立即整改，并对责任人进行通报或扣罚。

第五章 奖惩制度

第十条 对管理规范、无差错、无事故的责任部门与个人，给予通报表扬或绩效奖励。

出现以下情况，对责任人进行相应处理：

提交发布内容错误或过期后超过时限仍未下架：扣罚提交部门50元/次;未及时更新所负责区域外宣内容：扣罚负责部门50元/次；未按规定流程发布：扣罚提交部门200元/次，视情节轻重，增加扣罚；设备人为损坏：照价赔偿并额外扣罚300元；安全责任事故：视情节轻重给予行政处分及其他惩处决定。

第六章 附则

第十一条 本制度由宣传办负责解释与修订，未尽事宜由宣传办牵头组织相关部门协商解决，自发布之日起执行。

	制度编码	GH-ZD-001	制度名称	工会工作制度	级别	院级
	制定科室	工会办公室	制定人	朱启贯	内审人	华晓娟
	制度版次	修订（第 5 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2026.05.20

工会工作制度

一、执行职工代表大会的决议和上级工会的决定，主持基层工会的日常工作。并根据上级工会和院党委的指示，配合医院中心工作，不定期召开工作会议，研究、布置和落实工会工作。

二、按照《工会法》关于“基层工会一届任期三至五年”要求，进行工会委员会换届选举，选举产生工会主席、副主席和委员，保持工会组织的活力。

三、每年组织召开1次或以上的全院职工代表大会，并按照《中国工会章程》关于职工代表大会程序要求，负责大会的筹备工作。

四、监督有关法律、法规的贯彻执行，正确处理好医院和职工的关系，维护职工合法权益。协助和督促社会保险、职工福利事业，改善职工生活。

五、组织职工开展劳动竞赛、合理化建议、技术革新和技术协作等活动，总结推广先进经验。做好先进工作者和劳动模范的评选、表彰、培养和管理服务工作。

六、对职工进行思想政治教育，鼓励支持职工学习文化科学技术和管理知识，开展健康的文化体育活动和爱国主义教育，活跃职工生活，陶冶职工情操。

七、搞好工会组织建设，建立和发展工会积极分子队伍。做好会员的发展、接收、教育和会籍管理工作。

八、收好、管好、用好工会经费。

	制度编码	GH-ZD-002	制度名称	职工代表大会管理制度	级别	院级
	制定科室	工会办公室	制定人	朱启贯	内审人	华晓娟
	制度版次	修订（第 5 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2026.05.20

职工代表大会管理制度

第一章　总则

第一条　职工代表大会是医院实行民主管理的基本形式，是医院职工依法行使民主管理权力的机构，是基层民主政治建设的基本制度，主要任务是参与单位重大决策，维护职工合法权益和监督单位领导干部。

第二条　基本原则

（一）职工代表大会原则上每届五年，职工代表任期与职代会届期相同，可以连选连任。特殊情况经工会委员会提议，可提前进行职工代表的改选。

（二）职工代表大会每年召开会议不少于1次，每次会议必须有职工代表2/3 出席方为有效。

（三）职工代表大会表决必须获得应到代表过半数赞成票为通过，涉及职工切身利益重要议案的表决应采用无记名投票方式。

（四）职工代表大会闭会期间如遇重大事项或重要问题时，经行政、工会或1/3以上职工代表提议，可召开职工代表大会临时会议。

第二章　职工代表

第三条　依法享有政治权利的本单位正式在职职工，均可选为职工代表。

第四条　职工代表的选举一般以科室为单位，按照分配的代表名额和比例结构，有职工直接选举产生。

第五条　职工代表实行常任制，换届改选时可连选连任。

第六条　职工代表人数不超过职工总数的15%；职工代表应体现代表性和群众性，正职中层以上管理干部及党政工领导占比原则上不超过20%。

第七条　职工代表享有下列权利：

（一）有选举权，被选举权和表决权。

（二）参加职工代表大会及其工作机构组织的各项活动和参加对行政领导干部评议，质询的权利。

（三）因参加职工代表大会组织的各项活动而占用的工作时间，有权按照正常出勤享受应得的工资和福利待遇。

第八条 职工代表应履行下列义务：

（一）努力学习党的方针政策和国家的法律法规，不断提高政治觉悟，业务技术水平和管理能力。

（二）密切联系群众，代表职工合法权益，如实反映职工群众的意见和要求，认真执行职工代表大会的各项决议，做好职工代表大会交的各项工作。

（三）遵守国家法律法规和本院规章制度，做好本职工作。

第九条 职工代表调离本单位或退休时，代表资格自行终止，由原选区补选缺额代表。

第十条 根据需要，职工代表大会可邀请列席代表出席会议，列席代表一般为未当选职工代表的本单位中高级管理人员、工会工作人员；职工代表大会开（闭）幕式，可邀请本单位老领导和老专家等作为特邀代表出席，列席代表、特邀代表有发表意见和提出建议的权利，无表决权和选举权。

第三章 职工代表大会的召开

第十一条 职工代表大会的召开，一般应分为组织筹备、预备会议、正式会议三个阶段。

第十二条 职工代表大会中心议题，应以提高社会效益和经济效益为中心，在职工代表大会职权范围内针对本单位经营管理、考核制度、劳动保障、职工教育、干部评议和涉及职工切身利益等内部事务管理的重大事项来确定。

第十三条 职工代表大会提案的内容，应围绕职工代表大会中心议题来征集，程序如下：

1、在职工代表大会召开前半个月，由工会下发《职工代表大会提案征集表》至各代表组。

2、职工代表通过广泛征求职工意见，填写《提案征集表》。

3、提案工作小组对征集的提案进行审理、立案，分类整理后分送分管院领导批转相关职能部门处理，并形成书面材料向大会报告。

4、提案工作小组对提案的落实情况应组织监督检查并进行督办，上次会议提案办理情况应在下次大会上作专题报告。

第十四条 职工代表大会预备会议由工会委员会召集，工会负责人主持，全体职代会正式代表参加。预备会议的主要任务是：

1、听取关于职代会筹备情况的报告，通过大会议程。

2、听取关于职工代表资格审查情况以及列席代表建议名单的报告，确认代表资格。

3、确定职代会主席团名单及主持人人选。

4、改选新一届工会委员会。

第十五条 职工代表大会正式会议的主要任务是听取报告、组织审议、依法表决、形成决议，程序如下：

1、由职工代表大会主席团主持召开，大会主持人向大会报告职工代表应到人数和实到人数，确定会议召开的合法性。

2、院长作医院工作报告及上次会议提案落实情况的说明。

3、财务部门负责人作上年度财务决算及本年度财务预算的报告。

4、审计部门负责人作医院审计工作报告。

5、分管党政工领导作提交大会讨论、通过的相关专题报告。

6、工会委员会提案工作小组负责人作本次会议提案征集情况的专题报告。

7、职工代表分组审议、汇总审议意见。

8、进行大会决议决定的表决。

9、大会总结。

第十六条 职工代表大会闭会后各部门（科室）应及时组织传达职工代表大会精神，研究制定贯彻实施计划，动员职工完成职工代表大会提出的各项任务，工会应适时组织职工代表开展其他形式的民主管理活动。

第四章 职工代表大会组织机构

第十七条 职工代表大会设主席团，主席团成员必须是职工代表，由工会委员会委员、党政工领导干部代表组成，职工代表大会主席团职责如下；

（一）主持召开大会，领导大会期间的各项活动。

（二）听取和综合各代表组对各项议案审议的意见。

（三）研究大会议案中需要通过和决定的事项，草拟大会决议。

（四）处理大会期间有关民主管理的重大问题。

第十八条 工会是职工代表大会的工作机构，负责职工代表大会的日常工作。

（一）向职工宣传民主管理知识，提高主人翁意识，依法行使民主权利。

（二）组织选举职工代表，提出大会中心议题、议程，做好大会的各项筹备工作。

（三）发动全院职工广泛征集提案。

（四）提出大会主席团、工会小组成员分组名单。

（五）做好大会期间的各项组织工作。

（六）职工代表大会闭会后，宣传大会决议，组织传达大会精神，协助和督促行政有关部门执行大会决议和提案的处理。

（七）不定期开展工会小组会议。

（八）建立职工代表大会文书档案。

	制度编码	GH-ZD-002	制度名称	工会会员代表大会制度	级别	院级
	制定科室	工会办公室	制定人	朱启贯	内审人	华晓娟
	制度版次	修订（第 5 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	2026.05.20

工会会员代表大会制度

第一章　大会基本定位

第一条 是医院工会组织的最高权力机构，代表全院工会会员的意志，行使民主管理、民主监督职权

第二条 每届任期5年，每年至少召开1次全体会议，遇重大事项可临时召集。

第二章　代表产生规则

第三条 代表资格：必须是本院在职工会会员，热爱本职工作，具备一定政治素养与议事能力，能真实反映职工诉求

第四条 选举流程：以科室或部门为单位，通过无记名投票差额选举产生，一线医护人员代表比例不低于60%，行政、后勤代表占比不超过40%

第五条 代表任期：与大会届期一致，可连选连任，任期内调离本院或不再具备会员资格的，自动终止代表资格

第三章　大会主要职权

第六条 审议决策类

（一）听取和审议工会委员会工作报告、经费审查委员会工作报告

（二）审议工会年度经费收支预算、决算方案

（三）讨论通过医院工会重大工作规划、改革方案等

第七条 民主监督类

（一）监督工会经费使用情况，检查工会委员会决议执行效果

（二）评议工会干部履职情况，提出批评与改进建议

第八条 权益维护类

（一）审议通过涉及职工切身利益的规章制度，如薪酬福利方案、劳动保护措施等

（二）收集并提交职工合理化建议，推动医院解决职工关心的热点问题

第四章　会议组织与执行规范

第九条 筹备流程

（一）会议召开前1个月，由工会委员会成立筹备小组，确定会议议题、议程，完成代表资格审查。

（二）提前7天向全体代表送达会议资料，包括工作报告、经费预决算表等。

第十条 会议召开

（一）由工会委员会主席主持会议，必须有三分之二以上代表出席方可召开。

（二）各项决议需经全体代表半数以上通过方能生效。

第十一条 决议落实

（一）工会委员会负责将大会决议分解为具体工作任务，明确责任人和完成时限。

（二）每季度向代表通报决议执行进度，接受代表监督。

	制度编码	YB-ZD-001	制度名称	医院制度管理制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	郑龙蛟
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.10.20	生效时间	2025.11.04

医院制度管理制度

一、适用范围

本制度适用于医院各类制度（包括流程）的起草、会签、审批、试行、公（发）布、培训、执行、监管、修订和废止等制度建设内容而统一规定的工作流程。

二、遵循原则

（一）制度制定应符合国家法律、行业法规、标准以及医院使命、核心价值观、愿景及发展目标等。

（二）制度内容应简明扼要，便于阅读、理解，避免产生歧义，工作流程通畅、可执行性强、权责清晰。

（三）制度格式符合医院文稿管理统一格式、规范和编码的要求。

（四）定期（间隔不超过三年）进行全院范围内制度修订工作，或根据行业或实际工作需要随时修订。

三、制度制定权责与工作流程

（一）制度出台

1、起草：根据国家法律、行业法规要求，结合医院实际情况，经科室负责人同意后，可起草仅限本科室职责范围内制度，科室负责人应指定制度起草人、 内审人，起草人负责起草制度内容、编制文件编码、套用标准文稿格式， 内审人应对制度内容的合法合规合理性、可执行性负责，并确定制度适用范围。

2、会签：凡制度落实涉及其他行政职能科室的制度，应有会签流程或举行会议讨论，并有会签记录或会议记录；会签、会议完成后由制度主管科室整合会签、会议意见形成文稿，并交相关科室签字确认，由制度主管科室保存。

3、批示：凡由行政职能科室起草并涉及其他科室落实与执行的制度应请示分管院领导意见，并修改完善。

4、形式审查：由制度管理科室审查文稿格式与编码的规范性，并备案。

5、征求意见：凡制度执行涉及其他科室的制度由起草科室在医院信息平台公开征求意见，时间原则上不超过一周，并通知相关科室及员工。同时，应选择部分制度执行科室进行定向征求意见，并整合各方意见。

6、审批：

（1）仅涉及本科室的制度经本科室集体讨论后由科室负责人批准。

（2）涉及其他科室的制度由各相关委员会或组织审核并批准。无法归口的部分行政管理制度由制度主管科室提出，由分管院领导指定科室或委员会（组织）进行批准。

（3）超出医院单个委员会权责范围的制度，或涉及医院认为重要的制度由医院党委会、院长办公会审核并批准。

（4）涉及职代会权责的制度应由职代会审核并批准。

7、试行：新版制度应设置试行稿，设置试行期三个月，期满由制度主管科室对制度内容按照制度制定原则进行评估，必要时可修改，修改痕迹应保留；三个月后按原审批流程批准。

8、公（发）布：医院定期修订的制度合订本采用纸质版本和电子版本公（发）布，非统一时间制定的制度，批准时仅发布电子版本，必要时发纸质单行本。 医院指定由制度管理科室在医院信息平台统一发布，并设置统一的查询路径便于员工查询和学习。

（二）制度落实：由制度主管科室根据制度内容制定培训计划，包括培训方式、培训要求和内容（应知应会）、培训材料和培训考核，可采用线上或线下、集中或自主、书面或实操等多种形式，旨在促进相关员工掌握制度内容。制度主管科室应对制度的执行情况有追踪与评价。

（三）制度修订

1、全院性制度应定期（每三年）修订一次，必要时根据医院实际情况可提前或推后，由医院制度管理科室经医院同意后启动全院性制度修订工作。

2、各科室应定期对本科室已公（发）布且执行的所有制度进行评估，明确制度的必要性、适用范围和可执行性，做出保留、修改、废止等决定，并落实具体修订人或核对人，并由指定的内审人复核。

3、根据行业要求、制度执行监管评估和相关员工反馈意见，制度主管科室可随时启动制度的修订工作。

4、制度效期：任何制度正式实施后，除有特殊规定的制度外，其他制度有效期视为长期，不作具体规定，以制度最新版本作为有效版本。

5、制度废止：根据国家法律、行业法规要求和医院实际情况，如果制度主管科室评估该制度应当废止，由制度主管科室起草废止申请，按原审批流程批准废止，并报医院制度管理科室备案、公示，并及时撤销医院信息平台上该废止制度，防止员工误用。

6、制度解释：所有制度内容由制度主管科室负责解释。

四、职责科室

（一）医院各分管院长负责制度流程的审批、签发。

（二）院长办公室负责院级制度的下发落实、存档和废止的管理，特殊文件、制度

报上级卫生行政科室备案。

（三）由院部指定归口管理科室负责院级制度的收集、编号、汇编成册以及存档等管理。

五、制度文本格式

（一）文本结构：篇、章、节；文档层次序号：一、（一）、1、（1）、①；制度相关的流程、表格及参考依据附正文后。

（二）制度标题：前文本框内注明文件编号、制度名称、级别、版次、制订日期、生效（修订）日期，字号字体为五号黑体。格式如下：

	制度编码	YB-ZD-002	制度名称	×××制度	级别	×级
	制定科室	×××	制定人	×××	内审人	×××
	制度版次	修订（第×次）	修订时间	2023.11.20	生效时间	2023.12.10

1、文件编码：YB（院办，科室拼音首字母），ZD（制度　），002（本科室制度编号）。

2、级别：院级或科级。

3、内审人：院级制度一般为分管领导，科级制度一般为科室负责人。

（三）字号字体：文本标题为三号黑体加粗；正文为小四号宋体。

（四）排版格式：纸张大小 A4 纸，页边距上下 2.3cm，左右 2.5cm；标题三号黑体加粗，段前、段后行间距 0.5 行；正文小四号宋体，行距 1.5 倍，标点符号占 2 个字节，首行缩进 2 字符；参考文件五号宋体，行距固定值 18。

（五）序号要求：按医院文件编制的要求编排序号，杜绝重号或漏号。

（六）制度文本格式模板

	制度编码	YB-ZD-002	制度名称	×××制度	级别	×级
	制定科室	×××	制定人	×××	内审人	×××
	制度版次	修订（第×次）	修订时间	2023.11.20	生效时间	2023.12.10

×××制度模板

（标题：居中，三号黑体加粗，段前、段后行间距 0.5 行）

正文（小四号宋体，行距 1.5 倍，标点符号占 2 个字节，首行缩进 2 字符，行间距 1.5 倍）

一、一级标题（小四号，宋体，首行缩进 2 字符，序号用“一、二、三”）

（一） 二级标题（小四号，宋体，首行缩进 2 字符，序号用“（一）、（二）、（三）”）

1、三级标题（小四号，宋体，首行缩进 2 字符，序号用“1、 2、 3、”）

正文×××××××××××××××××××××××××××××××××××××。

（1）四级标题（小四号，宋体，首行缩进2字符，序号用“（1）（2）（3）”）

①五级标题（小四号，宋体，首行缩进2字符，序号用“① ② ③”）

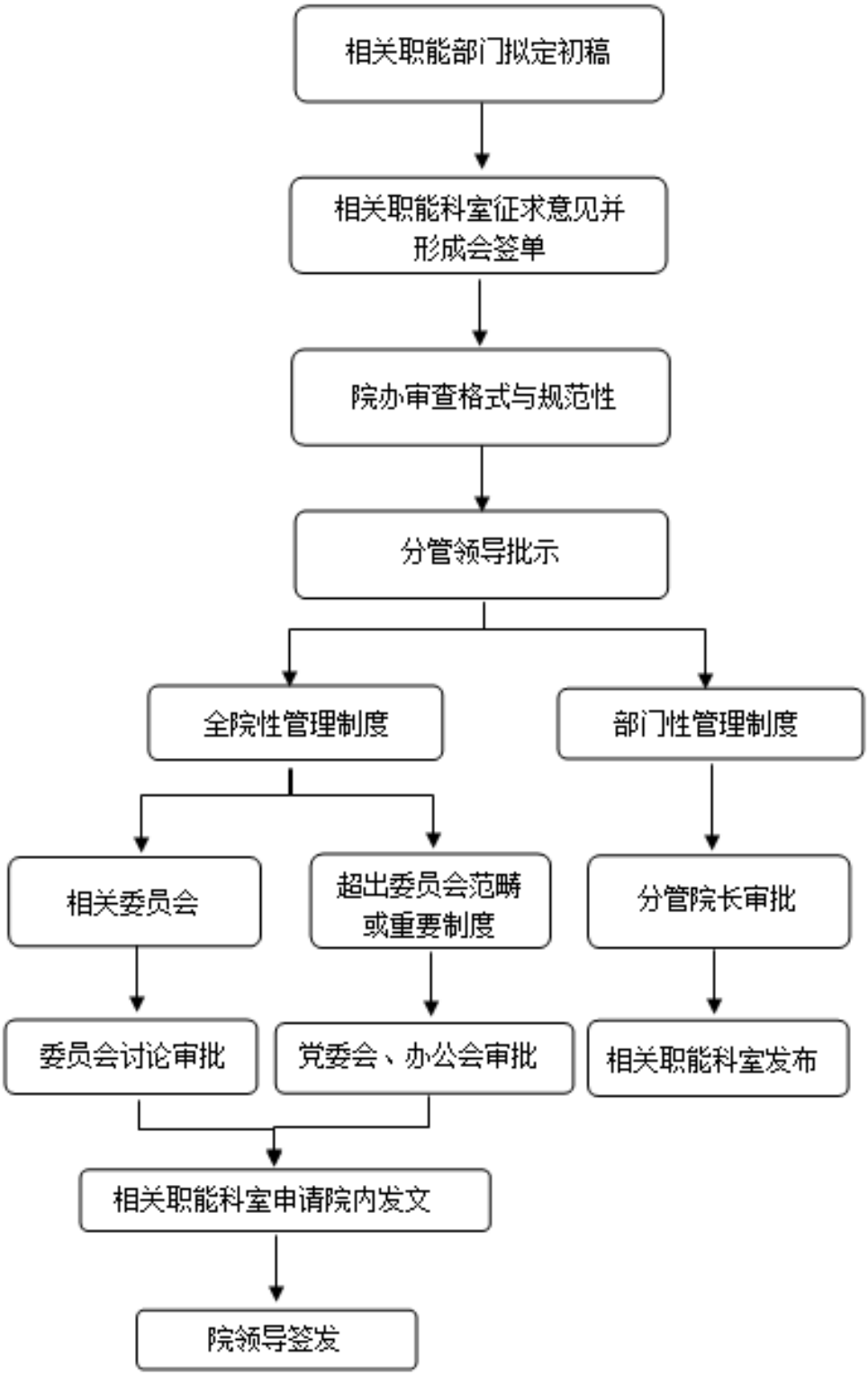
参考文件–标题：（与正文空一行，顶格，五号，宋体，加粗，行距固定值18）

1.参考文件–正文（五号，宋体，首行缩进2字符，行距固定值18，序号用“1. 2. 3.”）

2.×××××××××

附件 1

无锡市惠山区人民医院制度制定（修订）流程图



附件 2

无锡市惠山区人民医院制度管理报备表

<table>
<tr><td rowspan="6">提要</td><td>制度名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>制度编码</td><td></td><td>制度级别</td><td>□院级 □科级</td></tr>
<tr><td>制定科室</td><td></td><td>制定人</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">制度类型</td><td rowspan="2">□新制定 □修订 □废止</td><td>制定日期</td><td>年 月 日</td></tr>
<tr><td>修订日期</td><td>年 月 日</td></tr>
<tr><td>试用期限
（3 个月）</td><td colspan="3">年 月 日至 年 月 日</td></tr>
<tr><td>征求意见</td><td colspan="4">涉及的职能科室征求意见（形成会签单）</td></tr>
<tr><td>审查意见</td><td colspan="4">院办审查文稿格式与编码的规范性
院办审查签名：年 月 日</td></tr>
<tr><td>批示</td><td colspan="4">分管领导意见
分管领导签名：年 月 日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">审批</td><td>科级制度</td><td colspan="3">科室负责人审批
分管领导签名：年 月 日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">院级制度</td><td colspan="3">相关委员会审批
负责人签名：年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="3">党委会、办公会审批（医院认为重要的制度）
分管领导签名：年 月 日</td></tr>
<tr><td>签发</td><td colspan="4">分管领导签名：年 月 日</td></tr>
</table>

附件 3

无锡市惠山区人民医院制度（规定）修订征求意见反馈单

科室（科室）：　　负责人：

制度（规定）名称	有无修改意见
	□有　□无
建议：	

注：1、如有修改意见，请直接在下发的稿件上用红笔修改。

2、请于收到《征求意见反馈单》一周内将修改意见和反馈单交党政办。

附件 4

无锡市惠山区人民医院制度会签单

制度名称			
制度编号			
编制科室			
类型	□新制定	□修订	□废止
被征求意见科室		有无修改意见	科室负责人签名

	制度编码	YB-ZD-003	制度名称	重大事项议事工作制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 5 次）	修订时间	2024.12.01	生效时间	2024.12.20

重大事项议事工作制度

为加强民主集中制建设，推进医院决策管理的科学化、民主化和规范化进程，切实增强领导班子的凝聚力、战斗力和创造力，有效克服工作中的官僚主义和主观主义；切实增强工作透明度，提高民主决策、科学决策水平，努力建设一个政治坚定、作风扎实、公正民主、公开透明、团结和谐的领导班子，结合医院实际，制定本制度。

一、议事范围

1.事关医院改革发展稳定及医疗、教学、科研、管理工作的重要事项；

2.干部选拔任用和干部队伍建设的重要事项；

3.人才工作的重要事项；

4.职工人事招录、职称评聘、职务职级晋升、年度考核、薪酬分配、福利待遇、奖惩和其他事关职工切身利益的重要事项；

5.医院发展规划，工作计划、总结，业务发展规划、科室设置、项目引进等；

6.经营核算，大额资金使用，药品和设备采购；

7.医院改建扩建、房屋修缮等。

8.其他重大事项。

二、议事原则

坚持公开、公正、公平、民主、透明的原则。

三、议事程序

1.事先由相关职能条线、委员会等充分研究、调研、论证、酝酿，并按程序提请院长办公会讨论并决议；

2.属于院党委会决策事项，按程序提交院党委会集体决策；

3.属于职工代表大会职权范围内的重大决策事项，经院党委会集体讨论提出决策意见后，提交职工代表大会审议决定。

	制度编码	YB-ZD-004	制度名称	重要事项 请示报告制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 5 次）	修订时间	2024.12.01	生效时间	2024.12.20

重要事项请示报告制度

凡有下列情况，必须及时向院领导或有关部门请示报告：

一、严重工伤、重大交通事故、大批中毒、甲类传染病及其它严重影响公共健康的事件，必须动员全院力量抢救的病员时；

二、凡有重大手术、重要脏器切除、截肢、首次开展的新手术、新疗法、新技术和自制药品首次临床应用时；

三、紧急手术或转诊住院而患者的监护人或家属不在时；

四、发生医疗事故或严重差错，损坏或丢失贵重器材和贵重药品，发现成批药品变质时；

五、收治涉及法律和政治问题以及有自杀或自杀迹象的病员时；

六、购买贵重医疗器械及重大经济开支报批时；

七、增补、修改医院规章制度、技术操作常规时；

八、工作人员因公出差、院外会诊、参加会诊、接受院外任务时；

九、参加院外进修学习，接受来院进修人员等；

十、国内、外学者来院访问、交流、开展临床诊疗活动；

十一、涉及“三重一大”的管理事项；

十二、丢失重要机密文件时；

十三、凡重大问题不请示报告，造成法律纠纷或医院经济损失的，由当事人承担责任；职工外出不请示报告，一旦发生意外，事故处理费以及由此引发的一切经济、责任损失自负。

	制度编码	YB-ZD-005	制度名称	医院会议管理制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2025.12.20

医院会议管理制度

一、医院党委会议

院党委会议是研究和决定医院重大问题的会议，按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委委员集体讨论作出决定。

参加人员：医院党委委员；不是党委委员的副院长、工会主席、党办负责人、院办负责人可列席会议。

院党委会由党委书记召集并主持，党委书记因故不能出席时，可委托领导班子其他成员召集并主持。

时间安排：一般每 1-2 周召开一次，特殊情况可随时召开。

会议内容：

1.讨论决定重大决策事项；

2.讨论决定重要人事任免事项；

3.讨论决定重大项目安排事项；

4.讨论决定大额度资金使用事项；

5.需要院党委会讨论决定的其他重大问题或重要事项。

5.涉及医院年度党建工作部署、计划与总结、表彰、发展党员、扶贫帮困、换届选举、党费收缴、标准化党支部建设、党风廉政建设、平安医院及文明创建工作等。

任务落实：由班子成员按照分工负责的原则具体组织实施。

二、院长办公会议

院长办公会议是全院最高行政议事和决策机构。

参加人员：院长、副院长、院长办公室主任等人员。

院长办公会议由院长召集并主持。院长外出时，指定副院长召集并主持。

时间安排：会议一般每周一次，特殊情况可随时召开。

会议内容：

1.传达上级文件指示精神；

2.制定本院学习、贯彻执行的意见和方案；

3.讨论和制定医院建设和发展规划，重要改革方案、重要运行机制、重要制度条例、

重大建设项目、对外合作交流等重大事项；

4.讨论通过年度计划、工作总结、经费预算、决算、医疗仪器设备引进购置计划、人才引进和培养计划、员工奖惩意见等重要内容及其他重要文件；

5.讨论制定医院各项规章制度，研究执行措施；

6.听取各分管院长的工作汇报，研究处理各部门存在的问题；

7.对全院的业务发展、行风建设、绩效分配、员工福利、行政管理、人事、财务、奖惩、经济核算、仪器设备、后勤、保卫、基础建设等重大问题进行研究；

8.讨论研究其他重大问题，研究处理重大突发事件；

9.研究和部署全院阶段工作；讨论其他需要院长办公会研究的事项。

任务落实：会议研究决定的问题，由分管领导与有关职能科室组织实施。

三、职工代表大会

职工代表大会是本医院的监督机构，是医院实行民主管理的基本形式，是职工行使民主管理权力的机构。医院工会委员会是职工代表大会的工作机构，负责职工代表大会的日常工作。

参加人员：每次会议必须有全体职工代表三分之二以上出席。

时间安排：每年至少召开 1 次。职工代表大会闭会期间遇有重大问题，可由单位行政、工会或三分之一以上的职工代表联名，提议召开职工代表大会。

会议内容：

1.定期听取院长的工作报告；审议医院的章程草案或修订案、改革方案、发展规划、年度计划、重大项目、技术引进计划、职工培训计划、财务预决算、自有资金分配和使用方案，并就上述方案的实施作出决议；

2.审议通过院长提出的医院工资调整计划、绩效分配方案、劳动保护措施方案、奖惩办法及其他涉及职工切身利益的重大事项等；

3.审议决定职工福利待遇方案，依法维护职工的民主权利和物质、精神文化权益；

4.支持院长依法行使职权，教育职工履行职责，努力完成医院的各项工作任务；

5.评议、监督医院各级领导干部，提出奖惩和任免的建议；

6.职工代表大会在其职权范围内审议通过的事项对本单位以及全体职工具有约束力，未经职工代表大会重新审议通过不得变更。

任务落实：职工代表大会实行民主集中制，根据相关法律法规按期换届，职工代表由民主选举产生。

四、工会会员代表大会

工会会员代表大会是医院工会的最高领导机构，讨论决定医院工会重大事项，选举医院工会领导机构，并对其进行监督。

参加人员：每次会议必须有全体职工代表三分之二以上出席。

时间安排：会员代表大会每年至少召开 1 次，经医院工会委员会、三分之一以上的会员或三分之一以上的会员代表提议，可以临时召开会员代表大会。

会议内容：

1.审议和批准医院工会委员会的工作报告；

2.审议和批准医院工会委员会经费收支预算决算情况报、经费审查委员会工作报告；

3.选举和补选基层工会委员会和经费审查委员会组成人员；

4.选举和补选出席上一级工会代表大会的代表。

任务落实：工会会员代表大会实行民主集中制，根据相关法律法规按期换届，工会会员代表由民主选举产生。

五、院领导学习讨论会议

院领导学习讨论会是院领导班子定期集中学习最新上级精神、政策文件、法律法规，商讨各条线的会议。

参加人员：院领导及相关列席人员。

时间安排：每周二下午。

会议内容：学习最新上级精神、政策文件、法律法规等，商讨各条线重要事项。

六、行政办公会暨职能部门联席会

参加人员：院长召集并主持，院领导班子成员、行政职能科室管理干部参加会议，根据议题内容和实际工作需要，由院长确定列席会议人员。

时间安排：行政办公会定期召开，必要时由院长随时召集。医院办公室负责会务组织。

会议内容：

1.传达与部署上级文件、会议精神，落实院长办公室决定，听取、研究、讨论全院性的工作事项等；

2.各职能科室汇报、交流重要工作事项；

3.医院领导安排部署重点工作；

4.其他需要行政办公会讨论部署的事项。

任务落实：各职能科室条线落实；分管院长督查。

七、院周会

院周会由院长办公室做好各项准备工作，并打印主要内容，以供传达。

参加人员：院周会由全体中层以上干部、正副护士长、助理、主诊组长等参加。

时间安排：一般情况下，每周四下午，有特殊情况另行通知。

任务落实：全院各科室各病区抓好落实工作；职能科室条线督查。

八、行政交班

参会人员：行政交班由院领导班子、职能科室负责人、行政总值班、医疗总值班、

护理总值班参加。

会议时间：每天早晨 7：30–7：45 准时进行。

会议内容：

1.会议由行政、医疗、护理总值班人员汇报值班情况；

2.院领导对重点工作进行安排部署和要求。

任务落实：及时了解医院前一天整体运行情况等，及时采取相应的措施，提高工作效率。

九、科室晨会

参会人员：由科室（职能科室）负责人、当天在班人员参加。

会议时间：每天早晨 7：45 准时进行，各科室根据实际情况适当提前。

会议内容：

1.会议由值班人员汇报值班情况；

2.科主任对重点工作进行安排部署和要求。

任务落实：及时了解医院的工作动态、患者需求等，及时采取相应的措施，提高工作效率。

十、科务会议

由科室主任召集并主持，科室全体人员参加，根据工作每月召开 1–2 次，检查各项制度和工作人员职责的执行情况，向科室人员传达医院有关决议、通知，学习有关文件，总结、安排科室近期工作。

	制度编码	YB-ZD-006	制度名称	行政查房工作制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.20	生效时间	2026.01.01

行政查房工作制度

一、查房目的

行政查房实行“联系点查房+调研座谈”结合模式。是由医院党委书记、院长、副院长深入临床科室、听取意见和建议、开展调查研究、加强医院管理的重要途径。

二、查房内容：

1.进行调查研究。了解各科室每季度运营现状分析、质量与安全、人才队伍建设、学科发展规划等工作的实际情况。

2.实施管理职能。检查临床科室对国家法律法规和医院各项规章制度的落实情况，总结推广先进经验。

3.解决实际问题。听取医护人员对医院工作意见和要求，征求病人及职工意见和建议，采取措施为科室排忧解难，改进医院工作。

三、查房要求：

1.行政查房由院长办公室组织，书记、院长、副院长带领相关联系点职能科室进行，每个临床、医技科室每季度 1 次。

2.行政查房前，各科室对医疗运行、病区环境、安全生产、服务规范及各类台账更进情况日常做好自查。联系点管理干部在调研座谈前至临床、医技科室开展现场检查，完成督查情况反馈表，整理归档至院办。

3.查房中院领导确定有关职能部门办理的事项，能立即解决的的问题就地解决，对暂不能解决的要讲明原因或责成有关部门限期解决。

4.院长办公室应认真做好行政查房记录，对在查房中提出需要解决的事项加强督办，并将承办进展、处理结果向书记、院长或分管院长汇报。

	制度编码	YB-ZD-007	制度名称	管理干部联系点工作制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第5次）	制定时间	2024.12.01	生效时间	2024.12.20

管理干部联系点工作制度

为进一步落实院科两级管理，转变工作作风，增强服务意识，提高管理效能，特制定本制度。

一、目的

加强医院管理部门与临床科室之间的沟通与联系，使管理干部能够深入了解基层实际情况。及时发现医院运行过程中存在的问题和不足，以便采取有效的措施加以解决，提高医院的整体管理水平和服务质量。促进医院各项政策、制度的有效落实，确保医院的发展战略和工作目标能够得到顺利推进。增强管理干部的服务意识和责任意识，培养管理干部深入基层、密切联系群众的工作作风。

二、联系点设置

根据医院的科室分布、部门职能以及工作重点，合理划分联系点。通常会按照临床科室、医技科室、行政后勤部门等不同类别进行分组，确保每个联系点都具有代表性和针对性。明确每个联系点的责任管理干部，一般由院领导、职能科室负责人等担任。管理干部与联系点相对固定，以便建立长期稳定的联系。

三、联系内容

定期调研走访：管理干部要按照规定的时间频率，定期深入联系点进行调研走访。了解科室的业务工作开展情况、人员思想动态、存在的困难和问题等，并做好详细记录。

政策宣传与指导：及时向联系点的工作人员传达医院的各项政策、制度和工作要求，确保基层员工能够准确理解和贯彻执行。同时，对联系点在工作中遇到的问题提供指导和帮助，协调解决相关困难。

收集意见建议：广泛听取联系点员工对医院管理、医疗服务、学科建设、人才培养等方面的意见和建议，并及时反馈给医院相关部门，为医院决策提供参考依据。

督促检查工作：对联系点的工作进行督促检查，确保各项工作按照医院的要求和标准有序开展。对发现的问题要及时提出整改意见，并跟踪整改落实情况。

四、工作要求

建立工作台账：管理干部要记录每次走访调研的情况、发现的问题及解决措施、员

工的意见建议等，以便对联系点的工作进行动态跟踪和管理。

及时沟通协调：管理干部在联系点工作中，要与联系点的负责人和员工保持密切沟通，及时了解他们的需求和想法。对于能够当场解决的问题，要当场予以解决；对于需要协调其他部门解决的问题，要及时与相关部门沟通协调，确保问题得到妥善解决。

定期汇报总结：院长办公室定期组织管理干部联系点汇总会议，向医院党委或领导班子汇报联系点的工作情况，总结经验教训，提出改进工作的意见和建议，院长办公室定期对管理干部联系点制度的执行情况进行检查和评估，确保制度的有效落实。

	制度编码	YB-ZD-008	制度名称	医院总值班工作制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.01	生效时间	2025.12.20

医院行政总值班工作制度

一、医院行政总值班由院领导及职能科室等有关人员参加，经培训、考核合格后上岗，负责处理非办公时间的医疗、行政和临时事宜，及时传达、处理上级指示和紧急通知。

二、值班时间为非正常上班时间，值班时间段确保值班手机畅通，由院长办公室负责总值班排班。

三、负责检查工作人员的在岗在位等工作情况；处理突发事件；接待来信来访等有关情况及记录。如发生重要问题，值班人员无力解决，要立即向有关领导汇报。

四、值班人员按照《行政总值班表》进行值班，一般不得私自调换，如确有事，须联系落实好换班人员，并提前向院办备案。

五、做好值班记录，于次晨上班时间到指定地点交班。未处理完毕的事项或重要事宜要当面向有关部门交班，并在职能部门晨会上汇报值班情况。

六、值班人员要妥善保管好值班记录本、通讯录、手机等重要物品，不得遗失、损坏，并保持值班室内卫生清洁。

七、值班人员不得擅离岗位，严格遵守值班时间，实行面对面交接班制度。

八、医院行政总值班电话：内线 6508。

	制度编码	YB-ZD-009	制度名称	公文管理制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.01	生效时间	2025.12.20

公文管理制度

一、医院公文制发

1.上报下发的公文，凡属职能部门工作范围之内的，均由各职能部门分别起草。

2.属综合性、全局性或院领导交办的，由党委办公室或院长办公室草拟。

3.文件主办职能部门草拟后，由分管领导签字，送党委办公室或院长办公室审核、编号，红头文件原件 2 份需留党委办公室或院长办公室存档。

4.各职能部门上报医院的请示、报告，一要符合国家政策法令及上级机关的有关规定，二要观点明确，措施具体，切实可行，三要与涉及的相关部门事先协调好。由院长办公室登记后送院领导阅批。

二、上级文件收发

1.由外单位寄（送）医院的行政公务文件、信函、材料等，由院长办公室签收、拆封，并将公文分类、登记。

2.签收登记后，凡行政事务性文件，按文件要求，由院长办公室主任分批，送院领导阅批。一般性文书，如信息、简讯、通报等，由文秘人员整理，定期送院领导阅批。

3.各部门不论从何种途径接到院外来文，都应送院长办公室统一登记，按收文处理程序办理。

三、文件归档

1.收集各科需存档的文件。

2.整理文件，将文件按要求装订、入盒，列出目录，存档。

3.凡来文，相关部门需要留用的，除保密件外，均可自行复印留用。原件一律送办公室存档。

4.公文处理完毕，须将文件及时交回办公室，进行保存，根据文书立卷、归档的有关规定，由办公室将公文原稿及有关材料归档。

四、公函开具

（一）医院开具的所有公函要经有关领导批准。

（二）开具介绍信内容要明确，要填写有效期，不能无限期使用。严禁开具空白介绍信。

（三）公函开出后，涂改无效，违者后果自负。

	制度编码	YB-ZD-010	制度名称	印章、公章管理制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.01	生效时间	2025.12.20

印章、公章管理制度

一、印章使用管理制度

印章的管理，关系到医院正常管理工作的开展，为规范印章管理，保证印章的合法性、可靠性和严肃性，维护医院利益，结合医院实际，制定本制度。

（一）印章的刻制

1、印章的刻制须由用印科室向院长办公室提出申请，报分管领导审批同意，由院长办公室开具单位介绍信，到公安机关定点处刻制。

2、未经分管领导批准，任何科室和个人不得擅自刻制本单位、本部门的印章。

3、印章规格、材质、大小：印章的形体、规格需按照有关事业单位印章管理办法执行。

4、医院院级印章刻制好后报区事业单位登记管理局备案。

（二）印章的启用

1、医院名称印章、专用印章及法定代表人印章的印迹经区事业单位登记管理局备案后，印章方可启用。

2、新印章启用前，要做好登记，登记领用科室及领用人，统一在办公室留样保存，以便备查。

（三）印章的使用范围

1、医院的印章主要包括：医院党委章、行政章、法人章、合同专用章、财务专用章、科室业务章；党、群团组织公章等。医院所有印章必须按规定范围使用，不得超出范围使用。

2、医院印章使用范围

（1）医院党委章：党务专用，代表医院党委，以医院党委名义制作并发布、上报或下发的各类文件，如党委的工作计划、总结、决议、报告、会议纪要以及党委领导的重要讲话稿等；处理医院内部党的建设相关事务，主要包括出具政审材料、开具党组织关系转接介绍信、在入党志愿书等党员发展材料上用印、党员档案的审核与相关材料用印，出具证明与函件，其他党委认可的事务。

（2） 医院行政章：行政专用，代表医院法人，由医院名义签发的文件、文书，包括各类通知、通报、报告、决定、计划、纪要、函件、报表等；代表医院对外工作联系的介绍信；需证明的各类材料；与我院的各类合同、项目协议、授权书、承诺书及其它需要的签发材料等。

（3）医院法人章，主要用于需加盖私章的合同、财务及报表、人事聘任等各类文件。

（4）财务专用章，主要用于货币结算等相关业务。

（5）各职能科室、业务科室的公章及业务专用章，由各科室负责人明确使用范围及要求。

（6）其它情况需加盖医院印章时，必须由分管院长签批，必要时须经院长或党委书记审批同意。

（7）涉及医院重要资产、重大借贷、重要合同、协议等，必须经法人代表签字方可使用印章。经办人、分管领导也应签字，印章管理人必须登记并永久保存。

（四）印章的管理、使用及保管

1、印章的管理

（1）医院党委章由党委办公室指定专人负责管理，行政章由院长办公室指定专人负责管理；法人章、合同专用章、财务专用章由财务部门指定专人负责管理；科室行政章由科室负责任人管理。

（2）其他各类业务和专项工作印章，由各科室负责人管理。

（3）科室负责人为本科室印章管理的第一责任人。如遇人事变动，按照规定办理印章管理交接手续。

（4）印章管理人必须切实负责，不得将印章随意放置或转交他人。如因事离开岗位需暂时移交他人的，可由部门负责人指定专人代管，保管人回到岗位时，再及时办理移回手续。

（5）为保证资金的绝对安全，财务专用章、法人专用章等银行预留印章由两人以上分开保管、监督使用。

2、印章的审批使用

（1）印章的使用必须严格遵循印章使用审批程序，按照印章的使用范围，经审批后方可用章。一般事务由分管领导审批，重大事务呈报院长或党委书记审批，经批准后方能用印。

（2）法人章由法人签字或被授权人签字后方可使用。

（3）财务专用章、合同专用章由财务部门按岗位职责权限使用。

（4）每次使用印章都要进行登记。除介绍信有存根、发文和呈文有登记薄而不用登记外，其他每次用印，不论事情大小，都要进行登记。凡经院长签署的文件、制度、合

同等，由院长办公室人员登记后直接用印；党委书记签署的文件、制度、合同等，由党委办公室人员登记后直接用印。

（5）严禁私自将印章带出单位使用。若因工作需要，确需将印章带出使用，请示院长同意后方可带出，并由印章保管人或其委派人陪同外出使用。印章外出期间，只可将印章用于申请事由。借用人须对印章的使用后果承担一切责任。

（6）以单位名义签定的合同、协议、订购单等，由财务、审计及相关科室审核，分管领导批准后方可盖合同专用章。（对加盖印章的材料，应注意落款单位必须与印章一致）

（7）任何印章管理责任人不得在当事人或委托人所持空白凭证（介绍信或公文纸）上加盖印章。用章材料必须填写完整，字迹须清晰、正确。

（8）规范使用印章，做到“骑年盖月”，上沿不压正文，下沿在成文日期之下；盖章时用力要均匀，落印要平衡，印泥（油）要适度，保证印迹端正、清晰。

（9）不得使用医院印章为医院以外人员出具证明、介绍信等，违者应追究用印人、审批人的责任。

3、印章的保管

（1）印章保管必须安全可靠，须加锁保存，印章不可私自委托他人代管。

（2）印章管理责任人如因工作变动，需与继任者及时办理印章交接手续并做好登记，以免贻误工作。

（3）印章应及时维护，确保其清晰、端正。

（4）有下列情况，公章必须停用：单位名称变动；公章使用损坏；公章遗失或被盗，声明作废。

（5）经批准停止使用的公章由办公室做好登记，统一送政府相关部门封存、销毁，不得私自处理。

4、印章的停用作废和销毁

（1）印章的作废包括不适用作废、磨损作废、遗失作废等。

（2）各部门、科室的印章如需变动或机构终止停止使用时，一律交回医院长办公室封存或销毁；

（3）需交销毁的印章，必须经院领导同意后方可销毁，销毁前应留下印模。销毁时应有两名工作人员具体负责，并在销毁印章的文件上签字。

任何人员必须严格依照本规定程序使用印章，未经本办法规定的程序，不得擅自使用。对违规使用印章者，根据情节及后果给予经济处罚、行政处分直至依法处理。

二、公章使用管理制度

为规范公章管理，根据国家有关规定，结合我院实际，制定本制度。

（一）本制度适用于“中国共产党无锡市惠山区人民医院委员会”公章和“无锡市

惠山区人民医院”公章（以下简称“公章”）的使用管理。

（二）公章由党办、院办指定专人负责保管和用印，用毕及时入柜上锁，谨防被盗、损坏和丢失。未经党办、院办主任同意，公章管理人员不得将公章委托他人代存、代用。

（三）未经院主要领导批准，不得将公章带出党办、院办办公室。确因工作需要带出公章，必须经院主要领导批准，由印章保管人或其委派人陪同外出使用，并做好公章带出和返还记录。

（四）按照《医院公文管理制度》的规定，凡以医院名义印发的文件、通知等材料，需经科室起草、党办、院办审核、院领导签发等程序后方可用印。

（五）其他特殊公文和需盖公章的非公文材料应经院相关领导审批同意后方可用印；常规性工作用印，由科室负责人签字并经院领导审阅同意后方可用印。

（六）凡以院名义制发的便函和日常业务报表、上报材料、申报审批表、重要合同、协议等，必须由科室负责人初审，并经院相关领导审批同意后方可用印。

（七）介绍信、证明信、公函外出联系工作和个人事宜的用印，须由所在科室负责人签字确认或有相关职能部门的证明，经党办、院办主任审核后方可用印，重要事项应报请分管领导同意后方可用印。

（八）严禁在空白纸张上盖章。特殊情况，需经院主要领导批准，并详细记录盖章纸张数量，派专人全程办理有关事项；办理结束，由公章保管人及时监督销毁其余已盖印的空白纸张。

（九）严格用印登记。依据用章情况，提前填写科室使用公章登记表或个人使用公章登记表，签字完整后到办公室用印；对不符合手续的，不得用印。

（十）使用单位公章原则上在党办、院办办公室进行，并由公章保管人员亲自用印或现场监督经办人用印。

（十一）因保管不善，导致公章损坏、遗失，或者医院工作人员私用公章，造成后果的，根据国家相关规定追究当事人责任。

（十二）医院其他公章使用管理参照本制度执行。

	制度编码	YB–ZD–012	制度名称	院务公开工作制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.01	生效时间	2025.12.20

院务公开管理制度

一、医院院务，除涉及国家秘密、公共安全，依法受到保护的商业秘密和个人隐私以外，原则上应予公开，并做到政策依据公开、程序规则公开、工作过程公开、实施结果公开。

二、向社会公开医院资质信息、医疗服务价格和收费信息、医疗服务规定与流程、行业作风建设等情况，严禁发布虚假信息。

三、建立医院发言人，设立领导接待日、院长信箱，并可根据公开事项的内涵不同可采用多种形式进行公开。

四、向医院职工公开医院发展建设规划，年度工作计划与工作总结，完成年度计划情况、重大决策、重要干部任免、重大项目安排及大额度资金使用、医院运营管理情况、人事管理情况、领导班子建设和党风廉政建设等情况。

五、每半年至少召开一次全体员工大会，充分发挥职工代表大会的作用，行使民主权利，积极参与院务公开。

六、设有“院务公开领导小组”及运行程序与体制，制订的医院院务公开目录，至少应符合卫生行政部门基本要求。

七、院务公开内容

（一）向社会和患者公开的主要内容：

医院概况、服务指南、服务流程、岗位内容、服务及管理规范、价格收费、便民措施、服务公约、服务承诺等，以及其他依据法律法规和政策规定必须公开或社会普遍关心、卫生行政主管部门和医疗卫生单位认为有必要向社会公开的事项。

（二）向职工公开的主要内容：

（1）医院愿景、宗旨、目标、功能与任务、院训、发展规划、改革方案、财务预决算、年度工作目标及完成情况；本单位规章制度、部门职责、部门负责人姓名和联系方式等；三重一大；领导干部廉洁自律情况；涉及职工切身利益的重要事项；其他依照法律法规和政策规定必须公开或单位职工普遍关心的事项。

（2）形式：电子屏，医院官网、职代会、院周会，院务公开栏、职工大会。

（3）程序：各职能科室负责按各自分工的院务公开工作登记、审批、公开发布、

汇总院办，院办汇总、督查、反馈整改。

（4）时限：长期、定期更新、临时。

八、院务公开责任分工

公开类别	公开事项	责任科室	公开地点	公开时限
（一）向社会公开的医院院务主要内容				
机构资质	医院概况（包括医疗机构基本信息；机构依法执业登记主要事项；重点专科人员情况等）。	党办院办、医务部	门诊大厅	长期
	诊疗、保健技术准入	医务部	门诊大厅	按实际公开
	大型医疗设备配置许可文书	医务部	放射科	长期
医疗机构环境	机构结构布局示意图	党办院办	门诊大厅	长期
	无烟医院提醒	公卫科	医院各场所	长期
	院内停车场与车位、行车指引	保卫科	停车场	长期
	指示标牌、路标等，应急避难流程图。	党办院办、总务部	医院各场所	按实际公开
	职能科室设置、业务项目、负责人。	人力资源部、医务部	院务公开栏	按实际公开
行风建设	员工身份信息（工作人员上岗佩戴有本人姓名、职务或职称的标牌）	人力资源部	胸牌	长期
	医德医风建设	行风办	门诊诊区	长期
	医疗服务投诉信箱和投诉咨询电话；医疗纠纷预防及处理办法	医务部、纪检监察科	门诊大厅	长期
医疗服务信息	医疗机构服务基本情况	党办院办	门诊大厅	长期
	各专科、专业门诊基本情况	医务部、门诊部	门诊大厅	按实际公开
	上级医院专家来院坐诊信息	医务部、门诊部	门诊诊区	按实际公开
	服务电话、服务咨询	医务部、门诊部	门诊诊区	长期
	门诊、急诊主要服务流程；住院主要服务流程	医务部、门诊部	门诊大厅	长期
	特殊人群优先措施	门诊部	门诊大厅	长期
	健康教育宣传	公卫科	门诊大厅	定期更换
	病历复印服务	医务部	病案科	长期
（二）向患者公开的医院院务主要内容				
收费信息	医疗项目价格（住院病人实行费用“每日清”制度，出院时提供总费用清单）	财务部	门诊大厅	按实际公开
	医疗项目价格（为门诊患者提供费用清单）	财务部、门诊部	门诊大厅	按实际公开
	医疗项目价格	医保科、财务部	门诊大厅	按实际公开
服务信息	公开对患者及家属关于病情告知的情况、告知内容及告知实施人。	医务部	各病区	按实际公开
	向患者告知主要检查项目的预约及报告等有关服务内容，告知辅助检查前的注意事项。	医务部	各病区	按实际公开

公开类别	公开事项	责任科室	公开地点	公开时限
	医院开展的特殊诊疗服务项目，包括手术治疗等医疗技术项目的费用、服务流程及相关的专业信息。	医务部	各病区	按实际公开
	公开医院处理医疗事故争议的程序和相关职能部门的电话。	医务部	各病区	长期
	公开医保病人就医程序，获取医疗费用补助的方法、费用及获得补助情况。	医保科	各病区	按实际公开
（三）向职工公开的医院党务院务主要内容				
信息公开	领导班子建设和党风廉政建设	党办、纪检监察科	党务公开栏	定期更换
	重大事项决策	党办院办	院务公开栏	定期更换
	行政奖惩、政策、医院规章制度的制订、修改和废除	党办院办	院务公开栏	定期更换
	医院发展规划、年度工作计划及总结，完成年度计划情况	党办院办	院务党务公开栏	定期更换
	党组织建设（党员发展、党费缴纳等）	党办	党务公开栏	定期更换
	重要人事任免；人力资源管理；年度考核情况；职称晋升情况；人员变动情况	党办院办、人力资源部	院务公开栏	定期更换
	重要项目安排（社会化服务项目招标情况；重大基建采购情况）	党办院办、总务部	院务公开栏	定期更换
	重要项目安排（药品、耗材招标采购招标情况；医疗设备采购情况；重大物资采购情况）	党办院办、医学工程部、医保科	院务公开栏	定期更换
	医院大额资金使用；财务预决算主要情况；医院运营情况	党办院办、财务部	院务公开栏	定期更换
	医院年住院、门急诊病人数，病床周转率、使用率、平均住院天数等情况	质管部	OA 平台	定期更换
	医院药品用量排序及重点监控药品使用情况	药学部	OA 平台	定期更换
	医院重大医疗纠纷、医疗事故处理结果	医务部	OA 平台	定期更换
	院务公开投诉及投诉电话	院办	OA 平台	长期
	职工福利等情况	工会	院务公开栏	定期更换
	人员进修培训情况；科研教学情况	科教部	OA 平台	定期更换

	制度编码	YB–ZD–013	制度名称	保密工作制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订 （第 4 次）	修订时间	2024.12.10	生效时间	2024.12.20

保密工作制度

1.牢记“保守党的秘密慎之又慎”的原则，做到不该讲的秘密绝对不说，不该看的秘密绝对不看，不在私人通信中泄露秘密事项。

2.因工作需要，需复印秘密文件和资料者，必须经过请示，履行审批、登记手续并将复印件按原件要求管理。

3.秘密文件和资料，限于在办公室阅读。领导干部和工作人员不得将秘密文件、资料及保密记录本等秘密物件带回宿舍或公共场所。

4.及时做好文件的登记、分发、传阅及归档工作。

5.文件每季度清理一次，次年第二季度前将全年文件立卷归档。

6.对违反保密制度，造成失、泄密事故者，根据情节轻重分别给予不同处分直至追究法律责任。对保密工作有功人员，给予表扬和奖励。

	制度编码	YB-ZD-014	制度名称	院长接待日制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2025.12.20

院长接待日工作制度

为进一步提升医疗服务质量，加强医院领导与职工、医院与就医病员的联系，及时倾听职工、病人及病人家属的意见和建议；及时直接了解职工、病人的需求；及时地调整医院的工作方式及服务功能，拓展医疗服务领域，努力构建“服务好、质量好、医德好、群众满意”的工作目标，惠山区人民医院建立“院长接待日”制度。

一、接待对象：医院职工、门诊、住院患者及家属和社会各界人士。

二、接待时间及地点：每周二下午4：00至5：00，医患沟通室（2号楼二楼）。（预约电话：行政总值班：6508,18921161138；院办：83311241。）

三、轮值领导：行政总值班人员、院领导。

四、接待群众来访要遵循以下原则：认真贯彻执行政府有关办医的方针、政策，严格遵守医院有关规定，分工负责，归口办理，做到事事有结果，件件有落实。

五、医患沟通办公室负责做好院长接待日的各项准备工作，按照先后顺序依次安排来访者反映问题，并分别通知所涉及的职能部门负责人参加接待；同时要做好接待记录，对接待安排的有关事项进行督促落实。

六、医院沟通办公室对每次接待群众来访的内容和处理结果，都要认真填写《院长接待日情况登记表》。

七、对于因工作落实不力造成群众重复上访、越级上访或产生严重影响的，要严格按照医院有关规定追究相关部门和人员的责任。

八、参加接待人员，要尊重来访者的隐私权，为来访群众守密，不得散布来访者所反映的任何问题，否则将按医院有关规定严肃处理。

九、院长接待日交办事项的承办情况，纳入医院科室绩效考核。

	制度编码	YB-ZD-015	制度名称	满意度测评管理制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第6次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2025.12.20

满意度测评管理制度

1. 目的

为进一步加强对医疗服务质量的监管力度，认真听取患者和全院职工对医院诊疗服务过程满意程度及改进意见，不断提高职能部门的责任意识，强化临床医技科室的服务意识和质量意识，特制订本制度。

2. 标准

2.1 患者对医院满意度调查每月一次，调查对象为门诊、住（出）院患者；职工对医院满意度和领导满意度调查每年一次，调查对象为全院职工；社会对医院医疗服务满意度调查每年一次，调查对象为行风监督员或社会其它人员。

2.2 满意度调查途径：国考满意度调查，第三方满意度调查，医院满意度调查专组及行风监督委员会督查。

2.3 测评指标及内容：

参照国家医管中心“国家满意度管理平台”要求为标准，采取由患者、职工在平台上完成问卷调查的方式进行测评，确保社会评价结果的客观公正。同时，医院委托第三方进行满意度测评。

2.3.1 患者对医院满意度≥90%；

2.3.2 职工对医院满意度和领导满意度≥90%；

2.3.3 社会对医院医疗服务满意度≥90%。

2.4 满意度测评形式：问卷和电话随访。

2.5 满意度的测评体系：

医院满意度测评体系包括门诊患者满意度、住院患者满意度测评、职工满意度测评三大方面。

2.5.1 患者满意度：

结合政策要求并围绕导诊、挂号、收费、候诊、检查等一系列的就诊流程，投诉管理、价格感知、环境后勤、便民设施等及医护人员服务态度，设计患者满意度问卷，并对患者的总体感受、推荐意愿及不满意具体原因进行深度挖掘。

2.5.2 职工满意度

包含对医院的满意度（员工对医院领导、工作环境、 薪酬福利、个人发展及服务管理等方面的满意程度） 、情感承诺（员工对组织的 感情依赖、认同和投入） 、可感知的组织支持（员工所感受或体认到组织对自己 的支持与照顾）及科主任学习型领导力（关注员工成长、发展和成功， 帮助下属实现自身目标，同时也实现组织和社会整体目标的领导模式）等量表，并对职工不满意线索进行深度挖掘。

2.6 满意度调查结果的应用：

满意度作为临床、医技、行政等科室的考核指标之一，纳入绩效考核，作为医德医风考评的一项重要内容。在 OA 平台定期公布第三方满意度调查结果，兑现奖惩时，给予各科室各病区 5 个工作日的申诉期。

2.7 对存在问题及建议有分析并提出改进措施，对整改结果有追踪。

由院长办公室专门负责本项工作，对满意度调查结果进行及时汇总和分析。根据需要采取各种方式予以制定解决方案，并由相应部门进行改进落实，以切实解决患者就医流程中所存在的问题，做到持续改进，以提高医院各方面满意度。

	制度编码	YB–ZD–016	制度名称	会议室管理制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.20	生效时间	2026.01.01

会议室管理制度

1. 目的

为了配合医疗、护理、行政等工作安排，满足各部门对会议室使用的需求，保证各类会议的顺利召开及会议室规范有序使用，提高会议室的利用率，减少会议设备的耗损率。

2. 范围

二期 9 楼：党员之家、第一会议室、第二会议室；

二期 8 楼：第三会议室、第四会议室；

二期 7 楼：第五会议室、第六会议室；

门诊 2 楼：第七会议室；

食堂 3 楼：学术报告厅；

三期 20 楼：中华医学会急诊分会县区急诊技能培训基地。

3. 权责

党员之家、第一会议室 、第二会议室以及学术报告厅由院长办公室主管；

第三会议室、第四会议室由医务部主管；

第五会议室、第六会议室由总务部主管；

第七会议室由医患沟通办主管；

中华医学会急诊分会县区急诊技能培训基地由科教部主管；

外单位使用会议室，由相应主管部门负责人审批同意方可使用；

主管部门按 9S 要求规范管理会议室。

4.作业内容

4.1 会议室实行预约制，使用会议室须由主管部门审核通过后方可使用。

4.2 主管部门及时关注会场的使用情况，及时审核会议，落实会议工作。

4.3 会议室的使用按照谁使用谁负责的原则，做好会前会场布置以及会后的会场整理，包括门窗、空调、电脑、投影设备、音箱的开启与关闭，茶水、席位卡等会议用品的放置与撤离。

4.4 各使用部门要保持会议室整洁干净，爱护会议室财产，使用结束后及时整理会

场，发现设备故障和公物损坏及时报修。

5. 流程

5.1 会议室使用部门需提前通过企业微信会议审批系统进行预约会议室，准确填写会议相关内容，并致电主管部门进行审核。审核同意后，使用部门方可使用。

5.2 如有紧急会议，使用部门须第一时间致电主管部门负责人，由其协调配合落实。

5.3 当一个会议室遇多场会议冲突，由主管部门负责人统筹安排。院部如有重要活动或大型会议，则优先使用会议室。

	制度编码	YB-ZD-017	制度名称	医院公车用车管理制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2025.12.20

医院公车用车管理制度

为加强对医院公务车辆和驾驶员的管理，进一步规范公务用车行为，保障公务用车，提高 车辆使用效率，节约开支，特修订本制度。

一、本制度所指的车辆是传祺牌,车牌号为苏 BF55352 的新能源车及医院所管辖的所有救护车辆。

1.为保证医院日常工作需要，传祺公车由院长办公室统一协调管理，救护车辆由我院急诊科派专人负责调度管理。

2.严格按照“谁用车，谁申请，谁担责”的原则，严禁公车私用，私车公养。

3.我单位领取公务交通补贴人员，除特殊情况外，不得违规使用单位车辆。

4.用车须填写“无锡市惠山区人民医院公务用车审核表”。

5.车辆使用台帐由驾驶员整理并保存，对车辆使用时间、地点、事由、行程等信息进行登记，以备核查。

二、医院车辆原则上服务于医院指派工作。各科室除医院指派任务派车外，由科室自行解决。

三、车辆除特殊情况外，必须回院指定停车位置。

四、车辆实行定点维修、保险及油卡加油制度，并由驾驶员负责驾驶维护、日常保养等工作，院长办公室做好日常监管工作。驾驶员应加强学习，不断提高技术水平，牢固树立安全第一的思想，遵守交通法规，减少并杜绝车辆违章罚款。驾驶员根据“申请单”出车，任何人不得强行要求司机出车。

	制度编码	YB-ZD-018	制度名称	医院食堂用餐及公务接待管理制度	级别	院级
	制定科室	院长办公室	制定人	郑龙蛟	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2025.12.10	生效时间	2025.12.20

医院食堂用餐及公务接待管理制度

为加强医院公务接待管理，明确公务接待的标准和程序，减少公务接待费用支出，促进党风廉政建设， 根据文件精神，结合本院实际，制定本制度。

一、接待要求

接待工作是关系到医院形象的一项重要工作，要做到热情、友好、文明、周到，努力提高接待工作的质量和水平。

二、接待原则

坚持对等接待的原则，凡属医院接待的客人，由院长办公室负责安排，凡属各职能部门接待的客人，由职能部门报请分管院领导批准后由院长办公室统一协调安排。

三、接待就餐形式

根据工作需要，接待用餐分为工作简餐、工作便餐、公务接待等三种形式。

四、接待就餐范围

1.工作简餐：指外单位来医院帮助指导工作的各类人员（如维修、安装医疗器械及设施等的人员）；

2.工作便餐：指来院参观访问的兄弟单位领导、被邀请来院会诊或学术交流的专家教授、同级业务主管部门的领导和工作人员等；

3.公务接待：指上级机关如省厅等领导人、外宾或外省、市或相关单位来院进行交流人员以及需要公务接待的其他重要客人等。

五、接待就餐标准

工作简餐标准每人每餐 15 元；工作便餐标准每人每餐 50 元；公务接待 120 元/人。所有接待均不能饮酒。

六、接待就餐程序

工作简餐和工作便餐由职能部门提出申请后，院长办公室根据来客规格安排。公务接待须经办公室主任请示院长后统一安排。

七、接待餐陪同

视来院客人总数定配餐人员数，原则上不超过客人数的 30%。

八、接待就餐纪律

接待工作人员应严守工作纪律，凡不按上述规定擅自安排用餐或超出规定标准用餐，费用自理，医院一律不予结算。

	制度编码	JJJCK-ZD-001	制度名称	纪检监察科工作制度	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度版次		制定时间	2023.08.01	修订时间	

纪检监察科工作制度

一、监督检查全院干部职工贯彻执行国家法律、法规政策、决定的情况，贯彻执行医院决议、决定和规章制度的情况，并依法保护其行使职权。

二、协助院党委加强党风廉政建设、行风建设及反腐败工作。

三、受理对医院工作人员违反党纪政纪行为的检举、控告和申诉，接待来访人员，处理好人民来信。

四、负责对“三重一大”事项实施监督。

五、检查、处理党的组织和党员违反党的章程和其他党内法规的案件；调查处理院内干部、职工违反院规的行为。

六、坚持原则，维护纪律，不徇私情，秉公执纪、勤政廉政。

七、定期开展患者满意度调查，对反映的问题及时反馈有关科室，并有处理结果。

八、完成医院和上级有关部门交办的其他工作。

	制度编码	JJJCK-ZD-002	制度名称	统方管理与审批制度	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2023.08.01	修订时间	

统方管理与审批制度

第一章 总则

第一条 为加强医院统方数据管理，防范医药购销领域腐败风险，切断药品、耗材、试剂供应商获取医务人员开单数据的违规渠道，根据《中华人民共和国数据安全法》、《医疗卫生机构网络安全管理办法》、《关于加强医疗卫生机构“统方”管理的规定》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》及其它医疗反腐相关工作要求，结合医院实际，制定本制度。

第二条 本制度所称统方，是指对医院药品、高值耗材、检验试剂的采购量、使用量、开单明细等数据进行统计、查询、导出的行为。统方数据属于医院敏感涉密信息，所有接触、使用统方数据的人员均需遵守本制度。

第三条 医院纪检监察科为防统方工作的监督管理部门，信息中心为防统方工作的技术执行部门，医务部、医保科、药学部、招标办及各临床科室为防统方工作的责任落实部门。

第四条 不正当商业目的的统方，是指医院内科室或医务人员出于不正当商业目的，统计、提供医院、科室及医务人员使用有关药品、医用耗材等的用量信息，或为医药营销人员统计提供便利。

第二章 统方数据分级与范围

第五条 统方数据按敏感程度分为三级，实行分级管控：

（一）绝密级统方数据：关联具体医务人员个人的药品、高值耗材、检验试剂使用量、开单频次、开单金额数据；具体患者用药、耗材使用明细与对应开单医务人员的关联数据。此类数据仅限用于纪检办案、医保违规核查、医疗质量监管等法定工作，严禁任何形式对外泄露。

（二）机密级统方数据：全院、单个科室的药品、高值耗材、检验试剂总使用量、品类占比等不关联具体医务人员的汇总数据。此类数据可用于医院运营分析、临床路径优化，需严格审批后使用。

（三）公开数据：国家集中采购中选药品使用量、医院对外公示的药占比、耗占比等已公开信息，不属于统方管控范围。

第三章 统方权限管理

第六条 统方权限实行“按需授权、最小必要、分类管理”原则，严格限制统方数据接触范围：

（一）禁止授予权限岗位：临床医务人员、药学部普通工作人员、采购人员、后勤人员一律不得拥有任何统方数据查询、导出权限；科室主任仅可查询本科室不关联具体个人的汇总用药数据，不得查询单个医务人员的开单明细。

（二）唯一授权岗位：仅信息中心指定的 1–2 名专职数据管理员拥有统方数据调取权限，实行“双人双锁”管理：调取绝密级统方数据必须由两名管理员同时操作，一人提交申请、一人审核确认，全程留痕。

（三）权限动态调整：人员岗位变动时，信息中心需在 24 小时内收回其统方权限；严禁权限转借、共用，一旦发现违规授权，直接追究信息中心负责人和授权经办人员责任。

（四）常规监管授权：为满足医院日常运营与合规监管需要，对负有常态化监管职责的部门（如医学工程部对高值耗材使用监管、药学部对药品使用监管、医保科对医保费用监控、医务部对医疗质量监控等），可经医院批准后，授予其查询不关联具体医务人员个人信息的机密级汇总数据的权限。此类权限仅限于通过医院指定监管平台进行固定报表查询，不得拥有数据导出、下载及自定义查询功能。授权名单需报纪检监察科备案，并每年复核一次。

第四章 统方调取审批流程

第七条 所有统方数据调取必须履行正式审批程序，严禁口头申请、私下调取。根据数据用途，实行分类审批管理：

（一）申请：申请部门填写《统方数据调取审批表》（见附件），明确说明数据用途、调取范围、使用期限、知悉人员范围，由部门负责人签字确认后提交。

（二）审批分类与时限要求：

常规监管需求：对于医学工程部、药学部、医保科、医务部等科室，因履行日常药品、耗材使用监管、医保合规监控、医疗质量分析等职责，需定期（如每月、每季度）调取不关联具体医务人员的机密级汇总数据，可实行 “年度计划备案制” 。上述科室应于每年年初向信息中心、纪检监察科提交本年度常规数据调取计划，明确数据范围、频率及用途。计划经备案后，每次调取可简化审批流程，由信息中心数据管理员按计划直接执行，无需逐次填写审批表。数据交付应在接到需求后 2 个工作日内完成。

非常规调取需求：除上述常规监管需求外的所有数据调取，均属非常规需求，必须严格执行逐级审批：

调取机密级统方数据由医务部、信息中心负责人联合审批；

调取绝密级统方数据必须经分管医疗副院长、纪委书记双审批；

涉及纪检办案、医保飞行检查的特殊情况，可由纪委书记直接审批。

审批时限：审批部门应在收到完整申请材料后 3 个工作日内完成审批。对于情况紧急的办案需求，应即时办理。

（三）交付：数据管理员严格按照审批通过的范围或备案计划提取数据。对需关联具体医务人员的信息必须进行脱敏加密处理。所有数据必须通过医院内部加密办公系统交付申请部门，严禁通过微信、QQ、私人邮箱等外部渠道传输。

（四）销毁：申请部门需严格按照申请用途或备案计划使用数据，不得扩大知悉范围。对于非常规调取的数据，使用完毕后应立即销毁所有数据副本，不得私自留存、拷贝，并在《审批表》中记录销毁情况。常规监管中获取的数据，应按年度计划中规定的保存期限妥善管理，到期后统一销毁

第五章 技术防控措施

第八条 信息科需配套技术手段保障统方数据安全，实现操作全留痕、违规必预警：

（一）操作审计留痕：在 HIS 系统、药房管理系统、耗材管理系统中设置统方操作审计模块，所有涉及药品、耗材使用数据的查询、导出、下载操作全部自动记录，内容包括操作人、操作时间、操作内容、IP 地址、终端信息，操作日志保存期限不少于 5 年，纪检监察科每季度抽查一次日志记录。

（二）异常行为自动预警：设置统方操作预警规则，出现以下情况时系统自动向纪检监察科推送告警信息：

1. 非授权人员尝试查询统方数据；
2. 授权人员在非工作时间、非工作地点登录系统查询统方数据；
3. 单次查询超过 10 名医务人员、3 个月以上的开单明细数据；
4. 短时间内多次查询同一药品、同一医务人员的开单数据。

（三）数据脱敏加密：系统默认隐藏所有医务人员的具体开单明细，仅在有明确审批的情况下才可临时解锁；导出的统方数据自动添加溯源水印，标注“仅限 XX 用途使用，严禁外泄”。

（四）网络边界防护：医院内部信息系统禁止外部 IP 访问，严禁工作人员将私人手机、个人电脑接入医院内部工作网络，防止数据被非法窃取。

第六章 执纪问责

第九条 对违反本制度的行为，按以下规定严肃处置：

（一）院内人员违规处理：存在向药品、耗材、试剂供应商出售、提供统方数据、收受财物或其他利益的，按受贿论处，一律解除聘用合同，涉嫌违法的移送纪检监察机关或司法机关处理；所在部门负责人未尽到管理责任的，给予诫勉谈话或降职处分。

（二）供应商违规处理： 对索要、购买统方数据的供应商，立即纳入医院供应商黑名单，3 年内禁止参与医院任何采购项目，同时上报省级药品集中采购平台，建议全省范围内联动惩戒。

第七章 常态化管理

第十条 纪检监察科将防统方工作纳入日常监督范围：

（一）每季度联合信息科开展一次统方权限、操作日志专项检查，排查违规线索；

（三）将防统方执行情况纳入科室和个人的医德医风考核、评优评先直接挂钩。

第十条 本制度自印发之日起施行，由医院纪检监察科、信息中心负责解释。

附件：

无锡市惠山区人民医院医院统方数据调取审批表

申请部门		申请人		申请日期	
数据用途					
调取数据范围	□ 机密级：全院/科室汇总数据（无需关联具体医务人员） □ 绝密级：关联具体医务人员的开单明细数据（需明确涉及人员范围、时间范围）				
使用期限		知悉人员范围			
部门负责人意见					
纪检监察科审核意见					
信息中心审核意见					
分管领导审批 （绝密级需填）					
纪委书记审批 （绝密级需填）					
数据交付记录	交付时间：	交付人：		接收人：	
数据销毁记录	销毁时间：	销毁人：		监销人：	

	制度编码	JJJCK-ZD-003	制度名称	廉洁风险防控 工作方案	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2023.08.01	修订时间	

廉洁风险防控工作方案

一、指导思想、工作原则和目标要求

（一）指导思想。以习近平建设中国特色社会主义社会主义重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，按照“在坚决惩治腐败的同时，更加注重治本、更加注重预防、更加注重制度建设”的要求，以制约和监督权力运行为核心，以岗位廉洁风险防控为基础，以加强制度建设为重点，以现代信息技术为支撑，构建权责清晰、流程规范、风险明确、措施有力、制度管用、预警及时的公立医疗机构廉洁风险防控机制，确保公立医疗机构所有权力规范行使、高效运行，不断提高反腐倡廉工作科学化、制度化和精细化水平。

（二）工作原则。

坚持围绕中心、统筹兼顾。把加强廉洁风险防控与医院中心工作紧密结合，融入业务工作和管理流程之中，实现廉洁风险防控与各项工作的统筹兼顾、相互协调、相互促进，推动公立医疗机构惩治和预防腐败体系逐步完善。

坚持结合实际、注重创新。紧密结合公立医疗机构改革发展实际，把握新形势下医疗机构反腐倡廉纠风工作的特点和规律，积极实践、不断创新，努力探索公立医疗机构惩治和预防腐败的新思路、新办法、新途径。

坚持依法依规、遵循规律。严格按照国家法律法规和规章制度，遵循权力运行的规律，规范权力行使的环节和流程，建立实用、有效的廉洁风险防控体系。

坚持统一要求、分类管理。针对医院各部门所有权力，区别不同特点和运行流程，实行统一部署要求、分类管理防控。

坚持重点突出、务求实效。在全面查找和评估风险的基础上，以腐败和不正之风问题易发多发的主要部位为重点，突出重要权力和权力行使的关键环节，提高预警防控措施的针对性和可操作性，重点明确、简便易行、务求实效。

（三）目标要求。在认真总结试点经验的基础上，全面启动医院廉洁风险防控工作，逐步建立全覆盖的廉洁风险防控机制；结合医院实际，通过充分实践，使医院廉洁风险防控机制运行更加顺畅，制度配套更加完善、执行更加有力，防控腐败和不正之风的成效更加明显，在惩治和预防腐败体系建设中发挥更加重要的作用。

二、防控重点

加强医院廉洁风险防控，要在全面防控的基础上，重点加强对医院管理中腐败问题易发多发的重点岗位和医疗服务中社会关注度高、容易发生损害群众利益问题的关键环节廉洁风险的防控，对权力运行的“关节点”、内部管理的“薄弱点”、问题易发的“风险点”，强化防控措施、落实防控责任，实行重点监督、重点管理、重点防控。

（一）开展医疗机构管理权力廉洁风险防控，促进医院管理人员规范用权。把决策、基建、采购、人事、财务等管理权力纳入重点监控范围，通过设置“内控点”实施过程动态监控。决策权，要强化对“三重一大”事项民主决策制度落实情况的监控；基建权，要强化对“项目法人制”、“工程招投标制”、“工程监理制”、“合同管理制”落实情况的监控，实行工程造价跟踪审计，重点防范招投标和资金管理使用中的廉洁风险；采购权，要重点加强药品、设备、试剂、耗材等物资采购的监管，加强对公开招标、邀请招标、询价采购和单一来源采购的管理，强化对采购范围、采购程序、采购环节和结果的监控；人事权，要强化对干部任用、人员招聘、职称评审、编制管理、转岗和执业资格管理的监控；财务权，要强化对资金集中统一管理、执行财务内控制度和基建项目、大额购置、专项资金等重点支出的监控。

（二）开展医疗服务廉洁风险防控，规范医务人员执业行为。针对社会普遍关注和群众反映强烈的突出问题，以医德医风、临床诊疗、临床用药、医用耗材和试剂使用、大型医疗设备检查、医疗收费、统方管理等为重点，充分利用信息技术，实行指标控制，规范诊疗服务行为，防止收受“红包”、回扣、过度检查治疗、乱收费等损害群众利益问题的发生。要加强医德医风学习教育，强化“红包”治理，改进完善医德考评制度，建立对医务人员有效的激励和约束机制；要以临床路径管理为抓手，加强临床诊疗管理，强化对入径标准、路径管理和路径变异的监控；要强化对临床用药药品来源、基本药物使用、抗菌药物使用、超限处方、不合理处方、贵重药物和单品种药物用药数量的监控；要强化对医用耗材和试剂来源、采购、资质、出入库、使用的监控；要强化对大型医疗设备检查阳性率、检查权限和重复检查的监控；要强化对医疗收费标准、项目执行情况和超标准超范围收费、分解项目收费、重复收费的监控；要健全医疗机构统方管理制度，加强对药房、信息中心（科）等重点部门人员管理和医疗机构信息系统药品、高值耗材统计功能管理，严格统方权限和审批程序，加强对软件信息公司人员行为规范，防止商业目的统方。

（三）开展供应商诚信管理，净化医院工作环境。坚持受贿、行贿两个方面同时抓、同时管，在强化医疗机构内部监控的同时，对供应商营销行为进行诚信管理。一是实施诚信承诺制度。建立供应商廉洁诚信电子档案，接受干部职工监督。二是实施诚信评估制度。对供应商廉洁守信、依法经营情况，每年全面评估和分级排队，作为是否续签合同的重要依据。三是实施风险预警制度。开展供应商产品价格监测，把出厂和销售

差价较大的作为监控重点；对反映存在问题的，适时组织调查，确存问题的，实施限量、降价、暂停采购等措施，严厉打击失信行为。四是实施诚信捐赠制度。供应商对医疗机构的自愿捐赠资助，必须按规定纳入医疗机构财务部门统一管理，捐赠资助不得附加任何影响公平竞争的条件，不得与采购商品（服务）挂钩，不得指向特定内部职能部门或个人。五是实施不良记录制度。对经核实有商业贿赂行为的供应商，及时列入不良记录，按规定不得以任何名义、任何形式购买其产品。

（四）开展患者满意度管理，不断提升医疗服务水平。一是建设评价平台。以医疗服务、医疗质量、医德医风等为重要评价内容，在门诊大厅、收费和取药窗口、住院病区显要位置，设置评价信息采集器，为患者提供满意度评价平台。建立出院患者回访制度，为患者提供评价和跟踪服务。二是提供评价服务。实行全员与大样本相结合评价，为住院患者提供全员评价服务，为门诊患者提供大样本评价服务。对实施评价的患者身份采取保密措施，评价结果定期在医疗机构内部公开。三是健全评价制度。建立评价信息采集制度、定期分析改进制度和奖惩制度，注重评价结果运用，定期分析患者不满意的问题及原因，促进医疗机构规范管理。

三、方法步骤

（一）开展廉洁风险教育，营造风险防控氛围。坚持把教育贯穿廉洁风险防控工作始终，结合党风廉政建设责任制和纠风工作责任制，组织全体干部职工广泛开展有针对性的岗位廉洁风险教育，深入开展人生观、价值观、权力观和职业精神、职业道德、法制纪律教育，广泛收集廉洁风险信息，突出正面典型宣传和反面警示教育，动员和引导广大干部职工积极参与，充分发挥其防控主体作用，切实提高开展廉洁风险防控的主动性和自觉性。

（二）全面清权确权，编制职权目录。按照“权责一致”的要求，对具有行政权力特点的医疗机构管理权力，对照法律法规、制度规定、岗位职责，采取自下而上与自上而下相结合的方式，逐项进行清理；对从业人员执业过程中行使的职权，严格按照执业资格和执业范围，结合诊疗服务和业务工作流程，组织人员逐个环节系统分析清理。对清理出来的职权，最终统一由医院党政会议集体审核确认，未经审核确认的，禁止行使。对审核确认的职权，统一编制并对内公开《职权目录》，逐项明确职权的名称、内容、类别、行使主体、行使依据等，把权力行使责任落实到处（科）室和岗位。

（三）查找廉洁风险，评定风险等级。通过自己查找、集体评议、案例分析、组织审定等方式，从权力行使、制度机制等方面，认真查找和确定每个岗位职权运行中的廉洁风险。权力行使方面，重点查找由于权力过于集中、运行程序不规范和自由裁量幅度过大，可能造成权力滥用的风险；制度机制方面，重点查找由于规章制度不健全、监督制约机制不完善，可能导致权力失控的风险。依据查找出的廉洁风险发生可能性的大小、频率的强弱、危害程度的高低等因素，组织各处（科）室认真分析、逐一研究，对

每项职权按照“高”、“中”、“低”三个风险等级进行评定，并经医疗机构领导班子会议集体审定，列表内部公示。

（四）建立防控平台，强化权力运行监控。结合医疗机构信息系统建设，建立医疗机构廉洁风险防控信息平台，实现风险预警、风险分析、风险处置等功能，对权力运行廉洁风险实施动态防控。对不同风险等级的权力实行分级管理、分级负责、分级监控、责任到人。对高风险权力重点管理，将权力运行过程中一些易公示、可核查的具体环节、要点、指标作为“内控点”，随权力行使过程动态公开，决策环节实行起点监控，执行环节实行网上过程监控，完结环节实行结果监控；对“中”、“低”风险等级权力，充分发挥处（科）室、岗位人员作用，实施常规监控、自我监控。

（五）实施预警处置，及时化解廉洁风险。通过对职权运行实时监控，结合大型医院巡查、审计、干部考察、述职述廉、行风评议、媒体反映、纠风治理、信访举报和案件分析等工作，全面收集廉洁风险信息，及时进行分析、研判和评估，对可能引发腐败或不正之风的苗头性、倾向性问题进行风险预警，综合运用风险提示、诫勉谈话、责令纠错等处置措施，做到早发现、早提醒、早纠正，及时化解廉洁风险。同时要结合公立医疗机构改革发展、功能定位转变和预防腐败新要求，根据法律法规和政策规定的调整、职责职能的变更、防控措施落实的效果以及反腐倡廉实际需要，及时调整、完善廉洁风险内容、等级和防控措施，加强对廉洁风险防控的动态管理。

四、工作要求

（一）加强领导，落实责任。院、科两级要把加强廉洁风险防控作为落实党风廉政建设责任制和纠风工作责任制、加强惩治和预防腐败体系建设的一项重要任务，作为强化管理、提高反腐倡廉纠风工作科学化水平的重要举措，列入领导班子重要议事日程，认真组织落实。医院领导班子要高度重视，党政主要负责人是第一责任人，要主动抓、亲自抓，及时研究解决推进工作中存在的困难和问题。领导班子其他成员要以身作则，率先垂范，根据分工带头抓好自身和职责范围内的廉洁风险防控工作。各业务部门要主动做好本部门的廉洁风险防控工作。卫生系统各级纪检监察机构要认真履行职责，加强组织协调和监督检查，切实推动工作落实。

（二）结合实际，扎实推进。在各级卫生行政部门及地方党委政府的统一领导部署下，认真总结前期试点工作经验，研究制定具体工作实施方案。

（三）开展监督检查，确保任务落实。医院要强化对各科室廉洁风险防控工作的检查和考核，将检查考核结果作为评先、评优和干部奖惩任免的重要依据。要研究制定检查评估标准，探索建立廉洁风险防控的社会评价办法，采取定期自查、年度检查、社会评议等方式，提高检查评估的针对性和有效性，确保医院廉洁风险防控扎实推进、取得实效。

	制度编码	JJJCK-ZD-004	制度名称	诚勉谈话工作制度	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度版次		制定时间	2023.08.01	修订时间	

诚勉谈话工作制度

为了更好地履行纪检工作职能，强化对党员干部的监督管理，促进党风廉政建设和领导干部的廉洁自律，遏制和防范违纪现象的发生，根据医院纪委和区卫健委纪委的有关规定精神，特制订本制度。

一、谈话诫勉的对象

在信访或其他渠道反映存在轻微违纪行为，一般不需给予纪律处分的党员干部。

二、谈话诫勉的适用范围

1. 信访或者其他渠道反映的一般性问题，经核查后结果需要与被举报人见面的。

2. 信访或者其他渠道反映意见相对集中的问题，需要与被举报人核实并督促纠正的。

3. 党员干部存在可能酿成违纪的苗头性问题，需要进行教育帮助并引以为戒的。

4. 其它需要实行谈话诫勉的事项。

三、谈话诫勉的实施办法

1. 决定对党员干部谈话，应当由医院纪委书记提出意见，报医院党委审定后实施。

2. 谈话一般由监察科长主谈。

3. 对党员干部谈话，应当书面或者口头通知被谈话人。

4. 谈话人不得少于两人。

四、谈话诫勉的内容

1. 谈话人向被谈话人介绍反映的问题，提出谈话的有关要求。

2. 被谈话人就反映的问题作出解释、说明或者检讨，并提供有关材料。

3. 谈话人根据被谈话人的陈述和掌握的情况，对被谈话人提出要求。

4. 被谈话人对接受谈话诫勉以及对谈话人所提要求表明态度。

五、谈话诫勉的要求

1. 谈话人应当认真听取被谈话人的陈述和意见，对被谈话人提出的正当要求和正确意见，应当予以采纳；不得向被谈话人泄露信访举报人的姓名、身份及举报材料等有关情况。

2. 被谈话人接到诫勉谈话通知后应当自觉接受谈话，不得借故推诿、拖延；要实事

求是地回答谈话人提出的问题并提供有关材料，不得造假或者隐瞒事实；不得事后追查或者打击报复谈话人、信访举报人等。否则，要承担相应的纪律责任。

3. 谈话人应当书面记录谈话情况或者要求被谈话人上交书面情况报告。

六、谈话诫勉后的处理

1. 处理谈话结果要坚持实事求是、不徇私情、维护当事人的合法权利。

2. 经谈话后认定被谈话人确有轻微违纪行为的，应当对被谈话人进行批评教育、要求限期纠正并书面报告纠错情况；对思想、工作等方面存在不正之风或者苗头性问题的，应当进行告诫，要求被谈话人防微杜渐。对所反映问题不实的，应当给予解释和说明；对已给被谈话人造成不良影响的，在适当时间和场合予以澄清。

3. 谈话中发现被谈话人存在严重错误，需要进一步查实并追究纪律责任，或者被谈话人坚持错误，拒绝接受批评教育的，谈话人应当及时向医院党委报告，研究处理。

4. 谈话记录和处理结果情况应及时存入干部的廉政档案。

	制度编码	JJJCK-ZD-005	制度名称	医药购销领域商业贿赂不良记录制度	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	朱洪明	内审人	戴智勇
	制度版次		制定时间	2023-08-01	修订时间	

医药购销领域商业贿赂不良记录制度

为了预防医药购销领域职务犯罪,建立治理医药购销领域商业贿赂的长效机制,促进医疗事业健康发展,根据《关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》(国卫法制发〔2013〕50号)和《关于进一步深化治理医药购销领域商业贿赂工作的通知》要求,特制定医药购销领域商业贿赂不良记录制度

一、医药购销商业贿赂不良记录的范围

医药购销商业贿赂是指:药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人在购销活动中,给予采购与使用其生产、经营产品的本省公立医疗卫生机构负责人、药械采购人员、医务人员和其他从业人员以财物或者其他利益,并经司法机关、行政机关或其他有关组织查实的行为。

医药购销领域商业贿赂不良记录制度,是加强医疗机构管理、规范医疗机构采购药品、医疗器械、医用耗材行为,制止非法交易、打击商业贿赂行为的行业内部规范。

二、医药购销商业贿赂不良记录及判定依据

有下列情形之一的药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人,应当列入商业贿赂不良记录:

(一)经各级人民法院判决认定构成行贿犯罪的;

(二)被检察机关认定有行贿事实,但犯罪情节轻微,依照刑法规定不需要判处刑罚,作出不起诉决定的;

(三)由纪检监察机关以贿赂立案调查,依法认定有行贿行为并作出处理的;

(四)因行贿行为被工商、财政、物价、食品药品监督管理等部门作出行政处罚的;

(五)各级卫生行政部门和本省公立医疗卫生单位对相关人员因在医药购销中收受贿赂行为作出党纪政纪处分决定,案件涉及的行贿企业及其代理人。

三、商业贿赂不良记录的信息收集、登记和公布程序

(一)商业贿赂不良记录信息收集的内容包括:行贿人、受贿人基本情况和违法违纪事实、处罚结果等相关信息。

(二)商业贿赂不良记录信息的收集办法:卫生主管部门通过与司法机关和监察、工商、财政、物价、食品药品监督等相关行政部门建立沟通机制,互相通报商业贿赂案

件信息和查处结果，及时、准确掌握有商业贿赂不良行为的单位或其代理人信息。

（三）综合保障科及时联系卫生主管部门修订本院商业贿赂不良记录信息，任何单位和个人发现药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人在医药购销活动中向医疗机构负责人、药品采购人员、医务人员或其他从业人员行贿的，有权向卫生行政部门举报，卫生行政部门应当根据职责及时调查核实。

四、商业贿赂不良记录的应用

商业贿赂不良记录一经公布，即生效。对列入商业贿赂不良记录的生产、经营企业，各医疗卫生单位在两年内均不得以任何名义、任何形式购入其药品、医疗器械、医用耗材。

五、对违纪违法医疗卫生单位及相关人员的处罚

医疗卫生单位负责人、药械采购人员、医务人员和其他从业人员收受药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人给予财物或者其他利益的，按照《中华人民共和国药品管理法》第九十一条第二款的规定，没收违法所得；对违法行为情节严重的执业医师，吊销其执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。所在医疗卫生单位或上级主管部门应按管理权限和有关规定，对当事人给予纪律处分。

附件：商业贿赂不良记录登记表

商业贿赂不良记录登记表

企业名称	
经销人员	
受执纪执法单位处罚或通报的不良行为情况	

	制度编码	JJJCK-ZD-006	制度名称	大额采购项目监督管理办法	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	邹静蓉	内审人	华晓娟
	制度版次		制定时间	2025.09.09	修订时间	

大额采购项目监督管理办法

第一章 总则

第一条 为加强和规范医院大额采购项目的监督管理，确保采购活动公开、公平、公正，降低廉政风险，提高资金使用效益，依据国家相关法律法规及医院规章制度，制定本办法。

第二条 本办法所称大额采购项目，单次或批量采购预算金额达到或超过人民币 50 万元的货物、服务项目，60 万元工程项目。具体金额标准由医院院长办公会或党委会根据实际情况研究确定并动态调整。

第三条 本办法适用于医院各科室、部门使用预算资金进行的大额采购活动。

第四条 大额采购项目的监督管理遵循以下原则：

（一）依法依规原则。严格遵守国家法律法规和医院规章制度。

（二）全程监督原则。对采购项目的立项、论证、审批、招标、合同签订、验收、付款等关键环节实施全过程监督。

（三）突出重点原则。聚焦采购需求制定、供应商选择、评标定标、合同履行等廉政风险较高的环节。

（四）权责对等原则。明确需求科室、归口管理部门、财务部、审计科及纪检监察科的职责边界，落实主体责任和监督责任。

第二章 监督职责与分工

第五条 医院纪检监察科是大额采购项目监督管理的专职部门，主要履行以下职责：

（一）对采购活动全过程进行监督检查，受理相关投诉举报；

（二）列席与大额采购相关的论证、评审、谈判等重要会议；

（三）对采购程序的合法性、合规性进行监督；

（四）对参与采购工作的相关人员履行职责和遵守纪律情况进行监督；

（五）对发现的违规违纪问题线索进行调查处理；

（六）督促相关部门完善内控制度，堵塞管理漏洞。

第六条 需求科室是大额采购项目的责任主体，负责：

（一）科学、合理、明确地提出采购需求，进行必要性、可行性论证；

（二）严格执行采购流程，确保采购活动规范有序；

（三）完成项目立项、论证、评标、合同签订、项目验收、资产入库等工作；

（四）对采购项目的质量、效果及供应商履约情况负责。

第七条 采购归口管理部门招标办负责：

（一）组织招标文件的编制工作；

（二）负责将采购项目报送至区卫健委、区财政；

（三）协助需求科室参与区财政组织的分散采购论证会；

（四）整理招标结果，负责招标材料归档。

第八条 财务部门负责对采购项目的预算来源、资金支付进行审核与监督。

第九条 审计部门可根据工作需要，对大额采购项目进行专项审计或跟踪审计。

第三章 监督内容与方式

第十条 事前监督

（一）采购立项与预算监督：监督采购项目是否经过充分论证和必要的审批程序，是否纳入年度预算或经过追加预算审批。

（二）采购方式监督：监督采购方式（公开招标、邀请招标、竞争性谈判、询价、单一来源等）的选择是否符合规定，变更采购方式是否履行了审批手续。

（三）采购文件监督：可根据需要，对招标文件、谈判文件、询价通知书等采购文件的合法性、合规性、公平性进行查阅，防止设置不合理条款排斥潜在供应商。

第十一条 事中监督

（一）开标、评标（评审）监督：纪检监察科可视情况派员现场监督开标、评标（评审）过程，重点监督程序是否规范、评委抽取是否合规、评审是否公平公正、有无不当干预等行为。

（二）谈判与询价监督：对竞争性谈判、询价等过程进行监督，确保过程透明、记录完整。

（三）结果公示监督：监督中标（成交）结果是否按规定在指定平台进行公示，公示期是否符合要求。

第十二条 事后监督

（一）合同签订监督：监督合同条款是否与采购结果一致，合同签订流程是否规范。

（二）项目验收监督：可视情况参与或监督大额采购项目的验收工作，检查验收程序是否规范，验收结果是否与合同约定相符。

（三）资金支付监督：通过查阅支付凭证，监督资金支付是否符合合同约定和财务

制度。

（四）廉洁回访：不定期对供应商进行回访，了解采购人员在采购活动中有无吃拿卡要、利益输送等不廉洁行为。

第十三条 监督可采取以下方式：

（一）抽查：抽查采购项目，由相关部门提交大额采购项目关键环节的资料（如立项批文、采购文件、成交结果、合同等）。

（二）现场监督：派员参加重要采购活动会议和现场环节。

（三）专项检查：定期或不定期对大额采购项目进行专项监督检查。

（四）受理信访举报：畅通举报渠道，对涉及大额采购的投诉举报及时核查处理。

第四章 廉政风险防控

第十四条 参与大额采购工作的所有人员均应签订《廉洁承诺书》，承诺遵守采购纪律，廉洁自律。

第十五条 严格执行回避制度。与供应商有利害关系的人员，不得参与相关项目的采购评审、谈判、决策等工作。

第十六条 加强对评审专家的管理监督，确保专家独立、客观、公正地履行职责。

第十七条 严禁任何单位和个人违反规定干预和插手采购活动，为特定供应商提供便利。

第五章 责任追究

第十八条 在大额采购活动中，有下列行为之一的，视情节轻重，由纪检监察科依据相关规定，对相关责任科室和责任人进行谈话提醒、批评教育、责令检查、通报批评或提出处理建议：

（一）未按规定程序进行采购的；

（二）化整为零规避公开招标或大额采购审批的；

（三）与供应商串通，损害医院利益的；

（四）在采购活动中接受贿赂或者获取其他不正当利益的；

（五）无正当理由不履行或不完全履行采购合同的；

（六）验收工作不负责任，造成损失的；

（七）拒绝、阻碍监督检查的；

（八）其他违反采购管理规定的行为。

第十九条 构成违纪的，依纪依规给予党纪政务处分；涉嫌违法犯罪的，移送司法机关处理。

	制度编码	JJJCK-ZD-007	制度名称	利益冲突回避制度	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	新增	制定时间	2026-4-10	修订时间	

利益冲突回避制度

第一章 总则

第一条 为加强医院廉政建设，规范工作人员廉洁从业行为，防止公共利益与个人利益发生冲突，确保医院管理和医疗服务活动的公平、公正、透明，根据《事业单位人事管理回避规定》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》等相关规定，结合本院实际，制定本制度。

第二条 本制度所称利益冲突，是指医院工作人员（包括其配偶、子女及其配偶等亲属和其他特定关系人）的个人利益，与其所承担的公共职责、所代表的医院公共利益之间，可能发生的矛盾或冲突，从而影响其公正履职的情形。

第三条 本制度适用于医院全体工作人员，包括在编职工、合同制人员、返聘人员、进修生、实习生以及第三方服务派驻人员等。

第四条 利益冲突回避遵循“预防为主、主动申报、依法依规、及时处理”的原则，包括主动回避和强制回避两种形式。

第二章 回避范围与情形

第五条 工作人员在履职过程中，遇有下列情形之一的，应当主动申请回避：

一、涉及本人或与本人有夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲关系以及近姻亲关系等亲属关系人员的干部任免、职务晋升、职称评聘、录用、考核、荣誉表彰、人事争议处理、出国（境）审批等事项。

二、涉及本人或上述亲属关系人员利益相关的药品、医疗器械、医用耗材、检验试剂、基建项目、信息化建设项目、大宗物资及服务的招标采购、评审、验收、付款等关键环节。

三、参与医疗鉴定、医疗损害评估、医疗纠纷处理、科研项目评审、成果评选、资金审批与监管等活动，当事人与本人存在利害关系。

四、其他可能影响公正履职、被认为需要回避的情形。

第六条 医院领导人员及临床医技科室负责人、重点管理部门负责人，其配偶、子女

及其配偶不得有以下行为：

一、在本院从事药品、医疗器械、医用耗材等生产、经营企业的销售、代理等营利性活动。

二、违反规定，参与开办、入股或实际控制与本医院有业务往来的企业。

三、其他违反廉洁从业规定的经商办企业行为。

四、符合科技成果转化规定、在医院进行的合规营利性活动，应提前 1 个月向执行部门（党委办公室、纪检监察科）备案，经核查无利益冲突后方可进行。

第三章 回避形式与程序

第七条 回避形式分为岗位回避和履职回避：

一、岗位回避：凡有夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲关系以及近姻亲关系等亲属关系的，不得在同一部门（科室）聘用至具有直接上下级领导关系的管理岗位，不得在有直接上下级领导关系的岗位从事组织（人事）、纪检监察、审计、财务、招标采购等工作。

二、履职回避：工作人员在从事本办法第五条所列的履职活动时，如涉及本人或本人亲属利害关系，必须回避，不得参与相关决策、评审、投票、签字等环节。

第八条 回避程序：

一、主动申请：工作人员本人认为存在需要回避情形的，应在相关履职活动开始前，主动填写《利益冲突回避申请表》，向所在科室及执行部门（党委办公室、纪检监察科）提出书面回避申请。

二、依职权提出：相关科室、职能部门或医院领导在工作中发现可能存在利益冲突情形的，应向执行部门提出回避建议。

三、调查与决定：执行部门接到申请或建议后，应在 10 个工作日内进行调查核实，听取相关人员意见，并根据干部人事管理权限作出是否回避的决定。情况复杂的，可延长至 1 个月。

四、通知与执行：回避决定作出后，执行部门应及时书面通知申请人及相关科室。

五、需要岗位回避的，人力资源部应自决定作出之日起 1 个月内完成岗位调整，并变更或重新订立聘用合同。

六、需要履职回避的，相关科室应在履职活动开始前做出安排，确保被回避人员不参与该事项。

第四章 执行与监督部门

第九条 由党委办公室、纪检监察科、行风办、人力资源部等相关职能部门联合监督；纪检监察科负责日常工作的统筹协调和监督。

第十条 各科室负责人负责本科室工作人员利益冲突情况的日常管理和教育，督促相关人员主动申报和回避。

第五章 管理与责任追究

第十一条 医院建立利益冲突信息报备档案。工作人员应如实、及时申报可能产生利益冲突的信息。本制度发布时已存在需回避情形而未调整的，相关人员应主动向执行部门报备。

第十二条 责任追究：

一、工作人员应回避而未主动申请回避，或拒不执行回避决定的，视情节轻重，给予批评教育、责令检查、通报批评等处理；造成不良影响或后果的，依法依规给予党纪政务处分。

二、故意隐瞒应回避情形，造成严重后果的，从重处理。

三、相关科室负责人未履行督促、报告职责，或执行部门未按规定及时作出回避决定的，追究相应管理责任。

四、构成违法犯罪的，移送司法机关依法处理。

第六章 附则

第十三条 本制度未尽事宜，按照国家有关法律法规和上级部门相关规定执行。

第十四条 本制度由医院纪检监察科负责解释和修订。

第十五条 本制度自发布之日起施行。原有相关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

附件：《无锡市惠山区人民医院利益冲突回避申请表》

附件：

无锡市惠山区人民医院利益冲突回避申请表

申请人		所在科室/部门	
职务/岗位		申请日期	
回避事项名称		预计涉及时间	年　月　日至　年　月　日
回避类型	□ 岗位回避（因亲属关系需调整工作岗位） □ 履职回避（因利害关系需回避特定履职活动）		
回避事由及关系说明	需回避的具体事项：（请详细说明需回避的会议、评审、采购、决策、鉴定、考核等活动的名称、内容、时间） 存在的利益冲突或关联关系：（请说明本人、配偶、子女及其配偶、其他近亲属或特定关系人，与回避事项涉及的当事人、供应商、合作方等存在的利害关系，如亲属关系、经济往来、合作投资等） 可能影响公正履职的风险说明：		
申请人承诺：	本人已阅读并理解《无锡市惠山区人民医院利益冲突回避制度》，承诺以上所填内容真实、完整、准确。如有隐瞒或虚假陈述，愿意承担相应责任。 申请人签字：　　日期：　　年　　月　　日		
科室/部门意见	负责人签字（盖章）：　　日期：　　年　　月　　日		
执行部门处理意见（由纪检监察科填写）	调查核实情况： 处理建议： □ 同意回避申请，按《制度》规定执行岗位/履职回避。 □ 无需回避。 □ 其他建议： 负责人签字（盖章）：　　日期：　　年　　月　　日		
医院最终决定：	审批人签字：　　日期：　　年　　月　　日		

说明：1、本表一式三份，申请人、所在科室、纪检监察科各存一份。

2、涉及岗位回避的，人力资源部凭本表及审批决定办理岗位调整手续。

3、履职回避事项结束后，相关科室应将执行情况反馈至执行部门备案。

	制度编码	JJJCK-ZD-008	制度名称	违法违规典型案例闭环管理办法	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026-04-01	修订时间	

违法违规典型案例闭环管理办法

第一章 总则

第一条 为深化以案促改、以案促治，充分发挥典型案例的警示教育作用，推动从个案查处向系统治理提升，根据《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》及医院相关制度，制定本办法。

第二条 本办法所称“典型案例”，是指医院在廉洁从业、行风建设等工作中查处的，具有典型性、警示性的案件。主要包括：违反“九项准则”、医药购销领域商业贿赂、医保基金违规使用、招标采购违法违规、过度诊疗、统方数据泄露等行为。

第三条 本办法由纪检监察科与行风办双牵头组织实施，建立联合工作机制。行风办负责案例收集、通报发布、整改调度；纪检监察科负责案件调查、执纪问责、整改监督与根源剖析。

第四条 工作原则：

（一）实事求是，依法依规。

（二）惩教结合，标本兼治。

（三）闭环管理，以案促改。构建“发现—查处—通报—整改—警示—评估”全周期闭环。

（四）一案双查，倒查问责。对重大案件，既追究直接责任，也倒查管理责任。

第二章 组织与职责

第五条 医院行风建设委员会负责典型案例闭环管理工作，各职能科室负责人履行协同保障职责，确保典型案例闭环管理工作高效、协同推进。

第六条 主要职责：

（一）审定典型案例的通报内容、范围与形式。

（二）审定重大案件的整改方案，组织验收评估。

（三）统筹协调闭环管理各环节工作，研究系统性治理措施。

第七条 行风办与纪检监察科核心职责分工：

• 行风办：受理线索、建立台账；起草并发布通报；建立“问题–措施–整改”清单，跟踪整改进度；组织编写警示教育材料。

• 纪检监察科：调查核实违规违纪线索；作出处理决定或建议党纪政务处分；制发《纪检监察建议书》，督促靶向整改；开展“一案一剖析”，深挖根源；组织开展分层分类警示教育。

第三章 闭环管理流程

第八条 流程概览：案例线索收集 → 调查核实与处理 → 内部通报曝光 → 惩戒执行与医德考评挂钩 → 根源分析与整改落实 → 警示教育与成果转化 → 跟踪评估与考核问责。

第九条 案例发现与收集：线索来源包括日常监督、信访举报、上级移交、医保反馈、自查自纠等。行风办统一登记管理，会同纪检监察科筛选确定典型案例。

第十条 调查核实与处理：纪检监察科牵头调查。处理方式包括党纪政务处分、组织处理、经济处罚、医德考评“一票否决”或降等、移送司法等。对重大案件实行“一案双查”。

第十一条 案例通报：坚持分级分类、保护隐私。

（一）内部通报：通过 OA、内部会议等，通报至各科室。

（二）向上报告：按规定向上级卫生健康行政部门报告。

（三）公开通报：情节严重、影响恶劣的，经医院党委批准后向社会通报。

通报内容需经纪检监察科审核、医院党委会审定。

第十二条 惩戒执行与医德考评挂钩：由纪检监察科、人力资源部、行风办等共同确保处分决定执行到位。违规情况必须记入医德档案，考评结果与年度考核、评优评先、职称晋升等刚性挂钩。

第十三条 根源分析与整改：

（一）深度剖析：纪检监察科牵头，从思想、制度、权力运行、监管等方面剖析根源，形成剖析报告。

（二）制发建议：根据剖析结果，向责任科室制发《纪检监察建议书》，明确整改要求及时限。

（三）清单管理：行风办实行“一案一档”，全程跟踪调度。

（四）验收销号：整改完成后，合格的销号；不合格的责令重新整改；整改不力的追责问责。

第十四条 警示教育：坚持“身边事教育身边人”。

（一）分层分类：针对院领导、中层干部、重点岗位人员、临床医务人员、新员工等开展差异化教育。

（二）形式多样：通过警示教育大会、观看专题片、案例剖析会、专题民主生活会、旁听庭审等形式进行。

（三）成果转化：编印警示材料、纳入各类培训学习内容，并将警示教育情况纳入科室考核。

第四章 附则

第十五条 本办法由行风办、纪检监察科负责解释。

第十六条 本办法自发布之日起施行。

	制度编码	JJJCK-ZD-009	制度名称	关键岗位权利清单管理制度	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	邹静蓉	内审人	华晓娟
	制度版次		制定时间	2026-01-26	修订时间	

关键岗位权力清单管理制度

为进一步明确医院关键岗位权力清单的管理制度，确保权力运行的透明、规范与高效，根据《公立医疗机构行风管理核心制度要点》要求，制定本制度。

第一章 总 则

第一条 为了规范医院关键岗位的权力运行，保障医疗安全和民众健康权益，特制定本管理制度。

第二条 本制度适用于医院内部各关键岗位，包括但不限于药品、医疗器械采购，党务、行政、人事、财务、基建、后勤、信息等岗位，以及其他存在较大廉政风险的岗位。

第三条 为进一步规范关键岗位权力运行，特制定清单化管理制度。关键岗位权力是指在医院管理工作中产出决策权、审批权、给付权、建议权等存在较高廉政风险的岗位权力。

第二章 权力清单的编制与公开

第四条 关键岗位的权力清单应由医院各职能部门根据法律法规和职责要求编制，同时列出权力运行流程图。

第五条 清单应明确列出每个关键岗位的职责、权限、权力行使的程序和条件，确保权力运行的透明度和规范性。

第六条 权力清单和权力运行流程图应在医院内网上公开，方便职工查询和监督。

第三章 权力清单的更新与调整

第七条 权力清单应根据法律法规的变更、部门职能的调整以及实际工作的需要进行定期更新和调整。

第八条 更新和调整后的权力清单应及时公开，并通知相关岗位人员。

第四章 权力行使的监督与制约

第九条 各职能部门应落实内部监管责任，强化管行业必须强监管理念，对关键岗

位权力行使情况进行定期检查和评估，对监管责任落实不力的职能部门及相关责任人，依规依纪依法追究责任人。医院纪检监察科履行监督责任，突出监督的再监督，确保监督不缺失、不泛化、不越位。

第十条 对于发现的问题和违规行为，应及时采取措施予以纠正，并依规依纪依法追究相关人员的责任。

第十一条 各职能部门要找出廉政风险点，制定对应防范措施，同时定期排查廉政风险点，发现问题及时整改。

第五章 附 则

第十二条 本管理制度自发布之日起生效，由医院纪检监察科负责解释和修订。

第十三条 本管理制度未尽事宜，按照国家有关法律法规和卫生部门相关规定执行。为进一步明确医院关键岗位权力清单的管理制度，确保权力运行的透明、规范与高效，根据《公立医疗机构行风管理核心制度要点》要求，制定本制度。

	制度编码	JJJCK-ZD-010	制度名称	医药代表接待日管理制度	级别	院级
	制定科室	纪检监察科	制定人	邹静蓉	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2023-08-01	修订时间	

医药代表接待日管理制度

第一章 总则

第一条 目的与依据

为进一步规范我院医药代表（含医疗器械、医用耗材等生产、经营企业的从业人员，下同）接待管理工作，深入治理医药购销领域商业贿赂行为，构建“亲清”守纪的院商关系，保障正常医疗秩序与学术交流，根据国家卫生健康委、国家中医药管理局《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则的通知》等相关法律法规及政策文件精神，结合医院实际，制定本制度。

第二条 适用范围

一、全院所有职工，以重点部门、关键岗位和临床及医技科室的员工为主。

二、与医院有业务往来的厂家及供应商（以下简称医药企业）代表以及物资、服务等供应商代表。

本规定所称医药代表，是指药品、耗材、器械、医疗设备等生产经销企业聘请的以生产经销企业名义到本院进行业务活动的人员。医药代表应当为药品、医疗器械等生产经销企业正式聘用人员，由生产经销企业正式授权委托在我院从事业务活动的人员。

后勤物资、服务、信息等非医药企业及其代表的院内活动，参照医药代表管理。

第三条 管理原则

一、医药代表接待管理坚持“三定三有”原则：定时、定点、定人，有预约、有流程、有记录。坚持公开透明、规范有序、监督有力，杜绝任何形式的私下接触、利益输送和违规统方行为。

第二章 医药代表备案与预约管理

第四条 备案管理

一、加强医务人员管理。医务人员参加医药企业举办的学术会议、讲座等需经所在科室及职能部门同意，科室负责人参加的需分管领导同意，并向行风办报备。

二、实行来访医药代表登记备案管理，一般每年一次，如是本年度第一次来院开展

业务，须同时填写并提交《医药代表登记备案和诚信档案表》及《医药购销廉洁承诺书》（公司盖章）。

三、如中途更换代表也应及时申请变更，未经登记备案的医药代表一律不得来院开展有关活动。

第五条 规范院内接待

一、医院设立固定的 “医药代表接待日”，实行分领域接待：

（一）药品接待日：每周二上午，接待地点为药学部指定办公室或医院指定的“阳光接待室”。

（二）医疗器械、耗材接待日：每周二、周四全天，接待地点为医院指定的“阳光接待室”或第五会议室。

（三）药品采购接待日：每周二、周四全天，接待地点为医院指定的“阳光接待室”或开标室。

（四）非接待日时间原则上不安排集中接待。特殊情况需临时接待的，须按程序严格审批。

（五）接待活动必须有本院 2 名及以上工作人员同时在场，被接待的医药代表原则上不超过 2 人。

二、医药代表需通过扫描线下预约二维码，提出申请，相关科室做好审批，对接科室做好接待登记。

三、申请内容与事先备案人员信息不一致、违反接待流程的，不予接待，并记入医药企业诚信档案。

四、明确医药代表开展业务活动范围，严禁医药代表直接在门（急）诊、住院部、检验科、医学工程处、采购中心、药学部和信息处等工作区域开展业务，未经备案的医药代表不得进入医院开展业务活动。

五、临床医务人员一律不得私自接待医药代表，否则视作违规处理。

六、厂家提供的设备维修、维护等可由职能部门人员带至临床科室，并出具维护单给职能部门留存。

第三章 监督管理与处罚

第六条 监督检查

（一）医院设立举报平台，并公示举报途径。

院内监督举报电话：0510–83318262（内线短号：8035）

院内监督举报电子平台：发邮件至电子邮箱 wxhyhfb@126.com

（二）违反本规定的，一经查实，与当年度医德考评、评先评优、晋职晋级、绩效考核等挂钩，并依纪依规给予相应纪律处理。

（三）严肃查处医务人员收受商业贿赂、违规接受捐赠、违规统方、违规私自采购使用药械等行为。严重违纪违法涉嫌犯罪的移送监察机关或司法机关处理。

（四）发现医药代表未经备案预约擅自进入医院诊疗区域、办公区域进行产品推介和促销活动，首次约谈涉事公司负责人；再次将其列入医院黑名单，禁止其两年内在医院业务活动，并且医院将终止合作。

第四章 附则

第七条 本制度由医院监察科负责解释。

第八条 本制度自发布之日起施行。院内原有规定与本制度不一致的，以本制度为准。

附件：

1.《无锡市惠山区人民医院医院医药代表备案表》

2.《医药代表接待登记表》

3.《医药购销廉洁承诺书》

附件 1：

无锡市惠山区人民医院医药代表信息备案登记表

备 案 编 号：_____ 备 案 时 间： 年 月 日

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td><td colspan="2" rowspan="4">本年内小二寸
免冠彩色
照片</td></tr>
<tr><td>民族</td><td></td><td>学历</td><td></td><td>专业</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">医药领域工作年限</td><td></td><td>现居住地</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>详细通讯地址</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="3"></td><td>微信号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在企业</td><td colspan="3"></td><td>职务</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">在本院从事产品信息</td><td colspan="7">产品具体品规：</td></tr>
<tr><td>代理期限</td><td colspan="6">20____年____月____日至20____年____月____日</td></tr>
<tr><td>所在企业确认信息
真 实 性</td><td colspan="7">_____公司确认上述医药代表及相关信息真实无误！
医药代表（签名）：
法定代表人（签名）：
单位（盖章）：</td></tr>
<tr><td>诚信记录
（由院方填写）</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="7">登记信息一旦发生变更，医药代表及所在企业均有义务立即到医院采购中心办理重新登记手续，否则，因此造成的不利后果，由医药代表和所在企业承担连带责任。</td></tr>
</table>

身份证正反面
授权书

附件 2：

医药代表接待登记表（样表）

（ ××科室）

时间	医药代表姓名	备案号	公司/厂家名称	联系电话	内容	接待人(签名)

附件 3

医药购销廉洁承诺书

为深入贯彻二十届中央纪委四次全会精神，全面落实国家、省市区卫健委医药领域腐败问题集中整治工作要求，规范医药购销行为，健全医药购销领域廉洁诚信体系，积极配合贵院（无锡市惠山区人民医院）做好医疗服务相关工作，维护公平公正、廉洁自律的医药购销市场秩序，特作如下郑重承诺：

1. 药品、医用耗材、医疗设备等生产经营企业的营销行为，严格恪守国家相关法律、法规及规章制度，坚决杜绝任何违法违纪违规及违反医药领域腐败整治要求的行为。

2. 药品、医用耗材、医疗设备等生产经营企业严格严把供应质量关口，确保所供应的药品、试剂、设备、耗材、总务后勤等各类物资，均符合国家法定质量标准，严格按照购销合同约定全面履行义务，杜绝不合格物资流入医院。

3. 药品、医用耗材、医疗设备等生产经营企业及营销人员，不得以任何理由、任何形式向医院工作人员赠送礼品、礼金、有价证券、信用卡、购物卡等各类“回扣”；不得以任何借口为医院工作人员安排宴请、免费旅游、赞助活动、报销个人费用等各类商业贿赂行为，坚决筑牢廉洁购销防线。

4. 医药代表严禁进入医院相关科室及诊疗场所，不得向医护人员、药械管理人员、职能科室工作人员及院领导推销产品；不得向医院工作人员查询药品耗材的进、销、存量及使用情况；不得以任何形式、任何方式统计处方信息，严守医院诊疗及采购工作纪律。

5. 严禁私下通过医院工作人员，销售未经医院采购职能处室集体采购、未纳入正规采购流程的药品、耗材、检验试剂、医用植入材料、医疗设备、后勤物资等各类产品。

6. 不得采取低于成本价投标或销售的方式扰乱医药市场秩序；不得相互串通价格、恶意竞争，排斥其他经营者的公平竞争，不得损害贵院及其他相关方的合法权益，维护规范有序的市场环境。

7. 严禁提供虚假证明文件，不得以弄虚作假、欺诈等任何方式骗取产品销售资格及相关利益，坚守诚信经营底线。

需要举行药品、医疗设备、医用耗材相关的宣传推广、学术讲座、会议培训、外出学习参观等活动时，必须提前向贵院履行书面申请手续，经贵院批准后方可合理安排，严禁私自邀请医院职工参加上述各类活动。

对贵院的捐赠行为，严格按照《中华人民共和国公益事业捐赠法》及医药领域相关规定执行，坚持公益属性，杜绝借捐赠名义谋取不正当利益。

积极主动配合贵院开展医药购销领域商业贿赂专项排查、调查工作，如实提供相关资料，不隐瞒、不包庇、不规避检查，全力配合整治工作推进。

如有违反上述任何一项承诺，我们自愿接受贵院作出的停止供货、取消中标资格、记入企业及医药代表诚信档案、纳入医院“黑名单”等处理，直至终止全部业务往来；同时，自愿接受执法执纪部门依法依规作出的其他处理，承担相应的法律责任。

公司名称：（加盖公章）　　联系电话：

经销企业承诺代表（签名）：　　日期：　　年　月　日

	制度编码	HFB－ZD－001	制度名称	行风管理制度	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026－04－01	修订时间	

行风管理制度

第一章 总则

第一条 为深入贯彻落实国家卫生健康行业作风建设要求，建立健全医院行风建设工作体系，明确职责分工，形成齐抓共管、常态长效的工作格局，根据《关于加强公立医院党的建设工作的意见》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）》等相关要求，结合医院实际，制定本制度。

第二条 本制度旨在构建“党委主导、院长负责、党务行政工作机构齐抓共管”的行风建设组织架构，并建立定期分析研判行风工作形势、研究解决系统性问题和主要任务的常态化机制。

第三条 本制度适用于医院所有科室、部门及全体工作人员。

第二章 院科两级行风建设与职责分工

第四条 医院行风建设实行“医院－科室”两级行风建设组织架构，层层压实责任。

第五条 医院行风建设委员会：

组　长：卢　峰　戴智勇

副组长：华晓娟　储旭东　徐太静　顾晓红　包国东　唐李丽

成　员：高佳琛　缪常伟　边逸道　邹静蓉　崔良良　郑　雄　龙　琦

邬幼萍　林　燕　周云霞　张颖卓　许　蓝　蒋维雅　朱启贯

张　凯　赵曼莉　乔傲松　杨瑞瑞　陈剑波　石　慧

领导小组下设办公室在行风办，高佳琛兼主任。

核心职责：

（一）全面领导医院行风建设工作，研究决定行风建设重大方针、重要制度、年度计划和重大问题的处理方案。

（二）审定医院行风建设长期规划、年度工作总结及向上级的重要报告。

（三）听取行风建设办公室工作汇报，指导、协调和督促各成员部门履行职责。

（四）对行风建设失职失责的科室和个人提出问责建议，并审议相关处理决定。

（五）至少每半年召开一次专题会议，分析研判全院行风形势，研究解决系统性问题和主要任务。

第六条 科室行风工作组

一、全院各临床科室、医技科室、行政职能科室均须成立行风建设工作小组

二、工作小组核心职责：

（一）每季度组织本科室开展行风警示教育、政策学习，传达行风建设委员会的工作要求；

（二）定期开展本科室行风风险自查，重点排查不合理诊疗、收费不规范、服务态度、医药代表接触等风险点，发现苗头性问题及时处置；

（三）对行风办、纪检监察科移交的问题线索，按要求在规定时限内完成整改并反馈。

第三章 责任传导与协同机制

第七条 医院推动四级责任清单：党委书记-纪委书记-中层干部-科室负责人依次签订责任书，压实责任，筑牢反腐根基：

一、医院党委书记与纪委书记及各分管院领导签订《党风廉政建设责任书》和《行风建设责任书》。

二、纪委书记及各分管院领导与所分管科室（部门）主要负责人签订《院科两级党风廉政建设责任书》和《院科两级行风建设责任书》。

三、各科室组织全体工作人员签订《科室党风廉政暨医德医风承诺书》、《科室落实九项准则承诺书》。

第八条 协同工作机制 行风办负责建立跨部门协同机制，通过定期联席会议、联合督查、信息共享等方式，确保各部门之间沟通顺畅、协作有力，共同推进行风建设任务落实：

一、定期例会制度：委员会每半年至少召开一次全体会议，由党委书记或院长召集主持。会议重点研判系统性行风风险、审议重大行风问题处置方案、协调跨部门整改难题、决策长效治理措施。

二、固化参会部门：除委员会固有成员外，纪检监察科、审计科、财务部、信息中心、医保办负责人为固定列席成员，必须参会。会议决议形成《行风建设委员会会议纪要》，作为督办和考核依据。

三、联合督查机制：委员会下设＂行风联合督查组＂，由行风办牵头，纪检监察科、医务部、护理部、医保科、药学部、医学工程部、审计科派员固定参加。督查组

根据委员会决议或日常风险研判，开展跨部门、跨领域的专项监督检查，督查报告直接报送委员会。

四、各职能部门在履行业务管理职责时，必须同步落实＂管行业必须管行风＂要求，并每季度向行风办报送本领域行风风险排查及防控情况报告。对推诿、履职不力的，由行风建设委员会进行通报并责成整改。

第九条 线索管理与联合研判：

一、畅通举报渠道：举报邮箱：wxhyhfb@126.com；举报电话：0510-83318262。

二、行风办负责建立＂行风风险线索共享电子台账＂，对所有接收的线索进行统一编号、登记。

三、行风办与纪检监察科每季度对新增线索进行联合初步研判，根据线索性质、紧急程度和风险等级，共同决定直接调查、跟踪督办、并案处理或持续监测。

四、研判过程及结论应记录在案，确保线索处置全程留痕、责任可溯。

第十条 跟踪督办与闭环管理

问题交办后，由行风建设办公室牵头，会同纪检监察科及其他相关职能科室建立联合跟踪督办机制，向责任科室发放《整改建议书》，明确整改内容与要求，督促责任科室根据问题限时制定并落实整改措施，做到跟踪问效、切实整改。

一、跟踪督办的主要方式包括：

（一）定期调度：根据《整改建议书》要求，定期调度各责任科室整改进展；

（二）现场督查：对高风险问题和整改进度滞后的科室，组织开展现场督查；

（三）约谈提醒：对整改不力的责任科室负责人，由分管院领导或纪委书记进行约谈提醒；

（四）整改验收：整改完成后，由行风建设办公室会同相关部门进行验收，验收合格的予以销号处理。

二、整改提升与长效机制：

（一）对整改过程中发现的制度漏洞和流程缺陷，相关职能部门应及时制定或修改相关制度，形成长效机制，实现“解决一个问题、完善一套制度、堵塞一批漏洞”的治理效果。

（二）形成“问题发现—问题交办—问题解决—整改提升—销号管理”的工作闭环

第四章 附则

第十一条 本制度由行风办负责解释和修订。

第十二条 本制度自发布之日起施行。

	制度编码	HFB－ZD－002	制度名称	行风情况 分析研判制度	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026－04－01	修订时间	

行风情况分析研判制度

第一章 总则

第一条 为深入贯彻全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版），严格落实“管行业必须管行风”和“谁主管、谁负责”的原则，健全医院行风建设长效机制，对发现、掌握的行风方面情况或苗头性风险问题进行专题分析研判，落实问题整改，持续提升医疗服务质量和群众满意度，制定本制度。

第二条 本制度适用于全院各科室、各部门。医院行风情况分析研判工作坚持“预防为主、问题导向、闭环管理、标本兼治”的原则。

第三条 医院履行行风建设主体责任，领导班子成员履行“一岗双责”，将行风情况分析研判工作纳入年度述职内容。

第二章 组织保障与会议机制

第四条 医院将行风情况分析研判纳入党委议事范围，由党委书记或院长主持召开专题行风情况分析研判会，班子成员及相关部门负责人参加。会议由行风办负责组织和记录，形成会议纪要。

第五条 参会部门一般包括：院领导班子成员，纪检监察科、医务部、护理部、医保科、药学部、医学工程部、财务部、审计科、信息中心、医患沟通办等相关职能部门负责人。视研判议题需要，可邀请相关科室负责人、党支部书记、护士长等列席。

第六条 建立定期和不定期分析研判机制：

（一）定期研判：每半年至少召开一次。

（二）不定期研判：对突发、紧急、敏感的行风风险情况及热点涉医网络舆情等，随时召开研判会，及时制定防控措施，确保风险和舆情化解在萌芽阶段。

第三章 会前调研与信息收集

第七条 行风情况分析研判会召开前，行风办应组织开展不少于两周的会前调

研，广泛收集行风相关信息。信息收集方式包括但不限于领导班子会前调研、座谈、谈心谈话、问卷调查、行政查房等方式，也包括网络平台有关行风舆情信息等。

第八条 会前调研应重点覆盖以下信息渠道：

（一） 患者满意度调查情况：包括门诊患者满意度、住院患者满意度、出院随访满意度等调查结果及患者意见建议；

（二） 职工满意度调查情况：包括各科室职工对医院管理、工作环境、职业发展等方面的评价；

（三） 医疗纠纷情况：涉及医疗质量管理情况、检查检验结果互认情况、特殊病人危重及疑难阶段救治情况等医疗纠纷事件；

（四） 投诉信访情况：行风热线、问题投诉、群众信访等受理及处理情况；

（五） “三重一大”事项决策落实情况；

（六） 巡视、巡察、审计反馈问题及整改情况；

（七） 职称评聘、晋职晋级、表彰奖励、重要岗位人才引进及日常人员招用、解聘、调动等与职工利益密切相关的事项；

（八） 上级部门交办的网络舆情、信访投诉等情况；

（九） 重点领域风险排查情况：包括医药购销领域（药品、耗材、设备采购等）、医保基金使用、统方管理、“红包”回扣、招标采购、基建工程、互联网诊疗等领域的风险排查结果；

（十） 信息化预警线索：包括但不限于医院信息系统（HIS）提示的统方异常查询、医保智能监控系统筛查的疑似欺诈骗保行为、药品耗材管理系统显示的科室使用量异常暴增、处方点评系统发现的不合理用药集群等由技术手段自动监测的风险数据。

（十一） 其他需要分析研判的行风情况。

第九条 医院积极创新信息收集方式，充分运用大数据、云计算、人工智能等信息化手段，提高对苗头性、倾向性风险问题的敏感性和识别能力。

第十条 在全面收集行风情况信息的基础上，行风建设办公室应会同医务、医保、纪检等相关部门对信息进行了解核实，综合研判风险问题的苗头性、客观性、误差性，第一时间将具有苗头性、倾向性的问题整理上报，便于科学决策、妥善处置。

第四章 分析研判重点领域

第十一条 分析研判会应聚焦以下行风高风险领域，逐一进行形势分析和风险评估：

（一）医药购销领域：药品、高值医用耗材、医疗设备的招标采购、目录编制、价格确定、新药申报、回款结算等环节是否存在违规行为；

（二）医保基金使用领域：是否存在重复检查检验、超限用药、低标准入院、虚假诊疗、重复收费、分解收费、超标准收费等违规行为；

（三）统方管理与“红包”回扣领域：是否存在商业目的统方、收受“红包”或回扣、假借学术会议或科研合作等形式进行利益输送等行为；

（四）医疗服务与诊疗行为领域：是否存在过度医疗、患者隐私泄露、违规多点执业、医学证明开具不规范等问题；

（五）招标采购领域：基建工程、信息化项目、后勤服务等招投标环节是否存在规避招标、利益输送等问题；

（六）人事管理领域：职称评聘、晋职晋级、岗位聘用、评先评优、人才引进及人员招用、调动等与职工利益密切相关的事项是否存在程序不规范、利益输送等问题；

（七）互联网诊疗领域：互联网诊疗活动是否与实体医疗机构诊疗科目一致，互联网处方是否合规，是否存在网络“医托”、违规发布医药广告等行为。

第十二条 每次研判会应结合当前形势和医院实际，确定若干重点研判议题，集中力量深入分析，提出针对性改进措施。

第五章 工作要求

第十三条 加强组织领导。医院党委要切实履行行风建设主体责任，党委书记作为第一责任人，亲自部署、亲自过问、亲自协调、亲自督办行风分析研判工作。

第十四条 强化部门协同。建立“纪检监察、行风、审计”等多部门联动机制，实现监督职责再强化、程序再衔接、力量再融合。行风建设办公室应加强与医务、护理、医保、药学、财务等部门的协同配合，形成工作合力。

第十五条 注重结果运用。行风情况分析研判结果及问题整改情况应与科室年度考核、中层干部考核、医务人员医德考评等挂钩，对问题整改不力、重复发生同类问题的科室和个人，依据相关规定严肃追责问责。

第十六条 严守工作纪律。参与行风情况分析研判工作的人员应严格遵守保密纪律，不得泄露分析研判过程中涉及的敏感信息和患者隐私。

第十七条 本制度自印发之日起施行，由医院行风建设办公室负责解释。此前有关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

	制度编码	HFB-ZD-003	制度名称	行风教育制度	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026－04－01	修订时间	

行风教育制度

第一章 总则

第一条 为深入贯彻落实国家卫生健康行业作风建设要求，促进全院工作人员牢固树立廉洁自律意识，筑牢拒腐防变思想防线，规范执业行为，提升服务质量，依据《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点》及上级相关文件精神，结合医院实际，制定本制度。

第二条 本制度所称行风教育，是指医院为全体工作人员开展的，以党纪党规、法律法规、职业道德、职业精神、正面典型和警示案例等为主要内容，旨在提升廉洁从业意识和职业素养的系统性、常态化教育活动。

第三条 本制度适用于医院全体工作人员，包括在编职工、合同制人员、返聘人员、进修生、实习生及第三方服务人员等。

第四条 行风教育坚持“教育在先、预防为主”的原则，融入日常、抓在经常，实现全覆盖、常态化、制度化。

第二章 组织与职责

第五条 医院行风建设委员会全面领导行风教育工作。行风办是行风教育工作的牵头管理部门，负责制度的制定、修订、组织实施、协调督导和效果评估。

第六条 各科室（部门）负责人是本部门行风教育的第一责任人，负责组织落实本科室（部门）的行风教育活动，确保人员参与、内容落实、记录完整。

第七条 党办、纪检监察科、人力资源部、医务部、护理部、药学部、医工部、科教部等职能部门根据职责分工，协同做好相关领域的专项行风教育工作。

第三章 教育内容与形式

第八条 教育内容应涵盖但不限于以下方面：

一、党纪党规与国家法律法规：包括《中国共产党纪律处分条例》、《中华人民共和国医师法》、《中华人民共和国护士条例》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》等。

二、行业准则与规范：核心是《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》及其细则，同时包括《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点》、《医务人员职业道德准则》、《医疗机构从业人员行为规范》、《医疗纠纷预防及处理条例》、《江苏省医疗卫生信用信息管理办法》等。

三、院内规章制度：《医德考评制度》、《关键岗位轮岗制度》、《利益冲突回避制度》、《学术会议活动管理制度》等。

四、职业精神与医德医风：弘扬“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的职业精神，加强服务宗旨、患者权利保护、优质服务规范教育。

五、正面典型与警示案例：学习宣传行业先进模范事迹；深入剖析医药购销领域和医疗服务中不正之风的典型案例，开展“以案说法、以案明纪”警示教育。

第九条 教育形式：

一、集中学习：通过院周会、专题培训、讲座、报告会等形式组织集体学习。

二、在线学习：利用医院内网、OA 系统、移动学习平台等，推送学习资料，组织线上课程与考核。

三、氛围营造：在医院网站首页置顶宣传、院内电子显示屏滚动播放、宣传栏、走廊等显著位置张贴海报、悬挂标语，发放学习手册，营造无处不在的宣传氛围。

四、主题活动：结合党风廉政教育月、医师节、护士节等特殊节日开展廉政书画比赛；参观廉政教育基地等活动。

五、谈心谈话：针对关键岗位、重点人员开展常态化廉洁谈话和提醒谈话。

第四章 计划与实施

第十条 计划性：行风办每年年初负责制定《年度行风教育学习计划》，明确全年各季度的学习主题、核心内容、主要形式、责任部门及时间安排。计划报医院行风建设领导小组审定后下发执行。

第十一条 常态化：

（一）全院层面：确保每半年至少组织一次全院性或分片区的集中行风教育学习活动。

（二）科室层面：各科室每季度至少组织一次专题行风教育学习，并做好记录。

（三）主要负责人牵头：医院党政主要负责人每年至少亲自牵头开展一次全院性的行风教育活动（如廉政党课、年度行风教育大会）。

第十二条 全覆盖与针对性：

（一）岗前与入职教育：将《九项准则》及行风核心制度作为新职工岗前培训、新员工入职教育的必修课程和考核内容，考核不合格者不得上岗。

（二）业务培训融入：在各专业、各层级的业务培训、继续教育中，必须融入相

关的行风教育和廉洁从业内容。

（三）关键岗位重点教育：对涉及药品、医疗器械、耗材、试剂、物资等采购、管理、使用的人员，以及人事、财务、基建、信息、招标等重点部门、重点岗位人员，必须增加教育频次，开展重点教育、专项培训和常态化谈心谈话。纪检监察科、行风办应建立关键岗位人员廉洁教育档案。

第五章 督导与考核

第十三条 行风办联合纪检监察科、人力资源部等部门，定期对各科室行风教育落实情况进行督导检查，检查内容包括学习记录、签到、照片、试卷、效果评价等。

第十四条 将行风教育参与情况、学习效果纳入科室年度党风廉政暨医德医风建设考核，以及医务人员医德考评和个人年度考核范畴。

第十五条 对行风教育组织不力、流于形式、人员参与率低的科室，予以通报批评并责令整改；对无故不参加行风教育或考核不合格的个人，视情节给予批评教育、补课、暂缓晋升等处理。

第六章 附则

第十六条 各科室可依据本制度，结合自身特点制定具体的落实细则。

第十七条 本制度由行风办负责解释。

第十八条 本制度自发布之日起施行。原有相关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

	制度编码	HFB-ZD-004	制度名称	关键岗位轮岗制度	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	刘方琳	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026－01－26	修订时间	

关键岗位轮岗制度

为提高医院规范化管理水平，加强廉政风险防控机制建设，强化对重点岗位人员权力运行的制约和监督，根据相关规定（《党政领导干部选拔任用工作条例》《党政领导干部交流工作暂行规定》《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》）制定本制度。

第一条 重点岗位定义：

一、具有一定决策权的领导岗位；

二、 具有药品、设备、耗材等采购和管理，基建、项目和经费审批，干部选拔任用、人才引进以及审计、监察等重要职能的重点部门负责人；

三、负责药品、医用设备、医疗器械、医用耗材、检验试剂、物资等采购人员，各类库房保管人员，财务部门专管员等具有重要管理职权的关键岗位；

四、其他履行管理职权存在较大廉政风险的岗位。

第二条 重点岗位轮岗方式及年限

一、本制度所称轮岗，是指根据工作需要和廉政风险防控要求，对重点岗位人员有计划地进行调整。

二、轮岗形式：包括分工调整、人员换岗、业务范围变更等。

三、实施节奏：每年轮岗调整比例不低于应轮岗重点岗位总数的 20%，通过 3 年左右周期实现全覆盖。

四、特殊岗位：对确需长期任职的特殊技术岗位，经党委会审批后可豁免或延长年限，但必须建立更严格的多岗位监督制约机制，并实施专项廉政风险自查和调整分工等措施。

具体见关键岗位轮岗年限规定一览表：

部门	重点岗位	轮岗要求
人力资源部	负责人	连续任职最长不超过 10 年。
	招聘岗	原则上每 3 年进行轮岗或分工调整，连续任职最长不超过 5 年。
护理部	手术室库管岗	原则上每 3 年进行轮岗或分工调整，连续任职最长不超过 5 年。
	门诊手术库管岗	
科教部	科研项目审批岗	连续任职最长不超过 10 年。
药学部	药房库管岗	原则上每 3 年进行轮岗或分工调整，连续任职最长不超过 5 年。

财务部	财务部负责人	连续任职最长不超过 10 年。
	其它岗位	原则上每 3 年进行内部岗位轮换，在同一业务领域连续任职最长不超过 5 年。
招标办	招标岗	原则上每 3 年进行轮岗或业务分工调整，连续任职最长不超过 5 年。
医学工程部	负责人	连续任职最长不超过 10 年。
	耗材采购岗	原则上每 3 年进行轮岗或业务分工调整，在同一领域连续任职最长不超过 5 年。
	库房管理岗	
信息中心	密钥管理岗、权限管理岗	原则上每 3 年进行权限重整或分工调整，需建立 AB 角互审机制，在同一领域连续任职最长不超过 5 年。
总务部	物资采购岗、工程管理岗	物资采购岗：原则上每 3 年轮岗，最长不超过 5 年。 工程管理岗：同一项目周期内不调，同类岗位连续任职最长不超过 5 年。
	基建管理岗	同一项目周期内原则上不调整，在同一类项目管理岗位连续任职最长不超过 5 年。

第三条 人员要求

（一） 重点部门负责人和关键岗位人员，必须要求政治素质好，具有从事该岗位必备的资格条件，一般应未受过党纪政纪处分或违法违规相关处罚，医德医风考评等各类考核评价情况良好。

（二） 属干部选拔任用的，应符合干部选拔任用相应条件。

（三） 夫妻、直系亲属不得在同一高风险部门任职，轮岗时需主动申报利益关联。

第四条 实施流程

（一）需求评估（每年3月）：

人力资源部联合纪检监察科梳理岗位风险等级、任职年限，形成《重点岗位轮岗需求清单》。

（二）党委决策（每年4月）：

党委会审议轮岗名单，重点考察廉政记录、年度考核、专业匹配度。

（一）公示与谈话（每年5月）：

公示 5 个工作日，由党委书记、分管院领导开展任前谈话及廉政谈话。

（二）工作交接（15日内完成）：

《重点岗位轮岗交接清单》需经审计科、财务科、纪检监察科三方纸质签字确

认，重点交接未完结项目、经费、档案。

（三）跟踪评估（轮岗后6个月）：

人力资源部组织 360 度测评（上级、同级、下级、服务对象），将测评结果纳入干部档案。

（四）豁免人员经党委会商议后，进行豁免人员廉政风险自查。

第五条 保障措施

（一）过渡期支持：轮岗人员享受 6 个月“管理适应期”，原绩效待遇不变。

（二）培训赋能：轮岗前需完成“廉政风险防控”、“新岗位业务能力培训”等，避免胜任力不足。

（三）考核激励：轮岗期间考核为“优秀”者，优先纳入院级后备干部库；考核不合格者延长轮岗期或降职。

第六条 监督与问责

（一） 重点岗位轮岗工作在院党委统一领导下，由党办、人力资源部具体负责实施，纪检监察科负责监督。

（二） 党办、人力资源部做好重点岗位相关信息统计和管理工作并报纪检监察科备案，按轮岗要求定期制定轮岗计划和方案报院长办公会、党委会讨论研究，按要求做好人员调配、干部考察等相关工作。

（三） 纪检监察科在监督检查、执纪问责等工作过程中，发现重点岗位人员存在相关问题，不适宜担任重点岗位的，应及时向院党委报告情况并提出轮岗建议。党办、人力资源部按院长办公会、党委会研究意见，及时做好重点岗位轮岗工作。

（四） 遇上级有关规定作出调整，本制度与上级要求不符的，按上级规定执行。

惠山区人民医院2025年度重点岗位轮岗需求清单

序号	岗位名称	科室	现任人员	任现职时间	风险等级	是否满轮岗年限	建议轮岗方向	最晚启动时间	备注（特殊说明）
1				年月日		是（6年7个月）		年月日	涉及高值耗材管理，需轮岗至非采购岗等等

I 级（极高）：涉及人财物核心权力（采购、财务、基建等）；

II 级（高）：存在业务壁垒或廉政风险（医保、信息等）。

惠山区人民医院2025年度重点岗位轮岗交接清单

序号	项目	交接内容
1	文件资料	岗位职责说明书、工作流程手册 未办结的重要文件、审批事项及进度说明 年度工作计划、总结及专项工作报告 合同、协议、招投标文件等关键文档 内部管理制度、操作规范及风险防控记录
2	财务及资产交接	经手的预算、报销、资金支付等财务台账 固定资产、耗材库存及设备管理清单 供应商／合作单位往来账目及未结算款项 密钥、U盾、系统权限等财务工具
3	信息系统及数据交接	业务系统账号、密码及操作权限 未完成的数据录入、统计报表及分析材料 信息化项目进展、运维记录及待解决问题
4	工作关系交接	内部协作部门及联系人清单 外部合作单位（供应商、医药代表等）对接信息 未解决的投诉、纠纷及处理建议
5	其他重要事项	廉政风险点及防控措施说明 待跟进的重点项目或突发应急事项 上级部门或医院领导交办的临时任务

交接声明：

本人确认以上内容已完整移交，无隐瞒或遗漏。

移交人：_____ 日期：_____

接收人：_____ 日期：_____

监交人：_____ 日期：_____

惠山区人民医院2025年度重点岗位轮岗测评表

测评对象：_____　　测评时间：___年___月___日

原岗位：_____　　轮岗后岗位：_____

测评人身份：☐上级 ☐同级 ☐下级 ☐服务对象

第一条 廉政与职业操守（权重30%）

指标	评价要点	评分（1–5分）	备注
廉洁自律	无收受红包、回扣、利益输送等记录		
利益回避	主动申报亲属关系、关联交易		
权力规范使用	无越权审批、暗箱操作等行为		

第二条 岗位胜任力（权重30%）

指标	评价要点	评分（1–5分）	备注
专业能力	对新岗位政策法规、业务流程的掌握程度		
决策与执行	重大事项决策科学性、执行效率		
风险防控	发现并规避管理漏洞的能力		

第三条 团队协作（权重20%）

指标	评价要点	评分（1–5分）	备注
跨部门沟通	主动协调资源、化解矛盾的表现		
下属培养	指导下属、授权分工的合理性		
文化融合	适应新部门工作风格、价值观的情况		

第四条 服务意识（权重20%，仅服务对象填写）

指标	评价要点	评分（1–5分）	备注
服务效率	对临床/患者需求的响应速度		
服务态度	沟通耐心、无推诿扯皮现象		
流程优化	简化办事环节、创新服务举措的案例		

第五条 开放式问题

（一） 您认为该同志轮岗后最大的改进是什么？

（二） 需重点关注的风险或不足？

评分说明

5 分：远超预期；4 分：符合预期； 3 分：基本达标；2 分：待改进；1 分：不合格。

匿名提交：测评表由纪检监察科密封汇总，结果仅向党委会及本人反馈。

备注：

1. 上级评价需由分管院领导及科室正职共同完成；
2. 服务对象评价从临床科室、患者代表、供应商中随机抽取 10 人；
3. 评分低于 3 分的指标需附具体事例，否则视为无效评价。

豁免人员廉政风险自查确认表

核心监督维度	自查要点		证明材料/说明	监督部门复核意见
权力运行规范	1.1 是否严格按岗位职责与授权范围履职?	□ 是 □ 否	（例：提供近 3 个月的关键业务台账或系统日志索引）	□ 符合 □ 不符合
	1.2 所有关键业务操作（如审批、采购、数据操作）是否均有完整、可追溯的记录?	□ 是 □ 否		
制度纪律遵守	2.1 是否熟知并严格遵守《九项准则》及医院相关廉洁制度?	□ 是 □ 否	（例：提供最近一次《廉洁从业承诺书》或培训记录）	□ 符合 □ 不符合
	2.2 近一年内是否有任何违纪违规行为或被投诉举报?	□ 是 □ 否		
利益冲突回避	3.1 是否已按制度进行利益关联申报?	□ 是 □ 否	（例:提供《利益冲突申报表》或相关事项的回避记录）	□ 符合 □ 不符合
	3.2 工作中是否主动回避了涉及本人或亲属利害关系的事项?	□ 是 □ 否		
外部交往合规	4.1 与供应商、合作方等交往是否均在指定场所、按规定进行?	□ 是 □ 否	（例：提供合规的接待登记记录或说明）	□ 符合 □ 不符合
	4.2 是否从未收受过可能影响公正履职的礼品、宴请、赞助等?	□ 是 □ 否		
财务业务合规	5.1 经手的财务报销、合同支付等是否真实、合规、凭证齐全?	□ 是 □ 否	（例：提供近期经审计的报销单据号或库存盘点报告）	□ 符合 □ 不符合
	5.2 负责管理的物资、设备、数据等是否账实相符，无异常?	□ 是 □ 否		
监督机制有效	6.1 岗位设置的 AB 角、双人复核等监督机制是否实际运行?	□ 是 □ 否	（例：提供 AB 角工作记录或最近一次廉政谈话记录）	□ 符合 □ 不符合
	6.2 是否按要求接受了廉洁谈话和教育，并如实报告个人有关事项?	□ 是 □ 否		
岗位责任人声明：本人确认以上自查内容属实，并承诺在豁免期间持续保持廉洁自律，主动接受监督。　　签字：　　日期：				
监督部门综合结论：基于自查与复核，该人员在本次核查期内 □ 未发现廉政风险 □ 存在风险需整改（另附说明）。　　签字：　　日期：				

	制度编码	HFB-ZD-005	制度名称	医务人员医德考评制度	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	郑龙蛟	内审人	华晓娟
	制度版次	修订（第 7 次）	制定时间	2012.04.01	修订时间	

医务人员医德考评制度

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，以考核记录医务人员的医德医风状况为内容，以规范医疗服务行为、提高医疗服务质量、改善医疗服务态度、优化医疗环境为重点，强化教育，完善制度，加强监督，严肃纪律，树立行业新风，构建和谐医患关系，更好地为广大人民群众的健康服务。依据有关法律、法规和规章的规定，以及《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》等规定，特制定本制度特制定本制度。

第一条 考评范围

全院医师、护士及其他卫生专业技术人员（以下统称医务人员）。

第二条 考评的主要内容

（一）救死扶伤，全心全意为人民服务。

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

2. 增强工作责任心，热爱本职工作，坚守岗位，尽职尽责。

（二）尊重患者的权利，为患者保守医疗秘密。

1. 对患者不分民族、性别、职业、地位、贫富都平等对待，不得歧视。

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

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

（三）文明礼貌，优质服务，构建和谐医患关系。

1. 关心、体贴患者，做到热心、耐心、爱心、细心。

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

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

（四）遵纪守法，廉洁行医。

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

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. 不违反规定外出行医，不违反规定鉴定胎儿性别。

6. 严格遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，自觉抵制各类违规违纪行为。

（五）因病施治，规范医疗服务行为。

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和措施。

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。

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

2. 正确处理同行、同事间的关系，互相尊重，互相配合，取长补短，共同进步。

（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，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。

第三条 医务人员在考评周期内，经查实存在下列情形之一的，实行医德考评‘一票否决’，直接认定为较差等次，且其年度考核相应定为不称职或不合格：

（一） 存在医药领域腐败行为，如收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员给予的回扣、提成等不正当利益的；

（二） 发生群众身边不正之风和腐败问题，造成恶劣影响的；

（三） 参与欺诈骗取医疗保障基金的；

（四） 发生严重医德医风问题，如医疗服务态度恶劣造成严重后果、利用职务之便牟取不正当利益等。

具体情形参照本制度第五条，第三点之规定执行。

第四条 考评的主要方法

医德考评要坚持实事求是、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、定期考核等工作相结合，纳入医院管理体系，每年进行一次。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。考评工作分为三个步骤：

（一）自我评价。医务人员各自根据医德考评的内容和标准，结合自己的实际工作表现，实事求是地进行自我评价。

（二）科室评价。在医务人员自我评价的基础上，以科室为单位，由科室考评小组根据每个人日常的医德行为进行评价。

（三）单位评价。由医院的医德考评小组组织实施，根据自我评价和科室评价的结果，将日常检查、问卷调查、患者反映、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评价。

第五条 医德考评结果及其应用

一、医德考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。

二、医德考评要严格坚持标准，被确定为优秀等次的人数，一般在本单位考评总人数的百分之十，最多不超过百分之十五。

三、医务人员在考评周期内有下列情形之一的，医德考评结果应当认定为较差：

（一）在医疗服务活动中索要患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的；

（二）在临床诊疗活动中，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；

（三）违反医疗服务和药品价格政策，多记费、多收费或者私自收取费用，情节严重的；

（四）隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料的；

（五）不认真履行职责，导致发生医疗事故或严重医疗差错的；

（六）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；

（七）医疗服务态度恶劣，造成恶劣影响或者严重后果的；

（八）其他严重违反职业道德和医学伦理道德的情形。

四、考评结果要在本单位内进行公示，并与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。

五、医德考评结果为优秀或良好的，年度考核方有资格评选优秀；医德考评结果为较差的，年度考核为不称职或不合格。医务人员定期考核中的职业道德评定，以医德考评结果为依据。考核周期内，有一次以上医德考评结果为较差的，认定为考核不合格，按照有关法律、法规和规章的规定处理。执业医师的医德考评结果，按照《医师定期考核管理办法》的规定报送执业医师定期考核机构，同时报送医师执业注册的卫生行政部门。

第六条 工作要求

（一）加强领导，健全组织

医院成立医德考评工作领导小组，具体负责组织考评工作。

组　长：卢　峰

副组长：戴智勇　华晓娟　储旭东　徐太静　顾晓红　包国东

唐李丽

成　员：高佳琛　缪常伟　边逸道　邹静蓉　崔良良　郑　雄

龙　琦　邬幼萍　林　燕　周云霞　张颖卓　许　蓝　蒋维雅

朱启贯　张　凯　赵曼莉　乔傲松　杨瑞瑞　陈剑波　石　慧

领导小组下设办公室在行风办，高佳琛兼主任。

（二）提高认识，明确责任

各科室各病区要充分认识医德考评制度对于加强医德医风建设、提高医疗服务水平、纠正行业不正之风的重要意义，将此项工作与医院管理工作紧密结合起来，成立机构，精心组织、明确分工、落实责任。

各科室各病区要成立医德医风建设领导小组，实行科主任护士长负责制。指定专人负责，确保医德考评工作顺利进行。

（三）加强督查，抓好落实

医院医德考评工作领导小组办公室将定期到各科室各病区进行督导检查，强化落实对医德考评制度工作情况的监督指导，及时发现问题，总结经验，不断完善，确保考评工作取得实效。

（四）强化教育，夯实基础

医院力资源部、医务部、护理部、科教部及各科室在组织岗前教育、入职培训、业务培训和继续教育时，必须将《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》及本医德考评制度作为必修内容，并进行考核，考核结果作为医德考评的参考依据之一。

	制度编码	HFB-ZD-006	制度名称	重大行风问题请示汇报制度	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026－04－01	修订时间	

重大行风问题请示汇报制度

第一条 目的

为规范医院重大行风问题的请示汇报工作，确保信息畅通、处置及时，根据上级要求及医院实际，制定本制度。

第二条 范围

本制度适用于全院各科室、部门及全体工作人员。行风办是请示汇报的归口管理部门。

第三条 重大行风问题界定

发生以下情形之一，必须启动请示汇报：

一、涉及医药购销商业贿赂、利益输送，可能构成典型案件的。

二、发生严重违反《九项准则》行为，造成恶劣影响或媒体曝光的。

三、引发重大医疗纠纷或群体性事件，且根源与行风问题直接相关的。

四、上级审计、检查指出的系统性、严重性行风管理漏洞。

五、上级机关直接批办或督办的重大行风问题线索。

六、其他可能严重危害医院声誉或公共安全的事件。

第四条 报告原则与流程

一、原则：统一归口、及时准确、安全保密。

二、流程：

（一）即时报告：发现部门或个人须在 1 小时内向本科室负责人和行风办（或总值班）口头报告。

（二）初步研判：行风办会同纪检监察科等迅速核实，2 小时内形成《重大行风问题初步报告》。

（三）院内审批：报告报分管院领导审批；特别重大报党委书记、院长审批。

（四）正式上报：经审批后，行风办起草正式报告，由主要领导签发。

1. 紧急事件：24 小时内上报。

2. 非紧急重要事件：3 个工作日内上报。

（五）续报与反馈：处置中有重要进展需续报；上级有指示需落实并反馈。

第五条 职责分工

（一）行风办：负责受理、研判、起草、上报及台账管理。

（二）纪检监察科：负责涉及违纪违法问题的独立核查与监督报告。

（三）科室负责人：本科室信息报告第一责任人。

第六条 责任追究

对迟报、漏报、瞒报、谎报，或因报告处置不当造成严重后果的，依规严肃处理；构成违纪违法的，移送有关部门。

第七条 附则

本制度由行风办负责解释，自发布之日起施行。

	制度编码	HFB-ZD-007	制度名称	“红包”、礼品（礼金）登记、上交制度	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026－04－01	修订时间	

“红包”、礼品（礼金）登记、上交制度

第一章 总则

第一条 为进一步规范医院工作人员的从业行为，坚决制止收受“红包”、礼品、礼金等违法违纪行为，强化医德医风建设，根据国家卫生健康委《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、《江苏省卫生厅关于医疗服务中索要和收受回扣、“红包”行为的处理规定》及医院《医务人员医德考评制度》、《职称聘任管理办法》等规定，结合医院实际，制定本制度。

第二条 本制度适用于医院全体工作人员，包括医师、护士、药学技术人员、医技人员、行政管理人员、后勤服务人员以及在本院提供服务的第三方机构人员等。

第三条 本制度所称“红包”、礼品、礼金，是指工作人员在执业活动中，收受或可能收受的患者及其亲友、医药生产经营企业及代理人、业务往来单位或个人等，以各种名义赠送的现金、有价证券、支付凭证和贵重物品等。

第二章 登记与上交规定

第四条 严禁收受与主动上交

（一） 医院工作人员在执业活动中，不得索取或收受“红包”、礼品、礼金。因各种原因未能当场拒收的，必须在收受之日起 24 小时内（遇节假日顺延）主动上交至行风办。

（二） 对逾期不报告、不上交的，一经查实，无论数额大小，一律视为收受处理。

第五条 特殊情况处理

（一） 工作人员经医院批准，外出参加学术会议、考察、学习等公务活动，期间所收受的礼品、礼金，参照第四条规定执行。

（二） 在医疗活动中，对于患者出于感激之情、难以当场谢绝的“红包”，医务人员可先行接收，但应在 24 小时内为患者代缴住院费、治疗费等，并将缴费凭证交患者或其家属，同时将情况报科室负责人，并到行风办登记备案。

（三） 各科室应建立《“红包”、礼品（礼金）退还／上交登记本》，对退还或代缴的情况进行详细记录，并请患者或其家属签字确认。

第六条 外请专家费用规范

凡需外请专家会诊、手术，须事先征得患者或其亲友同意。所需费用中应由患者承担的部分，必须由患者本人或其亲友直接交付外请专家。严禁本院医务人员以任何形式和名义代收、代转此类费用，否则按收受“红包”行为论处。

第三章 管理与处置

第七条 登记管理

（一） 行风办对接收的“红包”、礼品、礼金及有价证券，应指定专人负责，建立《“红包”、礼品（礼金）上交登记台账》，详细记录上交人、时间、物品名称、数量、金额、来源及处理情况。

（二） 接收的现金及有价证券，应及时存入医院指定账户或上交市纪委指定部门。

（三） 接收的礼品，应妥善保管，定期按相关规定进行处置。

第八条 信息保密与保护

医院对主动登记上交“红包”、礼品、礼金的人员情况予以保密。任何部门和个人不得因工作人员按规定登记上交而对其进行刁难或打击报复。

第四章 监督与责任追究

第九条 监督机制

（一）医院行风办负责本制度执行情况的监督检查。

（二）畅通投诉举报渠道，鼓励患者、群众和社会各界对违反本制度的行为进行监督举报。举报邮箱：wxhyhfb@126.com；举报电话：0510-83318262。

（三）对举报人信息严格保密。

第十条 责任追究

对违反本制度的行为，一经查实，将视情节轻重，依据医院《医务人员医德考评制度》、《职称聘任管理办法》、《员工奖惩条例》及相关规定，对当事人进行严肃处理，并可合并使用以下处理方式：

（一）医德考评“一票否决”：在医疗服务活动中索要患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的，医德考评结果直接认定为“较差”。

（二）年度考核与绩效挂钩：医德考评结果为“较差”的，其年度考核为不称职或不合格，并按规定扣发绩效工资。

（三）职称聘任限制：聘任前三年内出现“医德医风考评 1 次不合格”情况的，不得参与职称聘任竞岗，予以缓聘。

（四）执业资格处理：执业医师的医德考评结果为较差的，按规定报送定期考核机构，可能影响其定期考核结果。

（五）经济与纪律处分：责令退还或追缴违规所得；进行诫勉谈话、通报批评；扣除绩效奖金；降聘专业技术职务；暂停执业活动；构成违纪违法的，给予党纪政务处分或移送司法机关处理。

（六）从重处理：对索要或暗示索要“红包”、礼品、礼金的，从重处理。

对违反规定的处理决定，需经院长办公会、党委会集体研究。

第五章 附则

第十二条 本制度如与国家法律法规或上级政策规定相冲突的，以国家法律法规和上级政策规定为准。

第十三条 本制度由医院行风办负责解释和修订。

第十四条 本制度自发布之日起施行。

	制度编码	HFB-ZD-008	制度名称	社会行风监督员制度	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	郑龙蛟	内审人	华晓娟
	制度版次		制定时间	2025-11-04	修订时间	

社会行风监督员制度

第一条 医院聘请有代表性的社会各界人士为医院行风监督员。

第二条 每年定期或不定期召开座谈会，并通过座谈会、微信、电子邮件等多种形式征求意见和建议。邀请监督员不定期对医院的行风建设、医疗服务等方面进行明查暗访。

第三条 对监督员提出的意见和建议，要有记录，并逐条落实提出整改意见，及时反馈给有关人员。对意见中属于情况不明或一时解决有困难的应做好解释工作，以求得共识和谅解。

第四条 行风监督员的权利和职责

（一）有权对医务人员的职业道德、医疗服务质量等进行检查和监督。

（二）广泛听取、了解、收集群众和服务对象对医院医疗、服务、行风等方面的意见和建议，及时通过口头、电话或书面形式向医院反馈。

	制度编码	HFB-ZD-009	制度名称	行风约谈制度	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026－04－01	修订时间	

行风约谈制度

第一条 目的

为切实加强行风建设，树立医院良好形象，本着“立足教育、着眼防范、关口前移、主动监督”的原则，切实做到早警戒、勤提醒、常监督，根据《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《医疗机构从业人员行为规范》内容，特制定行风约谈制度。

第二条 范围　适用于全院

第三条 定义

本制度所称约谈，是指医院科室或个人发生违反行风建设规定及有关法律法规情形时，医院领导、相关职能部门对相关科室负责人或当事人实施的约谈，就发生的问题进行警示谈话，指出问题、提出处理建议、责令其整改纠正。

第四条 有下列情形之一的，医院将对相关科室负责人或当事人进行约谈：

一、廉洁从业与利益输送类

（一）违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《医疗机构从业人员行为规范》，收受或索要患者“红包”、礼品礼金、宴请的；

（二）收受药品、耗材、设备等供应商回扣、提成，或以“学术赞助”、“讲课费”等名义变相受贿的；

（三）为商业目的“统方”，或违规向医药代表泄露统方数据、患者信息的；

（四）牟利转介患者，通过介绍患者到其他单位检查、治疗或购买医药产品等收取提成的；

（五）违规接受社会捐赠资助，或参与医药产品、食品、保健品等商品推销活动的；

（六）违规接触医药代表，未执行“三定一有”规定，或私自允许医药代表进入诊疗区域的。

二、诊疗行为与医保基金类

（一）违反“合理检查、合理用药、合理治疗”规定，实施过度医疗、无指征诊疗的；

（二）套取、骗取医保基金，存在虚假住院、分解收费、重复收费、串换诊疗项目等违规行为的；

（三）违规采购、使用药品和高值医用耗材，或违规私自采购使用医药产品的；

（四）泄露患者隐私，违规传输、倒卖医疗数据或患者个人信息的。

三、重点领域与内部管理类

（一）在基建工程、后勤服务、信息化建设等招标采购中，存在围标串标、利益输送的；

（二）在人事招聘、职称评聘、评优评先中搞利益交换，或私设“小金库”、违规发放津补贴的；

（三）存在学术不端行为，如虚报冒领科研经费、伪造科研数据、论文抄袭的。

四、责任落实与作风纪律类

（一）科室负责人落实“一岗双责”不力，对行风工作失职渎职，导致科室发生严重行风问题或造成不良影响的；

（二）未及时处理相关投诉、举报，推诿扯皮，或对投诉举报人打击报复的；

（三）利用号源、床源、紧缺耗材等医疗资源谋取私利，破坏就医公平的；

（四）在互联网、社交平台违规发布医疗广告、泄露隐私或发表不当言论，造成不良社会影响的；

（五）存在酒驾、赌博等违法违纪行为，或严重违反职业道德、社会公德、家庭美德的

（六）其他违反国家法律法规、行业规范及医院行风建设制度，需要约谈的情形。

第五条 行风约谈的程序和方式：

一、行风约谈由医院领导和相关职能科负责实施；

二、行风约谈一般采取个别谈话的方式进行，也可以采取集体谈话的方式进行。

第六条 约谈人应遵循的要求：

一、实事求是，客观公正，不徇私情；

二、谈话前做好充分准备，熟悉有关情况，确保谈话具有针对性和实效性，谈话要注意方式方法，尊重、维护约谈对象的合法权益；

三、约谈时谈话人不得少于两人，并做好谈话记录；

四、严格遵守保密纪律，不得向约谈对象泄露投诉举报人的基本情况及反映材料等具体信息，注意保护投诉举报人的合法权益。

第七条 约谈对象应遵循的要求：

一、 应按照约定的时间、地点接受约谈，不得借故推诿、拖延，确有特殊原因不能按时参加约谈的，需事先提出，并及时进行补谈；

二、如实陈述说明，正确对待组织的批评和帮助，不得隐瞒、编造、歪曲事实和回避问题；

三、不得事后追查甚至打击报复谈话人、信访举报人。

第八条 行风办负责对行风建设约谈事项整改落实情况进行监督检查。

一、对未按要求整改或经综合评估未达到整改要求的，将对科室负责人或当事人进行再

次约谈。

二、对行风约谈后不整改问题或整改措施不到位的，在群众中造成不良影响的，将按照有关规定，对相关责任人予以责任追究。

三、约谈情况将记入医德医风档案，与医德考评、评先评优、晋职晋级、岗位聘用直接挂钩。并视情节和影响程度，给予政纪、党纪处理。

	制度编码	HFB–ZD–010	制度名称	转介患者管理规定	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026 – 04 – 01	修订时间	

转介患者管理规定

为规范患者转介流程，确保医疗安全，保障患者获得连续、高效、安全的医疗服务，制定本制度。

一、适用范围

本制度适用于我院工作人员将门急诊或者住院患者转介到其他医疗机构就诊（包括检验检查）的管理。

二、转介基本原则

1. 患者利益为先：转介应以患者利益为核心，确保患者获得连续、高效、安全的医疗服务。

2. 就近转介：优先选择距离较近的医疗机构进行转介。

3. 充分告知：临床医生应充分履行告知义务，不得欺瞒患者，严禁以谋取个人利益为目的，通过线上或线下途径引导患者到指定医疗机构就诊或检验检查。

4. 分级诊疗：根据患者病情严重程度和复杂程度，按照分级诊疗的理念合理选择转介医疗机构。符合双向转诊条件的患者，应优先转介到医联体内的其他医疗机构。

三、转介条件及要求

1. 诊疗能力不足：因本院诊疗能力、技术水平或设备条件限制，无法解决的疑难病例需转至具有相应诊疗能力其他医疗机构。

2. 超出本院诊疗范围的：患者疾病超出本院诊疗范围的需转诊至具有对应诊疗范围的医疗机构。

3. 患者主动要求：非急危重症患者主要要求转介至其他医疗机构诊治的，接诊医生应在病历中注明要求转介的情况。

4. 医保患者转诊：医保患者的转院或转外地诊治事项，应按医保部门有关规定执行。

四、执行要求

1. 除患者就诊的经治医生外，任何人员不得为患者办理转诊手续。任何人员不得以任何形式或理由，向患者推荐或引导其前往其他医疗机构就诊。

2. 执行多点执业的医生，禁止在本院诊疗期间介绍、引导或转介患者至其多点执业机构。

五、监督措施

行风办定期根据行风线索进行排查，对于私自违规转介患者或按照规定办理转诊但有不当谋利的行为，一经发现，按照《无锡市惠山区人民医院医师不良执业行为积分考核管理办法》《员工奖罚条例》严肃处理。有多点执业资质的医师违反上述规定向其多点执业机构转介患者的，一经查实取消多点执业资格并严肃处理。

	制度编码	HFB-ZD-011	制度名称	专业技术人员权责管理制度	级别	院级
	制定科室	行风办	制定人	高佳琛	内审人	华晓娟
	制度版次	制定	制定时间	2026－04－01	修订时间	

专业技术人员权责管理制度

为进一步加强公立医疗机构管理，规范专业技术人员执业行为，保障医疗服务的公平性、公正性和合法性，根据相关法律法规和行业规范，结合我院实际情况，制定本制度。

一、不得利用工作便利谋取不正当利益

（一）挂号管理

建立公平、透明的挂号系统，杜绝医务人员为利益相关人员插队、预留特殊号源等违规行为。对挂号流程进行严格监控，定期审查挂号记录，发现异常及时处理。

（二）床位安排

完善床位协调制度，医院床位协调工作由医院床位协调工作由医务部（总值班）负责管理，做到全院床位统一调配、合理利用。根据患者病情的紧急程度和治疗需要合理有序收住门急诊患者。严禁专业技术人员利用职务之便为亲友或其他利益相关人员优先安排床位，谋取不正当利益。

（三）紧缺药品和耗材管理

对紧缺药品和耗材实行严格的管理制度，确保按照临床需求和规定程序使用。医务人员不得违规为利益相关人员预留或优先使用紧缺药品和耗材。

（四）评审评价

建立公正、客观的评审评价机制，明确评审标准和程序。禁止医务人员在评审评价过程中为利益相关人员提供特殊照顾或影响评审结果的公正性。

二、不得违规开展行业相关产品宣传

医务人员不得利用医院、科室、职务、职称以及影响力，未经单位授权擅自为行业相关产品进行宣传。因工作需要参与产品宣传活动，必须事先向医院相关职能部门报备，并确保宣传内容真实、准确、合法，不得夸大产品效果或误导公众。严禁在宣传中收受企业或个人的贿赂、回扣等不正当利益。

三、监督与奖惩

（一）监督机制

设立行风办，负责对医务人员的执业行为进行日常监督和检查。同时，建立投诉举报渠道，鼓励患者和社会各界对违规行为进行监督和举报，并对举报人予以保护。

（二）奖励机制

对于遵守本制度、表现优异的医务人员，给予表彰、奖励和晋升机会。树立模范榜样，宣传其正面事迹，激励其他人员效仿。

（三）惩罚机制

对违反本制度的医务人员，根据《无锡市惠山区人民医院员工奖惩条例（2026 年版）》相关规定予以处罚。构成犯罪的，依法移送司法机关处理。

四、附则

（一）本制度如与国家法律法规或上级政策相冲突，以国家法律法规或上级政策为准。

（二）本制度由行风办负责解释和修订。

（三）本制度自发布之日起施行。

	制度编码	FWB-ZD-001	制度名称	法务部工作制度	级别	科级
	制定科室	法务部	制定人	吴晓峰	内审人	吴晓峰
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2024.11.29	修订时间	2024.11.29

法务部工作制度

一、法务部人员应恪守法律法规，勤勉尽责，保障医院运营及对外合作的内容合法合规。

二、对医院运营过程中出现的法律问题，及时提出整改意见避免可能出现的法律风险。

三、及时、高效办理相关法律事务，不得无故拖延。

四、保守履行职务过程中获悉的医院商业秘密和患者个人隐私，不得随意泄露。

五、不得超越委托权限处理法律事务或利用委托代理身份从事与本职工作无关的活动。重大事项必须及时请示、报告医院分管院领导和医院主要负责人。

六、不得故意曲解法律法规和政策规定，不得内外勾结损害医院利益。

七、法务部人员必须遵守医院其他规章制度。

	制度编码	RLZYB-ZD-002	制度名称	惠山区人民医院 职工年度考核制度	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2015-05-08	修订时间	

职工年度考核制度

一、凡本院工作时间满半年者， 均需参加当年度考核。

二、年度考核的内容包括德、 能、 勤、 绩、 廉五个方面， 重点考核履行岗位职责的工作实绩。考核流程： 个人自评， 科室评定， 部门负责人签署意见， 最后年度考核领导小组审核确定。

三、 一级科室科主任（含以副代正的副职， 科室负责人）， 在个人自评， 群众测评的基础上， 由各条线分管领导进行评议，考核聘任领导小组最后评定。

四、 考核评定等级为： 优秀、 合格、 基本合格、 不合格四个等级。优秀人员原则上控制在参加考核人员 20%以内， 授嘉奖和记功人员原则上控制在优秀人员总数之内。在管理人员、专技人员和工勤技能人员中合理确定优秀等次人员，适当向本院主体岗位（卫生专业技术）倾斜。

五、医德考评结果为优秀或良好的，年度考核方有资格评选优秀；

六、 继续教育未达标的专业技术人员不得评定为“合格”等级及以上。

七、 当年病（产）假超一个月、进修超三个月以上、来院时间不满半年的不具备评优资格。

八、经医院办公会合议认定的以下行为，个人年度考核认定为基本合格或不合格：

（一）和患者及家属吵架或被自媒体曝光服务问题，个人年累计大于 2 次， 个人年度考核基本合格， 大于 4 次， 个人年度考核不合格。

（二）被患者合理投诉（含服务态度、 服务质量等）， 个人年累计大于 3 次， 个人年度考核基本合格； 大于 5 次， 个人年度考核不合格。

（三）经查实有违反医疗机构工作人员廉洁从业九项准则者，个人年度考核不合格。

（四）医德考评结果为较差的，个人年度考核不合格。

九、考核结果存入个人档案， 作为个人考核成绩、 组织考察备考资料。

十、年度考核领导小组

组　长：卢　峰 戴智勇

副组长：华晓娟　储旭东　徐太静　顾晓红 唐李丽　包国东

组　员：林　燕　边逸道 缪常伟　邹静蓉　龙　琦　邬幼萍 杨瑞瑞　郑　雄　张　凯

秘　书：高佳琛

	制度编码	RLZYB-ZD-003	制度名称	惠山区人民医院 员工聘用管理制度	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 5 次）	制定时间	2012-05-01	修订时间	2026-04-01

员工聘用管理制度

第一章　总　则

一、为进一步加强医院人事管理， 使医院人事管理工作规范化、 制度化和有章可循， 明确员工的权利和义务，增强员工责任感、 归属感， 特制定本制度。

二、适用范围：

（一）医院员工聘用管理在遵照国家和地方政府、 卫生行政部门相关法律法规的前提下， 均依据本制度执行。

（二）本制度所称员工， 指医院合同制、 聘用制及协议用工等所有工作人员。

第二章　人员招录和聘用

一、各科室、 部门因工作需要增加人员时， 应先提出书面申请， 经相关职能部门审核， 院领导批准同意后， 统一纳入医院年度招聘计划，并组织招录事宜。

二、新增人员必须经过理论考试、 或技能考核、 或面试合格，并经体检合格后方可录用，根据实际情况选择其中一种或多种方式进行考核， 由院部及相关职能科室共同组织实施。

三、新增人员分为应届毕业生、 调入人员、 协议用工人员三种： 其中毕业人员和调入人员实行试用期 2 个月， 试用期工资根据最高学历确定； 作为技术骨干、 学科带头人等引进人员可另行约定试用期及待遇； 协议用工试用期 1 个月， 试用期工资按照岗位确定。试用不合格者在试用期满即解除劳动合同。

四、毕业人员

（一）一经录用， 医院与其签订一年期的书面劳动合同书， 以书面形式确立双方的权利义务。

（二）第一合同周期内及取得执业资格前为见习期，见习期内取得执业资格或见习期考核合格的，医院与其续签劳动合同。见习期内考核不合格、或者首次执业资格（医、护、药、技等卫生技术岗位）考试不合格者，即解除劳动合同，同时不享受当年度年终

满勤奖及绩效考核奖。

（三）需参加住院医师规范化培训的人员， 如在一个周期内未能取得合格证， 则延期一年（延长期内除基本工资外， 不享受其他待遇）， 仍不能达到要求的， 解除劳动合同。

（四）见习期内享受见习工资， 见习工资根据毕业学历确定， 具体规定为：大专3200 元/月； 本科 4000 元/月； 研究生 4500 元/月。

（五）除护理岗位外的卫技人员见习期满后享受绩效考核工资， 第一年的前半年享受 50%的奖励性绩效工资， 后半年享受 75%的奖励性绩效工资， 第二年开始享受全奖；护理岗位见习期满后，第一年享受 70%奖励性绩效工资，第二年开始享受全奖。

（六）研究生学历且取得执业资格的毕业人员， 试用期满后享受绩效考核工资，第一年的前半年享受 50%奖励性绩效工资， 后半年起享受全奖。

（七）已取得住院医师规范化培训合格证的人员， 试用期合格后享受全奖。

（八）员工试用期及见习期间， 其社保及公积金按最低基数缴纳， 全部由医院承担。

五、调入人员

（一）调入人员经试用合格后方可调入。

（二）调入人员确定聘用关系后， 按规定享受绩效考核工资。

（三）聘为初级职称的调入人员， 试用期满后的前半年享受 50%的奖励性绩效工资， 后半年开始享受全奖。

（四）聘为中级以上职称的调入人员， 试用期满后享受全额奖励性绩效工资。

（五）作为学科带头人引进的调入人员另行约定工作内容、劳动报酬及其他条款。

（六）有工作经历， 但未取得执业资格、 未通过执业医师规范化培训的调入人员视同毕业人员处理。

六、协议用工人员

（一）一经录用， 医院与其签订一年期的书面劳动合同书， 以书面形式确立双方的权利义务。

（二）协议用工人员享受协议工资， 协议工资根据所在岗位确定， 具体有一站式服务中心、 病案室、 超声科、 放射科、 健康管理中心、 挂号收费、 后勤保障、 供应室、 内镜中心、 急救分站、 中药房、 食堂等岗位； 工资待遇 3500 元/月–4000 元/月。协议用工人员院龄工资≥12 个月增加 30 元/月。除食堂外，其余岗位上述工资中的1000 元作为考核奖发放。

（三）对于从事消毒工作的协议员工， 如取得消毒资格证， 可在年底一次性奖励500 元。

七、员工社会保险及公积金缴纳规定：

（一）员工社会保险从签订合同当月起缴；

（二）有工作经验员工公积金从签订合同当月起缴，其余人员公积金从次月起缴，工作年限达 1 至 5 年（包括 5 年），公积金按 8%缴纳，第 6 年起按 12%缴纳。

（三）协议用工人员，公积金按 8%的比例缴纳，个人部分自己承担。

八、试用期、见习期内有下列情形之一，视作试用、见习考核不合格：

（一）伪造学历或其它各种证书；

（二）伪造简历或工作经历；

（三）隐瞒病史或受伤经历；

（四）隐瞒和其他单位存在劳动关系；

（五）不能完成工作任务，或达不到岗位职责要求，或非工伤原因不能正常履行劳动义务（累计平均每月病假天数 7 天以上；累计平均每月事假天数 2 天以上；旷工 1 天以上）；

（六）不服从科室工作安排或拒绝完成医院交办的指令性任务；

（七）违反廉洁从业“九项准则”等行为；

（八）三基理论考试或操作考核不合格；

（九）因个人原因引起病人投诉或医疗纠纷经查实确有过错，累积超过 2 次；

（十）试用期考核，科室满意度测评低于 80%（测评人数必须≥科室总人数的 3/4）；

（十一）有其他违反国家法律法规和医院规章制度的行为。

第三章 解除和终止聘用关系

一、医院应依法保护员工合法权益，履行劳动（聘用）合同约定事项，如有违反，员工可依法维护个人权益。

二、员工有下列情况之一的，医院可以解除聘用关系，医院解除员工聘用关系应按照《劳动合同法》程序进行：

（一）严重违反医院规章制度的；

（二）严重失职，营私舞弊，给医院造成重大损害的；

（三）劳动者同时与其他用人单位建立劳动关系，对完成本单位的工作任务造成严重影响，或者经用人单位提出，拒不改正的；

（四）被依法追究刑事责任的；

（五）不能胜任工作，经过培训或调整工作岗位仍不能胜任工作的。

（六）在试用期间被证明不符合录用条件的。

（七）因以欺诈、胁迫的手段或者乘人之危，使医院在违背真实意思的情况下订立或者变更聘用合同的；或提供虚假学历、资格证明等致使合同无效的。

三、员工辞职须至少提前 1 个月以书面形式提出申请，经医院批准并办理完相关

交接手续后方可离院， 否则医院可以全额扣除未支付的绩效考核工资。

四、员工未做满全年提出辞职的或被辞退的， 不享受年终发放的满勤奖励性绩效考核工资。

五、员工为医院服务期不足双方协议中所约定的时间提出辞职的，须向医院缴纳违约金。违约金包括医院为其所提供的专项培训、 进修、 继续教育、 学术活动、 考察、特殊津贴、 科研活动经费及由此而产生的路费、 住宿费、 补贴等费用：

第四章　附　则

一、本制度自发布之日起施行， 医院可根据工作需要， 对本制度进行修订， 经院长办公会议批准后实施。

二、本制度未作规定， 但医院另有规章制度涉及人事聘用管理的， 按相关规定执行； 与本制度之规定相冲突的， 以本制度的规定为准。

三、本制度 2026 年 5 月 1 日起执行， 由人力资源部负责解释。

四、附表 《惠山区人民医院员工辞职申请表》

附表

惠山区人民医院员工辞职申请表

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td>所在部门</td><td></td><td>入职时间</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>申请
日期</td><td>年　月　日</td><td>计划正式
离职日期</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>离职
类型</td><td colspan="3">□试用期内离职；　□合同期内离职；
□合同到期；　　□其他</td></tr>
<tr><td>离职原因</td><td colspan="3">本人签名：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">审
批
栏</td><td colspan="2">部门负责人意见：</td><td>签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">分管部门意见：</td><td>签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">院领导意见：</td><td>签名：</td></tr>
</table>

注：请用 A4 纸打印后，手签姓名！

	制度编码	RLZYB-ZD-004	制度名称	惠山区人民医院人事管理制度与程序	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2015-05-08	修订时间	

人事管理制度与程序

第一节　总则

为进一步完善人事管理，根据国家有关《事业单位人事管理条例》、《事业单位工作人员处分暂行规定》和《中华人民共和国劳动合同法实施条例》等劳动人事法规、政策，制定本制度。

一、医院执行国家有关劳动保护法规，在劳动人事部门规定的范围内使用并招收员工，实行劳动工资和人事管理制度。

二、医院人力资源部，负责医院的人事计划、新职工岗前培训、奖惩、劳动工资、劳保福利等各项工作的实施，并办理职工的录用、聘用、商调、解聘、辞职、辞退、除名、开除等各项手续。

三、对住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待。

第二节　编制及定编

一、医院各临床科室、医技科室、职能部门用人实行定岗、定编、定员。

二、医院各临床科室、医技科室、职能部门的岗位设置、编制、调整或撤销，由人力资源部依据编办、人社局专技办和主管部门核准数，报院长办公会批准后实施。

三、因工作及业务发展需要、各临床科室、医技科室、职能部门需要增加编制的，必须按程序申请，写明申请理由并上报院长办公会通过后执行。

第三节　人员准入

根据医院发展规划和实际工作需要，按照机构和人员定编设岗方案，为满足医院对各类人才的需要，有计划地吸收和引入人员。

一、准入原则：公开、公平、公正、全面。

二、准入计划：医院相关业务部门和临床、医技、护理各条线根据需要提出本科室、

本部门的用人计划，人力资源部根据用人计划制定比较详尽的人才需求清单，内容包括岗位名称、数量、职称、资历、履历、特殊要求等有关内容。

三、准入渠道：国家在编调入；人才市场招聘；大中专应届毕业生招聘；职工介绍招录。

四、准入人员具备以下条件：

（一）年满 18 – 45 岁（特殊岗位除外），身体健康。

（二）遵纪守法，具有良好的政治素质和职业道德。

（三）专业技术岗位和技术工人岗位，必须具有适合本岗位需要的文化程度和能力水平及准入资格，并按国家相关规定执行。

五、准入人员需医院通过考试（面试）合格后，经医院研究决定同意录用并且体检合格，由人力资源部按医院规定程序办理上岗手续。

六、新职工正式上岗前，必须先接受培训。

七、试用期考核规定

（一）试用期时间：新进人员试用期二个月。

（二）试用期考核：

1. 员工试用期满前 15 天，人力资源部将《新职工试用期考核情况表》及《录用审批表》发送本人填写。

2. 用人科室进行民主测评，测评人员≥本科室总人数的 3/4。

3. 合格标准：民主测评“同意”转正占 80%，视为合格，否则为不合格。

（三）结果审批：试用期考核合格的人员，办理转正定岗手续；试用期考核不合格人员，在试用期满前通知本人，并予以解聘，开具《解除聘用合同证明书》。

（四）试用人员如品行不良，成绩欠佳或无故矿工，可随时停止试用。

（五）试用人员报到时应提交以下材料：身份证、毕业证（学历学位）、执业证书、资格证书、原单位解除劳动合同等原件及复印件，医院体检表。并将上述归并入个人电子文档。

八、凡有下列情况者不得录用：

（一）被剥夺政治权利，判处刑罚或受通缉者；

（二）品性恶劣，被单位开除者；

（三）患有精神病或传染病及体检认定不合格者；

（四）未满 18 周岁者。

九、准入人员一经正式录用，即与其签订聘用合同或劳动合同，双方必须共同遵守合同条例，聘用合同和劳动合同在人力资源部备案。

第四节　人事聘用

为深化医院人事制度改革，推动医疗事业的发展，进一步健全完善我院现行的用人制度，合理地配置和利用人力资源，特规定如下。

一、在编人员聘用按照惠办发[2011]48 号《惠山区事业单位岗位设置管理实施意见》和惠卫[2012]20 号《惠山区卫生事业单位岗位设置管理和聘用工作若干问题的处理意见》规定执行。

（一）在市人社局核准的岗位数内，首次岗位聘用，按专业技术岗位聘用基本年限要求聘用，医院与受聘者签定聘用合同，聘期三年。首次聘用完成后，取得专业技术资格的人员按实际空缺岗位数竞聘上岗。

（二）聘用合同使用无锡市人力资源和社会保障局统一印制发放的合同文本，一式二份，盖医院公章及法人章后生效。

二、编外人员聘用按照《中华人民共和国劳动合同法》规定执行。

（一）医院根据各科核定的编制，按照科学合理、精简效能的原则设置岗位，按照岗位的职责和聘用条件，通过考试或者考核以及公开招聘的方法择优录用工作人员。

（二）劳动合同使用无锡市人力资源和社会保障局统一印制的《全日制聘用劳动合同》合同文本，一式三份，合同期满，岗位需要、考核合格、双方愿意者，可以续签合同。

（三）首次及续订期限惯例：对于新招录人员，首次劳动合同期限通常为 2 年。续订时，双方可协商确定合同期限。

三、续订程序：当期合同期满前三十日，医院应将是否续订劳动合同的意向书面通知乙方。双方同意续订的，应在本合同期满前办理完毕续订手续。

四、聘用双方权利

聘用方：

（一）有权招聘和聘用选择权。对聘用、任职期间发生严重问题或不称职时，有权随时罢免（履行解聘手续）。

（二）员工在职期间，未向本单位报备，参加外院事业单位公开招聘，单位有权拒绝后续政审等相关工作事宜。

被聘用方：

（一）有辞职、应聘、拒聘的权利。

（二）辞职必须提前一个月向聘用方呈辞职报告，未经批准不得擅离职守，否则聘用方有权追究应聘方赔偿一切损失。

五、专业技术岗位（卫生技术人员除外）人员，来院后三年内未取得相应职称，调整其岗位等级至专技十三级。

六、设立院长、科主任、护士长等职务津贴。

（一）单位正职领导 320 元/月；单位副职领导及享受领导待遇的人员 280 元/月；

（二）职能科室正职、内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、重症医学科正职 55 元/月；

（三）职能科室副职、内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、重症医学科副职及其他临床、医技科室正职、护士长 45 元/月；

（四）其他临床、医技科室副职，副护士长 40 元/月；

（五）团委书记 40 元/月、副书记 35 元/月，委员 30 元/月；

（六）党支部书记 40 元/月、副书记 35 元/月，委员 30 元/月。

以上职务津贴就高发放。

第五节　人事调动

人员调动必须坚持岗位工作需要，专业对口，按正常程序办理。

一、院外调转

（一）外单位人员要求调入我院必须是岗位专业急需人员，调入对象需由相关职能部门考核，评定后递交院办公会议讨论通过。

（二）凡属院外调来或应届毕业生到本院工作人员。一律到人力资源部报到，院长办公会根据医院科室需要，研究决定分配到有关科室。并人力资源部发通知单，分配人员持通知单到科室报到。

（三）要求调出人员，由本人提出书面申请，所在科室负责人签署意见后报相关职能部门、主管院长签署意见，一般人员由院长审批并签署调出意见，卫生技术人员中主治医师以上、科主任、护士长由院长办公会审批并由院长签署调出意见，最后由人力资源部办理调出手续。

（四）调入、分配、进修返回医院工作及在职读研人员，5 年内不准调离医院，否则，按医院有关规定支付违约金。

二、院内调动

（一）科主任（副主任）、护士长（副护士长），一般不宜调动，如确因工作需要调动，由主管院长、医务部、护理部提出建议，医院党委会讨论批准。

（二）医生及其它专业比较强的医务人员，由医务部提出建议，会同人事与有关科室商定后，报分管业务院长，医院党委会讨论批准。

（三）护士：由护理部提出建议，会同人事与有关科室商定后，报分管业务院长，，医院党委会讨论批准。

（四）非卫生技术人员：由相关科室提出建议，会同人力资源部与有关科室商定后，报分管院长，院长办公会讨论批准。

（五）临时支援、替补、抽调医务人员，由医务部或护理部提出建议，行政人员由分管院长提出建议，征求有关人员意见后，由院长批准。

三、外出会诊由医务部负责抽调有关人员。

第六节　人事工资福利待遇

一、编内人员工资标准按照国家标准执行。

二、编外人员参照编内人员月工资标准。

根据我院实际情况及无锡市生活水准，录用新人员工资标准具体如下：

（一）试用期工资根据毕业学历确定，具体规定为：大专 3200 元/月；本科 4000 元/月；硕士研究生 4500 元/月。

（二）协议用工人员协议工资根据岗位确定，具体规定为：一般岗位 3500 元/月；特殊岗位 4000 元/月，协议用工院龄工资为 30 元/年。

三、职工其他工资福利标准：

（一）职工绩效工资由基础性绩效和奖励性绩效组成。基础性绩效工资根据惠区人医[2012]8 号《惠山区人民医院关于绩效工资的实施办法》发放，奖励性绩效工资依据医院当年度奖励性绩效工资核算方案执行。除协议用工外，编外正式员工与编内聘用人员享受同等待遇。

（二）医院按照国家要求给予全体员工参加社会保险待遇，签订劳动合同与聘用合同者享受同等待遇。

（三）根据医院实际情况给予全体员工福利待遇，签订劳动合同与聘用合同者享受同等待遇。

第七节　辞职、 辞退、 开除

医院有权辞退不合格的职工，职工有辞职的自由。但均须按本制度规定履行手续：

一、职工与医院签订劳动合同后，双方都必须严格履行合同。职工不得随便辞职，用人科室不准无故辞退本科室职工。

二、合同期内职工辞职的，必须提前 1 个月向医院提出辞职报告，由用人科室签署意见，经领导批准后，由人力资源部给予办理辞职相关手续。

三、在编在册人员要求调离本医院，必须经所在科室同意，报主管职能部门同意，院领导审批后，才能按程序办理调动手续。

四、职工未经批准而自行离职的，医院不予办理任何手续。给医院造成损失的，应承担赔偿责任。

五、职工或用人科室认为其现工作不适合的，可向人力资源部申请在医院内部调换另一种工作。在调换新工作半年后仍不能胜任工作的，医院有权予以解聘、辞退。

六、职工必须服从医院安排，遵守各项规章制度，凡有违反并经教育不改者，医院有权予以解聘、辞退。

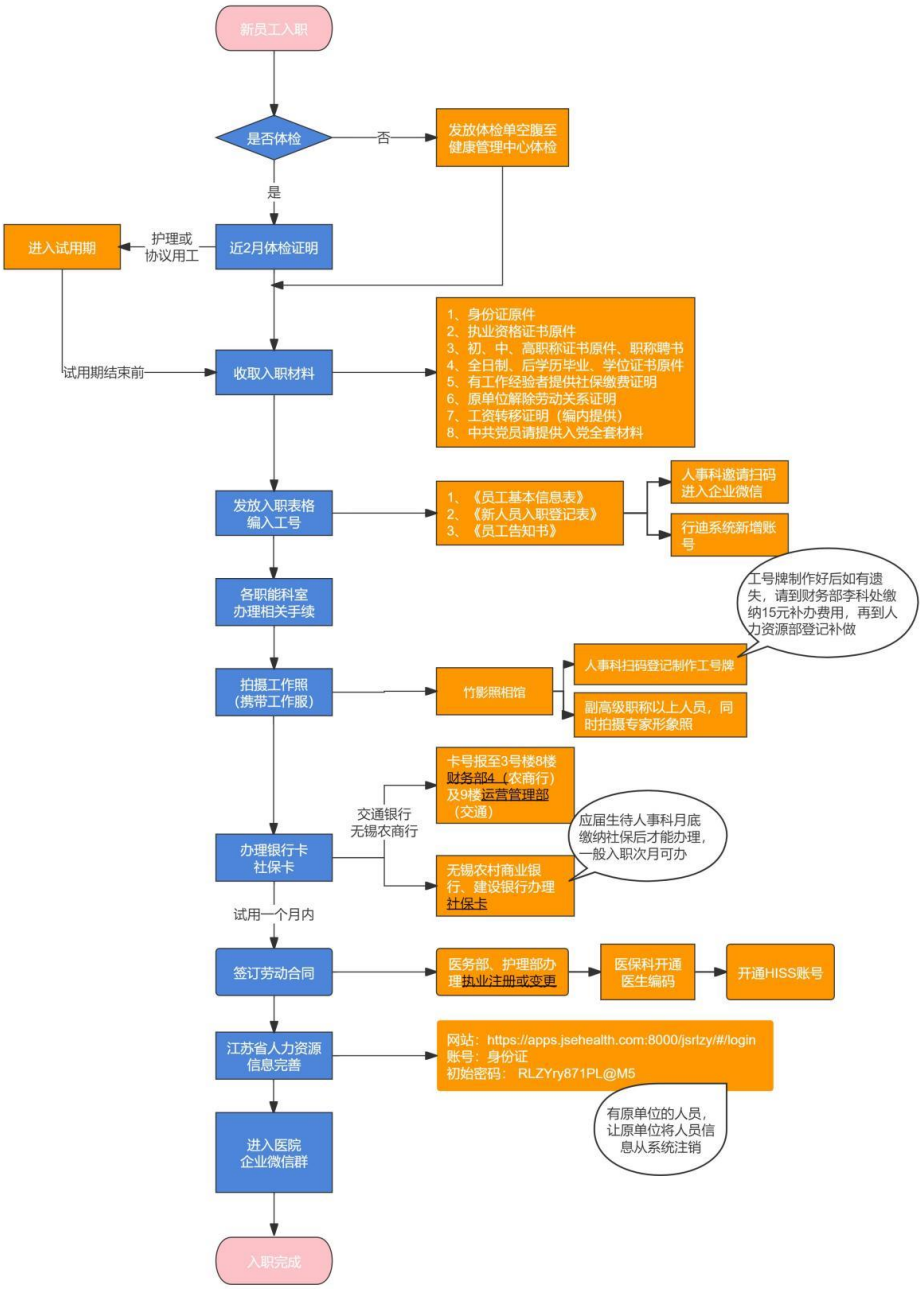
七、医院对辞退职工持慎重态度。用人科室无正当理由不得辞退合同期未满的职工。确需辞退的，必须填报“员工辞退审批表”，提出辞退理由，经人力资源部核实，经领导批准后，通知被辞退的职工到人力资源部办理辞退手续。未经人力资源部核实和领导批准的，不得辞退。

八、劳动合同期满，合同即告终止。职工或医院不续签合同的，到人力资源部办理终止合同手续。

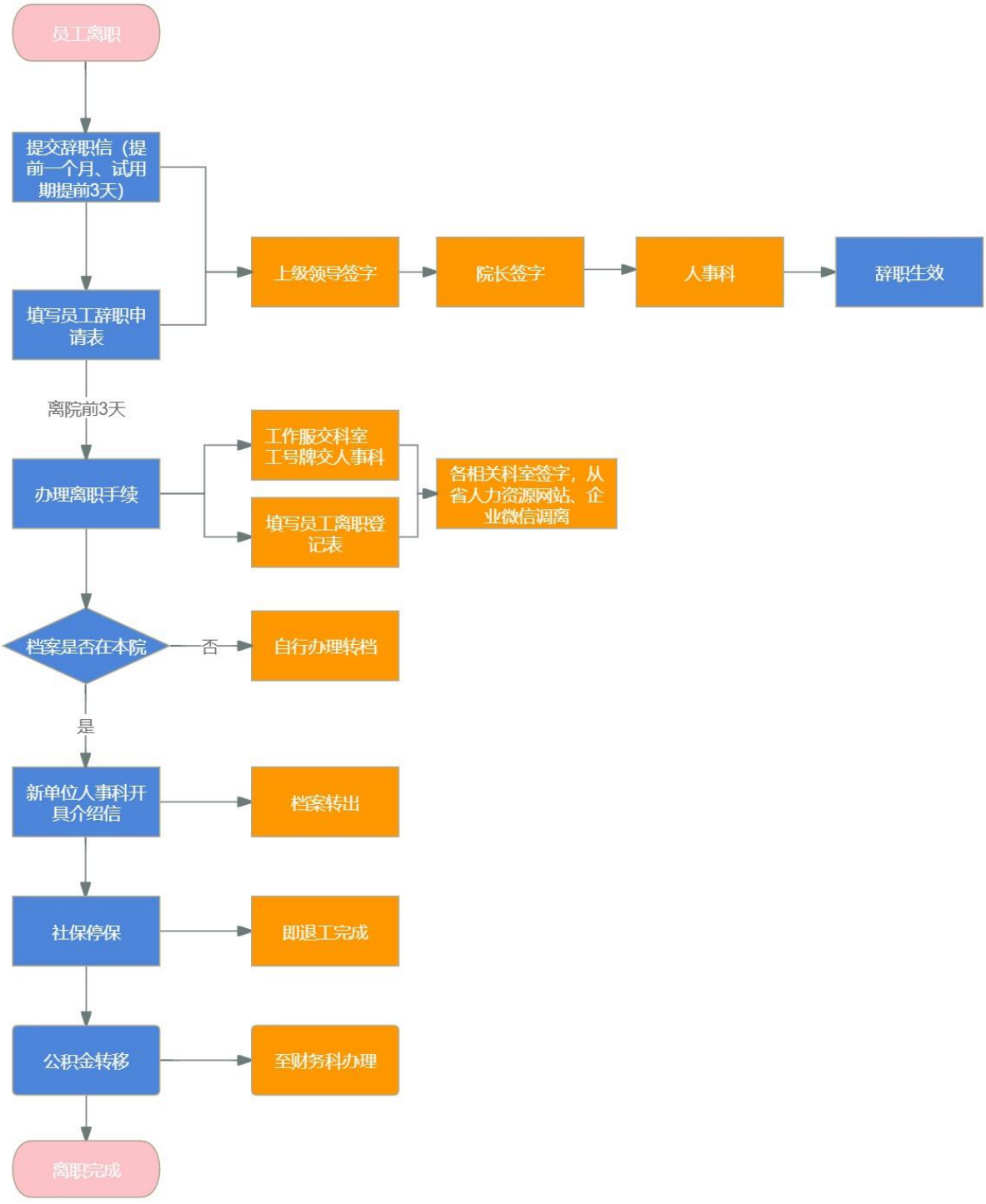
九、职工违反规章制度、后果严重或者违法犯罪的，医院有权予以开除。

十、职工辞职、被辞退、被开除或终止聘用或解除合同，在离开医院以前，必须交还医院的一切财物及业务资料。否则，人力资源部不予办理任何手续，给医院造成损失的，应承担赔偿责任。

第八节 员工入职、 离职手续办理流程图



注： 1、医院相关制度，由信息科授权后登陆OA网站自行学习
2、护士入职需通过护理部考核方能办理入职手续，协议用工或特殊岗位先试用后办理入职手续



本制度由人力资源部负责执行并解释。

	制度编码	RLZYB-ZD-005	制度名称	惠山区人民医院 职工辞退制度	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 2 次）	制定时间	2017-11-30	修订时间	

职工辞退制度

辞退职工，是指单位依照有关规定，解除单位与职工之间的任用关系。

一、职工有下列情形之一的，单位可予以辞退：

（一）年度考核被确定为不合格，又不服从组织另行安排的；

（二）连续两年年度考核被确定为不合格的；

（三）单位或单位科室调整、撤消、合并或缩减编制人员额需要调整工作，本人拒绝安排的；

（四）旷工或无正当理由逾期不归连续超过 3 天，或者全年累计超过 7 天的；

（五）病假、事假期间从事兼职工作或有严重违纪违规行为，经教育无效的；

（六）严重违反劳动纪律，给单位造成恶劣影响或经济损失的，又不宜给予开除处分的；

（七）违反工作制度或操作规程，发生责任或技术问题，造成较大经济损失或造成极坏影响的；

（八）无理取闹，恐吓威胁单位领导，严重影响工作秩序和社会秩序的；

（九）有其他严重错误的；

（十）患有非本职工作引起的疾病或非因公负伤，医疗期满后，经医疗部门证实身体不适、不能胜任本职工作的；

（十一）符合《劳动合同法》或《人事管理条例》中规定的下岗待聘、解聘之条件，但其不按规定办理有关解聘手续的。

二、职工有下列情形之一的，不得辞退：

（一）从事接触职业病危害作业，未进行离岗前职业健康检查的；或者疑似职业病病人在诊断或者医学观察期间的。

（二）在本单位患职业病或者因工负伤并被确认丧失或者部分丧失劳动能力的。

（三）患病或者非因工负伤，在规定的医疗期内的。

（四）女职工在孕期、产期、哺乳期的（俗称“三期”）。

（五）在本单位连续工作满十五年，且距法定退休年龄不足五年的。

（六）法律、行政法规规定的其他情形。

三、审批程序：

（一）根据单位的辞退情形，实事求是地对照员工的现实能力、表现或某些特定的事实，提出辞退建议，填写附表一：“员工辞退审批表”（简称“审批表”）；

（二）科室负责人接到“审批表”后，调查了解相关情况，进行条件审查，如果符合辞退条件，签署意见后报人力资源部；

（三）人力资源部回收“审批表”后，必须与拟辞退员工谈话，了解拟辞退员工的思想反应和意见，根据事实情况确认是否需要辞退。如确认需辞退的，人力资源部主任、医务部长、护理部主任或其它相关职能科长联合签署辞退意见，并通知工会。如属不应辞退的，与科室负责人沟通后，协商安排工作；

（四）“审批表”报分管院长，院长办公会讨论通过后批准，人力资源部通知员工办理相关辞退手续。

四、完成以上流程的时限要求：

（一）科室负责人收到“审批表”后，在 2 个工作日内做出明确答复；

（二）人力资源部收到“审批表”后，在 3 个工作日内做出明确答复，相关人员联合签署意见后，将“审批表”报分管院长，院长办公会讨论；

（三）院领导签署意见后，人力资源部在 5 个工作日内协调解决问题。

五、附则本规定自签署之日起生效，此前与此相抵触的规定自动失效。本规定由人力资源部负责解释和修改。

附表一：

员工辞退审批表

<table>
<tr><td>工号</td><td></td><td>姓名</td><td></td><td>部门</td><td></td><td>身份证号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">申请日期</td><td colspan="3">年　月　日</td><td>计划正式
离职日期</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">辞退原因</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="4">审批栏</td><td colspan="4">部门负责人意见：</td><td>签名：</td></tr>
<tr><td colspan="4">分管部门意见：</td><td>签名：</td></tr>
<tr><td colspan="4">人力资源部意见：</td><td>签名：</td></tr>
<tr><td colspan="4">院领导意见：</td><td>签名：</td></tr>
</table>

	制度编码	RLZYB-ZD-006	制度名称	惠山区人民医院职工休假、 考勤管理制度	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2012-05-01	修订时间	

职工休假、考勤管理制度

第一章　总 则

一、为确保职工正确履行岗位职责，维护职工休息休假权利，调动职工工作积极性，根据国家、地方相关法律法规及部门规章制度，制定本制度。

二、本制度所指职工指医院合同制、聘用制、协议用工等所有工作人员。

第二章　带薪年休假

一、职工累计工作已满 1 年不满 10 年的，年休假 5 天；已满 10 年不满 20 年的，年休假 10 天；已满 20 年的，年休假 15 天。职工工作年限（按实）累计满 1 年、10 年、20 年后，从次月起享受相应年休假天数。

二、职工年休假必须严格履行请假手续，在年休假单上进行登记审批，无故不请假的事后不得用年休假抵冲。年休假必须提前一周书面申请（特殊情况可以提前一天申请，但限休 1-3 天），经本科室负责人批准并报人力资源部审核备案。

三、职工有下列情形之一的，不享受当年的年休假：

（一）累计工作满 1 年不满 10 年的职工，请病假累计 2 个月以上的；

（二）累计工作满 10 年不满 20 年的职工，请病假累计 3 个月以上的；

（三）累计工作满 20 年以上的职工，请病假累计 4 个月以上的。

（四）职工已享受当年的年休假，又出现上述情况的，则不享受下一年度的年休假。

四、当年调入人员或退休人员的年休假按实际上班天数折算。

五、职工年休假期间待遇：国家法定休假日、休息日照常享受；享受与在岗同等的基本工资、津贴补贴及绩效工资。

六、年休假由科室根据实际情况进行安排，以不影响科室工作为原则；年休假可以分段安排，年休假必须当年安排休完，如确因工作需要当年不能安排休完年休假，经领导同意后按医院规定给予相应补贴。

第三章　病事假

一、职工因病请假必须经本院相关专科科主任诊治并出具病假证明，本院未设专科须由三级医疗机构诊治并出具病假证明，病假 1 个月以上人员，同步提供病历材料，包含且不限于病历记录、检验检查报告单等，人力资源部进行备案后，方可按病假休息，否则视为无效，休病假时间与病假条开具时间一致。

二、病假期满仍需续假的，必须重新提交病假证明。

三、非本院医疗机构病假证明必须同时递交急诊病历（或住院通知单）、诊疗检查报告或缴费发票等相关证明材料。

四、病假期间不享受法定节假日，病假工资待遇按相关政策执行。（注：一口价待遇人员病假≤5 天，其病假待遇为应发待遇的 95%；病假大于 6 天小于 10 天（包括 10 天），其病假待遇为应发待遇 90%；病假大于 11 天小于 20 天（包括 20 天）其病假待遇为应发待遇的 85%，病假≥21 天，其病假待遇为应发待遇的 80%。）

五、进入长病假职工，须每 3 个月内至少来院内进行一次复查，否则按相关规定进行处理。职工病假期间要以休息为主，切实保障身体健康，如利用病假期间进行有偿劳动造成病情严重者将取消医疗期待遇。

六、职工因事请假必须由本人提前一周书面申请（特殊情况可以提前一天申请），说明事假具体事由，由科室先行审批，科室审批同意的报人力资源部审核同意后方可休假。事假期限每次一般掌握在 5 天以内。

七、事假期间不享受法定节假日；全年累计事假不得超过 15 天，事假期间不享受奖励性绩效工资；超过 15 天的，不享受年终满勤绩效工资及绩效考核奖；超过 30 天的，作辞退处理。

八、病假超过 30 天，交通补贴停发。

第四章　婚　假

一、职工请婚假必须由本人提前一月向科室和人力资源部提出申请，并交验结婚证书原件。

二、按江苏省计生条例规定，符合法定结婚年龄（女 20 周岁，男 22 周岁）结婚的，可享受 13 天婚假。员工不在本单位在职期间登记结婚的，不予享受婚假。

三、婚假原则上不可分次休，如因工作原因确实无法一次性休假的，最多可分两次休完。婚假须自领证之日起一年内休完，过期不休视作自动放弃。

四、婚假期间不享受法定休假日，不享受满勤奖和奖励性绩效工资。

第五章　产　假

一、符合政策规定生育子女的夫妻，女职工在享受国家规定产假（98 天）的基础上，延长产假 60 天，共计 158 天；难产的可再增加 15 天产假（需出具证明），多胞胎生育的，每多生育一个婴儿增加产假 15 天（需出具证明）。产前休假 15 天，必须由本人提出，经本科室负责人同意并报人力资源部审核备案。怀孕 7 个月（指自然月，自末次月经起算，下同）以上的，可以申请不安排中夜班值班。自生产之日起一年内可享受哺乳时间，女职工可每日上、下午各送奶一次，每次时间为 30 分钟（包括路途时间）。

二、符合政策规定生育子女的夫妻，在女方产假期间，男职工享受 15 天护理假。

三、符合政策规定生育子女的夫妻，子女 3 周岁之前，夫妻双方每年分别享受 10 天的育儿假，每年的育儿假不按照子女数量叠加享受。

五、国家法定休假日不计入延长产假、护理假、育儿假。

六、终止妊娠的女职工，凭医疗证明享受相应的假期：

（一）怀孕不满 2 个月流产的，享受不少于 20 天的产假；

（二）怀孕满 2 个月不满 3 个月流产的，享受不少于 30 天的产假；

（三）怀孕满 3 个月不满 7 个月流产、引产的，享受不少于 42 天的产假；

（四）怀孕满 7 个月引产的，享受不少于 98 天的产假。

七、节育假

（一）放置宫内节育器的，自手术之日起休计生假两天；

（二）取出宫内节育器的，手术当日休息 1 天；

（三）输精管结扎，自手术之日起休假 7 天；

（四）单纯输卵管结扎，自手术之日起休假 21 天。

五、产假、护理假、育儿假、节育假期间均不享受满勤奖和奖励性绩效工资。

第六章　丧　假

一、职工配偶、父母、子女、岳父母或公婆去世，由本人申请，经本科室负责人批准并报人力资源部审核备案后，给予丧假 3 天。

二、丧假期间不享受满勤奖和奖励性绩效工资。

第七章　附　则

一、旷工的处理

（一）下列情形按旷工处理：

1. 涂改、骗取、伪造证明而获批休假的；

2. 未经审批同意擅自休假的；

3. 利用病、事假从事与本单位无关的有偿劳动的。

（二）旷工连续 3 天或累计满 7 天作辞退处理。

二、除带薪年休假外，其它休假连续满三天减 1 个休息日，满五天减 2 个休息日，依此类推。

三、全院各科室、部门考勤由科主任（科长）、护士长负责，每月末将下月排班表及当月考勤表报人力资源部审核备案。

四、各科室、部门负责人必须重视并加强本科、部门的考勤管理，职工调休、余休必须征得科室负责人同意，并在考勤表上按实记载。

五、病事假及产假>1 个月或进修>3 个月者，不得参加本年度评优。

六、协议用工人员享受除带薪年休假外的其他法定假日；协议用工人员因病请假按上述第三章第四条执行病假工资；因事请假按天扣发工资，全年请事假累计超过 30 天的作辞退处理。

七、本制度自 2026 年 5 月 1 日起执行，由人力资源部负责解释。

	制度编码	RLZYB-ZD-007	制度名称	惠山区人民医院院科两级人员紧急替代制度与程序	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 2 次）	制定时间	2017-06-30	修订时间	2020-03-01

院科两级人员紧急替代制度与程序

一、医院行政总值班紧急替代制度

为保障医院行政总值班工作正常而有序的进行，保障总值班人员在值班期间遇到特殊情况时，能做到不缺岗，特制订本制度。

（一）特殊情况时是指：

1. 值班人员因突发情况未到岗；
2. 值班人员接到领导交办的应急工作；
3. 值班人员突发疾病等情况。

（二）应值班人员如不能按时到岗，本人应提前通知院部办公室，按照排班表顺序，安排下一位值班。

（三）总值班人员在值班期间遇到特殊情况不能值班时，应向带班院领导或医院办公室请假，一般情况下不得由他人代请假或值班。

（四）接班人未到岗，交班人员不能擅自离岗。

（五）总值班人员应按照行政总值班相关规定，做好总值班工作。

（六）带班院领导负责监督值班人员认真履行值班职责，保证值班人员在岗。

二、临床医技科室人员紧急替代制度

为保障患者基本权益，提高医疗质量和服务质量，构建和谐医患关系，特制度本制度

（一）门、急诊人员紧急替代制度

1、门诊人员替代制度

（1）如遇到突发情况，普通门诊若不能出诊，本人于开诊前及时通知本科室主任安排其他人员出诊。

（2）如遇到突发情况，专家门诊若不能出诊，本人于开诊前及时通知本科室主任安排相应职称的人员出诊。

（3）如遇到突发情况，临床医技科室值班人员如不能出诊，本人提前通知本科室主任安排其他人员出诊.

（4）门诊当日以前做出调整的，门诊部应及时更新信息，调整次日专家坐诊一览表。

（5）门诊部及时通知已预约挂号患者，向患者做出解释，并推荐其他医生，根据患者意愿，做出相应调整。

（6）停诊信息及时在门诊大厅显示屏滚动显示。

（7）门诊部发现缺岗时，立即通知科室主任及时安排相应的人员到岗。

2、急诊人员替代制度

（1）值班人员在值班期间本人如遇突发情况,及时报告本科主任安排相应的人员到岗。

（2）接班人员未到岗,交班人员不能擅自离岗。

（3）8 小时以外或节假日急诊科有急诊患者需要会诊发现相关科室人员缺岗时,应及时通知总值班及相关科室主任安排相应的人员到岗应诊,不得延误急诊病人的诊治工作。

（二）病房人员紧急替代制度

1、白天：如因工作繁忙而人员不足，或当班医务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值班人员接替，报告科主任，如有必要可报告总值班或院领导，予以协调解决。

2、夜间：各临床医技科室必须安排上级医师值班或带班。

（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的，由其下一级医师（第一助手）替代其手术；或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报告，请求派相应的医师上台，必要时汇报医务部协调解决。

三、护理人员紧急替代制度

为应对大型突发事件、重大抢救及病房护理人员紧急缺编情况，确保抢救人员及时到位并迅速投入抢救工作，争分夺秒救治病人，特制定本制度。

（一）适用范围

1、突发公共卫生事件，要求在接到上报电话后 30 分钟内达到需求岗位；

2、大型医疗抢救，如批量外伤、疾病暴发流行及其他事件等，要求在接到上报电话后 30 分钟内到达需求岗位；

3、病房紧急缺编，要求在接到上报电话后 30 分钟内到达需求岗位。

（二）领导小组

组　长：护理部主任

副组长：护理部副主任，　科护士长

成　员：各病房、　护理岗位护士长

（三）替代程序

1、接到科室需要紧急调配护理人员电话时，立刻报告护理部主任或分管调配副主任。

2、护理部根据各科室及人力情况，通知各护士长紧急抽调其护理人员。

3、各护士长安排本科护士去需要科室报到。

4、用人科室护士长向护理部反馈使用情况。

（四）替代方案

1、因工作繁忙而人员紧缺时，护士长在本科内进行调配，及时替代。

2、若本科不能解决，由护士长汇报护理部进行全院调配，及时替代。

3、所调人员应具备一定的工作能力，并完成替代科室的各项工作任务，保证护理质量。

4、在夜班或节假日值班时，值班人员因特殊原因不能继续工作、或因工作繁忙不能完成时，要立即向护士长汇报，护士长应立即到位协助完成工作，同时在本科室内进行调配，若科内不能解决，由护士长汇报到护理部或护理总值班进行全院调配，及时顶替完成工作任务。

（五）工作要求

1、在以上情况发生时，各科室本着以大局为重的原则，服从医院和护理部的人力调配，不得以任何理由推诿、拒绝。

2、护理部与各科室护士长长期保持联络畅通，遇到紧急情况时，能随叫随到，并做到及时，有效地上岗。

3、护理部有计划、有组织，系统地对护士进行相关专科培训，以提高护理人员的专科理论知识和实践技能。

4、具体调配方案，依据专科危重病例数、病情、护理人员缺编情况及对社会的影响程度等因素，合理配备相应的专科护理人员，并保证提供优质的专科护理质量。

四、保卫工作人员紧急替代制度

为提高我院处置紧急突发事件的紧急替代应急能力，结合实际情况，特制定本制度。

（一）组织结构

按照“谁主管，谁负责”的原则，全面落实保卫科处置紧急突发事件主要负责人的责任，加强保卫力量，确保在处置突发事件中指挥及时有效。

保卫科成立紧急替代人员领导小组，紧急替代小组成员务必保持有三分之二以上的人员到场，负责处置突发事件的紧急替代事宜。

组　长：保卫科科长

成　员：保卫科全体保安人员

（二）替代方案

1、当医院需要保卫科启动处置突发事件的紧急替代程序时，以保卫科“6382”为报警电话，值班人员接警后，马上向保卫科紧急替代人员领导小组组长报告，同时报告医院总值班。

2、保卫科值班人员在第一时间赶到现场，紧急替代人员领导小组接到通知后，马上通知所有小组成员到达现场，对确实无法到达现场的实行人员替代，确保三分之二以上小组成员到达现场。

3、在现场迅速成立由 10 名保安组成的人员替代小组，分成通讯联络组、现场指挥组、行动组和后勤保障组，各小组依据各自的分工职责，密切配合现场医院各紧急替代小组进行现场处理。

4、同时做好现场持续的维护，确保处置现场安全、有序的进行。

（三）工作要求

医院需保卫科启动处置突发事件的紧急替代程序时，保卫科紧急替代人员领导小组在接到通知后，要及时通知各小组成员并赶赴现场，各成员接到通知后立即向组长反馈，组长在确保三分之二以上的小组成员到现场后进行紧急替代，确保现场工作稳定有序开展。

五、财务工作人员紧急替代制度

为了保证财务工作及门诊、住院收费窗口的正常运转，更好地为本院职工及病人提供方便、快捷的服务，特制度本制度。

（一）财务科本部人员替代方案

1、财务科本部人员因事、病或其他原因不能再岗时，必须提前向科主任请假，手机必须保持 24 小时开机状态，以便联系。

2、科主任根据请假时间、具体工作性质，协调科室内部工作，保障科室工作正常进行。

（二）门诊、住院处工作人员替代方案

1、收费、住院处小组负责收集所有工作人员电话号码并打印汇总表张贴于办公室明显位置，工作人员电话变动时须第一时间通知小组长更改汇总表，科室人员必须保证手机 24 小时畅通。

2、若门诊、住院窗口收款人员因故（如突发疾病等）不能按时到岗，必须于上班前半小时电话通知小组长，小组长及时安排休班人员临时顶替。

3、若门诊、住院窗口收款人员在正常工作期间突发意外不能坚持上岗，必须及时通知小组长，小组长及时安排休班人员临时顶替。

4、若门诊、住院窗口出现多名收款人员缺岗，小组长要及时疏导交费人员，并根据现场情况确定是否电话通知休息人员及时到岗，接到电话的休息人员不得无故推诿。

5、若门诊、住院窗口出现小组长无法解决的情况及时通知分管领导，做好统筹安

排。

六、后勤工作人员紧急替代制度

（一）白天替代程序

1、如因工作繁忙造成人员不足，或当班人员因意外情况不能坚持完成工作时，工作人员及时向各班组组长汇报；

2、由后勤各班组组长安排二线值班的人员接替，并向分管副主任汇报；

3、若接替人员储备不足，后勤科室负责人及时向院领导汇报，由院领导统筹协调。

（二）夜班及节假日替代程序

遇突发事件的应急处理，出现人员不足或技术力量不够时，由当班人员负责联系总值班“6508”，由总值班人员通知相关科室负责人协调，并向分管领导汇报。

	制度编码	RLZYB-ZD-008	制度名称	惠山区人民医院 人才梯队建设计划	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	林燕	内审人	卢峰
	制度版次	修订（第 3 次）	制定时间	2019-12-31	修订时间	

人才梯队建设计划

人才是现代社会得以持续发展的主要动力之一，而对于一个医院是否能够很好的发展下去，人才的储备变的越来越重要。为了我院能够在目益激烈的医疗竞争中立于不败之地，加强医院人才梯队建设，为医院的持续发展提供保障，成为一项重要的工作一、目的为建立和完善医院人才培养机制，通过有效的岗位继任者和后备人才甄选计划，合理的挖掘，培养后备人才队伍，建立医院的人才梯队为医院的可持续发展提供人力支持。

一、原则

坚持“内部培养为主，外部引进为辅”的梯队建设原则。

二、梯队建设日标

（一）完善人才培养和引进机制，加大人才凝聚力。

（二）加快医疗科技创新和提高促进医疗水平有效提高。

（三）创新激励机制，推动人才工作。

（四）通过梯队建设使我院人才构成形成阶梯式模式，既有经验丰富的专家，又有年富力强的骨干，也有潜力无限的年青医生。

三、人才梯队建设机构及主要职能

（一）机构

医院成立人才梯队建设发展管理委员会，由书记、院长、副书记、副院长、医务部、医疗质理管理科、护理部、人力资源部指导人才梯队建设。委员会由书记任主任，院长、副书记、副院长等任副主任。

（二）人才梯队建设发展管理委员会：

主任：卢峰

副主任：戴智勇华晓娟储旭东徐太静顾晓红唐李丽包国东

委员：边逸道邹静蓉缪常伟邬幼萍林燕杨瑞瑞郑雄祁航龙琦

（三）职能

人才梯队建设发展管理委员会主要负责医院人才梯队建设的指导工作，确定培养计划、甄选标准和程序。

四、适用范围

全院

五、梯队构成

共分为三个梯队，第一梯队为临床、医技各科室的学科带头人；第二梯队为临床、医技各科室技术骨干：第三梯队为有潜力的年青医生。

六、梯队人员来源

（一）本院选拔

根据三个梯队人才具体要求，在院内技术人才中进行选拔。

（二）院外引进

面向全社会根据一、二梯队要求，拓宽人才引进方式，全方位、多渠道引进高层次人才。

七、政策、资金支持

（一）领导高度重视，组织制度健全

（二）人才工作是一项长期的工作，我们要做到规范化、制度化，建立由党政领导组成的人才工作领导小组。

（三）加大经费投入

八、梯队人员确定程序及审核办法

（一）确定程序

1 院内：

第一梯队人员要求在某一领域具有专长、有较大影响力、正高职称的高级技术人才，年龄 55 周岁以下：第二梯队人员要求 45 周岁以下、副高以上职称、掌握较先进技术；第三梯队人员要求基础知识扎实、技术熟练、有发展潜力的年青技术人员。

2 院外：

第一梯队人员要求在某一领域具有专长、有较大影响力、能够为医院带来较大经济及社会效益、正高职称的高级技术人才：第二梯队人员要求 45 周岁以下、掌握较先进技术、能够为医院带来较大经济及社会效益、副高以上职称技术人员；第三梯队人员要求医技方面大学本科以上全日制学校学历，临床方面人员要求硕士研究生以上学历。

（二）审核办法

1 查看各证书、发表的论文。

2 调查患者满意度及医疗文献。

3 群众民主测评。

九、梯队人员培训

在人才的培养上，我院从不同类型、不同层次人才的实际和需求出发，建立各具特色的分层、分类培训机制。对住院医师强化规范化培训管理，加强规范化轮转培训的检

查考核（为期两年）；对中、高级医务人员实施继续医学教育，树立终身教育的理念，重在专业培训和知识更新教育，采取“走出去、请进来”的办法，组织医务人员参加省内外学术交流活动，并坚持继续医学教育学分登记制度：抓好在职人员培训，三基训练，定期组织理论及技能考核。

十、奖励机制

鼓励医疗科技的创新和提高，促进医疗水平提高。医疗技术的发展日新月异，除了要抓好基础医学的学习，还要掌握医学的发展动态，结合本院实际情况，瞄准三级医院重点专科的技术标准为目标，努力开展引进新技术新疗法。通过奖励机制进一步挖掘学科带头人和优秀人才的潜力，最大限度地开发他们的智力资源，调动他们的主动性和创造精神。建立起公平、合理，符合卫生事业单位特点的激励机制，效益分配向一线倾斜力度加大。开展各类优秀人才评选和表彰活动，对优秀人才进行大张旗鼓地表彰，努力营造成才光荣、创新有功的良好氛围。

十一、梯队资质审核办法

（一）梯队人员资质采取二年一审核的办法；

（二）审核内容包括：二年内工作业绩、发表论文情况、医陪风险防范能力、患者满意度、群众民主测评结果。

（三）未达标者取消梯队人员资格。

（四）总之，人才梯队的建设必将为我院的持续性发展，推动人才工作的有序进行提供有益的保障。

	制度编码	RLZYB-ZD-009	制度名称	惠山区人民医院 高层次人才引进工作 实施管理办法	级别	院级
	制定科室	人才工作 领导小组	制定人	徐太静	内审人	卢峰
	制度版次		制定时间	2024-01-24	修订时间	

高层次人才引进工作实施管理办法

为加快我院医学人才梯队建设，实现医院“十四五”规划目标对人才的需求，战略性培养关键岗位继任者和医院后备人才，逐步建立医院战略人才库，特制订本管理办法。关键岗位主要指医院根据当前或未来发展所需要的一些重要的中级和高级岗位。后备人才主要是指医院为应对未来发展变化而储备的一些可替代医院某些中、高级岗位的具有培养潜质的人才。

一、战略人才培养体系

战略人才培养体系由“雏鹰计划”、“飞鹰计划”、“精鹰计划”

和“雄鹰计划”四个部分组成。

“雏鹰计划”：该计划旨在通过对有上进心、乐于学习、积极进取的新入职大学生的培养，使其逐步成长为部门技术骨干、业务骨干。

“飞鹰计划”：该计划旨在通过对医院现有的有两年以上工作经验的、有进一步培养潜质的普通职工进行培养，使其逐步成长为各临床科室业务骨干及各职能部门的主要干事。

“精鹰计划”：该计划旨在通过对医院有进一步培养潜质的主诊医师、中层干部进行培养，使其逐步成长为医院能够独当一面的人才，为更高一级的岗位储备人才。

“雄鹰计划”：该计划旨在通过对现有高级管理人员和技术领军人物的培养，使其逐步成长为全面的人才，为医院今后的战略布局作好准备。

二、战略人才培养原则

坚持“专业型和综合型同步培养”的原则：专业型人才指在医院专业技术岗位上掌握较高专业水平的人才，综合型人才指在医院管理岗位上具备全面知识，有较高管理水平的人才。

坚持“公平择优，宁缺毋滥”的原则：建立动态遴选机制，综合评价遴选对象。从各个方面制订详细量化评分标准，对内部培育人才进行科学、合理、系统的量化考核。

三、组织领导

医院战略人才培养计划的实施是在医院人才工作领导小组的领导下，由医院科教科、

人力资源部具体负责实施和日常管理工作。

四、选拔范围、条件及要求

（一）选拔范围。选拔范围。全院临床、医技、药学及护理学科卫生技术人员及行政职能部门人员。

（二）申报条件

1.热爱社会主义祖国，具有强烈的事业心和敬业精神，医德高尚、治学严谨，身体健康，具有团结、奉献、求实、创新精神；

2.年龄：45 周岁及以下（申报当年）；

3.学历学位：硕士研究生及以上（临床及医技）；本科及以上（护理及职能部门）；

4.职称：具备初级及以上专业技术职称；

5.近三年内无重大医疗、责任事故。

具备上述基本条件，择优选拔。

五、选拔程序

（一）申请

1、由个人申请并填写“医院战略人才培养申请书”。

2、科室（部门）初审后推荐至科教科。原则上每期同一个学科（专业）推荐人数不得超过 2 人。

（二）评审

1.初审。科教科、人力资源部根据有关要求对申报对象的材料进行资格审查，将符合条件者上报医院人才工作领导小组。

2.考核。对初审符合条件者，科教科组织专家进行专业知识现场提问和答辩，确定战略人才培养对象侯选人。

3.复审。医院人才工作领导小组根据考核结果，提出战略人才培养对象建议名单。

4.公示。经复审后，在医院 OA 网上进行公示一周。

5.审定。医院人才工作领导小组根据战略人才培养规划、专家评审意见和考核结果，结合公示情况，最终确定战略人才培养对象人员。

六、培养内容、方式与途径

（一）推行“导师制”。入选医院人才计划的培养对象可自选导师 1 名，在双方自愿的基础上签署培养教学协议书。医院协调确定培养对象的指导老师并督促、指导培养对象跟师学习。

（二）人才联合培养。与高等院校及国内一流医院建立“人才联合培养”模式，进行专项人才定向培养。

（三）专项培训课程及脱产培训班。针对科研、教学、管理能力提升，医院每年为入选人才定制开设学习课程及脱产培训班。

（四）青年骨干轮岗。入选人才计划的职能科室管理岗位人员，进行有计划的岗位轮转培训，相关人员可选择 2～3 个职能科室，每个科室的轮转时间为 3～6 个月。临床科室根据科室需求及院部要求参与职能科室轮岗。

（五）入选人才在申请医院“百万人才基金”项目时享有一定的政策倾斜。入选人才在培养周期内职称晋升时，享有 5–20 分加分。

七、管理与考核

（一）医院负责战略人才培养考核方案制定，组织实施，对入选对象跟踪评估、定期考核。

（二）培养对象所在科室主任负责对学员的日常工作、学习和临床实践等情况的督促检查，为培养对象创造锻炼学习的条件和机会。保证顺利完成培养任务。

（三）培养对象每年须撰写年度进展报告、工作总结，填写考核手册，于每年 12 月 10 日前报送院科教科;由人力资源部、科教科组织专家进行年度考核。培养周期结束后进行总体考核，周期考核与年度考核相结合，考核评估的重点是培养对象实际业务水平、组织管理能力以及医、教、研实绩是否按年度计划完成等。考核结果分优秀、合格、不合格。对出色完成战略人才培养任务，达到培养目标，成绩显著的个人给予表彰和奖励。对因个人原因中断培养计划或考核不合格者，医院将追回已支付的培养经费。

八、培养经费

（一）医院对每位列入计划的培养对象提供培养经费，经费均由“百万人才基金”项目支出。雏鹰 1–2 万，飞鹰 2–3 万，精鹰 3–5 万，雄鹰人才 5–8 万，设立独立帐户，专款专用。经费主要用于培养对象开展相应的研究工作、短期培训、参加相应的学术活动、学习经费、导师带教津贴等。培养周期结束未使用经费由院部统一管理。

（二）培养经费使用管理办法参照“科研经费管理办法”。

九、培养周期

培养周期为 3 年，每 1 年进行一次全面考评，及时筛选调整，动态管理，经医院学术委员会评议考核不能达标者将强制退出，医院有权如数追回已付出培养经费。培养结束后须在本院工作 5 年以上，服务期未满，提出调离、辞职、自费出国等，将承担违约责任。

十、有关说明

（一）医院人才工作领导小组负责对各类人才的鉴定和政策把关，并对此实施意见在具体操作过程中出现的相关问题进行解释。

（二）本办法自发布之日起试行。

附件：2024 年惠山区人民医院“战略人才培养”项目申报书

项目类别：

惠山区人民医院“战略人才培养”项目

2024 年惠山区人民医院

“战略人才培养”项目申报书

项目申请人：_____

申请日期：_____

所在单位：_____

通讯地址：_____

联系电话：_____ 传　　真：_____

电子邮箱：_____ 邮政编码：_____

无锡市惠山区人民医院

2024 年制

填表须知

一、请仔细阅读本须知和《惠山区人民医院战略人才培养实施管理办法》。

二、申请书填写逐项认真填写，要实事求是、表达明确。

三、项目申请人应是符合支撑项目申请条件的人才。

四、各类项目申请均需填写《申报书》，并需提供相应附件，表中空间不够可加页填写。

五、表格填写统一使用“黑体”、小四号字体。

六、本申报书编写请使用 A4 纸打印。申报书连同附件材料左侧装订成册（不要采用胶圈、文件夹等带有突出棱边的装订方式），一式二份，装入同一材料袋。

七、申报书填写解释权由科教科负责。

申 报 表

姓　　名		性　　别	
出生年月		民　　族	
政治面貌		所在科室	
职　　务		职　　称	
最高学历		最高学位	
我院工作时间		联系方式	
是否承担 教学工作	□是 □否	主诊医师	□是 □否
项目性质	□雏鹰计划 □飞鹰计划 □精鹰计划 □雄鹰计划		

学习及进修经历	院校、系（专业）名称	学位名称	起止年月
学术任职	学会名称	担任的职称	起止年月

论文发表（5 年内、本人为第一作	论文题目	发表杂志	影响因子	论文性质	发表时间

者或通讯作者）					
本人主持的科研课题	课题名称	课题级别		起止时间	
本人参与的科研课题	课题名称	课题级别		个人排名	
技术成果奖项及发明专利	成果奖及专利名称	获得时间		个人排名	
荣誉奖项	奖项名称	获奖时间			

<table>
<tr><td>个人工作业绩
（限 500 字）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">个人职业规划
（三年）</td><td>年度</td><td>年度计划及年度目标</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>项目完成考核指标
（自定义）</td><td colspan="2">1.
2.
3.</td></tr>
<tr><td>申请基金
经　　费</td><td colspan="2">_____万元</td></tr>
<tr><td>所在科室
意　　见</td><td colspan="2">科主任签名：</td></tr>
<tr><td>科教科审核
意　　见</td><td colspan="2">科教科签名：</td></tr>
<tr><td>医　院
审　核　意　见</td><td colspan="2">获批经费_____万元。

单位盖章</td></tr>
</table>

	制度编码	RLZYB-ZD-010	制度名称	员工考勤排班及请销假管理制度	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	华晓娟	内审人	华晓娟
	制度版次	修订（第 3 次）	制定时间	2024-08-15	修订时间	

员工考勤排班及请销假管理制度

第一章　总　则

第一条　为规范医院考勤管理，严肃工作纪律，提高工作效率，保障医疗安全，根据《劳动法》《医疗机构管理条例》及三甲医院评审标准等相关规定，结合医院实际，制定本制度。

第二条　本制度适用于医院合同制、聘用制、协议用工等所有在职工作人员。

第三条　考勤管理工作应遵循规范、严肃、公正、真实的原则。各科室应建立健全考勤管理台账，确保考勤记录准确、完整、可追溯。

第四条　人力资源部为全院考勤管理的职能部门，负责制定考勤管理制度，监督、指导、考核各科室考勤工作，并根据考勤结果和相关政策规定计发员工工资和津贴补贴。

第五条　科室负责人为本科室考勤管理第一责任人，负责科室排班、考勤记录的真实性、准确性和及时性，对考勤工作负总责。

第二章　考勤管理

第一节　排班管理

第六条　科室负责人应根据科室工作特点、医疗安全需求和患者就诊规律，科学合理地进行排班，确保科室正常运转。

第七条　排班提交要求：

（一）各科室应于每月 28 日 24：00 前通过医院 OA 系统提交次月排班表，排班表需标注各岗位详细作息时间；

（二）排班表一经公示，即视为科室人员上岗的正式安排。凡因调班、请假、加班、突发任务等导致实际在岗人员与公示排班不一致的，责任科室须在变动发生 24 小时内，通过 OA 系统完成排班表的更新与报备，确保系统记录与实际在岗情况实时同步。

（三）人力资源部于每月月底前（30/31 日 24：00 前）将次月排班表公示于 OA 网站；

（四）2 人以上科室和需每天运行的岗位，必须实行轮休制；

（五）单人科室休假安排应尽可能适应患者就诊特点，选择相对空闲的时间，并基

本固定，休假时应做好安民告示工作。

第二节　考勤记录

第八条　考勤提交时间：

（一）常规情况：每月 3 日 24：00 前提交上月考勤记录；

（二）特殊情况：若提交考勤当月的 1–3 日包含法定节假日，则上月考勤记录需提前至上月 28 日 24：00 前提交（与次月排班表同步提交）。

第九条　考勤记载符号统一规定如下：

（一）出勤：用“/”表示；

（二）公出：用“↑”表示；

（三）休息：用“△”表示；

（四）班休：用“⊗”表示；

（五）事假：用“㊀”表示；

（六）年休假：用“☆”表示；

（七）产假：用“⊙”表示；

（八）流产假：用“⃠”表示；

（九）病假：用“⊕”表示；

（十）育儿假：用“Y”表示；

（十一）婚假：用“H”表示；

（十二）丧假等其他特殊情况可在备注栏内说明，并汇总休假天数。

第十条　科室考勤负责人应每日认真记录科内人员出勤情况，相关休假凭证随当月考勤表一并交人力资源部备案。

第十一条　科室负责人应掌握科内人员的每日在岗情况，监督和检查科内人员出勤，真实、及时记录考勤表。

第三章　请销假管理

第一节　请假程序

第十二条　凡符合国家有关规定享受婚假、丧假、产假、育儿假等假期的职工，以及因事、因病需请事假、病假的职工，应提前在 OA 系统上按审批流程及权限进行休假审批。

第十三条　年休假管理：

（一）年休假不得先休假再补申请；

（二）原则上应提前在排班表中体现，如需临时申请年休假的，应在 OA 上按审批流程提交审批，并在当月实际考勤表中注明年休假；

（三）已经申请的年休假未休完的，应在 OA 上进行销假审批，按实际休假天数计算，剩余天数需再休的按上述规定重新申请；

（四）年休假安排需以确保科室正常运转为前提，由科室负责人统筹安排，并在排

班表及考勤表中注明，如遇特殊情况，院部将通知相应科室暂停安排；

（五）带薪年休假由人力资源部负责审核备案。

第十四条 病假管理：员工休病假必须出具本院由相关科室科主任出具并由医务部审核确认的病假证明，或三级甲等医院出具的病假证明。

第十五条 因事请假原则上先使用年休假。

第二节 销假与续假

第十六条 超过 5 天的休假，休假期满需及时销假。因特殊情况需延长假期的，应按程序办理续假手续。

第十七条 事先确因特殊原因无法办理 OA 审批手续的，应先口头汇报并获得同意后，于事后 3 天内补办手续。

第十八条 假期时间较长的，必须做好工作交接，确保工作连续性。

第十九条 为保障职工合法权益，原则上职工需严格遵照排班表的作息时间，如因私或因公需调整的，需在 OA 上按调假审批流程进行审批。

第四章 审批权限

第二十条 普通员工请假审批权限：

（一）因事、因病请假或调休 3 天之内的，由科室负责人审批；

（二）因事、因病请假或调休 3 天及以上的，由科室负责人、分管领导审批，并抄送人力资源部备案。

第二十一条 中层干部请假审批权限：

（一）连续请假 3 天以内的，报分管领导审批，并抄送人力资源部备案；

（二）连续请假 3 天及以上的，报分管领导、院长审批，并抄送人力资源部备案。

第二十二条 中层干部离锡外出审批：

（一）中层干部离锡 2 天及以上的，由分管领导、院长审批，并抄送人力资源部备案。

第五章 夜班与夜餐费管理

第二十三条 夜餐费标准：

（一）24 小时值班：150 元/个；

（二）夜班：120 元/个；

（三）中班：100 元/个；

（四）帮班：80 元/个；

（五）喊班：70 元/个；

（六）过餐：10 元/个；

（七）新生儿护送：100 元/个；

（八）液氧管理：10 元/个。

第二十四条 夜餐费申报：

（一）科室夜餐费每月上报，在次月 5 日前通过医院 OA 平台发送人力资源部工作人员，逾期则自动顺延至下一个月发放。

第二十五条 节假日及喊班规定参照惠区人医[2022]22 号文件规定执行。

第六章 考核与奖惩

第二十六条 科室负责人应严格考勤，按期如实上报排班和考勤表。不严格落实考勤的，每次扣科主任奖励性绩效 500 元，并与绩效考核挂钩。

第二十七条 如因科主任把关不严造成后果的，将追究科主任相关责任。

第二十八条 如发现未按时完成考勤、考勤失实、故意弄虚作假者，按医院有关规定予以处罚。

第二十九条 除年假外，其余假期一律不享受月满勤奖。

第三十条 全体员工要严格执行请销假制度，严格遵守上下班纪律，忠于职守，爱岗敬业。

第三十一条 对没有请假或请假未经批准就擅自离岗者及未续假者，按旷工处理。

第七章 附 则

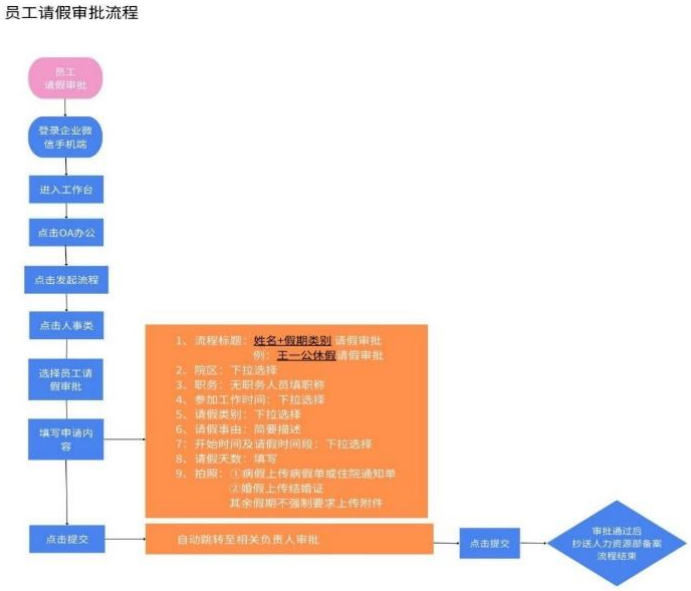
第三十二条 本制度由人力资源部负责解释和修订。

第三十三条 本制度自发布之日起执行，原有相关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

第三十四条 本制度未尽事宜，按国家有关法律法规及医院其他相关规定执行。

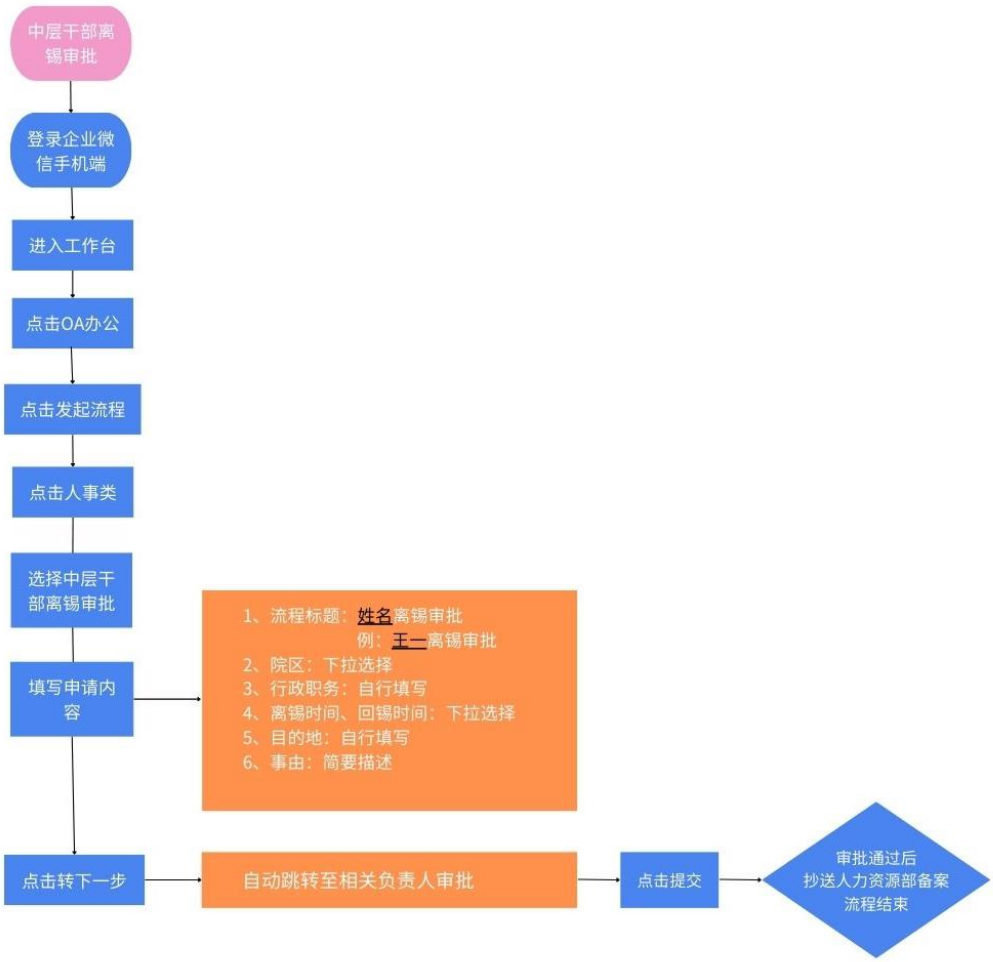
第八章 OA 请假流程

一、员工请假审批流程



二、中层干部离锡审批流程

中层干部离锡审批流程



	制度编码	RLZYB-ZD-011	制度名称	惠山区人民医院 中层干部选拔任用 管理办法	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	华晓娟	内审人	华晓娟
	制度版次	修订 （第 2 次）	制定时间	2024-08-15	修订时间	2026-03-26

中层干部选拔任用管理办法

第一章　总　则

第一条　本办法以马列主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想和科学发展观为指导，坚持贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想，依据党的干部路线、方针和政策，旨在健全完善干部选拔任用和教育管理制度，有效促进医院各项事业健康发展。

第二条　通过健全完善和认真落实干部管理制度，努力培育打造对党忠诚、个人干净和敢于担当的中层干部，建设造就一支政治坚定、业务精湛、管理得力、作风优良、清正廉洁的管理团队。

第三条　医院中层干部适用范围为受聘于医院行政后勤职能部门的正副主任（科长）、各大科（科系）的正副主任、护士长、各临床医技类科室的正副主任。临床医技科室正副护士长的选拔任用，参照本办法执行。党群系统干部的使用管理，在依据本办法的同时，还应履行《中国共产党基层党组织选举工作暂行办法》和群团组织章程所规定的任用审批程序。

第四条　医院领导班子按照干部管理权限，履行选拔任用中层干部的职责，负责本暂行办法的组织实施，具体由党委书记牵头，党委副书记具体负责组织，人力资源部负责落实。

第二章　选拔任用条件

第五条　选拔原则

（一）党管干部的原则；

（二）任人唯贤、德才兼备原则；

（三）群众公认、注重实绩原则；

（四）公开、平等、竞争、择优原则；

（五）民主集中制原则；

（六）依法办事原则。

第六条 任职基本条件

（一）政治思想坚定，道德品行优良，坚持和维护马克思主义的指导地位，高举建设有中国特色社会主义的伟大旗帜，认真贯彻执行党的路线方针政策、国家宪法法律法规和医疗卫生行业制度规范，自觉培育和践行社会主义核心价值观，医德医风良好。

（二）具有强烈的事业心和责任感，爱岗敬业，勤奋学习，努力工作，积极完成以医教研防为中心的各项任务，团结同事，为多数群众认可。

（三）有胜任工作的组织管理才能、专业技术水平和实践能力，以身作则，大局意识、团队意识、奉献意识强，勤政廉洁。

（四）临床、医技科室主任、护士长，须是学科带头人或专业技术骨干，能团结和带领科室创新性开展工作。

（五）在岗并签署正式劳动（聘用）合同的员工，近 3 年的年度考核获得合格及以上等次，无不良执业记录。

（六）现任职的中层干部经任期届满考核，考核结论应为合格及以上，且符合续任或提拔任用条件的。

（七）身心健康，精力充沛，具有胜任岗位工作的身体条件。

（八）副职晋升为正职，须有 2 年（含）以上副职岗位工作经历，含试用期工作时间。临床医技科室根据实际情况由党委会商定，可直接任命中层正职。

第七条 新任中层干部任职资格

需符合惠卫健委〔2024〕17 号《关于印发<无锡市惠山区卫生健康委员会干部管理若干办法>的通知》要求。

1.应具有大学本科及以上学历;

2.年龄不超过 45 周岁；

3.在本单位工作满 3 年；

4.具有中级及以上职称。临床医技科室需具有副高及以上技术职称；

5.对外引进的科主任或学科带头人不受本办法规定的基本任职条件和相关任职资格条件的限制。特殊情况或特殊岗位需要选任的对象，由党委会确定任职资格的放宽条件。

6.聘任或任命在医院党办、人事、宣传、纪检监察、团委等岗位的中层干部，政治面貌须为中共党员。年龄在 28 周岁以下的团员可担任团委职务。

7.担任党内职务的，除具备上述规定相应资格、条件外，还要符合《中国共产党章程》规定的 3 年以上党龄要求，支部书记、支部副书记须有 3 年以上的护士长及以上

中层任职工作经历，有 3 年以上的工龄。 共青团、工会、女工委领导职务，要分别符合有关章程和规定。

8.个别表现突出的，以上条件可适当放宽。

第八条 根据工作需要，部分科室可设立组长，组长的设立由分管领导提出建议人选后经党委会根据实际情况直接商定。在组长中结合工作需要和干部德才条件根据选定科主任助理人选，由党委会审议通过后公示、任命。护士长助理采取竞岗形式产生，护士长（副护士长）在现有护士长助理中由党委会审议通过后公示、任命。科主任助理、组长、护士长助理不作为中层职务。

第三章 选拔任用程序

中层干部的产生通过推荐选拔和竞岗选拔两种方式产生。拟任命中层的科室符合条件人员中未产生竞争的，可以直接由党委会审议通过确定任职人选。

第九条 推荐选拔程序

（一）动议

1. 相关部门根据工作需要，向分管院长提出增岗、补岗、调岗需求。

2. 院部办公会议根据工作需要和中层干部配置情况，提出建议方案，报党委会审议。

3. 党委会根据岗位需要、岗位职责，就选拔任用的职位及职数、条件、范围、方式、程序等拟定干部选拔任用程序，由人力资源部负责组织落实。

（二）民主推荐

1. 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。

2. 根据干部职位的不同情况和医院工作实际，确定民主推荐参加人员。

3. 民主推荐程序：

（1）公布推荐职位、任职条件、推荐范围。

（2）组织推荐会、填写推荐表和进行个别谈话推荐。

（3）人力资源部对推荐情况进行综合分析，报党委会。

（三）确定考察对象

1. 由党委会根据民主推荐情况结合工作需要和干部德才条件，将平时考核、年度考核、一贯表现和人岗相适等情况综合分析，确定考察人选。

2. 人力资源部组织个人档案及廉政档案审核。

（四）组织考察

具体程序如下：

1.发布干部考察预告；

2.采取民主测评、个别谈话等方式，广泛深入地了解情况；

3.综合分析考察情况，与日常考核、一贯表现进行比较、相互印证，全面准确的作出评价。

4.考察对象民主测评优称率低于80%的，不得提拔。

（五）讨论决定

召开党委会根据考察组提出的人选任用建议，集体研究提出任用建议，并做好会议记录。

（六）任前谈话

医院相关领导与拟任人员进行任职前谈话。

（七）任前公示

党委会通过之日的第二天发布公示，公示时间不少于5个工作日，自发布之日起计算。

（八）发布任命文件

公示期满无意见反映的，发布任命文件，发文日期为党政联席会议通过之日。填写《惠山区医疗卫生单位人员职务（实职）调整备案表》、《干部任免审批表》按要求上报、归档。

第十条 竞岗选拔程序

（一）动议

党委会根据工作需要和中层干部配置情况，提出增岗、补岗、调岗需求及选拔任用的职位及职数、条件、范围、方式、程序等，拟定竞岗方案，填报《中层干部职数配备预审表》报区卫健委审批。

（二）公布竞岗职位、任职条件及适岗人员范围；

（三）个人报名。填写个人竞岗申请表，报人力资源部；

（四）资格审核。人力资源部对申报人员进行资格审核，符合条件人员列入参与竞岗人选。

（五）笔试。组织相关理论知识测试。

（六）组织竞岗演讲

竞岗演讲内容由院部根据不同岗位情况讨论决定。在竞岗演讲会上，参会人员（根据竞岗岗位确定参会人员）对每位竞岗演讲人员评分。

（七）综合测评。组织相关人员对竞岗人员进行综合测评。

（八）确定考察对象

党委会根据竞岗人员笔试、演讲、测评等情况，综合研究决定考察对象。确定考察对象，应根据工作需要和干部的德、才条件，将民主推荐、演讲答辩测评结果与平时考核、年度考核、一贯表现和人岗相适等情况综合考虑，防止简单以票或以分取人。

（九）组织考察

1. 发布干部考察预告；

2. 采取民主测评方式，广泛深入地了解情况；

3. 综合分析考察情况，与日常考核、一贯表现进行比较、相互印证，全面准确的作出评价。

4. 考察对象民主测评优称率低于 80%的，不得提拔。

（十）讨论决定

召开党委会，根据考察组提出的人选任用建议，集体研究提出任用建议，并做好会议记录。

（十一）任前谈话

医院相关领导与拟任人员进行任职前谈话。

（十二）任前公示

党委会通过之日的第二天发布公示，公示时间不少于 5 个工作日，自发布之日起计算。

（十三）发布任命文件

公示期满无意见反映的，发布任命文件，发文日期为党政

联席会议通过之日。填写《惠山区医疗卫生单位人员职务（实职）调整备案表》、《干部任免审批表》按要求上报、归档。

第四章　干部任期、考核与退出机制

第十一条　新提拔人员试用期一年，试用期满经考核合格者，予以续聘，不合格者不予聘任。

第十二条　本着个人意愿与组织需要相结合，根据个人服从组织的原则，对无正当理由拒不服从组织调动或者交流决定的，依照有关规定予以免职或降职或不予聘任使用。

第十三条　中层干部任期、考核、交流调整与回避原则。

（一）中层干部任期、考核

中层干部任职实行聘任制，每 3 年为一聘期，聘期内每年进行中层干部实行积分制考核，考核结果与月科室绩效、年终科主任绩效、职务聘任、评先评优、干部提拔挂钩。（具体考核细则另行规定）

（二）中层干部交流调整原则

1. 中层干部因岗位要求及工作情况需要交流调整的，院长办公会议商定报党委会审议通过后决定交流调整。

2. 原则上重点岗位 3–5 年交流一次，因特殊原因无法按规定时间交流的，任期 5

年后需对其工作进行专项审计。

（三）中层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，原则上不得在同一科室担任有直接上下级领导关系的职务。

（四）实行中层干部选拔任用工作回避制度。

党委会讨论干部任免，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。

第十四条 中层干部退出机制

（一）中层干部任职最高年龄限制

1. 原则上中层正职任职不超过男性 57 周岁、女性 53 周岁；副职男性 55 周岁、女性 52 周岁。临床、医技、护理等科室退二线后月绩效按科室平均奖的 50%由院部发放，其余按本科室绩效方案计算；年终职务补贴享受本科室同等职务人员的 80%。行政后勤职能科室退二线后月绩效按现科室同等职务人员的 90%发放，年终职务补贴享受 80%。因工作需要需提前退二线的或退休返聘人员，其待遇由党委会商定。

2. 个别岗位可根据岗位需要适当延长任职时间予以续聘，续聘人员每次聘期为 1 年。

（二）免职、降职、辞职

1. 实行干部降职制度。中层干部积分制考核中被评为“基本称职”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。

2. 实行干部免职制度。有下列情形之一的，应当免去现职：

（1）达到任职年龄界限或者退休年龄界限的。

（2）受到组织处理或有关责任追究应当免职的。

（3）在年度考核中被确定为“不合格”的。

（4）中层干部积分制考核连续两年被评为“不称职”的。

（5）辞职或者调出的。

（6）因工作需要或者其他原因，应当免去现职的。

3. 实行中层干部辞职制度。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，手续依照法律或者有关规定程序办理。

引咎辞职、责令辞职和因问责被免职的中层干部，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，按照影响期的规定执行。

4. 降职、免职、辞职的干部重新提拔，按照有关规定执行。

第五章　中层干部待遇

第十五条　中层干部聘期内按中层积分制考核细则规定享受相应待遇。

第六章　选拔任用工作组织领导

第十六条　组织领导

医院成立中层干部选拔任用工作领导小组及办公室，设考察工作组。

（一）中层干部选拔任用工作领导小组由党委书记任组长，医院其他党政领导任副组长，各科主任（科长）任组员。

（二）中层干部任用工作领导小组办公室设在人力资源部。

（三）中层干部考察工作组由党委书记、党委副书记、人力资源部人员组成。

（四）由人力资源部负责对中层干部的积分制考核工作，考核结果经党委会讨论通过后予以公示。

第十七条　选拔任用工作的纪律和监督

（一）干部选拔任用管理工作是一项关系医院发展和干部队伍建设的重要工作，要坚持原则，严格条件和程序，严明干部任用纪律。严禁在民主测评、推荐和组织考察中搞拉票活动，医院纪检干部要对选拔任用管理工作进行监督。

（二）选拔任用中层干部，必须遵守下列纪律：

1. 不准违反规定擅自设置职务名称。

2. 不准采取不正当手段为本人或者他人谋取职位。

3. 不准违反规定程序推荐、考察、酝酿、讨论决定任免干部。

4. 不准私自泄露动议、民主推荐、民主测评、考察、酝酿、讨论决定干部等有关情况。

5. 不准在干部考察工作中隐瞒或者歪曲事实真相。

6. 不准在民主推荐、民主测评、组织考察和竞中搞拉票等非组织活动。

7. 不准利用职务便利私自干预干部选拔任用工作。

8. 不准突击提拔、调整干部。

9. 不准在干部选拔任用工作中封官许愿，任人唯亲，营私舞弊。

10. 不准涂改干部档案，或者在干部身份、年龄、工龄、党龄、学历、经历等方面弄虚作假。

（三）加强对中层干部选拔任用工作的监督检查。自觉接受上级组织监督和群众监督，全院党员、干部、职工对干部选拔任用工作中的违纪违规行为，有权向上级党委及其组织（人事）部门、纪检监督机关举报、申诉。

（四）中层干部选拔任用工作领导小组受理中层干部选拔任用工作中的举报、申

诉，制止、纠正选拔任用工作中的违规行为，并对有关责任人提出处理意见。

（五）考核工作组工作人员要认真履行职责，严格按规定的程序完成考核，自觉遵守回避制，客观、公正、真实的提供考核材料。

第七章　附　则

第十八条　本办法自 2024 年 9 月起执行。中层干部积分制考核自 2025 年 1 月起执行，考核周期为当年 1 月 1 日至 12 月 31 日，每季度对考核情况进行通报。

附件：惠山区人民医院中层干部选拔任用工作领导小组

惠山区人民医院中层干部选拔任用工作领导小组

组　长：卢　峰

副组长：戴智勇　华晓娟　储旭东　徐太静　顾晓红　唐李丽　包国东

组　员：各临床及医技科室中层正职干部、职能科长、护士长

领导小组下设办公室，由华晓娟任办公室主任，办公室成员：林燕、缪常伟、刘方琳、高佳琛、姚君。

	制度编码	RLZYB-ZD-012	制度名称	员工资质审查制度	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	林燕	内审人	华晓娟
	制度版次		制定时间	2025-04-25	修订时间	

员工资质审查制度

第一章 总则

第一条 目的与依据

为规范员工资格审查与动态管理，确保员工资质信息真实可溯、持续合规，保障医疗队伍专业性与患者安全，依据《中华人民共和国医师法》《护士管理条例》《医疗机构管理条例》《江苏省卫生健康事业单位岗位设置管理指导意见》（苏卫规〔2023〕1 号）及江苏省卫生健康委员会关于执业资质核查的专项要求，结合本院实际制定本制度。

第二条 管理原则

合法性：严格执行国家执业资格准入标准，禁止未取得有效资质人员从事医疗活动。

真实性：通过多渠道验证学历、执业证书等材料，建立电子档案追溯体系。

动态性：建立员工技术档案，并定期审查和更新职工档案，确保其持续符合相关要求。

协同性：人力资源部联合医务部、护理部实施分类审核，接受卫生健康行政部门监督。

第二章 适用范围

本制度适用于医院内所有卫生技术人员，包括医生、护士、技师、药师与其他参加医疗活动相关的职工。

第三章 员工资质审查内容及途径

一、应届生及调入人员：人力资源部对其毕业证书、学位证书、执业资格证书、职称证书、特殊岗位上岗证、身份证、职称聘任等相关材料原件进行溯源查证：

（一）学历、学位查证流程：登陆中国高等教育学生信息网（https：//www.chsi.com.cn/）查询教育部学历证书电子注册备案表（2002 年以后的学历可查）。国外学历、学位一律要有教育部留学服务中心出具的学历证明。

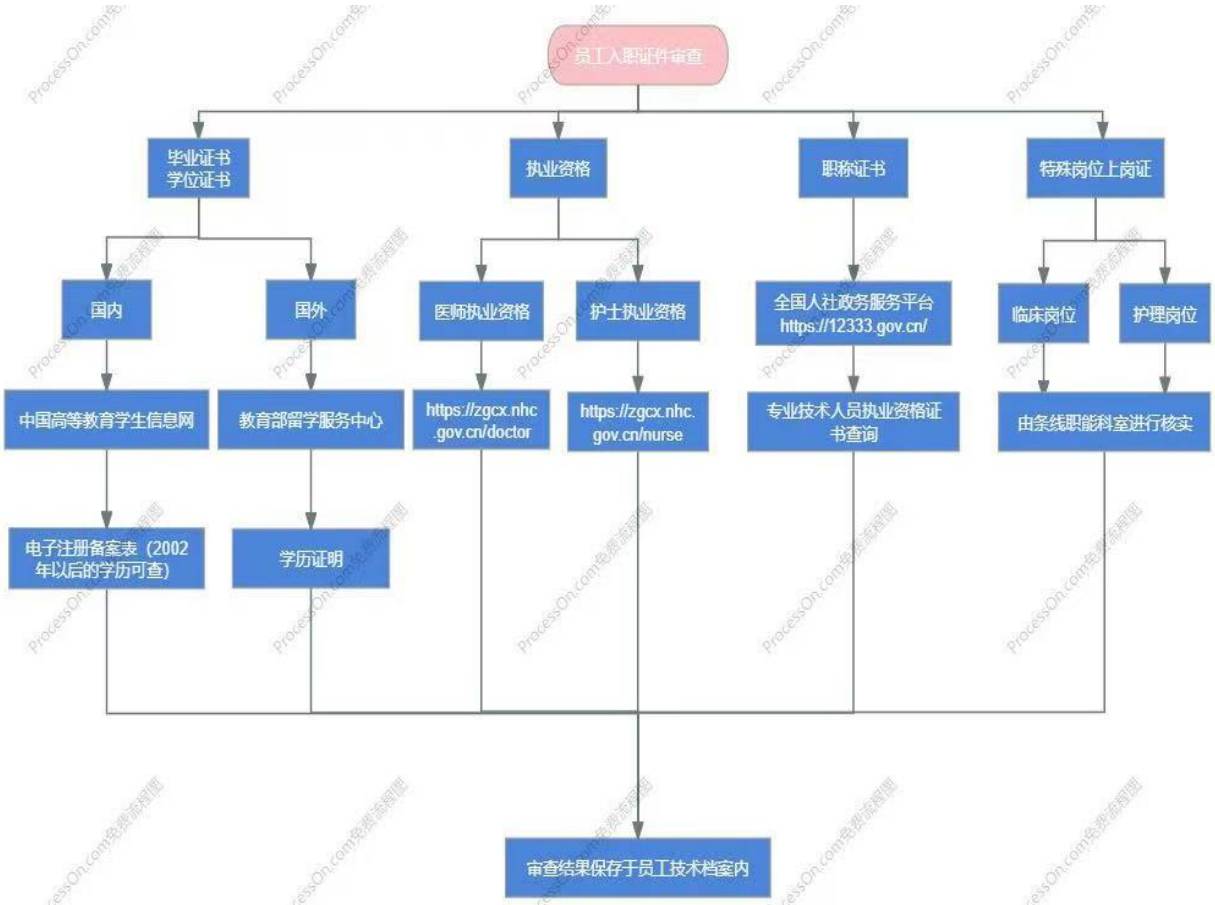
（二）执业证书查证流程：登录国家卫生健康委员会官网进行医生执业注册信息查询（https：//zgcx.nhc.gov.cn/doctor）、护士执业注册信息查询（https：//zgcx.nhc.gov.cn/nurse）。

（三）对于确实无法查验的必备证件（如原始证件遗失），应对其资历、经验、技能等进行综合评估考核，确定是否与证件所要求的资格相符，书面记录无法核实的理由，存入个人档案。

二、人员资质更新：卫技人员相关资质、学历更新，持有关材料原件至人力资源部更新，并将材料在员工技术档案内更新。

三、建立人员人事档案和技术档案，人力资源部负责员工人事档案的建立、整理、更新、存档；医务部、护理部负责各自条线卫技人员技术档案的建立、整理、更新、存档。

四、员工资质审查流程图



	制度编码	RLZYB-ZD-013	制度名称	新职工岗前培训制度	级别	院级
	制定科室	人力资源部	制定人	林燕	内审人	华晓娟
	制度版次		制定时间	2025.05.14	修订时间	

新职工岗前培训制度

一、培训计划：

由人力资源部提出新职工岗前培训计划，经分管院领导、院长审议后确定培训时间和培训内容。护理部、医务部、科教部等相关科室结合实际工作要求制订培训计划，有组织、有计划地开展理论学习、临床实践、技能培训等多层次、多形式的岗前培训。

二、培训对象：

（一）短期岗前培训：所有新入职职工，副高级职称及以上调入人员根据其岗位适应性评估结果确定是否参加培训。

（二）长期系统培训：所有新入职卫生技术人员（含副高级职称及以上人员）

（三）入科岗前培训：所有新入职职工

三、培训形式及时间：

（一）集中短期岗前培训：为期 1 周；

（二）集中长期系统培训：为期 1 年，每月 1 次；

（三）入科岗前培训：于正式进入科室工作后启动。

四、培训内容

（一）短期岗前培训

1. 开班仪式：医院党政领导班子参加新职工岗前培训的开班仪式，包括院长致欢迎词、观看医院宣传片等。

2.《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》相关内容及案例学习[1.1]。

3. 医院概况、文化、宗旨、规章制度和工作程序介绍。

4. 医院对新职工的要求及工作人员岗位职责介绍。

5. 学科发展、人才培养、职业规划、心理问题与应对策略、医德医风和礼仪规范等。

6. 患者安全（包括财产安全、防跌倒坠床等）培训、安全生产培训和消防演练（包括消防知识学习、消防器材使用等）。

7. 健康教育、输血、公共卫生和预防保健知识、医院感染管理、爱婴医院等培训。

8. 职工薪酬与福利、继续教育、科研和人才奖励等制度的培训。

9. 医疗安全、医疗差错报告、质量管理、医保等制度的培训。

10. 信息管理制度/信息系统/0A 系统、病历书写及管理规定/电子医嘱/管理工具等的培训。

11. 心肺复苏（CPR）等初级救护技能培训，突发事件应急处理培训，有害物质管理知识学习等。

12. 志愿者活动内容讲解：由团委组织培训和引导。

13. 新职工拓展活动：由人力资源部选择适宜场地，通过团队协作及沟通互动等形式，开展破冰行动，促进融入，确保活动安全有序。

（二）长期系统培训

由医务部、护理部及其他相关科室负责制定学习计划，人力资源部组织实施，经考核合格后发放证书。

（三）入科岗前培训：由科室负责人或指派科助理完成。

五、培训考核

（一）短期培训考核：相关科室自行实施，并做材料留存。

（二）长期系统培训：培训结束后，由人力资源部进行考核，考核分数＜60 分者，当年度年度考核不得评为优秀，当年度职称不得聘任；初级、中级职称新员工须完成至少 9 次，高级职称新员工须完成至少 4 次，方能参加后续职称聘任。[2.1]

六、培训管理

（一）人力资源部负责组织培训，并参与新职工岗前培训期间的签到、材料收集及请假管理等工作。

（二）岗前培训人员应全程、全员参加所有岗前培训，科室负责人要确保本科室新职工根据医院的安排完成所有的岗前培训内容。

（三）将岗前培训材料作为重要档案按年度进行分类保管。人力资源部组织的岗前培训的资料统一保存在人力资源部“岗前培训台账”中，各科室（如护理部、科教部、医院感染科、妇产科、公共卫生科）组织的考试、考核的材料由组织科室独立保管以备查。

（四）新职工经岗前培训后根据医院安排到所在科室上班，特殊岗位需独立操作或单独值班的，则按资质认定的相关制度执行。

（五）培训请假审批程序

参训人员因故需在培训期间请假，应按以下流程办理手续：

1. 申请人须至少提前 1 个工作日提交书面请假申请，说明请假事由及起止时间；

2. 申请材料依次经三级审批：

（1）所在科室负责人审核签字；

（2）人力资源部复核备案；

（3）分管领导最终审批；

审批流程完成后，申请人须将批准文件交至培训组织部门备案。

注：特殊情况确需临时请假者，须通过电话报批并在返岗后 1 个工作日内补办书面手续。

	制度编码	CWB-ZD-001	制度名称	医院总会计师制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	包国东	内审人	包国东
	制度版次	修订	修订时间	2025-12-18	生效时间	2026-01-01

医院总会计师制度

为推动公立医院建立现代医院管理制度，提高医院经济活动科学化、精细化管理水平、强化内部控制、提高运营效益、保障总会计师依法行使职权，充分发挥总会计师在医院经济管理中的主导作用，特制定本制度。

一、总会计师的岗位设置

总会计师由区卫健委统一选任。在医院主要负责人领导下，作为医院财务分管领导，全面负责医院财务管理和经济运行工作。

二、总会计师的职责

总会计师协助院长管理医院经济和运营工作，对院长负责并承担相应的领导和管理责任，依据国家法律法规组织领导医院的经济管理和会计核算工作，参与医院重大财务、经济事项的决策并对执行情况进行监督。具体职责如下：

（一）组织本医院贯彻执行国家有关法律法规，遵守财经纪律，加强财务管理和监督，保护国家财产。

1.建立健全制度，组织制定本医院财务管理制度、会计核算制度、内部控制制度及经济管理制度等；

2.进行财务管理，包括全面预算管理、筹资管理、资本管理、资金管理、成本控制、绩效评估等；

3.组织编制和监督执行预算、财务收支计划、信贷计划，拟订资金筹措和使用方案，有效地使用资金；

4.组织开展会计核算，审核对外报送的财务报告；

5.强化经济分析，利用财务分析资料研究并督促医院有关部门依法增收节支、提高效益、防范风险；

6.加强资产管理，组织清产核资，提高使用效益，维护资产安全；

7.加强内部审计，组织落实审计意见，监督执行审计决定。

（二）对医院的运营管理、业务发展、基本建设以及资本运营等重大事项发挥监督和决策支撑作用。

1. 参与医院战略规划、重大财经管理活动和重要经济问题的分析和决策；

2. 参与重大经济合同和经济协议的研究、审查；

3. 参与绩效考核、工资福利等方案的制定。

（三）承办院长交办的其他工作。

三、会计师的权限

总会计师具有有效履行职责的工作，具体包括：

（一）组织医院财务、经管、价格、审计、基建、医保、物资、信息等各职能部门，开展经济核算、财务会计和成本管理方面的工作。

（二）医院预算和决算、财务收支计划、成本和费用计划、投融资计划、物资采购计划、财务专题报告和财务会计报告等应当经总会计师签署。

（三）医院重大或特定经济活动的财务收支，以及大额资金使用，建立由总会计师与医院院长联签制度。

（四）涉及财务收支的经济合同、经济协议等须经总会计师会签。

（五）对医院财会机构的设置和会计人员的配备、会计专业技术职务的设置和聘任提出方案，对财会机构负责人的任免、考核提出意见；组织会计人员的业务培训和考核；支持会计人员依法行使职权。

（六）参与拟定医院年度运营目标、中长期发展规划等。

（七）对医院重大决策、财经法规、内部控制、经济事项等的执行情况进行监督。

（八）对违反国家财经法律、法规、方针、政策、制度和有可能在经济上造成损失、浪费以及涉嫌非法集资的行为，有权制止或纠正。制止或纠正无效时，可向医院院长反映，并提请院务会议集中研究；情况严重时，应当按照《中华人民共和国会计法》有关规定，移送有权处理的部门处理。

	制度编码	CWB-ZD-002	制度名称	费用支出审批制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第四次）	修订时间	2025-12-15	生效时间	2026-01-01

费用支出审批制度

为进一步加强医院财务管理，规范财务审批程序，加强内部监督与控制，根据《中华人民共和国会计法》、《医院财务制度》、《公立医院内部控制管理办法》、《行政事业单位内部控制规范》、《惠山区三级公立医院支出审批权限的意见》，结合我院实际情况，特修订本制度：

本制度适用于无锡市惠山区人民医院（以下简称 “医院”）所有日常运营、人员经费、物资采购、设备购置与维修、基本建设（修缮）、科研经费、“三公经费”、进修培训等各类费用支出的申请、审核、审批及支付工作，涵盖医院各科室、部门及全体员工涉及的资金支出行为。

一、费用支出审批是指对医院各项费用支出的合法性、合规性、真实性进行逐级审核，并对审核无误的支出业务批准执行的管理行为，贯穿费用支出全流程。

二、费用支出审批实行“统一管理，支出合法，分级负责，授权审批”的原则。按支出审批程序逐级审核流转，审批程序如下：经办人→科室负责人→分管领导→财务负责人→总会计师审核→院长审批（20 万元以内）→党委书记审批（20 万元以上）。最后审批权限规定如下：

（一）人员经费支出类项目

人员经费支出由总会计师审核、院长审批后予以支付，其中年终绩效分配需经院党委会集体讨论通过。

（二）物资采购类、设备设施（含信息软、硬件）购置类、设备设施维修维保类、水、电、气、物业管理类、科研经费支出类项目、基本建设（修缮）类项目、“三公经费”类项目、进修、培训、学术、学会类等各类项目。

总额 10 万元以下（不含 10 万元）的支出由总会计师审核、院长审批后予以支付；总额 10—20 万元以下（不含 20 万元）的支出需经院长办公会集体讨论通过；总额 20 万元以上（含 20 万元）的大额费用支出需经院党委会集体讨论通过。

涉及工程设施维修维保类、基本建设（修缮）类项目的支出，必须先通过审计科进行内部审计核定后按以上流程报批。

三、费用支出严格依照年度支出预算执行，财务部门对超预算支出原则上不予支付；因政策调整、突发事件等特殊情况确需发生的超预算支出，按以下流程办理追加：

1、归口管理部门提出书面追加申请，详细说明事由、金额及资金来源；

2、经分管领导审核后，10 万元以下（不含 10 万元）提交院长办公会讨论通过后予以追加；

3、10 万元（含）—20 万元以下（不含 20 万元）提交院长办公会讨论通过后予以追加；

4、20 万元以上（含 20 万元）提交院党委会集体讨论通过后予以追加；

四、专项支出（含科研专项、基建专项、上级拨款专项等）严格执行 “专款专用” 原则：

专项资金需单独核算，不得挤占、挪用，支出需与专项用途一致；归口管理部门定期向财务部门、总会计师报送专项资金落实及支出情况；财务部门随时监控专项预算执行进度，确保专项资金按计划、分步骤执行。

四、专项支出执行“专款专用”原则，定期审核专项资金的落实和支出情况，随时监控预算执行进度，保证专项资金有计划、分步骤的执行和落实。

五、审批职责分工

第九条 经办人（申请人）职责

如实填写《费用支出审批表》，确保支出信息（金额、用途、业务背景等）真实、准确、完整；

按要求提交合法有效的支撑材料（合同、发票、明细清单、审计报告、会议纪要等），对材料真实性、合规性负责；

跟踪审批进度，及时补充完善所需材料，配合各环节审核询问；

费用支出后，按财务要求办理报销手续，确保资金使用与申请用途一致。

第十条 科室负责人职责

对本科室支出的真实性、必要性、业务关联性进行初审；

审核支撑材料完整性，核实支出是否在科室预算范围内；

对不符合要求的申请，有权拒绝签字并说明理由；

承担本科室支出初审管理责任，对初审失误导致的违规支出承担相应责任。

第十一条 分管领导职责

对分管领域支出的合理性、合规性进行复审；

结合分管工作规划与预算执行情况，审核支出与医院整体工作的契合度；

对存疑申请要求经办人或科室负责人补充说明，必要时组织论证；

承担分管领域支出复审管理责任。

第十二条 财务负责人（财务部科长）职责

审核支出是否符合预算管理要求、票据是否合法合规、支付方式是否规范；

核实资金来源及财务手续完整性，对财务不合规申请提出调整意见或拒绝签字；

承担财务审核管理责任，确保支出符合财务制度要求。

第十三条 总会计师职责

从医院财务统筹与风险控制角度，审核支出的财务可行性、合规性；

监控预算执行进度，评估支出对医院资金状况的影响；

对大额或重点支出组织专项财务审核，提出专业意见；

承担财务统筹审核责任，保障资金使用效率与安全。

第十四条 院长职责

作为 20 万元以下支出最终审批人，综合医院运营与资金状况审批支出；

主持院长办公会，对 10 万元（含）—20 万元（不含）支出及对应超预算追加事项进行集体决策；

对 10 万元以上支出进行前置审核，提出意见后提交院党委会讨论；

承担医院支出审批主要管理责任。

第十五条 党委书记职责

作为 20 万元以上（含）支出最终审批人，从党建引领与合规监督角度审核支出；

主持院党委会，对年终绩效分配、20 万元以上支出及对应超预算追加事项进行集体决策；

监督审批流程规范性与集体决策落实情况；

承担大额支出最终审批监督责任。

第十六条 审计科职责

负责工程设施维修维保类、基本建设（修缮）类项目的内部审计核定；

出具客观公正的审计意见，作为该类项目支出审批的必备依据；

对审计中发现的问题及时反馈，督促整改。

第十七条 院长办公会、院党委会职责

按本制度规定，对对应金额及类型的支出事项进行集体讨论、民主决策；

形成书面会议纪要，作为支出审批的必备材料留存归档；

对集体决策结果承担共同管理责任。

六、本制度自 2024 年 7 月 17 日起执行，以往相关制度同时作废。

	制度编码	CWB-ZD-003	制度名称	全面预算管理实施办法	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第四次）	修订时间	2025.12.16	生效时间	2026-01-01

全面预算管理实施办法

为规范公立医院经济运行，严格预算管理、强化预算约束，规范公立医院经济运行，提高资金使用和资源利用效率，结合我院实际，制定本办法。

一、总则

(一)本办法所称全面预算管理，是指医院对所有经济活动实行全面管理，全部纳入预算管理范围。医院内部建立健全全面预算管理制度，以医院战略发展规划和年度计划目标为依据，充分运用预算手段开展医院内部各类经济资源的分配、使用、控制和考核等各项管理活动。具体包括收入、支出、成本费用、筹资投资、业务等预算。

(二)医院是本单位预算编制、执行、决算的责任主体，应当按照本办法，在规定时间内以统一的编制口径、报表格式和编制规范，向业务主管部门报送预算、决算报告。业务主管部门对各医院预算组织论证，提出审核意见。

(三)医院建立健全全面预算管理制度的基本原则：

1、战略性原则。坚持以战略发展规划为导向，确定年度计划目标并合理配置资源，实现可持续健康发展。

2、全面性原则。实行全口径、全过程、全员性、全方位预算管理，覆盖人、财、物全部资源，贯穿预算编制、审批、执行、监控、调整、决算、分析和考核等各个环节。

3、约束性原则。强化预算硬约束，原则上预算一经批复不得随意调整。要明确预算执行管理责任，严格执行已经批复的预算，增强预算统筹能力。

4、绩效性原则。建立“预算编制有目标、预算执行有监控、预算完成有评价、评价结果有反馈、反馈结果有应用”的全过程预算绩效管理机制，推进预算效益效果提升。

5、适应性原则。符合国家有关规定和医院实际，依据外部政策环境和医院经济活动变化，及时调整完善预算管理制度、机制、流程、办法和标准。

二、组织机构

(一)医院应当建立健全预算管理组织机构，建立由全面预算管理委员会、全面预算管理办公室、预算归口管理部门和预算科室组成的全面预算管理组织体系，确保医院所有部门、所有科室均纳入预算管理体系，确保预算责任能够分解落实到各级预算责任单元。

(二)全面预算管理委员会是医院全面预算管理工作的领导机构，主任由主要负责人担任，

副主任由各分管领导担任，相关职能部门负责人任委员。全面预算管理委员会的主要职责包括：审议医院预算管理制度、预算方案和预算调整方案、预算编制和执行中的重大问题、预算执行报告、决算报告等预算管理工作中的重大事项。

(三)全面预算管理委员会下设全面预算管理办公室，办公室设在财务部，牵头负责全面预算管理日常工作。设预算岗位人员 1 名，各归口部门、各预算科室设立兼职预算员。

全面预算管理办公室的主要职责包括：拟定各项预算管理制度，组织、指导预算归口管理部门和相关预算科室编制预算，对预算草案进行初步审查、协调和平衡，汇总编制医院全面预算方案，检查预算执行情况并编制报告，组织编制医院决算报告，开展预算绩效考核评价及编制报告等。

(四)预算归口管理部门包括收入预算归口管理部门和支出预算归口管理部门。预算归口管理部门的主要职责包括：牵头会同预算科室编制归口收入、支出预算，并监督归口收入、支出的预算执行情况。医疗收入预算不得分解下达至各临床、医技科室，效率类、结构类指标可分解下达。

(五)预算科室包括医院所有临床、医技等科室以及行政后勤等全部预算责任单元，是全面预算管理执行层。

预算科室的主要职能包括：在全面预算管理办公室和预算归口管理部门的指导下，开展本科室预算管理工作。

三、预决算内容

(一)医院全面预算包括两部分内容：一是按照部门预决算管理规定统一编制的部门预算和部门决算；二是按照《医院财务制度》《关于医院执行政府会计制度—行政事业单位会计科目和报表的补充规定》（以下简称《补充规定》）编制的财务预决算，综合反映医院收入费用、资产负债、筹资投资、现金流量等全面财务信息。

(二)医院按照部门预决算管理规定的编报格式和规范编制中期规划、年度部门预算和年度部门决算。医院所有收支全部纳入部门预算和部门决算。

(三)医院按照《医院财务制度》《补充规定》编制财务预算，包括业务预算、收入费用预算、筹资投资预算及年度预算报告等。

1.业务预算。主要反映医院开展日常运营活动的预算，包括医疗业务工作量预算、财政专项预算、科研教学项目预算等，是收入费用预算、筹资投资预算编制的主要基础和依据。

2.收入费用预算。主要反映预算期内与医院业务活动直接相关的预算，包括收入费用总预算、医疗收入和医疗费用预算（包括管理费用预算）、财政补助收入费用预算、科教项目收入费用预算和其他收入费用预算。

人员经费和三公经费预算编制应当严格执行国家有关财务规章制度规定的开支范围和开支标准。

3.筹资投资预算。主要反映预算期内医院进行投资活动和筹资活动的预算。

筹资预算主要指借款预算、融资租赁预算和引入第三方合作预算。医院借款、融资租赁和第三方合作必须符合国家有关政策规定。

投资预算主要包括设备、车辆和无形资产购置预算、基本建设和大型修缮预算、对外投资预算等。医院对外投资主要包括认购国债、全资或与第三方合作举办独立法人的非营利性医疗卫生机构等。医院对外投资的资产来源和投资范围必须符合国家有关政策规定。

预算报告。包括全部预算报表及预算编制说明。预算编制说明应当包括编制预算采用的会计政策以及与预算有关的重要事项。主要包括医院基本情况、业务前提条件或基础、收支测算原则与比率、重要费用支出项目说明、大额固定资产购置说明、基本建设和大型修缮项目说明、固定资产折旧政策、对外投资和第三方合作项目说明、长期负债情况说明等。对外投资和第三方合作项目应当详细说明合作方、合作模式、资金筹集、使用和分配、主要业务、是否按照规定进行审批等情况。长期负债应当详细说明筹资对象、期限、筹资用途、筹资规模、利率、是否按照规定进行审批、政府是否负有担保责任等情况。

医院按照《医院财务制度》《补充规定》编制权责发生制财务决算，包括收入费用决算、筹资投资决算、财务运行决算及年度决算报告等。

（1）收入费用决算。包括收入费用总决算、医疗收入和医疗费用决算、财政补助收入费用决算、科教项目收入费用决算和其他收入费用决算。

（2）筹资投资决算。包括设备、车辆和无形资产购置决算、基本建设和大型修缮决算、对外投资决算、借款决算、融资租赁决算和第三方合作决算。

（3）财务运行决算。包括资产负债决算、现金流量决算、净资产变动决算等综合性报表，综合反映收入费用决算和筹资投资决算的结果。

（4）年度决算报告。包括决算报表、编制说明和财务分析报告。决算编制说明应当包括编制决算采用的会计政策以及与决算有关的重要事项，以便于理解各决算报表，应当至少包括预算编制说明涵盖的事项。编制决算采用的会计政策原则上应当与预算编制保持一致，确有必要调整的应当详细说明。

四、预算编制

(一)医院应当在规定时间内完整、准确、及时地完成预算编制工作。

(二)预算编制应当统筹考虑以下方面：

1.坚持公立医院的公益性，正确处理社会效益和经济效益的关系，保障基本医疗服务正常有序开展，提高医疗服务质量和水平，促进医疗、教学、科研协调发展。

2.坚持以战略发展规划为导向，根据区域卫生健康规划、卫生资源配置标准和年度事业发展计划，科学预测年度收入支出目标，合理配置内部资源，实行总量平衡和控制。

3.程序公开透明，充分听取医院领导班子、各职能部门、业务部门和专家意见，实行民主决策，并纳入院务公开内容。

4.坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点，不得编制赤字预算。

5.坚持厉行节约、勤俭办院的方针，加强成本核算和控制，充分考虑成本费用开支范围和规模，结合工作任务、人员编制、有关开支定额标准变化因素等情况，合理编制支出预算。

6.严格控制对外投资，投资范围仅限于医疗服务相关领域，不得使用财政拨款、财政拨款结余对外投资，不得从事股票、期货、基金、企业债券等投资。

7.防范财务风险，加强应收应付预算管理，严格控制借款规模；确需借入或融资租赁的，应当按照规定报批；严禁举债建设。

8.严格结余资金管理，医院累计可支配医疗盈余达到上年度业务支出一定比例的，须在编制年度预算时将累计可支配医疗盈余与业务收入和财政补助收入统筹考虑；规范专用基金提取。

(三)医院采取“零基预算”与“增量预算”相结合的预算编制方法。

(四)医院应当按照“上下结合、分级编制、逐级汇总”的程序，层层组织做好预算编制工作。首先由预算归口管理部门将各预算科室预算报财务部门，其次由财会部门根据年度计划，进行汇总，经预算管理委员会审查后拟定医院年度预算，由院长办公会审议、经党委会、职工代表大会通过，由财务部掌握执行。

1.财务部：负责医院收入预算、支出预算及收支结余预算的编制。汇总各预算归口管理部门预算，编制医院总收入预算及总支出预算。

2.人力资源部：根据医院发展目标及人员配置结构，汇总并综合确定各部门人员增减数据，包括各部门的拟招聘人员计划、退休人员计划等，根据预算年度的人员的工资福利支出、各类保险支出、劳务用工支出等方面编制医院人员费用预算。

3.医务部：根据医院年度发展计划，汇总编制对接上海等方面的专家费用、其他医务费用预算等。

4.医学工程部：根据各临床医技科室专用设备需求计划编制医院专用设备采购预算；负责编制专用设备维修及升级支出预算；负责编制年度卫生材料采购预算等。

5.药学部：根据医院年度药品使用计划编制药品采购预算。

6.总务部：负责医院预算期内各项后勤业务预算的编制，结合各科室使用面积、人员数量、物价水平等变化趋势，编制医院水电费预算、后勤物资的采购预算、食堂支出预算；根据医院各类通用设施设备的使用情况，编制维护、维保支出预算；组织医院各科室进行工程类预算的项目编制，如改建项目、新建项目、扩建项目、修缮项目等；根据相关物业管理需要编制洗涤、保洁等方面的支出预算。

7.科教部：根据医院年度科研、教学、进修、培训等计划，汇总并综合编制科研经费预算、科研奖励支出预算；医务人员外出进修、培训支出预算；实习生、进修生等支出预算；

8.党委办公室：根据医院年度工作计划编制党建活动经费、党务报刊杂志费、党务资料费、党务宣传费等。

9.院长办公室：根据医院预算期内各项管理的需要，编制“三公”经费、各类行政办公费

支出预算；

10.宣传办：根据医院年度宣传计划，编制各种宣传、推广、策划等宣传广告支出预算。

11.信息中心：根据医院的发展要求，编制各种软件的开发、网络运行维护、电脑购置及维修外包等支出预算

12.保卫科：根据医院的相关安全管理要求，编制保安、消防人员工资及消防、监控设施维保等方面的支出预算。

五、预算审核和执行

(一)预算管理委员会（见附件）审查后拟定医院年度预算，由院长办公会审议、经党委会、职工代表大会通过后上报主管部门。

(二)医院要严格执行经批复的预算，完善各项预算管理规章制度，严格遵守预算执行授权审批制度和各项审批程序，形成全方位的预算执行责任体系，并将预算作为开展各项业务活动和经济活动的基本依据。

(三)医院严格执行预算，并将预算逐级分解，落实到具体的责任科室。定期将预算执行情况与预算进行对比分析，及时发现偏差、查找原因，采取必要的措施，保证预算整体目标的顺利完成。

六、预算调整

(一)医院年度预算一经批复，不得随意调整。当医院事业发展计划有重大调整、政府出台相关政策以及存在其他事项对预算执行产生重大影响时，医院应当按照规定程序调整预算并报同级业务主管部门。

(二)安排财政资金的基本支出和项目支出预算调整，按照部门预算管理相关规定执行。

七、年度决算

(一)医院应当按照要求组织开展年度决算工作,编制部门决算和财务决算，确保及时完成年度决算工作。

(二)医院应当按照政府综合财务报告编制工作规定的格式、内容和要求编制财务报告，并纳入部门财务报告合并编制范围。

八、财务分析

(一)医院应当建立分析制度，编制年度预算分析报告和财务分析报告。分析报告应当包括以下内容：

1.预算报告。

预算编制分析。反映医院业务预算、收入费用预算、筹资投资预算等预算编制情况。

预算执行分析。反映医院当期收支预算执行进度，预算执行差异原因分析。

预算结果评价。全方位综合评价医院当期预算完成情况。

2.财务报告。

财政保障水平分析。反映医院当期收到的财政补助情况及财政补助支出进度。

医疗费用控制分析。反映医院当期医疗费用控制情况及采取的措施。

盈余分析。反映医院除来源于财政项目收支和科教项目收支之外的收支结余水平，体现医院财务状况、医疗支出的节约程度以及医院管理水平。

收入费用结构分析。反映医院收入费用结构的合理性，使用药品、耗材、检查、化验收入占医疗收入比重，以及人员经费占比、管理费用率等指标。

成本管理能力分析。反映医院门诊收入和住院收入耗费的成本水平，使用门诊收入成本率、住院收入成本率、百元收入药品、卫生材料消耗等指标。

偿债能力分析。反映医院当期使用资产偿还债务的能力，使用资产负债率、流动比率等指标。

资产运营能力分析。反映医院当期期末资产规模、结构、收益及质量情况，使用总资产周转率、应收账款周转率、存货周转率等指标。

发展能力分析。反映医院通过各种经济活动不断扩大积累而形成的发展潜能情况，使用总资产增长率、净资产增长率等指标。

工作效率分析。反映医院的病床、医疗设备利用率及出诊医生的工作效率情况。

3.其他情况说明。

会计核算分析。反映医院会计核算的规范性和准确性。

内部控制分析。反映医院的单位层面和业务层面的内部控制建设及实施情况。

绩效考核分析。反映医院预算绩效考核制度建立及执行情况、当期绩效目标完成情况。

其他分析。会对医院本期或下期财务状况发生重大影响的事项，以及其他需要分析的事项。

4.分析方法主要包括比较分析法、比率分析法、因素分析法、结构分析法等。医院根据实际情况选择适当的方法进行分析。

5.医院应当建立财务分析指标预警机制，对核心指标实时监控，及时发现异常情况，查找原因并采取对策措施。医院应当加强财务分析结果的应用，对于财务分析反映的突出问题，提出相应的改进措施并形成书面报告。

九、预算绩效考核

(一)医院应当建立全面预算绩效管理制度。围绕预算管理的主要内容和环节，完善各环节预算绩效管理流程，制订预算绩效管理制度和实施细则。探索构建核心预算绩效指标体系，实现科学合理、细化量化、可比可测、动态调整、共建共享。加快预算绩效管理信息化建设，促进医院财务、资产、业务等信息互联互通。

(二)医院应当采用合理方法考核预算执行结果、成本控制目标实现和业务工作效率等情况，确定预算差异、分析差异原因、落实差异责任，做到职责到位、责任到人，并将预算绩效考核结果作为内部业务综合考核、资源配置、年度评比、内部收入分配的重要依据。

(三)医院业务部门应当根据全面预算绩效管理相关规定开展预算绩效管理工作，统筹考虑

资金资产和业务活动，从运行成本、管理效率、履职效能、社会效应、可持续发展能力和服务对象满意度等方面，衡量医院整体及核心业务实施效果，强化绩效考核导向，推动落实公益性，提升医疗服务质量，促进医院可持续发展。

十、信息化建设

(一)医院应当按照《医院信息化应用技术指引》和《全国医院信息化建设标准与规范》等文件要求，加强预算管理信息化建设，对预算编制、审核、执行、调整、决算、分析、考核的全过程实现信息化管理，提高医院管理和运行效率。

(二)医院预算管理系统要与医院其他信息管理系统（HIS 系统等）有效对接，逐步实现预算系统与其他信息管理信息系统的互联互通，实现预算数据直接从信息系统汇总提取，减少人为干预。

附件:

无锡市惠山区人民医院

预算管理委员会

(一)组织机构

主　任：戴智勇

副主任：包国东

委　员：华晓娟、储旭东、徐太静、顾晓红、唐李丽、周云霞、缪常伟、边逸道、邹静蓉、郑　雄、邬幼萍、林　燕、龙　琦、赵曼莉、朱启贯、张玉芳、杨瑞瑞、吴晓峰、陈剑波、乔傲松、张　凯、崔良良

各临床及医技科室负责人为科室预算负责人

财务部为全面预算管理委员会下设办公室，牵头负责全面预算日常工作，周云霞任办公室主任。

（二）工作制度和职责

组织医院相关部门论证并决定年度经营目标。

审定医院预算编制的指导原则、编制方法和程序。

组织召开预算管理会议，对财务部门提交的各部门预算草案和医院整体预算草案提出质询，并就必要的修改与调整提出意见。

每季度听取医院预算执行情况的汇报，审议各部门提出的预算调整方案。

定期检查和分析预算执行情况，听取财务部门及其他部门的汇报，提出改进意见，督促预算管理目标的实现。

	制度编码	CWB-ZD-004	制度名称	成本核算实施办法	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第三次）	修订时间	2025-12-16	生效时间	2026-01-01

成本核算实施办法

为健全医院管理制度，优化资源配置，规范医院成本核算工作，发挥成本核算在医疗服务定价、医院成本控制和绩效评价中的作用，提升内部管理水平和运营效率，推进医院高质量发展，结合我院实际，制定本办法。

一、总则

（一）医院成本是指医院特定的成本核算对象所发生的资源耗费，包括人力资源耗费，房屋及建筑物、设备、材料、产品等有形资产耗费，知识产权等无形资产耗费，以及其他耗费。

（二）本办法所称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，是医院成本管理的基础内容。

本办法所称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。

（三）成本核算应当遵循以下原则：

1.相关性原则。医院选择成本核算对象、归集分配成本、提供成本信息等应当与满足成本信息需求相关，有助于使用者依据成本信息作出评价或决策。

2.真实性原则。医院应当以实际发生经济业务或事项为依据进行成本核算，确保成本信息真实可靠、内容完整。

3.适应性原则。医院进行成本核算应当与卫生健康行业特点、特定的成本信息需求相适应。

4.及时性原则。医院应当及时收集、处理、传递和报告成本信息，便于信息使用者及时作出评价或决策。

5.可比性原则。相同行政区域内不同医院，或者同一医院不同时期，对相同或相似的成本核算对象进行成本核算所采用的方法和依据等应当保持连续性和一致性，确保成本信息相互可比。

6.重要性原则。医院选择成本核算对象、开展成本核算应当区分重要程度，对于重要的成本核算对象和成本项目应当力求成本信息精确，对于非重要的成本核算对象和成本项目可以适当简化核算。

（四）医院进行成本核算应当满足内部管理和外部管理的需求，包括但不限于以下方面：

1.成本控制。医院应当完整、准确核算特定成本核算对象的成本，揭示成本的发生和形成过程，以便对影响成本的各种因素、条件施加影响或管控，将实际成本控制在预期目标内。

2.医疗服务定价。医院应当在统一核算原则和方法的基础上准确核算医疗服务成本，为政府有关部门制订医疗服务相关价格或收费标准提供依据和参考。

3.绩效评价。医院应当设置与成本相关的绩效指标，衡量医院整体和内部各部门的运行效率、核心业务实施效果、政策项目资金实施效益。

（五）医院可根据相关部门对成本信息的需求以及成本管理的要求确定成本核算周期，并根据工作需要定期编制成本报告，全面反映医院成本核算情况。原则上，成本核算周期应当与会计核算周期保持一致。

（六）医院应当以权责发生制为基础，以财务会计数据为准进行成本核算，财务会计有关明细科目设置和辅助核算应当满足成本核算需要。

（七）医院应当确保成本数据原始记录真实完整，加强收集、记录、传递、整理和汇总等工作，为成本核算提供必要的数据基础。

二、组织构架与职责

（一）医院成立成本核算领导小组，作为医院开展成本核算与管理的决策和监督机构，主要职责包括;主要负责审议医院成本核算工作方案及相关制度，明确各部门职责，协调解决成本核算相关问题，组织开展成本核算，加强成本管控，制订相匹配的绩效考核方案，提升运营效率。

医院成本核算领导小组由主要负责人担任组长，分管领导担任副组长（以下简称领导小组），成员包括党办、院办、医务、护理、人事、财务、审计、设备、科教、后勤、信息等相关职能科室负责人。（具体见附件）

（二）医院应当在财务部门设置成本核算办公室，作为成本管理的日常工作机构。医院应当在财务部门设立成本会计岗位，并设置不少于 2 名专职人员。

（三）成本核算办公室的主要职责包括：

1.制定医院内部成本核算工作细则、岗位职责、内控措施及相关工作制度等。

2.归集成本数据，进行成本核算，按照主管部门的规定定期编制、报送成本报表。

3.开展院内成本核算业务培训和调研，指导科室成本管理工作。

4.开展成本分析，提出成本控制建议，为医院决策与运营管理提供支持和参考。

各业务科室应当确定兼职成本核算员，各职能部门应当确定成本专管员，按照成本管理领导小组部署，在财务部门（成本核算工作办公室）指导下，按照相关规定和要求定期完成本科室和本部门相关成本信息和资料的记录、统计、核对与报送等工作。

5.医院各部门在成本核算过程中应当提供的数据信息资料主要包括

（1）财务部门：各部门应发工资总额，邮电费、差旅费等在财务部门直接报销并应当计

入各部门的费用；门诊和住院医疗收入明细数据。

（2）人力资源部：各部门人员信息、待遇标准（包括职工薪酬、社会保障等）、考勤和人员变动情况。

（3）总务部：各部门水、电、气等能源耗用量及费用；相关部门物业、保洁、维修、食堂、洗涤、污水处理等工作量和服务费用。

（4）医学工程部：各部门固定资产（专用设备）的使用分布及变动状况及各部门维修保养费用的统计和报送；各部门卫生材料、低值易耗品等用量、存量和费用。

（5）药学部：各部门药品用量、存量和费用

（6）病案统计部门：门诊、住院工作量，病案首页及成本核算相关数据。

（7）信息中心：负责医院成本核算系统的开发与完善，并确保其与相关信息系统之间信息的统一与衔接，协助提供其他成本相关数据。

（8）其他部门：其他与成本核算有关的数据。

三、成本构成与分类

（一）按照成本核算的不同对象，可分为科室成本、诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本、按疾病诊断相关分组（DiagnosisRelatedGroups,DRG）成本。

（二）医院应当根据国家规定的成本核算口径设置成本项目，并对每个成本核算对象按照成本项目进行数据归集。成本项目是指将归集到成本核算对象的按照一定标准划分的反映成本构成的具体项目。医院成本项目包括人员经费、卫生材料费、药品费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、提取医疗风险基金、其他运行费用等 7 大类。

成本项目核算数据应当与政府会计准则制度中“业务活动费用”“单位管理费用”等科目的有关明细科目数据保持衔接，并确保与财务报表数据的同源性和一致性。

（三）根据《医院财务制度》和《政府会计制度》规定，以下费用性支出不得计入成本范围：

1.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费用。

2.在各类基金中列支的费用。

3.国家规定的不得列入成本的其他费用。

（四）为便于开展成本核算和管理，医院应当依据成本核算对象、成本性态、资本流动性的不同对成本进行分类。

1.按照计入成本核算对象的方式分为直接成本和间接成本。

（1）直接成本：是指确定由某一成本核算对象负担的费用，包括直接计入和计算计入的成本。

（2）间接成本：是指不能直接计入成本核算对象的费用，应当由医院根据医疗服务业务特点，选择合理的分配标准或方法分配计入各个成本核算对象。

间接成本分配标准或方法一般遵循因果关系和受益原则，将资源耗费根据动因（工作量

占比、耗用资源占比、收入占比等）分项目追溯或分配至相关的成本核算对象。

同一成本核算对象的间接成本分配标准或方法一旦确定，在各核算期间应当保持一致，不得随意变动。

2.按成本性态分为固定成本和变动成本。

（1）固定成本是在一定时期、一定业务范围内，成本相对固定，不受业务量变化影响的成本。

（2）变动成本是在一定时期、一定业务范围内，成本总额与业务量呈正比例变化的成本项目。

3.按照资本流动性分为资本性成本和非资本性成本

（1）资本性成本：是指医院长期使用的，其经济寿命将经历多个会计年度的固定资产和无形资产的成本，包括固定资产折旧和无形资产摊销费用。

（2）非资本性成本：是指某一会计年度内医院运营中发生的人员经费、卫生材料费、药品费、提取医疗风险基金和其他运行费用。

（五）按照成本核算的不同目的，医院的成本可分为医疗业务成本、医疗成本、医疗全成本和医院全成本。

1.医疗业务成本是指医院业务科室开展医疗服务业务活动发生的各种耗费，不包括医院行政后勤类科室的耗费及财政项目拨款经费、非同级财政拨款项目经费和科教经费形成的各项费用。

医疗业务成本=临床服务类科室直接成本+医疗技术类科室直接成本+医疗辅助类科室直接成本

2.医疗成本是指为开展医疗服务业务活动，医院各业务科室、行政后勤类科室发生的各种耗费，不包括财政项目拨款经费、非同级财政拨款项目经费和科教经费形成的各项费用。

医疗成本=医疗业务成本+行政后勤类科室成本

3.医疗全成本是指为开展医疗服务业务活动，医院各部门发生的各种耗费，以及财政项目拨款经费、非同级财政拨款项目经费形成的各项费用。

4.医院全成本是指医疗全成本的各种耗费，以及科教经费形成的各项费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、其他费用等各项费用。

（六）医院成本核算单元应当按照科室单元和服务单元进行设置。成本核算单元是成本核算的基础，根据不同的核算目的和服务性质进行归集和分类。

科室单元是指根据医院管理和学科建设的需要而设置的成本核算单元。例如妇科病房、产科门诊、手术室、检验科、供应室、医务科等。主要用于科室成本核算、医疗服务项目成本核算、诊次成本核算、床日成本核算等。

服务单元是指以医院为患者提供的医疗服务内容类别为基础而设置的成本核算单元，例如重症监护、手术、药品、耗材等服务单元。服务单元根据功能可细化为病房服务单元、病

理服务单元、检验服务单元、影像服务单元、诊断服务单元、治疗服务单元、麻醉服务单元、手术服务单元、药品供应服务单元、耗材供应服务单元等。主要用于未来病种成本核算、DRG成本核算等。

四、科室成本核算

（一）科室成本核算是指以科室为核算对象，按照一定流程和方法归集相关费用、计算科室成本的过程。科室成本核算的对象是按照医院管理需要设置的各类科室单元。

（二）医院应当按照服务性质将科室划分为临床服务类、医疗技术类、医疗辅助类、行政后勤类。

1.临床服务类科室是指直接为患者提供医疗服务，并能体现最终医疗结果、完整反映医疗成本的科室。

2.医疗技术类科室是指为临床服务类科室及患者提供医疗技术服务的科室。

3.医疗辅助类科室是指服务于临床服务类和医疗技术类科室，为其提供动力、生产、加工、消毒等辅助服务的科室。

4.行政后勤类科室是指除临床服务类、医疗技术类和医疗辅助类科室之外，从事行政管理和后勤保障工作科室。

（三）医院原则上应当按照《科室单元分类名称及编码》设置科室单元。

1.临床服务类科室设置的专业实验室或检查室，其发生的人员经费、房屋水电费等耗费若由所属临床科室承担，则该实验室或检查室的收入和成本计入所属临床科室。

2.各临床服务类、医疗技术类、医疗辅助类科室下设的办公室，其成本计入所属科室。

（四）医院开展科室核算时，应当将提供医疗服务所发生的全部费用，按照成本项目归集到科室单元。通过“业务活动费用”“单位管理费用”等会计科目，按照成本项目归集实际发生的各种费用，据此计算确定各科室的成本，包括直接成本和间接成本。

（五）科室直接成本分为直接计入成本与计算计入成本。

1.直接计入成本是指在会计核算中能够直接计入到科室单元的费用。包括人员经费、卫生材料费、药品费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、以及其他运行费用中可以直接计入的费用。

2.计算计入成本是指由于受计量条件所限无法直接计入到科室单元的费用。医院应当根据重要性和可操作性等原则，将需要计算计入的科室直接成本按照确定的标准进行分配，计算计入到相关科室单元。对于耗费较多的科室，医院可先行计算其成本，其余的耗费再采用人员、面积比例等作为分配参数，计算计入其他科室。

3.科室间接成本应当本着相关性、成本效益关系及重要性等原则，采用阶梯分摊法，按照分项逐级分步结转的方式进行三级分摊，最终将所有科室间接成本分摊到临床服务类科室。

注：①一级分摊；②二级分摊；③三级分摊具体步骤为：

（1）一级分摊：行政后勤类科室费用分摊。

将行政后勤类科室费用采用人员比例、工作量比重等分摊参数向临床服务类、医疗技术类和医疗辅助类科室分摊，并实行分项结转。

（2）二级分摊：医疗辅助类科室费用分摊。

将医疗辅助类科室费用采用收入比重、工作量比重、占用面积比重等分摊参数向临床服务类和医疗技术类科室分摊，并实行分项结转。

（3）三级分摊：医疗技术类科室费用分摊。

将医疗技术类科室费用采用收入比重等分摊参数向临床服务类科室分摊，分摊后形成门诊、住院临床服务类科室的成本。

（六）本办法所称诊次是指当月到医院进行非住院治疗的就诊人次数的统称，包括门诊人次数、急诊人次数和健康检查人数。

本办法所称住院床日是指当月每天 24 时实际占用病床数，包括实际占用的临时加床在内病人、入院后于当天 24 时前死亡或因故出院的病人。

本办法所称出院人次是指所有住院后于当月出院的人数，包括出院病人数、正常分娩、未产出院、住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者。

五、诊次成本核算

（一）诊次成本核算是指以诊次为核算对象，将科室成本进一步分摊到门急诊人次中，计算出诊次成本的过程。采用三级分摊后的临床门急诊科室总成本，计算出诊次成本。

全院平均诊次成本=（∑全院各门急诊科室成本）/全院总门急诊人次

某临床科室诊次成本=某临床科室门急诊成本/该临床科室门急诊人次

六、床日成本核算

床日成本核算是指以床日为核算对象，将科室成本进一步分摊到住院床日中，计算出床日成本的过程。采用三级分摊后的临床住院科室总成本，计算出床日成本。

全院平均实际占用床日成本=（∑全院各住院科室成本）/全院实际占用总床日数

某临床科室实际占用床日成本=某临床住院科室成本/该临床住院科室实际占用床日数

七、医疗服务项目成本核算

（一）医疗服务项目成本核算是指以各科室开展的医疗服务项目为对象，归集和分配各项费用，计算出各项目单位成本的过程。医疗服务项目成本核算对象是指各地医疗服务价格主管部门和卫生健康行政部门、中医药主管部门印发的医疗服务收费项目，不包括药品和可以单独收费的卫生材料。医疗服务项目应当执行国家规范的医疗服务项目名称和编码。

（二）医疗服务项目成本核算分两步开展：首先确定医疗服务项目总成本，其次计算单个医疗服务项目成本。应当以临床服务类和医疗技术类科室二级分摊后成本剔除药品成本、单独收费的卫生材料成本作为医疗服务项目总成本，采用作业成本法、成本当量法、成本比例系数法等方法计算单个医疗服务项目成本。结合我院实际情况选用适当的计算方法。

（三）作业成本法是指通过对某医疗服务项目所有作业活动的追踪和记录，计量作业业绩和资源利用情况的一种成本计算方法。该方法以作业为中心，以成本动因为分配要素，体现“服务消耗作业，作业消耗资源”的原则。提供某医疗服务项目过程中的各道工序或环节均可视为一项作业。成本动因分为资源动因和作业动因，主要包括人员数量、房屋面积、工作量、工时、医疗服务项目技术难度等参数。

作业成本法按照以下步骤开展核算：

1.划分作业。在梳理医院临床服务类科室和医疗技术类科室医疗业务

流程基础上，将医疗服务过程划分为若干作业。各作业应当相对独立、不得重复，形成医院统一、规范的作业库。

2.直接成本归集。将能够直接计入或者计算计入到某医疗服务项目的成本直接归集到医疗服务项目。

3.间接成本分摊。将无法直接计入或者计算计入到某医疗服务项目的成本，首先按照资源动因将其分配至受益的作业，再按照医疗服务项目消耗作业的原则，采用作业动因将作业成本分配至受益的医疗服务项目。

（四）成本当量法是指在确定的核算期内，以科室单元为核算基础，遴选典型的医疗服务项目作为代表项目，其成本当量数为“1”，作为标准当量，其他项目与代表项目进行比较，进而得到其他项目各自的成本当量值，再计算出各项目成本的方法。

成本当量法按照以下步骤开展核算：

1.选取代表项目。确定各科室单元典型项目作为代表项目，将其成本当量数设为“1”。

2.计算科室单元的总当量值。

（1）以代表项目单次操作的资源耗费为标准，将该科室单元当期完成的所有医疗服务项目单次操作的资源耗费分别与代表项目相比，得出每个项目的成本当量值。

（2）每个项目的成本当量值乘以其操作数量，得出该项目的总成本当量值。

（3）各项目总成本当量值累加得到该科室单元的成本当量总值。

3.计算当量系数的单位成本。

当量系数的单位成本=（该科室单元当期总成本-药品成本-单独收费的卫生材料成本）/该科室单元的成本当量总值

4.计算项目单位成本。

项目单位成本=当量系数的单位成本×该项目的成本当量值

（五）成本比例系数法是指将归集到各科室单元的成本，通过设定某一种分配参数，将科室单元的成本最终分配到医疗服务项目的计算方法。核算方法主要有收入分配系数法、操作时间分配系数法、工作量分配系数法。

1.收入分配系数法。将各医疗服务项目收入占科室单元总收入（不含药品收入和单独收费卫生材料收入）的比例作为分配成本的比例。

2.操作时间分配系数法。将各医疗服务项目操作时间占科室单元总操作时间的比例作为分配成本的比例。

3.工作量分配系数法。将各医疗服务项目工作量占科室单元总工作量的比例作为分配成本的比例。

（六）不同科室单元开展的同一个医疗服务项目成本的确定方法：将各科室单元该医疗服务项目的核算成本通过加权平均法形成该医疗服务项目院内的平均成本。

1.计算各个科室单元该医疗服务项目总成本。用该科室单元医疗服务项目的核算成本乘以其操作数量，得出该科室单元医疗服务项目总成本。

2.计算医院内该医疗服务项目的成本。将各个科室单元该医疗服务项目总成本除以当期内该医疗服务项目操作总数，得到项目成本。

八、病种成本核算

（一）病种成本核算是指以病种为核算对象，按照一定流程和方法归集相关费用，计算病种成本的过程。医院开展的病种可参照临床路径和国家推荐病种的有关规定执行。

（二）病种成本核算方法主要有自上而下法（Top-DownCosting）、自下而上法（Bottom-UpCosting）和成本收入比法（Cost-to-ChargeRatio,CCR）。

1.自上而下法。自上而下法以成本核算单元成本为基础计算病种成本。按照以下步骤开展核算：

（1）统计每名患者的药品和单独收费的卫生材料费用，形成每名患者的药耗成本。

（2）将成本核算单元的成本剔除所有计入患者的药品和单独收费的卫生材料费用后，采用住院天数、诊疗时间等作为分配参数分摊到每名患者。

（3）将步骤 1 和步骤 2 成本累加形成每名患者的病种成本。

（4）将同病种患者归为一组，然后将组内每名患者的成本累加形成病种总成本，采用平均数等方法计算病种单位成本。

病种总成本=∑该病种每名患者成本

某病种单位成本=该病种总成本/该病种出院患者总数

（三）自下而上法。自下而上法以医疗服务项目成本为基础计算病种成本。按照以下步骤开展核算：

1.将医疗服务项目成本、药品成本、单独收费的卫生材料成本对应到每名患者后，形成每名患者的病种成本。

某患者病种成本 = ∑（该患者核算期间内某医疗服务项目工作量 × 该医疗服务项目单位成本）+∑药品成本+∑单独收费的卫生材料成本

2.将同病种患者归为一组，然后将组内每名患者的成本累加形成病种总成本，采用平均数等方法计算病种单位成本。

病种总成本=∑该病种每名患者成本

某病种单位成本=该病种总成本/该病种出院患者总数

（四）成本收入比法。成本收入比法以服务单元的收入和成本为基础计算病种成本，通过计算医院为患者提供的各服务单元的成本收入比值，利用该比值将患者层面的收入转换为成本。按照以下步骤开展核算：

1.计算各服务单元的成本收入比值。

某服务单元成本收入比=该服务单元成本/该服务单元收入

2.计算患者病种成本。

某患者病种成本=∑该患者某服务单元收入 × 该服务单元成本收入比

3.将同病种患者归为一组，然后将组内每名患者的成本累加形成病种总成本，采用平均数等方法计算病种单位成本。

病种总成本=∑该病种每名患者成本

某病种单位成本=该病种总成本/该病种出院患者总数

九、DRG 成本核算

（一）DRG 成本核算是指以 DRG 组为核算对象，按照一定流程和方法归集相关费用计算 DRG 组成本的过程。

（二）DRG 成本核算方法主要有自上而下法、自下而上法和成本收入比法。

1.自上而下法。自上而下法以成本核算单元成本为基础计算 DRG 组成本。按照以下步骤开展核算：

（1）统计每名患者的药品和单独收费的卫生材料费用，形成每名患者的药耗成本。

（2）将成本核算单元的成本剔除所有计入患者的药品和单独收费的卫生材料费用后，采用住院天数、诊疗时间等作为分配参数分摊到每名患者。

（3）将步骤 1 和步骤 2 成本累加形成每名患者的成本。

（4）将每名患者归入到相应的 DRG 组，然后将组内每名患者的成本累加形成该 DRG 组总成本，采用平均数等方法计算该 DRG 组单位成本。

DRG 组总成本=∑该 DRG 组每名患者成本

某 DRG 组单位成本=该 DRG 组总成本/该 DRG 组出院患者总数

2.自下而上法。自下而上法以医疗服务项目成本基础计算 DRG 组成本。按照以下步骤开展核算：

（1）将医疗服务项目成本、药品成本、单独收费的卫生材料成本对应到每名患者后，形成每名患者的成本。

某患者成本 = ∑（患者核算期间内某医疗服务项目工作量 × 该医疗服务项目单位成本）+∑药品成本+∑单独收费的卫生材料成本

（2）将每名患者归入到相应的 DRG 组，然后将组内每名患者的成本累加形成该 DRG 组总成本，采用平均数等方法计算该 DRG 组单位成本。

DRG 组总成本=∑该 DRG 组每名患者成本

某 DRG 组单位成本=该 DRG 组总成本/该 DRG 组出院患者总数

3.成本收入比法。成本收入比法以服务单元的收入和成本为基础计算 DRG 组成本，通过计算医院为患者提供的各服务单元的成本收入比值，利用该比值将患者层面的收入转换为成本。按照以下步骤开展核算：

（1）计算各服务单元的成本收入比值。

某服务单元成本收入比=该服务单元成本/该服务单元收入

（2）计算患者成本。

某患者成本=∑该患者某服务单元收入 × 该服务单元成本收入比

（3）将每名患者归入到相应的 DRG 组，然后将组内每名患者的成本累加形成该 DRG 组总成本，采用平均数等方法计算该 DRG 组单位成本。

DRG 组总成本=∑该 DRG 组每名患者成本

某 DRG 组单位成本=该 DRG 组总成本/该 DRG 组出院患者总数

十、基础数据采集

（一）本办法所称基础数据包括基本字典信息、业务收支数据、服务计量数据。医院应当按成本核算的不同对象、不同方法对成本核算基础数据进行“全面、规范、真实、精细、及时”采集。

（二）本办法所称基本字典信息是指成本核算相关要素的分类与编码字典库，包括科室（成本核算单元）字典、员工字典、固定资产字典、存货字典、医疗服务项目字典、医疗收费项目与收入科目对照字典、成本项目与会计科目对照字典、服务计量项目字典等。

（三）本办法所称医疗收入包括医疗服务收入（不含卫生材料和药品）、卫生材料收入和药品收入。通过信息系统生成的业务收入数据应当采用规范的接口方式自动采集，手工方式生成的零星收入数据通过业务台账或电子表格方式从业务发生源头采集。

（四）为提高数据采集的效率和质量，数据的采集方式应当优先选择规范的接口方式自

动采集，无法从业务系统产生的批量费用数据使用规范的电子表格采集，其余数据使用台账方式规范采集。成本费用的采集期间应与会计核算期间保持一致。

十一、成本核算报表

（一）为保证成本信息质量，开展成本核算的医院应当按照要求定期形成成本报表和成本核算报告，并对成本核算结果和成本控制情况作出详细说明。按照月度或年度编制报表，也可以按照季度编制。成本报表数据应当真实、准确。至少每年产出年度成本核算报告。

（二）医院成本报表应当由单位负责人和主管会计工作的负责人、会计机构负责人（会计主管人员）签名并盖章。

（三）成本报表按照不同的管理需要进行分类。

1.按照使用者不同可分为对内报表和对外报表。对内报表指医院为满足内部管理需要而编制的成本报表；对外报表指医院按照相关政府主管部门要求报送的成本报表。

2.按照核算对象不同分为科室成本报表、诊次成本报表、床日成本报表、医疗服务项目成本报表、病种成本报表、DRG 成本报表。科室成本报表主要包括直接成本表、全成本表、成本分摊汇总表等；诊次成本报表主要包括院级诊次成本构成表、科室诊次成本表等；床日成本报表主要包括院级床日成本构成表、科室床日成本表等；医疗服务项目成本报表主要包括项目成本汇总表、项目成本明细表等；病种成本报表主要包括病种成本明细表、病种成本构成明细表等；

DRG 成本报表主要包：DRG 成本明细表、DRG 成本构成明细表等。

十二、成本管理

（一）根据现代医院管理制度的建设要求，医院应当围绕战略目标和运营计划，结合预算管理，建立健全定额测算、成本计划、成本核算、成本分析、成本控制、成本考评相关管理制度;强化成本核算基础工作，建立业务数据稽核校验机制，确保成本数据质量，不断提高成本管理规范化、精细化、科学化水平。

结合经济运行等相关信息，开展成本核算结果分析，重点分析成本构成、成本变动的影响因素，制订成本控制措施，提出改进建议。

（二）医院要结合经济运行等相关信息，开展成本核算结果分析，重点分析成本构成、成本变动的影响因素，制订成本控制措施，提出改进建议。

医院开展成本分析主要方法包括：

1.按照分析目的和要求不同，可分为全面分析、局部分析、专题分析等。

2.按照指标比较方法不同，可分为比较分析法、结构分析法、趋势分析法、因素分析法等。

3.本量利分析：医院通过对保本点的研究分析，确定医疗服务正常开展所达到的保本点业务量和保本收入总额，反映出业务量与成本之间的变动关系。

（三）医院应当在保证医疗质量和医疗安全的前提下，按照经济性、适用性、全员性原则，依据成本定额、成本计划和成本费用开支标准，对成本形成的全过程进行控制，努力实

现成本最优化目标。成本控制的措施包括预算约束控制、可行性论证控制、财务审批控制、关键环节控制、资源采购与配置控制、临床路径控制、技术创新控制等。

（四）医院应当强化成本考核与评价，建立相应的绩效激励体系，将成本控制效果纳入科室绩效考核体系，激励科室自觉控制可控成本。

（五）医院应当大力推进成本管理信息化，对相关基础数据进行规范集成并自动传递（或提供给）成本管理系统（简称成本系统）调用。医院使用的成本信息系统应当根据本规范要求提供相关功能，包括基础字典维护、自动采集业务数据、自动分摊间接成本、自动生成规范成本报表和分析报告等功能，确保成本核算和会计核算数据的一致性。

（六）医院依法依规接受财政、审计、纪检监察等外部门对本单位成本控制工作的监督检查，要及时整改落实，完善成本控制体系，确保成本控制制度有效实施。

附件：

无锡市惠山区人民医院

全成本核算领导小组

组　长：戴智勇

副组长：包国东

组　员：周云霞、边逸道、缪常伟、郑　雄、邬幼萍、林　燕、龙　琦、赵曼莉、朱启贯、张玉芳、杨瑞瑞、吴晓峰、陈剑波、乔傲松、张　凯、崔良良、潘晓凡、应站专、丁　宁、柏广富、陈　磊、关立鹏

	制度编码	CWB-ZD-005	制度名称	成本控制制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第五次）	修订时间	2025-12-15	生效时间	2026-01-01

成本控制制度

成本核算是医院经济管理的重要基础，成本控制是成本核算的重要手段。为了合理利用医疗资源，降低医院成本，结合本院实际，特制定本制度。

一、认真执行预算管理制度，严格控制无预算的资金支出。

二、按照授权批准制度的管理要求，规定经办人办理成本费用业务的职责范围和工作要求，杜绝超越授权范围的成本费用支出。

三、严格按照国家明确规定的成本开支范围，分清费用列支渠道，划清各个月份的费用期限，按照会计制度的要求核算成本费用。

四、各种继续教育、学术培训、科研活动以及上级布置的专题活动，经审批同意后，由使用科室主任签字，归口职能科室、分管领导及财务部审签，总会计师及院长审批，到财务部报销。

五、各临床医技科室，领用各种卫生材料，原则上不超过 1 个月的用量。

六、一次性使用的高值耗材，实行实名制管理。

七、各临床医技科室，建立专用材料进销存台帐，材料占收入的比重，作为绩效考核的指标内容。

八、建立健全各项基础工作管理制度，实施事前、事中和事后的成本控制。

	制度编码	CWB-ZD-006	制度名称	收入费用管理制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第三次）	修订时间	2025-12-15	生效时间	2026-01-01

收入费用管理制度

为了加强医院财务管理，规范财务收支行为，提高经济效益，特制定本制度。

一、收入管理制度

(一)医院收入是指医院开展医疗、科研、教学及其辅助活动依法取得的、导致本期资产增加的经济利益或服务潜力的流入。

(二)医院所有收入来源合法合规，均应纳入医院财务部门统一管理。任何科室和个人不得自行收费、私分、截留或转移收，不得形成账外账、私设小金库。

(三)医院在开展医疗活动过程中，必须将社会效益放在首位，应承担更多的社会责任，充分体现医院的公益性。

(四)医院门急诊、住院收费必须按照有关规定使用国务院或省（自治区、直辖市）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。严格票据的印刷、领用、回收、复核，完善收入管理。

(五)门诊收费处和住院处收取的现金和支票必须当日存入银行，并定期向财务部报账。严禁隐瞒、截留、抗占和挪用，现金收入不得坐支。

(六)认真执行国家有关收费政策，建立健全医疗收费管理制度，严格执行收费标准。

(七)合理使用上级差额补助款。

(八)正确处理治病和收费的关系。对危重病人在不影响抢救治疗的前提下，及时收取医疗费用，及时结算住院病人的医疗费用。

(九)坚持因病施治、合理用药、合理检查、合理治疗的原则，防止乱收费。

(十)充分挖掘和利用现有人力、设备和技术条件的潜力，扩大医疗服务项目，调整收入结构，提高病床使用率、周转率、增加医疗收入。

二、费用管理制度

(一)费用是指报告期内导致医院净资产减少的、含有服务潜力或者经济利益的经济资源的流出。

(二)医院的费用应当严格执行国家有关财务规章制度规定的范围及开支标准；国家有关财务规章制度没有统一规定的，由医院规定。医院的规定违返法律和国家政策的，主管部门和财政部门应当责令改正。

(三)科学合理地做好资金的预测和决策。增强医院资金管理工作的预见性、主动性和科学性，避免因决策失误而造成的损失。

(四)医院在开展医疗服务过程中，对一切开支，应精打细算、合理安排；严格按照批准的预算和所规定的用途，建立健全必要的支出管理制度，提高资金使用效益。

(五)超预算或计划外开支，要由有关科室提出书面报告，由院长办公会讨论批准执行。

(六)保持合理的费用支出结构，正确划清费用支出的界限，实行收支两条线。

(七)添置大型、贵重仪器设备和大型修缮，要事先进行可行性论证、效益分析和专家评议，以保证医疗工作需要。

(八)勤俭节约、提高资金的使用效益，积极开展科室成本核算和医疗成本测算工作。

(九)加强项目资金的管理。医院从财政部门或主管部门取得的有指定用途的项目资金应当按照有关规定进行管理，不得截留、挤占、挪用和违反规定转拨资金。

(十)医院应当依法加强各类票据管理，确保票据来源合法、内容真实。

	制度编码	CWB-ZD-007	制度名称	医院退费管理办法	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第四次）	修订时间	2025-12-16	生效时间	2026-01-01

医院退费管理办法

为了加强医院的内控管理，确保退费渠道畅通、规范，减少退费差错，同时能有效推动互联网医疗服务健康快速发展。结合医院实际，特制定本办法。

一、门诊就诊病人退费

(一)退票范围：

1.病人在用药的过程中发生了不良反应，经过医生的诊断后，认为必须更换药物的。

2.病人的病情发生了变化，原已交费的检查化验等项目经医生的诊断后认为无需再做的。

3.由于医生的失误开错药物或检查项目的；病员的姓名和录入费用项目不相符的。

4.预约检查项目病人已缴费未能预约到检查时间的或错过检查时间的。

(二)退票手续：

1.所有退票除隔月退药外，都必须先到服务台或财务部进行退费审核，签字确认后到收费处退款。

2.如果是退药物和检查项目的，必需由经治医生在相关票据上注明退票理由。

3.所退还的药物必须包装齐全不影响第二次销售，并由药房人员签收，在相关票据上盖章。

4.退费审核后，已经使用的药物和已经做过的检查项目应重新开具，在退票完成后补开发票，并交还各科室。

(三)退票流程：

1.服务台或财务部根据医院退药退费的相应规定来确定是否退票。

2.一周内发生的收费窗口退票，由收费员根据退费审核单处理，先将原发票金额原路退回，再补收病人已经使用的药物和已经做过的检查项目。

3.三个月内发生的自助渠道退票，由收费员根据退费审核单处理，先将原发票金额通过原渠道退回，再补收病人已经使用的药物和已经做过的检查项目。

4.三个月以上及跨年退药的退票，由收费员填写退费审核表，注明退票理由，经相关科室负责人及门诊部负责人审批后交财务部审核办理。

5.根据医保相关规定，生育保险和专项病种退款须从最后一张退起。

6.收集原始票据，不得缺失。原票据全额退费，对已做项目按实收费。

7.在退费审核表上注明新开发票的单据号码。

二、互联网医院退费

(一)退票范围：

互联网诊疗是指医疗机构利用在本机构注册的医师，通过互联网等信息技术开展部分常见病、慢性病复诊和“互联网+”家庭医生签约服务。发生退票范围如下：

1.病人在互联网医院挂号后，24 小时内医生无答复。

2.病人的病情复杂，医生无法给予帮助

3.病人所述病情，不在医生执业范围

4.病人挂号后自行取消

5.其他确需退费的事项。

(二)退费流程

1.病人挂号后超过 24 小时，医生无应答，挂号费用从原渠道直接退回病人账户中。

2.病人因病情复杂或所述病情医生无法给予帮助的，医生点击退费键，挂号费用从原渠道直接退回病人账户中。

3.病人挂号后自行取消的，原则上不予退费。涉及到医患纠纷的，由收费员填写病员退票审核表，注明退票理由，经门诊部或医务科负责人审核、财务部审核、院领导审批后交财务部办理退费。

	制度编码	CWB-ZD-008	制度名称	医疗欠费管理办法	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第五次）	修订时间	2025-12-15	生效时间	2026-01-01

医疗欠费管理办法

为进一步加强医院的经济管理，明确各级人员的职责，控制病人医疗欠费，降低可控成本，减少经济损失，提高医院经营效益，特制定医疗欠费管理办法如下：

一、成立医疗欠费管理领导小组

组　长：戴智勇

副组长：包国东

组　员：周云霞、郑　雄、张　凯、赵曼莉、邬幼萍、乔傲松、各病区主任和护士长

二、医疗欠费分类

(一)突发公共事件欠费：指因突发公共事件(如疫情、集体中毒、爆炸、交通事故等重大事故)造成的欠费。

(二)医疗纠纷欠费：指病人与医院发生医疗纠纷，经领导小组确认的欠费。

(三)政策性欠费：经院部确认的某些特殊欠费。

(四)特殊人群欠费：如“三无”人员、五保户等。

(五)“绿色通道”欠费：指病人符合医院“绿色通道”规定进行救治所产生的欠费，如急诊抢救、交警部门处理的车祸欠费。

(六)科室管理不善欠费：指以上 5 类欠费原因以外，因科室在费用控制、催交等方面存在缺陷而导致的欠费。

三、医疗欠费的管理要求

医疗欠费管理工作是一项需医院各相关部门通力配合的工作，各相关部门对医疗欠费的管理工作不得相互推诿。

四、预缴款管理

(一)住院预缴款管理：住院收费处在为病人办理入院手续时，尽量足额收取自费病人预交金。预交金规定，自费病人：3000 元以上；医保病人为 1000 元以上。

病人未带足预缴款又急需住院的，上班期间经相关科室同意后方可办理入院手续，此同意仅指住院当天，次日起按照预交款管理原则执行。

(二)住院期间预缴款管理：

1.病人住院期间预缴款用完，床位医师、床位护士应及时提醒病人补交预缴款；

2.担保制度：如病人确有特殊原因，暂时不能缴纳住院费用，本院职工愿意为其担保的，可以到住院收费处办理相应的书面担保手续（见附件 1）。如发生担保损失，由担保人承担。

五、医疗欠费管理规定

（一）突发公共事件欠费管理

1.对突发公共事件病人按“绿色通道”先给予救治。

2.抢救结束后，各科室应及时将详细情况告知财务部，财务部负责汇总欠费情况，并联系催讨。医务部、保卫科主动配合财务部做好催讨工作。

（二）医疗纠纷欠费管理

如发生纠纷欠费当事科室须配合医务部、财务部、保卫科予以追讨或者按照纠纷赔款处理。

（三）“绿色通道”欠费管理

1.为了及时救治急诊危重病人，医院开通“绿色通道”，实施先抢救后收费等有利于病人救治的措施。符合“绿色通道”的病人到院急救时所有的单据均需加盖“绿色通道”章，予以优先处置、检查检验、手术、住院。

2.急诊医生是“绿色通道”病人费用催缴的第一责任人，有责任让病人或家属最大限度地交纳医疗费用，急诊首诊医生对交通事故要详细写明车祸病人的出事时间、地点、处理事件的具体交警部门(包括具体接警人姓名、联系方式)。

3.急诊科是“绿色通道”欠费管理的责任人，急诊科每天必须做好“绿色通道”病人具体信息的登记工作（见附件 2），并负责对“绿色通道”费用的管理和清欠。

4.“绿色通道”病人经急诊抢救后住院治疗的，病区的主任、护士长、管床医生和责任护士要加强对病人医疗欠费的催交工作。

5.“绿色通道”病人出院时，若有欠费，任何人不得擅自为病人提供出院小结、疾病证明、发票、费用清单，病区有责任让病人或家属与医院签订还款协议书，具体由财务部负责签订。

（四）科室管理不善欠费管理

1.病人住院费用控制的第一责任人为管床医生，病区主任、护士长为第二责任人，共同做好住院病人的费用控制工作。

2.一般病人住院，如预交款余额不足，择期手术、化疗、大型检查及其他治疗的应暂缓。

3.住院“绿色通道”病人经病区抢救治疗后，已无重大生命危险时，若形成医疗费用欠费，病区主任、主治医生、管床医生在用药和治疗上必须按“基本医疗”的原则实施，对“绿色通道”病人的住院费用实施有效控制。

4.病人入院后，对已欠费病人发给催费通知单，告知因欠费而减缓治疗可能影响效果，并要求病人或家属在回执上签字确认。

5.设定停药警戒线，停药警戒线按病人类别，设定欠费额度：自费病人为 1000 元、医保病人设置为预交金的 5 倍为警戒线。

6.实行欠费报告审批制度。如病人确有特殊原因暂时不能缴纳住院费用，须由床位医生提出书面申请，填写“住院病人欠费医嘱开通审批单”（附件 3），科主任签字同意，经医务科审批，超高 5000 元以上需再次请业务院长审批。审批单交住院收费处开通帐户。

六、医疗欠费的处理

医疗欠费管理领导小组每季度组织一次对医疗欠费的评析、处理。财务部每季度末汇总出院欠费情况，报领导小组，医务部需对出院欠费 5000 元以上病人的治疗和用药情况进行分析评估。领导小组确定欠款性质及责任，然后进行分类处理，评析结果与考核挂钩，从绩效奖金中扣除。

(一)“绿色通道”与突发公共事件欠费的处理：如费用合理，经多方催讨无法收回的欠费，由医务部审核，报院长办公会议处理。

(二)科室管理不善欠费的处理：5000 元以内按 50％扣科室奖金，5000 元—50000 元部分按 15–30％扣科室奖金，5 万元以上部分由院部讨论决定。

(三)对医疗纠纷欠费的处理：由医务部医院沟通办按医疗纠纷处理程序及相关规定进行处理。欠费和减免医疗费从科室核算收入中扣除。

(四)政策性欠费的处理：由院部决定。

(五)对科室无法收回的欠费，原则上继续催收，本科人员追回的，扣奖给予返还；科外人员追回的，给予相关人员追回金额的 20—30%的奖励:两年以内的欠费追回,给予 20%奖励:两年以上的欠费追回,给予 30%奖励。

(六)对已形成逃费的出院病人，财务部及时向律师提供病人欠费情况，由律师通过法律手段进行追缴。

	制度编码	CWB-ZD-009	制度名称	重大经济事项决策制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第五次）	修订时间	2025-12-14	生效时间	2026-01-01

重大经济事项决策制度

为了加强财务管理，充分发挥财务的核算、监督、参与经济决策职能，建立科学和规范的经济活动决策机制。特制定本制度。

一、医院的经济事项要按规定的程序进行办理。

二、重大决策经济事项范围：

(一)医院年度财务预算方案、决算情况的审定，医院需支出但未列入年度财务预算的超过 20 万元（含）大额度支出和预算追加，以及其他大额度资金运作事项；

(二)各级各类重点建设项目，大型医疗设备、大宗医院耗材、器械物资采购和购买服务，基本建设和大额度基建修缮等重大项目设立和安排方案；

(三)医院 20 万元（含）以上重要资产处置、重要资源配置、无形资产授权使用；

(四)20 万元（含）以上重大审计工作事项；

(五)10 万元（含）以上重大支援、捐赠及 20 万元（含）以上对外投资、担保、贷款等；

(六)5 万元（含）以上出国出境考察；

(七)医疗、教学、科研平台和团队建设，有关项目、经费管理和成果转化、奖励中的重要事项；

四、凡涉及医院的经济重要事项，相关科室应当深入开展调查研究，充分听取各方面意见，视情况进行合法合规性审查和风险评估。对专业性技术性较强的重要事项，应当经过专家评估及技术、政策、法律咨询，涉及医疗、教学、科研业务的重要事项，应当充分听取专业委员会等学术组织和管理、咨询组织的意见；对涉及职工切身利益的重要事项，应当通过基层党组织、职工代表大会或其他方式，广泛听取职工意见建议。

五、在可行的基础上，由院长办公会和党委会进行集体决策。

	制度编码	CWB-ZD-010	制度名称	固定资产管理制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第四次）	修订时间	2025-12-13	生效时间	2026-01-01

固定资产管理制度

一、目的

为加强医院固定资产管理，保证国有资产安全完整，提高资产利用效率，保障医疗业务有序开展，根据《政府会计制度》《公立医院内部控制管理办法》和《无锡市行政事业单位国有资产管理办法》等要求，结合我院实际情况，特制定本制度。

二、适用范围适用于全院。

三、固定资产定义、分类及计价

1. 固定资产定义

医院为满足自身开展业务活动或其他活动需要而控制的，使用期限超过 1 年（不含 1 年），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），并在使用过程中基本保持原有物质形态的资产，一般包括房屋及构筑物、专用设备、通用设备等。

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，如图书、家具、用具、装具等，应当确认为固定资产。

2. 固定资产分类及折旧年限

按固定资产的用途和自然属性划分以下四大类

第一类、房屋及建筑物折旧年限　具体内容

1.业务用房	折旧年限	类别
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	

第二类、专用设备　　折旧年限　　具体内容

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等

第三类、一般设备　　折旧年限　　具体内容

1.家具用具及其他类	5 年	
2.交通运输设备	10 年	
3.电子产品及通信设备	5 年	彩电、摄像机、服务器、计算机、电话、传真等
4.电气设备	5 年	发电机、冰箱、空调、洗衣机等
5.通用设备	10 年	锅炉、电梯、空调机组、冷藏柜等

第四类、其他固定资产　　折旧年限　　具体内容

1.仪器仪表及量具	5 年	电表、万能表、显微镜等
2.其他		以上未包括的其他固定资产

3. 固定资产的计价

新购新建的固定资产：按固定资产达到可使用前发生的一切合理、必要的支出计价。包括购入价、运输费、保险费、包装费、安装调试费、装卸费、利息、税金等。

改扩建的固定资产：按固定资产原值加上改扩建中发生的实际支出，减去改扩建中发生

的固定资产变价收入后的余额计价。凡资产因扩充、改良而能增加价值或效能者属资本性支出。凡为维持资产原始使用效能，所需维护费用作为费用性支出。

接受捐赠的固定资产：按市场同类固定资产的价格，加上接受捐赠时发生的相关费用计价。

无偿调拨的固定资产或由于医院撤并转入的固定资产：按原单位账面原值计价，并按已使用年限计提累计折旧。

融资租入的固定资产：以租赁协议或合同确定的价值加上运输费、保险费、安装调试费等费用计价。

盘盈固定资产：根据当时的市场情况以同类固定资产市场价计价。

四、管理原则及要求

医院固定资产管理实行归口管理，分级负责。医院内部各个科室无论通过何种方式取得的固定资产，均须通过固定资产归口管理部门办理入库、领用手续。固定资产内部调拨，应及时通过归口管理部门办理调拨手续。管理部门对所管理的固定资产每年至少盘点一次，并将盘点结果报财务部。各科应指定专人作为资产管理员，定期与固定资产管理部门进行资产核对。固定资产处置应按规定办理报批手续。

五、管理部门及职责

医院固定资产管理由财务部门、固定资产归口管理部门和固定资产使用部门共同完成。

1. 财务部主要负责组织和推动全院固定资产的管理工作，对固定资产的管理负有组织、指导和监督的责任。负责固定资产的价值管理，在规定权限内对固定资产增减（增置、报废、盘盈、盘亏）进行账务处理；负责固定资产处置对外申报工作；负责财政一体化管理系统固定资产变更信息录入工作，确保账账相符。

2. 根据固定资产的类别，由相关职能部门负责归口管理。对固定资产的购置、更新、改造、扩建、清理、检查、维修与维护、盘点、处置等负责。其管理和保养细则由各归口管理部门会同使用部门自行制定。

总务部负责房屋及建筑物、一般设备（不含服务器、计算机等信息设备）、其他固定资产（显微镜等用于医疗服务的各种仪器仪表除外）的管理；

医学工程部负责专用设备、显微镜等用于医疗服务的各种仪器仪表管理；

信息中心负责管理服务器、计算机等信息设备，负责信息设备购置技术论证及维修、保养。

科教部负责科研设备、图书、电子音像光盘制品管理。

3. 固定资产使用部门负责固定资产日常管理。使用部门应指定专人担任部门资产管理员，对固定资产归口管理部门负责，建立固定资产使用责任制，进一步将管理落实到使用科室或个人，实行谁用谁管，使固定资产的安全和有效利用得到可靠保证。经使用部门负责人授权确认的资产管理员信息要到固定资产归口管理部门备案，如有岗位变动，需及时更新。

六、固定资产入出库管理

1. 固定资产购置

医院固定资产购置以医院批准的年度购置计划和上级主管部门的批复为依据，按照政府采购及相关招标采购管理规定由归口管理部门组织采购，按规定办理相关手续。临时购入需填写固定资产计划外购置申请单，并调整年度购置计划。

2. 固定资产验收、入库

固定资产购置后由资产归口管理部门召集采购员、库房保管员、分管维修工程人员、使用科室负责人共同验收，同时将设备技术资料建档。资产归口管理部门根据到货验收单、合同、发票，清点货物，填写固定资产入库单，凭审核完整的入库单连同发票及其他有关单据办理审批手续后，送财务部门报账。

固定资产购置后，资产归口管理部门应按照固定资产目录，并会同财务部门依其类别及会计科目统一编号，予以分类编号并粘贴条形码标签。固定资产编号的级别至少设为三级。编号规则参见财政部及条线管理标准。

除自筹资金购入固定资产外，要区分财政资金、科研资金购入的固定资产，以便正确核算，涉及到科研资金的支出渠道，在支出审批单上写明。

3. 固定资产领用流程

资产归口管理部门库房保管员填制固定资产领用单，领用单须经使用科室资产管理员、固定资产归口管理部门负责人、财务部分别审签。

4. 固定资产内部调拨流程

确需进行院内调拨的资产，由拟调出及接收科室向资产归口管理部门提出申请，经确认同意后，由资产归口管理部门库房保管员填制固定资产调拨单，经调出及接收科室资产管理员、资产归口管理部门负责人、财务部签字确认；

调出及接收科室资产管理员持各自科室的固定资产台账，凭固定资产调拨单及时到资产归口管理部门办理调账手续。

七、固定资产处置审批

1. 固定资产处置必须按规定办理相应审批手续：盘盈、盘亏、报损、单位间无偿调拨、有偿转让等均须报主管部门和同级财政部门审批。

2. 经批准有偿转让的固定资产，必须由社会中介机构进行评估，固定资产的成交价不得低于评估值的 90%。

3. 报损的固定资产须经主管部门现场鉴定后方可处理。

4. 具体审批流程：固定资产报损由使用科室资产管理员填写固定资产报损单，非正常报损（折旧年限未到）须报书面说明经科室负责人签字确认；无偿调拨、有偿转让由相关职能部门负责人填写无偿调拨申请单、有偿转让申请单。

经固定资产归口管理部门核实、院领导审批同意后，固定资产归口管理部门依据院内审

批手续完备的固定资产报损单、盘盈盘亏汇总表、无偿调拨申请单、有偿转让申请单等填制归口的国有资产处置申请表交财务部，财务部依据各归口部门的国有资产处置申请表审核后汇总医院国有资产处置申请表，向卫健委、财政局办理相关报批手续。

根据审批手续齐全的国有资产处置申请表，财务部、物资会计分别登记账簿，调整使用部门固定资产。并将盘亏固定资产净值列入该部门当月支出。

八、报损固定资产的处置

完成报损审批手续的固定资产统一移交到总务部废品库单独保管。由总务部按照医院《废旧物资处置管理规定》进行处置。处置固定资产的变价收入统一交财务部，在半年内处理完毕。计算机（含服务器）、打印机、传真机、复印机等涉密载体，以及工作中存储过涉密信息的移动存储载体应移交市涉密载体销毁中心，统一进行技术处理。

九、固定资产清查盘点

1. 财务部门负责医院固定资产盘点的督查工作。

2. 固定资产归口管理部门负责对全院所辖固定资产进行定期、专项清查盘点：每年至少进行一次全面清查盘点；固定资产使用科室发生搬迁必须进行资产盘点。

3. 清查盘点的内容包括固定资产的实有数与账面结存数是否相等，固定资产的保管、使用、维修等情况是否正常，是否有闲置、损毁资产，是否有外借资产。

4. 清理结束后填制固定资产盘点明细表，盘点人员和使用科室负责人在盘点表上签字。各资产归口管理部门根据盘点结果编写清查报告，清查报告应包括清查内容总体情况概述，盘盈盘亏汇总表、盈亏原因分析，存在问题和建议处理意见。清查报告一式二份，一份自存，一份呈报分管领导审批（重大问题及处置还需报院长办公会、党委会审批）后送财务部办理相关手续。

十、考核与奖惩

固定资产管理工作应纳入医院对科室的考核范围，制订仪器设备使用率、完好率等考核指标，作为考核科室管理绩效的重要指标。对使用合理，注意保养，保证安全，提高使用效率，延长使用 年限，取得较好社会效益和经济效益的科室和个人，要给予精神鼓励或物质奖励。对管理不善，玩忽职守或违反操作规程，造成财产损失的，应视其具体情况给予批评教育、经济赔偿、行政处分等处罚，具体细则由资产管理部门制定。

	制度编码	CWB-ZD-011	制度名称	无形资产管理制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第三次）	修订时间	2025-12-17	生效时间	2026-01-01

无形资产管理制度

为加强医院无形资产管理，维护国有资产的完整，防范无形资产管理中的差错和舞弊；明确职责权限，降低经营决策、资产管理风险，结合我院实际，制定本制度。

一、无形资产的范围

(一)无形资产通常包括专利权、商标权、著作权、非专利权、特许权、土地使用权、购入的不构成相关硬件不可缺少组成部分的软件等

(二)特殊事项

1.商誉：医院在正常情况下，一般不把商誉列入无形资产。但是，一旦单位发生归并或合并改组，由于医院产权权益发生变动，就要为商誉进行估价。所以，商誉只在医院合并或接受商誉投资时才能评估计价。

2.对于医院购入的作为固定资产不可缺少组成部分的应用软件及其他财产权利，应和该实物资产一起按固定资产管理。

二、无形资产的计量

(一)外购的无形资产成本包括购买价款、相关税费以及可归属于该项资产达到预定用途前所发生的其他支出。委托软件公司开发的软件，视同外购无形资产确定其成本。

(二)自行开发的无形资产，其成本包括自该项目进入开发阶段后至达到预定用途前所发生的支出总额。

(三)通过置换取得的无形资产，其成本按照换出资产的评估价值加上支付的补价或减去收到的补价，加上换入无形资产发生的其他相关支出确定。

(四)接受捐赠的无形资产，其成本按照有关凭据注明的金额加上相关税费确定；没有相关凭据可供取得，但按规定经过资产评估的，其成本按照评估价值加上相关税费确定；没有相关凭据可供取得、也未经资产评估的，其成本比照同类或类似资产的市场价格加上相关税费确定；没有相关凭据且未经资产评估、同类或类似资产的市场价格也无法可靠取得的，按照名义金额入账，相关税费计入当期费用。

三、无形资产摊销

医院无形资产应当自取得当月起，在预计使用年限内采用年限平均法分期平均摊销。一般情况下、医院应按以下原则确无形资产的摊销年限：

(一)法律规定了有效年限的，按照法律规定的有限年限作为摊销年限。

(二)法律没有规定年限的，按照相关合同或单位申请书中的受益年限作为摊销年限。

(三)法律没有规定有效年限、相关合同或单位申请书也没有规定受益年限的，应当根据无形资产为医院带来服务潜力或经济利益的实际情况，预计其使用年限。

(四)非大批量购入、单价小于 1000 元的无形资产，可心于购习的当期将其成本一次性转销。

四、无形资产后续支出

(一)为增加无形资产的使用效能而发生的后续支出，如对软件进行升级或扩展其功能等所发生的支出，应当计入无形资产账面价值。

(二)为了维护无形资产的正常使用而发生的后续支出，如对软件进行漏洞修补版本升级等所发生的支出，应当计入当期费用。

五、无形资产处置、盘点

(一)医院按规定报经批准出售无形资产，应当将无形资产账面价值转销计入当期费用，并将处置收入扣除相关处置税费后的差额计入当期收入或费用。

(二)医院按规定报经批准对外捐赠、无偿调出无形资产的，应当将无形资产的账面价值予以转销，对外捐赠、无偿调出中发生的归属于捐出方、调出方的相关费用计入当期费用。

(三)医院按规定报经批准对外投资的，应当将该无形资产的账面价值予以转销，并将无形资产在对外投资时的评估价值与其账面价值的差额计入当期收入或费用。

(四)无形资产预期不能为医院带来服务潜力或者经济利益的，应当在报经批准后将该无形资产的账面价值予以转销。

(五)医院应当定期对无形资产进行清查盘点，每年至少盘点一次。盘点进程中发现的无形资产盘盈、盘亏等，参照“固定资产”科目相关规定进行账务处理。

	制度编码	CWB-ZD-012	制度名称	应急物资管理办法	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第一次）	修订时间	2025-12-11	生效时间	2026-01-01

应急物资管理办法

为进一步增强对公共卫生突发事件的应急救治能力，完善应急物资的管理机制，确保发生公共卫生突发事件，能及时、迅速、高效、有序地进行应急处理，为公共卫生突发事件一线提供优质足量的物资保障，特制定本办法。

一、应急物资的采购管理

(一)提高意识，科学应对。制定应急物资储备预案，为突发事件物资供应提供系统、科学的制度保障，提高防范突发公共事件的意识，对突发事件及时进行分析预警，做好物资供应工作。

(二)统一指挥，各司其职。业务管理部门负责制订应急物资需求计划，采购中心负责应急物资的采购工作，物资管理部门负责应急物资入出库管理。各司其职，明确责任和工作权限。

(三)常备不懈，确保供给。做好应对突发事件的思想准备、预案准备、机制准备和工作准备。要求应急物资品种齐全、质量可靠、数量充足、常备不懈。

(四)协调配合，快速反应。应对突发公共事件时，相关部门密切配合，确保应急物资需求明确、及时，买得到、调得出、用得上。

(五)流程合理，供给到位。

采购流程：申购科室或物资管理部门拟定紧急采购计划－－分管院长审核－－院长审批－－招标办采购－－物资保管仓库办理入库手续（分类建立台账）。（特别紧急物资采购使用绿色通道，即先采购后补办审批手续。

二、应急物资的入库管理

(一)验收入库，严格记录。医院自行采购的应急物资凭发票和清单办理入库手续；上级部门调拨的应急物资凭上级部门的调拨通知和清单办理入库手续；接受捐赠的应急物资凭捐赠协议和清单办理入库手续。验收记录至少应包括：购进产品企业名称、产品名称、型号规格、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期等，按照记录能追查到每批物资的进货来源。

(二)分类存放，定位管理。根据库房条件以及物资的属性，将应急物资逐一分类，根据其保管要求，仓储设施条件及仓库实际情况，确定具体存放区。

(三)专人管理，责任到人。各物资管理部门负责人作为应急物资管理责任人，安排专人负责应急物资日常管理。

三、应急物资的出库管理

(一)统一调度，统筹使用。出库执行严格的审批流程：由使用科室科主任通过 OA 递交申请，库房负责人审批，领导小组指定专家根据各科实际需用量审核后发放。（特别紧缺物资需由院长审批）

(二)严明手续，审核发放。库房管理员严格审核审批结果，发货时需与领货人当面点清物资数量。未经批准，库房管理员、其他工作人员一律不得擅自发放应急物资。

(三)建立台账，专人管理。各科室领用的应急物资需由专人管理，建立科室台账。物资出入严格履行签字手续，做到按需领用，杜绝浪费。

四、应急物资的监督管理

(一)动态管理，账实相符。物资保管员每日记录应急物资进销存情况，且每日终了对应急物资进行清点，发现盘盈或盘亏要及时查明原因，报告领导及上级处理。

(二)加强监督，严肃纪律。应急物资的采购、入库、出库、盘点工作，接受纪检监察、财务审计监督。财务审计部门对应急物资的数量、金额实行全过程会计监督，纪检监察部门对违纪问题进行执纪问责。

	制度编码	CWB-ZD-013	制度名称	捐赠资产管理办法	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第三次）	修订时间	2025-12-06	生效时间	2026-01-01

捐赠资产管理办法

为了加强对接受社会捐赠资助行为和捐赠资产的管理，充分发挥捐赠资助资产的使用效益，结合我院实际，特制定本办法。

一、捐赠资产的审批管理

(一)社会捐赠资助人，是指自然人、法人和其他组织（以下简称捐赠资助人）自愿无偿向医院提供资金支持和帮助。

(二)医院接受社会捐赠资助必须遵守国家法律、法规，坚持自愿无偿原则，符合公益目的；不得损害公共利益和公民的合法权益。医院不得接受附有影响公平竞争条件的捐赠资助，不得将接受捐赠资助与采购商品（服务）挂钩，不得以任何方式对捐赠资助进行索要、摊派或者变相摊派。

(三)医院必须以法人名义接受社会捐赠资助，捐赠资助资金由医院财务部统一管理使用。院内各职能部门和个人不得接受捐赠资助，特殊情况下，捐赠资助方要求以个人名义接受捐赠资助的，应当事先报经院长办公会议集体审核同意，并纳入医院财务部统一管理使用。

(四)医院接受社会捐赠资助，应与捐赠资助人签订书面协议，明确捐赠资助财产的种类、数量、质量、价值、用途以及双方的权利、义务。接受匿名捐赠资助的，按程序填写《接受社会捐赠资助申报审批表》并办理院内手续，可以不签订捐赠资助协议书。在突发公共卫生事件中可简化捐赠管理流程，采用捐赠物品接受证明的方式代替捐赠协议，登记台账，事后定期向院长办公会汇总报告。

(五)社会捐赠资助资产不得用于销售及职工福利发放，不得提取管理费。

(六)捐赠资助资金的用途分为限定用途和非限定用途。限定用途是捐赠资助人指定将捐赠资助资金用于特定科室、指定个人或特定项目。非限定用途是捐赠资助人不限定捐赠资助资金的用途。

(七)医院负责社会捐赠资助管理的相关主管职能部门为党办、院办、财务部、审计科、纪检监察科及各资产归口部门。

医院各主管职能部门根据捐赠资助资金的不同用途和部门职能作如下分工：

1.党办、院办负责捐赠审批、报院长办公会通过及办理捐赠资助协议书签订事项。

2.财务部统一管理全院捐赠资助资金及捐赠物资的账务处理

3.各资产归口管理部门要将验收合格的捐赠物资纳入库房管理，办理入出库手续，建立捐赠物品明细台账。

4.纪检监察科会同财务部对捐赠资助项目是否属于公益非营利性质、是否涉嫌商业贿赂和不正当竞争等情况进行审核。审计科会同监察科对捐赠物资的领用及使用情况行使监督检查职能。

(八)医院接受社会捐赠资助的程序如下：

1.捐赠资助人提出捐赠意向后，院内联系人填写《接受社会捐赠资助申报审批表》（见附件二），经院内联系人或科室负责人、捐赠资助人签名及盖章后交主管职能部门。

2.院内联系人为指定人员，负责资助项目的联系、经办和相关协调等工作。

3.相关主管职能部门在审查捐赠资助相关资料所填内容完整性、合规性的基础上，提出是否符合自愿无偿原则、是否同意接受捐赠资助的审核意见。

4.监察科、审计科提出审核意见。党办将资料齐全、手续完备的捐赠资助项目提交院长办公会讨论。

5.院长办公会集体审批捐赠资助项目。

6.签订捐赠资助协议书。捐赠资助项目经院长办公会议同意后，由党办负责办理捐赠资助协议书签订事项。

二、社会捐赠资产入出库及使用管理

(一)在突发公共卫生事件中，由于社会捐赠物资品种各异，可能涉及医用物资、总务物资、药品等，对此，各资产归口管理部门要根据职责明确分工，建立捐赠物品明细台账，院内领用物资时在台账上签字，直观反映物资流向。科室整批领用后，应做到分发有登记，确保可追溯。属于材料管理目录的物资和固定资产，纳入库房管理，办理出入库手续，统一核算，出入库单上备注“捐赠物资”。

(二)捐赠资助资金的使用要严格执行财经法律法规，遵守财经纪律和财务制度，不得擅自扩大开支范围，提高开支标准，重大支出项目需经集体讨论决定；要尊重捐赠资助人意愿，严格按照协议约定开展公益非营利性业务活动。捐赠资助协议限定捐赠资助财产用途的，任何部门和个人不得擅自改变其用途；如果确需改变用途的，需征得捐赠资助人同意。

(三)使用社会捐赠资助资金应遵守医院财务管理规定，办理相关手续。医院对非限定用途的捐赠资助资金统一调配使用,执行医院相关管理制度。

三、社会捐赠资产的财务管理

(一)社会捐赠物资的入账价值的确认

根据《政府会计制度》和《关于医院执行〈政府会计制度－－行政事业单位会计科目和报表〉的补充规定》，医院接受捐赠的医疗设备、口罩、防护服、消杀药品等物资，要按存货、固定资产、无形资产分别确认入账价值，价值确认主要遵循以下四个原则：一是

按照有关凭据注明的金额加上相关税费、运输费等确定；二是没有相关凭据可供取得，但按规定经过资产评估的，其成本按照评估价值加上相关税费、运输费等确定；三是没有相关凭据可供取得、也未经资产评估的，其成本比照同类或类似资产的市场价格加上相关税费、运输费等确定；四是没有相关凭据且未经资产评估、同类或类似资产的市场价格也无法可靠取得的，按照名义金额入账，相关税费、运输费等计入当期费用。

此外，如受赠的系旧的固定资产，在确定其初始入账成本时应当考虑该项资产的新旧程度。确定接受捐赠无形资产的初始入账成本时，应当考虑该项资产尚可为政府会计主体带来服务潜力或经济利益的能力。

按照医院执行政府会计制度的补充规定，医院为取得库存物品单独发生的运杂费等，不计入成本，计入业务活动费用或单位管理费用。

(二)开据捐赠票据

医院收到捐赠后，按照实际收到的货币金额或非货币性捐赠资产价值，开具财政部门统一印制加盖医院财务专用章的公益事业捐赠票据，一份交给捐赠人、一份作为凭证附件。

(三)捐赠物资的会计核算

所有社会捐赠资产由财务部按照《政府会计制度》进行财务核算。

四、社会捐赠资产的监督管理

(一)按照《卫生计生单位接受公益事业捐赠管理办法（试行）》（国卫财务发[2015]77号）及本单位制订的有关规定，接受的所有捐赠，严格履行内部审批程序。

(二)所有捐赠物资验收合格后，及时办理入库手续，纳入医院统一管理，防止形成“小金库”、“账外账”。

(三)捐赠方未能提供物资购进发票，根据《政府会计制度》和《关于医院执行〈政府会计制度－－行政事业单位会计科目和报表〉的补充规定》的四个原则确认入账价值，防止入库价格估价出现过高现象。

(四)按要求开具财政部门统一印制的公益事业捐赠票据，不得使用资金往来票据进行结算，违反票据管理办法。

(五)规范捐赠物资入出库管理，明确区分资产来源，账目清晰，确保来源去向可追溯。

(六)不得将捐赠物资或货币用于职工福利，违反行风建设“九不准”。

(七)加强财务审计监管，杜绝发生挪用、贪污捐赠物资或资金等违规行为。

	制度编码	CWB-ZD-014	制度名称	经济合同管理制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第四次）	修订时间	2025-12-10	生效时间	2026-01-01

经济合同管理制度

为了加强医院内部控制，规范财务管理，提高经济效益，根据《合同法》及其他相关法律法规的要求，结合我院实际情况，特制订本制度。

一、经济合同的签订

(一)签订经济合同，必须遵守国家的法律、政策及有关规定。

(二)对外签订经济合同，除法定代表人外，必须是持有法人委托书的法人委托人。法人委托人必须对本单位负责，在授权范围内行使签约权。超越代理权限和非法委托人均不可对外签约。

(三)签约人在签订经济合同之前，必须认真了解对方当事人的情况。包括：对方单位是否具有法人资格、有否经营权、有否履约能力及其资信情况，对方签约人是否法定代表人或法人委托人及其代理权限。做到既要考虑本方的经济效益，又要考虑对方的条件和实际能力，防止上当受骗，防止签订无效经济合同，确保所签合同有效、有利。

(四)签订经济合同，必须贯彻“平等互利、协商一致、等价有偿”的原则和“价廉物美、择优签约”的原则。

(五)签订经济合同，如涉及单位内部其他科室的，应事先在内部进行协商，统一平衡，然后签约。

(六)经济合同一律采用书面格式，必要时必须采用统一的经济合同文本。

(七)合同对方当事人权利、义务的规定必须明确、具体、文字表达要清楚、准确。

(八)合同内容应注意的主要问题是：

1.部首部分，注意：写明供需双方的全称、签约时间和签约地点。

2.正文部分，注意：产品名称应具体写明牌号、商标、生产厂家、型号、规格、等级、花色、是否成套产品等；技术质量要求要明确、具体；数量要明确计量单位、计量方法、正负尾差、合理称差及自然损耗率等；运输方式及运费负责应具体明确；交（提）货期限、地点及验收方法应明确；价金必须执行现行的国家定价或国家指导价、市场调节价；违约责任有法定违约金的按规定写明，法律没规定或规定不具体的，应具体写明约定的违约金数额、比例及计算方法。

3.结尾部分，注意：双方都必须使用合格的印章公章或合同专用章，不得使用财务章

或业务章等不合格印章；注明合同有效期限。

(九)签订经济合同，除合同履行地在我单位所在地外，签约时应力争协议合同由我方所在区、县人民法院管辖。

(十)对外签订合同，都必须以维护本单位合法权益和提高经济效益为宗旨，决不允许在签订经济合同时假公济私、损公肥私、谋取私利，违者依法严惩。

二、明确部门职责，项目归口到位

(一)各业务归口管理部门的职责

1.负责合同协议签订前的意向接触、资信调查（包括对方主体是否合法及资质、资格、委托人情况，对方经营范围是否与合同标的内容相同）及谈判工作；

2.负责本部门承办经济合同的起草工作，并负责对合同的技术性内容进行审核，包括货物及劳务的名称、规格型号、质量标准、技术标准、验收标准、包装和质保等条款。

3.负责对合同初稿提请有关部门审核、签字、盖章。

4.负责经济合同的履行及档案管理，并建立合同管理台帐。

(二)招标办的职责

负责对参与采购审批过程的各业务部门的合同整体进行审核。

1.合同主体是否合理，签约方是否为中标公司或比质比价的最终确认单位。

2.合同条款是否严密，权利是否明确，义务是否合理，附加条件是否适当、合法，合同内容与招标文件和投标书是否一致，货物及劳务的名称、规格、型号、价格、数量、配置及参数、保修条款、附加优惠条件等是否为双方洽商的最终结果。

(三)财务部门的职责

负责对合同中涉及资金收付、资产转移等与财务会计密切相关的内容进行审核，包括：

1.经济性，是否符合单位的经济利益。

2.可行性，是否资信可靠，资金充裕。

3.严密性，数量、价款、金额等标示是否准确，计算方式是否正确，财务等有关附件是否齐备。

4.合法性，资金来源、资金使用、结算方式是否合法。

(四)纪检监察科的职责

1.负责对合同签订过程的合规性、合法性进行审核。

2.属于三重一大的事项是否经院长办公会集体讨论通过。

(五)审计部门的职责

负责对经济合同的签订合法性、规范性等方面进行审核，对经济合同的履行进行监督，对大额设备采购合同的可行性论证、使用效益进行评价。对经济合同进行事前、事中、事后的全过程监督。

1.审核合法性主要包括：

经济合同的主体、内容、形式、程序是否合法。

2.审核规范性主要包括：

（1）项目是否立项、合同标的物是否有采购计划、预算、审批手续。

（2）招标投标是否完成、必备条款是否明示、合同文本是否规范。

3.审核经济合同是否按双方约定履行。

4.审核大型设备采购合同是否有可行性论证，可行性论证是否客观合理。

(六)对经济合同的执行情况进行跟踪审计。对设备投入使用的效益与可行性论证报告的符合性审查。对重大经济合同中是否有违反法律、法规及社会公共利益、社会经济秩序的条款或内容，是否有对医院不利或有损医院合法权益的条款和内容可委托律师进行审核。

三、合同管理流程和审签的程序

序号	项目内容	承办部门
1	合同意向谈判	业务管理部门
2	合同文本起草	业务管理部门
3	合同内容审核	管理部门、财务部、审计科、纪检监察科
4	合同终稿审批	分管院长、总会计师
5	合同盖章签订	法人签字、财务部盖章
6	合同生效履行	业务管理部门
7	合同纠纷处理	业务管理部门
8	合同效益评价	业务管理部门、财务部、审计科

四、合同归档管理

(一)建立合同档案。每一份合同都自动生成一个编号，不得重复或遗漏。每一份合同包括合同正本、副本及附件，变更、解除合同的协议（包括文书、电传等），均应妥善保管。

(二)建立合同管理台帐。台帐的主要内容包括：序号、合同号、经手人、签约日期、合同标的、价金、对方单位、履行情况及备注等。台帐应逐日填写，做到准确、及时、完整。

(三)合同一份存承办业务部门保管、一份留存财务部、一份交院办统一归档管理。

	制度编码	CWB-ZD-015	制度名称	禁止设立“账外账”、“小金库”的管理规定	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第四次）	修订时间	2025-12-10	生效时间	2026-01-01

禁止设立“账外账”、“小金库”的管理规定

为加强医院党风廉政建设，严肃财经纪律，营造良好的经济运行环境，确保医院各项事业健康有序地发展，合理控制资金流向，防止资金流失，杜绝贪污腐败，根据国家有关制止“账外账”、“小金库”的法律法规，结合我院实际，制定本规定:

一、严格执行财经法律、法规和财务管理制度，医院的一切经济活动均纳入财务部统一管理，其他任何部门、科室不得设立账外账、小金库。

二、凡违反国家财经法规和其他有关规定、侵占、截留、隐匿各种应交收入，或以虚列支出、资金返还等方式转移资金、私存私放，未列入医院财务部门账内或未将资金纳入医院预算管理，私存私放的各项资金，均属“小金库”。

三、各科主任、部门负责人是本科室、部门预防和制止“账外账”、“小金库”行为的第一责任人，对预防和严禁设立“账外账”、“小金库”负总责，各科室、部门必须严格按照规开要求，切实加强资金管理，杜绝“账外账”、“小金库”行为。

四、各业务科室开展的各项医疗服务项目应按物价部门批准的价格收取费用，不得自定收费标准，不得擅自提高收费标准或收费范围。

五、医院的所有收入，必须存入医院的银行账户，不得使用个人账户、个人信用卡等入账。

六、加强对票据的印制、领用、保管工作的管理，定期检查，禁止套用票据设立账外账

七、加强对支出凭证的审核和管理，严格审核支出票据的合法、真实性，禁止套取现金　设立小金库。

八、对科室、部门发生的培训费、进修费、会务费、课题协作费、捐赠资助费等，必须如实上交医务财务部门，由财务部按照国家有关规定进行处理，科室和个人不得截留和收受供应商给予的优惠、折扣、回扣等，严禁科室以各种名义私存私放，设立“账外账”、“小金库”。

	制度编码	CWB-ZD-016	制度名称	预交金管理制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	修订（第1次）	修订时间	2025-12-15	生效时间	2026-01-01

无锡市惠山区人民医院预交金管理制度

第一章 总则

第一条 【发文目的】为规范无锡市惠山区人民医院预交金管理，维护患者和医院合法权益，提升医疗服务效率和患者就医体验，根据江苏省卫健委、财政厅、医保局、中医药管理局等四部门《关于做好规范公立医疗机构预交金管理实施工作的通知》（苏卫财务〔2025〕9号）相关政策规定，结合实际，制定本制度。

第二条 【基本概念】本制度所称预交金是指患者在医疗机构接受诊疗，按照医院规定的标准交纳的预付款项，以作为在院期间产生医药费用的抵扣款。

第二章 预交金收取范围

按标准向住院患者收取预交金，不得向普通门诊患者收取预交金。

第三条 【取消普通门诊预交金】门诊预交金是指患者在门急诊就诊前尚未确定具体医疗服务内容时(如未开具医嘱)就预先存入医疗机构账户的资金，且没有开具正式的医疗收费票据。

以下情形不属于门诊预交金：一是门急诊预约挂号时，患者预交的诊查费；二是口腔正畸、血液透析、康复理疗、中医治疗、放疗、化疗、产检、儿童保健等按照疗程或阶段进行多次检查或治疗，一次性预交的资金；三是单位或团体为个人体检等情形预交的资金；四是实施日间手术、门诊手术、急诊手术前，患者在门诊检查时预交的资金；五是门诊特殊疾病等在门诊治疗按照住院政策报销的情形，患者预交的资金。

第四条 【住院预交金】住院预交金是指住院患者预先存入医院账户的资金，用于支付住院期间个人承担的医疗费用。住院患者需按医院规定标准交纳住院预交金。

第五条 【特殊人群】经相关部门认定、已参加基本医疗保险、经基层首诊转诊的医疗救助对象，在市域内定点医疗机构住院时实行“先诊疗后付费”，免交住院预交金。

对尚存在拖欠医药费用的医疗救助对象，可收取预交金，并做好记录。

因工伤、有第三方责任交通事故等原因，医疗救助对象医药费用由非基本医疗保险承担的，可收取预交金。

第三章 预交金标准制定与公示

第六条 【标准制定】财务部会同医务、医保等部门根据患者疾病诊断、治疗方式、医保政策等因素，按照不高于同病种前3年同一参保类型平均个人自负费用的标准，提出医院常见病种预交金标准草案，按照医院“三重一大”议事规程审定后执行。无锡市惠山区人民医院预交金收取明细标准见制度附件。

第七条 【标准类别】预交金标准区分职工医保、城乡居民医保、自费等不同类型分别制定。全公费、商业医疗保险、异地基本医保非实时结算患者，归为自费患者类型。预交金按病种划分标准，根据医院实际，将上一年度住院费用前50%的病种作为常见病种。未纳入医院预交金标准的病种，由临床科室酌情确定预交金金额。

第八条 【修订频率】原则上每3年测算调整一次。 因医疗服务价格或医保支付比例等发生较大变化的，将适时调整预交金标准。

第九条 【标准公示】医院通过机构官网、电子显示屏、现场公示栏等方式，公示预交金标准，同时公示咨询、投诉电话，保障患者知情权。

第四章 预交金收取与清算

第十条 【收取渠道】医院建立收费窗口、收费自助机、线上交纳等多种交费渠道，采取现金、银行汇款、银行卡、移动支付（微信、支付宝、数字人民币）等多种收费方式，方便患者交纳预交金。

第十一条 【收取额度】结合患者患病病种、治疗进展和实际费用发生情况，可以分次向患者收取预交金。原则上多次收取总额不超过公示的住院预交金额度。

第十二条 【预交金补交】患者病情发生变化，其个人自负医药费用超过预交金标准的，可向患者补收预交金。但预交金收取总额原则上不得超过患者所患相关病种/病组预交金标准的累计金额。经患者知情同意，使用自费高值药品耗材的，可结合临床实际另行收取预交金。

第十三条 【预交金清算】采用“一站式结算”“床旁结算”“线上结算”“诊

间结算”等措施，方便患者办理出院结算。患者办理出院结算结清全部医疗费用、无未完成的医疗项目或检查、无拖欠的医药费用后，若预交金有剩余，按原收款方式及时予以退还。

第五章 内部管理与投诉处理

第十四条 【职责分工】院领导班子承担领导责任，负责组织贯彻落实预交金管理政策法规，建立健全标准制度体系，定期开展预交金管理工作评估，协调解决预交金管理工作中的重大问题。

财务部为机构预交金综合管理部门，负责提出预交金标准草案，制定预交金财务管理流程和操作规范，合理设置账目并组织预交金核算，组织预交金收取、清退，编制预交金财务报表，向主管部门报告工作等。

医务部为预交金协同管理部门，负责提出常见病种预交金标准建议方案及具体管理办法，组织临床科室落实相关制度并做好患者沟通工作，对涉及医疗服务项目变更、退费等情况进行审核等。

医保科为预交金协同管理部门，负责审核患者医保身份，测算本机构同病种前3年度同一参保类型平均个人自负费用，协助医务部确定预交金标准。

信息科完善预交金管理信息系统，确保软件系统操作与维护数据的准确性、完整性、规范性与安全性。设置费用预警机制，对超出一定额度的费用及时提示。

其他相关部门配合宣传开展相关工作。

第十五条 【内部监管】建立自查自纠的监管机制。

财务部定期会同医务部、医保科按照出入院人数的一定比例随机抽取患者病历和费用清单进行检查，及时纠正超标准收取预交金行为，对违规收取预交金的工作人员将予以处罚。

第十六条 【投诉处理】建立预交金投诉管理，实行首问负责制。接待投诉人员应当记录投诉的内容、办理结果。

第六章 附则

第十七条 【解释权限】本制度由无锡市惠山区人民医院财务部负责解释。

以往规定与本制度相关规定不一致的，以本规定为准。

附件

无锡市惠山区人民医院预交金标准

单位：元

DRG 分组	职工医保	居民医保	自费
AH29–有创呼吸机支持≥96 小时	2000	2000	40000
BB21–伴出血诊断的颅脑手术，伴严重合并症或并发症	2000	2000	30000
BB41–伴创伤诊断的颅脑手术，伴严重合并症或并发症	2000	2000	40000
BB45–伴创伤诊断的颅脑手术，不伴合并症或并发症	2000	2000	10000
BE21–神经介入治疗，伴严重合并症或并发症	2000	2000	60000
BE25–神经介入治疗，不伴严重合并症或并发症	2000	2000	40000
BJ13–神经系统其他手术，伴一般合并症或并发症	2000	2000	6000
BJ15–神经系统其他手术，不伴合并症或并发症	2000	2000	5000
BM11–神经介入检查术，伴严重合并症或并发症	1000	1000	7000
BM15–神经介入检查术，不伴严重合并症或并发症	1000	1000	6000
BR11–脑卒中，伴严重合并症或并发症	1000	1000	7000
BR13–脑卒中，伴一般合并症或并发症	500	500	4000
BR15–脑卒中，不伴合并症或并发症	1000	1000	4000
BR21–其他脑缺血性疾病，伴严重合并症或并发症	500	500	3000
BR23–其他脑缺血性疾病，伴一般合并症或并发症	500	500	3000
BR25–其他脑缺血性疾病，不伴合并症或并发症	500	500	2000
BU21–神经系统变性疾病，伴严重合并症或并发症	1000	1000	4000
BU25–神经系统变性疾病，不伴严重合并症或并发症	1000	1000	3000
BV13–癫痫，伴一般合并症或并发症	1000	1000	3000
BV15–癫痫，不伴合并症或并发症	500	500	2000
BW21–脑性瘫痪，伴严重合并症或并发症	1000	1000	6000
BW23–脑性瘫痪，伴一般合并症或并发症	500	500	3000
BW25–脑性瘫痪，不伴合并症或并发症	500	500	3000
BX23–脑神经/周围神经疾病，伴合并症或并发症	500	500	3000
BX25–脑神经/周围神经疾病，不伴合并症或并发症	500	500	3000
BY15–颅脑损伤，不伴严重合并症或并发症	1000	1000	6000
BZ11–神经系统其他疾病，伴严重合并症或并发症	500	500	2000
BZ13–神经系统其他疾病，伴一般合并症或并发症	200	200	2000
BZ15–神经系统其他疾病，不伴合并症或并发症	500	500	1000
CB29–玻璃体、视网膜、脉络膜联合晶状体手术	1000	1000	7000
CB39–晶状体联合视网膜及晶状体以外的内眼手术	500	500	3000
CB45–玻璃体、视网膜、脉络膜手术，不伴合并症或并发症	500	500	1000
CB59–晶状体手术	500	500	3000
CB79–角膜、巩膜、结膜手术	500	500	1000

CD39–除眼眶外的外眼手术	500	500	1000
DC45–口腔颌面头颈肿瘤切除术，不伴合并症或并发症	1000	1000	4000
DE25–耳部其他小手术，不伴合并症或并发症	500	500	1000
DF29–鼻腔、鼻窦手术	500	500	4000
DG19–咽、喉、气管手术	500	500	3000
DG29–扁桃体和/或腺样体切除手术	1000	1000	5000
DJ19–头、颈、耳、鼻、咽、口其他手术	500	500	2000
DK19–其他头、颈、耳、鼻、咽、口治疗操作	500	500	1000
DS19–平衡失调及听觉障碍	500	500	2000
DT19–中耳炎及上呼吸道感染	200	200	1000
DT29–会厌炎、喉炎及气管炎	500	500	1000
DZ13–其他头、颈、耳、鼻、咽、口疾病，伴合并症或并发症	500	500	4000
EB19–肺大手术	2000	2000	20000
EB29–肺其他手术	2000	2000	10000
EK19–有创呼吸机治疗小于 96 小时	1000	1000	10000
ER15–呼吸系统肿瘤，不伴严重合并症或并发症	1000	1000	5000
ES31–呼吸系统感染/炎症，伴严重合并症或并发症	500	500	5000
ES33–呼吸系统感染/炎症，伴一般合并症或并发症	500	500	3000
ES35–呼吸系统感染/炎症，不伴合并症或并发症	500	500	1000
ET23–慢性气道阻塞病，伴合并症或并发症	500	500	3000
ET25–慢性气道阻塞病，不伴合并症或并发症	500	500	2000
EU19–重大胸部创伤	500	500	2000
EV19–呼吸系统症状、体征	500	500	2000
EW13–胸膜病变及胸腔积液，伴一般合并症或并发症	500	500	2000
EW15–胸膜病变及胸腔积液，不伴合并症或并发症	500	500	1000
EX13–哮喘及喘息性支气管炎，伴合并症或并发症	500	500	2000
EX15–哮喘及喘息性支气管炎，不伴合并症或并发症	500	500	1000
EX29–百日咳及急性支气管炎	500	500	1000
FF23–外周血管（除大隐静脉外）其他的手术，伴合并症或并发症	2000	2000	7000
FF25–外周血管（除大隐静脉外）其他的手术，不伴合并症或并发症	2000	2000	6000
FF39–大隐静脉和小隐静脉手术	500	500	4000
FK49–永久性起搏器植入/置换/更新	2000	2000	20000
FM29–经皮大血管常规手术	2000	2000	30000
FM39–经皮冠状动脉支架植入	2000	2000	10000
FM49–其他经皮心血管治疗	2000	2000	10000
FM59–经皮心导管检查操作	500	500	5000
FN19–下肢动脉经皮血管内治疗	2000	2000	20000
FN23–其他外周血管检查和/或治疗，伴合并症或并发症	2000	2000	20000
FN25–其他外周血管检查和/或治疗，不伴合并症或并发症	2000	2000	10000

FR11–急性心肌梗死，伴严重合并症或并发症	1000	1000	10000
FR21–心力衰竭、休克，伴严重合并症或并发症	500	500	5000
FR25–心力衰竭、休克，不伴严重合并症或并发症	500	500	4000
FR49–心绞痛	500	500	2000
FR59–冠状动脉粥样硬化/血栓/闭塞	500	500	2000
FU29–心律失常及传导障碍	500	500	2000
FV19–先天性心脏病	500	500	2000
FV23–高血压，伴合并症或并发症	500	500	2000
FV25–高血压，不伴合并症或并发症	500	500	2000
FV33–晕厥及/或虚脱，伴合并症或并发症	500	500	3000
FV35–晕厥及/或虚脱，不伴合并症或并发症	500	500	2000
FW13–动脉疾病，伴合并症或并发症	500	500	2000
FW29–静脉疾病	200	200	1000
FZ19–其他循环系统疾病	500	500	2000
GB39–小肠、大肠（含直肠）的大手术	2000	2000	10000
GC25–胃、十二指肠其他手术，不伴合并症或并发症	1000	1000	6000
GE19–伴穿孔、化脓、坏疽等阑尾切除术	1000	1000	4000
GE29–阑尾切除术	500	500	3000
GF25–腹壁疝及脐疝手术，不伴合并症或并发症	1000	1000	6000
GF39–腹股沟疝及股疝手术	1000	1000	5000
GG19–肛管、肛门及肛周手术	500	500	3000
GK19–消化系统其他内镜治疗操作	500	500	5000
GK23–胃镜治疗操作，伴合并症或并发症	500	500	4000
GK25–胃镜治疗操作，不伴合并症或并发症	500	500	2000
GK33–结肠镜治疗操作，伴合并症或并发症	500	500	3000
GK35–结肠镜治疗操作，不伴合并症或并发症	500	500	2000
GR15–消化系统恶性肿瘤，不伴严重合并症或并发症	500	500	3000
GS11–胃肠出血，伴严重合并症或并发症	500	500	4000
GS13–胃肠出血，伴一般合并症或并发症	500	500	3000
GS15–胃肠出血，不伴合并症或并发症	500	500	2000
GU23–其他消化道溃疡，伴合并症或并发症	500	500	3000
GU25–其他消化道溃疡，不伴合并症或并发症	500	500	2000
GV13–消化道梗阻或腹痛，伴合并症或并发症	500	500	2000
GV15–消化道梗阻或腹痛，不伴合并症或并发症	500	500	1000
GW13–食管炎、胃肠炎，伴合并症或并发症	500	500	2000
GW15–食管炎、胃肠炎，不伴合并症或并发症	500	500	2000
GZ19–其他消化系统疾病	500	500	2000
HC15–胆总管手术，不伴严重合并症或并发症	1000	1000	10000
HC23–胆囊切除手术，伴合并症或并发症	1000	1000	7000

HC25–胆囊切除手术，不伴合并症或并发症	1000	1000	5000
HK19–食管曲张静脉出血的治疗性内镜操作	1000	1000	4000
HL19–肝胆胰系统的治疗性操作	1000	1000	8000
HR19–肝胆胰系统恶性肿瘤	500	500	4000
HS21–肝硬化，伴严重合并症或并发症	500	500	4000
HS25–肝硬化，不伴严重合并症或并发症	500	500	2000
HT23–急性胰腺炎，伴一般合并症或并发症	500	500	3000
HT25–急性胰腺炎，不伴合并症或并发症	500	500	3000
HU11–急性胆道疾病，伴严重合并症或并发症	500	500	3000
HU15–急性胆道疾病，不伴严重合并症或并发症	500	500	2000
HZ11–其他肝脏疾病，伴严重合并症或并发症	500	500	6000
HZ13–其他肝脏疾病，伴一般合并症或并发症	500	500	3000
HZ15–其他肝脏疾病，不伴合并症或并发症	500	500	2000
HZ29–胆道其他疾病	500	500	2000
HZ35–胰腺其他疾病，不伴严重合并症或并发症	500	500	2000
IB29–脊柱 2 节段及以下脊柱融合术	2000	2000	10000
IB31–与脊柱有关的其他手术，伴严重合并症或并发症	1000	1000	7000
IB35–与脊柱有关的其他手术，不伴严重合并症或并发症	1000	1000	8000
IC29–髋、肩、膝、肘和踝关节置换术	2000	2000	10000
IC39–除置换/翻修外的髋、肩、膝、肘、踝和足部关节的修复、重建手术	2000	2000	10000
IC49–除置换/翻修外的髋、肩、膝、肘、踝和足部关节其他手术	2000	2000	9000
IE25–股骨手术，不伴严重合并症或并发症	2000	2000	10000
IE39–除股骨以外的下肢骨手术	2000	2000	10000
IE59–上肢骨手术	2000	2000	8000
IE69–手外科手术	2000	2000	8000
IF19–骨科固定装置去除/修正术	1000	1000	3000
IH15–肌肉、肌腱手术，不伴合并症或并发症	1000	1000	4000
IJ15–骨骼肌肉系统的其他手术，不伴合并症或并发症	1000	1000	4000
IR29–股骨骨折	500	500	1000
IS19–前臂、腕、手或足损伤	500	500	1000
IS29–除前臂、腕、手足外的损伤	1000	1000	1000
IT23–慢性炎症性肌肉骨骼结缔组织疾病，伴合并症或并发症	500	500	2000
IT25–慢性炎症性肌肉骨骼结缔组织疾病，不伴合并症或并发症	500	500	2000
IU13–骨病及其他关节病，伴合并症或并发症	500	500	2000
IU15–骨病及其他关节病，不伴合并症或并发症	500	500	2000
IU29–颈腰背疾病	500	500	2000
IU39–骨骼、肌肉、结缔组织恶性病损、病理性骨折	500	500	3000
JB39–其他乳房手术	500	500	4000
JJ19–皮肤、皮下组织的其他手术	200	200	1000

JS13–重大皮肤疾病，伴合并症或并发症	500	500	4000
JU13–感染性皮肤病，伴合并症或并发症	500	500	3000
JU15–感染性皮肤病，不伴合并症或并发症	200	200	1000
JV29–乳房良性病变	200	200	1000
KD19–甲状腺、甲状旁腺大手术	1000	1000	7000
KS13–糖尿病，伴合并症或并发症	500	500	3000
KS15–糖尿病，不伴合并症或并发症	500	500	2000
KT13–内分泌、营养、代谢疾病，伴合并症或并发症	500	500	2000
KT15–内分泌、营养、代谢疾病，不伴合并症或并发症	200	200	1000
KZ13–其他代谢疾病，伴合并症或并发症	500	500	3000
KZ15–其他代谢疾病，不伴合并症或并发症	500	500	1000
LA25–膀胱肿瘤手术，不伴合并症或并发症	1000	1000	10000
LB29–肾脏其他手术	1000	1000	8000
LC19–输尿管手术	1000	1000	10000
LD19–膀胱其他手术	1000	1000	6000
LE19–尿道手术	500	500	6000
LF15–肾透析相关手术，不伴严重合并症或并发症	500	500	6000
LJ15–泌尿系统其他手术，不伴合并症或并发症	500	500	2000
LL11–肾透析，伴严重合并症或并发症	1000	1000	8000
LL13–肾透析，伴一般合并症或并发症	500	500	4000
LL15–肾透析，不伴合并症或并发症	200	200	3000
LR13–肾功能不全，伴合并症或并发症	500	500	4000
LR15–肾功能不全，不伴合并症或并发症	500	500	3000
LS15–肾炎及肾病，不伴并发症或合并症	500	500	2000
LU11–肾及尿路感染，伴严重合并症或并发症	500	500	4000
LU13–肾及尿路感染，伴一般合并症或并发症	500	500	2000
LU15–肾及尿路感染，不伴合并症或并发症	500	500	2000
LV19–代谢性肾病	500	500	3000
LW19–肾、尿路体征及症状	500	500	3000
LX19–尿路结石、阻塞及尿道狭窄	200	200	1000
LZ13–肾及泌尿系统其他疾病，伴合并症或并发症	1000	1000	3000
LZ15–肾及泌尿系统其他疾病，不伴合并症或并发症	500	500	3000
MA19–男性生殖器官恶性肿瘤手术	1000	1000	10000
MB19–前列腺手术	1000	1000	10000
MD19–睾丸手术	500	500	3000
MJ19–其他男性生殖系统手术	200	200	400
MR15–男性生殖系统恶性肿瘤，不伴合并症或并发症	500	500	4000
MS15–男性生殖系统炎症，不伴合并症或并发症	500	500	2000
MZ19–其他男性生殖系统疾病	500	500	3000

NB19–女性生殖系统重建手术	500	500	4000
NC19–子宫（除子宫腔内病变以外）手术	1000	1000	8000
ND19–附件手术	1000	1000	7000
NE19–子宫腔内病变手术	500	500	4000
NF19–外阴、阴道、宫颈手术	500	500	3000
NS19–女性生殖系统感染	500	500	1000
NZ19–女性生殖系统其他疾病	500	500	1000
OB19–剖宫产术	1000	1000	4000
OC29–阴道分娩伴手术操作	1000	1000	3000
OD19–与妊娠相关的子宫及附件手术	1000	1000	3000
OE19–异位妊娠手术	1000	1000	5000
OF19–中期引产手术操作	1000	1000	1000
OF29–早期流产手术操作	500	500	1000
OJ19–与妊娠、分娩相关的其他手术操作	500	500	1000
OR19–阴道分娩	500	500	2000
OS29–流产相关疾病	500	500	1000
OT19–异位妊娠	500	500	1000
OZ19–妊娠期相关疾病	500	500	800
PU19–足月儿相关疾病	1000	1000	2000
QS13–红细胞病及营养性贫血，伴合并症或并发症	500	500	3000
QS15–红细胞病及营养性贫血，不伴合并症或并发症	500	500	2000
QS43–其他再生障碍性贫血，伴一般合并症或并发症	500	500	4000
QS51–其他贫血，伴严重合并症或并发症	500	500	3000
QS53–其他贫血，伴一般合并症或并发症	500	500	3000
QS55–其他贫血，不伴合并症或并发症	500	500	3000
QT13–血栓与止血，伴一般合并症或并发症	500	500	5000
QT15–血栓与止血，不伴合并症或并发症	500	500	2000
RM15–恶性及增生性疾病的介入、消融治疗，不伴严重合并症或并发症	1000	1000	10000
RN13–恶性及增生性疾病的化学治疗和/或其他治疗，伴合并症或并发症	500	500	3000
RN21–恶性及增生性疾病的靶向、免疫治疗，伴严重合并症或并发症	200	200	1000
RN25–恶性及增生性疾病的靶向、免疫治疗，不伴严重合并症或并发症	200	200	1000
RS15–淋巴瘤及其他类型白血病，不伴合并症或并发症	500	500	4000
RU19–恶性及增生性疾病的其他治疗	200	200	2000
RW19–恶性及增生性疾病治疗后的随诊检查	500	500	2000
RW21–恶性及增生性疾病维持性治疗，伴严重合并症或并发症	500	500	3000
RW25–恶性及增生性疾病维持性治疗，不伴严重合并症或并发症	500	500	2000
SR11–败血症，伴严重合并症或并发症	1000	1000	8000

SU19–病毒性疾病	200	200	1000
VJ11–其他损伤的手术，伴严重合并症或并发症	1000	1000	10000
VJ15–其他损伤的手术，不伴合并症或并发症	2000	2000	5000
VR19–损伤	500	500	1000
VS25–药物中毒或毒性反应，不伴严重合并症或并发症	500	500	3000
XJ13–其他接触健康服务的诊断伴手术操作，伴合并症或并发症	1000	1000	7000
XJ15–其他接触健康服务的诊断伴手术操作，不伴合并症或并发症	1000	1000	5000
XR21–神经、骨骼及肌肉康复，伴严重合并症或并发症	1000	1000	3000
XR23–神经、骨骼及肌肉康复，伴一般合并症或并发症	1000	1000	3000
XR25–神经、骨骼及肌肉康复，不伴合并症或并发症	1000	1000	2000
XS11–体征及症状，伴严重合并症或并发症	500	500	3000
XS15–体征及症状，不伴严重合并症或并发症	500	500	2000
ZB19–多发性严重创伤开颅术	2000	2000	50000
ZC11–多发性严重创伤的脊柱、髋、股或肢体手术，伴严重合并症或并发症	2000	2000	10000
ZC15–多发性严重创伤的脊柱、髋、股或肢体手术，不伴严重合并症或并发症	2000	2000	10000
ZD19–严重复合伤的腹部手术	2000	2000	20000
ZJ11–与多发伤有关的其他手术操作，伴严重合并症或并发症	2000	2000	30000
ZJ15–与多发伤有关的其他手术操作，不伴严重合并症或并发症	2000	2000	10000
ZZ11–多发性重要创伤无手术，伴严重合并症或并发症	2000	2000	9000
ZZ15–多发性重要创伤无手术，不伴严重合并症或并发症	1000	1000	4000

	制度编码	CWB-ZD-017	制度名称	票据管理办法	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	新增	修订时间		生效时间	2026-03-01

无锡市惠山区人民医院票据管理办法

第一章 总则

第一条 目的与依据

为规范医院票据管理工作，防范票据使用、审核及报销环节的各类风险，保障医院资产安全与合法权益，维护医院经济秩序，根据《中华人民共和国发票管理办法》《医院财务制度》等相关法律法规及行业规范，结合本院实际情况，制定本办法。

第二条 适用范围

本办法适用于医院各科室、部门（以下统称“各单位”）在采购业务、费用报销、合同签订、招投标等经济活动中涉及的各类票据（含增值税专用发票、增值税普通发票、电子发票、非税收入票据等合规票据）的管理、审核、核验及风险防控工作。

第三条 管理原则

票据管理遵循合法合规、权责明确、流程清晰、审核严格、风险可控的原则。各单位及相关工作人员须严格遵守本办法，切实履行票据管理职责，杜绝虚假票据及不合规管理行为。

第二章 票据核验与虚假票据杜绝

第四条 发票复核流程

医院工作人员在取得供应商提供的发票后，须立即开展发票复核查验工作，具体流程如下：

初步核验：经办人员核对发票票面信息，包括供应商名称、税号、开票日期、商品 / 服务名称、金额、税率税额等，确保票面信息与实际业务一致，无涂改、漏项、错项等问题。

真伪查验：经办人员须通过国家税务总局全国增值税发票查验平台或医院指定的税务核验渠道，对发票的真实性、有效性进行实时查验，留存查验截图或记录。

复核确认：发票经初步核验及真伪查验无误后，由业务科室指定的票据复核人员进行二次复核，确认查验结果与票面信息一致，并在发票上签字确认，方可进入后续报销流程。

第五条 虚假票据处理

一经发现虚假发票、作废发票、开票信息与实际业务不符等不合规票据，经办人员须立即停止报销流程，向科室负责人及医院财务部门报告。财务部门牵头组织核查，对涉及虚假票据的相关责任人员依规追责，同时将虚假票据线索移交相关监管部门，绝不姑息。

第三章 供应商资质与合规发票审核

第六条 招投标环节资质审核

在医院各类采购项目的招投标阶段，采购部门为第一责任主体，须严格审核供应商提交的资质资料，具体包括：营业执照、税务登记证（或加载统一社会信用代码的营业执照）、开户许可证等基础资质文件；行业经营许可证、资质等级证书、授权委托书等专项资质文件；近三年税务信用等级证明、无违法违规经营记录承诺书等合规性文件。

采购部门须对资质资料的真实性、完整性、有效性进行严格审核，留存资质复印件并加盖供应商公章，同时将审核结果留存备查。

第七条 合同签订环节发票约定

与供应商签订采购合同时，合同签订部门须在合同中明确约定发票合规条款，具体内容包括：

供应商须提供合法、有效、合规的发票，发票类型、税率须与合同约定的业务内容及国家税收政策一致；

供应商承诺提供虚假、不合规发票的，须承担违约责任，包括但不限于更换合规发票、赔偿医院损失、终止合作等；

明确发票开具的时间、内容、金额等要求，以及发票传递、交接的流程和责任。

合同签订前，财务部门须对发票合规条款进行审核，确保条款具备可执行性及风险防控效力。

第四章 细化票据审核流程

第八条 审核环节与责任分工

医院建立“经办初审 — 科室复审 — 财务终审 — 领导审批”的四级票据审核流程，明确各环节审核要点及责任人员，具体如下：

审核环节	责任主体	核心审核要点	审核责任
经办初审	业务经办人员	1. 票据真伪（税务平台查验结果）；2. 票据业务的真实性、合理性；3. 票面信息与实际业务的一致性；4. 票据的基本完整性	对票据业务真实性负责，确保票据来源合法
科室复审	科室负责人 / 部门主管	1. 经办人员审核意见的真实性；2. 票据金额与科室业务需求的匹配度；3. 票据的合规性初步判断	对科室票据业务的真实性、必要性负责
财务终审	财务审核人员	1. 审核税务平台查验结果；2. 票据信息的完整性、规范性；3. 发票开具内容与医院财务制度、税收政策的符合性；4. 票据的时效性	对票据合规性、风险可控性负责，留存审核记录
领导审批	医院分管领导 / 院领导	1. 票据业务的合规性、必要性；2. 财务审核意见的合理性；3. 整体报销业务的风险评估	对报销业务的最终审批负责

第九条 审核标准要求

所有审核人员须严格按照以下标准开展审核工作，确保每一笔报销票据风险可控：

信息完整：票据抬头、税号、商品 / 服务明细、金额、税率、开票日期等核心信息无缺失、无错误；电子发票须确保版式文件完整，二维码、电子签章有效。

真伪可查：票据须通过国家税务总局官方渠道查验，查验结果显示 “正常”，无作废、红冲、异常等情况。

业务合规：票据对应的业务须符合医院规章制度及国家法律法规，无超范围报销、虚假报销等情形。

时效合规：报销票据的开票日期须在医院规定的报销时效内，超期票据须履行特殊审批流程。

第五章 强化风险防控与票据安全

第十条 采购环节发票管控

各单位在采购业务（含物资采购、设备采购、服务外包等）环节，须强化发票全流程管控，建立采购——发票——付款联动审核机制。

一经发现供应商提供不合规发票（含虚假发票、信息错误发票、作废发票等），须立即启动全面核查程序：由医院财务部门牵头，联合采购部门、业务经办科室，对该供应商向医院开具的全部发票进行逐份核查，形成核查报告。

第十一条 不合规票据整改与追责

对核查发现的问题发票，须向供应商出具《不合规发票整改通知书》，明确整改要求、整

改时限及违约责任。供应商须在规定时限内更换合规发票，若逾期未整改或整改不合格，医院须采取以下措施：

暂停与该供应商的后续合作，列入医院供应商黑名单；

依法追究供应商的经济赔偿责任；

涉嫌违法犯罪的，移交司法机关处理。

同时，医院内部对问题发票的审核、经办环节进行责任倒查，对因审核失职、监管不力导致不合规票据入账的相关人员，依规追究责任。

第十二条 票据安全管理

票据归档：报销完成的票据由财务部门统一归档，按照会计档案管理规定进行装订、保管、查阅，归档期限符合国家会计档案管理要求。

电子票据管理：针对电子发票，医院建立电子票据台账，实时记录电子发票的获取、审核、报销、归档情况，防止重复报销、篡改报销等风险。

第六章 责任追究

第十三条 内部人员责任

对违反本办法规定，出现以下行为的相关责任人员，医院将视情节轻重给予通报批评、经济处罚、岗位调整等处理；情节严重涉嫌违纪违法的，移交纪检监察部门或司法机关处理：未按要求开展发票复核查验，导致虚假票据入账的；审核人员未履行审核职责，对不合规票据予以签字确认的；故意提供虚假票据、虚构业务报销的；对供应商不合规发票未按规定上报、核查及整改的；泄露票据管理信息、违规保管或处置票据的。

第十四条 供应商责任

供应商存在提供虚假票据、不合规票据等违约、违法行为的，除按本办法及合同约定承担整改、赔偿责任外，医院将取消其参与医院采购活动的资格；涉嫌犯罪的，依法追究其刑事责任。

第七章 附则

第十五条 制度解释

本办法由医院财务部门负责解释。

第十六条 制度修订

本办法将根据国家法律法规、行业政策及医院实际管理需求适时修订，修订流程按医院规章制度管理办法执行。

第十七条 生效日期

本办法自发布之日起正式施行，原医院相关票据管理规定与本办法不一致的，以本办法为准。

	制度编码	CWB-ZD-018	制度名称	出国（境）管理规定	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	新增	修订时间		生效时间	2026-01-01

无锡市惠山区人民医院出国（境）管理规定

为进一步加强我院职工出国（境）管理工作，根据上级有关文件精神和通知要求，现对我院职工出国（境）管理规定的相关事项明确如下：

一、严格履行出国（境）审批手续

（一）因公出国（境）审批

1. 医院职工因公出国(境)，必须分别按照《无锡市党政机关因公临时出国经费管理办法》（锡财行〔2014〕3号）和《关于印发<因公短期出国培训费用管理办法>的通知》锡财行〔2014〕16号）以及《无锡市惠山区区级行政事业单位财务报销若干规定的通知》（惠府办〔2017〕117号）等文件规定。

2. 一般于每年年底，研究确定下一年度各级各类因公出国（境）考察交流、人员培训与技术合作等外事计划，报区卫生健康委审核后报外事主管部门备案。各类外事活动均要执行项目报批、资质审核、经费预算等管理程序。

3. 因公出国(境)人员应按照年度外事计划或接因公出国(境)邀请后，经院党委会同意，向区卫生健康委提交书面“请示”，区卫生健康委作出初审答复意见后，再按照外事管理部门有关要求办理办理正式手续。

（二）因私出国（境）审批

全院职工因私出国（境）均需严格履行审批手续。因私出国（境）申请事由包括：旅游、探亲、 就医或其他私人事务等。全院职工因私出国（境）均需严格履行审批手续，并在 OA 中填写《出国（境）人员审批表》完成审批手续。

二、严格出国（境）纪律执行

（一）因公出国（境）人员应严格贯彻落实中央“八项规定”精神和外事纪律要求，遵循务实、高效、精简、节约的原则。实质性公务活动时间应占在外日程的三分之二以上，不得从事与其身份不符的活动。须尊重出访国（境）的法律法规和风俗习惯。严禁接受各种途径给予的不正当报酬和馈赠，严禁超时、绕道、增加出访国家、无故滞留不归，严禁变相公款旅游、安排与公务无关的娱乐活动、用公款相互宴请送礼，严禁出入赌博、色情场所，严禁携带涉密载体。发生违规违纪行为，将按照相关规定对责任人进行严肃处理。

（二）因私出国（境）人员应遵守国家外事政策和安全保密规定，尊重当地的法律法规和风俗习惯，提倡文明出行；严格按照审批期限按时归国，不得无故滞留国（境）外，因私

出国（境）费用一律自理，严禁报销任何因私出国（境）费用。因私出国（境）的党员，在国（境）外不得以党员身份参加公开活动，如发生重要情况及时向所在党组织报告。

本规定2026年1月1日起执行。若遇上级政策调整，以上级政策规定为准。

附件：

惠山区人民医院职工出国（境）审批表

填报科室：　　年　月　日

姓名		性别		职务	
身份证号码			联系方式		
目的地					
出国事由					
出国时间		回国时间			
随行人员信息	姓名	电话		现住址	
科主任审批				年　月　日	
分管领导审批				年　月　日	
主要领导审批				年　月　日	

此表经审批后报人事科备案。

	制度编码	CWB-ZD-019	制度名称	诊察费“未诊即退”管理制度	级别	院级
	制定科室	财务部	制定人	周云霞	内审人	包国东
	制度版次	新增	修订时间		生效时间	2026-05-01

医院诊察费“未诊即退”管理制度

为规范医院诊察费“未诊即退”管理工作，保障患者合法权益，切实减轻患者就医负担，依据国家医疗卫生相关法律法规、财务管理制度及医保相关政策要求，结合医院实际，特制定本制度。

本制度适用于医院所有门诊诊察费（含普通门诊、专家门诊、专科门诊等各类诊察相关费用）的“未诊即退”管理，同时适用于所有已缴纳诊察费但未接受诊疗服务的患者。

一、适用情形

患者挂号缴费完成后，符合以下情形之一的，可申请退费：

1. 预约挂号后未取号的；

2. 取号后 3 日内未就诊的；

3. 因医院原因（如医生停诊、科室调整、系统故障等）导致患者无法正常就诊，且未接受任何诊疗服务的；

4. 因操作失误导致错挂、重复挂号，且未接受任何诊疗服务的；

5. 符合国家医保政策及医院相关规定的其他可退诊察费情形。

二、不予退费情形

有以下情形之一的，不予办理诊察费“未诊即退”：

1. 患者已接受医生诊疗服务（包括问诊、查体等任何一项诊疗行为）的；

2. 缴费凭证遗失且无法提供有效佐证材料（如缴费记录截图、身份证复印件等），无法核实缴费真实性的；

3. 因患者个人原因恶意退费、重复退费，或提供虚假资料申请退费的；

4. 其他不符合国家法律法规、医保政策及医院相关规定的情形。

三、退费办理

在符合退费条件的情况下，按以下流程办理退费：

1.线下支付诊察费的，患者凭有效凭证、证件等，至退费窗口核实确认后按医院退费流程办理退费；

2.线上支付诊察费的，患者通过微信小程序，点击“我的”“挂号记录”自行操作退

费，费用即时到账，特殊情况下需要线下退费的，患者需至医院退费窗口办理。

3.涉及微信、支付宝、银行卡支付的诊察费，原则上在申请后 3 个工作日内退还，涉及医保基金支付的诊察费，通过医保信息系统按规程办理。

四.政策宣传

医院通过官网、微信公众号、电子屏、收费窗口等多种途径，宣传诊察费“未诊即退”政策及退费流程，确保患者知晓相关权益及办理方式。

本制度自 2026 年 5 月 1 日起执行，由财务部负责解释。

	制度编码	YYGLB-ZD-001	制度名称	运营管理制度	级别	院级
	制定科室	运营管理部	制定人	许洁	内审人	包国东
	制度版次	修订（第二次）	制定时间	2024.11.22	生效时间	2024-12-22

运营管理制度

推动公立医院高质量发展，推进管理模式和运行方式加快转变，进一步提高医院运营管理科学化、规范化、精细化、信息化水平，特制定本制度。

一、总则

（一）公立医院运营管理是以全面预算管理和业务流程管理为核心，以全成本管理和绩效管理为工具，对医院内部运营各环节的设计、计划、组织、实施、控制和评价等管理活动的总称，是对医院人、财、物、技术等核心资源进行科学配置、精细管理和有效使用的一系列管理手段和方法。

（二）加强公立医院运营管理，是以新发展理念引领医院高质量发展，落实现代医院管理制度的重要抓手；是深化公立医院综合改革，构建维护公益性、调动积极性、保障可持续的新运行机制的内在要求；是加强供给侧结构性改革，有效提升医疗、教学、科研、预防等核心业务供给效率的有力举措；是缓解公立医院经济运行压力，提升内部资源配置效率和运营管理效益的重要手段。

（三）总体要求。

以新时期卫生与健康工作方针和公立医院事业发展战略规划为指引，坚持公益性，努力实现社会效益与经济效益的有机统一。大力推动公立医院核心业务工作与运营管理工作深度融合，将现代管理理念、方法和技术融入运营管理的各个领域、层级和环节，提升运营管理精细化水平；坚持高质量发展和内涵建设，通过完善管理制度、再造业务流程、优化资源配置、强化分析评价等管理手段，将运营管理转化为价值创造，有效提升运营管理效益和投入产出效率；重点关注各类业务活动内涵经济行为的事项，建立健全内部控制管理和风险监控制度措施，使之既符合业务管理规范化要求，又满足风险防控精准化需要。

（四）基本原则。

1、公益性原则。以公益性为前提，以满足人民群众健康需求为出发点和落脚点，实现社会效益和服务效能最大化。

2、整体性原则。立足全局制订年度运营管理计划，动员全员参与运营活动各环节，统筹全部需求，有效配置各类资源。

3、融合性原则。将运营管理与医疗、教学、科研、预防等核心业务活动充分融合，促进业务活动衍生价值创造。

4、成本效率原则。权衡运营成本与运营效率，争取以合理的成本费用获取适宜的运营效率。

二、构建运营管理组织体系

（一）加强组织建设。医院成立运营管理领导小组，由医院主要负责人全面负责医院运营管理工作，总会计师协助做好具体工作，各分管院领导对具体工作分工负责。（见附件）主要负责建立完善医院运营管理组织框架体系和各项规章制度，制订医院运营管理年度工作目标、指标和计划，审议医院运营管理分析评价报告，对医院运营管理工作提出意见和改进措施。

下设运营管理部，主要包括：研究起草运营管理工作制度、计划、分析评价报告等；提出完善运营管理流程、优化资源配置、绩效考核指标等意见建议；组织推动各项运营管理措施任务有效落实；组织开展运营效果分析评价，撰写运营效果分析报告等。积极推行运营助理员、价格协管员制度等，辅助协同临床业务科室加强科室内部运营和价格管理工作。

（二）理顺运营机制。医院内部建立科学决策、分工负责、协同落实、分析评价、沟通反馈的运营管理高效机制。

1、强化决策机制。凡运营管理工作中涉及“三重一大”事项的，需经医院党委会研究讨论同意。需要进行合法性审核的事项，应当出具合法性审核意见。

2、健全分工机制。明确运营管理委员会、运营管理牵头部门、业务部门和行政后勤管理部门等在运营管理方面的工作职责和具体分工。

3、细化落实机制。逐级分解细化运营管理目标和任务，层层落实主体责任，确保各项任务有效落实。

4、实化评价机制。定期开展运营监控、执行检查和分析评价，动态掌握和评价运营管理工作进展及实施效果。

5、构建反馈机制。将运营效果和评价结果及时在医院内部各个层面进行沟通反馈，实现横纵双向协作，院科两级协同发展。

（三）完善制度体系。医院结合运营目标和精细化管理需求，聚焦人、财、物、技等核心资源，聚焦医、教、研、防等核心业务，以资源配置、流程再造、绩效考核为导向，建立健全运营管理制度体系，有效保障运营管理规范化及高效协同运作，提升运营管理效率和质量。

三、明确运营管理重点任务

（一）明确管理范畴。

1、优化资源配置。依据医院建设规划和中长期事业发展规划，加强资源调配与优

化，促进各类资源动态匹配，提高内部资源配置对医、教、研、防等业务工作的协同服务能力。

2、加强财务管理。强化全面预算、成本核算、基建财务、经济合同、价格、医保结算等管理，为运营管理提供坚实基础；将事业发展目标任务、绩效考核业务指标和质量控制流程要求等融入财务管理，发挥财务管理服务、保障和管控作用；加强财务信息共享共用，为业务发展提供支撑保障。

3、加强资产管理。加强货币资金、固定资产、无形资产、物资用品、在建工程等资产管理，构建资产采购、领用、库存等全链条管理体系；强化资产使用效益的分析和追踪评价。

4、加强后勤管理。推进后勤服务社会化；加强水电气热、餐饮、环境卫生、建筑用房、安全保卫等后勤管理，优化服务流程，规范管理机制，强化能耗管控；持续改进后勤服务质量和效率。

5、加强临床、医技、医辅等业务科室运营指导。探索建立运营助理团队，常态化关注科室运营发展情况，有效指导医疗业务科室提升运营效益；强化成本控制。

6、强化业务管理与经济管理相融合。强化预算、成本、绩效、内控管理意识，将经济管理各项要求融入医院核心业务流程和质量控制各环节，促进业务与资源管理深度融合。

7、强化运营风险防控。加强内部审计监督管理、风险管理及内部控制建设，建立健全风险研判、评估和防控机制；建立医疗、价格、财务等管理部门联检联查日常监督机制，定期和不定期开展医疗服务规范化管理检查，避免发生违法违纪违规追求经济利益的行为；加强债务风险管理，严禁举债建设。

8、加强内部绩效考核。医院根据卫生健康、中医药主管部门确定的绩效考核指标，建立内部综合绩效考核指标体系，从医疗、教学、科研、预防以及学科建设等方面全方位开展绩效评价工作，全面考核运营管理实施效果；通过强化信息技术保证考核质量，并将考核结果与改善内部管理有机结合。

9、推进运营管理信息化建设。按照国家和行业已发布的医院信息化建设标准，加强医院内部运营管理信息系统建设，促进实物流、资金流、业务流、信息流四流合一；加强各个信息系统的有效对接，确保各类数据信息的规范性、完整性和有效性，支撑运营数据的统计、分析、评价、监控等利用；加强运营管理信息安全，完善信息保护技术措施和制度。

（二）优化管理流程。医院以患者和临床为中心，以公益性和事业发展战略为导向，以精细化和提质增效为目标，综合运用系统思维统筹优化管理流程，实现流程管理系统化、科学化、规范化和智能化。

（三）强化信息支撑。医院应当充分利用现代化信息技术，加强医院运营管理信

息集成平台标准化建设。

1、推动建立运营管理系统和数据中心，实现资源全流程管理。主要围绕人力、财务、物资、基础运行、综合决策等 5 大领域，医疗、医保、药品、教学、科研、预防等 6 大事项，重点建设人力资源管理系统，资金结算、会计核算、预算管理、全成本管理、审计管理等财务系统，绩效考核系统，物资管理系统、采购管理系统、合同管理系统等，以及基础平台、数据接口和运营数据中心等。

2、促进互联互通，实现业务系统与运营系统融合。医院依托信息平台，加强信息系统标准化、规范化建设，强化数据的协同共享，实现临床与管理系统间的互联互通。通过信息系统应用完成原有工作流程的重新梳理及再造，让信息多跑路，实现业务管理与运营管理的充分融合。

3、利用数据分析技术，构建运营数据仓库。医院应当从医、教、研、防各业务信息系统中抽取用于支持运营管理决策的相关数据，经过清洗转换形成运营数据仓库，为运营数据分析展示和运营决策模型构建提供依据。

（四）提高决策质量。

1、建立决策分析体系。运用各类管理理论和方法，整合业务数据和经济运行数据，从战略决策、管理决策和业务决策三个层面建立决策分析体系。

2、推进决策分析一体化平台建设。通过对运营数据进行标准化、集成化、自动化处理，实现数据共享，强化数据应用，为医院运营管理持续改进提供全面、准确、及时的数据支撑。

3、加强分析结果应用。医院将决策分析结果重点应用于业务管理、资源规划、资金统筹和风险管控等方面，进一步提高运营效率和管理能力，推进医院现代化治理体系构建和治理能力提升。

参考文献

1、根据《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》（国办发〔2017〕67 号）、《关于加强公立医院运营管理的指导意见》（国卫财务发〔2020〕27 号）等。

附件 1：

无锡市惠山区人民医院
运营管理委员会

主　任：卢　峰　戴智勇

委　员：华晓娟　储旭东　徐太静　顾晓红　唐李丽
包国东　周云霞　边逸道　郑龙蛟　邹静蓉
郑　雄　任凌燕　林　燕　龙　琦　赵曼莉
朱启贯　张玉芳　杨瑞瑞　吴晓峰　陈剑波
乔傲松　张　凯　崔良良　许　洁

秘　书：　许　洁（兼）

下设办公室：运营管理部，许洁任办公室主任，负责日常工作。

工作职责：

1、建立完善医院运营管理组织框架体系和各项规章制度，制订医院运营管理年度工作目标、指标和计划，审议医院运营管理 分析评价报告，参与医院重大项目的可行性研究，对医院运营管理工作提出意见和改进措施。

2、承担医院运营全过程的预测、运行、分析、评价、监督等职能，将分析结果应用于业务流程的优化，实现运营效率的整体提升。运营过程主要包括：优化资源配置、加强财务管理、加强 资产管理、加强后勤管理、加强临床、医技、医辅等业务科室运营指导、强化业务管理与经济管理相融合、强化运营风险防控、加强内部绩效考核、推进运营管理信息化建设。

3、细化落实各类业务活动中内涵经济行为的内部控制制度和监管措施。建立医疗、价格、财务等管理部门联检联查日常监督机制，定期和不定期开展医疗服务规范化管理检查，避免出现 违法违纪违规行为。

4、推进业务财务融合，把经济管理各项要求融入医教研防产等业务流程控制和质量控制各环节，实现经济管理提质增效。

5、对涉及医院运营的其他重要事项进行审议与研究。

6、定期召开会议，促进各项措施落实。

（1）委员会成员会议。原则上每半年召开一次，由委员会主任负责召集，参加对象为委员会主任、副主任及成员。会议议定年度计划、重点目标任务、审议运营管理分析评价报告、决定改进措施的实施等，由运营管理部进行分工落实。凡是涉及“三重一大”

事项的，需经医院院长办公会、党委会研究讨论同意。需要进行合法性审核的事项，应当出具合法性审核意见。

（2）工作协调会议。原则上每两月召开一次，由总会计师召集，参加对象为委员会成员和相关临床科室负责人。主要由相关职能科室对运营管理工作的进展、阶段性评价情况汇报，协调、沟通临床科室运营管理工作推进过程中遇到的具体问题，商议下阶段的工作安排。

（3）专题会议。各职能科室根据工作需要，可以提出召开专题会议的建议，同时根据议题，可以提出扩大参会成员的建议，经委员会主任同意后召开。

委员会下设工作小组：

（一）成本核算工作领导小组：

组长：戴智勇

副组长：包国东

组　员：周云霞　郑龙蛟　郑　雄　任凌燕　林　燕
龙　琦　赵曼莉　朱启贯　张玉芳　杨瑞瑞
吴晓峰　陈剑波　乔傲松　张　凯　崔良良
潘晓帆　应站专　丁　宁　柏广富　陈　磊
关立鹏

工作职责：

1、负责制订审议医院成本核算工作方案及相关制度。

2、明确各部门职责，协调解决成本核算相关问题。

3、组织开展成本核算，加强成本管控。

4、开展成本分析，提出成本控制建议，为医院决策与运营管理提供支持和参考。

5、制订相匹配的绩效考核方案，提升运营效率。日常工作机构：财务部。

（二）绩效管理工作小组

组长：卢峰

副组长：戴智勇

组　员：华晓娟　储旭东　徐太静　顾晓红　唐李丽
包国东　周云霞　边逸道　郑龙蛟　邹静蓉
郑　雄　任凌燕　林　燕　龙　琦　赵曼莉
朱启贯　张玉芳　杨瑞瑞　蒋维雅　乔傲松
崔良良　许　洁

医院实行院科两级分配，各临床及医技科室负责人为科室二次绩效核算负责人。

绩效管理办公室设在运营管理部，许洁同志负责绩效核算管理的具体实施。

工作职责：

1、负责制定并完善医院的绩效考核管理制度。

2、制定医院各部门、各岗位的绩效目标及考核标准。

3、对各个部门进行部门和岗位绩效考核培训和指导。

4、按照医院内绩效考核周期组织实施绩效考核工作。

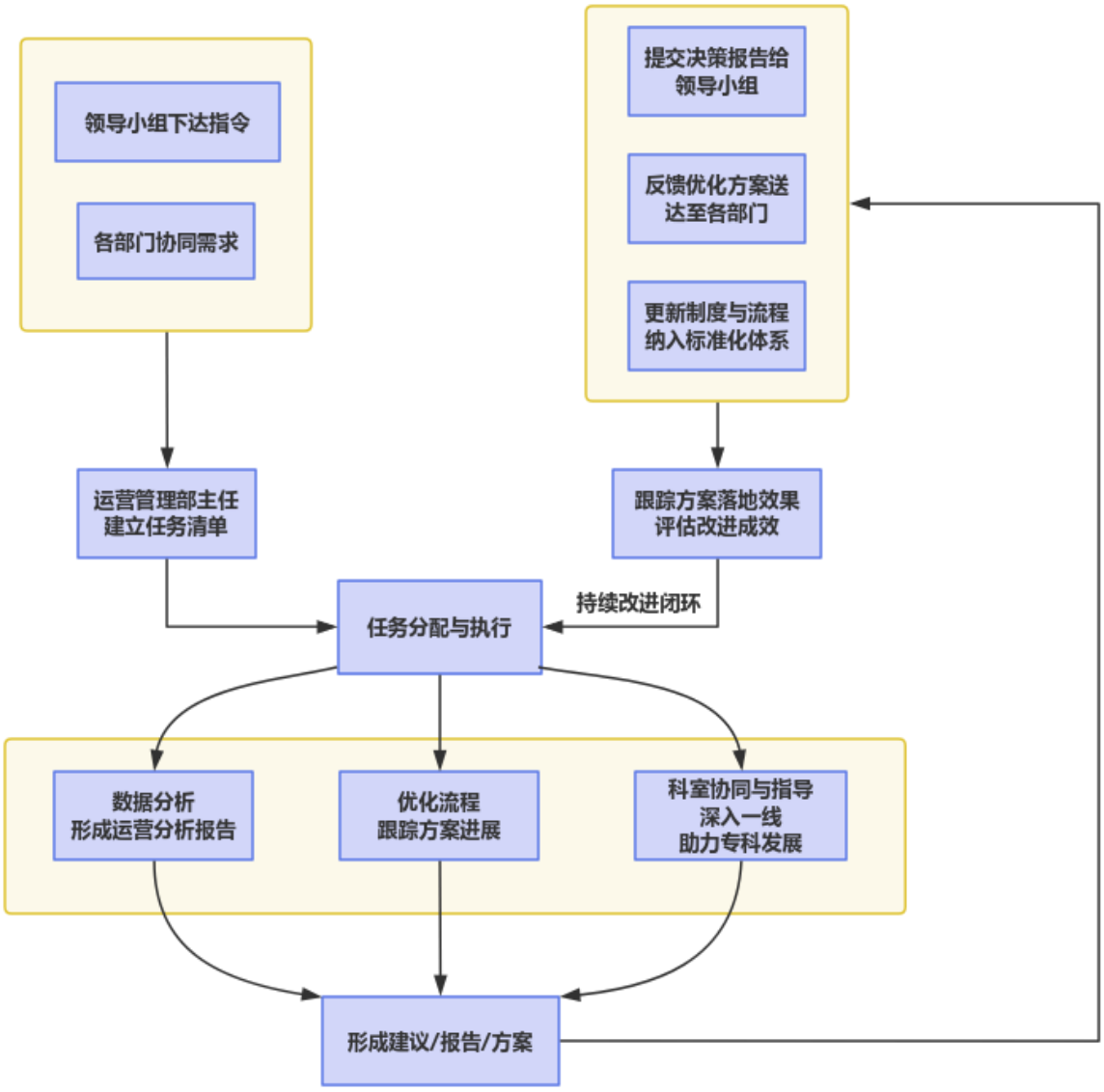
5、对各部门及员工绩效考核过程和结果实施监控。

6、协调处理绩效考核中出现的问题。

7、负责对绩效考核结果按照医院规定进行应用管理。

附件 2：

运营管理制度工作流程图



	制度编码	YYGLB-ZD-002	制度名称	价格管理制度	级别	院级
	制定科室	运营管理部	制定人	许洁	内审人	包国东
	制度版次	修订（第五次）	制定时间	2024.11.22	生效时间	2024-12-22

价格管理制度

为加强我院医疗服务价格管理，规范收费行为，强化责任意识，维护广大人民群众的利益，特制定本制度。本制度适用于我院提供的诊疗服务、药品和医用材料的收费（价格）行为，包括特需医疗服务。价格管理工作在价格管理委员会指导下开展工作，各科室主任、护士长对本科室价格管理工作负责，院长对全院价格管理工作负总责。

一、医药价格调价管理

（一）严格执行医疗服务和药品、卫生材料价格政策，接到上级调价通知后，及时按文件要求调整医疗服务和药品、卫生材料价格。

（二）进行医药价格调整时必须有调整记录，调价结果报物价办公室。

（三）药品、医用材料调价由药剂科、医学装备科按国家物价规定，由专人负责调整。

（四）诊疗服务项目调价根据物价相关文件规定，由专人负责调整。

（五）加强对调价流程管理，明确调价与审核人员的责任、权限。

二、新增医疗服务项目价格申报

新增医疗服务项目，是指符合卫生行政部门临床应用准入条件的和利用新技术、新设备、新材料、新方法开展服务，尚未经过价格主管部门、卫生行政部门核定价格的医疗服务项目。各科室如有条件开展新增医疗服务项目的，应按程序申报。

（一）申报材料应包含：（1）申请报告；（2）填报《新增医疗服务项目价格备案表》、《使用一次性医用耗材收费备案表》；（3）毗邻地区、单位相关价格资料。

（二）未经国家列入项目规范的新增医疗服务项目，医院不得执行。

（三）对新增医疗服务项目名称和价格实行明码标价，在服务场所的显著位置公示，自觉接受社会监督。

（四）、严禁擅自增设新项目、分解项目收费、不按规定备案，不明码标价等价格违法行为。

三、价格公示制度

（一）价格公示内容：

1、药品、医用材料价格公示包括：药品、医用材料的通用名（或商品名）、剂型、

规格、计价单位及零售价等。

2、医疗服务价格公示包括：编码、医疗服务项目名称、计价单位、单价、说明等。

（二）在医院网站、医院门诊大厅、住院大厅采用电子自助查询机、电子显示屏等方式，实行价格公示，方便患者或家属查询。

（三）在医技科室醒目位置悬挂医疗服务价格公示牌。

（四）公示的药品和医疗服务价格发生变动时，要及时调整公示内容。

（五）对批准开展的新增或特需医疗服务项目，价格信息暂时无法公示和查询的，应及时在公告栏中注明。

（六）公布价格监督电话。

四、费用清单制度

（一）实行住院病人费用“一日清单”制度，增强医院价格及收费透明度，自觉接受病人和社会的监督。各病区护士站负责每日向患者免费发放住院费用一日清单。

（二）应尊重住院病人的知情权和选择权，医保人员确因病情治疗需要使用“自费”药品、检查项目的，床位医生应事前告知患者本人或家属，签订“自费药品检查项目知情同意书”后，医嘱方可执行。

（三）门诊和住院大厅配备患者费用自助查询系统，免费向患者提供门（急）诊、住院费用清单，内容包括：医疗服务项目、药品、医用材料的名称、单价、数量、金额等。

（四）医务人员要耐心解释各项收费的相关内容，解答患者对清单中所列项目提出的疑问。

（五）如需要住院病历，到病案室办理复印手续，医疗费明细清单到门诊大厅自助机打印。

（六）运营管理部作为医院物价管理职能科室，负责患者医药价格咨询及医药价格投诉的处理工作。

五、医药价格自查制度

（一）严格执行价格政策，按《无锡市医疗机构收费项目及收费标准》及相关价格调整文件核价、定价。

（二）自觉规范医疗收费行为，物价办公室每月按照入院人数的一定比例随机抽取病历和费用清单进行检查并做好记录。

（三）及时纠正自查中发现的自定收费项目、超标准收费、重复收费和漏收费等不规范收费行为，提出整改意见，并向有关科室及人员通报。

（四）不允许科室以任何形式的分解收费和比照项目等乱收费行为。通过经常性地自律性检查，确保无违法收费现象发生。

六、价格投诉管理制度

（一）严格遵守物价管理部门规定的医疗服务收费标准及有关规定，实行首问负责制。

（二）患者在医院内部投诉的，由被投诉科室主任、护士长、工作人员及兼职物价员予以解释答复，不能解决的由物价专管员负责协调解决。

（三）上级物价部门转来的投诉意见或物价专项检查中发现的问题，由物价专管员、科主任、护士长负责调查解决。

（四）认真、公正地记录、处理患者有关物价收费的投诉和来访，在一个工作日内予以答复。要有投诉记录、答复意见和整改措施。对各种矛盾和纠纷影响较大的问题要及时向分管院领导汇报。

（五）医院设立专门管理投诉的科室：医务部。

（六）定期将群众来信、来访、投诉情况进行汇总公布于众，并向分管院领导汇报，

七、收费复核制度及监管措施

（一）完善医疗服务项目的病历记录和费用核查工作,严禁医嘱外收费,全院医疗服务项目收费做到“不多收,不少收,不漏收”。

（二）科室指定专人负责,每天对住院患者发生的费用,对照医嘱逐项进行复核,发现问题,及时进行更正,作好记录，按月上报物价管理办公室。

（三）建立患者费用清单查询和复核制度。对门（急）诊患者,根据患者需要提供每一笔医药费用清单,包括收费名称、单价,数量、金额等。对住院患者,科室逐项记录每日发生的医疗费用,在患者入院时,告知患者医疗费用查询方式，由科室向患者发放每日费用清单,供病人监督

（四）对出院病人进行出院前费用复核：患者出院时,所在科室兼职物价员要对患者住院期间发生的每一笔费用进行复核,及时办理未检查治疗项目和未用药品的退帐，发现错收、漏收、多收情况及时更正，核实无误后,给患者办理费用结帐手续,同时向患者提供总费用清单。

（五）对患者复核发现的收费问题,科室必须认真对待,及时改正,向患者做好解释,同时要有整改措施。

（六）物价管理办公室有针对性的对费用有疑义的临床科室进行巡访,联合医务部、药学部进行定期与不定期相结合的办法，对照病历，对出院病人费用清单进行抽查复核，以进一步对临床、医技科室记费情况进行监督,发现问题，及时反馈科室,督促科室整改并实行责任追究，督查情况纳入绩效考核。

八、价格管理奖惩制度

（一）严格执行收费标准，规范记费手续。医嘱记录、检查报告单等资料都必须与收费项目一致。计入科室考核，如发现费用漏收或少收的，扣科室相应分值。

（二）科室未做好解释病人投诉，工作不力、处理不妥，造成病人投诉，经核实确

有收错费用的，按有关规定处理。

（三）凡新增医疗收费项目必须及时上报价格管理办公室，经上级部门批准后方可执行。违反规定的，按有关规定处理。

（四）由于科室或个人行为造成上级物价部门对医院进行行政处罚和罚款，给医院造成负面影响的,罚款由责任科室和责任人承担,情节严重的给予行政处理。责任科室、责任人取消年终评先树优资格。

（五）价格管理办公室要定期对病区的收费情况进行检查。对科室存在的问题，汇总后反馈给科室，以便及时纠正。

（六）认真遵守各项物价法规、政策，在工作中做出显著成绩的，医院年终给予适当奖励。

九、医药价格政策文件档案管理

（一）有关医药价格政策的文件专卷保存。

（二）对医药价格管理过程中的基础数据、专家意见、相关建议、内部讨论的会议纪要等基础资料，要做到记录完整、专卷保存。

（三）立卷要做到书面材料规范，排列顺序正确，目录、页码清楚，标量确切简明，案卷装订整齐美观。

十、价格管理信息化制度

（一）建立健全价格管理信息化制度，明确相关部门和岗位的职责与权限，确保软件系统操作与维护数据的准确性、完整性、规范性与安全性。

（二）进行医药价格调整时，医院信息系统必须有调整记录。要加强对数据处理过程中修改权限与修改痕迹的控制。

（三）加强医药价格电子信息档案管理，包括电子文件的存储、备份及保管。

（四）物价办公室负责医疗服务、药品、医用耗材价格审批，信息中心指定专人负责医院信息系统价表维护。

（五）物价办公室根据上级文件要求，对医疗服务、药品、医用耗材价格批量调整的，由信息中心协助药学部、医学装备部录入，物价办公室负责审核。

（六）信息中心协助物价办公室，提供上级物价部门医药价格检查所需的电子数据。

十一、物价工作流程

（一）新增医疗项目收费价格申报流程

相关科室填写《新增医疗收费项目申请表》→报医院有关职能部门和分管院长审批同意→报物价管理办公室→进行收费价格测算→提交院长审批→按规定呈报上级价格管理部门审批→物价管理办公室通知信息科按批准的收费价格维护收费信息→专职物价员审核→通知申报科室执行新的收费标准。

（二）新增收费项目标准维护流程

物价管理办公室接上级通知→上报院领导审批→通知信息科→信息科进行维护→物价管理办公室复核一通知相关科室执行。

（三）医疗收费项目收费价格调整流程

由科室负责人提出调整理由和调整价格申请→报物价管理办公室审核→物价管理办公室上报→经分管院长、院长审批→物价管理员通知信息科进行修改维护（收费代码不变）→专职物价员审核→通知申报科室执行新的收费批准。

（四）投诉接待工作流程

病人对医院收费价格有疑议提出投诉→转物价管理办公室→由物价管理办公室接待→物价管理办公室找科室兼职物价员了解情况→兼职物价员查找病人投诉原因→查实收费无误的给予合理解释，如有错收的立即予以退费处理→处理情况反馈物价管理办公室→物价管理办公室→反馈投拆受理部门→回复投诉人。

参考文献：

《中华人民共和国价格法》及《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》（发改价格【2016】1431 号）

国家卫生健康委国家中医药管理局《关于印发医疗机构内部价格行为管理规定的通知》国卫财务发[2019]64 号

江苏省卫生健康委员会江苏省医疗保障局江苏省中医药管理局关于印发《新增医疗服务价格项目申报评审服务指南》的通知苏卫财务[2020]53 号

附件 1：

无锡市惠山区人民医院
价格管理委员会

主　任：戴智勇

副主任：包国东

委　员：华晓娟 储旭东　顾晓红　徐太静
许　洁　周云霞　郑龙蛟　郑　雄　任凌燕　龙　琦
赵曼莉　朱启贯　许　蓝　石　慧　乔傲松　张　凯
崔良良

秘　书：毛　斌

下设办公室：运营管理部，许洁任办公室主任，负责价格管理日常工作。

专职物价员：毛　斌　周皖芳　刘燕

兼职物价员：各临床、医技科室、病区专职物价员

工作职责：

1、认真贯彻有关医药价格政策、法规，实现规范化、科学化、制度化管理。

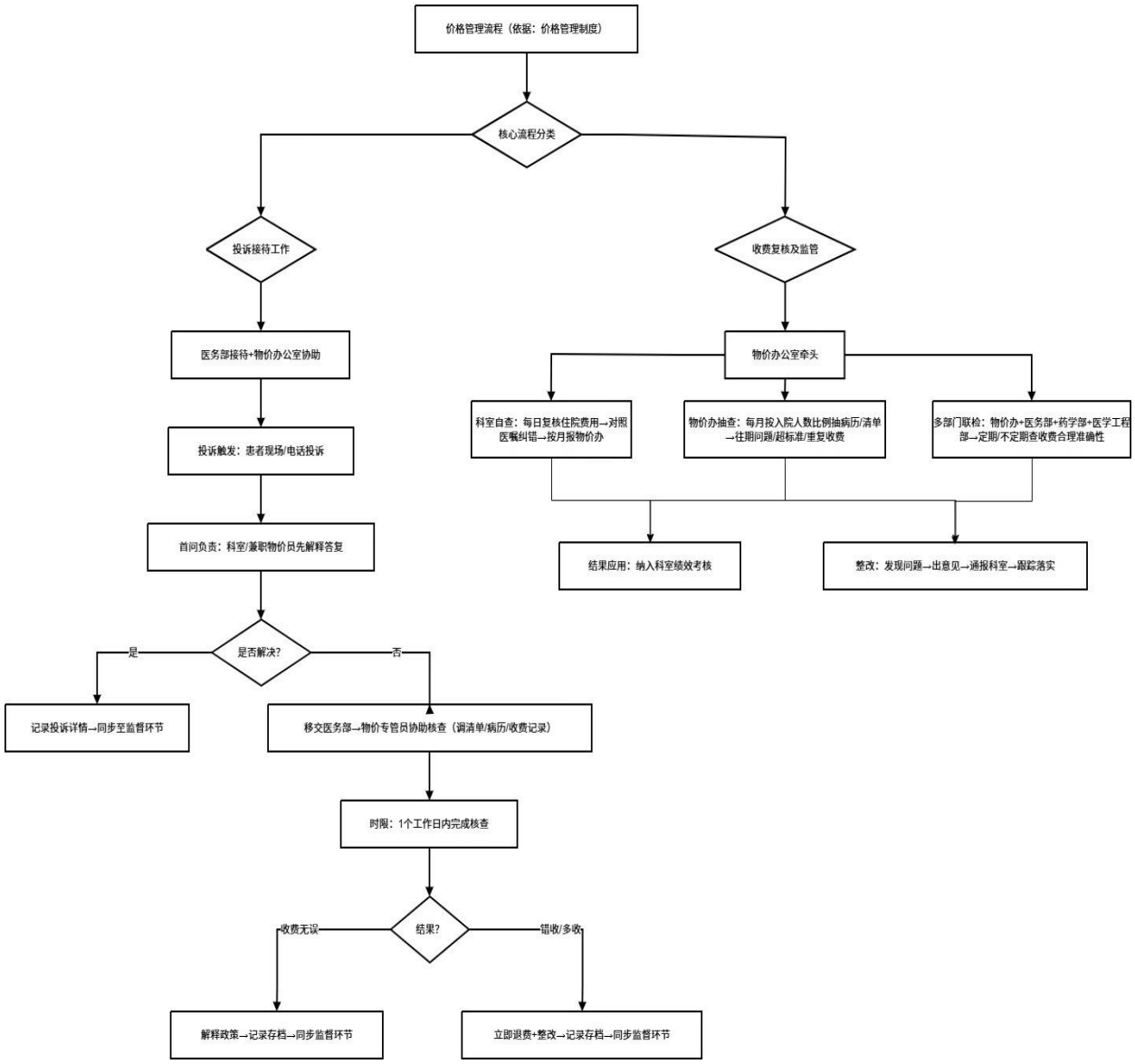
2、研究制订医院内部的价格管理制度、业务流程、考评指标及奖惩标准，并负责组织实施。

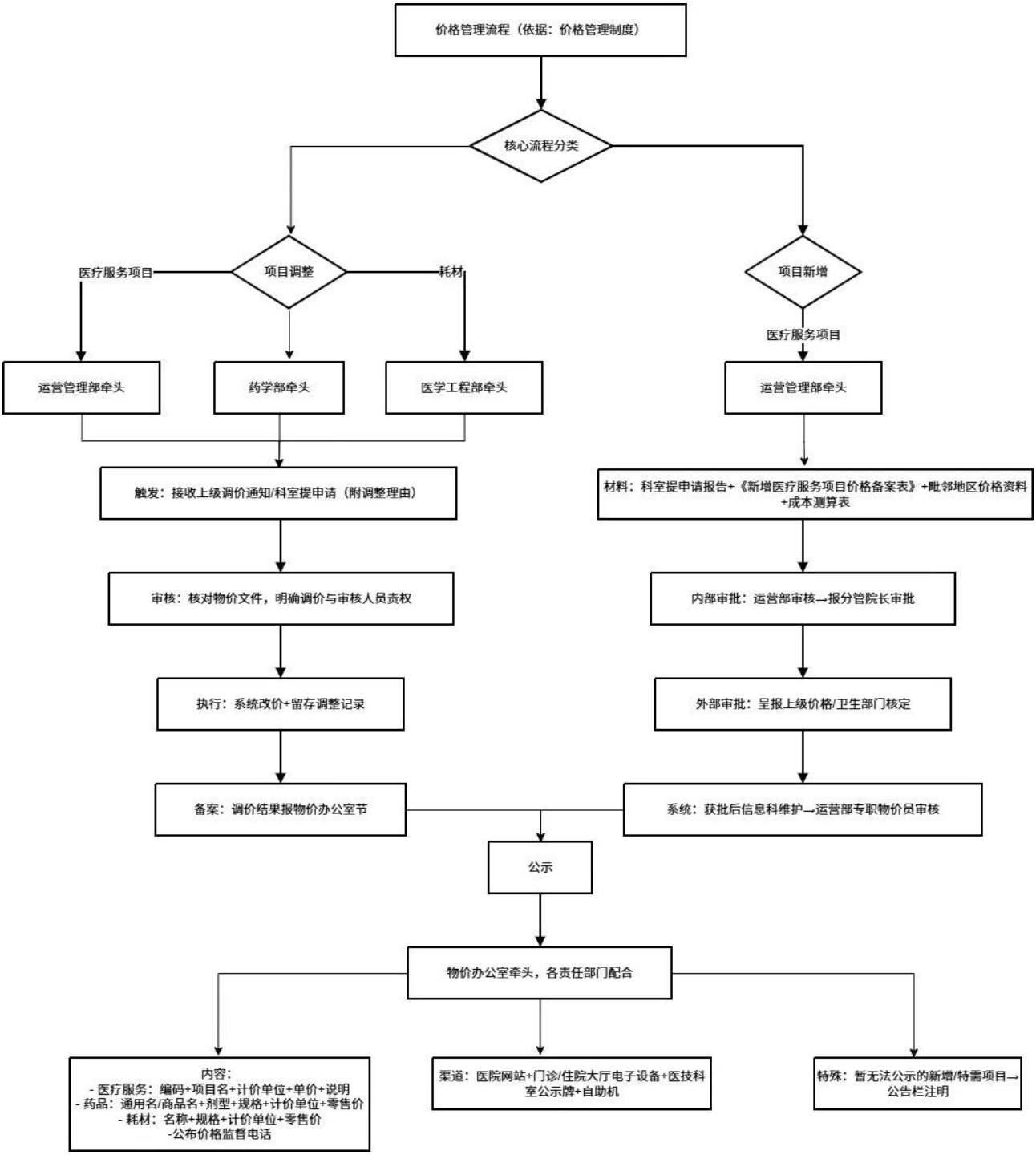
3、对医院价格的申报、调整、公示、执行、核查、考核、评价等全过程进行组织实施和管理。

4、每半年适时召开价格管理工作会议，根据相关部门工作部署指导、协调有关工作进展，对医疗机构价格管理进行调控。

附件 2：

价格管理制度工作流程图




价格管理流程（依据：价格管理制度）
核心流程分类
项目调整
医疗服务项目
耗材
项目新增
医疗服务项目
运营管理部牵头
药学部牵头
医学工程部牵头
运营管理部牵头
触发：接收上级调价通知/科室提申请（附调整理由）
材料：科室提申请报告+《新增医疗服务项目价格备案表》+毗邻地区价格资料+成本测算表
审核：核对物价文件，明确调价与审核人员责权
内部审批：运营部审核→报分管院长审批
执行：系统改价+留存调整记录
外部审批：呈报上级价格/卫生部门核定
备案：调价结果报物价办公室节
系统：获批后信息科维护→运营部专职物价员审核
公示
物价办公室牵头，各责任部门配合
内容：
- 医疗服务：编码+项目名+计价单位+单价+说明
- 药品：通用名/商品名+剂型+规格+计价单位+零售价
- 耗材：名称+规格+计价单位+零售价
-公布价格监督电话
渠道：医院网站+门诊/住院大厅电子设备+医技科室公示牌+自助机
特殊：暂无法公示的新增/特需项目→公告栏注明

	制度编码	YYGLB-ZD-003	制度名称	奖励性绩效工资分配方案	级别	院级
	制定科室	运营管理部	制定人	许洁	内审人	包国东
	制度版次	修订（第三次）	制定时间	2025-04-21	生效时间	2025-5-20

奖励性绩效工资分配方案

为贯彻落实党的二十大会议精神，根据国家和地方发布的政策文件精神，结合医院实际，制定本方案。

一、指导思想

坚持医院公益性，全面落实国家三级公立医院绩效考核及省市绩效考核要求，适应DRGs 医保支付方式改革，以医院的战略规划及发展目标为导向，建立符合医疗卫生行业特点、促进医院高质量发展的奖励性绩效工资分配制度。

二、方案综述

奖励性绩效工资实行总量预算，全成本核算，动态调整机制。绩效工资总量控制在上级管理部门核定发放的绩效总量内，以预算值为标准，根据医院药耗成本控制情况动态调整总量。将奖励性绩效工资分为月度和年度两个部分。月度绩效工资体现各科室当月工作业绩和业务量情况，根据本分配方案按月核算，考核发放。年度奖励性绩效工资：体现“两个允许”政策精神，根据医院财务收支结余情况、年度运营情况、考核情况和资金状况，年底一次性发放。

三、核算办法

核算单元绩效工资=岗位服务绩效工资+超工作量绩效工资+运营绩效工资

（一）岗位服务绩效工资：医疗、医技、护理、行政、其他分别按岗位按天以核定的分值计算。

（二）超工作量绩效工资：按照各科室上年度同期工作量为标准，主要包括高等级手术超工作量和 DRG 有效总权重超工作量等。

（三）运营绩效工资：

1、临床业务核算单元运营绩效工资=[医疗（护理）专项工作量绩效工资+门诊医疗（护理）绩效工资+病区医疗（护理）绩效工资-核算单元变动成本（不含材料收入）×成本核算系数]×绩效考核得分率；

临床业务核算单元以住院患者 RW 值（指某一 DRG 组相对于基准 DRG 组的资源消耗水平，即反映该 DRG 组依据其资源消耗程度所给予的权值）为核算基础，根据科室的收入结构转化为有效 RW 值（门诊及其他参照 DRG 支付标准转化为对应有效 RW 值），

结合医院的经营导向性指标，如门诊人次、出院人次、三、四级手术、中医适宜技术等进行核算。急诊科、ICU、麻醉科、手术室等平台科室参照执行。国家级、省、市级重点学科、专科及特色专科的科室，自文件下达的次月起给予倾斜价值系数。

2、医技科室运营绩效工资=[Σ服务项目数量 × 项目绩效标准–核算单元变动成本（不含材料收入）× 成本核算系数] × 绩效考核得分率

3、其他核算单元运营绩效工资

药剂科、供应室、健康管理中心、收费处等其他核算单元，通过选取工作量指标结合考核指标核算运营绩效工资。

（四）科主任及护士长绩效工资核算

科主任和护士长的绩效工资由基础绩效工资和管理绩效工资两部分组成，基础绩效工资在科内支出，管理绩效工资医院单独发放。

基础绩效工资为科内人均绩效，管理绩效工资视科室的人均效率、科室的规模大小及科室运营指标完成情况确定。

（五）其他科室核算办法

分别核定各类人员系数，按全院平均奖、医技平均奖、护理平均奖的系数，结合岗位任职年限、月度目标考核得分进行核算。

1、全院平均奖指临床、医技科室、护理人员奖励性绩效工资之平均值。

2、医技平均奖指医技科室和护理人员奖励性绩效工资之平均值。

3、护理平均奖指各护理单元护理人员奖励性绩效工资之平均值。

四、其他事项

1、需纳入整体绩效预算范围内的特殊情况，如下乡对口支援、扶贫、支边等人员、新入职人员等按医院规定及相关文件精神执行。

2、本方案实施细则由医院绩效管理工作小组负责制定。

3、本方案自修订之日起，原绩效方案及单项奖励不再执行，其他方案有关规定与本方案相抵触的，以本方案为准。

附件 1：

科室二次分配指导原则

奖励性绩效工资的科室二次分配是绩效管理的重要环节，为了推动医院可持续发展，充分调动职工的积极性，医院制定科室二次分配指导原则，具体如下：

一、奖励性绩效工资实行院、科两级分配制度，贯彻多劳多得、优绩优酬、兼顾公平、向贡献倾斜、向效益倾斜，向风险、责任、技术倾斜的原则。

二、各科室成立“奖励性绩效工资分配小组”，由科主任及职工代表（至少 3 人）组成，根据医院“科室二次分配指导原则”制定科室二次分配方案。

三、科室二次分配方案必须由科内讨论通过后上报医院运营管理部审核、备案，接受医院的监督和管理。

四、科室二次分配方案体现工作量、临床质量、病人满意度、职称、制度落实、劳动纪律、科研、新技术等因素，明确奖金的基础来源，增加奖金的透明度。同时兼顾科、组成员，既确保对医疗组专业学术权威的劳动所得的高度，又确保组员积极性的提升。

绩效管理工作小组

组　长：卢峰

副组长：戴智勇

组　员：华晓娟　储旭东　徐太静　顾晓红　唐李丽
包国东　周云霞　边逸道　郑龙蛟　邹静蓉
郑　雄　任凌燕　林　燕　龙　琦　赵曼莉
朱启贯　张玉芳　杨瑞瑞　蒋维雅　乔傲松
崔良良　许　洁

医院实行院科两级分配，各临床及医技科室负责人为科室二次绩效核算负责人。

绩效管理办公室设在运营管理部，许洁同志负责绩效核算管理的具体实施。

工作职责：

1、负责制定并完善医院的绩效考核管理制度。

2、制定医院各部门、各岗位的绩效目标及考核标准。

3、对各个部门进行部门和岗位绩效考核培训和指导。

4、按照医院内绩效考核周期组织实施绩效考核工作。

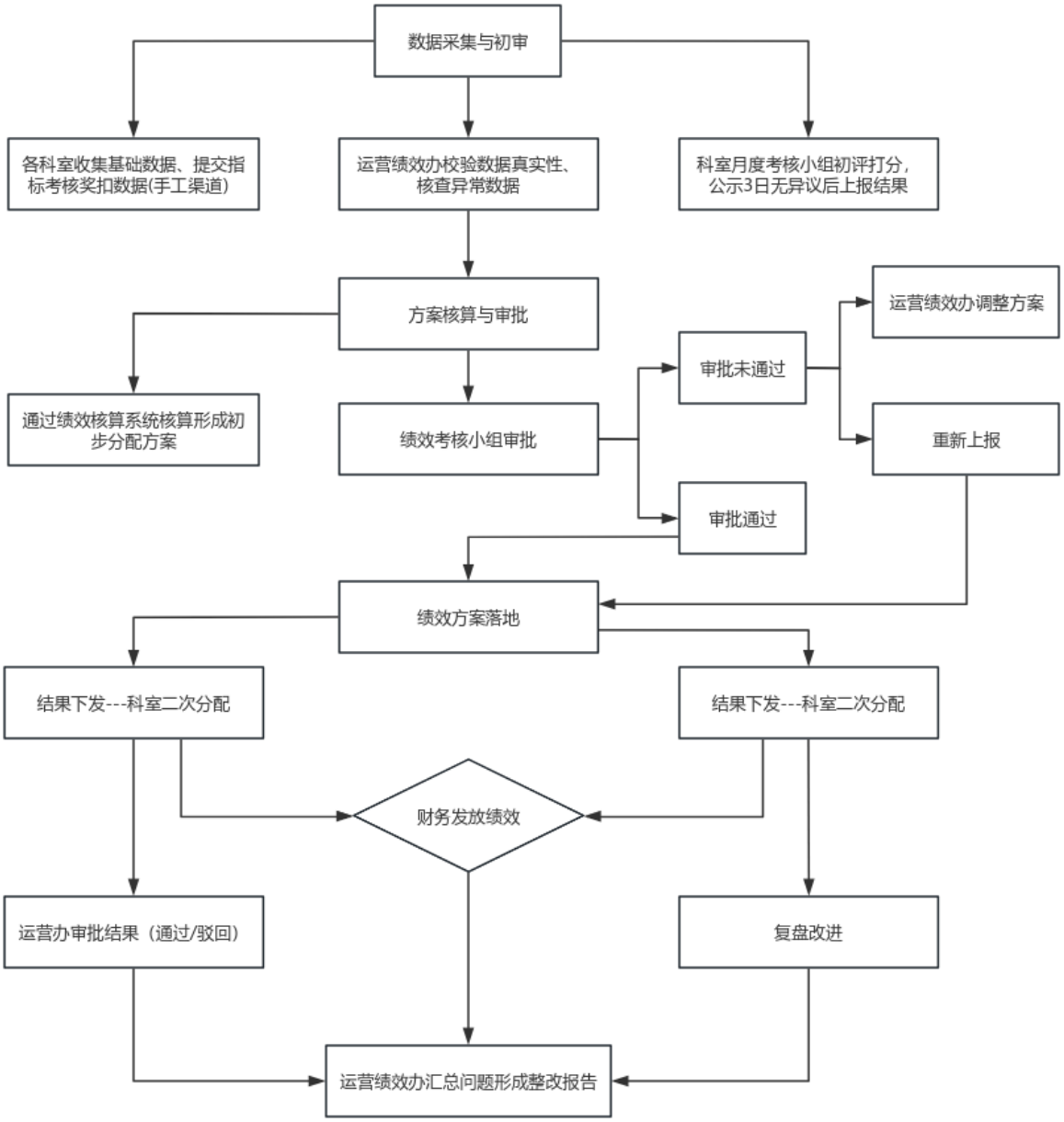
5、对各部门及员工绩效考核过程和结果实施监控。

6、协调处理绩效考核中出现的问题。

7、负责对绩效考核结果按照医院规定进行应用管理。

附件 2：

月度绩效分配流程图



	制度编码	SJK-ZD-001	制度名称	内部审计制度	级别	全院
	制定科室	审计科	制定人	崔良良	内审人	包国东
	制度版次	修订（第 5 次）	制定时间	2020.03.09	修订时间	2025.12.13

内部审计制度

为了加强医院内部审计工作，建立健全单位内部审计制度，提高经营管理水平，保障国有资产保值增值，完善内部监督制约机制，规范收支管理，促进医院各项工作健康发展，根据《审计署内部审计工作规定》和《卫生系统内部审计工作规定》，结合我院实际，特制定本制度。

内部审计制度旨在加强对公立医院的经济监督，保证医院财务和业务信息的真实、完整、合规，防止和打击腐败行为，提高医院的管理水平、效益和可持续发展能力。

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、审计工作由医院内部审计机构或内部审计人员负责，在党委领导下，依照国家法律、法规和政策，负责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）内部控制制度的健全、有效。

（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）审计内部有关管理制度的落实及其他审计事项。

（八）党委交办或审计机关委托的其他审计事项。

五、医院其他科室应全力配合内部审计机构或审计人员的工作，根据医院内部审计工作的需要，被审计科室应按时向审计科报送有关的计划、报表和文件资料等。

六、医院内部审计的主要职权：

（一）检查凭证、账表、决算、资金和财产，查阅有关文件资料。

（二）参加有关的会议。

（三）对审计的有关事项，进行调查并索取证明材料。

（四）对阻挠、破坏审计工作以及拒绝提供有关资料的，经党委批准，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。

（五）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。

（六）合规性审计：确保医院各项活动符合法规、政策和内部规章制度，防范潜在法律风险。

（七）采购和供应链审计：检查采购和供应链管理，确保合规性、效率和成本控制。

（八）全程参与医院招投标工作的监督工作。

七、医院内部审计工作的主要程序：

（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）实施审计前，应当提前三天以书面形式通知有关科室，有关科室应配合审计工作，提供必要的工作条件。

（三）实施审计，应取得审计证据，编制底稿，由相关科室负责人签字确认。

（四）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。

（五）被审计的相关科室对审计结论和决定如有异议，可在收到审计报告之日十个工作日内提出反馈意见，送交医院审计科。

（六）医院内部审计小组应定期向院长提交工作报告。

（七）医院内部审计小组应督促被审计的相关科室在规定的期限内落实审计意见，并书面报告执行结果。

（八）医院内部审计小组对办理的审计事项，应当建立完善的审计档案，并按有关规定保存。

八、审计要求：

（一）内部审计在项目建设过程中，对建设计划的落实、预算的执行、经费及物资的管理、工期与质量的控制等实施跟踪审计。提高工程质量和资金使用效率。

（二）发挥对物资采购合同的内审监督作用审计时应进一步扩大审计的深度与力度，防止出现逃避审计的现象 。

（三）坚持合同审计的原则 。

（四）加强资产购置的审计对医院大型器械、设备的购置，内部审计必须实施定期的审计制度。

（五）充分发挥医院内部审计的监督作用。

九、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、加强对医院内部管理流程的审查和优化，特别是对药品采购、使用、报销等关键环节的监督和审查，防止因管理漏洞而出现的腐败行为。

十一、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。

十二、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。

十三、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。

十四、对违反本规定的部门和个人，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。

	制度编码	SJK-ZD-002	制度名称	对外委托服务项目管理制度	级别	全院
	制定科室	审计科	制定人	崔良良	内审人	包国栋
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2024.11.11	修订时间	2025.12.13

对外委托服务项目管理制度

为加强对外委托服务项目的管理，确保对外委托服务项目外包期间医院的利益，实现医院服务外包项目的经营目标，做到采购、招投标合法合规合理，履约规范，服务质量达标，结合医院实际，制定本制度。

医院对外委托服务项目，主要是指为实现医院的经营目标，利用专业化分工优势，医院将非核心业务实行社会化专业运营，通过合同或协议等形式约定由外包服务提供商提供的某些部分或全部服务（含全包、半包托管方式）的经营行为。本制度不涉及工程项目外包。

医院对外委托服务项目通常包括物业、保安、消防维保、电梯服务、被服洗涤、生活垃圾收集等劳动密集型工作，根据医院工作需要，如有新增项目及时纳入。（表单：无锡市惠山区人民医院对外委托服务项目列表）

一、对外委托项目遴选管理

相关业务主管部门根据对外委托服务项目的控制程度以及外部市场成熟度等标准，合理确定对外委托业务项目范围，拟制对外委托服务项目实施方案，提出采购需求，估算预算，提交分管领导；分管领导根据拟对外委托服务项目管理需求，按照《医院采购招标管理制度》要求组织相应项目论证，并根据内外部相关专业人员对拟制项目实施方案的合理化意见建议，完善。

二、项目实施方案

（一）包括业务范围、方式、条件、程序和实施等内容的合理性、成本效益及风险、委托服务合同期限、委托方式、员工培训计划、服务考评细则和频次及奖惩约定、退出机制等，确保方案的可行性。

（二）院部对实施方案的重要方面进行深入评估、论证以及复核，按照决策程序要求对对外委托服务项目立项和预算等事宜进行研究决定。

（三）根据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国政府采购法实施条例》、《中华人民共和国招标投标法》、《国务院办公厅关于进一步加强政府采购管理工作的意见》、《政府采购货物和服务招标投标管理办法》《医院采购招标管理制度》和采购纪律要求，实施项目招标（遴选）。

（四）对外委托服务项目业务主管部门负责审核对外委托服务项目合同的完整性、合同规定的双方权利和义务及服务的内容和标准，原合同未尽事宜经双方协商可签订补充协议。并根据是否对医院运营有重大影响等对对外委托项目实施分类管理，以突出管控重点。

三、各业务主管部门作业内容

（一）各业务归口主管部门负责对外委托项目管理工作，并成立部门对外委托项目管理小组，分管领导为小组组长，部门负责人为业务管理部门责任人，部门最少明确 1 人具体负责各项目日常管理工作，根据招标文件的考评细则或合同对所负责对外委托服务项目进行质量安全与服务的评估与考核，形成质控结果，将此作为对外包单位进行相应奖惩的依据，部门负责人需实时监控考核结果，并落实整改要求。

（二）外包合同到期前，业务主管部门须对外包服务项目的服务质量、合同履行情况、科室评价意见等进行全面评估，形成质量考核结果提交分管领导审核，将其作为下一步招标评估的参考依据。

四、成立对外委托服务项目综合监督管理组

（一）组长由分管审计科的领导担任，审计科负责人担任副组长，重点参与医院对外委托服务项目的监督管理工作；审计科负责医院对外委托服务项目的监督管理实施牵头工作。因对外委托服务项目涉及多行业，专业性较强且管理要求又各不相同，组员由总务部、财务部、护理部、院感科、检验科、医学工程部（每季度至少参与一次抽查），同时视情形抽调相关职能部门，总务部、医学工程部、检验科科员为综合监督管理组秘书。综合监督管理组主要职责，对对外委托项目业务主管部门履职尽责情况进行抽查，主要内容如下：

1、正确评价对后勤服务外包业务的日常考核是否到位，合同约定的考核评价及监管是否履职尽责。

2、审阅外包项目归口业务主管部门的质量检查记录清单，所列明事项的评分及具体落实整改和相应惩罚落实情况的跟踪调查。

3、不定期抽查外包人员出勤情况，关注实际在岗人数是否与合同规定相符。同时对第三方派遣用工劳动密集型部门的用工岗位设置和实际在岗人数及工资支付相符性进行抽查。

4、对对外委托服务项目业务主管部门履职缺位、渎职情况向医院党政领导班子汇报，根据调查情况进行相应处罚、追责等。

5、抽查结果书面形式反馈给业务主管部门要求持续整改，同时抽查结果报相应分管领导知晓，重要情况由综合监督管理组组长及时向院班子汇报。

6、审计科履行外包业务遴选、管理等过程中的监督职能。

五、业务外包管理应注意的风险

（一）外包范围不合理，核心业务外包，可能导致单位失去竞争优势。

（二）外包价格确定不合理，承包方选择不当，可能导致单位遭受损失。

（三）业务外包监管不严、服务质量差，可能导致单位难以发挥业务外包的优势。

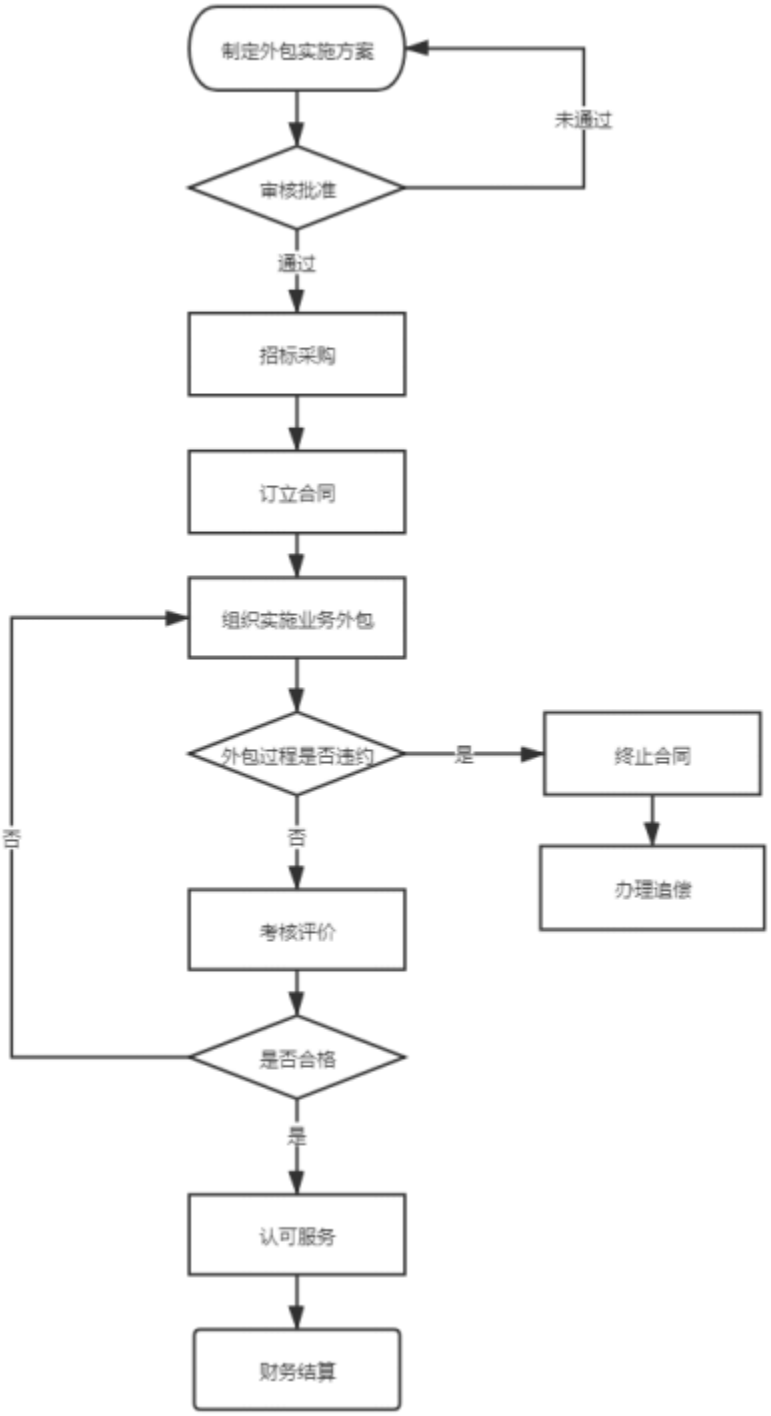
（四）业务外包存在商业贿赂等舞弊行为，可能导致单位相关人员涉案。

六、会计核算及财务控制

单位财务部门应当根据合同约定和外包进度办理结算业务。未达到合同约定的履约状态的，财务部有权拒绝付款，并及时向有关负责人报告。

七、对外委托服务项目遴选履约管理流程。

对外委托服务项目遴选履约管理流程



附件：无锡市惠山区人民医院对外委托服务项目列表

无锡市惠山区人民医院对外委托服务项目列表 2025 年 11 月

项目名称	业务主管部门
保洁、运送、陪检项目	总务部
被服租赁洗涤项目	总务部
医废收集项目	总务部
生活垃圾收集项目	总务部
医用织物租赁洗涤	总务部
纸盒、纸箱等可回收物收集	总务部
未被污染的塑料瓶、玻璃瓶收集	总务部
危险废弃物收集	总务部
餐厨废弃物收集	总务部
医废追溯管理系统运维项目	总务部
有害生物防制	总务部
食材配送项目	总务部
安保服务项目	保卫科
消防维保项目	保卫科
监控维保项目	保卫科
停车场管理项目	保卫科
住院病人陪护项目	护理部
中药临方代加工	药学部
医学检验	检验科

	制度编码	SJK-ZD-003	制度名称	内部审计工作规定	级别	全院
	制定科室	审计科	制定人	崔良良	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.12.15	修订时间	

内部审计工作规定

第一章 总则

第一条 为加强医院内部审计工作，规范内部审计行为，提升内部审计工作质量，充分发挥内部审计作用，根据《中华人民共和国审计法》《中华人民共和国审计法实施条例》《审计署关于内部审计工作的规定》《卫生计生系统内部审计工作规定》《进一步加强卫生健康行业内部审计工作的若干意见》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本规定。

第二条 本规定所称内部审计，是指医院审计部门和审计人员对本单位实施的一种独立客观的监督、评价和咨询活动，通过运用系统规范的方法，审查和评价业务活动、内部控制和风险管理的适当性和有效性，以促进医院完善治理，提升管理水平和服务能力。

第三条 内部审计工作坚持党的领导。医院党组织、主要负责人直接领导审计工作，对医院内部审计工作的有效实施负责。

第四条 医院内部审计工作坚持全面覆盖、应审尽审；实事求是、客观公正；凡审必严、防微杜渐；促进管理、推动改革的工作原则。

第二章 审计部门和人员

第五条 医院根据国家编制管理相关规定和医院管理需要，建立健全审计部门，合理合规配备内部审计人员。

第六条 医院应积极完善内部审计体制机制，推动建立审计委员会，加强审计队伍和素质能力建设，充分发挥审计委员会牵头抓总、统筹协调作用。

第七条 医院应根据需求和能力科学设置总审计师及职责定位，协助医院党组织、主要负责人管理内部审计工作。总审计师不得同时分管可能影响审计独立性的工作。

第八条 医院审计部门负责人应具备中级以上相关专业技术职称或 5 年以上相关工作经历，其任免征求上级主管部门的意见。

第九条 医院审计人员应遵守职业道德，在实施内部审计业务时保持应有的谨慎；应具备必需的专业胜任能力，并参加后续教育及相关专业知识培训以保持和提高。

第十条 医院审计部门和内部审计人员应保持内部审计独立性和客观性，不参与和从事可能影响独立、客观履行审计职责的工作。

第十一条 医院审计部门和审计人员从事内部审计工作，应严格遵守有关法律法规、本规定和内部审计执业规范，忠于职守，做到独立、客观、公正、保密。不得歪曲事实、隐瞒问题，不得利用职权谋取私利。

第三章 内部审计职责和权限

第十二条 医院审计部门主要职责：

（一）制定工作办法和流程；

（二）编制年度工作计划；

（三）重大政策执行、事业发展目标完成情况审计；

（四）预算执行和财务收支审计；

（五）工程建设、采购、国有资产管理、合同管理及其 他所有经济活动事项审计；

（六）领导干部经济责任审计；

（七）内部控制评价及风险管理审计；

（八）协助本单位主要负责人督促落实审计发现问题的 整改工作；

（九）国家有关规定和本单位要求办理的其他事项。

第十三条 医院审计部门和审计人员主要权限：

（一）查阅经济活动相关资料及电子数据；

（二）参加或列席与重要经济活动有关的会议；

（三）对有关业务活动进行现场观察、调查和记录；

（四）向有关部门和个人开展调查和询问；

（五）对可能转移、隐匿、篡改、毁弃的货币资金、会 计凭证、会计账簿、财务会计报告及与经济活动有关的资料， 经医院主要负责人批准，予以暂时封存；

（六）对违法违规的行为及时予以揭示；

（七）提出问题整改要求和管理改进建议。

第十四条 医院审计部门认真贯彻落实重大事项请示报告制度，内部审计发展规划、年度审计项目计划、审计工作报告等重大事项报党组织讨论决定。

第十五条 医院审计部门和审计人员发现本单位未及时处理严重违法违规问题、本单位负责人存在严重违法违规问题的，应及时向上级主管部门反映。

第四章 内部审计程序

第十六条 医院审计部门按照党委会审批后的年度审计工作计划实施。临时增加的专项审计工作按照规定程序 审批后实施。

第十七条 医院审计部门根据审计业务的需要，除涉密项目外，可以委托具有相应资质的社会中介机构或专业人员协助开展内部审计工作。

第十八条 医院审计部门实施审计时应遵循内部审计准则及相关规定明确的程序，主要包括：组建审计工作组、制定审计方案、送达审计通知书、获取审计证据、编制审计工作底稿、沟通审计结果、出具审计报告等。

（一）审计部门应根据年度审计计划确定的审计项目和时间安排，选派内部审计人员开展审计工作。

（二）审计部门应编制项目审计方案，明确审计内容、审计时间、人员分工等内容。

（三）审计部门应在实施审计前3日，向被审计对象或被审计人员送达审计通知书。特殊审计业务的审计通知书可以在实施审计时送达。

（四）审计人员应依据不同的审计事项及其审计目标，获取不同种类的审计证据，获取的审计证据应具备相关性、可靠性和充分性。

（五）内部审计人员在审计工作中应编制审计工作底稿，审计部门应建立审计工作底稿的分级复核机制，明确规定各级复核人员的要求和责任。

（六）审计部门应与被审计对象、医院相应管理层进行认真、充分地沟通，听取其意见，取得共识。

（七）内部审计人员应在审计实施结束后，以经过核实的审计证据为依据，形成审计结论、意见和建议，及时编制审计报告，并征求被审计对象的意见。

第十九条 医院审计部门应建立健全审计档案管理制度，并按照档案管理的有关规定妥善保管档案资料，确保审计档案材料真实、完整、有效、规范。

第二十条 医院审计部门应制定并实施质量控制制度与程序，通过督导、分级复核、质量评估等方式对审计部门质量和内部审计项目质量进行控制。

第二十一条 医院审计部门应加强社会中介机构参与审计项目的质量控制，根据适当的标准对购买的社会审计服务质量进行客观评价，合理利用外部审计成果，审计部门对采用的审计结果负责。

第二十二条 医院应加强内部审计信息化建设，探索建　设集成化的内部审计信息系统，并与其他信息系统互联互通。 推动运用现代信息技术，提高审计能力、质量和效率。

第五章 审计整改

第二十三条 医院主要负责人是审计整改的第一责任人。医院承担审计整改主体责任，对审计整改结果的真实性、完整性、合规性负责。

第二十四条 医院主要负责人组织单位领导班子集体研究部署审计整改工作，建立职责明确、分工合作的审计整改联席工作机制，明确整改任务与职责。业务直接主管领

导负责主管范围内审计整改工作。

第二十五条 医院建立健全清单管理机制，根据审计发现问题清单，分解审计整改任务，落实整改责任，分步形成任务清单、整改清单。

第二十六条 医院建立健全整改长效机制，针对审计发现问题分类施策推动整改，按照立行立改、分阶段整改、持续整改等要求采取不同整改措施。

第二十七条 医院应在规定时间内逐项完成审计报告反映问题的整改落实，并按时报送审计整改报告。

第二十八条 医院审计部门应对审计整改工作进展、长效机制建设等情况实施指导监督和跟踪检查。

第六章 审计结果运用

第二十九条 医院建立健全审计通报制度。审计结果及审计整改情况经主要负责人批准后在适当范围内通报。

第三十条 医院审计部门加强与内部纪检监察、巡视巡察、组织人事等其他内部监督力量的协作配合，建立信息共享、结果共用、重要事项共同实施、问题整改问责共同落实等工作机制，加强内部审计结果与其他监督结果的协同运用，增强监督合力。

第三十一条 医院建立健全审计结果运用机制，将审计结果及其整改落实情况作为开展以下工作的重要参考依据：

（一）党风廉政建设；

（二）审计事项相关责任人的年度考核、任免、奖惩；

（三）有关政策规章和制度机制的完善。

第三十二条 医院建立健全责任追究机制，依法依规对 相关责任人严肃问责并给予相应处分。

第七章 责任与追究

第三十三条 医院审计部门和审计人员如有下列情形，将责令改正并依法依规进行追责和处理：

（一）隐瞒审计查出的问题或提供虚假审计报告的；

（二）泄露国家秘密、工作秘密或商业秘密的；

（三）滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的；

（四）违反国家规定或单位内部规定的其他情形。

第三十四条 医院被审计对象和相关人员如有下列情形，将责令改正并依法依规进行追责和处理：

（一）拒绝接受或不配合内部审计工作的；

（二）拒绝、拖延提供与内部审计事项有关资料的；

（三）提供资料不真实、不完整的；

（四）拒绝执行审计部门理意见的；

（五）违反国家规定或单位内部规定的其他情形。

第三十五条 医院内部审计人员因履行职责受到打击、报复、陷害的，应及时采取保护措施，对相关责任人员进行处理；涉嫌犯罪的，移送有权机关依法处理。

第八章 附则

第三十六条 本规定由审计部门负责解释。

第三十七条 本规定自发布之日起施行。此前医院发布的有关规定与本规定不一致的，以本规定为准。

	制度编码	SJK-ZD-004	制度名称	委托社会中介机构审计实施办法	级别	全院
	制定科室	审计科	制定人	崔良良	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.12.15	修订时间	

委托社会中介机构审计实施办法

第一章 总则

第一条 为规范医院委托社会中介机构审计业务，贯彻公开、公正、公平原则，提高审计质量和效率，维护医院利益，根据《中华人民共和国审计法》《卫生计生系统内部审计工作规定》《第 2309 号内部审计具体准则—内部审计业务外包管理》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称委托社会中介机构审计业务，是指医院审计部门将审计业务委托给医院外部具有一定资质的中介机构进行审计的行为。

第三条 本办法所称中介机构，是指国家批准成立的、依法独立承办审计业务、咨询业务，具有独立法人资格的组织，包括会计师事务所、工程造价公司、咨询公司等专业机构。

第二章 一般原则

第四条 除涉密事项外，审计部门可以根据具体情况，考虑下列因素，对内部审计业务实施委托：

（一）审计部门现有的资源无法满足工作目标要求；

（二）内部审计人员缺乏特定的专业知识或技能；

（三）聘请中介机构符合成本效益原则；

（四）其他因素。

第五条 审计部门需要将内部审计业务委托给中介机构实施的，应确定委托的具体项目，并经过组织批准。

第六条 审计部门应对中介机构开展的审计业务进行指导、监督、检查和评价，并对采用的审计结果负责。

第三章 选择中介机构

第七条 审计部门选择中介机构时，应重点考虑以下条件：

（一）依法设立，合法经营，无违法、违规记录；

（二）具备国家承认的相应专业资质；

（三）从业人员具备相应的专业胜任能力；

（四）拥有良好的职业声誉。

第八条 审计部门可以根据审计项目需要和实际情况，提出对选择中介机构的具体要求。相关部门按照医院采购管理办法组织采购，确定实施审计项目的中介机构。

第四章 签订审计业务合同（业务约定书）

第九条 按照医院合同管理的权限和程序，审计部门可以负责起草或参与起草审计业务合同（业务约定书）,正式签订前应将合同文本提交医院的法律部门审查，或征求法律顾问或律师的意见，以规避其中的法律风险。

第十条 医院与中介机构签订书面的审计业务合同（业务约定书）,主要内容应包括：

（一）工作目标；

（二）工作内容；

（三）工作质量要求；

（四）成果形式和提交时间；

（五）报酬及支付方式；

（六）双方的权利与义务；

（七）违约责任和争议解决方式；

（八）保密事项；

（九）双方的签字盖章。

第十一条 如业务委托过程中涉及主合同之外其他特殊 权利义务的，医院可以与中介机构签订单独的补充协议进行 约 定 。

第十二条 审计部门应按照医院合同管理有关规定，严 格履行审计业务合同（业务约定书）的审批程序。

第五章 审计业务实施

第十三条 中介机构派出项目审计组，实行项目主审负责制，指定项目主审，项目主审及成员须具备相应资质。

第十四条 中介机构制定项目审计方案，明确审计目标、审计范围、审计内容、审计程序及方法，开展审计工作。

第十五条 审计过程中，审计部门定期或不定期听取中介机构工作汇报、询问了解审计项目实施情况、帮助解决工作中遇到的问题等，确保中介机构业务实施过程的顺利。

第十六条 中介机构审计完成后，向审计部门提交审计报告，同时提交审计工作底稿等审计证据材料复印件及相关电子文件。

第十七条 审计部门将审计报告等审计结果报送分管领导，送达被审计部门和相关部门。被审计部门在规定时间内对审计报告提出的问题进行整改落实，并在收到审计报告之日起按照审计整改管理办法的要求将整改结果书面报告送交审计部门。

第十八条 开展经济责任审计时，不得将项目整体委托中介机构独立实施；中介机构人员不得担任审计组组长，不得独立开展外部调查或承担现场廉政监督、经费管理、涉密资料保管等工作。

第六章 委托审计项目的质量控制

第十九条 在审计实施过程中，审计部门应着重监控下列工作环节：

（一）项目审计方案，审计部门应充分参与、了解中介机构编制的项目审计方案的详细内容，确保项目审计方案的科学性，重点关注审计人员分工和时间安排是否合理、审计重点、拟采用的审计程序和方法是否恰当等内容；

（二）审计人员履职情况，核查中介机构审计人员的到位和履职情况，对不胜任的人员向中介机构提出更换意见；

（三）审计工作程序，督促检查中介机构是否严格按照内部审计准则要求、合同约定内容和项目审计方案开展审计，重点检查事实是否清晰、取证是否充分，对于事实不清、取证不充分的，应要求中介机构完善审计程序；

（四）审计结果质量，对中介机构提交的审计结果进行抽查或审核，重点审核定性是否准确、结论是否正确，对于定性不准确、结论有偏差的，应提出审核意见，要求中介机构予以纠正；

（五）及时召开业务会，研究过程监管和质量监控中的问题，审核中介机构修正后的审计结果，审计结果应经审计部门审核后，方能送交相关部门进行后续审计流程；

（六）审核审计报告，审计部门应对中介机构提交的审计报告初稿进行复核并提出意见，确保审计报告的质量；

（七）审计工作档案，督促中介机构及时提交审计项目档案，并对中介机构完成审计项目情况进行总体验收，确认项目完成、质量合格，正式审计结果（含电子版）和相关审计资料已移交完毕。

第二十条 中介机构未能全面有效履行审计业务合同（业务约定书）规定的义务，有下列情形之一的，审计部门可以终止合同，拒付或酌情扣减审计费用：

（一）未按合同的要求实施审计，随意简化审计程序；

（二）审计程序不规范，审计报告严重失实，审计结论不准确，且拒绝进行重新审计或纠正；

（三）存在应披露而未披露的重大事项等重大错漏；

（四）违反职业道德，弄虚作假、串通作弊、泄露被审计单位秘密；

（五）擅自将受托审计业务委托给第三方；

（六）其他损害委托方或被审计单位的行为。

第七章 评价中介机构的工作质量

第二十一条 审计部门可以针对具体的审计项目对中介机构的工作质量进行评价，也可以针对中介机构一定时期的工作质量进行总体评价。

第二十二条 审计部门对中介机构工作质量的评价， 一般包括：

（一）履行审计业务合同（业务约定书）情况；

（二）审计人员配备和到位情况；

（三）审计项目的质量；

（四）审计档案移交的及时性和完整性；

（五）专业胜任能力和职业道德遵守情况；

（六）其他方面。

第二十三条 审计部门可以采用定性、定量或定性定量 相结合的方式对中介机构的工作质量进行评价。

第二十四条 审计部门要严明纪律，明确责任，加强审 计质量控制和评价，不得出现以权谋私和舞弊作假行为，否则提请有关部门追究其行政责任。对严重违法违纪，涉嫌犯 罪的，移送司法机关依法追究其刑事责任。

第八章 附则

第二十五条 本办法由审计部门负责解释。

第二十六条 本办法自发布之日起施行。此前医院发布 的有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

	制度编码	SJK-ZD-005	制度名称	建设项目审计实施办法	级别	全院
	制定科室	审计科	制定人	崔良良	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.12.15	修订时间	

建设项目审计实施办法

第一章 总则

第一条 为加强对医院建设项目的监督与管理，提高建设资金的使用效益，规范建设项目审计工作，保证建设项目审计质量，完善内部控制，根据《卫生计生系统内部审计工作规定》《基本建设财务规则》《建设工程价款结算暂行办法》《无锡市惠山区人民医院内部审计工作规定》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称建设项目，是指医院使用财政资金、自有资金等作为投资主体或建设主体，在自有土地或新征用地上新建、改扩建、迁建、修缮等各类工程项目。

第三条 本办法所称建设项目审计，是指医院审计部门 依据有关法律及政策规定，对医院建设项目管理活动的合法性、合规性、适当性和有效性进行监督、咨询、确认和评价活动。

第二章 部门职责

第四条 建设项目审计由审计部门负责组织实施，医院 总务部及相关部门、单位应积极配合。

第五条 审计部门负责建设项目审计工作，具体职责包括：

（一）负责医院建设项目审计制度建设。

（二）根据总务部建设项目实施与送审计划，结 合医院实际情况制定医院年度建设项目审计计划。

（三）督促总务部按计划送审建设项目资料。

（四）开展建设项目审计工作，对审计结果负责；

（五）督促总务部及相关单位落实审计整改；

（六）对建设项目审计过程中形成的资料、成果进行归 档 ；

（七）医院交办的其他相关工作。

第六条 医院总务部负责建设项目的实施和管理， 配合开展建设项目审计工作，具体职责包括：

（一）负责编制建设项目实施与送审计划。

（二）负责按要求提供审计所需的资料，并对资料的及 时性、真实性、完整性负责。

（三）负责组织编制或审核需送审的概算、招标控制价 （施工预算）、竣工结算等造价资料。

（四）支持和配合审计工作。

（五）负责落实审计整改。

（六）医院交办的其他相关工作。

第七条 审计部门可以根据工作需要，委托社会中介机 构开展建设项目审计，社会中介机构应执行国家有关规定， 遵守审计工作纪律，接受审计部门的管理和监督。

第三章 审计内容

第八条 审计部门应遵照国家及属地管理要求，结合医院实际，可选择建设项目全部过程开展全面审计，也可选择部分阶段、重要环节、重点内容等开展专项审计。

第九条 建设项目全面审计是指审计部门采用全过程跟踪审计的方式，对建设项目前期决策、勘察设计、招标投标、合同签订、施工管理、竣工结算、竣工财务决算等环节的合规性、适当性、有效性实施独立、客观的监督、评价和建议。需开展全面审计的建设项目包括：

（一）经医院审批立项的总投资在无锡市惠山区人民医院 10 万元及以上的建设项目；

（二）施工周期 15 天以上的建设项目；

（三）医院党委常委会或院长办公会审议列为重点监督 的建设项目。

第十条 建设项目前期决策审计重点关注内容：

（一）项目立项决策程序是否合规，决策过程是否形成 完整的书面记录。

（二）项目建议书、可行性研究报告编制依据是否充分， 内容是否完整，资料来源是否真实，是否经过医院内部充分研究、讨论。

（三）建设规模测算、投资估算是否合理，资金来源是否明确，投资估算编制是否满足项目建议书批复意见。

（四）建设项目是否取得行政许可文件，办理程序是否合规，是否存在办理进度缓慢导致项目不能按计划投入使用等情况。

第十一条 建设项目勘察设计审计重点关注内容：

（一）设计方案编制依据、资料来源、内容是否充分、合规，要素及内容是否完整，是否符合可行性研究报告或项目申请报告所确定标准和规模，医疗专项设计是否符合相关规定。

（二）施工图设计文件是否完整、规范、准确，施工图预算编制依据是否充分、内

容是否完整，是否严格按照核定的投资概算实行限额设计。

（三）报经批准的初步设计方案和概算是否符合经批准 的可行性研究报告及估算。

第十二条 建设项目招标投标审计重点关注内容：

（一）招标方式、范围是否合规；招标文件内容是否符合《中华人民共和国招标投标法》第十九条等规定；是否存在将依法须进行招标的项目化整为零或以其他任何方式规 避招标的行为。

（二）招标工程量清单项目及特征描述是否完整、准确，是否存在漏项；工程计量是否准确，是否存在多算、漏算、错算等情况；招标控制价定额子目套用是否正确，各项费率计取、主要材料价格取定是否合规，暂列金额、暂估价测算是否合理，是否在批复的设计概算范围内。

（三）开标、评标程序是否合规，是否存在招标人非法限制投标人竞争、招标事项涉嫌串通等情况；是否未按照招 标文件规定的标准进行评审；是否违法进行实质性谈判；是否未按规定确定中标人；是否在规定渠道公开发布中标结果。

第十三条 建设项目合同签订审计重点关注内容：

合同要素是否齐全，是否按照采购文件、中标通知书等 确定的事项签订合同；是否履行相关审核审批、授权委托手 续；履约保证金、质量保证金收取和退还是否合规，收取比例是否符合国家及属地规定。

第十四条 建设项目施工管理审计重点关注内容：

（一）工程预付款、进度款支付是否符合申报程序，所报进度是否与实际完成工程进度相符，预付款是否按照合同 约定进行抵扣。

（二）工程变更、签证办理是否及时、合理，内容是否真实、完整、准确；是否履行审核审批程序，是否存在总务部、监理单位未出具审核意见、重复计算不同施工单位签证内容和工作量等情况；施工单位是否按照审批后变更、签证等要求施工；合同变更是否履行审核审批程序。

（三）材料设备验收程序是否合规，是否按照合同约定的品种、规格、数量、质量标准、交货时间等交付使用。

（四）隐蔽工程施工是否与施工图、设计变更、施工规范等内容一致；验收程序是否合规，是否存在先隐蔽后通知 等情况；隐蔽材料的质量检则资料是否齐全；是否存在偷工减料、以次充好、替换材质等情况。

（五）工程索赔程序是否合规，索赔理由和索赔证据是否充分，索赔费用的计算是否准确。

（六）竣工验收程序是否合规，验收资料是否齐全，竣工档案是否完整、规范，是否在建设部门备案并取得备案文 件；竣工试运行期间发现的问题是否整改。

第十五条 建设项目竣工结算审计重点关注内容：

（一）竣工结算资料是否真实、完整、规范，工程结算编制依据是否充分。

（二）工程量计算是否符合计量规范，是否准确。

（三）工程造价是否准确，各项费率、税金是否按规范计 取。

（四）工程变更、签证、索赔费用、奖励及违约费用的计算是否正确，材料价差调整依据是否充分。

（五）合同涉及工程质量、工期、安全文明施工奖罚等内容是否执行到位。

第十六条 建设项目竣工财务决算审计重点关注内容：

（一）竣工财务决算报表是否真实、完整，编制依据是否充分，是否按规定时间编制。

（二）项目费用核算是否合规、准确，是否按合同约定或经审核确定的金额支付。

（三）待难投资归类是否正确、分摊是否准确合理。

（四）是否存在超概算、擅自提高建设标准和扩大建设规模、挤占或虚列工程成本等情况，是否履行变更审批程序。

第十七条 建设项目专项审计是指审计部门选取建设项 目的部分阶段、重要环节、重点内容等开展审计，一般包括建设项目投资立项审计、招标投标审计、施工管理审计、工程造价审计、财务付款及决算审计或医院要求开展的其他建设项目专项审计。

第四章 审计实施

第十八条 审计计划阶段。

审计部门根据总务部报送的建设项目实施与送审计划，结合医院发展和重点工作安排，制定建设项目审计年度工作计划，报医院相关流程审批后实施。

第十九条 审计准备阶段

（一）实行全面审计的建设项目，总务部应在项 目立项阶段，联系审计部门提供相关资料。

（二）实施专项审计的建设项目，总务部应在项目建设相应环节开始实施后，联系审计部门提供相关资料。

第二十条 审计实施阶段

（一）审计人员按照相关文件规定审核送审资料，通过资料审核、现场查验、工程量核算、市场询价、分析性复核 等审计方法，形成初步审计结果。

（二）审计人员根据初步审计结果，书面征求总务部、采购管理部门、合同管理部门、财务部门、设计单位、施工单位等相关单位意见，根据反馈意见完善审计报告。

第二十一条 审计完成阶段

（一）审计部门按医院相关程序完成建设项目审计，出 具正式审计报告。

（二）审计部门负责将建设项目审计有关资料按档案管 理规定收集、整理和归档。

第二十二条 审计整改阶段

（一）总务部及相关单位应根据审计意见和建议 积极进行整改，及时提交整改报告材料。

（二）审计部门对整改落实情况实行跟踪检查，督促相 关被审计单位完成审计整改。

第五章 建设项目委托审计

第二十三条 审计部门负责医院建设项目审计业务委托 的组织实施，按照法律法规和医院相关采购管理办法，确定实施委托审计的社会中介机构，并对社会中介机构开展的受托业务进行指导、监督、检查和评价。

第二十四条 建设项目委托审计业务包括：

（一）全过程跟踪审计。项目总概算在 50 万元（含）以上的工程项目（含新建、改扩建、修缮等项目）,或实施周期 1 个月（含）及以上的重要工程项目，需委托社会中介机构实施全过程跟踪审计。

（二）预算/招标控制价审计。预算金额在 50 万元（含）以上的建设项目（含新建、改扩建、修缮等项目）,需委托社会中介机构实施预算/招标控制价审计。

（三）竣工结算审计。竣工结算送审金额在 50 万元（含） 以上的建设项目（含新建、改扩建、修缮等项目）,经医院 内部审计后，需委托社会中介机构实施竣工结算审计。

（四）其他需委托第三方审计机构开展的建设项目相关 专项审计。

第二十五条 委托审计费用。

（一）委托审计费用按照江苏省有关工程造价咨询服务的文件规定计算，具体以审计部门和社会中介机构经采购与招标程序签订的委托咨询合同为准。

（二）竣工结算审计费中涉及施工单位承担审计费的规定、承诺、具体分摊比例等的，应在建设项目招标文件和施工合同中载明相关细则。

第二十六条 审计部门应加强对委托审计业务的监督和质量控制：

（一）审计部门指导并审核项目审计方案的编制，明确审计目标、审计范围、审计内容、审计程序及方法，确保项目审计方案的科学性及可行性。

（二）在审计项目实施过程中，审计部门应定期或不定期听取社会中介机构工作汇报、询问了解审计项目实施情况、 帮助解决工作中遇到的问题、协调社会中介机构与被审计单位（部门）或其他管理部门之间的沟通事宜，确保社会中介 机构业务实施过程的顺利。

（三）审计部门应督促社会中介机构建立健全审计质量控制机制，依据行业标准做好审计取证、过程记录、编制审计工作底稿、资料保管等工作。

（四）审计部门应对社会中介机构提交的审计报告初稿 进行复核并提出意见，确保审计报告的质量。

（五）社会中介机构完成委托审计业务后，审计部门应督促其按照审计档案管理相关规定汇集整理并及时移交审计项目的全部档案资料。

第六章 审计结果运用

第二十七条 审计部门对于建设项目造价审计（进度款 审计、工程竣工结算审计等）出具审计意见或审计报告的，医院财务部门按照审计意见或审计报告及施工合同载明的付款方式支付相关款项。

第二十八条 审计部门对于审计中发现的管理不规范的问题，应向相关部门出具建设项目管理审计意见书，相关部门按照审计意见和建议认真整改，并及时向审计部门反馈整改结果。

第二十九条 建设项目审计中发现的重大问题线索，审 计部门应按规定向医院审计委员会/党委/主要负责人报告。应由纪检监察等相关部门处理的问题线索，由审计部门依规依纪依法移送处理。

第七章 附则

第三十条 本办法由审计部门负责解释。

第三十一条 本办法自发布之日起施行。

	制度编码	SJK-ZD-006	制度名称	审计工作计划制定实施办法	级别	全院
	制定科室	审计科	制定人	崔良良	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.12.15	修订时间	

审计工作计划制定实施办法

第一章 总则

第一条 为规范医院审计工作计划的管理，提高审计工作的科学性和效率，根据《中华人民共和国审计法》、《审计署关于内部审计工作的规定》、《卫生计生系统内部审计工作规定》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于医院年度审计计划、项目审计方案的制定、执行与调整。

第三条 本办法所称审计计划，是指审计部门和内部审计人员为完成审计业务，达到预期的审计目的，对审计工作或具体审计项目作出的安排。主要包括年度审计计划和项目审计方案。

第四条 审计工作计划的制定应遵循以下原则：

（一）坚持党的领导。坚持和加强党的全面领导，确保正确的政治方向。实现统一规划、统一管理，避免多头审计和重复审计。

（二）坚持围绕中心服务医院发展大局。内部审计工作要服务和保障医院的战略目标与核心任务。审计计划应结合医院的实际运行情况，为医院治理和风险防控提供重要支撑。

（三）坚持风险导向，推动审计全覆盖。审计计划应建立在对组织风险进行评估的基础上有计划地开展，逐步实现审计全覆盖，重点关注高风险领域和关键控制环节。

（四）坚持聚焦主业，优化资源配置。根据审计项目的性质、复杂程度及时间要求，合理安排审计资源。

第二章 职责分工

第五条 医院领导办公会或党组（党委）会负责批准年度审计工作计划，加强对内部审计工作规划、年度审计计划等重要事项的管理。

第六条 审计部门作为审计工作计划的归口管理部门，负责起草和编制年度审计工作计划和项目审计方案。执行经批准的审计计划，并定期报告执行情况。审计部门负责人应定期检查审计计划的执行情况。

第七条 医院各职能部门、临床、医技科室应配合审计部门，提供制定审计工作计划

所需的相关信息和资料。

第三章 审计工作计划的类型与内容

第八条 审计计划按期间分为年度审计计划和项目审计方 案 。

（一）年度审计计划：对年度审计任务所作的整体规划。内容应包括：

1.年度审计工作目标；

2.需要执行的具体审计项目及其类别（如制度修订；项 目开展：财务收支审计、经济责任审计、基建修缮工程审计、

专项审计、风险评估、内部控制评价、人才培养、继续教育、其他等）；

3.各审计项目的审计目标、范围、主要内容、重点领域；

4.各审计项目的时间安排和资源分配（包括人员、经费等）；

5.后续审计安排；

6.其他有关事项。

（二）项目审计方案：对具体审计项目实施的全过程安排。内容应包括：

1.审计项目名称；

2.审计目标与范围；

3.审计内容、重点及方法；

4.审计组成员及分工；

5.审计时间进度安排；

6.审计经费预算；

7.其他具体要求。

第九条 年度审计计划应确保在一定周期内实现对本院 重要业务活动和关键部门负责人的审计全覆盖。

第四章 审计工作计划的制定流程

第十条 审计部门在编制年度审计计划前，应重点调查 了解以下情况，以评估具体审计项目的风险：

（一）组织的战略目标、年度目标及业务活动重点；

（二）对相关业务活动有重大影响的法律、法规、政策、计划和合同；

（三）相关内部控制的有效性和风险管理水平；

（四）相关业务活动的复杂性及其近期变化；

（五）相关人员的能力及其岗位的近期变动；

（六）其他与项目有关的重要情况。

第十一条 审计项目负责人在编制项目审计方案前，应了解被审计单位的下列情况，

作为编制依据：

（一）业务活动概况；

（二）内部控制、风险管理体系的设计及运行情况；

（三）财务、会计资料；

（四）重要的合同、协议及会议记录；

（五）上次审计结论、建议及后续审计情况；

（六）上次外部审计的审计意见；

（七）其他与项目审计方案有关的重要情况。

第十二条 年度审计计划由审计部门负责人编制，报经医院主要负责人或主管院领导审核，报院长办公会或党组（党委）会批准后实施。

项目审计方案由审计项目负责人编制，报经审计部门负责人批准。

第五章 审计工作计划的调整

第十三条 在审计计划执行过程中，如有必要，应按照规定的程序对审计计划进行调整。例如：医院年度工作目标或战略部署发生重大变化，或上级主管部门交办新的重要审计任务等。

第十四条 审计计划的调整，由审计部门提出书面申请，说明调整原因及调整方案，按照原审批程序报请批准后执行。

第六章 审计档案管理

第十五条 审计部门应按照相关档案管理要求，及时对审计计划相关文件进行收集、整理、立卷和归档，确保档案的完整、安全和有效利用。

第七章 附则

第十六条 本办法由审计部门负责解释。

第十七条 本办法自发布之日起施行。

	制度编码	SJK-ZD-007	制度名称	专项审计实施办法	级别	全院
	制定科室	审计科	制定人	崔良良	内审人	包国东
	制度版次	新增	制定时间	2025.12.15	修订时间	

专项审计实施办法

第一章 总则

第一条 为规范本单位专项审计工作，提高审计质量，防范运营风险，根据《审计署关于内部审计工作的规定》《卫生计生系统内部审计工作规定》《进一步加强卫生健康行业内部审计工作的若干意见》《卫生健康行业内部审计基本指引（试行）》《中国内部审计协会内部审计具体准则》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称专项审计，是指医院审计部门依据工作职责和权限，对医院经济运行活动中关键业务和重点环节开展的审计项目，包括但不限于设备绩效审计、药品耗材审计、采购管理审计、合同管理审计、科研管理审计、后勤服务审计、信息化项目审计、专项资金审计及其他专项审计。

第三条 专项审计工作应严格遵守有关法律法规和内部审计职业规范，忠于职守，遵循独立、客观、公正、保密原则，采用系统化、规范化的方法，以事实为依据，以法律法规和制度为准绳，促进单位完善治理、提升价值和实现目标。

第二章 职责分工

第四条 审计部门是专项审计工作的组织实施部门。

（一）将专项审计纳入年度审计计划。

（二）成立审计组，实施审计程序。

（三）编制审计工作底稿，出具审计报告。

（四）督促检查审计发现问题的整改落实。

（五）归档专项审计档案。

第五条 被审计对象应按要求提供真实、完整的资料和数据，并对所提供的资料做出书面承诺。

积极配合审计组开展工作，及时提供审计资料。

对审计发现的问题按时进行整改，并书面反馈整改结果。

第三章 工作流程与要求

第六条 专项审计工作流程主要包括审计准备、审计实施、审计报告和审计整改四

个阶段。

第七条 审计准备

（一）纳入年度计划。专项审计项目原则上实行计划管理。审计部门应围绕医院年度工作重点确定专项审计项目，纳入年度审计计划，并报请本单位党委（党组）及单位主要负责人批准后实施。临时增加的专项审计项目按照程序审批后实施。

（二）组建审计组。科学配置审计力量，确定组长、主审及成员。

审计项目实行组长负责制。

审计人员与被审计对象或被审计事项存在应回避情形的，应主动回避。

除涉密事项外，审计部门可以根据工作需要向社会中介机构购买审计服务或聘请外部专家参与。

（三）开展审前调查。收集项目资料，评估工作量，统筹审计资源，评估风险水平。根据实际情况调查了解审计项目情况，为编制审计实施方案作准备。审计组组长应组织审计组成员根据调查了解到的被审计项目情况，评估其存在重大问题的可能性，确定审计的应对措施。

（四）编制审计实施方案。应包括：被审计单位、项目的名称；审计目标和范围；审计内容和重点；审计程序和方法；审计组成员的组成及分工；审计起止日期；对专家和外部审计工作结果的利用；其他有关内容。

审计实施方案需经审计部门负责人批准后实施。审计过程中，如需对审计实施方案明确的事项作出调整的，应报审计部门负责人审批。

第八条 审计实施

（一）送达审计通知书。审计通知书应包括：审计项目名称；被审计部门名称或被审计人员姓名；审计依据、审计范围和审计起止时间；需要被审计部门或被审计人员提供的资料以及其他必要的协助要求；审计组组长及其他成员名单；审计部门的印章和签发日期。

审计部门实施审计项目应根据批准的年度审计计划和 其他授权或委托文件编制审计通知书，在实施审计 3 日前送达被审计部门或被审计人员。遇有特殊情况，审计部门经单位主要负责人批准，可以直接持审计通知书实施审计。审计通知书必要时可以抄送单位内部有关部门。

（二）召开审计进点会。审计项目可根据实施需要，由审计分管领导或审计部门负责人主持召开审计进点会，主要内容包括：审计组介绍审计的依据、范围、内容和程序，提出审计纪律要求，明确被审计部门或被审计人员配合审计工作的责任；被审计部门相关人员介绍与审计事项有关的情况，作出提供审计所需资料（含电子数据）真实性、完整性的承诺。

（三）获取审计证据。审计证据主要包括：书面证据；实物证据；视听证据；电子

数据；口头证据；环境证据。

按照审计方案明确的审计分工，依据规定的职责、权限和程序，根据不同的审计事项及其审计目标，获取不同种类的审计证据。

审计证据应具备相关性、可靠性和充分性。相关性，即审计证据与审计事项及其具体审计目标之间具有实质性联系。可靠性，即审计证据合法、真实可信。充分性，即审计证据足以支持审计结论、意见和建议。

依据项目特点和审计目标综合运用恰当的审计方法，包括：审核；观察；监盘；访谈；调查；函证；计算；分析程序，来发现审计线索，获取审计证据。

按照规定的权限和程序获取审计证据，并应准确、完整记录审计证据的名称、来源、内容、获取时间等信息。

向有关单位和个人调查取得的证明材料，应取得提供者的签名、盖章确认，确实无法取得的，内部审计人员应注明原因并签名确认。

审计事项比较复杂或取得的审计证据数量较大的，可以对审计证据进行汇总分析，编制审计取证单，由证据提供者签名、盖章。

审计发现的问题应如实取证，不得隐瞒。在审计工作中发现重大的问题线索，应及时按程序向单位党组织、主要负责人请示报告。

（四）编制审计工作底稿。审计工作底稿应内容完整、记录清晰、结论明确，客观地反映项目审计方案的编制及实施情况，以及与形成审计结论、意见和建议有关的所有重要 事项。主要包括下列要素：

1.被审计部门名称；

2.审计事项；

3.期间或截止日期；

4. 审计程序的执行过程以及结果记录；

5. 审计结论、意见以及建议；

6.审计人员姓名和审计日期；

7.复核人员姓名、复核日期和复核意见。

底稿内容需客观地反映实施情况，以及与形成审计结论、 意见和建议有关的所有重要事项。

应对审计实施方案确定的审计事项，逐一编制审计工作 底稿，记录实施审计的步骤和方法、取得审计证据的名称和 来源、审计认定的事实及审计结论等内容。一个审计事项可 以根据需要编制多份审计工作底稿，做到一事一稿或一事多稿。

应对审计取证记录进行分析和归纳，按照与审计事项的相关程度进行分类、排序，附在相应的审计工作底稿之后；不能附在审计工作底稿之后的视听资料和电子数据资料等，应注明制作方法、制作时间、制作人和电子数据资料的运行环境、系统以及存放地

点、存放方式等。必要时，电子数据资料能够转换成书面材料的，应将其转换成书面材料。

审计取证记录反映的情况应足以支持审计工作底稿的审计结论。

审计工作底稿应按照审计实施方案所列审计事项对应 的顺序统一编号，作为审计工作底稿的索引号。相关审计工 作底稿之间如存在勾稽关系，应予以清晰反映，相互引用时应交叉注明索引编号。

在编制每一审计事项审计工作底稿的基础上，审计组应编制审计工作底稿汇总表，反映审计报告所列事项与审计工作底稿的对应关系。

审计工作底稿应由审计组组长进行复核。如发现审计工作底稿存在问题，应在复核意见中加以说明，并要求相关人员补充或修改。

（五）沟通审计结果。在审计实施过程中，审计部门与被审计对象就审计概括、审计依据、审计发现、审计结论、审计意见和审计建议进行讨论与交流，以提高审计结果的客观性、公正性。

结果沟通一般采用书面或口头方式。

第九条 审计报告

（一）审计报告阶段主要工作包括：编制审计报告、征求意见、审核与审议审计报告、出具审计报告。

（二）编制审计报告。审计报告应内容完整、事实清楚、结论正确、用词恰当、格式规范。审计报告主要包括下列要素：标题；收件人；正文；附件；签章；报告日期；其他。

审计报告正文主要包括下列内容：

1.审计概况，包括立项依据、背景介绍、整改情况、审 计目标与范围、审计内容和重点等；

2.审计依据，即实施审计所依据的相关法律法规、内部审计准则、组织内部规章制度等规定；

3.审计结论与发现，即对被审计部门的业务活动、内部控制、风险管理等实施审计过程中所发现的主要问题的事实、问题定性、问题的原因、后果或影响（定性和定量）；

4.审计意见与建议，即针对审计发现的主要问题提出处 理意见。并基于分析原因和影响的基础上，提出改进业务活动、内部控制、风险管理等有价值的建议。

（三）征集意见。审计组组长应召集审计组成员对编制的审计报告进行讨论研究，报经审计部门负责人审核后，形 成审计报告征求意见稿，书面征求被审计部门或被审计人员的意见。

被审计部门或被审计人员自收到审计征求意见稿之日 起 10 日内，可以向审计组提出书面意见；逾期未提出书面意见的，视为无异议。

（四）审核与审议审计报告。被审计部门或被审计人员提出书面意见的，审计组应进行研究和核实，出具采纳情况说明，并对审计报告进行必要的修改或补充，连同该书面意见一并提交审计部门。

审计部门应对审计组提交的审计报告以及相关审计事项进行复核、审理。有条件的可以在审计部门内部进行交叉复核。

对涉及重大事项、重大问题、与被审计部门或被审计人员存在较大分歧的，审计部门可以提请单位主要负责人召开专项会议进行审议。

审计工作报告需经本单位党组织讨论决定。

（五）出具审计报告。审计部门应将经过复核、审理或审议的审计报告报请单位主要负责人审批签发。

经审定的审计报告按规范格式成文后以审计部门名义出具，发送被审计部门，呈报单位主要负责人或单位决策机构，并视情况抄送单位相关部门。

已经出具的审计报告如果存在重要错误或遗漏，审计部 门应及时更正，并将更正后的审计报告提交给原审计报告接 收者 。

对审计发现的不宜在审计报告中反映的重要事项或本单位存在的苗头性、普遍性、倾向性问题，审计部门可以以审计信息、审计建议等形式向单位主要负责人或单位决策机构报告 。

对审计发现的重大违纪违法问题线索，移送有权机关依 法处理 。

第十条 审计整改

（一）单位应按照审计整改制度要求，明确被审计部门主要负责人为审计整改的第一责任人，促进审计发现的问题全面整改。

（二）审计组要承担审计整改的督促检查责任。审计报告送达被审计部门后，应跟踪检查被审计部门所采取的整改措施，并督促被审计部门在规定的时限内报送审计整改结果。

对立行立改类问题，审计部门应提出具体、可操作的整 改要求，整改时限一般为审计报告送达之日起 60 日内；对分阶段整改类问题，应要求被审计部门明确各阶段具体目标任务、完成时间节点，整改时限原则上为审计报告送达之日起 1 年内；对持续整改类问题，应要求被审计部门制定整改时间表、路线图，并严格审核把关整改方案和整改措施，结合实际确定具体整改时限，原则上最长为审计报告送达之日起5年内完成整改。

（三）被审计部门报送的整改结果内容应包括对审计发现问题采取整改措施的情况，未整改或未全面整改的事项、原因及下一步整改计划等。

（四）审计部门要建立内部审计发现问题清单，实行台账管理，逐项销号。对于被审计部门未整改或未全面整改的事项，审计部门负责人应充分听取被审计部门意见，了解情况，分析原因，可以整改的应督促及时整改。对被审计部门不能整改的，应要求其

作出书面说明，并向单位主要负责人或单位决策机构报告。

（五）审计部门每年应将被审计部门整改情况汇总向单位主要负责人或单位决策机构报告。

（六）整改情况应作为考核、任免、奖惩干部和相关决策的重要依据。

第十一条 审计部门应按照单位内部审计项目档案管理 制度，确定档案管理人员，做好专项审计档案收集、整理、 保管、利用、移交、销毁等管理工作。

第十二条 单位应按照内部审计质量控制制度要求，将 专项审计质量控制贯穿内部审计业务工作全过程、各环节。

第四章 附则

第十三条 本办法由审计部门负责解释。

第十四条 本办法自发布之日起施行。

	制度编码	MZB-ZD-001	制度名称	门诊管理制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 5 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊管理制度

一、在分管副院长领导下，负责门诊的行政管理工作。

二、定期检查督导门诊各科室工作制度和工作职责的执行情况，加强信息反馈，提高服务质量。

三、急诊科相对独立，由急诊科主任分管行政管理工作。对急危重症采取优先处置方案，畅通急诊绿色通道。

四、门诊部负责门诊日常管理工作，建立门诊质量管理制度，对门诊服务要素、过程和结果进行管理与控制，不断完善门诊质量管理体系，加强日常监督检查，定期收集、分析、反馈门诊质量数据，推动门诊质量持续改进。

五、根据门诊就诊患者流量，合理调配医疗资源，做好门诊科室之间的协调配合；推行全流程信息化服务，完善预约诊疗系统（含分时段预约）、预问诊、移动支付、智能导诊等功能，减少患者非医疗等候时间。

六、做好预检分诊、导诊、候诊管理；落实院内感染控制；督导落实急危重症患者优先处置，保障急诊绿色通道畅通。

七、建立一站式投诉处理机制，由一站式服务台统一接收、协调、处理与门诊有关的医疗纠纷和投诉事件，确保门诊医疗工作正常运转，患者满意度不断提高。

八、开展便民服务，不断提升患者就医体验。对门诊布局、流程、标识、设施、设备等进行定期评估并提出意见，持续优化。

九、总体规划门诊各科室布局，简化就医流程。

十、加强医德、医风建设；完成门诊患者满意度调查工作，并进行分析、总结、改进，提高服务水平；开展门诊医务人员服务礼仪培训，每季度考核服务规范执行情况。

十一、按要求独立设置发热门诊与肠道门诊。建立传染病预检、分诊制度，将传染病患者、疑似传染病患者引导至相对隔离的诊间进行初诊。

	制度编码	MZB-ZD-002	制度名称	门诊工作制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊工作制度

一、各科主任、副主任应加强对本科门诊的业务技术指导。各科应指派一名主治医师以上人员任门诊组长，协助科主任领导本科门诊工作。

二、普通门诊医师需高年资住院医师（工作≥3 年）及以上出诊。专病门诊由主治医师及以上出诊。主任医师每周上门诊两个出诊单元、副主任医师每周上门诊不得少于一个出诊单元。出诊医师应保证诊疗质量和诊疗时间（每一位病人诊察不得少于 6 分钟，疑难病例可延长至 10 分钟。）

三、各科室派往门诊的医务人员，在门诊部统一领导下进行工作。门诊部应当加强医务人员出诊管理，依照门诊患者病种分类和特点，合理安排各专业不同年资医师出诊；并针对地域、季节特点，结合号源使用情况，动态调整出诊单元数以及单元接诊人次，合理配置门诊人力资源。医师兼管门诊和病房时，必须安排妥当。

四、各科室参加门诊工作的医务人员，要遵守劳动纪律，准时开诊。不得离岗缺岗，特殊情况需请假，经临床科主任与门诊部主任同意，做好代班安排。未经批准，不得自行停诊。认真执行院、科规章制度，严守工作岗位，无故迟到、早退报门诊部处理，屡次迟到、早退引发投诉经批评教育不改者暂停出门诊资格。

五、门诊实行首诊负责制，对疑难病例或复诊三次仍不能确诊者，应及时申请上级医师或专科会诊，保障患者得到及时诊治。

六、门诊工作人员要有高度责任感和同情心，文明行医，礼貌待患。明确挂号有效时间，建立患者因检验、检查结果回报继续就诊的保障机制，合理安排患者复诊的次序。一般病员按挂号顺序叫号就诊，急症病员及老弱残优先就诊。按照不少于日均门诊量 0.2% 的比例配备门诊导医人数或智能引导设备数量，并为行动不便的患者提供就医辅助服务。引进社会工作者在门诊提供社工及志愿者服务。

七、落实预检分诊制度，做好分诊工作，严格执行消毒、隔离制度，防止医院感染。严格执行疫情报告制度，按时限要求，及时上报疫情报告。内镜中心（室）、血液透析中心（室）、门诊手术室、计划生育手术室、置管室、口腔科等医院感染高风险部门应严格落实医疗机构感染预防与控制相关制度。

八、对病员进行认真检查，简明扼要并准确地记载病历，按照《病历书写基本规范》要求记载门诊纸质病历或打印电子病历。门诊部组织开展门诊病历点评及质量控制工作，

保障门诊病历内容客观、真实、准确、及时、完整、规范。门诊诊断应当区分主要诊断及其他诊断。

九、门诊出诊医师诊疗过程和处置措施应当遵循诊疗规范、临床指南等，诊断、预防和治疗措施应当遵循安全、规范、有效、经济的原则。出诊医师需遵照医院相关制度，控制医疗费用不合理增长。

十、门诊检查、B 超、放射等各种检查结果，必须做到准确及时，门诊部应对门诊各项检查检验报告出具时间进行统计、分析，根据实际情况逐步缩减报告出具时间。推进检查检验结果互认共享，提高医疗资源利用效率，改善人民群众就医体验。

门诊药房，加强药事服务能力，落实门诊处方审核及点评制度，为患者提供门诊药物咨询及用药指导服务。

门诊手术应当根据医院制定的门诊手术和有创诊疗的目录，认真执行有关医疗质量安全核心制度，严格把握适应证，根据患者病情、手术级别、麻醉方式等，制定具体的术前讨论、手术安全核查、手术部位标识等制度及流程，确保门诊有创诊疗和手术的安全。医师要加强对换药室、治疗室的检查指导，必要时亲自操作。

十一、加强门诊临床危急值管理，制定门诊危急值报告及处理流程，门诊危急值报告须在 5 分钟内通知首诊医师，医师需 15 分钟内处理并记录。门诊部每月抽查危急值闭环管理情况，纳入质量考核，保障患者医疗安全。

十二、应当加强门诊静脉输液治疗管理，严格把握门诊静脉输液治疗指征，控制门诊静脉输液治疗使用率，严密监测并及时处理门诊静脉输液治疗的不良反应。

十三、门诊各科室与病房加强联系，以便根据病床使用及病员情况，有计划地收容病员住院治疗。

十四、门诊医师出具病假证明，必须具有病历记录。出具特殊证明，必须有单位介绍信，根据病情，由主治医师以上人员出具，经门诊部或医务部按规定审批后盖章。

十五、门诊部营造安全、舒适、温馨、清洁的就诊环境。门诊布局科学、合理，设施、设备安全，建设无障碍设施，就诊标识清晰、警示醒目。加强候诊教育，宣传卫生防病、计划生育和优生优育等知识。

十六、对基层或外出就诊病人，尤应及时认真诊治，做好解释工作。在转回基层或原地时要提出诊治意见。

十七、门诊部应当加强门诊突发事件管理，建立应急预案，按标准配备抢救设备和药品，定期组织培训、演练，加强巡视，及时、妥善处理门诊突发事件。

十八、门诊部加强门诊投诉管理，一站式服务台为门诊投诉接待处。持续做好投诉的接待、分析、反馈和持续改进。一站式投诉需在 1 小时内响应，24 小时内初步回复，7 个工作日内完成整改并反馈。投诉处理结果与科室绩效、个人评优挂钩。

十九、门诊部依据《医疗卫生机构信息公开管理办法》的规定，坚持合法合规、真实准确、便民实用、及时主动的原则，公开门诊医疗服务项目、流程、常用药品和主要医用耗材的价格等相关信息；加强网站、小程序、公众号等维护，确保发布信息及时准确。

	制度编码	MZB-ZD-004	制度名称	专家门诊管理制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2018-08-08	修订时间	2025.12.27

专家门诊管理制度

一、专家门诊申请，应取得副主任医师专业技术职务任职资格，受聘高级职称满一年。开通专家门诊需由符合条件医师本人申请，科主任同意，由门诊部审核，并报医务部、分管院长审批同意。初次每周一个出诊单元为主，按流程申请增加专家门诊时间。

二、门诊部办公室负责落实专家门诊有关开诊事宜，专家门诊出诊时间一经公示后，不得擅自变更。宣传科负责对外宣传，同时各临床科室积极配合，扩大专家社会知名度。

三、各临床科主任应加强对本科专家门诊的管理. 所有担任专家门诊工作的医师必须按时出诊,严格遵守医院劳动纪律和各项规章制度,不得以任何理由迟到、早退、脱岗。专家门诊年出勤率≥85%，纳入科室考核。

四、院内各种会议、义诊等活动不得影响专家门诊工作。机关职能科室需抽调专家参加各类活动，必须经医务部审批。未经医务部审批同意而影响专家门诊工作的，对职能科室负责人进行质控处罚。

五、严格专家门诊请假审批程序。不得无正当理由停诊，因外出参加学术活动、公差等不能按公示日出诊的专家，必须事先办理请假手续。

1、专家在填写各类请假审批表内，必须注明影响专家门诊出诊时间和顶替专家名单。紧急情况停诊，科室主任安排相同职称的专家替诊，并同时向门诊部报备，未经批准的不能替诊。

2、审批同意后提前两天通知门诊部,并及时将复印件 1 份交门诊部办公室备案。

3、未按上述程序办理请假手续的，视为擅自停诊。

六、具有专家门诊资格的在调离或聘任期结束后，专家门诊的资格自动终止。

七、半年内平均每日号次少于 5 人次者，且有同科室其他专家门诊，经门诊质量管理委员会讨论，可减少或暂停该专家门诊。

八、鼓励开展全日制专家门诊

九、考核与奖惩：

1、门诊部办公室负责门诊日常考核工作，值班领导及职能科室、人事科、医务

部不定期进行抽查、考核。

2、实行门诊考核公示制，每月将考核结果在院内网公示。

3、凡违反以上规定者，按照医院综合目标管理考核评分标准给予处罚兑现。发生以下情况之一者，并经门诊质量管理委员会讨论，可暂停专家门诊资格三个月：

（1）半年内发生因服务态度被患者投诉 3 次及以上

（2）一年内专家门诊无故停诊 3 次及以上

（3）违反门诊工作制度及诊疗常规发生纠纷

（4）受医院或上级行政部门行政处分

	制度编码	MZB-ZD-005	制度名称	专家、专科、专病门诊工作制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

专家、专科、专病门诊工作制度

一、参加专家门诊工作的医师应为副主任医师及以上人员，专家门诊排班经科主任、医务部同意后，统一安排出诊时间并予以公示。专病门诊由已取得主治医师及以上的医疗技术人员（含临床医学院校在本院工作的相当职称人员的临床医师）担任。

二、凡参加门诊工作医师，应着装整齐，佩戴工号牌，并准时开诊。

三、参加专家、专科、专病门诊医师必须按排班表准时出诊，应预先安排好其它工作，保证准时上岗，不得无故停诊。专家门诊排班必须相对固定，每期至少三个月，以保证病人诊治的连续性。如有特殊情况（如出差、开会、外出会诊、休假等），由所在专业科室安排其他专家代为出诊或停诊，并提前两天报门诊部审核。预约挂号专家原则上不得变更出诊时间。

四、专家、专科、专病门诊由科室主任负责排班，并将排班表送至门诊部，由门诊部统一安排，并将专家、专科、专病门诊的有关信息公示在门诊显示屏上。一站式服务台负责专家、专科、专病电话预约号。

五、经专家、专科、专病三次诊断不能确诊者，必须及时请上级医师或多学科诊疗，以确保医疗质量。

六、专科医师接诊要做到优质服务，对患者认真负责，检查耐心细致，不得敷衍马虎，病历记录应符合要求。普通门诊的危重和急性疑难病症需专家会诊时，不需另行挂号，慢性病经门诊检查后需看专科或专病门诊者，可嘱患者下次门诊时挂专科或专病号就诊。

七、门诊部要做好专家、专科、专病门诊的管理工作，认真考勤，按规定门诊工作量挂号，不得超挂。对查实一个月内连续两次被投诉或一个季度连续三次被投诉者，对经常不能保证专家、专科、专病门诊时间及误时、脱岗等情况，将严格按照医院相关规定处理。

八、专科医师除完成定量门诊外，要对低年资医师工作进行指导，以提高普通门诊的医疗技术水平。

	制度编码	MZB-ZD-006	制度名称	专家（专病）门诊准入与退出制	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

专家（专病）门诊准入与退出制度

为规范我院专家、专病门诊准入与退出的管理，保障诊疗质量，依据我院实际情况特修订本制度。

一、专家门诊的准入

（一）取得副主任医师专业技术职务任职资格，受聘高级职称满一年（受聘正主任医师无时间要求）。

（二）近三年内无行医不良记录，年度考核合格以上者。

（三）个人申请，填写《无锡市惠山区人民医院专家门诊开诊申请表》，科主任审核，门诊部、医务部、分管院长核准。

符合以上三条者予以准入。

二、专病门诊的准入

（一）以专科或亚专科为单位申报特色专病门诊。原则上以常见病、多发病或某一类重大疾病为主,专病门诊的名称必须明确某一种或某类疾病。

（二）特色专病门诊诊疗范围必须符合医院专科诊疗科目,不得超出其诊疗范围。

（三）近三年内该疾病在专科总门诊量中的比例>10%,或该疾病对本学科的建设发展和提升学科竞争力具有重要意义。

（四）具备相应的基础设施及设备条件。

（五）原则上主治医师以上职称人员方可看专病门诊。有条件的专科可考虑设置兼职医护人员,加强对该专病门诊工作的日常管理,加强人才队伍建设,并对患者疾病的诊疗和预后进行随访，不断提高医疗服务质量、诊疗技术和学术水平。

（六）申请设置专病门诊的科室应提交《无锡市惠山区人民医院特色专病门诊申请表》报门诊部、医务部、分管院长核准。

符合以上条件者予以准入。

三、专家门诊的退出机制：以下情形予以暂停专家门诊资格

1、发生严重医疗质量问题、行风投诉查实者；

2、未按规定办理停诊手续擅自停诊 3 次以上者；

3、每月专家门诊人次位于全院最后五位，给予黄牌警告，连续三月仍无改善者。

专家门诊停诊时间以一月为限，期满后由门诊部、医务处共同讨论复诊事宜。

上述行为情节严重者，经门诊部、医务部讨论，报院长办公会通过，可取消专家门诊资格。

四、专病门诊的退出

（一）患者投诉经查实为医方过错≥3 次/年，或经医疗鉴定为医疗事故医方负次要责任以上者。

（二）经查实无故不按时出诊≥2 次/年；或随意停诊≥2 次/年。

（三）经查实连续 2 月门诊处方合格率<95%；或各类申请单书写合格率<90%。

（四）经查实医保违规用药≥5 次/年。

（五）违规出具医疗诊断证明，给医院造成严重后果者。

出现以上任意一条者，专病门诊停诊，三个月后经个人或科室申请，医务部、门诊部、分管院领导审核后决定是否准入。医务部、门诊部每年对专家门诊、专病门诊医师资格进行审核。

附 1：专家门诊开诊申请表

无锡市惠山区人民医院
专家门诊开诊申请表

姓名		性别		工号		电话	
出生日期		科室		职称		受聘时间	
申请类别		□新开 □恢复 □增开 □其他					
医师资格证书编码（新开诊填写）：							
医师执业证书编码（新开诊填写）：							
专业特长及诊治范围：							
专家门诊开设专业名称：							
专家门诊开始时间：							
专家门诊诊室设置地点：							
专家门诊开诊安排：星期 上午；星期 下午；每周共 单元							
科主任意见： 签名： 年 月 日							
医务部意见： 签名： 年 月 日							
分管院长意见： 签名： 年 月 日							
备注：1、遵守医院专家门诊管理制度，服从统一安排。2、坚持参加专家门诊，如有特殊情况提前三天与医务部、门诊办联系。3、参加专家门诊者，必须经科主任、院领导同意。4、连续三次无故不参加专家门诊视为自动放弃。							

门诊部制表 2025 年 12 月

附 2：特色专病门诊开诊申请表

无锡市惠山区人民医院
特色专病门诊开诊申请表

申请科室		专病名称	
门诊地点		门诊时间	
申请理由 （必要性、可行性等）			
本专病开展的基础条件、技术特色（必须包含医疗组人员构成、简介、协作科室、协作协调机制）			
科室主任意见	年　月　日		
门诊部意见	年　月　日		
医务部意见	年　月　日		
分管院长意见	年　月　日		

门诊部制表　　2025 年 12 月

	制度编码	MZB-ZD-007	制度名称	门诊预检分诊制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊预检分诊制度

一、目的：及时为来院就诊的病人提供就诊指导，使病人得到恰当的医疗服务。

二、门诊预检人员资格：

（一）护理专业毕业。

（二）熟悉医院工作流程。

（三）熟悉相关的医院可提供的病人服务。

（四）对突发事件具有良好的应变处置能力。

三、预检人员根据病人的基本情况（如脸色、呼吸是否急促、有无疼痛及疼痛的剧烈程度等）决定病人的去向：

四、我院能提供所需服务者：

（一）需急诊处理的病人——进入急诊程序；

（二）门诊可处理的病人——进入门诊程序。

五、我院不能提供所需服务者：

（一）生命体征平稳的病人——介绍能为病人提供所需服务的医疗机构；

（二）生命体征不稳定的病人——先入急诊进行处理，生命体征平稳后根据“转院流程”执行；

（三）行动不便者——根据病人需要帮助联系交通工具。

六、遇突发事件，预检分诊人员立即通知门诊部、医务部、护理部，并启动应急预案。

	制度编码	MZB-ZD-010	制度名称	门诊投诉接待工作制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊投诉接待工作制度

为适应新形势下医疗服务需求变化，进一步改善医疗服务，改进医疗服务流程，倾听患者呼声，促进医院各项工作的管理，制定门诊投诉接待制度。

一、门诊部负责受理门、急诊患者的投诉及处理。设立患者投诉登记本，对每起投诉结果如实记录并保存。门诊大厅公布投诉电话（0510-83318119），设立意见箱及意见本。

二、一站式服务中心负责首问、首诉接待并记录登记，包括电话及现场投诉等，减少患者投诉环节。可当场解决的当场解决，涉及其他科室或部门投诉由门诊部与相应科室联系，并负责将投诉人移交至相关科室接待人员处。

三、当场不能解决的问题，由一站式服务中心负责填写投诉登记表，移交于门诊部、沟通办根据患者投诉内容，由相应科室调查并处理，科室需妥善的解决好投诉人的问题和困难，对投诉的问题进行调查了解，提出科室处理意见，一般五个工作日内给患者答复。门诊部、沟通办负责随访科室处理情况，同时电话联系患者核实。

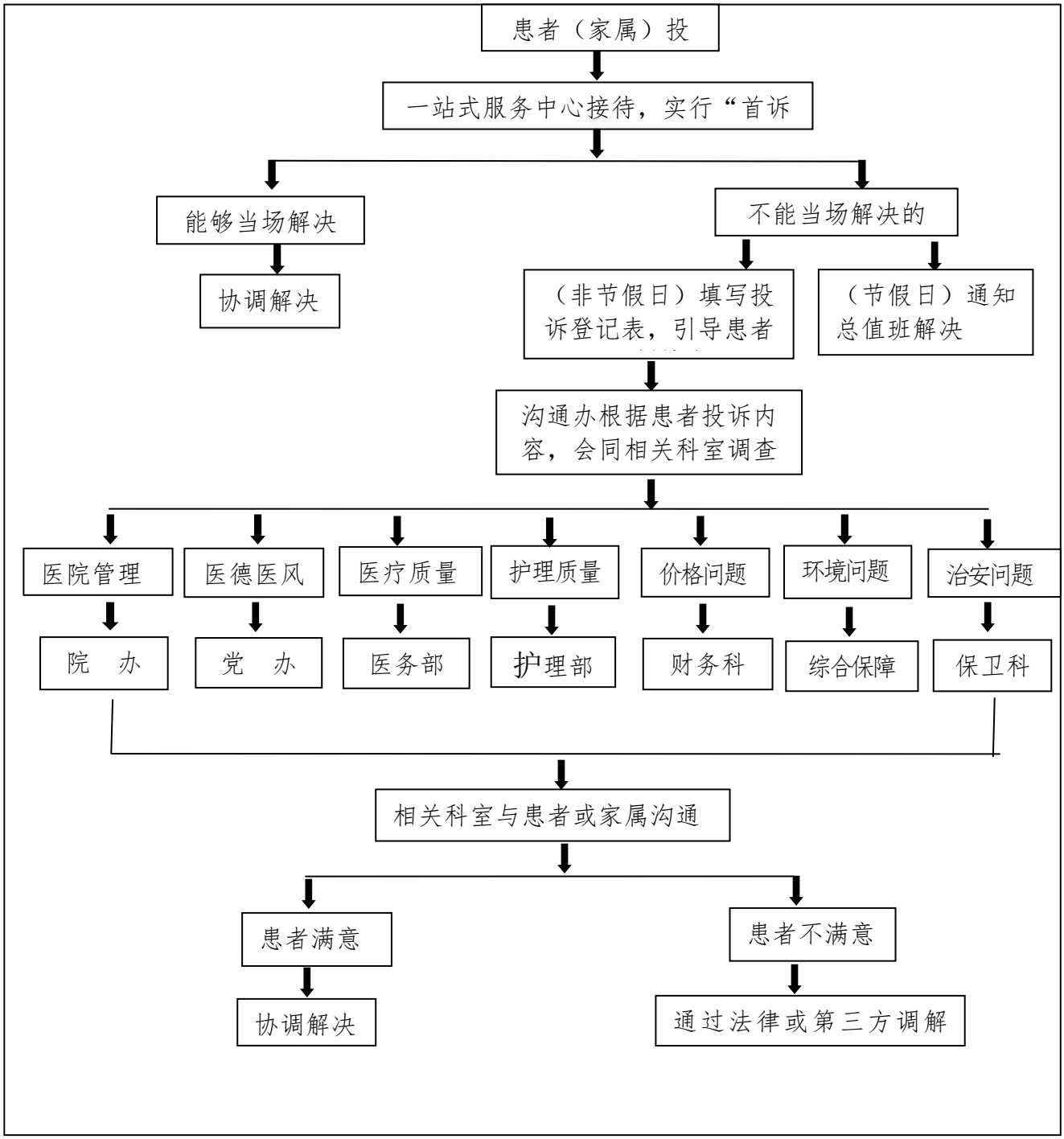
四、被投诉的责任科室或部门负责人应将调查情况、处理意见及时反馈门诊部或沟通办。沟通办根据其违反规定的情况、影响及产生的后果决定给予相应的处理。

五、所有接待患者及家属来院投诉，应耐心听取其反映问题，实事求是，积极协调、解释，不得推诿，不得拖拉、扯皮，不能因服务不到位而延误诊断、治疗和正常医疗工作的开展,不得损害患者的利益。

六、门诊部负责认真做好投诉意见信息收集、分析、整理工作，对患者所反映问题，做细致的调查研究，对集中突出的问题，对相关科室提出意见和建议。

附 1：一站式服务中心接待投诉流程图

无锡市惠山区人民医院
一站式服务中心接待投诉流程图



附 2：一站式服务中心负责投诉登记表

无锡市惠山区人民医院
门诊一站式服务中心投诉接待登记表

投诉方式：□来电　　□现场　　□来信　　□其他_____

投诉人姓名		与患者关系	
患者姓名		患者性别	
患者年龄		住院/门诊号	
投诉时间		被投诉科室/人员	
联系电话		邮政编码	
地　　址			
投诉内容： 记录人签字： 记 录 时 间： 投诉人签字：			
科室调查处理情况： 科主任签字：　　年　　月　　日			
纠纷办调查处理情况： 签字：　　年　　月　　日			
院部处理结果： 签字：　　年　　月　　日			
反馈记录： 记录者签字：　　年　　月　　日			
备　　注：			

	制度编码	MZB-ZD-014	制度名称	门诊首诊负责制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊首诊负责制度

一、第一次接诊的医师或科室为首诊医师和首诊科室，首诊医师对患者全程负责，包括初步诊断、治疗、抢救、转科及转院，并确保病历记录完整、可追溯。

二、首诊医师必须详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查和处理，并认真记录病历。对诊断明确的患者应积极治疗或提出处理意见；对诊断尚未明确的患者应在对症治疗的同时，应及时请上级医师或有关科室医师会诊。

三、首诊医师下班前，应将患者移交接班医师，把患者的病情及需注意的事项交代清楚，并认真做好交接班记录。

四、对急、危、重症患者，首诊医师应采取积极措施负责实施抢救。如为非所属专业疾病或多科疾病，应组织相关科室会诊或报告医院主管部门组织会诊。危重症患者如需检查和住院者，首诊医师应陪同或安排医务人员陪同护送。

五、被邀会诊的科室医师须按时会诊，执行医院会诊制度。会诊意见必须向邀请科室医师书面交代。

六、两个科室的医师会诊意见不一致时，须分别请示本科上级医师，直至本科主任。若双方仍不能达成一致意见，由首诊医师负责处理并上报医疗管理部门或总值班协调解决，不得推诿。

七、复合伤或涉及多科室的危重患者抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室负责诊治外，所有的有关科室须执行危重患者抢救制度，协同抢救，不得推诿，不得擅自离去。各科室分别进行相应的处理并及时做病历记录。

八、首诊医师对需要紧急抢救的患者，须先抢救，同时由患者陪同人员办理挂号和缴费等手续，不得因强调挂号、缴费等手续延误抢救时机。

九、首诊医师抢救急、危、重症患者，在患者稳定之前不宜转院，因医院病床、设备和技术条件所限，须由科主任或副主任及以上医师亲自查看病情，决定是否可以转院，对需要转院而病情允许转院的患者，须由责任医师（必要时由医疗管理部门或总值班）先与接收医院联系，对病情记录、途中注意事项、护送等均须做好交代和妥善安排。

十、急诊科严格限制以“共管”形式管理跨科、跨专业患者，预检分诊时应根据患者的主诉与病情程度分清主次，由一科为主管理患者，其他科室以会诊的形式协助诊治。

若无法分清主次，则首诊科室全面负责，其他相关科室会诊。

十一、凡在接诊、诊治、抢救患者或转院过程中未执行上述规定、推诿患者，要追究首诊医师、当事人和科室的责任。

	制度编码	MZB-ZD-016	制度名称	门诊电子病历管理制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2019-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊电子病历管理制度

为了完善医院信息化建设，提高门诊医疗服务质量，保障医疗安全，现制定门诊电子病历管理制度。

一、门诊病历是门诊医疗工作的原始记录，凡门诊患者不论初诊、复诊应建立相应门诊病历。各出诊医生需严格国家卫健委颁布的《病历书写规范》和《电子病历书写规范》要求进行门诊病历书写。

二、门诊病历按规范要求，力求客观、真实、准确、及时、完整、规范、简练、通顺，患者姓名、性别、年龄、职业、家庭住址、工作单位等内容，门诊医生要核对，有误应及时纠正。同时询问患者药物过敏史、身份证号及联系电话等，准确填写，以备患者危急值报告和随访之用。

三、初诊患者主诉、现病史、既往史、各种阳性体征和必要的阴性体征、诊断、初步诊断、治疗和处理意见等完整记录；复诊患者记录病情变化和疗效，本次处理情况。在门诊三次诊疗不能确诊或诊疗效果不好的患者，应请求上级医师或他科会诊，应将请求的目的和要求填上。

四、初诊必须进行系统体格检查，时隔 3 个月以上复诊，应作全面体检，病情如有变化应随时进行全面检查并记录。开具疾病诊断证明及休息证明应记录在电子病历中。

五、按照本院现有门诊医生工作站的要求进行操作书写、保存，诊疗结束后打印一份，手工签名后交于就诊患者或家属，并顺序黏贴在病历本上以备复诊和其他诊疗之用。已完成录入打印并签名的病历，未经医务部同意，接诊医师不得修改后再次打印给患者。

六、中医门诊电子病历应按照国家卫健委中医药管理局的统一规定书写，要突出中医特色。

七、门诊出诊医生均要求书写门诊电子病历，按《门诊电子病历管理考核方法》进行考核。

	制度编码	MZB-ZD-018	制度名称	门诊出具诊断证明管理制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2019-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊出具诊断证明管理制度

一、凡经本院诊治或者有关部门委托鉴定的患者，可出具有关诊断证明。

二、每个医师要以科学、严谨、求实的态度，认真开具诊断证明书，每项诊断都应具备科学的、客观的诊断依据。

三、医师开具诊断证明前必须经详细体检和必要的辅助检查，检查结果应如实记录在病历或鉴定表格上，重要的阳性辅助检查应记录其检索号备查。

四、对诊断难度大或诊断有分歧的疾病，不能出具诊断证明，更不能出具双重诊断证明，必须进一步检查得出准确结论后出具诊断证明。

五、诊断证明书必须由指定的副主任医师以上医师检查签字，再由医务部审核盖章后生效。出具诊断证明书的医师应对所做出的诊断负法律责任。医师不得开具非本专科病人的诊断证明书。

六、下列情况必须接到有关部门介绍信方可出具诊断证明书：①司法办案需要，须有公检法机关、交通管理部门等执法机关的介绍信，并由本院指定的专业医师出具；②病退离休、调换工种、伤残鉴定、保险索赔等，须有关部门的介绍信后，并由本院指定的专业医师出具；③申请生育第二胎指标（证明男方或女方无生育能力或儿童病残），须持有县以上医疗单位转诊单或乡以上计划生育办公室的介绍信，由本院指定的专业医师 2 人以上签名出具；④复工、复学证明，须持有单位建议复工、复学介绍信，经本院临床医师检查认可后出具证明。

七、开出的诊断证明书必须复写或登记，交门诊部办公室或医务处存查。

八、对学术上有争议的诊断，病情复杂、涉及多专科等特殊鉴定需开诊断证明者，应由医务处组织会诊，经讨论后，慎重开出诊断证明书并盖医务处章。

九、司法部门办案时，医院应积极配合，尽量提供方便。如：提供加盖医院公章的病案复印件或摘抄件以及特殊检查材料（X 线片等）。司法部门应履行医院有关手续并按期归还。

十、晚期肿瘤患者如需用麻醉药品，应由有关专科具有麻醉处方权的医师出具诊断证明，再到医务处转办有关手续。诊断证明书上必须有其阳性检查项目的检索号。

十一、医师不得利用工作之便，出具人情诊断证明，凡经查核实，将严肃处理；造成重大后果的，可停止其处方权及给予行政处理。

	制度编码	MZB-ZD-019	制度名称	门诊出具病休证明管理制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2019-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊出具病休证明管理制度

一、凡经本院诊治的患者，可出具有关病休证明。

二、每个医师要以科学、严谨、求实的态度，认真开具病休证明书，每项诊断都应具备科学的、客观的诊断依据。

三、病休证明书上的诊断只作为疑似诊断。这类证明书只证明病人需要病休和休息时间，不应提及对病人的行政处理意见。

四、病休证明书必须由在门诊工作的经治医师出具，未经诊治的病人或非门诊医师不得出具病休证明书，经治医师不得跨专科出具病休证明书。

五、门诊患者病休时间一般为一周，对某些慢性病可放宽至半个月，急诊患者病休时间一般为三天。门急诊患者特殊情况可酌情适当延长至一个月。

六、出具病休证明必须经详细体检和必要的辅助检查，检查结果应如实记录在病历上，重要的阳性辅助检查应记录其检索号备查；对诊断难度大或诊断有分歧的疾病，不能出具诊断证明，更不能出具双重诊断证明，必须进一步检查得出准确结论后出具诊断证明。

七、出具病休证明，除如实证明病员所患疾病外，可根据具体情况提出合理的治疗、检查、休息等建议。

八、医师不得利用工作之便出具人情诊断证明、产假证明，凡经查核实，将严肃处理；造成重大后果的，可停止其处方权及给予行政处理。

九、负责加盖“疾病证明专用章”的部门应严格审核，内容包括：①门诊病史是否符合要求；②医师是否签具全名；③是否有必备的辅助检查结果。医师开具的病休证明当日有效，过期不予盖章；一般不补开病休证明。

十、本院职工需开具病休证明的，必须由临床专科科主任诊断后开具病休证明书。

	制度编码	MZB-ZD-020	制度名称	门诊会诊工作制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2019-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊会诊工作制度

一、门诊病人就诊，需由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务，应提出会诊申请。当患者罹患疾病超出本科室诊疗范围和处置能力，经评估随时可能危及生命，需要其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救，可发出急会诊申请。

二、经治医师应遵循“首诊负责制”原则，在完成病史询问、体格检查、书写较详细的门诊病历和初步诊断后，才能提出会诊要求。会诊请求人员应当陪同完成会诊。

三、应邀科室的会诊医师，在复核申请科室的病史、检查资料后提出会诊意见，完成对病员的诊疗和处理。会诊明确归属科室后，做好交接班工作，转入归属科室，由归属科室负责抢救及后续治疗。严禁以任何理由推诿病人。急会诊必须在 10 分钟内到场，普通会诊应当在会诊申请发出后 24 小时内完成。

四、当病情复杂且涉及其他多个专科时，应申请多学科综合门诊会诊，做好相关检查检验，填写《多学科综合门诊会诊申请表》交于门诊办公室，由门诊办公室安排相关专科的专家并确定会诊时间，组织完成相关会诊工作。

五、应邀参加科室会诊的病人，不需要重新挂号，会诊记录可直接记录在门诊病历上。参加多学科会诊的病人，需挂当天多学科门诊的号，会诊记录填写在多学科联合诊疗门诊诊疗记录中。邀请外院医师会诊或派本院医师到外院会诊，须按照卫生部《医师外出会诊管理暂行规定》（卫生部 42 号令）有关规定执行。

六、根据病情须转外院会诊者，经本科主治医师以上人员或主任审签，经医务处批准，开给会诊介绍信；接受会诊单位应指派主治医师以上人员诊治；会诊意见带回后应详细转录于病历上。

七、会诊情况和处置按规定进行完整记录，申请科室定期自查，门诊部与医务部定期督查，及时反馈、处理、改进。

	制度编码	MZB-ZD-024	制度名称	多学科联合诊疗门诊管理制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

多学科联合诊疗门诊管理制度

为了进一步提高门诊医疗质量，创建优质医院，更新服务理念，使门诊疑难杂症患者能及时得到准确的诊断、有效的治疗，发挥多学科的专业互补优势，使患者得到最优化的综合治疗方案，特制订多学科联合诊疗门诊管理制度：

一、组织

在分管院长的领导下，在门诊设立“多学科联合诊疗门诊”，由医务部、门诊部负责组织协调。

二、多学科联合诊疗门诊就诊对象

1.门诊病人就诊 3 个或 3 个以上专科或在一个专科就诊 3 次以上尚未明确诊断者。

2.门诊病人所患疾病诊断较为明确，但病情涉及多学科、多系统、多脏器，需多个专业协同诊疗者。

3.外院转来本院的疑难病患者。

三、多学科联合诊疗门诊申请

1.首诊科室接诊医师认为有必要进行多学科会诊，在征得病人或其家属同意后，填写多学科会诊单向门诊部提出预约会诊申请。

2.患者或其家属主动要求疑难病会诊，也可直接向多学科联合诊疗门诊提出会诊要求，委托首诊科室或指定与疾病关系最密切的科室接诊医师，患者或其家属到多学科联合诊疗门诊办理相关手续（应写清患者联系方式与住址）。

3.门诊部负责多学科联合诊疗门诊，根据患者的病情及要求，负责确定会诊时间与会诊专家。

四、多学科联合诊疗门诊要求

1.计划开展多学科联合诊疗门诊的科室需按照要求填写申报表（见附件 1）并交与门诊部（纸质版和电子版各一份），经科室审核、医院医疗质量与安全管理委员会讨论确认。

2.对于已在病房开展的多学诊的病种需要开展多学科联合诊疗门诊的，科室只需向门诊部备案即可。

3.多学科联合诊疗门诊小组组长由申请科室的主任医师或科主任担任、成员由各相

关专科副主任医师以上人员组成,小组秘书由申请科室的主治以上医师担任。

4.多学科联合诊疗门诊地点暂定为：门诊二楼 MDT 室（专家门诊诊区内）。

5.在我院门诊的患者需要或接诊的门诊医师认为需要多学科联合诊疗门诊的，由门诊医生或患者本人及家属提出申请，门诊部将结合医院具体情况，在接受申请后根据病情确定会诊专家及会诊时间，参加每例会诊的专家数量不得少于 3 名，且职称要求在副主任医师以上。

6.已申报多学科联合诊疗门诊的科室，由相关科室人员提出申请，门诊部负责通知 MDT 小组组长，召集组内专家，确定会诊时间。

7.参加会诊人员，原则上由门诊部与会诊科室主任联系后确定会诊人员；特殊情况下门诊部可直接指定专家会诊。接到会诊通知后，专家必须在约定的时间准时参加会诊；若不能按时参加会诊，应提前通知门诊部更换专家。

8.会诊病人必须携带门诊病历、检查报告、化验结果等全部资料提前抵达指定地点，接受会诊专家问诊与体检。

五、多学科联合诊疗门诊程序

1.多学科门诊会诊由门诊部主任或首诊专科主任主持。

2.首诊专科医师报告病历与诊察经过，提出会诊的目的。

3.请病人进入会诊现场，回答专家的提问，如实表述病史，接受专家体格检查。

4.专家集中讨论，病人及家属回避。

5.讨论结束后，由首诊专科主任总结，并对患者的诊断、治疗计划或医嘱写出书面意见。会诊记录应根据当时讨论情况整理后，及时记入专门病例讨论记录本内。记录讨论时间、参加人员、简要病史及会诊目的、发言人意见、会诊总结意见、记录人签名。

6.会诊完毕，主持人委托首诊科室的专家将会诊意见转告病人，并热情解答病人提出的问题。如有保护性医疗方面的考虑，会诊意见或结论只向病人家属反馈。

7. 门诊部需对多学科会诊后病人的去向、治疗效果进行追踪了解，对病人或家属进行电话回访，收集病人或其家属对会诊工作的反馈意见。门诊部定期进行多学科联合诊疗门诊工作总结，不断改进多学科联合诊疗门诊工作，提高多学科联合诊疗门诊质量。

六、会诊管理

（一）医务部、门诊部共同负责多学科联合诊疗门诊工作的管理、协调和持续改进。

（二）多学科联合诊疗门诊须定期总结门诊疑难病例会诊工作，及时发现和解决工作中存在的不足，不断改进会诊工作，提高会诊质量。对延误病情造成医疗纠纷的，按医院有关规定另行处理。

附件一

无锡市惠山区人民医院
多学科联合诊疗门诊小组申报表

诊疗小组名称：

申请科室：

联系电话：

申请日期：

无锡市惠山区人民医院门诊部制

2025/12/01

一、多学科联合诊疗门诊小组概况

多学科联合诊疗门诊小组名称	
简述联合小组意义 （含国内外诊疗现状及发展趋势）	
涉及的诊疗指南及操作规范 （只列名称）	
小组组成科室及成员	
门诊固定时间	
工作模式及流程	
小组秘书及职责	秘书签名：　　年　月　日
小组组长及职责	组长签名：　　年　月　日
医院医疗质量与管理委员会意见	主任委员签名：　　年　月　日

多学科联合诊疗门诊小组成员一览表

科室	姓名	性别	年龄	职称和职务	学历	职责	联系电话

多学科联合诊疗门诊小组成员申报表（每个成员均需填写）

<table>
<tr><td rowspan="4">个人情况</td><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>出生年月</td><td></td><td>政治面貌</td><td></td><td>学历</td><td></td></tr>
<tr><td>专业技术职称</td><td></td><td>行政职务</td><td></td><td>最高学会任职</td><td></td></tr>
<tr><td>科室</td><td></td><td>联系方式</td><td></td><td>Email</td><td></td></tr>
<tr><td>个人简介</td><td colspan="5">申报人签名：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>所在科室意见</td><td colspan="5">科主任签名：　　年　月　日</td></tr>
</table>

附件二

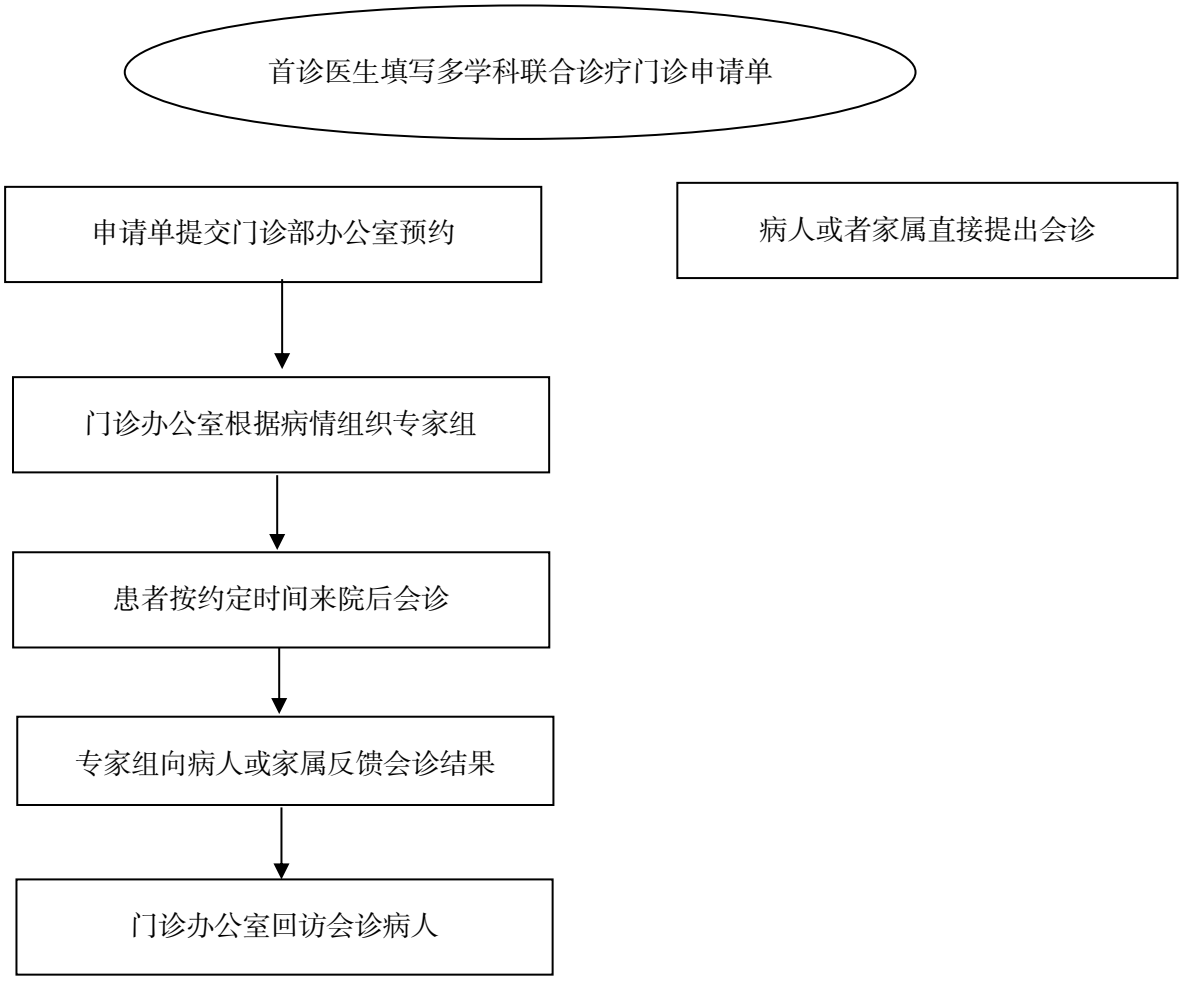
无锡市惠山区人民医院
多学科联合诊疗门诊申请表

<table>
<tr><td>患者姓名</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td>病历号</td><td></td><td>家庭住址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td></td><td>申请会诊科室</td><td></td><td>申请时间</td><td></td></tr>
<tr><td>多学科联合诊疗门诊名称</td><td colspan="2"></td><td>申请人</td><td colspan="2">1.科室
2.患者或家属</td></tr>
<tr><td colspan="6">病情摘要：</td></tr>
<tr><td colspan="6">请求多学科联合诊疗门诊目的和要求：</td></tr>
<tr><td colspan="6">多学科联合诊疗门诊相关科室：</td></tr>
<tr><td colspan="6">患者或家属已知多学科联合诊疗门诊察费用元，对此无异议。

患方签名：</td></tr>
<tr><td colspan="6">申请医生签名：</td></tr>
</table>

附件三

无锡市惠山区人民医院
多学科联合诊疗门诊流程



附件四

无锡市惠山区人民医院
多学科联合诊疗门诊诊疗记录

<table>
<tr><td>会诊讨论时间</td><td colspan="2"></td><td>会诊讨论地点</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>患者姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td></tr>
<tr><td>门诊号</td><td></td><td>联系
电话</td><td></td><td>家庭
住址</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">目前诊断</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">参会人员签名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">简要病史及检查</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">会诊讨论记录及建议（含各位医师报告）：

诊疗计划：

记录人签字：
诊疗组组长签字：
年　　月　　日</td></tr>
</table>

附件五

无锡市惠山区人民医院
多学科联合诊疗门诊照片留存

会诊讨论时间		会诊讨论地点	

附件六

无锡市惠山区人民医院
多学科综合门诊登记本

日期	MDT 申请科室	患者姓名	性别	年龄	MDT 门诊时间	MDT 参与专家	收费金额

	制度编码	MZB-ZD-027	制度名称	门诊预约诊疗工作制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊预约诊疗工作制度

为规范门诊预约诊疗工作，推进预约诊疗工作顺利开展，根据《江苏省三级综合医院评审标准实施细则》及我院实际情况，特修订本制度。

一、各科岗位职责

1.医院党办宣传科：负责对外公布医院出诊专家的信息。

2.门诊部：负责对出诊专家号源的管理及协调医院门诊预约挂号工作。

3.财务科：负责预约挂号的收费。

4.信息科：预约挂号信息化所需软件、硬件的配置和维护。

5.接诊医生：及时出诊。

二、预约挂号程序

1.预约的方式：我院全面开通了电话预约、现场预约、诊间预约、微信公众号预约、自助机预约、出院复诊预约、网站预约 7 种预约挂号方式，所有门诊号源全部实施预约。

2.预约的时限：出院复诊预约在就诊前 1 个月，其余方式预约在就诊前 2 周。

3.预约号源：100%号源放入号源池进行预约。要求患者在同一天同一个专科只能挂一个号。

4.挂号者的身份确认：预约时应采用实名制，凭有效身份证件号进行登记。

5.接诊医生的管理：医生应该严格按照安排的出诊时间出诊，遇可以预知的会议、出差等离开医院不能应诊的情况须在 2 周前，按规定程序将停诊申请单交门诊部进行停诊。若距出诊日期 2 周内医生遇有特殊情况应填写《停（替）诊申请表》并经科主任签字后递交给门诊部。若出诊当日突发事件导致不能按时出诊，医生应立即汇报科主任，由科室落实替诊医生，并迅速报告门诊部，后由停诊医生本人补填写“停替诊表”，送门诊部备案。

6.停诊处理：门诊部接到医生计划停诊申请单后应及时停止申请医生的预约。非计划停诊时，门诊部及时取消该医生出诊计划，同时电话通知已预约患者。若出诊当日突发事件导致不能按时出诊，科室落实替诊医师，门诊部做好患者的沟通解释工作。

7.预约病人的退号：预约病人因故不能来院就诊应在就诊前一日 24 时前完成退号（通过原来的预约途径），否则作为爽约处理。未就诊患者，挂号后经出诊医师签字确

认，可退号。

8.失约病人的处置：对累计 3 次预约成功但无故失约的患者，系统将自动封锁预约门诊资格三个月,但不影响窗口挂号就诊。

9.预约病人的催诊提醒：设置就诊前一日短信提示。

三、预约挂号特别提示

1.我院一律实行实名制预约，必须使用本人身份证（儿童使用监护人身份证）。

2.排班表中各科室医生出诊情况仅供参考，最终以医院当日公布为准。如遇医师临时停替诊，预约平台会短信提醒或电话通知已预约的患者。

3.退号：为避免爽约造成的挂号资源浪费现象，若退号请于就诊前一日 24 时前完成退号，以免影响下次预约。

四、门诊预约挂号流程：

电话预约：直接致电总服务台电话：0510–83318119→就诊当日在挂号窗口、自助机取号→就诊。

现场预约：距预约日期一周内，凭身份证在门诊一站式服务台预约挂号→就诊当日在挂号窗口、自助机取号→就诊。

诊间预约：距预约日期一周内，门诊医生工作站预约挂号→就诊当日在人工挂号窗口、自助机取号→就诊。

微信公众号预约：距预约日期两周内，登录手机微信“无锡市惠山区人民医院”公众号预约挂号→就诊当日可凭医院小程序内就诊码直接签到就诊。

自助机预约：距预约日期一周内，登录自助机进行预约挂号→就诊当日在人工挂号窗口、自助机取号→就诊。

出院复诊预约：距预约专家出诊日期一月内，主管医师预约相关专家→就诊当日在挂号窗口取号→就诊。

五、预约门诊变更、暂停、取消等特殊情况应急预案

为了方便患者就医，我院开展预约门诊工作，为了确保预约门诊服务质量，我院制定预约门诊变更、暂停、取消等特殊情况应急预案。根据医院《预约挂号工作制度》规定，专家门诊一经确定，原则上不得随意变更，如遇特殊情况报门诊部，立即启动本预案。

（一）医务人员

1.医务人员要按规定的时间出诊，按照医院工作制度要求，出诊安排一经确定在两周时间内原则上不得无故变动。如需变更、暂停或取消坐诊，应提前两周报门诊部备案，门诊部利用预约诊疗平台变更门诊时间，并通知导医台、门诊分诊台，及时公示出诊变更信息。

2.两周内的非计划停、替诊，门诊部利用预约诊疗平台变更专家门诊时间，并通知

导医台、门诊分诊台，及时公示出诊变更信息，对已预约的患者，平台及时发送信息至患者预约登记电话号码,告知门诊变更情况，取得患者理解后，进行妥善安排。

3.出诊当日预约的专家遇紧急情况不能按时出诊，不能停诊，科主任接到汇报后应立即安排科室人员替诊,门诊部及时出示出诊变更信息,做好现场就诊患者的解释工作。

4.门诊工作人员要认真做好预约挂号服务、登记、解释工作，若预约患者未如约前来，下一位预约病员可以先行就诊。

（二）预约患者

1.预约一律采取实名制,预约人员须提供各项真实有效的信息,以便专家临时停(替)诊时联系。

2.如遇专家替诊，对不愿变更医生的患者，需按预约程序重新预约专家。

3.预约时兼顾考虑医患双方时间确定就诊时间及专家。

4.预约成功后，应在预约当日按预约时段提前来院挂号，并按挂号序列有序就诊。

5.病人预约成功，但未前来就诊，视为违约，违约 3 次，系统将自动封锁预约门诊资格三个月,但不影响窗口挂号就诊。

6.若预约病员未如约前来，下一位预约病员可以先行就诊。

六、考核

1、医院将预约挂号执行情况如专家预约率、专科预约率等纳入科室考核项目，各科室要认真执行,积极推动预约挂号。

2、各科室医生要严格执行医院出诊管理规定，严格执行请假汇报制度，准时开诊，在岗在位。对于因医生原因导致的预约患者投诉，将与个人考核挂钩。

3、工作人员应认真做好预约工作，耐心细致解答病人疑问和咨询，为患者提供优质服务，定期对预约结果进行检查，持续改进预约服务。

	制度编码	MZB-ZD-028	制度名称	医技科室分时段预约管理制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

医技科室分时段预约管理制度

一、为方便患者就诊就医，提高工作效率，结合我院工作实际，特制定医技科室分时段预约管理制度。

二、医技检查预约工作要求各临床、医技科室确定一名人员负责医技检查预约工作。

三、医技检查预约范围包括：

（一）影像科

1.磁共振所有检查

2.CT 所有检查

3.各种 X 线造影检查

4.冠脉 CTA，颈部 CTA 及全身各部位血管成像

（二）超声科

除排畸彩超外所有项目

（三）心电图室：动态心电图

（四）病理科

术中快速冰冻病理检查（提前 1 天与病理科联系，临床医师告知家属到病理科签字；标本送达病理科后 30 分钟出结果；术中临时决定送快速病理，出报告时间相应延长）。

四、预约医技检查工作流程

1.门诊患者预约

在门诊医生处开检查申请单——缴费后医技预约平台自动预约——检查时间发送至患者手机——按预约时间进行检查。

2.住院患者预约

住院医生开检查申请单——护理复核医嘱后医技预约平台自动预约——护士站打印预约清单，并发放给患者——患者持预约单、检查申请单按预约时间到医技科室进行检查。

五、注意事项：

1.医技检查预约工作由各科室指定专人负责。

2.医技检查预约提倡按天、按时段预约。

3.患者预约时应告知：如有急诊病人、老人与儿童、空腹检查的病人可能会影响其预约的精确时间，但不会超时太久；

4.预约时，各科室要告知患者检查前应做的准备和检查禁忌证。

5.预约后若因故不能按时来诊疗，应提醒患者及时拨打预约电话取消预约，或手机小程序改约，否则将被视作违约。违约者取消预约资格，重新预约检查时间。

6.医疗设备常规检修时，各医技科室要提前进行公告；医疗设备突发故障时，各医技科室要及时和已预约的患者联系沟通，取得患者理解，待设备正常运行后优先安排预约患者。

7.急危重患者不受预约顺序限制，优先检查。

8.临床和医技科室工作人员未按规定执行造成患者投诉，按照医院投诉处理规定严肃处理。

	制度编码	MZB-ZD-030	制度名称	门诊实名制就诊制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

门诊实名制就诊制度

根据国家卫健委要求，为进一步优化医疗服务流程，构建医患双方诚信机制，加强医疗质量，维护患者在就医中的合法权益，保障医院正常医疗秩序，结合我院实际，制定如下实名制就诊制度。

一、从 2019 年 3 月 1 日起患者至本院就诊挂号时，必须提供有效身份证（如二代身份证或社保卡、医保卡、驾驶证、户口簿、护照及其他包含本人身份信息的证件），并留下联系方式及电话。

二、患者挂号成功，未经医生签字同意，不能退号，不更名。

三、年老体弱、路途遥远、新生儿无身份信息者，填写“无卡人员信息登记表”后再予挂号。儿童可用户口簿替代，身份证照片、电子身份证可暂时代替实体身份证。

四、急诊处挂号也需提供身份证，如无身份证等证件，急诊分诊台填写“无卡人员信息登记表”，抢救病人及外伤病人除外。

五、住院患者，无论是否有医保卡，均需携带身份证办理住院，住院处需核对身份证、医保卡信息，防止有冒用医保卡住院人员。住院病人原则上须带实体身份证办理住院。

六、挂号窗口人员，需认真核查代表患者识别唯一性的实名信息，包括姓名、身份证号、医保号。

七、医保卡实行“一人一卡”，严禁使用他人有效身份证明或医保卡挂号、就诊，一经发现医保卡基本信息与患者真实身份不符，医院有权终止接诊，由此产生的一切不良后果由患者及家属自行承担。

	制度编码	MZB-ZD-033	制度名称	门诊危急值报告制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

危急值报告制度

为规范危急值管理，确保危急值报告及处置闭环管理，保障医疗质量和安全，依据《医疗质量管理办法》制定本制度。

一、适用范围：

本制度适用于全院。

二、定义：

危急值是指提示患者可能处于生命危急状态的检查、检验结果。临床医护人员根据情况需要给予积极干预措施或治疗。

三、具体规定

（一）危急值项目设置与更新：

由检验科、影像科、临床等科室根据行业指南，结合本院、科室收治患者的病情特点科学制定符合实际需要的本院危急值项目、阈值，由医务部汇总报医疗质量与安全管理委员会审核确定，并在全院范围内公布。根据临床需要和实践总结，每年组织一次更新和完善危急值项目及阈值。

（二）住院患者危急值报告及处置流程：

1.检查（检验）科室工作人员发现“危急值”后，首先确认仪器、设备是否正常，并按照本部门操作规范、流程及相关质量控制标准，对检查、检验各个环节进行核查。如无异常，立即将核实后的危急值结果电话通知临床科室护士站，同时通过医院信息系统在医生工作站界面弹框提醒告知。若 5 分钟内临床科室护士站无人接听电话，迅速向医务部或行政总值班（非工作时间段）报告。电话通知时要求接听人复述结果，以免发生差错。

2.检查（验）者通知临床科室后，报告人应将危急值患者姓名、科室、住院号（门诊号）、收样时间、检查（验）结果、报告人姓名或工号、报告时间、接收报告科室、接收人姓名或工号、接收报告时间等内容记录在《危急值报告记录本》上。

3.临床科室护士在接获危急值后，应立即将危急值信息报告经治医师或值班医师，并在《危急值接获登记本》记录报告信息和报告时间。

4.医师接到危急值报告后应立即诊察患者，遵循急危重患者抢救流程，迅速采取相应临床措施，及时将接到报告时间、项目、内容、处理结果等记录在病程记录中，密切观察病情变化，做好交接班。如经医师诊察评估患者后无需特殊处理，也应及时在病程中记录，允许当日多个未处置的危急值信息合并记录。如单项危急值与输注的某种药物有直接关系，该药物目前仍在输注中，允许护士立即停止输注该药物。

5.患者处理后应适时复查危急值。如临床科室发现危急值与患者病情不相符时，应立即复查。

（三）门诊患者危急值报告及处置流程：

1.检查（验）科室核实“危急值”后，立即电话通知相应门诊医生，医生立即通知患者返回诊室就诊或送至抢救室诊治，如无法联系到患者或家属时应及时向医务部或行政总值班（非工作时间段）报告，组织相关人员协助寻找患者，必要时报警寻找患者，同时做好相应记录。

2.门诊患者危急值报告登记及处置要求同住院患者危急值报告及处置流程。

（四）急诊患者危急值报告及处置流程：

1.检查（验）科室核实“危急值”后，立即电话通知相应急诊医生，医生立即通知患者返回诊室就诊或送至抢救室诊治，如无法联系到患者或家属时应及时向医务部或行政总值班（非工作时间段）报告，组织相关人员协助寻找患者，必要时报警寻找患者，同时做好相应记录。

2.急诊患者危急值报告登记及处置要求同住院患者危急值报告及处置流程。

（五）转科患者危急值报告及处置流程：

检查（验）科室核实“危急值”后，如果向原科室报告确认患者已经转入其他科室治疗的，检查（验）科室要及时追踪患者并将危急值报告给转入科室，转入科室危急值报告登记及处置要求同住院患者危急值报告及处置流程。

（六）床旁检测危急值管理

发现床旁检测危急值，由检测者报告医生；床旁危急值报告登记及处置要求同住院患者危急值报告及处置流程。

（七）外送的检验项目危急值管理

我院目前外送的检验项目无危急值项目；如后续增加外送的检验项目存在危急值项目，由检测机构将危急值向检验科通知；检验科接到通知后按照院内危急值报告和处理流程进行。

（八）注意事项：

1.医院统一制定临床危急值信息登记专册和模板，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。

2.危急值记录时间精确到分钟。

（九）管理与监督：

1.医护人员严格执行本项制度，实行“谁报告谁记录、谁接收谁记录”的原则，危急值记录时间精确到分钟。

2.医务部负责危急值报告制度的起草和修订，并组织全员培训，定期组织危急值报告制度执行情况的督查。

3.医疗质量与安全管理委员会：负责危急值报告制度、危急值项目及阈值的审核。听取职能部门关于制度落实情况的汇报，并提出持续改进建议并督促落实。

附：危急值范围

一、检验危急值项目（含 POCT）

危急性项目	低值危急值	高值危急值	备注
白细胞计数	<2.5x109/L	>30x109/L	静脉血、末梢血
血小板计数	<20x109/L	>1000x109/L	静脉血、末梢血
血红蛋白	<50g/L	>200g/L	静脉血、末梢血
	<120g/L	>220g/L	0–28 天新生儿静脉血、末梢血
凝血酶原时间（PT）		>30 秒	抗凝治疗时
部分凝血活酶（APTT）		>70 秒	抗凝治疗时
纤维蛋白原	<1.0g/L	>8g/L	血浆
酸碱度	<7.25	>7.55	动脉血
二氧化碳分压	<20mmHg	>70mmHg	动脉血
碳酸氢根	<15 mmol/L	>40 mmol/L	动脉血
氧分压	<50mmHg		动脉血
钾	<2.8mmol/L	>6.0mmol/L	血清或血浆
钠	<120 mmol/L	>160 mmol/L	血清或血浆
氯	<80 mmol/L	>115 mmol/L	血清或血浆
GLU	<2.8 mmol/L	>22.2 mmol/L	血清或血浆、末梢血
	<2.2 mmol/L	>22.2 mmol/L	血清或血浆、末梢血（0–28 天新生儿）
CA	<1.7 mmol/L	>3.3 mmol/L	血清或血浆
BUN		>36 mmol/L	血清或血浆
肌酐		>530 umol/L	
		>1500 umol/L	慢性肾脏病 5 期、血液透析患者
总胆红素		>153umol/L	血清或血浆
		>240umol/L	血清或血浆（0–28 天新生儿）
高敏肌钙蛋白 I		>500pg/mL	血浆
肌钙蛋白 I		>1.5ng/ml	血浆
NT–proBNP		>1800pg/mL	血浆
淀粉酶	正常参考值上限 3 倍以上 U/L		血清或血浆
多重耐药细菌培养	培养出耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）；耐万古霉素葡萄球菌、肠球菌；耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌、非发酵菌		
无菌部位标本细菌培养	血液、骨髓、脑脊液、胸腹水、胆汁培养阳性		
RhD	阴性		

二、放射科“危急值”项目及报告范围

1.中枢神经系统：

（1）严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；

（2）硬膜下/外血肿急性期；

（3）脑疝、急性脑积水；

（4）颅脑 CT 或 MRI 扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）；

（5）脑出血或脑梗塞复查 CT 或 MRI，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过 15% 以上。

2.严重骨关节创伤：

（1）X 线或 CT 检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊致椎管狭窄、脊髓受压。脊柱骨折伴脊柱长轴成角畸形；

（2）多发肋骨骨折伴肺挫裂伤及或液气胸；

（3）骨盆环骨折。

3.呼吸系统：

（1）气管、支气管异物；

（2）气胸及液气胸，尤其是张力性气胸（压缩比例大于 50%以上）；

（3）肺栓塞、肺梗死；

（4）一侧肺不张；

（5）急性肺水肿。

4.循环系统：

（1）大量心包积液、心包填塞、纵隔摆动；

（2）急性主动脉夹层动脉瘤；

（3）心脏破裂；

（4）纵膈血管破裂及出血；

（5）急性肺栓塞。

5.消化系统：

（1）食道异物；

（2）急性消化道穿孔、急性肠梗阻；

（3）急性胆道梗阻；

（4）急性出血坏死性胰腺炎；

（5）肝脾胰肾等腹腔脏器挫裂伤、出血；

（6）肠套叠。

6.颌面五官急症：

（1）眼眶或眼球内异物；
（2）眼球破裂、眼眶骨折；
（3）颌面部、颅底骨折。

三、心电图“危急值”项目及范围

1.急性心肌梗死；
2.心室扑动、心室颤动；
3.尖端扭转型室性心动过速；
4.第三度房室传导阻滞；
5.较久性心脏停搏；
6.心室率小于 35 次/分的心动过缓；
7.心室率大于 200 次/分的心动过速。

四、超声科危急值项目及报告范围

（1）疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血；
（2）疑似宫外孕破裂并腹腔内出血；
（3）急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔；
（4）晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快（ > 160 次/min）或过慢（ < 110 次/min）；
（5）子宫破裂；
（6）胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血；
（7）首次发现心功能减退（LVEF < 35%）；
（8）心包积液合并心脏压塞；
（9）主动脉夹层；
（10）主动脉瘤破裂；
（11）心脏破裂；
（12）心脏游离血栓；
（13）急性上下肢动脉栓塞；
（14）瓣膜置换术后卡瓣。

五、病理科“危急值”项目及报告范围

1.恶性肿瘤出现切缘阳性。
2.常规切片诊断与冰冻切片诊断不一致。

	制度编码	MZB-ZD-034	制度名称	医技科室限时承诺服务工作制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2017-07-01	修订时间	2025.12.27

医技科室限时承诺服务工作制度

一、检验科

1.血、尿、粪常规项目自接收标本开始到出具报告时间 30 分钟；

2.急诊常规项目检验时间小于 30 分钟，生化、免疫急诊项目小于 1 个小时；

3.常规生化项目小于 3 小时；常规免疫检验项目检验时间小于 3 小时；微生物常规检验项目小于 3 个工作日。

二、影像科

1.门诊平诊普放检查 1 小时出报告;门诊平诊 CT 及 MRI 检查 2 小时出报告；所有 CT、MRI 增强检查、CTA 等重建次日 8：30 后取报告。

2.急诊普放单部位检查 30 分钟出报告，多部位不超过 1 个小时；急诊 CT 单部位平扫检查 30 分钟出报告，多部位检查不超过 1 小时出报告，工作时间段出具正式报告，急诊时间段出具临时报告；增强检查工作时间段 2 小时内出具正式报告；CTA 等重建检查出具临时报告，急诊时间段次日上午 11 点之前出具正式报告。

3.急诊时段涉及临时报告，请于次日 14：00 以后来影像科换取正式报告。

三、心电图室

1.心电图检查：从开始到出具结果时间小于或等于 10 分钟。（疑难病例除外）

2.脑电图检查：从开始到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

3.肺功能检查：从开始到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

4.脑血管血液动力学检查及经颅多普勒检查：从开始到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

5.24 小时动态心电图：从分析到出具结果时间小于或等于 24 小时。

6.24 小时动态血压：从分析到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

四、超声科

1.腹部、妇产、浅表超声检查：单个项目，从检查结束到出具结果时间小于或等于 30 分钟。

2.肾动脉、胡桃夹、肢体血管、内瘘超声检查：从检查结束到出具结果时间小于或

等于 45 分钟。

3.心脏超声检查：从检查结束到出具结果时间小于或等于 45 分钟。

4.早中孕 NT 超声检查：在胎儿条件配合的情况下，从检查结束到出具结果时间小于或等于 30 分钟。

5.产科筛查超声检查：在胎儿条件配合的情况下，从检查结束到出具结果时间小于或等于 60 分钟。

6.心脏、肢体血管、内瘘、肾动脉、胡桃夹预约检查时间不超过 2 个工作日。

五、病理科

1.常规病理诊断报告在 5 个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外。

2.术中快速病理诊断报告在 30 分钟内发出，疑难病例和特殊标本除外。

3.细胞学检查诊断报告在 2 个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外。

	制度编码	MZB-ZD-020	制度名称	门诊手术管理制度	级别	门诊
	制定科室	门诊部	制定人	张凯	内审人	徐太静
	制度版次	第二次	制定时间	2025-02-28	修订时间	2025.12.27

门诊手术管理制度

根据《医疗机构门诊质量管理暂行规定》及医院实际，为规范门诊手术管理，保障医疗安全，提升服务质量，特制定本制度。

第一章 总则

第一条 适用范围：本制度适用于门诊开展的所有手术及有创操作（包括但不限于体表肿物切除、活检穿刺、内镜下治疗等）。

第二条 管理原则：遵循“安全第一、质量优先、患者知情、全程监管”的原则，严格落实术前评估、术中规范、术后随访的全流程管理。

第二章 门诊手术准入与人员资质

第三条 手术项目准入

1.门诊手术目录由医务部报送医疗技术临床应用管理委员会审定，明确适应症、禁忌症及风险等级，报分管院长批准后执行。

2.禁止开展全麻手术、四级手术及高风险手术（如心脏介入、颅脑手术）。

第四条 医务人员资质

1.手术医师：须具备主治医师及以上职称，经医务部考核授权。

2.麻醉医师：局部麻醉由手术医师负责；静脉镇静/镇痛者，须由麻醉科医师全程监护。

3.护理人员：须持有护士执业证，经门诊手术室专项培训并考核合格。

第三章 术前管理

第五条 患者评估

1.严格筛选适应症，排除禁忌症（如严重心肺功能不全、凝血功能障碍等）。

2.术前完成相关检查评估手术风险，如：

- 血常规、凝血功能、感染四项（乙肝、梅毒、HIV、丙肝）；
- 心电图（≥60 岁或合并心血管疾病者）；

– 必要时行影像学检查（如超声、X 线）。

第六条 知情同意

1.手术医师需向患者或家属详细告知手术目的、风险、替代方案及术后注意事项，签署《门诊手术知情同意书》。

2.神经阻滞、静脉镇静/镇痛等手术由麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况，医患双方签署《麻醉知情同意书》。

第七条 术前准备

1.手术器械、耗材、药品须妥善准备并于术前核查。

2.患者术前禁食禁水要求：

– 局部麻醉：无需禁食；

– 静脉镇静/镇痛：禁食 6 小时、禁水 2 小时。

第四章 术中管理

第八条 手术操作规范

1.严格执行无菌操作、手术部位标记、安全核查（Time-out）等制度。

2.手术时间超过 1 小时或出血量≥50ml，需立即上报门诊部，必要时转入住院部。

第九条 麻醉与监护

1.局麻药物使用需记录名称、剂量及给药时间。

2.静脉镇静/镇痛患者须全程监测生命体征（心率、血压、血氧饱和度），术后观察≥30 分钟。

第十条 突发事件处理

1.术中发生大出血、过敏反应、心跳呼吸骤停等紧急情况，立即启动应急预案：

– 呼叫急诊科支援；

– 开放静脉通道，优先抢救生命；

– 立即上报医务部，术后 24 小时内填写《医疗安全（不良）事件报告表》。

第五章 术后管理

第十一条 术后观察与记录

1.患者术后观察时间：

– 局麻手术：≥30 分钟；

– 静脉镇静/镇痛手术：≥1 小时，生命体征平稳后方可离院。

2.手术记录需在术后 2 小时内于电子病历系统完成，内容包括手术时间、手术名称、手术级别、术前诊断、术后诊断、手术者及助手姓名、麻醉方式、手术经过、标本去向

第十二条 并发症处理

1.术后出现感染、出血等并发症，首诊医师负责处理，必要时转入住院部。

2.术后 3 日内进行随访，记录患者恢复情况。

第十三条 标本管理

1.手术切除组织应送病理检查，严禁丢弃。

2.病理申请单需注明患者基本信息、手术部位及临床诊断。

第六章 质量与安全管理

第十四条 感染控制

1.门诊手术室每日紫外线消毒≥2 次，每季度空气培养检测一次。

2.手术器械须按规范清洗、灭菌，一次性耗材严禁复用。

第十五条 抗菌药物使用

除Ⅱ类切口或污染伤口外，门诊手术原则上不预防性使用抗菌药物。

第七章 监督与考核

第十六条 日常督查

1.门诊部每月抽查手术病历 20 份，重点检查知情同意、操作规范及记录完整性。

2.医务部每季度组织检查门诊手术，结果纳入绩效考核。

	制度编码	ZGB-ZD-001	制度名称	医院质量与安全管理委员会工作制度	级别	院级
	制定科室	质管部	制定人	龙 琦	内审人	戴智勇
	制度版次	修订（第 1 次）	修订时间	2025.08.25	生效时间	2025.09.01

医院质量与安全管理委员会工作制度

一、目的

保证医院质量与安全管理委员会切实、高效、常态化运作，促进委员会管理规范化、科学化运行，建立医院质量与安全管理体系，提高医院质量改进与患者安全工作质量。

二、范围

本制度中所涉及到的委员会包含组织架构图中的所有相关委员会。

三、定义

从加强患者的医疗安全、患者家属安全及员工安全、规范医院服务，尤其强化对患者有重大安全影响的医疗服务规范和流程，提高医疗质量和水平，提高环境、设备、设施及其它服务对医疗的支持，提高患者满意度和员工满意度等项目进行管理与监测。

四、职责

（一）院长办公会议：审批医院质量改进与安全管理计划，每季度审核质量与安全项目的报告并采取相应措施。

（二）院长：是医院质量与安全第一负责人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保质量与安全管理体系所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动。

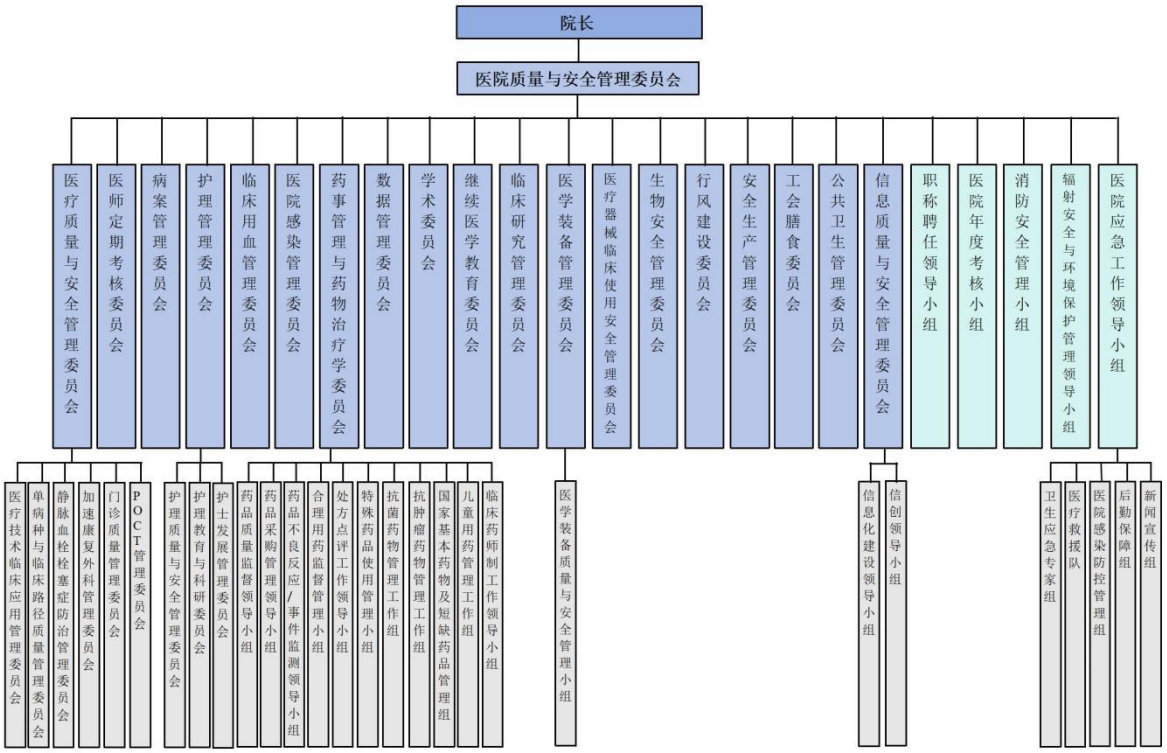
（三）医院质量与安全管理委员会：决策医院的患者安全目标、优先监测指标及全院性改进项目，拟定医院质量改进与患者安全管理计划。

（四）各分支委员会：定期专题研究质量与安全工作，有分析、总结、改进记录，每季度向医院质量与安全管理委员会汇报。

（五）职能部门：医院质量与安全管理委员会日常工作由质管部负责，各分支委员会日常工作由相关职能科室负责。

五、标准

（一）委员会组织框架



（二）组织原则

1、名称：医院设定各委员会名称。

2、人员：设主任委员、副主任委员、委员及秘书等，其中主任委员 1 名，副主任委员不超过 5 人名，委员原则上不超过 30 人，委员会成员总数为奇数。

（三）委员组建与换届

1、成员的组成和数量与委员会承担的职能相符。

2、成员的任命与职责：由院领导派任,并征询本人意见，确认后公示，最后由医院发文生效。委员应能保证参加培训,保证有足够的时间和精力参加委员会的工作。

（1）主任委员职责：主任委员由院长任命，负责主持会议,审签会议记录,审签决定文件；

（2）副主任委员职责：副主任委员由主任委员任命，协助主任委员完成各项工作，主任委员因故不能履行职责时,可以委托副主任委员履行主任委员全部或部分职责。

（3）委员职责：由主任委员派任，主要由相关职能部门负责人担任，负责向委员会提交议案，出席委员会会议，积极参与讨论并表决，执行委员会分配的工作。

（4）委员会秘书职责：负责委员会的日常事务，确保委员会有效运作；协助完成会议准备，追踪会议决策的落实。

3、任期：委员每届任期 3 年，可连任。

4、换届按照委员会工作的连续性及委员的专业类别进行换届。当委员会人员发生变动时，由主任委员提议，经委员会讨论，并报院长办公会议讨论通过予以调整。

5、免职：以下情况可以免去委员资格：

（1）本人书面申请辞去委员职务者。

（2）因健康或工作调离等原因,不能继续履行委员职责者。

（3） 因严重违法违纪,受到撤职以上党纪政纪处分者。

（4）因道德行为规范与委员职责相违背,不适宜继续担任委员者。

（5） 委员 1 年内连续 3 次请假不参加会议者,由主任委员给予约谈，必要时免除委员资格。

（四）委员会工作制度

1、会议：委员会会议每年召开不得少于 2 次，相关委员会可根据对应考核要求提高会议频次。

2、主任委员负责召集会议并担任会议主持，主任委员缺席,可委托一名副主任委员执行。

3、会议主持视内容需要可邀请或指定有关人员列席。

4、委员会每次会议前都须通知所有委员参加,参加的委员人数达到半数以上（特殊情况除外）方可开会，委员无特殊原因,不能缺席。有特殊原因不能参加者须请假，可请相关代理人参加会议，负责会议内容的传达。

5、会议提案：会议之前由委员会秘书征求各位委员的提案。

6、会议议题：会议之前秘书梳理所有提案,确立重点问题,由主任委员商定形成会议议题。秘书于会议前将会议议题、需讨论主要内容等会议材料反馈与会人员,征求委员意见和建议。

7、委员会应制定年度工作计划、年度重点工作项目并组织实施，有年度工作总结。

8、会议纪要：

（1）每次会议都要有会议纪要,纪要包括：会议时间、地点、参加人员及会议内容等。会议内容应包括追踪上次会议执行事项、本次会议主要发言内容、本次会议议题、本次会议议定事项等。

（2）秘书整理会议纪要,会议结束一周内,将会议纪要呈主任委员审核。

（3）经委员会讨论通过的决议,由秘书负责落实,并及时将进展情况反馈给本委员会，需上交医院质量与安全管理委员会讨论的决议，经讨论通过后由相关部门或科室执行。

（4）委员会秘书根据医院规定对会议记录进行归档，并保存 3 年。

9、任何部门/科室和个人如不服委员会的裁决,允许其准备申述材料在下一次会议上进行申辩。

10、对于委员会之间相交叉的事务，提交医院质量与安全管理委员会讨论。

11、对一些突发性事件,无法组织委员会开会讨论,可由医院领导先决定处理意见,事后提交委员会讨论备案。

（五）委员履职要求与考核

1、考核目的：为加强委员履职服务与管理工作,充分发挥委员主体作用,提高委员履职实效。

2、考核对象：相关委员会委员。

3、考核内容：考核内容是指对委员参加委员会各种会议和活动等履职情况进行的年度考核。

（六）委员会职责

1、医院质量与安全管理委员会职责

（1）院长为医院质量管理第一责任人，科主任为本科室医疗质量和安全管理第一责任人。建立医院质量管理组织架构和医院三级质控管理体系，医院质量与安全管理委员会为决策层，各相关职能科室为医院质量与安全的管理层，各科室负责人及质量和安全管理小组为医院质量与安全工作的执行层，全面负责医院质量与安全持续质量改进工作。

（2）组织协调医院质量与患者安全工作实施、监督、检查，督促各管理委员会贯彻卫生行政部门制定的各类质量与安全管理标准、制度、流程，并监控制度和工作规程的实施情况。

（3）听取各分支委员会工作报告，审定医院年度质量管理目标和工作计划，及时研究解决医院质量与安全管理存在的问题，推进医院质量与安全管理持续改进。

（4）领导和协调医院各相关委员会的工作,不定期召开多部门质量与安全工作协调推进会，解决协调各相关委员会工作。必要时可临时召开会议研究和决策事宜。

（5）定期为员工提供质量改进和患者安全方面的信息。按照医院总体质量和安全管理目标，组织确定医院年度质量改进和病人安全的优先级范围和项目，其中包括国家患者安全目标，并推展和实施指标监测方法，监测改善成效；指导各相关委员会认真研讨本领域内质量相关问题，制定各部门级年度重点管理监测指标，提出改进方案， 推动相关领域的质量与安全工作。

（6）确定医院的警讯事件，指导各相关委员会对重大的不良事件及风险趋势进行分析，提出改进和预防方案。

（7）审核各分支委员会的年度计划，上年度年度总结，督促各分支委员会及有关部门，按照医院总体质量和安全管理目标，做好有关质量与安全指标的监测、考核与评价工作。

（8）每半年召开医院质量与安全管理委员会会议，总结分析存在问题，提出改进，并予以落实，同时将会议有关决定整理成文上报院长办公会议。委员会秘书负责委员会相关准备工作。

2、质量与安全分支委员会的管理职责

（1）各分支委员会人员构成合理，有明确的职责并履行。在医院质量与安全管理委

员会统领下，各相关委员会运行良好，在质量与安全管理及持续改进中发挥积极作用。

（2）至少每半年召开一次工作会议，讨论管理领域内的质量监控指标和不良事件等质量信息，依据医院总体质量与安全管理目标，研讨本领域质量与安全相关问题，落实改进措施，并追踪措施的有效性。

（3）应用质量管理方法开展质量管理工作，包括 PDCA（质量环）、QCC（品管圈）、RCA（根本原因分析）、FMEA（失效模式和影响分析）、HVA（灾害脆弱性分析）、6S 管理等。

（4）各分支委员会依据职责收集科室质量与安全管理信息，对质量监控指标和不良事件进行分析讨论，制定改进措施，提高所负责工作的质量与安全水平。

（5）各分支委员会主任委员至少每半年向医疗质量与安全管理委员会汇报工作总结和计划， 主要内容为日常工作开展情况、近期质量与安全问题及改进措施、质量监控指标趋势分析，针对存在的关键问题向医院质量与安全管理委员会提交改进计划，进行决策讨论。

3、质量改进与患者安全计划制定程序

（1）医院质量与安全管理委员会每年年初制定《质量改进与患者安全计划》。

（2）制定程序

①质管部汇总医院质量与安全管理委员会下设分支委员会的年度总结和工作计划。

②医院质量与安全管理委员会确定年度患者安全目标、医院优先级监测指标和全院性改进项目。

③根据各分支委员会年度总结、工作计划、患者安全目标、医院优先级监测指标和全院性改进项目拟定《质量改进与患者安全计划》。

④医院质量与安全管理委员会将《质量改进与患者安全计划》提交院长办公会议审核，院长签发。

⑤质管部将《质量改进与患者安全计划》和每季度质量与患者安全报告发送至其他院领导、科主任、医院质量与安全管理委员会成员等。

六、流程

（一）《各委员会管理和督导工作流程图》附件一。

（二）《医院委员会例会流程图》附件二。

七、表单

（一）《医院委员会提案汇总表》附件三。

（二）《医院委员会会议议程》附件四。

（三）《医院委员会会议签到表》附件五。

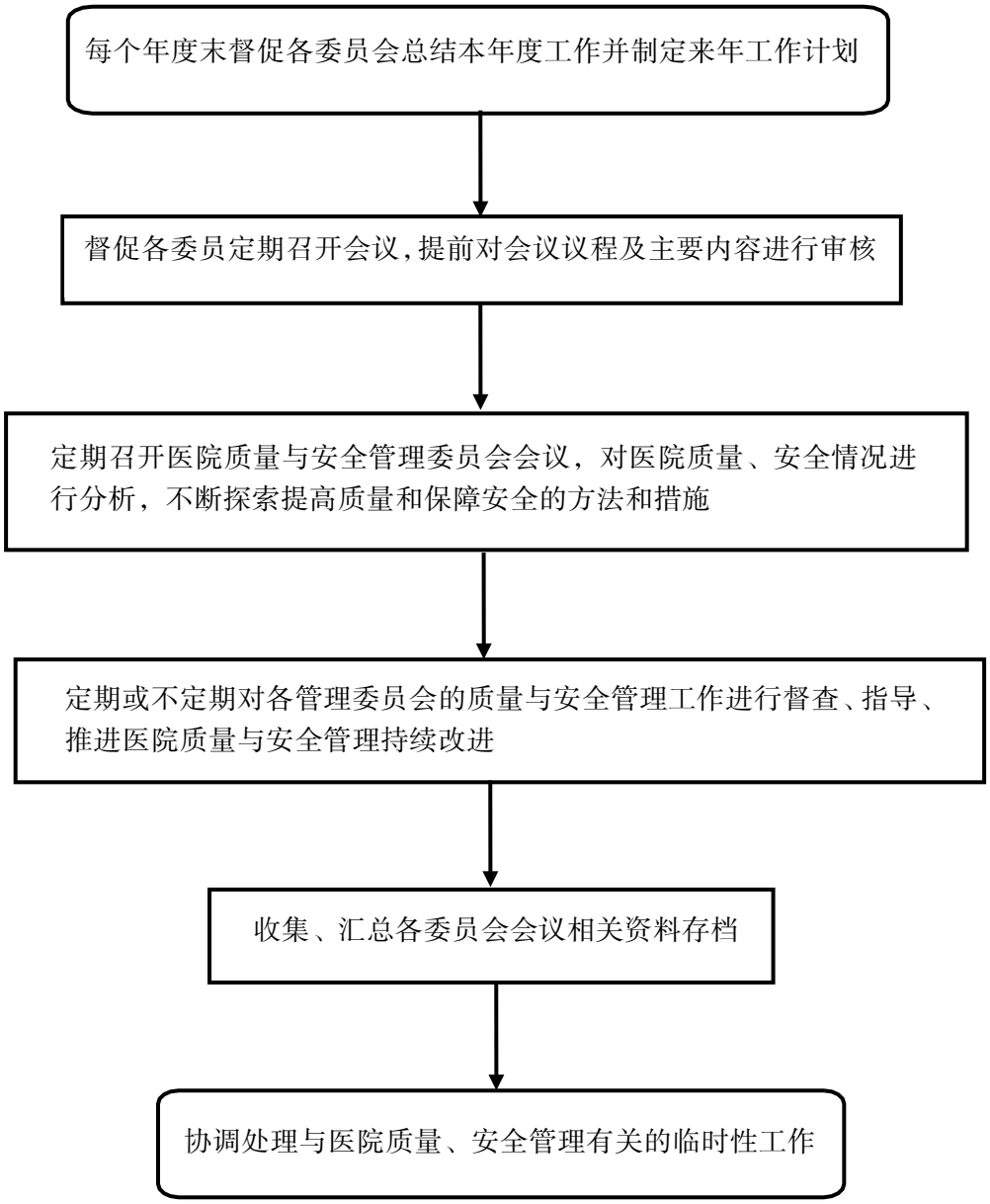
（四）《医院委员会表决表》附件六。

（五）《医院委员会决议表》附件七。

（六）《医院委员会会议纪要》附件八。

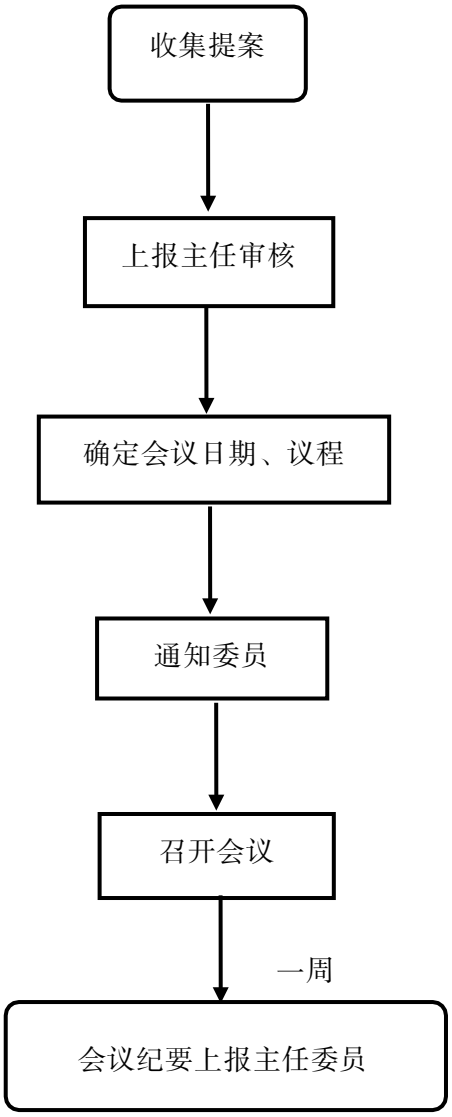
附件一：

各委员会管理和督导工作流程图



附件二：

医院委员会例会流程图



附件三：

医院委员会提案汇总表

医院_____委员会提案汇总表

附件四：

医院委员会会议议程

医院_____委员会会议议程

时 间 ：XXX

地 点 ：XXX

主持人：XXX

会议议程：

主任报告

XXX

（二）上次会议讨论事项追踪

XXX

XXX

（三）本次会议讨论的议案

XXX

XXX

XXX 委员会

XXX 年 XX 月 XX 日

附件五：

医院委员会会议　会议签到表

医院＿＿＿＿＿委员会＿年第＿季度会议签到表

序号	委员姓名	签到	备注	序号	委员姓名	签到	备注
1				2			
3				4			
5				6			
7				8			
9				10			
11				12			
13				14			
15				16			
17				18			
19				20			
21				22			
23				24			
25				26			
27				28			
29				30			
其余列席人员签到：							

请在备注栏中填写请假、迟到、缺席

附件六：

医院委员会会议　会议表决表

医院_____委员会表决表

XXX 委员会

XXX 年 XX 月 XX 日

附件七：

医院委员会会议　会议决议表

医院_____委员会决议表

附件八：

医院委员会会议会议记录

医院********委员会

2024 年*****（如：第一季度）会议记录（范例）

一、日期：

二、地点：

三、主任：

四、出席人员：

五、请假人员：

六、列席人员：

七、会议内容：

（一）上次会议执行追踪情形

交办日期	内容	责任人	执行情形	结案日	备注

（二）委员会报告

1.近期工作展示

2.工作重点（要点）

……..（各条线工作内容）

（三）本次提案讨论

提案一：

提案二：

（四）委员会裁决

（五）本次会议交办事项摘要

交办事项	负责人	预计结案日

（六）散会时间

（八）照片留存：

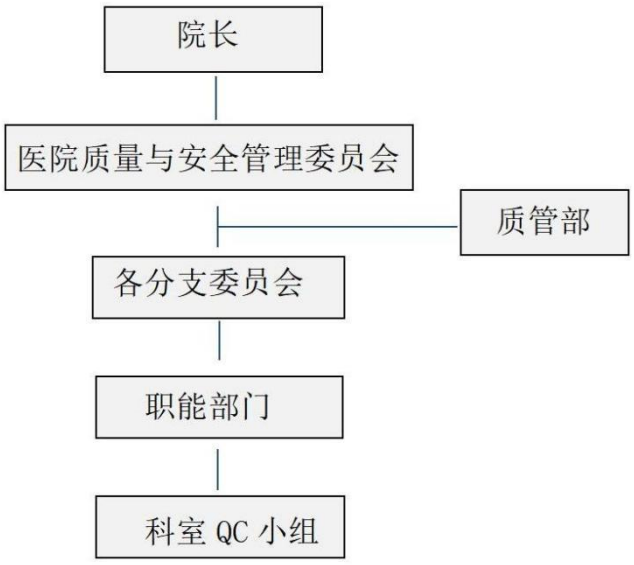
	制度编码	ZGB-ZD-002	制度名称	质管部工作制度	级别	科级
	制定科室	质管部	制定人	龙琦	内审人	龙琦
	制度版次	新增	修订时间	2024.09.01	生效时间	2024.12.02

质管部工作制度

医院质管部作为医院质量与安全管理的重要部门，为确保医院各项质量与安全管理工作的有效开展，结合本院实际情况，特制定医院质管部工作制度：

一、组织架构与职责

（一）组织架构：



由医院质量与安全管理委员会、质管部及职能部门管理人员、科室质量管理小组组成医院质量管理体系。质管部作为常设机构，负责全院质量管理的组织、协调、监督和指导工作。

（二）职责分工：

1. 医院质量与安全管理委员会：负责制定医院质量管理战略、政策和目标，并监督实施。

2. 质管部：负责督促质量管理计划的执行，制定、修订和完善医院质量管理制度，组织医院质量培训和宣传教育，收集、整理和分析医院质量数据，以及定期对医院质量进行评估和考核。

3. 职能部门管理人员：负责本部门的质量管理工作，确保各项质量管理措施得到有效执行。

4. 科室质量管理小组：贯彻落实医院质量管理相关制度、流程和标准；开展科内自查工作；定期收集、分析科室质量管理数据，提出改进措施；参与质量管理培训和教育。

二、制度建设与实施

（一）质量监测与评估制度：通过定期和不定期的质量监测与评估，了解医院各项工作的质量状况，及时发现问题并采取措施进行改进。不定期对医疗、医技、护理、药学、院感、器械、后勤等部门的工作进行监测；组织院内专家对监测结果进行评估，每季度形成评估报告，提出改进建议。

（二）质量管理制度建设与完善制度：为了建立健全医院质量管理制度体系，确保质量管理工作有据可依、有章可循。根据医院实际情况和上级要求，制定或修订医院质量管理相关制度、流程、规范等；组织相关部门和人员进行制度学习、培训和考核，确保制度得到有效执行。

（三）不良事件报告与管理制度：及时发现和处理医疗过程中的不良事件，减少患者伤害，提高医疗质量。将医疗、医技、护理、药学、院感、器械、后勤等各部门的不良事件归口管理，统一上报至质管部。建立不良事件报告渠道和流程，鼓励医护人员主动报告不良事件；对报告的不良事件进行调查、分析和处理，制定改进措施并跟踪落实情况；每季度对不良事件进行汇总分析，提出风险防范建议。

三、质量控制与改进

（一）质量控制：对医疗、医技、护理、药学、院感、器械、后勤等各个环节进行全面质量控制，包括预防性管理和不间断地质量监控。

（二）质量改进：通过实施质量改进项目，解决医院质量管理中存在的问题，提高医疗质量和服务水平。定期对医疗、医技、护理、药学、院感、器械、后勤等各条线医院质量进行评估，发现问题后及时制定整改方案并跟进整改效果。开展质量分析，查找问题根源，制定并实施改进措施。对项目实施过程进行监督和指导，确保项目按计划顺利进行；对项目实施效果进行评估和总结，推广优秀经验和做法。

四、人员培训

组织全院医务人员参加医院质量控制管理教育，提高质量意识，树立“质量第一”的观念。

五、数据收集与分析

（一）数据收集：建立医院质量信息管理系统或平台，收集医院各项质量监测指标数据、不良事件报告、质量改进项目进展等信息；建立健全医院质量数据收集制度，确保数据的准确性和完整性。

（二）数据分析：定期对收集到的信息进行整理和分析，通过分析数据，找出问题，制定改进措施，并形成质量管理报告；将质量管理报告及时上报给医院领导和相关部门，为医院决策提供数据支持。

六、考核与奖惩

（一）考核机制：制定考核细则，将医院质量管理的检查结果纳入科室、个人工作考核，作为工作人员奖惩管理的一项重要内容。

（二）奖惩措施：对在医院质量管理中表现突出的科室和个人给予表彰和奖励；对违反质量管理规定、造成不良后果的科室和个人进行严肃处理。

七、持续改进与提升

（一）持续改进机制：通过定期评估和改进，形成持续改进机制，不断提高医疗质量。

（二）管理体系完善：根据持续改进的结果，不断完善质量管理体系，提高质量管理的效率和效果。

	制度编码	ZGB-ZD-003	制度名称	医院质量监测与评估制度	级别	院级
	制定科室	质管部	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度版次	新增	修订时间	2024.09.10	生效时间	2024.12.10

医院质量监测与评估制度

医院作为提供医疗服务的重要机构，其服务质量和安全直接关系到患者的生命健康与满意度。为了持续提升医疗质量，确保医疗安全，建立并不断完善医院质量监测与评估制度显得尤为重要。本制度旨在通过系统化的监测、评估与反馈机制，促进医院各项工作的规范化、标准化，为患者提供安全、有效、高质量的医疗服务。

一、目的与原则

（一）目的：通过定期和不定期的质量监测与评估，及时发现并纠正医疗服务过程中的问题与不足，优化服务流程，提高医疗技术水平，增强患者信任度和满意度。

（二）原则：

客观性：评估过程应基于事实和数据，确保评估结果的公正性和准确性。

全面性：覆盖医疗、护理、管理、教学、科研等各个环节，确保评估的全面性。

持续性：建立长效机制，实现质量监测与评估的常态化、制度化。

参与性：鼓励全员参与，形成自上而下的质量文化，提升团队凝聚力。

二、组织架构与职责

（一）医院质量与安全管理委员会：作为医院质量管理的最高决策机构，负责制定质量监测与评估的政策、标准；定期召开医院质量与安全管理委员会，听取各分支委员会对监控指标的分析、评价及相应改进措施，并提出改进建议，全面协调相关资源，保障改进措施的落实。

（二）各相关委员会：根据医院总体目标，制定本分管领域质量与安全改进计划及年度质量监控重点指标，报医院质量与安全管理委员会。定期召开委员会会议，研究本领域内质量与安全监控指标完成情况，并评价质量改进的效果，报医院质量与安全管理委员会。

（三）质管部：指导、督促各部门指标管理工作，负责日常的质量监测、数据收集与分析、组织评估活动，以及提出改进建议。

（四）科室质量与安全管理小组：各科室成立质量与安全管理小组，负责本科室内部的质量监控、自我评估及持续改进工作。

三、监测与评估内容

包括医疗、护理、院感、药事、器械、后勤、教学与科研各个部门的质量管理指标，涉及等级医院评审、国家公立医院绩效考核、专业质量控制指标、患者安全事件及患者满意度等。围绕医院年度工作目标，制定院级优先指标；以患者为中心，持续提升患者安全目标，重点监控高风险领域、服务量大、易出问题的环节。

四、方法与流程

（一）制定标准：依据国家法律法规、行业标准及医院实际情况，制定具体、可操作的质量监测与评估标准。

（二）数据收集：利用信息化手段，如电子病历系统、质量管理系统等，自动或人工收集相关数据。

（三）定期评估：每季度进行一次评估，部分财务、科教研等数据可年度进行一次全面评估，特殊情况下可随时启动专项评估。

（四）分析反馈：应用趋势图、控制图、直方图、柏拉图等工具分析监控指标。

（五）持续改进：当指标数据连续 3 次未按预期进度达到目标值时，指标监管部门提请开展 PDCA 项目。对于实现并至少连续 6 个月达到目标值的监控指标，可以提请相关委员会降低指标监控频率或调整目标值后再进行监测，或选择新的监测目标。

五、激励与约束

（一）激励机制：对在质量监测与评估中表现突出的科室和个人给予表彰奖励，如绩效奖金、晋升机会等。

（二）约束机制：对质量问题频发、整改不力的情况，采取通报批评、经济处罚、直至行政处分等措施。

六、教育与培训

（一）定期培训：组织质量管理、法律法规、专业技能等方面的培训，提升全员质量意识与专业能力。

（二）文化交流：通过内部会议、外部交流等形式，分享质量管理经验，促进知识共享与文化传播。

医院质量监测与评估制度是提升医疗服务质量、保障患者安全的重要基石。随着医疗技术的不断进步和社会需求的不断变化，医院应持续优化监测与评估体系，引入新技术、新方法，确保质量管理的科学性、有效性和前瞻性，为患者提供更加优质、高效的医疗服务。

	制度编码	ZGB-ZD-004	制度名称	医院质量数据收集与验证制度	级别	院级
	制定科室	质管部	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度版次	新增	修订时间	2024.09.10	生效时间	2024.12.10

医院质量数据收集与验证制度

为了提高监测数据收集的完整性、真实性和可靠性，以及提高监测数据对促进质量改进项目的准确性和有效性，根据《中华人民共和国统计法》、《数据安全法》、《个人信息保护法》与卫生健康行政部门规定，特制定本制度。

一、组织架构与职责

（一）数据委员会：审核向外公布的质量和结果数据，确保准确、有效，对医院数据管理工作提出切实可行的规划与方案并有效执行。

（二）质管部：对科室进行数据验证方法的培训、指导与审核；并将数据管理工作小组审核后的数据提交院长办公会议审核。

（三）数据管理工作小组：各职能科室负责人为数据管理工作小组第一责任人，审核各分管邻域所公布的质量和结果数据与其他口径上报数据的一致性。

（四）科室负责人：负责科室质量数据的准确性。

（五）数据收集人：采集初始的质量数据。

（六）数据验证人：选择合适的方法对数据进行验证。

二、数据收集与分析

（一）数据的收集统计和一级分析

1. 各科室负责与本科室相关各类质量信息数据的收集、汇总和报送工作。科室主任应安排本科室具备一定经验、知识和技能的人员负责本科室数据管理工作。

2. 科室相关质量信息数据收集、汇总完毕后，由科室主任进行审核，并对收集整理的数据进行分析，找出科室质量与安全管理方面存在的问题，决定需改进的措施。

3. 科室主任是本科室数据管理第一责任人，负责本科室各类数据的准确性、时效性、真实性、完整性。

（二）数据的汇总统计和二级分析

1. 职能部门接收到各科室上报的质量数据后，进行系统汇总、监测及分析。

2. 职能部门使用质量管理工具对汇总数据进行分析，决定需进行改进的措施。

3. 质管部督促、监管各职能部门对数据管理工作的落实情况，对全院数据汇总、分析，形成数据报告，制定改进方案并监督执行，持续改进。

三、数据的内部验证

（一）出现以下情况时，需对数据的有效性进行验证：

1. 执行新的监测指标时（尤其是指在帮助医院评估、改进重要临床过程或结果的监测指标）；

2. 数据将公布在医院网站上或通过其他渠道进行发布时；

3. 现有监测指标变更时（例如数据收集工具改变或数据提取流程或提取人员改变）；

4. 现有监测得出的数据出现无法解释的变异时；

5. 数据来源改变时；

6. 数据收集的对象改变时（例如患者平均年龄改变、并发症改变、研究方案改变、实施了新的诊疗指南或使用了新技术和新的治疗方法等）。

（二）质量数据验证流程，详见附件 1：

1. 由另外的数据统计人员再次收集数据，且收集人员未参加前面的数据收集；

2. 使用有效的统计学方法来收集数据。当数据的有效样本量较少时，应 100%收集；

3. 将初次收集的数据与第二次收集的数据相比较；两次统计的数据比值为 90%–110%，为验证通过。详见附件 2。

4. 当发现两次收集的数据有差异时，要注明原因并采取整改措施；采取整改措施后，应重新收集数据。

四、监督管理

（一）各部门根据数据分析结果，推进医院质量持续改进。

（二）为保证数据真实可靠，数据报送工作实行问责制。各相关科室数据上报科室对统计资料的真实性、准确性和完整性负责。

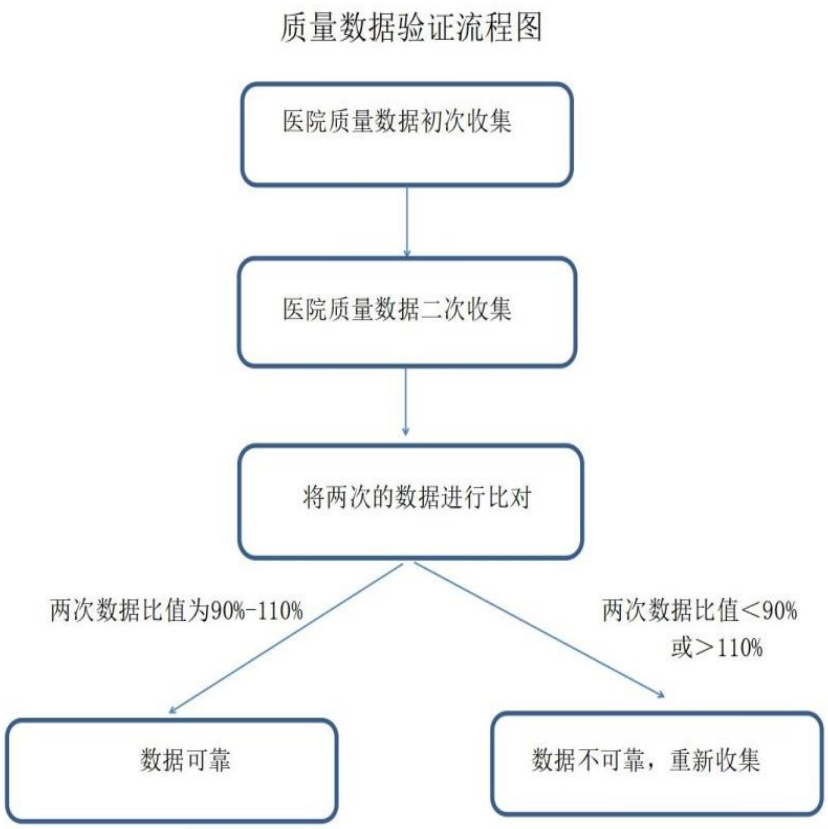
（三）对数据上报不真实，瞒报、漏报、拒报或屡次迟报等情况，按照医院制定的目标考核办法进行考核。

附件1：质量数据验证流程图

附件 2：《质量数据验证表》

附件1：

质量数据验证流程图



附件 2：

质量数据验证表

<table>
<tr><td colspan="2">指标名称（代码）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">定义</td><td>分子</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>分母</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">数据来源</td><td>分子</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>分母</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">指标负责科室</td><td></td><td>验证原因*</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">验证数据周期</td><td></td><td rowspan="2">验证数据</td><td>分子</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>分母</td></tr>
<tr><td rowspan="2">验证方法*</td><td>分子</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>分母</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">验证结果</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>原数据（A）</td><td>验证后数据（B）</td><td>通过（A/B）
90%~110%</td></tr>
<tr><td colspan="2">分子</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">分母</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">计算值</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>未通过的改善计划</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">职能主管</td><td colspan="2">指标责任科室</td><td>验证人</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
</table>

验证日期：　　验证人（签名）：

注：1.验证原因：A.执行新的监测指标时（尤其是指在帮助医院评估、改进重要临床过程或结果的监测指标）；B.数据将公布在医院网站上或通过其他渠道进行发布时；C.现有监测指标变更时（例如数据收集工具改变或数据提取流程或提取人员改变）；D.现有监测得出的数据出现无法解释的变异时；E.数据来源改变时；F.数据收集的对象改变时（例如患者平均年龄改变、并发症改变、研究方案改变、实施了新的诊疗指南或使用了新技术和新的治疗方法等）。

2.验证方法：A.信息数据验证 B.纸本登记表 C.人工上报验证 D.行为检查验证 E.其他。

3.有佐证材料的，请附上验证的佐证材料，如抽样名单，相关验证过程中的计算机截图等。

	制度编码	ZGB-ZD-005	制度名称	科室质量与安全管理小组工作制度	级别	院级
	制定科室	质管部	制定人	龙琦	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 2 次）	修订时间	2025.01.05	生效时间	2025.02.01

科室质量与安全管理小组工作制度

为进一步提高科室管理能力，保障医疗质量与安全，根据《医疗质量管理办法》及我院《医疗质量管理制度》，结合医院和科室实际制订本制度。

各临床医技科室建立科室质量与安全管理小组，对全科的质量与安全进行管理监督、指导、检查，开展质控。

一、权责

1、科主任是科室质量与安全管理的第一负责人，担任组长。每月组织召开科室质量与安全管理小组（QC 小组）工作会议，对科室质量和安全进行总结分析，反馈上月院部检查情况，定期向全科人员传达院科两级质量与安全信息，组织科室成员参与质量与安全持续改进。

2、副主任/科秘书/护士长：担任副组长，负责协助科主任开展科室质量与安全管理工作。

3、小组成员：包括副主任、科秘书、护士长、质控员、科室骨干人员等，参与科室质量监控项目的数据收集、原因分析、措施讨论，并与全科人员共同落实改进措施。

二、工作内容

（一）科室成立三级质量管理体系中的科室质量与安全管理小组，科主任为科室质量与安全管理小组组长和第一责任人，并设有副组长和质控员。QC 小组在科主任领导下对全科的质量与安全进行管理监督，指导、检查，开展每日质控、每月质控、每季质控。

（二）贯彻执行医疗质量管理相关的法律、法规、规章、规范性文件和医院质量管理制度。

（三）每年年初，QC 小组根据医院质量与安全管理重点内容与科室实际工作情况制订本科室年度科室质量与安全管理计划和重点改进项目，并进行实施。

（四）医疗质量与安全管理重点改进项目：医护联合应用各种管理工具，如 PDCA（戴明环）、 QCC（品管图）、RCA（根因分析）、FMAE（失效模式与效应分析）等进行改善，科室每年至少完成一项改进项目，做好改进成果报告书等汇总工作。

（五）质控活动至少每个月一次，对科室诊疗活动的各个环节进行质控，如核心制度执行情况、各种医疗文书（病历、处方、申请单、护理文件）的书写情况、行风管理、护理质量、持续改进与不良事件管理、院感管理、医疗技术管理、教育培训与科研管理、安全生产管理、设备与耗材管理等各方面，同时做好质控活动记录；对职能部门督查中发现的问题及时进行分析改进；对职能部门发放的整改通知书科主任签字及时上报，定期对自查及上级部门反馈问题进行总结、分析、持续改进，并向质控办反馈。

（六）组织科室医务人员每月学习诊疗指南与规范及相关的法律知识等，强化质量和安全意识，并可通过具体的诊疗示范操作、教学等措施提高科室医务人员的诊疗水平。

（七）科室质量与安全管理小组工作记录汇总成册并存档，电子版上传至行迪医管系统中。

三、考核

质管部联合医务部每月对科室质量与安全管理小组活动情况及记录进行督查考核。

	制度编码	KJB-ZD-001	制度名称	科教部工作制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2024.11.30

科教部工作制度

为了加强医院的科研、教学管理，提高医疗技术水平和人才培养质量，促进医院的可持续发展，特制定本工作制度。

一、服从院领导安排，实行科长负责制，科长负责科教工作的全面落实。

二、科长负责全科室的工作规划、年度计划及总结，负责全科室人员的具体分工及临时工作安排。

三、科室成员根据具体分工做好本职工作，并负责份内工作的规章制度建立，经科内审核通过后组织实施，并做好相关台账资料。

四、科室成员在工作中相互帮助，团结协作，不推诿，不互相指责。

五、工作中遇到困难，及时汇报，协商解决，或由科长组织讨论解决困难的方法。

六、科室成员不定期交流工作情况，及时发现工作中存在的问题，及时纠正。

七、科室成员自觉遵守医院各项规章制度，工作中廉洁自律、公正公平，不徇私舞弊。

	制度编码	KJB-ZD-002	制度名称	临床教学管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 3 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2024.11.30

临床教学管理制度

临床教学工作是医院工作的重要组成部分，是全面培养合格医学人才的重要环节。为加强教学管理，保证教学质量，增强全院职工教学意识，圆满完成各医学院校的临床教学任务，现对原临床教学管理制度进行修订，具体内容如下：

一、成立临床教学管理组织，由院长、分管院长、科教部、护理部、临床教研室主任及秘书等教学管理人员组成，为医院临床教学工作的管理决策机构，制定医院临床教学规划。

二、科教部负责管理医院临床教学工作，安排专职人员组织实施全院的临床教学日常工作，完善及改进教学管理制度。

三、各教研室根据教学大纲及教学进度安排，制定教学计划报科教科审查、备案并认真组织实施。定期检查各科室的教学情况，督促科室完成临床教学计划。

四、各科室要把教学工作纳入科室综合目标管理，严格执行教学工作制度，按照教学管理有关规定要求，组织做好见习教学、实习带教等临床教学工作。

五、为保证教学质量，科主任应选拔业务素质高、教学经验丰富、认真负责的教师承担教学任务。原则上理论授课由主治医师及以上人员担任，临床实习、见习带教由高年资本科毕业的住院医师及以上职称人员担任。

六、定期督促、检查、考核教研室及科室教学工作完成情况。

七、审定临床教师的教学资格，组织教师资格考试，推荐申报兼职教师职称。

八、定期组织师生座谈会，了解教学动态和教学情况，不断改进教学工作。

九、组织开展教学研究和评教评学工作。

十、负责与高等医学院校的有关教学事务的联系和协调等工作。

	制度编码	KJB-ZD-003	制度名称	临床教研室管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 3 次）	制定时间	2020.02.01	修订时间	2024.11.30

临床教研室管理制度

为了更好地发挥临床教研室的作用，加强临床教研室建设，规范临床教研室管理，提高临床教学水平，保证临床教学质量，结合我院实际情况，现对原临床教研室管理制度进行修订，具体内容如下：

一、设内科教研室、外科教研室、妇产科教研室、儿科教研室、急诊教研室、医技综合教研室、护理教研室等教研室。

二、临床教研室在教研室主任领导下，组织安排本学科的日常教务活动。

三、根据学院的教学计划，拟定教学日历，安排授课人员和时间。

四、根据教学要求，组织授课人员认真备课和集体备课。新任课教师授课前，在教研室内安排试讲，经教研室主任同意后，方可正式担任授课任务。

五、各教研室主任每学期对每位承担教学任务的教师至少听课 1 次，并认真填写听课评价表，以了解所属教研室教师的教学情况。

六、根据学院下达的见习计划和实习计划，认真制定带教方案，落实带教任务。

七、推荐理论授课教师和实习带教教师，负责对教研室教师的管理、指导和考核等工作。

八、组织安排本教研室的专题讲座、教学查房及教学病例讨论等教学活动，组织实习生出科理论和技能的考核工作，不断总结经验，改进教学方法，提高教学质量。

九、负责检查本教研室各教学组教学任务完成进度及质量，针对教学过程中存在的问题进行分析讨论，提出整改意见和解决措施，并做好记录。

十、按教学大纲要求收集教学病例，建立、完善本教研室的多媒体资料库和试题库，做好教学文档的收集整理。

十一、定期召开教研室工作会议，安排、部署教研室教学工作，及时了解最新的教学动态，经常开展教学经验交流和授课经验分享，组织开展教学改革与教学研究，不断提高教学水平。

	制度编码	KJB-ZD-004	制度名称	临床科室教学管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 3 次）	制定时间	2020.02.01	修订时间	2024.11.30

临床科室教学管理制度

一、为保证教学质量，科室教学工作实行科主任负责制，在科主任的直接领导下，由专人（教学秘书）全面负责本学科的日常教务活动。

二、科主任应选拔业务素质高、教学经验丰富、认真负责的教师承担教学任务。原则上理论授课由主治医师及以上人员担任，临床实习、见习带教由高年资本科毕业的住院医师及以上人员担任。

三、根据医院临床教学工作安排开展教研活动，每学期开学前，根据教学大纲的要求制定理论授课计划，安排本科室教师做好排课及备课，组织本科室的集体备课。对首次担任理论课教学的教师，组织科内试讲。科主任应对教师的教案及备课材料进行检查和指导，及时发现教学中的问题，并及时解决。

四、根据不同专业实习大纲的要求，负责制定本科室临床实习带教计划，指定带教教师，落实带教任务，做好实习生入科教育，有计划地组织本科室的教学活动，强化基本技能训练，提高学生分析问题和解决问题能力。

五、负责做好实习生（见习生）的日常管理，严格实习纪律，认真执行考勤制度，深入了解学生思想政治、实习态度、工作纪律等表现，及时总结和反馈，发现问题及时批评教育。

六、严肃出科考核制度，带教教师应认真、及时填写实习生的《毕业实习手册》，科室实习结束前，科主任应及时组织学生进行出科理论和基本操作技能考试，进行出科鉴定，书写评语，杜绝实习结束前统一进行评语书写的现象。

七、负责对本学科教师的管理、指导和考核，定期检查本学科教学任务完成进度及质量，不断总结交流经验，改进教学方法，努力提高教学质量。

八、按教学大纲要求收集教学病例；建立、完善本学科的多媒体资料库和试题题库。

九、建立汇报制度，科室主任应定期向教研室汇报本科室教学工作情况。

十、完成本学科全年临床教学工作计划及年终总结；完成对临床教师的教学考核，推荐本学科优秀临床教师和优秀实习生候选人。

	制度编码	KJB-ZD-005	制度名称	临床教师管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 3 次）	制定时间	2020.02.01	修订时间	2024.11.30

临床教师管理制度

一、临床教师分三类：临床理论授课老师、临床技能培训教师、临床科室带教教师。

二、临床理论授课老师

（一）理论授课老师接到理论授课任务后，要认真研究教学大纲、教材和有关参考资料，严格按照教学大纲和备课的基本要求充分备课，规范编写教案，科学合理地安排教学内容，不得任意增加课时和变动教学内容。

（二）理论授课教师按教学日历和课表计划完成授课任务，自觉遵守课堂教学管理规定，严禁私自调课、停课或找人代课（含见习课、理论课）。若有特殊情况必须调课、停课或找人代课，必须提前三天以书面的形式向班主任提出申请，由科教部审批。

三、临床技能培训教师

（一）应熟练掌握临床医师基本操作技能并熟悉相应的考核标准。

（二）能按照科教部落实的技能培训任务开展住院医师、实习医师及进修医师的技能培训和考核。

（三）能结合培训对象的层次开展操作培训，制作培训课件进行理论讲解以及示范操作。

（四）耐心指导学生操作，示教步骤和操作准确熟练，重点突出。

（五）能针对培训对象操作过程中的缺陷和问题进行指导和培训。

四、临床科室带教教师

（一）能对科教部安排的住院医师、实习医师以及进修医师，结合本科室特点，进行入科教育；负责介绍科室基本情况、规章制度，注意事项，明确具体的工作任务和要求。

（二）带教教师必须熟知实习教学大纲，按照大纲要求认真带教，指导学生参加病房或门诊的医疗活动。在日常带教中认真贯彻“三基”（基础理论、基本知识、基本技能）和“三严”（严谨态度、严密组织和严格要求）。

（三）认真做好科室安排的专题讲座、教学查房、教学病例讨论等教学活动，能对本专科相应的疾病有计划地安排床边教学，开展教学查房和示范手术。

（四）对本科室轮转的住院医师、实习医师以及进修医师书写的病历及医疗文书进

行审阅和修改；做好学员的出科考核与鉴定工作。

（五）带教老师应关注学生的思想、学习、工作和生活，注重培养责任意识、质量意识和服务意识。并听取学生的合理化意见和建议，改进教学方法，进行教学研究，不断提高教学质量。

（六）带教老师是学生在实习、轮转期间的安全工作责任人。要反复向学生宣讲工作过程中的注意事项，按照医院的岗位安全规范进行实习带教。从思想上、技术上提高学生的安全意识和安全能力。如果发生安全事故，带教老师第一时间抢救生命和财产，同时向医院科教部反映。

五、科教部、教研室定期召开教师座谈会，了解教师在临床教学中的动态和情况，收集教师对教学工作的意见和建议，不断改进教学工作。

	制度编码	KJB–ZD–006	制度名称	继续医学教育 管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2025.12.18	生效时间	2026.01.01

继续医学教育管理制度

为加强和规范继续医学教育管理，提高卫生专业技术人员综合素质和专业能力，保障医疗质量与安全，根据苏卫规（科教）[2025]1 号《关于印发江苏省继续医学教育项目及学分管理办法的通知》和锡卫科教[2025]11 号《关于加强全市继续医学教育管理工作的通知》文件精神，结合我院实际情况，现对原继续医学教育管理制度进行修订，具体内容如下：

一、继续医学教育是以学习新理论、新知识、新技术、新方法和巩固基础理论、基础知识、基本技能为主的终身教育。

二、本制度适用于全院所有卫生专业技术人员（含医、技、药、护及管理人员）。卫生专业技术人员每年应参加继续医学教育活动，完成规定的继续医学教育学分。

三、医院坚持“按需施教、讲求实效”的原则，将继续医学教育与人才培养、学科建设、岗位聘任、职称晋升、绩效考核相结合，促进医院持续健康发展。

四、医院设立继续医学教育委员会，由分管科教工作的院领导担任主任委员，主要职能科室负责人、临床和医技科室主任等担任委员，根据人员变动及时进行调整（具体名单医院另做文件下发）。委员会管理办公室设在科教部，负责日常继续医学教育管理工作。

五、各科室成立科室继续医学教育管理小组，由科主任/护士长担任组长，指定一名教学秘书负责具体工作。制定并实施科室年度继续医学教育计划，组织科室内业务学习、教学病例讨论、多学科诊疗、技能培训等，督促科室成员按时完成继续医学教育学习任务。

六、继续医学教育形式包括：

继续医学教育形式包括：各种培训班、学术讲座、学术会议、远程教育、进修学习、在职学历（学位）教育、有组织的继续医学教育实践活动、政府指令性医疗卫生任务、有计划的自学、临床研究、科技论文等等。

七、卫生专业技术人员应根据本人实际情况和工作需要，接受分级分类的继续医学教育。

初级职称卫生专业技术人员：以基础理论、基础知识、基本技能为重点，注重夯实从事医疗卫生工作的基础。

中级职称卫生专业技术人员：以更新拓展知识内容和知识结构为重点，注重提高本专业思维能力和技术水平。

高级职称卫生专业技术人员：以更新本专业学科前沿知识和提升创新能力为重点，注重发挥教学师资优势，强化新理论、新知识、新技术、新方法学术经验的运用。

八、为保障卫生专业技术人员参加继续医学教育活动，医院具备相适应的场所、设施和师资等教学条件，并提供相应的经费支持继续医学教育活动的开展。

九、本制度自 2026 年 1 月 1 日起施行。本制度施行后，原《继续医学教育管理制度》废止。

	制度编码	KJB–ZD–007	制度名称	继续医学教育项目管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2025.12.18	生效时间	2026.01.01

继续医学教育项目管理制度

为进一步加强和规范继续医学教育项目管理，提高继续医学教育项目质量和效益，根据苏卫规（科教）[2025]1 号《关于印发江苏省继续医学教育项目及学分管理办法的通知》和锡卫科教[2025]11 号《关于加强全市继续医学教育管理工作的通知》文件精神，结合医院实际情况，对原继续医学教育项目管理制度进行修订，具体内容如下：

一、继续医学教育项目是指具有明确教学目标和考核评价手段，在规定时间内完成的继续医学教育活动，包括继续医学教育推荐项目和继续医学教育推广项目。

（一）继续医学教育推荐项目立足卫生健康事业发展需要，强调先进性、前瞻性，注重紧缺专业、新兴和交叉学科，学习资源向重点领域、特殊领域和关键岗位倾斜。

（二）继续医学教育推广项目主要以基层为重点的专业技术培训，传染病防控、突发公共卫生事件应急处置及医学技术新进展等专项培训。

二、继续医学教育项目申报按照上级卫生健康行政部门有关通知文件执行，科教部及时在医院 OA 办公转发有关文件，并积极组织申报。

三、继续医学教育项目实施

（一）继续医学教育项目获批文件下发后，科教部在医院 OA 办公上公布。

（二）获批的继续医学教育项目当年有效，项目负责人应按期举办。未按期举办的自动取消，其项目负责人次年暂停申报继续医学教育项目。

（三）项目举办前 2 周，项目负责人将举办通知、会议日程报科教部审核，审核通过后项目负责人在市继教管理系统提交项目举办申请。项目举办形式、招生人数、课程内容、授课师资、课时数等须严格按照申报与备案内容组织实施，不得擅自变更项目信息。

（四）项目举办中严控培训质量，规范教学管理，做好学习质量评估和满意度调查，完整留存学习记录、签到、考核等资料，接受监督检查。

（五）项目举办结束后 2 周内，项目负责人按要求在市继教管理系统提交项目执行情况、项目总结、现场照片、学员名册等基本信息，对已完成满意度、学习时长达标、考核合格的学员按规定授予学分，严禁违规授予学分。

（六）项目举办坚持勤俭节约的原则，参照《无锡市党政机关会议费管理办法》严

格规范用餐、住宿及会场标准；参照《无锡市党政机关培训费管理办法》按标准发放讲课费、专家咨询费等。不得弄虚作假，超标准发放。

（七）继续医学教育项目举办应遵守医疗卫生行业学术会议活动管理相关要求，严禁推介产品、输送利益，严禁以继续医学教育名义组织与培训无关的活动，严禁乱收费或只收费不培训，以及从事其他有关法律法规明令禁止的行为。

四、本制度自 2026 年 1 月 1 日起施行。本制度施行后，原《继续医学教育项目管理制度》废止。

	制度编码	KJB–ZD–008	制度名称	继续医学教育学分管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	修订时间	2025.12.18	生效时间	2026.01.01

继续医学教育学分管理制度

为进一步加强和规范卫生专业技术人员继续医学教育学分管理，根据苏卫规（科教）[2025]1 号《关于印发江苏省继续医学教育项目及学分管理办法的通知》和锡卫科教[2025]11 号《关于加强全市继续医学教育管理工作的通知》文件精神，结合我院实际情况，现对原继续医学教育学分管理制度进行修订，具体内容如下：

一、继续医学教育对象

继续医学教育对象是指从事专业技术工作的各级各类在职卫生专业技术人员（参加毕业后医学教育者除外）,包括执业 （助理）医师、注册护士、药师（士）技师（士）乡村医生等。

二、学分要求

继续医学教育实行学分制。卫生专业技术人员每年应当参加继续医学教育活动，所获得学分不低于 25 学分（不少于 90 学时）。取消 I 类 II 类学分的分类管理，实行学分统一管理。

三、学分授予标准

（一）继续医学教育项目

国家、省和市卫生健康行政部门公布的继续医学教育项目，参加者经考核合格，按每 3 小时授予 1 学分计算；主讲人每小时授予 2 学分。每个项目所授学分数最多不超过 10 学分。其中，每个远程继续医学教育项目最多不超过 3 学分。

（二）进修学习

经单位批准，脱产到其他医疗卫生机构进修、出国学习，或者参加提高岗位胜任力为目标的各类专项培训等，可以获得相应学分。当年累计学习时间满 3 个月，经进修学习单位考核合格，视为完成当年继续医学教育 25 学分。不足 3 个月，按每学习日授予 0.3 学分计算。

（三）在职学历（学位）教育

经单位批准，参加脱产或半脱产学历（学位）教育等，可以获得相应学分。当年累计学习时间满 3 个月，经教育单位考核合格，视为完成当年继续医学教育 25 学分。不足 3 个月，按每学习日授予 0.3 学分计算。

（四）有组织的继续医学教育实践活动

以手术示范、新技术推广、多学科诊疗、教学病例讨论、科技成果转化活动等形式开展的实践锻炼，可以获得相应学分。按参加者每 6 小时授予 1 学分、主讲人每 3 小时授予 1 学分计算。时间不足的。按单次（不少于 1 小时）参加者授予 0.2 学分、主讲人授予 0.5 学分计算。每年最多不超过 15 学分。

（五）政府指令性医疗卫生任务

参加政府要求的援派医疗卫生任务，包括对口支援帮扶基层医疗卫生机构，对中西部欠发达地区、脱贫地区对口支援帮扶，援藏、援疆、援青等援派工作，可以获得相应学分。当年累计时间满 3 个月，视为完成当年继续医学教育 25 学分。不足 3 个月，按每工作日授予 0.3 学分计算。

（六）有计划的自学

经单位批准，制订年度自学计划，基于岗位胜任力开展的多种形式的自学方式，可以获得相应学分。科教部按照学习情况、学习成效等可验证因素，综合评估后，按参加者每 6 小时授予 1 学分计算，每年最多不超过 10 学分。

（七）符合规定的其他方式

1、在有统一刊号（ISSN、CN）的期刊发表论文和综述，按期刊类别授予学分，并按作者排序第 1 至第 3 作者依次递减 1 学分，通讯作者学分授予同第 1 作者：

科学引文索引（SCI）工程索引（EI）科学技术会议录索引（CPCI）中文核心期刊收录的期刊（10–8 学分）；非核心期刊（8–6 学分）；内部期刊（6–4 学分）。每年最多不超过 15 学分。

2、已批准的科研项目，在立项当年按以下类别授予学分，并按课题组成员排序第 1 至第 3 名依次递减 1 学分：国家级课题（10–8 学分）；省、部级课题（8–6 学分）；市、厅级课题（6–4 学分）。每年最多不超过 15 学分。

3、获得科技奖励，在获奖当年按以下类别授予学分，并按获奖人员排序第 1 至第 3 名依次递减 1 学分：国家级奖励（10–8 学分）；省、部级奖励（8–6 学分）；市、厅级奖励（6–4 学分）。每年最多不超过 15 学分。

4、获得国家发明专利并完成转化，在转化当年对排序前三的发明人分别授予学分，第一发明人 6 学分、第二发明人 5 学分、第三发明人 4 学分。每年最多不超过 15 学分。

5、公开出版本专业学术专著、教材、科普书籍等，在出版当年，分别授予学分：主编 10 学分，副主编 8 学分，编委 6 学分；编译本专业学术论著（含教材）的，主编 8 学分，副主编 6 学分，编委 4 学分。每年最多不超过 10 学分。

6、出版国家、省、市级继续医学教育项目的视听教材，放映时间每 10 分钟授予 1 学分；幻灯片每 10 张授予 1 学分。每年最多不超过 5 学分。

四、学分登记、认定与管理

（一）继续医学教育实行学分登记制度。卫生专业技术人员参加继续医学教育活动所获学分统一在江苏省继续医学教育项目管理系统登记管理。

（二）我市个人学分登记、上传、审核、查询继续沿用灵锡 APP 卫生综合–继续教育模块。

（二）学分审验工作实行分级审核制。医院继续医学教育管理部门应认真履行本单位卫生专业技术人员学分审验的主体责任，对参加继续医学教育活动的有效证明材料进行核实后，规范授予学分并做好登记工作。区、市卫生健康行政部门审验后计入个人学分档案。

（三）对远程继续医学教育机构实行备案管理。未经市级卫生行政部门审核、备案的远程继续医学教育机构授予的学分证书不予认可。

（四）因特殊原因无法在当年度完成继续医学教育学分的，由医院向同级卫生健康行政部门出具证明、提出申请批准后，可于下一年度内补学完上一年度规定的学分。

（五）卫生专业技术人员所获学分原则上不得结转或顺延至下一年度。临床医学类、口腔医学类、中医学类、中西医结合类以及公共卫生与预防医学类等专业间学分互认。

五、奖励与处罚

（一）对支持、完成继续医学教育任务和学习效果突出的科室和个人，给予奖励。

（二）各科室科主任/护士长负责本科室卫生专业技术人员继续医学教育管理。科室人员继续医学教育活动参与情况、年度继续医学教育学分合格情况均与科室考核挂钩。

（三）学分审验中，经核查发现学分记录、学习内容虚假者，所获学分一律作废。

（四）违反继续医学教育有关规定，侵犯卫生专业技术人员接受继续医学教育权利或提供不真实学分的，医院将予以批评教育，责令改正。

（五）继续医学教育合格作为卫生专业技术人员岗位聘用和定期考核的重要依据，作为聘任专业技术职称或申报评定上一级资格的必备条件，也是卫生健康行政部门对医院巡查、等级评审、绩效考核等的必备内容。

（六）卫生专业技术人员年度继续医学教育学分不合格，年度考核不得定为合格等次，并扣款 1000 元。

六、本制度自 2026 年 1 月 1 日起施行。本制度施行后，原《继续医学教育学分管理制度》废止。

	制度编码	KJB-ZD-009	制度名称	继续医学教育“有计划的自学”管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	新修订	制定时间	2026.05.08	生效时间	2026.05.11

继续医学教育“有计划的自学”管理制度

根据《关于印发江苏省继续医学教育项目及学分管理办法的通知》（苏卫规（科教）[2025]1 号）和关于印发《无锡市继续医学教育“有计划的自学”实施方案》的通知（锡卫科教[2026]4 号）文件相关规定，为规范本院卫生专业技术人员有计划的自学学分管理，明确学习要求、审验流程及佐证材料标准，制定本制度。

一、有计划的自学：指经单位批准，个人制定年度自学计划，围绕岗位胜任能力开展的多种形式的自主学习，每年最高可获 10 学分。

二、适用对象：全院医、技、护、药及管理等所有需完成继续医学教育学习的在职卫生专业技术人员。

三、内容形式

（一）内容：以提升岗位胜任力为核心，聚焦新理论、新知识、新技术、新方法，兼顾“三基”巩固与专业能力提升。

（二）形式：包括但不限于系统研读专业著作、教材、权威指南；正规在线学习平台专业课程学习；撰写读书报告、文献综述、案例分析报告；疑难病例循证医学文献检索与总结；其他可评估、可验证的自学活动。

四、操作流程

（一）个人申报：由个人向医院科教部提交《年度有计划自学申请表》及《个人年度自学计划》。明确学习主题、资源列表、时间安排、预期成果（如报告、总结等）。

（二）审批流程：个人提交→科室初审（匹配岗位、可行性）→科教部审核（合规性）。未获批计划不予认定学分。需调整主题、目标或学时，提交《自学计划变更申请表》，按原流程审批；未审批变更内容不计学分。

（三）自学实施要求（过程管理）：按计划完成自主学习，留存可验证材料，建立个人自学档案，含计划表、变更表、学习记录、佐证材料、阶段小结，随时备查。科室每季度检查 1 次自学进度与记录，督促落实，解决困难。科教部不定期检查学习进度。

（四）成果提交：学习完成后，个人提交学习成果及记录，如学习笔记、在线学习时长截图（需显示姓名、时间、内容）阅读书目照片及摘要等。学习成果如读书报告、文献综述、案例分析报告、学习心得等具有原创性的文字材料。

（五）单位评定：医院科教部根据计划执行情况、学习过程与材料完整性、学习成果等进行综合评估后授予相应学分，并完整建档备查。

（六）逐级报备：科教部每季度将以“有计划的自学”方式获取继续医学教育学分的人员信息，上报至区卫生健康行政部门进行审验。区卫生健康继教管理部门每季度将《年度“有计划的自学”人员学分汇总表》导入无锡市一体化继续教育管理平台，完成市级备案。

五、学分授予

（一）授予标准：有计划的自学原则上按每 6 小时有效自学时间授予 1 学分计算。由科教部按规定评估后授予，每人每年自学学分最多不超过 10 学分。

（二）授予原则：先评估、后授予；材料造假、抄袭、代学等，取消当年自学资格，并通报批评，3 年内不得申请自学学分。

（三）学分用途：计入年度继教总分（≥25 分），作为职称晋升、岗位聘任、评优评先、定期考核的必备条件；学分不合格者，暂缓晋升、取消评优资格，限期补修。

六、监督与责任

科教部每年抽查自学档案，核查真实性；科室主任/护士长对本科室人员自学真实性负直接管理责任；职工对提交材料真实性负责，造假纳入医德考评。

七、本办法自发布之日起施行，由科教部负责解释。

附件 1：卫生专业技术人员年度“有计划的自学”申请表

附件 2：“有计划的自学”评估标准

附件 1

卫生专业技术人员年度“有计划的自学”申请表

填表日期：_____年____月____日

基本信息		姓名	
所在单位		科室/部门	
职称/职务		执业类别	
自学计划（包括：学习主题、资源列表、时间安排、预期成果等）			
学习周期	____年___月___日 至_____年____月____日	总计划学时	_____小时（建议不少于 6 小时的倍数）
学习形式	□ 研读专业著作/教材 □ 在线平台课程学习 □ 文献检索与综述 □ 病例分析与总结 □ 其他（请说明）：_____	学分申请	_____学分（按每 6 小时 1 学分计算）
科室意见（签字）		单位意见 （签字盖章）	

附件 2

“有计划的自学” 评估标准

一、评估对象

全院完成有计划自学申报、审批并按计划实施的卫生专业技术人员（医、技、护、药及管理）。

二、评估原则

计划先行：无审批计划不评估、不计学分；

过程可查：必须留存学习记录、佐证材料；

结果导向：以岗位能力提升、可验证成果为核心；

量化打分：总分 100 分，80 分及以上为合格，方可认定继教学分。

三、评估内容与评分标准（总分 100 分）

（一）计划执行情况（30 分）

1、按时提交计划，计划完整可行，无擅自变更，得 10 分。

扣分：迟交扣 5 分，缺 1 项扣 3 分，擅自变更每次扣 8 分。

2、年度自学学时达标（≥30 学时），得 10 分。

扣分：学时不足按比例扣分，＜15 学时本项 0 分。

3、按季度完成进度（每季度完成≥25%），得 10 分。

扣分：每缺 1 个季度扣 3 分，扣完为止。

（二）学习过程与材料完整性（30 分）

1、学习记录规范：学习笔记 / 心得 / 日志完整，得 15 分。

扣分：无记录 0 分，记录不全酌情扣分。

2、佐证材料真实齐全，得 15 分。含在线学习时长截图（需显示姓名、时间、内容）阅读书目照片及摘要等。

（三）学习成果（40 分）

至少完成 1 项，可多项累计，满分 40 分。

1、撰写综述/读书报告：≥3000 字，科室审核通过，得 25 分。

2、撰写案例分析报告/学习心得：科室审核通过，得 15 分。

3、发表论文 / 出版著作：普刊 30 分、核心 40 分。

四、学分认定标准（年度自学学分≤10 分）

95–100 分：认定 10 学分；

90–94 分：认定 9 学分；

85–89 分：认定 8 学分；

80–84 分：认定 7 学分；

＜80 分：不合格，不认定学分。

五、评估流程

个人年度自评并提交佐证材料 → 科室初审（真实性、完整性、打分签字）→科教部复核（抽查材料、终审打分、确定学分）→公示 3 个工作日 →登记继续医学教育学分

六、一票否决（直接不合格）

1、无审批自学计划；

2、材料造假、抄袭、代学；

3、无任何学习记录或无成果产出。

	制度编码	KJB-ZD-010	制度名称	医院外出短期培训和学习管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2024.11.30	修订时间	

医院外出短期培训和学习管理制度

为了促进医院员工的专业素质快速提升，助力医院高质量发展，规范外出培训和学习管理，特制定本规定。

一、参加要求

（一）参加学术会议须积极投稿学术论文，以扩大医院影响力。

（二）各科室应根据自身业务发展需要，有规划、有目的的选送人员。

（三）短期培训或学习的时间界定：小于三个月，参加短期培训和学习的人员，不能影响正常医疗工作，参加培训和学习的内容须与所从事的专业对口。

（四）计划内次数规定：临床医技科室科主任每年不超过 4 次，科室成员每年不超过 2 次；护士长每年不超过 2 次，其余护理人员每年 1 次。

（五）有科研经费或专科建设经费的，可以按规定从科研经费或专科建设经费中支出，参加人员数由科室自行安排，不受计划内次数限制。

（六）职能部门人员外出培训和学习由分管院领导指令性安排。

（七）境外的培训和学习报院长或分管院长审批后，遵从医院最新制度和政策情况下按实际审批情况执行。

二、审批程序

（一）科室负责人在每年年底上报次年人员外出学习及短期培训计划和初步经费预算至科教部，护士长上报次年本科室护理人员外出学习及短期培训计划和经费预算至护理部，由科教部和护理部汇总计划和预算，上报分管院长，经院长办公会、党委会讨论批准后按预算执行。

（二）申请外出培训和学习者，先在 OA 办公发起流程中如实填写《外出短期培训和学习审批表》（附件 1），相关部门在 OA 上全部审批同意后，申请人打印出纸质版交科教部/护理部登记后方可参加。中层干部外出前还需按规定办理离锡请假手续。

三、经费报销

（一）凡是外出参加短期培训和学习者，必须走完上述审批程序后，方可到科教部/护理部按有关规定办理报销手续。

（二）报销流程：返院后，凭《外出短期培训和学习审批表》、培训学习通知、相关

票据到科教部/护理部审核登记，经分管科教院领导、财务部门、主管领导审批后报销。

（三）报销费用范围：培训注册费、住宿费、大交通费（飞机、火车、车船），限经济舱、二等座；市内交通费限公交、地铁，不含打的费。

（四）报销额度

1、培训注册费全额报销；1 次往返大交通费全额报销。

2、1 个月内的短期学习培训，报销总费用不超过 550 元/天（14 天封顶），其中住宿费不超过 340 元/晚。

3、超过 1 个月不满 3 个月的短期培训，住宿费北京和上海上限 2000 元/月，不满 2000 元的以实际住宿产生费用报销，其余城市住宿费上限为 1500 元/月，不满 1500 元的以实际住宿产生费用报销；享受进修补贴，进修补贴由科室承担并按月发放，发放标准参考《医院外出进修待遇管理办法》。

（五）短期外出培训和学习，次数在计划范围内的按上述报销费用规定给予报销，其中临床医技科室 40%费用纳入科室成本，护理单元 20%纳入科室成本。超过计划内次数的所有费用一律自理。

（六）院部行政指令性的培训和学习，不算计划内次数，给予全额报销，不占科室成本。

（七）有资助的科研课题或专科建设经费，可从科研总经费或专科建设经费相应预算模块中支出。

（八）参加线上远程继续医学教育培训的费用一律自理。

（九）参加超过 1 个月不满 3 个月的短期培训，必须至少继续在我院指定的工作岗位上工作满 2 年以上（以培训结束当日开始计算），违约者须向医院全额退回已发放的培训费、住宿费、交通费、进修补贴，作为违约补偿并承担约定的协议后果。双方发生争议未能协商解决的，经劳动仲裁或法律途径解决。

四、会后管理

（一）外出短期培训和学习返院一周内，向所在科室或职能科室/院领导汇报、分享学习内容并上交学习心得。

（二）参加指令性培训者，返院后按要求完成指定任务。

五、员工在外出培训学习期间，应注意个人安全，遵守法律法规。

六、本规定自 2025 年 1 月 01 日起实施。

附件 1：

医院外出短期培训和学习审批表（临床医技）

申请人姓名		科室		职务	
培训学习内容					
起止时间		地点			
培训学习性质	□指令性　□非指令性	次数	是当年度第　　次外出培训和学习		
科室 意见	科主任签名：　　年　　月　　日				
医务部 意见	签名：　　年　月　日				
科教部 意见	签名：　　年　月　日				
分管科教 院领导批示	□指令性　□非指令性 签名：　　年　月　日				
附件上传	上传会议或培训通知				

注：1.外出培训和学习前，请在 OA 办公发起流程中完成相关审批程序。

2.院领导签字审批后，如需报销，请下载打印该表作报销凭证（外加培训学习通知和相关票据）到科教部审核登记。

医院外出短期培训和学习审批表（护理）

申请人姓名		科室		职务	
培训学习					
起止时间		地点			
培训学习性质	□指令性　□非指令性	次数	是当年度第　　次外出培训和学习		
科室 意见	护士长签名：　　年　　月　　日				
护理部 意见	签名：　　年　月　日				
分管 院领导批示	□指令性　　□非指令性 签名：　　年　月　日				
分管科教 院领导批示	□指令性　　□非指令性 签名：　　年　月　日				
附件上传	上传会议或培训通知				

注：1.外出培训和学习前，请在 OA 办公发起流程中完成相关审批程序。

2.院领导签字审批后，如需报销，请下载打印该表作报销凭证（外加培训学习通知和相关票据）到护理部审核登记。

	制度编码	KJB-ZD-011	制度名称	医院外出进修管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2024.11.30

医院外出进修管理制度

为进一步规范我院专业技术人员外出进修学习管理工作，提高专业技术人员业务素质和医院整体医疗服务水平，完善人才梯队建设，合理、有序的安排我院专业技术人员外出进修学习，根据医院实际情况，对外出进修管理制度进行修订。

一、申请外出进修学习必须具备的条件

（一）热爱医院和本专业，政治表现好，医德医风好，业务素质高，身体健康，能安心本专业工作，积极配合科室及医院工作。

（二）取得执业医师或执业护士或相应的专业技术资格证书。

（三）在本院执业工作满两年及以上，两年内未发生过医疗事故争议及严重违反医疗制度的情况。

（四）急需开展新项目、新技术的科室，由科主任提交书面申请材料，可考虑优先安排进修学习。

二、外出进修程序

（一）各科室负责人应根据科室发展规划，合理安排进修人员。每年年底拟定次年外出进修学习计划，编制初步进修预算。临床、医技、职能科室报备至科教部，护理人员报备护理部，由科教部/护理部审核汇总，编制次年进修经费总预算，并将总预算报分管院长，经院长办公会、党委会讨论批准后按计划执行。

（二）已批准的外出进修人员先和进修单位联系、明确外出进修时间后，在 OA 办公发起流程中如实填写《外出进修申请表》（附件 1），须相关部门在 OA 上全部审批同意，接到进修通知后再到科教部/护理部登记，签订《外出进修协议》（附件 2）。

三、相关规定

（一）进修时间：单次进修时间不得低于 3 个月；住院医师参加规范化培训可视作进修。

（二）进修单位：进修医院原则上以省级及以上三级甲等医院为主，进修专科为国内有一定知名度的专科。

（三）进修期间待遇发放按照本院最新发布的《医院外出进修待遇管理制度》执行。

（四）进修学习期间，由于丙方不能遵守医院的规章制度及出现重大医疗事故或医

疗行为过失被进修单位退回医院者或因个人原因不能完成进修任务中途自行返院者，已产生的进修相关费用（进修费、住宿费、交通费、进修补贴）医院全额追回，由进修者自行承担，三年内不得提出各种形式的进修、参加学术会议的申请。

（五）进修期满后三天内，必须回医院科教部/护理部报到，回院一周内，在科内或全院进行专题汇报学习成果，填写《外出进修人员进修完成情况考核表》（附件 3）。汇报材料电子版、进修通知、进修结业证书、进修鉴定表及《外出进修人员进修完成情况考核表》上交科教部/护理部，作为进修补贴的发放依据。

（六）医务人员进修回院后应积极将所学新技术、新业务在工作中开展。回院半年至 1 年内，本人须自主申请对进修后新技术新业务开展的情况进行考核（临床、医技专业由科主任和医务部考核，护理专业由护士长和护理部考核），考核合格后填写《外出进修人员新技术新业务开展考核表》（附件 4），上交至科教部/护理部，作为进修补贴的发放依据。

（九）医务人员进修与高级职称聘用挂钩。

四、本规定自 2025 年 1 月 01 日起实施。

附件 1:《外出进修申请表》

附件 2:《外出进修协议》

附件 3:《外出进修人员进修完成情况考核表》

附件 4:《外出进修人员新技术业务开展考核表》

附件 1

外出进修申请表（临床、医技）

申请人姓名		科室		职称/职务	
毕业时间		工作 年限		联系 电话	
上一次进修时间及专业					
本次拟进修医院及专业					
本次拟进修时间	年　　月　　日至　　年　　月　　日				
本次进修目的、内容及主修课程					
科室主任意见	签名：　　年　　月　　日				
医务部意见	签名：　　年　　月　　日				
科教部意见	签名：　　年　　月　　日				
分管科教院领导意见	签名：　　年　　月　　日				
备 注	申请人在 OA 办公上认真填好申请表，相关部门审批同意后交科教部备案。外出进修前到科教部签订外出进修协议。进修结束上交进修通知、进修结业证书、进修鉴定表及进修完成情况考核表至科教部。				

外出进修申请表（护理）

申请人姓名		科室		职称/职务	
毕业时间		工作 年限		联系 电话	
上一次进修时间及专业					
本次拟进修医院及专业					
本次拟进修时间	年　　月　　日至　　年　　月　　日				
本次进修目的、内容及主修课程					
护士长意见	签名：　　年　　月　　日				
护理部意见	签名：　　年　　月　　日				
分管院领导意见	签名：　　年　　月　　日				
分管科教院领导意见	签名：　　年　　月　　日				
备 注	申请人在 OA 办公上认真填好申请表，相关部门审批同意后交护理部备案。外出进修前到护理部签订外出进修协议。进修结束上交进修通知、进修结业证书、进修鉴定表及进修完成情况考核表至护理部。				

附件 2

外出进修协议

甲方（医院）：无锡市惠山区人民医院

乙方（科室）：_____

丙方（进修人员）：_____　身份证号码：_____

为促进医院卫技人员技术水平的提高，学习先进的医学知识和技能，提高医院专科诊疗水平，甲乙丙三方讨论决定丙方到_____医院进修_____科，时间为_____年___月___日至_____年___月___日。为保证进修质量，三方签订如下协议：

一、进修医院、专科、时间由甲乙丙三方同意，均无异议，丙方不得中途任意更改。特殊情况由三方讨论决定重新签订协议，否则丙方自理全部进修费用。

二、丙方承诺身体健康、能胜任进修工作，在进修期间遵守进修医院各项规章制度，政治表现好，医德医风好，团结协作好，工作积极，学习努力，爱岗敬业，为自己医院在外树立良好的形象。

三、丙方进修期满结束，必须掌握以下技术并同意接受甲方、乙方有关考核要求。

四、进修期间待遇发放按照甲方《医院外出进修待遇管理办法》执行。

五、进修学习期间，由于丙方不能遵守医院的规章制度及出现重大医疗事故或医疗行为过失被进修单位退回医院者或因个人原因不能完成进修任务中途自行返院者，已产生的进修相关费用（进修费、住宿费、交通费、进修补贴）医院全额追回，由进修者自行承担，三年内不得提出各种形式的进修、参加学术会议的申请。

六、丙方在按协议规定日期进修结束后必须回到甲方确定的工作岗位工作，丙方不得擅自延长或缩短进修时间，如确需延长或缩短进修时间必须征得甲乙两方同意，再次或重新签订协议后进行。

七、丙方承诺本次进修结束后，至少继续在甲方指定的工作岗位上工作满五年以上（以进修结束当日开始计算）。因为丙方本人因素未工作满限定年限而主动离岗，丙方则应当向甲方退回进修费、住宿费、交通费、进修补贴，作为违约补偿。若丙方不向甲方支付违约补偿，甲方将冻结丙方有关人事变更等事宜。双方发生争议未能协商解决的，经劳动仲裁或法律途径解决。

八、本协议至少在科教部/护理部、人力资源部各保留 1 份，保存 6 年。

甲方：无锡市惠山区人民医院　乙方代表：_____　丙方：_____

_____年___月___日　____年___月___日　____年___月___日

附件 3

外出进修人员进修完成情况考核表（临床、医技）

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>科室</td><td></td><td>职称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">进修医院</td><td colspan="3"></td><td>进修
专科</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">进修开始时间</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">进修结束时间</td><td>合计
时间</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">科内 PPT 汇报
进修学习成果</td><td colspan="7">汇报时间：
汇报内容简介：</td></tr>
<tr><td colspan="3">科室对汇报情况
进行评价</td><td colspan="7">汇报合格： □是 □否
科主任签名：</td></tr>
<tr><td colspan="3">科教部对汇报情况
进行评价</td><td colspan="7">科教部：</td></tr>
</table>

外出进修人员进修完成情况考核表（护理）

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>科室</td><td></td><td>职称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">进修医院</td><td colspan="3"></td><td>进修专科</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">进修开始时间</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">进修结束时间</td><td></td><td>合计时间</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">科内 PPT 汇报
进修学习成果</td><td colspan="8">汇报时间：
汇报内容简介：</td></tr>
<tr><td colspan="2">科室对汇报情况进行评价</td><td colspan="8">汇报合格：□是　　□否
护士长签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">护理部对汇报情况进行评价</td><td colspan="8">护理部：</td></tr>
</table>

附件 4

外出进修人员新技术新业务开展考核表（临床、医技）

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>科室</td><td></td><td>职称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">进修医院</td><td colspan="3"></td><td>进修专科</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">进修开始时间</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">进修结束时间</td><td></td><td>合计时间</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">外出进修回院
一年内
新技术
新业务
开展情况</td><td colspan="8">一、开展新技术、新业务情况：
1.开展技术/新业务名称:_____例数_____
2.开展新技术/新业务名称：_____例数_____
二、佐证材料：
1.住院病历：
2.门诊病历：
3.其他：_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">科室
对进修人员考核内容及考核结果</td><td colspan="8">考核内容：

考核结果合格：□是　□否　　科主任签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">医务部
考核意见</td><td colspan="8">医务部签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">科教部
意见</td><td colspan="8">科教部：</td></tr>
</table>

外出进修人员新技术新业务开展考核表（护理）

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>科室</td><td></td><td>职称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">进修医院</td><td colspan="3"></td><td>进 修
专科</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">进修开始时间</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">进修结束时间</td><td colspan="2"></td><td>合 计
时间</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">外出进修回院
一年内
新技术
新业务
开展情况</td><td colspan="8">一、开展新技术、新业务业务情况：
1.开展技术/新业务名称:_____例数_____
2.开展新技术/新业务名称：_____例数_____
二、佐证材料：
1.住院病历：
2.门诊病历：
3.其他：_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">科室
对进修人员考核内容及考核结果</td><td colspan="8">考核内容：

考核结果合格： □是 □否 护士长签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">护理部
考核意见</td><td colspan="8">

护理部签名：</td></tr>
</table>

	制度编码	KJB-ZD-012	制度名称	医院外出进修待遇管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2024.11.30	修订时间	

医院外出进修待遇管理制度

为进一步深化和完善医院绩效分配制度改革，建立重实效、重贡献、具有良好激励作用的进修人员绩效分配奖励机制，调动全院员工学习与进修积极性，激励我院新技术新业务开展，促进医院人才队伍正常建设，根据国家文件精神及《医院外出进修管理制度》等文件相关规定，结合医院实际，特制定医院外出进修待遇管理制度。

一、适用对象

（一）本办法适用于我院外派进修人员（时间三个月及以上）。

（二）进修待遇含基本工资、进修补贴、其他补贴三部分。

二、进修待遇发放条件

（一）进修审批流程符合我院最新发布的《医院外出进修管理制度》。

（二）正常完成进修任务，取得进修结业证书。

（三）进修结束后，依据我院最新发布的《医院外出进修管理制度》考核合格。

三、进修待遇发放流程

（一）进修前签署《外出进修协议》，约定服务年限等。

（二）每月绩效工资发放前 10 天，由科教部/护理部填写《外出进修人员补贴发放审核汇总表》（附件 1），经分管院领导审批后交财务部。

（三）财务部按规定的进修人员补贴待遇标准发放。

（四）进修结束后，科教部/护理部分别汇总进修人员结果，填写《未正常结业进修人员汇总表》（附件 2），汇总未正常结业的所有进修人员名单、原因、时间，报送医院运营管理部（绩效考核办），根据本办法及进修协议约定追返相应费用。

四、基本工资发放标准：进修人员工资待遇不变。

五、进修补贴发放标准

（一）临床医技进修补贴：初级职称 5000 元 /月，中级职称 6000 元/月，高级职称 7000 元/月。所在科室承担进修补贴中 40%，每月发放；院部承担进修补贴中 60%，分两次发放，其中 40%在回院一周内，在科内或全院进行专题汇报学习成果考核合格后一次性补发，另外 20%在回院半年至 1 年内，新技术新业务开展情况考核合格后一次性补发。

（二）护理人员进修补贴：初级职称 4000 元 /月，中级职称 4500 元/月，高级职称 5000 元/月。所在科室承担进修补贴中 20%，每月发放；院部承担进修补贴中 80%，分两次发放，其中 60%在回院一周内、在科内或全院进行专题汇报学习成果考核合格后一次性补发，另外 20%在回院半年至 1 年内，新技术新业务开展情况考核合格后一次性补发。

（三）职能部门人员进修补贴：原职能绩效*0.8/月。所有进修补贴由院部承担发放，每月发放 50%，进修结束经医院考核合格后一次性补发另外 50%。

（四）进修人员在进修期间还能够享受除上述待遇外的其它福利待遇，按照有关规定及协议执行（如：年终奖、满勤奖等），这部分待遇也作为进修补贴发放。

（五）入选医院“战略人才培养”项目的人员，在培养周期内外出进修，临床、医技、护理进修补贴全部由院部承担发放，职能部门人员进修补贴提高至原职能绩效*1.0/月。

（六）以上发放标准，根据医院实际情况，原则上每两年调整一次。

六、其他补贴发放标准

（一）进修费：提供发票，医院全额报销。

（二）住宿费：医院按照以下标准予以报销，如进修单位统一安排住宿者不得自行联系住宿；如进修单位不能安排住宿，经医院批准可以自行联系住宿；北京及上海三甲医院进修住宿费用每月上限 2000 元，不满 2000 元的以实际住宿产生费用报销；其余城市住宿费用每月上限为 1500 元，不满 1500 元的以实际住宿产生费用报销。

（三）交通费：提供交通票据，医院报销往返车票一次，交通工具限乘客运班线汽车、火车（软卧除外）。

七、其他规定

（一）进修学习期间，出现重大医疗事故或医疗行为过失被进修单位退回者，进修费用由进修者全额承担，三年内不得提出任何形式的进修、培训学习的申请；因个人原因不能按期完成进修任务者，进修费用由进修者全额承担；因医院原因需终止进修，进修费用由医院承担。

（二）进修人员不得擅自延长或缩短进修时间。

（三）进修结束后，进修人员按约定必须至少继续在我院指定的工作岗位上工作满五年以上（以进修结束当日开始计算）。因进修者本人因素未工作满限定年限而主动离岗，须向医院全额退回已发放的进修费、住宿费、交通费、进修补贴，作为违约补偿并承担约定的协议后果。双方发生争议未能协商解决的，经劳动仲裁或法律途径解决。

八、本办法自 2025 年 1 月 01 日起实施。

附件 1：《外出进修人员绩效发放审核汇总表》

附件 2：《未正常结业进修人员汇总表》

附件 1

外出进修人员补贴发放审核汇总表

序号	科室	姓名	职称	进修单位 及科目	进修起止时间	进修补贴 （元）

制表人：　　制表时间：

部门负责人审核：　　财务审核：

分管院领导审核：

附件 2

未正常结业进修人员汇总表

序号	科室	姓名	职称	进修单位及科目	进修起止时间	未正常结业原因

	制度编码	KJB–ZD–013	制度名称	来院进修管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2024.11.30

来院进修管理制度

一、凡来我院进修的人员必须填写我院《进修学习申请表》，由选送单位签署意见后加盖公章，并提供个人简历、最高学历复印件、执业医师（技师）证、执业护士证或乡村医师证复印件、最高职称证书复印件等证明材料。科教部（护理部）审核并征求有关科室意见后，才能接收进修，其他任何科室和个人不得自行安排接收进修人员。

二、为保证进修生质量，凡来我院进修者必须身体健康，政治表现良好，医德医风良好，有一定临床实践经验。

三、进修人员来院后必须先到科教部（护理部）办理报到手续，由科教部（护理部）通知进修科室负责人，再到进修科室报到。如因事不能按时报到者，应事先由选送单位来函请假，请假时间不超过 1 周，否则作自动放弃处理。

四、进修内容根据选送单位的申请要求，由科教部（护理部）同有关科室协商确定，进修时间一般为三个月至一年，进修人员的进修计划一经制定，必须认真执行，不得任意变更选修科目，不得随意延长或缩短进修时间。特殊情况由进修人员单位和医院双方协商决定。

五、接收进修生的科室，应指定专人认真带教，指导老师应根据进修要求内容，在 1 周内制定出带教计划并经科负责人审核后认真实施。进修生的考勤由进修科室负责，科教部（护理部）不定期检查出勤情况。

六、进修生必须遵守国家有关卫生法律法规，严格执行我院各项规章制度，服从科室负责人和指导老师的安排。对违章违纪者，视其情节轻重，给予批评教育，直至终止进修，并将有关情况通知选送单位，对一切不良行为造成的后果，责任自负。

七、进修人员要尽快熟悉科室各项制度和技术操作规程。在指导老师指导下进行力所能及的医疗活动，不得单独进行技术操作，防止各类医疗差错、事故的发生。

八、进修期间，如因业务水平差、服务态度不好、工作责任心不强，而发生医疗事故或严重差错者，或因劳动纪律差脱岗、旷工、无故请假 1 周不归者，除批评教育外，科室写出书面材料（事情经过及处理意见）报科教部（护理部），医院根据情况做出处理决定。

九、进修期间的休假与本院职工相同，具体服从科负责人安排。如遇特殊情况需请

假者，必须由本人写出请假报告，1 天由指导老师同意经科室负责人批准并报科教部（护理部）备案；2—3 天由科教部（护理部）批准并备案；4 天以上由选送单位来函证明并经科教部（护理部）批准备案。请假手续办妥后，方可离院。每次请假不得超过 1 周，累计不得超过进修时间的 1/12。

十、凡住医院集体宿舍者，应遵守集体宿舍管理规定，不得随意变动床位，不得使用电炉、电热杯等大功率电器，不得在宿舍内留客，一旦查出，将予以扣罚。

十一、进修人员应自备生活用品、工作服、听诊器等，报到时交照片二张。

十二、进修期满后，填写进修学习鉴定表，书写个人进修小结后由科负责人或指导老师书写评定意见，交科教部（护理部）鉴定盖章，经考核成绩合格发结业证书。

	制度编码	KJB–ZD–014	制度名称	临床研究管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 4 次）	制定时间	2016.08.01	修订时间	2024.11.30

临床研究管理制度

为加强医院临床研究的依法准入管理，保障医患安全，促进医院临床研究水平提高，根据我院目前情况，对原临床研究管理制度进行修订，具体内容如下：

一、医院成立临床研究管理委员会，由分管领导担任委员会主任，主要职能科室、临床、医技科室主任担任成员，根据人员变动及时进行调整（具体名单医院另做文件下发），下设临床研究管理部门放在科教部，由科教部主任负责。

二、医院鼓励和支持卫技人员积极开展临床研究，任何科室和个人开展临床研究应符合国家相关法律法规和各项规章制度。

三、开展各级各类临床研究，必须坚持科学的实事求是的思想，研究内容真实可靠、不得弄虚作假，所有研究的原始数据留存归档。

四、开展任何临床研究必须预先通过伦理委员会的审查，符合伦理条件的才能进行临床研究。

五、开展涉及人体的临床研究必须征得患者或其委托代理人的同意并书面签名备案，充分尊重患者的知情选择权利并保障患者的安全。

六、开展临床研究应用医疗技术和相关权限必须符合医院有关规定。

七、临床研究经费使用符合医院相关规定，由科教部和财务科负责审核。

八、经医院审核已经立项的各级各类项目不得随意终止研究，延期必须按程序审批。

九、在临床研究过程中发生不良事件，存在医疗隐患，技术条件缺失，管理部门的有关政策规定变化等情况时，必须立即终止研究，向管理部门报告相关情况，由临床研究管理委员会研究讨论后决定该项研究终止或改变方式继续研究。

十、各项临床研究接受科教部、医务部等涉及的相关职能管理部门的全称监督管理。

	制度编码	KJB–ZD–015	制度名称	科技论文管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 6 次）	修订时间	2026.05.08	生效时间	2026.05.11

科技论文管理制度

为增强我院科研整体实力，提高学术研究水平和学术论文质量，鼓励学术论文的公开发表，提高单位学术知名度，根据我院情况，对院科技论文管理制度进行修订，具体内容如下：

一、本制度所称科技论文是指公开发表于中外期刊的论著、一般论文、综述、个案报道等专业技术论文（不含科普性文章）。

二、发表期刊必须有国际标准刊号，国内期刊必须另有国内统一刊号，且为专业技术类期刊（不含科普类），国内期刊能在国家新闻出版署官网上查询印证。

三、本制度中论文发表作者包括我院所有在职工作人员，包括医技人员、专技人员、后勤人员等，使用单位名称必须为全称："无锡市惠山区人民医院（英文名：Wuxi Huishan District People's Hospital）"或扬州大学医学院惠山临床学院（英文名：Affffliated Huishan Hospital of medical College, Yangzhou University）。"

四、本院管理的科技论文分"SCI 论文"、"核心期刊论文"、"非核心期刊论文"，核心期刊为《中国科技论文统计源期刊目录》（中国科技信息研究所）和《中文核心期刊要目总览》（北京大学图书馆）收录的期刊（以最新版为准），以及中华系列核心期刊（中华医学会主办）。

五、医院根据《员工管理奖惩细则》（最新版）对论文作者进行奖励，奖励论文必须作者单位全称为我院名称，且为第一作者（含并列第一作者），或通讯作者（含并列通讯作者）。

六、凡以我院名称发表论文，发表前必须到科教部签订《科研学术诚信承诺书》，论文内容应当真实，符合国家《论文发表"五不准"》要求，论文中需保护患者的隐私，且不能给医院造成负面影响，弄虚作假造成的后果由作者个人承担。

七、发表科研论文，必须保留所有原始数据材料， 论文发表后，国内期刊凭期刊原件、封面复印件、目录复印件、论文复印件到科教部登记保存，SCI 论文把打印件和电子版留科教科登记保存，所有原始数据材料（含电子材料）上交科教部留存归档。

八、论文发表作为医院对科室及个人考核的内容之一，具体按其他考核规定。

九、作者享有的权利和承担的法律责任参照《中华人民共和国著作权法》等相关法

律法规。

附件：新–科研（学术论文）诚信承诺书

无锡市惠山区人民医院
科研学术诚信承诺书

本人目前准备申报科研项目（课题）（拟发表学术论文）（题目：_____），本人承诺在整个过程中，遵守科学道德和诚信要求，严格执行所有国家科研管理法律法规部门规章及医院的科研管理制度，保证所有资料真实准确，绝不发生明令禁止的科研学术不端行为。如有违反，愿意承担科研诚信管理的相应责任。特请我科_____主任担保。

承诺人：

担保人：

20_____年_____月_____日

无锡市惠山区人民医院

科研学术诚信承诺书

本人目前准备申报科研项目（课题）（或准备发表学术论文）（题目：_____），本人承诺在整个过程中，遵守科学道德和诚信要求，严格执行所有国家科研管理法律法规部门规章及医院的科研管理制度，保证所有资料真实准确，绝不发生明令禁止的科研学术不端行为。如有违反，愿意承担科研诚信管理的相应责任。特请我科_____主任担保。

承诺人：

担保人：

20_____年_____月_____日

	制度编码	KJB–ZD–016	制度名称	医学伦理委员会职责	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	王梦玮	内审人	杨瑞瑞 徐太静
	制度版次	制订（第 1 次）	制定时间	2024.11.30	修订时间	

医学伦理委员会职责

1、医学伦理委员会是一个多学科的独立组织，其职责不仅仅是对研究项目的科学性和伦理合理性进行审查，还包括在研究过程中对项目的跟踪审查和复审，以及组织开展相关的伦理审查培训。该委员会由医学、药学、法律及其他背景的人员组成，旨在通过独立的审查机制来保护受试者的各项权益。

2、医学伦理委员会的职责主要涉及受理伦理审查项目、安排对项目进行伦理审查、对在研项目的跟踪审查、伦理经费管理、委员培训、年度计划和工作总结，档案管理等。审查、监督涉及人的生物医学研究项目，确保受试者的尊严、安全和合法权益得到保护，促进生物医学研究的规范开展，对涉及人体或人体标本的项目进行伦理审查和批准，并提供咨询服务。

3、伦理委员会还负有监督管理的责任。应建立伦理审查工作制度和标准操作规程，保证伦理审查过程的独立、客观和公正。

4、我院常规每半年召开 1 次伦理委员会工作会议，对于我院无法胜任的伦理审查需要，可以书面形式委托有能力的机构伦理审查委员会开展审查。

	制度编码	KJB-ZD-017	制度名称	医学研究伦理 审查规定及流程	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	王梦玮	内审人	杨瑞瑞 徐太静
	制度版次	制订（第 1 次）	制定时间	2024.11.30	修订时间	

医学研究伦理审查规定及流程

我院医学伦理委员会根据医学伦理相关规定并结合本院情况，重新梳理并制定医学研究伦理审查规定及流程，以前相关规定作废，有关医学研究伦理审查的规定及流程以此规定为准。

1、制定依据

国家相关部门发布的《药物临床试验质量管理规范》（2020）《医疗器械临床试验质量管理规范》（2022）《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法》（试行）《涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法》（2023）《实验动物管理条例》，以及世界医学会《赫尔辛基宣言》（2013）等法律、法规和指南。

2、适用范围

药物临床试验；医疗器械临床试验；涉及人的临床研究；新技术临床研究；其他临床研究；生物样本库建设；动物研究等。

3、审查形式

伦理委员会的审查方式有会议审查、快速审查、紧急会议审查。实行主审制，为每个审查项目安排主审委员，填写审查工作表。

（1）会议审查：适用于比较重大的研究，可能会造成人体伤害、可能存在利益冲突、有潜在伦理风险、是否公正公平、有否社会影响、涉及特殊群体等，需要医学伦理委员会现场讨论提出相关意见的伦理审查，以及特殊的动物研究等。

（2）快速审查：主要适用于不大于最小风险的研究项目，临床研究方案的较小修正，不影响研究风险受益比，尚未纳入受试者或已完成干预措施的研究项目，多机构合作的已经由牵头单位伦理审查批准的临床研究，以及常规的动物研究等。经快速审查中发现有潜在各种风险增加可能的改会议审查。

（3）紧急会议审查：研究过程中出现重大或严重问题，危及受试者安全，应召开紧急会议审查。

4、伦理审查流程

（1）医学研究项目开展前，由对该项研究的伦理和科学行为负责的、有资格的研究

者和/或申办者向医学伦理委员会提交伦理审查的申请和送审材料（若涉及使用新的临床医疗技术，必须先经过医务科同意）。

（2）伦理委员会秘书受理伦理审查申请，对研究项目送审材料进行形式审查，根据形式审查结果，决定组织会议审查或快速审查。

（3）执行会议审查的研究项目，伦理委员会在接到申请之日起，30 天内组织伦理委员会会议，伦理审查以超过全体委员半数的意见作为审查决定。会后及时（不超过 7 个工作日）传达审查决定或意见；执行快速审查的申请项目，由伦理委员会秘书指定 2 名主审委员快速审查，5 个工作日内完成主审，自快审主审完成日起，秘书汇总综合主审意见，3 个工作日内给予审查批件。

5、伦理委员会审查批件

（1）经审查同意开展的医学研究，批件的有效期为 1 年，即在批件发布当日起，1 年内都可以开展此审查规定的项目；1 年后跟踪审查，研究者/申办者在有效期截止日期前 1 个月向伦理委员会提交研究进展报告，通过跟踪审查方可继续开展研究。

（2）研究项目内容、途径、方法等有变更的，必须重新申请伦理审查。

（3）经伦理审查不通过的，不得开展此研究项目。

	制度编码	KJB-ZD-018	制度名称	科研项目全过程管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2025.12	生效时间	2026.1

科研项目全过程管理制度

为规范本院各类科研项目（含纵向课题、横向课题、院内立项课题）全生命周期管理，保障科研项目合规推进、高效实施，提升科研质量与成果产出，对标三级医院评审标准、国家公立医院绩效考核（国考）科研指标要求，结合本院实际，制定本制度。

本制度适用于本院所有在职职工、进修人员、实习学生作为项目负责人或核心成员承担的各级各类科研项目，涵盖项目申报、立项、实施、中期检查、结题验收、成果管理、经费管控、档案归档、延期变更全流程。

科研项目管理坚持科学规范、诚信优先、质量导向、闭环管控原则，实行“科教部统筹监管、项目负责人主体负责、科室协同配合”的三级管理模式，严守科研诚信底线，杜绝学术不端行为。

一、项目申报与立项管理

（一）项目申报实行预审制。项目负责人需提前梳理申报材料，提交科室主任初审、科教部和伦理办复核，重点审核申报资质、研究方案可行性、经费预算合理性、伦理合规性、人员配置合理性，杜绝重复申报、虚假申报。

（二）涉及人体生物医学研究、人类遗传资源利用的项目，必须提前完成伦理审查、人类遗传资源报备（审批），未取得相关批复文件的项目一律不得申报。

（三）科教部负责统筹各级各类课题申报工作，发布申报通知、组织申报培训、指导材料撰写、统一对外报送。

二、项目实施与过程管控

（一）项目负责人为项目实施第一责任人，严格按照任务书约定推进研究工作，把控研究进度、数据质量、实验安全，妥善保管原始研究数据、实验记录、知情同意书等佐证材料，确保数据真实、完整、可追溯。

（二）科研项目实施期间，严禁擅自变更研究内容、研究方案、项目负责人、研究周期；确需调整（含项目延期、暂停、终止）的，需由项目负责人提交书面变更申请，经科室主任审核、科教部复核、院学术委员会审批、上级主管部门备案（如需）后方可执行。

（三）项目组需定期开展内部研讨，每季度梳理研究进展，不定期向科教部报送阶

段性进展报告；科教部对项目实施全程动态监管，不定期抽查原始记录、经费使用、实验安全情况，发现问题及时督促整改。

（四）横向科研项目需签订正式合作协议，明确双方权责、成果归属、保密条款，协议文本需经科教部、法务、财务部门联合审核后，方可盖章生效。

三、中期检查管理

（一） 研究周期 1 年及以上的科研项目，必须开展中期检查；科教部制定年度中期检查方案，组织院学术委员会专家开展评审，项目负责人需提交中期进展报告、阶段性成果、经费使用明细、存在问题及整改计划。

（二）中期检查结果分为合格、整改、终止三类：合格项目准予继续实施；整改项目需在 3 个月内完成整改并复核；整改不合格或无正当理由逾期未整改的项目，予以终止，暂停项目负责人后续申报资格。

（三）课题中期检查资料及时上交科教部（系统内填报的中期检查报告也需要下载交科教部），作为项目结题、经费拨付、科研考核的重要依据。

四、结题验收与成果管理

（一）项目负责人需在研究周期届满前 1 个月，向科教部提交结题验收申请及全套材料，包括结题报告、研究成果（论文、专利、著作等）经费决算表、原始研究资料、伦理结题证明等。

（二） 科教部对结题材料进行初审，合格后组织院学术委员会或配合上级主管部门开展结题验收；验收重点核查任务书指标完成情况、成果真实性、经费使用合规性、档案完整性。

（三）结题验收通过的项目，科教部下达结题批复，办理项目结案手续；未通过验收的项目，限期 3 个月整改后重新申请验收，仍不合格的按项目终止处理，追究项目负责人责任。

（四）项目结题后，研究成果需按照医院《科研成果管理与奖励制度》进行登记、报奖、转化，成果归属、专利申请、论文发表需标注本院单位名称，严禁私自转让、隐匿科研成果。

五、经费与档案管理

（一）科研项目经费严格按照《科研项目与经费管理办法》执行，实行专款专用、专项核算，科教部联合财务部门全程监管经费使用，严禁截留、挪用、挤占科研经费。

（二）科研项目全过程资料（申报书、立项批复、任务书、中期报告、结题材料、成果证明、经费票据、伦理文件等）由项目负责人整理后，在结题后 1 个月内移交科教部。

六、责任追究

项目实施过程中出现学术不端、违规变更、经费滥用、资料造假、逾期不结题等行

为的，一经查实，暂停项目负责人 3 年科研申报资格，取消年度科研评优资格，纳入科研诚信失信记录；情节严重的，依规给予纪律处分，追究相关人员责任。

七、附则

（一） 本制度由院科教部负责解释，上级主管部门另有规定的，从其规定。

（二）本制度自印发之日起施行，原有相关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

参考文件：

1.国家卫健委官方文件：《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法》（国卫医科教发〔2024〕28 号），规范临床科研立项、实施、伦理、档案全流程管理

2.核心评审标准：《三级医院评审标准（2022 年版）》及其实施细则，对标三甲评审科研管理核心条款

3.科研诚信规范：《科研失信行为调查处理规则》（国科发监〔2022〕221 号）《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》

4.行业管理规范：《医院科研项目全过程管理规范》（团体标准 T/GXSC 003–2025）

5.地方配套文件：各省（市）科技计划项目管理办法、卫生健康领域科研项目管理细则

	制度编码	KJB–ZD–019	制度名称	科技成果转化制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 1 次）	修订时间	2025.12.18	生效时间	2026.01.01

科技成果转化管理与奖励制度

为规范本院科技成果转化活动，促进科研成果与临床应用、产业发展深度融合，提升成果应用价值和医院科研核心竞争力，保障医院、成果完成人及合作方的合法权益，依据国家相关法律法规，结合本院实际，制定本制度。

本制度所称科技成果转化，是指本院拥有权属的科研成果通过转让、许可、合作开发、技术入股、自行实施等方式，转化为临床应用技术、产品或服务，并产生社会效益、经济效益的活动。

本制度适用于本院所有在职职工、进修人员、研究生、实习学生作为成果完成人，以本院为第一完成单位、本院拥有完整权属的各类科技成果的转化活动；合作研发成果的转化，需先明确权属划分，再按本制度执行。

一、转化方式

科技成果转化主要包括以下方式，成果完成人可结合成果特点、市场需求选择合适的转化方式，报课题组审批后实施：

（一）转让：将科技成果所有权或使用权转让给合作方，收取转让费用，明确转让范围、期限及双方权责。

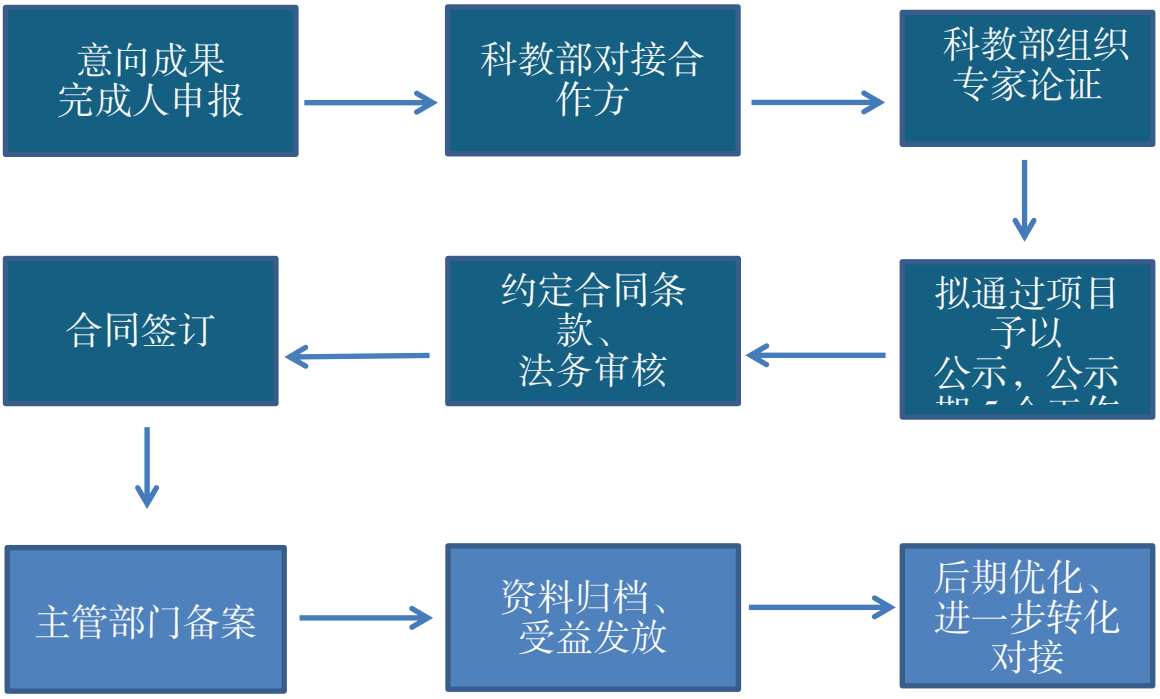
（二）许可：许可合作方在约定范围内使用科技成果，收取许可使用费，规范使用权限、期限及违约责任。

（三）合作开发：与合作方联合开展成果后续研发、应用推广，共享收益、共担风险，明确双方投入比例、成果归属及收益分配方式。

（四）技术入股：以科技成果作价入股，参与合作企业经营管理，按股权比例分享企业收益，履行股东义务。

（五）自行实施：由医院或成果完成人牵头，在本院内部或联合相关单位，自行开展成果转化、应用推广，产生的收益归医院所有，按规定对成果完成人进行奖励。

二、 实施流程



流程说明：各环节均需留存相关佐证材料（对接记录、合同原件、实施台账、验收报告、备案文件、经费票据等），由科教部统一纳入科教档案归档，全程可追溯，满足三甲评审、国考核查要求。

注意：以下两种情况可先签约，再公示

1. 院内自筹、非财政非对外立项：医院内部自主项目。

2. 揭榜挂帅/企业委托：先谈技术合同、再走立项公示。

三、经费与受益管理

（一）科技成果转化收益分配遵循“激励创新、兼顾公平”的原则；

（二）收益分配比例如下：

1、成果完成人及团队：项目负责人团队占转化净受益的 80%，用于奖励成果研发、转化过程中作出突出贡献的个人及团队。

2、医院统筹：占转化净收益的 20%（其中成果转化管理部门占转化净收益的 5%，用于项目管理奖励），用于全院科研发展、成果转化平台建设。

3、转化收益分配流程：转化经费到账后，财务科核算净收益，科教部提出收益分配方案，经工作小组审核、院领导审批后，公示 5 个工作日无异议，由财务科按方案发放奖励、划转经费。（备注：以上所有金额均为税后）。

四、奖励审批与发放流程

科研成果奖励每年集中申报、审核、发放一次，科教部发布申报通知，成果完成人提交申请材料，科室主任初审、科教部复核、学术委员会评审、院领导审批后公示。

公示期不少于 5 个工作日，接受全院监督，对异议成果及时核查处理；公示无异议后，财务部门按审批结果发放奖励资金。

五、 责任追究

严禁伪造、篡改、剽窃、代写等学术不端行为骗取成果奖励，一经查实，撤销奖励、追回奖金、通报批评，纳入科研诚信失信记录，暂停 3–5 年科研申报资格；情节严重的，依规给予纪律处分。擅自处置、泄露科研成果，造成医院权益受损的，追究相关人员责任，依法依规索赔。

六、附则

本制度由院科教部负责解释，奖励标准可根据医院发展、上级政策动态调整。

本制度自印发之日起施行，原有相关规定与本制度不一致的，以本制度为准。

参考依据

1.《中华人民共和国科学技术进步法》（2022 年修订）

2.《科研诚信与学术规范管理办法》（国科发监〔2022〕221 号）

3.《医疗卫生机构科技成果转化管理办法》（国卫医科教发〔2023〕15 号）

4.《2026 年无锡市惠山区人民医院科教奖励办法》（惠区人医〔2026〕 11 号）

	制度编码	KJB–ZD–020	制度名称	临床研究病案查阅标准操作规章制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2025.12.03	生效时间	2025.12.12

临床研究病案查阅标准操作规章制度

为规范临床研究中病案查阅流程，确保研究数据获取的合法性、合规性和安全性，保护患者隐私权益，特制定本制度。本制度依据《医疗机构病历管理规定》《医疗纠纷预防和处理条例》及国家卫生健康委《关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知》等文件制定。适用于所有以临床研究为目的的病案查阅、数据提取与分析活动。

一、职责分工

（一）申请人职责 研究项目负责人或授权成员负责提交申请，确保查阅目的真实、合规，对数据使用安全负责，并按要求保存相关记录。

（二）研究负责人职责 对研究项目的科学性和伦理性负责，监督团队成员规范使用病案数据，确保数据安全。

（三）科室主任职责 审核本科室研究项目的必要性和可行性，控制科研风险。

（四）伦理委员会职责 负责研究项目伦理审查批准，监督知情同意过程。

（五）科教部职责 审核研究项目立项情况及申请人资质，管理科研数据共享流程。

（六） 信息 / 病案科职责 根据授权提供数据服务，保障系统安全与数据完整性。

二、操作流程

（一）流程概述 临床研究病案查阅全流程包括：权限申请→伦理审查→数据申请→审核授权→数据获取→数据使用→数据销毁→记录保存。

（二）权限申请流程

研究人员向科教部提交《电子病历科研使用权限申请表》；

提供有效身份证明、执业证书、研究项目简介等材料；

参加数据安全与隐私保护培训并通过考核；

签订《电子病历信息使用保密承诺书》；

科教部审核通过后，向信息中心发送授权通知；

信息中心设置系统权限并记录备案。

（三）伦理审查要求 使用可识别患者身份信息的研究项目，必须提交伦理审查申请，提供研究方案、知情同意书、数据安全保护计划等材料。伦理审查通过后，有效期一般

为一年，期满需重新报审。

（四）数据申请流程

1、获得基础权限的研究人员向科教部提交《临床研究数据申请表》；

2、申请表需明确数据范围、字段内容、使用目的、使用期限及安全保护措施；

3、科室主任审核签字确认；

4、科教部审核项目立项情况及数据需求合理性；

5、涉及大量患者个体数据或敏感信息时，需报管理委员会审批。

（五）数据提供方式

根据数据敏感程度和安全要求，采取以下不同提供方式：

1、在线查阅：研究人员通过电子病历科研平台在线查看脱敏数据，不支持导出；

2、统计报表：病案与统计管理科提供聚合统计结果；

3、受限数据集：提供去除直接标识符的有限数据集，在安全可控环境下使用；

4、标准数据库：大型队列研究可申请经完整匿名化处理的标准分析数据库。

（六）数据获取与使用

1、信息／病案科完成数据准备；

2、研究人员领取数据时需签署交接记录；

3、数据使用限于批准的研究目的和场所；

4、不得将数据复制至未授权设备或个人存储设备；

5、定期删除中间处理数据，保留原始数据与最终结果。

（七）数据销毁与归档

研究项目结束后或数据达到最大保存期限，研究人员须在监督下彻底销毁数据，并提交《数据销毁证明》。研究数据及操作日志应归档保存，研究记录自研究结束起保存30年。

三、特殊情况处理

（一）数据导出审批

因研究确需导出电子病历信息，须经科室负责人和医务部负责人双重审批。导出的数据必须进行匿名化处理并添加数字水印，确保数据流向可追溯。

（二）隐私保护增强措施

对于特殊病种（如HIV／AIDS、精神疾病、罕见病等）及知名人士病案查阅，除常规审批外，还需采取以下增强保护措施：

1、获得伦理委员会特别批准；

2、数据使用实行"双人原则"，至少两人同时在场操作；

3、限制单次访问病例数量；

4、使用虚拟化桌面技术，防止数据本地存储。

（三）安全审计

信息中心每月对高权限用户、高频访问、异常时段访问等行为进行安全审计，发现可疑操作立即暂停权限并报告管理委员会。

（四）应急处置

发生或疑似发生电子病历信息泄露时，立即启动应急预案，采取切断网络连接、暂停账号权限、封存相关记录等措施，并在 24 小时内报告管理委员会和纪检部门。

四、附件清单与记录保存

（一）附件清单 本规程包括以下附件：

附件 1：《电子病历科研使用权限申请表》

附件 2：《临床研究数据申请表》

附件 3：《电子病历信息使用保密承诺书》

附件 4：《数据交接记录单》

附件 5：《数据销毁证明》

（二）记录保存

所有申请、审批、授权、培训、交接及销毁记录至少保存 3 年，与研究成果相关的数据使用记录应与研究数据同步保存。

五、附则

解释权 本规程由医院临床资源科研共享管理委员会负责解释。

生效日期 本规程自发布之日起正式实施。

附件 1

惠山区人民医院电子病历科研使用权限申请表

一、申请人信息
1.姓名：_____ 2.职务/职称：_____
3.所属科室/单位：_____ 4.联系电话：_____
5.电子邮箱：_____
6.身份证号：_____（仅用于备案核查）

二、研究项目简介
1.项目名称：_____
2.研究类型：□临床研究 □基础研究 □流行病学调查 □其他_____
3.研究周期： __年 月至 __年 月
4.资金来源：_____
项目摘要（限 200 字）：

三、数据使用目的
1.主要研究目标：_____
2.科学假设：_____
3.预期成果：_____
4.是否涉及商业用途：□是 □否

四、所需数据类型及范围
1.数据类别（可多选）：□门诊病历 □住院病历 □检验报告□影像数据 □病理报告 □用药记录 □手术记录 □护理记录 □其他_____
2.时间范围：__年月 至 __年月
3.病例数量：约_____例
4.特殊要求：_____

五、伦理审查文件
1.伦理批件编号：_____
2.批件有效期：年 月 日
3.是否包含患者知情同意条款：□是 □否

六、数据安全承诺申请人声明： 1.严格遵守医院数据管理制度； 2.不将数据用于申请范围外的用途； 3.数据存储于医院指定加密服务器； 4.研究结束后 30 日内销毁原始数据副本。 申请人签字：_____ 日期：_____
七、审批流程 1. 科室主任意见：□同意 □修改后同意 □不同意 签字：_____ 日期：_____ 2. 信息科终审：数据提取权限开放期限：年 月 日 至 年 月 日 签字：_____ 日期：_____

注：本表需双面打印，附研究方案全文及伦理批件复印件

附件 2

惠山区人民医院临床研究数据申请表

一、申请人信息

基本信息
1.姓名：_____ 2.职务/职称：_____
3.所属科室/单位：_____ 4.联系电话：_____
5.电子邮箱：_____

资质证明
医师执业证书编号：_____
GCP 培训证书编号：_____（如涉及临床试验）

二、研究项目简介

1.项目基础信息
项目名称：_____
项目类型：□药物临床试验 □医疗器械试验 □观察性研究 □真实世界研究
研究分期：□I 期 □II 期 □III 期 □IV 期（如适用）
项目编号：_____（院内立项编号/国家课题编号）

2.研究设计
研究方案版本号：_____
目标样本量：_____例
是否多中心研究：□是（组长单位：_____） □否

三、数据使用目的
1.研究目标
主要终点：_____
次要终点：_____
2.数据用途
□疗效评估 □安全性分析 □生物标志物研究
□医疗质量改进 □诊疗方案优化 □其他_____

四、数据需求明细
1.数据类型（勾选所需项）□人口学资料 □病史摘要 □用药记录□生命体征 □实验室检查 □影像报告□病理结果 □手术记录 □不良事件报告□随访数据 □其他_____
2.特殊要求
•是否需要原始 DICOM 数据：□是 □否
•是否需要关联医保数据：□是 □否

五、伦理与合规文件
1.伦理审查
伦理批件号：_____
批件有效期至：　　年　　月　　日
知情同意书版本号：_____
2.合规声明
本项目☐包含 ☐不包含人类遗传资源采集
已通过☐医院学术委员会 ☐国家平台备案（备案号：_____）

六、数据安全承诺申请人保证：
1.使用医院专用加密存储设备（编号：_____）保存数据
2.团队成员均签署《保密协议》（见附件）
3.发表成果时执行数据匿名化处理
4.结题后_____日内提交数据销毁证明
申请人签字：_____ 日期：_____

七、审批流程
1.科研管理部门审核
审核重点：☐科学价值 ☐资源匹配性
意见：☐批准 ☐修改后批准 ☐驳回
签字：_____ 日期：_____
2.信息中心终审　数据提取方式：☐系统直连 ☐脱敏导出
权限开放期限：____年___月_____日至_____年_____月_____日
签字：_____ 日期：_____

附件 3

惠山区人民医院电子病历信息使用保密承诺

一、保密义务范围

1.保密内容涵盖所有通过医院信息系统获取的电子病历数据，包括但不限于：

•患者身份信息（姓名、身份证号、联系方式等）

•临床诊疗记录（病史、检查报告、处方等）

•影像及病理数据（DICOM 文件、病理切片编号等）

2.延伸保密要求：

•研究过程中衍生的分析结果（如基因型数据）

•医院内部系统操作权限（账号密码、访问日志等）

二、数据使用限制

1.仅限用于已通过伦理审批的科研项目（项目编号：_____）

2.禁止行为清单：□ 将数据转让/出售给第三方□ 在公开网络环境传输原始数据□ 用于 AI 模型训练（未获专项审批时）□ 超出知情同意书范围的数据挖掘

三、安全存储要求

1.物理存储：•必须使用医院配发的加密移动硬盘（设备编号：_____）

•禁止使用个人云存储服务（如百度网盘、iCloud 等）

2.技术标准：•存储设备需启用加密

•访问电脑需安装医院指定防泄密软件

四、违规责任条款

1.个人责任：

•发生数据泄露时需 2 小时内报告信息科

•承担由此引发的行政处罚（最高 5 万元罚款）及民事赔偿

2.机构连带责任：

•团队违规将暂停科室科研数据申请权限 1 年

•列入国家卫生健康科研诚信黑名单

五、承诺人

姓名：_____ 工号：_____所属科室：_____ 职务：_____

签署日期：　　年　　月　　日

（注：本承诺书一式两份，有效期至项目结题后 3 年）

附件 4

数据交接记录单

一、交接双方信息

1.移交方

•姓名：_____ 工号：_____

•所属科室：_____ 职务：_____

•联系方式：_____

2.接收方

•姓名：_____ 工号：_____

•所属机构：_____ 职务：_____

•联系方式：_____

二、数据交接明细

1.数据类型（勾选所有适用项）□ 结构化电子病历（EMR）□ 医学影像原始数据（DICOM/NIFTI）□ 实验室检测报告（LIS 系统导出）□ 随访记录（含患者主观报告）□ 其他：_____

2.数据特征

•时间范围：_____年 _____月 至_____年 _____月

•病例数量：_____例

•数据总量：_____GB

•脱敏状态：□完全脱敏 □部分脱敏 □未脱敏

三、交接流程记录

1.时间节点

•申请提交时间： _____年 _____月 _____ 日

•数据准备完成时间：_____年 _____月 _____ 日

•现场交接时间：_____年 _____月 _____ 日_____时

2.交接方式□ 加密移动硬盘（设备编号：_____）□ 医院内网安全传输（IP 地址：_____）□ 第三方加密平台（平台名称：_____）

四、数据验证程序

1.完整性校验

•MD5 校验码：_____

•文件数量核对：实际份/应存份

2.可用性抽检

•随机抽查病例 ID：_____

•关键字段完整性：□完整 □缺失（说明：_____）

五、签字确认栏

1.移交方声明：已确认接收方数据使用权限，保证数据来源合法合规签字：_____ 日期：_____

2.接收方声明：承诺遵守数据保密协议，仅用于指定科研用途签字：_____ 日期：_____

监督备案

医院信息科备案号：_____伦理委员会监督员签字：_____

（注：本单一式三份，双方各执一份，医院科教部留存一份）

附件 5

数据销毁证明

数据销毁证明项目信息

1.项目名称：_____

2.项目编号：_____

3.数据使用期限： 年 月 日 至 年 月 日

销毁数据明细

1.数据类型：☐ 电子病历数据（含 DICOM 影像）☐ 实验室检测数据☐ 基因测序数据☐ 其他：_____

2.数据总量： 例患者

销毁执行情况

1.销毁时间：年 月 日

2.销毁方式：☐ 物理销毁（硬盘消磁/粉碎）☐ 软件擦除（符合 NIST SP 800-88 标准）☐ 其他：_____

3.技术验证：

•使用_____（软件/设备）验证数据不可恢复

•残留数据检测报告编号：_____

监督人员

1.医院信息科代表：_____ 工号：_____

2.项目 PI 签字：_____

3.第三方公证（如适用）：_____机构

声明条款

本机构确认：

1.所有副本数据（包括备份、衍生数据）已同步销毁

2.未保留任何可还原数据的中间文件

3.销毁过程符合《网络安全法》第二十一条要求

（医院科研管理部门盖章）

日期： 年 月 日

附件要求

须附：销毁过程录像截图（含时间水印）数据验证报告原件

	制度编码	KJB-ZD-021	制度名称	临床资源科研共享管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2025.12.12	生效时间	2025.12.13

临床资源科研共享管理制度

为规范医院电子病历信息在科研活动中的使用管理，促进临床资源科学共享与合理利用，保障医疗数据安全与患者隐私权益，根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》及国家卫生健康委《关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知》（国卫办医政函〔2025〕262 号）等法律法规和政策文件，结合本院实际情况，制定本制度。

一、适用范围 本制度适用于全院所有涉及电子病历信息中心研使用的临床、医技、科教部室及工作人员，包括但不限于在职医务人员、见习实习人员、进修医生、研究生及与医院签订合作协议的外部单位研究人员。本制度所称电子病历信息，是指医务人员在医疗活动过程中，使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，包括门（急）诊病历和住院病历。临床资源科研共享是指基于科研目的，对电子病历信息进行检索、查询、分析及提取使用的行为。

二、组织架构与职责分工

（一）管理架构 医院设立临床资源科研共享管理小组，由分管科研副院长担任组长，成员包括医务部、科教部、信息中心、病案与统计管理科、伦理委员会成员及纪检监察科负责人等。科教部负责日常管理工作。

（二）职责分工

部门名称	主要职责
医务部	负责审核科研项目与医疗业务的合规性，监督医疗质量安全核心制度落实
科教部	负责科研项目立项管理、研究人员资质审核、科研诚信建设
信息中心	负责电子病历系统技术保障、权限控制、安全防护和操作日志管理
病案与统计管理科	负责病案数据提取、匿名化处理、质量控制与归档管理

部门名称	主要职责
伦理委员会	负责科研项目伦理审查、受试者权益保护监督与伦理培训
纪检监察科	负责对电子病历信息使用权限滥用、信息泄露等行为的监督执纪

三、电子病历科研使用的基本原则

（一）合法合规原则 电子病历信息中心研使用必须严格遵守国家法律法规和医院规章制度，不得用于非医疗、教学、研究目的。严禁未经授权查阅、复制、传播或篡改病历信息。

（二）最小必要原则 电子病历信息访问应遵循 " 最小可用 " 原则，按照岗位职责、角色任务、使用需求等，授予研究人员最低必要权限。数据提取范围以满足研究方案所需为准，不得超范围获取患者信息。

（三）安全可控原则 建立电子病历信息安全防护体系，对数据全流程进行安全管控。研究人员对本人身份标识的使用负责，不得违规收集、使用、传输、透露、买卖患者病历信息或通过网络渠道传播。

（四）全程可溯原则 电子病历系统应确保历次操作痕迹、操作时间和操作人员等信息可查询、可追溯。支持通过数字水印等技术手段，确保使用过程留痕。

（五）知情同意原则 使用可识别患者身份信息的病历资料进行研究时，应当获得患者或其监护人的书面知情同意，法律法规另有规定的除外。

（六）伦理保障原则 所有涉及人类遗传资源、敏感个人信息及可能对患者权益产生影响的科研项目，必须通过伦理小组审查批准后方可实施。

四、分类分级授权管理规范

（一）用户角色分类 根据科研参与程度和数据敏感度，将用户分为以下类别并授予相应权限：

用户角色	数据访问范围	权限期限	特别限制
本院正式研究人员	授权研究项目的完整数据	项目周期	不得访问与研究无关的患者病历
见习实习学生	脱敏处理后数据	培训期间	仅限于教学目的，严禁数据导出
进修医生	授权科室相关数据	进修期	仅限本专业领域研究使用
研究生	研究方案限定数据	学业期间	需导师共同授权与监督

（二）权限申请与审批 研究人员需通过医院科研管理系统提交《电子病历科研使用

申请表》，经科室主任审核、科教部批准、信息中心授权后方可获得相应权限。短期工作人员的使用权限和时限不得超过培训进修学习范围和时长。

（三）权限复审与更新 研究人员访问权限每半年自动失效，需重新申请审批。岗位变动或离职时，人力资源部应及时通知信息中心终止其权限。

五、外部合作与信息共享管理

（一）合作机构管理 与外部机构合作开展临床研究，应签订严格的保密协议和授权协议，明确其访问电子病历系统的范围、目的和期限，并在服务过程中接受医疗机构监督。

（二）数据提供标准 向外部合作方提供电子病历信息，应遵循以下标准：

原则上提供匿名化或聚合数据；

1、确需提供个体层面数据，须经伦理小组审批并去除直接标识符；

2、涉及敏感信息或大规模数据提供，须由管理小组集体审议决策。

六、学术发表管理 基于电子病历信息形成的科研成果发表前，需经科教部审核确认无患者隐私泄露风险。发表论文不得包含可能识别患者身份的直接信息与罕见病例组合特征。

七、培训考核与监督管理

（一）岗前培训 所有接触电子病历信息的研究人员上岗前必须参加数据安全与隐私保护培训，并通过考核。培训内容包括相关法律法规、医院制度、信息安全知识和违规案例。

（二）年度考核 将电子病历信息规范使用管理情况纳入研究人员绩效评价，与职称晋升、评优评先挂钩。对考核不合格者，暂停其数据访问权限。

（三）监督机制 管理小组定期组织专项检查，对电子病历信息使用情况进行监测评估。信息中心负责对异常访问或未经授权的操作及时发出警报并通知上级管理人员。

八、违规处理与责任追究

（一）违规情形 以下行为属于违规行为：

1、未经授权查阅、复制、传播或篡改电子病历信息；

2、 超出授权范围使用电子病历信息；

3、泄露患者隐私信息或将数据用于非研究目的；

4、伪造、篡改研究数据；

5、 其他违反法律法规和本制度的行为。

（二）处理措施 对发生违规操作、泄露信息等不良事件的部门和个人，依法依规追究责任。视情节轻重给予通报批评、暂停权限、取消研究资格等处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

参考文件：

国家卫生健康委.《关于进一步加强医疗机构电子病历信息使用管理的通知》（国卫办医政函〔2025〕262号），2025年6月。

《医疗机构病历管理规定》（2013年版）。

《医疗纠纷预防和处理条例》（中华人民共和国国务院令第701号）。

国家卫生健康委.《电子病历应用管理规范（试行）》，2017年。

《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》，2020年6月。

	制度编码	YB-ZD-022	制度名称	医学科研诚信和相关行为规范管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 5 次）	制定时间	2015.5.15	修订时间	2025.11.13

医学科研诚信和相关行为规范管理制度

为提高我院临床研究人员的诚信意识，保证科学研究的诚信度，规范研究人员的临床科学研究行为习惯，坚决执行科技部和卫健委下发的《医学科研诚信和相关行为规范》（以下简称《规范》），制定如下制度：

1、分管科教的院长作为医学科研诚信行为规范管理的主要领导人，科教部负责培训、配套制度的制定与执行，医院学术委员会负责监督审核科研活动行为的诚信度。

2、此《规范》以电子版形式下发到医院内网及工作群里，供下载学习，科教部对每年新入职卫技人员进行科研诚信教育。

3、所有研究人员在做医学临床研究（包括与医学相关的软课题研究），都必须遵守《规范》要求，执行诚信原则，防止急功近利、浮躁浮夸、弄虚作假。

4、医院学术委员会严格审核申报的科研项目操作的可行性及可靠度，严格督查与评估，做到实事求是，防止弄虚作假。

5、医院任何人员发现有在临床研究过程中，虚报数据、样本、虚构结果、虚报科研经费、盗用他人成果等违反《规范》要求的现象，必须及时上报科教部，及时作出整改指令，并汇报分管领导，经临床研究管理委员会讨论后对其作出处罚，并终止该项目研究，实事求是向研究项目发布部门汇报。

6、对发现确实不能如期完成既定科研项目的，经讨论核实后，向研究项目发布部门提出延期申请。

7、对临床研究过程中有违法，甚至犯罪的，移交司法部门处理。

参考文件

1.《关于印发医学科研诚信和相关行为规范的通知》（国卫科教发〔2021〕7 号）。

2. 科研单位科研诚信管理制度示范文本---科技部监督司 2024 年 10 月。

3.《关于进一步加强科研诚信建设的若干意见》（中共中央办公厅、国务院办公厅 2018 年 5 月 30 日）

	制度编码	KJB–ZD–023	制度名称	科研活动原始记录管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 3 次）	制定时间	2022.12	生效时间	2025.3.30

科研活动原始记录管理制度

为加强科研活动的规范管理，保障科研数据的真实性、完整性和可追溯性，依据国家有关科研诚信、数据管理和档案管理的相关法律法规，制定本制度。本制度适用于本单位所有从事科研活动的科研人员、研究生、实验技术人员及相关管理人员。本制度所称“原始记录”是指在科研活动中直接生成的、未经加工处理的第一手数据和资料，包括但不限于实验记录、观测数据、调查问卷、图像、音频、视频、程序代码、计算过程、样品信息等。

一、管理职责

科教部负责制定原始记录管理，组织培训和监督检查。各课题组或实验室负责人对本组科研原始记录的真实性、完整性和规范性负直接责任。科研人员对其本人产生的原始记录负直接责任，必须如实、及时、规范地记录科研活动过程。

二、原始记录的基本要求

（一）原始记录应当真实、准确、完整、及时，严禁伪造、篡改、选择性记录或事后补造。

（二）原始记录应使用耐久性强的记录介质（如实验记录本、电子实验系统、数据库等），并满足以下要求：

纸质记录：应使用统一编号的实验记录本，连续编号，不得撕页、涂改。如需更正，应在原记录上划线并签名注明日期。

电子记录：应存储在指定的、具有权限控制和备份机制的系统或平台中，记录应带有时间戳和用户标识。

图像/视频/音频记录：应保留原始文件，禁止仅保存处理后的结果，必要时附带说明文字。

原始记录应包括以下内容：

（三）实验或研究目的

实验条件、材料与方法

操作步骤与过程

观察结果与数据

异常情况说明

记录人签名与日期

三、原始记录的保存与归档

（一）原始记录应随科研活动同步进行，不得事后补录。科研项目结束后，原始记录应整理归档。

（二）纸质记录应由课题组统一保管，保存期限不少于项目完成后 5 年；重大项目、涉及成果转化的项目应保存 10 年以上。

（三）电子记录应定期备份，存储于单位指定的服务器或云平台，确保数据安全与可恢复性。

（四）原始记录的归属权属于单位，科研人员调离或毕业时，应办理记录移交手续，不得擅自带走或销毁。

四、监督与责任追究

（一）单位应定期开展科研原始记录的抽查与评估，发现问题应及时整改。

（二）对违反本制度，存在伪造、篡改、丢失原始记录等科研不端行为的，依据《科研失信行为调查处理工作细则》等相关规定，追究相关责任人的责任，情节严重的，移交上级主管部门处理。

	制度编码	YB-ZD-024	制度名称	科研档案管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 3 次）	制定时间	2021.5	修订时间	2025.3

科研档案管理制度

为加强医院对科研项目的监管，督促科研工作者保持诚信，并能准时结题，确保科研论文的真实性,并对科研结果可追溯，医院建立科研档案管理制度。

一、需要建立科研档案的情况有：经立项的各级科研项目，包括政府部门、社会团体组织等立项的项目、与其他单位有合作协议的合作科研项目、重要的临床研究论文发表等。

二、科研档案资料内容包括：立项文件，合同，计划书，协议书，开题报告，科研原始记录数据，阶段评估小结，科研论文，结题报告，鉴定报告，专利证书，成果证书，科研经费使用记录，其他关于此项科研的记录等。

三、科研原始记录数据包括：患者或受试者所有信息，实验方法，实验结果，图像，表格，照片等一切数据资料，医学研究原始数据保留必须完整、客观、真实。

四、科研档案资料在申请结题或发表论文前全部归档并留存在科教科，归医院所有，并长期保存。

五、除有规定或保密协议的科研档案资料外，科研档案资料可供本院人员查阅参考，但不外借。

	制度编码	YB-ZD-025	制度名称	关于发表在预警学术期刊上论文的相关规定	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	吴晓峰	内审人	徐太静 杨瑞瑞
	制度版次	修订（第 3 次）	制定时间	2021.5	修订时间	2024.8

关于发表在预警学术期刊上论文的相关规定

根据科研诚信建设的相关文件政策规定，我院对发表学术论文建立期刊预警机制，作出相关规定。

1、经常关注国内相关机构发布的国内和国际学术期刊预警名单，实时动态跟踪，及时调整。将不顾学术质量、管理混乱、商业利益至上，造成恶劣影响的学术期刊，列入黑名单，作为预警期刊。

2、列入预警的期刊，不建议大家投稿，告知在该期刊上发表论文带来的风险：作为科研结题论文时不被认可，晋升职称时不被认可等。

3、在预警期刊上发表的论文不再给予报销费用及奖励，在各类评审考核中不予认可。

	制度编码	KJB–ZD–026	制度名称	医院学术会议活动管理制度	级别	院级
	制定科室	科教部	制定人	杨瑞瑞	内审人	徐太静
	制度版次	修订（第 1 次）	制定时间	2025.07.19	修订时间	2025.10.19

医院学术会议活动管理制度

为规范医院学术会议活动的管理，促进学术交流，提升医疗技术水平，保障学术活动的质量和效果，特制定本制度。

本制度适用于医院内各科室、部门及个人主办、承办或协办的各类学术会议、研讨会、培训班、讲座等学术活动。学术会议活动应遵循科学、严谨、规范、高效的原则，符合国家相关法律法规和医院的管理规定。严禁以科室或私人名义接受企业等赞助。科室举办的学术活动应严格遵守相关法律法规规定，合理合规使用省市重点专（学）科团队经费，不得借此进行利益输送。

一、学术会议活动的分类

根据规模和范围，学术会议活动分为以下三类：

1、院内学术会议：由医院或科室主办，面向院内医务人员开展的学术活动。

2、区域性学术会议：由医院主办或承办，面向本地区医疗机构开展的学术活动。

3、全国性或国际性学术会议：由医院主办或承办，面向全国或国际医学界开展的学术活动。

二、学术会议活动的审批

（一）学术会议活动需提前申报审批，

1、院内学术会议：由主办科室提出申请，经科室负责人签字后，报医务部或科教部备案。

2、区域性学术会议：主办科室需提前 1 个月提交《学术会议活动申请表》，经医务部或科教部审核后，报分管院长审批。

3、全国性或国际性学术会议：主办科室需提前 3 个月提交《学术会议活动申请表》，经医务部或科教部初审后，报院长办公会审批。

（二）申请材料应包括：

1、会议名称、主题、时间、地点、规模及参会人员范围；

2、会议议程及拟邀请专家名单；

3、经费预算及来源；

4、其他需要说明的事项。

三、学术会议活动的组织与管理

（一）主办科室职责：负责会议的具体筹备、组织和实施；确保会议内容科学、严谨，符合学术规范；做好参会人员的接待和服务工作；会议结束后 10 个工作日内提交总结报告至医务部或科教部备案。

（二）医务部或科教部职责：负责学术会议活动的统筹协调和监督；协助解决会议筹备中的问题；对会议经费使用情况进行审核和监督。

（三）会议经费管理：学术会议活动经费应专款专用，严格按照预算执行；会议赞助需符合国家相关规定，并报医院财务科备案；会议结束后，主办科室需提交经费使用明细报告。

四、学术会议活动的纪律与要求

（一）学术会议活动应严格遵守以下纪律：不得借学术会议名义组织与会议无关的活动；不得收取与会议无关的费用；严禁任何形式的商业贿赂或利益输送；参会人员应遵守会议纪律，不得迟到早退。

（二）学术会议内容应符合医学伦理和相关法律法规，不得传播虚假或未经证实的学术信息。

五、学术会议讲课取酬

1.医务人员只能接受由国家机关、事业单位、医疗卫生机构、科研院所、高等院校和社会组织举办或承办的学术活动授课邀请，参与合规合法的学术活动。学术活动举办方或承办方应为医务人员提供学术活动邀请函、会议议程和发放医务人员参加学术活动费用清单，医务人员应提供讲课课件、差旅费报销等佐证材料（必要时会议方保留备查）。外出参会讲课要鉴别于以下情形：

（1）假借国家机关、事业单位、医疗卫生机构、科研院所、高等院校和社会组织等名义举办和发出授课邀请，实由医药行业相关企业举办的学术活动，不得参加。

（2）名义上由政府或六个主体机构举办，实际是企业主办的，原则上不参加，除非有工作任务布置的要求才能参加。

（3）由国家机关、事业单位、医疗卫生机构、科研院所、高等院校、社会组织等举办和发出授课邀请，医药企业作为赞助商的会议，可以参加。但不能违法违规取酬，只能收取会议主办方支付报酬，不得收取企业直接支付的报酬。

2.医务人员讲课取酬必须合理合规合法，严格按照无锡市党政机关培训费管理办法（锡财行 2017 20 号）文件执行，不得超标取酬， 副高级技术职称及以下专业人员每学时最高不超过 500 元；正高级技术职称专业人员每学时最高不超过 1000 元；院士、全国知名专家每学时一般不超过 1500 元。不得收取现金，取酬一律上卡。讲课费按实际发生的学时计算，每半天最多按 4 学时计算。

3.医务人员参与学术讲课前，需及时履行医院 OA 相应审批程序，审批流程：

（1）由讲课人提供参加学术会议的相关材料，提交科主任初审。科主任（科室负责人）要对课时安排的合理性，课件内容的科学性、先进性等进行审核。

（2）初审同意后由科教部对会议主办方、授课邀请方资质、会议议程进行审核，报批分管领导，管理干部还应报主要领导审批。

（3）审批同意后，最后向行风办报备。

4.医务人员参与学术讲课的交通出行及住宿、用餐等接待，需符合中央八项规定精神及有关差旅、公务接待管理的规定。

六、医务人员参与学术讲课严禁有以下行为：

（1）直接接受医药行业相关企业给予的讲课费，以及贵重礼品和各种有价证券、支付凭证等财物；

（2）以编造学术讲课虚假理由或取酬明显超过本行业学协会推荐的讲课取酬标准等方式接受利益输送；

（3）参加会议不得影响正常业务工作；

（4）将学术讲课与引进、使用、推介医药产品挂钩或利用职业身份进行商业广告宣传；

（5）学术讲课期间接受可能影响廉洁行医的各类财物或宴请、旅游、健身、娱乐等活动安排；

（6）向会议举办方、授课邀请方和医药行业相关企业报销应由个人支付的费用。

（7）医务人员参与学术讲课后，须对是否有授课、劳务酬金及金额、发放形式及贵重礼品等在 OA 申请表单里如实填写。

七、附则

本制度由医务部或科教部负责解释，并根据实际情况适时修订。本制度自发布之日起施行。

附件：

附件 1：《学术会议活动申请表》

附件 2：《学术会议活动总结报告模板》

附件 1：

学术会议活动申请表

申请人姓名		科室		职务	
会议类型	□院内会议　□区域性会议　□全国性/国际性会议				
会议名称					
起止时间		地点			
会议规模		预算			
科室 意见	科主任签名：　　年　　月　　日				
医务部 意见	签名：　　年　月　日				
科教部 意见	签名：　　年　月　日				
分管科教 院领导批示	□指令性全额报销　□非指令性科室承担 50% 签名：　　年　月　日				

注：1、学术会议举办前，请在 OA 办公发起流程中完成相关审批程序。

2、院领导签字审批后，如需报销，请下载打印该表作报销凭证到科教部审核登记。

附件 2：

学术会议活动总结报告模版

一、会议名称：

二、主办科室：

三、举办地点：

四、会议时间：

五、参会规模：

六、会议组织情况：

1、专家邀请：计划人，实到人

2、服务保障：签到率，满意度

七、学术会议成果

1、核心内容：聚焦领域，发布新技术/方案项（例：XXX），其中 X 项具有临床转化潜力。

2、成果产出： 收录论文/海报篇（SCI/EI 篇）；

签署合作意向项（附项目清单：_____）；

颁发培训证书份，覆盖个专业方向。

3、影响力拓展：获等媒体报道次；吸引家新机构参与，推动_____（例：区域诊疗标准更新）。

八、经费使用明细

1、收支概况

总预算：金额；实际支出：金额（结余/超支_____%）；

赞助收入：来源，金额¥（附备案号：）。

2、分类支出

场地设备：金额（占比%），用于_____；

专家费用：金额（占比%），覆盖_____位专家差旅；

宣传物料：金额（占比%），含双语手册、电子邀请函等；

餐饮接待：金额（占比%），人均成本_____。

九、问题反思