



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区

目 录

党政管理

医院制度管理制度	10
集团“三重一大”事项决策制度	12
集团“三重一大”监督制度	14
党委书记和院长定期沟通制度	15
党委会议事规则	16
院长办公会议制度	20
职工代表大会制度	22
医院宗旨和目标制度	23
行政查房制度	24
医院组织机构设置管理制度	25
责任书汇编管理制度	26
管理问责制度	27
请示报告制度	29
突发事件信息报告和发布制度	30
总值班制度	32
党务实务公开制度	34
党务实务公开监督考核制度	38
医院信息公示制度	40
会务管理制度	41
医院会议管理制度	42
集团中心管理工作会议制度	43
职能科室会议制度	44
中层干部例会制度	46
科务会制度	47
综合档案管理制度	48
保密制度	51

厚德 | 卓越 | 敬业 | 创新

Great Kindness Excellent Dedicated Innovate



公章使用管理制度	52
公务招待费管理制度	53
集团公务车辆管理制度	55
医院制度类文稿标准与编码管理制度	57
外来公文处理制度	59
医疗集团纪委工作制度	60
诫勉谈话制度	61
党风廉政建设责任制实施办法	62
党支部参与科室重要事项管理决策制度	66
职业道德（行风）教育制度	68
社会监督制度	69
关于贯彻落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》要求	70
关于贯彻落实《八项规定》的实施办法	72
廉洁风险防控机制建设制度	74
加强重点部门、关键岗位廉政建设管理制度	76
供应商代表接待暂行规定	77
供应商（企业）不良行为记录管理制度	79
医院防统方管理制度	81
医院党风廉政建设和行风建设领导小组工作制度	83
行风督查制度	84
文明行医制度	85
医德医风综合考评实施方案	86
领导干部个人重大事项报告制度	96
医院关于红包回扣管理制度	97
医院网格化监督管理制度	99

医院文化

工会财务管理制度	100
工会经审委员会工作条例	101
工会会议制度	102



探视慰问制度	103
工会会员管理制度	104
接受新闻采访制度	106
“两微一端”信息管理制度	107
社会满意度测评度	109
文化建设工作制度	110
员工满意度调查工作制度	111
标识标牌管理制度	112

医患沟通

投诉统一受理制度	113
医院投诉处理制度	115
首诉负责制度	117
医疗纠纷预防和处理制度	118
医疗纠纷责任追究制度	121
医患沟通制度	124

人事管理

待岗、缓聘、解聘、试聘的规定	126
岗位设置及聘用管理办法	128
关于对未取得执业资格、专业技术资格人员实行解聘的有关规定	131
离退休人员管理规定	132
湖州市南浔区医疗集团出国（境）审批管理规定	134
人才培养管理制度	142
人事档案管理制度	143
人员紧急替代制度	144
医务人员准入制度	146
薪酬管理制度	147
南浔区医疗集团招聘管理制度	149
医疗集团各院区重点部门和关键岗位定期轮岗交流制度	150



引进卫生高层次人才管理办法	151
员工考勤管理规定	153
医疗集团员工离职管理办法	154
医疗集团员工年度考核制度	159
职称（职务）聘任管理规定	161
医疗集团职工各类假期待遇及管理规定的规定	163
职工工伤管理规定	166

科教管理

科研工作管理制度	168
科研经费管理制度	171
临床科研项目管理制度	174
科研论文、著作管理制度	176
学术诚信管理制度	178
科技奖励制度	181
科技成果转化制度	183
优秀青年科研启动基金管理制度	185
医学重点学科建设管理制度	187
继续医学教育管理制度	190
继续医学教育会务管理制度	192
外出学术活动管理制度	193
外出进修管理规定	194
住院医师规范化培训管理制度	195
国内在职攻读研究生的规定	197
助理全科医师培训基地管理制度	198
助理全科医师培训基地经费管理制度	200
助理全科医师培训学员管理制度	203
助理全科医师培训学员考勤制度	206
助理全科医师培训考核制度	207
助理全科医师培训师资质管理制度	209



助理全科医师培训绩效考核的规定	211
教学秘书管理制度	212
教学秘书聘任制度	214
教学行政查房制度	215
教学工作管理制度	217
教学质量检查制度	218
临床带教老师审定制度	219
带教老师教学培训制度	220
临床教学奖惩制度	221
科室教学工作制度	222
临床医技进修生管理制度	223
实习生管理制度	224
技能培训中心管理制度	225
技能培训中心教学管理制度	226
图书馆工作制度	227
图书馆信息服务制度	228
图书借阅制度	229
阅览室管理制度	230

医保物价

基本医疗保险管理制度	231
医保医师医疗服务管理制度	233
就医管理	237
医保、物价培训制度	238
医保、物价绩效考核方案	239
医保收费结算制度	240
医保投诉制度	241
医保信息网络管理制度	242
医保知情告知制度	243
医药价格公示制度	244



医药价格查询制度	245
医疗价格调整管理制度	246
医药价格投诉管理制度	247
慢性病种管理制度	248
特殊病种管理制度	249
意外伤害审核制度	250
医保DRG点数法付费结算操作管理制度	251

信息管理

信息设备使用制度	252
信息设备管理制度	253
信息安全管理制度	255
信息使用与管理部门沟通协调工作制度	257
计算机网络安全管理制度	258
信息系统数据管理制度	260
用户权限及密码管理制度	262
信息保密制度	263
HIS系统软件更新管理制度	264
数据备份和恢复管理制度	265
软件需求/BUG管理制度	266
信息科培训制度	268
机房管理制度	269
信息科值班、交班制度	271
外来工作人员管理制度	272
终端管理制度	273
信息系统患者隐私保护制度	276
互联网管理制度	277
网站使用管理制度	279
信息化产品采购和使用管理制度	281
信息安全责任制度	282



违规惩戒管理制度	283
安全事件管理制度	285
信息系统应急预案	287
局域网中断应急预案	291
机房断电应急预案	294
服务器故障应急预案	297

医学装备

医学装备与医用耗材管理委员会工作制度	300
医疗器械临床使用安全管理委员会作制度	302
急救类、生命支持类医学装备保障制度	304
医疗器械不良事件监测与报告制度	307
医疗器械使用人员操作培训和考核制度	310
医疗器械应急管理制度	312
医疗器械计划购置审批管理制度	314
医疗器械及设备采购管理制度	317
医疗器械临床使用管理制度	319
医疗器械风险评估与管理制度	321
湖州市南浔区人民医院医疗设备风险分类表	322
医疗器械计量管理制度	323
医疗器械验收管理制度	325
医疗器械更新、报废报损制度	327
医疗器械缺陷召回制度	330
医疗器械保修、维修合同评估及管理制度	332
医疗设备调剂调拨管理制度	334
一次性使用无菌器械采购管理制度	335
高值医用耗材采购管理制度	337
医用耗材采购管理制度	339
医疗器械采购论证、技术评估制度	341
医疗设备巡检制度	342



医学装备档案管理制度	343
防疫物资管理制度	344
医疗器械试用管理制度	345
医疗设备供应、调配应急预案	346
医疗设备故障紧急处理预案	349

总务后勤

医院环境卫生质量评比制度	353
医院保洁管理制度	354
医院环境卫生管理制度	355
后勤人员上岗管理制度	356
基建项目投标管理制度	360
垃圾分类管理制度	361
膳食科工作制度	362
食品安全管理制度	363
特种设备安全管理制度	364
外包服务项目管理制度	367
医院公共设备设施管理制度	368
医院合同管理制度	369
爱国卫生运动工作制度	371
总务库房管理制度	373

安保管理

公共场所的治安管理制度	375
保安巡逻制度	376
外来人员	377
管理制度	377
医院暴力防范	378
处置制度	378
安全保卫工作责任制度	379



医院道路车辆交通安全管理制度	380
医院内部车辆安全管理制度	381
视频监控	382
管理制度	382
视频监控资源	383
使用程序	383
重点部位工作制度	384
消防安全管理制度	385
用火、用电安全管理制度	386
病区消防安全管理制度	387
防火检查制度	388
火灾隐患整改制度	389
消防设施、器材	390
维护管理制度	390
消防安全教育	391
培训制度	391
危化品管理制度	392



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD001	文件名称	医院制度管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为规范医院各项工作，顺应精细化管理要求，拟规范我院制度建设的管理，特制定《医院制度管理制度》。</p> <p>2. 参考文件 2.1 《浙江省综合医院等级评审标准（2019版）》。 2.2 ISO9004:2008 标准。</p> <p>3. 名词定义 3.1 制度管理制度：即管理制度的制度，是指为规范我院各类制度的起草、会签、公示、审核、批准、培训、执行、监管和作废等制度建设内容而统一规定的工作流程。 3.2 制度命名：为便于规范制度管理，对制度命名作如下规定： 3.2.1 管理制度：凡对****工作内容进行管理的制度，可称为****管理制度，实际是对进行管理的制度，如交接班管理制度、会诊管理制度。 3.2.2 工作制度：凡各种组织开展工作的流程，可称为****工作制度，实际是组织开展工作的标准流程，如委员会工作制度，质管小组工作制度。 3.3 部门：包括行政科室、临床科室、医技科室、护理单元等。 3.4 起草：凡是新制定的制度，从无到有的过程为起草，须指定制度起草人。 3.5 修订：对已有制度进行评估，作任何修改，则为修订，须指定制度修订人。 3.6 核对：对已有制度进行评估，不作任何修改，则为核对，须指定制度核对人。 3.7 内审：制度起草/修订/核对部门应指定制度内审人对制度内容的合法合规合理性、适用范围等进行内审，一般为部门负责人。 3.8 审批：由部门负责人提请相关委员会、院长办公会、党委会等进行审批，批准后签发生效。 3.9 制度主管部门：凡负责制度起草、修订、核对、培训、落实（执行）、监管、评估的部门（科室）即为制度主管部门。 3.10 落实：制度主管部门为了某项制度的实施而采取的措施。 3.11 执行：制度所涉及范围的科室或员工根据该项制度而采取的行动。</p> <p>4. 内容 4.1 制度制定原则 4.1.1 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。 4.1.2 制度内容应简明扼要，便于阅读、理解，不易产生明显歧义，工作流程通畅、可执行性强、权责清晰。 4.1.3 制度格式符合医院文稿管理统一格式、规范和编码的要求。 4.1.4 每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。 4.2 制度制定权责与工作流程 4.2.1 制度出台 4.2.1.1 起草：根据国家法律、行业法规和要求，结合医院实际情况，任何部门经本部门负责人同意均可起草制度，部门负责人应指定制度起草人、内审人，起草人负责制度内容起草、编制文件编码、套用标准文本格式，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。 4.2.1.2 形式审核：由党政办审查文件格式与编码的规范性，并备案。</p>					



4.2.1.3征求意见：凡制度执行涉及其他部门的制度由起草部门在内网上公开征求意见，时间不超过1周，并通知相关部门及员工；同时，应选择部分制度执行科室进行定向征求意见，整合各方意见。

4.2.1.4审批：

4.2.1.4.1仅涉及本部门的制度经本部门集体讨论后由部门负责人批准。

4.2.1.4.2涉及其他部门的制度可以由党委书记、院长审核并批准。涉及其他部门的制度也可以由各相关委员会审核并批准。无法归口的部分行政管理制度由制度主管部门提出，经分管院领导同意，由多部门行政协商会议批准。

4.2.1.4.3超出医院单个委员会权责范围的制度，及涉及医院认为重要的制度由院长办公会或党委会审核并批准。涉及职代会权责的制度应由职代会审核并批准。

4.2.1.5试行：新版制度应设置暂行稿，有3个月的暂行期，期满由制度起草部门定期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；3个月后按原审批流程批准。

4.2.1.6公（发）布：医院定期修订的制度合订本采用纸质版本和（或）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。

4.2.2制度执行

4.2.2.1培训：由制度主管部门根据制度内容设计合适的培训计划，含培训方式、培训要求和内容（应知应会）、培训材料和培训结果测试（考试），可采用集中培训、网上培训、书面培训等方式，重在相关员工掌握制度内容。

4.2.2.2执行监管：制度起草部门应制定本项制度的落实执行监管计划，对制度落实执行情况进行监管，监管间隔可根据制度落实情况来定，对监管结果应及时分析反馈，形成分析小结，形成常态化的监管机制。

4.2.3制度修订

4.2.3.1全院性制度每3年修订一次，必要时经医院同意可提前或推后，由党政办启动全院性制度修订工作。

4.2.3.2各部门对本部门已公（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、作废等决定，并落实具体修订人或核对人，并由指定的内审人复核。

4.2.3.3根据行业要求、制度执行监管评估和相关员工反馈意见，制度主管部门可随时启动制度的修订工作。

4.2.4制度效期

任何制度正式实施后，有效期不作具体规定，以制度最新版本作为有效版本。

4.2.5制度作废

根据国家法律、行业法规要求和医院实际情况，如果制度主管部门评估应当作废，由制度主管部门起草作废申请，按原审批流程批准作废，并报质管办备案、公示。

4.2.6制度解释

所有制度内容由制度主管部门负责解释。

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：毛建华 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXYD-DZB-ZD002	文件名称	集团“三重一大”事项决策制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的：为认真贯彻落实中共中央《建立健全惩治预防腐败体制实施纲要》和省市有关党风廉政建设与反腐纠风工作要点，规范医院领导班子和领导干部决策行为，提高决策水平、防范决策风险，进一步加强党风廉政建设。</p> <p>2. 参考文件 中纪委、国家卫健委、省纪委、市纪委、市卫健委等相关文件</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 “三重一大”事项的主要内容</p> <p>4.1.1 重大事项决策：</p> <p>(1)集团的办院方针、指导思想、培养目标；</p> <p>(2)集团改革、发展的重大问题及医疗、教学、科研、行政、基建、后勤管理等重大事项；</p> <p>(3)部门和科室岗位设置、调整及人员编制；</p> <p>(4)重要规章制度的制定、修改及废除；</p> <p>(5)年度财务预算、年度进人计划、年度医疗设备及物资采购计划；</p> <p>(6)涉及职工福利的重大事项和有关办法；</p> <p>(7)国内外重大合作、交流事项以及选拔派遣员工出国进修学习等；</p> <p>(8)重大问题及突发性事件的处理决策；</p> <p>(9)其他应当提交讨论的重要问题；</p> <p>4.1.2 重要干部任免</p> <p>(1)集团中层干部任免、重点岗位管理人员的调整、聘用等；</p> <p>(2)中级及以上专业技术职务人员的聘用；</p> <p>(3)确定中层后备干部人选、学科带头人与后备学科带头人入选；</p> <p>4.1.3 重要项目安排：</p> <p>(1)集团发展和基本建设规划；</p> <p>(2)基建和大型修缮项目；</p> <p>(3)大宗物资、大型设备、不动产和无形资产的购置与处置；</p> <p>(4)预算调整</p> <p>(5)其他重要项目安排。</p> <p>4.1.4 集团内大额资金的使用。 金额在20万及以上的支出（不包括工资、水、电等日常开销）；</p> <p>4.2 “三重一大”事项应遵循的原则</p> <p>凡“三重一大”事项必须经过集团党委会会议集体讨论决定，必要时提交职工代表大会审议通过，并在一定范围内公示。</p> <p>集团领导集体讨论“三重一大”事项，应遵循以下原则：</p> <p>(1)民主集中原则：对讨论的问题，需会前沟通，个别酝酿，集体讨论，必须有应参与人员的半数以上同意，方可通过；当不同意见相持时，应暂缓作出决定，经充分酝酿后，再进行表决。</p> <p>(2)实事求是原则：必须尊重客观，符合实际，有利于改革、发展和稳定工作。</p> <p>(3)合法原则：不得违反国家法律法规。</p>					



(4)保密原则：对未通过和有限定范围的，不得擅自传播。

4.3 “三重一大”的决策程序

4.3.1 重大事项决策程序。

(1)相关职能部门根据政策，结合医院实际，经相关专业委员会前置论证评估，拟出具体方案。

(2)提交集团党委会会议集体讨论决定，下发实施方案。涉及医院发展规划、重要制度实施、职工切身利益的重大问题需提交职工代表大会讨论决定。

4.3.2. 重要干部任免程序。

根据《党政领导干部选拔任用工作条例》及相关规定，选拔任用干部，采取民主推荐与组织推荐相结合的选拔方式进行，其主要程序是：拟公布职数—公开报名—资格审查—竞聘演讲、民主测评—组织考察—任前公示—由党政领导进行任前谈话—发布任命文件。

4.3.3. 重要项目安排程序。

(1)通过职能科室—专业委员会讨论—分管领导—书记院长会前沟通—院长办公会—党委会这一流程，提出立项报告。

(2)由招标领导小组根据有关招投标章程，审查招标立项工作，组织落实招标事宜，向集团党委会会议通报招标结果。

(3)凡重大项目招标，需要进行全面考察，写出考察论证报告，集团纪检监察部门负责进行监督。

(4)重要项目具体要求：

①实施“阳光工程”，药品一律通过浙江省药械采购中心平台进行采购。

②基建项目20万及以上的按预标执行程序审批，按照政府采购实施政策，在相应规定金额的采购范围内采用不同形式进行采购。

③金额在20万元及以上的大宗物资、设备、不动产和无形资产的购置，按照政府采购实施政策，在相应规定金额的采购范围内采用不同形式进行采购。

④列入部门集中招标采购的医疗用品参加市招投标中心统一组织的集中招标采购工作，其它医疗用品的采购，由设备科具体负责指标、采购事宜。

4.3.4. 大额资金使用程序

(1)使用部门提出资金使用计划、方向、额度；

(2)分管领导审阅，提出具体意见；

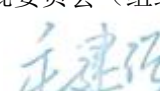
(3)会议讨论通过；

(4)具体资金使用审批。


审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人：毛建华 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXYY-DZB-ZD003	文件名称	集团“三重一大”监督制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的 为更好地贯彻落实中央《建立健全惩治和预防腐败体系实施纲要》，加强党风廉政建设，严格执行医疗集团“三重一大”事项决策制度，加强监督管理，制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 中纪委、国家卫健委、省纪委、市纪委、市卫健委等相关文件。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 “三重一大”事项考核监督</p> <p>4.1.1 医院“三重一大”制度的执行情况，列为领导班子民主生活会和领导干部述职述廉报告的重要内容，接受上级行政主管部门的检查、考核，接受社会及群众的监督。</p> <p>4.1.2 医院纪检部门对“三重一大”制度的执行情况进行监督。</p> <p>4.2 “三重一大”事项责任追究</p> <p>4.2.1 凡属下列情况，要追究有关责任人的责任：</p> <p>4.2.1.1 不履行或不正确履行“三重一大”制度决策程序，不执行或擅自改变集体决定的；</p> <p>4.2.1.2 未经集体讨论而由个人决策、事后应通报而不通报的；</p> <p>4.2.1.3 未向领导班子提供真实情况而造成决策失误的；</p> <p>4.2.1.4 执行决策时发现可能造成损失，能够挽回而不采取措施挽回的；</p> <p>4.2.1.5 其它违反本规定的情节。</p> <p>4.2.2 责任追究依据职责范围，明确集体责任、个人责任或直接领导责任、主要领导责任。</p> <p>4.2.3 给医院造成重大损失和严重政治影响的责任人，根据事实、性质和情节轻重，依纪追究责任，触犯法律的交由司法机关处理。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD004	文件名称	党委书记和院长定期沟通制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为进一步推进全面从严治党，落实集团党委领导下的院长负责制。</p> <p>2. 参考文件 《中共浙江省委办公厅印发〈关于加强新时代公立医院党的建设工作的实施意见〉的通知》（浙委办发〔2018〕72号）</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 健全完善集团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，应坚持依法依规的原则，各司其职、各负其责、相互支持、相互配合。</p> <p>4.2 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。</p> <p>4.3 书记办公会沟通事项</p> <p>4.3.1 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；</p> <p>4.3.1 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；</p> <p>4.3.2 制定和完善集团重大管理制度；</p> <p>4.3.3 医院办院思路、事业发展规划，年度工作计划；</p> <p>4.3.4 涉及医院“三重一大”事项的研究部署和督促检查；</p> <p>4.3.5 职工考核评优、职称晋升、工资晋级、目标绩效考核等；</p> <p>4.3.6 重大敏感事件以及涉及医院安全稳定等重要事项等；</p> <p>4.3.7 书记和院长认为需要加强沟通的其他事项。</p> <p>4.4 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，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。</p> <p>4.4.1 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。</p> <p>4.4.2 院长办公会的重要议题，应在会前听取党委书记意见，书记、院长意见不一致时，应暂缓提交会议，待进一步交换意见、取得共识后再提交讨论。</p> <p>4.4.3 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。</p>					
<p>审批委员会(组织):南浔区医疗集团党委 签发人:  签发时间: 2021-09-01</p>					



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD005	文件名称	党委会议事规则	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 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。</p> <p>2. 参考文件 《中共浙江省委办公厅印发〈关于加强新时代公立医院党的建设工作的实施意见〉的通知》（浙委办发〔2018〕72号）</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 第一章总则</p> <p>4.1.1 第一条 为加强和改进集团党建工作，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《中共中央办公厅关于加强公立医院党的建设工作的意见》《浙江省委办公厅关于加强新时代公立医院党的建设工作的实施意见》《湖州市南浔区人民政府关于推进区域医疗卫生服务共同体建设的实施办法》等有关规定，结合我集团党建工作实际，制定本议事规则。</p> <p>4.1.2 第二条 集团全面落实党委领导下的院长负责制，集团党委充分发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。党委书记主持党委全面工作，支持院长依法依规独立负责地行使职权。</p> <p>4.1.3 第三条 凡属“三重一大”事项，必须召开集团党委全体委员会议（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集团党委的领导。</p> <p>4.1.4 第四条 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。</p> <p>4.2 第二章 议事范围</p> <p>4.2.1 第五条 重大决策事项</p> <p>4.2.1.1 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。</p> <p>4.2.1.2 讨论决定集团党的建设、思想政治建设、意识形态、精神文明建设、医院文化建设等重要事项。</p> <p>4.2.1.3 讨论决定集团重要改革、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。</p> <p>4.2.1.4 讨论决定集团内设机构、人员编制、岗位评聘、人事调动、职工薪酬分配、福利待遇、人员的招聘、交流、解聘、延聘和返聘，申报院级（含院级）以上的各类评优评先和重要表彰奖励，以及其他涉及职工权益保障等重要问题。</p> <p>4.2.1.5 研究决定集团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。</p> <p>4.2.1.6 讨论决定集团党风廉政建设、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，落实清廉医院建设。</p> <p>4.2.1.7 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。</p> <p>4.2.1.8 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、</p>					



交流等)重要事项。

4.2.1.9 讨论决定学科建设、科研规划、研究生招生及培养、国(境)外交流等重要事项。

4.2.1.10 讨论决定医疗卫生结对帮扶、对口支援、援外等工作。

4.2.1.11 听取院长和各院区党组织书记贯彻执行党委会决策情况的报告,党政班子成员重要事项组织实施情况和履行“一岗双责”情况的报告。

4.2.1.12 讨论决定其他重大决策事项或院长办公会议提请党委会会议决定的重大事项。

4.2.2 第六条 重要人事任免

4.2.2.1 讨论决定集团管理的干部、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。

4.2.2.2 讨论决定推荐年轻干部、外派挂职干部,以及其他需要报送上级党委审批的重要人事事项。

4.2.2.3 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。

4.2.2.4 讨论决定对集团管理干部的考核、奖惩、党纪和政务处分。 4.2.2.5 讨论决定其他重要干部人事任免事项。

4.2.3 第七条 重要项目安排

4.2.3.1 讨论决定各级各类重点建设项目安排。

4.2.3.2 讨论决定国内国(境)外交流与合作重要项目。

4.2.3.3 讨论决定集团基本建设和大额度基建修缮项目。

4.2.3.4 讨论决定大型医疗设备、大宗医用耗材、器械物资采购和购买服务。 4.2.3.5 讨论决定其他重大项目安排事项。

4.2.4 第八条 大额度资金使用

4.2.4.1 讨论决定集团年度经费预算安排、预算调整计划、财务年度决算报告。

4.2.4.2 讨论决定二级医院涉及金额在20万元及以上的下列项目事项:基建、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、后勤日常消耗品、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)。

4.3 第三章 会议组织

4.3.1 第九条 党委会须定期召开,原则上每周或每两周召开一次,根据党委、纪委和集团工作需要,可随时召开。

4.3.2 第十条 党委会由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。

4.3.3 第十一条 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。委员因故不能参加会议的,应当在会前向党委书记请假。

4.3.4 第十二条 根据工作需要,党委书记可以确定不是党委委员的院长、副院长及其他有关人员列席会议相关议题,财务总监根据职责范围列席会议。列席人员可就相关议题发表意见或建议,但不得参与表决。

4.4 第四章 议事程序

4.4.1 第十三条 党委会的议题由集团党政领导班子成员提出,党委书记综合考虑后确定。

4.4.1.1 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,一般应由党委办公室提前送达与会人员,做好议事准备。



4.4.1.2 党委会召开的时间、议题，应至少提前一天通知与会人员。

4.4.1.3 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。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，应在所涉的领导之间充分沟通酝酿，取得一致意见后提出。

4.4.1.4 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，经书记允许后方可上会研究。

4.4.2 第十四条 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、党委分管副书记、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、技术性较强的决策重要事项，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，先经专业委员会(领导小组、工作小组)讨论，提出建议意见。

4.4.3 第十五条 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。

4.4.4 第十六条 党建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。

4.4.5 第十七条 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。

4.4.6 第十八条 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。

4.4.7 第十九条 参会人员、记录人员、档案管理人员必须严格遵守集体决策纪律和保密规定，对党委会讨论的情况，在形成决议并正式执行之前，以及不宜公开的事项切实做好保密工作，不得以任何形式对外泄露，并妥善保管有关会议资料。

4.5 第五章 决议落实和监督

4.5.1 第二十条 经党委会集体决策后，需要落实的事项，由党建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。

4.5.2 第二十一条 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报告，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。

4.5.3 第二十二条 责任科室(部门)应及时向分管领导汇报党委会决议的落实情况，分管领导应及时向党政领导班子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，再次召开党委会研究决定。

4.5.4 第二十三条 集团党政领导班子成员应切实履行职责，带头落实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，增强领导班子的整体决策能力。

4.5.5 第二十四条 党委重大事项决策按现定应当公开的，要按照党务、政务公开的要求，在一定范围内通过局域网，公开栏等各种方式予以公示，自觉接受职工群众监督。

4.6 第六章 附则

4.6.1 第二十五条 党委书记每年按同级卫生健康行政部门的要求进行履职情况报告，其他党委委员每年应自觉接受上级党委及院党委组织开展的履职考核。

4.6.2 第二十六条 本议事规则由党政综合办公室负责解释。

4.6.3 第二十七条 本议事规则自发布之日起施行。



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：毛建强 签发时间：2021-09-01




文件编号	NXY-Y-DZB-ZD006	文件名称	院长办公会议制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的</p> <p>为了落实医院党政共同负责制和领导班子集体议事的规定,保证和发挥医院领导班子的集体领导作用,促进工作的制度化、规范化以及决策的民主化、科学化,及时调度、安排、研究、处理重大问题,及时交流和沟通思想,统一行动,提高工作效率,特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>国家卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 会议安排</p> <p>4.1.1 院长办公会议参加成员为集团行政班子成员、纪委书记,党委书记一般不参加院长办公会议,其他党委委员可视议题情况列席。专题研究时,有关职能科室、群团组织负责人等可列席会议。</p> <p>4.1.2 集团院长办公会议由院长主持,如院长因故不能到会,可由院长委托一名副院长主持。</p> <p>4.2 会议内容</p> <p>4.2.1 讨论决定贯彻落实集团党委会议决议的有关措施。</p> <p>4.2.2 讨论提出拟提交党委会讨论决定的重大事项方案:集团发展规划、中期评估及调整意见;集团工作年度计划、计划执行和运行中的重大问题;由集团牵头落实的医药卫生体制改革中的重大事项;集团医疗、科研、教学、行政管理工作中的重大事项;集团制发的规章制度的制定、修改和废止;集团年度绩效考核目标制定、下达及考评有关事项;集团重要活动实施方案;</p> <p>4.2.3 讨论提出拟提交党委会讨论决定的人事方案:职称评聘、常规晋升晋级及日常人员招聘、解聘、调动等集团人事工作的事项;招生培训、人才引进等集团人才培养工作的事项;</p> <p>4.2.4 讨论提出拟提交党委会讨论决定的集团年度经费预算安排、预算调整计划、财务年度决算报告等事项方案。</p> <p>4.2.5 讨论决定集团各院区涉及金额在3万以上20万元以下的下列项目事项:基建、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)。</p> <p>4.2.6 讨论临床、医技、护理单元的岗位职责、诊疗规范、医疗质量与安全及医疗纠纷处置等医疗相关工作。</p> <p>4.2.7 讨论教学管理、临床实习、住院医师规范化培训、研究生招生及管理、除出国(境)外和重要的外派学习之外的职工培训及继续教育等教学相关工作。</p> <p>4.2.8 讨论科学研究、科研规划、成果转化、学术交流、学科建设、实验室建设、临床试验、科研诚信、科研伦理等科研相关工作。</p> <p>4.2.9 讨论决定重要行政事务、后勤运行保障、社会服务等行政管理相关工作。</p> <p>4.2.10 需由院长办公会议讨论的其他事项。</p> <p>4.3 院长办公会议贯彻执行民主集中制,必须严格遵守“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”的原则。</p>					



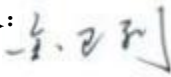
4.4 集团院长办公会的记录由集团办公室主任担任。会议的决策和决定通过院务会传达到各集团区中层干部，由集团办公室负责传达到有关执行部门。执行部门应认真贯彻，及时落实具体工作，按时完成。涉及全集团、多部门参与工作，由集团办公室负责协调、组织实施。各分管领导要抓好所管部门对会议决定的贯彻、执行，做好检查和督促工作。

4.5 院长办公会议原则上每周或每两周召开一次。如遇重大或急办事项，可由院长临时决定开会时间。

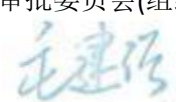


审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人： 签发时间：2021-09-01




文件编号	NXY-Y-DZB-ZD007	文件名称	职工代表大会制度	适用范围	集团
制定部门	工会	修订/核对人	沈金琴	内审人	沈金琴
<p>1. 目的 为更好地实行民主管理,职工可以更好地行使民主管理权力,特制定职工代表大会制度。</p> <p>2. 参考文件 国务院颁发的《全民所有制工业企业职工代表大会条例》全国总工会、卫生部《关于加强医疗卫生单位职工民主管理工作的若干意见》浙江省人民代表大会常务委员会第 49 号公告《浙江省企业民主管理条例》</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 职工代表大会是集团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。职工代表大会实行民主集中制。</p> <p>4.2 工会委员会是职工代表大会的工作机构,负责职工代表大会闭会期间的日常工作。</p> <p>4.3 职工代表大会每届五年,每年至少召开一次大会,每次大会必须有三分之二以上的职工代表出席。</p> <p>4.4 职工代表大会由工会委员会组织筹备,由主席团主持召开。</p> <p>4.5 职工代表按不少于职工人数的10%,由各科室直接选举产生。职工代表实行常任制,每五年改选一次,可以连选连任。</p> <p>4.6 认真履行职工代表大会五项职权。即:审议建议权、审议通过权、审议决定权、评议监督权和推荐选举权。</p> <p>4.7 职工代表大会征集代表合理化建议提案,至少每年征集一次。对代表提案要有落实措施,有反馈意见。</p>					
<p>审批委员会(组织): 工会委员会 签发人:  签发时间: 2021-09-01</p>					




文件编号	NXYD-DZB-ZD008	文件名称	医院宗旨和目标制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的</p> <p>为确立医院共同的愿景、核心价值观和服务理念，并在全院范围内进行深化培训，让核心价值观体现在医院医疗、护理、后勤、行政等各方面的工作中，完成医院及全体员工的使命，特制定该制度。</p> <p>2. 参考文献</p> <p>无</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1院训：厚德、卓越、敬业、创新。</p> <p>4.2核心价值观： 以人为本，患者至上。</p> <p>4.3愿景：建设湖州东部区域医疗中心。</p> <p>4.4使命：关爱生命，促进健康。</p> <p>4.5文化：通过加强医院文化建设，营造“员工有温度、医院有情怀”的干事创业良好氛围，培养恪尽职守，爱院如家的主人翁精神；锤炼拼搏进取、追求卓越的职工队伍；塑造病人至上、慈善惠民的医院形象；营造安全高效、人文和谐的医疗环境；增强开拓创新、追求卓越的竞争能力，努力保障人民群众身体健康，全面提升医疗服务水平，实现医院文化与病人健康保障和谐统一，医院发展与职工发展的和谐统一，医院文化优势与竞争优势的和谐统一，为医院改革发展和稳定提供文化支撑，促进医院持续健康科学快速发展。</p> <p>4.6院歌：《护航生命之舟》。</p>					
<p>审批委员会(组织)：南浔区医疗集团党委</p> <p>签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					




文件编号	NXYD-DZB-ZD009	文件名称	行政查房制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为加强对临床、医技科室及护理单元的管理，了解医疗、后勤等工作情况并解决实际问题，提高行政管理效率，特制订本制度。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等部门的相关文件</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 由党政综合办公室安排，具体组织实施，查房前一天通知个人和有关科室。</p> <p>4.2 时间：原则上每周一次。</p> <p>4.3 参加人员：一般由医院行政领导及职能部门负责人参加，党政综合办做好查房记录。</p> <p>4.4 每次查房选择1-2个病区（科室）。</p> <p>4.5 查房重点问题：</p> <p>4.5.1 书记查房</p> <p>4.5.1.1 调研各科室业务发展，学科和人才队伍建设情况。</p> <p>4.5.1.2 督查督办各科室、部门落实党委重要决策部署情况。</p> <p>4.5.1.3 督查科室、部门党风廉政建设和行业作风建设、精神文明建设、一岗双责情况；督查各党支部开展“两学一做”教育情况，基层党建工作情况等。</p> <p>4.5.1.4 对“三重一大”事项进行决策前调研，决策后督办，充分保障决策的科学化、民主化以及决策的贯彻落实。</p> <p>4.5.1.5 督查各科室完成月度、年度目标责任书的情况等。</p> <p>4.5.1.6 调查干部职工意见建议，解决职工群众所需所盼。</p> <p>4.5.2 院长查房</p> <p>4.5.2.1 危、重病人抢救治疗情况；</p> <p>4.5.2.2 检查三级医疗查房执行情况和查房质量；</p> <p>4.5.2.3 医疗安全防范措施执行情况；</p> <p>4.5.2.4 病历及其他医疗文书书写质量；</p> <p>4.5.2.5 新技术、新项目、科研项目和预防、保健工作的开展情况；</p> <p>4.5.2.6 进修、实习人员教学工作情况；</p> <p>4.5.2.7 主要医疗设备应用及管理情况。</p> <p>4.6 各科室通过填写《行政查房问题反馈督办单》，由党政综合办分解到相关分管领导处批示，再由相应职能部门予以解决，最后由反映问题科室给予该项问题的整改满意度评价。职能部门无法解决的，报分管领导；由分管领导提交院长办公会讨论决定；决定后，由分管领导牵头，指定相关职能部门落实解决。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD010	文件名称	医院组织机构设置管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为了规范医院有关组织机构的设置，做到权责分明及提高组织机构的效率，特制定本办法。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义 组织机构：是指经医院审核批准通过，依法设立的行政、医疗、科研、后勤等相关部门。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 组织机构设置的原则</p> <p>4.1.1 统一指挥与层次管理的原则。</p> <p>4.1.2 责、权对等原则。</p> <p>4.1.3 稳定与发展的原则。</p> <p>4.1.4 专业化分工与整体协调的原则。</p> <p>4.2 组织机构设置方法</p> <p>4.2.1 医院每年与中层干部调整周期同步对全部组织机构进行调整与优化，以使效益、效率与执行力最大化。</p> <p>4.2.2 组织机构调整中期，医院或部门根据实际工作需要确实需要增设或更改组织机构的，由部门或组织人事部提出组织机构设置申请，说明设置机构的原因、功能、运作方式及其职责与权力等情况，后提交医院院长办公会拟讨论后再提交党委会讨论决定。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD011	文件名称	责任书汇编管理制度	适用范围	全院全体中层
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为了帮助科室制定年度工作目标,更好地指导科室各项管理工作,明确科室工作的方向,强化科室工作的目的性,不断优化科室管理工作。特制定《责任书汇编管理制度》。</p> <p>2. 参考文件 我院各职能部门对各部门或科室的具体要求。</p> <p>3. 名词定义 责任书包括四种: 党风廉政和行风建设责任书、安全生产和消防安全目标管理责任书、综合目标管理责任书。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 起草 党风廉政和行风建设责任书由纪检监察室起草;安全生产和消防安全目标管理责任书由保卫科、后勤管理中心、医务部、护理部分别起草;综合目标管理责任书前半部分文字由党政办起草,后半部分综合目标由质管办设计、收集全部职能部门对各部门或科室的具体要求后进行汇总整理。</p> <p>4.2 协调 党风廉政和行风建设责任书、安全生产和消防安全目标管理责任书,属于全院所有部门和科室统一要求。综合目标管理责任书具有明显科室特色,更具有针对性,由各职能部门提出管理指标作为对各部门或科室的考核要求列入责任书范畴,最好提供量化指标,鼓励根据被要求部门或科室实际情况进行差异化定制。因此,在汇编成责任书前,应与被要求部门或科室进行充分协商并达成共识。</p> <p>4.3 汇编 责任书最终由党政办负责统一汇编。</p> <p>4.4 签署 全院各部门和科室均需要签署四类责任书,责任书甲方由院长或党委书记签字,乙方由相关部门和科室负责人签字,一式两份,一份由医院统一保管至档案室,另一份由各部门和科室自行保管。</p> <p>4.5 考核 目标管理责任书中涉及诸多科室数据指标,将根据医院要求形成科室的月目标、季度目标、半年度目标、年度目标,并纳入绩效考核。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会(组织): 南浔区医疗集团党委 签发人:  签发时间: 2021-09-01</p>					



文件编号	NXYD-DZB-ZD012	文件名称	管理问责制度	适用范围	全院全体中层及关键岗位
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利（王利琴）
<p>1. 目的</p> <p>为了强化管理人员的责任感和使命感，促进各部门管理人员认真履行职责，防止和减少不作为、在具体工作中得过且过、表现平庸等状况，提高各部门和科室负责人的管理执行力，保证政令通畅，进一步推动工作作风的转变，根据国家相关法律、法规和政府相关规定，结合医院实际，制定本制度。</p> <p>2. 参考文献</p> <p>国家卫健委等相关文件。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>管理问责：是指医院全体中层干部、关键岗位的工作人员，因主观故意或者过失履行岗位职责，以致失职、渎职、影响管理秩序和效率，造成医院集体利益或者患者的合法权益受到损害，或者产生不良社会影响的行为，依照本办法规定追究其责任。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 行政管理问责应当按照有权（岗）必有责，权（责）对等的要求，坚持有错必纠，过错与责任相适应，教育与惩戒相结合的原则。</p> <p>4.2 医院管理人员及关键岗位人员应当依法按规定履行职责，自觉接受监督。</p> <p>4.3 实行“问责制”的范围</p> <p>4.3.1 效能低下，执行不力，致使政令不畅或影响医院整体工作的。</p> <p>4.3.1.1 无正当理由不履行或者未认真履行职责，未完成医院整体工作中明确规定应由其承担的工作任务或未认真执行党委会、院务会等会议的指示、决定和交办事宜，给全局工作造成影响的。</p> <p>4.3.1.2 不能正确执行和认真落实党和国家的政策、决定、法律、法规和医院的各项规章制度，给医院造成政治、经济或其他不良影响的。</p> <p>4.3.2 责任意识淡薄，致使医院和人员合法权益遭受损失或造成不良社会影响的。</p> <p>4.3.2.1 在发生重大突发事件事关医院利益、人民群众生命财产安全的紧急时刻，拖延懈怠，推诿塞责，未及时采取必要和可能的措施进行有效处理的。</p> <p>4.3.2.2 瞒报、虚报、迟报重大突发事件、医疗责任事故、安全事故或重要情况、重要数据的。</p> <p>4.3.3 违反医疗操作规程和办事程序，不依规章制度办事，致使医院集体利益、个人合法权益受到损失或造成不良社会影响的。</p> <p>4.3.3.1 不认真贯彻执行各项医疗制度和操作规程，出现重大医疗纠纷或医疗责任事故的。</p> <p>4.3.3.2 在重大经济活动中，不按规定程序进行招投标或违反上级及医院有关规定的。</p> <p>4.3.4 管理不严、监管不力，造成严重不良影响或其他严重后果的。</p> <p>4.3.4.1 职责范围内工作效率低下，工作人员工作态度生硬，作风散漫，服务质量差，社会反应强烈的。</p> <p>4.3.4.2 职责范围内监督管理不力，致使工作人员擅离职守、徇私舞弊、失职渎职和其他严重违法、违纪、违规行为的；</p> <p>4.3.4.3 有包庇、袒护或纵容工作人员违法、违纪、违规行为的；</p> <p>4.3.5 在医疗服务活动中损害卫生行业形象或造成重大经济损失的；在公开场合发表有损政府和卫生单位形象的言论，或行为失于检点，举止不端，有损医院形象，在社会上造成</p>					



不良影响的；

4.3.6 上级及有关部门提出的问责要求：

4.3.6.1 卫生行政部门收到单位职工个人、党组织和其他组织上报的附有相关证据材料的举报、控告；

4.3.6.2 新闻媒体曝光的材料；

4.3.6.3 人大代表、政协委员提出的问责建议；

4.3.6.4 司法机关或仲裁机构提出的问责建议；

4.3.6.5 政府法制工作机构、政务督查机构、行政监察机关、审计机关提出的问责建议；

4.3.6.6 工作考核或行风评议结果反映有明显问题的；

4.3.6.7 卫生行政部门领导及相关部门提出的问责建议。

4.4 问责的形式：

4.4.1 诫勉谈话；

4.4.2 通报批评并罚款；

4.4.3 责令在职能科室例会、院周会上作出检查并罚款；


4.4.4 责令公开道歉并罚款；

4.4.5 责令辞职；

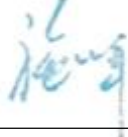
4.5 若发现可能有问责的情形，医院要安排组成调查组进行调查核实。被调查的人员应当配合调查，并有权陈述和申辩。

4.6 问责处理决定应当书面通知本人。被问责人对问责处理决定不服的，有权依照程序提出申诉。

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人： 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD013	文件名称	请示报告制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 在执行关系到医院核心利益的重大事件与决定时，为了决策与执行不出差错，并履行好责任部门与责任人的义务，需要当事人及时向上级部门与领导请示报告，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容 凡有下列情况，但不仅限于下列必须及时逐级向有关部门及院领导请示报告：</p> <p>4.1 遇有严重工伤、重大交通事故、大批中毒事件、甲类传染病及必须动员全院力量抢救的患者时。</p> <p>4.2 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。</p> <p>4.3 紧急手术而患者的单位领导或家属不在时。</p> <p>4.4 发生医疗事故或严重差错时。</p> <p>4.5 丢失或损坏贵重器材、药品和剧毒药品时。</p> <p>4.6 发现成批药品失效或变质时。</p> <p>4.7 收治涉及法律或政治问题及存在争议或不能确诊的患者时。</p> <p>4.8 重大经济开支。</p> <p>4.9 增补、修改医院规章制度、技术操作常规时。</p> <p>4.10 发生患者逃跑、伤人、自杀以及有自杀迹象时。</p> <p>4.11 丢失重要机密文件时。</p> <p>4.12 职工发生打架斗殴或与社会上发生冲突时。</p> <p>4.13 其他对患者、员工生命及医院声誉、财产等产生重大影响的情况。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYY-DZB-ZD014	文件名称	突发事件信息报告和发布制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的</p> <p>为了规范医院范围内应急突发事件信息报送工作，提高我院预防和控制突发事件的能力和水平，指导和规范各类应急处置工作，提升突发事件防范意识，增强对突发事件的应对处理能力，保障医院患者及员工的安全权益。特制定此制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>无</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 原则</p> <p>4.1.1 医院职工对已发生和可能发生突发事件及其潜在隐患，均应在发现情况后立即报告相关部门。</p> <p>4.1.2 任何科室、人员均有责任和义务在投入紧急救援的同时，向医院有关部门报告。</p> <p>4.1.3 有关部门在接到科室报告后，应立即组织相关人员投入工作，对现场进行勘察并详细记录。</p> <p>4.2 要求</p> <p>报告内容应包含：突发事件的时间、地点、事件类别、信息来源，并如实汇报突发事件目前引发的危害情况或对可能造成的危害程度进行预估。</p> <p>报告突发事件信息，应当及时、客观、真实，首次报告不完整、情况不清晰时可以先简要报告，及时做好续报，直至应急处理指挥人员到达现场接手处置工作后结束。</p> <p>任何部门和个人不得瞒报、缓报、漏报、谎报突发事件。</p> <p>突发事件信息涉及国家秘密的，应当遵守国家有关保密规定。</p> <p>4.3 常用突发事件报告电话</p> <p>4.3.1 工作日（时间）保安应急电话：17370367996，医务部：666031（电信），护理部：665251（电信）。</p> <p>4.3.2 非工作日（时间）保安应急电话：17370367996，行政总值班669999（移动、电信），护理总值班611111（电信）。</p> <p>4.4 流程</p> <p>各类突发事件按照其性质、严重程度、可控性和影响范围等因素，一般分为四级：I级（特别重大）、II级（重大）、III级（较大）和IV级（一般），具体分类参考《湖州市南浔区人民医院突发事件总体应急预案》。</p> <p>对于一般突发事件，首先立即报告事件发生所在科室科室负责人（非工作日（时间）报告行政总值班），根据突发事件类别，依次拨打电话进行情况说明，直至科室负责人或行政总值班到场，接手指挥现场突发事件的处置工作。对于重、特大突发事件，首先立即报告事件发生所在科室科室负责人（非工作日（时间）报告行政总值班），由科室负责人或行政总值班汇报分管院领导或院长，并第一时间到现场指挥处理突发事件。</p> <p>4.5 发布</p> <p>任何广播，电台和外界机构要求采访时，应向宣传外联办报告；由宣传外联办安排指定人员接待、陪同新闻采访人员，采访应实事求是，切实维护病人的隐私权，要尊重病人习俗，遵守国家法律，医院的权利和规章制度。如需要，医院将定期发布消息，任何私自散布不负责任和未经证实的消息，医院保留追究其相关责任的权利。</p>					



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人：

签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY Y-DZB-ZD015	文件名称	总值班制度	适用范围	总值班人员
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为了进一步规范、完善总值班工作，确保医院在非工作日（时间）各项工作正常、有序开展，特制订本制度。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义 本制度所规范的是集团各院区每日总值班及节假日值班工作。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1.1 总值班由各院区领导、职能科室及辅助科室有关人员参加，负责处理医院在非工作日（时间）的医务、行政和临时事宜，及时传达、处理上级指示和紧急通知，签收机密文件，承接有关事宜。</p> <p>4.1.2 实行24小时值班制。工作职责如下：</p> <p>4.1.2.1 负责处理在非工作日（时间）各院区的行政和业务方面的重大和临时事宜，确保集团工作正常运转。</p> <p>4.1.2.2 接待医院在非工作日（时间）来访、签收文件、及时传达和处理上级指示和紧急通知。</p> <p>4.1.2.3 负责协调组织外出抢救和院区内外急会诊。</p> <p>4.1.2.4 如遇突发重大事件、重要疫情时，要认真做好记录并立即向有关部门负责人和分管领导汇报，按照分管领导的指示办理落实各项任务。</p> <p>4.1.3 值班人员要熟悉值班工作设备，掌握电话、传真等的使用与操作，值班期间认真做好值班和交接班记录。</p> <p>4.1.4 值班时间：当日值班人员24小时值班制，必须按时到位，不得擅自离开工作岗位。值班次日下午夜休半天。</p> <p>4.1.5 值班人员要协助做好值班室及行政楼的安全和防火防盗工作，注意维护室内卫生，爱护值班设施。</p> <p>4.1.6 各院区总值班人员在履行职责期间，要掌握基本的管理知识，例如有关部门和人员的电话、突发重大事件的处理程序、急会诊的有关程序及每日的值班记录等。</p> <p>4.1.7 总值班人员在履行职责期间，遇有大型抢救，如：特大车祸、中毒等紧急事件等要及时报告分管领导及上级机关。同时在接到电话5分钟内赶到现场积极组织全院力量，调配人员、物资，协同有关科室组织抢救。</p> <p>4.1.8 总值班人员在遇到院内治安问题及医护人员受到人身伤害时，要协同保卫科妥善处理避免事态扩大或矛盾激化，保护医务人员和广大病患者的切身利益。</p> <p>4.1.9 总值班可调配的力量：</p> <p>4.1.9.1 急诊科、临床科室人员情况：如遇大型抢救、院内急会诊请在5分钟内赶往现场，可调配急诊科主任（副主任）、各临床科室值班医生前往诊治分诊病人，同时通知各科主任及时补充医务人员，必要时通知科主任、护士长到场。</p> <p>4.1.9.2 医技科室值班人员包括：检验、放射、超声影像、西药房等部门值班人员。</p> <p>4.1.9.3 后勤、财务、保卫等部门值班人员包括：总务科及所属班组、住院部、收费处、保卫科值班人员。</p> <p>4.1.9.4 在汛期值班中，对防汛工作保持高度警惕。接到本地区或卫健局电话通知后，立即组织防汛小分队来所属院区集合，随时出发执行任务。</p>					



4.1.10 总值班的经常性工作有以下几项：

4.1.10.1 组织抢救：调动有关医护人员，协调科室间的关系。

4.1.10.2 处理投诉：分析原因，耐心说明，淡化矛盾，以求公平合理的解决。

4.1.10.3 办理欠费：接到急诊科收治“110”、“120”欠费病人，如须总值班协调，请及时通知住院处、收费处按相关程序办理。办理过程中可扣押当事人的身份证（工作证、驾驶证）并请其签字留据，嘱其尽快还款。有条件的，还可通知病人单位。对于牵涉到治安、交通方面欠费的，还要设法通知派出所、公安分局及交通管理部门。

4.1.10.4 协调床位：如遇临床科室需收治急诊病人，但暂无床，协调有关科室，借床以解病人之急。

4.1.10.5 取血：如遇紧急用血，通知“120”值班车辆会同临床科室人员到中心血站取血。

4.1.10.6 借仪器：为急需科室协调呼吸机、监护仪等抢救设备。

4.1.10.7 开通协作单位绿色通道。（合作企业名单由党政综合办提供）

4.1.10.8 如遇非“110”及非协作单位生命垂危需抢救的无钱病人，请总值班在住院单上代为签字，本着救死扶伤人道主义精神按医疗原则、程序进行办理，以便病人生命得到及时抢救。

4.1.10.9 接上级指令性任务、会议通知等，如需协调处理的紧急事宜，及时请示相关分管领导，按指示办理。

4.1.10.10 如遇媒体采访，及时通知宣传科，按指示办理。

4.1.10.11 解决临时性问题。

4.1.11 总值班工作程序

4.1.11.1 提前10分钟正式接班。

4.1.11.2 熟悉掌握总值班须知。

4.1.11.3 病房或急诊科出现问题应在5分钟内到现场了解并处理。如遇重大抢救，要报告医疗分管领导及院长。

4.1.11.4 对于病人投诉，要热情接待，在不违反医疗原则的情况下，设法为病人解决问题。

4.1.11.5 如遇特殊病人及重大传染病等需转院时，一定要先行联系，说明情况之后再作安排。

4.1.11.6 在值班过程中，对发生的每一件事情，都要详细记录（包括时间、地点、人员、事件内容、处理结果等）。

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人：  签发时间：2021-09-01



文件编号	NXYD-DZB-ZD016	文件名称	党务实务公开制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的</p> <p>为推进依法治院，加强医院党风廉政建设，促进医院改革、发展与稳定。同时，为进一步坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想 and “以人为本”思想，推进民主进程，增加工作透明度，强化管理意识，提高医院内涵建设，根据上级有关办事公开的要求，结合我院实际，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>国家卫健委、省卫健委、市卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词解释</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 党务实务公开的基本原则</p> <p>4.1.1 坚持扩大基层民主的原则。除法律法规规定的保密事项外，医院重大问题扩大对全体职工的公开透明度，接受职工的监督，增强职工参与意识。</p> <p>4.1.2 坚持实事求是、注重实效的原则。公开的内容必须真实、准确可靠；公开的内容和形式必须有利于广大职工的民主参与和民主监督，有利于医院的改革、发展和稳定。</p> <p>4.1.3 坚持依法办事、严格执行制度的原则。实行党务实务公开必须以党的方针政策和国家的有关法律法规为依据，保证公开合法化。既要保护医院党委书记和行政领导班子行使管理权，又要依法维护职工的民主管理、民主监督的权利。</p> <p>4.1.4 坚持突出重点的原则。党务实公开的重点是涉及医院改革与发展的重大决策；涉及广大职工切身利益的问题；医院各级领导干部的廉洁自律情况等。</p> <p>4.1.5 坚持与完善职代会相结合的原则。职代会是医院民主管理的基本形式，也是党务实公开的主要途径。因此，必须把党务实公开和完善职代会紧密结合在一起，并通过职代会，保证医院各项制度的落实。</p> <p>4.1.6 坚持群众参与的原则。医院要广泛发动职工关心、参与、支持、监督院务公开工作，让职工知院情、议院事、参院政。</p> <p>4.1.7 坚持责任追究的原则。实行“谁主管，谁负责”、“谁的职责，谁负责”责任追究制度。</p> <p>4.1.8 坚持整改的原则。在党务实公开过程中发现的问题要及时采取措施进行整改。</p> <p>4.1.9 坚持保密的原则。对于《保密法》等有关法律法规规定不宜公开的事项，不得公开。</p> <p>4.2 党务实公开的基本内容和范围</p> <p>4.2.1 向社会、患者公开的事项</p> <p>4.2.1.1 工作职责公开：包括本单位职能、党组织架构、党政领导班子成员职责、医院各科的工作职能、规章制度等。</p> <p>4.2.1.2 规范准则公开。公开院训、核心价值观、愿景、使命、服务规范、服务标准、服务承诺等。</p> <p>4.2.1.3 医疗收费公开。公开医疗服务价格和药品价格。公开收费项目、名称、范围；药品通用名、剂型、规格、价格等；提供规范、明细的门诊病人收费清单，住院病人费用查询和出院总费用清单；各项收费按国家规定依法管理。</p> <p>4.2.1.4 管理制度公开。公开诊疗程序，公开专家姓名、职称、专业、门诊时间；公开医疗纠纷应当依法解决的程序。</p>					



4.2.1.5 公开城镇职工基本医疗保险制度改革有关事项。公开医保制度有关纳入医保统筹基金支付范围的诊疗项目审批程序以及医保病人转诊的有关规定。

4.2.1.6 工程项目公开。工程建设项目(含大型修缮)都必须按《中华人民共和国招标投标法》实行招投标。

4.2.1.7 物资采购公开。药品、医疗仪器、设备、公务机动车辆、救护车、电梯、空调、电子监控设备、办公设备等物资实行政府采购。大宗办公用品、印刷业务、房屋出租也应实行公开招投标。

4.2.2 向职工公开的事项

4.2.2.1 医院管理公开。公开医院的发展目标、长远规划、改革方案、重要管理制度、年度计划、重大投资决策和实施情况。

4.2.2.2 党务工作公开。公开各级党组织换届选举、党支部建设、党员发展、党费缴纳、党员奖励处分等。

4.2.2.3 财务管理公开。公开财务预决算,财政拨款,正常收费;公开财务支出,成本核算以及专项资金补助,各类经费的使用管理等情况。

4.2.2.4 职工奖惩公开。公开各级各类先进评选奖励的对象、条件、名额、程序,确定上报人选和评选结果;职工医德医风年度考核办法和结果;公开违法违纪案件的查处情况,公开医疗责任事故的处理结果。

4.2.2.5 人事工作公开。各科室定编定岗情况,岗位标准;公开卫生各类人员的考核、录(聘)用,晋级晋职、任免、奖惩、职称评聘、工作变动;实行干部考察公告和任职前的公开等。

4.2.2.6 涉及职工切身利益的事项公开。公开干部和职工的聘任、绩效分配方案;住房公积金、养老金、医疗保险和其他社会保障基金的缴纳及使用情况等。

5. 党务实务公开的主要形式

5.1 职工代表大会制度是全面实行党务实务公开的基本形式。在职代会期间,充分发挥职代会的作用,保证日常民主管理工作的正常进行。

5.2 对院外公开事项的公开方式,主要通过媒体、宣传栏、收费价格公开栏等形式及时向社会公开。设立意见箱、投诉电话,建立社会监督员制、患者出院或门诊收费清单、电脑屏幕、触摸屏查询收费等。

6. 对院内公开事项的公开方式

6.1 医院发展目标、长远规划、工作总结、医院重大改革方案,由院有关职能部门拟定,党委会研究、职代会审议通过后,以文件等适当的方式向全院职工公开。

6.2 医院财务收支情况,由财务科提出年度决算报告,经上级主管部门审定后予以公开。院财务工作报告由财务科拟定,经分主要领导批准后提交职代会审议。

6.3 上级有关职工绩效、福利等方面的规定,如实向职工公开。院内实施方案经职代会审议,由党委会会研究决定后,向职工公开。

6.4 专业技术职称评定的评审条件、职数等有关文件如实向职工公布。人事科负责对申报人员的硬件进行审核,经党委会讨论后,按规定程序向上级职改部门推荐。

6.5 医院重大投资项目、大宗设备、办公用品采购、基建项目承包等由有关职能部门提出方案,院设备管委会、采购招标小组论证,党委会研究决定后按规定程序公开,并组织实施。

7. 公开审核批准程序

公开内容由承办部门(责任科室)提供,并填写《湖州市南浔区人民医院党务公开事项审批表》,确定公开范围及公开时间,提交分管领导审核;审核通过后在相适应平台发布。



附件：南浔区人民医院党务院务公开目录

一级目录	二级目录	公开时间	公示方式	责任科室
一、工作职责公开	本单位职能	长期公开	官网发布	党政办
	领导班子成员职责	长期公开	制发文件、官网发布	党政办
	医院各科室的工作职责	长期公开	上墙公示	党政办
二、重大决策公开	医疗卫生事业发展规划	定期公开	职工代表大会	党政办
	改革方案	定期公开	职工代表大会、制发文件、内部公示	党政办
	规章制度	长期公开	制订成册、上墙公示	党政办
	工作决定	即时公开	召开党委会、院务会纪要公示	党政办
	意见	即时公开	召开党委会、院务会、纪要公示	党政办
三、党务、人事工作公开	干部任免	即时公开	制发文件、内部通知	人事科
	工作调动	即时公开	内部通知	人事科
	各级党组织换届选举	即时公开	文件通知	党建办
	党员发展	即时公开	公告栏	党建办
	预备党员转正	即时公开	文件通知	党建办
	党费缴纳	即时公开	公告栏	党建办
	干部职工晋职晋级	即时公开	内网公示	人事科
	奖励处分	定期公开	文件通知、年度总结表彰大会	党政办
四、院务公开	医疗服务信息	定期公开	官网发布、微信公众号、上墙公示	医务部
	医疗服务价格	即时公开	重点科室上墙公示、门诊竖屏滚动播放、门诊患者费用清单、住院患者“每日清单”（自助机可查询）	医保科
	会议纪要	定期公开	内网公示	党政办
	重点监控药品使用情况	定期公开	会议公开、内网公开	药学部
五、财务公开	各类收入	定期公开	上墙公示	财务科
	各类支出（办公费、招待费、会务费、差旅费等）	定期公开	上墙公示	财务科
	基建、设备、物资采购招标	即时公开	官网	总务后勤科、设备科




六、廉政建设公开	行业作风建设规定	长期公开	上墙公示	监察室
	执行情况公开	定期公开	内网公示	监察室
七、工作实绩公开	院领导班子工作完成情况	定期公开	院务会、党委（扩大）会议	党政办
	各科室工作完成情况	定期公开	每月职能科室会议、中层干部会议、纪要公开	党政办
	工作目标	定期公开	通过党委会、院务会、职工代表大会	党政办
八、其他有关工作公开	患者反映较强烈的问题的处理过程及结果	定期公开	信访投诉分析研讨会	医患办

南浔区人民医院党务实务公开事项审批单

承办部门： 日期： 年月日

拟公开事项 (具体内容另附)	
拟公开时间	<input type="radio"/> 即时公开 <input type="radio"/> 定期公开 <input type="radio"/> 分期公开
公开范围	<input type="radio"/> 对外公开 <input type="radio"/> 内部公开
分管领导审批意见	
党务公开领导小组办公室 室保密科审查	<input type="radio"/> 同意公开 <input type="radio"/> 退回：
纪检部门审核	<input type="radio"/> 同意公开 <input type="radio"/> 退回：
党务公开领导小组审签 意见	

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：  签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD017	文件名称	党务实务公开监督考核制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为认真贯彻执行《党务实务公开制度》，提高医院工作透明度，加强医院管理，切实保障人民群众、医院职工的知情权和监督权，进一步推动和规范医院党务实务公开工作，促进医院民主科学管理，依法执业，诚信行医，构建和谐医患关系，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>国家卫健委、省卫健委、市卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 监督检查的对象和内容</p> <p>4.1.1 监督检查的对象：全院各科室</p> <p>4.1.2 监督检查的内容</p> <p>4.1.2.1 《湖州市南浔区人民医院党务实务公开考核项目目录》；</p> <p>4.1.2.2 上级部门制定的《医疗机构党务实务公开定期考核项目目录》；</p> <p>4.1.2.3 检查党务实务公开的内容是否客观、公平、真实、及时、符合程序；</p> <p>4.2 工作的组织领导</p> <p>4.2.1 人员组成由纪检、工会成员及有关职能科室成员成立监督检查小组；</p> <p>4.3 监督检查的形式和方法</p> <p>4.3.1 平常检查。各科室要落实人员开展经常检查，及时公开党务实务公开的事项、内容、数量。院监督检查小组针对检查内容开展明察暗访，每年不少于两次监督检查工作，并及时填写检查情况记录，作为年终考核的重要依据；</p> <p>4.3.2 年终考核。医院对各科室党务实务公开工作进行监督检查，将根据检查情况提出对各科室党务实务公开工作评定意见，向党务实务公开领导小组报告；</p> <p>4.4 检查结果的评定</p> <p>4.4.1 党务实务公开领导小组办公室根据各科室党务实务公开工作质量的好坏，最后评定，并对检查结果予以通报，对较差的科室或个人发出整改并限期整改；</p> <p>4.4.2 检查结果纳入各科室党务实务公开责任制考核内容，为工作人员晋升、奖励、考核的重要参考依据之一；</p> <p>4.5 党务实务公开责任追究制度</p> <p>4.5.1 责任追究原则是实事求是，有错必究，惩处与教育相结合，追究责任与改进工作相结合，责任与处理相适应的原则；</p> <p>4.5.2 具有下列情况之一的，属于本制度追究范围，追究其直接责任人的责任：</p> <p>4.5.2.1 不申报公开内容经督办仍不申报的；</p> <p>4.5.2.2 对申报公开内容不按要求按时公开且群众不满意的；</p> <p>4.5.2.3 公开内容不真实、弄虚作假，造成不好影响的；</p> <p>4.5.2.4 对投诉人、调查考核监督人员打击报复的；</p> <p>4.5.2.5 泄露法定机密和患者隐私内容的；</p> <p>4.5.3 责任划分</p> <p>4.5.3.1 未经党务实务公开领导小组审核批准而作出违反党务实务公开有关制度的行为，由直接责任人承担责任；</p> <p>4.5.3.2 经党务实务公开领导小组集体讨论作出的违反党务实务公开有关制度的行为，</p>					



由党务实务公开领导小组第一责任人承担主要责任，其他责任人承担相应责任；

4.5.3.3考核检查情况不真实的，由考核检查组组长承担主要责任，其成员承担相应责任；

4.6责任追究

4.6.1情节轻微，影响较小的，给予直接责任人告诫、批评教育或通报批评，并限期改正；


4.6.2情节严重，影响较大的，对责任人给予通报批评并作出书面检查；

4.6.3触犯刑律的，以司法程序追究；

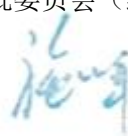
4.6.4对作出通报批评并书面检查以上追究的，当年不得参加评先；




审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人： 签发时间：2021-09-01

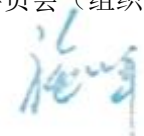


文件编号	NXY Y-DZB-ZD018	文件名称	医院信息公示制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 医院信息公示是医院的责任，医院公示的信息做到真实、可靠。</p> <p>2. 参考文献 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 严禁发布虚假信息。</p> <p>4.2 医院信息公示工作由党政综合办负责管理，相关职能科室配合，定期或不定期发布医院重要信息。</p> <p>4.3 利用多种形式公示医疗服务相关信息，如医疗服务项目、服务流程、医疗质量、医疗费用、服务质量等，公示信息材料由相关职能科室提供，党政综合办审核发布。</p> <p>4.4 向社会公开收费项目和标准，在显著位置通过多种方式，如电子触摸屏、电子显示屏、公示栏、价目表等，公示医疗服务价格、常用药品和主要医用耗材的价格。</p> <p>4.5 医疗服务与收费标准相关信息，做到由专人负责和定期更新。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					




文件编号	NXY-Y-DZB-ZD019	文件名称	会务管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为了满足各部门会议需求，规范管理医院各类大小型会议的申请与承办，保证会议能顺利进行，并提高会议室使用效率，特制订本制度。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 党政综合办负责医院会议室的统一管理和使用。纳入医院统一管理的会议室包括：1号会议室（门诊4楼）、2号会议室（门诊4楼）、3号会议室（门诊4楼）、多功能厅（门诊四楼）。</p> <p>4.2 会议室使用实行预约制度。承办会议的科室需提前在医院钉钉系统会议申请平台上进行预约，填写会议用途、会议召集人、会议起始和结束时间等信息，并选择确定需要医院提供的会议服务项目，党政综合办负责对会议申请进行审核，特殊紧急性、临时性会议则可向党政综合办提出口头申请，会议后补办会议申请登记手续。</p> <p>4.3 党政综合办负责承办党委会、院务会、中心管理工作会议，职能科室会议、中层会议及院领导委托承办的其他各类院级会议。其他条线性会议由条线相关科室承办。</p> <p>4.4 党政综合办根据会议承办方提出的申请做好会议议程制定、横幅台签制作、会议室桌椅茶水等物品摆放、现场会务人员安排与落实、会议时间地点短信通知、车辆停放安排、餐饮准备和礼仪人员安排等工作。</p> <p>4.5 医院层面重要会议需有签到表，做好会议记录，形成会议纪要并留档。</p> <p>4.6 会议承办者提前 15 分钟到达会议室，按时清点到会人数，及时催请未到会者。</p> <p>4.7 由于临时紧急性会议安排及其他不可抗拒因素导致原先会议无法正常举行时，由党政综合办统筹安排，互相协调安排会议室等资源，确保会议如期举行。</p> <p>4.8 各部门要保持会议室整洁，爱护会议室财产。会议结束后会议承办方需对会议室使用物品进行归位，并需与党政综合办做好交接工作。如有物品的损坏，需根据物品价格进行相应的赔偿。</p> <p>4.9 行政区域保洁员及时做好各会议室的清洁卫生工作。</p> <p>4.10 会议结束后党政综合办工作人员和会议承办方工作人员需及时反馈会议服务过程中的不足，党政综合办需认真研究问题原因并制定对策，逐步完善各服务环节，提高会务服务质量与效率。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYY-DZB-ZD020	文件名称	医院会议管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为提高医院精细化管理水平，切实提高会议工作效率，有效解决实际问题，对我院会议相关的工作流程进行规范，发挥会议真正的作用。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等部门的相关文件</p> <p>3. 名词定义 会议：我院各部门内部和部门之间为了讨论、协调和决定与执行有关工作，交流信息和布置工作，监督所布置工作的完成情况，学习文件、知识和等目的而组织的各种活动。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 各种会议应确定组织者，并由其提前安排好时间、地点、参与人员等信息，在所涉及的人员能够知晓的范围内事先通知，重要的会议应当收集参会人员到会信息，必要时调整会议时间。</p> <p>4.2 会议组织者应事先确定会议内容，为提高会议效率，可事先征求参会者对本次会议讨论事项的意见，形成方向性的工作决定建议，供会议参考。</p> <p>4.3 组织者在排会时应尽力考虑拟参会者已经排好的会议安排，尽量不要重叠排会，从而出现应参会者不到场，而无法完成会议工作决定。</p> <p>4.4 组织者在会议前应做好会议记录安排，填写会议记录表。</p> <p>4.5 要写明会议名称、届次（会议编码）、时间、地点、出席者、列席者、主持人和记录人。</p> <p>4.6 组织者应指定会议记录人，对会议讨论内容和决定事项进行记录。</p> <p>4.7 会议若有决定事项，必须确认工作执行人，并经执行人同意，要注明工作完成时间，完成要求等。</p> <p>4.8 会议结束后，记录人应尽快完成会议纪要，并交会议主持人审核，发送参会者执行。</p> <p>4.9 重复性会议（同一工作，多次开会），下一次会议的必有内容是对上一次会议布置的工作完成情况进行汇报反馈和评估。</p> <p>4.10 单次工作会议，会议组织者应列出会议布置工作落实表，并定期对完成的工作进行跟踪评估。</p> <p>4.11 会议记录要妥善保管，不得外传或遗失，并须使用专用记录本，按规定时间归档。</p> <p>4.12 党政会议包括党委会、院长办公会、中心管理组会议、职能科室会议、中层干部例会、科务会和职工代表大会等。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD021	文件名称	集团中心管理工作会议制度	适用范围	集团党政班子、九大管理中心主任、院区负责人
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为了落实集团党委(院长办公)会有关决议,保证和发挥集团领导班子的集体领导作用,促进各项工作及时、规范、科学的开展,进一步统一行动,提高工作效率,特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 会议组织</p> <p>4.1.1 会议一般每季度一次(每月12号、如遇节假日另行通知);</p> <p>4.1.2 参加人员:集团党政领导班子、集团中心管理主任;</p> <p>4.1.3 主持人:由党委书记、院长主持;</p> <p>4.1.4 会议通知、组织、记录等会务工作党政综合办负责;</p> <p>4.2 议事范围</p> <p>4.2.1 集团中心管理工作会议以集团层面为主,各大院区汇报工作,各中心主任提出问题;</p> <p>4.3.2 传达学习上级有关文件;</p> <p>4.3.3 领导布置工作;</p> <p>4.3 会议的落实</p> <p>4.3.1 参加会议人员应做好会议记录,会后须完整、及时地向院区和职能部门传达会议内容;积极组织,认真贯彻执行会议布置的各项工作任务。保证上情下达,政令畅通;</p> <p>4.4 会议纪律</p> <p>4.4.1 中心管理工作会议实行签到制度。应出席人员因故缺席时,须事先向集团主要领导请假;</p>					
<p>审批委员会(组织):南浔区医疗集团党委 签发人:  签发时间: 2021-09-01</p>					




文件编号	NXYD-DZB-ZD022	文件名称	职能科室会议制度	适用范围	全院职能科室负责人
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的</p> <p>为了落实医院党委会、院长办公会议有关决议，促进各项工作的及时、规范、科学的开展，及时协调、处理各项工作推进过程中的困难，统一行动，提高工作效率，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>国家卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 会议组织</p> <p>4.1.1 职能科室会议一般每月一次，由书记、院长召集（每月8号，特殊情况另行通知）。</p> <p>4.1.2 参加人员：医院党政领导班子成员、职能部门负责人，经书记、院长同意，有关基层科室负责人可列席会议。</p> <p>4.1.3 主持人：党政综合办。</p> <p>4.1.4 会议通知、组织、记录、纪要等会务工作由党政综合办负责，会议的决定和有关安排由各有关职能部门落实执行，党政综合办负责协调和检查执行。</p> <p>4.2 议事范围</p> <p>4.2.1 对上次会议布置的工作进行回顾和安排本次会议工作任务；</p> <p>4.2.2 传达上级文件、指示精神和集团院长办公会议的重要决定，落实学习、贯彻执行措施；</p> <p>4.2.3 听取各职能部门的工作汇报，检查工作落实情况；</p> <p>4.2.4 安排部署职能管理体系近期工作；</p> <p>4.2.5 各分管院长提出问题，领导布置工作；</p> <p>4.3 议题的提出</p> <p>4.3.1 各职能部门提交行政办公会议讨论的事项，应事先做好咨询和调研，听取不同意见，准备好有关材料，向分管院领导汇报，提出初步处理意见及方案。</p> <p>4.3.2 凡涉及到几个部门协办的的工作，有关科室不得推诿、拖延，必要时向分管院长汇报，由院长协调或指令决定。重大问题应及时提交党委（院长办公）会研究决定。</p> <p>4.3.3 对重要问题发生较大分歧时，应暂缓决定，待进一步调查研究、交换意见后，在下次会议上作出决定。</p> <p>4.4 会议决定的落实</p> <p>4.4.1 行政办公会议作出的决议、决定，相关职能部门要认真组织贯彻落实，并将落实情况向行政办公会议或分管领导汇报；分管领导要做好督促检查工作；</p> <p>4.4.2 党政综合办要定期巡查各职能部门任务完成情况，并及时提醒其完成期限；</p> <p>4.4.3 每次行政办公会议均作记录，并形成会议纪要，经主持人审核签发，分送应参加会议职能部门。会议记录、纪要及相关资料一并存档备查。必要时可印发医院各科室。</p> <p>4.5 会议纪律</p> <p>4.5.1 职能科室会议实行签到制度，会议成员一般不得请假，确实因故不能出席时，须向分管领导和党政综合办请假。</p> <p>4.5.2 与会人员应严格遵守保密纪律，不得向外泄露讨论中的细节和尚未作出决定的问题；行政办公会议对禁止传达和公布的内容，与会人员不得泄露；对作出决定的事项，在没有正式实施之前不得向外泄露。</p>					

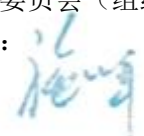


4.5.3 本制度由医院党政综合办负责解释，自印发之日起施行。




审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：  签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY Y-DZB-ZD023	文件名称	中层干部例会制度	适用范围	全院中层
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为了落实医院党委（院长办公）会、职能科室会议有关决议，促进各项工作及时、规范、科学的开展，进一步统一行动，提高工作效率，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 会议组织</p> <p>4.1.1 中层干部会议一般每月一次（每月15号，特殊情况另行通知）；</p> <p>4.1.2 参加人员：医院党政领导班子成员、中层干部；</p> <p>4.1.3 主持人：由党委副书记、常务副院长主持；</p> <p>4.1.4 会议通知、组织、记录等会务工作党政综合办负责。</p> <p>4.2 议事范围</p> <p>4.2.1 “党纪一刻钟”教育；</p> <p>4.2.2 传达学习上级有关文件、指示精神和党委（院长办公）会、管理委员会会议的决定；</p> <p>4.2.3 通报全院有关医疗、行政、后勤、账务、党风廉政建设、行风和效能建设等工作情况；</p> <p>4.2.4 由分管院长进行补充总结；院长作重要指示、月度行政总结、业务工作总结及下一步工作部署；党委书记作会议总结。</p> <p>4.2.5 小结前阶段工作，听取各科室部门情况反馈；研究、布置、安排医院近期需要解决和完成的各项工作；</p> <p>4.3 会议的落实</p> <p>4.3.1 参加会议人员应做好会议记录，会后须完整、及时地向本科室全体职工传达会议内容；积极组织，认真贯彻执行会议布置的各项工作任务。保证上情下达，政令畅通。</p> <p>4.4 会议纪律</p> <p>4.4.1 中层干部例会实行签到制度。应出席人员因故缺席时，须事先向党政综合办请假。只有一人参加的科室，当事人请假后，应派代表参加会议。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYY-DZB-ZD024	文件名称	科务会制度	适用范围	全院中层
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为了落实医院党委（院长办公）会、行政办公会议有关决议，促进各项工作及时、规范、科学的开展，进一步统一行动，共同讨论科内有关问题，促进科内工作开展，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 会议组织</p> <p>4.1.1 科务会以科室为单位召开，由科室负责人召集并主持。全科室工作人员参加；</p> <p>4.1.2 科务会一般在集团月会的次日上午举行；</p> <p>4.2 会议内容</p> <p>4.2.1 传达有关指令，落实贯彻执行的具体措施；通报医院有关情况和本科室工作的进展情况；发布有关信息；按时交接班，听取值班人员汇报，讨论解决医疗护理和管理工作中存在的主要问题；布置当日及近日的工作；</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYD-DZB-ZD025	文件名称	综合档案管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	杨敏	内审人	金卫利
<p>1.目的</p> <p>为了加强医院档案工作的管理,统一综合档案工作制度,不断提高综合档案工作的质量和科学管理水平,根据国家有关法律、法规及规章制度,结合医院工作实际情况,特制订本制度。</p> <p>2.参考文件</p> <p>《中华人民共和国档案法》等相关文件。</p> <p>3.名词定义</p> <p>医院档案:是指医院各部门和个人在工作和活动中形成的,作为历史记录保存起来以备查考的文字、图表、图纸、声像、照片及其他各种方式和载体的文件材料。</p> <p>4.内容</p> <p>4.1医院档案工作是医院管理基础工作的组成部分,是医院各项工作的必要条件和依据,是重要的信息资源和宝贵财富。它有助于提高医院管理水平,维护医院合法权益,完整反映医院历史真实面貌。</p> <p>4.2我院档案分文书档案、科研档案、会计档案、基建档案、设备档案和专业技术人员业务档案、特种载体档案,各种档案实行集中统一管理。院档案室负责主管全院的档案工作及档案的接收、保管和利用,并对全院各部门的档案实行监督和指导。各部门必须有专人负责兼管各种档案材料的收集、整理、归档工作。</p> <p>4.3档案保管制度</p> <p>4.3.1综合档案室负责全院档案(不含人事、病历档案)的管理工作。</p> <p>4.3.2档案必须分类存放,档案箱橱、设备摆放整齐合理,档案排列整齐美观、条理系统,编号科学规范、查找方便。</p> <p>4.3.3定期对档案进行检查、修复、整理,保持整洁完好。</p> <p>4.3.4档案的接收和移出均须手续完备,室藏档案必须账物相符。</p> <p>4.4档案立卷归档制度</p> <p>4.4.1凡记录反映本院职工活动情况,具有日后查考利用价值的各种文字、图表等材料,均属归档范围。</p> <p>4.4.2文书档案:由各科室兼职档案员负责收集整理,在次年第一季度末移交院综合档案室。</p> <p>4.4.3会计档案:可在财务部门保留一年,期满后,由财务部门编造注册,按归档要求,负责整理组卷,移交院综合档案室。</p> <p>4.4.4基建档案:工程竣工验收合格交付使用后,由基建部门按城建档案立卷,移交院综合档案室。</p> <p>4.4.5设备仪器档案:设备仪器开箱 10天内,由临床医学工程部移交院综合档案室。</p> <p>4.4.6科研项目档案:科研课题鉴定结束后,由项目负责人按归档范围上交科教科,科教科审核后移交院综合档案室。</p> <p>4.4.7专业技术人员业务档案:外单位调入或新参加工作的专业技术人员应于一个月内移交院综合档案室。专业技术人员年度考核材料,处分材料等,由医务科、护理部、人力部,于次年一月底前移交院综合档案室。</p> <p>4.4.8各科室对归档的文件案卷列出确切简明的案卷标题,注明保管期限,按一定次序排列并逐页编号,填写“卷内目录”和“卷内备考表”,统一装订。</p> <p>4.4.9归档文件材料要求是原件,底稿与印刷件一并归档,纸张质量和规格符合要求,书</p>					



写规范、字迹清楚，禁止使用铅笔、圆珠笔、彩笔、红墨水书写，也不能用复写纸复写。

4.5档案借阅制度

4.5.1借阅档案时，借阅人应先填写借阅档案登记簿。案卷一般不准带出本院，如确因工作需要出借，借阅者应说明理由，经档案室同意，办理好借阅手续后才能暂时借出，时间一般不超过三天。对所借档案要妥善保管，不得私自拆毁、涂改，借阅期间发生的一切问题，一律由借阅人负责。

4.5.2院党委会及院长办公会会议记录以及其他属于保密的档案材料，一般不查阅，确需查阅时，须经医院党政主要领导批准，并由科室负责人查阅

4.5.3外单位查阅档案资料，须持所在单位介绍信，注明查阅者身份和查阅目的、范围，经分管领导审批后，方可查阅。

4.5.4借阅、利用档案，必须严格执行保密制度，严格遵守保密纪律。

4.6档案室安全保密制度

4.6.1档案室是机要部门，非本室人员未经许可不得入内。

4.6.2未经批准，不得将档案带出档案室，档案内容不得私自摘抄、复印和传播。

4.6.3经常检查库房和档案的安全，发现问题认真处理，及时报告领导。

4.6.4档案管理人员要遵守党和国家的保密规定，严守机密。在调换工作时，对所管档案要办理交接手续，对所了解的机密情况，不得泄露。

4.7档案的鉴定与销毁制度

4.7.1对档案要认真进行鉴定，对确无保存价值或保管期满的档案，可确定销毁。

4.7.2档案的鉴定、销毁工作要有组织、有领导地进行。在院务办公室主任的主持下，由综合档案室和有关立卷部门人员组成档案鉴定、销毁小组，负责此项工作。

4.7.3经过鉴定，需要销毁的档案，必须登记造册，经主管领导批准鉴定后，在指定的地点销毁。

4.7.4销毁档案应注意安全保密，必须有两人以上鉴销，鉴销人员应在销毁清册上签名，并注明销毁的方式和日期。

4.7.5销毁档案清册要妥善保管，并将所销毁档案在目录中注销。

4.8档案统计制度

4.8.1院综合档案室应对档案的接收、移出、销毁、利用以及库房、设备的利用等情况进行及时登记，做到账物相符。

4.8.2严格执行国家和系统内所规定的统计计量单位和报表格式，做到数字准确、字迹工整，使档案统计工作标准化。

4.8.3档案工作人员要搞好档案统计分析，及时掌握档案工作情况。

4.9档案库房管理制度

4.9.1档案库房门窗牢固，及时关闭上锁，非本室工作人员不得擅入库房，因工作需要进入库房的，必须有本室人员陪同。

4.9.2档案库房为保存本单位综合档案的场所，全宗内的档案按永久、长期、短期安放排列。

4.9.3库房内橱柜排列要整齐合理，要经常打扫卫生、测量温湿度，保持室内清洁卫生。

4.9.4档案管理人员必须做好库房的防盗、防火、防晒、防潮、防虫、防鼠、防尘工作。库房内严禁烟火和存放易燃、易爆物品及其他杂物。

4.10照片与声像档案管理制度

4.10.1凡是本院召开的重要会议、科研成果及开展新技术、新项目的照片、录音录像、光盘等材料，在本事项结束半个月內附以简要文字说明移交院综合档案室统一管理。


4.10.2各部门送交的照片与声像档案，由院综合档案室进行分类整理，并辅以文字说明



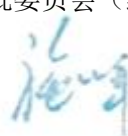
包括题目、人员、时间、地点等。

4.10.3照片和声像档案要进行分级管理，对珍贵的历史照片与声像档案要列为重要保护范围，原则上不得外借，确因工作需要需外借时，须经院务办公室主任批准。

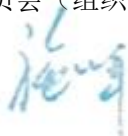


审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：  签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY Y-DZB-ZD026	文件名称	保密制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 为了加强医院保密工作，根据《中华人民共和国保守国家秘密法》，结合医院的实际情况，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文献 《中华人民共和国保守国家秘密法》、国家卫健委、省卫健委、市卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 全院职工都有保守国家秘密的义务，忠于职守，严守保密纪律。</p> <p>4.2 禁止将属于国家秘密的文件、资料和其他物品携带、传递寄运至境外。</p> <p>4.3 不准在私人通信中，涉及国家机密事项。</p> <p>4.4 不得随意摘抄机密文件内容，不在私人笔记本记录国家机密事项。</p> <p>4.5 邮寄有密级的档案或文件资料，按机要通信办事，不得按普通信件邮寄。</p> <p>4.6 不用公用电话、非政府指定网络通讯工具办理机密事项。</p> <p>4.7 国家秘密应当根据需要，限于一定范围的人员接触，知道的秘密不传播。</p> <p>4.8 复印机密文件、资料，严格按有关规定办理。</p> <p>4.9 严格执行湖州市南浔区人民医院综合档案管理制度。</p> <p>4.10 档案人员调离工作后，应认真办理移交手续，并实行1年脱密期管理，到期自动解除。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXY Y-DZB-ZD027	文件名称	公章使用管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 规范医院各类公章的使用与管理，避免因违规使用导致的各类事件的发生。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 印章的管理，应当遵循有关保密要求。保管印章的地方，要装配牢固的锁，随用随锁。</p> <p>4.2 印章由专人保管、管理，不能把钥匙随意交给他人代开代取。使用印章的人，不得委托他人代盖印章。</p> <p>4.3 印章若被人盗盖而发生严重后果，印章管理者应负政治和法律上的责任。</p> <p>4.4 使用党委、医院印章，必须经集团党委书记、院长、副院长同意，经党政综合办主任核准，方可盖章。</p> <p>4.5 凡属工作中形成的常规性报表、上报材料，加盖公章应严格审核后盖章。</p> <p>4.6 职能部门公章使用，除常规工作外，应由各职能科室领导批准后方可加盖公章。</p> <p>4.7 集团党政综合办、医务科、财务科等部门应严格掌握公章使用，对重大事项应请示集团领导批准后方可加盖公章。</p> <p>4.8 印章不得携带出集团外使用，遇有特殊情况应由集团党委书记、院长批准。</p> <p>4.9 建立印章使用登记制度。</p> <p>4.10 应经常检查保管印章的地方是否安全，锁是否牢固，如有疑点，应立即向保卫部门报告。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYD-DZB-ZD028	文件名称	公务招待费管理制度	适用范围	全院
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利

1. 目的：为进一步规范医院公务接待管理，厉行勤俭节约，反对铺张浪费，加强党风廉政建设。

2. 参考文件
上级党政机关公务接待管理规定。

3. 名词定义
无

4. 内容

4.1 公务接待的公务活动范围，主要是单位上下级之间、横向之间，出于工作需要产生的接待，“工作需要”指出席会议、考察调研、执行任务、学习交流、检查指导、请示汇报工作等公务活动。不得将休假、探亲、旅游等活动纳入公务接待范围。

4.2 严格落实公务接待管理规定，规范接待工作程序。实行就餐审批制度，由接待部门将事由、来人和陪餐人员报主要领导或分管领导审核，再由各院区党政办统一安排。党政综合办专人负责，填写专用“接待费报销单”，要登记接待时间、地点、单位、人数、事由、费用、陪同人员等情况，并经分管领导（院区执行院长）签字审批。

4.3 公务接待费报销，需提供接待费报销单、合法发票并附菜单清单（不能含酒水、香烟和礼品）、公函或接待联系单。原则上要求一餐一结，同一批次只能接待一餐。

具体招待标准如下：

公务接待标准			
单位：元/人			
接待类型	时间	接待场所	
		食堂/农家乐	饭店/宾馆
公务接待标准	中餐	80	120
	晚餐	100	150
商务接待	中餐	100	150
	晚餐	120	180

注：茶水、饮料不包含在限额范围内，实行实报实销，酒水一律不予报销。

4.4 其他

如网络工程师、外部维修人员等原则上不提供就餐，确因工作需要提供工作餐，经审批，按早餐10元/餐、中晚25元/餐的标准执行。

4.4.1 注意事项

4.4.1.1 每批接待对象只能安排一次公务接待餐，确因需要，由接待单位协助安排第二餐的，费用由需接待对象自理。

4.4.1.2 陪餐人数：接待对象10人以内，陪餐人数不能超过3人；接待对象超过10人，不能超接待对象人数的1/3。

4.4.1.3 严格按照现行公务接待餐费标准，不得超标。

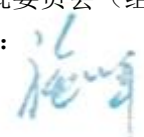
4.4.1.4 公务接待的餐饮标准：应当提供家常菜，严禁提供鱼翅、燕窝等高档菜肴和用野生保护动物制作的菜肴，禁止提供各类烟、酒。

4.4.1.5 招待场所：严禁使用私人和企业会所、高消费餐饮场所，提倡到机关和农家乐就餐。



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人： 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY-Y-DZB-Z D029	文件名称	集团公务用车管 理制度	适用范围	全院
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 加强南浔区医疗集团公务用车管理，结合用车的具体情况制定本规定。</p> <p>2. 参考文件 《党政机关厉行节约反对浪费条例》、《关于进一步加强党政机关公务用车管理坚决纠正违反规定驾驶公车问题的通知》。</p> <p>3. 名词解释 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 固定车辆驾驶人员</p> <p>4.1.1 原则上每一辆车固定一名驾驶员，特殊情况服从办公室对出车车辆的安排。</p> <p>4.1.2 医疗集团职工尤其是党政干部，非专职驾驶人员，无论因公因私，严禁驾驶公车。</p> <p>4.2 定点规范停放车辆</p> <p>4.2.1 医疗集团所属车辆，没有出车任务时必须按规定停放在各院区停车场的专用车位内。</p> <p>4.2.2 如有出车任务车辆需停放在湖州市区过夜时，按上级规定必须停放在市政府、环渚乡政府、湖州移动公司（凤凰大转盘）、长运集团修理厂四个定点停车场内。</p> <p>4.3 规范车辆油卡管理</p> <p>4.3.1 一车固定一燃油卡，燃油卡购买严格按政府采购规定。</p> <p>4.4 规范车辆维修保养</p> <p>4.4.1 车辆修理、维护保养严格按政府采购规定。</p> <p>4.4.2 车辆需修理、维护保养时，由驾驶员向总务科提出书面申请（特殊情况口头申请事后补），总务科核实同意后，方可到政府定点维修厂家修理或维护保养。按医疗集团财务规定大于3000元金额的维修，总务科负责人需呈报分管领导同意后方可维修。</p> <p>4.4.3 车辆修理或维护保养期间，驾驶员要全程参与，做好监督，确保质量。结束后，驾驶员应收回更换的旧部件，并核定维修费用的合理、准确性，并对费用的真实性负责。驾驶员、维修人员要在维修单上签字，再按财务审批程序报销。</p> <p>4.4.4 车辆修理、维护保养费用要求一次一清。</p> <p>4.5 规范购买车辆保险</p> <p>4.5.1 严格按政府采购规定购买车辆保险。</p> <p>4.6 安全规范使用车辆</p> <p>4.6.1 驾驶员要按照“文明、守法、安全、爱车、节约”的原则驾驶车辆，做到文明出车，文明服务。</p> <p>4.6.2 驾驶员要做到五个严禁，严禁酒后开车；严禁违规开车；严禁带故障上路；严禁私自出车；严禁将公务车私自借与他人。</p> <p>4.6.3 司机要爱护车辆、厉行节约，上班前做好车辆加油、清洁、安全检查等工作，保证车辆能按时出车。</p> <p>4.6.4 用车人员需填写派车申请单（区局卫健局办公室统一制定），特殊情况事后补填，办公室需做好派车登记，驾驶员每次出车需做好出车记录。</p> <p>4.6.5 各科室、各部门因公务用车原则上须提前一天与院区办公室联系，原则上职能科室负责人二人（含2人）以上、临床科室三人（含3人）以上集体外出方可派车，遇紧急公</p>					



务除外。医疗集团党政领导可单独派车，但必须是工作上需要。

4.7明确责任规定

4.7.1违反上述规定的，根据情节轻重，分别给予批评教育、责令写出书面检查、医疗集团内部通报批评、党纪政纪处分或组织处理。

4.7.2对私自出车、酒后驾驶、严重违章行车等造成事故的，一切责任和损失驾驶员自负，并作出停职待岗处理，情况严重的解除聘用合同。

4.7.3擅自将本单位的车辆借给他人驾驶，致使国家财产和人民群众生命财产受到损害的，按党纪、政纪有关规定给予纪律处分，并按照有关法律规定，责成其对所造成的经济损失作出相应赔偿。

4.7.4公派出车途中出现交通事故，依照交管部门认定的责任，驾驶员自觉接受处理，并根据交管部门认定的责任、驾驶员的主观原因、客观因素等情况综合考虑，驾驶员承担损失金额（保险公司理赔后部分）最高不超过30%，具体金额由集团党政领导班子会议讨论决定。

4.7.5驾驶员违反了《中华人民共和国道路交通安全法》，交警大队的罚没款，原则上由驾驶员自行承担。

4.8严肃责任追究

4.8.1医疗集团纪检监察部门强化监督检查，及时受理群众举报，依法依规查处违反医疗集团公务车辆管理规定的情况和行为，严肃追究相关责任人的责任。

4.9其他有关规定

4.9.1医疗集团后勤保障管理中心加强对五个院区车辆的管理，相关职责明确到人。

4.9.2医疗集团救护车执行南浔区急救分中心相关规章制度，并参照本规定执行。

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人：

签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY Y-DZB-ZD030	文件名称	医院制度类文稿标准与编码管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的</p> <p>为适应医院精细化管理的要求，根据浙江省综合医院评审标准、国家文书标准化管理相关规定，结合我院工作实际情况，拟对医院文稿格式和编码进行全覆盖的管理，确保文稿具有标准格式，拥有唯一编码并有助于检索。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>2.1 中华人民共和国国家标准：《标准化工作导则》（GB/T1.1-2009）</p> <p>2.2 中华人民共和国国家标准：《党政机关公文格式》（GB/T9704-2012）</p> <p>2.3 浙江省卫健委《浙江省综合医院等级评审标准（2019版）》</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 文本格式</p> <p>4.1.1 题目 黑体 2号</p> <p>4.1.2 正文：宋体 5号，英文字体用 TimesNewRoman5号</p> <p>4.1.3 行距：单倍</p> <p>4.1.4 正文中的编号一律用阿拉伯数字表示</p> <p>4.1.5 多级列表需多级列表排列</p> <p>4.2 文件模板</p> <p>所有 WORD 版文件，均需采用统一的底板，医院印刷书籍、宣传材料、成文装订的手册等可在正文中使用医院院标 LOGO 的水印。</p> <p>4.3 文件编码</p> <p>NXY Y-DZB-ZD-0001</p> <p>① ② ③ ④</p> <p>注：南浔区人民医院编码：NXY Y编码</p> <p>说明：</p> <p>①：医院</p> <p>②：部门代码</p> <p>③：文件类型</p> <p>④：文件序列号</p> <p>4.3.1 文件类型定义：</p> <p>4.3.1.1 制度（ZD）：共同遵守的办事流程或工作准则。</p> <p>4.3.1.2 预案（YA）：各类突发事件应急处置人员分工、职责、流程等。</p> <p>4.3.1.3 规程（SOP）：细化的制度，贯穿一定的标准、要求和规定的工作流程（其中：临床诊疗规范、指南单列为GF）。</p> <p>4.3.2 文稿类型定义补充</p> <p>4.3.2.1 仅涉及本部门的文件类型由各部门自行设置。</p> <p>4.3.2.2 涉及两个以上部门的文件类型由相关部门建议。</p>					




湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区




审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：毛建强 签发时间：2021-09-01




文件编号	NXY-Y-DZB-ZD031	文件名称	外来公文处理制度	适用范围	集团党政班子、党政综合办
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的 规范与完善医院外来公文处理流程，使公文处理高效及时。</p> <p>2. 参考文献 国家卫健委、省卫健委、市卫健委、区卫健局等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 公文登记：公文处理员应注重公文接收的及时性，定时接收网上平台、传真、信件等来往的公文，并对公文进行编号，将有关信息录入电脑。</p> <p>4.2 公文传阅：公文处理员为确保公文能准确迅速而有效处理，根据批示的主次缓急分急件和普通件，阅件与办件，优先处理紧急重要的收文和需要办理的收文。</p> <p>4.3 公文审批：公文处理员及时将公文送党政综合办主任处批阅，主任根据公文的性质、重要程序、涉密程度、办理时间要求、内容所涉及的职权范围以及各部门的责任分工、有关程序规定等承送书记、院长，书记、院长阅过公文后根据公文的内容与要求批示给相关分管副院长、副书记或直接批示给所分管的职能科室负责人。</p> <p>4.4 公文催办：根据公文的时限和有关要求对相关部门跟踪，促使文件的处理和精神得以落实，有利于加速公文的有效运转。</p> <p>4.5 公文归档：公文处理员应将流转完毕的文件及时归档。</p> <p>4.6 如遇紧急公文，则先电话请示落实后补充走审阅流程。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYY-DZB-ZD032	文件名称	医疗集团纪委工作制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的 为确保医疗集团纪委工作顺利进行，完善医疗集团纪委的工作机制，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 中纪委、国家卫健委、省、市纪委等文件。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 医疗集团纪委在集团党委和上级纪委的领导下开展工作。定期召开一次医疗集团纪委会，组织学习有关文件精神。开展调查研究，分析总结纪检工作中存在的问题，提出措施对策，布置工作，提高纪检人员的政策水平、业务素质。</p> <p>4.2 纪委干部要坚持原则，作风正派，以身作则，实事求是，秉公办事，勇于开展批评与自我批评，密切联系群众。</p> <p>4.3 保护党员享有的“党章”规定的权利和义务，支持党组织和党员同违法违纪行为和不正之风斗争。</p> <p>4.4 负责对医疗集团基建项目、医疗设备、药品采购、重大项目投资的监督。</p> <p>4.5 定期召开廉政建设警示教育会(党纪教育一刻钟)，经常对党员、干部、医务人员进行党风、行风教育。</p> <p>4.6 协助上级纪检、监察部门对党员、干部违法违纪行为的处理，受理党员的申诉。</p> <p>4.7 严格遵守保密制度，做到不泄露案件和工作机密，保护检举人和控告人的合法权益。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYD-DZB-ZD033	文件名称	诫勉谈话制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的 为深入贯彻落实全面从严治党要求，督促医疗集团各院区落实好党风廉政建设主体责任，综合运用好监督执纪“四种形态”，构建抓早抓小工作机制，结合医疗集团工作实际，制定本办法。</p> <p>2. 参考文件 《中国共产党党内监督条例》、《关于对党员领导干部进行诫勉谈话和函询的暂行办法》及《中国共产党纪律检查机关监督执纪工作规则》精神。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 诫勉对象：医疗集团全体工作人员，重点是中层管理干部和重点岗位工作人员。</p> <p>4.2 诫勉范围</p> <p>4.2.1 拒绝履行或不严格履行规定职责的。</p> <p>4.2.2 违反组织人事纪律，不依照规定程序、权限和时限履行职责的。</p> <p>4.2.3 缺乏事业心和责任感，玩忽职守，工作能力明显不足，打不开局面的。</p> <p>4.2.4 违反院务公开规定，不履行公开和告知义务，损害群众知情权益的。</p> <p>4.2.5 作风推诿、拖延办事，故意刁难职工或患者的。</p> <p>4.2.6 利用职业权力“吃那卡要”，索取、收受财物，接受厂商或当事人宴请，参加厂商或当事人提供的旅游和高消费娱乐活动的。</p> <p>4.2.7 徇私舞弊，为个人或他人谋取不正当利益的。</p> <p>4.2.8 闹不团结，缺乏协作诚意影响工作的。</p> <p>4.2.9 其他需要诫勉的情形。</p> <p>4.3 诫勉形式及程序</p> <p>4.3.1 诫勉形式：谈话诫勉为主，医疗集团纪委书记或分管院长与诫勉对象谈话，指出存在的问题，责成规定期限内改正问题和缺点。</p> <p>4.3.2 诫勉程序：一旦进入谈话诫勉程序，当事人必须在10个工作日内写出书面检查和整改措施，遇到复杂特殊情况可以适当延长，并报纪委书记和分管院长。</p> <p>4.3.3 诫勉期视情节轻重，根据相应规定进行处罚。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYY-DZB-ZD034	文件名称	党风廉政建设责任制实施办法	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为加强党风廉政建设，深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，明确医疗集团领导班子和领导干部在党风廉政建设中的责任，根据中共中央、国务院《关于实行党风廉政建设责任制的规定》及市、区卫健局相关文件精神，结合医疗集团实际，制定本办法。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《关于实行党风廉政建设责任制的规定》、国家卫健委、省卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 总则</p> <p>4.1.1 实行党风廉政建设责任制，必须以党的十九大精神为指导，坚持党要管党、从严治党，坚持标本兼治、综合治理、惩防并举、注重预防，扎实推进惩治和预防腐败体系建设，认真贯彻落实上级关于党风廉政建设和反腐纠风的部署要求，结合市、区“清廉医院”建设标准及考核评价细则（试行）要求，深化“清廉医院”建设内涵，不断推进集团党风廉政建设和纠风工作，在集团形成反腐倡廉、清正廉洁的良好风尚，防止和杜绝违法违纪事件的发生。</p> <p>4.1.2 实行党风廉政建设责任制，必须坚持党委统一领导，党政齐抓共管，纪委组织协调，部门各负其责，依靠职工群众支持和参与的领导体制和工作机制。要把党风廉政建设作为党的建设和医院改革发展的重要内容，纳入领导班子、领导干部目标管理，与医院各项工作紧密结合，一起部署，一起落实，一起检查，一起考核。</p> <p>4.1.3 实行党风廉政建设责任制，必须坚持集体领导与个人分工负责相结合，谁主管、谁负责，一级抓一级、层层抓落实。党组织对党风廉政建设负有主体责任，每年至少一次组织党员参加廉政教育及警示教育等活动。</p> <p>4.1.4 领导班子、中层干部、职工层层签订党风廉政建设与行风建设责任书，明确医疗集团领导干部抓党风廉政建设的领导责任。</p> <p>4.1.5 建立党风廉政建设责任制领导小组，负责指导、督促领导班子、领导干部贯彻落实党风廉政建设责任制。</p> <p>4.2 责任范围和责任内容</p> <p>4.2.1 党风廉政建设的责任主体为医疗集团党政领导班子。</p> <p>医疗集团党委对集团的党风廉政建设负全面领导责任，党委书记履行“第一责任人”职责，印发《党风廉政建设和反腐纠风工作组织领导和责任分工》，党政领导班子根据工作分工，切实履行“一岗双责”，对职责范围内的党风廉政建设负直接领导责任，同时抓好联系分管科室（院区）的反腐倡廉建设。</p> <p>各科室负责人对本科室的党风廉政建设负全面领导责任。对本部门内党员干部、有业务处置权人员的党风廉政建设负直接领导责任。</p> <p>4.2.2 领导班子在党风廉政建设中承担以下领导责任：</p> <p>4.2.2.1 贯彻落实上级党委和纪检监察组织关于党风廉政建设的部署和要求，每年召开专题会议研究党风廉政建设工作，结合实际制定党风廉政建设工作安排，部署反腐倡廉工作任务。</p> <p>4.2.2.2 开展党性党风党纪和廉洁从业教育，组织党员、干部学习党风廉政建设理论和法规制度，加强廉洁文化建设。</p> <p>4.2.2.3 贯彻落实党风廉政法规制度，结合医疗集团实际推进制度创新，深化改革，从源头上预防和治理腐败，采取措施，提高法规制度执行力。</p>					



4.2.2.4 坚持民主集中制，落实“三重一大”相关制度，强化权力制约和监督，严格执行决策程序，积极推进党务公开、院务公开，推进权力运行程序规范化和公开透明。

4.2.2.5 加强廉洁风险防控管理，健全完善防控机制、权力运行监督体系、廉洁风险防控体系和考核评估等制度。

4.2.2.6 监督检查本单位的党风廉政建设和全体员工廉洁从业情况。

4.2.2.7 严格按照规定选拔任用干部，防止和纠正选人用人上的不正之风。

4.2.2.8 加强领导干部作风建设，纠正损害职工群众利益的不正之风，切实解决职工群众反映的突出问题。

4.2.2.9 领导、组织并支持纪检监察、审计等部门依纪依法履行监督检查职责，及时听取工作汇报，切实解决重大问题。

4.2.3 党委书记、院长对重要工作亲自部署、重大问题亲自过问、重要环节亲自协调、重要案件亲自督办。具体承担以下职责：

4.2.3.1 组织分解当年医疗集团党风廉政建设的主要任务，明确领导班子每名成员的具体责任和各牵头部门（科室）、协办部门（科室）的工作目标及任务要求。

4.2.3.2 每年至少主持召开两次党风廉政建设工作会议，研究和安排党风廉政建设工作。

4.2.3.3 阅批重要信访件，解决职工群众反映强烈的党风廉政建设方面的突出问题，加强组织协调。

4.2.3.4 调查并研究分析医疗集团党风廉政建设现状，掌握各级干部执行党风廉政建设责任制情况，对发现的问题及时督促整改。

4.2.3.5 带头坚持民主集中制原则，落实“三重一大”相关制度。

4.2.3.6 切实管好班子、带好队伍，监督、教育、管理其他领导班子成员，亲自组织召开领导班子民主生活会。

4.2.3.7 严格遵守党的纪律和国家法律法规及医院规章制度，带头廉洁自律。

4.2.4 分管领导在党风廉政建设中承担以下领导责任：

4.2.4.1 协助党委书记贯彻落实党风廉政建设责任制。

4.2.4.2 加强对职责范围内党风廉政建设的领导，督促、指导分管部门（科室）制定党风廉政建设工作计划，采取切实有效措施，保证上级和医疗集团有关党风廉政建设的部署和要求在分管部门（科室）得到落实。

4.2.4.3 及时解决分管部门（科室）在党风廉政建设工作中出现的苗头性、倾向性问题，纠正分管部门（科室）发生的问题，及时向医疗集团党委、纪委汇报，配合纪检查处违法违纪案件。

4.2.4.4 组织责任范围内党风廉政建设的检查考核，参加分管部门或科室的民主生活会，解决党风廉政建设中存在的问题。

4.2.4.5 严格遵守党风廉政法规制度，带头廉洁自律，教育并管好自己的家庭成员和身边工作人员，防止其发生违法违纪和不廉洁的行为。

4.2.5 院区各党支部书记在党风廉政建设中承担以下责任：

4.2.5.1 贯彻落实医疗集团党委、纪委关于党风廉政建设的安排部署，领导和负责本支部的党风廉政建设和反腐倡廉工作。

4.2.5.2 对本支部落实党风廉政建设的情况进行检查，发现问题及时进行整改和处理，并将情况及时报告医疗集团党委、纪委。

4.2.5.3 配合纪检监察办公室受理群众对党员的检举、揭发、控告及党员的控告申诉；配合纪检监察办公室做好违纪案件的查处工作；对本支部党员、职工进行遵纪守法和党风廉政教育。



4.2.5.4 带头执行廉洁自律的有关规定。

4.2.6 院区各科室负责人在党风廉政建设中承担以下责任：

4.2.6.1 认真贯彻落实医疗集团党委关于加强廉政建设的安排部署，把廉政建设作为工作的一个重要内容，每季结合实际情况，分析研究本科室（部门）廉政建设工作。

4.2.6.2 组织本科室（部门）人员学习有关加强廉政建设的法律、法规，结合工作实际，有针对性开展廉洁教育工作。

4.2.6.3 对全科（部门）人员廉政情况进行检查，有问题及时解决，及时汇报。

4.2.6.4 带头执行廉洁自律的有关规定。

4.2.6.5 公开办事规章、办事程序和办事结果，自觉接受职工监督。

4.2.7 医疗集团党委必须将党风廉政建设工作安排、具体措施以及落实情况，按照党务公开工作的要求适时进行公开，接受监督。

4.3 检查考核与监督

4.3.1 建立和完善医疗集团党风廉政建设责任制贯彻落实情况的检查考核制度。

4.3.2 党风廉政建设责任制领导小组，负责对各部门贯彻落实党风廉政建设责任制情况进行监督检查、考核评估。领导小组下设办公室，办公室设在党建办，负责检查考核的组织协调以及其他日常工作。

纪检监察、组织人事、财务等相关部门要协助党建办开展对党风廉政建设责任制执行情况的检查考核，或者根据职责开展检查工作。

4.3.3 每年进行一次集中检查考核工作。检查考核与各科室中层干部年度考核、惩治和预防腐败体系建设工作检查以及廉洁风险防控管理检查评估考核等结合进行。

4.3.4 党风廉政建设责任制执行情况的检查考核采取自查自评、专项检查、重点抽查、民主评议、日常检查等方式进行。考核坚持定量与定性相结合，考核结果在一定范围内公开。

4.3.5 将医疗集团党员干部执行党风廉政建设责任制情况，作为向党委会议报告工作的一项重要内容。

4.3.6 领导班子成员执行党风廉政建设责任制的情况，列为民主生活会和述职述廉的重要内容，每年至少在本单位进行一次民主评议。

4.3.7 医疗集团党委要结合各院区实际，建立走访座谈、问卷调查等党风廉政建设评价机制，动员、组织党员和职工群众积极有序地参与评价，广泛接受监督。

4.4 责任追究

4.4.1 各级干部违反规定或者未能正确履行本办法第 4.2.2 条、第 4.2.3 条、第 4.2.4 条、第 4.2.5 条和第 4.2.6 条规定的职责，有下列情形之一的，应当追究责任：

4.4.1.1 对党风廉政建设工作领导不力，以致责任范围内明令禁止的不正之风得不到有效治理，造成不良影响的；

4.4.1.2 对上级交办的党风廉政建设责任范围内的事项不传达贯彻、不安排部署、不督促落实，或者拒不办理的；

4.4.1.3 对本单位、本部门（科室）发现的严重违纪违法行为隐瞒不报、压案不查的；

4.4.1.4 疏于监督管理，致使领导班子成员或者直接分管部门或科室和人员发生严重违纪违法问题的；

4.4.1.5 违反规定选拔任用干部，或者用人失察、失误造成恶劣影响的；

4.4.1.6 放任、包庇、纵容分管部门或科室和人员违反财务、金融、税务、审计、统计等法律法规，弄虚作假的；

4.4.1.7 授意、指使、纵容分管人员阻挠、干扰、对抗监督检查和案件查处，或者对办案人、检举控告人、证明人打击报复的；

4.4.1.8 对配偶、子女、身边工作人员严重违纪违法知情不管或者包庇、纵容的；



4.4.1.9 有其他违反党风廉政建设责任制行为的。

4.4.2 各级干部违反本办法，需要查明事实、追究责任的，按照职责和干部管理权限及有关程序调查处理。

4.4.3 通过信访举报、专项治理、审计监督、干部考察、民主评议等途径发现的需要实施责任追究的案件线索，以及领导批办、上级交办的案件线索，应当进行调查。

4.4.4 班子成员有本办法第 4.4 条所列情形，情节较轻的，责令作出书面检查；情节较重的，给予通报批评；情节严重的，报上级党委进行调查处理。

4.4.5 中层干部有本办法第 4.4 条所列情形，情节较轻的，给予批评教育、诫免谈话，责令作出书面检查；情节较重的，给予通报批评；情节严重的，给予党纪处分，或者给予调整职务、责令辞职、免职（解聘）和降职等组织处理。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

4.4.6 以上责任追究方式可以单独使用，也可以合并使用。

4.4.7 追究责任要实事求是，分清集体责任和个人责任、主要领导责任和重要领导责任。追究集体责任时，领导班子主要负责人和分管成员承担主要领导责任，参与决策的班子其他成员承担重要领导责任。对错误决策提出明确反对意见而没有被采纳的，不承担领导责任。错误决策由领导干部个人决定或者批准的，追究该领导干部个人的责任。

4.4.8 实施责任追究不因领导干部工作岗位或者职务的变动而免于追究。已退休但按照本办法应当追究责任的，仍须进行相应的责任追究。

4.4.9 受到责任追究的各级干部，取消当年度考核评优和评选各类先进的资格。单独受到责令辞职、免职（解聘）处理的干部，一年内不得重新担任与其原任职务相当的领导职务。受到降职处理的，两年内不得提升职务。同时受到党纪政纪处分和组织处理的，按影响期较长的执行。

4.4.10 纪检监察部门应当加强对各部门实施责任追究情况的监督检查，发现考核中弄虚作假、有应当追究而未追究、责任追究处理决定不落实等问题的，应当及时督促有关部门予以纠正。

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人：毛建伟 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD035	文件名称	党支部参与科室重要事项管理决策制度	适用范围	全院员工
制定部门	党政综合办	修订/核对人	董钟琪	内审人	金卫利
<p>1. 目的</p> <p>突出强化医院基层党组织的政治功能，推进科室工作的民主化、科学化和规范化，努力把党支部建设成为坚强战斗堡垒，保证党的路线方针政策和决策部署在基层得到有效贯彻落实，结合我院实际，制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《中国共产党支部工作条例(试行)》、《中共中央办公厅印发关于〈加强公立医院党的建设工作的意见〉的通知》、《国家卫生健康委员会党组〈关于印发加强公立医院党的建设工作的意见实施办法〉的通知》、《中共浙江省委办公厅〈关于加强新时代公立医院党的建设工作的实施意见的通知〉》、《浙江省公立医院党支部参与科室重要事项决策制度(试行)》</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 党支部的职能定位</p> <p>医院党支部是党在医院的战斗堡垒，是党在医院全部工作和战斗力的基础，担负直接教育党员、管理党员、监督党员和组织群众、宣传群众、凝聚群众、服务群众的职责。党支部在相应科室建设中，领导科室的党风廉政与行风建设并承担主体责任，参与科室管理，在科室重要事项上有参与决策权和监督权。</p> <p>4.2 参与管理和决策的范围</p> <p>4.2.1 党的路线、方针、政策，国家法律法规，上级的决策部署和医院规章制度在科室的贯彻执行；</p> <p>4.2.2 科室发展规划和年度工作计划；</p> <p>4.2.3 科室年度预算申报与执行、新技术新项目引进和开展、高值耗材申请等；</p> <p>4.2.4 重大科研项目和课题的申报；</p> <p>4.2.5 科室进人计划、外出进修、职务晋升、岗位聘任、职称评定、评先评优等；</p> <p>4.2.6 科室内部绩效考核方案的制定和调整；</p> <p>4.2.7 科室奖励事项申报；</p> <p>4.2.8 科室其他重要事项。</p> <p>4.3 参与管理决策的形式和程序</p> <p>4.3.1 参与管理决策形式</p> <p>4.3.1.1 主要形式包括科务扩大会议等体现党支部参与决策的会议。</p> <p>4.3.1.2 会议组成人员：党支部书记、党支部委员、支部相应的科室主任、科室副主任、科室正副护士长。</p> <p>4.3.1.3 会议应定期召开，原则上每季度不少于一次。</p> <p>4.3.2 参与决策程序</p> <p>4.3.2.1 会议原则上由党支部书记负责召集。遇紧急需要临时召集开会而党支部书记又不能到会的特殊情况，可由支部相应的科室主任、科室副主任召集开会。</p> <p>4.3.2.2 会议组成人员均可提出科务会议议题。重大事项在提交科务会议讨论前，应听取党支部的意见，党支部书记和科主任之间要进行充分沟通。事关科室职工切身利益的重要事项，还应在会前广泛听取科室职工意见。</p> <p>4.3.2.3 会议须体现决策民主化、科学化、规范化的要求。充分发扬民主，进行充分讨论，党支部书记要实行末位表态制。遇意见分歧较大的事项应暂缓，事后进行充分沟通并达</p>					



成一致后，待下次会议再行讨论作出决定。遇无法达成会议决定的，根据事项类型上报分管院领导协调处理。

4.3.2.4 会议要形成文字记录。

4.4 决策的落实与监督


4.4.1 党支部要动员和组织相应科室的党员带头落实支委会和科务会议的决定，团结和引领科室职工将会议决定贯彻落实到位。

4.4.2 党支部要按照“三会一课”要求开展活动，不能以科务会议代替支委会。支委会要强化监督作用，对科室重要事项决策的落实情况进行监督，发现落实有偏差的，应及时提出纠正意见。

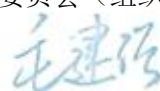


审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：毛建强 签发时间：2021-09-01




文件编号	NXY-Y-DZB-ZD036	文件名称	职业道德（行风）教育制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的 为加强医院行风建设，提高广大干部职工的职业修养，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委、省卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 每年开展职业道德（行风）建设培训1-2次，主要内容为：</p> <p>4.1.1 正风肃纪、反腐纠风形势教育；</p> <p>4.1.2 重点学习关于改进工作作风、密切联系群众的八项规定、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、临床行医十个严禁等规定、文件；</p> <p>4.1.3 学习医院行风相关规章制度；</p> <p>4.1.4 学习身边先进典型事迹，宣传正能量，树行业新风。</p> <p>4.2 新员工岗前培训开展职业道德（行风）教育课程，主要内容为：</p> <p>4.2.1 学习行风建设规定、规范性文件；</p> <p>4.2.2 学习医德规范，加强医德医风教育；</p> <p>4.2.3 学习医院行风相关规章制度。</p> <p>4.2.4 开展廉洁行医、廉洁从政承诺；</p> <p>4.3 中层干部会议开展党纪教育一刻钟，内容主要为：</p> <p>4.3.1 学习党纪法规；</p> <p>4.3.2 学习省、市、区纪委通报的违法违纪案件；</p> <p>4.3.3 学习医院新制定或调整的规章制度；</p> <p>4.3.4 通报医院行风监督检查小组在检查中发现的典型负面行为。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2022-12-01</p>					



文件编号	NXY Y-DZB-ZD037	文件名称	社会监督制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的 为了加强医院行风建设,建立健全社会监督机制,进一步优化依法行医和医疗服务环境,根据《中国工会章程》及相关文件制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 浙江省卫健委社会效能与行风监督相关规定等相关文件</p> <p>3. 名词定义: 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 医院门急诊、各病区设有意见箱,公布行风监督电话 0572-3036330,由纪检监察室(党建办)负责管理。</p> <p>4.2 医院加强与医疗保障局、所在辖区街道(社区)的联系,听取和了解对医院医疗行为、服务质量、收费价格等的意见与建议。</p> <p>4.3 医院每月向患者征求意见,进行满意度调查,针对问题不断改进。</p> <p>4.4 医院须实施下列公开制度:</p> <p>4.4.1 医院工作人员上岗服务必须佩戴工作牌;</p> <p>4.4.2 医院内公布《服务承诺》;</p> <p>4.4.3 医院公布主要医疗服务项目收费标准和常用药品收费价格,严格执行医疗收费公示制,医院在住院部各病区、门诊设有查询系统;</p> <p>4.4.4 医院公开专家专科门诊医生医疗服务信息;</p> <p>4.4.5 医院对持老年证、离休干部和残疾人就诊实行优先照顾服务。</p> <p>4.5 聘请行风监督员,对医院的行风建设情况实施监督检查,提出意见和建议,充分发挥社会监督作用。</p>					
审批委员会(组织):南浔区医疗集团党委 签发人:  签发时间: 2021-09-01					



文件编号	NXYD-DZB-ZD038	文件名称	关于贯彻落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》要求	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为深入贯彻落实国家卫生健康委、国家医保局、国家中医药局《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》（以下简称“九项准则”）的文件精神，进一步推进医疗集团行风建设，严肃纪律，明确责任，有效落实。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、国家卫健委、省卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 主要目标</p> <p>全面贯彻落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的实质内涵，结合医疗集团纠风专项治理、廉洁行医以及医德医风建设等开展情况，进一步推进医疗集团党风廉政与卫生行风建设，提高医疗服务综合满意度。</p> <p>4.2 主要内容：《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》见附件</p> <p>4.3 具体要求</p> <p>4.3.1 强化领导，落实责任。将行风建设“九项准则”工作纳入党风廉政建设和行风建设责任制内容，实施责任追究。各条线分管领导负责分管条线的部门（科室）学习《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的组织指导工作。各部门（科室）把深入学习贯彻落实医疗卫生行风建设“九项准则”列入本部门、本科室职业道德行风建设工作的重要议事日程。</p> <p>4.3.2 强化安排，提高认识。医疗集团每年将举办一次中层以上干部学习培训，各部门（科室）要在组织政治学习内容中，结合医院内网、钉钉清廉医院板块所公布的内容（案例）进行专题学习，每年不少于一次。动员和引导干部职工切实增强开展廉洁风险防控的主动性和自觉性，规范执业行为，提高工作效率，树立良好的医德医风。</p> <p>4.3.3 强化宣传，抓好落实。各院区通过医院内网、钉钉清廉医院板块、学习手册等多种形式大力开展“九项准则”的集中学习和培训，职工学习教育覆盖面要求达 100%。把贯彻执行“九项准则”作为廉政教育实践活动的重要内容，各院区贯彻落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》要求，广泛接受社会监督，及时发现问题和隐患，严肃查处违反“九项准则”的行为。</p> <p>4.3.4 强化督查，严格问责。将中层干部、职工贯彻执行“九项准则”的情况纳入年度考核、医德医风考评和医师定期考核的重要内容，并作为职务竞聘、职称晋升、评优评先的重要依据。重点科室负责人要按照“九项准则”内容，对重点环节、重点岗位人员进行不定期自查，及时排查隐患。对凡有不作为、在行风建设中违反“九项准则”造成严重影响的科室或个人，在全集团通报，严肃追究相关人员的责任。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2022-12-01</p> <p style="text-align: center;">附件、医疗机构工作人员廉洁从业九项准则</p>					



一、合法按劳取酬，不接受商业提成。依法依规按劳取酬。严禁利用执业之便开单提成；严禁以商业目的进行统方；除就诊医院所在医联体的其他医疗机构，和被纳入医保“双通道”管理的定点零售药店外，严禁安排患者到其他指定地点购买医药耗材等产品；严禁向患者推销商品或服务并从中谋取私利；严禁接受互联网企业与开处方配药有关的费用。

二、严守诚信原则，不参与欺诈骗保。依法依规合理使用医疗保障基金，遵守医保协议管理，向医保患者告知提供的医药服务是否在医保规定的支付范围内。严禁诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药、提供虚假证明材料、串通他人虚开费用单据等手段骗取、套取医疗保障基金。

三、依据规范行医，不实施过度诊疗。严格执行各项规章制度，在诊疗活动中应当向患者说明病情、医疗措施。严禁以单纯增加医疗机构收入或谋取私利为目的过度治疗和过度检查，给患者增加不必要的风险和费用负担。

四、遵守工作规程，不违规接受捐赠。依法依规接受捐赠。严禁医疗机构工作人员以个人名义，或者假借单位名义接受利益相关者的捐赠资助，并据此区别对待患者。

五、恪守保密准则，不泄露患者隐私。确保患者院内信息安全。严禁违规收集、使用、加工、传输、透露、买卖患者在医疗机构内所提供的个人资料、产生的医疗信息。

六、服从诊疗需要，不牟利转介患者。客观公正合理地根据患者需要提供医学信息、运用医疗资源。除因需要在医联体内正常转诊外，严禁以谋取个人利益为目的，经由网上或线下途径介绍、引导患者到指定医疗机构就诊。

七、维护诊疗秩序，不破坏就医公平。坚持平等原则，共建公平就医环境。严禁利用号源、床源、紧缺药品耗材等医疗资源或者检查、手术等诊疗安排收受好处、损公肥私。

八、构建和谐关系，不收患者“红包”。恪守医德、严格自律。严禁索取或者收受患者及其亲友的礼品、礼金、消费卡和有价证券、股权、其他金融产品等财物；严禁参加其安排、组织或者支付费用的宴请或者旅游、健身、娱乐等活动安排。

九、恪守交往底线，不收企业回扣。遵纪守法、廉洁从业。严禁接受药品、医疗设备、医疗器械、医用卫生材料等医疗产品生产、经营企业或者经销人员以任何名义、形式给予的回扣；严禁参加其安排、组织或者支付费用的宴请或者旅游、健身、娱乐等活动安排。

医疗机构内工作人员，包括但不限于卫生专业技术人员、管理人员、后勤人员以及在医疗机构内提供服务、接受医疗机构管理的其他社会从业人员，应当依据《九项准则》有关要求，服从管理、严格执行。违反法律法规等有关规定并符合法定处罚处分情形的，可依据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国公益事业捐赠法》《中华人民共和国医师法》《中华人民共和国药品管理法》《护士条例》《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《处方管理办法》等规定的责令改正、给予警告、给予相关人员或科室中止或者终止医保结算、追回医疗保障基金、没收违法所得、并处罚款、暂停处方权或者执业活动直至吊销执业证书等措施，依法追究有关机构和人员责任；依据《中华人民共和国劳动合同法》《事业单位工作人员处分暂行规定》等规定的给予解除劳动合同、警告、记过、降低岗位等级或者撤职、开除处分等措施，对有关人员依法作出处理；依据《医疗机构从业人员行为规范》等规定的由所在单位给予批评教育、取消当年评优评职称资格或低聘、缓聘、解职待聘、解聘等措施，由所在单位依法作出处理。

有关人员违反党纪、政纪的，移交纪检监察机关给予党纪政务处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。对于违反《九项准则》行为多发或者造成恶劣社会影响等其他严重后果的医疗机构负责人，依照有关规定，予以问责。



文件编号	NXYD-DZB-ZD039	文件名称	关于贯彻落实《八项规定》的实施办法	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为进一步改进工作作风、密切联系群众，根据中央“八项规定”和省、市关于改进工作作风密切联系群众的有关精神，结合医疗集团实际，制定本办法。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>中央、国家卫健委、省卫健委、市、区纪委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 深入临床，了解实情。</p> <p>4.1.1 定期开展书记查房、院长行政查房，领导班子及各职能部门到临床一线了解真实情况，重点围绕规章制度的落实和完善、职工反映强烈的突出问题进行调查，形成针对性的改进措施。</p> <p>4.1.2 改进职能部门工作作风，提高工作效率，一切工作围绕临床一线，及时发现、协调、解决问题，提升职工和患者满意度。</p> <p>4.2 精简会议，改进会风。</p> <p>尽量减少会议数量，能不开会解决的问题尽量不开会，能合并的会议尽量合并；提高会议实效，开短会、讲短话，力戒空话、套话，发言要突出重点、简明扼要；不摆水果，不送鲜花。</p> <p>4.3 精简文件，改进文风。</p> <p>精简各类文件简报数量，凡无实质内容、无指导意义、可发可不发的文件、简报一律不发；凡能采取通过医院网站发布的内容不再发放纸质材料；转发上级文件如没有提出新工作要求的，不印发纸质文件；文件、简报要言简意赅、风格清新，杜绝空洞说理、冗长拖沓；大力推行电子政务和无纸化办公，减少纸张浪费。</p> <p>4.4 厉行节约，杜绝浪费。</p> <p>4.4.1 严格公务接待。按照相关要求报请领导审批，不超标准、超规格接待，按需点餐，杜绝浪费，严肃公务接待纪律。</p> <p>4.4.2 加强车辆管理。医疗集团机动车辆由党政综合办统一管理，严格执行《关于集团公务用车管理规定的通知》。</p> <p>4.4.3 规范出差培训。出差或参加学术会议需按医疗集团规定程序（关于请假报告暂行规定的通知）审批，按规定乘坐交通工具，未按规定乘坐交通工具和住宿的，超支部分自理。学术会议需符合专业或工作要求，严禁借出差、学术会议之名观光旅游。</p> <p>4.4.4 严禁参加用公款支付的高消费活动，加大治奢力度，严格落实“三公”经费支出控制数，“三公”经费每年定期进行公示。</p> <p>4.4.5 进一步做好规范职工津贴补贴工作。</p> <p>4.5 狠抓落实，强化督查。</p> <p>严格执行各项费用支出审批制度，把改进工作作风、密切联系群众作为一项经常性工作来抓，中层以上干部要以身作则，率先垂范，自觉接受职工的监督。要把科室执行本办法情况纳入考核，对有令不行、有禁不止、违反相关规定的科室和个人，将进行严肃查处并予以通报。</p> <p>4.6 严格医院文化建设工作制度的执行。文稿发表与党中央精神保持高度一致，保持正面、积极向上，严禁发表不实或未经证实的报道。</p>					



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：毛建强 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXYD-DZB-ZD040	文件名称	廉洁风险防控机制建设制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为强化对权力运行的监督制约,提高医疗集团广大干部职工特别是领导干部的廉洁风险防范意识和能力,推进从源头上预防腐败工作。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>省委、省政府《关于全面推进廉政风险防控机制建设的意见》(浙委[2011]6号),《浙江省卫生计生系统建立健全惩治和预防腐败体系 2013-2017 年实施细则》等相关文件。</p> <p>3. 名词定义: 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 查找廉洁风险, 评估风险等级</p> <p>4.1.1 查找个人岗位廉洁风险。科主任、重点部门及关键岗位人员对照岗位职责, 执行制度的情况, 对权力运行每个环节逐一分析, 对每项制度执行情况逐一检查, 从政治思想风险、业务流程风险、管理制度风险、外部环境风险、其他风险等方面, 认真查找个人岗位存在的廉洁风险内容及其表现形式、风险等级及防控措施。通过科室会议, 对廉洁风险点查找情况逐个进行分析、审核, 经科室审核把关、分管领导同意后, 报院部审定(各院区中层、关键岗位人员由院区审定、院区领导班子提交集团审定), 入廉政档案保存。</p> <p>4.1.2 查找科室廉洁风险。单位内设科室对照职责定位等情况, 查找业务流程、管理制度和外部环境等方面存在或可能存在的廉洁风险, 并细化分析风险的内容及其表现形式; 从工作程序、制度建设、思想认识、廉洁教育等方面, 制定科室廉洁风险防控措施。内设科室风险防控登记表, 经分管领导审核后, 报医院审定。</p> <p>4.1.3 查找单位廉洁风险。结合医院实际, 查找在重大决策、重要干部任免、重大项目安排和大额资金使用等方面容易产生腐败行为的风险内容及表现形式; 从工作程序、制度建设、思想认识、外部环境等方面, 制定单位廉洁风险防控措施, 填写单位廉洁风险防控登记表, 报区卫健局党委和区驻宣传部纪检监察组备案。</p> <p>4.2 核定权力清单, 规范工作流程。</p> <p>4.2.1 对照法律法规和医疗集团规章制度, 按照“谁行使、谁清理”的原则, 对医院、科室、个人岗位权力事项自下而上进行清理规范, 逐项审核确定责任主体。</p> <p>4.2.2 针对岗位的工作性质和业务特点, 各科室要按照“程序法定、流程简便”的要求, 编制岗位职责目录, 制度目录和业务流程目录, 绘制权力运行流程图, 进一步优化权力运行程序, 固化工作流程。</p> <p>4.3 制定防控措施, 强化监督制约</p> <p>4.3.1 落实预防措施。主要从思想道德、制度机制层面主动做好防范, 突出抓好干部职工思想道德教育、岗位廉洁行为规范教育、廉洁风险防控教育和法纪教育, 引导干部职工牢固树立廉洁意识、风险意识、责任意识, 筑牢拒腐防变的思想道德防线。结合各个风险点的实际, 修订完善原有的规章制度, 用制度和机制有效遏制风险的出现。</p> <p>4.3.2 合理配置权力。不断完善决策权、执行权、监督权, 既相互制约又相互协调的权力结构, 形成结构合理、配置科学、程序严密、制约有效的权力运行机制。对风险较高的决策权、审批权、执行权、监督权等, 要根据制度规定和实际工作需要, 进行合理分解, 强化制约监督, 防止权力过于集中。</p> <p>4.3.3 强化监督预警。及时收集廉洁风险信息, 对可能引发腐败的苗头性、倾向性问题, 视情节轻重, 分别作出岗位预警、单位预警、综合预警, 并采取自查自纠、教育提醒、诫勉谈话等措施, 及时进行预警提示和纠正, 避免发展成违纪违法行为。</p>					



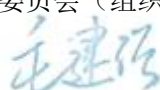
4.3.4 落实防控责任。通过信息监测、定期自查、上级检查、社会评议等方式，对廉洁风险防控效果进行监控。

4.3.5 加强考核评估。考核工作与干部职工年度考核、工作目标责任制考核以及党风廉政建设责任制考核等结合进行，考核结果纳入党风廉政建设责任制考核及干部职工年度考核等评价系统。



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：毛建华 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY Y-DZB-ZD041	文件名称	加强重点部门、关键岗位廉政建设管理制度	适用范围	全院重点部门、关键岗位
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>重点部门、关键岗位工作人员在医院诊疗、经济活动中起着相当重要的作用。加强这些部门的廉政监管力度，预防职务犯罪、推动医疗集团的廉政建设，强化监督管理，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>国家卫健委、省卫健委、市纪委、市卫健委等相关文件。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 本制度所指重点部门是指有处方权医生所在科室、药学部、设备科、后勤保障科、基建科、信息科、组织人事科、财务科等部门。关键岗位指科室负责人及采购员。</p> <p>4.2 重点部门、关键岗位工作人员应自觉加强党风党纪及行风建设有关规定的学习，做到知法、守法，不断强化廉洁自律意识。党员干部在工作中要认真执行中共中央、中纪委反腐倡廉的各项规定。</p> <p>4.3 强化责任和责任追究意识。分管重点部门、关键岗位的领导干部要加强对分管范围内廉政情况的监督和管理，结合医疗集团实际，将党风廉政责任制和责任追究制落实到一切经济活动之中。</p> <p>4.4 严格遵守法律、法规，认真执行药品、医疗器材、基本建设、物资采购和仪器设备购置中的有关规章制度，严格审批和请示报告制度，实行院务公开，重大事项集体讨论。</p> <p>4.5 重点部门、关键岗位工作人员应自觉接受组织监督，经常向分管领导汇报工作情况、思想状况。</p> <p>4.6 在购销活动中，严禁索要、变相索要或接受礼金、礼品。不得私自接受他人或其他单位以参观学习、参加会议以及其他形式的邀请。账外私下收受钱物触犯刑法的，由有关部门依法查处。</p> <p>4.7 因各种原因当时未能退回的礼品、礼金、礼卡应在 7 日内交至区纪委581账户（账号：19115101040044701，中国农业银行股份有限公司湖州南浔支行）或医院纪检监察室或党建办，填写《礼品礼金礼卡上交登记表》。</p> <p>4.8 严禁利用职务之便从事第二职业，严禁本人或直系亲属利用职务关系进行私自经商活动。违反者按规定给予纪律处分和经济处罚。</p> <p>4.9 重点部门、关键岗位工作人员如发现职责范围内的违法违纪现象或不正之风时，应及时报告，并配合有关部门进行查处。对严重违法违纪问题隐瞒不报、不查的，按规定从严处理。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYY-DZB-ZD042	文件名称	供应商代表接待暂行规定	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为深入推进清廉医院建设，进一步加强医疗集团党风廉政建设和医疗卫生行风建设，规范医药购销行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，构建院风清朗的行业生态，特制定本规定。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、卫生部《医药代表管理规定（草案）》、《医药代表登记备案管理办法（试行）》</p> <p>3. 名词定义</p> <p>供应商代表：销售药品、医疗设备、医用耗材等医药产品的供应商（生产、经营企业），授权负责与医疗集团联系业务、接洽工作的代表。</p> <p>其他后物质、基建工程、维修项目、信息化硬件（软件）、外包服务项目等供应商。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 实行供应商代表“集中接待日”制度</p> <p>4.1.1 进一步规范药品、耗材、设备等供应商代表来访管理，开展三定接待。</p> <p>4.1.1.1 定接待地点：南浔院区门诊四楼1号会议室；</p> <p>4.1.1.2 定接待时间：相关科室提前1周发布公告或通知；</p> <p>4.1.1.3 定接待人员：设备科、药剂科、后勤科、基建科、信息科等相关科室负责人或分管院长，纪检监察或党建办负责人。</p> <p>4.1.2 供应商代表需递交供应商代表法人授权委托书、本人身份证复印件、医药购销廉洁承诺书（详见附件），相关职能科室做好接待记录并存档。</p> <p>4.2 实行分散接待为补充的制度</p> <p>4.2.1 在医疗集团采购部门公布的集中接待时间外，供应商代表确实需要与分管院长、采购部门负责人洽谈的，需在钉钉→清廉医院→医药（械）代表管理→提交医药（械）代表申请表，需由采购部门负责人及分管院长审批同意后方可接待。</p> <p>4.2.2 申请表来访人必填信息：公司（企业）名称、姓名、身份证号码、联系电话。</p> <p>4.2.3 申请表拜访必填信息：拜访时间、来访业务类别、来访业务主要内容、目的科室、科室对接人。</p> <p>4.2.4 形成供应商代表来访登记汇总表。</p> <p>4.3 纪律要求</p> <p>4.3.1 严禁供应商代表到病区、诊室、药房等临床科室推销产品，一经发现，停止其所代理产品在集团各院区使用。</p> <p>4.3.2 严禁集中接待时间外无审批接待，纪检监察部门不定期抽查，对于违反规定的医院工作人员按相关规定处理（提醒谈话必要时诫勉谈话）。</p> <p>4.3.3 加强有关法律法规宣传，重申医疗集团相关规定，规范供应商代表产品推广的行为，并签订《医药购销廉洁承诺书》。</p> <p>4.4 此规定2021年3月调整，解释权归集团纪检监察部门。</p> <p>附件</p>					



医药购销廉洁承诺书

南浔区医疗集团院区：

为保证医药购销活动的廉洁性，防止发生各种违法违纪案件和不良行为，我公司和所属工作人员庄严承诺如下：

一、遵守国家的法律法规，依法处理医药购销业务，保证不搞违法违纪活动，自觉接受执法执纪部门的监督检查。

二、严把供货质量关，确保所供应的产品（服务）质量，并按采购合同要求供货。

三、在购销活动中，保证不以“回扣”，“提成”等不正当手段进行促销；保证不赠送各种礼金、有价证券和其他物品；保证不给对方报销应由个人支付的费用。

四、维护正常的医疗秩序，保证不以安排宴请、高消费娱乐、提供国内外学术活动等手段影响医生的用药选择权。

五、严格遵守南浔区医疗集团的规章制度，保证不到病区、诊室、药房等临床科室推销产品。

六、保证不向医院工作人员查询相关产品的进、销、存量和使用情况；不以任何形式和方式统计处方。

七、捐赠行为，保证严格按照《中华人民共和国捐赠法》的有关规定执行。

如有违反上述承诺，我们愿意接受停止进货、取消中标资格、记入不良行为数据库等处理，直至停止业务往来，以及执法执纪部门的其他处理。

本承诺书一式二份，一份存医院纪检监察部门（相关职能科室），一份存经营单位。

公司名称：（盖章）

联系电话：

承诺代表（签名）：

日期：

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人：  签发时间：2021-09-01



文件编号	NXYY-DZB-ZD043	文件名称	供应商（企业）不良行为记录管理制度	适用范围	全体供应商
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为从源头上遏制和预防职务犯罪，建立防控腐败的长效机制，促进企业树立守法诚信及优质服务的经营理念，保障医疗集团招标采购工作健康、稳定、持续的发展。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>国家卫生计生委《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）及市卫健委相关规定。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>凡向医疗集团经销药品（含中药材）、试剂、耗材、仪器设备（含信息网络）、后勤物资（含办公用品、印刷品、宣传标牌等）的供应商（企业），以及建设工程（包括基建修缮）承建单位。在经销活动中，如有违法、违纪、违规、违约行为的，经查实，均列入供应商（企业）不良行为记录。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 有下列行为的列入供应商（企业）不良记录</p> <p>4.1.1 中标后拒绝签订合同的。</p> <p>4.1.2 不及时按合同供货、或提供断货证明的。</p> <p>4.1.3 售后服务不及时的。</p> <p>4.1.4 被发现经销的药品、医疗设备、医用耗材、后勤物资，以及承建建设工程（包括基建修缮）质量有问题的。</p> <p>4.1.5 供应商代表（含推销员）有以下行为，将视情节轻重记入不良记录中：</p> <p>4.1.5.1 有涉嫌伪造有关资质证明文件的；</p> <p>4.1.5.2 以各种名义在诊疗区推销产品的；</p> <p>4.1.5.3 不服从管理，影响各院区医疗、生活秩序的；</p> <p>4.1.5.4 以金钱、物质等贿赂、腐蚀各院区工作人员的。</p> <p>4.2 不良记录的收集</p> <p>4.2.1 医疗集团纪检监察室、后勤保障管理中心、信息管理中心、采购和物质调配中心（设备科、药剂科、总务物质采购）等相关科室、管理中心要做好供应商（企业）不良行为的收集、上报、登记。</p> <p>4.2.2 医疗集团职工如发现药品、医疗设备（含信息）、医用耗材、后勤物资生产或经营（服务）企业，以及建设工程（包括基建修缮）承建单位有不良行为者，要及时举报，医疗集团纪检监察室经调查核实后，按上级要求上报、备案。</p> <p>4.3 不良记录的应用</p> <p>4.3.1 初次列入的予以告诫，如一年内无新的不良行为，原记录可以删除。</p> <p>4.3.2 对当年两次列入且合同期满的供应商（企业）或合同期未届满的，暂停其产品在该医疗集团各院区使用。两年内不得参与医疗集团药品、医疗设备（含信息）、医用耗材、后勤物资、建设工程（包括基建修缮）等招投标。医疗集团两年内不得以任何名义、任何形式购入其药品、医疗设备（含信息）、医用耗材、后勤物资，不得给予承建建设工程（包括基建修缮）。</p> <p>4.3.3 后勤保障管理中心、信息管理中心、采购和物质调配中心（设备科、药剂科、总务物质采购）等管理中心在签署合同时，应在合同中列明有关供应商（企业）承诺不从事商业贿赂行为等条款并另行签订南浔区医疗集团医药产品廉洁购销合同（详见附件）。</p>					



附件：

南浔区医疗集团医药产品廉洁购销合同

甲方：南浔区医疗集团

乙方（医药生产经营企业及其代理人）：

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药购销行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，经甲、乙双方协商，同意签订本合同，并共同遵守：

一、甲乙双方按照《合同法》及医药产品购销合同约定购销药品、医用设备、医用耗材等医药产品。

二、甲方应当严格执行医药产品购销合同验收、入库制度，对采购医药产品及发票进行查验，不得违反有关规定合同外采购、违价采购或从非规定渠道采购。

三、甲方工作人员不得参加乙方安排并支付费用的营业性娱乐场所的娱乐活动，不得以任何形式向乙方索要现金、有价证券、支付凭证和贵重礼品等。被迫接受乙方给予的钱物，应予退还，无法退还的，有责任如实向纪检监察部门反映情况。

四、严禁甲方工作人员利用任何途径和方式，为乙方统计医师个人及临床科室有关医药产品用量信息，或为乙方统计提供便利。

五、乙方不得以回扣、宴请等方式影响甲方工作人员采购或使用医药产品的选择权，不得在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿费用。

六、乙方指定 作为销售代表洽谈业务。销售代表必须在工作时间到甲方指定地点联系商谈，不得到住院部、门诊部、医技科室等推销医药产品，不得借故到甲方相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费。

七、乙方如违反本合同，一经发现，甲方有权终止购销合同，并向有关卫生健康行政部门报告。如乙方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照《国家卫生计生委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）相关规定处理。

八、本合同作为医药产品购销合同的重要组成部分，与购销合同一并执行，具有同等的法律效力。

九、本合同一式三份，甲、乙双方各执一份，甲方纪检监察部门执一份，并从签订之日起生效。

甲方（盖章）：

乙方（盖章）：

经办人签名：

法定代表人（负责人）签名：

时间： 年 月 日

时间： 年 月 日

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人： 签发时间：2021-09-01

毛建强



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD044	文件名称	医院防统方管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为进一步推进医院反腐倡廉和行业作风建设,不断规范医务人员医疗服务行为,努力维护患者和医疗机构及其工作人员的合法权益,避免为不正当商业目的统计医生个人和临床科室有关药品、耗材用量信息,建立防控医药购销领域商业贿赂的长效机制,结合医院工作实际,特制订本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>国家卫健委、省卫健委、市纪委、市卫健委等相关文件。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>3.1 “统方”是对医生用药信息量的统计。商业目的“统方”,是指医院工作人员或科室为医药营销人员提供医生或科室一定时期内临床用药量、医用耗材用量等信息的行为。</p> <p>3.2 违反规定,未经批准擅自“统方”,或者为商业目的“统方”,属医药购销领域的商业贿赂行为。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 医院严禁工作人员参与以下“统方”行为</p> <p>4.1.1 利用工作之便,为医药营销人员、企业的医药代表(代理人)进行“统方”,提供用药量、耗材使用量等相关的信息。</p> <p>4.1.2 利用工作之便或个人关系,为医药营销人员与本院有关人员或部门牵线搭桥,提供“统方”便利。</p> <p>4.1.3 未经医院批准或授权的其他“统方”行为。</p> <p>4.2 建立信息统计审批权限</p> <p>4.2.1 加强医院信息系统药品和耗材统计功能管理,信息中心采取授权、加密等有效措施,医院对各科室信息查询权限实行分级管理,防止个别工作人员利用统计、报告、分析等方式,取得医生或部门用药的有关信息,透露给医药营销人员。</p> <p>4.2.2 确因工作需要查询药品、耗材用量信息,可能涉及“统方”行为的,必须在履行审批备案登记手续后,由信息科指定人员在信息科内实施查询,同时上报纪检监察室备案。</p> <p>4.3 强化信息监督管理</p> <p>对因工作需要的相关模块,由信息科加强监管,并建立查询日志,进行登记(包括计算机IP地址、应用程序、操作时间等),保障药品、高值耗材信息的安全。</p> <p>4.4 加强实时在线监控</p> <p>医院安装相应的安全设备,记录对“统方”相关敏感信息的查询,信息科对“统方”行为实施监控。每位职工都有反商业贿赂的责任,要及时反对、阻止、举报“统方”行为,医院对举报人员予以保密。</p> <p>4.5 加强风险岗位廉洁教育及责任追究</p> <p>4.5.1 对有条件统方的岗位,加强对工作人员的廉政教育,相关工作人员签订信息保密承诺书。</p> <p>4.5.2 一经发现和查实有“统方”行为的人员,医院将依据情节轻重给予通报批评、扣发绩效工资、取消当年评优、职称晋升资格或缓聘、待聘直至解聘、提请取消执业资格,以及相应的党纪政纪处分等。</p> <p>4.5.3 构成犯罪的,移送司法机关依法追究其刑事责任。</p> <p>4.5.4 同时,除追究当事人的责任外,还要追究当事人所在科室负责人的责任。</p>					

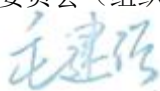


湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区

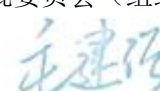


审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委
签发人：毛建华 签发时间：2021-09-01

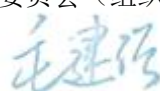


文件编号	NXY Y-DZB-ZD045	文件名称	医院党风廉政建设和行风建设领导小组工作制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为加强党风廉政建设和行风建设的领导，强化监督管理，提高领导干部的廉政意识和广大干部职工的职业修养，根据中共中央、国务院《关于实行党风廉政建设责任制的规定》及市、区卫健局相关文件精神，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《关于实行党风廉政建设责任制的规定》、国家卫健委、省卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 医院成立党风廉政建设和行风建设领导小组，名单见医院各级各类组织，领导小组下设办公室，办公室设在党建办，负责检查考核的组织协调以及其他日常工作。</p> <p>4.2 党风廉政建设和行风建设领导小组主要职责。</p> <p>4.2.1 根据党政领导班子分工及时调整《党风廉政建设和反腐纠风工作组织领导和责任分工》。</p> <p>4.2.2 负责指导、督促领导班子、领导干部贯彻落实党风廉政建设责任制和反腐纠风工作。</p> <p>4.2.3 负责职业道德（行风）教育、文明行医、行风督查等制度的制定与调整。</p> <p>4.2.4 定期听取领导小组下设办公室（党建办）、行风监督检查小组对落实党风廉政建设责任制和行风建设情况进行监督检查情况。</p> <p>4.2.4.1 领导小组下设办公室（党建办）牵头每年进行一次集中检查考核工作。检查考核与各科室中层干部年度考核、惩治和预防腐败体系建设工作检查以及廉洁风险防控管理检查评估考核等结合进行。</p> <p>4.2.4.2 指导行风监督检查小组（名单详见行风督查制度）每季度开展行风监督检查。</p> <p>4.2.4.3 检查考核采取自查自评、专项检查、重点抽查、民主评议、日常检查等方式进行。考核坚持定量与定性相结合，考核结果在一定范围内公开。</p> <p>4.2.5 将党员干部落实党风廉政建设责任制情况及医院行风建设情况定期向党委会议报告。</p> <p>4.3 纪检监察、组织人事、财务等相关部门要积极配合领导小组下设办公室（党建办）开展工作，或者开展职责范围内的专项检查工作，并将检查情况上报领导小组下设办公室。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYD-DZB-ZD046	文件名称	行风督查制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的 为加强医院行风建设，建立健全监督检查机制，加强医德医风建设，提高广大职工的职业素养，规范医疗服务行为，树立卫生行业新形象，结合医院工作实际，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委、省卫健委等部门的相关文件，医院行风建设相关制度。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 成立行风监督检查小组，每季度开展行风监督检查，成员主要由党政综合办、党建办、纪检监察室、财务科、人事科、医务部、护理部、院感科、临床药学部、设备科、总务科等职能部门负责人组成。组长由纪委书记（纪检监察室主任）担任，副组长由党政综合办负责人担任，其他职能科室负责人为成员。</p> <p>4.2 定期开展行风监督检查，一般情况下每季度开展1次，每季度的最后一个月底完成。特殊情况下可开展专项检查。</p> <p>4.3 督查方法</p> <p>4.3.1 采取分小组督查后再汇总分析、反馈的方法，提高督查的专业性，并提高效率；</p> <p>4.3.2 每个小组督查的重点内容由组长安排，制定督查表单下派，并根据督查、分析、反馈、整改情况动态调整督查表单。</p> <p>4.3.3 相关科室或部门及时整改行风监督检查小组反馈的问题，将整改情况书面提交行风监督检查小组。</p> <p>4.3.4 行风监督检查小组对科室或部门整改情况进行核实。</p> <p>4.4 督查内容</p> <p>4.4.1 医院行风相关制度执行情况；</p> <p>4.4.2 上级主管部门及院部重点工作、重点任务落实完成情况；</p> <p>4.4.3 群众反映的行风问题；</p> <p>4.4.4 行风督查中发现问题的整改情况；</p> <p>4.4.5 纪检监察部门要求督查的其他行风问题。</p> <p>4.4.6 医院领导交代要督促的行风情况。</p> <p>4.5 定期向医院党风廉政建设和行风建设领导小组汇报行风督查情况。</p> <p>附页：行风督查表单、行风督查反馈表单、行风督查整改表单。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYD-DZB-ZD047	文件名称	文明行医制度	适用范围	全院员工
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为了不断提高医疗质量和医疗服务水平，加强医德医风建设，更好地为人民健康服务，树立卫生行业新形象，按照浙江省卫健委和浙江省文明办对于全省卫生系统开展文明行医的部署和要求，结合医院实际，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《执业医师法》、《医务人员医德规范》</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 科学合理诊疗</p> <p>秉承“一切以人为中心”的服务理念，规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和医疗器械行为，围绕临床合理用药核心目标，加大对辅助用药、国家重点监控药品、非国家基本药物及单月用量增幅过大品种的干预，优先使用国家基本药物。确保医疗质量，降低医疗事故发生率，不发生完全责任医疗事故。</p> <p>4.2 优化服务质量</p> <p>优化门诊诊疗服务流程，简化就医手续，公示专家坐诊信息，缩短群众等候时间，节假日和双休日照常门诊，积极开展双向转诊，合理配置护士人力资源，积极开展优质护理服务。</p> <p>4.3 控制医药费用</p> <p>严格控制医药费用不合理增长，年内门诊均次费用、住院均次费用同比增长控制在5%以内，药占比、百元耗材占比、抗菌药物占比等国家医改指标控制在合理范围内。</p> <p>4.4 遵守廉洁规定</p> <p>严格遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，开展“清廉医院”建设，积极创建无“红包”医院，在医疗活动中不接受患者及其亲友的“红包”、物品，拒绝接受医疗设备、器械、卫生耗材、药品等生产、销售企业或代理商以各种名义、形式给予的回扣、提成和其他不正当利益，营造风清气正的医疗服务环境。</p> <p>4.5 提升医疗水平</p> <p>严格落实首诊负责、疑难病例讨论、危重患者抢救、会诊、交接班等核心制度，开展学习强院，积极鼓励医务人员参加进修、培训，提高技术水平和医疗服务质量。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2022-12-01</p>					



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD048	文件名称	医德医风综合考评实施方案	适用范围	全院
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为进一步健全医德考评制度，树立“救死扶伤、爱岗敬业、乐于奉献、文明行医”的行业新风尚，提高广大职工的职业道德素质和医疗服务水平，特制订本实施方案。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》（卫办发〔2007〕296号）文件精神，结合省、市、区“清廉医院”建设要求</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 考评范围：医德医风考评的对象为医院所有医务人员，行政、后勤人员参照执行。</p> <p>4.2 考评组织</p> <p>4.2.1 医院成立医德医风综合考评委员会，党委书记任主任，院长任副主任，成员为党政班子其他成员、职能科室负责人。</p> <p>4.2.2 下设医德医风综合考评工作组，纪检监察室负责人任组长，其他职能科室成员为组员，负责日常考核以及年度综合考评的审核、汇总，并提交医院医德医风综合考评委员会开展院部评价。</p> <p>4.2.3 各科室成立以科主任（党支部）为组长，护士长、组长、职工代表等为成员的考核小组，组织好本科室人员的科室评价工作。</p> <p>4.3 考评标准</p> <p>4.3.1 基础标准（基础分80分）</p> <p>4.3.1.1 救死扶伤，全心全意为人民服务。（10分）</p> <p>4.3.1.1.1 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。（5分）</p> <p>4.3.1.1.2 增强工作责任心，热爱本职工作，坚守岗位，尽职尽责。（5分）</p> <p>4.3.1.2 尊重患者的权利，为患者保守医疗秘密。（10分）</p> <p>4.3.1.2.1 对患者不分民族、性别、职业、地位、贫富都平等对待，不得歧视。（4分）</p> <p>4.3.1.2.2 维护患者的合法权益，尊重患者的知情权、选择权和隐私权，为患者保守医疗秘密。（3分）</p> <p>4.3.1.2.3 在开展临床药物或医疗器械试验、应用新技术和有创诊疗活动中，遵守医学伦理道德，尊重患者的知情同意权。（3分）</p> <p>4.3.1.3 文明礼貌，优质服务，构建和谐医患关系。（10分）</p> <p>4.3.1.3.1 关心、体贴患者，做到热心、耐心、爱心、细心。（4分）</p> <p>4.3.1.3.2 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分）</p> <p>4.3.1.3.3 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。（3分）</p> <p>4.3.1.4 遵纪守法，廉洁行医。（15分）</p> <p>4.3.1.4.1 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。（3分）</p> <p>4.3.1.4.2 在医疗服务活动中，不收受、不索要患者及其亲友的财物。（3分）</p> <p>4.3.1.4.3 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</p>					



疗和购买药品、医疗器械等为由，从中牟取不正当利益。（3分）

4.3.1.4.4不开具虚假医学证明，不参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销，不隐匿、伪造或违反规定涂改、销毁医学文书及有关资料。（3分）

4.3.1.4.5不违反规定外出行医，不违反规定鉴定胎儿性别。（3分）

4.3.1.5因病施治，规范医疗服务行为。（15分）

4.3.1.5.1严格执行诊疗规范和用药指南，坚持合理检查、合理治疗、合理用药。（5分）

4.3.1.5.2认真落实有关控制医药费用的制度和措施。（5分）

4.3.1.5.3严格执行医疗服务和药品价格政策，不多收、乱收和私自收取费用。（5分）

4.3.1.6顾全大局，团结协作，和谐共事。（10分）

4.3.1.6.1积极参加上级或医院安排的指令性医疗任务和社会公益性的义诊、助残等医疗活动。（5分）

4.3.1.6.2正确处理同行、同事间的关系，互相尊重，互相配合，取长补短，共同进步。（5分）

4.3.1.7严谨求实，努力提高专业技术水平。（10分）

4.3.1.7.1积极参加在职培训，刻苦钻研业务技术，努力学习新知识、新技术，提高专业技术水平。（5分）

4.3.1.7.2增强责任意识，防范医疗差错、医疗事故的发生。（5分）

4.3.2加分项目

4.3.2.1积极参加各种公共卫生事件、突发事件的医疗抢救、救灾，医院总值班查房清单上有内容记录，加2分/次。无偿献血，加2分/次。（由医务科、护理部统一赋分）

4.3.2.2院级及以上竞赛名次按一、二、三等奖，个人项目院级各加1分，区级分别加3、2、1分，市级分别加5、4、3分，省级分别加8、7、6分，国家级分别加10、9、8分；团体项目有关人员区级分别加1.5、1、0.5分，市级分别加2.5、2、1.5分，省级分别加3.5、3、2.5分，国家级分别加4.5、4、3.5分。同项竞赛重复获奖的，按最高奖项计分。获奖人员在11月30日前提交相关材料至医务科、护理部。（由医务科、护理部统一赋分）

4.3.2.3获各类荣誉称号者，个人院级加2分、区级加3分、市级加5分、省级加10分、国家级加15分；团体有关人员院级加1分、区级加2分、市级加3分、省级加4分、国家级加5分。（由职工在钉钉清廉医院—医德医风登记入口上报，审核科室党政综合办）

4.3.2.4收到单位、患者或家属来信来访表扬或赠送锦旗的个人加2分；给集体的科内有关人员各加0.2分。（由职工在钉钉清廉医院—医德医风登记入口上报，审核科室纪检监察室）

4.3.2.5自觉拒收患者及其家属给予的“红包”、礼品等，或按规定把难以拒收的财物全部及时上缴医院纪检监察室或廉政账户或交住院押金，并及时上报医院纪检监察室做好登记备案，加2分/次。（由职工在钉钉清廉医院—医德医风登记入口上报，审核科室纪检监察室）

4.3.2.6自觉抵制商业贿赂和行业不正之风，拒收与工作相关的任何形式的回扣（含财物、有价证券等），或按规定把难以拒收的财物全部及时上缴纪检监察室或廉政账户，并及时上报医院纪检监察室做好登记备案，加2分/次。（由职工在钉钉清廉医院—医德医风登记入口上报，审核科室纪检监察室）

4.3.2.7通过合适途径向医院纪检监察部门检举他人收受回扣或“红包”等行业不正之风并调查属实者，加5分。（由纪检监察室赋分）

4.3.2.8各类先进事迹或突出工作成效等受到领导批示，加2分/次。（由党政综合办赋分）



4.3.2.9拾金不昧者根据金额和社会影响，加1-3分。参加“慈善一日捐”活动，加2分/次。（由党政综合办统一赋分）

4.3.2.10参加对口支援（援疆、援川）活动3个月以下加2分，3-6个月加3分，6个月至1年加4分，一年及以上加5分。（由人事科统一赋分）

4.3.2.11利用休假参加健康宣教、志愿者服务活动，加0.5/次。（由公卫科、团支部统一赋分）

4.3.2.12积极参加各级组织的文体活动（包括清廉书画、清廉小故事征集）、党支部微党课等活动，加0.5/次。（由工会、党建办、纪检监察室统一赋分）

4.3.2.13其他正面的医德医风事迹由医德医风综合考评委员会评定加分。

4.3.3扣分项目

4.3.3.1无故迟到、早退、旷工者被查实的；上班时间擅自离岗、串岗；着装不整洁、穿拖鞋，未佩戴胸牌上岗；上班时间聚众闲聊、玩手机（打游戏、网上购物、炒股）；公开场所吃早点吃零食；工作日酒后上班。按相关职能科室日常检查记录为考核依据，扣2分/次。（人事科负责扣分）

4.3.3.2不参加医院、职能科室、党支部等组织的三会一课、主题党日、政治理论、专业理论、实践技能、法律法规、规章制度、医德医风、安全生产等学习、培训、考核、演练活动及其他各类会议，请假（因公事外出、坚守岗位者除外）扣0.5分/次/人，不请假扣1分/次/人；不遵守会议纪律，扣2分/次/人。各相关职能部门提供会议、培训签到资料。（人事科负责扣分）

4.3.3.3未按规定上交报表、排班表、考勤表等各类行政性事务资料信息者扣1分/次；考勤工作弄虚作假等行为，科主任、护士长、当事人各扣5分/次。（人事科负责扣分）

4.3.3.4因不遵守劳动纪律，或工作责任心不强，或服务态度差（有生、冷、硬、顶、推现象），或违反医疗核心制度，或对服务对象未履行告知义务及部门间、同事间工作不协调不配合等，被12345政府阳光热线、信访、网络等各种形式反映、投诉、举报，经核查属实的扣5分，造成不良影响的扣10分，性质恶劣，负面影响较大的扣20分。每月投诉分析会讨论结果为扣分依据。（医患关系办公室负责扣分）

4.3.3.5与服务对象发生争吵，扣2分/次。（医患关系办公室负责扣分）

4.3.3.6上级组织的各类检查中发现和暴露因责任心不强等原因造成问题的相关人员扣10分。（党政综合办负责扣分）

4.3.3.7泄露医院内部信息、病人（服务对象）隐私或秘密，造成不良影响者，查实扣10分。（党政综合办负责扣分）

4.3.3.8有意捏造或歪曲事实，诬告、诽谤、陷害他人，损害国家、社会、单位及他人形象、名誉、利益等，查实扣10分/次。（党政综合办负责扣分）

4.3.3.9不按正常途径反映情况对医院造成不良影响的；或在社会上散布有损医院声誉的言论，查实扣10分。（党政综合办负责扣分）

4.3.3.10因工作不到位受到区主管部门等部门通报或被新闻媒体负面曝光，扣20分。（党政综合办、宣传科负责扣分）

4.3.3.11无正当理由不服从工作安排、工作中发生的问题解决不及时或敷衍、回避造成严重后果的扣5分；发生自然灾害、传染病流行、突发公共卫生事件以及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况，不服从院部和卫生健康行政部门调遣者扣除20分。（医务科、护理部、党政综合办负责扣分）

4.3.3.12出具虚假医疗证明文件或参与虚假医疗广告宣传；或隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料；或发生欺诈骗保行为；或在发生的医疗事故中负有完全或主要责任。扣20分。（医务科、护理部、医患关系办、医保科负责扣分）



4.3.3.13收受任何形式的“红包”、回扣；或利用诊疗（工作）之机推销促销药械产品；或为药械产品生产经销单位（代表）统计处方、用量，谋取不正当利益。被查实的扣30分。（纪检监察室负责扣分）

4.3.3.14在医院或区主管部门正风肃纪检查（巡查）中，被查实的违纪违规行为，扣30分/次。（纪检监察室负责扣分）

4.3.3.15参与赌博、酒驾醉驾、嫖娼、网上非议、传播邪教等违规违纪违法行为者。扣30分。（纪检监察室负责扣分）

上述扣分项目中13、14、15条内容，为一票否决项目，原则上医德医风考评档次为不合格（60分以下为较差），上级主管部门、纪委有处分或处罚规定的则按照上级有关规定执行。

4.4 考评方法

医德医风综合考评坚持实事求是、客观公正的原则。实行钉钉“清廉医院”日常考核积分，年度综合考评确定档次。

4.4.1 平时考核积分

4.4.1.1 平时考核积分周期为：上一年度12月1日至下一年度11月30日。

4.4.1.2 由医院纪检监察室牵头，各职能科室根据各自职责负责每位医务人员基础分、加分项目、扣分项目相关条款资料的上传、存档、统计，在年度综合考评时进行分数的核实。

4.4.2 年度综合考评

年度综合考评在自我评价的基础上实行院科二级评价，确定考评档次，考评结论归入个人医德医风档案。

4.4.2.1 自我评价。医务人员根据医德医风考评的内容和标准，结合自己的实际工作表现、日常积分，实事求是地进行自我评价。

4.4.2.2 科室评价。在医务人员自我评价的基础上，以科室为单位，由科室考核小组根据每位职工日常的医德医风综合行为、日常积分进行评价。

4.4.2.3 医院考评。由医德医风综合考评工作组组织实施，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、表扬奖励等反映出来的具体情况作为重要参考依据，结合平时日常积分对每位职工进行综合考评，提交医德医风综合考评委员会确定考评档次，作出医德考评结论。

4.4.3 相关说明

4.4.3.1 医德考评基础分80分，在基础分的基数上进行加分、扣分，一个年度为一个考评周期，下一个考评年度重新计分。

4.4.3.2 年度医德医风综合考评结果在院内网（钉钉公告）公示7个工作日，公示期内被考核人员对考核结果有异议的，可以向医德医风综合考评工作组提出复核申请，工作小组复核并将复核意见通知本人。

4.5 考评结果运用

4.5.1 总分达90分及以上为优秀，80分及以上为良好，60分及以上为一般，60分以下为较差（不合格）。

4.5.2 医德医风综合考评结果作为晋职晋级、评先评优、岗位聘任、聘期考核的首要参考条件。

4.5.3 医德医风考评等次为优秀或良好的，年度考核有资格评选优秀；医德医风考评等次确定为一般的，取消该年度的评先评优资格，并暂缓晋职晋级；医德医风考评等次确定为较差的，年度考核为不合格。

4.5.4 当年度考评档次纳入职工年终奖励性绩效分配依据，考核优秀的上浮5%-10%计奖，考核良好的按100%计奖，考核一般的下调5%计奖，不合格的下调10%计奖。

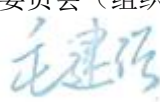
4.5.5 医师定期考核中的职业道德评定，以医德医风考评结果为依据，考核周期内有一



次及以上医德医风考评结果为较差（不合格）的，认定为考核不合格，按照有关规定进行处理。



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人：  签发时间：2021-12-01

附件1：南浔区医疗集团医德医风年度综合考评表

附件2：南浔区医疗集团医德医风考评基础标准（80分）

附件3：南浔区医疗集团医德医风考评加分项目

附件4：南浔区医疗集团医德医风考评扣分项目



附件 1:

南浔区医疗集团医德医风年度综合考评表
(年度)

院区: _____ 科室: _____ 姓名: _____ 职称或职务: _____

考评内容	自我评价	科室评价	医院评价	备 注
基础分				
加 分				
扣 分				
总 分				
考评结果				

本人签字: _____ 科室负责人签字: _____

自评时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

备注:

1. 考评标准为基础分 80 分、加分项目、扣分项目三项, 在医务人员自我评价的基础上进行科室评价、医院评价。加分项目、扣分项目详细内容见钉钉“清廉医院”我的医德档案模块。
2. 本医德医风综合考评表存入个人医德医风档案, 请认真、实事求是评价打分, 自我评价后本人签字, 科室评价后科室负责人签字, 医院评价及考评结果由医德医风综合考评委员会填写。



附件 2: 南浔区医疗集团医德医风考评基础标准 (80 分)

项目	内 容	分值	自评
基础 标准 80 分	1、救死扶伤，全心全意为人民服务方面 (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，大力弘扬白求恩精神 (2) 增强责任心，热爱本职，坚守岗位，尽职尽责。	10	
	2、尊重患者的人格和权利，为患者保守医疗秘密方面 (1) 对待患者不分民族、性别、职业、地位、贫富，都一视同仁； (2) 维护患者的合法权益，尊重患者知情权、选择权和隐私权，为患者保守医疗秘密。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	10	
	3、文明礼貌，优质服务，构建和谐医患关系方面 (1) 关心、体贴患者，做到“四心”； (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，加强与患者沟通交流，自觉接受监督，构建和谐医患关系。	10	
	4、遵纪守法，廉洁行医方面 (1) 严格遵守卫生法律法规，严格执行各项医疗护理工作制度及技术操作规程，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) 不违反规定私自外出行医。	15	
	5、因病施治，规范医疗服务行为方面 (1) 严格执行诊疗规范和用药指南，坚持合理检查、合理治疗、合理用药； (2) 认真落实有关控制医药费用的制度措施 (3) 严格执行医疗服务和药品价格政策，不多收、乱收和私自收取费用。	15	
	6、顾全大局，团结协作，和谐共事方面 (1) 积极参加上级或医院安排的指令性医疗任务和社会公益性的义诊、助残等医疗活动。(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。	10	
	7、严谨求实，努力提高专业技术水平方面 (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。	10	
合计			

科室: _____ 姓名: _____



附件3：南浔区医疗集团医德医风考评加分项目

项目	内 容	自评
加分 项目 标准	1.积极参加各种公共卫生事件、突发事件的医疗抢救、救灾，医院总值班查房清单上有内容记录，加2分/次。无偿献血，加2分/次。（由医务科、护理部统一赋分）	
	2.院级及以上竞赛名次按一、二、三等奖，个人项目院级各加1分，区级分别加3、2、1分，市级分别加5、4、3分，省级分别加8、7、6分，国家级分别加10、9、8分；团体项目有关人员区级分别加1.5、1、0.5分，市级分别加2.5、2、1.5分，省级分别加3.5、3、2.5分，国家级分别加4.5、4、3.5分。同项竞赛重复获奖的，按最高奖项计分。获奖人员在11月30日前提交相关材料至医务科、护理部。（由医务科、护理部统一赋分）	
	3.获各类荣誉称号者，个人院级加2分、区级加3分、市级加5分、省级加10分、国家级加15分；团体有关人员院级加1分、区级加2分、市级加3分、省级加4分、国家级加5分。（由职工在钉钉清廉医院--医德医风登记入口上报，审核科室党政综合办）	
	4.收到单位、患者或家属来信来访表扬或赠送锦旗的个人加2分；给集体的科内有关人员各加0.2分。（由职工在钉钉清廉医院--医德医风登记入口上报，审核科室纪检监察室）	
	5.自觉拒收患者及其家属给予的“红包”、礼品等，或按规定把难以拒收的财物全部及时上缴医院纪检监察室或廉政账户或交住院押金，并及时上报医院纪检监察室做好登记备案，加2分/次。（由职工在钉钉清廉医院--医德医风登记入口上报，审核科室纪检监察室）	
	6.自觉抵制商业贿赂和行业不正之风，拒收与工作相关的任何形式的回扣（含财物、有价证券等），或按规定把难以拒收的财物全部及时上缴纪检监察室或廉政账户，并及时上报医院纪检监察室做好登记备案，加2分/次。（由职工在钉钉清廉医院--医德医风登记入口上报，审核科室纪检监察室）	
	7.通过合适途径向医院纪检监察部门检举他人收受回扣或“红包”等行业不正之风并调查属实者，加5分。（由纪检监察室赋分）	
	8.各类先进事迹或突出工作成效等受到领导批示，加2分/次。（由党政综合办赋分）	
	9.拾金不昧者根据金额和社会影响，加1-3分。参加“慈善一日捐”活动，加2分/次。（由党政综合办统一赋分）	
	10.参加对口支援（援疆、援川）活动3个月以下加2分，3-6个月加3分，6个月至1年加4分，一年及以上加5分。（由人事科统一赋分）	
	11.利用休假参加健康宣教、志愿者服务活动，加0.5/次。（由公卫科、团支部统一赋分）	
	12.积极参加各级组织的文体活动（包括清廉书画、清廉小故事征集）、党支部微党课等活动，加0.5/次。（由工会、党建办、纪检监察室统一赋分）	
	13.其他正面的医德医风事迹由医德医风综合考评委员会评定加分。	
合计		

科室：_____ 姓名：_____



附件 4：南浔区医疗集团医德医风考评扣分项目

项目	内 容	自评
扣分 项目 标准	1.无故迟到、早退、旷工者被查实的；上班时间擅自离岗、串岗；着装不整洁、穿拖鞋，未佩戴胸牌上岗；上班时间聚众闲聊、玩手机（打游戏、网上购物、炒股）；公共场所吃早点吃零食；工作日酒后上班。按相关职能科室日常检查记录为考核依据，扣 2 分/次。（人事科负责扣分）	
	2.不参加医院、职能科室、党支部等组织的三会一课、主题党日、政治理论、专业理论、实践技能、法律法规、规章制度、医德医风、安全生产等学习、培训、考核、演练活动及其他各类会议，请假（因公事外出、坚守岗位者除外）扣 0.5 分/次/人，不请假扣 1 分/次/人；不遵守会议纪律，扣 2 分/次/人。各相关职能部门提供会议、培训签到资料。（人事科负责扣分）	
	3.未按规定上交报表、排班表、考勤表等各类行政性事务资料信息者扣 1 分/次；考勤工作弄虚作假等行为，科主任、护士长、当事人各扣 5 分/次。（人事科负责扣分）	
	4.因不遵守劳动纪律，或工作责任心不强，或服务态度差（有生、冷、硬、顶、推现象），或违反医疗核心制度，或对服务对象未履行告知义务及部门间、同事间工作不协调不配合等，被 12345 政府阳光热线、信访、网络等各种形式反映、投诉、举报，经核查属实的扣 5 分，造成不良影响的扣 10 分，性质恶劣，负面影响较大的扣 20 分。每月投诉分析会讨论结果为扣分依据。（医患关系办公室负责扣分）	
	5.与服务对象发生争吵，扣 2 分/次。（医患关系办公室负责扣分）	
	6.上级组织的各类检查中发现和暴露因责任心不强等原因造成问题的相关人员扣 10 分。（党政综合办负责扣分）	
	7.泄露医院内部信息、病人（服务对象）隐私或秘密，造成不良影响者，查实扣 10 分。（党政综合办负责扣分）	
	8.有意捏造或歪曲事实，诬告、诽谤、陷害他人，损害国家、社会、单位及他人形象、名誉、利益等，查实扣 10 分/次。（党政综合办负责扣分）	
	9.不按正常途径反映情况对医院造成不良影响的；或在社会上散布有损医院声誉的言论，查实扣 10 分。（党政综合办负责扣分）	
	10.因工作不到位受到区主管部门等部门通报或被新闻媒体负面曝光，扣 20 分。（党政综合办、宣传科负责扣分）	
	11.无正当理由不服从工作安排、工作中发生的问题解决不及时或敷衍、回避造成严重后果的扣 5 分；发生自然灾害、传染病流行、突发公共卫生事件以及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况，不服从院部和卫生健康行政部门调遣者扣除 20 分。（医务科、护理部、党政综合办负责扣分）	
	12.出具虚假医疗证明文件或参与虚假医疗广告宣传；或隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料；或发生欺诈骗保行为；或在发生的医疗事故中负有完全或主要责任。扣 20 分。（医务科、护理部、医患关系办、医保科负责扣分）	
	13.收受任何形式的“红包”、回扣；或利用诊疗（工作）之机推销促销药械产品；或为药械产品生产经销单位（代表）统计处方、用量，谋取不正当利益。被查实的扣 30 分。（纪检监察室负责扣分）	
	14.在医院或区主管部门正风肃纪检查（巡查）中，被查实的违纪违规行为，扣 30 分/次。（纪检监察室负责扣分）	



	15.参与赌博、酒驾醉驾、嫖娼、网上非议、传播邪教等违规违纪违法者。 扣 30 分。（纪检监察室负责扣分）	
合计		

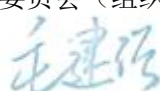
备注：上述扣分项目中 13、14、15 条内容，为一票否决项目，原则上医德医风考评档次为不合格（60 分以下为较差），上级主管部门、纪委有处分或处罚规定的则按照上级有关规定执行。

科室：_____

姓名：_____





文件编号	NXY-Y-DZB-ZD049	文件名称	领导干部个人重大事项报告制度	适用范围	全院
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为加强对领导干部的管理和监督，促进领导干部思想作风和党风廉政建设，要求领导干部廉洁自律，执行个人重大事项报告制度，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>中纪委、国家卫健委、省、市纪委等相关文件。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 报告人应报告下列重大事项</p> <p>4.1.1 本人、配偶、共同生活的子女营建、买卖、出租私房和参加集资建房的情况。</p> <p>4.1.2 本人参与操办的本人及近亲属婚丧喜庆事宜的办理情况应当在事前、事后以书面形式报告。</p> <p>4.1.3 本人、子女与外国人通婚以及配偶、子女出国（境）定居的情况。</p> <p>4.1.4 本人因公或因私出国（境）和在国（境）外生活的情况。</p> <p>4.1.5 本人认为应当向党组织报告的其他重大事项。</p> <p>4.2 本制度所列事项，应有报告人以书面形式报告。</p> <p>4.3 医疗集团纪委负责受理领导干部个人重大事项的报告。</p> <p>4.4 对报告的内容应予以保密。组织认为应予以公开或本人要求公开的，可采取适当方式在一定范围内公开。</p> <p>4.5 领导干部不按本制度报告或不如实报告的，医疗集团党委视情节轻重，给予批评教育，限期改正。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXY-Y-DZB-ZD050	文件名称	医院关于红包回扣管理制度	适用范围	全院
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为推进清廉医院建设，提高本院全体职工廉洁自律，纠正行业不正之风，杜绝本院全体职工收受“红包”、回扣等违法违纪行为的发生，结合我院实际，制定本办法。</p> <p>2. 主要参考依据</p> <p>《浙江省卫生计生委关于印发浙江省公立医疗卫生计生机构工作人员收受“红包”、回扣处理规定的通知》（浙卫发〔2018〕2号）</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 本办法所称的“红包”，是指本院职工利用工作之便，以各种名义索取收受服务对象或其家属等相关人员馈赠的现金，有价证券、支付凭证、贵重礼品等礼物。</p> <p>4.2 本办法所称的回扣，是指本院职工（含职工的近亲属和其他特定关系人）在设备、药品、耗材等物资采购使用或基本建设、信息系统建设等工作中收受的商业贿赂，主要包含以下内容：</p> <p>4.2.1 在医疗活动中收取相关单位及其代理人临床促销费、转诊者介绍费、开单（药品、检验、耗材等）提成费、推介费等；</p> <p>4.2.2 账外或暗中收受相关单位及其代理人以各种名义、形式给予的现金、有价证券、支付凭证、贵重礼品等财物；</p> <p>4.2.3 为医药生产经营企业及其代理人进行处方统计，提供药品、医用耗材等使用情况及数量，索取、收受财物或者其他利益行为的；</p> <p>4.2.4 接受相关单位及其代理人出资的境内（外）旅游，变相旅游、营业性娱乐场所娱乐活动等；</p> <p>4.2.5 到相关单位及其代理人处报销应当由本院职工及其近亲属和其他特定关系人支付的个人费用；</p> <p>4.2.6 法律法规规定禁止的其他谋取不正当利益行为。</p> <p>4.3 纪检监察室负责本院职工“红包”、回扣问题汇总上报和监督检查工作，如发生重大问题要在24小时内向上级主管部门报告。</p> <p>4.4 医院公布举报途径，方便社会各界举报。接到举报后，及时调查核实。</p> <p>4.5 全院职工不得索取和收受“红包”、回扣。对无法拒绝的“红包”、回扣，发现不知情或无法拒绝的“红包”、回扣应当在24小时内报告纪检监察室，由纪检监察室在5日内告知并退还患者。如仍不能退还的，在5个工作日内交区纪委区监委廉政账户，开户银行设在中国农业银行湖州南浔支行营业部，账号为19115101040044701。</p> <p>4.6 经查实本院职工索取、收受“红包”、回扣不上交或不如实上交，且无正当理由的，根据国家法律法规和党纪政纪规定给予相应的组织处理、党纪政纪处分或行政处罚，涉嫌犯罪的，移送有关部门依法理。</p> <p>4.6.1 收受“红包”，回扣金额（价值）不足2000元的，给予批评教育，责令出书面检查、通报、取消当年评先评优和职称评定资格，情节较重的，给予警告处分。</p> <p>4.6.2 收受“红包”、回扣金额（价值）在2000元以上，不足6000元的，给予批评教育、责令作出书面检查、通报、取消当年评先评优和职称评定资格，并视情节给予警告、记过等处分，上报区卫健局。</p> <p>4.6.3 收受“红包”回扣价值在6000元以上的，给予批评教育、责令作出书面检查、通报、取消当年评先评优和职称评定资格，情节严重的，给予降低岗位等级或者撤职、开除处分，</p>					



上报区卫健局。

4.6.4以科室集体名义收受“红包”、回扣的，按照个人所得数额进行处理，对为首者，按科室收受的总数额从重处理。

4.6.5本院职工中的中共党员因收受“红包”、回扣问题受到处分的，应当根据《中国共产党纪律处分条例》有关规定，给予党纪处分。

4.6.6本院职工索取“红包”、回扣的，一律按情节严重处理。

4.7凡对检举揭发收受“红包”、回扣行为，为查处提供有价值线索的人员，本院将予以表扬，同时医德医风综合考评有加分。

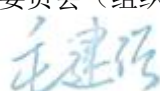
4.8本办法适用于本院全体员工。



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委

签发人：毛建华 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXYD-DZB-ZD051	文件名称	医院网格化监督管理制度	适用范围	全院
制定部门	纪检监察室	修订/核对人	董钟琪	内审人	王利琴
<p>1. 目的</p> <p>为了加强医院行风建设，延伸完善医院纪检监察的工作机制，充分发挥纪检监察干部队伍执纪能力，开展对行使公权力的公职人员网格化监督管理，使领导干部的职权、医护工作者的执业、重点岗位的管控置于网格监督之中，确保权力在“网格监管”中正确运行，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《中国共产党党内监督条例》、《中国共产党支部工作条例（试行）》、《关于加强廉洁风险防控的指导意见》。</p> <p>3. 名词定义：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 加强网格监督员队伍建设。</p> <p>4.1.1 以“党支部”为一个网格监督管理单位，由党支部纪检委员为责任人，并设立特邀网格监督员。</p> <p>4.1.2 定期开展党支部纪检委员、特邀网格监督员培训，每年不少于2次，切实提高思想认识和履职能力。</p> <p>4.2 明确网格监督员岗位职责。</p> <p>4.2.1 开展微权利监督。按照“权责一致”原则，结合岗位职责、规章制度、法律法规，对干部职工权力结构及职能部门、临床科室日常运行中廉洁风险进行分析，罗列微权利清单和防控措施。</p> <p>4.2.2 开展廉洁风险点防控监督。医院从决策、执行、监督环节梳理分析，形成医院重点环节廉洁风险点排查汇总及相关文件、制度及措施表单，开展精准监督。</p> <p>4.2.3 每月通过钉钉清廉医院“网格化监督管理”模块，向网格监督管理专员上报所属支部、科室的网格管理工作情况，无问题则采用零报告制度。</p> <p>4.2.4 抓好教育，协助纪检监察部门分层次的开展廉政谈话，发现苗头性问题及时教育提醒。</p> <p>4.2.5 信息互通，要做好上情下达、下情上达工作，动态掌握廉政舆情，及时向纪检监察室反馈存在问题。</p> <p>4.2.6 守住网底，收集病人及其家属、社会各界人士对医疗质量、服务态度、医德医风、“九项准则”等方面的意见或建议，将收集到的意见或建议及时提交纪检监察室。</p> <p>4.2.7 协助上级纪检、监察部门对党员、干部违法违纪行为的处理，受理党员的申诉。严格遵守保密制度，做到不泄露案件和工作机密，保护检举人和控告人的合法权益。</p> <p>4.3 定期召开网格化监督管理工作例会，汇总违规、违纪线索，分析医院廉情信息和总结布置季度工作。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团党委 签发人：  签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYG-GH-ZD001	文件名称	工会财务管理制度	适用范围	集团
制定部门	工会	修订/核对人	沈金琴	内审人	沈金琴

1. 目的

为了进一步加强工会财务管理，严格执行国家政策，维护财经纪律，明确职责，逐步推进工会财务规范化管理，收好、用好、管好工会经费，特制订本制度：

2. 参考文件

无

3. 名词定义

无

4. 内容

- 4.1 根据工会工作的实际情况，合理编制工会财务预算、决算计划。
- 4.2 按时足额拨交工会经费。
- 4.3 工会财务账目清楚，做到帐帐、帐物相符。
- 4.4 报销手续完备，购物发票要有经手人、验收人、领导签字，记账凭证要有审核，入账科目要规范。
- 4.5 工会固定资产登记清楚。
- 4.6 严格执行财经纪律的有关规定，对违反财经纪律或超越有关规定的开支，财务人员要自觉抵制，必要时向上级反映。

审批委员会（组织）：工会委员会

签发人：  签发时间：2021-09-01



文件编号	NXY Y-GH-ZD002	文件名称	工会经审委员会工作条例	适用范围	集团
制定部门	工会	修订/核对人	沈金琴	内审人	沈金琴
<p>1. 目的 为了进一步加强工会财务管理，管好工会经费，对工会经费来源、收支情况进行更好地监督，特制订本条例。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 工会经费的来源：</p> <p>4.1.1 工会会员缴纳的经费；</p> <p>4.1.2 行政部门按每月全部职工工资总额的 2%向工会拨缴的经费；</p> <p>4.1.3 行政补助经费。</p> <p>工会经费主要用于为职工服务和工会活动。 根据经费独立原则，建立预算、决算和经费审查监督制度。 工会经费收支情况定期接受上级工会检查及监督，工会会员有权对经费使用情况提出意见。</p> <p>工会的财产、经费，任何组织和个人不得侵占、挪用和任意调拨。经费审查委员会对工会领导干部的任期和离任经济责任审计。</p>					
<p>审批委员会（组织）：工会委员会 签发人：[Signature] 签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXY Y-GH-ZD003	文件名称	工会会议制度	适用范围	集团
制定部门	工会	修订/核对人	沈金琴	内审人	沈金琴

1. 目的

为加强工会的民主集中制建设，规范各种议事决策程序，提高会议质量和办事效率，更好地开展工会工作，特制定本制度。

2. 参考文件

无

3. 名词定义

无

4. 内容

4.1 定期召开工会委员会会议，讨论工会工作开展事宜。遇到重大事件，可临时召开委员会会议，可邀请工会会员代表参加。

4.2 工会委员应安排好工作准时参加工会会议。



审批委员会（组织）：工会委员会

签发人：[Signature] 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXYG-GH-ZD004	文件名称	探视慰问制度	适用范围	集团
制定部门	工会	修订/核对人	沈金琴	内审人	沈金琴

1. 目的

为进一步规范工会的慰问工作,体现工会对全体职工的关怀,不断增强职工的凝聚力,创建一个和谐进取的职工队伍,现结合实际,制定本制度。

2. 参考

《浙江省总工会关于加强和规范工会经费收支管理的实施细则》

3. 名词定义

无

4. 内容

4.1 慰问标准

4.1.1 住院慰问: 工会会员当年生病住院以现金方式慰问, 大病、特病1000元(标准参照保险公司即有些原位癌不列入大病); 普通疾病500元; 体检性质不列入慰问(如无痛胃肠镜住院)。同一会员同一病种当年多次住院, 慰问一次为限。

4.1.2 丧事慰问: 工会会员去世时, 给予不超过2000元的慰问金, 其直系亲属(限于配偶、父母、子女)去世时, 给予不超过1000元的慰问金。慰问总金额中包括花圈。

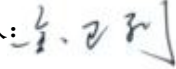
4.1.3 生日慰问: 会员生日当月给予不超过300元的生日蛋糕券一张。

4.1.4 退休慰问: 工会会员退休离开岗位时, 发放价值不超过600元的纪念品。

4.2 其他规定

上述所有现场慰问工作仅限于湖州市范围内进行。市外由工会通过电话、委托等方式进行慰问, 慰问金标准同前。

审批委员会(组织): 工会委员会

签发人:  签发时间: 2021-09-01



文件编号	NXYY-GH-ZD005	文件名称	工会会员管理制度	适用范围	集团
制定部门	工会	修订/核对人	沈金琴	内审人	沈金琴
<p>1. 目的</p> <p>为了更好地履行工会会员的义务与权力，根据《工会法》《中国工会章程》特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《工会法》《中国工会章程》</p> <p>3. 名词定义</p> <p>工会会员：根据《工会法》和《中国工会章程》规定，凡在中国境内的企业、事业单位、机关和其他社会组织中，以工资收入为主要生活来源或者与用人单位建立劳动关系的体力劳动者和脑力劳动者，不分民族、种族、性别、职业、宗教信仰、教育程度，承认工会章程，都可以加入工会为会员。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 入会流程</p> <p>职工入职即入会，工会办公室予以电子登记入册，财务科按《工会法》规定按月扣会费。</p> <p>4.2 会员享有的权利</p> <p>4.2.1 选举权、被选举权和表决权。</p> <p>4.2.2 对工会工作进行监督，提出意见和建议，要求撤换或者罢免不称职的工会工作人员。</p> <p>4.2.3 对国家和社会生活问题及本院工作提出批评与建议，要求工会组织向有关方面如实反映。</p> <p>4.2.4 在合法权益受到侵犯时，要求工会给予保护。</p> <p>4.2.5 工会提供的文化、教育、体育、旅游、疗休养、互助保障、生活救助、法律服务、就业服务等优惠待遇；工会给予的各种奖励。</p> <p>4.2.6 在工会会议和工会媒体上，参加关于工会工作和职工关心问题的讨论。</p> <p>4.3 会员应履行的义务：</p> <p>4.3.1 认真学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，学习政治、经济、文化、法律、科学、技术和工会基本知识等。</p> <p>4.3.2 积极参加民主管理，努力完成生产和工作任务，立足本职岗位建功立业。</p> <p>4.3.3 遵守宪法和法律，践行社会主义核心价值观，弘扬中华民族传统美德，恪守社会公德、职业道德、家庭美德、个人品德，遵守劳动纪律。</p> <p>4.3.4 正确处理国家、集体、个人三者利益关系，向危害国家、社会利益的行为作斗争。</p> <p>4.3.5 维护中国工人阶级和工会组织的团结统一，发扬阶级友爱，搞好互助互济。</p> <p>4.3.6 遵守工会章程，执行工会决议，参加工会活动，按月交纳会费。</p> <p>4.4 会员组织关系随劳动（工作）关系变动，凭会员证明接转。</p> <p>4.5 会员有退会自由。会员退会由本人向工会小组提出，由工会基层委员会宣布其退会。</p> <p>4.6 会员没有正当理由连续六个月不交纳会费、不参加工会组织生活，经教育拒不改正，应当视为自动退会。</p> <p>4.7 对不执行工会决议、违反工会章程的会员，给予批评教育。对严重违法犯罪并受到刑事处分的会员，开除会籍。开除会员会籍，须经工会小组以及工会委员会讨论，提出</p>					



意见，由工会基层委员会决定，报上一级工会备案。

4.8会员离休或退休工会自然解除。



审批委员会（组织）：工会委员会

签发人： 签发时间：2021-09-01



文件编号	NXYX-XCK-ZD001	文件名称	接受新闻采访制度	适用范围	全院
制定部门	宣传外联办	修订/核对人	杨敏	内审人	金卫利
<p>1.目的：加强和改进我院新闻宣传报导，确保我院改革、发展、稳定的大局，维护医疗护理工作的正常秩序，根据党的有关新闻工作原则和医院的工作实际，特对我院接受新闻采访制度修订如下。</p> <p>2.适用范围：全院范围。</p> <p>3.内容：</p> <p>3.1接受新闻采访、加强新闻报导的基本原则</p> <p>3.1.1各科室、部门和个人均有义务宣传医院精神，维护医院品牌，扩大医院的影响，提高我院的社会知名度。</p> <p>3.1.2接受新闻采访，加强新闻报道，要把坚定正确的政治方向放在首位，把握正确舆论导向，始终坚持团结、稳定、鼓励、正面宣传为主的方针，认真做好接受采访前的准备。</p> <p>3.1.3接受新闻采访，加强新闻报道，必须有利于加强和改进党的作风建设，有利于加强和改进医院的领导、决策，有利于维护和推进改革、发展、稳定的大局，有利于维护和树立医院良好的社会形象。</p> <p>3.1.4坚持医院对外宣传归口医院宣传外联办管理的制度。</p> <p>3.2接受新闻媒体采访的程序。</p> <p>3.2.1对外公布突发事件、公共卫生、预防保健、医疗服务信息，要严格按照《传染病防治法》和《医疗事故处理条例》等法律法规要求，按级由卫健行政部门和医务部门统一发布，任何科室、部门和个人都无权擅自发布。凡涉及医院全局、反映问题、批评或有争议的事件，有关科室、部门和个人应及时报告宣传外联办、同步报党政综合办，以加强协调和沟通，避免产生不必要的负面影响。个人未经组织同意接受新闻采访，本人对该采访负责。</p> <p>3.2.2医院是重要的社会公共场所，各个诊疗部门或多或少会涉及到患者个人及周围人群的隐私。医院及员工有保护患者隐私的义务。任何单位或个人未经本院有关部门同意擅自进行新闻采访、现场录像者，本院员工有权加以劝说、阻止。</p> <p>3.2.4 对医院、科室和个人的宣传报道，统一由宣传外联办策划、联系与沟通，各科室和个人应积极配合，相关宣传资料应先由宣传外联办审核。各科室和个人在接受新闻媒体采访时，要热情做好接待工作。</p> <p>3.3记者接待流程：</p> <p>3.3.1正常状态：新闻媒体采访应事先到宣传外联办备案并开具采访介绍信，方可到医疗场所进行采访，同时要征得患者本人同意。并立即向宣传外联办汇报。</p> <p>3.3.2异常状态：记者已经到达采访现场，总务科或科室负责人礼貌接待：询问记者身份、采访目的内容，报告宣传外联办或总值班：核实了解情况，电话授权同意接待采访或到现场处理接待问题。</p> <p>3.3.3对没有宣传外联办人员陪同或电话未授权的新闻媒体到医院各科室、部门采访的，被采访者可拒绝接受采访。</p> <p>3.4本制度自文件下发之日起执行，具体由宣传外联办负责解释。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：精神文明建设小组 签发人：金卫利 签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYX-XCK-ZD002	文件名称	“两微一端”信息管理制度	适用范围	全院
制定部门	宣传外联办	修订/核对人	杨敏	内审人	金卫利
<p>1. 目的：为进一步提高“两微一端”信息发布工作规范化、制度化，加强信息安全管理，建立规范的信息采编、审核、发布、管理机制，保证发布信息的安全准确、及时和有效。</p> <p>2. 范围：全院范围</p> <p>3. 内容：</p> <p>3.1 “两微一端”是指我院官方微信、微博及医院外网。信息是指我院“两微一端”信息发布平台对外发布的文字、图片、数据、链接及其他形式的所有信息。</p> <p>3.2 “两微一端”信息发布工作要严格审核和管理，确保对外发布信息的合法性、真实性、准确性，符合《中华人民共和国信息公开条例》等相关规定。</p> <p>3.3 信息采编</p> <p>3.3.1 医院宣传外联办负责医院“两微一端”日常管理工作，所有发布、转载的新闻信息应当依据国家和省市的有关规定执行。</p> <p>3.3.2 “两微一端”信息采编要坚持实事求是的原则，确保信息的真实性；要坚持全方位、多领域、多角度地提供信息，确保信息的完整性；要增强保密意识，各科室、各群团报送的所有信息均应为非涉密和非敏感领域的信息，确保信息的安全性；要做到及时审阅、上报，确保信息的时效性。信息采编要做到文字精炼、主题鲜明、数据详实。</p> <p>文字材料需提供电子文档(word文件)，图片资料(JPG格式)随文字材料一同发送到宣传外联办工作人员邮箱。</p> <p>3.4 信息审核</p> <p>3.4.1 审核是否涉及秘密；是否符合国家大政方针和法律法规的相关规定；是否会给其他单位、个人造成危害；是否有利于医院的宣传和发展；发布时间是否适宜；是否属敏感性问题；信息中的统计数据是否准确；是否存在“问题地图”；其他需要根据情况把握的信息。</p> <p>3.4.2 “两微一端”发布的信息不涉及保密的文件、领导讲话、工作动态等信息。不涉及国家秘密、商业秘密、个人隐私的相关信息，法律、法规规定不予公开的其他政府信息。</p> <p>3.4.3 各科室、群团上报的各类信息应根据信息审核要求，由各科主任审核把关；审核后的信息统一发送电子版到宣传外联办，从其他媒体、组织转载的信息，由“两微一端”管理人员审核把关。</p> <p>3.5 信息发布</p> <p>“两微一端”发布信息要按照规范流程进行，杜绝政治错误、内容差错、技术故障，要提高信息报送时效性。</p> <p>3.6 平台安全</p> <p>3.6.1 “两微一端”信息发布平台的登录帐号和密码由宣传外联办统一管理，管理员应遵守保密工作原则，要妥善保管登陆帐号和密码，不得擅自向其他人员透露账户和密码。禁止未获授权人员以任何方式登录“两微一端”信息发布系统发布信息。</p> <p>3.6.2 对违反有关规定和程序，擅自发布信息，造成重大失误，影响医院形象的以及在工作中造成失密、泄密而损害国家安全、公共安全、经济安全、影响社会稳定或侵犯公民、法人和其他组织对政府信息知情权、参与权、监督权的，经调查属实，要追究相关责任。</p> <p>3.6.3 违反本制度规定，不按要求报送、发布信息的科室，对信息审核把关不严，造成泄密或不良信息传播的人员，严肃追究相关科室责任人责任。</p>					



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



审批委员会（组织）：精神文明建设工作小组
签发人：朱卫列 签发时间：2021-09-01

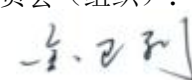


文件编号	NXYX-XCK-ZD003	文件名称	社会满意度测评度	适用范围	全院
制定部门	宣传外联办	修订/核对人	杨敏	内审人	金卫利
<p>1.背景：社会满意度测评是沟通医院与社会、医患之间的桥梁和纽带，是医院面向公众接受社会与群众监督的有效形式，也是检测民情意愿的重要方法。为此，医院制定社会满意度测评制度。</p> <p>2.目的：按照患者的服务流程，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，有效实施医院的社会评价活动。</p> <p>3.社会满意度测评体系的建立</p> <p>3.1医院建立“第三方病人满意度测评、行风监督员会议、调查问卷、自助机满意度点评”等社会测评方法。</p> <p>3.2测评涵盖“门急诊病人满意度、住院病人满意度、社会人士对医院满意度”等几大测评体系；</p> <p>4.社会满意度测评的形式。</p> <p>4.1纸质问卷：测评对象为门急诊病人、住院患者。</p> <p>4.2电子问卷调查：测评对象为就诊患者或拥有医院微信号通过扫码填写问卷，愿意主动反馈意见和建议的病人。</p> <p>4.3通过局医点通收集反馈意见</p> <p>4.4座谈会：行风监督员座谈会，面对面征求意见和建议。</p> <p>5.社会满意度测评的主要渠道</p> <p>5.1意见本、意见箱：设置在急诊大厅、门诊大厅、住院病区等。</p> <p>5.2公布监督投诉电话：设置在门急诊大厅醒目处，广泛接受监督。</p> <p>5.3满意度调查：通过问卷进行满意度调查。</p> <p>6.满意度测评时间及责任部门</p> <p>6.1满意度，一月一次，护理部负责。</p> <p>6.2意见本、意见箱收集，由纪检监察室负责。</p> <p>6.3行风监督员座谈会，一年 1-2 次，党政综合办。</p> <p>6.4投诉电话，随时，纪检监察室。</p> <p>6.5行风电话，随时，党政综合办。</p> <p>7.满意度测评结果的管理</p> <p>党政综合办办、宣传外联办、纪检监察室、护理部联合负责测评结果数据库的收集、录入、汇总、分析评估、分类反馈、督办整改、结果反馈等,持续改进医院服务质量。</p>					
<p>审批委员会（组织）：精神文明建设工作小组 签发人：金卫利 签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYX-XCK-ZD004	文件名称	文化建设工作制度	适用范围	全院
制定部门	宣传外联办	修订/核对人	杨敏	内审人	金卫利
<p>1. 目的：加强医院文化建设，是医院自身发展的需要，对现有的文化内容进行系统的提炼、整理和扬弃，使医院积累浓厚的文化底蕴，集中体现医院的整体面貌和综合实力，是建设现代化、科技化、人文化医院的根本。</p> <p>2. 范围：文化建设委员会及文化建设办公室。</p> <p>3. 内容</p> <p>3.1 工作机构及工作职责。</p> <p>3.1.1 文化建设委员会</p> <p>党委书记担任文化建设委员会主任委员，党委副书记担任副主任委员，办公室设在宣传外联办，由宣传外联办负责人担任秘书，负责医院文化建设的日常推进事务。</p> <p>具体职责是：</p> <p>3.1.1.1 制定医院文化建设实施方案，确定方向，明确任务，指导工作。</p> <p>3.1.1.2 确定文化规范管理标准，统一行动，督促检查。</p> <p>3.1.1.3 组织实施文化建设大型活动，指导策划，进行评估。</p> <p>3.1.2 文化建设办公室。</p> <p>在文化建设委员会指导下开展工作。具体职责是：</p> <p>3.1.2.1 实行理念文化、行为文化、视觉文化三个系统的应运管理。</p> <p>3.1.2.2 协调督导全院文化建设方案的贯彻与实施，规范和协调群众文化体育活动。</p> <p>3.2 工作规则及管理规定</p> <p>3.2.1 根据《医院文化建设方案》进行整体策划，明确阶段目标，安排年度计划，分步实施到位。</p> <p>3.2.2 坚持党委领导、行政负责、群团协作、群众参与的工作机制，实行文化建设工程项目负责制。全院一切文化建设活动要本着“凝聚人心、促进医疗、营造和谐、倡导新风”的原则来开展，做到步调一致，特色鲜明。</p> <p>3.2.3 按照管理部门的工作职能划分，在制度管理、典型示范、行为仪表、公关形象、环境美化、节日活动、信息传媒等方面实行文化建设工程项目负责制，谁负责，谁策划，谁实施，谁结算。</p>					
<p>审批委员会（组织）：精神文明建设工作小组 签发人：金卫利 签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXYX-XCK-ZD005	文件名称	员工满意度调查工作制度	适用范围	全院
制定部门	宣传外联办	修订/核对人	杨敏	内审人	金卫利
<p>1. 目的: 为不断提高医疗服务质量, 认真听取员工对医院管理的满意程度及意见和建议, 不断强化行政科室为一线科室服务意识, 持续改进医院服务及管理质量, 特制定本制度。</p> <p>2. 适用范围: 全院所有科室和全体员工</p> <p>3. 员工满意度调查内容范畴</p> <p>从员工执业环境、值班条件、薪酬福利、职业前景等方面, 收集员工对医院管理各个方面满意程度的信息, 然后通过后续专业、科学的数据统计和分析, 真实的反映医院管理现状, 为管理者决策提供客观的参考依据。</p> <p>4. 调查方式</p> <p>员工满意度调查通过两个路径开展, 一种是通过医院书记查房深入每个科室以纸质的调查问卷形式开展测评, 另一种是通过第三方职工满意度测评进行测评。</p> <p>5. 满意度工作承办科室</p> <p>宣传外联办为满意度调查的主管部门。负责制定满意度调查工作制度, 设计和改进满意度调查量表。汇总员工满意度调查结果。</p> <p>6. 医院工会负责接受到员工的意见和建议, 汇总员工满意度情况, 做好医院职代会的提案的登记、核实、汇报、以及处理结果的督查工作。</p> <p>7. 满意度调查结果处理</p> <p>7.1 宣传外联办将员工满意度调查结果汇总、分类, 将具体情况报医院领导, 并通过例会通报反馈相关科室。</p>					
<p>审批委员会(组织): 精神文明建设工作小组 签发人:  签发时间: 2021-09-01</p>					



文件编号	NXYX-XCK-ZD006	文件名称	标识标牌管理制度	适用范围	全院
制定部门	宣传外联办	修订/核对人	杨敏	内审人	金卫利
<p>1. 目的 加强全院标识标牌的正确使用与规范管理，维护医院良好的对外宣传形象，统一医院各类标识标牌的形象、格式、色彩等元素。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委等部门的相关文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 宣传外联办负责全院标识标牌制作申请受理。需要制作或更换标识标牌的部门，通过医院钉钉系统进入“标识标牌制作”版块，填写《标识标牌设计制作申请表》，填写好后并由科室负责人审核签字后再提交到宣传外联办，宣传外联办标识标牌受理员对申请进行统一受理，并分类经宣传外联办进行审核，重大项目需经分管院领导审核，审核通过后由标识标牌受理员联系医院标识标牌定点制作单位进行制作。</p> <p>4.2 标识标牌制作完成后由制作单位、宣传外联办、申请科室三方进行交接验收并签字确认，同时由制作单位负责进行安装，对涉及到较大工程导致安装困难的标识标牌由后勤保障科工作人员协助安装更换或移位。</p> <p>4.3 医院要设立醒目、明晰的诊疗区域指示标识和路标，并责成专人负责管理。</p> <p>4.4 所用标识，要规范统一，美观大方。通用标识应按国家惯例进行绘制，卫生系统通用标识按卫生部统一规定制作。</p> <p>4.5 医院内部标识设立部位，要根据医院环境，统一规划，不准随意乱设。</p> <p>4.6 所有标识的色彩、图形、比例、字体均应严格按医院提供版图制作，以示严肃；字体应统一规范，不用繁体字。</p> <p>4.7 院内已经陈旧的标识，应及时修整更换，已经过时的标识应及时清除。</p> <p>4.8 所有标识的语言文字应符合国家语言文字规范的规定要求。</p> <p>4.9 要关注与安全有关的防跌倒、防烫伤、消防通道等标识。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：精神文明建设工作小组 签发人：金卫利 签发时间：2021-09-01</p>					



文件编号	NXY-YHB-ZD001	文件名称	投诉统一受理制度	适用范围	全院
制定部门	医患办	修订/核对人	潘荣强	内审人	景国华

1. 目的
为进一步改进医疗服务质量，畅通患者的就医投诉，提高患者的就医满意度，特制定《投诉统一受理制度》。

2. 参考文件
根据《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗机构管理条例》等法律法规。

3. 名词定义无

4. 内容

4.1 投诉由医患关系协调办公室负责统一受理，受理范围包括来电、来信和来访。

4.2 医患关系协调办公室受理后，根据投诉情况，事实清楚的当场答复，立即予纠正；情况复杂，需要进一步调查的，根据投诉性质和涉及人员所在部门，转交相关部门处理调查核实，医患关系协调办公室给出处理意见后在 5 或 10 个工作日内将处理意见和处理结果反馈给投诉者。如投诉者对处理结果表示不满意，建议可以向上级部门进一步投诉，或者至湖州市市南浔区医调会申请调解；不愿意协商、调解或者协商、调解不成的，可以向卫生行政部门申请医疗事争议行政处理，或者向人民法院提起诉讼。

4.3 来电受理

4.3.1 医院对外统一受理投诉电话为 3065636，由医患关系协调办公室人员接听，并做好来电反映情况的记录，根据反映情况，经相关部门或者科室调查核实，医患关系协调办公室给出处理意见后在在 5 或者 10 个工作日内答复投诉者。

4.3.2 相关部门和科室应指定专人负责接洽和处理纠纷投诉事件。

4.3.3 非工作时间内纠纷投诉由医疗总值班受理，电话 18157205363、15805727120，或由医疗总值班回拨处理。

4.4 来访受理

4.4.1 医患关系协调办公室人员受理患者现场反映的纠纷投诉，根据反映情况，医患关系协调办公室人员能当场协调处理的予当场协调处理，如需所涉科室沟通协调的，所涉科室应派人来医患关系协调办公室进行沟通处理。所涉科室确实派人有困难的，由保卫科指派保安护送投诉人到指定地点进行沟通协调处理，也可以由医患关系协调办公室出面约定时间双方沟通或者事后电话沟通反馈。

4.5 来信受理。由医患关系协调办公室人员处理或者转交相关科室按规定处理。

4.6 涉及多部门的纠纷投诉，各部门应及时派人处理，医患关系协调办公室协同相关科室与投诉人进行沟通处理。对于重大或职责难以界定的纠纷，提请院领导指定处理。

4.7 受理或处理纠纷投诉均应严格按照《医疗机构投诉管理办法》有关规定进行受理、登记、调查、核实和处理，根据情况的复杂程度，在 5 或 10 个工作日内答复投诉人。

4.8 在处理纠纷投诉过程中，因处理时间过长，投诉人再次投诉，而相关科室指定人员难以及时处理的，医患关系协调办公室可直接联系所涉部门负责人（主任或者科长）告知相关情况并请尽快处理；如所涉部门负责人也没有及时处理，医患关系协调办公室可向其分管院长反映，希冀尽快得到妥善处理纠纷。

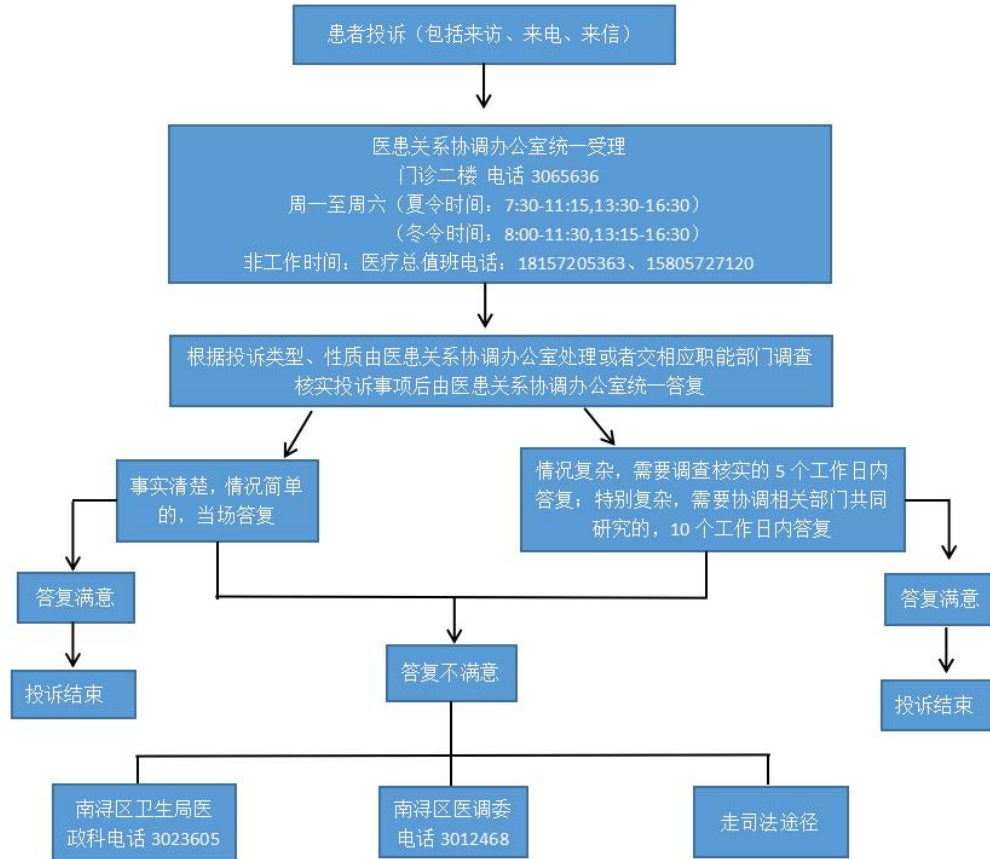
注：各临床科室由科主任和护士长负责受理纠纷投诉。



附表：流程图

湖州市南浔区人民医院投诉统一受理流程


根据《医疗纠纷预防和处理条例》和《医疗机构管理条例》等法律法规制定本流程。



属于下列情形之一的投诉，不予处理：

- 1、投诉事项向人民法院起诉的或向第三方申请调节的；
- 2、投诉事项向健康主管部门或者信访部门反映并作出处理的；
- 3、没有明确的投诉对象和具体事实；
- 4、投诉内容已经涉及治安案件、刑事案件；
- 5、其他不属于投诉管理部门职权范围内的投诉。

审批委员会（组织）：医疗质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2021-07-01



文件编号	NXYY-YHB-ZD002	文件名称	医院投诉处理制度	适用范围	全院
制定部门	医患办	修订/核对人	潘荣强	内审人	景国华
<p>1. 目的: 为全面提升医疗服务能力水平, 改善医疗服务态度, 提高病人及家属的满意度, 降低投诉率, 结合深化医疗卫生服务领域最多跑一次改革、“清廉医院”建设等工作要求, 特制定本规定。</p> <p>2. 范围: 本规定适用于通过书信、电话、走访、市长热线、网络及“医点通”平台等方式投诉。</p> <p>3. 及时处理医疗服务投诉</p> <p>3.1 医院明确一名分管领导亲自抓行风建设, 亲自联系主管局, 掌握医疗服务投诉事件的处理、回复及整改情况。</p> <p>3.2 医患办负责医疗服务投诉的处理、回复, 并做好登记, 包括反映的主要内容, 调查处理情况, 主要涉及的科室和个人, 是否违反制度, 是否存在主观原因, 是否违反党纪法规等, 并汇总每月的投诉, 提出分析意见和建议。</p> <p>4. 定期召开医疗服务投诉分析会</p> <p>4.1 医疗服务投诉分析会每1个月召开一次。参加人员为分管领导、医患办、党政综合办、人事科、医务部、护理部、门诊部、总务科及其他相关部门负责人。会上对每个投诉件进行分析, 分出无理由投诉件、存在过错记及缺陷件, 再进行分类处理。</p> <p>4.2 在工作中因医疗服务态度、违反核心制度等原因造成投诉, 且情况属实的, 按如下处理:</p> <p>4.2.1 投诉至医院职能部门的一次扣300元, 三次以上每次扣500元。</p> <p>4.2.2 投诉至12345热线或上级部门的一次扣500元, 三次以上每次扣1000元。</p> <p>4.2.3 上述投诉造成重大影响和后果的, 原则上扣1个月及以上绩效奖金并给予行政处分。</p> <p>4.2.4 由上述投诉而造成医疗纠纷等后果的, 按照医疗纠纷处理办法执行。</p> <p>4.2.5 按《医德医风综合考评实施方案》扣分项目第7条规定扣分, 对存在服务缺陷但不是责任事件的投诉减半扣分。</p> <p>4.3 找不到责任人的有效投诉件, 按事件影响程度扣相关科室绩效考核分, 不低于2个分值。窗口服务投诉属于科室投诉, 扣科室绩效考核分。</p> <p>4.4 对于外包服务公司(家政、保安、食堂等)的投诉, 处外包服务公司1000元一次扣款并按《南浔区医疗集团做好企业不良行为记录制度(试行)》执行。</p> <p>4.5 党政综合办做好会议记录, 会议讨论分析结果报主要领导审阅后提交财务科执行, 必要时在每月中层干部会议上通报批评。</p> <p>4.6 上级主管部门另有规定的从其规定。</p> <p>5. 结果反馈与整改措施</p> <p>5.1 对于服务流程需调整、制度需修改、工作进度需加快等由分管院长协商解决, 通过加强医患沟通、服务态度、医疗质量和医疗安全等方面的培训, 减少投诉率。医患办督促医务部门、门诊部加强流程改进、核心制度的培训。</p> <p>5.2 需提交院务会讨论决定的, 由党政综合办负责提交, 结合工作实际对相关制度进行修改。</p> <p>5.3 党政综合办、人事科、纪检监察加强劳动纪律检查, 促进医务人员改进服务态度, 减少迟到、早退及脱岗等情况。</p> <p>5.4 信息科、总务科等职能科室加强后勤保障服务。对保安人员加强服务态度、沟通技巧等方面的培训。</p>					



6. 本规定自2021年5月1日起执行。

附：2020年集团印发的《医德医风综合考评实施方案》扣分项目第7条内容：


因不遵守劳动纪律，或工作责任心不强，或服务态度差，有生、冷、硬、顶、推现象，或违反医疗核心制度，或对服务对象未履行告知义务及部门间、同事间工作不协调不配合等，被12345政府阳光热线、信访、网络等各种形式反映、投诉、举报，经核查属实的扣5分，造成不良影响的扣10分，性质恶劣，负面影响较大的扣20分。



审批委员会（组织）：医疗质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2021-05-01



文件编号	NXYY-YHB-ZD003	文件名称	首诉负责制度	适用范围	全院
制定部门	医患办	修订/核对人	潘荣强	内审人	景国华
<p>1. 目的 为规范我院投诉管理工作，提高医疗服务质量和管理水平，预防、减少、及时处理患者投诉，构建和谐医患关系，保护医患双方的合法权益。</p> <p>2. 参考文件 根据《医院投诉管理办法（试行）》，《医疗事故处理条例》、《医疗纠纷预防与处理条例（草案）》，《卫生信访工作办法》等法规，结合医院实际，制定本指导意见。</p> <p>3. 名词定义无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 医院投诉接待实行“首诉负责制”，投诉人可以到医院任何部门、任何科室对医院及工作人员所提供的医疗、护理等服务提出异议，可以以来信、来电、来访等各种方式向医院反映问题，提出意见、建议和要求。</p> <p>4.2 任何部门、科室及工作人员均不得以任何理由推诿投诉人。医院的每个工作人员都应当贯彻“以病人为中心”的服务理念，增强服务意识，注重人文关怀，树立主人翁意识，坚决摒弃“事不关己”的思想，时刻注意维护医院形象。</p> <p>4.3 投诉人向有关部门、科室投诉的，首次接待人为首诉责任人，首诉责任人必须要热情接待、耐心听取来访者反映的问题、意见、建议和要求，耐心细致地做好解释疏导工作，稳定投诉人情绪，避免矛盾激化，认真做好首诉记录，根据情况会同科室其他人员和科主任（护士长）等处理，对于能够当场协调处理的投诉事项，应尽量当场协调解决，并将投诉及处理情况报告医患关系协调办公室。对于不属于本部门职能且难以当场解决的投诉事项，首诉责任人应主动引导投诉人向相关职能部门或医患关系协调办公室（3065636）或医院行政总值班（15805727120、18157205363）投诉，同时做好首诉记录的移交工作，并积极配合，做好投诉处理工作。</p> <p>5. 各科室之间要做好内部的投诉移交、沟通和协调。对于涉及医疗安全质量、可能危及患者健康的投诉，受理科室应当及时向分管领导汇报，并立即采取积极措施，预防和减少患者伤害的发生。</p> <p>6. 受理投诉的科室和投诉接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，如实填写《医院投诉登记表》，如实记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字（或盖章）确认。</p> <p>7. 对于首诉责任人不履行职责或处置不当，按医院有关管理规定处罚。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：医疗质量与安全管理委员会 签发人：  签发时间：2021-07-01</p>					



文件编号	NXYY-YHB-ZD004	文件名称	医疗纠纷预防和处 理制度	适用范围	全院
制定部门	医患办	修订/核对人	潘荣强	内审人	景国华
<p>1. 目的</p> <p>为了预防和妥善处理医疗纠纷，保护医患双方当事人的合法权益，维护医疗秩序，保障医疗安全，制定《医疗纠纷预防和处处理制度》。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《医疗纠纷预防和处处理条例》《浙江省医疗纠纷预防与处处理办法》《医疗事故处处理条例》和其他有关法律、法规的规定。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>本制度所指医疗纠纷，是指医患双方因诊疗活动引发的争议。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 总则</p> <p>4.1.1 建立医疗质量安全管理体体系，规范诊疗活动，改善医疗服务，提高医疗质量，预防、减少医疗纠纷。</p> <p>4.1.2 在诊疗活动中，医患双方应当遵守有关法律、法规的规定。</p> <p>4.1.3 处理医疗纠纷，应当遵循公平、公正、及时的原则，实事求是，依法处理。</p> <p>4.2 医疗纠纷的预防</p> <p>4.2.1 医务人员在医疗活动中，应当以患者为中心，加强人文关怀，严格遵守医疗卫生法律、法规、规章和诊疗相关规范，常规，恪守职业道德。</p> <p>4.2.2 制定并实施医疗安全管理制度，加强对诊断、治疗、护理、药事、检查等工作的规范化管理，优化服务流程，提高服务水平。</p> <p>4.2.3 按照国务院卫生主管部门制定的医疗技术临床应用管理规定，开展与其技术能力相适应的医疗技术服务，保障临床应用安全，降低医疗风险；采用医疗新技术的，应当开展技术评估和伦理审查，确保安全有效、符合伦理。</p> <p>4.2.4 依照有关法律、法规的规定，严格执行药品、医疗器械、消毒药剂、血液等的进货查验、保管等制度。禁止使用无合格证明文件、过期等不合格的药品、医疗器械、消毒药剂、血液等。</p> <p>4.2.5 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术，或者开展临床试验等存在一定危险性、可能产生不良后果的特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；在患者处于昏迷等无法自主作出决定的状态或者病情不宜向患者说明等情形下，应当向患者的近亲属说明，并取得其书面同意。</p> <p>4.2.5.1 紧急情况下不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。</p> <p>4.2.6 开展手术、特殊检查、特殊治疗等具有较高医疗风险的诊疗活动，应当提前预备应对方案，主动防范突发风险。</p> <p>4.2.7 医疗机构及其医务人员应当按照国务院卫生主管部门的规定，填写并妥善保管病历资料。因紧急抢救未能及时填写病历的，医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。</p> <p>4.2.7.1 任何单位和个人不得篡改、伪造、隐匿、毁灭或者抢夺病历资料。</p> <p>4.2.8 患者有权查阅、复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录、医疗费用以及国务院卫生主管部门规定的其他属于病历的全部资料。</p>					



4.2.8.1患者要求复制病历资料的，应当提供复制服务，并在复制的病历资料上加盖证明印记。复制病历资料时，应当有患者或者其近亲属在场。医疗机构应患者的要求为其复制病历资料，可以收取工本费，收费标准应当公开。

4.2.8.2患者死亡的，其近亲属可以依照本条例的规定，查阅、复制病历资料。

4.2.8.3建立健全医患沟通机制，对患者在诊疗过程中提出的咨询、意见和建议，应当耐心解释、说明，并按照规定进行处理；对患者就诊疗行为提出的疑问，应当及时予以核实、自查，并指定有关人员与患者或者其近亲属沟通，如实说明情况。

4.2.9建立健全投诉接待制度，由医患关系协调办公室统一受理投诉，公布投诉接待部门，投诉电话，上级部门投诉电话等信息。

4.2.10相关职能部门组织开展医疗质量安全评估，分析医疗质量安全信息，针对发现的风险制定防范措施。

4.3 医疗纠纷的处理

4.3.1相关职能部门应告知患方可以通过下列途径解决：(1)双方自愿协商；(2)申请人民调解；(3)申请行政调解；(4)向人民法院提起诉讼；(5)法律、法规规定的其他途径。

4.3.2发生医疗纠纷，当告知患者或者其近亲属下列事项：(1)解决医疗纠纷的合法途径；(2)有关病历资料、现场实物封存和启封的规定；(3)有关病历资料查阅、复制的规定。患者死亡的，还应当告知其近亲属有关尸检的规定。

4.3.3 医疗纠纷过程中医疗文书的处理

4.3.3.1发生医疗纠纷需要封存病历资料的，医务部派人（夜间与法定假日由医疗总值班实施）在病人或者其代理人在场的情况下将病历原件或复印件予以封存，存放在我院病案室或其他妥善之处。封存的病历资料可以是原件，也可以是复制件，原始病历允许对因抢救工作紧张未能及时记录的内容在 6 小时内实事求是补记。

4.3.3.2发生医疗纠纷后，当事科室须妥善保存有关病历、标本、原始资料，严禁涂改、伪造、隐匿和销毁，必要时交医务部封存。

4.3.4疑似输液、输血、注射、用药等引起不良后果的，医患双方应当共同对现场实物进行封存、启封，封存的现场实物由院方保管。需要检验的，应当由双方共同委托依法具有检验资格的检验机构进行检验；双方无法共同委托的，由上级卫生主管部门指定。

4.3.5患者死亡，医患双方对死因有异议的，院方有责任提醒、动员患方为死者进行尸体解剖，告知尸检时限，以明确死因。尸检应当在患者死亡后 48 小时内进行；具备尸体冻存条件的，可以延长至 7 日。尸检应当经死者近亲属同意并签字，拒绝签字的，视为死者近亲属不同意进行尸检。不同意或者拖延尸检，超过规定时间，影响对死因判定的，由不同意或者拖延的一方承担责任。

4.3.6患者死亡，尸体应当立即移放太平间或者指定的场所，死者尸体存放时间一般不得超过 14 日。逾期不处理的尸体，应向所在地卫生主管部门和公安机关报告后，按照规定处理。

4.3.7发生重大医疗纠纷的，医务部应当按照规定向所在卫生主管部门报告。

4.3.7.1对于重大医疗纠纷需要启动应急处置预案的，应当按照预案的规定采取相应措施，防止事态扩大。

4.3.8医疗纠纷发生并有“医闹”或伤医苗头的，当事科室必要时可直接与医院保卫科联系，由保卫科组织力量维护医院正常医疗工作秩序、财产安全和医务人员的人身安全。医疗纠纷中发生涉嫌违反治安管理行为或者犯罪行为的，医疗机构应当立即向所在地公安机关报案。

4.3.9医患双方选择协商解决医疗纠纷的，应当在专门场所协商，不得影响正常医疗秩序。医患双方人数较多的，应当推举代表进行协商，每方代表人数不超过 5 人。



4.3.9.1对分歧较大或者索赔数额较高的医疗纠纷，鼓励医患双方通过人民调解的途径解决。

4.3.9.2医患双方经协商达成一致的，应当签署书面和解协议书。

4.3.10医患双方经协商未能达成一致，也可以向湖州市南浔区医调委申请调解；不愿意协商、调解或者协商、调解不成的，可以向卫生行政部门申请医疗事故争议行政处理，或者向人民法院提起诉讼。

4.3.10.1医疗纠纷索赔金额 1 万元以下的，医患双方可以自行协商解决。

4.3.10.2医疗纠纷索赔金额 1 万元以上的，医患双方不得自行协商处理，需通过向区医调会申请调解或者向人民法院提起诉讼。

4.3.11医疗纠纷的经济赔（补）偿包括以下费用：

4.3.11.1由各级人民法院判决、裁定、调解，由医院对患方作出的经济补偿或赔偿；

4.3.11.2医疗纠纷发生后经卫生行政部门、医调会或医院调解，医院对患方作出的经济补偿或慰藉；


4.3.11.3因药品不良反应或者医疗器械不良事件引起的医疗纠纷，医院应当根据鉴定结论向受害方支付补偿费用。医院支付补偿费用后，可以依法向药品或者医疗器械的生产、经营者追偿。

4.3.11.4经调解解决的医疗纠纷，应当制作调解协议书。调解协议书由双方当事人签名、盖章或者按指印，经调解人员签名并加盖医调会印章后生效。

4.3.12医疗纠纷的备案登记

各相关职能部门对发生的医疗纠纷登记备案，并纳入医务部等相关职能部门档案，其中医院医疗质量和安全委员会的评析结论及对科室、责任人的处理意见纳入个人档案。内容包括：（1）湖州市南浔区人民医院医疗纠纷投诉表；（2）科室、医院对事件的调查报告；当事病人（家属）、医务人员及其他有关部门人员的证据、检查报告；（3）当事人员的书面陈述和认识；（4）省、市医学会和/或司法鉴定中心的鉴定书；（5）医患双方协商解决的协议书；（6）法院判决书及相关材料；（7）医院医疗质量和安全管理委员会的评析结论（湖州市南浔区人民医院医疗纠纷事件专家意见书见附件（2））；（8）医院对主要责任人的处理意见。

审批委员会（组织）：医疗质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2021-07-01



文件编号	NXYY-YHB-ZD005	文件名称	医疗纠纷责任追究制度	适用范围	全院
制定部门	医患办	修订/核对人	潘荣强	内审人	景国华
<p>1. 目的</p> <p>为加强医院医疗质量管理，明确医疗纠纷的责任，利于有关责任人员吸取教训，保障患者、医务人员及医院的合法权益，特制定《医疗纠纷处理及责任追究制度》。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《中华人民共和国侵权责任法》、《中华人民共和国执业医师法》、《医疗事故处理条例》、《医疗纠纷预防和处理条例》、等法律、法规及卫生行政管理部门的有关规定，结合我省创建平安医院的相关标准要求，制定本制度。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>本制度所指医疗纠纷是指医患双方因诊疗活动引发的争议。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 总则</p> <p>医院将根据国家有关法律、法规、政策的调整及医院具体情况的变化进一步健全各项医疗制度，加强医疗质量管理，重视医疗安全工作，积极防范医疗缺陷的发生。</p> <p>4.2 医疗纠纷的处理程序参照《医疗纠纷预防和处理制度》。</p> <p>4.3 医疗纠纷评析</p> <p>4.3.1 由医院医疗质量和安全管理委员会承担院级医疗纠纷评析工作：</p> <p>4.3.1.1 医院医疗质量和安全管理委员会成员由院领导、相关职能科室负责人、科主任、知名专家及临床业务骨干组成。院级医疗纠纷评析采用无记名投票方式并实行少数服从多数原则对该起争议定性、定责并明确相关责任人员。与该起事件有利害关系的委员实行回避制度，利害关系界限不清的，由会议主持人决定是否回避。</p> <p>4.3.1.2 医务部汇总各医疗纠纷事件的相关资料，每季度组织医院医疗质量和安全管理委员会及有关专家进行评析。特别重大的医疗纠纷可及时另行组织评析。</p> <p>4.3.1.3 分管医疗的院领导牵头对评析报告中所反映的问题，责成有关科室负责人制定整改措施，医务部或其他职能部门落实处理意见并对整改、处理结果进行督查。</p> <p>4.3.2 医疗纠纷评析工作程序</p> <p>4.3.2.1 对需进行评析的医疗纠纷事件的范围：</p> <p>4.3.2.1.1 凡发生经济赔（补）偿的所有医疗纠纷（包括医药费减免）；</p> <p>4.3.2.1.2 虽无经济补偿，但已严重影响医院声誉的医疗纠纷；</p> <p>4.3.2.1.3 当事人或科室对医院评析结果不满，要求复评的医疗纠纷。</p> <p>4.3.2.2 医疗纠纷的经济赔（补）偿包括以下费用：</p> <p>4.3.2.2.1 由各级人民法院判决、裁定、调解，由医院对患方作出的经济补偿或赔偿；</p> <p>4.3.2.2.2 医疗纠纷发生后经卫生行政部门、医调会或医院调解，医院对患方作出的经济补偿或慰藉；</p> <p>4.3.2.3 评析内容：</p> <p>4.3.2.3.1 医疗纠纷的原因；</p> <p>4.3.2.3.2 医疗纠纷的性质；</p> <p>4.3.2.3.3 医疗纠纷的评析结果：可以避免（完全连带责任）、存在缺陷（部分连带责任）、不可避免（免除连带责任）。</p> <p>4.4 医疗纠纷性质的认定</p> <p>4.4.1 医院医疗质量和安全管理委员会应对医疗纠纷发生的原因、存在的缺陷、应吸取的教训提出书面评析意见。</p>					



4.4.2 医院医疗质量和安全管理委员会应按医疗纠纷发生的情节及后果，裁定当事人是否应承担责任及承担的责任大小。对于以下三种责任明确的医疗争议，直接向评析委员会汇报即可，无需评析：

4.4.2.1 省、市医鉴办鉴定属医疗事故的；

4.4.2.2 经省、市医学会或司法鉴定机构的医疗损害鉴定，医务人员的诊疗过程存在缺陷或不足且与损害结果有直接因果关系；

4.4.2.3 人民法院判定医院承担经济赔偿责任的医疗损害赔偿纠纷。

4.4.3 有下列情形之一的，应认定可以避免的医疗纠纷（完全连带责任）：

4.4.3.1 虽未经省、市医学会鉴定或司法鉴定，但医务人员在诊疗护理过程中，有违反或未严格执行国家法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规等医疗行为，给病人造成人身损害的；

4.4.3.2 因科室管理不善、当事人医德医风败坏引起并造成严重后果；

4.4.3.3 因其他重大、明显的缺陷直接造成的医疗纠纷；

4.4.4 有下列情形之一的，应认定为存在缺陷的医疗纠纷（部分连带责任）：

4.4.4.1 在整个诊疗护理过程中，存在医疗管理缺陷、医德医风缺陷或其他缺陷，但够不上“可以避免”的医疗纠纷；

4.4.4.2 存在医疗缺陷，但该缺陷与不良后果无直接因果关系。

4.4.4.3 因其他缺陷造成的医疗纠纷。

4.4.5 符合下列条件，应认定为不可避免的医疗纠纷（免责）：

4.4.5.1 《医疗事故处理条例》规定的六种不属医疗事故的情形；（A. 在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的；B. 在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的；C. 在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的；D. 无过错输血感染造成不良后果的；E. 因患方原因延误诊疗导致不良后果的；F. 因不可抗力造成不良后果的。）

4.4.5.2 对于医疗意外事件，经调查核实院方及医务人员确实不存在缺陷。

4.4.6 对于特殊医疗纠纷事件，医疗事件和医疗缺陷，医疗安全委员会可根据具体情况评析结果。

4.5 对医疗纠纷责任科室、人员的经济处罚方法原则上，对科室经济处罚有封顶限制。对于科室严重不配合情形，按比例扣款，取消封顶限制。关于“科室严重不配合情形”，包括：

4.5.1 科室负责人无故不亲自参与鉴定会；

4.5.1.1 发生纠纷后，经医务部通知，当事科室负责人或当事人无故拒绝参与协商、调解、院内专家讨论会等活动；

4.5.1.2 经医务部或相关职能部门调查、院内专家讨论后，明确相关经济补偿方案，但科室不同意，最终产生的补（赔）偿费用大于之前的经济补偿方案金额的；

4.5.1.3 经医务部或相关职能部门调查、院内专家讨论后，明确相关经济补偿方案，在处理完结前，当事科室同意该补偿方案，待相关协议签订后，科室又反悔且不配合医务部完成相关后续审批流程；

4.5.1.4 其他严重情形。

其中，对于上述第 3 类情形，超额部分由科室承担 50%；对于第 4 类情形，一律按 30% 承担。

4.5.2 以医患双方签订的协议书的金额为依据，根据实际情形及责任的大小，责任人承担 5%—30%（具体由医院医疗质量与安全委员会决定），从奖金中扣除。如为责任性纠纷引起则从严加以处罚，金额可超出上述范围。医疗纠纷事件涉及同一科室多名责任人员，



则经济处罚扣款直接落实到责任科室（责任医疗组），科室内各责任人员承担相应比例。

4.5.3在值班期间发生非本责任医疗组的医疗纠纷，并构成经济处罚，经委员会评析，认为存在的医疗缺陷系值班医务人员造成的，处罚款由涉事医务人员独自承担或由科室自行确定相关责任人及金额。

4.5.4医疗纠纷涉及多个科室多名医务人员，由委员会讨论明确各相应科室承担处罚款的比例，各科室内各责任人员承担处罚款的比例由各科室决定。

4.5.5同一人一年内发生二起及以上医疗纠纷，加重处罚。

4.5.6对造成有过失医疗纠纷的进修医生、实习医生和护士，根据性质及后果给予批评教育、全院通报、终止学习退回原单位，并建议原单位予以相应的处分。产生医疗纠纷及发生赔偿的，直接指导老师和所在科室承担相应的责任及经济赔偿。

相关多点职业人员参照上述内容执行。

4.5.7经医院同意并备案的外出会诊人员，在外院会诊期间引起的医疗纠纷，涉及到我院权益的按本规定执行。医务人员未经医院批准，不得擅自外出会诊，擅自外出会诊者后果自负。医疗纠纷责任人员与责任医疗组的经济处罚及行政处分，由医务部开具“湖州市南浔区人民医院医疗安全责任追究通知书”，报请院领导批准后送达财务科、人事科执行。

4.6对医疗纠纷责任人的行政处罚办法

4.6.1医疗纠纷尚未解决之前，当事人暂缓申请出国、暂缓晋升和离职。

4.6.2造成病人死亡、严重伤害经鉴定构成医疗事故或者虽未经鉴定但经过医院医疗质量和安全委员会责任认定的直接责任人员，将根据医疗事故等级、事件等级、情节轻重、当事人态度和一贯表现，分别给予警告、记过、降低岗位等级或撤职、开除等行政处分，具体处分情况按照《事业单位工作人员处分暂行规定》开展。

4.6.3医务人员由于极端不负责任，致使病人死亡、情节恶劣构成犯罪的，直接提请司法机关追究当事人刑事责任。

4.6.4发生医疗纠纷后不及时处理、互相扯皮推诿、包庇纵容、弄虚作假，致使医疗纠纷事态扩大，给医院造成损失的，参照4.6.2执行。

4.6.5医疗纠纷责任人员的行政处罚，由医院人事科落实实施。

4.7附则

4.7.1医院医疗质量和安全管理委员会为一专业技术组织，其评析结论仅供医院医疗行政职能部门参考，不作为独立法律诉讼主体。

4.7.2在处理医患争议时，如查明与医疗活动密切相关的后勤等科室或部门负有直接或间接责任的，参照上述规定处理。

审批委员会（组织）：医疗质量与安全管理委员会

签发人：

签发时间：2021-07-01



文件编号	NXY-YHB-ZD0 06	文件名称	医患沟通制度	适用范围	全院
制定部门	医患办	修订/核对人	潘荣强	内审人	景国华

1. 目的

随着医学模式的转化和我国卫生法制建设的不断完善，人民生活水平、文化素质的提高和维权意识的增强，患者想要得到的医疗信息越来越多。因此，加强医患之间的沟通，既能提高患者对疾病诊疗全过程及其风险性的认识，减少医患之间由于信息不对称而产生的矛盾和纠纷，同时，又能增强医务人员的责任意识和法律意识，提高医疗服务质量，使患者及其近亲属学习到更多的健康卫生知识，破除迷信、增进医患互信、科学的战胜疾病。为适应新形势，保护患者合法权益、防止医疗纠纷的发生，维护良好的医疗秩序及广大医务人员的切身利益，确保医疗安全，化解医患矛盾，从更深层次上稳步提升医疗质量，特制定本制度。

2. 执行对象：

凡是本院职工在为患者提供的各种服务过程中都应当遵守本制度。

3. 各岗位人员的医患沟通时机、内容及要求

全院所有工作人员除应主动、热情、礼貌、诚恳、语气平缓、满意回答患者及亲属提出的问题外，不同岗位尚需与患者及亲属就以下内容进行满意有效的沟通：

3.1 导医：以主动了解患者当前需要为主要内容并给予满意回答。

3.2 挂号室：了解患者姓名、性别、年龄、住址、邮政编码、联系电话、职业、工作单位等内容。小儿患者还需要了解其监护人情况。

3.3 门（急）诊首诊医师：门诊首诊医师依照《首诊医师负责制度》规定接诊。在接诊时，应根据患者的既往病史、现病史、体格检查、辅助检查等对疾病做出初步诊断，并安排其进一步诊疗办法，征求患者意见，告知起居、饮食、活动以及接受诊疗中的注意事项等内容，直至患者满意离去。需要进一步检查或治疗者应简述其必要性、依从性（诊疗活动带来的不便而导致患者依从接受的程度）以及花费情况，并指导或护送患者进入下一个诊疗程序。

3.4 住院处人员：当患者办理住院手续、补缴预交款、进行结算、查询费用等情况时，住院处工作人员应当向患者介绍我院的物价执行标准，并说明费用发生的原因和记帐流程，消除患方误会。如有争议，住院处工作人员应当主动与费用发生源工作人员联系，由费用源头给予沟通解释。如系住院处记帐录入错误，应主动赔礼道歉。

3.5 病区住院期间的沟通

3.5.1 入院时沟通：病区工作人员无论是谁发现患者新来入住，均应主动、热情上前招呼，并联系值班护士予以接待。值班护士接待新入患者后，在安排病床以后及时向患者告知住院须知、注意事项、生活指南等内容，并帮助患者熟悉就餐、用水、入厕等事宜。确定经治医师、责任护士后应当告知患方经治医师、责任护士姓名、称呼，并在床头卡上予以注明。

3.5.2 病区首诊医师：病区首诊医师依照《首诊医师负责制度》接诊。当班医师（含进修、实习、新毕业轮转医师）发现新患者入住护理程序尚未结束之前应主动与患者打招呼，告知住院诊疗程序，消除着急、紧张情绪，取得患者配合，护理程序一经结束，当班医师即开始诊疗程序。接诊前先向患者介绍自己姓名，态度要热情、诚恳。首次病程记录书写完成以后应立即与患者及家属就初步诊断、可能的病因诱因、诊疗原则、进一步检查的内容、饮食、休息、注意事项等进行初步沟通。

3.5.3 急诊入院患者应在护士办理住院的同时即应开始进行诊疗抢救等活动，并及时告知相关内容（诊断、危险、风险、最佳诊疗措施）以及书写危重告知书。危重告知书应由其近亲属或委托代理人签字并同意拟定的诊疗方案。

3.5.4 由于风险、费用等原因患方不同意最佳诊疗方案时应拟定次选方案，并就患方不同意选择最佳方案而选择次选方案由患方签字认可。



3.5.5入院三天内的沟通：医护人员在患者入院三天内必须进行正式沟通。医护人员应向患方介绍疾病诊疗情况、主要诊疗措施、取得的预期效果以及下一步治疗方案、需要患方在哪些方面予以配合、以及患方对诊疗的意见体验等进行广泛沟通，并由患方签字，密切医患关系。

3.5.6住院期间的沟通：包括病情变化、有创检查及有风险处置前后、变更诊疗方案、贵重药品使用、发生欠费、急危重随疾病转归的及时沟通、术前、术中改变手术方式、麻醉前、输血前以及超医保范围药品、项目等时机的沟通。以上情况沟通要及时，消除患方不良情绪对诊疗造成不利影响。

3.5.7出院时：医护人员除正常出具出院证、出院记录外，应向患方明确说明患者在院诊疗情况、出院医嘱及出院注意事项，随诊及随访时间。需要时应为患者出具诊断证明以及病历复印件。诊断证明盖章和复印病历应由经治医师负责办理。

3.5.8收费处：参照住院处执行。



审批委员会（组织）：医疗质量与安全管理委员会

签发人：  签发时间：2021-07-01

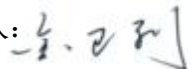


文件编号	NXY Y-RSK-ZD 001	文件名称	待岗、缓聘、解聘、 试聘的规定	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1.目的：为加强劳动纪律，提高员工队伍整体素质，增强医疗集团各院区活力，建立和维护劳动制度，制定本制度。</p> <p>2.适用范围：医疗集团各院区在岗职工。</p> <p>3.内容</p> <p>3.1.待岗：由于个人业绩平庸或表现不好，科室认为不能在原岗位安排工作的在职待聘人员称待岗。</p> <p>3.2.缓聘：由于本人表现不好或违反院规，导致医院利益或信誉受损，被作出短期不聘者称缓聘。</p> <p>3.3.解聘：由于违反院规或法律、法规，经缓聘后又重犯或新犯，或性质严重构成违法、犯罪但不判刑者。</p> <p>3.4.试聘：待岗人员由医院重新安排工作的试聘期为三个月。缓聘期为六个月，复聘前试聘期为三个月。</p> <p>3.5.复聘：待岗、缓聘人员试聘期满，经所在科室主任和职工评议，确实认为已改过自新的，可以复聘。</p> <p>4.缓聘、解聘条件</p> <p>4.1.符合下列条件之一者，可予缓聘：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 工作表现不好，经教育无效者； (2) 院部或科室安排工作后不服从分配者； (3) 医疗上发生事故或严重差错二次者； (4) 开大处方、作伪证等影响较大的违规行为，聘用期内累计发生二次者； (5) 收受“红包”、“回扣”等经查实后影响较大但不构成犯罪者； (6) 当班者，延误抢救病人时机，造成较大纠纷的直接责任人； (7) 院外违纪违法查实，但不构成犯罪者； (8) 其他违反院规给医院经济和信誉造成损失，医疗集团党委会认为应当给予缓聘者。 <p>4.2.符合下列条件之一者，可予解聘：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 不胜任本职工作，经调整岗位仍不能胜任工作的； (2) 新工在试用期间（见习期），被证明不符合录用条件的； (3) 违反院规经缓聘后又重犯或新犯者（即经二次缓聘处理者）； (4) 严重失职，营私舞弊，使单位造成重大经济损失者； (5) 受行政处分，无悔改表现者； (6) 依法追究刑事责任者； (7) 其他违反聘用合同规定，院、科两级领导认为应当解聘者。 <p>5.待遇</p> <p>5.1.待岗人员待聘期为一年，医院负责提供二次上岗机会，本人可以联系调离，也可到人才市场择业或自谋职业。待聘期满一年仍未找到岗位或调离的，按解聘或辞退处理。</p> <p>5.2.缓聘期间只发工资，停发绩效工资和其他福利。试聘期按缓聘期待遇执行。试聘、缓聘满半年者，当年年度考核作不合格处理。</p> <p>5.3.解聘、辞退人员由院方提出者，按浙人政〔1998〕141号文件执行，给予一定的经济补偿金。</p>					



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会
签发人： 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXYR-RSK-ZD00 2	文件名称	岗位设置及聘用管理办法	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利

1.目的：为加强医疗集团人才队伍建设，建立健全聘用制度和岗位管理制度，实现人事管理的科学化、规范化和制度化，根据省、市、区有关文件精神，按照区人力资源和社会保障局核准的《南浔区医疗集团岗位设置及评聘规划》，结合实际，制定本办法。

2.指导思想：通过建立岗位管理制度和人员聘用制度，创新管理体制，转换用人机制，整合人才资源，凝聚优秀人才，实现由身份管理向岗位管理的转变，调动医院各类人员的积极性和创造性，促进医院各项事业的发展。

3.基本原则：坚持科学设岗、宏观调控的原则；坚持按需设岗、精简高效的原则；坚持竞聘上岗、按岗聘用、合同管理原则。

4.实施范围：医疗集团现有在编在册的正式工作人员。

5.政策依据

根据省委办公厅、省政府办公厅《关于印发〈浙江省事业单位岗位设置管理实施办法(试行)〉的通知》(浙委办〔2009〕138号)和《关于事业单位岗位设置管理有关问题的处理意见》(浙人社发〔2010〕37号)、中共湖州市委组织部湖州市人事局《关于印发〈湖州市事业单位岗位设置管理实施意见〉的通知》(湖人发〔2010〕79号)、《湖州市机构编制委员会关于重新核定市属医院事业编制等事项的批复》(湖编〔2016〕4号)、《湖州市人力资源和社会保障局湖州市卫生和计划生育局关于调整医疗卫生机构专业技术岗位结构比例控制标准的通知》(湖人社发〔2017〕52号)等有关文件精神。

6.经核准的岗位设置情况

6.1.岗位总量

经南浔区人力资源和社会保障局核准，医疗集团各院区专业技术岗位为主体岗位的事业单位，按批准人员编制为1433人，可设置岗位总量为1433个；分为管理岗位、专业技术岗位二种类别。具体岗位总量、类别及类别比例关系如下。

岗位总量	类别	管理岗位	专业技术岗位	工勤技能岗位
1433	比例	0.42%	99.58%	
	数量	6	1427	

6.1.1.管理岗位的名称、等级、数量

管理岗位指担负医院领导职责或管理任务的工作岗位。医院管理岗位设2个等级，即九级职员、十级职员，设管理岗位数量6个。

6.1.2.专业技术岗位等级、数量及结构比例

专业技术岗位指从事专业技术工作，具有相应的专业技术水平和能力要求的工作岗位。医院专业技术岗位设10个等级，包括高级岗位、中级岗位和初级岗位，设置详见下表：

职称	岗位等级	岗位名称	设置数量	比例(%)	岗位数量	比例(%)
正高级	三级	主任医(药、护、技)师	142	10%	56	39.4%
	四级				86	60.6%



副高级	五级	副主任医（药、护、技）师及其它系列副高级岗位	214	14.9%	42	19.6%
	六级				85	39.7%
	七级				87	40.7%
中级	八级	主治（主管）医（药、护、技）师及其它系列中级岗位	642	45%	192	29.9%
	九级				256	39.9%
	十级				194	30.2%
初级	十一级	医（药、护、技）师及其它系列助理级岗位	429	30.1%	214	49.9%
	十二级				215	50.1%

7. 岗位聘用

7.1 各类岗位的基本任职条件

7.1.1 热爱祖国，遵守宪法和法律。

7.1.2 具有良好的品行、医德医风职业道德。

7.1.3 遵守医院规章制度，爱岗敬业，具有团结协作精神。

7.1.4 具备岗位所需的专业、能力或技能条件。

7.1.5 适应岗位要求的身体条件。

7.1.6 具备岗位所需的论文、科研等须符合科研诚信及医学伦理等要求。

7.1.7 具备岗位所需的其他条件。

7.2 管理岗位其他任职条件：按照《中共南浔区委组织部南浔区人力资源和社会保障局关于事业单位岗位管理制度实施后有关问题的意见》（浔人社〔2014〕4号）文件执行。

7.3 专业技术岗位其他任职条件：专业技术岗位的任职条件应按照现行专业技术职务评聘的有关规定执行，实行职业资格准入控制的专业技术岗位，任职条件应包括准入控制的要求。

7.3.1 专业技术三级岗位由其组织部、区人力资源和社会保障局统一管理，实行数量控制和条件控制。专业技术三级岗位的聘用需按照隶属关系逐级上报区卫生健康局、区人力资源和社会保障局核准认定。具备《事业单位岗位设置管理实施意见（试行）》规定的基本任职条件，已聘任在正高专业技术职务满三年及以上，并符合《湖人社发【2019】41号（专技三级岗位管理办法）》。

7.3.2 专业技术四级岗位须通过相关考试，成绩合格并通过南浔区医疗集团卫生高级专业技术职务自主评聘。

7.3.3 专业技术五级岗位须在专业技术六级岗位聘任满3年及以上，专业技术六级岗位须在专业技术七级岗位聘任满3年及以上。

7.3.4 专业技术七级岗位须通过相关考试，成绩合格并通过南浔区医疗集团卫生高级专业技术职务自主评聘。

7.3.5 专业技术八级岗位须在专业技术九级岗位聘任满3年及以上，专业技术九级岗位须在专业技术十级岗位上聘任满3年及以上。

7.3.6 专业技术十级岗位须通过相关考试，成绩合格，具备专业相关的省级论文一篇或者市级论文二篇。

7.3.7 专业技术十一级岗位须在专业技术十二级岗位聘任满3年及以上。



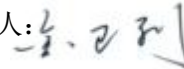
7.3.8 专业技术十二级岗位与专业技术十三级岗位须通过相关考试，成绩合格或者符合国家相关政策要求。

8.工勤技能岗位任职条件（现聘在工勤岗位，按照区人社局最新批复，退一减一）

9.本方案由医疗集团人力资源管理中心负责解释。



审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会

签发人： 签发时间：2022-11-30



文件编号	NXY-Y-MSK-ZD003	文件名称	关于对未取得执业资格、专业技术资格人员实行解聘的有关规定	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利

1. 目的：依照《中华人民共和国医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国护士管理办法》等法律法规的要求和全国专业技术资格考试的有关规定，结合集团工作实际，特制定本规定。

2. 适用范围：集团各院区所有在编人员、编外人员和劳务派遣人员

3. 内容

3.1. 新参加工作的医生、护士，见习期满，按规定依法参加全国执业医师、执业护士资格考试，取得相应资格并经注册后，方可从事医师执业及护理工作。

3.2. 凡新参加工作的医生、护士，第一次执业资格考试未通过者，医院允许其参加下一年度考试，如第二次考试仍未通过者，则医院与其解除聘用合同或劳动合同。

3.3. 凡新毕业参加执业助理医师考试的人员，其考试要求参照本规定第二条执行。

3.4. 凡参加执业资格、各类初、中级和高级专业技术资格考试的费用一律自理。



审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会
签发人：金卫利 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXYY-RSK-ZD004	文件名称	离退休人员管理规定	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利

1. 目的：为了贯彻执行党和政府有关离退休人员各项政策，落实好离退休人员待遇，维护离退休人员合法权益，做好离退休人员管理和服务工作，根据上级有关政策规定，结合集团实际，经研究，制定离退休人员管理办法。

2. 适用范围：集团各院区离退休人员

3. 内容

3.1. 退休年龄规定

3.1.1. 退休年龄按照国家规定执行。干部男满60周岁，女满55周岁，工人男满60周岁，女满50周岁。达到退休年龄后，由组织人事科负责为其办理离退休手续。

3.1.2. 担任高级专业技术职务的女性，60周岁退休，身体不能坚持正常工作，本人自愿，可以申请55周岁办理离退休手续。

3.1.3. 本人的出生日期，以档案中最先记载的出生日期为准。但如发现弄虚作假，故意更改出生日期的要严加查处，并追究当事人责任。

3.2. 离退休人员待遇

3.2.1. 贯彻执行党、国家、集团有关离退休职工的各项方针、政策、规定，负责离退休人员各项待遇的落实，保障和维护离退休人员的合法权益和待遇。

3.2.2. 坚持慰问制度。每逢春节、重阳节，要开展多种形式的慰问活动。对住院患者要及时慰问，表示组织关怀。离退休人员逝世时，要会同有关部门，妥善帮助处理后事，安抚家属。

3.2.3. 坚持体检制度。对离休干部、退休人员每年进行一次体检。

3.2.4. 做好离退休人员的服务工作，经常了解他们的身体及生活等方面的情况，反映他们的合理诉求与意见，帮助他们解决实际困难。及时慰问生病住院的离退休职工和吊唁去世的离退休职工，做好孤老、失独、病残等特殊困难离退休职工的走访慰问工作。

3.2.5. 组织开展有益于离退休职工身心健康的活动，实现五个“老有”。负责重大节假日以及大型活动的组织工作。

3.3. 退休人员返聘留用管理办法

3.3.1. 返聘留用条件及要求

3.3.1.1. 科室或医院工作需要，本人身体健康、退休后愿意继续工作者。

3.3.1.2. 返聘人员须具有较高专业技术水平和丰富实践经验，具备中级或以上专业技术资格，医疗、护理等临床岗位需要相应执业资格。

3.3.1.3. 所聘岗位以临床、医技一线岗位为主，；非临床、医技科室的岗位原则上不返聘留用；紧缺岗位或特殊人才可适当放宽条件，由医疗集团党委一事一议。

3.3.1.4. 按岗位需要进行聘用，能胜任岗位所需的工作要求与职责。

3.3.1.5. 未曾发生过违纪事件。

3.3.2. 返聘留用程序

3.3.2.1. 组织人事科每年12月向退休人员所在科室征求返聘留用意见，退休人员填写《退休人员岗位聘用申请表》，院区科主任、分管领导同意后，交由集团人力资源管理中心审核后再提交集团党委会讨论决定是否聘用。

3.3.2.2. 当年度退休人员若返聘其返聘条件参照3.3.1，由退休返聘人员填写《退休人员岗位聘用申请表》，院区科主任、分管领导同意后，交由集团人力资源管理中心审核后再提交集团党委会讨论决定是否聘用。



3.3.2.3. 人力资源管理中心根据集团党委会讨论结果，下达岗位聘用通知，聘期一般为一年。聘期内返聘人员若辞聘，须提前一个月向科室申请，并到人力资源管理中心备案。

3.3.3. 待遇、职责与要求

3.3.3.1. 待遇

3.3.3.1.1. 退休返聘人员在返聘期间每月工资按照《中共湖州市南浔区医疗集团委员会关于退休返聘人员待遇的规定》发放。

3.3.3.2. 职责与要求

3.3.3.2.1. 岗位聘用人员须服从医院及所在科室的工作安排及管理，履行岗位职责，自觉遵守医院的各项规章制度（包括政治纪律、行风要求）。

3.3.3.2.2. 应按在职人员管理规定办理各种请假手续，由科室统一考勤。

3.3.3.2.3. 返聘留用人员到外单位会诊、手术等，应按照医务科有关规定办理手续，不得自行联系外出会诊。

3.3.4. 解聘（返聘留用人员出现下列情况之一的，医院可随时解聘）

3.3.4.1. 聘用期间未能按约定完成规定的工作任务；

3.3.4.2. 出现重大差错和过失而损害医院利益；

3.3.4.3. 违反医院的规章制度，如开大处方、向外介绍病患对医院造成不良影响，擅自在外兼职或自行外出会诊或手术等。

3.3.4.4. 聘期一年内病事假累计超过3个月。

3.3.5. 本办法自公布之日起执行，凡过去文件规定与本办法不一致的，以本规定为准。

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会

签发人：李卫刚 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXYY-RSK-ZD005	文件名称	湖州市南浔区医疗集团出国（境）审批管理规定	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利

1. 目的：为进一步规范和加强医疗集团职工出国（境）审批管理工作，健全和完善因私出国（境）证件申领、集中管理和出国（境）登记备案管理工作，并按照上级主管部门统一领导、归口管理、分级负责、协调配合的原则做好因公出国（境）管理工作，特制定本规定。

2. 因公临时出国（境）管理规定

2.1. 因公短期出国（境）人员基本条件

2.1.1. 出国（境）活动必须符合国家外事部门的相关规定。

2.1.2. 出国（境）人员应具有良好的政治思想素质。

2.1.3. 公派出国（境）学习人员应具有较强的教学、科研和外语应用能力。

2.1.4. 公派组团出国（境）必须要有明确的公务目的和实质性的出访内容。

2.2. 审批原则和要求

2.2.1. 凡是以南浔区医疗集团各院区工作人员身份出国（境），包括交流访问、学术访问、科学研究、调研、培训、出席国际会议等，无论使用医院经费还是非医院经费（包括接受境外资助、邀请方或第三方资助等），均须通过因公临时出国（境）审批渠道办理手续，持因公护照出国（境），不得持因私证照。

2.2.2. 因公临时出国（境）必须有明确的出访目的和实质内容，并与本人的医疗、教学、科研和日常管理工作密切相关，必须提供真实规范的邀请函和具体日程安排。邀请函必须从出访国/地区本土发出。邀请单位和邀请人应与出访人员的职级身份相称。不得应境外中资企业邀请出访，不得接受海外华侨华人和外国驻华机构邀请，严禁通过中介机构联系或出具邀请函。

2.2.3. 出访人员必须严格按照审批结果执行出国（境）任务。严禁以任何名义前往未报批国家（地区），包括未报批的“申根国家”和互免签证国家。严禁擅自延长在外停留时间，不得变更出访路线或以任何理由绕道旅行，或以过境名义变相增加出访国家和时间。必要的过境应按最短时间和最短距离安排。

2.2.4. 出访人员应当根据工作需要尽量压缩在外停留时间。出访期间不得从事与出访任务无关的活动，不得办理因私事务（如探亲、访友、旅游等）。严禁变相公款旅游，严禁安排与公务活动无关的娱乐活动。不得携带配偶和子女同行。

2.2.5. 出国（境）参加学术会议，原则上须有学术论文被会议接受并应邀在会议上报告，或在会议中担任一定职务。原则上不得使用同一篇论文参加多个学术会议，或同一篇论文多人参加同一会议。出访人员必须具有较强的外语表达和交流能力。

2.2.6. 因公临时出国（境）人员，须购买境外意外伤害及医疗保险。

保险费用可从相关出访费用来源支出。

2.3. 审批程序

2.3.1. 出访人员因公出国（境）需经所在院区科室科主任或分管领导同意，医疗集团党委会讨论通过后，由人力资源管理中心科办理具体手续，原则上需要提前三个月向人力资源中心提交申报材料，具体如下：

(1)湖州市南浔区医疗集团因公出国（境）审批单；

(2)因公临时出国人员备案表；

(3)因公临时出国经费预算审核表；



(4)邀请函(邀请函应有邀请单位函头(单位名称、地址、电话),内容齐全,有明确的访问目的、课程详细安排、出国人员名单、访问时间、停留时间、费用承担),落款应有邀请人签名或邀请单位盖章;如果是英文版需提供译文。

(5)出访行程

(6)以培训、进修形式出访,需同时上交具体培训、进修文件的通知。

2.3.2. 出访费用预算中各项费用填写时请参照《各国家和地区开支标准表》,不得超出规定额度。

2.3.3. 因公临时出国(境)材料提交后,由人力资源管理中心在各院区进行事先公示,公示期不少于5个工作日。

2.3.4. 公示结束后报区卫健局审核批准,报区卫健局、区外事办

(区台办)审核批准。最终出访人员凭任务批件办理因公护照(通行证),并按照出国任务批件批准的国家、任务、时间执行出访任务。

2.3.5. 出访任务完成后,出访人员需在一周内将个人因公护照(通行证)交回相应护照管理部门,集团人力资源管理中心报备,由人力资源管理中心对其进行回国公示。一个月内出访人员分别向区外事办(区台办)和集团人力资源管理中心提交出访报告。领取证照后因故未出境者,从决定取消出访任务起一周内交回区外事办(区台办)。

2.4. 经费管理及财务报销

2.4.1. 根据国家要求,因公临时出国(境)经费全部纳入预算管理。出访团组应严格控制因公临时出国(境)经费总额,科学合理地安排经费预算。

2.4.2. 在协会、学会等社会团体中担任领导职务的人员因所在团体公务活动临时出国(境),出访费用须由该社会团体承担。

2.4.3. 未经报批自行因公临时出国(境)访问者,集团财务不予报销。因私出国(境)者,不得使用公款。

2.4.4. 出访人员回国后需持下达的任务批件复印件、因公临床出国经费预算审核表复印件、原始报销费用单据到财务科报销。

2.5. 外事纪律

2.5.1. 因公临时出访的行前外事纪律教育由出访人所在科室党支部负责人和人力资源管理中心共同负责,根据出访任务采取个人阅读材料、团组集中教育、团组负责人重点谈话和团员个别提醒等方式。

2.5.2. 出访人员在境外应接受我驻当地使领馆的指导和监督,遇到重大问题要及时汇报。出访人员应自觉维护国家利益和医院利益,不做有损国家和医院声誉的事情,不得从事与自己公务身份不相符的活动。不得就国家安全、领土主权、意识形态、民族、宗教等问题发表与国家政策相悖的不当言论或有不当行为。

2.5.3. 严禁以任何理由出入赌博场所或以任何形式的资金参与赌博;严禁出入色情场所和观看色情表演,不得参加涉及低级趣味的娱乐游览项目;不得借出访之机谋取私利;不得违反国家规定收送礼品;不得使用公款大吃大喝,聚众酗酒;不得使用公款购买高档消费品、礼品或参加高消费娱乐活动。

3. 因私出国(境)审批管理规定

3.1. 因私出国证件类型及集中管理对象

因私出国(境)证件是指个人持有的普通护照、往来港澳通行证和往来台湾通行证。集团院级领导及高级职称人员因私出国(境)证件均须交由湖州市南浔区卫健局组织人事科保管;集团在编人员、重点岗位、编外党员的因私出国(境)证件均须交由医疗集团人力资源管理中心集中保管。以上人员凡出国(境)定居、探亲、访友、继承财产、自费留学、旅游及其他非公务活动出国(境)的,均须办理因私出国(境)审批手续,实行一事



一批，一般一年内不得超过一次。

3.2因私出国（境）审批程序

3.2.1普通工作人员每次因私出国（境）时，须填写《因私出国（境）申请》（见附1），《南浔区卫健系统因私出国（境）审批表》（见附2）经纪检监察室、院领导审批后，交集团人力资源管理中心备案。

3.2.2特定岗位工作人员（指医院班子或具有副高及以上职称的人员，下同），每次因私出国（境）时，须填写《因私出国（境）申请》（见附1），《南浔区卫健系统因私出国（境）审批表》（见附2），先由纪检监察室、院领导审批盖章后，报南浔区卫健局组织人事科审批盖章。局组织人事科存档。

3.2.3特定岗位工作人员（集团在编人员、重点岗位、编外党员）办理因私出国（境）证件（包括签注），须填写《关于同意申办出入境证件的函》（见附件4）。按审批权限报批后申领因私出国（境）证件。再交由相应证照管理部门进行管理。出国程序按照3.2.1执行。

3.2.4所有人员因私出国（境）前均需填写《出国（境）反奸防谍安全防范承诺书》（见附件5）。

3.3因私出国（境）证件照管理规定

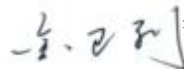
3.3.1登记备案人员因私出国（境）返回后，应在10天内将已申领的出国（境）证件照上交集团人力资源管理中心保管并填写《南浔区卫健系统党员和公职人员因私出国（境）情况报告登记表》（附件3）。

3.3.2因故未按时出国（境）的，应在审批部门批准后三个月内，及时上交已申领的出入国（境）证件。再次出国（境）的，必须凭《因私出国（境）申请》，《南浔区卫健系统因私出国（境）审批表》，领取个人因私出入国（境）证件。

3.4相关工作要求

严肃查处出国（境）中的各种违纪违法行为。未经单位批准或弄虚作假申请办理出国（境）手续的，未按规定上交出入国（境）证件和书面报告的，在国（境）外期间有危害国家安全行为和其他违纪违法行为的，以及接受资助、在单位报销旅游费用的，将按有关规定予严肃处理。对触犯刑律的，要移送司法机关依法追究刑事责任。对不认真履行职责，审核把关不严，并造成严重后果的，按照有关规定追究有关责任人的责任。

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会

签发人：  签发时间：2021-06-18



- 附件：1.因私出国（境）申请
2.南浔区卫健系统因私出国（境）审批表
3.南浔区卫健系统党员和公职人员因私出国（境）情况报告登记表
4.关于同意申办出入境证件的函
5.出国（境）反奸防谍安全防范承诺书

附件 1

因私出国（境）申请

**（单位）党委（党组）：

本人拟于（时间）携（同行人员），因私赴地点事由（旅游、探亲），在外停留天，其中公休日**天，年休假**天，费用自理，望予以批准。

（供参考，以上为必备要素，其他内容可根据实际增加）

申请人：***（本人签字）

年月日



附件 2

南浔区卫健系统因私出国（境）审批表

领用人姓名		所在单位及职务	
领用证件名称	<input type="checkbox"/> 普通护照 <input type="checkbox"/> 往来港澳通行证 <input type="checkbox"/> 大陆居民往来台湾通行证 <input type="checkbox"/> 其他_____		
出国（境）地点		出国（境）时间	X月X日—X月X日，共X天，其中年休假X天。
出国（境）原因	<input type="checkbox"/> 旅游 <input type="checkbox"/> 探亲 <input type="checkbox"/> 其他_____		
医疗卫生单位意见	（签字、盖章） 年月日	同级纪检监察部门意见 1947	（签字、盖章） 年月日
证件保管科室意见	科室负责人签字： 年月日	证件保管部门意见	分管领导签字： 盖章 年月日
归还日期	本证件于年月日前归还。 申请人签名：		

注：1. 因私出国（境）证件类型包括：普通护照、往来港澳通行证、大陆居民往来台湾通行证。

2. 领用人回国（境）后 10 天内将证件交回保管科室，此表留存。



附件 3

南浔区卫健系统党员和公职人员因私出国 (境) 情况报告登记表

姓名		单位及职务	
前往国家或地区		出国(境)时间 及返回时间	
出国(境)事由		护照或通行证 号码	
出入境证件 是否交所在单位 党组织保管		自己支付的 费用情况	
同行人员			
到达国(境)外的主要 城市及活动			
本人认为需要 向组织说明的 有关情况			

本人签名填表日期 年 月 日

备注：因私出国(境)返回 10 天内如实填写此表



附件 4

关于同意申办出入境证件的函

出入境管理部门：

同志（身份证号码：）系（填写单位全称）的（填写职务）。

按照干部管理权限，我单位同意该人申办：

- 普通护照
- 往来港澳通行证及香港签注
- 往来港澳通行证及澳门签注
- 往来台湾通行证及签注

组织、人事部门联系人姓名：

联系电话：

负责人签名： 公章

年月日

- 备注：1、登记备案国家工作人员申请出入境证件须提交此函。如有涂改，本函无效。
2、登记备案单位须在同意办理的出入境证件类型前打钩“√”，在不同意办理的证件类型前打叉“×”。
3、本函自开具之日起3个月内有效。
4、因受理往来港澳和台湾签注申请涉及出入境次数问题，如有关组织人事部门无特别说明，公安机关为登记备案国家工作人员办理因私赴港澳台签注时均签发一次性出入境有效签注。

特别说明：（请文字说明并加盖公章）



附件 5

出国(境)反奸防谍安全防范承诺书

通过参加此次行前国家安全教育培训,我已学习《中华人民共和国国家安全法》、《中华人民共和国反间谍法》等相关法律规定,了解公民在国(境)外期间安全防范注意事项,知悉应当承担的保密义务和相应的法律责任。本人着重承诺:

一、严格遵守外事纪律、团组规章制度,服从团组管理;严格遵守请销假制度,不单独外出;严格遵守当地法律法规。

二、严格遵守保密纪律和反奸防谍制度规章。不违规携带任何涉密资料、设备和载体出国(境);在外期间,不使用个人电子设备存储、处理涉密或敏感信息;不使用手机谈论涉密事项;不在无保密条件的场所谈论涉密事项。

三、严格遵守生活纪律,不进入涉黄、涉赌、涉毒等场所。

四、如遇到境外组织和个人对我出访人员进行盘查、纠缠、威胁、策反、资助、馈赠等情况,应及时向团长报告,并在回国后及时向派出单位和国家安全机关报告,不得隐瞒事关国家安全的情况或事项。

五、积极配合所在部门(单位)及国家安全机关的回访工作。

六、若违反上述承诺,自愿承担党纪、政纪和法律责任。

承诺人:

年 月 日



文件编号	NXYY-RSK-ZD006	文件名称	人才培养管理制度	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利

1. 目的：为加强对医疗集团各院区医、护、药、技等专业技术人员的业务培训和医院管理人员的培养，建立一支梯队合理、业务精湛、管理科学的医院人才队伍，特制定本制度。

2. 适用范围：本制度适用南浔区医疗集团各院区职工。

3. 内容

3.1 组织部门

医疗集团人力资源管理中心作为人才培养管理的职能部门，负责拟定集团的人力资源规划和人才梯队建设规划，其他职能科室根据各自职能分工合作，积极倡导创建学习型医院，鼓励优秀人才脱颖而出。

3.2 途径和方法

3.2.1 提倡利用业余时间自学和通过工作实践不断积累经验，提高业务水平和综合素质。

3.2.2 岗前培训：集团新进职工均应参加岗前培训。

3.2.3 学术讲座：由各院区科教科、医务科统一安排全院的学术讲座，每个月不少于 1 次，学术讲座实行学分制管理，与职称晋升挂钩。

3.2.4 学术交流：采取“走出去、请进来”的办法，有计划安排职工参加省、市、区内外的学术会议交流及短期培训班学习，同时邀请省、市、区内外的著名专家来我院会诊、讲座、指导手术和传授经验。

3.2.5 科室业务学习：科室每个月必须安排不少于 1 次的集体业务学习，不定期安排教学查房和疑难病例讨论，并认真做好记录，纳入科室综合目标考核内容。

3.2.6 外出进修：由科教科、护理部负责，鼓励临床医务人员外出进修学习，尤其是学习能带动学科发展的重大项目和技术。

3.2.7 住院医师规范化培训：按照国家、省、市、区卫健主管部门有关规定进行培养。

3.2.8 继续教育：专业技术人员均需参加继续教育，作为职称晋升及聘用的重要依据。

3.2.9 攻读在职学位：积极鼓励在职人员不脱产攻读在职学位。

3.3 人才培养的内容

3.3.1 党风廉政建设教育、医德医风教育、职业道德教育、行业作风建设教育；

3.3.2 时事政治学习、党和国家医疗卫生工作的方针、政策；

3.3.3 法制教育；

3.3.4 业务技能培养，包括三基培训、新知识、新方法、医院感染、传染病防治等；

3.3.5 科教制度与政策，科研课题申报和科研论文协作，科研诚信教育。

3.3.6 其他相关知识培养，如计算机、医患沟通和医学心理学、伦理学等；

3.4 出台外出进修、攻读学位待遇文件，提高职工进修学习的积极性。

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会

签发人：金卫利 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXYY-RSK-ZD007	文件名称	人事档案管理制度	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1. 目的：为了提高人事档案管理水平，有效地保护和利用档案，更好地为医疗集团各院区各项工作服务，根据中国共产党中央组织部、国家档案局发布的《干部档案工作条例》（组通字〔1991〕13号），特制定本制度。</p> <p>2. 内容</p> <p>2.1. 人事档案室必须坚固适用，保持清洁，要经常检查防火、防盗、防晒、防潮、防蛀的设施和安全措施。</p> <p>2.2. 所保管的干部、工人等档案都应登记造册。</p> <p>2.3. 定期核对档案的顺序，发现问题及时纠正。</p> <p>2.4. 每年要对档案进行一次检查，发现问题及时解决，不符合档案列入规定的材料，严禁入档，做到归档及时，分类准确。</p> <p>2.5. 严禁任何人私自保存任何人的材料，对私自保管他人档案材料拒不交出的或利用私自保存的档案诬陷他人者，应视情节轻重予以严肃处理。</p> <p>2.6. 人事调动时，按规定办理档案转递手续，不准私自携带。</p> <p>2.7. 查阅和借用人事档案的规定：</p> <p>2.7.1. 查阅单位应按照查阅人事档案的规定履行查阅借用手续，凡因任免、调动、了解、审查、纪检等工作，需要查阅档案时，经人事部门同意后方可查阅和借用档案。</p> <p>2.7.2. 档案管理人员根据查阅用途，确定是否提供和提供何种材料，外单位人员凡因职工子女及其亲属入团、入党、入学、参军、参加工作等进行政审，需要了解有关职工情况时，一般不给阅档。如确因具体查阅时，应持有阅档介绍信。</p> <p>2.7.3. 档案一般不外借，在特殊情况下经批准可以借用，借用时必须严格履行手续，并按期归还。</p> <p>2.7.4. 查阅档案时，必须严格遵守保密制度和阅档规定，严禁涂改、圈阅、拆卸、折叠、撤换档案材料，不得向无关人员泄露或向外散布档案内容，违者应视情节轻重，予以批评教育，直至纪律处分。</p> <p>2.7.5. 摘抄档案，需征得档案管理人员同意后，可以根据查阅提纲摘抄有关问题，但不准往笔记上摘抄。抄录的材料，要履行校对、签署意见、登记等手续。</p> <p>2.7.6. 阅档人员严禁在档案材料附近吸烟喝水等，以免损坏和污染档案材料。</p>					
<p>审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会 签发人：金卫利 签发时间：2021-06-18</p>					



文件编号	NXYY-RSK-ZD008	文件名称	人员紧急替代制度	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1. 目的：为提高南浔区医疗集团各院区处置紧急突发事件的应急能力，保障医疗工作的正常运行，保证患者获得连贯诊疗，结合实际，特制定院科两级人员紧急替代方案与程序。</p> <p>2. 适用范围：本制度适用全院范围。</p> <p>3. 名词定义：人员紧急替代是指：在紧急意外情况下，岗位人员短缺，为保证医疗工作连续性、安全性，由具备该岗位资质的人员替代行使该岗位职责的情况。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 根据分管业务，建立以院领导为组长，相关职能科室负责人为组员的应急调配领导小组。</p> <p>4.2 职能科室人员紧急替代程序与替代方案。各职能科室应做好岗位轮换及岗位培训，保证出现突发事件时能顺利实现人员替代。医院行政总值班人员因故不能值班时，由医院党政综合办负责安排替代人员。医疗工作出现突发事件，由医务科负责安排替代人员。护理工作出现突发事件，由护理部负责安排替代人员。医院安全保卫事务出现突发事件，由保卫科负责安排替代人员。水、电、气、供应、保洁、排污、病房加床、配送等事务出现突发事件，由总务科协调安排替代人员。医疗设备等事务出现突发事件，由设备科安排替代人员。医院计算机及网络系统出现突发事件，由信息科负责安排替代人员。挂号收费等事务出现突发事件，南浔院区由门诊部安排替代人员，其他院区由财务科安排替代人员。</p> <p>4.3 业务科室人员紧急替代程序与替代方案。</p> <p>4.3.1 白班：因工作繁忙而当班人员不足，或当班医务人员因突发情况不能坚持完成工作时，当班医务人员需向科主任报告，请求派相应人员替代。如有必要，可报相应职能科室，予以协调跨科调配。</p> <p>4.3.2 夜班及节假日：因工作繁忙而当班人员不足，或当班医务人员因突发情况不能坚持完成工作时，由当班人员负责联系二唤人员接替，并报科主任。如有必要可报总值班，总值班联系医务科、护理部等相关科室予以协调解决。</p> <p>4.3.3 各临床、医技科室根据要求安排二唤。</p> <p>4.4 门诊人员紧急替代程序与替代方案</p> <p>4.4.1 专科门诊医师因突发情况不能出诊，应及时报告本科室主任安排其他人员出诊。</p> <p>4.4.2 专家门诊医师因突发情况不能出诊，应及时报告本科室主任，安排相应职称的人员出诊，必要时上报医务科。</p> <p>4.4.3 门诊巡查及导诊护士发现门诊医师缺岗时，应及时通知科主任安排相应的人员替代。</p> <p>4.5 急诊工作人员替代程序与替代方案。</p> <p>4.5.1 因工作繁忙而当班人员不足，或当班医务人员因突发情况不能坚持完成工作时，当班医务人员需向相关科室科主任报告，请求派相应人员替代，如有必要，可报相应职能科室，予以协调跨科调配。</p> <p>4.5.2 接班人员未到岗时，交班人员不能擅自离岗。</p> <p>4.5.3 正常上班时间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，应及时通知相关科室主任安排相应的人员到岗应诊，不得延误对急诊患者的诊治，必要时上报总值班。</p> <p>4.6 术中人员紧急替代程序与替代方案。</p>					



手术中若发生手术人员，尤其是手术者因突发情况不能坚持完成手术时，由其下一级医师（第一助手）暂时替代其手术，同时向所在的科主任报告，请求派相应资质的医师上台完成手术，必要时上报医务科协调解决。

4.7 科室负责人紧急替代程序及替代方案。

4.7.1 科室负责人因事不在岗，应指定部门临时负责人，临时负责人的指定对象依次为副主任、医疗组长、高级职称人员、中级职称人员。因突发情况未指定临时负责人的，由医务科负责指定。

4.7.2 职能部门负责人因事不在岗，应指定部门临时负责人，临时负责人的指定对象依次为副主任、主任助理、干事。因突发情况未能指定临时负责人的，由医院党政综合办负责指定。

4.7.3 科室负责人请假外出前，应按中层干部外出请假的规定办理请假手续，并指定临时负责人。

4.7.4 医院各科室要结合所在科室的工作实际，按照本方案的要求制定科室及重要岗位具体的紧急替代方案及替代程序。

4.8 国家紧急救援按照医院《国家紧急救援中心启动应急替代制度》执行。

4.9 相关人员应保持通讯工具 24 小时畅通，不得饮酒及外出本市，以便紧急需要时能及时到位。如有特殊情况需离开本市，须提前请示人力资源管理中心，经批准后方可离开。

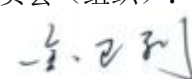
4.10 通讯方式

人事分管领导：金卫利 667262（移动）；
组织人事科：3065770 徐小英664315（移动）；
党政办：3036330 董钟琪668458（移动）；
医务科：3036031 石盛生662896（移动）；
护理部：3065251 蒋惠芳669281（移动）；
急诊科：3037129 施建强664266（移动）；
总务科：3065672 阮展宇 665140（移动）；
信息科：3037191 胡振江 659136（移动）；
设备科：3036214 归小琴660165（移动）；
门诊部：3065116 吴劲松678889（移动）；
医院总值班：15805727120 669999（电信移动均可）；
护理部总值班：611111（电信）；
总务科总值班：615555（电信）。

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会

签发人：[Signature] 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXYX-RSK-ZD009	文件名称	医务人员准入制度	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1. 目的：为进一步规范医务人员执业行为，确保医疗质量和医疗安全，依据《中华人民共和国医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国护士管理办法》等法律法规要求，制定本制度。</p> <p>2. 适用范围：南浔区医疗集团各院区医务人员</p> <p>3. 内容</p> <p>3.1. 凡上岗者必须持有国家机构颁发的执业资格证书(国家没有建立执业资格证书制度的专业，必须持有国家机构颁发的专业技术职务资格证书)。</p> <p>3.2. 医技专业凡国家规定需要大型医疗设备上岗操作证的，必须在取得上岗证以后才能够独立执业。</p> <p>3.3. 凡引进的专业技术人员必须具有相应的执业资格证书才能办理调入或聘用手续。执业地点不在本院的，相关科室必须在3个月内为其办理执业地点变更手续。</p> <p>3.4. 凡新参加工作的医生、护士，进院后第一次执业资格考试未通过者，医院将再给予一年的宽限期，一年后仍未取得的，则医院可与其解除聘用合同。</p> <p>3.5. 新毕业的护士在未取得执业资格证书以前不得从事临床护理工作，只能在护士指导下从事临床生活护理工作。但要有计划地安排护理操作训练和进行“三基”考核，以提高取得执业资格后的执业能力。</p> <p>3.6. 人事部门要坚决禁止非卫生技术人员进入卫生队伍，如一经发现因资格审查不严或徇私情而使用了非卫生技术人员，将追究有关人员的责任。</p> <p>3.7. 各科室要加强对医务人员的职业道德教育和继续医学教育，不断提高医务人员的执业素质。</p> <p>3.8. 各院区建立医务人员考核制度，对考核不合格者将暂停执业资格或按有关规定调离专业技术岗位或解聘。</p>					
<p>审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会 签发人：  签发时间：2021-06-18</p>					



文件编号	NXYX-YSK-ZD010	文件名称	薪酬管理制度	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利

1. 目的：根据《人力资源社会保障部、财政部、国家卫生计生委、国家中医药管理局关于开展公立医院薪酬制度改革试点工作的指导意见》（人社部发〔2017〕10号）、《湖州市人民政府关于印发湖州市全面深化公立医院综合改革试点实施方案（2016-2020年）的通知》（湖政发〔2016〕24号）、《关于印发湖州市开展公立医院薪酬制度改革试点工作实施方案的通知》、市卫健委关于印发《进一步完善市级公立医院绩效工资分配制度的指导意见》和《关于印发南浔区公立医院绩效工资总量核定办法（试行）的通知》（浔人社〔2018〕37号）的通知精神，为扎实推进薪酬制度改革试点工作，不断完善医院内部分配制度和分配机制，更好地发挥绩效工资的激励导向作用，特制定本分配方案。

2. 适用范围：本制度适用于医疗集团各院区所有职工。

3. 薪资管理办法

3.1. 以岗位为基础，实行岗位工资。

3.2. 以货币形式支付职工薪资。

4. 薪资形式：按月计算工资，并根据考核结果发放奖励性绩效工资。

5. 薪资结构：由基本工资（含岗位工资、薪级工资、护理10%工资、护士二级工资）、基础性绩效工资（含岗位津贴、生活补贴、工龄补贴）、国家规定的津补贴、特定岗位津贴、儿科补贴、月度奖励性绩效、年度奖励性绩效等构成。

5.1. 工资由基本工资和基础性绩效工资两部分组成

5.1.1. 基本工资：岗位工资+薪级工资+护士10%工资+护士上浮二级薪级工资

5.1.2. 基础性绩效工资：政策规定的各类津补贴

5.2岗位补贴：由临床护理津贴、夜班补贴、特定岗位津贴等组成，依据上级部门及医疗集团有关文件精神发放。

5.3奖励绩效：依据职工上月工作考核等，确定奖励性绩效工资幅度。

5.4管理岗位绩效：依据《中共湖州市南浔区医疗集团委员会关于南浔区医疗集团绩效奖分配方案（试行）的通知》发放绩效奖。

5.5专项绩效奖：包括优质病历奖、优质护理服务奖、单病种付费专项奖、降低药占比专项奖、满意度调查奖等，依据集团有关文件精神执行。

6. 薪资等级及薪资标准

6.1薪资等级

根据岗位不同，将岗位工资分为专业技术岗位、管理岗位、工勤岗位三类，每个岗位均分为初级、中级、高级三个等级。编外、劳务派遣岗位员工按合同支付岗位工资。

6.2薪资标准

6.2.1岗位工资及薪级工资依据《事业单位专业技术人员基本工资标准表》、《事业单位管理人员基本工资标准表》和《事业单位工人基本工资标准表》；

6.2.2基础性绩效工资、护龄津贴根据上级相关文件精神确定。

6.2.3奖励性绩效：严格控制药占比、耗占比、门诊住院均次费用不合理增长，按照考勤、工作质量、各项质控检查、医德医风等完成情况发放；

6.3书记、院长薪酬：执行年薪制。工资总额控制单位职工平均薪酬水平的2-3倍，具体由湖州市南浔区卫生健康局根据医院年度考核结果发放。

7. 薪资的确定和调整

7.1一般情况下，正式在编职工入职时由人事部门确定职工的岗位工资及薪级工资标



准，报主管部门及人社局工资福利处审核。

7.2南浔院区新进员工：研究生（无硕士学位）及以下学历应届生见习期1年，实行见习期工资；硕士及以上学历应届生初期半年，实行初期工资。其他院区按照人社局相关规定给予直接转正执行定级工资；有工作经历的新员工按照所聘的岗位执行岗位工资及薪级工资。

7.3职工试用期满后，根据考核情况确定职工的转正定级工资。

7.4职工在医院工作期间发生岗位变动，按新岗位工资标准确定薪资。

7.5其他工资变动。如取得省劳模资格，或指派援藏、援疆、援外，因行政或党内处分等需要发生岗位或薪级工资变动的情况。具体实施标准按照上级主管部门的审批或有关文件执行。

7.6退休聘用人员按所聘岗位享受聘用工资，其工资发放按《中共湖州市南浔区医疗集团委员会关于退休返聘人员待遇的规定》执行。

8. 薪资计算

8.1职工事假及其他各类休假期间待遇，按照南浔区医疗集团《中共湖州市南浔区医疗集团委员会关于集团各类假期及待遇的相关规定的通知》执行。

8.2新进在编职工薪资从其报到之日起计算，若在上半月则按照全月发放；若在下半月则按照半月发放。非在编员工及劳务派遣员工参照发放。

8.3解聘人员薪资以批准离职办完交接手续之日止，按日计发工资。

9. 薪资编制与发放

9.1集团人力资源管理中心负责薪资管理，财务管理中心负责薪资总表的编制和发放工作。人力资源管理中心每月准确、及时的将人员流动、工资变动情况整理汇总，审核后交财务管理中心，财务管理中心工资发放人员应在仔细核对后，将当月应扣款项扣除，再行发放。

9.2职工的住房公积金、社会保险等个人应承担部分从薪资中代扣代缴。财务部门、人事部门对工资发放名册进行不定期的自查工作。

9.3集团各院区工资以货币的形式，委托银行按月统一发放。

10. 发薪日期

10.1员工基本工资、基础性绩效发放日期为当月7日前，奖励性绩效工资发放日期为次月月底。其中基本工资、基础性绩效工资为当月工资额，奖励性绩效工资为上个月额度。遇国定假日可适当进行调整。

11. 薪资管理权限

11.1集团人力资源管理中心是集团各院区薪资管理的职能部门，负责各院区薪资管理体系的规划和维护。

11.2财务管理中心对各院区职工的薪资进行计算，并按医院绩效分配方案对奖励绩效工资总额进行核算。

11.3医疗集团党委会对职工薪资的确定和变动有决定权。

12.本制度未尽事宜，在实际执行过程中修订、补充和完善。

13.本制度由南浔区医疗集团人力资源管理中心负责解释，自批准发布之日起执行。

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会
签发人：朱卫刚 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXYE-YSK-ZD011	文件名称	南浔区医疗集团招聘管理制度	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1. 目的：为满足南浔区医疗集团各院区持续、快速发展需要，加快人才队伍建设，规范人员招聘工作程序，建设高素质的人才队伍，特制订本制度。</p> <p>2. 适用范围：本办法适用于集团各院区在编人员、编外人员招聘。</p> <p>3. 招聘原则：坚持公开招聘、平等竞争、择优录用的原则。按照德才兼备的用人标准和岗位所需的专业、技能、资格等条件择优聘用。</p> <p>4. 制定年度招聘计划</p> <p>4.1. 各科室根据年度工作发展状况，核查本科室各职位，有用人需求的，可在每年10月份向医疗集团人力资源管理中心递交《人员需求计划表》。</p> <p>4.2. 人力资源管理中心根据集团各院区发展状况、区编办核准的年度用人计划数和各科室现有人力资源配置情况等，拟定集团各院区年度招聘计划，并报集团党委会讨论决定。招聘计划的内容包括：拟招聘的岗位、人数、资格条件等。</p> <p>4.3. 人力资源管理中心根据集团党委会讨论结果和各院区各科室具体用人需求制定集团各院区年度招聘计划。招聘计划应包括招聘人数、招聘标准（年龄、学历、工作经验、个人品质等）等内容。</p> <p>5. 招聘形式</p> <p>5.1. 在编岗位人员招聘：医疗集团自主招聘，也可参加南浔区人力社保局组织的全区事业单位公开招聘或参加湖州市南浔区卫健局牵头组织校园现场招聘和公开招聘，南浔区委组织部统一组织的招聘考试。</p> <p>5.2. 各院区编外人员招聘：由医疗集团自主招聘，也可参加南浔区人力社保局组织的全区事业单位编外招聘或参加湖州市南浔区卫健局牵头组织编外招聘。</p> <p>5.3. 医疗集团各院区人才招聘方案均需报南浔区卫健局、南浔区人力社保局审核批准。</p> <p>6. 招聘流程</p> <p>6.1. 用人核准：将本次招聘数量、招聘公告等内容报区卫健局、区人社局和区编办审核同意。</p> <p>6.2. 发布招聘信息：在南浔区人民政府网、湖州市南浔区人民医院官网等网站上向社会公布医院招聘信息，包括岗位名称、任职资格、人员数量等重要内容。</p> <p>6.3. 资格筛选：由区卫健局组织人事科、医疗集团人力资源管理中心负责对应聘人员的报名信息、资格等进行资格初审、复审等工作。</p> <p>6.4. 组织考试：采取自主招聘方式招聘的，考试由医疗集团人力资源管理中心负责组织，其他招聘方式由相应部门负责组织。考试形式有理论考试、面试面谈、操作考试等形式。</p> <p>6.5. 根据招聘公告计算考生综合成绩，按从高到底拟定录用人员名单。</p> <p>6.6. 对拟录用人员进行健康体检、政审、公示。</p> <p>6.7. 签订聘用或劳动合同。</p> <p>6.8. 办理人员入职手续。</p> <p>6.9. 区纪委、集团纪委对招聘流程参与监督指导。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会 签发人：金卫利 签发时间：2021-06-18</p>					



文件编号	NXY Y-RSK-ZD012	文件名称	医疗集团各院区 重点部门和关键 岗位定期轮岗交 流制度	适用范 围	全院
制定部门	人事科	修订/核 对人	徐小英	内审人	金卫利

1. 目的：为加强党风廉政建设和行风建设工作，根据国家卫健委、省卫健委纪检监察工作要求，加强对重点部门和关键岗位人员的监督，结合集团各院区实际情况，重新修订重点部门和关键岗位定期轮岗交流制度。

2. 适用范围：医疗集团各院区重点部门和关键岗位。

3. 内容

3.1 定期轮岗交流的岗位

3.1.1 人事、财务、设备等重点部门负责人。

3.1.2 关键岗位人员：各类采购人员、工程管理员、出纳、会计等。

3.1.3 其他关键岗位。

3.2 轮岗期限

3.2.1 重点部门负责人每五年或根据实际情况适时轮岗交流。

3.2.2 采购员、会计等关键岗位人员每三年轮换岗位。

3.3. 具体措施

3.3.1 重点部门负责人轮岗交流由医疗集团党委会研究决定。

3.3.2 关键岗位人员轮岗由所属科室决定报集团人力资源管理中心科备案。

3.3.3 轮岗交流人员按要求做好交接工作。

3.3.4 纪委、纪检监察室负责督促落实。

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会

签发人：金卫利 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXY Y- RSK- ZD013	文件名称	引进卫生高层次 人才管理办法	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1.目的：为进一步贯彻实施人才战略，加快人才强院步伐，带动医疗集团各院区人才队伍整体素质的提升，促进医疗、教学、科研、学科建设各项工作的发展，根据湖州市、南浔区高层次人才引进政策规定，结合实际，特制定本办法。</p> <p>2.引进原则</p> <p>2.1 引进人才须遵循增强现有优势学科以及集团各院区急需发展学科领域的原则。</p> <p>2.2 坚持将人才引进工作与医疗、教学、科研和学科建设等工作相结合，按需设岗，择优聘任，逐步优化人员队伍结构。</p> <p>3.引进对象</p> <p>3.1 学科带头人：年龄一般在 45 周岁以下，具有良好的医学及相关专业背景，具备三级甲等综合性医院工作经历，一般应具有硕士及以上学位或正高级专业技术职务。对于紧缺急需专科，可适当放宽条件。</p> <p>3.2 具有副高及以上职称人员：年龄一般在 45 周岁以下，具有较强的独立科研工作能力和较好的工作经验积累，发展潜力大，临床能力经专家考核或同行评议，得到较好的评价。对于紧缺急需专科，条件可适当放宽。</p> <p>3.3 博士研究生：年龄一般在 45 周岁以下，能很好的胜任医院临床医疗、科研和教学工作，具备指导所在科室本科生、研究生开展工作的能力。</p> <p>3.4 需要通过柔性引进的高层次人才：不受年龄、身份、国籍等限制,能在医院学科发展、临床诊疗、科研教学等方面起到积极推动作用。</p> <p>4.引进程序</p> <p>4.1 制定计划：每年集团根据学科建设及发展需要，确定拟引进人才的职位数和招聘条件。</p> <p>4.2 发布招聘公告：根据上级部门审批结果发布招聘岗位信息，受理推荐或自荐材料，包括申请者的个人简历、学历工作证明、业绩成果等相关材料。</p> <p>4.3 资格审核：南浔区卫健局组织人事科、集团人力资源管理中心对提交的材料进行资质审核，初步评估申请人是否达到医院引进人才的要求。</p> <p>4.4 考核：由集团人力资源管理中心按照人才引进相关规定，通过区卫健局组织面试或者面谈等，全面考察申请者的学科组织能力、学术水平、科研能力和临床技术水平。</p> <p>4.5 确定拟引进人才名单：根据考核结果，按照成绩高低确定拟引进人才名单。</p> <p>4.6 体检、考察、公示。</p> <p>4.7 办理录用手续。</p> <p>5.相关待遇</p> <p>5.1 工资福利方面：对引进的人才纳入编制管理，根据人才的具体情况，安排其工作和任职，工资、奖金、福利等待遇按国家政策及医疗集团相关规定执行。特殊情况，如为柔性引进人才:实行一人一议，由集团党委会讨论决定。</p> <p>5.2 科研方面：对于引进的高层次人才，提供科研启动经费，提供实验条件支持，优先解决引进人才来院启动工作时需要的实验设备、办公、人员及实验场地。</p> <p>5.3 人才培养及发展：为引进人才优先推荐进入各类人才培养项目和支持其到国内知名院校、医院或国外进修。</p> <p>5.4 其他支持措施：尽力协助办理未成年子女入托、入学及配偶就业工作。</p> <p>6.管理与考核</p>					



6.1 引进的博士研究生或具有正高职称的人员、硕士研究生或具有副高职称的人员在本院服务年限至少 8 年。服务期未满而申请调离、辞职的，将根据相关规定终止或退回医院相应待遇。

6.2 医院对引进人才（除硕士研究生外）实行聘期管理，首个聘期为 4 年，期满将对引进人才进行考核评估。考核评估按照合同约定的工作任务目标考核条款进行，考核结果将作为其是否续聘的主要依据。

6.3 有下列情形之一者，解除聘任合同并终止其享受的相关待遇，视情况追回剩余或全部资助经费：学术、业绩、成果弄虚作假的；聘任期间出现严重医疗事故的；聘任期间受严重警告以上行政处分或者刑事处罚的。

附件：引进人才岗位配套支持措施

引进人才岗位配套支持措施

类别	租房（生活）补贴（最长不超过三年）及安家补贴	购房补贴	聘任岗位及薪酬
临床医学类博士学历学位	租房（生活）补贴（最长不超过三年） ：1. 全日制博士研究生 2250/月；	购房补贴 80 万元	按原职称 聘任、相应级别 工资
临床医学类正高级职称、医学类专业博士学位	2. 全日制硕士研究生 1500 元/月。 安家补贴 ：1. 全日制博士 5 万元；	购房补贴 60 万元	按原职称 聘任、相应级别 工资
医学类副高及以上职称、医学类专业硕士学位	全日制硕士、高级职称、985211 双一流本科 3 万元。	购房补贴 40 万元	按原职称 聘任、相应级别 工资

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会
签发人：[Signature] 签发时间：2022-12-1



文件编号	NXY-YSK-ZD014	文件名称	员工考勤管理规定	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利

1. 目的：出勤率是客观反映职工劳动纪律的一项重要指标，也是年度考核的重要内容之一，严格考勤纪律，加强考勤管理是增强职工组织纪律性，提高工作效率的一项有力措施，为此结合医疗集团各院区实际，特制定本制度。

2. 适用范围：南浔区医疗集团各院区各科室

3. 内容

3.1. 每个科室必须指定专人负责考勤。考勤员必须掌握并检查科室每日出勤情况，并在科主任、护士长的直接领导下，作好考勤记录工作。

3.2. 考勤员要坚持原则，必须熟悉医院有关规章制度，履行职责，不得弄虚作假。考勤要及时、准确，对本科室工作人员的出勤、缺勤等情况，必须一丝不苟地进行登记，逐项填写清楚(如进修、借调、产假、事假、病假、公休等)，并将工作人员的请假申请、诊断证明留科室备查。对弄虚作假、知情不报的，将追究考勤员及领导责任。

3.3. 考勤员上报的员工考勤、夜班统计等各项报表，必须由科主任、护士长审核。考勤员在每月末到下月的3日前将本科室考勤情况上报至医疗集团人力资源管理中心、财务管理中心，年终将全年考勤保管好备查。

3.4. 医疗集团人力资源管理中心、财务管理中心对集团各院区所有员工考勤要经常进行检查，核实各科室的考勤情况，年终将考勤情况整理入档，供今后对员工培养、使用、晋级、评先评优等参考。

3.5. 因工作需要临时借出人员到集团外工作，由借用科室考勤员负责考勤。

3.6. 集团内员工调动，各院区原科室考勤员必须在考勤月报表上填写调出时间，被转入的各院区科室填写好调入时间。

3.7. 员工不得迟到、早退和无故旷工。

3.8. 员工不得借病休假从事经营性工作，否则给予经济制裁或行政处分，并按旷工处理。

3.9. 凡未经批准的缺勤，除特殊情况外(如急诊者)，均以旷工处理。

审批委员会(组织)：岗位设置和评聘委员会

签发人：金卫利 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXY Y-RSK- ZD015	文件名称	医疗集团员工离 职管理办法	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1. 目的：为规范南浔区医疗集团各院区员工的离职管理，使员工在离职时，其工作能顺利地移交，保证医院工作的连续性和稳定性，确保医院和离职员工的合法权益，特制定本办法。</p> <p>2. 适用范围：医疗集团各院区全体员工（包括返聘留用人员）</p> <p>3. 离职类型</p> <p>3.1. 试用期离职</p> <p>3.1.1 员工在试用期表现不佳未能达到岗位要求的，由员工所在科室、分管领导、集团人力资源管理中心在试用期内及时与试用者本人进行沟通交流、提出整改意见和整改时间，如在规定时间内仍不能达到要求者，由员工所在科室提出终止试用申请，分管领导审批后报集团人力资源管理中心，由集团党委会讨论决定后书面通知试用者本人离职，并办理相关离职手续。</p> <p>3.1.2 员工试用期内自己提出离职的，应提前3天。</p> <p>3.2. 员工辞职：正式员工（已转正）在合同期内辞职的应提前30天。</p> <p>3.3. 自动离职</p> <p>3.3.1. 自动离职是指员工未提交辞职申请就擅自离开岗位或员工已提交离职申请但未获得批准就擅自离开岗位或员工离职申请虽经批准但还未履行完毕离职手续交接就擅自离开岗位。</p> <p>3.3.2. 自动离职作旷工处理。连续旷工超过10个工作日或一年内累计旷工超过 20个工作日，予以解除聘用合同。</p> <p>3.4. 辞退</p> <p>员工辞退是指员工因各种原因不能胜任其工作职责或因各种原因医院与员工解除劳动关系，予以辞退；由员工所在科室、分管领导和人力资源管理中心在试用期内及时与试用者本人进行沟通交流、提出整改意见和整改时间，如在规定时间内仍不能达到要求者，由员工所在科室提出劝退申请，分管领导审核，经人力资源管理中心报集团党委会讨论决定后，书面劝退该人员，并办理相关离职手续。</p> <p>3.5. 开除</p> <p>员工开除是指员工违反国家法律法规以及医院制度、规章，予以开除。如员工发生严重违反国家法律法规、医院规章制度的，由员工所在科室、人力资源管理中心、纪委共同调查，提出开除建议，经医疗集团党委会批准后，通知本人离职、办理相关手续。</p> <p>3.6. 调动</p> <p>调动是指在单位与单位间调任或调动。如员工发生调动，根据调动类型由上级行政部门及集团党委决定是否同意其办理调动手续。同意的，由人力资源管理中心为其办理调任调动手续。</p> <p>4. 离职程序</p> <p>职工离职均需由员工本人提出申请，填写《湖州市南浔区医疗集团职工离职申请表》，并按表格要求完成审批手续：</p> <p>4.1. 职工离职首先需科室主任（护士长）审批同意</p> <p>4.2. 部门审批栏：医生、医技人员需到医务科审批同意；护理人员需到护理部审批同意；行政后勤人员需到集团人力资源管理中心审批同意。</p> <p>4.3. 两级审批完成后由分管领导审批后递交集团人力资源管理中心，由人力资源管理中心负责提交至集团党委会讨论决定。</p>					



4.4. 职工获准离职后，由人力资源管理中心通知职工本人和其所在科室主任（护士长），并提醒职工需在离院前3天内办理好移交手续，包括本科室工作移交和相关科室物资移交两部分。

4.4.1. 本科室工作移交：原在职期间的所有工作移交，包括：病历完成、病案归档、病人交班、科室物资、电脑文档资料、经管工作详细说明及科室要求移交的其他内容。

4.4.2. 相关科室物资移交：指按照《湖州市南浔区医疗集团职工离院前物资移交手续》要求，到相关科室办理移交手续。

4.5. 离职人员全部移交工作完成后，由人力资源管理中心为其办理离职手续，包括：合同的解除或终止、人事档案移交、社保办停、工资结算等工作。

5. 离职责任及风险防范

5.1. 在员工离职过程中因工作交接不清或有未尽事项而给医院造成损失的，按业务归属由相关交接责任人和审批负责人承担。

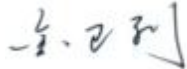
5.2. 关键岗位员工离职需进行离任审计。由医院审计部门组织离任审计结束后，根据审计情况，办理离职手续和薪资、社保等款项的结算。（重要岗位员工指医院科室主任及以上人员）。

6. 本规定未尽事宜，按照国家和当地相关法律法规要求执行。

7. 本办法由人力资源管理中心负责解释，自批准发布之日起执行。

附件：

1. 湖州市南浔区医疗集团院区职工解除聘用合同申请
2. 湖州市南浔区医疗集团院区职工离院前物资移交手续

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会
签发人：  签发时间：2021-06-18



附件 1

湖州市南浔区医疗集团院区职工解除聘用合同申请

姓名		工号		联系电话	
科室		职称		具体去向	
离职原因： 本人签名：日期：					
科室意见： 同意同志于 年 月 日辞职。 _____ 经办人：日期：					
部门意见： 同意同志于 年 月 日辞职。 _____ 经办人：日期：					
院区意见：			集团意见：		

备注：一式二份，一份交人事科，一份存个人档案。



附件 2

湖州市南浔区医疗集团职工离院前物资移交手续

离院日期:

姓名: _____ 工号: _____ 科室: _____				
职称: _____ 联系电话: _____				
离职原因: _____				
所在科室 (签章)	党政综合办 (签章)	宣传外联办 (签章)	工会 (签章)	医务科 (签章)
护理部 (签章)	财务科 (签章)	公共卫生科 (签章)	科教科 (签章)	组织人事科 (签章)
医保科 (签章)	总务科 (签章)	保卫科 (签章)	信息科 (签章)	

备注: 离职移交手续各部门盖章主要确认事项



**湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区**

1. 党政综合办:工作牌是否已经归还, 退出与工作相关的医院各群。
2. 宣传外联办: 及时更新医院科室职工介绍、专家介绍宣传等。
3. 工会: 退出医院工会。
4. 医务部: 医生处方权、病历书写权限等是否已经停掉, 执业变更等。
5. 护理部: 护士执业证书是否已经取回, 护士执业变更。
6. 财务科: 工资、奖金、社保等是否已经清算完毕, 饭卡是否已经停掉。
7. 公共卫生科:放射人员备案登记是否已经取消。
8. 科教科: 是否涉及学历提升、进修等服务期未满需赔偿费用问题; 是否存在借用图书未还事宜。
9. 组织人事科:办理离职手续, 转移人事档案, 是否涉及党组织关系转移, 工号作废等。
10. 医保科: 医保处方权是否已经停掉。
11. 总务科:工作服是否已经归还, 宿舍是否归还钥匙, 宿舍中公共物件是否损坏等, 户口是否已经迁出医院集体户口。
12. 保卫科:汽车进出医院是否已经消号。
13. 信息科:确认取消各系统登录权限。





文件编号	NXYE-RSK-ZD016	文件名称	医疗集团员工年度 考核制度	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1. 目的：为全面有效地评价员工的思想道德、综合素质与工作绩效，激发和调动员工的积极性和创造性，激励督促员工认真履行职责，提高政治业务素质，并为其晋升、聘任、奖惩、培训以及调整工资待遇等提供依据，制定本制度。</p> <p>2. 考核原则：坚持客观公正、民主公开、注重实绩的原则。</p> <p>3. 考核对象：集团各院区在岗人员，包括在编、编外人员和外院借用人员。</p> <p>4. 考核内容：考核内容包括德、能、勤、绩、廉五个方面，重点考核工作实绩。德，主要考核政治、思想表现和职业道德表现；能，主要考核业务技术水平、管理能力的运用和发挥，知识更新情况；勤，主要考核工作态度、勤奋敬业精神和遵守劳动纪律情况；绩，主要考核履行职责情况，完成工作任务的数量、质量、效率，取得成果的水平以及社会效益和经济效益；廉：主要考核党风廉政建设、行风建设规定执行落实情况、廉洁自律，洁身自好，自觉抵制不健康行为、不以权谋私，无不正当行为等。考核标准以岗位职责及年度工作目标责任为基本依据。</p> <p>5. 考核结果：考核结果分为优秀、合格、基本合格、不合格四个等次，优秀等次比例一般掌握在本科室实际参加年度考核人数的10-15%。</p> <p>6. 考核程序</p> <p>6.1. 工作人员个人总结、述职，填写年度考核表。</p> <p>6.2. 科室负责人在听取群众意见的基础上，根据平时绩效考核和个人总结写出评语，提出科室考核等次意见。</p> <p>6.3. 由集团人力资源管理中心牵头，联合医务科、护理部、党政综合办、党建办、纪检监察室等职能科室成立年度考核工作小组，在科室对每个职工提出考核意见的基础上，对整个考核情况进行审核，拟定院级考核结果，并提交集团党委会审批通过。</p> <p>6.4. 考核结果公示，公示结束后由集团人力资源管理中心负责汇总考核材料报区卫健局、区人社局审核备案，并将考核结果存入本人档案。</p> <p>7. 考核结果的使用：考核结果将作为工作人员薪酬兑现、职称晋升、续订合同、解除合同、岗位调整、教育培训和奖惩的重要依据。</p> <p>7.1. 年度考核合格及以上的，次年加薪级。</p> <p>7.2. 年度考核基本合格的，次年不加薪级。</p> <p>7.3. 年度考核不合格的，次年不加薪级，不发年终奖，岗位聘期结束后须重新竞聘该岗位。连续两年考核被确定为不合格的，根据不同情况，予以降职、调整工作、低聘或解聘。</p> <p>7.4. 员工在岗位聘期内连续三年均被确定为优秀等级的，具有优先聘任的资格。</p> <p>8. 其他需要说明的事项</p> <p>8.1. 因病、事假累计超过考核年度半年的人员，不参加当年度考核；</p> <p>8.2. 新聘用试用期未满的人员，参加考核，只写评语，不确定等次，但考核结果作为试用期满定级的依据；</p> <p>8.3. 涉嫌违法违纪被立案调查尚未结案的，参加年度考核，不写评语、不确定等次。结案后，对无违法违纪以及未受党纪、政纪处分的，从立案当年起按规定补定考核等次，计算考核年限；受党纪、政纪处分的，从受处分的当年起，在处分期内按规定进行考核；</p> <p>8.4. 根据《事业单位工作人员处分暂行规定》受警告、记过、降低岗位等级或撤职处分尚未解除处分的人员，按《处分规定》执行。</p> <p>8.4.1. 受到警告处分的，作出处分的当年，年度考核不能定为优秀等次；</p> <p>8.4.2. 受到记过处分的，在受处分期间，年度考核不得确定为合格及以上等次；</p>					



8.4.3. 受到降低岗位等级或撤职处分的，年度考核不得确定为基本合格及以上等次；

8.5. 受党纪处分尚未解除处分的人员，按《中央纪委、中组部、人事部关于受党纪处分的党政机关工作人员年度考核有关问题的意见》（组通字〔1998〕19）执行：

8.5.1. 受党内警告处分的当年，参加年度考核，不得确定为优秀等次。

8.5.2. 受党内严重警告处分的当年，参加年度考核，因与职务行为有关的错误而受严重警告处分的，确定为不合格；因其他错误而受严重警告处分的，只写评语不确定等次。

8.5.3. 受撤销党内职务处分的当年，参加年度考核，确定为不合格；第二年按其新任职务参加年度考核，按规定条件确定等次。

8.5.4. 受留党察看处分的当年，参加年度考核，确定为不合格；受留党察看一年处分的第二年，参加年度考核，只写评语不确定等次；受留党察看二年处分的，第二年和第三年参加年度考核，只写评语不确定等次。

8.5.5. 受开除党籍处分的当年，参加年度考核，确定为不合格；第二年和第三年参加年度考核，只写评语不确定等次。

8.5.6. 涉嫌违犯党纪被立案检查的，可以参加年度考核，但在其受检查期间不确定等次。结案后，不给予党纪处分的，按规定补定等次；给予党纪处分的，按规定上述8.5.1、8.5.2、8.5.3、8.5.4、8.5.5的规定办理。

8.5.7. 受党纪处分同时又受政务处分的，按对其年度考核结果影响较重的处分确定年度考核等次。

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会
签发人：[Signature] 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXYY-RSK-ZD017	文件名称	职称（职务）聘任管理规定	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利

1. 目的:为进一步规范集团各院区职称（职务）聘任管理工作，在各院区范围内营造优胜劣汰、重实绩、求上进的良好氛围，实现各类人才的合理配置以及促进医院健康发展的目的，根据医院实际情况，特制定本办法。

2. 基本条件

2.1. 遵纪守法，爱岗敬业，具有良好的医德医风和行为规范；

2.2. 能全面履行岗位职责，身体健康，能坚持正常工作。

3. 适用范围:本办法适用于集团各院区所有在编人员、编外人员、劳务派遣人员。聘任岗位包括专业技术岗位、管理岗位和工勤技能岗位。

4. 聘任原则

4.1. 坚持公开公平、竞争择优的原则。实行正高、副高岗位数合并统一调配使用，坚持向临床一线倾斜，适当兼顾护理、医技科室，并预留一定岗位的原则。建立群众监督制，对聘任的职数、任职条件、聘任结果等予以公示，严防暗箱操作和弄虚作假行为。如发现弄虚作假者，撤销其聘任资格。

4.2. 坚持专业与岗位相匹配的原则，新聘任的岗位职数必须在医院岗位设置限额内。高级专业技术职务聘任严格按类别进行控制：医院聘任三年为一个周期，第一年推出额定岗位数80%左右，原则上临床医生及医技高级专技岗位占77%（其中临床医生为80%，医技、公卫类为20%），护理高级专技岗位占23%，具体高级专技岗位数采取定性与定量相结合的原则来核定，临床医生以科室为单位，以上年度科室服务能力与业绩量为导向来设置岗位数；医技科室以等级医院评审要求为导向定性设置岗位数；护理全院统筹，不设定具体科室；第二年推出核定岗位数10%左右；第三年推出核定岗位数10%左右；第二、三年推出的具体科室岗位由集团评聘领导小组根据各岗位的实际需求酌情而定。其他岗位暂不分类控制。

4.3. 坚持重医德、重业绩、重能力的激励导向，建立定性与定量相结合的科学评价考核体系。

5. 各类人员聘任条件

5.1. 专技人员聘任条件

5.1.1. 初级专业技术人员聘任条件

5.1.1.1. 经考试或评审取得初级专业技术职务任职资格；

5.1.1.2. 具有本科及以上学历者，取得任职资格后可直接聘任。

5.1.2. 中级专业技术人员聘任条件

5.1.2.1. 经考试或评审取得中级专业技术职务任职资格；

5.1.2.2. 聘任当年的12月31日前在省级及以上刊物上发表相关专业论文1篇或者在市级刊物上发表相关专业论文2篇；

5.1.2.3. 具备博士学位或学位者，取得任职资格后可直接聘任；

5.1.2.4. 医生晋升前按规定完成住院医师规范化培训。

5.1.3. 高级专业技术人员聘任条件

经相应的高级专业技术评审委员会评审通过，取得相应的高级专业技术职务任职资格。如卫技人员晋升卫生高级专业技术职务须符合南浔区医疗集团制定的《中共湖州市南浔区医疗集团委员会关于印发卫生高级专业技术职务自主评聘工作改革实施方案的通知》要求，晋升非卫技高级职称人员须符合相应专业上级下达的评审文件要求。



5.2. 工勤人员聘任条件

按照《事业单位岗位设置管理实施办法（试行）》（浙委办〔2009〕138号），以现聘用合同所聘岗位为基础，结合聘期考核，由岗位设置和评聘委员会研究决定。

5.3. 管理人员聘任条件

参照按照《事业单位岗位设置管理实施办法（试行）》（浙委办〔2009〕138号）、中共南浔区委组织部和南浔区人力资源和社会保障局《关于事业单位岗位管理制度实施后有关问题的意见》的文件（浔人社〔2014〕4号）执行。

6. 聘任程序

6.1. 医院成立岗位设置和评聘委员会，负责研究制定：三年评聘规划、岗位设置情况、评聘标准制定、评聘程序以及各类人员的职称（职务）评聘工作。由集团人力资源管理中心负责日常业务工作。

6.2. 次年1月底前将聘任所需材料上交至人力资源管理中心，由人力资源管理中心负责对所有材料进行汇总、审核。符合聘任条件的人员名单递交集团党委会审议，由集团党委会在认真审议的基础上决定是否聘任。

6.3. 人力资源管理中心根据集团党委会决议，拟定聘任名单并在各院区进行公示，经公示无异议后下发聘任文件，并办理审批手续。

7. 职称（职务）聘任否决指标

7.1. 任现职期内由省、市级医疗事故鉴定专家委员会鉴定为医疗事故负完全责任或主要责任者，自医疗事故鉴定生效之日起3年内不得晋升；负次要责任1年内不得晋升；院内鉴定负医疗纠纷主要责任及以上者1年内不得晋升。

7.2. 违反安全生产操作规范，发生消防安全、安全生产责任事故者，参照7.1执行。

7.3. 严重违纪违法行，受党纪、政纪处分的，经查实索取红包、回扣者，次年3年内不得晋升；经查实收受红包、回扣的，从次年1年内不得申报。

7.4. 违反医疗操作规范，发生医院感染暴发流行事件造成严重不良后果，取消当年晋升，后果特别严重者，3年内不得晋升。

7.5. 任现职期内出现与受评对象有直接相关责任的丙级病历1份；或乙级病历2份（含）以上或不合格病历，造成不良后果者，取消当年晋升。

7.6. 年度考核不合格或医德医风考评为差等次者，扣除当年任职年限且1年内不得晋升。

7.7. 任职期间内拒绝执行医院及上级部门重要指令性任务（包括公共卫生任务、重要外派任务、援外政治任务等），3年内不得晋升。

7.8. 有违反评审规定的行为，提交虚假申报材料者次年3年内不得晋升。

7.9. 任职期间内学术不端、论文造假等行为一经查实，3年内不得晋升。按照《科研诚信案件调查处理规则（试行）》执行。

审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会
签发人：[Signature] 签发时间：2021-06-18



文件编号	NXY-Y-RSK-ZD018	文件名称	医疗集团职工各类假期待遇及管理规定	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1.目的：为员工享有符合国家有关规定的各类假期，加强考勤管理，合理安排员工休假，结合集团各院区实际情况，特制定本规定。</p> <p>2.适用范围：南浔区医疗集团各院区全体职工</p> <p>3.内容</p> <p>3.1.各类假期及待遇规定</p> <p>3.1.1.年休假</p> <p>年休假对象为工作年限满1年以上的工作人员（编内按区人社局认定工龄计算，编外以与各院区签订劳动合同起计算）。</p> <p>年休假统计时间为：当年度1月1日至12月31日。</p> <p>员工累计工作已满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。年休假应当当年用完，不跨年度使用。</p> <p>有下列情形之一的，不享受当年年休假，若当年已享受，则次年冲抵：①员工请事假累计20天以上且医院按照规定不扣工资的；②累计工作满1年不满10年的员工，请病事假累计2个月以上的；③累计工作满10年不满20年的员工，请病事假累计3个月以上的；④累计工作满20年及以上，请病事假累计4个月以上的。</p> <p>年休假期间，基本工资按标准发放。</p> <p>3.1.2.公休日和节假日</p> <p>公休日：按每周工作时间标准，安排每周休息一天半。当月假期应当月休完，不得提前休息。病假、事假等假期每周请假4天及以上则该周不再享受公休。</p> <p>法定节假日：参照国家相关规定休息，执行弹性排班，确因工作需要不能安排休息者，集团实行加班绩效补偿购买制。加班名单由各科室按需签订，统计后报集团人力资源管理中心，加班费按规定发放。</p> <p>3.1.3.病假</p> <p>员工因病不能上班者，经集团指定的医生（各院区已备案的保健医生）出具诊断证明并向各院区组织人事部（科）备案。休病假时首先休积假及年休假休再休病假。</p> <p>病假时个人请假申请经科主任（或护士长）及分管领导同意后方可休息。夜急诊、节假日非保健医生只能出示急诊范围内（只限3天）假期。凡因探亲、事假、工作等在外地急病就诊的职工，应及时电话报告所在科室负责人及集团人力资源管理中心，并持当地医院出示的病假证明进行病假管理。</p> <p>病假在2个月内的，基本工资和岗位津贴照发。病假超过2个月不满6个月的，从第3个月起，工作年限不满10年的，基本工资和岗位津贴按90%计发；工作年限满10年的，基本工资和岗位津贴照发。病假超过6个月的，从第7个月起，工作年限不满10年的，基本工资和岗位津贴按70%计发；工作年限满10年的，基本工资和岗位津贴按80%计发。病假期间，奖励性绩效工资不发，基础性绩效工资中生活补贴和工龄补贴照发。</p> <p>3.1.4.事假</p> <p>严格事假管理，工作人员一般应在年休假期间处理个人事情。若遇特殊情况请事假者，必须是在休满当年年休假假期的情况下再休事假。</p> <p>当年事假累计在20天及以下的，基本工资照发，基础性绩效工资按50%计发（日基础性绩效工资=月基础性绩效工资÷21.75天,以下同）。当年事假累计在20天以上3个月以下的，</p>					



基本工资照发，基础性绩效工资停发。当年事假累计超过 3 个月的，停发本人基本工资和基础性绩效工资。事假期间，奖励性绩效工资不发。

3.1.5.产假（哺乳假）

符合法律、法规规定生育子女的女员工，可以享受 98 天产假，一孩延长产假六十天，二孩、三孩延长产假九十天，自生育之日起按照自然日计算；其中产前可以休假 15 天，难产的，增加 15 天产假，生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加产假 15 天。男方可以享受 15 天护理假。女员工怀孕未满 4 个月流产的，享受 15 天产假；怀孕满 4 个月但不满 7 个月流产的，享受 42 天产假；怀孕 7 个月以上的，享受 98 天产假。对怀孕 7 个月以上的女员工，医院不得延长劳动时间或安排夜班劳动。

女员工在哺乳未满 1 周岁婴儿期间，每天安排 1 小时哺乳时间（上午、下午各哺乳 1 次，每次 30 分钟）。生育多胞胎的，每多哺乳 1 个婴儿，每天增加 1 小时。在小孩未满周岁前，不得延长女员工劳动时间或安排夜班劳动。

产假期间，基本工资和基础性绩效工资照发，奖励性绩效不发。

3.1.6.婚假、丧假

符合法律规定结婚的员工，可享受 3 天婚假，婚假包括法定假和公休假。

员工的直系亲属（父母、配偶、子女）以及岳父母、公婆、祖父母、外祖父母死亡后，可享受 3 天丧假（外地的，路程所需时间不计在丧假之内）。婚假、丧假均须一次性用完。

婚假、丧假期间基本工资、基础性绩效工资照发，奖励性绩效工资不发。

3.1.7.探亲假

工作满一年（见习期不享受探亲假）的员工，与父母（配偶）不住在一地，又不能在公休假日团聚的（指不能利用公休假日在家居住一夜和休息半个白天的），可享受探望父母（配偶）的待遇。未婚员工探父母的，每年给假一次，假期 20 天（不含路程）。已婚员工探父母的，每四年给假一次，假期 20 天（不含路程）；探配偶的，每年给一方探亲假一次，假期 30 天（不含路程），军队配偶例外。

有下列情形之一的，不享受当年探亲假待遇：①员工结婚、离婚或丧偶当年；②六个月（累计）以上长期病假者；③配偶或父母无论用什么方式，在规定的时间内团聚过 30 天及以上的；④已享受放射假的。

探亲假期间基本工资、基础性绩效工资照发，奖励性绩效工资不发。

3.1.8.放射（疗）假

直接从事放射性工作，具备《放射工作人员证》的员工在国家规定的其他休假外，每年给假一次，假期 28 天（假期内遇公休、法定假日则自动抵冲）。

放射（疗）假期间，基本工资和基础性绩效工资照发，奖励性绩效工资不发。

3.1.9.公假

有下列情形之一的，作公假处理：①到法院出庭作证、行使选举权及其它公民权；②作为运动员、艺术表演及其他参加市级比赛；③拆迁房屋时，必须有单位证明，经各院区组织人事部（科）批准可给予 1—3 天的公假；④外出参加会议、短期学习或学术交流，公假按上班处理。

3.1.10.旷工

员工擅离岗位按旷工论处，连续旷工超过 10 个工作日，或者 1 年内累计旷工超过 20 个工作日予以解除聘用合同。此外，职工有下列情况之一者按旷工论处：①被公检法机关行政拘留、传唤被证实违法，违纪者；②擅离工作岗位两小时（含两小时）以上者；③病假当日不交诊断证明、病假条者（急诊除外）；④有事未请假或请假未经批准擅自离院者；⑤请假期满，未按期上班者。

旷工一天及以上，扣发当月奖励性绩效工资，基本工资和基础性绩效工资按日（日扣发数



= (基本工资+基础性绩效工资) ÷ 21.75 天) 扣发。

3.2. 请假规定

3.2.1. 凡符合国家有关规定的各类假期，员工均可享受，但必须服从科室统一安排，严格履行请休假手续。积休假期由科主任、护士长统一管理，原则上当年使用，跨年度使用不得超过 10 天。

3.2.2. 各类假期除年休假外，均包括公休假日和法定节假日在内。

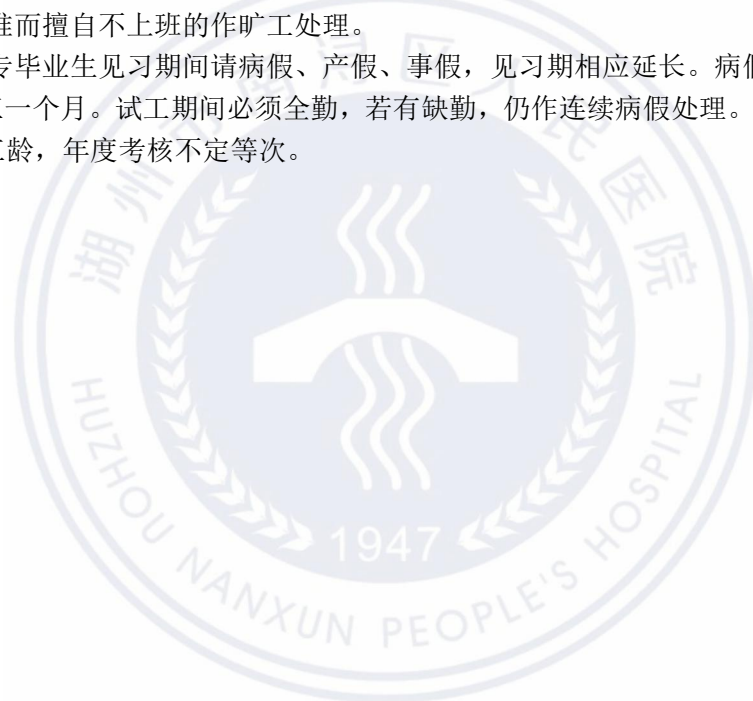
3.2.3. 员工请假或调休 3 天及以上须提前钉钉申请，由科主任、护士长同意，职能科室、分管领导审批，抄送人力资源管理中心。外地各种假条对本院原则上无效。特殊情况（突发性疾病应有当地急诊病假证明附急诊病历；交通上的原因，应有当地证明）应及时电告科室负责人，由科室负责人电告人力资源管理中心，误假由当事人负责。

3.2.4. 中层干部请假或调休 3 天及以上须钉钉申请，上报分管领导、主要领导审批，抄送相关职能部门及人力资源管理中心，便于知道去向、联系工作。

3.2.5. 党政班子外出休假需经书记、院长审批前必须将所分管的工作向相关部门和科室做好安排，保持通讯正常，以保证外出期间分管工作顺利进行。

3.2.6. 未经批准而擅自不上班的作旷工处理。

3.2.7. 大、中专毕业生见习期间请病假、产假、事假，见习期相应延长。病假六个月以上要求上班，需试工一个月。试工期间必须全勤，若有缺勤，仍作连续病假处理。病事假 6 个月以上者，不计算工龄，年度考核不定等次。



审批委员会（组织）：岗位设置和评聘委员会

签发人： 签发时间：2022-12-18



文件编号	NXYY-RSK-ZD019	文件名称	职工工伤管理规定	适用范围	全院
制定部门	人事科	修订/核对人	徐小英	内审人	金卫利
<p>1. 工伤认定范围</p> <p>1.1. 职工有下列情形之一的，可认为工伤：</p> <p>(1) 在工作时间和工作场所内，因工作原因受到事故伤害的；</p> <p>(2) 工作时间前后在工作场所内，从事与工作有关的预备性或者收尾性工作受到事故伤害的；</p> <p>(3) 在工作时间和工作场所内，因履行工作职责受到暴力等意外伤害的；</p> <p>(4) 患职业病的；</p> <p>(5) 因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的；</p> <p>(6) 在上下班途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的；</p> <p>(7) 法律、行政法规规定应当认定为工伤的其他情形。</p> <p>1.2. 职工有下列情形之一的，视同工伤：</p> <p>(1) 在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或者在48小时之内经抢救无效死亡的；</p> <p>(2) 在抢救灾难等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的；</p> <p>1.3. 职工原在军队服役，因战、因公负伤致残，已取得革命伤残军人证，到用人单位后旧伤复发的。</p> <p>1.4. 由于下列情形之一造成负伤、致残、死亡的，不应认定为工伤：</p> <p>(1) 故意犯罪的；</p> <p>(2) 醉酒或者吸毒的；</p> <p>(3) 自残或者自杀的；</p> <p>(4) 法律、法规规定的其他情形。</p> <p>2. 工伤事故处理程序</p> <p>职工发生工伤事故后，负伤人员或者最先发现事故的人员，应在事故发生24小时内将事故发生的时间、地点、经过、原因等报告事故所在科室的负责人，并在一周内将申请工伤认定的材料报人力资源管理中心，由人力资源管理中心向劳动保障行政部门提出工伤认定申请。具体申报材料如下：</p> <p>(1) 病历复印件（封面，病历记录）；</p> <p>(2) 疾病诊断证明（复印件）；</p> <p>(3) 工伤事故报告（需打印，见证人手写签名）；</p> <p>(4) 交通事故认定书（原件）；</p> <p>(5) 身份证（复印件）；</p> <p>(6) 科室上班时间证明（科主任或护士长签字确认并盖科室章）；</p> <p>(7) 发票原件（编外提供）；</p> <p>(8) 劳动合同复印件（人事科提供）；</p> <p>(9) 工伤认定申请书（人事科提供）。</p> <p>3. 劳动能力鉴定</p> <p>职工发生工伤，经治疗仍存在残疾、影响劳动能力的，由员工本人或家属向市劳动部门提出劳动能力鉴定申请，并提供工伤认定和工伤医疗的有关资料：</p> <p>(1) 工伤认定决定书；</p> <p>(2) 工伤职工鉴定确认事项申请表；</p>					



(3) 身份证复印件;

(4) 诊断证明书复印件;

(5) 住院病历, 未住院者须呈报门诊病历或其他相关材料。单位或个人对市劳动能力鉴定委员会的鉴定结论不服的, 可在收到鉴定结论15日之内向省劳动能力鉴定委员会提出再次鉴定申请。自劳动能力鉴定结论作出之日起1年内, 员工或者其直系亲属, 所在单位认为伤残情况发生变化的, 可申请劳动能力复查鉴定。

4. 工伤待遇

4.1. 职工因工作遭受事故伤害或者患职业病需要暂停工作接受工伤医疗的, 在停工留薪期内, 原工资福利待遇不变, 由单位按月支付。

4.2. 停工留薪期一般不超过12个月。伤情严重或者情况特殊, 经劳动能力鉴定委员会确认, 可以适当延长, 但延长不得超过12个月。

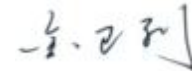
4.3. 职工因旧伤复发需要休息时, 必须由医院开具病情诊断书, 经公共卫生科审核, 报组织人事科备案后, 方可按工伤处理。

4.4. 工伤期间所发生的费用按《工伤保险条例》执行。

4.5. 职工治疗工伤情况紧急时可以先到就近的医疗机构急救。

5. 本办法适用于与医院形成劳动关系的所有员工, 包括在编职工、劳务派遣人员及退休返聘聘用人员。

审批委员会(组织): 岗位设置和评聘委员会

签发人:  签发时间: 2021-06-18



文件编号	NXY-Y-KJK-ZD001	文件名称	科研工作管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东

<p>1. 目的 为进一步推进“科技兴院”的战略方针，鼓励专业技术人员开展科研工作，同时加强医院各级各类科研基金资助项目的管理，保证研究工作的顺利开展，推进医院科研工作的快速发展。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 科研项目管理</p> <p>本制度所指科研项目包括国家、地方政府以及企（事）业单位、社会团体和本院资助科技人员用于开展科学研究的各类科研项目。</p> <p>科教科为医院科研项目的管理部门，具体负责医院科研项目的申报、组织实施、结题跟踪、档案管理和经费使用、科研设置建设、科研项目奖励以及成果推广应用等全过程管理工作，组织协调、督促检查和评估指导，保证项目组成员的稳定、研究条件和时间的落实，督促项目负责人按计划开展研究，确保项目如期高质量完成。</p> <p>科研项目管理实行分级管理：科教科总管理、总协调、总把关，项目负责人总负责、总计划、总控制的原则进行。</p> <p>4.1.1 科研项目申报</p> <p>4.1.1.1 医院鼓励全院专业技术人员多渠道申报科研项目，对获得的各类科研项目予以奖励。奖励标准参照医院有关奖励制度执行。</p> <p>4.1.1.2 科教科负责制定科研项目申报计划，及时提供申报项目有关信息，组织专家对申报项目进行论证和指导，并进行必要的审查。</p> <p>4.1.1.3 各科室应认真组织进行申报动员及课题的论证工作。</p> <p>4.1.1.4 科研项目申请者应按照有关课题申请要求，立足医学科技前沿，突出科技创新，结合学科发展方向和已有研究工作基础，积极申报高水平科研项目。申请者必须是项目的实际主持人，且应具有较高的研究水平。已离、退休的科研人员原则上不得作为申请科研项目的负责人，但可作为科研项目组成员参加研究。</p> <p>4.1.1.5 医院支持跨学科、跨单位联合申报科研项目。我院或外单位牵头的联合申请项目，须经双方同意并签订《项目合作协议书》，协议书内容须报科教科，分管院长或医院学术委员会讨论同意后进行合作，协议书双方各执一份。</p> <p>4.1.1.6 申报的各级科研项目必须经医院学术委员会专家依据该项目的创新性、实用性、可行性、合理性、风险性等方面进行评审，择优推荐申报。</p> <p>4.1.1.7 以我院为牵头单位申报的各级各类科研项目，按有关规定所需缴纳的评审费由医院支付。</p> <p>4.1.2 科研项目实施</p> <p>4.1.2.1 科研项目在获得资助后，项目负责人应根据资助部门的有关要求，填报项目任务（合同）书，同时向科教科提交项目申请书和项目任务（合同）书等有关建档材料。</p> <p>4.1.2.2 对获得的科研项目，医院按一定比例给予经费配套。项目组在开展研究时，首先使用资助经费，配套经费原则上用于补贴资助经费的不足。</p> <p>4.1.2.3 项目负责人应按照项目任务书（合同）要求，及时组织开展科研工作。以我院</p>					
---	--	--	--	--	--



牵头承担的科研项目，原则上在院内实施完成。因院内实验条件无法满足，需外出完成的，由项目负责人提出申请，经科教科审核、分管院长审批同意后方可外出开展研究，同时由医院与协作方签订项目合作协议，明确项目知识产权归属等问题。

4.1.2.4 项目组在研究计划实施中，对涉及研究内容、预定目标、预期完成时间等有重大变动或调整的，项目负责人须提出申请报告，所在科室签署意见，经科教科审核报资助部门审批后方可执行。

4.1.2.5 项目负责人所在科室应努力保持项目研究期间项目组成员的稳定和时间的保证。确需变更的，由项目负责人提出申请，所在科室签署意见，经科教科审核后报相关资助部门审批。

(1) 项目负责人调动，原则上在我院继续完成项目研究，或由科教科会同项目负责人所在科室在院内协调更换合适的项目负责人，报资助部门审批；如无合适的人选更换，按项目中止办理手续。

(2) 项目负责人原则上不得更换。项目负责人遇有特殊情况（如出国、病休等）离开项目研究一年以内的，应事先安排合适人选代理，并保证项目研究按计划进行；擅自离岗及离岗超过一年的，由科教科会同科室在院内协调更换合适的项目负责人，报资助部门审批（附更换者简历、学术水平、研究能力及申请书简表所列内容等材料）。如无合适更换人选，按项目中止办理手续。

(3) 项目组主要成员在项目研究过程中一般不得退出，如因调离等原因，确需退出的，经项目负责人同意后，报科教科审批备案。

4.1.2.6 科研项目需相关科室协助检测的，由项目负责人持科教科开具的《科研项目检测联系单》到相关科室办理科研项目检测手续，《科研项目检测接收函》由项目负责人交科教科，《科研项目检测联系单》由检测科室留存。

4.1.2.7 在项目研究过程中，课题组人员应严格按照要求及时、客观、准确地将实验结果记录于统一格式的实验记录本上，项目负责人负责科研全过程的原始数据、科研档案的管理。科教科将不定期对实验原始记录进行检查。

4.1.2.8 对研究计划执行不力或难以取得预期研究成果的科研项目，科教科将加强督促指导，必要时向上级有关部门提出中止、撤销等建议。

4.1.2.9 项目负责人应每年向科教科及项目主管部门书面汇报科研项目执行情况。

4.1.2.10 研究计划实施中，科教科将按各级课题任务下达单位及医院的要求对各类科研课题进行年度检查，对未完成课题计划及经费使用不当的科研项目，将缓拨或停拨下一年度经费。

4.1.2.11 由于客观原因未能按原计划完成年度研究计划，项目负责人须及时向科教科说明原因，由科教科协同所在科室解决。

4.1.2.12 对由于主观因素造成研究工作不利、又不能及时做出说明并采取补救措施的，由科教科报分管院长或组织医院学术委员会讨论决定是否继续开展研究。对应中止的科研项目，停止（或收回）拨款，退还科研立项奖。如曾应用该科研项目作为材料申报职称的，根据实际情况重新认定该职称资格。

4.1.3 科研项目结题、验收及跟踪管理

4.1.3.1 科研项目按期完成后，项目负责人须及时进行总结，按时提交验收或结题申请。

4.1.3.2 科教科每年组织对完成项目材料进行审核，上报资助部门验收。各项目负责人应如实汇报科研项目完成情况，提供实验原始记录。

4.1.3.3 科研项目由于客观原因不能如期完成，须由项目负责人按原计划完成时间提前三个月向科教科提出书面延期申请，报资助部门批准后方可延期。

4.1.3.4 在科研项目结题验收的同时争取申报评奖。项目负责人应将有关研究论文、专



著的被引用（应用）情况及成果鉴定、推广应用等情况及时上报主管部门，作为项目验收、结题后的跟踪管理。

4.1.3.5 对未能按期完成项目验收又未及时提出申请延期的项目负责人，将取消其后续申请各类项目的资格。

4.1.3.6 项目负责人应及时组织项目组成员撰写论文（论文应统一标注“资助计划名称及编号”），出版专著，申请专利及新产品证书，努力形成有理论及应用价值的成果，并积极推广。

4.1.3.7 课题完成应及时办理结题和经费结算手续。

4.1.3.8 科技开发项目管理按照国家科技开发和成果转化管理规定执行。

4.1.4 科研项目及科技信息保密管理

4.1.4.1 科研项目中关系到国家安全和利益、涉及国家敏感技术的课题，须按国家有关保密规定进行定密和保密管理。

4.1.4.2 对经定密的保密课题及涉密的文件、课题报告、论文等资料，须根据不同密级分类进行。

4.2 科研经费的管理，参照医院相关制度执行。

4.3 科研成果的管理，参照医院相关制度执行。

4.4 临床科研项目的管理，参照医院相关制度执行。

如遇国家政策调整，以上级文件为准。

审批委员会（组织）：医院学术委员会

签发人：毛建华 签发时间：2021-10-06



文件编号	NXY-Y-KJK-ZD002	文件名称	科研经费管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的</p> <p>贯彻落实中央关于深化改革创新、形成充满活力的科技管理和运行机制的要求，规范科研经费管理，提高科研经费使用效益，确保科研经费的合理分配和有效使用，保证科研项目的顺利实施，促进医院科研事业健康发展。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《浙江省财政厅、浙江省科学技术厅关于印发浙江省科技发展专项资金管理办法的通知》（浙财科教[2019]7号）、《中共浙江省委办公厅浙江省人民政府办公厅印发〈关于进一步完善省财政科研项目资金管理政策的实施意见〉的通知》（浙委办发[2017]21号）、《浙江省科学技术厅关于印发〈浙江省科技计划专项基金项目实施及经费管理使用监督检查办法〉的通知》（浙科发计〔2017〕95号）、《关于严肃财经纪律、规范科技经费使用和加强监管的若干意见》（浙财教〔2012〕29号）等有关文件。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>科研经费包含：纵向课题经费、横向经费、重点学科经费、省财政拨入的其他科研经费以及医院配套经费。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 科研经费的来源与分类</p> <p>4.1.1 纵向科研经费：指承担国务院各部委及各级地方政府计划安排的科研项目，由国家或地方有关部门下拨的专项经费。</p> <p>4.1.2 横向科研经费：指承接企事业单位的科技协作、临床研究、科技成果转化、科技咨询及其他涉及科技服务的项目，由企事业单位拨付的专项经费或合同经费等。</p> <p>4.1.3 医院配套科研经费：指从医院财务支出的，作为奖励医院职工科研项目立项而配套的科研经费。</p> <p>（1）各级政府部门财政下拨经费资助的立项项目。医院给予1:1额度的经费配套，上级主管部门或合同另有要求的，医院按要求给予相应配套。</p> <p>（2）各级政府部门立项，但无经费下拨的B类项目，按同级立项部门A类项目立项经费的标准，给予同等额度科研经费配套资助。</p> <p>（3）项目因经费不足，需要申请追加经费才能完成项目时，必须以项目进程完成一半以上、已有相关论文发表且能保证课题顺利完成的前提下，由项目负责人提前6个月向科教科提出书面申请，追加经费不超过项目总经费的30%，科教科审核，分管院长同意，院务会讨论通过，财务科追加相应经费。</p> <p>（4）医院鼓励职工以项目合作单位积极参与国家重点科技攻关项目、重点基础研究项目、国家高科技项目、国家重大新药创制、国家卫健委行业基金等国家级重大项目的申报与横向合作，按到位经费的1:1额度配套。</p> <p>4.2 科研经费的使用范围</p> <p>科研经费分直接费用和间接费用。</p> <p>4.2.1 直接费用：是指在项目组织实施过程中与科学研究活动直接相关的各种费用，包括设备费、材料费、测试化验加工费、燃料动力费、差旅费、会议费、合作协作研究与交流费、出版/文献/信息传播/知识产权事务费、劳务费、专家咨询费等。</p> <p>4.2.1.1 设备费：指项目研究过程中购置或试制专用仪器设备，对现有仪器设备进行升级改造，以及租赁和使用外单位仪器设备而发生的费用。</p> <p>4.2.1.2 材料费：指项目研究过程中用于购买各类耗材的费用。</p>					



4.2.1.3 测试化验加工费：指项目研究过程中支付给外单位（包括项目承担单位内部独立经济核算单位）的检验、测试、化验及加工等费用。

4.2.1.4 燃料动力费：指项目研究过程中相关大型仪器设备、专用科学装置等运行发生的可以单独计量的水、电、气、燃料消耗费用等。

4.2.1.5 差旅费：指项目研究过程中开展科学实验（试验）、科学考察、业务调研、学术交流等所发生的外埠差旅费、交通费用等。

4.2.1.6 会议费：指项目研究过程中需组织开展学术研讨等活动费用。

4.2.1.7 合作协作研究与交流费：指项目研究过程中支付给国际、国内合作、协作科研机构的费用。项目研究人员出国及外国专家来华工作的费用。

① 外单位协作承担科研项目、课题研究试验开支的费用，需事先经科教科审核，分管院长同意后，签定相关科技合同或协议。

② 用于与资助课题研究工作有直接关系的课题组成员出国交流，需附大会交流论文和大会邀请函，差旅费报销标准参照医院相关标准。

4.2.1.8 出版/文献/信息传播/知识产权事务费：指项目研究和结题过程中，用于支付的论文或著作的版面费、资料费、专用软件购买费、文献检索费、专业通信费、专利申请和购买（许可）及其他知识产权事务等费用。

4.2.1.9 劳务费：指项目研究过程中支付给研究生、没有工资性收入的研究人员和临时聘用人员等劳务性费用。

4.2.1.10 专家咨询费：指项目研究过程中支付给聘请咨询专家的费用。专家咨询费不得支付给参与项目管理的工作人员，费用发放严格按照现行的国家、省、市及医院有关科技财政政策。以会议形式组织的咨询，专家咨询费的开支参照以下标准执行：具有或相当于高级专业技术职称人员2400元/人天，其他专业技术人员1500元/人天，院士、全国知名专家按高级职称的人员专家咨询费的标准上浮50%执行。以通信形式组织的咨询，专家咨询费的开支参照以下标准范围内执行：具有或相当于高级专业技术职称人员1500元/人次、其他专业技术人员1000元/人次。

4.2.2 间接费用：是指在项目组织实施过程中无法在直接费用中列支的相关费用，主要包括管理费和激励费。间接费用以不超过直接费用扣除设备购置费的一定比例核定：500万元（含）以上的部分为15%，200万元（含）至500万元的部分为20%，200万元以下的部分为25%；社会科学、软科学、自然科学基金和软件类科研项目按全额30%。

4.2.2.1 单位管理费：是指在课题研究开发过程中对使用本单位现有仪器设备及房屋、日常水、电、气、暖消耗不能单独计量的，以及其他有关管理活动产生的支出。项目立项经费200万（含）以下的部分按8%提取；立项经费200万以上按5%提取。

4.2.2.2 科研人员的激励费：在对科研人员进行绩效考核的基础上，结合科研实绩发放，一般不超过直接费用扣除设备购置费的20%。

4.3 科研经费的使用

4.3.1 科研经费应严格按签订的项目合同书或任务书经费预算支出，按规定使用，使用经费时，由项目负责人提出专项经费使用申请，报科教科审核，分管院长审批。

4.3.2 在项目研究中，如购买试剂材料等，须向科教科提交《科研项目需购买仪器设备或试剂材料申请表》，按规定办理审核和审批程序后，由项目组交采购部门办理申购手续，凭完成审批的《科研项目需购买仪器设备或试剂材料申请表》开支经费。

4.3.3 科研项目需外单位检测的，由项目负责人提出申请，协议书内容须报科教科，分管院长审核，签订《合作协议书》，协议书双方各执二份，一份交科教科。完成检测后凭检测报告开支经费。

4.4 科研资产购置与管理



4.4.1 仪器设备的购置。根据科研工作需要,由项目负责人在上一年度提出预算申请,科教科审核,经主管院领导批准,纳入下一年度医院采购预算,进行政府采购程序购买。

4.4.2 课题经费购置的资产属于国有资产,其产权归医院,必须纳入医院的固定资产帐户核算与管理。

4.4.3 资产的处置按国家的有关规定执行。

4.5 科研结余经费的管理

4.5.1 所有课题都必须按时结题。如有客观原因无法按时结题,应按项目主管部门相关要求,及时提出延迟结题申请。纵向科研验收或结题后下拨经费有结余时,根据专款专用原则,按项目主管部门规定原渠道交回财政;对医院配套经费和横向科研经费由项目负责人提出申请,转入新的研究工作经费。

4.5.2 为提高课题结题率,对于已延期一年仍未完成的科研项目,没有特殊理由,终止经费使用,收回所有立项项目的支出经费。

4.6 科研经费的管理与监督

4.6.1 按“单独立账、专款专用、项目负责人负责制”原则。各项目负责人应严格执行《湖州市南浔区人民医院科研经费管理制度》,并对科研经费使用的真实性、合理性负责。

4.6.2 科研经费的管理和使用应接受医院财务部门的审核和监督,项目负责人应积极配合并提供有关资料,接受上级部门不定期审计。

4.6.3 项目完成结题前,由项目负责人递交项目经费使用明细,科教科会同财务科进行审核,如发现经费使用不合理,由项目负责人解释并承担后果。

4.6.4 立项项目需中止研究,须由项目负责人提前3个月提出申请退还全额立项经费。

4.6.5 项目负责人完成项目验收后及时进行科技成果登记,取得成果登记证书,完善后续的项目档案资料。

本制度适用于我院科研项目经费管理,相关条款也适用于重点学科、人才培养、重点项目预研,需项目负责人递交相关可行性报告与经费预算,科教科审核,经医院学术委员会、院务会讨论通过。

如遇国家政策调整,以上级文件为准。

审批委员会(组织): 医院学术委员会

签发人:  签发时间: 2021-10-06



文件编号	NXY Y-KJK-ZD003	文件名称	临床科研项目管理制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东

1. 目的

为规范临床科研项目管理，保证科研项目合法合规开展和顺利实施，促进医院科研事业健康发展。

2. 参考文件

无

3. 名词定义

临床科研项目：是指以患者为主要研究对象，以疾病的诊断、治疗、预后、病因、医疗服务、卫生政策等为主要研究内容，以医疗机构为主要研究场所，由单科或多学科人员共同参与实施的科学研究活动，除临床试验外。

4. 内容

4.1 权责

科教科负责临床科研项目研究的全过程管理，伦理委员会负责临床研究伦理审批、监督。研究人员需按照相关规定开展研究。

4.2 研究实施前

4.2.1 项目负责人按要求填写相应申请表格，递交相关审核资料，临床调查和临床科研项目先将资料提交伦理委员会审查，再将申请表格和审核资料提交科教科审核。

4.2.2 伦理委员会根据伦理审查结果发布伦理审查意见和结论。

4.2.3 通过伦理审查的项目，可以签订合同或协议。临床调查和临床科研项目的合同统一由科教科根据相关要求办理。

4.2.4 项目批准后，研究者按照签订的合同设计方案开展相关研究和试验。

4.2.5 经过伦理委员会审批的临床研究项目，研究者和受试者须遵守研究方案的约定进行。

4.3 研究实施中

4.3.1 项目进入实施阶段后，全面实行主要研究者负责制。研究者应加强管理，向患者及家属充分告知相关事宜并签署知情同意书，并对研究资料保密，不泄露受试者隐私；试验过程中应真实、准确地记录研究结果，确保试验结果的真实性、客观性、科学性、可追溯性，承担因违反此项原则而造成的一切后果。

4.3.2 研究人员严格按照研究方案实施研究。如对研究方案修改，新方案须报伦理委员会批准后方可实施。

4.3.3 所有研究应以受试者的安全为目标，均应建立详尽的风险处置方案，将风险降低至最小水平。研究过程中一旦发生不良事件，应尽一切可能避免风险造成患者的损害，严格按照风险处置方案将患者损伤降低至最小水平，并按医院规定程序及时向医务科、科教科、伦理委员会等相关部门报告。

4.3.4 临床调查和临床科研项目的监督检查工作由科教科统一负责实施，科教科定期向临床科研项目组委派人员进行项目的监督和检查，内容包括审查项目的伦理批件、知情同意书、不良事件的呈报和处理等执行情况，研究人员有义务就试验进展等情况向检查人员汇报，接受监督检查，并对检查所提出的问题及时改正。

4.3.5 项目负责人与主要参与者应定期参加相关培训，及时了解临床研究相关制度。

4.3.6 项目负责人应每年向科教科及项目主管部门书面汇报科研项目进展情况、



经费使用情况及存在的困难；科教科组织在研项目负责人进行课题年度工作汇报（以PPT的形成），以确保课题研究的顺利进行。


4.4 研究结束后

临床调查和临床科研项目的报告审核工作由科教科统一管理。研究结束后，项目负责人及时总结材料，按期完成结题验收。将结题或验收报告、受试者知情同意书等交科教科审核，如不能按期结题或项目因客观原因不能继续研究，应提前提交延期结题的申请报告或项目终止申请，交科教科办理相关手续，所有资料由科教科存档备查。

如遇国家政策调整，以上级文件为准。



审批委员会（组织）：医院学术委员会

签发人：  签发时间：2021-10-06



文件编号	NXYY-KJK-ZD004	文件名称	科研论文、著作管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东

1. 目的
为维护学术道德，规范学术行为，鼓励原创性工作，营造优良学风，尊重他人成果，严明学术纪律，维护本院的各项工作秩序，维护全院职工的合法权益。

2. 参考文件
无

3. 名词定义
无

4. 内容

4.1 适用范围
本制度适用于全院职工、各类学生（进修生、实习生等）的论文中单位署名为本院的研究人员。

4.2 论文外投及署名注意事项：

4.2.1 所有外投论文，凭投稿论文样稿、原始数据、学术诚信承诺书开具“论文投稿介绍信及课题资助证明”，涉及伦理项目同时提交伦理审批件。

4.2.2 论文样稿、原始数据由第一作者和通讯作者签字。

4.2.3 所有外投论文，论文作者署名应该按照参与者所作贡献的大小排序。

4.2.4 “学术诚信承诺书”经全部作者签字认可，并由科室主任/护士长审核签字。

4.2.5 第一作者和通讯作者保证“学术诚信承诺书”所有作者签名的真实性；论文内容必须遵守国家法律、社会公德，不违反科学伦理；不得捏造和篡改研究成果、实验数据或引用资料；不得抄袭、剽窃他人的研究成果；引用的他人成果，不应构成本人研究成果的主要部分或者实质部分。凡引用他人观点、方案、资料、数据等，无论曾否发表，无论是纸质或电子版，均应详加注释；凡转引文献资料，应对文献来源如实说明；涉密文献不得引用。

4.2.6 论文第一完成单位必须注明是“湖州市南浔区人民医院”。

4.2.6.1 本院的规范中、英文名称及其相关信息为：
中文名称：湖州市南浔区人民医院
英文名称：HuzhouNanxunpeople' shospital
中文地址（邮编）：中国浙江省湖州市南浔镇风顺路99号（313009）
英文地址（邮编）：99FengshunRoad, Nanxundistrict, Huzhou, Zhejiang, China, 313009

4.2.6.2 学术论文只能选择一种学术期刊发表；同一篇学术论文，不得以不同语言重复发表。

4.3 学术期刊预警

4.3.1 学术期刊预警名单挂医院内网。

4.3.2 对在学术期刊预警名单内期刊上发表论文的医学科研人员，予及时警示提醒。

4.3.3 对学术期刊预警名单内期刊上发表的论文，在各类评审评价中不予认可，不得报销论文发表的相关费用。

4.4 著作、论文登记
著作原件、中文论文的全文复印件、外文论文的全文复印件和 PDF文件，发表后



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区

需上交科教科登记备案。

如遇国家政策调整，以上级文件为准。



审批委员会（组织）：医院学术委员会
签发人：毛建强 签发时间：2021-10-06



文件编号	NXY Y-KJK-ZD005	文件名称	学术诚信管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东

<p>1. 目的</p> <p>进一步做好医院科研管理工作，规范医院学术诚信工作，避免发生学术不端行为，维护医院声誉。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>根据《中华人民共和国科学技术进步法》、《中华人民共和国著作权法》、窗体顶端《关于进一步加强科研诚信建设的若干意见》（厅字[2018]23号）、《医学科研诚信和相关行为规范》（国卫科教发[2021]7号）、《科研诚信案件调查处理规则（试行）》（国科发监〔2019〕323号）等。</p> <p>3. 名词定义</p> <p>学术不端行为是指我院教学、科研、临床人员、管理人员等所有员工在科学研究及相关活动中发生的违反公认的学术准则、违背学术诚信与学术伦理规范的行为。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 我院员工应积极参加学术诚信和学术道德规范有关的课程、讲座或活动，熟悉有关法律、法规、制度和规范。做到自律、自审、自查。从事学术活动时必须自觉遵守有关法律法规，恪守学术道德，维护学术诚信。医院应加强对我院员工的学术诚信教育。</p> <p>4.2 对违反学术诚信行为的查处，应遵循客观、公正、合法的原则，坚持标本兼治、惩防并举、教育与处理相结合的方针，做到程序正当、证据充分、依据明确、定性准确、处理恰当、决不姑息，并以适当方式予以公布。</p> <p>4.3 遵守科学伦理道德，尊重研究对象，按照风险（伤害）最小化、有利、公正原则开展科研活动。在涉及人体的研究中，尊重人的自主性、知情权和隐私权，坚持程序公正、回报公正和分配公正。</p> <p>4.4 科研数据、资料采集与分析中遵守诚实客观的原则，真实、详细记录研究过程，保证实验记录和数据完整、真实、安全和可追溯，以备考查。全部原始数据、图片资料、实验记录、样品等科研资料课题组保存。</p> <p>4.5 科研、论文的原始数据由项目负责人在项目验收、论文投稿前交科教科，统一保存。</p> <p>4.6 尊重他人劳动和权益，依照学术规范合理使用引文或引用他人成果。引用他人的成果、观点、方案、资料、数据等，均应注明出处。引文原则上应使用原始文献和第一手资料，凡转引他人成果，应注明转引出处。</p> <p>4.7 学术研究成果的署名应实事求是，只有对研究成果做出实质性贡献者，才有资格在研究成果中署名。有资格署名者，除因保密需要或本人书面同意外，均应署名。合作成果应按照参与者所作贡献大小的顺序署名，另有合法约定的除外。</p> <p>4.8 任何成果均应在发表前经所有署名人审阅并签字，署名者应对本人完成部分负责，并承担相应的学术责任和法律责任。成果主持人应对成果整体负责。</p> <p>4.9 任何以“湖州市南浔区人民医院”署名拟发表的论文、申报的专利和科研标书，均需科主任审核，对署名顺序予以确认并签字。</p> <p>4.10 发表论文、申请专利、申报课题、科研项目验收之前需在科教科备案并签署“学术诚信承诺书”，“学术诚信承诺书”经所有作者/成员签字认可，并由科室主任/护士长审核签字。对未按规定执行者，所发表论文版面费、专利申请费等均不予报销。</p>					
--	--	--	--	--	--



所获成果不能作为职称晋升使用，所申报课题及验收项目不予受理。

4.11具有以下行为之一者，原则上应认定为学术不端：

- (1) 抄袭、剽窃他人学术成果；伪造和篡改实验数据；
- (2) 他人代写、代发表论文；
- (3) 一稿多投、重复发表学术论文；

(4) 违反科学研究活动有关客观性、准确性、公正性原则规定，损害社会和公众利益进行科学研究与试验的；

(5) 其他违反公认的学术准则、违背学术诚信、偏离伦理道德的行为。

4.12学术不端的调查与处理

4.12.1我院学术委员会是我院处理学术不端行为的最高评判机构。

学术委员会负责审议我院在学术诚信方面的方针、政策和规范，受理我院内学术不端行为的申诉，进行仲裁和评判。

4.12.2任何单位或个人发现学术不端行为，向我院学术委员会进行投诉和举报。我院学术委员会根据问题的性质、严重程度及举报投诉材料的详实程度等，决定是否组织立项调查。

4.12.3决定立项调查的学术不端行为，由学术委员会在立项 5 个工作日内指定成立不少于5 人的调查小组（调查小组人数应为奇数，必要时也可聘请外单位专家进行独立调查），对举报的事项进行调查和认定（如有必要，可要求投诉人、被投诉人和证人接受调查）。调查小组一般在 30 个工作日内向学术委员会提交书面调查报告和所有相关材料。

学术委员会在收到报告 5 个工作日内依据调查结果，视情节、后果及本人态度，参照国家和单位有关规定，形成书面认定结论和处理意见，连同调查小组的调查报告和所有相关材料一并提交医院负责人审核。

4.12.4对于实名举报，学术委员会负责在书面处理决定形成后的 3 个工作日内告知举报人。

4.12.5对学术不端行为的认定和处理决定持异议者，可在处理决定书送达之日起 5 个工作日内向医院学术委员会提出书面申诉，逾期不予受理。申诉期间不停止处理决定的执行。

4.12.6医院学术委员会在接到申诉 15 个工作日内做出复议决定。如认定原处理恰当，维持原决定；如认定原处理不当，由医院学术委员会重新指定不少于 5 人的调查小组（调查小组成员不得与首次调查的人员重复）进行调查，并重新做出认定或处分建议，提交医院负责人审核，形成书面决定，仍需处分的由医院学术委员会进行处理。

4.12.7对复议决定仍有异议的，可自接到医院复议决定之日起 15 个工作日内，向医院所在县级管理部门提出书面申诉或向人民法院提起诉讼。

4.12.8调查处理过程中，发现举报人存在捏造事实、诬告陷害等行为的，由医院学术委员会在一定范围内予以澄清，应当认定为举报不实或者虚假举报，举报人应当承担相应责任。属于本院员工及学生的，由医院按照有关规定给予处理；不属于本院员工及学生的，应通报其所在单位，并提出处理建议。

4.12.9在受理举报和调查、处理过程中，必须采取适当措施，保护举报人、证人、调查人员和被举报人的合法权益。参与举报受理、调查和处理的人员对在处理过程中知悉的举报人、被举报人、举报材料等信息、资料负有保密义务，不得滥用职权、徇私舞弊。参与举报受理、调查和处理的人员违反上述规定，造成不良影响的，按照有关规定给予处分或其他处理。



4. 12. 10在对于学术不端行为的调查过程中，除非公开听证，作出正式处理决定以前的一切程序和资料均在保密范围之内，相关工作人员等不得泄露调查和处理情况。

4. 13学术不端案件的通报与处理

任何学术不端、论文造假等行为一经查实，收回已予报销费和奖励费等，并提交学术委员会讨论，涉事人员根据情节轻重及对医院造成负面影响的程度，予以全院通报批评、降低岗位等级、延迟晋升或撤职等处分，5年内不得申报任何科研项目等处罚。并报科研诚信主管部门。

如遇国家政策调整，以上级文件为准。



审批委员会（组织）：医院学术委员会

签发人：  签发时间：2021-10-06



文件编号	NXY Y-KJK-ZD006	文件名称	科技奖励制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东

1. 目的
为贯彻落实“科技兴院”的办院方针，鼓励和支持各级医务人员开展医疗科学研究和科技论文撰写，进一步激发科研人员的热情和主观能动性。

2. 参考文件
无

3. 名词定义
无

4. 内容

4.1 科研项目奖励

4.1.1 立项奖

(1) 以“湖州市南浔区人民医院”作为第一申请单位申请并立项的各级各类科研项目，按立项项目级别奖励项目组。

(2) 列入市级项目，按下拨经费的10%奖励。

(3) 列入厅级项目，按下拨经费的20%奖励。

(4) 列入省部级及以上项目，每项 1万 元基础奖励，再按下拨经费的20%奖励。

(5) 与外单位合作课题或子课题向本院划拨经费的，按拨付本院经费额的10%提取作为立项奖。

(6) B类项目参照同级A类项目奖励额的50%奖励。

4.1.2 完成奖

以“湖州市南浔区人民医院”作为第一完成单位的科研项目完成验收后，根据项目等级：国家级、省部级、厅市级，分别给予18个月、12个月、6个月的医院行政平均奖的奖金额度。在规定研究期限内完成者一次性发放；申请延期并获同意的项目完成后按奖励的60%发放。

4.2 科技成果奖励

4.2.1 国家级奖励，按国家下发奖金的 1：3配套奖励。

4.2.2 省部级一等奖，按下发奖金的 1：2配套奖励。

4.2.3 省部级二等奖，按下发奖金的 1：1.5配套奖励；

4.2.4 省部级三等奖以及厅市级奖项按下发奖金的 1：1配套奖励。

4.2.5 奖励对象为本院在职职工，且以“湖州市南浔区人民医院”为第一完成单位。

4.2.6 国家级奖励，我院作为参与单位，且奖励证书上有署名，排名第二单位给予国家奖励基金的 50%奖励，排名第三单位给予国家奖励基金的 25%奖励，重复获奖的按最高级别计算奖金。

4.3 论文版面费报销

4.3.1 被SCI、EI收录的杂志论文：版面费报销范围参照年度《科学引文索引》目录，凡在范围内的论文，版面费全额报销。

4.3.2 国内论文：论文版面费报销范围参照最新版浙江省卫健委《评审卫生高级专业技术资格医学卫生刊物名录》：

(1) 被列入一级期刊论文，版面费全额报销。

(2) 被列入二级期刊的论文，按版面费80%报销，最高限报2000元。



4.3.3 在非医学类期刊（须与专业及晋升相关）上发表的论文，版面费报销参照二级期刊论文。

4.3.4 在二级期刊和非医学类期刊上发表的论文，如论文内容与科研项目相关，则版面费原则上可全额从科研经费中列支。

4.4 论文奖励

4.4.1 SCI收录杂志论文

（1）根据影响因子（IF）分别给予奖励，原则上按1分1万计算。凡影响因子（IF） < 1.0 者，每篇论文奖励0.5万元； $1.0 \leq IF < 2.0$ 者，每篇论文奖励1万元； $2.0 \leq IF < 3.0$ 者，每篇论文奖励2万元；以此类推。

（2）影响因子（IF）参照论文发表当时公布的年度影响因子分值。

4.4.2 一级杂志论文

参照最新版浙江省卫健委《评审卫生高级专业技术资格医学卫生刊物名录》范围：

（1）一级杂志（中华系列）：论著，每篇论文奖励2000元；其他栏目，每篇论文奖励1000元。

（2）其他一级杂志（非中华系列）：论著，每篇论文奖励1000元；其他栏目，每篇论文奖励500元。

4.4.3 其他

（1）以上版面费报销及奖励的论文第一作者（含共同第一作者）或通讯作者之一必须是我院员工，且单位名称为“湖州市南浔区人民医院”，共同第一作者仅限两位，每篇论文发放一份奖励。

（2）在职研究生因学校要求必须署以该校发表的论文，须同时署“湖州市南浔区人民医院”，可参照以上“论文版面费报销”及“论文奖励”的办法，减半奖励。

（3）获奖论文奖励：医院对获得省、市级优秀论文的论文实行奖励：省级优秀论文一、二、三等奖，医院分别给予奖励1万元、6000元、3000元；市级优秀论文一、二、三等奖，医院分别给予奖励5000元、3000元、1500元。以最高奖计，不重复奖励。

4.5 专利奖励

4.5.1 以“湖州市南浔区人民医院”为专利权人申请获得国家知识产权局批准授权的专利，受理费、代理费全额报销；发明专利，一次性奖励10000元；授权后第1~10年的专利年费全额报销；实用新型专利，一次性奖励2000元；授权后第1~5年的专利年费全额报销。

4.5.2 专利权转让产生的收益归医院所有，收益部分的70%作为医院收入，30%奖励给专利申请人。

以上奖励类别由科教科按期进行汇总审批，奖励金额打入奖励人银行卡。奖励对象为项目组的，由项目负责人按贡献大小分配，并提供项目负责人签名的分配方案报科教科。

审批委员会（组织）：医院学术委员会

签发人：  签发时间：2021-12-20



文件编号	NXYX-KJK-ZD007	文件名称	科技成果转化制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为鼓励科研人员发明创造，增强自主创新能力，促进专利市场转化。</p> <p>2. 名词定义</p> <p>2.1 科技成果是指通过科学研究与技术开发所产生的具有实用价值的成果，包括但不限于专利权、专利申请权、计算机软件著作权。</p> <p>2.2 职务科技成果是指执行医院的工作任务或者主要是利用医院的物质技术条件所完成的科技成果。职务科技成果的权利归属医院。对科技成果权利归属作出约定的，从其约定。</p> <p>2.3 科技成果转化是指为提高生产力水平而对科技成果所进行的后续试验、开发、应用、推广直至形成新技术、新材料、新产品，发展新产业等活动。</p> <p>3. 参考文件 无</p> <p>内容</p> <p>4.1 职务科技成果归口管理部门为科教科。</p> <p>4.2 医院可以采用下列方式进行职务科技成果转化：</p> <p>4.2.1 许可他人使用职务科技成果；</p> <p>4.2.2 向他人转让职务科技成果；</p> <p>4.2.3 以职务科技成果作价投资，折算股份或者出资比例；</p> <p>4.2.4 其他协商确定的方式。</p> <p>4.3 职务科技成果价格可通过协议定价、在技术市场挂牌交易、拍卖等方式确定。通过协议定价的，应当在医院内网公示职务科技成果名称、完成人、转化方式和拟交易价格信息。</p> <p>4.4 若科技成果的权利属于医院与其他外单位（人）共有的，在成果转化之前，成果全体所有者须签署书面合同，约定转化方式和价格（价格确定方式）、成本及支付方式、转化收益分配等内容。</p> <p>4.5 转化审批流程如下：</p> <p>4.5.1 成果完成人或转化中介单位根据接受成果转化的单位意向，向科教科提出转化申请；</p> <p>4.5.2 科教科审核后报党委会讨论，经审批同意后，按以下两类情况处理：</p> <p>（1）协议定价的，在医院内网公示 5 个工作日。若无异议，则签订书面合同；若有异议且医院认为有必要论证的，由医院组织相关专家论证后决定是否转化；</p> <p>（2）在技术市场挂牌交易或者拍卖定价的，交易或者拍卖成功后按照技术市场交易办法或者拍卖规定签订书面合同。</p> <p>4.6 医院支持成果完成人在不改变职务科技成果权属的前提下，对其所完成的职务科技成果实施转化。转化前须与医院签署书面合同，约定转化方式、转化期限、转化价格（价格确定方式）和收益分享等。</p> <p>4.7 职务科技成果转化所得的收益归医院所有，收益部分的70%作为医院收入，30%奖励给成果完成人。其中，对职务科技成果完成人、科技成果转化重要贡献人员和团队的奖励，计入当年工资总额，其个人所得税按国家有关规定办理。</p> <p>4.8 医院鼓励职务科技成果首先在中国境内实施。向境外的组织、个人转让或者许可其实施科技成果的，应当遵守国家有关法律、法规及规定。</p>					



4.9 职务科技成果完成人或者课题负责人，不得阻碍职务科技成果的转化，不得将职务科技成果及其技术资料和数据占为己有，侵犯医院有关合法权益。全院职工应当遵守知识产权法以及医院有关知识产权制度，不得将职务科技成果擅自转让或者变相转让。对违反本制度的，按照法律法规和医院相关规定处理。

如遇国家政策调整，按国家政策和规定执行。



审批委员会（组织）：医院学术委员会

签发人：  签发时间：2021-12-20



文件编号	NXY-Y-KJK-ZD008	文件名称	优秀青年科研启动 基金管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 促进优秀青年人才的成长，提升优秀青年人员科研水平和能力，推动我院科技工作的持续发展。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 总则</p> <p>4.1.1 科研启动基金旨在提升我院优秀青年科研实力和自主创新能力。</p> <p>4.1.2 鼓励中青年科研人员积极申请科研项目。</p> <p>4.1.3 优秀青年科研启动基金项目（以下称项目）主要分为 A、B、C 三类，分别给予 5 万元、3 万元、1 万元经费资助。其中：A类要求发表国家级文章或获得市级及以上科研，B类要求发表1篇省级论文。</p> <p>4.1.4 项目管理实行合同制，明确各方的责任、权利和义务，按合同组织实施、监督检查和项目验收。</p> <p>4.1.5 项目经费按照医院科研经费管理制度执行。</p> <p>4.2 项目立项</p> <p>4.2.1 项目的立项程序一般包括发布通知、项目申请、专家评审、批准立项、签订合同五个基本程序。项目实行专家评审的立项审批制度。</p> <p>4.2.2 项目申请人应当符合以下基本条件：</p> <p>(1) 申请人是本院在职人员；</p> <p>(2) 申请人年龄在 40 周岁以下；</p> <p>(3) 申请人具有承担课题研究的能力；</p> <p>(4) 申请人每年同时只能申请 1 项；</p> <p>(5) 作为负责人，只能同时在研 1 项科研启动基金。</p> <p>4.2.3 申请项目应填写《优秀青年科研启动基金申请表》。</p> <p>4.2.4 对形式审查合格的申请项目，科教科组织集团相关专家进行评审。</p> <p>4.2.5 科教科根据专家评审意见，确定初步立项项目，报院党委会讨论，确定最终立项项目，每年立项项目 A 类不超过 2 项，B 类不超过 5 项，C 类不超过 10 项。</p> <p>4.3 项目实施</p> <p>4.3.1 每年申请一次，10 月评审（具体时间以通知为准），实施期限为 3 年。</p> <p>4.3.2 由医院与项目负责人签订合同。</p> <p>4.3.3 医院责任是：</p> <p>(1) 下达计划及经费；</p> <p>(2) 监督检查合同执行情况；</p> <p>(3) 协调合同执行中的问题；</p> <p>(4) 组织验收。</p> <p>4.3.4 项目负责人责任是：</p> <p>(1) 按合同组织项目实施；</p> <p>(2) 合理规范的使用经费；</p>					



- (3) 负责原始资料档案管理和保密工作；
- (4) 提出项目验收申请并负责项目验收所需的有关材料等。

4.3.5 经费由项目负责人掌握使用，用于在项目实施过程中与研究或开发直接相关活动所支付的费用，需严格按照医院规定的财务制度执行，专款专用，科室和个人不得以任何理由和方式截留和挪用。

4.3.6 项目执行期间，合同内容原则上不做变更，若确需变更合同内容的，由项目负责人提出申请，经科教科审核同意后方可变更。由不可抗力或其他特殊原因，不能执行合同的项目，经项目负责人提出申请，科教科审核，提交党委会讨论通过，中止或撤项，同时收回剩余经费。

4.4 项目验收及考核

4.4.1 项目验收采用集中申请方式，到期后由科教科组织专家对项目进行验收。

4.4.2 项目验收采用会议形式。项目负责人提供以下相关材料：

- (1) 项目验收申请表；
- (2) 项目实施工作报告；
- (3) 提供相关成果，如论文、专利等；
- (4) 项目经费使用财务决算报告；
- (5) 汇报 PPT。

4.4.3 验收专家组应认真审阅验收资料、功能演示和听取有关方面的意见，核实相关数据，形成验收意见和结论。项目负责人应对验收报告、资料、数据及结论的真实性、可靠性负责；验收小组应维护被验收项目的知识产权并保守其技术秘密。

4.4.4 验收结论分为验收通过和不通过。全面完成合同任务和基本完成合同任务的为验收通过，没有完成合同任务的为验收不通过。

审批委员会（组织）：医院学术委员会

签发人：

签发时间：2021-12-17



文件编号	NXY-Y-KJK-ZD009	文件名称	医学重点学科建设 管理制度	适用范围	临床、医 技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 进一步加强医院学科建设，加强重点学科规划，推进专科发展。促进我院重点学科建设的规范化和制度化，充分调动学科带头人的积极性，突出学科优势，使更多的临床学科尽快达到较高的学科水平。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 总则</p> <p>4.1.1 医院重点学科建设是推进医疗、科研、教学全面发展的重要举措，是医院多出人才、多出成果，提高医疗技术水平的重要途径。进一步加强医院学科建设，加强重点学科规划，推进专科发展。促进我院重点学科建设的规范化和制度化，充分调动学科带头人的积极性，突出学科优势，使更多的临床学科尽快达到较高的学科水平。</p> <p>4.1.2 重点学科建设创建期一般为三年，验收通过后，实行动态目标管理，每三年为一个周期。医院按照省、市、区对重点学科建设的考核指标和要求对各级重点学科进行年度考核评估。</p> <p>4.1.3 本制度适用于我院所有临床、医技科室。各级行政管理部门授予的重点学科创建单位和授牌单位均纳入湖州市南浔区人民医院医学重点学科建设管理制度管理。</p> <p>4.2 指导思想、目标和任务</p> <p>4.2.1 指导思想：为适应医疗市场的竞争需要和满足新形势下人民群众对医疗卫生多层次的需求，引入重点学科建设的竞争机制，以重点学科带动医院全面发展。</p> <p>4.2.2 目标：把我院建设成院有重点、科有特色、人有专长的高水平综合性医院。</p> <p>4.2.3 重点学科建设的任务</p> <p>(1) 医院将按照区、市、省级重点学科建设申报的要求，结合医学发展的需求，根据学科自身优势，逐渐建设成为有自身特色和优势的、达到区级、市级、省级层次重点学科水平的学科。</p> <p>(2) 通过重点学科建设，培养一批高素质、高水平的学科带头人及学术骨干。</p> <p>(3) 提高科研水平和创新能力，明确方向，重点突破，力争取得高层次科研成果。</p> <p>(4) 通过重点学科建设，使科研与临床、教学更加紧密结合，推动医院各项工作全面发展。</p> <p>(5) 重点建设学科应突出医疗特色，开展临床特色诊疗技术。</p> <p>4.3 重点学科组织管理、申报与评定</p> <p>4.3.1 医院成立学科建设领导小组，定期研究解决学科建设中的资金、人员、设备、课题研究等存在的问题，指导、监督学科建设规划的落实，协调各部门在学科建设规划落实过程中的关系。</p> <p>4.3.2 学科建设领导小组下设办公室，办公室设在科教科，由科教科根据医院总体规划，制定医院重点学科发展规划，组织申报、评审、考核和奖惩等具体工作。</p> <p>4.3.3 巩固和发展医院已有重点学科优势，有计划地培养一批在本区、本市、乃至本省有优势的学科。</p> <p>4.3.4 各临床、医技科室均应根据自身条件积极努力创建区、市、省级重点学科。医院</p>					



鼓励相关学科（科室）的交叉、联合，共同申报。

4.3.5 申报和评审：遵照“自愿申报、客观公正、专家评审、择优遴选、统筹兼顾、协调发展”的原则，申报学科按规定填写各级《重点学科申报表》，交由科教科初审，并经医院重点学科建设领导小组评审（必要时答辩论证）后，医院根据学科现有的基本情况、医疗、科研、教学水平、发展潜力及其建设能力，结合医院总体规划择优向上级主管部门推荐，由上级主管部门评审认定。

4.3.6 重点（建设）学科的申报条件

- (1) 所申报学科已经初步形成二至三项特色较为明显，优势较为突出的专业技术；
- (2) 学科人才梯队合理，年龄、学历、职称结构适应本学科发展的要求。学科带头人的专业技术水平已经在省、市产生一定社会影响；
- (3) 本学科曾承担科研项目；
- (4) 科室管理和服务到位，两年内未发生过严重的医疗事故；
- (5) 能够被其他科室专家和职工认可；
- (6) 较好地完成所承担的临床教学任务；
- (7) 有较为完善的学科发展规划，发展目标明确，措施切实可行；
- (8) 符合省、市、区重点学科申报条件要求。

4.4 运行与管理

4.4.1 重点学科建设实行目标管理、院科二级管理相结合。医院科教科负责对各重点学科的日常管理、督促检查和沟通协调，学科负责建设目标的实现。

4.4.2 各学科要成立本学科建设领导小组，确立学科带头人、后备学科带头人和学科骨干，设立学科秘书，制定具体的运行管理制度，并做到职责明确，分工到人，确保学科在规定时间内完成建设任务。

4.4.3 学科带头人要严格按照合同书规定的主攻方向和建设目标组织实施学科发展规划和年度建设计划，计划合同书内容原则上不作变更，确需调整建设内容的，由学科提出申请，经医院和主管部门同意，报委托单位批准。

4.4.4 学科建设实行年度执行情况报告制度。学科负责人应在每年 12 月底前提交当年重点学科建设工作总结、年度执行情况报告和下一年度具体工作计划。对学科建设产生重大影响的情况应及时报告。

4.5 经费管理与保障措施

4.5.1 重点学科建设经费建立单独帐户、实行专款专用。对列入重点学科的学科，创建期内，医院按上级拨款 1：3 的比例进行配套或医院独立提供相应经费，经费按年度下拨。

4.5.2 学科带头人应在每年年底提出下一年度经费预算计划和本年度经费决算情况，经科教科审核，报分管院长审批后使用。

4.5.3 重点学科建设经费使用范围、使用程序和方法按《湖州市南浔区人民医院科研经费管理制度》执行，经费的使用必须符合有关财务法规，科教科、财务科负责经费使用情况的监督和管理。

4.5.4 重点学科优先进行科研立项，在科研鉴定及在新技术新项目的立项和评审上给予支持。

4.5.5 优先安排和装备医疗设备，保证重点学科重点投入。优先进行人才培养和引进。

4.5.6 省级重点学科完成年度计划，学科组可享受 20000 元的团体奖。湖州市医学重点学科和浙江省县级医学龙头学科完成年度计划，学科组可享受 10000 元的团体奖。

4.5.7 评审通过的重点学科给予一次性奖励，省级重点学科 5 万元，湖州市医学重点学科和浙江省县级医学龙头学科 1 万元。

4.6 考核与验收




4.6.1 列入医学重点学科建设计划的学科接受委托单位和医院的双重管理考核。建设期内，按合同要求实行全程管理，到期验收；验收通过后按医学重点学科回头看的要求，接受管理和考核。

4.6.2 考核和验收的主要内容为：

- (1) 合同书各项指标完成情况。
- (2) 学科建设质量、整体实力和知名度提升情况；医疗卫生关键技术突破、取得的成果和效益情况。
- (3) 推动医学科技发展情况，医疗技术水平的引领、辐射和示范带动情况。
- (4) 学科人才梯队建设以及学科人才培养情况。
- (5) 基础设施条件建设情况。
- (6) 学科制度执行和承担单位支持措施的落实情况。
- (7) 经费配套和财务审查情况等。

4.6.3 医院每年依据省、市、区重点学科建设评估标准，对重点学科的合同指标执行和年度计划实施情况进行考核评估。对考核评估不达标重点学科提出警告，并限期整改，连续二年考核评估不合格的，停止其学科经费使用资格，将对学科带头人进行调整。对建设期内不能通过委托单位验收者，取消重点学科和学科带头人资格。

审批委员会（组织）：医院学术委员会
签发人： 签发时间：2021-12-20



文件编号	NXYX-KJK-ZD010	文件名称	继续医学教育管理 制度	适用范围	临床、医 技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 提高和规范继续医学教育项目管理和学分管理。</p> <p>2. 参考文件 浙卫办科教[2012]2号、浙继委发[2007]07号文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 继续医学教育学分管理</p> <p>4.1.1 中高级职称卫技人员是学分管理的主体责任人，每年须参加继续医学教育活动，所获得的学分不可少于25学分，其中I类学分5-10分，II类学分15-20分。I、II类学分不可互相替代。以此作为职称聘任的依据。</p> <p>4.1.2 五年内获得的国家级继续医学教育学分不得低于10学分。</p> <p>4.1.3 五年内通过远程继续医学教育获得的I类学分不超过I类学分总分数的50%。</p> <p>4.1.4 获得的继续教育学分,其内容应与其实际专业相符合，原则上不得跨二级学科；对与其实际专业明显不符的学分，作无效学分处理。</p> <p>4.1.5 I类学分可通过参加各种继续教育班获得。</p> <p>4.1.6 II类学分可通过参加市、县（区）组织的学术活动、发表论文、科研项目、单位学术讲座和病例讨论、远程继续医学教育等方式获得。参加市、县（区）组织的学术活动、单位学术讲座、科室学术活动（临床病例讨论、查房、讲课等）、远程继续医学教育活动，全年所获得的该类学分每个项目不超过10学分。</p> <p>4.1.7 参加湖州地区外取得的II类学分不作学分统计。</p> <p>4.1.8 参加在外省举办的继续教育所获得的I类学分，凭会议通知、发票、学分证到科教科登记，报上级继续教育部门审核通过后，视为有效学分，否则作无效学分处理。</p> <p>4.1.9 参加继续医学教育活动、学术活动所获得的中医I类学分，请及时将学分证复印件交科教科。</p> <p>4.1.10 科室组织的学术活动（临床病例讨论、查房、讲课等）获得的学分采用实时扫码录入，科教科审核，学术活动资料（包括学术活动内容、主讲人、参会人员签名、时间、地点及照片）由科室保存备查，上级继续教育主管部门审核通过视为有效学分。</p> <p>4.1.11 科室指定专人负责学分管理。</p> <p>4.1.12 科室应在确保医疗质量与安全的前提下合理安排每位中高级职称人员的继续教育教育活动。</p> <p>4.1.13 必须按规定连续五年学分合格方可申请晋升上一级职称，否则不能申报。</p> <p>4.2 继续医学教育项目申报与执行管理</p> <p>4.2.1 医院科教科全面负责继续教育项目的申报、实施和管理。</p> <p>4.2.2 申报的项目应以现代医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为主要内容。</p> <p>4.2.3 已确定为省、市重点学科的科室必须申报省级或国家级继续医学教育项目，是否已申报继续医学教育项目作为重点学科考核评估的指标之一。</p> <p>4.2.4 各级继续教育项目的申报必须先填写《继续医学教育项目申报表》，同一项目可同时申报国家级与省级。</p> <p>4.2.5 科教科根据各级继续教育项目的申报要求，指导项目申报人填写《继续教育项目</p>					



申报表》，在申报期内进行网络申报。

4.2.6 项目负责人应是具有高级职称的专家，并在该专业领域内具有较高学术造诣，掌握其发展前沿，能参与授课活动。

4.2.7 授课教师应具有副高级及以上专业技术职务，有较丰富的教学及临床经验。

4.2.8 外聘教师人数不得超过任课教师总数的三分之一。项目负责人授课时数应不少于总课时的五分之一。

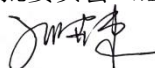
4.2.9 申报的继续医学教育项目应有明确的培训目标和考核指标。

4.2.10 申报的继续医学教育项目获得批准后，项目负责人要严格遵照继续医学教育项目管理的有关规定，严格依照项目公布的教学时数、教学内容、任课老师、授予学分标准等举办继续医学教育项目，按规定提交办班材料。


如遇政策调整，以上级文件为准。



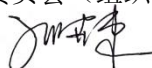
审批委员会（组织）：医院教学委员会

签发人：  签发时间：2021-12-20




文件编号	NXYE-KJK-ZD011	文件名称	继续医学教育会 务管理制度	适用范围	临床、医 技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为了规范我院国家级、省级和市级继续医学教育项目会务管理工作，充分、合理地利用医院资源，加强财务管理，同时本着厉行节约反对浪费的原则。</p> <p>2. 参考文件 浙财行[2018]1号文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 适用范围：我院主办的国家级、省级和市级继续医学教育项目。</p> <p>4.2 科教科负责培训项目的监督管理及总结上报工作，并提供相关服务。督促继续医学教育项目承办科室按照浙江省继续医学教育办公室有关规定规范举办继续医学教育项目。</p> <p>4.3 获得批准的国家级、省级、市级继续医学教育项目，线下项目分别给予5万元、3万元、1万元的经费资助，国家级、省级线上项目分别给予1.5万元、1万元的经费资助。</p> <p>4.4 办班应以办好班、节约为原则，充分利用医院现有资源。办班地点根据项目实际情况确定。项目负责人在预算时明确办班地点。</p> <p>4.5 项目负责人在开班前应做好项目资金的预算，交科教科审核备案。</p> <p>4.6 继续医学教育项目收费由医院财务部门收取，并开具发票。项目资金专款专用。办班项目资金的收支由医院财务部门负责。</p> <p>4.7 授课费标准：中级职称专业技术人员最高不超过300元/学时，副高级职称专家最高不超过500元/学时，正高级职称专家最高不超过1000元/学时，院士、全国知名专家不超过1500元/学时。</p> <p>4.8 专家差旅费：专家差旅费原则上按照医院差旅费开支规定，在可享受的标准内报销。</p> <p>4.9 外地学员需安排住宿的，可由承担科室在政府采购招标确定的定点会议接待单位中选择，费用由学员自行向定点会议接待单位结算。</p> <p>4.10 餐饮标准：按不超过 120 元/天支出。</p> <p>4.11 廉洁办会：严格按照批文所规定的时间、地点、内容举办继续医学教育项目。不随意延长或变更地点，不随意增加继续教育经费，不得组织安排旅游；坚决抵制商业贿赂，不参与由企业及其工作人员安排组织或支付费用的旅游、营业性娱乐活动，不收受赞助商及其工作人员以交通、住宿、会务、生活费等各种名义、形式给予的钱物。项目实施前，签订继续医学教育项目廉洁承诺书。廉洁承诺书一式两份，其中一份保存在科教科备查。</p> <p>4.12 项目如有厂商赞助，可按《湖州市南浔区人民医院接受捐赠管理制度》执行。</p> <p>4.13 报销程序：项目负责人持所有发票及相关凭证，经科教科、财务科审核，按医院规定程序审批后进行报销。</p> <p>4.14 项目奖励：获得国家级、省级继续教育项目并按规定在当年举办的，奖励1500元/项。</p> <p>如遇政策调整，以上级文件为准。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					



文件编号	NXYY-KJK-ZD012	文件名称	外出学术活动管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为加强我院外出学术活动的管理，鼓励我院医务人员对外学术交流活动，营造良好学术氛围。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 外出学术活动：指外出参加的由各级医学学术团体及卫生医疗机构组织举办的各类学习班、研讨会、继教班、学术交流会、培训班、学术讲座等。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 外出参加学术会议、继续教育活动应按照专业对口、按需学习的原则，根据工作需要，选择参加与其专业和岗位密切相关的项目，原则上不得跨二级学科。</p> <p>4.2 参加继续教育学习须是中级及以上职称卫技人员，每年一次，一般只限于省内，优先选择市内的继续教育项目，旅游度假区、沿海地区原则上不得参加。</p> <p>4.3 科主任、重点（扶持）学科带头人、人才培养对象、有特殊贡献的人员，可有条件参加有I类学分的全国性学术会议，每2年一次，省市学术会议，根据具体情况适当放宽。</p> <p>4.4 参加外省学术活动必须是国家级继续教育项目。</p> <p>4.5 同一专业范围的省级或国家级会议，每科室限1-2人；有I类学分的省内各专业年会，每科室参加人数适当放宽；重点（扶持）学科、龙头学科、科研项目组成员可适当放宽。</p> <p>4.6 初级职称医务人员必须具有相应专业的从业资格，方可参加学术活动。</p> <p>4.7 审批程序：由个人提交外出学习申请，并在外出前一周完成审批流程。</p> <p>4.8 医务人员可享受每年3天的外出学习假期，超过3天的自理，国家规定的专项培训、岗位培训由科主任/护士长安排假期。</p> <p>4.9 重点学科建设、创新人才培养、科研相关会议，假期由科室安排。</p> <p>4.10 费用报销：凭会议通知、“外出学术活动/继续教育登记表”经科教科审核，医院领导审批后，按医院规定报销。</p>					
<p>审批委员会（组织）： 医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					



文件编号	NXY Y-KJK-ZD013	文件名称	外出进修管理规定	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 规范外出进修的管理，为学科建设培养人才，组建合理人才梯队。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 外出进修的医务人员必须具有相应专业的从业资格。</p> <p>4.2 外出进修由本人提出申请，所在科室主任同意，或由科主任根据科室业务发展需要选定外出进修人员，于上一年年底前向科教科提交书面申请，经医院学术委员会讨论批准后，方可安排进修。每年集中讨论一次。</p> <p>4.3 三个月以内的短期进修，由本人提前一个月提交进修申请，经科主任同意后，报科教科，由分管领导审批。</p> <p>4.4 进修人员的基本工资、国家规定的津贴、福利、奖励性绩效等待遇按医院相关规定发放。</p> <p>4.5 进修费、住宿费及往返的差旅费按医院规定报销。</p> <p>4.6 进修期满回医院半年内，进行相关新知识、新技术的讲课不少于2次；2年内开展新技术、新项目1项以上，发表省级及以上论文至少1篇。</p> <p>4.7 进修期间，无故中止进修的，须自负进修费，扣发奖励性绩效工资，不再考虑再次进修。</p> <p>4.8 进修回院后，在《外出进修培训合同》规定的年限内不予调动（因公外调除外）。若坚持外调或辞职，应返还进修期间医院实际负担的相关费用，并按《外出进修培训合同》支付赔偿金。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					




文件编号	NXYY-KJK-ZD014	文件名称	住院医师规范化培训管理制度	适用范围	住院医师
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 贯彻落实国家卫健委和浙江省卫健委等关于《住院医师规范化培训》相关文件精神，进一步规范我院住院医师规范化培训工作。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委和浙江省卫健委等相关文件</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 选送培训基本条件</p> <p>4.1.1 我院在编临床、口腔等医学专业的卫生技术人员。</p> <p>4.1.2 本科及以上学历。</p> <p>4.1.3 年度考核合格。</p> <p>4.1.4 完成院内培训任务。</p> <p>4.1.5 原则上为医院招聘的应届人员，取得相应专业的执业医师资格证书。</p> <p>4.2 选送培训时间 规范化培训由本人申请，所在科室同意后，向科教科提交书面申请，医院根据申请人员岗位，结合医院业务开展及工作实际情况安排，具体培训时间、培训地点及选送人员由院务会讨论决定。</p> <p>4.3 规培期间的管理和要求</p> <p>4.3.1 规培医师要树立良好的医德医风和职业道德，关心、爱护病人，以严谨、求实的工作作风对待每一位患者。</p> <p>4.3.2 规培医师要严格遵守国家法律、培训基地的各项规章制度及诊疗规范，积极参加培训基地的政治学习和有关活动。</p> <p>4.3.3 尊重培训基地的带教老师和工作人员，刻苦钻研医学知识，做到谦虚谨慎、勤学好问、理论与实际相结合。</p> <p>4.3.4 在培训基地带教老师指导下，规培医师要严格按照轮转排班表、培训大纲和培训细则的要求，接受专业理论、临床实践技能等培训。</p> <p>4.3.5 规培医师要积极参加并认真完成各项培训考核任务，通过三年规范化培训取得《住院医师规范化培训合格证》。</p> <p>4.3.6 规培期间，规培医师要加强与医院科室科主任、带教老师的联系。各科主任、带教老师要主动关心规培医师的生活，了解其工作、学习和思想动态，充分做好规培医师的思想工作。</p> <p>4.3.7 规培期间，如违反培训基地的管理规定，按基地规定处理；对无故不按期上班和请假未批准而不上班者作旷工处理，旷工的处理按医院人事管理制度执行。</p> <p>4.3.8 科教科负责规范化培训期间的日常联系与管理工作。</p> <p>4.4 待遇</p> <p>4.4.1 规培医师培训期间的基本工资、国家规定的津贴、福利待遇等按医院相关规定发放。</p> <p>4.4.2 规培期间国家规定的补贴由规培基地按规定发放。</p> <p>4.5 其它 规范化培训结束后，在《住院医师规范化培训协议》规定的年限内不予调动（因公外</p>					



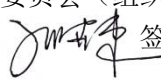
调除外)。如坚持调动或辞职,按《住院医师规范化培训协议》返还医院实际负担的规范化培训期间的相关费用,并支付赔偿金。

如遇政策调整,以上级文件为准。



审批委员会(组织): 医院教学委员会
签发人:  签发时间: 2021-12-20



文件编号	NXYY-KJK-ZD015	文件名称	国内在职攻读研究生的规定	适用范围	全部员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为加快学科建设和人才培养，提高医务人员的知识层次与业务素质，改善学历结构，满足职工学习的要求，进一步规范医院职工在职攻读研究生和申请学位的工作。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 大学本科，具有相应专业的从业资格，工作3年以上的临床业务骨干，医院发展需要，并有培养前途，愿意终身为医院服务。</p> <p>4.2 思想素质好，作风正派，近三年内无违纪、违规及重大医疗事故，年度考核合格。</p> <p>4.3 现任科主任、学科带头人、后备学科带头人优先；各级技能竞赛优胜者优先。</p> <p>4.4 在职攻读研究生必须以不影响工作为前提，所学专业与现从事专业对口。</p> <p>4.5 本人提出申请，填写《南浔区人民医院申请在职攻读研究生审批表》，科主任/护士长同意，报科教科，由科教科、人事科根据要求对申报对象进行资格审查，院长办公会议讨论决定后签订《在职攻读研究生协议书》。</p> <p>4.6 脱产学习时间根据医院及科室工作实际情况安排，具体时间由院务会讨论决定。</p> <p>4.7 在职研究生脱产学习期间待遇： (1) 在职研究生脱产学习期间的基本工资、国家规定的津贴、福利按相关规定发放。 (2) 脱产学习期间的奖励性绩效按进修人员规定发放（待取得学位后一次性发放）。 (3) 在规定时间内取得硕士学位，可享受以下待遇： ①在职研究生期间的住宿费（凭发票）、交通费按医院规定报销。 ②学费凭学位证报销。</p> <p>4.8 硕士毕业后，在《在职攻读研究生协议书》规定的年限内不予调动（因公外调除外）。如坚持调动或辞职，应返还医院实际负担的学习费用及脱产学习期间的绩效，并按《在职攻读研究生协议书》支付赔偿金。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					



文件编号	NXYY-KJK-ZD016	文件名称	助理全科医师培训 基地管理制度	适用范围	临床、 医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 贯彻落实国家卫健委和浙江省卫健委等关于《住院医师规范化培训》相关文件精神，规范基地助理全科医师培训工作，确保培训质量。</p> <p>2. 参考文件 国家卫健委和浙江省卫健委等相关文件</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 总则</p> <p>4.1.1 按照《浙江省住院医师规范化培训基地管理办法》的要求进行基地建设和接收助理全科医师培训。为接收的助理全科医师提供以提高其临床能力为主的系统性规范化培训。</p> <p>4.1.2 接受并配合浙江省卫生健康委有关部门对基地要求的相关工作；如：基地的检查、评估和考核等。</p> <p>4.2 培训时间 助理全科医师的培训时间为 2 年。</p> <p>4.3 基地培训要求 定期组织开展教学培训质量跟踪检查，掌握培训计划执行情况，每批学员均须岗前培训。每月组织开展全院性的学习讲座或技能培训 1-2 次。每月现场抽查轮转科室，现场了解培训学员思想动态、工作表现与出勤；现场检查轮转科室带教计划及其落实情况和出科考核等。每月核查学员轮转网上记录信息和科室考核信息，发现不足及时反馈和督促改进。每月负责考核学员出勤与任务完成情况并向财务科书面报告，提供财务科发放每月补助依据之一。</p> <p>4.4 轮转科室培训要求 轮转科室结合培训标准和科室特点，每月针对助理全科医师按规定频次开展小讲课、教学查房、疑难病例讨论，并有记录、照片和签到。轮转科室实施培训监督，每月按时对学员的临床工作量、收治病种及例数、技能操作、病历书写、医德医风、劳动纪律等方面进行日常考核，在学员完成规定的科室轮转后按照培训内容及考核要求组织出科理论和技能操作考核并及时网上记录。</p> <p>4.5 学员管理</p> <p>4.5.1 培训基地科教科必须做好学员学籍登记、档案管理、培训记录等工作。培训基地牵头组织学员进行年度考核并记录。</p> <p>4.5.2 培训学员请销假、旷工、产假详见《助理全科医师培训学员考勤制度》。</p> <p>4.6 师资建设 建立基地师资管理库，定期组织指导老师开展形式多样的业务学习和带教能力训练，不断提高师资队伍整体素质。</p> <p>4.7 保障措施</p> <p>4.7.1 培训基地配合政府部门建立长效的培训经费投入机制，对培训经费实行专项管理、专款专用。培训经费主要用于教学补助、教学设施配置和改善、师资队伍建设和培训对象的福利待遇、生活补贴等。</p> <p>4.7.2 根据上级部门管理要求，结合我院实际，建立健全基地的组织管理制度、培训</p>					



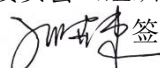
制度、学员及师资管理制度、考核制度和培训质量督导制度。

4.7.3 培训基地不断改善培训条件，包括教学场所、教学设施设备和学员住宿等硬件条件改善，以及师资队伍和管理队伍等建设。

4.7.4 培训基地负责学员培训期间的教育和管理。单位委托培养的学员工资福利待遇以及社会保险、住房公积金等由选送单位按照有关政策执行。向社会招收的学员在培训期间的生活补贴、社会保险等待遇按我省有关规定执行。其他生活补贴、岗位津贴等由基地根据实际情况发放。因个人原因延长培训的费用，由学员自行承担。

4.7.5 培训基地组织符合助理医师执业资格考试报名条件的学员参加助理执业医师资格考试。凡培训期间取得业助理医师资格的，按照国家卫健委颁布的执业助理医师注册规定，执业地点注册在培训基地。培训结束后，办理相应执业注册变更手续。



审批委员会（组织）：医院教学委员会
签发人：  签发时间：2021-06-05



文件编号	NXY Y-KJK-ZD 017	文件名称	助理全科医师培训 基地经费管理制度	适用范围	临床、 医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为加强助理全科医师培训补助经费管理，确保经费使用专款专用并合理有效。</p> <p>2. 参考文件 《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》（国卫科教发〔2013〕56号）、《浙江省财政厅、浙江省卫生和计划生育委员会关于下达住院医师规范化培训中央补助资金的通知》（浙财社〔2015〕119号）等文件。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 培训学员补助及相关发放标准：</p> <p>4.1.1 基本工资和社会保障 （1）单位学员：与我院、委培单位签订三方协议，培训期间由聘用单位管理人事档案，发放基本工资、福利及购买社会基本保险。 （2）社会学员：与我院签订培训协议，基本工资参照本院同等条件人员发放，享受社会保险。</p> <p>4.1.2 国家补助 每人 2 万元/年，按照 1667 元/月发放。</p> <p>4.1.3 其它福利 （1）培训期间，在医院不提供宿舍的前提下，租房学员凭租房合同享受租房补贴，500 元/月。 （2）午餐补助，500 元/月。 （3）夜班费（跟班 50 元/个）；加班费等补贴按照本院住院医师标准发放。 （4）年终绩效奖励，根据学员考核情况发放，1000-3000 元/年。取得执业助理资格并轮转满一年后享受科室一定绩效，由轮转科室考核后发放。</p> <p>4.2 培训基地运行维护补助使用范围及相关发放标准：</p> <p>4.2.1 使用范围 （1）助理全科医师培训 ①理论培训费：用于带教老师参与各类助理全科医师培训授课类活动。 包括：科教科层面组织的助理全科医师培训，带教老师的授课、指导费。 ②技能培训费：用于带教老师参与各类技能培训费用。 包括：助理全科医师培训岗前技能培训、“三基”技能培训、专科技能培训、执业助理医师考核考前技能培训、助理全科医师培训结业考核考前技能培训等活动中，带教老师的授课、指导费。 ③临床带教费：针对日常临床带教工作。 对带教老师日常带教活动的劳动付出给予的费用。 ④考核费用：各类考核考务工作中付出劳动的考官、考务人员等的费用。 包括：助理全科医师培训年度考试考核、结业考试考核、三基技能考试考核以及根据需要临时组织的考试考核付出劳动人员（考官、考务工作人员等）的费用，及出卷、改卷的费用。</p> <p>（2）师资培训 师资培训发放费用，遵照国家、我院有关文件规定执行，其中专家讲课费包括以下两</p>					



种形式:

①医院、科科长层面邀请的院外专家对本院带教老师培训的专家讲课费。

②基地层面邀请的院外专家对本基地带教老师培训的专家讲课费。

(3) 奖励费

用于医院层面举行的旨在促进规培工作开展、有利于培训实效提高的各类评先评优活动,例如,优秀带教老师的奖励、优秀助理全科医师的奖励、比赛竞赛优胜者的奖励、规培优秀科室的奖励、对利用业余时间为促进规培基地建设作出突出贡献的人员奖励等,必要时也可用于激励学员参与培训活动。

(4) 评审费

优秀带教老师和助理全科医师、规培优秀科室及其他规培相关比赛竞赛的评先评优活动的评审专家费用。

(5) 基地建设费

用于基地日常工作开展、基地管理建设、教学活动开展等。

(6) 教学秘书补助:

用于各科室合格教学秘书补助,教学秘书负责科室的日常教学工作,及时传达有关指令、任务、通知,协助科主任做好教学、带教、业务学习、科室人员教育、安排科室有关学术活动等工作。

(7) 督导费

用于外院督导专家对本院规培活动的检查等督导工作而付出的劳动。

(8) 专家咨询费

用于培训相关政策、方法咨询等事项中付给临时聘请专家的费用。

(9) 差旅费

用于带教老师、管理人员、学员参加规培相关会议及培训班所需要的差旅费(包括车旅费、住宿费、会议注册费、培训班费用、差旅补助等)。按照实际情况及我院相关规定执行。

(10) 会议费

为提高培训质量而组织开展研讨、协调等活动而发生的会议费用。按照实际情况及我院相关规定执行。

(11) 数据库、信息系统开发/购买/维护费

为提高培训教学水平的图书馆数据库、教学相关信息系统等硬件、软件开发/购买/维护费。

(12) 资料费、邮寄费、制作费和文具费

用于规培会议、各类评审、考核准备等各类培训相关活动所需要书籍、音频/视频等资料的购买、邮寄,相关材料的制作及打印、复印费用,以及相关文具等费用。

(13) 其他

其他与助理全科医师培训相关的各类费用。

4.3 相关费用发放标准:

4.3.1 助理全科医师培训

(1) 理论培训费、技能培训费:按规定高质量完成的,100-200元/人/次。

(2) 临床带教费:按每带教1位学生100元/月进行发放,住培带教老师原则上每月带教规培学员不超过3人。

(3) 考核费用:

结业考核、年度等考官费:300元/人/半天。

4.3.2 师资培训专家讲课费:院外专家1000-3000元/人/次。



4.3.3 奖励和评审费：

- (1) 年度优秀带教老师、学员：500-1000 元/人。
- (2) 比赛竞赛优胜者、优胜科室奖励：500-1500 元。
- (3) 与规培相关(包括上述活动)的评委专家评审费：300-500 元/半天。

4.3.4 教学秘书补助：300 元/月/人。

4.3.5 督导费

外院督导专家(对本院规培工作督导)：1000-3000 元/人/次。

4.3.6 专家咨询费：院外专家 1000-3000 元/人/次，院内专家 500-800 元/人/次。

上述资金涉及人员的发放，应结合依据规培学员、教师等人员的综合表现，体现绩效精神。教学秘书补助与临床带教费不重复享受。未列入上述项目中的规培相关活动，申请本补助经费支持的，须经教学委员会、分管院领导批准；必要时，上报我院党委会讨论决定。



审批委员会（组织）：医院教学委员会

签发人：  签发时间：2021-10-06



文件编号	NXYX-KJK-ZD018	文件名称	助理全科医师培训 学员管理制度	适用范围	临床、 医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为加强培训学员管理，保证良好的医疗工作秩序。</p> <p>2. 参考文件 《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》、《浙江省住院医师规范化培训实施办法（试行）》和《浙江省住院医师规范化培训管理实施细则（试行）》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 培训人员的权利与义务</p> <p>4.1.1 培训人员在参加培训期间享有下列权利：</p> <p>（1）按照《助理全科医师培训内容与标准》的要求参加规范化培训，在上级医师的指导下，完成所规定的培训计划和任务。</p> <p>（2）参加医院制定的助理全科医师培训及考核，使用医院提供的临床技能培训器材。</p> <p>（3）培训期间获得医院提供的津贴等相关福利。社会学员提供养老保险、医疗保险、失业保险、工伤保险和生育保险。</p> <p>（4）培训结束时达到助理全科医师培训计划的各项要求，通过结业考核后，获得相应的培训合格证书。</p> <p>（5）对医院给予的处分或处理有异议时，可向医院教学委员会提出申诉。</p> <p>（6）享受国家法定节假日。</p> <p>（7）通过国家执业助理医师资格考试后，享有执业助理医师的各项权利。</p> <p>（8）法律、法规规定的其他权利。</p> <p>4.1.2 培训人员在参加培训期间应履行下列义务：</p> <p>（1）遵守宪法、法律、法规。</p> <p>（2）遵守医院管理和工作制度，严格执行医院规定的职责，服从培训基地对整个培训过程的管理。</p> <p>（3）遵守医德医风规范，培养良好的服务意识和服务态度，尊敬指导老师。</p> <p>（4）严格执行培训所在医院的各项诊疗常规，积极防范医疗不良事件和事故，避免医患纠纷。</p> <p>（5）按学科培训细则完成培训计划，包括科室轮转和出科考试、考核等。</p> <p>（6）认真、按时、如实在“浙江省住院医师规范化培训信息管理系统”进行培训登记，有弄虚作假者取消参加阶段临床技能统考资格。</p> <p>（7）保证临床轮转时间，除法定节假日、公休日外，全年各类休假累计不超过15天，休假要服从医院工作安排。</p> <p>（8）自觉遵守公民道德规范，不得有酗酒、打架斗殴、赌博、吸毒，传播、复制、贩卖非法书刊和音像制品等违反治安管理规定的行为；不得参与非法传销和进行邪教、封建迷信活动；不得从事或者参与有损医院利益和形象的活动。</p> <p>（9）参加医院组织各项考核及考试，并在规定年限内完成相关科室轮转计划，通过浙江省卫生健康委组织的结业考核，取得浙江省颁发的《助理全科医师培训合格证书》。</p> <p>4.2 培训人员的待遇</p> <p>4.2.1 培训人员报到后，参照医院聘用人员的管理，培训人员如要提前解除协议，须</p>					



提前三十天向人事科及科教科提出书面申请。

4.2.2 若培训人员为社会人，其档案参照医院聘用人员的档案管理，由市人才交流中心实行人事代理，档案委托该中心管理，培训的助理全科医师可选择用人单位自行进行档案移动；有工作单位的可将人事关系由原单位管理。面向社会招收的培训对象生活补助标准与培训基地同等条件助理全科医师工资水平相同，由培训基地依考核发放。

4.2.3 培训人员培训结束后，如被单位聘用，其培训年限连续计算工龄。

4.2.4 根据国家现行法律、法规、规章的规定，培训人员的社会保险参照医院临时聘用人员参加医疗保险、失业保险、养老保险和生育保险。

4.2.5 培训人员休训期间，不享受在院培训人员的相关待遇。

4.3 培训人员的奖惩

4.3.1 每年组织“优秀助理全科培训医师”评选活动，给予一定奖励，并在完成培训择业时予以优先推荐。

4.3.2 培训期间凡有下列情形，给予批评、教育，屡教不改者通知培训选送单位：

- (1) 迟到、早退或无故缺勤者及无故缺考者；
- (2) 不服从医院轮转安排者；
- (3) 培训过程中出现医德医风、医疗纠纷等方面问题者。

4.3.3 培训期间凡有下列情形，给予顺延培训时间的处理，通知选送单位，并上报市、区卫生健康主管部门备案。

(1) 年度各类休假累计超过 15 天不足 3 个月者，顺延 6 个月；超过 3 个月不足 6 个月者，顺延 1 年。

(2) 未按规定完成轮转计划者，按培训要求补足缺项。

(3) 连续两次未通过出科考试考核或无故不参加出科考试考核者，重新进行相应学科的轮转和考试考核。

(4) 在规定的时间内，未通过结业考核，培训时间顺延，顺延时间最长不超过2年。

4.3.4 助理全科医师在培训顺延期间，不享受培训基地给予的生活补贴，顺延期间的培训费用自理。

4.3.5 培训期间凡有下列情形，给予终止培训处理，并上报主管部门备案。

- (1) 经常迟到、早退或无故缺勤，屡教不改者；
- (2) 休训期满，在医院规定期限内未提出复训申请或者申请复训经复查不合格的；
- (3) 经医院诊断，患有疾病或者意外伤残无法继续在院参加培训的；
- (4) 未请假离院连续两周未参加医院规定的培训教学活动的；
- (5) 超过医院规定期限未注册而又无正当事由的；
- (6) 年度各类休假累计超过 6 个月者；
- (7) 连续 2 次无故不参加医院组织的相应阶段（年度）考试、考核或连续 2 次阶段考试、考核不及格者；
- (8) 由他人代替考试考核、替他人参加考试考核、组织作弊、使用通讯设备作弊及其他作弊行为严重的；
- (9) 剽窃他人研究成果、研究论文，违反科研保密，情节严重的；
- (10) 违反培训基地所在医院各项规章制度，造成恶劣社会影响或玩忽职守，造成严重医疗事故或经济损失者；

(11) 触犯国家法律，构成刑事犯罪者；

(12) 本人申请停止培训的。

4.3.6 培训人员考核不合格，将根据具体情况扣发部分津贴。

4.3.7 对培训人员的停训处理，由医院助理全科医师培训基地领导小组研究决定，并



出具停训通知书送交本人。

4.3.8 停训的培训人员，按医院规定期限办理停训手续。

4.3.9 培训期间的教育和管理由基地和选送单位应共同负责。对出现问题者，本着实事求是的原则，给予慎重而恰当的处理，结论要与本人见面，并通知选送单位，上报上级主管部门。

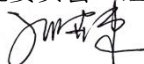
4.3.10 医院和选送单位应认真执行本《制度》。培训医院不得无故终止住院医师培训；选送单位也不得以任何借口不选送、延期选送、临时撤回或中断培训。

4.4 培训人员的结业


培训人员在医院规定年限内，完成助理全科医师培训计划规定内容，理论和临床考核、医德医风等达到各项要求。培训结束后，参加由浙江省卫生健康委员会组织的结业考试，对合格者颁发《助理全科医师培训合格证书》。



审批委员会（组织）：医院教学委员会

签发人：  签发时间：2021-06-05



文件编号	NXY-Y-KJK-ZD019	文件名称	助理全科医师培训 学员考勤制度	适用范围	临床、 医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为规范培训学员在培训期间考勤、请假，以保证培训时间。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 学员考勤由轮转科室带教老师负责，学员按时上下班，不得无故迟到早退。</p> <p>4.2 有下列情况可酌情准假：</p> <p>4.2.1 病假：须附我院相关专科保健医师按疾病情况写明病情的医学证明。</p> <p>4.2.2 事假：特殊情况请事假，须提供相关证明材料。</p> <p>4.2.3 产假、婚假、陪产假等按劳动法规定假日。</p> <p>4.3 请假审批流程：</p> <p>4.3.1 请假时间≤1 天：带教老师审批→轮转科室教学秘书登记存档。</p> <p>4.3.2 1天<请假时间≤3天：带教老师审批→轮转科室审批→轮转科室教学秘书登记存档。</p> <p>4.3.3 3天<请假时间≤5天：带教老师审批→轮转科室审批→科教科审批→科教科销假→科教科登记存档原件，轮转科室教学秘书存档复印件。</p> <p>4.3.4 请假时间>5天（含产假、陪产假）：带教老师审批→轮转科室审批→选送单位人事部门审批→科教科审批→科教科销假→科教科登记并存档原件，轮转科室教学秘书存档复印件。</p> <p>4.4 请假注意事项</p> <p>4.4.1 请假时间不得超过该科室轮转时间的三分之一，否则该科需重新轮转。</p> <p>4.4.2 未事前请假擅离岗位的，一律按旷工处理。</p> <p>4.5 学术活动须准时参加并签到。不得无故缺席，未能按时参加者进行事前请假。</p> <p>4.6 培训期间不得无故缺岗，一经发现无故旷工的，先口头警告，一再发生缺岗现象的作旷工处理。旷工达三天以上通知派出单位处理。</p> <p>4.7 节假日一律由科室统一安排。凡遇节假日期间出科的，须提前到下一轮科室报到。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-06-05</p>					



文件编号	NXY Y-KJK-ZD0 20	文件名称	助理全科医师培训 考核制度	适用范围	临床、 医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为提高教学质量，规范教学行为，检测教学成果。</p> <p>2. 参考文件 《助理全科医生培训标准》（2020 年版）</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 日常考核 培训学员每周登录“浙江省卫生健康委医学教育信息服务平台——住院医师规范化培训”，（https://zjyxjy.wsjkw.zj.gov.cn/）记录以下内容，指导老师或教学秘书进行定期审核：</p> <ul style="list-style-type: none"> （1）收治新病人、危重病人抢救、门诊、急诊； （2）参加手术； （3）技能操作； （4）病例讨论、死亡病例讨论，参加学术活动、教学工作、科研工作等； （5）考勤情况。 <p>4.2 出科考核 由轮转科室组织实施，在本科室轮转的最后一周完成。由各个科室教学秘书组织按照《助理全科医生培训标准（2020 年版）》进行考核。出科考核形式为技能考核、理论考核等，考核内容包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> （1）医德医风、职业素质考核； （2）病历书写（日常规范、抽查）； （3）临床实践能力考核（接诊病人综合能力考核）； （4）临床思维能力； （5）工作量完成情况； （6）临床基本技能考核（手术和临床操作）； （7）理论考核（含病例分析）。 <p>4.3 年度考核 由科教科和基地共同组织实施，在年度最后季度完成，重点考核培训学员以下内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> （1）临床业务能力； （2）工作成绩； （3）完成培训内容的时间与数量； （4）综合素质评定； （5）专业理论、临床技能。 <p>4.4 湖州市统考</p> <p>4.4.1 湖州市年度考核 由湖州市卫健委组织，在下半年进行。</p> <ul style="list-style-type: none"> （1）形式：理论考试+技能考核； （2）内容：助理全科规培大纲要求内容。 <p>4.4.2 湖州市结业模拟考 由湖州市卫健委组织，上半年结业考核之前进行。</p>					



- (1) 形式：理论考试
- (2) 内容：助理全科规培大纲要求内容

4.5 结业考核

由省卫生健康委统一组织，在培训结束时进行，考核内容包括理论考试、临床实践技能考核。

合格者由浙江省卫生健康委员会颁发《浙江省临床住院医师规范化培训合格证书》。



审批委员会（组织）：医院教学委员会
签发人：[Signature] 签发时间：2021-06-05



文件编号	NXY Y-KJK-ZD0 21	文件名称	助理全科医师培训 师资管理制度	适用范围	临床、 医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为加强我院助理全科医师培训指导医师队伍建设，保障培训质量。</p> <p>2. 参考文件 《助理全科医生培训基地遴选标准》（2020年版）、《2019年助理全科医生培训基地评估指标》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 带教医师师资要求</p> <p>4.1.1 遵纪守法，具有良好职业道德，治学态度严谨，能以身作则、为人师表，热衷于培养医学人才。</p> <p>4.1.2 熟悉助理全科医师培训相关制度和培训标准，能依据培训要求认真履行带教老师职责。</p> <p>4.1.3 熟悉本专业系统的理论知识，具有丰富的临床工作经验，能规范、熟练地进行本专业技能操作，具有较强的带教意识和带教能力。</p> <p>4.1.4 具有医学本科及以上学历和主治医师专业技术职称。</p> <p>4.1.5 专业基地负责人除应具备指导医师的上述条件外，还应具备相应的管理及科研能力。</p> <p>4.2 带教医师遴选与聘任</p> <p>4.2.1 报名或推荐：拟申请担任带教医师人员通过本人报名与科室推荐相结合。</p> <p>4.2.2 遴选程序 科教科对申请人的基本条件进行审核，开展教师临床教学岗前培训，通过审核并完成岗前培训者可聘为带教医师，并颁发带教医师证书，聘书有效期两年。</p> <p>4.3 带教医师职责</p> <p>4.3.1 督促助理全科医师遵守医疗法律法规，严格执行医院的各项规章制度。</p> <p>4.3.2 对助理全科医师的临床实践和品行修养进行全面指导，培养住院助培医师责任意识、质量意识和服务意识，将医德医风和人文素养的培养贯穿于培训过程的始终。</p> <p>4.3.3 按照国家和我省助理全科医师培训标准的要求和基地制定的培训计划开展临床带教工作，督促助培医师参加相关教学和培训活动。</p> <p>4.3.4 指导助培医师依据诊疗规范开展诊疗活动，注重临床技能培训，定期审核助培医师的培训记录，检查各项培训指标完成情况。</p> <p>4.3.5 客观对助培医师进行评价，按科室统一安排完成助培医师轮转出科考核。</p> <p>4.3.6 根据带教医师岗位职责，按照要求参加省级培训和院级培训等相关学习，不断提高人文素养，提升对住院医师规范化培训的认识，提高医疗、教学和科研能力。</p> <p>4.3.7 按照基地相关要求承担培训任务。</p> <p>4.4 带教医师配备 基地带教医师的中高级职称比例应达到《助理全科医生培训基地标准》，师资与培训对象比例不得超过1：2。</p> <p>4.5 带教医师培训 由科教科组织对带教医师开展教师岗前培训和院级师资培训，岗前培训内容包括助理全科医师培训有关政策法规、培训标准、助理全科医师培训带教医师职责与任务以及教学</p>					



基本技能。带教医师必须参加本院师资培训，并按规定参加省级及以上师资培训。

4.6 带教医师考核

4.6.1 带教医师考评分为学员考核和学科考核两部分。

4.6.2 学员考核由每月学员出科时对带教医师进行考核，由科教科统计考核结果，若考核不合格，则由科教科核查实际情况，如情况属实，则取消带教医师资格。

4.6.3 学科考核由教学小组组织进行，考评内容包括制度与职责、培训管理和科研创新等。考核结果反馈带教医师本人并报备科教科。学科考核每年一次。

4.7 带教医师监督管理


4.7.1 建立带教医师激励机制，将教学工作与绩效考评、奖金、评优、职称晋升等挂钩。

4.7.2 对未完成带教任务、教学能力培训不达标、考评与教学考核不合格，发生有违师德师风行为或违反相关规定的带教医师，应予以批评教育。有下列情况的，应予以解聘：


- (1) 因工作变动，不再从事相应工作；
- (2) 依法被追究刑事责任；
- (3) 在工作中弄虚作假、徇私舞弊被予以处罚；
- (4) 在工作中违反国家和本市相关规定且情节严重；
- (5) 本人要求解除聘任。



审批委员会（组织）：医院教学委员会

签发人：  签发时间：2021-06-05



文件编号	NXYK-KJK-ZD022	文件名称	助理全科医师培训 绩效考核的规定	适用范围	临床、 医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为进一步做好助理全科医师培训工作，提高各学科的重视度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>1. 规培质量考核纳入医院年终考核范畴。</p> <p>2. 规培师资每年进行一次专题培训。</p> <p>3. 每年度对规培指导老师进行优秀带教老师评选，连续三年评选优秀的在晋升职称或派选学习时优先考虑。</p> <p>4. 规培指导老师担任专题授课、出科考核、结业考核的给予课时、考官津贴。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-06-05</p>					



文件编号	NXYY-KJK-ZD023	文件名称	教学秘书管理制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为了更好地安排和管理各类教学、带教、继续教育和学术活动，提高教学质量。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 教学秘书：协助各学科主任、科室主任开展教学工作的专职人员。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 教学秘书由科室提名推荐，科教科审核，经院领导批准后正式任用，任期二年，教学秘书业务上受科主任及科教科的双重领导。</p> <p>4.2 教学秘书因特殊情况如需替换，应由科室申请，由科教科审核，经分管院领导批准后实行。</p> <p>4.3 教学秘书是科主任的教学工作助理，其任务是负责科室的日常教学工作，及时传达有关指令、任务、通知，协助科主任做好教学、带教、业务学习、科室人员继续教育、安排科室有关学术活动等工作。</p> <p>4.4 教学秘书工作职责：</p> <p>4.4.1 协助科主任管理本科室的规培生、实习生、见习生及科室的教学相关的活动。</p> <p>4.4.2 安排教学活动，监督教学备课和准备情况，并在过程中检查带教计划执行情况。</p> <p>4.4.3 维护正常带教、学术活动秩序，了解教师、学生的教学情况，及时处理带教、学术活动过程中出现的问题。定期向科主任、科教科汇报科室带教情况，提出改进带教的意见或建议。</p> <p>4.4.4 负责入科教育，向入科学生介绍科室一般情况、规章制度、职业道德等。根据大纲和计划要求，制定科内轮转表。指定专人负责带教，明确带教任务，经常检查督促带教工作。</p> <p>4.4.5 负责组织科内的教学专题病例讨论、教学小讲课、教学查房、临床思维训练及本科室人员科内业务学习，并做好记录及签到。</p> <p>4.4.6 承担住院规培生教学及培训工作，包括卫生健康委住院医规范化培训信息系统的登记、审核工作、轮转安排记录等。</p> <p>4.4.7 负责组织和安排出科考核，及时填写评语和出科考试成绩，并登记备案。</p> <p>4.4.8 负责科室年度教学考核（含考试命题、改卷、临床操作考核等）等工作。</p> <p>4.4.9 组织本科室工作人员参加科教科组织的各项师资培训。协助科教科做好技能培训中心建设及各项技能培训、考核工作。</p> <p>4.4.10 组织督促本科室工作人员和各类实习进修人员参加医院、科教科安排的业务学习、继续教育和学术活动，督促本科室人员参加各类学习。</p> <p>4.4.11 协助科教科做好各类考试（规培生结业考核等）的通知、组织和考务工作，并做好记录存档。</p> <p>4.4.12 负责本科室教学档案的整理保管工作。含教学文件、教务档案、教师业务档案、学生学习档案和学生考试答卷等（即各专业教学计划、教学大纲、教学工作总结、教学质量调查表、学生的成绩表、鉴定表等），并按规定时间将有关档案材料移交给科教科。</p> <p>4.4.13 严格管理学生，必须凭科教科的轮转表接收学生，认真考勤，对违反纪律和规章制度的学生及时向科主任或科教科提出处理意见。</p> <p>4.4.14 协助科教科开展教师教学带教质量评估、教学评议工作。每月负责提供各类教</p>					



学资料供科教科进行教学质量检查、质控查房、教学查房等。

4.4.15 协助做好助理全科医师培训基地复评、等级医院评审等各类大型评审检查等工作的配合。

4.4.16 组织师资进行教学理论知识地学习，组织示范教学，交流教学经验，取长补短，提高教学水平，总结教学经验，开展教学研究工作。


4.4.17 完成科教科、科主任交办的与教学相关的其它任务。

4.5 科教科每月对教学秘书的工作职责完成情况进行考核，考核优秀者给予奖励，不合格的将予以相应处罚。每学年评选若干名优秀教学秘书。



审批委员会（组织）：医院教学委员会
签发人：[Signature] 签发时间：2021-12-20



文件编号	NXYY-KJK-ZD024	文件名称	教学秘书聘任制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为不断提升我院的整体教学水平，提高教学意识，建设一支高素质临床教师队伍，确保临床医技教学质量，优化实习生教学管理模式，促进临床医技学科向高层次发展。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 教学秘书：协助各学科主任、科室主任开展教学工作的专职人员。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 基本条件</p> <p>4.1.1 拥护党的基本路线，热爱医学教育事业，学风正派，治学严谨，能为人师表，认真履行临床教师职责。</p> <p>4.1.2 学历及职称要求：原则上要求具备本科以上学历和主治医师及以上职称。</p> <p>4.1.3 专业经历和实践经验：熟练掌握基础理论和操作技术；掌握本专业专科理论及操作常规；有良好的生理和心理素质以及良好的口头和书面表达能力。</p> <p>4.1.4 有较强的教学组织、计划、管理的能力。</p> <p>4.2 聘任方法</p> <p>4.2.1 科教科负责对临床、医技各科教学秘书的聘任工作。</p> <p>4.2.2 教学秘书由科室提名推荐，科教科审核，经院领导批准后正式任用，任期二年，教学秘书业务上受科主任及科教科的双重领导。</p> <p>4.2.3 教学秘书因特殊情况如调整，应由科室申请，科教科审核，经分管院领导批准后实行。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					



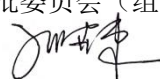
文件编号	NXY-Y-KJK-ZD025	文件名称	教学行政查房制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为了不断提高教学质量，规范教学行为，提高医院管理水平。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 医院教学行政查房：指由科教副院长或科教科科长带领教学委员会成员、学科主任、教研室主任、教学秘书、科教科相关人员，对有关科室的教学质量、教学管理、教学制度等工作进行全面检查，同时听取意见，解决问题的一种现场办公形态，是有效的行政管理手段之一。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 职责</p> <p>4.1.1 科教科负责制定和修订教学行政查房制度。</p> <p>4.1.2 各科室执行教学行政查房制度。</p> <p>4.1.3 教学委员会审核教学行政查房制度并定期督查。</p> <p>4.2 教学行政查房内容</p> <p>4.2.1 教学行政查房是指由科教副院长或科教科科长主持，相关人员参加，对有关科室与部门的教学质量、教学管理等进行全面检查。</p> <p>4.2.2 教学行政查房时间：教学行政查房原则上每周组织一次，一般安排在每周四的上午进行。一般每次检查一到二个科室。</p> <p>4.2.3 教学行政查房内容</p> <p>(1) 带教老师座谈会</p> <p>(2) 助培医师、实习生座谈会</p> <p>(3) 教学台账检查</p> <p>(4) 教学查房观摩与点评</p> <p>(5) 小讲课制度</p> <p>(6) 临床思维训练与疑难病例讨论</p> <p>(7) 出科考核</p> <p>(8) 护理、病人对助培医师和实习同学的评价</p> <p>(9) 运行病历质量</p> <p>(10) 其他</p> <p>4.3 教学行政查房基本要求</p> <p>4.3.1 查房前准备</p> <p>(1) 准备好各种检查表格和记录本。</p> <p>(2) 查房前通知有关被检查的科室，确保该参加的人员要认真参加。</p> <p>4.3.2 查房后序工作</p> <p>(1) 教学行政查房要和现场办公结合起来，凡能立即解决的问题就地解决，对暂不能解决的要讲明原因或责成有关部门限期解决。每次专项查房之后科教副院长或科教科科长要在现场组织受查科室和督查科室在一起进行检查工作小结，包括本次检查各科室好的变化、存在的问题、改善措施等，让被检查科室清楚优点和不足。形成每个科室稳定的全面管理PDCA 循环。</p> <p>(2) 凡在查房中发现的缺陷，要按医院有关规定限期整改。</p>					



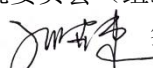
(3) 教学主任或教学秘书对在查房中提出需要解决的事项要加强督办，并将承办进展、处理结果向查房主持者汇报。

(4) 科教科收集各科室行政查房结果，定期在职能科室会议上汇报。

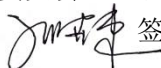


审批委员会（组织）：医院教学委员会
签发人：  签发时间：2021-12-20

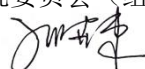


文件编号	NXY-Y-KJK-ZD026	文件名称	教学工作管理制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 规范医院临床教学工作。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 教学工作由分管院长全面负责，科教科具体负责日常教学管理工作。</p> <p>4.2 由分管院长、科教科、教研室、各科教学秘书及带教老师组成教学管理体系。各科室及各级人员教学工作情况纳入医院质控管理和年终考核的范畴。</p> <p>4.3 医院所接收的实习生应限于与医院签订协议的学校所安排的学生，个人联系的实习，需由学生所在学校出具实习联系函，医院根据学校及学生情况再决定是否接收。</p> <p>4.4 医院承担各中、高等医学院校的毕业实习带教及临床教学、见习带教的任务。每年年初制定教学工作计划，年终进行教学工作总结。</p> <p>4.5 定期检查教学工作，了解教学计划执行情况。定期召开医院的教学工作会议，总结带教经验，提倡教学创新。</p> <p>4.6 科教科负责实习生、见习生的政治思想教育，实习生进点始业教育，实习轮转的安排及临床带教工作的管理。</p> <p>4.7 根据教学任务，有计划地组织好全院性大讲课、教学查房及小讲课，做到教有特点，学有兴趣。</p> <p>4.8 了解医学生思想动态，耐心细致地做好实习生的思想工作，善于发现问题，解决问题，严肃纪律，对违规者按照规定作出相应的处理。</p> <p>4.9 定期召开临床教师、学生座谈会，及时处理和解决教学中存在的问题。</p> <p>4.10 组织做好集体备课、培养性听课及检查性听课，不断提高临床教学质量。</p> <p>4.11 管理好教学设备和器材，及时增添和更新教学工具。</p> <p>4.12 不定期抽查实习生劳动纪律及检查实习生寝室安全、卫生情况，每月检查不少于1次。节假日重点检查。</p> <p>4.13 定期向院领导汇报实习生情况，并听取主管领导对教学工作的意见。</p> <p>4.14 科教科经常与学校教务科（或学生科）沟通，共同协商解决存在的问题，保证毕业实习顺利进行。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					

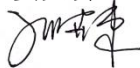


文件编号	NXY-Y-KJK-ZD027	文件名称	教学质量检查制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 规范教学过程管理，提高教学质量，确保教学工作有序运行。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 由分管院长领导教学质量评估检查，科教科负责组织实施。</p> <p>4.2 配合各院校做好理论课教学的质量评估检查，及时汇报和反馈。</p> <p>4.3 每年进行两次临床带教双向评价工作，由科教科向实习生及临床带教老师发放带教评价表，对带教工作进行双向评议。</p> <p>4.4 每月组织科室临床教学质量检查，内容包括：实习生管理、轮转安排、病历书写、日常教学、小讲课和教学查房落实情况、出科考核等。</p> <p>4.5 及时反馈临床教学质量检查中存在的问题，指导、督促改进。</p> <p>4.6 各科室及时做好出科考核评估。</p> <p>4.7 科教科对实习生完成轮转后进行一次医院层面的考核，包括理论和操作。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					

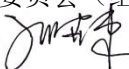


文件编号	NXY-Y-KJK-ZD028	文件名称	临床带教老师审定制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为保证临床教学带教质量，临床教学带教老师实行审定制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 临床教学带教老师的准入条件：</p> <p>4.1.1 热爱医学教育事业，拥护党的路线、方针、政策。</p> <p>4.1.2 具有良好的职业道德，遵纪守法，为人师表，学风端正，积极承担教学任务。</p> <p>4.1.3 已取得执业资格，具有 3 年以上专业工作经历，具有较扎实的理论基础和丰富的临床经验。</p> <p>4.1.4 近三年年度考核合格，每年业务考核（包括三基考试）合格。</p> <p>4.1.5 自愿从教，身体健康，能坚持工作。</p> <p>4.2 临床带教老师资格由本人自荐、科室推荐，科教科审定。</p> <p>4.3 每两年由科教科公布新一轮上岗带教老师名单。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					

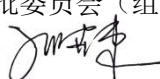


文件编号	NXY-Y-KJK-ZD029	文件名称	带教老师教学培训制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 建立院科二级带教老师规范教学培训机制，努力提高带教老师的教学水平。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 科主任对本科带教老师、上级医师对下级医师的带教工作要经常予以检查、指导，做好传、帮、带、教。</p> <p>4.2 教研室每年至少进行 2 次规范教学查房示范，挑选有教学经验、教学规范的带教老师担任，并组织科内带教老师评教、学习。</p> <p>4.3 科教科每年组织一次全院的教学查房示范，由本院或邀请院外教学专家做教学讲座和教学查房示范。</p> <p>4.4 科教科根据需要组织教学秘书、带教老师到医学院校或其他教学医院参观学习。</p> <p>4.5 带教老师要自觉地参加院内院外教学研究的讲座和示教，提高教学意识和教学水平。</p> <p>4.6 创造机会选送教学秘书和带教老师到高等医学院校接受教学培训或进修。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					

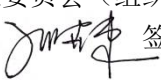


文件编号	NXY-Y-KJK-ZD030	文件名称	临床教学奖惩制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为提高教学水平，体现医学教学工作的价值和地位，调动一线人员从事教学工作的积极性。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 教学秘书：协助各学科主任、科室主任开展教学工作的专职人员。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 每年评选临床实习优秀教学秘书、优秀带教老师、优秀实习生一次，列入医院表彰。</p> <p>4.2 优秀带教老师等教学荣誉纳入职称评价指标。</p> <p>4.3 根据实习生的数量发放教学津贴，按每带教 1 位学生 100 元/月进行发放。</p> <p>4.4 发生教学事故一次扣发教学津贴 30%，二次及以上扣发 50%。</p> <p>4.5 发生医疗事故及带教事故者取消其带教资格。</p> <p>4.6 在带教中学生对带教老师评议连续两年不合格者，取消带教资格一年，复评合格后方可恢复带教资格。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					



文件编号	NXYY-KJK-ZD031	文件名称	科室教学工作制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 规范临床科室实习生带教与管理工作，提高教学质量。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 科室教学工作由科主任全面负责，教学秘书具体负责日常教学管理工作。</p> <p>4.2 根据教学计划、教学大纲（实习大纲）的要求，积极完成所承担的教学任务，确实保证教学工作的正常实施，努力提高教学质量。科主任定期检查教学计划落实情况。</p> <p>4.3 各科室根据实习轮转表，定期安排小讲课，病例讨论和教学查房，每月不少于 4 次。</p> <p>4.4 各科主任及各级医师，应严格要求学生，认真指导、督促学生的学习和专业实践，同时应重视学生政治思想情况，做好针对性的思想工作。在本学科的实习结束时，应对毕业实习生进行出科考核，写出切合实际的评语。</p> <p>4.5 积极开展教学研究工作，不断探索和改进教学方法和教学手段，增强教学效果。</p> <p>4.6 安排集体备课以提高讲授质量。应有计划地组织进行评教、评学和检查性听课，培养性讲课活动，并组织讨论、总结经验，加以改进。</p> <p>4.7 不断提升师资队伍素质，带教老师要以身作则，言传身教做好带教工作。</p> <p>4.8 建立教师的定期考核制度，建立完善的教学档案和教师档案。</p> <p>4.9 定期组织全体教师听取学生对教学工作的意见和要求，改进教学工作，做到教学相长。定期召开工作会议，要充分发挥集体的作用，以做好各项教学工作。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					




文件编号	NXY-Y-KJK-ZD032	文件名称	临床医技进修生管理制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为加强对进修生的培养与管理，提高培训质量，确保医疗安全。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 各医疗单位来院进修由科教科负责接收及安排，科室未经批准不得擅自接收进修生，发现后立即退回原单位。</p> <p>4.2 各科室应设有专人负责进修生管理事宜，根据科室的具体情况，制定对进修生的培养计划。</p> <p>4.3 各科室要积极为进修生创造良好的学习环境，每月定期安排科内学术讲座或病例讨论，督促完成进修生教学计划。</p> <p>4.4 进修生进修期间严格遵守国家的法律和医院的各项规章制度，着工作装，佩带医院进修生胸牌，服从科室进修管理人员的安排，以良好的医德医风和严谨务实的态度服务于广大患者。</p> <p>4.5 进修生的所有医疗活动，必须在上级医师的指导下进行。</p> <p>4.6 进修生要积极参加医院和科室组织的各种学术活动。</p> <p>4.7 进修生在进修期间原则上不准请假，如有特殊情况，3日内由所在科室领导审批，3日及以上者经科主任同意报科教科审批；病假必须有我院医疗诊断证明书，由科室备档，3日及以上病假上报科教科审批备档；无故旷工者，报原单位处理；病事假超过两周者需补进修时间。</p> <p>4.8 进修生不得收藏、复制本院病历资料。</p> <p>4.9 进修生不得以广告性质介绍患者或家属去其它医院诊疗。</p> <p>4.10 进修生若在本院医疗工作中发生医疗纠纷或医疗事故，对本院造成一定损失和影响，应立即终止其进修，退回原单位。</p> <p>4.11 进修期满，到科教科退还胸牌，办理结业手续。</p> <p>4.12 进修生的考核由科教科和进修科室共同完成，考核内容包括：书写病历情况，参加手术（病例讨论）次数、参加学术讲座次数、考勤情况、理论知识、实际操作、总体评价等。</p> <p>4.13 进修期满3个月，且病事假不超过两周者，经审核可颁发进修结业证书。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					

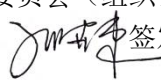


文件编号	NXY-Y-KJK-ZD033	文件名称	实习生管理制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 规范实习生带教与管理工作，提高带教质量，保质保量完成学生实习计划。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 严格遵守医院的各项规章制度，积极参加所在科室的政治学习和有关活动。尊敬师长，团结同学，尊重、关心病人，以爱心、耐心、细心和责任心对待每一位病人。</p> <p>4.2 在带教老师指导下，认真、及时、规范、完整书写住院病历和各种医疗文书，书写完成由带教老师审阅并签名。</p> <p>4.3 实习生必须在带教老师指导下进行各项操作，遇到问题及时请示汇报，实习生不得独立进行诊疗活动，防止医疗事故的发生。</p> <p>4.4 严格遵守劳动纪律，不得无故缺勤，擅离岗位。特殊情况须办理请假手续。1天以内，由科室带教老师批准；2-7天，经科室主任同意报科教科批准；1周以上，报学院批准。因请假而缺少的实习天数需在实习结束后补实习。未办理请假手续者，以旷课处理。</p> <p>4.5 实习期间的病假应有医生的诊断及病假证明。</p> <p>4.6 实习生应服从轮转安排，不得私自调班或更换实习科室。</p> <p>4.7 准时参加医院组织的全院性上课及教学查房，如因故迟到、缺席应事先请假，并说明理由，否则，作旷课处理。</p> <p>4.8 在医院宿舍住宿的实习生，应遵守宿舍管理制度，不留宿外人，不在外留宿，不晚归。</p> <p>4.9 每科实习结束前及时写好实习小结。</p> <p>4.10 实习期间如违反有关规定，并经多次教育不改者，通知学校作出严肃处理，情节严重者医院将终止其实习。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：孙晓东 签发时间：2021-12-20</p>					

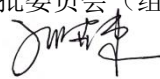


文件编号	NXY Y-KJK-ZD034	文件名称	技能培训中心管理制度	适用范围	技能培训中心
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 实现临床技能中心建设与管理的科学化、现代化，充分发挥临床技能中心在教学、科研、科技开发中的作用。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 技能培训中心由科教科负责管理，管理员负责日常工作。</p> <p>4.2 技能培训中心的仪器设备由管理员负责统一保管，并于每月盘点一次，做到账物相符；对损坏及需要维修的物品，列表上报设备科。</p> <p>4.3 定期进行安全检查，做好防火、防盗，以保证培训中心安全。</p> <p>4.4 培训仪器及用物应定位放置，摆放整齐有序，符合存储要求，方便使用。</p> <p>4.5 实验仪器、用物原则上不外借。如教学需要等情况，须经科教科批准，培训中心做好登记。</p> <p>4.6 非本院学员需经科教科批准后方可使用培训中心。</p> <p>4.7 教学使用培训中心，应提前一周报培训中心，由培训中心统一安排教师及指导教师。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  孙晓东 签发时间：2021-12-20</p>					




文件编号	NXYY-KJK-ZD035	文件名称	技能培训中心教学管理制度	适用范围	临床、医技
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 规范技能培训中心教学管理，充分发挥技能培训中心在教学中的作用。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 技能培训中心协助各教研室根据课程制定技能培训大纲。</p> <p>4.2 各科室应该将本学科训练内容和时间等提前一周交技能培训中心，以便统一安排。</p> <p>4.3 教研室应指派一定数量的教师指导训练，指导老师应有丰富的临床带教经验。</p> <p>4.4 指导教师在训练前必须认真检查仪器设备，熟悉设备性能和使用方法，准备充足的教学耗材和物品，确保训练顺利开展。</p> <p>4.5 训练过程中，指导教师要认真耐心，严格要求学生遵守规章制度。</p> <p>4.6 指导教师应及时告知技能培训中心工作人员设备故障和材料消耗情况，并协助工作人员及时处理。</p> <p>4.7 指导教师应认真填写技能培训中心培训/使用登记表。</p> <p>4.8 训练结束后，指导教师应组织学生整理好训练物品，并搞好卫生。</p> <p>4.9 技能培训中心工作人员要及时维修或调换有故障的设备，补充消耗材料，为日常教学和业余开放做好准备。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					

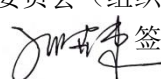


文件编号	NXYY-KJK-ZD036	文件名称	图书馆工作制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 规范图书馆工作内容，更好地为广大医务人员服务。</p> <p>2. 参考文件无</p> <p>3. 名词定义无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 医院图书馆工作人员应热爱图书馆事业，有甘为他人做嫁衣的高尚职业道德，刻苦钻研业务，全心全意做好本职工作。</p> <p>4.2 根据医院学科设置与发展需要，深入调查各学科的历史、现状及发展方向，了解国内外各类文献出版情况，制定年度计划。</p> <p>4.3 每年初，必须作出当年的经费预算（购书经费、设备费等），年底作出决算，向分管院长报告。</p> <p>4.4 深入调查研究，广泛征求意见，预订时必须查重，逐步形成本馆藏书风格和特点。</p> <p>4.5 新书到馆后认真验收、核对，及时将新书编目，未经编目的新书，不得自行外借预览。</p> <p>4.6 图书分类人员必须按《中国图书馆分类法》结合本馆藏书的具体情况与任务分类图书，必须严格遵守查重制度，严防同书异号、异书同号的现象出现。发现错误，及时改正，确保分类的准确性、科学性、系统性和统一性。编目须规范化、标准化。</p> <p>4.7 密切配合医疗、科研、教学等各项工作，解答读者咨询。主要进行馆藏资源布局咨询与检索方向咨询、知识性咨询、学术性咨询、各种工具书检索使用方法咨询等咨询服务。</p> <p>4.8 图书馆按时开放，开放时间：周一至周六上午下午工作时间。</p> <p>4.9 本馆为开架式图书馆，请勿带包入内，勿在管内大声喧哗。</p> <p>4.10 凡院内职工来馆借阅书刊，必须遵守“图书借阅制度”。</p> <p>4.11 读者要爱护书刊，不得在书刊上批画，撕剪，不得损坏或丢失，否则按规定赔偿。</p> <p>4.12 每次借书不得超过规定借阅的数量和时间。规定在图书馆内阅览的图书、报刊或其他资料，不得拿出室外，图书阅览完毕要放回原处。</p> <p>4.13 保持室内清洁、安静、认真搞好清洁卫生，维持阅览秩序，给读者创造良好的学习环境。</p> <p>4.14 热情接待读者、文明服务、礼貌待人，认真执行各项规章制度。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					




文件编号	NXY Y-KJK-ZD037	文件名称	图书馆信息服务制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为医务人员提供医学前沿信息，更好地为广大医务人员服务。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 通过书面、口头、电话及网络等多种方式为读者提供信息咨询服务，为读者充分利用本馆资源提供指导。</p> <p>4.2 建立图书馆检索系统，并设立电子阅览室，为全院职工、规培医师、实习生及进修人员提供各种电子文献、学术期刊全文阅读、网络信息查询等新型文献载体服务。</p> <p>4.3 图书馆购入新书一周，将《入库新书目录》在院内网公布，方便读者了解新书的出版情况及新书内容，供读者参考利用。</p> <p>4.4 图书馆工作人员与科室、用户保持密切联系，及时了解临床需求。</p> <p>4.5 开展文献检索服务，要求图书馆工作人员每月抽查检索系统等数据更新情况，以满足医院医务人员撰写论文、科研、教学的需要。</p> <p>4.6 我院图书馆使用网络版图书馆自动化管理软件，可在网上进行图书预约、催还、续借等，方便临床医务人员。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  孙晓东 签发时间：2021-12-20</p>					



文件编号	NXYY-KJK-ZD038	文件名称	图书借阅制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为规范读者借阅图书馆图书与文献资料。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 借书证管理</p> <p>4.1.1 本院职工、规培医师、实习生以胸牌作借书证使用，工号为借书证号。</p> <p>4.1.2 外单位来院进修人员凭胸牌提供馆内阅读。</p> <p>4.1.3 胸牌只限本人使用，须妥善保管，如有遗失，请及时补办。若有发生冒用所致损失概由原持证（牌）人负责。</p> <p>4.1.4 读者离院前应将所借全部书刊还清，方能办理离院手续。</p> <p>4.2 书刊借阅</p> <p>4.2.1 读者借阅书刊，必须办理借阅手续，图书、过刊，每人限借三册，借期三个月。到期后如还需要，必须办理续借手续。</p> <p>4.2.2 现刊一律不外借。</p> <p>4.3 书刊赔偿制度</p> <p>4.3.1 损失或遗失，应赔偿同样书籍，难以购得者，须加倍赔偿。</p> <p>4.3.2 一般图书按原价2倍赔偿，无复本的图书按原价3-5倍赔偿。</p> <p>4.3.3 超期经本馆催讨不归还者，将在本人工资中扣除按图书原价3倍的罚款，暂停图书借阅半年。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					



文件编号	NXYY-KJK-ZD039	文件名称	阅览室管理制度	适用范围	全院员工
制定部门	科教科	修订/核对人	王林凤	内审人	孙晓东
<p>1. 目的 为规范阅览室的管理，确保为广大职工提供一个学习知识、获取信息的平台。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 图书阅览室由科教科负责管理。</p> <p>4.2 图书阅览室面向医院全体职工、规培医师、进修生、实习生开放。</p> <p>4.3 阅览室按时开放，开放时间：周一至周六上午下午工作时间。</p> <p>4.4 阅览室为开架式，请勿带包入内，按开放的规定时间进出阅览室，室内阅读时应做到安静、文明，不得吸烟、随地吐痰、吃东西、乱扔垃圾。</p> <p>4.5 阅读完的书籍放回到原位，不得擅自将书籍、杂志等带走。</p> <p>4.6 读者应爱护书籍，不得在书上随意涂改，不得将书撕页、裁剪，否则按规定赔偿。</p> <p>4.7 图书损失或遗失，应赔偿同样书籍，难以购得者，须加倍赔偿，一般图书按原价2倍赔偿，无复本的图书按原价3-5倍赔偿。</p> <p>4.8 阅览室关闭之前，管理人员要全面检查室内，做好整理工作，关闭电灯、门窗。</p> <p>4.9 阅览室工作人员要对图书进行规范登记、分类、编号、上架排放和整理。</p>					
<p>审批委员会（组织）：医院教学委员会 签发人：  签发时间：2021-12-20</p>					



文件编号	NXY-YBK-ZD 001	文件名称	基本医疗保险管理制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新
<p>(一) 门急诊医生:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 核对患者身份及医保卡, 根据患者病情合理检查、治疗、用药。详细记录医保患者病历本; 2. 根据医保政策掌握限制支付药品用药适应症, 医保适应症不符的用药, 事先征得患者或家属同意后自费处理; 3. 严格掌握医保配药量, 医保乙类药患者先自理一定比例; 4. 急性病不超过3天量; 一般疾病不超过7天量; 一般慢性病不超过15天量; 5. 十二种慢性病种(具体以最新文件为准): 高血压、糖尿病、阿尔茨海默病、帕金森病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性肾脏病、支气管哮喘、肺结核、慢性肝病、类风湿关节炎、慢性阻塞性肺疾病、精神分裂症(情感性精神病)配药不超过一个月量(最多放宽到12周); 6. 医保需备案的项目及药品, 与医保审核窗口审核人员联系; 7. 门诊规定病种疾病诊断与治疗按医保有关规定执行; 8. 不列入医保支付的项目与药品请先告知医保患者; 9. 根据病情确定需住院治疗的医保患者, 开住院通知单, 告知相应的预交款; <p>(二) 住院经治医生:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 核对住院患者的参保信息, 根据患者病情合理检查、治疗、用药; 2. 根据医保政策掌握限制支付药品用药适应症; 3. 若病情需要自费用药或医保适应症不符的用药, 事先征得患者或家属同意后自费处理; 4. 医保需备案的项目及药品, 与医保审核窗口审核人员联系; 5. 医保患者下列病种(如有变动, 以最新文件为准)确诊后, 请详细填写《基本医疗保险参保人员规定(慢性)病种备案表》。交患者到本院医保科办理规定病种门诊病历本手续: 各类恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、尿毒症透析治疗、组织器官移植后抗排异治疗、重症精神类病、重症瘫痪、结核病、儿童孤独症(限农保)、血友病、艾滋病机会性感染(限农保)、乙型肝炎抗病毒治疗、肝硬化失代偿期(职工医保)、糖尿病胰岛素治疗; 6. 医保患者出院时: 出院带药不超过10天量(慢病规定病种一个月), 出院小结交患者; 7. 患者因病情需要并符合医疗规定的转院治疗: 通过网络平台转诊; <p>(三) 各有关科室:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 发现用他人的医保证(卡)冒名就诊的或参保人员将本人的医保证(卡)转借他人使用等违反医保有关规定行为的, 立即报告医保科处理; 2. 不纳入基本医疗保险基金支付范围: <ol style="list-style-type: none"> (1) 应当从工伤保险基金支付的; (2) 应当由第三人负担的; (3) 应当由公共卫生负担的; (4) 在境外就医的; (5) 其它不符合基本医疗保险支付范围的; <p>(四) 违规处罚:</p> <p>根据医保有关定岗医师管理办法执行。接受医保部门的监督考核。各有关科室工作人</p>					



员发现以下行为、情节特别严重或拒不改正的，报医院医保物价管理小组，按相关规定进行处理：

1. 通过编造医疗文书、出具虚假医疗证明、办理虚假住院、冒名住院等方式，骗取医保基金的；

2. 为参保人员提供医疗服务过程中串通他人虚开门诊、住院票据套取医保基金的；

3. 为参保人员提供医疗服务过程中，出现责任医疗事故的；

4. 故意曲解医保政策和业务管理规定，挑动参保人员上访、造成恶劣影响的；

5. 以医谋私，获取非法利益，严重侵害参保人员利益，收到上级处理的；

6. 因各种原因被卫生主管部门吊销执业医师资格或执业助理医师的；

7. 恶意攻击医保计算机管理系统，造成系统瘫痪或数据破坏的；

8. 不执行医保药品、诊疗项目和服务实施目录及医保其他规定，将目录或政策规定以外药品、诊疗项目和服务实施列入医保基金支付范围的；

9. 将基本医疗保险范围外病种，如将应工伤保险基金支付，第三人负担、公共卫生负担、境外就医的费用以及其它不符合基本医疗保险支付范围的，纳入医保支付范围的；

10. 挂床住院或将明显达不到住院标准的参保人员诱导、变通住院的；

11. 拒收或推诿医院收治范围内参保患者的，以各种借口使参保人员人为提前或延迟出院的；

12. 违反医保规定，冒用其他医保医师签名开具医保处方的；

13. 不核验参保患者的医保资料，造成就诊患者和参保人信息不符而未及时纠正的；

14. 经查实人为分解住院的；

15. 不因病施治，开虚假处方、大处方，或超规定计量配药明显容易形成浪费的；

16. 医嘱及处方有分解收费、变通收费、滥检查、重复检查；

17. 不按照国际疾病分类的疾病名称填写疾病诊断；经查实将住院病种人为“诊断升级”的；

18. 病历记录与发生的医疗费不符合，或发生的医疗费与病情不符的；

19. 门（急）诊、入出院记录不真实、不完整、不规范，就诊配药时病历无记录或书写不规范，无法辨认的；

20. 拒绝参加医保政策培训，对医保政策乱解释甚至故意曲解，在参保人员中造成一定不良影响的；因服务态度等原因形成不良社会后果被参保人员投诉的；

21. 其他违反医保规定。

（五）在执行医保政策中遇有不明之处，及时与医保科联系。

审批委员会（组织）：集团医保管理委员会

签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01



文件编号	NXYYY-YBK-ZD 002	文件名称	医保医师医疗服务 管理制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新

为规范医保医师服务行为,保障参保人员的基本医疗权益,根据《湖州市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》的精神,结合本院实际情况,特制定本制度。

- (一) 医保科每月组织检查医保政策执行落实的情况。
- (二) 医院医保科每月根据医保局等主管部门下发的扣分、违规等情况,结合本院自查,对科室及医保医师进行绩效考核。
- (三) 医保医师在执行医保政策过程中,有及时制止违规行为发生,并上报医院医保科的,由医保科上报绩效考核办,给予单项奖励。
- (四) 对于做出突出贡献或发生情节特别严重的违规情况的个人或科室,交由医保管理委员会讨论。
- (五) 扣分管理(见附件)

附: 医保医师服务协议

《医保医师服务协议》文本由医疗保险经办机构负责制订。服务协议应明确双方的责任、权利和义务。对医保医师的医疗服务行为实行积分制管理,累计扣分达到一定分值的,医疗保险经办机构可中止或解除《医保医师服务协议》。

医疗保险经办机构负责将《医保医师服务协议》文本(一式两份)统一交与定点医疗机构,委托定点医疗机构法人代表与医师办理签订协议事宜。协议样式由省级医疗保险经办机构制定(附件1)。

医保医师应遵守卫生健康、医疗保障等部门有关的法律、法规、标准和规定,熟悉基本医疗保险法律法规和相关政策,掌握医疗保险用药、诊疗项目、服务设施范围和待遇支付标准等规定,严格遵守《中华人民共和国执业医师法》,有良好的职业道德和声誉。

新录用的医师,参加所在统筹区医疗保险经办机构统一组织的政策业务培训及考试,考试合格且资料完整后经医疗保险经办机构审核可取得医保医师服务编码。

取得服务编码的医师,由医疗保险经办机构委托定点医疗机构法人代表与其签订服务协议,服务协议为三年。医保医师服务协议签订期内没有发生解除协议情形的,且医师本人未提出解除协议申请的,协议期满自动续签下一个协议周期。

经卫生健康行政部门许可多点执业的医师,应当向执业的所有定点医疗机构提出申请,分别与执业地医疗保险经办机构签订服务协议。

医共体(城市医联体)医保医师在医共体(城市医联体)各成员单位执业视同机构内执业,不需要重新签订医保协议。参加省内进修、对口支援、技术协作等项目的医师,由接收医院向当地医疗保险经办机构申报,医疗保险经办机构通过省医保医师信息档案库,对该医师服务编码进行核实并录入,不再重新签订医保医师服务协议。期间发生违规行为的,按该医师与原执业地医疗保险经办机构签订的服务协议规定进行处理。

医保医师医疗服务要求:

- (一) 严格履行医疗保险服务协议;
- (二) 医保医师施诊时应核验参保人员的医疗保障有效凭证,确保人证相符;查看既往就诊记录,避免重复诊疗;规范书写门诊、住院病历和处方等医疗记录,确保医疗记录清晰、完整,且与发生费用相符;
- (三) 坚持因病施治的原则,合理检查、合理治疗、合理用药。不降低服务质量,不诱导过度医疗;
- (四) 坚持首诊负责制和双向转诊制,不得推诿、拒收病人,不得以各种借口使参保



人员提前或延迟出院。

医保科对医保医师的医疗服务实行积分累计考核制度，每个自然年度初始分值为12分。医保医师有违规行为的，扣除相应的分值。扣分在自然年度内累加计算，每年度末扣分清零。

定点医疗机构被中止或解除定点服务协议的，该医疗机构的医保医师所签订的服务协议同时中止或解除。

医保医师为医疗保险参保人员提供医疗服务所发生的医疗费用，按照基本医疗保险规定结算。中止服务协议的医保医师和非医保医师提供医疗服务产生的相关费用，医疗保险基金不予支付（急诊、急救除外）。

医疗保险经办机构对医保医师考核扣分的，应当书面告知本人及其所在定点医疗机构；医保经办机构做出中止、解除医保医师服务协议，应当提前15个工作日书面告知本人及其所在定点医疗机构；医保医师对医疗保险经办机构作出的处理决定存在异议，可在接到书面通知书后3个工作日内向医疗保险经办机构提出书面异议。

三、积分管理

（一）扣分办法

1. 医保医师有下列违规行为之一的，每次计扣12分：

（1）被卫生健康行政主管部门吊销医师、助理医师或乡村医生执业证书，或被注销注册、收回执业证书的；

（2）经卫生健康行政部门检查考核不合格，被暂停执业活动的；

（3）因违规被定点医疗机构停止处方权的；

（4）医保医师超范围执业和跨类别执业开展诊疗造成医保基金损失的；

（5）通过编造医疗文书、出具虚假医疗证明、办理虚假住院等方式，骗取医疗保险基金的；

（6）为参保人员提供虚假证明材料，串通他人虚开门诊、住院票据套取医疗保险基金的；

（7）被举报查实存在以医谋私，获取非法利益，严重侵害参保人员权益的；

（8）故意曲解医保政策和管理规定，挑动参保人员集体上

（9）访，造成恶劣影响的；

（10）经医疗保险经办机构考核不合格的；

（11）其他严重违反医疗保险管理规定，危害参保人员利益或造成医疗保险基金重大损失的行为。

2. 医保医师有下列违规行为之一的，每次计扣6分：

（1）故意不核实患者身份，导致冒名住院造成医疗保险基金损失的；

（2）故意为参保人员串换医疗保险药品、医疗服务项目，造成医疗保险基金损失的；

（3）故意夸大、掩盖医疗事实，造成医疗保险基金较大损失的；

（4）参保人员入院指征不明确或住院期间进行体检式检查，但未进行实质性治疗的；

（5）拒不配合医疗保险经办机构相关监督检查的；

（6）其他违反医疗保险规定，造成医疗保险基金较大损失的行为。

3. 医保医师有下列违规行为之一的，每次计扣2分：

（1）将服务编码转借给被中止、解除或未签订服务协议的医师开具医保处方的；

（2）冒用其他医保医师服务编码开具医保处方的；

（3）医疗收费与病历记录、医疗操作不符的；

（4）故意分解检查、治疗、处方和收费等造成医保基金损失的；

（5）不因病施治，过度医疗造成医保基金损失的；



- (6) 其他违反医疗保险规定，造成医保基金损失的行为。
4. 医保医师有下列违规行为之一的，每次计扣1分：
- (1) 未按规定核验就诊人员身份，导致冒名门诊就医的；
 - (2) 未按规定查看既往就诊记录、记载门诊病历，导致非必须重复配药、重复检查的；
 - (3) 无正当理由违反医疗保险药品配药量、限制使用条件规定，或无充分理由超药品使用说明书范围用药的；
 - (4) 不执行门诊处方外配制度，拒绝为参保病人开具外配处方的；
 - (5) 使用需参保人员自费的药品、医疗服务项目或医用材料等，未履行告知义务被参保人员投诉的；
 - (6) 不坚持首诊负责制和双向转诊制，推诿、拒收参保病人，以各种借口使参保人员提前或延迟出院的；
 - (7) 让住院参保人员带医疗检查或治疗项目出院的；
- 不按规定参加经办机构或定点医疗机构举办的医疗保险业务培训；病历书写不规范，诊断病情与用药不符的；
- 其他违反医疗保险有关规定，未造成医保基金损失的行为。

(二) 扣分处理

1. 一个自然年度内医保医师累计扣分达到6分的，统筹区医疗保险经办机构应会同定点医疗机构对相关医师进行约谈，并做好约谈记录。
2. 累计扣分达到9—11分的，医疗保险经办机构可中止执行医保医师服务协议1-3个月，待中止期满，经考核合格后恢复履行服务协议。
3. 累计扣分达到12分的或连续三年违规扣分达到9分以上的，医疗保险经办机构应与医保医师解除医保医师服务协议，且自解除协议之日起一年内不再接受该医师重新签订医保医师服务协议的申请。
4. 解除医保医师协议的，医保行政部门应将有关情况通报卫生健康行政部门，并上报至省级医疗保险经办机构。涉嫌犯罪的，依法移交司法机关处理，医疗保险经办机构五年内不得与其签订医保医师服务协议。

四、档案管理

医保医师实行信息档案库和诚信档案库管理，同时建立定点医疗机构信息库。

信息档案库和全省定点医疗机构信息库由省级医疗保险经办机构统一建立，并向各市级医疗保险经办机构开放接口，供各市自动录入上报、信息查询等。医疗保险经办机构与统筹区外医疗机构签订定点协议的，不纳入本统筹区定点医疗机构信息库统计范围。

诚信档案库和统筹区定点医疗机构信息库由各统筹区医疗保险经办机构按统一格式分别建立，由市级医疗保险经办机构汇总后依托现有异地就医联网结算网络同步对接到省医保医师信息档案库、全省定点医疗机构信息库。已完成市级统筹和数据大集中改造的地区，诚信档案库和统筹区定点医疗机构信息库可由市级医疗保险经办机构统一建立和管理。

各级医疗保险经办机构需指定专人负责医保医师管理工作，掌握医保医师履行协议情况，按规定程序处理医保医师违规行为，及时将相关信息录入诚信档案库并上报上级医疗保险经办机构。重大案件需书面专报。

各定点医疗机构应加强对医保医师的培训和管理工作，及时准确地上传、维护医保医师相关信息，确保医保医师诚信档案库数据准确、有效。

五、其他

- (一) 医保医师对医疗保险经办机构作出的处理决定存在异议的，可在接到书面通知



后10个工作日内通过所在单位向医疗保险经办机构提出书面异议。医疗保险经办机构应认真对待，必要时组织专家会议后作出决定。

(二) 社会保险行政部门、医疗保险经办机构工作人员违反医疗保险协议医师管理有关规定，滥用职权、徇私舞弊的，依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

(三) 全省异地就医联网结算定点医疗机构医保医师纳入就医地统筹地区统一管理，违规扣分累加计算。

(四) 本实施细则自发布之日起实施。



审批委员会（组织）：集团医保管理委员会

签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01



文件编号	NXY-YBK-ZD0 03	文件名称	就医管理	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新

一、医生在接诊医保病人就医时需严格把关，认真核对患者身份信息，推广医保电子支付凭证。发现人、证、卡不符者，应予以制止，劝导患者重新以本人真实身份进行挂号就诊，并及时通知医保科。

二、经治医生规范填写门（急）诊病历、住院病历，如实填写疾病的详细情况（意外伤害病人需如实填写受伤时间、地点和原因）。以下情况不属于基本医疗保险支付范围内的医疗费用：

- (1) 应当从工伤保险基金支付的；
- (2) 应当由第三人负担的；
- (3) 应当由公共卫生负担的；
- (4) 在境外就医的；
- (5) 其它不符合基本医疗保险支付范围的。

三、医生在诊疗服务过程中，严格执行首诊负责制度和因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药，保证参保病人的基本医疗需求。

(1) 严格执行《药品目录》、《医疗服务项目目录》，掌握医保基金限定支付和不予支付范围的规定。

(2) 医保病人因病情需要使用《药品目录》、《医疗服务项目目录》外的药品及医疗服务项目，医生必须告知病人或家属，签订《自理项目知情同意书》。

(3) 根据病情和卫生健康部门处方规定掌握中西药处方量：①急性病不超过3天用药量；②一般疾病不超过7天用药量；③一般慢性病不超过15天用药量；④纳入特殊病种管理的疾病和住院患者出院需带治疗药品的不超过1个月用药量；纳入慢性病病种门诊管理的慢性病，一次处方用药量可根据病情需要最多放宽到12周。

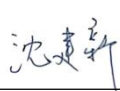
四、本规范未尽事宜，请查阅《南浔区人民医院医保管理制度》或咨询医保科，联系电话3037076（上班时间）。

审批委员会（组织）：集团医保管理委员会
签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01

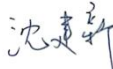


文件编号	NXYY-YBK-ZD004	文件名称	医保、物价培训制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新
<p>医保管理工作是联系医、患、保三方的重要纽带，医院工作人员对医疗保险政策的掌握程度关系到医保基金的合理支出及对医保制度的执行效率。为使我院医疗保险更好地服务于患者，进一步提升我院医务人员的医保知识业务能力，制定我院医疗保险政策培训制度和 workflows。</p> <p>(一) 培训目标：</p> <p>对医院医务人员进行医保政策、医疗收费政策、文件、相关规定及流程的培训，及时了解有关医保管理规定和医疗收费的最新规则，以此来规范医院的诊疗行为和服务行为。</p> <p>(二) 培训对象</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在院执业的医护人员； 2. 收费、信息人员。 <p>(三) 培训内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医保、医疗收费政策的最新动态； 2. 医保和收费阶段调整的相关规定及要求； 3. 医保信息、收费规则网络注意事项； 4. 医保基金及违规行为分析； 5. 科学调控费用，科室医疗费用情况的分析； 6. 医保和医疗收费常见问题咨询解答； 7. 其他需要培训的内容。 <p>(四) 培训方式及途径</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 培训：重大医保政策、医疗收费政策实施或变更；新员工入职教育等进行讲座。 2. 中层干部以上：院月会上对针对性问题作专题培训及月会通报。 3. 医保和物价员培训：每季一次，上阶段问题分析，下一阶段工作计划，存在问题剖析，新政策培训。 4. 专科培训：对不同科室或岗位对应的医保和医疗收费知识进行分类培训。 5. 自学：利用网络系统、宣传资料、医保和费用管理知识小手册、工作简报、微信群告示等多方式自学。 <p>(五) 培训时间</p> <p>每年≥4学时</p> <p>(六) 组织实施</p> <p>医保科负责医院年度医保管理培训工作，根据医院医保管理需要，定期或不定期开展培训工作。每次培训工作实行签到并记录培训内容。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：集团医保管理委员会 签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01</p>					



文件编号	NXY Y-YBK-ZD005	文件名称	医保、物价绩效考核方案	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新
<p>目的：为更好落实医保、物价相关政策，特制订本考核方案。</p> <p>一、内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医保医师管理，熟悉医保政策，责任到人，掌握医保刷卡指征； 2. 严格核对人、证、卡，坚决杜绝出具假病历，或冒名顶替套取医保基金； 3. 严禁以各种形式变相挂床住院、分解住院，将非医保支付病种变相或违规纳入医保结算； 4. 病人满意度高、无投诉； 5. 医保业务学习正常开展，医保医师医保考试顺利通过； 6. 医保局现场检查无原则问题，阳光医保平台检查无明显违规； 7. 严格执行物价收费； 8. 严格执行医保二个目录的规定； 9. 门诊处方疾病诊断与处方相符，门诊处方剂量正确，书写规范；品种西药、成药按卫生部国家中医药管理局规定；中药帖均低于40元/天，每张处方用药原则控制在20味以内（特病25味），门诊处方开方符合目录限定支付范围，用药与疾病诊断相符； 10. 病程记录、检查、用药、治疗等病历资料与实际相符； 11. 病历书写规范、字迹清楚，外伤病人书写详细，三要素填写完整，受伤经过书写明确； 12. 做到合理施治、合理检查、合理用药，并符合用药指征； 13. 登记台账完善，并根据要求有患者签名； 14. 特殊病种、慢病管理符合要求，及时做好备案，并能不断做到精细化； 15. 长处方及外配处方管理（本院有同类药品不开具外配处方），自理项目知情同书的签订，特殊检查、特殊用药、特殊材料知情告知； 16. 遵守限定支付范围，包括限门诊药品、限工伤药品、限适应症药品、抗生素限定支付、抗肿瘤放化疗的辅助用药、限定支付诊疗项目等。 <p>二、考核处理：每月按医保、物价考核表进行评分，并将考核成绩报综合考核办公室，纳入科室或个人绩效考核。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：集团医保管理委员会 签发人：  签发时间：2021-03-01</p>					



文件编号	NXY Y-YBK- ZD006	文件名称	医保收费结算制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新
<p>一、及时贯彻执行物价部门对药品、服务项目的调价政策；严格执行价格规定。</p> <p>二、门诊、住院费用清单实施三级明细，字迹清晰、结算准确；住院病人实行每日清单制。</p> <p>三、病历医嘱与收费清单项目名称、价格、金额数据相符，收费结算正确。</p> <p>四、门诊、住院信息数据实时上传，及时准确提供医保结算单，结算单统一按要求打印，并按项目正确分类，结算标准准确。</p> <p>五、认真统计门诊、住院人员医疗费用各项信息数据，专人负责及时上报。</p> <p>六、参保人员来院挂号、收费、结算时，收费处工作人员应仔细查对人、证、卡，积极引导使用医保电子凭证。对人、证、卡不相符的，病种或诊治不符合医保范围的，应拒绝医保结算，并做好相应解释工作。</p> <p>七、收费结算处必须仔细查对住院参保者人、证、卡信息。提醒未携带证、卡的参保病人，于三天内及时补办刷卡手续；认真核对入院诊断和出院诊断，发现外伤参保人员及时与医保科联系，由医保科审批同意后方可刷卡结算，对不符合医保范围的病种杜绝刷卡医保结算。</p> <p>八、全院医务人员应积极向参保病人宣传医保政策，耐心解释医保结算办法。</p> <p>九、遇医保信息系统故障无法刷卡结算时，应立即在结算窗口悬挂告示牌以作说明，同时启动应急预案提供结算，并及时向医保科、信息科汇报情况，及时处理，尽快恢复系统运行。</p>					
<p>审批委员会（组织）：集团医保管理委员会 签发人：  沈建新 签发时间：2021-03-01</p>					



文件编号	NXY Y-YBK-ZD0 07	文件名称	医保投诉制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新

为保障医保病人合法权益，规范医院医保管理，规范医生合理治疗、合理检查、合理用药，规范收费，及时改进医院在医保管理工作中存在的问题，使医保管理制度得到彻底执行，特制订本制度。

1. 门急诊主任办公室、医院一站式服务中心、财物科收费处、药房、各科室等均有义务接待医保病人的医保方面的投诉，并及时向医保办反映；

2. 因投诉者误解而引起的投诉（医院医保政策执行正确的），投诉受理部门或受理人因先向投诉人做好解释工作；

3. 因违反医保相关规定引起的投诉，经投诉情况核查后确认情况属实的，在保证投诉者利益前提下，对违规责任人，依据《医保医师协议》、《医保基金监管条例》等规定进行处理。



审批委员会（组织）：集团医保管理委员会

签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01



文件编号	NXY Y-YBK- ZD008	文件名称	医保信息网络管理 制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新

一、由信息科专人负责医保计算机系统的日常维护，落实应急措施，系统发生故障能迅速修复，定时查毒杀毒并做好记录。

二、信息管理系统开发、维护和接口符合技术质量要求，新政策出台或调整时，及时修改程序，确保正常运行。

三、信息科每天及时准确地传输有关信息，门诊、住院信息数据及时上传。每月医保费用数据准确。

四、信息科对已发现的医保信息问题或需信息科处理的事项必须及时处理。

五、医保、医务、药剂、设备科按规定做好国家编码贯标工作。



审批委员会（组织）：集团医保管理委员会

签发人：沈建新 签发时间：2021-06-01



文件编号	NXYY-YBK-ZD009	文件名称	医保知情告知制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新

为了尊重患者知情同意权,自觉履行医疗费用告知义务。在医疗过程中所有自费项目时均需履行知情告知义务,特制定《自费项目知情同意告知制度》。

1. 告知对象:患者、家属或法定监护人;

2. 需和医保患者签订“自理项目使用知情同意”的项目包括:

(1) 医保目录外的药品和诊疗项目。

(2) 在医保目录内但不符合使用条件的限制使用项目(常用的有白蛋白)。

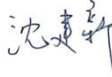
3. 使用单价或总费用超过200元的自理项目,必须事先征得患者(或家属)的同意,并与患方签订《自理项目使用知情同意书》后方可使用。

4. 由经治医生负责与患方说明情况,内容包括使用该项目的必要性、项目名称、费用等。

5. 使用自理项目,科室、医生之间根据谁使用谁负责和患方签订《湖州市南浔区人民医院医保自理项目使用知情同意书》的原则执行。



审批委员会(组织):集团医保管理委员会

签发人:  签发时间: 2021-03-01



文件编号	NXYY-YBK-ZD010	文件名称	医药价格公示制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新

1. 目的

为了切实加强医药价格的管理，规范医药价格收费行为，健全医疗收费的自我约束机制，提高药品和医疗服务价格的透明度，根据浙江省物价局《关于规范全省医疗行业明码标价的通知》精神。特制定《医药价格公示制度》。

2. 内容

- 2.1提供门（急）诊病人费用明细清单；提供出院病人医疗费用汇总清单。
- 2.2提供住院病人费用明细清单，让病人或其家属及时了解医疗收费情况。
- 2.3接待病人或其家属就医药价格收费等方面的咨询，解答疑惑。
- 2.4在门诊和住院处公示常用医疗服务项目、价格以及价格监督电话。



审批委员会（组织）：集团医保管理委员会
签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01



文件编号	NXYY-YBK-ZD011	文件名称	医药价格查询制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新

1. 目的

为了切实加强医药价格的管理,规范医药价格行为,提高药品和医疗服务价格的透明度,方便病员查询就医费用,根据浙江省物价局《关于规范全省医疗行业明码标价的通知》及历年来物价调整文件的精神。制定《医药价格查询制度》。

2. 内容

2.1 查询途径

2.1.1 门诊费用明细清单、住院各病区每日电子清单查询。

2.1.2 病人所在病区护理站。

2.1.3 相关诊疗科室的常用医疗服务价格公示牌。

2.2 查询内容

2.2.1 《浙江省医疗服务价格手册》中所有服务项目及收费价格。

2.2.2 药品目录及收费价格。

2.2.3 医院常用材料名称及收费价格。

2.2.4 医院提供的特需服务项目及收费价格。

2.2.5 病人病历号下的医疗费用明细项目。

3. 费用明细清单内容

3.1 药品费用明细: 包含每种药品名称、计价单位、数量、单价和总额。

3.2 医疗服务费用明细: 包括每项目名称、计价单位、数量、单价和总额。

3.3 医用材料明细: 材料名称、计价单位、数量、单价和总额。

3.4 其他费用情况: 凡列入其他费用项目收取的各类费用, 也应列明费用具体名称、数量、单价和总额。

审批委员会(组织): 集团医保管理委员会

签发人: 沈建新 签发时间: 2021-03-01



文件编号	NXY Y-YBK-ZD0 12	文件名称	医疗价格调整管理制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新
<p>1. 目的</p> <p>为了严格执行国家医药价格政策，确保执行医药价格政策的准确性，应制定医药价格调整规范，以保证及时、顺畅地完成医药价格的调整，维护患者与医疗机构的合法权益。特制定《医疗价格调整管理制度》。</p> <p>2. 内容</p> <p>2.1 医药价格的调整需要“权限”控制</p> <p>2.2 对于医用耗材的调整，必须根据医院设备采供部门的书面通知及相关文件，专职价格管理员确认后在收费系统中设置，并告知相关临床科室。医药价格的调整必须要有两个专职医药价格管理人员共同完成，一人设置，一人复核。</p> <p>3. 医疗项目增减和调价的操作流程</p> <p>医疗服务诊疗项目价格调整或新增流程：根据政策——专职物价管理员——更新价格目录库（下载条目）——专职物价管理员复核。</p> <p>4. 医用材料价格新增流程：根据医院设备采供中心的《南浔区医疗集团医用新耗材采购申请单》——医务科、医保科、院感科、财务科、设备科负责人确认——分管院长审批——院长审批——专职物价管理员复核——调整或新增材料价格目录库（条目）。</p>					
<p>审批委员会（组织）：集团医保管理委员会 签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01</p>					



文件编号	NXYY-YBK-ZD013	文件名称	医药价格投诉管理制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新
<p>为了进一步规范医疗机构的价格行为，完善医疗机构收费管理制度，加强医院投诉管理，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，构建和谐医患关系，保护医患双方的合法权益，特制定《医药价格投诉管理制度》。</p> <p>1. 内容</p> <p>1.1 本投诉管理制度，主要是指患者及其家属等有关人员对医院的医疗收费行为不满意，由于多收、错收、重复收费等问题造成，以来电、来信、来访等方式向医院或上级主管部门反映问题，提出意见和要求的行为。</p> <p>1.2 医院投诉的处理贯彻以病人为中心的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则，做到投诉有接待、处理有程序、结果有反馈、责任有落实。建立畅通、便捷的价格投诉渠道，在医院显著位置公布价格投诉管理部门联系方式。</p> <p>1.3 投诉实行“首诉负责制”，任何部门、科室及工作人员不得以任何理由推诿投诉人，必须积极配合价格投诉管理部门做好投诉处理工作。对于能够当场协调处理的投诉，应尽量当场协调解决，及时化解医患涉价矛盾，以免埋下隐患，并记录投诉及处理情况；对于情况较复杂，需调查、核实而不能当场解决的投诉，及时上报医保科，能解决的当场解决，不能解决的由医保科在7个工作日内回访投诉人，反馈相关处理情况或处理意见；遇重大或复杂的投诉需要向上级领导汇报，必要时提交院党委会做出相应处理意见。如需对科室或个人进行经济或其他形式的处罚时，同医院其他行政职能科室协同处理。</p> <p>1.4 对收费投诉较多的科室，并查实属违规收费的，根据对医院造成的社会影响，责成相关责任人书面检查、医院内部通报批评、直至经济处罚。</p> <p>1.5 价格投诉调查和处理的材料应及时整理、归档。</p> <p>2. 投诉处理流程：</p> <p>患者直接向医院提出收费异议的，按照下列流程图执行。</p> <p>医院医患关系协调办公室接到投诉—通知医院医保科—医保科进行自审（调出病历资料、联系当事人或相关人员）—认真核对：</p> <p>（1）如无过错及时向病人解释，取得病人的理解；</p> <p>（2）如有过错—查明原因—根据自审结果与患者协商并达成共识，积极处理—及时在医院投诉处理记录中记录—反馈给科室并提出整改意见。</p>					
<p>审批委员会（组织）：集团医保管理委员会 签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01</p>					



文件编号	NXY-YBK-ZD014	文件名称	慢性病种管理制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新
<p>在保证医保慢病患者利益的同时，要确保医保基金的合理使用，现制定《慢病管理制度》：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医保科负责告知慢病病种及用药量规定； 2. 医生在诊疗过程中根据慢病规定开具处方，并做好宣传解释工作； 3. 医保十二种慢性病种（具体以最新文件为准）：高血压、糖尿病、阿尔茨海默病、帕金森病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性肾脏病、支气管哮喘、肺结核、慢性肝病、类风湿关节炎、慢性阻塞性肺疾病、精神分裂症（情感性精神病）配药不超过一个月量（最多放宽到12周）； 4. 慢病办理流程：参保病人提供有效病历资料，由医保医师审核后为其开具《基本医疗保险参保人员规定（慢性）病种备案表》，参保病人带上社保卡至医院一站式服务中心医保窗口审核，办理慢性病种备案手续； 5. 已办理慢性门诊待遇备案的参保人员，在我院发生的慢性病针对性用药纳入慢性病基层门诊待遇范围。 					
<p>审批委员会（组织）：集团医保管理委员会 签发人：  签发时间：2021-03-01</p>					



文件编号	NXY-YBK-ZD015	文件名称	特殊病种管理制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新
<p>在保证医保特殊病种病人利益的同时，要确保医保基金的合理使用，医生在特殊病种患者来院就医时需严格把关，严格控制特殊病种患者就医刷卡结算。</p> <p>1. 医保科负责告知特病病种及相关规定；</p> <p>2. 医保特殊病种的种类：各类恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、尿毒症透析治疗、组织器官移植后抗排异治疗、重症精神类病、重症瘫痪、结核病、乙型肝炎抗病毒治疗、血友病、肝硬化失代偿期（限职工医保）、儿童孤独症（限农保）、艾滋病机会性感染（限农保）、糖尿病胰岛素治疗；</p> <p>3. 特病办理流程：参保病人提供有效病历资料，由医保医师审核后为其开具《基本医疗保险参保人员规定（特殊）病种备案表》，参保病人带上社保卡、确诊的病理切片报告或诊断证明书原件或复印件至医院一站式服务中心医保窗口审核，办理特殊病种备案手续；</p> <p>4. 医师为特病患者诊疗过程中，对符合特病报销范畴的门诊处方、检查申请单符合特病报销范围的选择“特病”，并告知患者到门诊一楼一站式服务中心医保窗口进行审核登记，审核通过后再办理门诊收费结算；不符合特病报销范围按普通门诊结算。（相关转院制度如有变动以最新文件为准）</p>					
<p>审批委员会（组织）：集团医保管理委员会 签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01</p>					



文件编号	NXY-YBK-ZD016	文件名称	意外伤害审核制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新

为合理使用医保基金，参保病人来院就医时接诊医生需严格把关，在认真核对“人、证、卡”的同时，另需严格控制意外伤害就医刷卡结算。根据医保相关规定特制定本制度如下：

1. 不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- (1) 应当从工伤保险基金支付的；
- (2) 应当由第三人负担的；
- (3) 应当由公共卫生负担的；
- (4) 在境外就医的；
- (5) 其它不符合基本医疗保险支付范围的；

2. 外伤病人住院流程：

- (1) 参保人员因意外伤害原因住院，在办理入院手续时一律先以自费住院办理；
- (2) 参保人员外伤住院时，医生确认为医保支付性质外伤的，应由经管医师详细填写意外伤害调查表，并在7个工作日内到门诊一楼一站式服务中心医保窗口完成审核后，一式两份予以盖章，一份交至进出院处予刷卡结算，另一份交至主治医师保存于病历中；如有疑问者由医保科送医保管理局稽核科稽核后再作处理；如不符合规定的则需自费结算出院。




审批委员会（组织）：集团医保管理委员会
签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01



文件编号	NXY-YBK-ZD017	文件名称	医保DRG点数法付费结算操作管理制度	适用范围	全院
制定部门	医保科	修订/核对人	金倩	内审人	沈建新
<p>根据《湖州市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》、《湖州市基本医疗保险住院费用实施总额预算管理下按疾病诊断相关分组（DRGs）点数付费办法细则》（湖医保联发【2019】14号）等文件精神，制定以下制度：</p> <p>一、临床科室及时上交完整病例至病案室，病案室及时完善病案首页信息并上传，要求次月12日前完成上月全部住院病案信息上报，次年1月20日前上传上年度应上传而未上传的病案数据，无法上传时及时协调处理。</p> <p>二、医保科按时完成日对账及月对账（次月10日前完成月对账），无法对账时及时协调处理，确保对账数据准确。次月20日前完成阳光医保智能审核平台反馈问题申诉及扣款确认，做好月度预付申报。</p> <p>三、病案室及医保科通过DRG综合管理应用平台查看病例分组情况，相关数据下发临床医师，要求次月20前完成床日付费及特病单议申请。</p> <p>四、临床医生规范填写病案首页，及时提交申诉理由及附件。</p> <p>五、信息科做好各项报表、病案首页数据上传等信息保障。</p>					
<p>审批委员会（组织）：集团医保管理委员会 签发人：沈建新 签发时间：2021-03-01</p>					



文件编号	NXYX-XXK-ZD01	文件名称	信息设备使用制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为了加强对信息设备的管理，保障信息系统的安全性以及信息设备使用的稳定性，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 信息设备：指计算机及网络相关设备，如服务器、交换机、存储，电脑、笔记本、等硬件设备。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 计算机每次的开关机操作至少相隔一分钟，严禁连续进行多次的关机操作。</p> <p>4.2 爱护电脑及其它设备，做好防尘、防水、防磁、防震、防潮等工作。</p> <p>4.3 请勿在计算机上运行与业务无关的操作，未经信息科允许不得随意更改系统和网络设置、变更网线、加装设备。</p> <p>4.4 部门或个人重要的文档注意备份保存；对于内网电脑的资料可通过信息科协助备份到U盘。</p> <p>4.5 禁止在医院电脑安装有害系统运行的无关软件；禁止在信息设备上进行与工作无关的各种操作。</p> <p>4.6 凡接入医院网络的办公电脑必须安装杀毒软件和终端管理软件。</p> <p>4.7 电脑主机硬件的维护和操作系统的安装必须由信息科人员进行。</p> <p>4.8 医院内网主机不得利用USB端口充电。</p> <p>4.9 信息设备若出现故障，应及时向科主任、护士长反映，并提交信息科，以便及时查明原因，组织维修。</p>					
<p>审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会 签发人：  签发时间： 2021-02-01</p>					



文件编号	NXYX-XXK-ZD02	文件名称	信息设备管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江

1. 目的

为加强硬件设备的管理，使设备管理工作科学化、规范化，保证设备的正常运行，满足本单位业务不断发展的需要，明确职责部门，特制定本制度。

2. 参考文件

《固定资产管理制度》

3. 名词定义

信息设备：指计算机及网络相关设备，如服务器、交换机、存储，电脑、笔记本、等硬件设备。

4. 内容

4.1 职责与权限

4.1.1 信息科负责管理各类信息设备安装、调试、使用。

4.1.2 负责相关事宜的审批。

4.2 设备申领流程

4.2.1 各部门设备申领人向物资采购部门填写申领单，走审批流程后由采购中心负责采购。

4.3 设备安装、调试

4.3.1 设备由库房负责发货，由信息科人员负责安装和调试，根据业务需求及安全需求对设备策略、参数、安全漏洞进行配置和检查。

4.3.2 接入内网电脑由信息科人员分配IP和指定机器名，并登记设备安装信息。

4.4 设备的使用

4.4.1 各使用部门应严格按计算机操作规程使用，并做好计算机的保养工作。经常保持设备的清洁，并处于良好使用状态。

4.4.2 使用者需掌握常用耗材的更换方法，如打印机硒鼓或色带的更换。

4.5 设备的管理

设备上应贴有标签，标明设备的名称、规格、启用日期等关键信息。

4.6 设备的维修

4.6.1 对于厂商维保期内上门维修的设备，使用科室专人与上门维修工程师进行对接，做好数据备份和保密措施。

4.6.2 对于无法现场维修需涉外维修的设备，需拆除硬盘等数据存储介质，不能修复的设备提前报废。

4.7 设备报废管理

4.7.1 因折旧年限已到，且其主要功能丧失、退化、零部件损耗的无法达到正常使用的设备。

4.7.2 因超强度使用、自然损耗等原因造成其性能减化、事故频发而无法正常使用的设备。

4.7.3 因长期闲置不用，在可预见未来不会再使用的设备。

4.7.4 因软件系统更新、技术进步等原因不可使用的设备。

4.7.5 国家规定必须报废的设备。


4.7.6 含以上情况之一的报资产管理部，符合报废条件的，报分管领导批准后按固定资产管理规定办理报废手续。



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人： 签发时间：2021-02-01



文件编号	NXY-Y-XXK-ZD03	文件名称	信息安全管理 制度	适用范围	全院中层
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的</p> <p>计算机信息安全保障是医院信息化的发展过程中，提高信息安全保障能力和水平，维护数据安全，保证正常稳定运行，保障和促进信息化建设健康发展的一项基本要求。实行信息安全保障制度，可以增强我院信息安全保护的整体性、针对性和实效性，达到有效保护的目的，使信息系统安全建设更加突出重点、统一规范和科学合理。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>无</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 安全保护制度</p> <p>4.1.1 计算机网络系统的建设和应用，应遵守国家及上级主管部门颁发的行政法规、用户手册和其他有关规定。</p> <p>4.1.2 计算机网络系统的安全保护，是保障计算机及配套的设备、设施的安全、运行环境的安全、保障信息安全，保障医院信息管理系统功能的正常运行，维护计算机网络系统的安全运行。</p> <p>4.1.3 医院信息管理系统实行安全等级保护和用户权限划分、安全等级和用户使用的口令密码的划分。</p> <p>4.1.4 信息科管理人员应熟悉并严格监督数据库使用权限、用户密码使用情况，定期更换用户口令密码。</p> <p>4.1.5 任何单位或个人不得利用上网计算机从事危害医院利益的活动，不得危害计算机网络系统的安全。</p> <p>4.1.6 计算机病毒和危害网络安全的其他有害数据信息的防治工作，由信息科负责处理。</p> <p>4.1.7 信息科技术人员负责计算机网络、系统软件、信息设备、应用程序的安装、调试、排除故障。其他任何科室或个人不得自行拆卸、安装任何软、硬件设施，私自配置IP地址；所有进入网络使用的移动硬盘、U盘，必须经过信息科同意和检毒，未经检毒，绝对禁止使用。</p> <p>4.1.8 绝对禁止医院局域网系统网络计算机登陆互联网站，原则上禁止医院局域网系统的计算机与院外其他公共网络联接。</p> <p>4.1.9 保持机房的清洁工作，并做好防尘、防火、防水、防静电、防高压磁场、防电磁辐射等安全工作。</p> <p>4.1.10 定期做好数据备份工作。</p> <p>4.2 安全监督制度</p> <p>4.2.1 信息科对网络计算机系统安全保护工作行使下列监督职权。</p> <p>4.2.1.1 监督、检查、指导计算机网络系统安全维护工作；</p> <p>4.2.1.2 查处危害计算机网络系统安全的违规行为；</p> <p>4.2.1.3 履行计算机网络系统安全工作的其他监督职责；</p> <p>4.2.2 信息科技术人员发现影响计算机网络安全系统的隐患时、可立即采取各种有效措施予以制止。</p> <p>4.2.3 计算机技术人员在紧急情况下，可以就涉及计算机网络安全的特定事项采取特</p>					



殊措施进行防范。

4.2.4信息科对违反计算机网络系统安全保护制度,危害网络系统安全的科室或人员,提出处罚意见。

4.3安全处罚条例

医院各类人员一旦发现网上任何异常现象(包括故障现象)都应及时与信息科人员取得联系,以便及时处理。医院使用者有义务和责任举报任何非法或违规行为。凡违反系统安全保护制度危害网络系统安全的,由信息科以口头或书面警告、暂停或撤消当事人使用资格,或建议医院给予通报批评、经济处罚、行政处分,对造成严重后果或医院财产严重损失的个人或组织,要赔偿经济损失,直至依法追究民事或刑事责任。

4.3.1使用者必须遵守《中华人民共和国网络安全法》、《中华人民共和国保守国家秘密法》和《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》等相关法律、法规和行政规章制度,不得操作任何有关医院机密的信息。不得有违反国家、省、市的法律法规行为。

4.3.2不得在医院内部办公网上散布、传播任何不良信息。

4.3.3接到信息科技术人员要求改进安全状况通知后,要认真整改。


4.3.4不得盗用他人用户非法操作;不得向院外人员泄露口令密码。

4.3.5不得在工作站进行与医疗工作无关操作。


4.3.6不得按照规定擅自安装软、硬件设备,私自配置,更改IP地址、机器名称;不得私自拆卸更改网络设备。

4.3.7在网络系统设备、设施附近作业而危害网络系统安全,影响网络正常运行造成经济损失的,由作业单位赔偿。

审批委员会(组织):南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人:  签发时间: 2021-02-01



文件编号	NXY-Y-XXK-ZD04	文件名称	信息使用与管理部门 沟通协调工作制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的</p> <p>为了认真贯彻执行医院信息系统的各项规定，建立科学、规范、合理的信息管理机制，指导临床使用，增强与临床工作的互动，及时反馈临床信息系统功效，确保信息系统安全畅通有效，结合我院工作实际，特制定信息管理沟通协调制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《浙江省综合医院等级评审标准》（浙江省卫生健康委员会 2019版）</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 信息科在工作中发现的问题及时与医院各科室沟通、整改，指导信息系统工作。</p> <p>4.2 信息科与医院各科室沟通内容</p> <p>4.2.1 对信息网络设备、硬件、提出的合理要求，性能是否良好，维修维护意见。</p> <p>4.2.2 对信息管理系统提出的合理化建议、使用规范、操作要求、软件需求、医院的信息规划等，及时与全院工作人员沟通、整改。</p> <p>4.2.3 软硬件以外其他信息方面的意见。</p> <p>4.3 沟通方式</p> <p>4.3.1 信息管理委员会会议、信息科科室会议/培训、信息化工作例会等方式进行沟通协调。</p> <p>4.3.2 与医院各科室工作人员面对面沟通。</p> <p>4.3.3 与医院外的专业人士、专业公司通过网络、电话等多种方式沟通。</p> <p>4.4 沟通原则</p> <p>尊重、合作、服务、赏识、分享的心、诚实守信、互相尊重、达成共识、持续改进。</p>					
<p>审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会</p> <p>签发人：  签发时间： 2021-02-01</p>					




文件编号	NXYX-XXK-ZD05	文件名称	计算机网络安全管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的</p> <p>为了保证医院计算机网络系统的安全，促进医院计算机网络的应用和发展，保证网络的正常运行和用户的正常使用，防止泄密和传输非法信息、不健康信息，根据国家有关规定结合我院实际情况特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>2.1 《信息安全等级保护管理办法》、《中华人民共和国网络安全法》</p> <p>2.2 《浙江省综合医院等级评审标准》（浙江省卫生健康委员会 2019版）</p> <p>3. 名词定义</p> <p>无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 总则</p> <p>4.1.1 计算机网络系统其目的是利用计算机技术和网络通信技术，实现联网和信息资源共享。</p> <p>4.1.2 所有用户应遵守中华人民共和国法律、法规和已有的安全操作规范。</p> <p>4.1.3 计算机仅用于办公事宜，除非有分管领导和信息科主任的授权（包括目标、使用范围和使用期限）否则严禁用于其它用途。</p> <p>4.1.4 计算机使用范围根据医院事先规定及工作性质，由科主任申请，并由信息科负责人审核。</p> <p>4.1.5 信息系统用于医院局域网中的所有计算机上。</p> <p>4.1.6 任何科室和个人不得利用计算机从事危害国家利益、集体利益和公共合法利益的活动，不得利用医院网络系统泄露国家机密、医院机密、病人隐私，不得损害医院网络系统的安全。</p> <p>4.2 网络和数据安全</p> <p>4.2.1 连入网络的各部门和用户必须严格执行安全保密制度，并对所有提供的信息负责。不得利用计算机和网络从事违反国家法律、法规，泄露本单位机密的活动，不得制作、查阅、复制和传播有碍社会治安和有伤风化的信息。</p> <p>4.2.2 不允许在网络上进行干扰网络用户、破坏网络服务和网络设备的活动。这些活动主要包括在网络上发布不真实的信息、散布计算机病毒、未经授权使用计算机和不以真实身份使用网络资源。</p> <p>4.2.3 除信息科专业人员外，其他部门或个人不得以任何方式试图登陆网络服务器和网络交换机等设备进行修改、设置、删除等操作；不得盗窃、破坏网络设施。</p> <p>4.2.4 不得利用各种网络设备或软件从事用户账户及口令的侦听、盗用活动，该活动被认为是网络用户权益的侵犯。</p> <p>4.2.5 严禁在本院联网计算机上使用未经信息科批准使用的软件。</p> <p>4.2.6 任何部门和个人不得在本院联网计算机上制作、查阅、复制和传播危害国家安全的信息和淫秽、色情资料。</p> <p>4.2.7 联网用户必须使用由信息科统一分配的IP地址，严禁私自设置 IP、盗用 IP地址。</p> <p>4.2.8 员工应对输入计算机的数据准确性负责，不得随意增减或删除有效数据。</p> <p>4.2.9 员工不得在医院内网工作站使用调制解调器、无线网卡等连接到 Internet。</p> <p>4.3 计算机终端安全管理</p>					



- 4.3.1 硬件、软件和程序：
- 4.3.1.1 除信息科的专业人员外，严禁私自拆卸或调换计算机部件和相关的电脑外设；
- 4.3.1.2 只有特定的硬件和软件配置才允许应用于医院网络系统中，所有软件必须由信息中心安装，已安装的软件不得随意卸载、删除与修改。
- 4.3.2 帐号和密码：
- 4.3.2.1 医院员工对本人帐号和密码必须遵守以下规定：
- 4.3.2.1.1 员工不得将本人的帐号和密码告诉其他人，建议定期修改密码，对有疑问的密码应及时修改。
- 4.3.2.1.2 任何人员不得使用他人的帐号和密码，也不得将工作范围内可接触到的数据告诉其他任何未经授权的人员，并在离开终端时及时退出软件。
- 4.3.2.1.3 建议密码至少为六位，可以是字母与数字的组合。
- 4.3.3 病毒防护：
- 4.3.3.1 计算机必须配备标准的防毒软件，该软件由信息科规定；
- 4.3.3.2 不联内网的计算机用户有责任保护使用的计算机不被病毒侵害，并由信息科进行监督；
- 4.3.3.3 严禁安装与工作无关的软件；
- 4.3.3.4 计算机网络系统的使用科室和个人，都必须遵守计算机安全使用规则，以及有关的操作规程和规章制度；未经批准不得连入院内网。严禁在院内网的计算机上使用可移动存储设备（如USB移动盘、闪存卡、数码相机、移动硬盘、手机等）。
- 4.3.3.5 使用网络版杀毒系统，并及时更新病毒库。
- 4.3.4 硬件维护及保养：
- 4.3.4.1 维护人员在拆卸计算机时，应采取必要的防静电措施；
- 4.3.4.2 维护人员在作业完成后，必须将所拆卸的设备复原；
- 4.3.4.3 使用部门对计算机及外设负有保管的义务，防止盗窃；
- 4.3.4.4 使用部门须采取必要措施，确保计算机及外设始终处于整洁和良好的状态；
- 4.3.4.6 严禁任何计算机同一时间连接内外网，院内计算机严禁私接无线网卡、随身WIFI等；对于造成“病毒”蔓延的有关人员应追究相关责任。
- 4.4 有以下行为者，信息科将根据实际情况上报院领导并追究当事人及其直接负责人的责任。
- 4.4.1 私自安装软件或复制文件而使计算机感染病毒。
- 4.4.2 私自使用他人计算机或外设造成损坏。
- 4.4.3 私自拆卸、安装或调换本院计算机有关设备部件。
- 4.4.4 严重危害本院计算机有关设备和网络资源。
- 4.4.5 在医院内网工作站使用无线网卡等连接到 internet 行为者。

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人：  签发时间：2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-ZD06	文件名称	信息系统数据管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为进一步规范数据管理工作，降低数据被非法生成、变更、泄露、丢失及破坏的风险，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 《浙江省综合医院等级评审标准》（浙江省卫生健康委员会 2019版）</p> <p>3. 名词定义 数据：指信息系统中的各种业务数据，包括患者数据、医院运营数据、图像等。 数据管理：包含涉及数据查询、修改、导入，数据处理过程中对数据真实性的保证，数据内、外部传输的工作。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 数据保存管理</p> <p>4.1.1 对于相关的各种业务数据时限，在线部分按各管理要求执行，离线部分永久保存。</p> <p>4.1.2 重要的业务数据要保证物理上的安全，存放数据的介质必须放在安全的地方，非授权人员不得访问。</p> <p>4.1.3 关于数据备份的管理，参见相关管理制度。</p> <p>4.2 数据导入和修改</p> <p>4.2.1 数据导入指信息科指定的数据管理员应数据拥有部门要求，通过后台数据库，将数据导入运行环境的操作。</p> <p>4.2.2 数据修改指信息科指定的数据管理员应数据拥有部门要求，对医院信息系统中的数据在后台数据库中进行的修改。数据修改包含数据内容的修改以及数据库结构的变更。</p> <p>4.2.3 数据拥有部门在钉钉上提交《数据查询/修改/导入申请》，申请表中需要具体描述导入/修改的原因和内容，申请表需经过相关部门负责人审批。</p> <p>4.2.4 信息科数据库管理员收到申请表后，应与申请部门再次核对申请表内容，若是数据导入申请，对要导入的数据来源进行检验，确保其有效性和安全性；然后，分析导入/修改可行性及后果，若可以导入/修改，进一步提供导入/修改方案。方案中须提供准确性和完整性的检查办法和对错误数据录入/修改的处理办法。最后，把这些结果提交信息科主任审批。</p> <p>4.2.5 信息科主任根据数据库管理员提供的意见决定是否接受数据导入/修改申请。如不接受申请，出具理由，并告知申请部门；若接受申请，须进一步根据导入/修改方案的复杂程度，确定是否需要先在测试环境中测试，以保证数据导入/修改方案的准确性。</p> <p>4.2.6 数据导入/修改申请通过审批后，数据库管理员能够自己操作的自己操作，如需第三方服务提供商操作，则由数据库管理员联系第三方服务提供商，并向第三方描述和解释数据导入/修改需求和方案。</p> <p>4.2.7 如需测试，要先在测试环境下进行测试。信息技术人员须在数据导入/修改之前对所影响的数据先做备份。然后，依据最终确定的数据导入/修改方案，监督第三方服务提供商在运行环境中执行具体的数据导入/修改操作。</p> <p>4.2.8 数据导入/修改完毕后，数据库管理员通知申请人检查数据导入/修改结果是否与需求一致。若数据导入/修改不符合要求，数据库管理员重新检查和修改数据导入方案，经主管部门负责人审批后，进行下一步工作。</p>					



4.2.9数据导入/修改流程中的申请、审批、操作工作需分别由不同人员担任。数据导入/修改操作只能由指定的信息科人员执行,导入/修改权限须按照规范通过系统设定分配给指定人员。

4.3数据提取和发放

4.3.1数据提取指信息科指定的IT人员应数据拥有部门要求,对医院信息系统中的数据从后台数据库中进行的提取。

4.3.2数据提取和发放须经过正式的数据提取申请,填写《数据查询/修改/导入申请》。任何人不得在未经授权的情况下对应用系统数据进行提取和发放操作。

4.3.3数据拥有部门提交《数据查询/修改/导入申请》,申请表中需要具体描述提取原因、提取内容。申请表需经过需求部门负责人及相关领导审批。全院医院运行数据提取必须经院长审批,药品、材料等敏感数据明细统计必须经纪委领导审批。

4.3.4数据库管理员收到申请表后,应与申请部门再次核对申请表内容。然后,分析提取可行性,出具提取方案,提交主管部门负责人审批。


4.3.5主管部门负责人根据数据库管理员提供的意见决定是否接受数据提取申请。若不接受申请,出具理由,并告知申请部门;若接受申请,数据库管理员在运行环境中执行具体的数据提取。

4.3.6数据提取完成后,通知申请人检查数据提取结果是否与需求一致。若数据提取不符合要求,数据库管理员重新检查和修改数据提取方案,再次执行操作。


4.3.7数据提取中的申请、审批、操作及检查工作须分别由不同人员承担。数据提取的操作只能由指定的信息科人员进行,提取权限应按照规范通过系统设定分配给指定人员。药品材料等敏感数据明细统计须在纪委监察部门和信息科负责人的监督下进行。

4.3.8信息科人员将数据反馈至钉钉申请单内,不能发放给其他人员。申请人不得将提取的数据转交给未经授权人员使用。

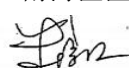
审批委员会(组织): 南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人:  签发时间: 2021-02-01



文件编号	NXY-Y-XXK-ZD07	文件名称	用户权限及密码管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为加强医院信息用户权限及密码管理，保证医院信息安全、健康运行，结合医院实际，制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 在各信息系统中，各管理部门负责各自系统中角色的定义和确认，并制定相应的权限管理员，有权限管理员负责管理具体的用户权限。</p> <p>4.2 新员工报到后，新员工先到人力资源部报到，获取工号等基本信息。</p> <p>4.3 员工必须在有独立能力上岗后，由员工在钉钉上填写《用户操作权限申请》，科室审批，职能科室审批，信息科人员根据提交的申请分配相应的系统角色；员工转岗时，需重新填写《用户操作权限申请》审批单，信息科根据审批单对用户权限做相应的变更；员工离院时需填写《职工离院前物资移交手续》，信息科撤销其所有使用权限，并注销该帐号。</p> <p>4.3 员工妥善保管自己的工号和密码，在医院信息系统上产生的签名与医疗文书的书面签名视为等同效应。因未妥善保管个人密码而造成的后果，如允许他人使用密码开医嘱导致不良事件，乃至医疗纠纷，由账号所有者本人负责。</p> <p>4.4 员工应定期及时更新个人密码，临床医生应至少每月一次。</p> <p>4.5 任何人不得盗用他人工号和密码，在证据明确的情况下发现上述情况，根据医院相关制度进行处理。</p> <p>4.6 各信息系统操作员离开时须及时退出系统，尤其是在病房等公共场所，易于非操作人员接近。全院所电脑默认为5分钟内无操作自动锁屏，须重新登录。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会 签发人：  签发时间： 2021-02-01</p>					



文件编号	NXY-Y-XXK-ZD08	文件名称	信息保密制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1.目的 为进一步加强医院信息安全，防止机密信息的泄露，特制定本制度。</p> <p>2.参考文件 无</p> <p>3.名词定义 无</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 认真遵守国家保密法律、法规和规章制度，履行保密义务；信息科人员必须签订保密协议。</p> <p>4.2 不提供虚假个人信息，自愿接受保密审查；</p> <p>4.3 不违规记录、存储、复制秘密信息，不违规留存秘密载体；</p> <p>4.4 不以任何方式泄露所接触和知悉的秘密；</p> <p>4.5 不将涉密计算机与互联网及其它公共信息网络连接；在与互联网相连的信息设备上不得存储、处理和传输任何涉密信息。</p> <p>4.6 不将涉密移动介质在涉密计算机和非涉密计算机及互联网上交叉使用；</p> <p>4.7 不得擅自修改数据库数据；</p> <p>4.8 非本科室操作人员，不得进入该科室计算机或者使用计算机信息网络资源。</p> <p>4.9 不得私自将医院数据、患者资料告知其他人员。严禁窃取网络秘密，如有违反，给医院和用户造成重大损失，医院将追究其相应的法律责任。</p> <p>4.10 各用户密码由使用人自行保管，严禁将自用密码转告他人，初始用户必须更改密码方可登陆系统。</p> <p>4.11 信息系统中所有电子数据不得随意拷贝到外网，如确因科研、学习需要的，需在钉钉上提交《数据拷贝申请》，经相关部门批准同意后方可拷贝，并在科研、教学完成后及时删除相应的数据；违反此项而造成医院数据、病人隐私泄露的，承担相应的法律责任。</p> <p>4.12 上级部门的查询、统计数据必须由相关部门在钉钉上提交《数据查询/修改/导入申请》，并得到批准，方可进行。</p> <p>4.13 工作人员离岗离职之后，仍对其在任职期间接触、知悉的属于医院或者虽属于第三方但本单位承诺或负有保密义务的秘密信息，承担如同任职期间一样的保密义务和不擅自使用的义务，直至该秘密信息成为公开信息，而无论离岗离职人员因何种原因离岗离职。</p>					
<p>审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会 签发人：  签发时间：2021-02-01</p>					



文件编号	NXYX-XXK-ZD09	文件名称	HIS系统软件更新管理制度	适用范围	信息科
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江

1. 目的
为规范医院HIS系统软件更新，减少和杜绝程序更新带来的影响，加强软件更新的管理，特制定本制度。

2. 参考文件
无

3. 名词定义
无

4. 内容

4.1 为规范化发布，特制定该流程。

4.1.1 测试环境更新由相关开发人员或者测试人员直接进行打包更新。

4.1.2 程序发布到生产必须要通过环境测试。

4.1.3 生产环境更新必须由信息科测试人员确认后发布。

4.1.4 以上更新规则，紧急更新除外。

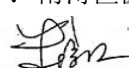
4.2 HIS采用系统内部自动更新程序，自动更新连接HISDB数据库，用户名为portal155，自动更新上传的文件保存在MH_BBXX中，开发人员在上传更新文件时必须在备注信息中录入简要的更新说明。

系统在每次重新登陆时，遍历可能需要更新的文件列表，判断本地的配置文件version.ini中的版本号和版本信息中的文件的版本号若版本信息中的文件的版本号大于本地配置文件中的版本号或无法在本地配置文件中找到，则表明该文件需更新，将该文件取到本地保存，并在本地的配置文件version.ini中记录最新的版本号。


对更新的每个文件可进行回滚，取该文件上传时间不为空的次新版本，将该版本的文件内容置为最新的文件内容，系统会自动增加一个版本，文件内容为次新版本的文件内容，版本号为该目录下该文件的最大版本号加一。若该文件没有满足条件的版本，则该文件不能回滚。

4.3 Ftp方式更新

FTP用来更新自助机程序，自助机在重新开机时自动获取FTP服务器上的最新文件，线上环境FTP地址 ftp:// 196.168.101.82，请将更新好的PBD文件上传至FTP的hisserver目录（不要放FTP的要目录），更新前对原文件做好备份，如更新后系统运行异常，可以及时回滚至上一个版本。

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会
签发人：  签发时间：2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-ZD10	文件名称	数据备份和恢复管理制度	适用范围	信息科
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为规范备份管理工作，合理存储历史数据及保证数据的安全性，特制定本管理制度。</p> <p>2. 参考文件 《浙江省综合医院等级评审标准》（浙江省卫生健康委员会 2019 版）</p> <p>3. 名词定义 3.1 数据备份：是指为防止系统出现操作失误或系统故障导致数据丢失，而将全部或部分数据集合从应用主机的硬盘或阵列复制到其它的存储介质的过程。</p> <p>4. 内容 4.1 备份策略 4.1.1 对于与交易生产相关的各种业务系统数据须每天进行备份。 4.1.2 数据被大规模更新前后，须对数据进行备份。 4.1.3 在操作系统和应用程序发生重大改变前后，须对系统和应用程序进行备份。 4.1.4 在网络设备配置改变前后，须对设备配置进行备份，定期进行网络设备配置的备份。 4.1.5 对数据、操作系统以及程序的备份，须保存在两份介质中，一份存放在本地磁盘，另一份存放于容灾存储介质。</p> <p>4.2 备份操作管理 4.2.1 需按照数据的重要程度对不同备份对象进行分类，对不同的备份对象根据类别制定备份策略。 4.2.2 数据库管理员须定期检查备份是否成功，对备份结果以及失败的备份操作处理需要进行记录、汇报及跟进。 4.2.3 备份对象发生变更后，应及时评估和调整备份策略、备份操作手册。 4.2.4 数据库管理员核对系统中的备份策略与备份文件是否吻合，以保证备份是按照要求进行的；以保证备份的有效性、完整性以及出现的问题能得到适当的处理。</p> <p>4.3 备份恢复 4.3.1 数据库管理员须制定详细的数据恢复操作手册，手册应包含备份恢复的操作步骤、恢复前的准备工作等。 4.3.2 数据库管理员应对备份数据进行恢复测试工作，确保备份恢复工作能够按照恢复操作手册顺利进行，根据测试结果更新备份恢复操作步骤。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会 签发人：  签发时间 2021-02-01</p>					



文件编号	NXY-Y-XXK-ZD11	文件名称	软件需求/BUG管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江

1. 目的

因医院业务发展等原因提出新的需求或对原系统不足提出更改，必须通过钉钉填写《信息系统需求与 BUG 反馈表》来反映需求。

2. 参考文件

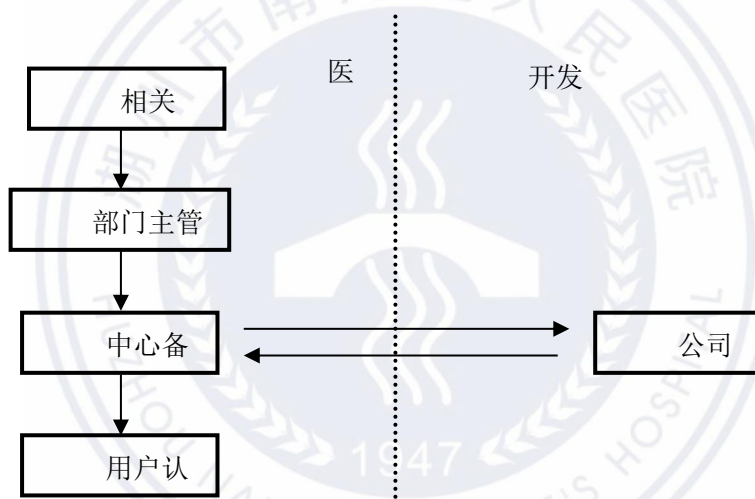
无

3. 名词定义

软件需求：软件需求是(1)用户解决问题或达到目标所需条件或权能(Capability)。 (2)系统或系统部件要满足合同、标准、规范或其它正式规定文档所需具有的条件或权能。 (3)一种反映上面(1)或(2)所述条件或权能的文档说明。它包括功能性需求及非功能性需求，非功能性需求对设计和实现提出了限制，比如性能要求，质量标准，或者设计限制。

4. 内容

业务需求/系统 BUG 反馈流程图：



4.1 属软件系统功能错误，如系统 BUG、数据异常等影响到业务正常操作的，则由各科电话、钉钉、微信等途径告知，信息科人员审核确认后修改，修改完成告知反馈之人。

4.2 需求提出部门认真填写钉钉上的《信息系统需求与 BUG 反馈表》，将相关需求描述清晰，由部门负责人签字。

4.3 需求必须经相关职能部门负责人签字认可。护理相关的由护理部负责，临床医生相关的由医务科负责，药品管理由药剂科主任负责，挂号收费等财务方面由财务科负责，医保由医保办负责，其他医技科室系统由各自科主任负责。

4.4 递交信息科备案。根据轻重缓急、难易程度与软件开发商协商预期完成日期，反馈给需求方。

4.5 项目较大时，由信息科提出项目的完整方案和预算，报分管院长审批后，经南浔区医疗集团信息管理委员会讨论决定，同意后方可执行。

4.6 需求递交软件开发商后，由软件开发商安排需求分析、方案设计等工作，然后将需求设计方案反馈给需求方，由需求方确认后实施软件开发工作，实现需求功能。

4.7 更改后在信息科备案，安装或更新新程序。

使用人员对该次修改是否满意，如果不满意，重新填写反馈表，并注明该功能原来没有




湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区

修改好，是再次提出的。



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人：  签发时间： 2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-ZD12	文件名称	信息科培训制度	适用范围	信息科
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江

1. 目的
为加强信息科人员学习，更好地履行人员职责，提高信息处理能力，特制定本学习培训制度。

2. 参考文件
无

3. 名词定义
无

4. 内容

4.1 培训制度

4.1.1 业务学习培训由信息科根据日常工作安排进行培训。

4.1.2 定期组织业务学习；

4.1.3 积极主动地参加信息科组织的业务学习活动。

4.1.4 有选择地参加其它行业和部门举办的专业培训，鼓励参加其它业务交流和学习培训。

4.1.5 支持、鼓励工作人员结合业务工作自学。

4.2 培训内容：

4.2.1 安全法律教育。通过医院内部网络媒介宣传网络安全法律方面相关知识，提高防范能力。

4.2.2 职业道德教育

4.2.2.1 工作人员要严格遵守工作规程和工作制度。

4.2.2.2 不得制造，发布虚假信息，向非业务人员提供有关数据资料。

4.2.2.3 不得利用计算机信息系统的漏洞偷窃患者资料。

4.2.2.4 不得制造和传播计算机病毒。

4.2.2.5 不得统方。


4.2.3 技术和技能教育。按照各自岗位，学习各种信息技术技能，包括相关业务制度和规范、网络技术、安全技术、软件技术、管理技术等。

4.3 培训方法：

4.3.1 结合专业实际情况，组织人员参加学习。

4.3.2 有针对性，组织人员参加相关学术会议。

审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人：  签发时间： 2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-ZD13	文件名称	机房管理制度	适用范围	信息科
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江

<p>1. 目的： 机房是支持医院信息系统安全、稳定、高效运行的重要场所，为保证机房设备有良好的运行环境和工作秩序，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 《电子计算机场地通用规范》(GB/T-2887-2000)</p> <p>3. 名词解释 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 机房人员与出入管理</p> <p>4.1.1 机房必须设置专人管理，未经批准，严禁非信息科人员随意无故地进入机房作业。</p> <p>4.1.2 外来人员进入机房应按要求填写《外来人员进出机房申请表》，不得随意触碰设备和开关；因临时性工作需进入机房，必须经信息科批准，并有管理人员在场；离开机房时必须自觉检查和关闭所有机房门窗，主动拒绝陌生人进出机房</p> <p>4.1.3 任何人不得携带任何易燃、易爆、腐蚀性、强电磁、辐射性、流体物质等对设备正常运行构成威胁的物品进入机房。</p> <p>4.1.4 未经批准，禁止将机房相关的钥匙、门禁密码等物品和信息外借或透露给其它人员，同时有责任对门禁信息保密。对于遗失钥匙、泄露门禁信息的情况要即时上报，并积极主动采取措施保证机房安全。</p> <p>4.1.5 不允许与机房工作无关的人员直接或间接操纵机房任何设备。</p> <p>4.1.6 机房出现盗窃、破门、火警、水浸、110报警等严重事件时，信息科人员有义务以最快的速度最短的时间到达现场，协助处理相关的事件。</p> <p>4.2 机房设备与环境管理</p> <p>4.2.1 机房管员应统一管理机房设备，并完整保存计算机及其相关设备的驱动程序、保修卡及重要随机文件。</p> <p>4.2.2 机房内的路由器、交换机和服务器以及通信设备是网络的关键设备，非机房专职人员不得自行配置或更换，不得挪作它用。</p> <p>4.2.3 定期对机房环境进行清洁，保持机房清洁、卫生，（包括温度、湿度、电力系统、网络设备等）。</p> <p>4.2.4 机房管员应对网络安全及其所涉及的服务器各种帐号严格保密。</p> <p>4.2.5 机房内严禁吸烟、喝水、吃食物、嬉戏和进行剧烈运动，机房工作人员应保持机房安静。</p> <p>4.3 机房病毒防范与安全管理</p> <p>4.3.1 机房管员应具备较高的病毒防范意识，定期进行病毒检测，发现病毒立即处理并通知信息科负责人或分管领导。</p> <p>4.3.2 采用国家许可的正版防病毒软件并及时更新软件版本。</p> <p>4.3.3 未经许可，机房管员不得在服务器上安装新软件。如果确为需要安装相关软件，安装前应进行病毒例行检测，并告知信息科负责人。</p> <p>4.3.4 经远程通信传送的程序或数据，必须经过检测确认无病毒后方可使用。</p> <p>4.3.5 机房管员应经常监控机房设备运行状况，发现异常情况应立即处理，并及时上报和详细记录。</p> <p>4.3.6 为确保数据资料的安全保密，机房工作人员应恪守保密制度，不得泄露信息科</p>					
---	--	--	--	--	--



的各种信息资料与数据。

4.3.7保证数据的原始性、客观性、时间性、正确性，对于医院计算机存储的原始数据，不得擅自修改。

4.4机房设备运行维护管理

4.4.1未经信息科负责人批准，任何人不得在机房设备上编写、修改、更换各类软件系统及更改设备参数配置。

4.4.2各类系统软件的维护、增删、配置的更改，各类硬件设备的添加、更换必需经信息科负责人批准后方可进行。


4.4.3机房管员应密切监视中心设备运行状况以及各网点运行情况，确保安全、高效运行。

4.4.4机房实行每日巡查制度，包括电源、UPS、网络设备、温湿度及其他隐患情况，如实登记填写《机房日常巡检表》。


4.4.5双休日、节假日，应有值班人员检查网络运行情况，如发现问题应及时解决，并做好记录处理，解决不了的要及时报告。




审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人：  签发时间： 2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-ZD14	文件名称	信息科值班、交班制度	适用范围	信息科
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为规范值班程序和内容，确保系统安全、连续进行，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 信息科采用轮流值班，值班人员24小时随时待命，值班电话：655555（电信）189 6727 0799。</p> <p>4.2 值班人员必须认真负责，坚守岗位，不得擅离职守，负责接听值班电话，以最快速度响应并及时处理科室反映问题；如遇不能及时处理的，须跟相关科室说明并立即联系相关技术人员给予技术指导。</p> <p>4.3 遇到网络或服务器故障，马上组织力量排除，并及时报告信息科负责人及信息分管院长，若时间超过30分钟的，由分管院长根据实际情况，决定是否启动应急预案。</p> <p>4.4 值班期间采用“首问负责制”，谁受理的问题谁解决，对于自己受理不能解决需转交的问题，直至问题解决并由首问责任人及时回复相关科室。</p> <p>4.5 值班人员和接班人员交接班时，仔细查阅巡检记录，了解设备运行情况并查看机房的卫生情况。</p> <p>4.6 在交接班中若发生设备故障、软件故障，由交接班人员负责处理，接班人员协助处理完后再交接班。</p> <p>4.7 交接班要严肃认真，详细交接，发生漏交、错交均由交班人员负责，接班人员疏忽未能发现的问题，由接班人员负责，交接不清的由接班人员负责。</p> <p>4.8 如遇节假日不能现场交接班的，必须通过电话交接，双方认为交接完毕才算交接完成。</p>					
<p>审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会 签发人：  签发时间： 2021-02-01</p>					



文件编号	NXYX-XXK-ZD15	文件名称	外来工作人员管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为保障外来工作人员的安全管理，特制订本制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词解释 外来工作人员：指凡涉及医院 HIS、LIS等各系统软件工程师；院内信息设备、网络实施及维保人员等。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 外来工作人员必须遵守院内各项规章制度。未经许可，外来人员不得将自带笔记本电脑、平板电脑、手机、移动存储等信息设备接入医院网络。</p> <p>4.2 若使用我院提供的工作计算机，使用者为计算机第一责任人，负责日常维护工作，不得随意拆装计算机的硬件、网线等设备，不得安装一切与工作无关的软件。</p> <p>4.3 使用计算机上互联网时，要遵守相关法律、法规，不得进入色情网站、反动网站及法轮功网站；不得利用我院的信息及网络设备传递反动、错误的信息。</p> <p>4.4 未经许可，外来工作人员不得使用任何方法（如复制、刻录、打印、手工记录等）带走任何数据和程序。</p> <p>4.5 原则上不允许外来工作人员删除或修改已上线软件的数据，如因业务需求必须删除或修改，应将可能存在的风险隐患告知信息科，同时必须由归属单位项目经理或以上级别人员授权，在信息科人员的陪同或监督下进行，操作前必须做好备份和记录。</p> <p>4.6 外来工作人员如发现软件出错或存在隐患，必须及时向信息科详细说明情况，经信息科核实后进行处理。</p> <p>4.7 凡违反以上规定，造成医院损失的，在明确责任后，由当事人及所属公司负责相应赔偿。</p>					
<p>审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会 签发人：  签发时间： 2021-02-01</p>					



文件编号	NXYX-XXK-ZD16	文件名称	终端管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江

1. 目的

为保障医院信息系统建设和应用，保障系统功能的正常发挥，保障运行环境和信息的安全，满足信息系统终端操作和维护的正常进行，制订本制度。

2. 参考文件

无

3. 名词解释

无

4. 内容

4.1 定义

4.1.1 终端涉及范围包括电脑、打印机、集线器、扫描仪、POS机、自助机、无线设备等设备。

4.1.2 终端用户权利指的是利用终端设备进行有利于办公需要的业务操作。

4.2 终端安装及维护管理

4.2.1 计算机每次的开关机操作至少相隔一分钟，严禁连续进行多次的关机操作。

4.2.2 爱护电脑及其它设备，做好防尘、防水、防磁、防震、防潮等工作。

4.2.3 爱惜工作中使用的计算机，保持计算机整洁。

4.2.4 打印机及外围设备的使用：打印机在使用时要注意电源线和打印线是否连接有效，当出现故障时注意检查有无卡纸，激光打印注意硒鼓有无碳粉，喷墨水是否干涸，针打机是否有断针。当打印机工作时，不要人工强行阻止，否则，更容易损坏打印机。

4.2.5 重要的部门或个人文档必要时需加密；对本单位或个人的资料，未经允许任何人不得进行改动。

4.2.6 工作站作为信息系统专用设备，严禁安装和使用非工作用应用软件；确属工作需要安装使用其他软件，须由科室负责人向信息科申请，经信息科负责人批准，由信息科技术人员负责安装调试。

4.2.7 禁止在计算机上做与本职工作无关的其它操作；在使用信息系统时不可泄漏患者的任何资料；不得私自统方。

4.2.8 操作人员要熟练掌握相关应用系统的使用，严格管理用户登录口令，并注意保密。

4.2.9 严禁私自安装、拆、卸计算机设备和网络、其他网络设备及设施，出现故障及时与信息科联系解决。

4.2.10 不得私自带领外来人员参观、操作演示应用系统软件；必要参观者须逐级报请科室负责人和分管领导批准。

4.2.11 禁止非本科室工作人员操作使用本科室计算机，任何人都不准在计算机上进行非工作相关操作。

4.2.12 凡接入医院网络的办公电脑必须安装杀毒软件和终端管理软件，禁止修改系统、软件等相关设置或卸载相关软件，任何人不得在网络上制作、传播计算机病毒等破坏性程序，操作人员发现计算机病毒应及时清除并上报信息科。

4.2.13 禁止私自将未经允许设备接入医院内部网络，禁止将移动存储介质接入内网电脑。

4.2.14 绝对禁止医院内网系统的网络计算机登陆互联网网站，原则上禁止医院内网系统网络计算机与院外其他公共网络联接。

4.2.15 对于连接互联网的计算机，管理和备份好各自资料，以防数据泄密、丢失。



4.2.16 严格遵守医院各项规章制度，确保网络安全、运行正常有序。

4.3 终端维修管理

4.3.1 当终端设备发生故障时，使用部门应及时通过微信、钉钉或电话联系信息科。

4.3.2 维修人员接到报修后，及时响应，确定故障原因。

(1) 若是软件问题，信息中心人员立即解决；遇到无法解决的问题及时联系软件服务商修复系统bug。

(2) 若是网络问题，信息中心人员先进行检查，及时更换网线；遇到无法解决的问题及时联系总务科进行检修。

(3) 硬件问题：

① 若设备处于保修期内，应及早通知设备科，由设备科与厂家联系进行报修。

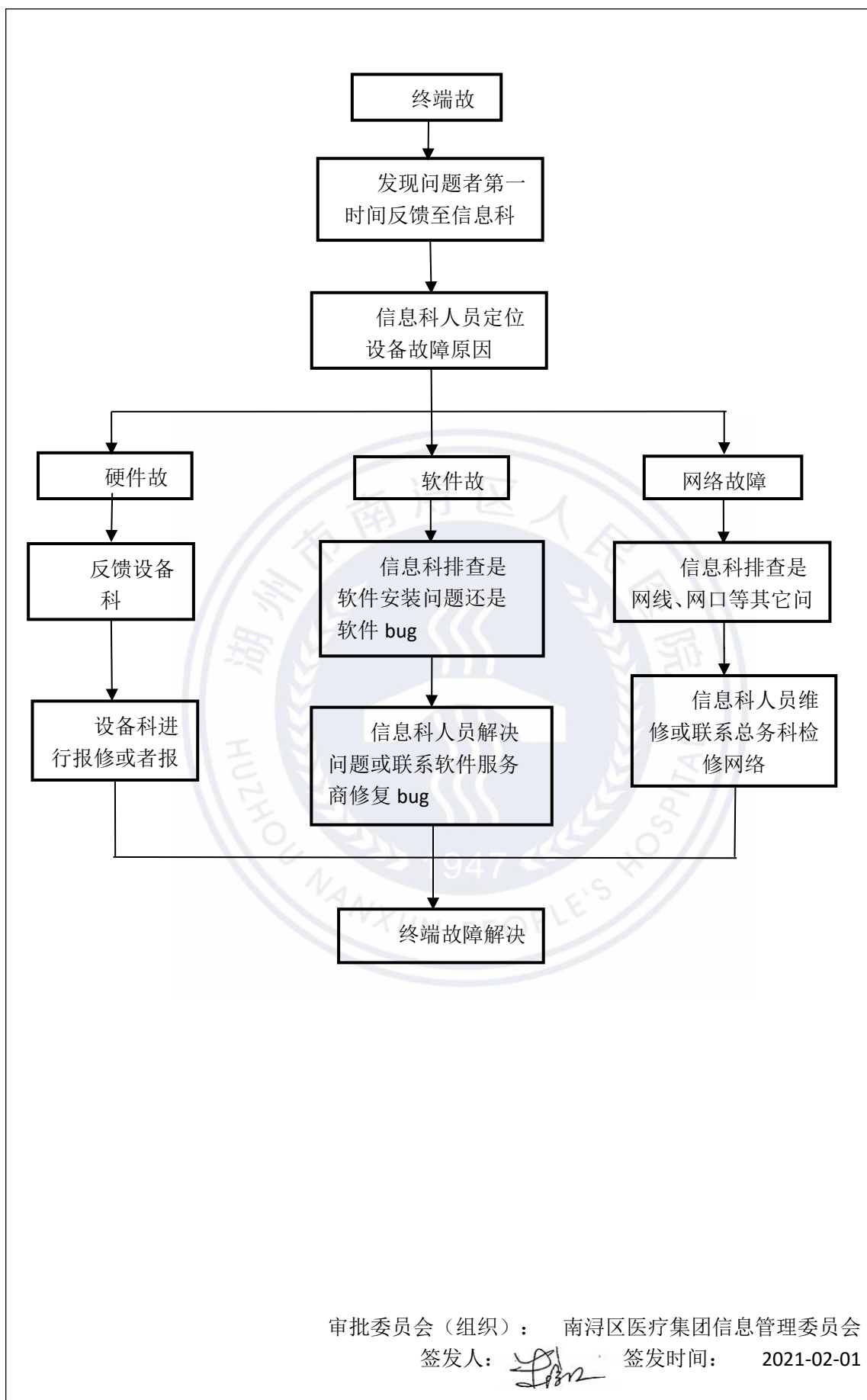
② 若设备在保修期外，则通知设备科采购相应的配件或送厂家维修。

③ 若设备维修周期较长而科室急用，则设备科提供备用机顶替，然后再进行维修。


④ 如设备维护、维修有困难或需要更换较大价值配件时应立即与设备科联系是否有此维修价值，并由设备科和使用科室沟通，确定维修方案，确实无法修复或维修代价过高，则进入报损流程。

4.4 终端维修流程图：






审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人：  签发时间： 2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-ZD17	文件名称	信息系统患者隐私保护制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的</p> <p>为切实尊重、保护患者的合法权益，保护患者隐私，规范信息查询，强化管理，构建和谐医患关系，推行依法行医，结合本院实际情况，制订本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>《医务人员医德规范及实施办法》 《护士条例》</p> <p>3. 名词定义</p> <p>患者隐私：又称为病历隐私权，是信息隐私权的一种，隐私权是患者享有的一项重要的人格权。指患者不愿意告人或不愿意公开的有人格尊严的私生活秘密。</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 患者本人或家属需要查询相关信息的，须提供患者身份证明及就诊卡，门诊诊疗信息由门诊部或门诊医生负责查询，住院信息由病案室负责查询（在院的患者信息由所在病区负责查询）。</p> <p>4.2 公、检、法、司等单位因工作需要查询相关患者信息的，需提供相关单位介绍信、查询人员身份证明，并经医务科同意。门诊诊疗信息由门诊部或门诊医生负责查询，住院信息由病案室负责查询（在院的患者信息由所在病区负责查询）。</p> <p>4.3 其他单位或个人需查询相关病人信息的，需提供被查询人的书面授权、查询人及被查询人的身份证明，并经医务科同意。门诊诊疗信息由门诊部或门诊医生负责查询，住院信息由病案室负责查询（在院的患者信息由所在病区负责查询）。</p> <p>4.4 除此之外，任何人不得把患者数据泄漏给未经授权的第三方。如有违反，由医院视情节轻重给予处罚。</p> <p>4.5 各信息系统操作员离开时须及时退出系统，以防非操作人员接近，造成患者信息泄漏。</p>					
<p>审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会</p> <p>签发人：  签发时间： 2021-02-01</p>					



文件编号	NXYX-XXK-ZD18	文件名称	互联网管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江

1. 目的

为进一步加强互联网网络管理，规范上网行为，保证网络的正常运行及安全，使其更好地为科研服务，提高工作效率，特制订本制度。

2. 参考文件

《中华人民共和国网络安全法》

《中华人民共和国计算机信息网络国际联网管理暂行规定实施办法》

3. 名词定义

互联网：是网络与网络之间所串连成的庞大网络。这些网络以一组通用的协议相连，形成逻辑上的单一且巨大的全球化网络，在这个网络中有交换机、路由器等网络设备、各种不同的连接链路、种类繁多的服务器和数不尽的计算机、终端。使用互联网可以将信息瞬间发送到千里之外的人手中，它是信息社会的基础。

4. 内容

4.1 院内所有连接互联网用户和设备必须进行授权登记，实行一对一责任制，谁用谁负责，科室公用计算机由科室负责人负责。

4.2 不得在网络上捏造事实侮辱、诽谤、损害他人、单位或地区声誉的信息；严禁在外网上讨论或发布我院内部秘密、患者资料等相关信息。

4.3 所有使用互联网的人员，都必须遵守中华人民共和国有关法律法规。

4.4 利用互联网上获得的资源，特别是计算机软件，应当遵守有关知识产权的法律；不得从网上随意下载软件，以免感染病毒，造成不必要的损失。

4.5 不得利用互联网做与工作无关的事情（如玩游戏、购物、观看或下载电影等）。

4.6 禁止通过互联网传入或传出内容不宜的信息（如政治上敏感或为社会道德规范不允许的信息），也不传播收到的此类信息。

4.7 禁止在互联网上散发骚扰性的信息（如向无关者申述个人锁事，要求其他用户转发无聊的消息或邮件等）。

4.8 不得使任何方法窃取他人密码，非法入侵他人计算机系统，阅读他人文件或电子邮件，滥用网络资源，攻击网络上的计算机，不随意打开来历不明的电子邮件，不打开与工作无关的网页，防止病毒入侵；用户在收发邮件或上传文件时，应提前查杀病毒。

4.9 严禁利用易造成网络堵塞（如点对点协议）的下载工具下载与工作无关的资料。

4.10 禁止开设文件、共享、下载、FTP、WEB、E-MAIL等各种服务器；严禁擅自查看、修改、拷贝局域网内其他计算机的程序及内容。

4.11 为保持系统稳定，只允许安装与办公有关的常用软件，对于因未经许可而擅自使用外来软件导致严重后果的，追究相关人员的责任。

4.12 新上网计算机由使用人在钉钉上提交《互联网接入申请单》，由科室负责人、分管领导签字审批，信息科人员进行IP/MAC绑定；每台计算机分配一个固定IP，分配后不得随便更改IP，以免造成IP地址冲突无法上网，任何人不得盗用未经合法申请的IP地址上网。

4.13 严禁修改本机或他人IP地址及任何计算机的网络设置。不得随意搬动已联网的电脑或私自将其他电脑接入互联网中。

4.14 电脑必须安装杀毒软件，定期更新、查杀病毒，上网工作时必须开启杀毒软件的实时监控。重要资料必要及时备份，以防丢失。

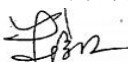
4.15 如有违反上诉有关规定，视情节轻重给予处罚，违反国家规定的，按照国家相关法律处理。



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人： 签发时间：2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-ZD19	文件名称	网站使用管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1.目的 为了南浔区医疗集团网站（以下简称网站）的使用、管理及维护，进一步扩大医院影响，加强对外宣传和交流，拓展医疗业务，保证网络和网站的安全运行，规范网络管理人员的行为，促进网站健康发展，根据国家有关法律法规，结合医院实际，制定本管理使用制度。</p> <p>2.参考文件 无</p> <p>3.名词解释 无</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 医院网站主要提供非经营性互联网信息服务，其内容主要包括医院新闻、公示公告、医院概况、就医指南、科研教育、健康教育、党务院务公开等栏目，是医院为社会公众及医疗机构提供信息服务的平台和对外宣传的窗口。</p> <p>4.2 网站管理实行管用结合的运行体制。</p> <p>4.3 宣传外联办负责网站建设规划、页面的设计制作、信息资料的发布。</p> <p>4.4 为保证网站内容的及时更新，各科室需及时提供电子文档给宣传外联办，以保证及时、快捷地发布信息。</p> <p>4.5 宣传外联办负责记录每次信息发布的时间，做好发布信息原始资料的归档工作。</p> <p>4.6 网站所有内容的版权（含图片）归南浔区医疗集团，未经医院许可，任何单位和个人不得转载、转发和用于其它用途，违者将依法追究。</p> <p>4.7 若发现网站内容有异常情况，应立即汇报信息科，信息科向有关领导汇报，并根据领导指示及时做出相应处理。</p> <p>4.8 网站内容（含所有页面及其超链接）必须符合国家有关法律法规的规定。</p> <p>4.9 网站应当遵守国家有关法律、行政法规，严格执行国家安全保密制度，网站内容不得含有下列信息：</p> <p>4.9.1 煽动抗拒、破坏宪法和法律、行政法规实施的；</p> <p>4.9.2 煽动颠覆国家政权，推翻社会主义制度的；</p> <p>4.9.3 煽动分裂国家、破坏国家统一的；</p> <p>4.9.4 煽动民族仇恨、民族歧视，破坏民族团结的；</p> <p>4.9.5 捏造或者歪曲事实，散布谣言，扰乱社会秩序的；</p> <p>4.9.6 宣扬封建迷信、淫秽、色情、赌博、暴力、凶杀、恐怖，教唆犯罪的；</p> <p>4.9.7 公然侮辱他人或者捏造事实诽谤他人的；</p> <p>4.9.8 损害国家机关信誉的；</p> <p>4.9.9 其他违反宪法和法律、行政法规的。</p> <p>4.10 宣传外联办、党政综合办、信息科等涉及网站维护的科室，应当接受公安机关的安全监督、检查和指导，如实向公安机关提供有关安全保护的信息、资料及数据文件，协助公安机关查处通过国际互联网的计算机信息网络进行的违法犯罪行为。发现有害信息应当及时向有关主管部门报告，并采取有效措施，不得使其扩散。</p> <p>4.11 信息科应当依法履行下列安全保护职责：</p> <p>4.11.1 负责医院网站的安全保护管理工作，建立健全安全保护管理制度；</p> <p>4.11.2 落实安全保护技术措施，保障本网络的运行安全和信息安全；</p> <p>4.11.3 负责对网站管理员的安全教育和培训；</p> <p>4.11.4 发现有害信息时，应当保留有关原始记录，并在二十四小时内向有关部门报告；</p>					




- 4.11.5 按照国家有关规定，删除本网站中含有有害信息内容的地址、目录或者关闭网站。
- 4.12 网站维护人员不得从事下列危害计算机信息网络安全的活动：
- 4.12.1 未经允许，进入计算机信息网络或者使用计算机信息网络资源的；
- 4.12.2 未经允许，对计算机信息网络功能进行删除、修改或者增加的；
- 4.12.3 未经允许，对计算机信息网络中存储、处理或者传输的数据和应用程序进行删除、修改或者增加的；
- 4.12.4 故意制作、传播计算机病毒等破坏性程序的；
- 4.12.5 其他危害计算机信息网络安全的行为。
- 4.13 与网站有关的口令为重要机密，应定期或根据情况及时更新并保证不被泄露。
- 4.14 如有违反上诉有关规定，视情节轻重予以警告、批评、取消网站管理员资格等处分，情节严重的，依法追究法律责任。



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会


签发人： 签发时间：2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-ZD20	文件名称	信息化产品采购和使用管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1.目的 为规范信息化产品统一采购管理工作程序，提高资金使用效益，促进廉政建设，结合我院实际情况，制定本制度。</p> <p>2.参考文件 《中华人民共和国政府采购法》</p> <p>3.名词定义 无</p> <p>4.内容</p> <p>4.1 采购管理</p> <p>4.1.1 信息化产品采购需严格遵守《中华人民共和国政府采购法》等法律法规的规定，符合政府采购流程规范，并遵守相关财务制度。产品使用部门按照实际工作需要，由产品使用部门负责人提出购置申请，并标明设备型号、配置、数量等内容，列入信息化项目年度预算，经主管领导或南浔区医疗集团信息管理委员会批准后方可采购。</p> <p>4.1.2 产品统一采购工作遵循公开、公平、公正和诚实信用的原则。</p> <p>4.1.3 信息科负责每年汇总各部门的产品采购需求、编制产品统一采购需求文件，报相关部门。</p> <p>4.1.4 采购中心按照政府采购的有关规定，通过公开招标、询价采购等多种方式完成采购工作。</p> <p>4.1.5 产品采购过程中，做好硬件的验机工作和软件测试工作，确保系统的可行性。</p> <p>4.1.6 应在产品采购协议的有效期内，与中标单位签订产品供货合同。</p> <p>4.1.7 依据合同约定向供应商支付合同款项。</p> <p>4.1.8 安全产品的采购和使用需符合国家的有关规定；密码产品的采购和使用需符合国家密码主管部门的要求。</p> <p>4.1.9 产品采购前需预先对产品进行选型,确定产品的候选范围，通过产品采购清单指导产品采购。</p> <p>4.1.10 产品选型须基于广泛的调研，在掌握技术资料、性能、价格等信息之后选择合适的产品。</p> <p>4.1.11 所有采购资料、验收等相关文档由采购中心统一存档。</p> <p>4.2 使用管理</p> <p>4.2.1 未经许可，任何人不得随便使用来历不明的软件和数据。</p> <p>4.2.2 严格按照规定程序开启和关闭设备。</p> <p>4.2.3 各部门终端设备严格参照《终端管理制度》进行使用。</p> <p>4.2.4 软件系统根据分配的权限进行操作，严守登录密码，并定期更新密码。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会 签发人：  签发时间： 2021-02-01</p>					



文件编号	NXYX-XXK-ZD21	文件名称	信息安全责任制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江

<p>1. 目的 为加强人员与岗位信息管理，保障医院信息系统安全，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 信息安全管理实施工作责任制和责任追究制。按照“谁主管谁负责，谁运行谁负责，谁使用谁负责”的原则，实行分类分级管理体制。</p> <p>4.2 南浔区医疗集团信息管理委员会负责集团信息安全工作的策略、重点、制度和措施，对本单位的信息安全工作负领导责任。</p> <p>4.3 信息科作为本单位信息的日常管理机构，负责本单位信息系统的规划、建设、应用开发、运行维护。</p> <p>4.4 信息系统的建设和应用，应遵守国家及上级主管部门颁发的行政法规、用户手册和其他有关规定。</p> <p>4.5 网站实行信息发布责任追究制度，所报送的一切信息必须真实有效且符合中华人民共和国法规。医院网站由相关管理部门负责信息审核、发布，保证发布信息的内容健康，并具有管理权，发现不良信息，保存有关记录并及时反馈至信息科。</p> <p>4.6 各科作为使用部门，负责本部门的系统以及设备、设施的安全运作与管理。科主任、护士长对本部门的信息安全工作负领导责任。</p> <p>4.7 使用个人必须谨记安全意识，严格执行《终端管理制度》。</p> <p>4.8 信息科设立信息安全管理员，负责单位信息化安全管理工作；信息安全管理员应认真履行职责，确保医院信息系统安全稳定。</p> <p>4.9 定期做好数据备份工作。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会 签发人：  签发时间： 2021-02-01</p>					
--	--	--	--	--	--



文件编号	NXYX-XXK-ZD22	文件名称	违规惩戒管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 目的 对违反相关信息安全管理制度，未按照相关规范或流程操作的行为进行惩戒，特制订本制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词解释 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 计算机使用人员，有下列行为之一的，给予责任人警告处分、责令检查或通报批评；造成经济损失或其他不良后果的，给予记大过处分或降级处分；造成重大经济损失或其他严重不良后果的，给予调离原岗位或停职检查处分：</p> <p>4.1.1 擅自将本单位内网的计算机联上互联网或与互联网直接相连的；</p> <p>4.1.2 将非本单位内网计算机设备擅自接入本单位内部网络的；</p> <p>4.1.3 未按信息科要求安装防病毒系统，未经许可私自卸载或更改防病毒软件的；</p> <p>4.1.4 私自在本单位网络系统内开设游戏网站、论坛、聊天室等与工作无关的网络服务的；</p> <p>4.1.5 利用邮件系统传播损害本单位形象的邮件的；</p> <p>4.1.6 擅自使用未经信息科统一分配的 IP 地址，擅自修改网络参数的；</p> <p>4.1.7 将非电脑设备接入 UPS，使得本单位业务的 UPS 工作不正常，对业务造成影响</p> <p>的；</p> <p>4.1.8 擅自拆卸、更换计算机元器件的；</p> <p>4.1.9 未经许可提供程序、设备、通信系统、机房设计等文档、资料的；</p> <p>4.1.10 未经许可擅自提供项目文档、原版软件，丢失或损坏且无法挽回的；</p> <p>4.1.11 未按规定程序回收和销毁过期文档、资料的。</p> <p>4.1.12 将软件、文档、资料、数据库信息等据为己有、复制或者泄露给外单位或个人的；</p> <p>4.1.13 在设备上使用软件或通讯手段非法侵入其他系统或网络的。</p> <p>4.1.14 私自修改计算机操作系统、网络系统安全设置的；</p> <p>4.1.15 擅自安装网络管理软件、监控软件或设备的，或与业务无关的软件的；</p> <p>4.1.16 擅自修改计算机网络配置，运行网络监听或扫描工具，攻击探测他人口令、计算机配置和应用系统漏洞；侵入他人计算机或干扰系统正常运行的；</p> <p>4.1.17 向无关人员透露系统内信息的；</p> <p>4.1.18 违反规定对业务数据进行录入、修改、删除等操作的；</p> <p>4.1.19 未经批准，向私人或外单位提供药品、耗材等统计信息的；</p> <p>4.1.20 使用人员离开主机或者终端时没有按管理规定退出系统，并造成损失的。</p> <p>4.1.21 利用计算机进行非法活动或者为非法活动提供条件的；</p> <p>4.1.22 制造、故意传播计算机病毒的；</p> <p>4.1.23 擅自连接服务器、交换机、路由器等系统硬件设备的；</p> <p>4.1.24 利用工作之便，编制程序时故意设置“后门”等病毒或陷阱程序的；</p> <p>4.1.25 其他违反计算机安全管理规定的行为。</p> <p>4.2 信息科人员，有下列行为之一的，给予责任人警告处分、责令检查或通报批评；造成经济损失或其他不良后果的，给予记大过处分或降级处分；造成重大经济损失或其他</p>					




严重不良后果的，给予调离原岗位或停职检查处分：

- 4.2.1 无故拖延处理应用系统运行中出现的问题，影响系统正常运行的；
- 4.2.2 无故未及时回复紧急维护电话的；
- 4.2.3 信息科值班人员擅自离岗的，或发现自己无法处理的问题，不及时报告的；
- 4.2.4 未按规定履行交接班手续的；
- 4.2.5 对影响系统正常运行的情况和行为未及时加以制止的；
- 4.2.6 未按规定进行数据备份、没有妥善保管备份数据或备份数据无效的；
- 4.2.7 使用与业务无关的软件的；
- 4.2.8 擅自泄露、非法使用、篡改、破坏、计算机系统、网络系统及业务系统密钥、用户名、口令、网络地址、参数等信息的；
- 4.2.9 未按规定对机房进行日常巡检，造成经济损失或其他不良后果的；
- 4.2.10 擅自更改或恶意破坏机房电源、空调、防水、防火等环境安全设备；
- 4.2.11 未按规定操作，造成系统数据丢失、运行中断或瘫痪的；
- 4.2.12 其他违反系统运行管理规定的行为。



审批委员会（组织）： 南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人：  签发时间： 2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-ZD23	文件名称	安全事件管理制度	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江

1. 目的

为规范信息安全事件管理，共享实践经验，确保信息安全事件得到及时处理，减少处理时间、避免或降低损失，力求使信息安全事件的影响最小化，制定本制度。

2. 参考文件

无

3. 名词解释

安全事件：指由于硬件损坏、软件故障、操作失误等原因引起系统运行异常，导致信息系统无法正常运行的事件；或由于其恶意攻击、病毒爆发、数据丢失等技术原因导致业务不能正常进行，影响医院声誉的事件。

4. 内容

4.1 安全事件的分类、分级

4.1.1 根据故障发生的原因和性质不同，信息系统故障可分为三类：

一类故障：由于核心交换机损坏、HIS 服务器不能正常工作或数据丢失、光纤损坏、全院停电等造成的全院性计算机网络瘫痪；

二类故障：由于PACS、LIS 等单个服务器损坏，或楼层交换机损坏、医保系统故障、支付宝及微信支付功能等引起的局部科室故障；

三类故障：由于单一终端软、硬件故障，单一病人信息丢失、偶然性的数据处理错误、某些科室违反工作流程致使数据错误等引起的故障。

4.2 安全事件的预防、申报、调查

4.2.1 及时更新老化设备，按业务发展提高设备配置。

4.2.2 认证做好日常例行维护和监控工作，并定期对日志信息进行分析。

4.2.3 开展安全教育培训，增强安全意识，提高各类安全事件处理能力。

4.2.4 信息科人员发现安全事件或可疑事件后，第一时间作出响应，采取有效的措施避免事态的扩大。

4.2.5 系统运维人员、系统使用人员根据监控记录、日志信息发现可疑事件向信息科申报，信息科做好记录并通知科主任及相关系统负责人、运维单位、厂商，对可疑事件进行分析，若为安全事件及时进行处理。

4.2.6 系统运维人员、系统使用人员发现安全事件应及时向信息科汇报，由信息科向分管领导汇报后根据现场情况，决定是否启动应急预案，若自行不能处理，应及时联系运维单位、系统开发单位或厂商。

4.2.7 检查周围环境，主要包括电源、设备的布局、温度。

4.2.8 检查硬件环境，主要包括设备运行情况、设备质量等。

4.2.9 检查软件环境，主要包括软件是否存在漏洞、补丁安装是否兼容等。

4.3 安全事件的分析和处理

4.3.1 要从多方面着手，对事件进行分析，并及时保存好原始数据。

4.3.2 严格查看事件现场，并进行详细记录。

4.3.3 分析事件级别的原因，要根据调查的情况及测定的数据进行判定。

4.3.4 若不能自行分析，应及时联系系统开发单位、厂商等单位进行协助。

4.3.5 根据安全事件分析的结果，严格按照各类应急预案进行处理与系统恢复工作，尽快恢复系统正常运行。

4.3.6 随着安全事件的发展或安全事件持续时间的延长，当下级安全事件指标升到上一级安全事件指标时，自动启动上一级安全事件处理程序。



4.3.7安全事件处理完成后检查系统是否正常运行，并在钉钉上填写《信息系统安全事件处理记录表》，向信息科负责人汇报。

4.3.8安全事件报告中，应详细记录分析和鉴定事件产生的原因，收集的证据，处理过程等内容。


4.3.9上报情况时，要及时采取各项应对措施进行整改，详细说明整改方法。

4.3.10二类及以上安全事件，均为一事一报。

4.3.11安全事件不得故意隐瞒或不报，未及时上报导致事件扩大并酿成不良后果的，对当事人追究失职责任，并严肃处理。



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人： 签发时间：2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-YJ01	文件名称	信息系统应急预案	适用范围	全院
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 应急处置目的</p> <p>为防止信息系统出现故障而影响正常医疗秩序，确保门急诊、住院患者在特殊情况下能够得到及时、有效地治疗，切实保障患者安全，现结合我院实际，特制定本预案。</p> <p>2. 应急处置目标</p> <p>2.1 尽快恢复正常医疗工作</p> <p>2.2 确保患者及时就诊</p> <p>2.3 维护正常的医疗秩序</p> <p>3. 应急处置人员职责</p> <p>3.1 指挥部</p> <p>总指挥：信息分管院长</p> <p>职责：根据现场情况，决定是否启动应急预案；预案启动后，门急诊由门诊部主任通知门急诊各科室主任及门急诊护士长启用手工书写病历和开具检查单及处方的应急方案；由医务部部长通知各科室主任，由护理部主任通知各病区护士长启用手工书写纸质医嘱及病历的应急方案。</p> <p>门急诊成员：门诊部主任、门急诊各科室主任及护士长</p> <p>住院成员：医务部部长、护理部主任、住院各科室主任及各病区护士长。</p> <p>4. 门急诊应急处置流程</p> <p>4.1 门急诊电子病历系统及 HIS 系统故障处置流程</p> <p>4.1.1 对故障的确认。如确有故障发生，立即上报至信息科。</p> <p>4.1.2 对故障后的处置。如果门急诊电子病历系统及 HIS 系统故障修复不超过 30 分钟，由门诊部负责做好病人的解释工作。如果系统故障修复需 30 分钟以上，则由信息分管院长决定启动应急预案。</p> <p>4.1.3 由门诊部主任通知各科室主任及门急诊护士长请医生启用手写病历，开具手工检查单和处方笺（纸质医疗单据由门急诊部护士长负责准备）。</p> <p>4.1.4 由财务科科长通知收费处根据收费目录启用手工收费，开具手工凭据。</p> <p>4.1.5 由门诊部主任通知医技科室（放射、超声、检验、心电图等）接收手工检查单予以划价、检查；药剂科主任通知门急诊药房接收手工处方划价、发药。</p> <p>4.1.6 故障排除后，门诊部主任通知门急诊各科室主任及门急诊护士长恢复使用电子病历及医嘱系统。</p> <p>5. 住院应急处置流程</p> <p>5.1. 住院电子病历及医嘱系统故障处置流程</p> <p>5.1.1 对故障的确认。如确有故障发生，立即上报至信息科。</p> <p>对故障后的处置。如果电子病历及医嘱系统故障修复不超过 30 分钟，则通知各科及各病区，做好病人的解释工作。如果系统故障修复需 30 分钟以上，则由信息分管院长决定启动应急预案。</p> <p>5.1.3. 由财务科长通知收费处，开启手工办理手续。收费员根据手工住院证登记住院病人信息，按住院证中规定的金额收取现金或使用 POS 机（支持微信、支付宝、银联卡）收取预缴款，手工填写病人预缴款凭据并盖章（病人预缴款凭据属临时性票据，不作为出院结算凭据，格式同正式预缴款单）。凭据一式两联，凭证联交病人保管，存根联留底。手工填写临时腕带（姓名、性别、住院号码、入院日期等信息），待信息系统修复后，及时将信息录入收费系统，打印正式预缴款收据（微信、支付宝、银联卡支付方式输入为 POS</p>					



机支付，病人出院结算时若该笔预缴款有余额以现金方式退回），通知病人以预交款凭据替换正式预缴款收据和正式腕带，收回手工预缴款凭据凭证联，出院病人延时办理。

5.1.4. 由医务部部长通知住院各科室主任请医生启用手工书写病历及医嘱，开具手工检查单和处方笺（纸质医疗单据由各病区护士长负责准备）。不开具长期医嘱，临时医嘱要求开具一式二份。

5.1.5. 护士使用手工操作，具体流程如下：

5.1.5.1 护理部主任通知各病区护士长，长期医嘱根据前一天的医嘱执行单、口服药单等获得患者治疗及检查信息，由护士与主管医生确认。

5.1.5.2 护士接受并处理医嘱，对于药物医嘱，核对无误并签名后，医嘱复印件请工人送至药房；检查、检验医嘱及时通知责任护士。

5.1.5.3 护士根据医嘱本原件执行医嘱，并签名在医嘱本上。

5.1.5.4 护士接受辅助科室的各种检查报告，发现异常及时与医生及责任护士联系。

5.1.5.5 责任护士对患者的护理评估信息记录在书面的护理记录单上。

5.1.5.6 护士长协调医生使用医疗文书，实行手工操作，并协调部门工作人员有序的进行工作，保证病房工作正常运行。并及时向科主任、护理部主任汇报。

5.1.5.7 系统恢复后，由医生和护士共同将书面信息进行补录入信息系统内，要求数据真实、准确。

6. 应急处置通讯方式

信息分管院长：朱培江666136（移动） 650006（电信）

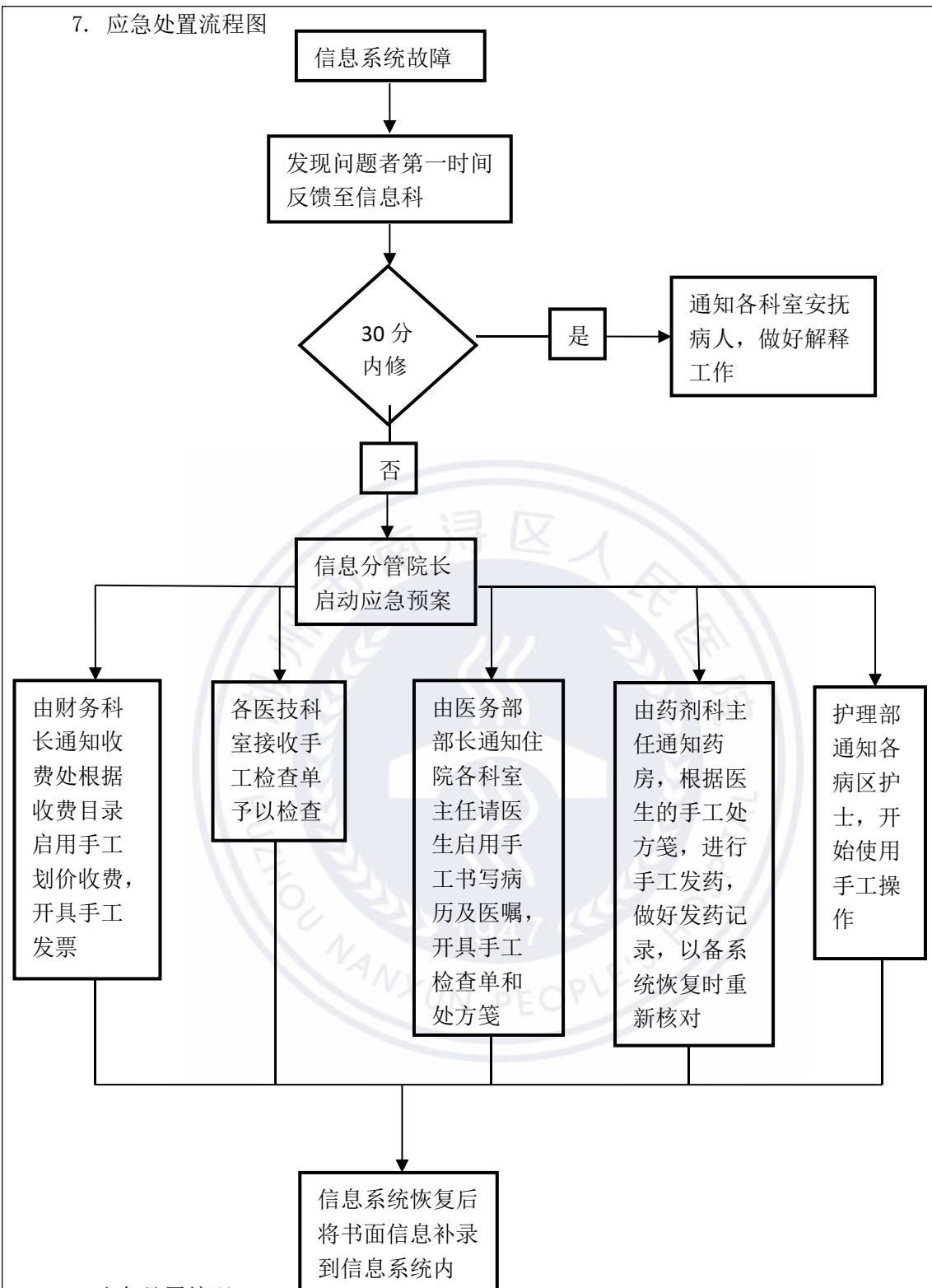
行政总值班：669999（电信移动均可）

信息科：667191（电信） 3037191

信息科24小时值班电话：655555（电信）189 6727 0799



7. 应急处置流程图



8. 应急处置培训

根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于一次全员培训，受训面100%。

9. 应急处置演练


根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于一次全员演练。



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

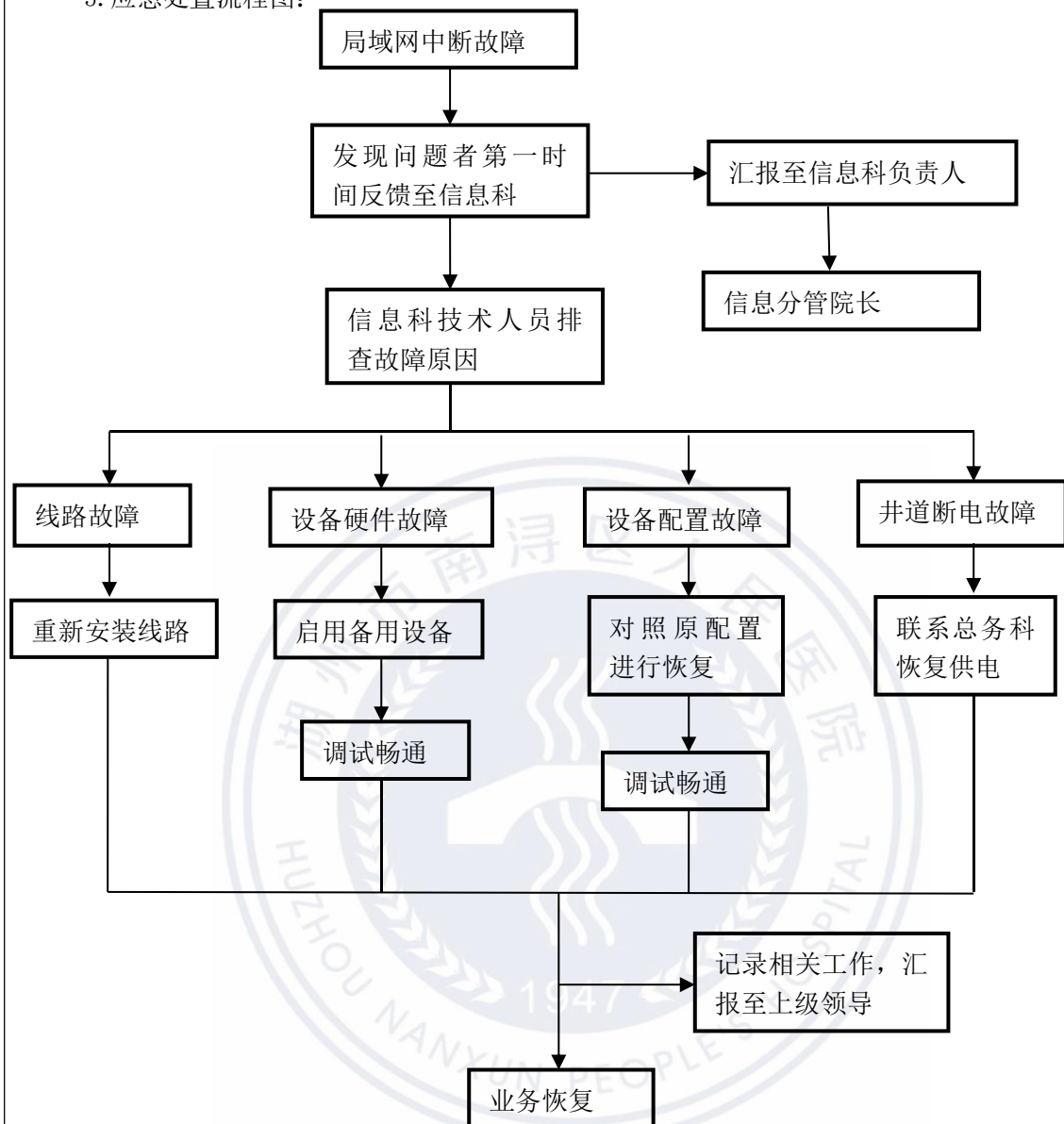
签发人：  签发时间： 2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-YJ02	文件名称	局域网中断应急预案	适用范围	信息科
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 应急处置目的 确保中心机房设备和数据安全</p> <p>2. 应急处置目标</p> <p>2.1 恢复局域网的正常运行，保证业务正常。</p> <p>2.2 确保设备和数据安全</p> <p>2.3 处置结束后，分析事件原因，对应急处置过程进行评估，提出整改及处理意见，由相应职能部门落实整改。</p> <p>3. 应急处置人员职责</p> <p>3.1 指挥部：时时了解到故障的最新情况，按照应急预案，分配人手，协同各个部门进行故障的抢修，在突发情况时，按实际情况进行指挥。</p> <p>3.2 信息科：在故障的第一时间到达现场进行故障排查，对排查的故障情况进行分析，按照故障实际情况，采取不同的处理措施。</p> <p>3.3 设备科：进行设备的检修，配合信息科进行故障的排查和设备的检修。在遇到无法处理的状况时，第一时间联系紧急服务单位。</p> <p>3.4 其他人员：在故障过程中配合安全人员的工作</p> <p>4. 应急处置流程</p> <p>4.1 信息科对服务器故障事件的处置流程</p> <p>4.1.1 局域网中断故障上报至信息科</p> <p>4.1.2 信息科相关人员上报至信息科负责人，由信息科负责人逐级上报，并通知医院各部门</p> <p>4.1.3 信息科人员协调总务科人员进行局域网中断故障的排查，根据实际不同故障情况进行相应处理：</p> <p>4.1.3.1 线路故障，排查故障线路点，将故障线路重新部署。</p> <p>4.1.3.2 设备硬件故障，使用备件，或者替换备用设备，并调试设备，保证业务的正常运行。</p> <p>4.1.3.3 设备配置的故障，将原先的备份配置重新刷入设备中，并调试设备，测试业务的运行情况。</p> <p>4.1.3.4 井道断电故障，联系总务科，进行供电恢复的工作。</p> <p>4.2 业务恢复</p> <p>4.3 将本次故障工作总结，形成报告，汇报至上级领导。</p>					



5. 应急处置流程图：



6. 应急人员通讯方式

信息分管院长：朱培江666136（移动） 650006（电信）

行政总值班：669999（电信移动均可）

总务值班：615555（电信）

信息科24小时值班电话：655555（电信）189 6727 0799

7. 应急处置培训

根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于一次全员培训，受训面100%。

7.1 信息科进行局域网中断应急方案的讲解。

7.2 信息科和设备科抽时间进行模拟故障的演习。对演习过程进行评估，在模拟中寻找问题所在，再逐一排解。

7.3 局域网设备定期进行备份，配置、硬件备品等。确保在故障第一时间有可用的备



用设备。

8. 应急处置演练

根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于一次全员演练。

9. 应急人员处置清单

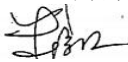
技术组

责任人：信息科技术人员

处置清单：确定故障点位，修复线路物理故障。更换交换机、路由器备件并根据备份配置调试畅通。

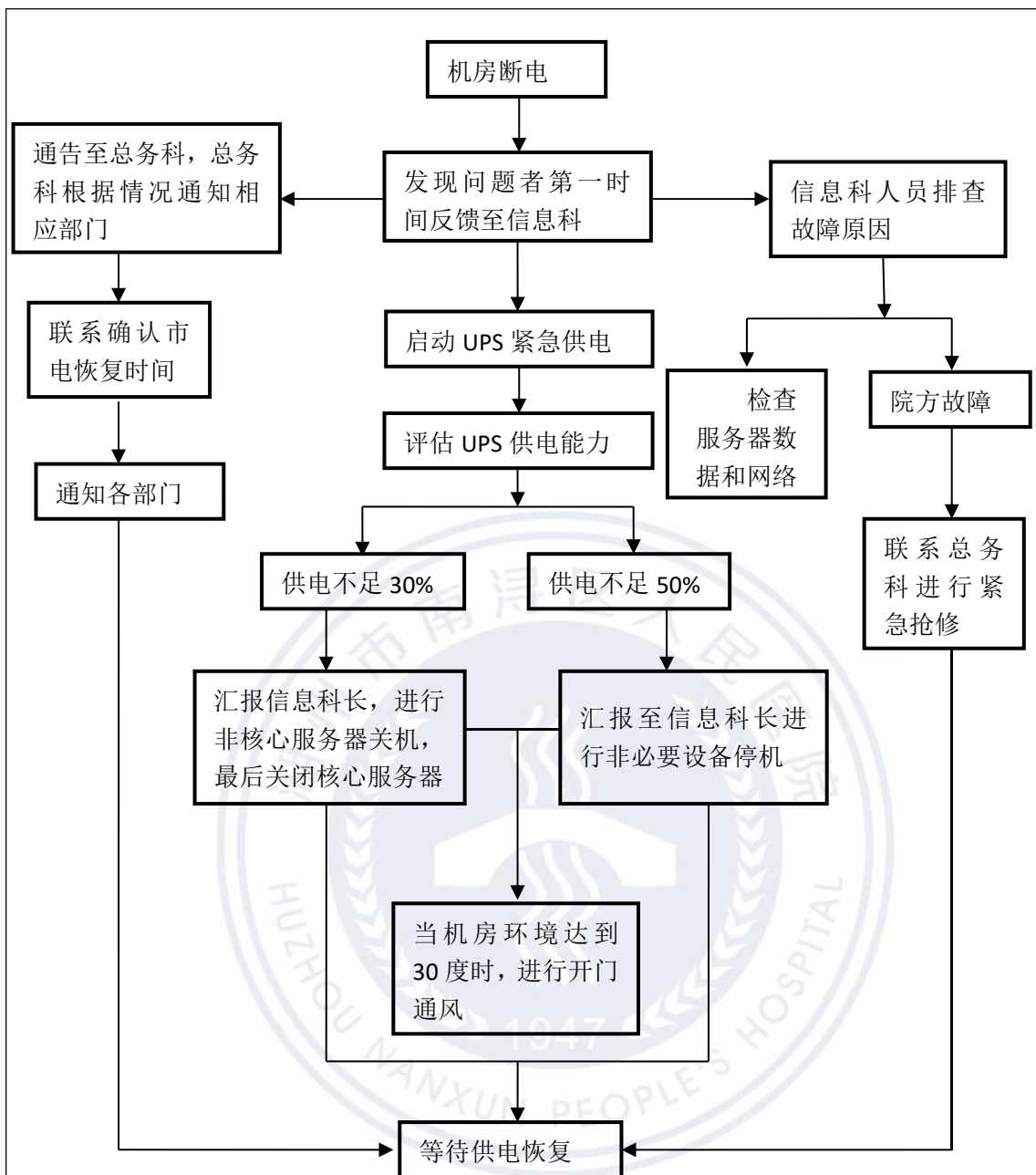


审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人：  签发时间： 2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-YJ03	文件名称	机房断电应急预案	适用范围	信息科
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 应急处置目的 为更好应对机房突然断电突发事件，提高处理各类停电事件的能力，最大限度降低停电对信息系统的影响。</p> <p>2. 应急处置目标</p> <p>2.1 确保信息系统运行正常</p> <p>2.2 确保数据安全</p> <p>2.3 排除内部供电系统故障。</p> <p>3. 应急处置人员职责</p> <p>3.1 组长：信息分管院长 职责：指挥小组成员工作，根据事件情况，上报总值班。</p> <p>3.2 机房管理员 职责：确保停电期间重要系统和设备运行正常，以及恢复供电后所有系统，设备运行正常。</p> <p>3.3 成员：信息科当天在岗人员。 职责：做好应急准备，由组长分配任务</p> <p>4. 应急处置流程</p> <p>4.1 机房断电，导致业务出现异常时，故障发现者第一时间将异常信息报告至信息科，信息科立即安排应急人员启动 UPS 供电并进行故障排查，同时通告至总务科，总务科根据情况通告至各部门，并确定具体原因是否是由市供电引起的，如果是则确定供电时间，评估 UPS 供电能力。</p> <p>4.2 院方故障引起的机房断电，总务科紧急抢修力争最快恢复供电。</p> <p>4.3 启用 UPS 供电后对供电能力进行实时监测，供电能力不足 50% 时报告信息科长并完成不必要设备的断电；供电能力不足 30% 时报告信息科长并完成非核心服务器关机，最后关闭核心服务器。</p> <p>4.4 当机房环境达到 30 度时，进行开门通风。 恢复供电后进行设备巡检和必须的业务检查。</p> <p>5. 应急处置流程图：</p>					



6. 应急处置人员通讯方式

信息分管院长：朱培江666136（移动） 650006（电信）

行政总值班：669999（电信移动均可）

信息科：667191（电信） 3037191

信息科24小时值班电话：655555（电信）189 6727 0799

7. 应急处置培训

根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于一次全员培训，受训面100%。

8. 应急处置演练

根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于一次应急演练。

9. 应急人员处置清单

预案启动组



责任人：故障第一发现者

处置清单：确定故障原因，预估 UPS 供电能力，联系相关技术人员做数据备份，并通知总务科恢复供电。

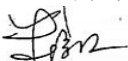
技术组

责任人：技术人员

处置清单：检查、备份服务器数据、网络配置，确保设备和数据安全。

<p>机房断电</p> <p>处理步骤</p> <p>1: 故障发现。</p> <p>2: 故障通知。</p> <p>3: 机房降温。</p> <p>4: 关闭非关键设备。</p> <p>5: 恢复电源、设备复原。</p>	<p>故障发现者</p> <p>编组人员：第一目击者</p> <p>应急职责：</p> <p>1.通知信息科或者相应的上级领导。</p>	<p>信息科</p> <p>编组人员：信息科全体成员</p> <p>应急职责：</p> <p>1: 第一时间进入机房，检查现网环境。2: 及时通知医院的各个部门，协商工作。</p> <p>3: 供电紧急时，进行设备的备份检查，或者紧急关闭。</p>	<p>总务科</p> <p>编组人员：总务科全体人员</p> <p>应急职责：</p> <p>1: 在收到消息的第一时间，进行情况的整体了解</p> <p>2: 电话联至市电，询问具体情况，确认来电时间。</p> <p>3: 通知医院各部门来电时间，做好协调工作。</p> <p>4: 做好 UPS 供电评估。</p> <p>5: 故障排查检修。</p>	<p>领导小组：</p> <p>信息分管院长，院长</p> <p>应急职责：</p> <p>时时了解各方工作进展，第一时间根据实际情况展开工作协调。</p>
---	--	--	---	--

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

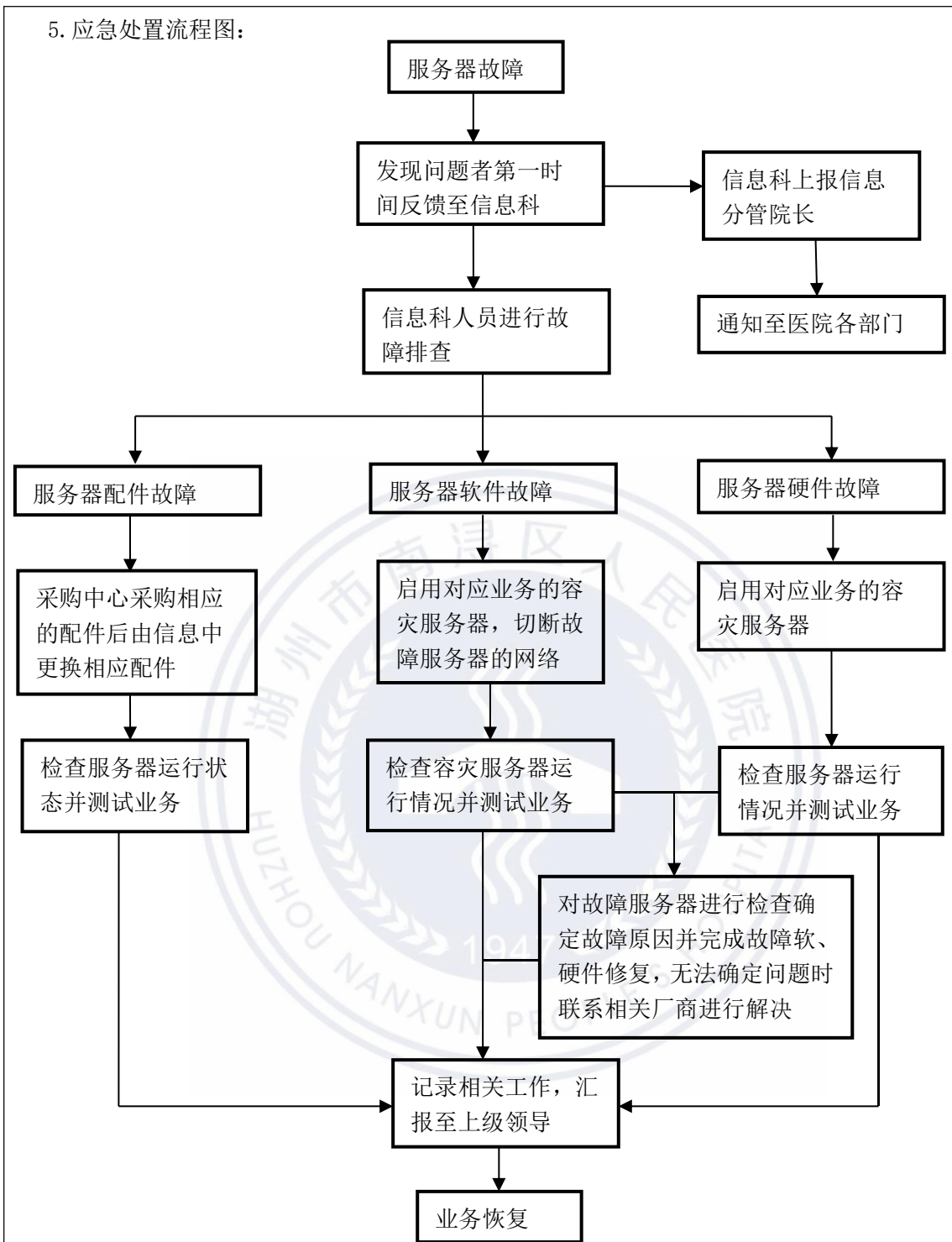
签发人：  签发时间： 2021-02-01



文件编号	NXYX-XXK-YJ04	文件名称	服务器故障应急预案	适用范围	信息科
制定部门	信息科	修订/核对人	胡振江	内审人	朱培江
<p>1. 应急处置目的 确保中心机房设备和数据安全</p> <p>2. 应急处置目标</p> <p>2.1 恢复服务器正常运行，保证业务正常。</p> <p>2.2 确保设备和数据安全</p> <p>2.3 处置结束后，分析事件原因，对应急处置过程进行评估，提出整改及处理意见，由相应职能部门落实整改。</p> <p>3. 应急处置人员职责</p> <p>3.1 指挥部：时时了解到故障的最新情况，按照应急预案，分配人员，协同各个部门进行故障的抢修。在突发情况时，按实际情况进行指挥。</p> <p>3.2 信息科：在故障的第一时间到达现场进行故障排查，对排查的故障情况进行分析，按照故障实际情况，采取不同的处理措施。在遇见无法自行处理的状况时，第一时间联系硬件集成商，并上报领导。</p> <p>3.3 总务科：保障设备供电，机房温度控制在设备正常运行范围。</p> <p>3.4 其他人员：在故障过程中配合技术人员工作。</p> <p>4. 应急处置流程</p> <p>4.1 信息科对服务器故障事件的处置流程</p> <p>4.1.1 服务器故障发现者，或警报发现者第一时间将故障情况反映至信息科。</p> <p>4.1.2 信息科将情况逐级上报。</p> <p>4.1.3 信息科第一时间至服务器机房，进行故障的排查。</p> <p>4.1.4 信息科对故障排查结果进行分析，按照不同情况做不同的故障处理，优先以恢复业务为主。</p> <p>4.1.4.1 服务器配件问题：如服务器模块问题，第一时间联系采购中心采购相应的硬件，替换完成后测试服务器运行情况并测试业务。</p> <p>4.1.4.2 服务器软件问题：如服务器业务系统崩溃故障，启用对应业务的容灾服务器，将原来的业务先承载到容灾服务器运行。并断开原有的服务器网络，以防服务器IP冲突。</p> <p>4.1.4.3 测试容灾服务器的运行情况并测试业务。</p> <p>服务器硬件损坏：应立即启用容灾虚拟机或服务器，第一时间将业务承载至应急服务器运行。</p> <p>4.1.4.4 测试服务器的运行情况。</p> <p>4.2 将原先故障服务器进行故障排查和维修，找到问题的所在，记录相应情况，上报至信息科领导。若无法自行进行故障排查和维修，则联系硬件集成商协助。</p> <p>4.3 业务恢复</p> <p>4.4 记录整个过程，包括设备的日志，原配置，运行环境等，形成报告，上报至上级领导。</p>					



5. 应急处置流程图：



6. 应急处置人员通讯方式

信息分管院长：朱培江666136（移动） 650006（电信）
行政总值班：669999（电信移动均可）
信息科：667191（电信） 3037191
信息科24小时值班电话：655555（电信）189 6727 0799

7. 应急处置培训

根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于一次全员培训，受训面100%。



- 7.1 医院信息科进行服务器故障应急方案的讲解。
- 7.2 信息科和总务科抽时间进行模拟故障的演习。对演习过程进行评估，在模拟中找寻问题所在，再逐一排解。
- 7.3 对医院服务器的进行备份，包括业务，配置，硬件等。确保在故障第一时间有可备服务器。
8. 应急处置演练
根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于一次应急演练。
9. 应急人员处置清单
- 9.1 信息科其他人员
- 9.2 处置清单
- 9.3 电话通知受影响部门，告知业务大约多久恢复，必要时启用部门应急机制。
- 9.4 联系相关供应服务商提供技术支持。

服务器故障处理步骤 1：故障发现。 2：故障上报及时通知相关领导。 3：处理服务器告警，切换当前服务器，若不能当场修复，启用应急系统。 4：业务运行测试 5：业务恢复。 6：故障排查，服务器检修。 7：处理结果上报。	故障发现者 编组人员：第一故障发现者 应急职责：通知信息科或者相应的上级领导	信息科 编组人员：信息科全体成员 应急职责： 1：第一时间进入机房，检查现网环境。 2：及时进行服务器的替换。 3：进行业务测试。 4：对原故障机器进行故障排查和检修。 5：其他相关工作配合。 6：进行故障工作总结，形成报告汇报。	应急小组 编组人员：行政人员 应急职责： 1：检查各部门应急准备工作。 2：对应急计划的实施，及时向领导小组汇报并与信息科沟通。 3：检查应急启动后的落实情况。	领导小组 编组人员：信息分管院长，院长 应急职责： 1：指挥技术人员排除故障。 2：故障期间协调各部门开展应急工作。
---	--	---	---	--

审批委员会（组织）：南浔区医疗集团信息管理委员会

签发人

签发时间：2021-02-01



文件编号	NXY-Y-SBK-ZD001	文件名称	医学装备与医用耗材管理委员会工作制度	适用范围	医学装备与医用耗材管理委员会、设备科、医务科、临床医技科室、职能科室等
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的</p> <p>1.1 根据《医疗卫生机构医学装备管理办法》的规定，为规范医院医学装备计划、购置、使用和处置管理，促进医学装备合理配置和安全规范使用，充分发挥医学装备使用效益，为医疗技术发展提供保障。</p> <p>1.2 根据《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》的规定，对医用耗材的申请审批、采购、储存、使用评价、追溯、监测等全过程进行有效监督与组织管理，以促进医用耗材使用的合理性和规范性。</p> <p>2. 主要参考文献</p> <p>《医疗器械监督管理条例》（国务院令第650号）、《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法》（省政府令第238号）、《医疗卫生机构医学装备管理办法》、《医疗器械临床使用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会令第8号）。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 医学装备与医用耗材管理委员会：</p> <p>3.1.1 审议医院医疗设备和耗材相关管理制度；</p> <p>3.1.2 负责医疗设备规划和购置计划的论证和决策，并指导执行；</p> <p>3.1.3 讨论医用耗材引进申请，监控医用耗材的相关事项；</p> <p>3.1.4 点评医用耗材使用合理性问题，对重点监控、超常规使用提出预警干预，对设备、耗材使用中的安全事件、不良反应监测等进行分析并督促整改。</p> <p>3.1.5 医疗设备和医用耗材相关其他重要事项的管理讨论。</p> <p>3.2 设备科：</p> <p>3.2.1 负责医疗设备的预算申请、调研论证、招标采购、验收、维修、质控管理等日常管理工作；</p> <p>3.2.2 对科室提交医疗设备的申请，进行调研，为委员会论证和采购讨论提供技术性参考依据；</p> <p>3.2.3 负责医疗设备相关重要事项向委员会汇报讨论；</p> <p>3.2.4 对科室申请的新引进医用耗材进行调研论证，为委员会讨论提供参考依据；</p> <p>3.2.5 组织对医用耗材的遴选和招标采购工作；</p> <p>3.2.6 负责医用耗材的使用量等相关数据的监测，质量管理工作定期向委员会汇报；</p> <p>3.2.7 负责医用耗材相关的重要事项向委员会汇报讨论；</p> <p>3.3 委员：负责对医院医疗器械采购、管理工作等重大抉择及技术问题进行评价。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>4.1 医学装备：是指医疗卫生机构中用于医疗、教学、科研、预防、保健等工作，具有卫生专业技术特征的仪器设备、器械、耗材和医学信息系统等的总称。</p> <p>4.2 医疗器械：直接或者间接用于人体的仪器、设备、器具、体外诊断试剂及校准物、材料以及其他类似或者相关的物品，包括所需要的计算机软件。</p> <p>4.3 医用耗材：是指经药品监督管理部门批准的使用次数有限的消耗性医疗器械，包括一次性及可重复使用医用耗材。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 贯彻执行医疗卫生及医疗设备、医用耗材管理等有关法律、法规、规章，审核医疗设备、医用耗材管理工作规章制度，并监督实施。</p> <p>5.2 遵循统一领导、归口管理、分级负责、权责一致的原则，实行医学装备委员会、设备科和使用部门三级管理体系。</p>					



5.3委员会医用耗材相关职责：

5.3.1建立医用耗材遴选制度，审核科室新购入医用耗材、调整医用耗材品种或者供应企业等申请，制定医用耗材供应目录；

5.3.2监测、评估本机构医用耗材使用情况，提出干预和改进措施，指导临床合理使用医用耗材；

5.3.3分析、评估医用耗材使用的不良反应、医用耗材质量安全事件，并提供咨询与指导提出整改意见；

5.3.4监督、指导医用耗材的临床使用与规范化管理；

5.3.5负责对医用耗材的临床使用进行监测，对重点对高值耗材和重点监控耗材进行使用监测，点评分析医用耗材使用的不合理性，为医务部门督促监管提供依据；

5.3.6对医务人员进行有关医用耗材管理法律法规、规章制度和合理使用医用耗材知识教育培训；

5.4委员会医学装备相关职责：

5.4.1根据国家有关政策和规定，建立和完善医院医学装备管理工作制度并监督执行；

5.4.2对医学装备发展规划、年度采购计划及大型设备配置等重大事项进行评估、论证和决策；

5.4.3审议设备科的阶段性和年度工作报告、工作计划、采购活动等工作内容；

5.4.4负责医学装备购置、验收、质控、维修、维护、应用分析和处置等医学装备的全流程管控，由设备科负责定期汇总分析并提交委员会审核；

5.4.5负责对医疗设备采购进行技术和可行性论证并给出论证意见；

5.4.6对违反医疗器械相关管理制度的使用科室和个人提出处理意见，并报送院长办公会。

5.5讨论医疗设备、耗材相关质量问题，提出改进措施，并追踪措施的有效性。

5.6对医疗设备和医用耗材相关其他重要事项进行讨论，提出意见和建议，提交院务会或党委会审议。

5.7委员会会议一般每季度召开一次，也可视工作需要临时召开会议。

5.7.1委员会主任或副主任为医学装备管理委员会会议召集人；

5.7.2委员出席人数达 2/3以上视为会议有效，出席人数 1/2以上赞同视为提案通过。投票过程须有纪委全程监督。由设备科做好会议记录；

5.7.3医学装备委员会形成的意见和决议须经院长批准后方可实施，由设备科具体负责执行委员会决议。

医学装备与医用耗材管委员会组织架构：

主任：毛建强、施晓峰

副主任：朱培江

委员：王三忠、孙晓东、沈建新、黄建华、王毅、吕沈芳、肖文、沈勤华、王利琴
汤成兵、周小红、沈志强、石盛生、姜波、杨秀智、施建强、何利民、徐小红
陈霞萍、梅永新、钱彦、李桢华、费红良、祁方宇、邢旭峰、归小琴、董玉宇
陈娟英、蒋建花、李文娟、金倩、金卫利、蒋惠芳

审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：毛建强 签发时间：2021-06-01



文件编号	NXYE-SBK-ZD002	文件名称	医疗器械临床使用安全管理委员会工作制度	适用范围	医疗器械临床使用安全管理委员会制定相关法规并监管执行，以及各科室按制度使用医疗器械
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的</p> <p>加强医学装备临床使用安全管理工作，降低医学装备临床使用风险，提高医疗质量，保障医患双方合法权益，同时协调医务科、护理部、院感科及设备科建立健全本院医学装备临床使用安全监督机制，充分发挥医院医学装备临床使用安全管理小组功能，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献</p> <p>《医疗器械使用质量监督管理办法》（总局令第18号）、《医疗卫生机构医学装备管理办法》（卫规财发〔2011〕24号）、《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法》（省政府令第238号）、《医疗器械临床使用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会令第8号）。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 医疗器械临床使用安全管理小组：隶属于医学装备管理委员会，主要贯彻执行有关医疗器械安全使用管理的法律、法规和规章，制定并监管相关医疗器械临床使用安全管理制度的执行，指导医疗器械临床安全管理和监测。</p> <p>3.2 设备科：负责医疗器械临床使用安全管理委员会的日常工作。</p> <p>3.3 委员：听取医疗器械临床使用安全管理委员会成员的工作汇报并提出改进建议。</p> <p>3.4 各科室：贯彻执行医疗器械临床使用安全相关管理制度。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>4.1 医疗器械临床使用安全管理：医疗机构医疗服务中涉及的医疗器械产品安全、人员、制度、技术规范、设施、环境等的安全管理。</p> <p>4.2 医疗器械临床使用安全管理委员会：由分管设备的副院长担任主任，设备科负责人担任副主任，委员会成员由医务科、护理部、院感科、质管科等职能科室主任和手术室、重症监护室、急诊室、血透室、放射、检验等科室主任和护士长等共同组成。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 使用科室急救类、生命支持类医学装备管理：</p> <p>5.1.1 需做到专人管理、定位放置、定期自检自查（每日至少一次）和清洁消毒，掌握急救类、生命支持类设备的清洁维护保养方法，使用结束后，应当对设备进行及时回收、清洁消毒处理，并对相关耗材及时进行补充备用，保证设备始终处于完好待用状态。</p> <p>5.1.2 应加强急救类、生命支持类医学装备使用人员的操作应用培训，熟练掌握操作规程，保证急救工作的效率。</p> <p>5.1.3 各科呼吸机、除颤仪（含AED）及ICU、EICU、手术室、急诊抢救室、介入中心等特殊科室的心电监护仪等设备均应保持电量充足完好待机状态，普通病区应至少确定1台心电监护仪和1台微泵为急救或病人转运用，保持电量充足完好待机状态，确保设备电量可供使用30分钟以上。</p> <p>5.1.4 有时钟显示的设备，每次开机后或每天（持续使用的设备）应做好对时钟的核对和校准，以确保时间显示的正确性，确保设备显示时间与实际时间误差<2分钟。</p> <p>5.1.5 设备故障时及时悬挂“故障”警示标识，并及时报设备科维修。</p> <p>5.1.6 熟悉急救类、生命支持类医学装备充电电源和电池配备情况，及时进行充配电。</p> <p>5.2 设备科急救类、生命支持类医学装备管理和调配：</p> <p>5.2.1 应开展医院内各科室急救类、生命支持类医学装备情况调查，摸清装备分布情况、装</p>					



备状态、装备数量和品牌型号等，对重点科室、重点设备展开巡检检测，进行风险分析评估。

5.2.2 维修保障技术人员应加强学习，提高医学装备应急维修能力，及时维修处理，保证急救类、生命支持类医学装备处于正常待用状态。

5.2.3 应制定急救类、生命支持类医学装备的定期巡检计划（每月一次），填写巡检表，实时掌握医学装备状态，做到及时发现问题，及时处理，对潜在的安全隐患提出改进措施，保证急救类、生命支持类医学装备保持待用状态，完好率达到100%。

5.2.4 应统计制作全院急救类、生命支持类医学装备的分布表，并确保使用科室医护人员全员知晓。遇突发事件时优先保障急救类、生命支持类医学装备的紧急调配，具体见急救类、生命支持类医学装备的分布图。

5.2.5 应合理储备应急备用的医学装备，管理人员应每半年一次对储备的急救类、生命支持类医学装备进行检测，确保储备医学装备处于完好待用状态，完好率达100%，并做好定期维护检测记录。

5.2.6 掌握急救类、生命支持类医学装备充电电源和电池配备情况，必要时及时进行更换。



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06-01



文件编号	NXYY-SBK-ZD003	文件名称	急救类、生命支持类医学装备保障制度	适用范围	全院急救类、生命支持类医疗设备使用科室
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江

1. 目的
为有效保障危急重症患者得到全面、及时、有效的抢救，体现“以病人为中心”的服务宗旨，特制订本制度。

2. 权责
设备科：负责全院和设备科备用急救类、生命支持类医疗设备的巡检、维护、维修、风险评估等工作及对备用设备的管理和紧急调配工作。
全院各使用科室：负责本科室急救类和生命支持类医疗设备的维护和使用管理。

3. 名词定义
本院急救类、生命支持类医学装备主要包括：呼吸机、心电监护仪（重点科室的监护仪和普通科室的转运监护仪）、除颤仪（含AED）、心肺复苏仪、洗胃机、注射泵（转运）、血透机（含CRRT）、麻醉机、简易呼吸器、婴儿保温箱等。

4. 作业范围

4.1 使用科室急救类、生命支持类医学装备管理：

4.1.1 需做到专人管理、定位放置、定期自检自查（每日至少一次）和清洁消毒，掌握急救类、生命支持类设备的清洁维护保养方法，使用结束后，应当对设备进行及时回收、清洁消毒处理，并对相关耗材及时进行补充备用，保证设备始终处于完好待用状态。

4.1.2 应加强急救类、生命支持类医学装备使用人员的操作应用培训，熟练掌握操作规程，保证急救工作的效率。

4.1.3 各科呼吸机、除颤仪（含AED）及ICU、EICU、手术室、急诊抢救室、介入中心等特殊科室的心电监护仪等设备均应保持电量充足完好待机状态，普通病区应至少确定1台心电监护仪和1台微泵为急救或病人转运用，保持电量充足完好待机状态，确保设备电量可供使用30分钟以上。

4.1.4 有时钟显示的设备，每次开机后或每天（持续使用的设备）应做好对时钟的核对和校准，以确保时间显示的正确性，确保设备显示时间与实际时间误差<1分钟。

4.1.5 设备故障时及时悬挂“设备故障”警示标识，并及时报设备科维修。

4.1.6 熟悉急救类、生命支持类医学装备充电电源和电池配备情况，及时进行充配电。

4.2 设备科急救类、生命支持类医学装备管理和调配：

4.2.1 应开展医院内各科室急救类、生命支持类医学装备情况调查，摸清装备分布情况、装备状态、装备数量和品牌型号等，对重点科室、重点设备展开巡检检测，进行风险分析评估。

4.2.2 维修保障技术人员应加强学习，提高医学装备应急维修能力，及时维修处理，保证急救类、生命支持类医学装备处于正常待用状态。

4.2.3 应制定急救类、生命支持类医学装备的定期巡检计划（每月一次），填写巡检表，实时掌握医学装备状态，做到及时发现问题，及时处理，对潜在的安全隐患提出改进措施，保证急救类、生命支持类医学装备保持待用状态，完好率达到100%。

4.2.4 应统计制作全院急救类、生命支持类医学装备的分布表，并确保使用科室医护人员全员知晓。遇突发事件时优先保障急救类、生命支持类医学装备的紧急调配，具体见《急救类、生命支持类医学装备突发故障应急预案》。

4.2.5 应合理储备应急备用的医学装备，管理人员应每半年一次对储备的急救类、生



命支持类医学装备进行检测，确保储备医学装备处于完好待用状态，完好率达100%，并做好定期维护检测记录。

4.2.6掌握急救类、生命支持类医学装备充电电源和电池配备情况，必要时及时更换。

急救类、生命支持类医学装备的分布图：见附（1）

急救类、生命支持类医学装备的分布图：

全院急救生命支持设备清单（截止2021.5）

序号	名称	数量（台）	放置地点
1	除颤仪	30	详见分布图
2	有创呼吸机	19	ICU*13；手术室*1；急诊室*4；设备科*1
3	转运呼吸机	1	ICU
4	急救呼吸机	1	急诊室
5	洗胃机	3	急诊室
6	CRRT	1	ICU
7	转运监护仪	15	各病区1台
8	转运微量注射泵	15	各病区1台
9	麻醉机	13	手术室*12；内镜中心*1
10	心电图机	12	详见分布图
11	无创呼吸机	6	ICU*3；十三病区*3
12	抢救车	24	详见分布图

门诊楼呼吸机、除颤仪、抢救车分布图

序号	抢救设备	楼层	放置位置
1	抢救车	1	一病区
2	呼吸机+除颤仪+抢救车	1	急诊室
3	除颤仪+抢救车	1	血透中心
4	抢救车	1	输液室
5	除颤仪+抢救车	1	放射科
6	除颤仪+抢救车	1	放射介入
7	呼吸机+除颤仪+抢救车	1	EICU
8	除颤仪	2	心电图室
9	除颤仪+抢救车	2	超声科
10	除颤仪+抢救车	3	内镜中心
11	抢救车	4	儿科



住院楼呼吸机、除颤仪、抢救车分布图

序号	抢救设备	楼层	放置位置
1	呼吸机+除颤仪+抢救车	2	手术室
2	呼吸机+除颤仪+抢救车	2	二病区
3	呼吸机	2	紧急备用库房
4	抢救车	3	产房
5	抢救车	3	三病区
6	呼吸机+抢救车	3	新生儿科
7	除颤仪+抢救车	5	五病区
8	抢救车	6	六病区
9	呼吸机+除颤仪+抢救车	7	七病区
10	抢救车	8	八病区
11	除颤仪+抢救车	9	九病区
12	除颤仪+抢救车	10	十病区
13	除颤仪+抢救车	11	十一病区
14	除颤仪+抢救车	12	十二病区
15	呼吸机+除颤仪+抢救车	13	十三病区
16	除颤仪+抢救车	14	十四病区
17	抢救车	15	十五病区
18	除颤仪+抢救车	16	十六病区
19	抢救车	17	十七病区

审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：  签发时间：2021-06



文件编号	NXY-Y-SBK-ZD004	文件名称	医疗器械不良事件 监测与报告制度	适用范围	全院医务人员发现或发生医疗器械相关不良事件时适用
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江

<p>1. 目的</p> <p>对于加强医疗器械不良事件的报告监测和管理，为最大限度地控制医疗器械潜在风险，保证安全有效的使用医疗器械，特制订本制度。</p> <p>2. 主要参考文献</p> <p>《浙江省医疗器械使用监督管理办法》第238号令、《医疗器械不良事件监测及再评价管理办法》、《浙江省药品医疗器械不良事件稽查应急处理办法实施细则（试行）》、《医疗器械不良事件监督工作指南（试行）》等。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 医疗器械临床使用安全管理小组负责本院医疗器械不良事件监测工作。</p> <p>3.2 设备科负责医疗器械不良事件的监测员负责医疗器械不良事件的具体监测工作。</p> <p>3.3 设备科负责医疗设备或医用耗材采购的负责人给监测员对发生的医疗器械不良事件的处置工作提供指导意见。</p> <p>3.4 临床科主任、护士长：负责本科室医疗器械不良事件的监测工作和宣传，督促本科室医疗器械不良事件的监测和上报。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>4.1 不良事件，定义为由医疗导致的伤害，与疾病的自然转归相反，延长了病人的住院时间，导致残疾的一切事件，包括可预防和不可预防的不良事件。不可预防的不良事件指正确的医疗行为造成的不可预防的损伤；可预防的不良事件指医疗中由于未能防范的差错或设备故障造成的损伤。</p> <p>4.2 医疗器械不良事件，是指获准上市的质量合格的医疗器械在正常使用下发生的，导致或者可能导致人体伤害的各种有害事件。</p> <p>4.3 医疗器械不良事件监测，是指对医疗器械不良事件的发现、报告、评价和控制的过程。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 医疗器械不良事件是指获准上市的、合格的医疗器械在正常使用情况下发生的导致或可能导致人体伤害的任何与医疗器械预期效果无关的有害事件。伤害事件分一般伤害与严重伤害。严重伤害的含义是指下列情况之一：</p> <p>(1) 危及生命；</p> <p>(2) 导致机能功能的永久性伤害或机体结构永久性损伤；</p> <p>(3) 必须采取医疗措施才能避免的永久性伤害或损伤。</p> <p>5.2 不良事件报告原则：</p> <p>5.2.1 基本原则：造成患者、使用者或其他人员死亡、严重伤害的事件已经发生，并且可能与使用的医疗器械有关。</p> <p>5.2.2 濒临事件原则：当时并未造成人员伤害，但临床医务人员根据自己的临床经验认为再次发生同类事件时会造成患者、使用者死亡或严重伤害。</p> <p>5.2.3 可疑即报原则：在不清楚是否属于医疗器械不良事件时，按可疑医疗器械不良事件报告。</p>					
--	--	--	--	--	--



5.3不良事件监测和报告的程序：

5.3.1医疗器械临床使用安全管理小组负责指导本院医疗器械不良事件监测工作，每3-6个月召开会议一次对收集的不良事件报告进行讨论。

5.3.2科主任、护士长负责本科室（病区）医疗器械不良事件监测工作，并督促本科室医疗器械不良事件病例的收集和上报，任何员工发现可疑的医疗器械不良事件应详细记录，根据不良事件的性质及时录入医院安全（不良）事件与近似错误无责呈报系统。对符合条件的医疗器械不良事件，同时用电子版上报设备科。

5.3.3设备科在接到各科的医疗器械疑似不良事件报告后，应及时派人到现场调查，协作处理。

5.3.4设备科兼职医疗器械不良事件监测人汇总报国家医疗器械不良事件监测信息系统。

5.3.4.1个例医疗器械不良事件，应及时告知医疗器械持有人，如为导致死亡事件应在事件发生后7日内，导致严重伤害、可能导致严重伤害或死亡的，在事件发生后20个工作日内报当地药品与医疗器械不良事件监测中心或直接登录国家医疗器械不良事件监测信息系统进行报告。

5.3.4.2群发性医疗器械不良事件，使用单位（或持有人或经营企业）应在事件发生后12小时内电话或传真报告当地药品监督管理部门和卫生行政部门，同时通过国家医疗器械不良事件监测信息系统进行报告。并通知生产、经营单位，协助配合有关部门进行调查，提供相关资料。

5.3.4.3对群发性医疗器械不良事件的每一事件，还应当在24小时内按个例事件进行报告。

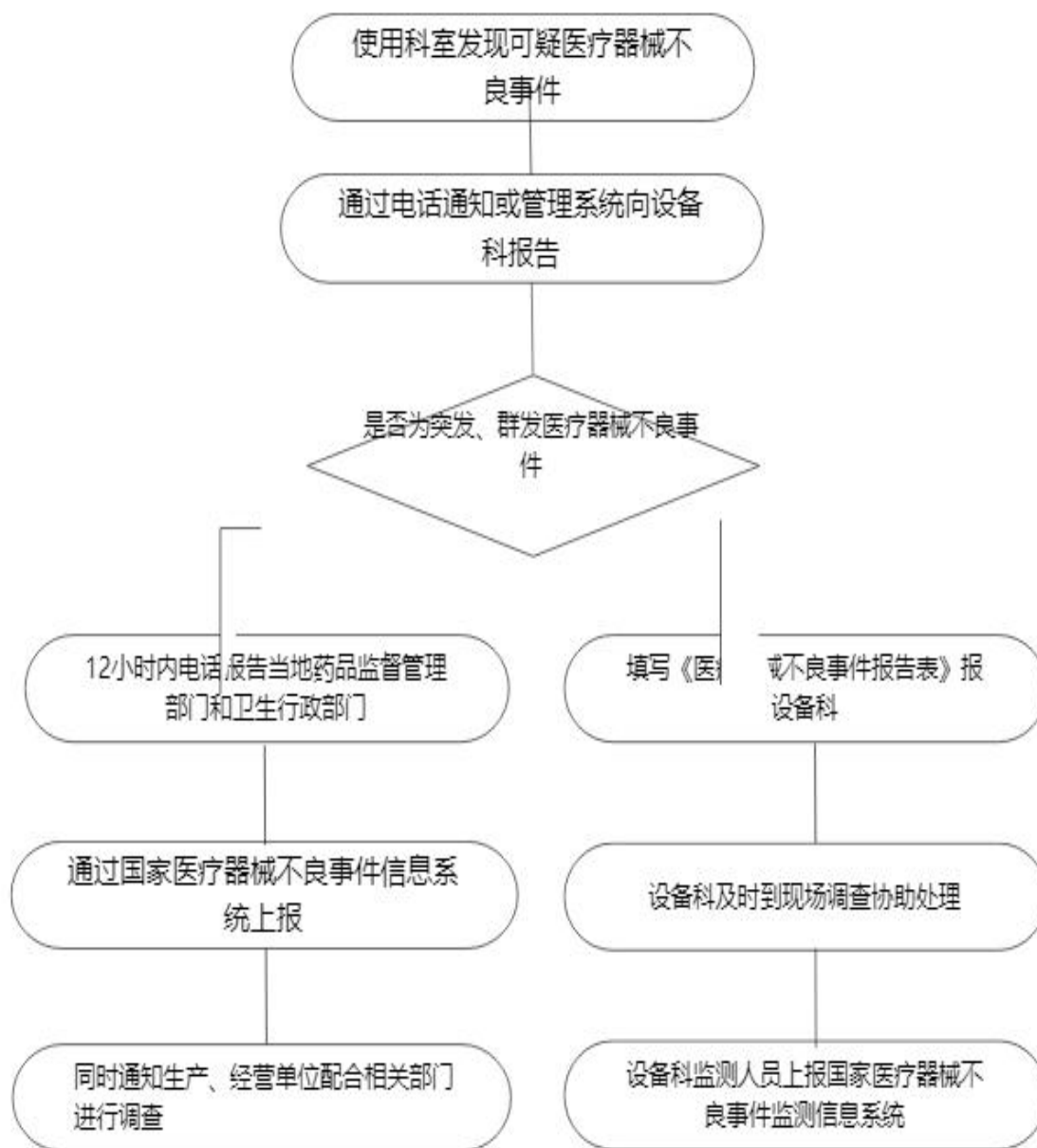
5.4设备科协助医务科、护理部等部门，对本单位使用的医疗器械的不良事件信息收集、分析、报告和管理工作的，加强对临床科室人员的不良事件教育，提高其医疗器械安全风险意识。

审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人： 签发时间：2021-06



附：医疗器械不良事件报告及处理流程图





文件编号	NXYY-SBK-ZD00 5	文件名称	医疗器械使用人员 操作培训和考核制 度	适用范围	临床使用科室 及设备科
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为保证全院医疗仪器设备使用安全，规范医疗仪器设备使用培训流程，特制订本制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械使用质量监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局令第18号）、《医疗器械标准管理办法》（试行）（局令第31号）。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 设备科：组织医疗仪器设备使用操作培训和考核。</p> <p>3.2 临床使用科室：按计划参加培训和考核。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>4.1 医疗仪器设备是指单独或者组合使用于人体的仪器、设备、器具、材料或者其他物品，包括所需要的软件；其用于人体体表及体内的作用不是用药理学、免疫学或者代谢的手段获得，但是可能有这些手段参与并起一定的辅助作用；其使用旨在达到下列预期目的：</p> <p>4.1.1 对疾病的预防、诊断、治疗、监护、缓解；</p> <p>4.1.2 对损伤或者残疾的诊断、治疗、监护、缓解、补偿；</p> <p>4.1.3 对解剖或者生理过程的研究、替代、调节；</p> <p>4.1.4 妊娠控制。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 培训内容</p> <p>5.1.1 医疗器械规范的操作步骤</p> <p>5.1.2 医疗设备常见报警及处理</p> <p>5.1.3 医疗设备发生故障等应急情况的处理</p> <p>5.2 培训形式</p> <p>5.2.1 院级集中培训，培训一般由设备科组织并承担讲演，可邀请相关管理专家或厂家工程师等到场讲演</p> <p>5.2.2 网络知识的学习培训</p> <p>5.2.3 使用科室内部培训</p> <p>5.2.3.1 使用科室内部自行培训，要求每月一次。</p> <p>5.2.3.2 使用科室内部组织，邀请设科工作人员或厂家工程师上门授课并提供课件资料。</p> <p>5.2.4 新引进设备临床使用前操作培训</p> <p>5.2.4.1 新引进设备在安装验收合格后，设备科工作人员组织操作使用培训，并做培训记录，培训完后进行考核（包括让使用者亲自操作），确保参与者培训合格。新引进设备在全院多个使用部门使用的，可组织进行集中培训。</p> <p>5.2.4.2 对于没有到场的人员，设备科工作人员根据设备复杂程度可安排下次培训或由已培训过的人员对其进行操作使用培训。</p> <p>5.2.4.3 如果新引进的设备使用部门以前已有，且使用部门已熟练掌握的可免除培训。</p> <p>5.2.4.4 根据临床需要和设备购置时的合同约定，个别设备可由厂家安排外出培训或厂家工程师上门短期培训，培训结束后颁发培训证书。</p> <p>5.3 设备科工作人员在巡检时根据医护人员对设备的使用情况，提出对设备进行安全使用培训或技术培训的要求，可自行对相关人员进行培训。</p>					



- 5.4考核形式：试卷答题考核、现场操作考核
- 5.5培训及考核记录由设备科或临床科室分别记录并保存



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：毛建强 签发时间：2021-06



文件编号	NXYYSBK-ZD006	文件名称	医疗器械应急管理 制度	适用范围	适用于医疗器械 应急保障组 开展医疗器械 应急保障工作
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的</p> <p>为适应医院治病救人的特点和未来发展需要,提高医院应对突发医疗器械故障或突发性卫生公共事件的应急能力,保障患者的生命安全,结合医院实际情况,特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献</p> <p>《医疗器械监督管理条例》(国务院令第650号)、《医疗卫生机构医学装备管理办法》(卫规财发〔2011〕24号)、卫生部《医疗器械临床使用安全管理规范(试行)》、《大型医用设备配置与使用管理办法》等。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 临床医学装备使用科室遇到医学装备突发故障或意外事件时按照本制度要求作应急处置。</p> <p>3.2 设备科:负责应急处置中的故障处置、备用装备调配、过程记录等。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>突发事件引起医疗器械短缺:是指由于突发事件引起大批病人入院诊疗,需要大批量的医疗器械(包括医疗设备和医用耗材),或突发医疗器械故障造成医生暂时没法开展相应医疗活动,从而会造成不可预测的医疗后果。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 总则</p> <p>5.1.1 工作体系:突发事件应急管理工作由医院统一领导。在突发事件发生时,按照“谁分管,谁负责”的原则,承担相应工作;指导和协助医院做好突发事件的预防、处置和恢复重建工作。</p> <p>5.1.2 工作机制:医院要整合各方面资源,充分发挥工作机构作用,建立健全快速反应机制,形成统一指挥、分类处置的应急平台,提高基层应对突发事件能力。各科室针对各种可能发生的突发事件,完善预测预警机制,开展风险分析,做到早发现、早报告、早处置。要做好对各类突发事件的预测预警工作,及时整合监测信息资源,建立重点设备的预测预警系统。</p> <p>5.2 医疗器械应急保障由设备科统筹管理,负责医院医疗器械应急保障工作;各科室负责本科室应急保障任务的执行,科主任为科室应急保障小组负责人。</p> <p>5.3 医疗器械应急保障组成员:分管院领导、设备科科长、设备科其他工作人员。</p> <p>5.4 工作原则:预防为主,常备不懈,日常加强技术岗位工作人员的技术培训。</p> <p>5.5 预防措施:</p> <p>5.5.1 设备科</p> <p>5.5.1.1 日常应做好一定数量的应急保障器材物资(包括设备和医用耗材)的储备,以备应急状态下紧急使用;应保证两种以上品规的同类产品在院内有备案或在使用,以备发生突发事件时临床对于医疗器械的应急需求。</p> <p>5.5.1.2 平时应建立好应急状态下的医疗器械或耗材采购渠道,保证应急物资可在24小时内到货。</p> <p>5.5.2 临床科室</p> <p>5.5.2.1 医护人员应熟知医疗设备的操作规程并能熟练操作设备。</p> <p>5.5.2.2 医疗设备应相对固定放置,医护人员应知晓放置位置。</p>					



5.5.2.3使用科室应每日检查设备状况，确保设备处于良好待用状态，发现故障不能自行解决的，应立即向设备科报修。

5.5.2.4对配有蓄电池的设备，使用科室应定期放电、充电，使蓄电池处于良好状态。

5.5.2.5在使用设备过程中，医护人员应随时观察设备的状态是否正常。

5.6医疗器械安全事件应急处置工作体系及流程

5.6.1当启动医疗器械应急预案时，医疗器械操作人员及时报告科主任，并通知设备科维修人员或总值班。

5.6.2应急状态下，医疗器械的采购可特事特批，采取先调拨，后议价的方式，以最快速度保障供应及维持正常的工作状态。

5.6.3医用耗材应急保障

5.6.3.1应急状态下，工作时间的急需医用耗材申领可联系设备科耗材库房人员紧急送货。使用科室可先在送货单上签字，后再补办出库手续。

5.6.3.2非工作时间急需医用耗材时，及时联系耗材库房人员到医院安排送货。

5.6.3.3在发生突发公共医疗事件的应急状态下，若我院现有的医用耗材的数量或品种确实无法满足临床需要时，可采取先进货后议价的方式进行采购，以保障供应及维持临床正常的工作。必要时可由医院出面寻求上级主管部门和地方政府的支持。

5.7医疗器械应急事件协调工作制度：医疗器械应急事件发生后，由科室上报设备科，由设备科落实医疗器械的使用及调配工作。当医院现有的医疗器械数量或品种确实无法满足突发事件的处理需要时，应及时报告院领导，由医院出面协调附近区域内医院联系借调。

审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



文件编号	NXY-Y-SBK-ZD007	文件名称	医疗器械计划购置审批管理制度	适用范围	全院各医疗器械使用科室提出医疗器械购置申请，医学装备委员会审批时适用
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的</p> <p>为规范全院医疗器械采购流程，合理、计划、有效地配置资源，避免资源闲置，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献</p> <p>《医疗器械监督管理条例》、《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法》、《医疗器械临床使用安全管理规范》。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 临床科室：根据临床、科研、教学工作需要、科室发展规划制定本部门医疗器械年度采购计划，提交医疗器械采购申请报告和可行性论证报告，并进行可行性意见阐述。</p> <p>3.2 医务科：负责临床及医技等科室开展新技术、新项目提出的医疗器械购置申请的初审。</p> <p>3.3 护理部：负责临床护士开展新技术、新项目提出的医疗器械购置申请的初审。</p> <p>3.4 科教科：负责临床科研、课题与教学项目所需医疗设备购置申请的初审。</p> <p>3.5 设备科：负责收集汇总和整理全院的年度采购计划，对临床提出的申请进行再次评估论证，提交医学装备管理委员会。</p> <p>3.7 医学装备管理委员会：审定全院医疗器械采购年度计划，对大额的医疗器械采购进行可行性论证。审议后提交院委会和党委会审定。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>本制度中所指的医疗器械包括医疗设备和手术用器械，不包括医用耗材。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 使用科室应根据临床、科研、教学工作需要按年度编报医疗器械采购计划，单价在1500元及以上医疗设备均纳入年度医疗设备采购计划，并做采购论证和技术评估，在每年的10月份上报次年的医疗器械采购计划。所申购的医疗器械需填写《南浔区医疗集团医疗设备购置申请表》。</p> <p>5.2 预算超过10万元的采购申请除填写《南浔区人民医院医疗设备计划购置申请表》外，还需填写《南浔区人民医院10万元以上设备购置可行性论证报告》，原则上临床需推荐两个以上的品牌。</p> <p>5.3 各科购置申请经科务会讨论通过后交设备科整理、汇总、审核，并组织医学装备管理委员会讨论和技术评估，形成年度预算计划，经院委会和党委会审核批准后，再报区卫健局审批，等批复后作为次年度医疗器械采购计划。</p> <p>5.4 购置大型（甲、乙类）医疗器械，必须先编写可行性报告及大型医疗设备配置申请表，报省卫生健康委员会批准后执行。</p> <p>5.5 因上级政策要求或特殊原因需有预算外项目，按集团采购制度相关条款执行。</p> <p>5.6 医院各管理部门、医学装备使用部门，应按各自的工作职责严格遵守本规定的各项要求。严禁不按流程审批、自行采购和使用医学装备。如违反规定，造成的医疗事故或医患纠纷，由当事人承担有关责任。</p>					



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



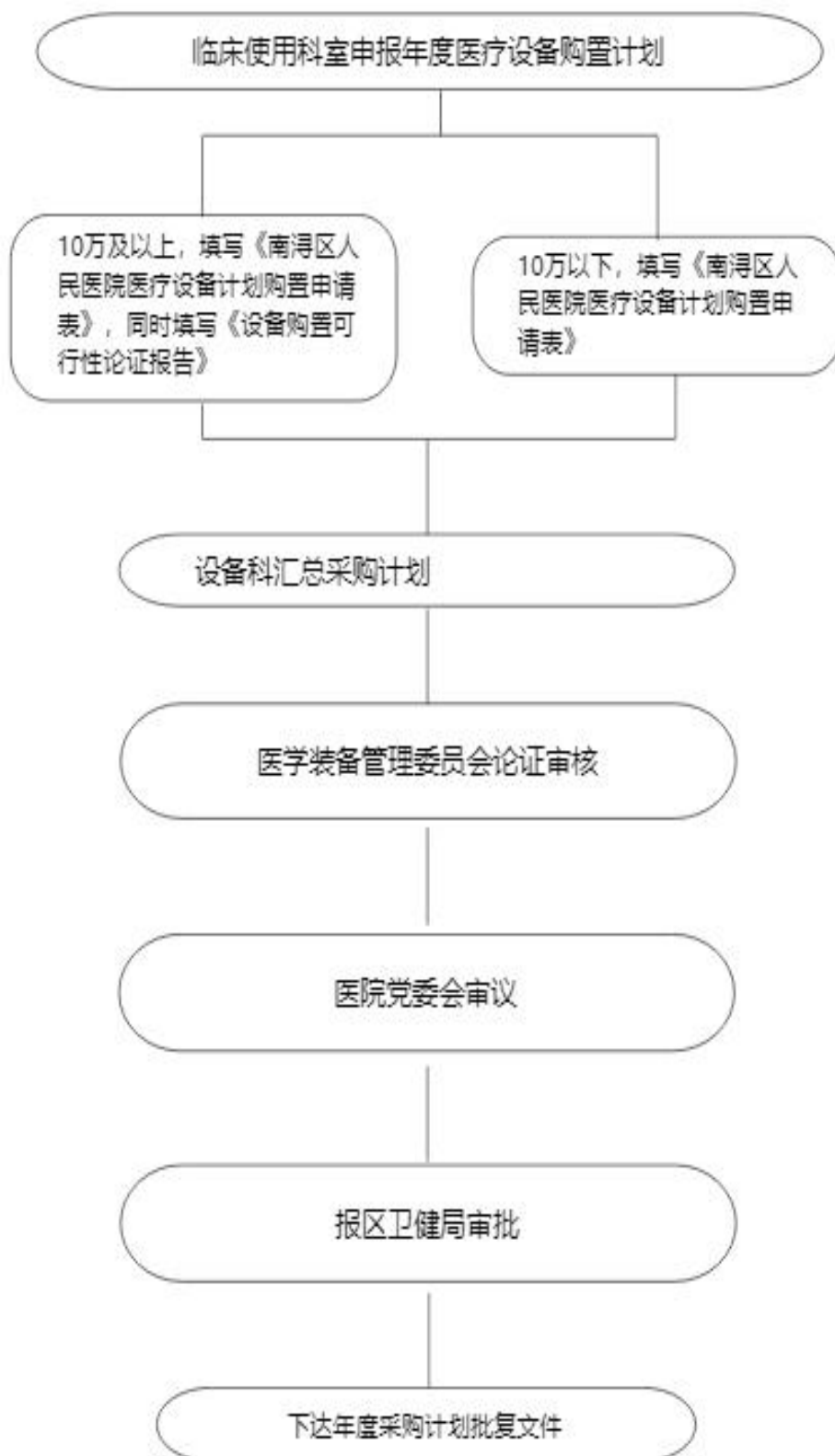
审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



附：医疗设备年度购置计划审批流程图





文件编号	NXYY-SBK-ZD008	文件名称	医疗器械及设备采购管理制度	适用范围	全院各科室医疗设备及器械的采购管理
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1 目的</p> <p>为规范我院医疗器械采购管理，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献</p> <p>《中华人民共和国政府采购法》及《财政部第87号令》、《医疗器械使用质量监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局令第18号）、《卫生部关于进一步加强医疗器械集中采购管理的通知》（卫规财发[2007]208号</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 设备科根据年度预算负责全院医疗器械及设备的采购管理工作。</p> <p>3.2 临床使用科室配合采购管理工作。</p> <p>3.3 医院纪检监察部门对采购管理工作进行监督。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>本制度中所指医疗器械包括医疗设备和手术器械，不包括医用耗材。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 设备科根据各临床科室业务性质和医疗、科研、教学需要，按年度批准的医疗器械采购计划项目或临时申请已审批同意的采购项目内容进行采购。</p> <p>5.2 在购置前，必须对欲购置设备进行市场调研，以了解同类设备的品牌、型号、性能、市场占有率及售价等情况，并查验相关供应商提供的《医疗器械注册证》、《医疗器械经营企业许可证》、《医疗器械生产企业许可证》及营业执照等证件，核实证件的真实性和有效性，不得购置无证产品或伪劣产品，严格把好质量关。</p> <p>5.3 医疗器械采购必须按照有关法规和主管部门制定的相关办法执行。属于政府采购目录内或集中采购招标范围内并达到招标采购额度要求的医疗器械，按规定由浙江省医疗设备展会组委会进行统一招标采购或由单位通过政采云平台申请审批通过后委托代理公司进行招标采购。按照相关规定允许自行招标采购的项目，应做到公平、公正、公开和廉洁自律。</p> <p>5.4 采购标准及方式</p> <p>5.4.1 单项或年度预算金额在2万元以下的医疗设备或器械，由设备科进行市场信息了解后，进行院内询价谈判直接采购或通过政采云平台直接采购。</p> <p>5.4.2 单项或年度预算金额在2万元及以上，30万元以下的医疗设备或器械，依据采购计划由设备科进行市场信息了解后进行院内询价，在政采云平台履行行政审批手续后通过医疗设备展会直接采购。未进入展会采购的设备经院采购领导小组讨论同意后可由医院组织院内询价采购或招标。</p> <p>5.4.3 单项或年度预算金额在30万元及以上，400万以下的医疗设备，依据采购计划由设备科进行市场信息了解后进行院内询价，在政采云平台履行行政审批手续后通过医疗设备展会进行采购，也可委托招标代理公司进行公开招标、竞争性谈判或单一来源采购等方式进行采购。</p> <p>5.4.4 单项或年度预算金额在400万以上的医疗设备，依据采购计划由设备科进行市场信息了解后进行院内询价，在政采云平台履行行政审批手续后委托政府集中采购。</p> <p>5.4.5 对于急需或特殊性质不适合招标采购的设备，可采用院内询价或单一来源采购，但需报单位领导批准，属政府采购范围的应报当地政府采购部门批准后执行。</p> <p>5.5 采购部门应及时掌握采购计划的进度，对临床急需的设备应优先安排采购，以保障临床需要。</p>					



5.6 使用科室不得擅自使用未采购医疗设备，违反规定造成的后果，将追查有关人员的责任。

5.7 使用科室不得擅自向厂商承诺采购相应的医疗设备，如采用试用方式，试用后仍需按照本管理制度进行招标采购，对未中标的试用设备医院不承担对使用损失的赔偿。



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



文件编号	NXYY-SBK-ZD00 9	文件名称	医疗器械临床使用 管理制度	适用范围	临床使用科室 和设备科
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为规范全院医疗器械的临床正确使用，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械监督管理条例》（国务院令第650号）、《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法（省政府令238号）》、《医疗器械使用质量监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局令第18号）、卫生部《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》、医院《医疗设备预防性维护管理制度》、《医疗设备巡检制度》、《医疗器械不良事件管理制度》、《医疗器械风险评估和管理制度》。</p> <p>3. 权责 3.1 设备科：负责制定医疗器械规范的操作规程并监管使用科室的执行。 3.2 临床使用科室：严格按照规程操作。 3.3 临床科室设备管理员：负责科室医疗器械安全使用监督管理工作，接受设备科医疗器械安全使用培训，并组织对科内人员的使用培训。</p> <p>4. 名词定义 4.1 缺陷，是指医疗器械在正常使用情况下存在可能危及人体健康和生命安全的不合理的危险。 4.2 医疗器械缺陷召回，是指医疗器械生产企业按照规定的程序对其已上市销售的存在缺陷的某一类别、型号或者批次的产品，采取警示、检查、修理、重新标签、修改并完善说明书、软件升级、替换、收回、销毁等方式消除缺陷的行为。 4.3 医疗器械不良事件：获准上市的、合格的医疗器械在正常使用的情况下发生的，导致或可能导致人体伤害的任何与医疗器械预期使用效果无关的有害事件。 4.4 一般伤害：是指经过治疗可以恢复健康或功能，不影响被害人正常工作、学习、生活的人身损害。 4.5 严重伤害：是指机体功能的永久性伤害或机体结构永久性损伤，甚至危及到生命，必须采取医疗措施才能避免的永久性伤害或损伤。</p> <p>5. 作业范围 5.1 设备科依据《医疗器械风险评估与管理制度》对医疗器械进行风险评估。高风险和中风险医疗器械都需要制定操作规程，操作规程需要随机存放或悬挂于设备显眼位置。 5.2 临床科室使用医疗器械时必须按照操作规程操作，未经培训的人员不得操作。 5.3 医疗器械使用部门应建立定期检查、使用维护登记本，每日对科内医疗器械的外观、安全性、性能等状况进行记录，出现问题应及时记录并通知设备科。 5.4 价值10万元以上的医疗器械应由专人管理，无关人员不能上机。大型医疗设备和特种医疗设备使用人员须持上岗证方能进行操作，设备科须对操作人员证件进行备案。 5.5 医疗器械使用科室和设备科共同管理医疗器械，建立质量安全小组，使用部门将医疗器械纳入科室管理。 5.5.1 医院医疗器械质量安全小组成员由医院各科室医疗器械质量与安全管理员和设备科全体成员共同组成。 5.5.2 临床医疗器械质量与安全管理员负责本科室内医疗器械的监督管理工作，包括医疗器械台账管理，确保医疗器械操作人员的日常维护检查落实到位、医疗器械规范使用等。 5.5.3 设备科每年对临床医疗器械质量与安全管理员进行培训，再由管理员对科内医务人员培训，从而提高科内医疗器械的管理和质量安全水平。</p>					



5.6操作人员要严格按照仪器的说明书和操作规程进行操作，对产品禁忌症及注意事项应当严格遵守，不得违章操作。如违章操作造成医疗器械人为责任性损坏，要立即报告科室领导及设备科，并按规定对责任人作相应的处理。

5.7操作人员应做好日常的保养工作，保持设备的清洁。使用完毕后，应将各种附件妥善放置，不能遗失。

5.8操作人员在使用后应按规定顺序关机，并切断电源、水源，以免发生意外事故。

5.9医疗器械发生故障后的处理流程：

5.9.1操作人员在医疗器械使用过程中不应离开工作岗位，如发生故障后应立即停机，停止使用，切断电源；

5.9.2挂上“设备故障，严禁使用”警示牌，以防他人误用；

5.9.3立即报修，报修时应向设备科工作人员详细介绍设备故障情况；

5.9.4检修由设备科工作人员负责，操作人员积极配合，不得擅自拆卸或者检修；

5.9.5医疗器械须在故障排除后，设备科工作人员和使用部门操作人员确认后方能继续使用。

5.10大型医疗设备或对临床诊治明显影响的设备发生故障并停机后，使用科室或设备科应及时报告相应领导，在医院内及时发公告通知，以免给临床和病人带来不必要的麻烦。

5.11设备科工作保山负责设备的巡检和预防性维护，具体参照设备科《医疗设备预防性维护管理制度》和《医疗设备巡检制度》执行。

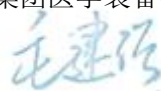
5.12若出现医疗器械不良事件或疑似医疗器械不良事件，按《医疗器械不良事件管理制度》执行。

5.13使用科室对因违法操作规程或其他人为因素导致的医疗器械损坏，要及时报告科室主任和设备科，由设备科上报分管院长并将情况提交医疗器械临床使用安全管理小组组织讨论。

审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：毛建强 签发时间：2021-06



文件编号	NXYYSB-K-ZD01 0	文件名称	医疗器械风险评估 与管理制度	适用范围	全院
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为降低医疗器械由于使用和管理不当给病人和使用人员带来各种风险和隐患概率,特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械临床使用安全管理规范》。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 设备科技术人员: 对全院医疗器械进行风险评估。</p> <p>3.2 医疗器械使用人员: 协助设备科工程技术人员对医疗器械进行风险评估。</p> <p>4. 名词定义 医疗器械风险评估是指医疗器械使用人员与工程技术人员在医疗器械使用前,应深入了解、详细分析使用中可能出现的各种安全问题,参照医疗器械(设备)使用说明书中的各种警示内容,落实风险防范措施。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 设备科工程师针对不同类别的医疗设备,针对不同使用环境和条件下在使用过程中可能出现的安全风险因素,进行安全风险评估,并按风险程度制定不同的巡检和预防性维护周期。</p> <p>5.1.1 对于高风险重点设备,设备科工程师应每月巡检一次,预防性维护周期每年两次;</p> <p>5.1.2 对于中风险重点设备,设备科工程师应每月巡检一次,预防性维护周期每年一次;</p> <p>5.1.3 对于低风险一般设备,设备科工程师应每年巡检至少两次,预防性维护暂不予安排。</p> <p>5.2 定期对与患者有接触的医疗器械(设备)的电气安全性进行风险评估,按照国家安全标准,对防电击的漏电流、设备接地安全进行安全检测。</p> <p>5.3 按照国家有关防护标准和规范对各类放射设备进行风险评估,保证周边环境、操作人员、病患的安全。</p> <p>5.4 定期对医疗器械(设备)质量检测 and 校正的结果进行分析,评估使用风险程度。</p>					
<p>审批委员会(组织): 集团医学装备与医用耗材管理委员会 签发人:  签发时间: 2021-06</p>					



湖州市南浔区人民医院医疗设备风险分类表

根据国家对医疗装备的分类管理原则，结合医疗设备的功能（诊断、护理、治疗、生命支持或监护设备），使用过程中的风险，医疗设备的事故记录及维修历史等因素，并根据我院在用医疗设备实际使用情况确定风险分类并制定预防性维护（PM）计划。

风险分值	风险等级	描述	举例	检查周期
3	高风险	急救生命支持类	除颤仪、呼吸机、麻醉机、血透机、转运监护仪、转运微泵、心肺复苏机、急诊科用仪器设备	每日/使用科室 每月/设备科 半年/PM
2	高、中风险	复杂的诊断、治疗、监护设备	高频电刀（高风险）、监护仪、心电图机、微泵、输液泵、无创呼吸机、脉搏氧饱和度仪、电子血压计、红外耳温计、生命体征监护仪、肠内营养泵	每周/使用科室 每月/设备科 半年、一年/PM
1	低风险	其他价值十万以上的医疗设备	影像设备、检验设备、病理设备、实验设备等	每月/设备科 一年/PM
0	极低风险	其余医疗设备	康复设备等	不做定期检查，故障了就维修，顺便做 PM

设备科
2021年1月



文件编号	NXYY-SBK-ZD011	文件名称	医疗器械计量管理制度	适用范围	全院计量设备使用科室及设备科适用
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为贯彻落实《中华人民共和国计量法》及《中华人民共和国强制检定的工作计量器具检定管理办法》的规定，保证计量器具准确、安全、可靠，特制订此制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《中华人民共和国计量法》、《中华人民共和国强制检定的工作计量器具检定管理办法》</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 设备科医疗器械计量管理人员负责管理全院计量器具的周期检定、资料归档等事宜。</p> <p>3.2 全院各使用科室配合协作。</p> <p>4. 名词定义 属于医院使用的计量医疗器械，纳入管理范畴。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 计量医疗器械的管理要求</p> <p>5.1.1 设备科设专人负责计量检定和校准工作的管理和协调，统一管理全院的计量医疗器械。计量工作受上级计量部门的监督和指导。</p> <p>5.1.2 所有计量设备(强检和非强检)建立电子账册，并制定周期性的检测计划。</p> <p>5.1.3 保管好有关的技术档案和检定证书。</p> <p>5.1.4 加强与计量检定部门的业务联系，做好年度检定计量器具的网络申报和周期检定工作。</p> <p>5.1.5 随机对在用量具进行抽检，停止使用超期或不合格的计量器械。</p> <p>5.1.6 对违反计量工作制度产生的后果，报领导作相应的处理。</p> <p>5.2 计量器具的采购、入库和报损制度</p> <p>5.2.1 购置计量器具(不含进口)应确认有计量器具制造许可证(合格证、CMC标志等)。凡列入《中华人民共和国计量器具型式审查目录》的进口计量器具必须有《中华人民共和国计量器具型式批准证书》(PA标志与编号)。要审查计量器具的型号、规格、精密等级、测量范围、计量性能等，以保证计量性能的准确可靠。</p> <p>5.2.2 计量器具购进后，应保管好有关的技术资料，统一登记、编号、建卡，使用前将该计量器具送交计量部门检定。</p> <p>5.2.3 验收和检定合格后的计量器具方可入库，同时由计量管理员建立计量台账并编制周期检定计划。</p> <p>5.2.4 对验收或检定不合格的计量器具，由设备科维修组提出退货报告，由相关采购负责人办理退货。</p> <p>5.2.5 经计量检定不合格，修理后仍不能通过检定的计量器具由计量管理员提出报废报告，经医疗器械管理部门统一作报废处理。</p> <p>5.3 计量器具的使用、维护、保养制度</p> <p>5.3.1 使用计量器具的部门，必须做好计量器具的使用与保养工作，严格按照说明书及操作规程进行操作。</p> <p>5.3.2 存放计量器具的场所，要求清洁卫生。温度、湿度要符合检定规程的规定，并保持相对稳定。易变形的计量器具，要分类存放，妥善保管。严禁计量器具与酸、碱等腐</p>					



蚀性物质及磨料混故。

5.3.3在用计量器具必须有计量鉴定证书或合格标记，发现合格证书丢失或超期，要及时查找原因，办理补证手续。

5.3.4计量器具发生故障时，应及时报计量管理员处理，各使用部门无权擅自修理计量器具。

5.3.5有下列情况之一的计量器具不得使用：未经检定或检定不合格；超过检定周期；无有效合格证书或印鉴；计量器具在有效使用期内失准、失灵；未经政府计量行政部门批准使用的非法定计量单位的计量器具；本单位不能修理的计量器具，应委托取得《修理计量器具许可证》的单位修理，并在取得该单位开具的合格证后方可使用。

5.4计量文件、技术档案资料管理制度

5.4.1计量文件、技术资料、质量凭证、单据要由专人保管并进行编号、登记，履行借用手续，以防丢失和损坏。

5.4.2按规定的保存时间保管好计量文件和技术档案资料，若销毁档案资料须经批准。

5.4.3对发生丢失计量档案的事件，应做好记录、查清原因再追究责任。



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



文件编号	NXYYSB-K-ZD012	文件名称	医疗器械验收管理制度	适用范围	临床使用科室和设备科
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为确保引进的医疗器械性能、技术指标等符合临床及科研工作需求，满足合同条款，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法（省政府令238号）》、《医疗器械使用质量监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局令第18号）。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 设备科负责组织医疗器械的到货清点、安装验收工作。</p> <p>3.2 临床使用部门配合医疗器械安装工验收工作，参加技术和临床验收。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>4.1 医疗器械验收：按照对应医疗器械标准进行检验而后收下或认可逐项验收。</p> <p>4.2 医疗器械三证：指医疗器械生产企业许可证、医疗器械经营企业许可证、医疗器械注册证。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 医疗设备验收参与人员：应由设备科验收管理员，临床使用科室负责人或使用人员，厂家安装工程师及供应商销售代表组成。设备科验收管理员负责验收的前期准备工作，制定安装验收实施过程计划。包括资料的收集、验收参与人员的协调、场地的准备等。纪检人员对验收的过程和流程进行监督检查。</p> <p>5.2 验收前准备</p> <p>5.2.1 设备科验收管理员应对供应商能够提供的资质材料进行审查，包括医疗器械注册证、公司三证等。</p> <p>5.2.2 验收管理员依据《医疗设备验收单》，逐条填写医疗器械相关信息。</p> <p>5.2.3 验收管理员联系供应商确认设备到货时间，并与临床使用科室确认设备安装时间。</p> <p>5.2.4 验收管理员收集整理设备技术资料：要求厂家提供使用说明书和维修手册。进口设备须有中文说明书，说明书中载明医疗器械的原产地以及代理人的名称、地址、联系方式。进口设备其他外文资料应当提前进行翻译。</p> <p>5.2.5 根据要验收设备的要求，准备足够的堆放场地，同时也要做好防水、防盗等防范工作。</p> <p>5.3 验收：购入的医疗器械必须严格按照验收程序完成验收，验收合格以后方可入库和投入使用。一般验收内容包括：外观验收、商务验收、质量验收和培训验收。</p> <p>5.3.1 外观验收：由供货厂家、设备科和使用科室三方共同对到货的设备是否完整、外观是否有破损等情况进行确认。如有破损拒绝验收；如正常则拆箱，以装箱单、配置单、运输提货单等为依据对数量、编号和序列号等逐项核对。</p> <p>5.3.2 商务验收：由设备科负责验收人员对随机资料进行核查，主要包括用户使用说明书（提供中文说明书，且产品名称必须与注册证相符）、产品检验合格证书（合格证应有的标志：生产厂商名称、产品名称和型号、检验日期、检验员代号）、检定证书、软件光盘等。依据投标文件或合同中提供的资信文件、质量参数及承诺到货设备的配置部分及附件进行确认，并核实产品的供货渠道是否合法，三证是否有效以及设备是否在有效期内。</p> <p>5.3.3 质量验收：是医疗设备验收的核心环节，是保证医疗设备应运质量水平的关键。外观及商务验收通过后，由厂家工程师按照医疗器械说明书安装调试设备，使用部门和验</p>					



收工程师应根据招标文件和产品说明书中提供的各项功能（包括软件）逐项进行核对并进行操作演示，检查设备的技术指标是否符合规定要求，并认真观察设备运行状况，确认设备能满足科室日常诊断和治疗需求，并具有完好的安全性、准确性、可靠性和重复性。

5.3.4培训验收：培训验收包括使用培训和技术培训。培训对象分别为临床使用人员和设备科工作人员。由设备生产商或供应商组织实施。

5.3.4.1使用人员培训：通过培训充分了解新引进医疗设备的基本原理、功能和性能，迅速熟练掌握设备的正确操作使用、维护保养方法、设备使用注意事项，使设备安全可靠稳定地运行，保障医疗工作安全、顺利进行。如科室对设备已经熟练掌握使用，只需填写“使用科室人员已熟练掌握”，由临床使用科室签字即可。

5.3.4.2设备科工作人员培训：着重学习新引进设备的基本原理、基本结构、日常维护保养方法和要点，对意外情况的紧急处置方案及常见故障的维修等。

5.3.4.3培训完成后，填写培训记录报告，参与人员签字确认。

5.4设备科工作人员负责收集随机资料，操作规程和使用说明书等资料应随设备存放在使用科室以便临床使用科室学习查阅，其他资料由设备科统一放入医疗设备档案资料保存。

5.5验收完成后，《医疗设备验收单》由临床使用科室主任或护士长、设备科工作人员和厂家安装工程师共同在相应位置签字确认。

5.6对于大型、特种医疗设备，在进行验收时，应由政府授权的机构进行（如商检、计量、压力容器等），验收结果应作详细记录并由各方共同签字，并作为技术档案保存。

5.7对验收有疑问的，验收管理员需在验收单中明确载明，对存在问题的，告知厂家工程师并要求对问题部分进行重新验收，验收日期从重新验收之日起计算。

5.8对于医院同意紧急购置的设备，不能够按照规范程序验收的设备可以简化程序，先临时验收使用（其中供货渠道须合法、证件有效期、产品时效性必须验收）后补办手续，但必须由医疗器械管理部门负责人签字同意。

5.9对验收不合格产品进行退货处理。

5.10验收合格的设备应办理入库和使用科室出库领用手续，设备验收合格后方可投入使用。

5.11设备科工作人员负责固定资产标签黏贴，并把设备列入临床科室设备巡查记录单中。由档案资料管理员对在以上过程中形成的纸质文档进行档案资料保存。

审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



文件编号	NXYY-SBK-ZD013	文件名称	医疗器械更新、报废报损制度	适用范围	全院
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的</p> <p>为切实加强我院的医疗器械管理，保障在用医疗器械的安全有效，同时避免国有资产的流失，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献</p> <p>《医疗器械监督管理条例》（国务院令第650号）、《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法（省政府令238号）》、《医疗器械临床使用安全管理规范》。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1使用科室：负责对需要报废报损的医疗器械提出申请，配合完成报废报损工作。</p> <p>3.2设备科：对全院的待报废报损医疗器械进行评估、登记。</p> <p>3.3财务部：完成报废报损工作的上报，并在批复下来后协助设备科对报废报损设备进行实物和账上处理。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>4.1医疗器械报废：对已达到规定的使用年限或未达到规定的使用年限但出现老化、损坏、淘汰或维修维护成本太高等问题，按有关规定或经有关部门、专家技术鉴定，对已不能继续使用的资产，进行产权注销的资产处置行为。</p> <p>4.2医疗器械报损：对有财务账面记载的存货、固定资产、无形资产等，由于发生台账损失、非正常损失等原因，按有关规定对资产损失进行产权注销的资产处置行为。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1医疗器械报废的条件：</p> <p>5.1.1严重损坏无法修复或虽能修复，但累计维修费已接近或超过市场价值的医疗器械；</p> <p>5.1.2已达到或超过规定年限且无修复使用价值的医疗器械；</p> <p>5.1.3技术严重落后，耗能过高（超过国家有关标准20%以上）的医疗器械；</p> <p>5.1.4机型已淘汰，主要零部件无法补充而又年久失修的医疗器械；</p> <p>5.1.5原设计不合理，工艺不过关，质量极差又无法改装利用的医疗器械；</p> <p>5.1.6严重污染环境或不能安全运转，可能危害人身安全与健康且不易修复改装的医疗器械；</p> <p>5.1.7由于新技术、新设备的出现，更新医疗器械可给医院带来较大技术效益、社会效益和经济效益；</p> <p>5.1.8计量检测不合格或应用质量检测不合格，强制报废的医疗器械；</p> <p>5.1.9国家明文禁止使用的医疗器械。</p> <p>5.2医疗器械申请报损的条件：</p> <p>5.2.1因人为或自然灾害等原因造成毁损，丧失其使用功能的医疗器械；</p> <p>5.2.2因保管不当等人为或非人为因素造成丢失的医疗器械。</p> <p>5.3医疗器械的报废报损，按各级政府国有资产管理局《行政事业单位国有资产处置管理实施办法》的规定程序申报。</p> <p>5.3.1使用科室口头提出医疗器械报废报损申请，设备科责任工程师根据使用科室申请对报废报损的医疗器械进行技术鉴定并给出鉴定意见，大型医疗器械报废报损需汇报设备科长并请相关专家进行报废鉴定后做出鉴定报告。</p> <p>5.3.2责任工程师在鉴定后初步判断达到报废报损条件的医疗器械，设备科责任工程师协助使用科室逐台填写《医疗器械报废报损申请表》，并交使用科室负责人签字。</p> <p>5.3.3使用科室负责人签字后将报废报损申请单送分管领导进行审核并签字。</p>					



- 5.3.4 设备科工程师在报废报损申请单上签字确认并将申请单交设备科长审核。
- 5.3.5 设备科长提出审核意见并签字。
- 5.3.6 设备科长同意报损报废后交设备分管领导审批。
- 5.3.7 设备分管领导审批后，实物拿回设备科废品仓库做好标记暂时存放，待年度一次性统一处理。
- 5.3.8 设备科固定资产管理人员将该设备从在用设备信息中删除，建立统一的待报废处置设备台账，以年度为单位将全院报废报损设备信息资料一并汇总，汇总单经设备科长、分管设备副院长、财务科长、分管财务副院长，最后经院长审批后再上报财务科。
- 5.3.9 财务科按照相关规定办理报废报损手续。
- 5.3.10 财务科在报废报损手续完成后，通知设备科对报废报损设备（实物）进行处置，设备科并对设备固定资产账目进行销账处理。
- 5.4 待报废医疗器械在未批复前应由设备科或使用科室（大型设备）妥善保管。
- 5.5 经批准报废的医疗器械，使用单位和个人不得自行处理，一律交回设备科统一处理。如有违反者应予追查，并交医学装备管理委员会讨论处理意见，结果报送党委会会议批准。
- 5.6 已批准报废报损的医疗器械在处理后，应及时办理财务销账手续。



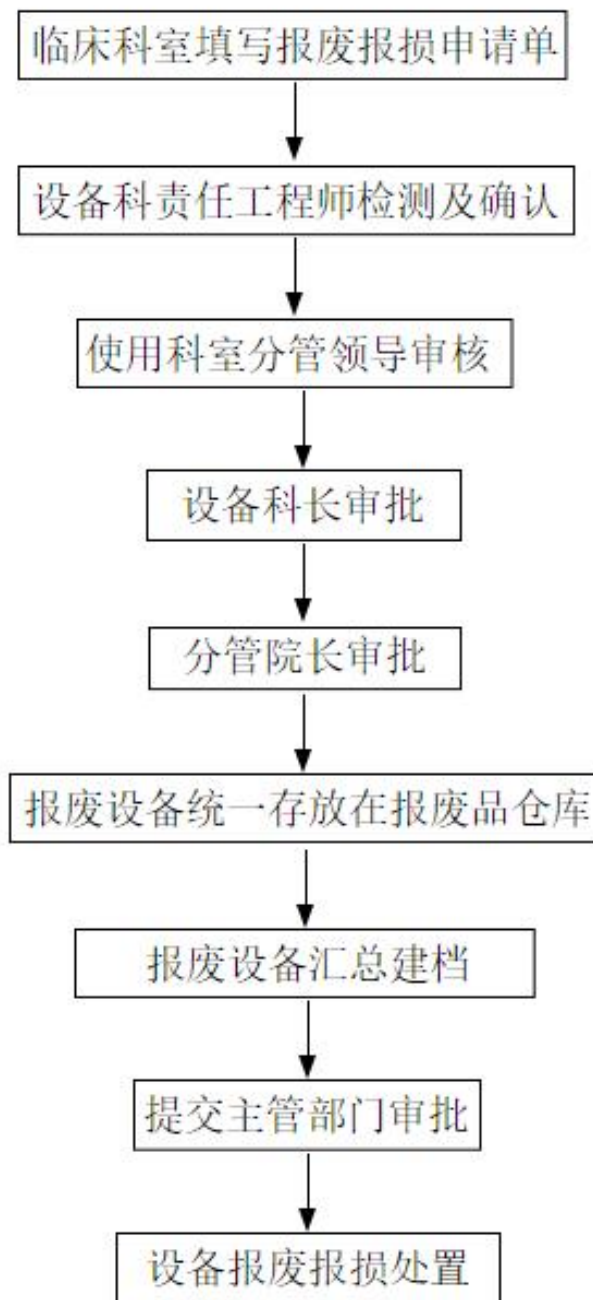
审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



南浔区人民医院医疗设备报废报损申请流程






文件编号	NXY-Y-SBK-ZD014	文件名称	医疗器械缺陷召回制度	适用范围	设备科对医疗器械缺陷的评估和处理工作，以及使用部门对医疗器械缺陷的上报工作
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为保障病人健康和生命安全，把医疗器械存在缺陷可能导致的危害消灭在萌芽状态，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械监督管理条例》（国务院令第650号）、《医疗器械使用质量监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局令第18号）、《医疗器械召回管理办法》（国家食品药品监督管理总局令第29号）</p> <p>3. 权责 3.1 设备科：负责处理医疗器械召回具体事宜。 3.2 使用部门：发现医疗器械缺陷及时上报设备科。</p> <p>4. 名词定义 4.1 缺陷：医疗器械在正常使用情况下存在可能危及人体健康和生命安全的不合理的危险。 4.2 医疗器械缺陷召回：医疗器械生产企业按照规定的程序对其已上市销售的某一类别、型号或者批次的存在缺陷的医疗器械产品，采取警示、检查、修理、重新标签、修改并完善说明书、软件更新、替换、收回、销毁等方式进行处理的行为。</p> <p>5. 作业范围 5.1 医疗设备缺陷信息来源： 5.1.1 使用部门发现其使用的医疗器械存在缺陷； 5.1.2 食品药品监督管理部门发布的医疗器械召回指令； 5.1.3 医疗器械生产商通知的缺陷召回。 5.2 如使用部门发现其使用的医疗器械存在缺陷，由设备科负责对医疗器械缺陷进行评估。 5.3 根据医疗器械缺陷的严重程度，医疗器械召回分为： 5.3.1 一级召回：使用医疗器械可能或者已经引起严重健康危害的； 5.3.2 二级召回：使用医疗器械可能或者已经引起暂时的或者可逆的健康危害的； 5.3.3 三级召回：使用医疗器械引起危害的可能性较小但仍需要召回的。 5.4 如使用部门发现其使用的医疗器械存在缺陷，应立即暂停使用该医疗器械，并及时上报设备科。设备科负责查询该类器械在院的数量、批次、使用部门分布等信息，通知各使用部门停止使用该类器械，同时通知医疗器械生产企业或者供货商，并向浙江省食品药品监督管理局、卫生行政部门报告，上报不良事件。 5.5 药品监督管理部门发布医疗器械召回指令或医疗器械生产商通知的缺陷召回，设备科负责查询该类器械在院的数量、批次、使用部门分布等信息，及时通知使用部门停止使用该类器械，协助生产厂家对缺陷器械的评估调研和召回。 5.6 设备科保持与器械生产厂家的联系，及时告知医院内各使用部门缺陷器械的评估调研进展情况。</p>					



湖州市南浔区人民医院
浙江省人民医院南浔院区



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会
签发人：  签发时间：2021-06



文件编号	NXY-Y-SBK-ZD015	文件名称	医疗器械保修、 维修合同评估及 管理制度	适用范围	使用部门相关申请的提出，以及设备科维修组工程师对合同的评估
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为了加强全院医疗器械保修、维修质量，费用管理，保障医疗器械正常运行，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗卫生机构医学装备管理办法》（卫规财发〔2011〕24号）、《医疗器械使用质量监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局令第18号）等。</p> <p>3. 权责 3.1 使用部门提出医疗设备保修、维修申请，递交设备科审核。 3.2 设备科负责医疗设备保修、维修合同评估。</p> <p>4. 名词定义 保修：指设备生产厂商或第三方维修厂商针对某产品在一定期限内因产品质量问题出现的故障提供免费维修及保养的服务。</p> <p>5. 作业范围 5.1 设备科负责全院医学装备维修、维护、保养工作，实行信息化管理，以提高维修效率和服务质量。 5.2 医学装备发生故障时，使用科室应及时向设备科报修，严禁设备带故障或超负荷使用。对使用科室的报修申请，工程技术人员应及时确认和处理。 5.3 对急救设备的维修申请，工程技术人员应及时到达医学装备现场，进行故障处理。 5.4 医学装备修复后，应进行相应的性能检测，确保医学装备性能可靠，使用安全。在维修工单中填写好工作内容，并及时通知使用科室恢复使用。 5.5 故障的医学装备未经批准，使用科室不得擅自带往院外维修。经工程技术人员鉴定需送外维修的医学装备由设备科专人负责联系、登记，修回后验收设备性能。 5.6 院外维修的医学装备产生费用，3万元以下需维修单位提供报价单，使用科室确认，设备科上报分管院长签字确认即可维修；3万元及以上20万元以下，需维修单位提供报价单，使用科室确认，设备科经市场调查论证和询价后上报分管院长，分管院长提交院委会通过后方可进行维修。20万元以上，需维修单位提供报价单，使用科室确认，设备科经市场调查论证和询价后上报分管院长，分管院长提交党委会通过后方可进行维修。2000元及以上需签订维修合同。 5.7 对购置保修服务的设备，应当按照医院采购与招标流程执行审批程序，并在服务合同中约定明确的质量要求、维修要求等相关事项。保修期内要主动掌握相关设备的使用情况，出现问题及时与服务方联系，每次维修、维护后索取并保存相应的记录，及时检查保修合同的执行情况。 5.8 纸质维修单做好记录并签字存档。及时处理报修单，维修内容填写完整。 5.9 特殊设备的维护管理，维护管理人员须经过国家认可的机构培训考核，并取得资格证后，方可上岗工作。 5.10 做好节假日的维修值班工作，确保节假日及时处理突发维修要求。</p> <p>6. 购买前评估： 6.1.1 新引进医疗器械须事先考虑该类设备的技术水平、预期故障率等确定适合的保修时间。</p>					



6.1.2对于已有设备要购买保修，必须由使用科室向设备科提出书面申请，由设备科分管工程师会同使用部门人员进行评估确认是否需要买保修，由设备科负责人签字，报院领导审批同意后方可执行。

6.2签订合同要求

6.2.1新引进设备在撰写标书或签订合同时须明确设备保修期限、保修范围、开机率等条件，保修价格包含在设备采购总价内。

6.2.2已有设备购买保修，合同须明确设备保修期限、保修范围、开机率等条件。

6.2.3设备购买保修服务必须按照规范程序进行。

6.3合同执行情况评估

各种保修、维修合同由分管工程师具体负责监督执行，设备维修组负责人与各分管工程师共同全面评估合同执行情况，必要时及时向合同执行公司反馈存在问题并向设备分管领导做好汇报。



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



文件编号	NXY-SBK-ZD016	文件名称	医疗设备调剂调拨管理制度	适用范围	全院各科室及设备科医疗设备调剂借用时适用
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为充分发挥现有医疗设备的作用，有效减少医疗设备的闲置，减少固定资产投入，节约成本，特制订此制度。</p> <p>2. 主要参考文献 无</p> <p>3. 权责 3.1 设备科制定医院设备调剂借用管理制度并督促各临床科室遵照执行。 3.2 临床科室设有设备管理员，负责本科室内设备管理工作。</p> <p>4. 名词定义 4.1 闲置设备： 4.1.1 累计停用一年以上的闲置设备，但属于备用、维修、技术改造、特种储备、抢险救灾等设备除外； 4.1.2 因工作变更不再使用的设备，技术指标下降，但未达到报废标准，尚能降级使用的设备。 4.2 免费借用：将医疗设备无偿交给借用科室使用，借用科室在一定期限内或使用完毕后返还原物给借出科室。 4.3 调剂：优化院内医疗资产配置，提高医疗资产利用率。 4.4 调拨：不改变国有资产性质的前提下，以无偿的方式改变国有资产占有、使用权的处置行为。</p> <p>5. 作业范围 5.1.1 临床科室向设备科申请借用，设备科接收申请后在设备借用登记本上做好相关信息登记，并确认设备运行正常后进行外借。借用科室归还设备时，设备科确认借用设备正常后，归还使用科室借用申请，并在设备借用登记本上完善归还日期等相关信息资料。 5.1.2 设备科对备用设备做好编码管理：在机器顶端标上固定资产标识、编号等，以确保管理的规范性，并落实设备的预防性维护和计量检测等工作。 5.1.3 常规类医疗设备借用时间一般不超过3天，贵重设备和急救类、生命支持类设备借用时间根据情况商定。 5.1.4 借用设备的丢失和人为损坏由借用科室承担全部责任，正常使用发生的故障由借用科室共同承担维修费用。 5.2 资产转科：医疗设备因临床业务需要进行转科使用，相关科室负责人填写设备转科表。设备科按转科表及时办理医疗设备台账变更，并报账务科，同时设备科应将相关医疗设备、配件和操作说明书等资料进行移交。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会 签发人：朱培江 签发时间：2021-06</p>					



文件编号	NXY-Y-SBK-ZD017	文件名称	一次性使用无菌器械采购管理制度	适用范围	全院一次性使用无菌医疗器械的采购和使用
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为了加强对一次性使用无菌医疗器械的采购和使用，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械监督管理条例》（国务院令第680号）、国家食品药品监督管理总局《医疗器械使用质量监督管理办法》（局令第18号）、国家食品药品监督管理总局《一次性使用无菌医疗器械监督管理办法（暂行）》（局令第24号）</p> <p>3. 权责 3.1 分管院领导：负责一次性使用无菌医疗器械采购申请的审批，采购招标或谈判； 3.2 设备科耗材组：负责一次性使用无菌医疗器械采购申请的收集、资料的预审，采购招标或谈判的组织，采购的实施，出入库的管理和不良事件的上报； 3.3 使用科室：负责新增一次性使用无菌医疗器械采购申请的提出，参与采购招标或谈判；按规范要求使用，负责不良事件上报工作。</p> <p>4. 名词定义 一次性使用无菌医疗器械是指无菌、无热原、经检验合格，在有效期内一次性直接使用的医疗器械。</p> <p>5. 作业范围 5.1 一次性使用无菌医疗器械审批与采购 5.1.1 对新增的一次性使用无菌医疗器械进行申请、预审、审批和采购。 5.1.2 审核供应商《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械经营企业许可证》、《产品注册证》、《营业执照》。 5.1.3 耗材库房根据一次性使用无菌医疗器械的日常用量及时进行订货，以保障临床的使用。 5.1.4 耗材库房负责一次性使用无菌医疗器械的进货登记和验收，验明产品合格证明文件，记录进货登记项目，包括：日期、品名、规格、单价、生产厂家、产品注册证号、经销商名称、数量、生产批号、灭菌批号、有效期和经手人。 5.1.5 做好一次性使用无菌医疗器械出入库管理，严禁入库、出库过期的和无效的一次性使用无菌医疗器械。 5.2 一次性使用无菌医疗器械的保存 5.2.1 一次性使用无菌医疗器械应存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，距地面$\geq 20\text{cm}$，距墙壁$\geq 5\text{cm}$，距顶$\geq 50\text{cm}$，其环境、温度、湿度等应符合国家药品食品管理部门和说明书列明的相关要求。 5.2.2 一次性使用无菌医疗器械的有效期管理，根据日常用量计算合理库存，发放时遵循先进先出的原则。不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用科室。 5.3 一次性使用无菌医疗器械使用前的检查 使用人员在一次性使用无菌医疗器械临床使用前要检查产品的名称、规格型号、产品有效期、灭菌有效期是否符合要求、包装是否完好。若发现包装破损、标识不清、性能不良或损坏的一次性使用无菌医疗器械，应立即中止使用，就地封存，并及时向科主任和设备科耗材组汇报。 5.4 使用一次性使用无菌医疗器械发生可疑不良事件时，按规定逐级上报。发生严重</p>					



不良事件时，应在事件发生后24小时内，报告所在地省级药品监督管理部门和卫生行政部门，参见医疗器械不良事件监测和报告规范。

5.5 一次性使用无菌产品发生安全事件，应在接到报告24小时内上报院感协同处理，其他安全事件应在接到报告24小时内上报医务部协同处理。

5.6 发现有不合格的一次性使用无菌医疗器械，应立即停止使用，就地封存，并及时向科主任和设备科耗材组汇报，不得自行退换。

5.7 对存在缺陷需要召回的一次性使用无菌医疗器械，要配合有关部门做好这些产品的登记和召回。

5.8 医院感染管理科须履行对一次性使用无菌医疗用品的采购、管理和回收处理的监督检查职责。



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



文件编号	NXY Y-SBK-ZD01 8	文件名称	高值医用耗材采购 管理制度	适用范围	全院医用耗材 的管理
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为更好地做好本院医用耗材的管理，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械监督管理条例》（国务院令第680号）、原卫生部《医疗卫生机构医学装备管理办法》（卫规财发〔2011〕24号）、国家食品药品监督管理总局《医疗器械使用质量监督管理办法》（局令第18号）、国家食品药品监督管理总局《一次性使用无菌医疗器械监督管理办法（暂行）》（局令第24号）、原卫生厅《关于下发浙江省医疗机构医用耗材集中采购工作实施方案的通知》（浙卫发〔2012〕1号）、浙江省政府《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法》（省政府令第238号）</p> <p>3. 权责 3.1 分管院领导：负责高值医用耗材采购申请的审批，采购招标或谈判的把控和相关工作的协调； 3.2 设备科耗材组：负责高值医用（含科研、教学用）耗材采购申请的收集、资料的预审，采购招标或谈判的组织，采购的实施，组织入库验收，出库实物的发放； 3.3 库房会计：负责系统账务的出入库登记与管理； 3.4 使用科室：负责高值医用耗材采购申请的提出；按临床需要提出耗材领用的申请，按规范要求使用医用耗材。</p> <p>4. 名词定义 医用高值耗材定义：指直接作用于人体、对安全性有严格要求、生产使用必须严格控制、价值相对较高的消耗型医用器械。</p> <p>5. 作业范围 5.1 购入程序： 5.1.1 高值耗材主要是属于医院专科治疗用材料，如心脏介入、外周血管介入、人工关节、其他脏器介入替代等医用材料；目录外的单价2000元及以上的视同为高值耗材进行管理。 5.1.2 对于高值耗材的选用必须在《浙江省药械采购中心中标目录》内选用； 5.1.3 本院高值耗材一般选用集团耗材目录内产品，如有特殊情况需填写“医用卫生材料临时紧急使用新产品申请单”经审批通过后进行采购。 5.1.4 由设备科对高值耗材供货商及产品资质，按《医疗器械监督管理条例》的有关规定进行审核，查验《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械经营企业许可证》、《营业执照》，《医疗器械注册证》及其附件《医疗器械注册登记表》，医疗器械生产、经营企业法定代表人委托授权书，及销售人员的身份证件，并将所有相关证件复印件存档备查。 5.1.5 高值耗材只能从具有《医疗器械生产企业许可证》的生产企业或具有《医疗器械经营企业许可证》的经营企业购置，所有拟购置的高值耗材都必须有国家药品监督管理局审批的有效注册证，否则禁止购买。 5.1.6 订购的高值耗材到货后，由仓库保管员办理产品交接和验收入库手续，验收内容包括产品外观质量、包装及规定的包装标识（即注册证书编号、产品批注文号）、生产批号、生产单位、型号及规格、合格证等，无菌类高风险器械耗材还要查看灭菌批号和灭菌失效期、进口产品必须有中文标识。 5.1.7 验收合格入库的器械，由保管员办理相关手续并通知申购科室领用，以保证诊疗活动的顺利开展。对于验收不合格的货物，采购员要及时办理退换货的事宜，同时通知申购科室，以便协调相关事宜。</p>					



5.2使用登记规定：

5.2.1手术医生在手术前2-3天向设备科提出高值耗材准备的申请。

5.2.2寄销耗材，由科室向设备科提出申请，经设备科审核后，仓库保管员验收，各科室安排专人对高值耗材进行管理。对通用高值耗材种类、数量进行统计；合理预估下周的进货数量，并备货。定时对耗材的剩余数量进行清点，如有不足或遇特殊状况(如急诊手术)及时备货，或通知手术医生更换适宜的耗材。记录收费信息，确保没有漏费和重复收费。

5.2.3应当按照无菌器械存放要求，妥善保管无菌器械并与其他医疗器械分区储存。

5.2.4使用前应将使用目的、材料类型、基本价格、手术风险告知患者或其家属并请患者或家属在知情同意单上签名认可。操作者当按照操作规程检查无菌器械包装，对小包装出现破损或者超过有效期等情形的无菌器械应当停止使用。

5.2.5医用耗材使用后属于医疗废物的，应当严格按照医疗废物管理有关规定处理。

5.2.6没有批准的材料一律不能使用，否则由此产生的一切后果由使用者个人承担全部责任。



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



文件编号	NXYYSB-K-ZD019	文件名称	医用耗材采购管理制度	适用范围	全院医用耗材的管理
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为更好地做好本院医用耗材的管理，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械监督管理条例》（国务院令第680号）、原卫生部《医疗卫生机构医学装备管理办法》（卫规财发〔2011〕24号）、国家食品药品监督管理总局《医疗器械使用质量监督管理办法》（局令第18号）、国家食品药品监督管理总局《一次性使用无菌医疗器械监督管理办法（暂行）》（局令第24号）、原卫生厅《关于下发浙江省医疗机构医用耗材集中采购工作实施方案的通知》（浙卫发〔2012〕1号）、浙江省政府《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法》（省政府令第238号）</p> <p>3. 权责 3.1 分管院领导：负责高值医用耗材采购申请的审批，采购招标或谈判的把控和相关工作的协调； 3.2 设备科耗材组：负责高值医用（含科研、教学用）耗材采购申请的收集、资料的预审，采购招标或谈判的组织，采购的实施，组织入库验收，出库实物的发放； 3.3 库房会计：负责系统账务的出入库登记与管理； 3.4 使用科室：负责高值医用耗材采购申请的提出；按临床需要提出耗材领用的申请，按规范要求使用医用耗材。</p> <p>4. 名词定义 医用耗材是指在疾病的诊断、治疗、防护、监护和缓解过程中要用到的，具有医疗卫生作用的消耗性工具、材料或试剂。</p> <p>5. 作业范围 5.1 购入程序： 5.1.1 医用耗材准入的审批：医院有关部门要引进新的医用（含科研、教学用）耗材或紧急临时采购时，需填写“卫生材料准入登记表”和“医用卫生材料临时紧急使用产品申请单”，经审批后，按审批的结果执行。 5.1.2 医用耗材的采购：对通过审批的医用耗材按规定的流程进行采购。 5.1.3 对国家或浙江省统一招标的医用耗材，在国家或浙江省招标目录内组织采购； 5.1.4 由设备科对医用耗材供货商及产品资质，按《医疗器械监督管理条例》的有关规定进行审核，查验《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械经营企业许可证》、《营业执照》，《医疗器械注册证》及其附件《医疗器械注册登记表》，医疗器械生产、经营企业法定代表人委托授权书，及销售人员的身份证件，并将所有相关证件复印件存档备查。 5.1.5 医用耗材只能从具有《医疗器械生产企业许可证》的生产企业或具有《医疗器械经营企业许可证》的经营企业购置，所有拟购置的医用耗材都必须有国家药品监督管理局审批的有效注册证，否则禁止购买。 5.1.6 订购的医用耗材到货后，由仓库保管员办理产品交接和验收入库手续，验收内容包括产品外观质量、包装及规定的包装标识（即注册证书编号、产品批注文号）、生产批号、生产单位、型号及规格、合格证等，无菌类高风险器械耗材还要查看灭菌批号和灭菌失效期、进口产品必须有中文标识。 5.1.7 验收合格入库的器械，由保管员办理相关手续并通知申购科室领用，以保证诊疗活动的顺利开展。对于验收不合格的货物，采购员要及时办理退换货的事宜，同时通知申购科室，以便协调相关事宜。</p>					



5.2 医用耗材的使用

5.2.1 医用耗材使用人员应当按照产品说明书、技术操作规范等要求使用医用耗材。医用耗材使用前，使用人员应当按照产品说明书的要求对医用耗材进行检查，无菌医疗器械还应当检查直接接触医疗器械的包装及其有效期限。发现有对包装破损、标示不清、超过有效期限或者可能影响使用安全、有效的医用耗材应停止使用，并及时报告医用耗材组。

5.2.2 设备配套医用耗材的管理：设备配套的医用耗材纳入医用耗材管理范围。

5.2.3 植入与介入类医疗器械管理：对植入类医疗器械应当建立使用记录，记录收费信息，确保没有漏费和重复收费。



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06




文件编号	NXYY-SBK-ZD020	文件名称	医疗器械采购论证、技术评估制度	适用范围	全院医学装备使用科室适用
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为有效利用好各类医疗器械，防止不必要的铺张浪费，做好对医疗器械采购论证、技术评估工作，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械监督管理条例》、《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法》、《医疗器械临床使用安全管理规范》。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 临床使用科室：配合设备科做好医疗器械采购论证、技术评估相关工作。</p> <p>3.2 设备科：负责医疗器械采购前期调研论证、技术评估相关工作，同时做好资料的归档整理工作。</p> <p>4. 名词定义 医疗器械采购论证、技术评估指采购前评估技术可行性和先进性，论证设备适用性。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 医疗器械采购须遵守《医疗器械计划购置审批管理制度》，严格按照预算计划采购。</p> <p>5.2 在执行采购前，临床科室、设备科工程技术人员对即将采购的医疗设备再次进行采购论证及技术评估。</p> <p>5.3 购论证及技术评估的内容应包括：</p> <p>5.3.1 对计划购置的医疗器械的必要性评估；</p> <p>5.3.2 设备的临床使用率、经济效益、社会效益评估；</p> <p>5.3.3 评估厂方能否提供维修资料、技术服务、零配件及消耗品供应等，以及国内和本地区有否维修站点、能否做出及时的维修响应等；</p> <p>5.3.4 对能提供相应产品的各家厂商的医疗设备进行评价，了解其产品在其他单位使用状况、功能利用情况、运行成本、适用性和市场占有率；</p> <p>5.3.5 评价设备对环境、操作人员和病人是否带来不安全的因素，例如化学污染、放射线、电磁波、电子仪器绝缘性、漏电流等问题；</p> <p>5.3.6 对于设备主机及其附属设备进行评价。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会 签发人：朱培江 签发时间：2021-06</p>					




文件编号	NXYY-SBK-ZD021	文件名称	医疗设备巡检制度	适用范围	设备科及医疗设备使用科室适用
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为保证医疗设备的安全使用，及时发现设备使用中的潜在故障或安全隐患，特制订此制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械监督管理条例》（国务院令第650号）、《医疗卫生机构医学装备管理办法》（卫规财发〔2011〕24号）、浙江省药监《医疗器械安全使用资料汇编》。</p> <p>3. 权责</p> <p>3.1 设备科工作人员定期对设备进行巡检。 3.2 临床使用部门设备使用人员及管理人员配合设备科完成巡检工作。</p> <p>4. 名词定义</p> <p>4.1 医疗设备巡检是指按规定周期对设备进行巡视与检查。</p> <p>5. 作业范围</p> <p>5.1 巡检周期原则上月一次，遇特殊情况按需增加巡检次数。 5.2 巡检设备包括高风险、中风险和低风险所有设备。按科室落实巡检，巡检清单每月应与设备台帐核对，看是否有新设备进入或老设备报损，及时更新处理，保持巡检清单和实物相符。</p> <p>5.3 巡检内容：</p> <p>5.3.1 检查设备预防性维护是否需要进行，计量设备是否在有效期之内。 5.3.2 检查医疗设备使用环境是否符合要求，是否存在危及医疗设备安全的潜在因素。 5.3.3 检查医疗设备功能是否正常，配件是否齐全，配件状态是否符合安全要求。 5.3.4 检查使用科室的设备运行状况和日常清洁维护是否到位，记录是否及时、规范。 5.3.5 检查有时钟显示的设备时钟显示是否正确，时间误差是否在允许范围内。 5.3.6 检查急救类、生命支持类设备是否处于应急备用状态。 5.4 使用科室在医疗设备的使用或保管上有不符合规范的情况，巡检人员提出意见，提供指导，并做记录。 5.5 巡检时，可以对医疗设备的使用做出评估，听取使用科室的建议与要求，并做记录。 5.6 巡检结束后，与临床科室反馈巡检中发现的问题，并要求科室负责人在巡检单上签字。 5.7 巡检中发现的问题与建议应记录在案，紧急情况立即解决或向领导汇报。 5.8 每月完成设备巡检并填写好巡检记录，做好巡检小结，定期对巡检中问题进行汇总分析，提出解决方案。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会 签发人：朱培江 签发时间：2021-06</p>					




文件编号	NXY-Y-SBK-ZD022	文件名称	医学装备档案管理制度	适用范围	设备科及医疗设备使用科室适用
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为了规范医学装备档案管理，确保资料齐全，特制定《医学装备档案管理制度》。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗卫生机构医学装备管理办法》卫规财发〔2011〕24号。</p> <p>3. 名词定义 医学装备档案：指采购医学装备所形成的各类文字、图表的文件材料与电子记录等。</p> <p>4. 作业范围 医学装备均应建立管理档案，5万元及以上需提供完整详细的资料，5万以下提供相应的资料，有专人集中统一管理。</p> <p>商务档案内容包括：审批材料、招标采购文件、订货合同、报关单、商检单、验收记录等；技术档案的内容包括设备购前论证、安装单、培训记录、各种技术资料等。医学装备档案资料由设备科收集整理。</p> <p>档案管理员应及时整理、编号、装订、保管有关仪器设备档案，力争准确、完整、系统。医学装备维修、维护、质控记录资料纳入设备档案管理。</p> <p>加强设备档案的保管，严格执行档案保管制度，档案保管期限按照国家相关规定执行。</p>					
<p>审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会 签发人：  签发时间：2021-06</p>					



文件编号	NXYY-SBK-ZD02 3	文件名称	防疫物资管理制度	适用范围	全院
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为进一步加强疫情防控物资的管理,确保物资正常供给,医院工作有序开展,特制定《防疫物资管理制度》。</p> <p>2. 参考文件 《医疗器械监督管理条例》、《浙江省医疗机构药品和医疗器械使用监督管理办法(省政府令第 238 号)》</p> <p>3. 名词定义无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 防疫物资采购</p> <p>4.1.1 防疫医疗设备的紧急采购需按照上级卫生主管部门的规定,做好相关防控设备紧急采购的备案工作,备案审批通过后方可采购。</p> <p>4.1.2 采购部门须尽可能保证防疫物资的充足储备、满足疫情处置和临时救治工作需要,并根据实际情况及时进行物资的调整、补充和更新。</p> <p>4.1.3 防疫物资采购须认真查验供货公司及产品资质证明文件,严格执行验收制度,保障所采购的物资的合法性、有效性。</p> <p>4.2 防疫物资出入库管理</p> <p>4.2.1 防疫物资到货后要及时入库,入库时仔细核对物资信息,按品种、规格、数量、有效期等做好相关登记工作。</p> <p>4.2.2 使用科室需按相关防控要求进行防疫物资的领用,防止过度防护或防护不到位,科室的领用需求需科主任或护士长签字同意。特殊情况下,特殊紧缺物资的领用还需经相关院领导审核。</p> <p>4.2.3 做好防疫物资领用出库的相关登记,如实记录领用品种、数量、领用科室、领用时间等信息。</p> <p>4.2.4 捐赠物资的接收需做好相关信息的登记,并做好捐赠台账,详细记录捐赠物资的出入库明细。</p> <p>4.3 防疫物资储存管理</p> <p>4.3.1 防疫物资的管理要依据物资类别、性质和要求安排适当的存放仓库、场地,做到分类存放,方便领取,安全整洁。</p> <p>4.3.2 防疫物资的储存应符合要求,器仓库保管员应每天监测并记录库房温、湿度,确保通风、防潮、防霉、防蛀、防盗、防火等。</p> <p>4.3.3 易燃、易爆、易腐蚀等的防疫物资需按危化品的相关要求进行管理,确保物资存放安全。</p> <p>4.3.4 仓库管理人员需定期对防疫物资进行盘点,确保账实相符。同时加强捐赠物资的定期盘点工作,做到账实相符、账目明晰。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会(组织): 集团医学装备与医用耗材管理委员会 签发人:  签发时间: 2021-06</p>					



文件编号	NXYY-SBK-ZD024	文件名称	医疗器械试用管理制度	适用范围	全院
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为了加强我院试用医疗器械的管理，保证临床医疗的安全，特制订此工作制度。</p> <p>2. 主要参考文献 《医疗器械使用质量监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局令第 18号）、《医疗器械监督管理条例》（国务院令第 650号）。</p> <p>3. 名词定义 3.1 试用医疗器械：指非医院采购、因临床科室的新项目开展或新技术引进等需要的新耗材、新设备，不含受赠、借用、临床试验等。</p> <p>4. 内容 4.1 因临床新项目开展或新技术引进而需要的新耗材、新设备，应符合国家相关法律、法规及医院相关规章制度，使用科室须在办公网络平台填写相应的申请单，经审批同意后方可试用。任何部门、个人不得擅自使用外来设备，因未经审批擅自使用造成的一切后果由当事人自负。</p> <p>4.2 医学装备试用原则： 4.2.1 产品具有国家法律法规要求的资质证件； 4.2.2 试用期内供方承担所有费用和责任。</p> <p>4.3 试用医疗器械必须具备《医疗器械产品注册证》，提供医学装备的单位必须具备《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械经营企业许可证》、《营业执照》等有效证件。属计量、辐射、压力容器类的医学装备，须提供相关部门的检测合格报告或证书。</p> <p>4.4 医疗器械试用审批流程： 4.4.1 医疗设备试用：使用部门应通过办公审批流程，填写试用申请表，说明申请理由和试用期限，保证信息的完整性和真实性，医务部（或护理部）、设备科审核，分管院领导审批同意后方可试用。原则上，医疗设备的试用，不超过 6个月。试用期内医院不承担维修、耗材等费用。 4.4.2 医用耗材试用：使用部门通过办公审批流程，填写试用申请表，说明申请理由和试用数量，医务部（或护理部）审核临床适用性，经设备部审核，分管院领导审批同意后，方可试用。</p> <p>4.5 未经食药监局注册的临床试验用医疗器械，不适用于本制度。</p> <p>4.6 在医疗器械试用期间，发生不良事件，须按照医院《医疗器械不良事件监测管理制度》执行上报。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会 签发人：  签发时间：2021-06</p>					



文件编号	NXYY-SBK-ZD025	文件名称	医疗设备供应、调配 应急预案	适用范围	全院
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 针对我院临床科室在工作中，发生突发事件（包括突发医疗设备故障、公共突发事件等）而引起的医疗设备短缺的情况，为保障能及时恢复正常运行，特制订此工作制度。</p> <p>2. 应急处置目标</p> <p>2.1 确保患者生命安全。</p> <p>2.2 保障医院正常的医疗秩序。</p> <p>2.3 处置结束后，分析事件原因，对应急处置过程各环节，总结经验教训，提出整改及处理意见，并以书面形式上交相应职能部门。</p> <p>3. 应急处置人员职责</p> <p>3.1 应急预案领导小组：分管院领导、设备科科长、设备维修负责人。</p> <p>3.2 分管院领导：承担指导、领导职责。</p> <p>3.3 设备科：承担具体落实、组织、协调责任。</p> <p>3.4 科室主任或护士长、工程技术人员：在发生突发事件时，临床科室人员须及时遵照本条例通知相关部门。</p> <p>3.5 在发生突发事件时，医学装备管理保障部门（设备科）须及时启动应急预案。</p> <p>4. 应急处置流程</p> <p>4.1 医疗设备应急供应：</p> <p>4.1.1 如发生突发事件，临床科室急需医疗设备时，请拨打设备科电话：0572-3036214。</p> <p>4.1.2 应急小组相关成员10分钟内（晚间30分钟内）把备用设备送至医疗现场。优先保障急救类、生命支持类设备的供应。</p> <p>4.1.3 如遇库房没有备货或者医用耗材备货不足，立即启动院内调配。</p> <p>4.2 院内调配：发生突发事件时，设备科协助临床科室查询院内是否有所急需的相同医疗器械，如有可在院内紧急调配。</p> <p>4.2.1 任何科室在遵行轻重缓急的原则下不得违背应急调配预案，调配顺序优先保障原则：急诊—>ICU—>各病区。</p> <p>4.2.2 院内调配：设备科（夜间及节假日可报告医院行政总值班）负责，由使用科室直接拨打值班电话联系。在使用完成后经设备科相关人员检查确认后归还原使用科室。</p> <p>4.3 院外调配：如遇院内确实无法调配时，由医务科、设备科及时向院领导汇报，并由医务部联系兄弟医院借用或由设备科联系设备供应商借用，按照距离由近及远。</p> <p>5. 应急调配流程图：见附件1</p> <p>6. 应急处置人员通讯方式</p> <p>分管副院长：朱培江 666136（移动）</p> <p>设备科：归小琴 660165（移动）（0572-3036214）</p> <p>医务部：石盛生 662896（移动）</p> <p>护理部：蒋惠芳 669281（移动）</p> <p>行政总值班：669999（移动、电信）</p> <p>7. 应急处置培训</p> <p>根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于1次培训。</p> <p>8. 应急处置演练</p> <p>根据“突发事件应急预案管理办法”规范要求，每年不少于一次全员演练。针对突发公共事件，可联合急诊科每年度进行实战演练。</p>					



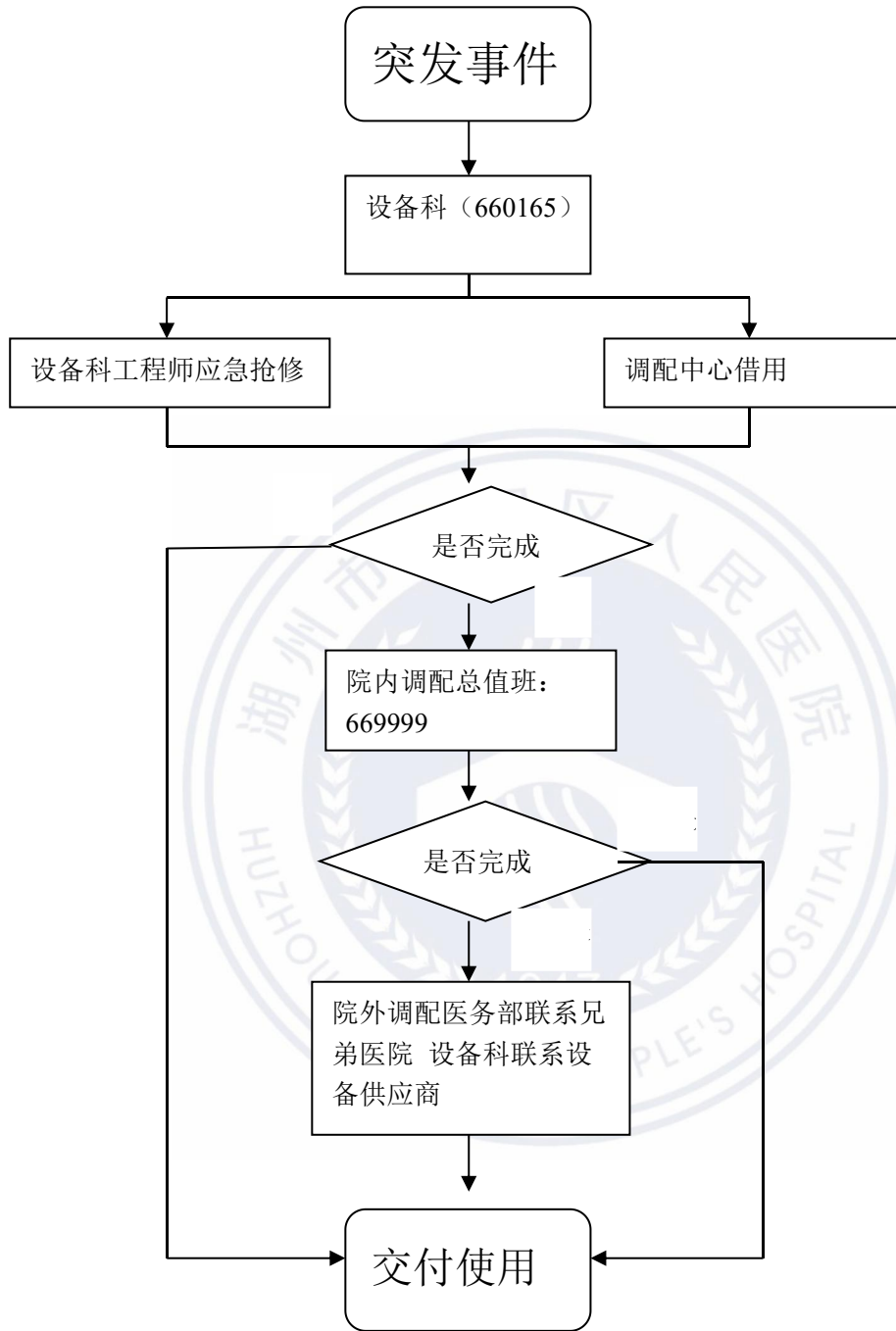
9. 应急人员处置清单		
<p>编组：发现者 责任人：第一发现者 处置清单：（1）设备故障，操作人员立即停止操作。（2）电话通知设备科或行政值班（突发公共事件，必须立即通知）。</p>	<p>编组：调配组 责任人：设备科 处置清单：（1）设备科工作人员对机器作出初步评估尽快维修，如遇突发事件查看设备调配中心或全院其他科室是否有同类设备。（2）立即配送相关设备（如有备机），联系有同类设备科室调配。（3）报告科主任和行政总值班相关情况。</p>	<p>编组：管理组 责任人：医务部、设备科、总值班 处置清单：（1）设备科从全院范围内调配；（2）如院内确实无法调配时，医务部、设备科或总值班（节假日和夜间）向院领导汇报，并由医务部联系兄弟医院借用或由设备科联系设备供应商借用。</p>





附件1

应急处置流程图



审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：

签发时间：2021-06



文件编号	NXYY-SBK-ZD026	文件名称	医疗设备故障紧急处理预案	适用范围	全院
制定部门	设备科	修订/核对人	归小琴	内审人	朱培江
<p>1. 目的 为使医疗设备使用者明确设备故障时处理流程，提高临床科室应对突发设备故障停机或紧急启用时的应急能力，保障患者的生命安全，特制订此工作制度。</p> <p>2. 应急处置目标</p> <p>2.1 确保患者生命安全。</p> <p>2.2 保障医院正常的医疗秩序。</p> <p>2.3 确保大型及特殊设备正常运行。</p> <p>3. 应急处置人员职责</p> <p>3.1 应急预案领导小组：分管院领导、设备科科长、大型及特殊设备所在科室主任、技师、护士长及工程技术人员。</p> <p>3.2 分管院领导：承担指导、领导职责。</p> <p>3.3 设备科科长、大型及特殊设备所在科室主任、护士长：承担具体落实、组织、协调责任。</p> <p>3.4 操作技师及工程技术人员：在发生突发事件时，临床科室人员须及时遵照本条例通知相关部门。</p> <p>3.5 在发生突发事件时，医学装备管理保障部门（设备科）须及时启动应急预案。</p> <p>4. 应急处置流程</p> <p>4.1 通用设备突发故障应急流程：</p> <p>4.1.1 如若设备发生故障，使用人员请先切断电源，挂上“设备故障”卡，以防他人误用。</p> <p>4.1.2 使用人员提交维修申请，紧急时可拨打工程师电话。非工作时间拨打总值班电话：669999。电话报修时尽可能告知工程师设备故障现象、紧急程度、是否急需备用设备等，以便工程师作出相应判断及措施。</p> <p>4.1.3 工程技术人员根据报修情况判断故障性质，及时和使用部门联系，并告知初步处理意见。</p> <p>4.1.4 工程技术人员应及时到现场检修，必要时可与使用部门协商直接送至设备科检修。</p> <p>4.1.5 现场无法及时修复的，工程师应及时向使用部门责任人告知处理意见，说明现阶段处理情况及后续处理事宜。</p> <p>4.1.6 对于使用部门送修设备，一般故障应当天处理完毕。超过一天的应向使用部门告知处理意见。</p> <p>4.1.7 备用设备：临床科室可向设备科借用备机。如无设备机，可让工程技术人员在院内借调，紧急情况下可启动《医疗设备供应、调配应急预案》。</p> <p>4.2 大型设备突发故障应急流程：</p> <p>4.2.1 当CT、磁共振、DSA、高压氧等大型设备发生故障时，操作人员应立即停止操作，协助病人安全离开机房并通知工程师。</p> <p>4.2.2 操作人员应在机房门前设置故障告知牌，并由登记处通知门诊、病房相关科室。</p> <p>4.2.3 工程技术人员在确认自己无法修复时应立即与厂家售后服务部门取得联系，请厂家工程师尽快上门维修，在最短时间内修复使用。</p> <p>4.2.4 工程技术人员经初步评估并确认短期内无法修复时，立即向科主任汇报；责任护士或技师应及时做好病人的解释和分流工作。</p> <p>4.2.5 科主任报告医务部、设备科，必要时及时向分管副院长报告。</p> <p>4.2.6 在设备维修期间：</p> <p>4.2.6.1 责任护士耐心做好当日正在等待病人的安抚和解释工作，一旦修复马上通知检查。</p>					

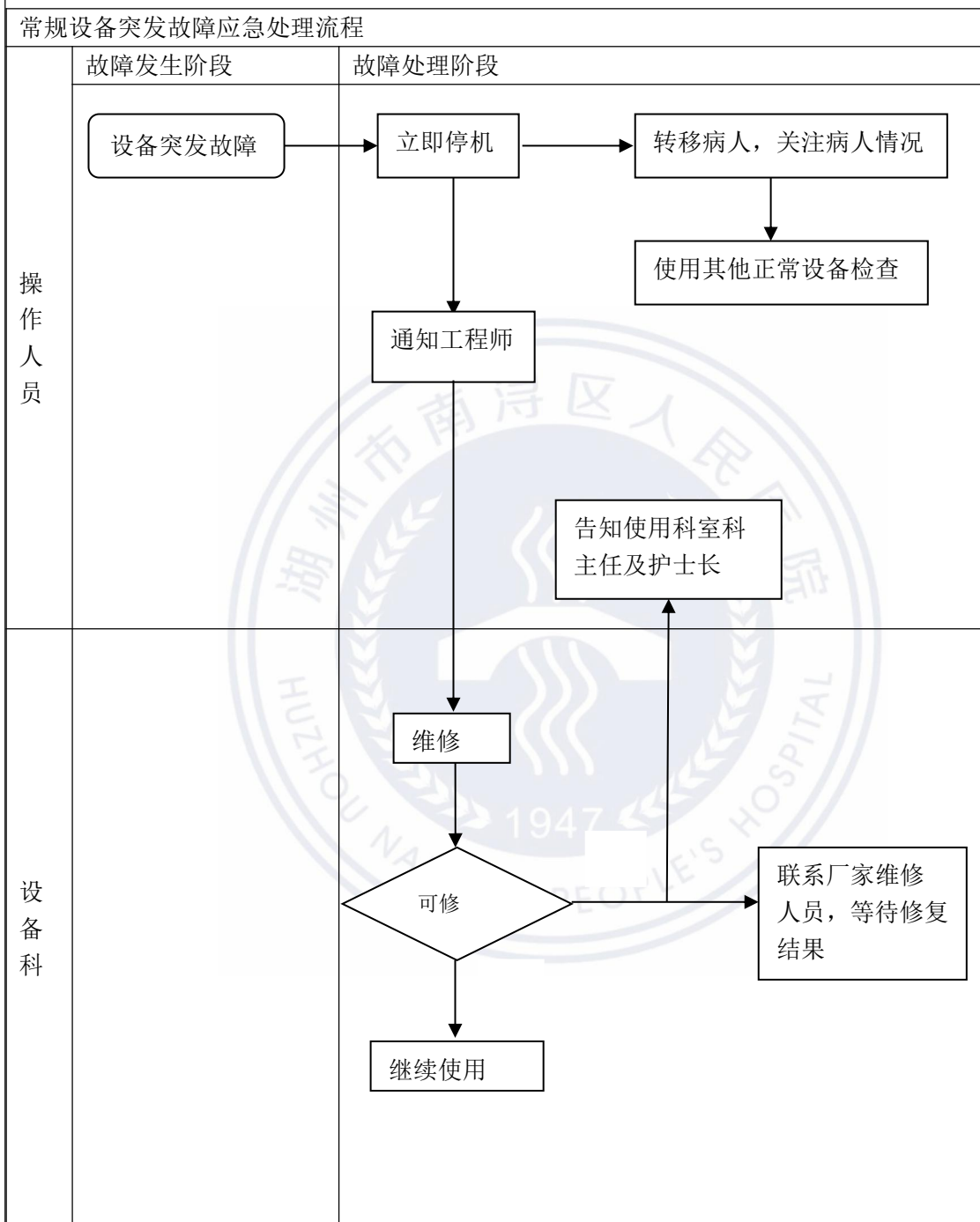


<p>4.2.6.2 责任护士对病情危重需要及时检查的病人可安排到工作正常的机器上进行检查。</p> <p>4.2.6.3 预约中心电话通知已预约的病人，调整预约时间。</p> <p>4.2.6.4 各科医生在开具相关设备的检查申请单时，向病人和家属做好解释工作。</p> <p>4.3 如遇院内确实无法调配的相应设备时，由医务部、设备科及时向院领导汇报，并做出相应的病人诊治安排。</p> <p>5. 应急处置流程图：见附件</p> <p>6. 应急处置人员通讯方式</p> <p>分管副院长：朱培江 666136（移动）</p> <p>设备科：归小琴 660165（移动）（0572-3036214）</p> <p>医务部：石盛生662896（移动）</p> <p>护理部：蒋惠芳 669281（移动）</p> <p>行政总值班：669999（移动、电信）</p> <p>应急处置培训</p> <p>工程师定期组织应急演练培训，每年度至少1次。</p> <p>每年度安排临床科室人员，分批进行培训。</p> <p>应急处置演练</p> <p>针对常规设备的突发故障，可疑组织实地演练。</p> <p>应急人员处置清单</p>		
<p>编组：故障发现者</p> <p>责任人：故障第一发现者</p> <p>处置清单：（1）操作人员立即停止操作，协助病人安全离开。（2）若出现危机情况立即通知医院急救小组到机房现场急救。（3）通知设备科。（4）设置故障告知牌，做好病人的解释和分流工作。（5）通知临床相关科室。</p>	<p>编组：故障维修组</p> <p>责任人：工程技术人员</p> <p>处置清单：（1）工程技术人员对机器作出初步评估尽快维修。（2）在确认自己无法修复时应立即与厂家售后服务部门取得联系，请厂家工程师尽快上门维修。（3）及时将相关情况报告科主任和行政总值班，由科主任报告医务部、设备科，必要时报告分管副院长。</p>	<p>编组：医疗处置组</p> <p>责任人：科主任、护士长、医务部</p> <p>处置清单：（1）耐心做好正在等待检查、治疗病人的安抚和解释工作，一旦修复马上通知检查、治疗（2）若有同类设备，对病情需要及时检查的病人可安排到工作正常的机器上进行检查、治疗。（3）电话通知已预约的病人，调整预约时间。</p>



附件 1

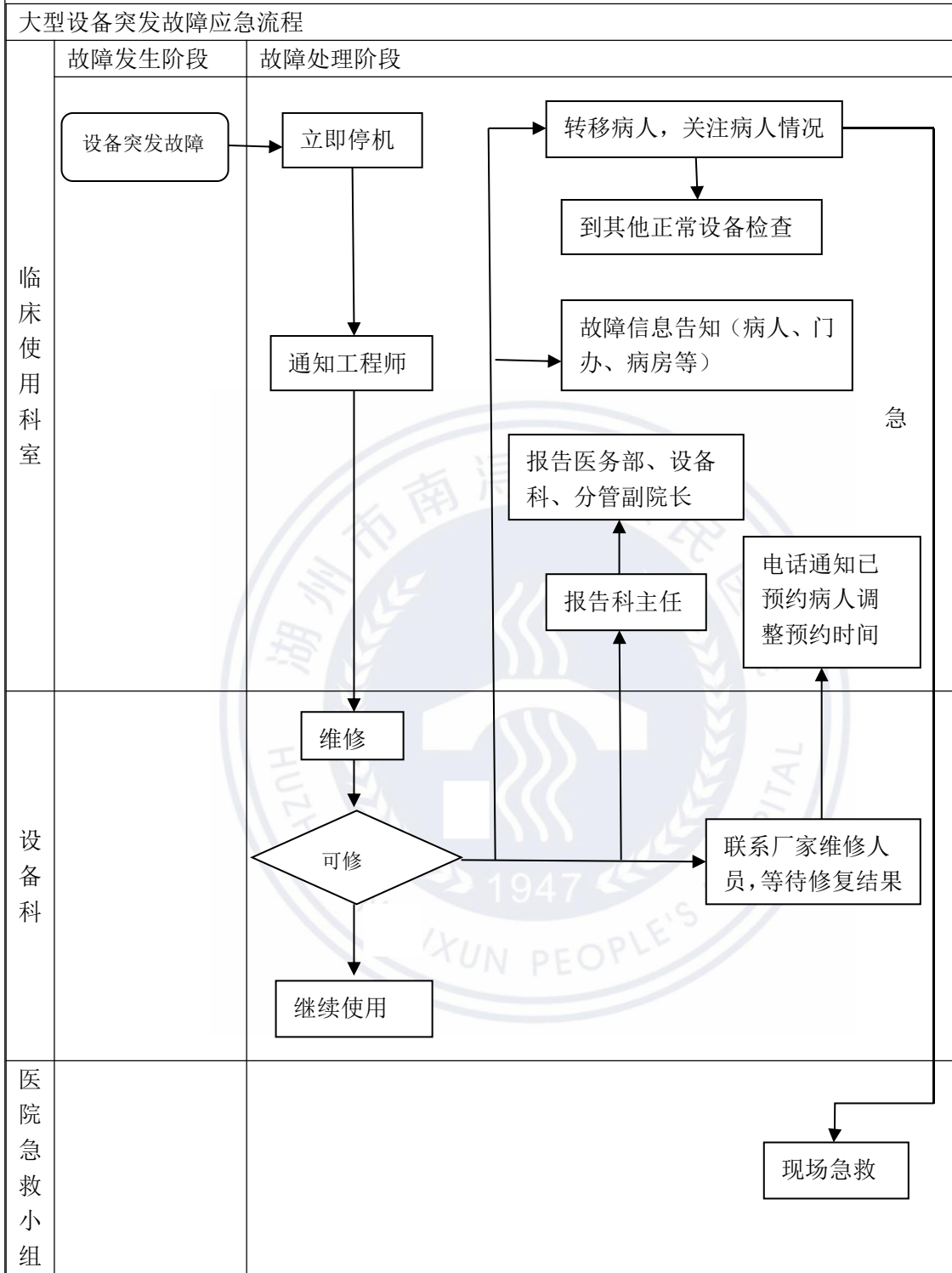
常规设备突发故障应急流程图





附件 2

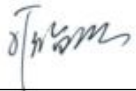
大型设备突发故障应急流程




审批委员会（组织）：集团医学装备与医用耗材管理委员会

签发人：毛建华 签发时间：2021-06

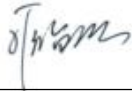


文件编号	NXYY-ZWK-ZD001	文件名称	医院环境卫生质量评比制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	胡红英	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为了加强对医院的科学管理，提供社会群众与医院工作人员良好的就医与工作环境，满足社会对美好生活的需要，特制定医院环境卫生质量评比制度。</p> <p>2. 参考文件：无</p> <p>3. 名词定义</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1在分管院长领导下，由总务科、各职能部门共同成立医院卫生检查小组，全面负责医院卫生工作的实施、督促、检查，保证医院室内外环境整洁、规范。</p> <p>4.2医院工作人员自觉维护公共卫生，树立“讲卫生为荣，不讲卫生为耻”的良好风尚。</p> <p>4.3医院工作人员不随地吐痰、乱丢果皮、纸屑、烟蒂；不乱倒垃圾、污水。</p> <p>4.4所有进入医院的人员包括医院工作人员严禁吸烟，医院工作人员注意个人卫生，穿戴整洁，挂牌上岗。</p> <p>4.5科主任、护士长是科室内卫生的第一责任人，负责督促科室内的保洁工作。科室外医院内的环境卫生由总务科负责。</p> <p>4.6每个季度全院室内、外卫生进行一次大扫除（如房间桌面、地面整洁度，拔草、捡垃圾等）。室外卫生区域划分如下：参照“文明城市检查”评审时各科室分配的地点区域。</p> <p>4.7医院环境卫生检查考评小组对医院卫生每季最后一周检查评比一次，按检查结果给予奖罚。</p>					
<p>审批委员会（组织）： 医院爱国卫生委员会 签发人：  签发时间： 2021-10-18</p>					



文件编号	NXY Y-ZWK-ZD 002	文件名称	医院保洁管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	姚金妹	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为规范医院保洁队伍的管理，提高保洁服务质量，特制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 无</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 保洁公司应按招标文件、投标文件和协议书所规定的服务范围和工作要求对员工加强指导，保质保量按时完成室内、外清卫保洁和勤务工作。</p> <p>4.2 保洁公司应教育和督导员工注意安全防范，遵守劳动纪律。重视仪表仪容，通过教育不断提高整体素质。特殊工种应持证上岗。</p> <p>4.3 指派驻院的管理者应严格抓好管理工作，遵守国家法律、法规和医院规章制度，按要求每天检查清卫工作，随时与护士长等就工作满意度进行沟通，努力使工作做到完善。</p> <p>4.4 保洁公司应对员工定期进行培训教育，对新进人员必须做到先培训合格后方可上岗。其它管理要求详见协议书。</p> <p>4.5 必须服从医院后勤保障科的管理监督和指导。后勤保障科每月组织相关人员对保洁勤务服务工作质量进行考评，考评结果与承包款等挂钩。具体详见保洁勤务工作考核细则。</p> <p>4.6 每季度召开保洁例会一次，由后勤保障科召集，有后勤科、保洁公司相关负责人参加，协商解决工作中存在的问题，提高保洁工作质量。</p> <p>4.7 加强员工院感知识培训，每年院感培训二次。</p> <p>4.8 积极配合垃圾分类工作，按国家要求做好医院垃圾的分类、收集。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2021-10-18</p>					



文件编号	NXYZ-ZWK-ZD 003	文件名称	医院环境卫生管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	胡红英	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为了美化医院的环境，改善患者的就医体验，特制订《医院环境卫生管理制度》。</p> <p>2. 参考文件： 无</p> <p>3. 名词定义： 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 医院提倡爱清洁、讲卫生、讲社会公德，全院员工应自觉维护医院环境和室内卫生。</p> <p>4.2 禁止随地吐痰、乱扔污物、抛弃废物和乱泼污水。</p> <p>4.3 禁止在工作室内存放个人生活物品或食品。</p> <p>4.4 禁止在楼道内存放自行车、物品等。</p> <p>4.5 禁止乱贴标语、宣传广告。</p> <p>4.6 禁止在诊疗区域内吸烟。各部门按要求做好院内控烟工作。</p> <p>4.7 医院辖区内的环境卫生、楼道、会议室、卫生间、病房的清扫保洁工作由卫生清洁工负责。</p> <p>4.8 各科室室内卫生由各科室人员负责。</p> <p>4.9 定期对办公场所和病房及职工宿舍的卫生和安全进行检查，并公布检查结果，检查结果将作为科室或个人绩效考核的参考因素之一。</p> <p>4.10 卫生清洁工按照清扫承担的卫生区段，每日至少清扫两次，每周大扫除一次，并把清扫的垃圾及时清运到垃圾点，做到日产日清，无积存。清扫工具有序存放在规定地点。</p> <p>4.11 清洁工定期做好洗刷和消毒垃圾箱和清扫工具等工作。</p> <p>4.12 职工宿舍、科室办公场所及病房内部的干净整洁，屋内物品放置整齐，适时保持通风，保证空气清新。</p> <p>4.13 医护人员定期向病员宣传讲解卫生知识，做好病员思想工作、生活管理等工作。</p> <p>4.14 医院各科室应认真执行卫生清扫活动，并服从卫生检查人员的指导意见。办公桌椅、地板每天至少要清洁一次，门窗和墙面每月至少清洁两次。</p> <p>4.15 医疗废物管理按《医疗机构医疗废物管理办法》及医院有关规定执行。</p> <p>4.16 全院每季对各科室环境卫生保洁检查不少于一次，并将检查结果报院办。</p> <p>4.17 对维护医院环境卫生表现突出的科室和个人，给予表扬；对违反本规定和科室和个人，根据情节给予批评教育、警告、责令限期改正等处罚。对不能履行保洁协议的清洁工，按照卫生保洁检查结果，予以扣罚工资。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2021-10-18</p>					



文件编号	NXYZ-ZWK-ZD 004	文件名称	后勤人员上岗管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	阮展宇	内审人	阮展宇
<p>为了更好的为全院服务，做好全院的后勤保障工作（包括：水、电、暖、保安、保洁、绿化等），制定以下制度、职责。</p> <p>一、在院长的直接领导下，负责全院后勤的管理和供应保障工作的安排、协调、计划、组织。</p> <p>二、牢固树立面向临床、面向病人、面向老人、面向客人、面向职工的思想，改善服务态度，积极完成工作任务。</p> <p>三、负责整顿院容、院貌、绿化美化事宜，搞好环境卫生、医院污水排放工作。</p> <p>四、以“优质服务、病人、顾客第一、防病治病、便民利民”为宗旨，以加强管理、强化服务、严格纪律、理顺关系为工作方针，切实做好后勤保障工作，为医、教、研、防任务的完成，为医院的改革开放提供优质服务。</p> <p>五、加强班组管理，认真履行职责，坚持下送下收、下修制度，不断改进工作，端正服务态度，提高服务质量。</p> <p>六、加强后勤工作的计划性，各种后勤物资的采购供应，必须做到月有计划、周有安排，提高物资利用率，发挥物资最好的经济效益。</p> <p>七、改进工作作风和工作方法，经常深入科室，了解医疗及各部门的需要和后勤保障中的问题，根据人力、物力的可能，制定工作计划，采取具体措施，及时解决科室的需要和工作中存在的问题。</p> <p>八、完成院领导下达的各种临时性任务。</p> <p>（一）、水</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、后勤负责全院建筑的给、排水管道、水卫设备维修、安装和保养。 2、熟悉全院给、排水设施管网分布，掌握登记各部门计划用水、超额用水数量，定期上报。 3、严格遵守各种规章制度，服从科室领导，按时完成领导交给的工作任务。 4、值班人员坚守岗位，尽职尽责。来电话及时处理，不得无故拖延、积压。 5、遵守纪律，有事请假，去向有行踪。 6、定期维修，保养大型供水设施和清洗各种蓄水箱，并登记记录。 7、主动上门服务，定期征求各部门的意见，向领导提供工作管理方案和设施修、改、装意见。 8、加强材料专人管理，领用材料必须登记，并每月有报表交科室。 9、未经领导允许，不得私自接活、安装、维修，不得私自将材料送人。 <p>（二）、电</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、负责全院供电、照明工作。 2、管好配电间发电房。严格执行供电局劳动局有关高、低压运行的操作规程和全院的各项规章制度。按规定经常巡视配电房、变压器的高压运行情况，并做好详细记录。 3、照明线路、医疗线路、动力线路应分路输送，避免互相干扰 4、备用发电机应经常保持完好待用状态，每月试运行一次。如遇停电，立即进行发电，保证不致因断电而影响工作。对电动机电器设备要定期维修，保证正常运行。 5、建立安全用电管理制度，对工作人员进行用电安全教育，严防发生事故。 6、做好线路、照明设备、动力机电设备的安装、改装、维修以及其他有关电器的维修工作，一般维修任务要做到及时、迅速、牢固、美观并注意节约用料，如遇维修任务较多，要区别轻重缓急合理安排维修工作。 					



（三）、暖

为了保障锅炉正常运行，延长锅炉寿命和锅炉安全、节能，全面保证全院用汽和取暖的需要，特制定如下制度：

- 1、锅炉房是全院供给能源的主要部门之一，要保证全院医疗、生活供暖、高压蒸气的供应。
- 2、司炉工必须严格执行国家有关使用压力容器和环境保护法规，持证操作，工作中要尽职尽责做好安全工作。
- 3、严格执行操作规程，经常检查锅炉运行情况，定期保养锅炉和辅机设备，发现问题及时处理并报告有关部门。
- 4、锅炉房为24小时值班，司炉人员必须严格遵守上下班时间，严格执行交接制度，接班人员未来接班之前，交班人员不得离岗下班，交接班应互相交清锅炉运行情况，并在记录本上双方签字。
- 5、按规定做好锅炉日常维护，定期对锅炉冲洗水位表、考克压力表旋塞、试验安全阀表、一些锅炉辅件，以保证水位表清晰、压力表正确、安全阀灵活可靠。
- 6、非锅炉房工作人员，不准进入锅炉房。
- 7、司炉人员应节约用电、用水，在正常用汽和采暖条件下，对燃料使用应每班记录用煤数量，尽可能降低一切消耗。做到勤添煤、少添煤，使燃料能烧透，节约能源。
- 8、保证锅炉房整洁有序，经常打扫锅炉房和周围环境，做好环保工作。
- 9、水质化验人员必须经考试合格并取得劳动部门颁发的上岗证。按《低压锅炉水质标准》来操作，定时检验水质，保证设备、仪器整洁、正常运转，做好保养工作。
- 10、以上规章制度司炉工及化验人员应认真执行，如有违章，轻者批评教育，重者罚款、扣发工资，造成损失将追究责任。

（四）、保安

- 1、值班人员严格遵守值班时间，不准擅自离开岗位。必须穿戴保安制服，着装整齐、规范。
- 2、值班人员在职工上下班时必须站立在大门两侧，以示文明执勤、检查。
- 3、值班人员对出入车辆和出入人员要进行监督，检查，规范停车位置。（包括自行车、摩托车、电动车）
- 4、严格执行值班交接登记制度，详细登记各种车辆牌号，出入理由、时间等。
- 5、值班人员应经常在院内外进行巡逻、检查，尤其是养老院老人未经许可不许出大门，发现问题及时报告院方。
- 6、按规定时间开关院内路灯、霓虹灯、开水房。。

（五）、保洁

- 1、在清洁管理员领导下，负责本岗位责任制所规定的清洁卫生工作。
- 2、服从分配，搞好个人卫生和仪表。
- 3、按计划实施各项卫生保洁操作，保证日常卫生质量，做到物品摆放有序，地面清洁、无污渍，各种物品表面无尘，墙壁无污迹，高空无塔灰、结网，不锈钢明亮，卫生无死角。
- 4、病房卫生间、走廊定时消毒。
- 5、病员出院后，对其使用物进行全面消毒。
- 6、爱护各种操作工具及清洁用品，物品用后要及时清洗干净，妥善保管。
- 7、熟练掌握各种卫生用品的操作技能，遵守操作规程，提高卫生保洁质量。
- 8、遵守劳动纪律，工作时间不得擅离职守，要爱岗、敬业。
- 9、承办班组交给的临时性工作。



(六)、绿化

- 1、在院方领导下，负责全院的绿化美化工作。
- 2、负责全院花坛、花草、植树管理，合理浇灌、除草、施肥、修剪，做到花木长势繁茂。
- 3、做好花木防虫治病工作，不断改良培育品种。
- 4、负责全院各种会议和其它事务的用花。
- 5、遵守劳动纪律，搞好周围环境卫生。
- 6、值班人员坚守岗位，保证花木和其它设施不被盗窃或丢失。

(七)、电梯

- 1、严格执行安全操作规程，防止事故发生。
- 2、熟悉电梯性能和操作程序，熟练掌握各开关、按钮的功能和使用方法，热爱机器设备，文明操作。
- 3、注意轿内清洁卫生，及时清理各种杂物，保证轿内照明与通讯良好。
- 4、注意安全，防止乘客靠在轿门，禁止装载有毒易燃易爆物品和带有传染病菌的垃圾等。
- 5、遇到电梯发生故障，应保持冷静，不能排除时迅速通知维修人员，并将乘客安全疏散。
- 6、遵守劳动纪律，坚守岗位，热情礼貌待客，不准擅离职守，不准电梯超员行驶。
- 7、做好运行记录，经常保养、维修。下班关机时应在基站进行，值班钥匙不得转借他人。

(九)、房屋、集体宿舍

- 1、全院房屋由后勤负责管理，业务用房未经后勤同意不得改变其用途、结构、内部设备、水电等设置。
- 2、全院房屋及去其它设施设备，由后勤统一调整使用，并及时办理相关手续。使用单位无权向外单位调动和处置固定资产。
- 3、应定期检查和核实院内的房屋和相关设施，发现损坏或丢失应查明原因，书面报告院部。
- 4、使用单位需要增加房屋、家具及其它基础设施时，应写书面报告，报院领导确认后，由后勤购买调整或自作。任何单位、个人无权私自调整房屋、购买物品。
- 5、负责医院的供水、供电、电梯维保、污水检测合同的续签及缴费工作。
- 6、凡住本院宿舍的职工，必须职工本人居住，不得外借，违者责罚款100—200元。
- 7、房屋通道、走廊等公共场地不得堆放杂物，服从后勤管理，严格执行安全防火和卫生制度。
- 8、集体宿舍入住须后勤批准，办理有关手续，按指定房号居住，未经批准不得乱搬。
- 9、集体宿舍不得留宿外来人员，外来人员须在晚上11时前离去。
- 10、室内禁止使用煤炉、电炉，违者除没收炉具外，还每次扣罚20元，发生火灾或用电安全事故要追究责任。
- 11、午休和晚上11时后，音响、电视机要关小音量，不准大声喧哗，以免影响他人休息。

(十)、维修物资采购

- 1、维修物资采购必须根据部门需求，按申请计划采购。
- 2、后勤购买物品必须按项目填写好物品名称、数量、规格、质量、价格等。交仓库保管员入库，由院长审批后，交后勤使用。
- 3、物资采购必须是当月必需的用品，不得超数量以免造成挤压和浪费。



4、急需用品由部门领导填写好急需报修物资申请表，并写明原因，申请数量、规格、大约价格等，交主管领导审批后交后勤解决。

(十一)、维修、维护

- 1、后勤负责全院五金器件，水、电、暖的维修、安装工作。
- 2、各部门如有维修项目[不含小维修]，需填写维修通知单，送后勤主管人员安排。如属抢救、抢修急需，应立即通知人员到现场检修。小维修可直接与后勤维修人员联系解决，但要做好维修后的登记验收。
- 3、定期检查全院的水，电，暖等，及时维修和更换废旧、破漏件。
- 4、严格遵守各种维修技术规程，注意安全，防止意外。
- 5、加强维修材料、工具的使用管理。工具一般不能外借，确实需要，须经科长批准。各类工具每半年清查一次，并报总务科或财产会计。
- 6、全体工作人员应始终贯彻“质量第一，安全第一”的思想，尽心、尽力、尽责、尽职，满足各部门的需要。



审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会

签发人：  签发时间：2021-10-18



文件编号	NXYZ-ZWK-ZD 005	文件名称	基建项目投标管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	阮展宇	内审人	阮展宇

1. 目的

根据社会主义市场经济体制规定，建设市场的行为必须受到政府的监督管理，并符合国家制定的基本建设管理程序、《工程建设质量管理条例》、《工建项目招投标管理办法》的规定。针对本院基建项目的建设特制定本工程招标管理制度。

2. 参考文件：

无

3. 名词定义：

无

4. 内容

4.1. 招标工程的确定：

4.1.1 根据《建设工程招投标管理办法》的规定，确定本院基建项目中应实行招标的建安施工、咨询技术服务、材料和设备的采购。同时向招投标行政主管部门备案。

4.1.2 招标项目的确定，应根据国家法规和制度的要求进行。具体工作由分管领导组织基建项目管理相关人员、招标代理机构和造价咨询机构及其他相关机构集体商议，形成结果后报院相关领导批准。服从相关部门管理，接受纪检委派人员监督。

4.2 招标准备阶段的工作制度：

4.2.1 完善招投标管理和实施力量。

针对各项招标工程的整个过程，招标代理和造价咨询机构必须配备具有相应技术和资质的人员，基建项目管理相关人员和专业工程师也必须到位。

4.2.2 招标工程列入工程建设投资计划，落实好建设资金。

根据设计总概算控制好招标工程的资金额度，在招标前期阶段组织造价咨询、招标代理机构和相关专业工程师讨论资金管理的控制办法，形成书面材料将相关控制因素在后续的招标文件和合同中予以体现。

4.2.3 落实好招标工程满足施工需要的施工图设计文件和技术资料。

4.2.4 落实好施工现场的“三通一平”工作，确定工程招标的范围。

4.2.5 确定招标方式。

由后勤保障科组织基建项目管理相关人员、专业工程师、招标代理机构和造价咨询机构进行讨论，根据国家及地方招投标管理办法，以及招标项目的自身特点、设计进度、施工方式、自身管理力量、外部环境条件等因素经过充分考虑比较后，确定招标方式并报请相关领导同意。

后勤保障科是基建工程招标管理的归口管理机构。负责委托招标代理事宜以及招标文件审核工作，其他相关部门配合审核相关内容的条款，确保招标工作规范、有序进行。

特殊情况的项目递交院长办公会、党委会讨论决议确定。


在招标范围以外的项目，根据有关部门规定，递交院长办公会、党委会讨论决议确定。

审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会

签发人：

签发时间：2021-10-18

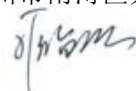


文件编号	NXY Y-ZWK-ZD 006	文件名称	垃圾分类管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	姚金妹	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为了加强医院生活垃圾分类的管理, 结合医院实际情况, 特制订本工作制度。</p> <p>2. 参考文件 2.1 2019年8月21日浙江省《城镇生活垃圾分类标准》 2.2 湖分类办(2020)6号《关于进一步推进生活垃圾分类“减桶提质”工作的指导意见》</p> <p>3. 名词定义 生活垃圾: 在日常生活中或者为日常生活提供服务的活动中产生的废弃物以及法律法规规定视为生活垃圾的废弃物</p> <p>4. 内容 4.1 分类设施设置 4.1.1 办公区域: 所有办公室、会议室按“可回收物”、“其他垃圾”二分类设置垃圾桶; 每楼层在投放方便的区域按“可回收物”、“易腐垃圾”、“其他垃圾”三分类设置垃圾桶; 每幢楼在进出的显著区域设置一个“有害垃圾”投放点。 4.1.2 在院区内主干道、主要出入口等位置设有“可回收物”、“其他垃圾”二分类设置: 有利于各类流动人群正确投放垃圾。 4.1.3 各候诊区配置“可回收物”、“其他垃圾”垃圾桶、各诊室配置“其他垃圾”垃圾桶; 每层门诊楼、住院楼配置“可回收物”、“其他垃圾”“易腐垃圾”垃圾桶。医院的生活垃圾分类应区分医疗废弃物与生活垃圾, 严禁混杂投放。 4.1.4 食堂及餐饮店所产生的餐厨垃圾按要求设置“易腐垃圾”“其他垃圾”收集容器。</p> <p>4.2 分类收运要求 4.2.1 有害垃圾投放要求: 科室有害垃圾统一交由物业专职人员收集后放置在医院生活垃圾暂存处红色有害垃圾桶中, 每月一次由南浔区分类办 负责派专职人员上门收取。 4.2.2 可回收物投放要求: 根据可回收物的种类和量, 放入蓝色可回收桶内, 由医院指定回收人员(外包)收集并处理。 4.2.3 易腐垃圾投放要求: 根据“减桶提质”要求, 易腐垃圾由保洁人员收集时进行二次分拣, 存放于医院生活垃圾暂存处, 由环卫所负责运送, 日产日清; 食堂在主要产生区食堂一楼设有易腐垃圾投放桶, 由食堂工作人员负责收集, 分拣, 再由专职公司(湖州旺能公司)回收, 日产日清。 4.2.4 其他生活垃圾: 由保洁人员收集, 统一交由物业公司专职人员运送至医院生活垃圾暂存点, 后由环卫所负责收运。 4.2.5 生活垃圾和医疗垃圾不能混放。收集容器必须加盖, 不得外露外泄。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会(组织): 湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人:  签发时间: 2021-10-18</p>					



文件编号	NXY Y-ZWK-ZD 007	文件名称	膳食科工作制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	胡红英	内审人	阮展宇
<p>1. 认真学习业务,不断提高炊管人员管理素质,全心全意为第一线职工及伤病员服务。</p> <p>2. 定期组织炊管人员进行健康检查,未经检查合格者,不得进入食堂工作。</p> <p>3. 督促检查膳食卫生达到“五四”要求,炊管人员要严格遵守《食品卫生法》。</p> <p>4. 努力提高烹饪质量,计划配制符合病人治疗和营养要求的饮食,定期与病室护士联系,以满足各类病员的需求。</p> <p>5. 科室配餐人员,应了解各种饮食的配制原则和内容,按照病室的通知要求,计划调配符合病人需求的各种饮食,陪餐人员每天上午应将次日的饮食菜谱通知住院病员,并逐床预定,食堂炊事人员按计划配制,不得随意改动。</p> <p>6. 保持室内外环境整洁,做到墙面无蜘蛛网,地面无污垢,室内无鼠、无蝇、无蟑螂,食具餐具消毒,存放有序,并有纱窗、纱罩等装置。</p> <p>7. 加强出入库管理和进货的管理,保证食品质量安全。</p> <p>8. 加强库房管理工作,常备食品实行四定:定量(定常备库存量)、定位(每种食品存放位置固定)、定时(定时清仓查库)、定人(指定专人管理),购入领出手续健全,帐物相符。</p>					
<p>审批委员会(组织): 湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人:  签发时间: 2021-10-18</p>					



文件编号	NXY Y-ZWK-ZD 008	文件名称	食品安全管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	胡红英	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为保证食品安全，保障医院员工、病人及病人家属身体健康和生命安全，制订本制度。</p> <p>2. 参考文件 《食品安全法》、《中华人民共和国消防法》等相关文件</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 食品安全按照《膳食科食品安全制度》执行。</p> <p>4.2 消防安全管理方面：</p> <p>4.2.1 油烟清洗情况：</p> <p>4.2.1.1 与具有相应厨房油烟管道清洗资质的服务公司签订协议。</p> <p>4.2.1.2 厨房油烟管道设备每两个月清洗一次，一年共清洗六次。</p> <p>4.2.1.3 每次清洗完都须检查设备是否正常运行方可离开，并做好油烟管道清洗记录。</p> <p>4.2.2 使用天然气情况：</p> <p>4.2.2.1 每月天然气公司派人天然气使用数量进行抄表统计。</p> <p>4.2.2.2 在用汽安全方面，由天然气公司负责专人进行定期检测，包括对天然气设备状态是否完好、天然气有无泄漏、天然气总阀有无关闭等情况进行书面检测，确认是否有无安全隐患存在。</p> <p>4.2.3 用气、用电安全管理方面：</p> <p>4.2.3.1 负责专人使用蒸气蒸饭，在蒸饭工作结束后，及时关闭蒸气阀门。</p> <p>4.2.3.2 加工烹饪食品使用电器时，先检查设备是否安全完好才能插上电源。</p> <p>4.2.3.3 在进行操作时严禁把水洒在电器设备或电源设备上，防止触电事故发生。</p> <p>4.2.4 防投毒事故：</p> <p>4.2.4.1 食堂内部禁止非本科室工作人员进入。</p> <p>4.2.4.2 各操作间按装监控探头，各个库房领完料后及时上锁。</p> <p>4.3 定期对工作人员进行消防知识培训，会正确使用灭火器材。</p> <p>4.4 工作结束后，工作人员须关闭厨房、餐厅所有电闸，切断气（汽）源、电源后方可离开。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2021-10-18</p>					



文件编号	NXY-Y-ZWK-ZD009	文件名称	特种设备安全管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	阮展宇	内审人	阮展宇
<p>(一)特种设备岗位安全责任制</p> <p>安全生产责任制度是特种设备安全管理制度的核心,是明确各级管理人员和岗位操作工在各自职责范围内对安全生产应负责任的制度,充分体现责、权、利相统一的原则,形成全员、全面、全过程的安全管理。</p> <p>1、医院负责人的职责:</p> <p>医院是特种设备安全的责任主体,医院负责人是特种设备安全的主要责任者,应当对医院特种设备的安全全面负责。其主要职责为:</p> <p>(1)建立健全特种设备安全责任制;</p> <p>(2)组织制定特种设备安全规章制度和操作规程;</p> <p>(3)保证特种设备安全投入的有效实施;</p> <p>(4)督促、检查安全工作,及时消除特种设备事故隐患;</p> <p>(5)组织制定并实施特种设备事故应急救援预案;</p> <p>(6)及时、如实报告特种设备伤亡事故。</p> <p>2、特种设备安全管理、使用人员的职责:</p> <p>特种设备安全管理人员应当经特种设备安全监督管理部门考核合格取得相应的资格证书后,方可从事管理工作。参与和协助医院负责人制定特种设备管理制度、设备操作规程等,按照制度要求,对特种设备使用状况进行经常性检查,发现问题应立即处理。在紧急情况时,可以决定停止使用特种设备,并及时报告有关负责人,认为有必要时,可以向当地特种设备安全监督管理部门报告。</p> <p>①遵守劳动纪律,严格执行特种设备安全管理制度和操作规程,确保本岗位的设备和安全设施齐全完好。</p> <p>②持证上岗,严格按照特种设备操作规程操作有关设备,不违章作业,按时巡回检查,准确分析、判断和处理特种设备运行中的异常情况,出现紧急异常情况立即采取措施,启动应急预案,报告领导。</p> <p>③听从指挥,保持本岗位设备的安全和清洁,不随意拆除安全保护装置,有权拒绝违章指挥。</p> <p>④按时参加有关安全技术培训,提高水平,确保特种设备安全。</p> <p>⑤按照部室和安排,认真参加应急演练,做好应急处置等工作。</p> <p>⑥严格执行医院特种设备安全技术档案管理制度,确保部室特种设备安全技术档案齐全完好。特种设备技术档案应至少包括以下内容:特种设备出厂时所附带的有关安全技术规范要求的设计文件、产品质量合格证明、安装及使用维修说明、监督检验证明等;特种设备运行管理文件包括:注册登记文件、安装监督检验报告、年度检验报告、日常运行记录、故障排除及维修保养记录等。</p> <p>(二)特种设备使用管理制度</p> <p>为保证部室使用的压力容器、压力管道等特种设备安全、正常、有效使用,特制定安全管理规定,内容如下:</p> <p>1、特种设备的购置、安装制度。凡属特种设备均应由使用部门提出购置计划,经安全技术部审核并逐级报公司领导批准后,由物资供应部负责购买持有国家相应制造许可证的生产单位制造的符合安全技术规范的特种设备。</p> <p>特种设备安装前,必须先确定具有国家相应安装许可的单位负责安装工作,开工前应按照相关规定向特种设备安全监察部门办理开工告知手续。任何部门不得擅自安装未经批准的</p>					



特种设备。安装完成后，使用部门(或者督促安装单位)应向有关特种设备检验检测机构申报验收检验。

2、特种设备注册登记制度。特种设备在投入使用前或者投入使用后30日内，由使用部门负责向市质量技术监督部门办理注册登记。登记标志以及检验合格标志应当置于或者附着于该特种设备的显著位置，并在有效期内安全使用。

管理人员应明确所有特种设备的安装位置、使用情况、操作人员及安全状况，并负责制定相关的设备管理制度和安全技术操作规程。

3、特种设备安全技术档案管理制度。

特种设备安全技术档案管理，是为特种设备安全运行提供技术保障的唯一可追溯的技术文件。各相关责任人均应给予高度重视和妥善保管。当需调阅特种设备技术档案资料时，档案管理责任人应严格照章办事，履行调用借阅手续并由相关领导审批后，方可交给资料借阅人。

特种设备安全技术档案的主要内容包括：特种设备的设计、制造单位、产品质量合格证明、使用维护说明等文件以及安装技术文件和资料；定期检验和定期自行检查的记录；日常使用状况记录；特种设备及其安全附近、安全保护装置、测量调控装置及其有关附属仪器仪表的日常维护保养记录；运行故障和事故记录等。特种设备档案是从特种设备的设计、制造、使用、检修全过程的文字记载，它向人们提供各个过程的具体情况，也是特种设备定期检验和更新报废的根据。通过建立特种设备档案，可以使特种设备的管理部门和操作人员全面掌握其技术状况，了解和掌握运行规律，防止盲目使用特种设备，从而能有效地控制特种设备事故。

4、特种设备使用制度

①特种设备使用部门的各级管理人员，应具有安全生产意识和特种设备使用管理相关知识，加强特种设备使用环节的安管理工作。

②各设备使用地点、场所应设置安全警示标志，严格进出人员的管理。凡进入危险场所的其他人员(包括领导检查、外来参观、设备检测人员)，应由公司或部室负责人批准，并在安全管理人员、操作人员等陪同下进入，并严格遵守相关规定。设备使用地点严禁吸烟、使用明火、放置杂物等。

③依据《条例》、《特种设备作业人员监督管理办法》规定，特种设备的作业人员和安管理人员应经特种设备安全监察部门考核合格后，方可从事相应特种设备的作业或管理工作。严禁安排无证人员操作特种设备，杜绝违章指挥和违章操作现象。特种设备操作人员在作业过程中发现设备事故隐患或者其他不安全因素，应当立即向设备安全管理人员和部门安全负责人报告。

④各设备使用部门应当对特种设备作业人员进行条件审核，保证作业人员的文化程度、身体条件等符合有关安全技术规范的要求；进行特种设备安全教育和培训，保证特种设备作业人员具备必要的特种设备安全作业知识。培训应做出记录。特种设备作业人员的资格证书到期前三个月，应提出复审申请，复审不合格人员不得继续从事特种设备的作业。

⑤特种设备作业人员应当严格执行特种设备的操作规程(操作规程可根据法规、规范、标准要求，以及设备使用说明书、运行工作原理、安全操作要求、注意事项等内容制定)和有关的安全规章制度。

设备运行前，做好各项运行前的检查工作，包括：电源电压、温度、压力、安全防护装置以及现场操作环境等。发现异常应及时处理，严禁不经检查强行运行设备。

设备运行时，按规定进行现场监视或巡视，并认真填写运行记录；按要求检查设备运行状况以及进行必要的检测；根据经济实用的工作原则，调整设备处于最佳工况，降低设备的能源消耗。



当设备发生故障时，应立即停止运行，同时启动备用设备。若没有备用设备时，则应立即上报主管领导，并尽快排除故障或抢修，保证正常经营工作。严禁设备在故障状态下运行。

因设备安全防护装置动作，造成设备停止运行时，应根据故障显示进行相应的故障处理。一时难以处理的，应在上报领导的同时，组织专业技术人员对故障进行排查，并根据排查结果，抢修故障设备。禁止在故障原因不清的情况下强行运行。

当设备发生紧急情况可能危及人身安全时，操作人员应在采取必要的控制措施后，立即撤离操作现场，防止发生人员伤亡。

5、特种设备的维护保养制度。特种设备的维护、保养必须由有资质的单位或有特种作业操作证的人员进行。各使用部门应加强特种设备的维护保养工作，对特种设备的安全附件、安全保护装置、测量调控装置及相关仪器仪表进行定期检修，填写检修记录，并按规定时间对安全附件进行校验，校验合格证应当置于或者附着于该安全附件的显著位置，并送交安全技术部门备案。

6、特种设备安全技术性能定期检验制度。

在用特种设备实行安全技术性能定期检验制度。对特种设备进行定期检验，是确保安全使用的必要手段。所有特种设备在运行中，因各种原因会产生一些缺陷，或原有允许的缺陷逐步扩大，产生事故隐患。通过定期检验可以及时发现缺陷，以便能够得到及时处理，消除事故隐患。设备使用部门应按照特种设备安全技术规范的定期检验要求，在安全检验合格有效期满前30天，向医院、向相应特种设备检验检测机构提出定期检验要求。设备使用部门应予以积极地配合、协助检验检测机构做好检验工作。未经定期检验或检验不合格的特种设备，不得继续使用。根据特种设备检验结论，各使用部门做好设备及安全附件的维修、维护工作，以保证特种设备的安全状况等级和使用要求。对设备进行的安全检验检测报告以及整改记录，应建立档案记录留存。

7、特种设备安全检查制度。各责任部室根据设备使用情况，定期(至少每月进行一次)组织安全检查和巡视，发现问题或异常情况应立即处理;情况紧急时，可以决定停止使用特种设备并及时报告安全管理部门，并做出记录。医院安全技术部将采取定期检查和不定期抽查的方式，对各特种设备使用部门的安全生产管理情况进行检查，并将检查结果以书面形式反馈给使用部门。

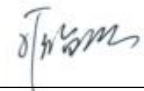
8、特种设备报废制度

标准或者技术规程有寿命期限要求的特种设备或者零部件，或者特种设备存在严重事故隐患，无改造、维修价值，应当按照相应要求予以报废处理。特种设备进行报废处理后，使用部室必须到负责该特种设备注册登记的特种设备安全监察管理部门办理注销手续。

9、其他

设备大修、改造、移动、报废、更新及拆除应严格执行国家有关规定，按医院内部流程逐级审批，并向特种设备安全监察部门办理相应手续。严禁擅自大修、改造、移动、报废、更新及拆除未经批准或不符合国家规定的设备，一经发现除给予严肃处理外，责任人还应承担由此而造成的事故责任。

审批委员会(组织): 湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会

签发人:  签发时间: 2021-10-18



文件编号	NXY-Y-ZWK- ZD010	文件名称	外包服务项目管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	阮展宇	内审人	阮展宇

为了加强医院对外包业务的管理，规范各行业外包行为，防范业务外包风险，根据有关的法律法规制定本制度：

一、各承包商严格遵照合同内容执行，依照法律法规、规章及标准规定，履行合同义务，承担相应安全生产责任。把相应的工作人员名单交与总务科，如有变动及时告知。总务科负责对其工作进行监督考核管理，并在各外包场所公布投诉电话。

二、各承包商如遇到问题需要与其他科室联系，及时与总务科负责人沟通，由总务科负责人与医院其他科室联系。

三、总务科一旦发现承包商未按规定执行合同内容，一般情况下可提出警告，限期改正，如有严重违约情况，可汇报分管领导后，由医院办公会决定是否重新招标更换承包商。

四、医院业务外包期间将由总务科依据合同的规定负责各项的日常考核与服务质量的监控工作，定期收集信息，并将相应的信息填入《外包业务质量统计处罚表》交与财务科作为罚款的依据。


五、总务科部门的负责人员为外包业务承包商的考核管理成员，负责安排人员进行监督、记录外包业务承包商的日常工作，进行现场指挥和协调工作。



审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会

签发人：  签发时间：2021-10-18



文件编号	NXY-Y-ZWK-ZD011	文件名称	医院公共设备设施管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	阮展宇	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 对医院公共设备管理及维护检修工作，确保医院医疗、教学、科研及医院管理的各项要求。</p> <p>2. 参考文件： 无</p> <p>3. 名词定义： 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 负责全院水暖、蒸汽管道设施、全院办公医疗、用电线路、照明设施的维修、小型安装任务。中央空调系统的运行管理及维护保养工作。</p> <p>4.2 维修人员应熟练掌握基本操作技术，严格遵守操作规程，保证安全生产。</p> <p>4.3 了解和掌握医院范围内蒸汽管道、给排水管道和暖通有关设施运行情况。主要管道设施应有计划定期修缮、加强保养管理、做到不漏水、不漏气。</p> <p>4.4 严格执行 24 小时值班制度，坚守岗位，随叫随到，接到维修通知，应及时赶到现场进行维修。遇到重大事件必须及时向上级领导汇报，并作好纪录备案。</p> <p>4.5 执行定期主动巡回制度，及时发现故障隐患，以主动修理和用户报修相结合的方法完成各项维修任务。</p> <p>4.6 对报修任务当天完成，修理完毕，应有报修部门签字认可（包括主动修理项目），对有一定工程量，难度大的工程，应当向使用科室做好解释工作。</p> <p>4.7 不经批准，不准为私人安装水、暖设施。对擅自滥用管材配件造成浪费损失者，应追究责任，严肃处理，由当事者承担一切经济损失。</p> <p>4.8 严格领料手续，坚持凭耗料单领料制度，厉行节约，做到物尽其用、节约开支。爱护工具设备，妥善保管，更新工具要交旧发新。</p> <p>4.9 必须具备电学的基本知识，持有证书。熟练掌握电业安全工作制度。对医院主要线路、设施应基本掌握，有计划地定期对设备设施进行保养，确保供电安全运行。</p> <p>4.10 配电室设值班电工负责高压配电的运行管理，值班人员应遵守规定时间准时上下班，值班时应坚守岗位，不得无故擅离工作岗位。在发生停电倒闸操作时，应遵守医院高配房工作制度和规定的操作程序。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2021-10-18</p>					



文件编号	NXYZ-ZWK-ZD 012	文件名称	医院合同管理制度	适用范围	全院
制定部门	总务科	修订/核对人	阮展宇	内审人	阮展宇
<p>制定合同管理制度是规范医院对外经济交往管理的重要内容,相关部门和人员必须严格遵守,切实按本办法执行。</p> <p>一、合同签订</p> <p>1. 合同谈判应由院领导或相关部门负责人共同参加,谈判人员不少于3人,不得在未经授权的情况下单独与对方谈判。</p> <p>2. 签订合同应遵守国家的法律、法规及有关规章。医院授权委托人在签订合同过程中都必须以维护医院合法权益和有益于医院发展为宗旨,决不允许在签订合同时假公济私、损公肥私、谋取私利。违规者将按相关规定严肃处理,违法者移交司法机关惩处。</p> <p>3. 各合同签订部门具体负责各自职责范围内的合同拟稿工作。合同内容需经部门负责人、法律事务科、分管领导审核;重大合同(如合同金额在一百万元以上的采购、建设工程、委托设计合同,涉及并购、资产置换、合资合作等合同,涉外合同,为其它单位提供担保的合同,涉及房屋等不动产产权变动的合同)必须经医院法律顾问审查,最后由院长审批同意后方可签订。</p> <p>4. 合同是医院对外经济交往的重要依据和凭证。合同订立时应采用书面形式,内容要完整,基本要素应齐全,即标的(指工程项目等)、数量、质量、价格(或报酬)、履约期限、地点和方式、违约责任、解决争议方法等条款应当明确具体,文字表达明确严谨。</p> <p>5. 未经院长授权,院内任何个人不得以医院或医院下属单位的名义对外签订合同。订立合同的授权委托分固定期限委托和业务委托两种授权方式,法定代表人特别指定的人员采用固定期限委托的授权方式,其他人员均采用业务委托的授权方式。</p> <p>合同金额在3万元(含3万元)以下的,可由院长授权的职能部门或委托代理人签订;合同金额在3万以上的,可由院长签订。</p> <p>6. 根据法律规定或实际需要(如涉及合资合作、涉外合同、房屋等不动产产权变动)合同呈报上级主管机关鉴证、批准,或报国资委、工商行政管理部门鉴证,或请公证处公证。</p> <p>7. 合同签订谈判应有谈判会议纪要。纪要内容须包含合同签订谈判时间、谈判地点、参加人员、记录人、谈判内容等,附合同之后备查。</p> <p>二、合同履行</p> <p>1. 合同依法签订,即具有法律约束力。相关部门和人员应当严格执行合同约定的义务,确保合同的履行。</p> <p>2. 合同履行完毕的标准,应以合同条款或法律规定为准。没有写入合同条款或法律规定的,一般应以物资交清,工程竣工并验收合格、价款结清、无遗留问题和交涉手续为准。</p> <p>3. 分管该项工作的院领导和该项工作部门负责人应及时了解、掌握合同的履行情况,发现问题及时处理或汇报。否则,因失职造成合同不能履行或不能完全履行,要追究有关人员的责任。</p> <p>三、合同变更与解除</p> <p>1. 在合同履行过程中,应尽力保障合同的正常履行。如确有不可克服的困难而需变更、解除合同的,应在法律规定或合理期限内与对方当事人进行协商。如确需变更、解除合同的,应从维护医院合法权益出发,从严控制,按签订合同的程序办理。</p> <p>2. 变更、解除合同,必须符合《合同法》的规定,并按规定的审批权限和程序办理有关手续。</p> <p>3. 因变更、解除合同而使当事方的利益遭受损失的,除不可抗拒力和法律允许免责任</p>					



的以外，均应承担相应的责任，并在变更、解除合同的协议书中明确规定。

若以变更、解除合同为名，行以权谋私、假公济私之实，损公肥私的，一经查实将从严处理，违法者移交司法机关惩处。

四、合同纠纷处理

1. 合同在履行过程中如与对方当事人发生纠纷时，应按《合同法》等有关法律法规妥善处理。

2. 发生合同纠纷，由该项业务部门和法律事务科负责处理。经双方协商达成一致意见的，应签订书面协议，由双方代表签字并加盖双方单位公章。

3. 若对方单位或当事人在规定的期限届满时，没有执行合同中有关规定，承办人应及时向分管院领导汇报，必要时可向人民法院提起诉讼。

4. 合同纠纷处理或执行完毕，承办人应及时向院领导汇报，并通知有关部门。同时将有关资料汇总、归档，以备案。

五、合同管理

1. 医院对合同实行二级管理，遵循专业归口原则。

2. 已签订的合同均由院办（法律事务科）统一登记编号，经办人签名后，留存一份在档案室备案，另一份由部门自行保管。



审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会

签发人：  签发时间：2021-10-18



文件编号	NXY Y-ZWK-ZD 013	文件名称	爱国卫生运动工作 制度	适用范围	全院
制定部门	门诊部	修订/核对人	阮展宇	内审人	阮展宇
<p>爱国卫生运动是创造两个文明的重要内容，医院是社会的窗口单位之一，是人口流动较多相对集中的场所，更是病人进行诊疗、护理康复的地方，加强爱国卫生运动不但可以促进医院的两个文明建设，更为创建卫生单位作出贡献，同时更重要的为病人提供良好的诊疗康复环境。医院成立爱国卫生运动领导小组，并根据《环境保护法》等制定本工作制度。</p> <p>1. 医院爱国卫生运动领导小组由分管院长领导，相关职能部门负责人组成，分管院长任组长。</p> <p>2. 爱国卫生运动领导小组是医院宣传防病、除害、开展爱国卫生运动的最高管理组织，其主要职能包括：</p> <p>(1) 对医院的建筑、发展规划、布局从环境保护角度进行评议和讨论，使其符合美化绿化的要求。</p> <p>(2) 制定医院的爱国卫生运动的发展规划，并据此制定每年的工作计划和实施细则，监督和督促相应的职能部门落实。</p> <p>(3) 运用多种形式宣传爱国运动卫生知识，一方面向病人宣传环境的保护，和防病治病的有关知识，同时提高全院工作人员讲文明、讲卫生的意识和素质，使医院成为绿草成茵、环境优美的场所，同时又是宣传社会主义精神文明的重要窗口。</p> <p>(4) 按照《环境保护法》和有关文件规定拟订卫生院的环境卫生管理制度，坚持定期卫生检查和评比工作。</p> <p>(5) 遵守社会卫生规范：做到“四不”不乱扔果皮、烟头、纸屑和其它废弃物，不乱倒垃圾污物，不随地吐痰，不在医院公共场所吸烟等。</p> <p>(6) 加强饮食卫生管理。严格执行“食品卫生法”，对食堂经常进行卫生督促检查。严防食物中毒发生。确保饮食卫生。对饮食从业人员进行一年一次体检，全院职工每年一次体检，便于及时发现潜在传染源，确保职工身体健康。</p> <p>(7) 做好外环境三包区卫生工作，并有专职人员负责外环境三包区的卫生清扫工作。</p> <p>(8) 积极开展灭鼠杀虫工作，清除蚊蝇孳生地、积极预防肠道传染病发生，禁止院内乱堆杂物，乱贴乱挂，乱停车辆，制止随地吐痰、丢烟蒂和乱倒废气物。</p> <p>(9) 按照医院感染管理的要求，监督有关科室和个人做好医疗垃圾与污水的处理，使其达到有关部门的排弃要求，定期监测其消毒效果，降低医院感染率。</p> <p>(10) 配合上级卫生主管部门和市容主管部门开展各项爱国卫生运动的检查和评比。</p> <p>3. 医院后勤科负责具体工作的组织和发动，预防保健科负责监督检查全院爱国卫生工作。</p> <p>4. 爱委会领导人员的主要职责是认真学习爱国卫生运动和环境保护法律、法规，努力提高自身业务水平，自觉遵守各项规章制度，深入工作第一线，了解和掌握医院爱国卫生运动开展的情况和存在的问题，对医院的环境治理和保护，提出建设性意见和建议。</p> <p>5. 爱国卫生运动是一项全民卫生运动，全院职工都应熟悉和掌握与医院环境卫生，防病除害有关的规定和要求，提高自身素质，争做爱国卫生运动的模范，各临床医技科室和行政职能科室的负责人作为本部门工作的第一责任人，应将本单位的爱国卫生运动列入科室工作和管理内容之一，经常检查，持续改进，保持环境整洁。</p>					



审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会

签发人：  签发时间：2021-10-18



文件编号	NXYZ-ZWK-ZD 014	文件名称	总务库房管理制度	适用范围	全院
制定部门	门诊部	修订/核对人	阮展宇	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为保证医院各科室物资供应，物资供应满足各科室需要。特制订此管理办法。</p> <p>2. 适用范围 本制度适用于湖州市南浔区人民医院</p> <p>3. 参考文件 无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 物资采购、供应规范及流程</p> <p>4.1.1 总务物资请购审批制度</p> <p>4.1.1.1 总务仓库按各部门所需日常消耗用品，事先做好计划预算报总务科负责人审批。非日常所需物品和超范围规定的办公用品等物品，原则上不予采购。</p> <p>4.1.1.2 因仓库内未备所需物品，单价在 1000 元以下，该部门首次申领的；单价在 1000 元以上的所有低值易耗品、使用年限在一年以上的固定资产及所有办公家具填写《后勤物资采购申请单》或填写专项物品采购申请单。</p> <p>4.1.1.3 申请单应填写清楚，物品名称、规格、单价、数量、总金额以及申请理由，由科主任或护士长签字后，报总务科负责人或（和）分管副院长审批。</p> <p>4.1.1.4 专项物品申请是指数量、金额较大或属于固定资产类以及医院规定需要专项申请的物品，必须由科室书写申请报告，报总务科和分管副院长审批，审批同意后方可进行采购。</p> <p>4.1.1.5 所有物品采购完成后，应及时到总务仓库办理入库登记手续。</p> <p>4.1.1.6 各部门如遇紧急需要特殊物品时，应事先由总务科或分管副院长向院长汇报，在得到领导明确同意后，方可进行采购，事后要及时补填采购申请单。</p> <p>4.1.2 总务物资采购制度</p> <p>4.1.2.1 避免无计划的采购，采购配合其领导部门，根据使用科室提供的产品型号、规格、质量要求采用招标形式，优质优价，货比三家采购。</p> <p>4.1.2.2 总务物资采购规定按《南浔区医疗集团物资采购管理制度》执行。。</p> <p>4.1.3 物资验收制度</p> <p>4.1.3.1 仓管员对进库物资，要按采购计划所规定物资品种、规格、数量和质量逐一验收。</p> <p>4.1.3.2 在验收过程中，对于不合格的物资应拒绝入库，并通知采购及时退换。</p> <p>4.1.3.3 经验收后合格的物资要及时入库就位，并进行进账手续。</p> <p>4.1.4 物资领用制度</p> <p>4.1.4.1 各部门要认真贯彻创建节约型医院的要求。做好本部门物品的领用计划，严格按需领用物品。努力降低成本费用，减少一切不必要的开支。</p> <p>4.1.4.2 各部门要认真按照领用物品制度的规定，由科主任、护士长或指定专人填写《日用品领用单》一式二份，一份本科留存，二份交总务仓库。</p> <p>4.1.4.3 各科室按规定时间每周领用总务物资二次。</p> <p>4.1.4.4 总务仓库做好每 5日、20日的材料发放工作，按各科室、部门的领用清单及时配送。原则上5个工作日配送到科室。做好科室急用物资领用发放。</p> <p>4.1.4.5 各部门急用物资领用请与总务仓库相关负责人联系后领用。</p>					



4.1.5物资发放制度

4.1.5.1发放物资时需掌握先进先出，后进后出的原则，并在数量上根据实际需要加以控制。

4.1.5.2发放各类物品，应向领取人当面点清。

4.1.5.3特殊情况下借出的物品，必须收取借条，及时催还，补办领物手续。

4.1.6物资退库制度

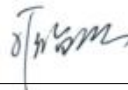
4.1.6.1经鉴定，确实无法使用的物品，可退库，并办退库手续。



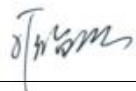
审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会

签发人：  签发时间：2021-10-18

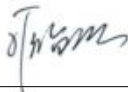


文件编号	NXY-Y-BWK-ZD001	文件名称	公共场所的治安管理制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 执行医院有关制度，加强对公共场所安全管控。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位治安安全管理规定》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 建立健全安全管理制度。</p> <p>4.2 遵守公共道德，提倡精神文明。严禁打人、骂人、造谣中伤、寻衅滋事，扰乱医院秩序。</p> <p>4.3 根据反恐及防盗等要求，在公共部位安装监控报警装置。</p> <p>4.4 设置符合国家规定的安全疏散指示标志和应急照明设施。</p> <p>4.5 公共场所管理人员，加强责任心，严格管理，保持高度警惕。勇于同各种违法、违纪行为作斗争。</p> <p>4.6 发生政治、刑事和治安案件，立即向有关部门报告，并保护好现场，积极提供线索。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					

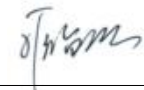


文件编号	NXY-Y-BWK-ZD002	文件名称	保安巡逻制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 根据治安反恐要求及医院有关制度，对保安的要求及管理。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位治安安全管理规定》。</p> <p>3. 名词定义 保安巡逻制度：保安是医院的公开守护和巡逻纠察力量，为了更好地确保医院和职工的生命财产安全，根据我院治安情况，特制定保安巡逻制度。</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 明确保安肩负着医院防火、防盗、防破坏、防治安灾害等重任，应时刻保持高度警惕，自觉遵守国家法令和医院的规章制度，坚持原则不徇私情，严格执勤，恪尽职守。</p> <p>4.2 加强对医院要害部门和重要部位的安全护卫、巡查。白天保证每班一至二位保安在门诊楼维护正常医疗工作秩序及对重要部位防范巡查；夜间坚持每两小时对全院重点部位、病房及院区进行安全巡查，发现隐患及可疑等立即处理和报告。</p> <p>4.3 熟悉执勤区域的环境与治安情况。善于和及时地发现治安情况与违法犯罪地可疑线索，敢于同违法犯罪分子作斗争。</p> <p>4.4 认真做好交接班及当班记录。对当班中巡查的重要部位状态和发现的问题等如何处理、汇报均应登记书写清楚，明确交班。</p> <p>4.5 因嘻逗、瞌睡、巡查不到位，有安全隐患未发现、无记录造成被盗等治安案件发生，按造成的后果追究当班人的责任。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					

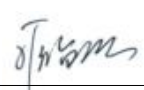


文件编号	NXY-Y-BWK-ZD003	文件名称	外来人员管理制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 执行医院有关制度，针对外来人员的安全管理。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位治安安全管理规定》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 凡在我院的进修生、实习生、规培生以及在院区施工作业人员都必须向医院有关部门进行登记。</p> <p>4.2 承担基建项目的施工人员，由施工单位制订管理措施，落实安全责任人，并受医院保卫科监督。</p> <p>4.3 根据“谁主管、谁负责”的原则，家政保洁人员由后勤主管部门负责管理，实习生、规培生由科教科、护理部负责管理。</p> <p>4.4 所有外来人员必须遵守我院的各项规章制度。</p> <p>4.5 所有外来人员，如有违反医院有关制度的，按医院有关规定进行处罚；对屡教不改者予以辞退或劝离，对有违法行为者将交由公安机关进行处理。</p> <p>5. 流程图（无）</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					

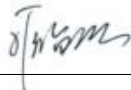


文件编号	NXY-Y-BWK-ZD004	文件名称	医院暴力防范 处置制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为了保障医务人员安全，当发生突发事件能做出快速有效处置，特此制定本制度。</p> <p>2. 参考文件：《企事业单位内部治安保卫条例》</p> <p>3. 名词解释：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 加强医院防范暴力侵害的人防、物防、技防建设，保卫科应采取针对性的预防措施，门诊、急诊、病区和重要窗口部门安装一键报警装置。</p> <p>4.2 门诊、急诊等人流密集急诊科室安排安保人员值守，在患者就诊的重要时段，安保人员开展安全巡视。</p> <p>4.3 医院设立警务室，严格管理安保人员，装备必要安保器械，对监控技防设施的建设进行持续改进措施，有效防范和抵御外来暴力侵害。</p> <p>4.4 加强情报收集和互通，经常性摸排医患中存在的矛盾隐患，对可能引起矛盾激化事件应当做好提前干预的准备，必要时联系辖区公安部门及时干预。</p> <p>4.5 医院保卫科建立突发事件处置制度，定期开展演练。</p> <p>4.6 消控中心收到报警要及时通知安保队员，收到处置指令，就近岗位在 3 分钟内到达现场，其他岗位在 5 分钟内携带装备赶到处置现场。</p> <p>4.7 保安处置突发事件要服从命令，首要任务保护好医务人员的人身安全，做到隔离、劝导和强行处置，对事件有进一步激化有预判性，及时拨打报警电话 110。</p> <p>4.8 加强警院共建。与公安机关及时交流有关的不安全信息，制定相应的防范措施，通过多种形式对医院员工开展法制和安全教育，增强医务人员的法制意识和自我保护意识。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					




文件编号	NXY-Y-BWK-ZD005	文件名称	安全保卫工作责任制	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 加强管理医院内部治安，结合我院实际情况制定本制度。</p> <p>2. 参考文件 《中华人民共和国反恐怖主义法》 《企事业单位内部治安管理条例》</p> <p>3. 名词定义： 无</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 治安保卫工作是医院管理的重要组成部份，由医院治安保卫职能部门负责组织、指导各科室实施。医院各科室应自觉维护本单位的治安秩序，保障安全。</p> <p>4.2 医院治安保卫工作的任务是建立健全治安保卫工作制度，落实治安防范措施，预防和减少违法犯罪，消除治安灾害隐患，保护医院国有资产和职工人身安全，维护医院正常的工作秩序。</p> <p>4.3 医院各科室应根据本单位的具体情况落实防火、防盗、防破坏、防泄密的措施，主要履行以下职责：</p> <p>4.3.1 治安保卫工作应与业务工作同计划、同布置、同检查、同考核、同奖惩、同记录。</p> <p>4.3.2 经常开展社会主义法制和治安保卫工作的宣传教育，增强职工、群众的法制观念和自觉维护本单位治安秩序的意识。</p> <p>4.3.3 各科室不得以任何理由租借工作区房屋供临时工作人员居住。</p> <p>4.3.4 各科室的值班人员，在完成业务工作的同时，必须时刻注意本单位的安全情况，如发现异常，应及时报告安全保卫科。</p> <p>4.3.5 各临床科室应对本科室住院病员进行住院期间防火、防盗及探视制度等宣传。</p> <p>4.3.6 各科室保管使用的贵重精密仪器、设备及毒麻药品、放射性元素，应落实专人、专柜保管，严格执行交接登记制度。</p> <p>4.3.7 各科室在发生刑事、治安案件时，应立即向保卫科或“110”报警，并保护好案发现场。</p> <p>4.3.8 及时调解、沟通本科室职工参与的医疗和民事纠纷，化解各类矛盾，维护本科室正常的就医秩序。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					

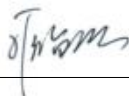


文件编号	NXY-Y-BWK-ZD006	文件名称	医院道路车辆交通安全管理制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的</p> <p>为了维护医院内部道路交通秩序，预防和减少交通事故，保护人身安全，保护医院工作人员、患者及其家属的合法权益和医院的财产安全提高道路通行效率和安全。特此制定本制度。</p> <p>2. 参考文件</p> <p>2.1 《中华人民共和国道路交通安全法》</p> <p>3. 名词解释无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1 医院道路管理规定</p> <p>4.1.1 医院内的车辆驾驶人、行人、乘车人以及与道路交通活动有关的单位和个人，都应当遵守本规定。</p> <p>4.1.2 医院道路交通安全工作，应当遵循依法管理、方便群众的原则，保障道路交通有序、安全、畅通。</p> <p>4.1.1 交通信号包括医院内部道闸、交通标志、交通标线和保安员的指挥。</p> <p>4.1.2 未经允许，任何科室、个人不得擅自设置、移动、占用医院交通设施。</p> <p>4.1.3 道路出现坍塌、坑槽、水毁、隆起等损毁或者交通设施损毁，保卫科应设置警示标志并及时通知后勤维护修复。</p> <p>4.1.4 未经保卫科允许，任何科室和个人不得占用道路从事非交通活动。</p> <p>4.2 医院道路通行规定</p> <p>4.2.1 车辆按医院内部道路指示标志行驶，严禁车辆鸣笛（喇叭）。</p> <p>4.2.2 车辆、行人应当按照交通信号和交通标志通行；遇有保安员现场指挥时，应当按照保安员的指挥通行；在没有交通信号和交通标志的道路上，应当在确保安全、畅通的原则下通行。</p> <p>4.2.3 保卫科根据道路和交通流量的具体情况，可以对机动车、非机动车、行人采取疏导、限制通行、禁止通行等措施。医院有大型活动、大范围施工等情况，需要采取限制交通的措施，应派保安员在现场管理。</p> <p>4.2.4 遇有自然灾害、恶劣气象条件或者重大交通事故等严重影响交通安全的情形，采取其他措施难以保证交通安全时，保卫科可以实行交通管制。</p> <p>4.2.5 机动车进医院道路行驶，不得超过限速标志标明的最高时速。夜间行驶或者在容易发生危险的路段（转弯道）行驶时，应当降低行驶速度，保障行驶安全第一。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会</p> <p>签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					



文件编号	NXY- BWK- ZD007	文件名称	医院内部车辆安全管理制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为加强医院登记车辆管理，特制定本管理制度</p> <p>2. 参考文件 2.1 《中华人民共和国道路交通安全法》</p> <p>3. 名词解释：无</p> <p>4. 内容</p> <p>4.1. 医院在职职工本人使用的车辆，车牌可向保卫科申请登记，登记时需注明姓名、科室、工号和联系电话。</p> <p>4.2. 和医院长期合作或承包社会化服务的公司员工，应由主管科室向保卫科申请登记，登记时需注明姓名、公司名称、联系电话和有效期限。</p> <p>4.3. 规培生、实习生、进修生等人员需要录入车辆的，由主管科室向保卫科申请，登记时需注明姓名、联系电话和有效期限。</p> <p>4.4. 上级医院专家、设备器械维护、基建施工等人员因工作需要录入车辆的，由所在科室负责人向保卫科提出申请，登记时需注明姓名、科室、联系电话和有效期限。</p> <p>4.5. 外来单位、上级主管部门，政府监管部门等人员因工作需要录入车辆的，由院办公室向保卫科提出申请，登记时需注明姓名、科室、联系电话和有效期限</p> <p>4.6. 职工临时更换车辆使用应提前向保卫科提出临时申请，临时申请有效期最长不超过1个月。</p> <p>4.7. 车辆应有序安全出入，规范停放，不占道，服从保安人员指挥。</p> <p>4.8. 车辆应自觉停放在车场内并要做好安全防范工作。如：拉好手刹、关好门窗、锁好车门、不要将贵重物品放置车内等。</p> <p>4.9. 车辆不得堵塞消防通道，任何人发现车辆有火情时，报医院相关部门（消控室619999），并利用消防器材灭火，必要时采取报警措施。</p> <p>4.10. 保安人员发现安全隐患时，要及时联系车主或报告相关部门，并做好重点看护、详细记录等工作，防范事故发生。</p> <p>4.11. 对于损坏交通设施、道闸、建筑物等公物，驾驶员应照价赔偿。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					



文件编号	NXY-Y-BWK-ZD008	文件名称	视频监控管理制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的</p> <p>为落实《中华人民共和国保密法》、《企事业单位内部治安管理条例》，加强对医院监控资源的依法管理，维护医院正常的医疗秩序，保卫医院全体职工及患者个人隐私，特制定安全保卫本制度。</p> <p>2. 适用范围</p> <p>本制度适用南浔区人民医院范围。</p> <p>3. 参考文件</p> <p>《中华人民共和国保密法》《企事业单位内部治安管理条例》</p> <p>4. 作业内容</p> <p>4.1 监控室管理制度</p> <p>4.1.1 监控人员应坚守岗位，认真履行岗位职责，严格执行各项规章制度和安全操作规程，做好24小时的日常监控工作，确保监控系统的正常运行。</p> <p>4.1.2 监控人员爱护和管理好监控室的各项设备和设施，严格操作规程，不得无故中断监控，删除监控资料，确保监控系统的正常运作。</p> <p>4.1.3 监控设备系统发生故障时，应及时报修并做好登记。</p> <p>4.1.4 无关人员未经许可不准进入监控室。严禁携带易燃、易爆、有毒的物品进入控制室。</p> <p>4.1.5 公安、司法等外来人员到监控室查询情况，必须出具有效证件，经保卫科负责人同意后方可进行监控查询，如对方要拷贝资料必须填写申请表并经保卫科负责人审核及分管院长的审批。</p> <p>4.1.6 严禁利用监控设备从事与工作无关的事。不准在监控室聊天、玩耍，不准随意摆弄机器设备。</p> <p>4.1.7 监控人员要严守保密制度，不准将监控系统的功能、监控情况向他人透露。不得在监控室以外的场所议论有关监控录像的内容。</p> <p>4.1.8 加强卫生管理，保证室内环境和监控设施整洁。室内严禁烟火，水杯应放置在远离电器设备的地方。</p> <p>4.1.9 监控视频录像符合《视频安防监控系统技术要求》。</p> <p>4.1.10 监控系统出现故障时，立即联系维修人员，重要部位损坏或出现故障要求一小时内前来修理。</p> <p>4.1.11 视频监控进行24小时图像记录，保存时间大于等于30天。</p> <p>4.1.12 系统应具有时间、日期的显示、记录和调整功能，时间误差小于等于30秒。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					



文件编号	NXYY-BWK-ZD009	文件名称	视频监控资源 使用程序	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇

1. 目的
为规范视频监控资源的有效合理使用，特制定本使用程序。
2. 主要参考依据
《机关、团体、企业、事业单位治安安全管理规定》。
3. 名词定义
无
4. 制度内容
 - 4.1 单位或个人因需要查看视频监控的必须经保卫科负责人同意。
 - 4.2 需要拷贝监控录像必须填写申请表并经保卫科负责人审核及分管后勤副院长的审批。
 - 4.3 公安机关需要查看录像或者拷贝，须持公安机关相关证件。
 - 4.4 严禁未经许可的单位或个人调取、查看、复制视频系统图像信息。



审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会


签发人：

签发时间：2022-03-05

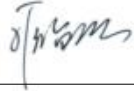


文件编号	NXYY-BWK-ZD010	文件名称	重点部位工作制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 执行医院有关制度，加强要害重点部位安全管理。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位治安安全管理规定》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 根据实际确定医院重点部位，下列部门确定为重点部位：财务、仓库、厨房、医疗废物和废液处置暂存点、档案室、新生儿室、计算机中心、精麻药品库房、重要设备等</p> <p>4.2 重点部位的负责人确定为责任人，认真落实安全管理措施，经常进行安全检查，及时消除隐患，确保重点部位的安全。</p> <p>4.3 重点部位配备安防设施及相应的消防器材。</p> <p>4.4 保卫科加强对重点部位的检查，每月不少于一次；保安对重点部位加强巡查。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					

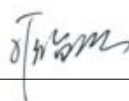


文件编号	NXYY-BWK-ZD011	文件名称	消防安全管理制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 规范管理，预防火灾。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位治安安全管理规定》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 本院消防工作贯彻“预防为主，防消结合”的方针，坚持“谁主管，谁负责”的原则，实行逐级防火责任制。</p> <p>4.2 院消防工作由后勤分管院长负责领导，并由院保卫科对各科室(部门)实施消防安全日常监督检查和管理。</p> <p>4.3 本院每位职工都有维护消防安全，保护消防设施、预防火灾、报告火警、参加灭火的义务，必须严格遵守本制度的各项规定。</p> <p>4.4 各科室(部门)负责人为所在科室(部门)消防安全第一责任人。科室职工在科室消防负责人领导下，做好医疗设备安全检查，用电用火安全、易燃易爆物品管理等消防安全工作，发现火险隐患应及时上报。</p> <p>4.5 按消防法规定，确立我院消防安全重点部位：危险品仓库、新生儿室、医疗废物和废液处置暂存点、档案室、计算机中心、麻醉药品库房、厨房、财务科、重要设备等。</p> <p>4.6 凡划定消防安全重点部位和禁止烟火区域内，不准擅自动用明火及吸烟，因工作需要使用明火(电焊、气焊等)，必须由所在科室申报保卫科审批同意后，并采取相应消防安全措施，方可动火施工。</p> <p>4.7 电器产品、燃气用具等物品购置必须符合国家质量标准，电器设备、线路的使用、安装、铺设和维修，应严格遵守安全操作规程和有关消防技术规定。</p> <p>4.8 任何部门和个人(包括集体宿舍住宿人员)，严禁使用热得快、电炉等电热器具，确因工作需要，须经保卫科同意，并落实责任人。不得私自使用煤气灶具，不得私拉电线，工作场所严禁生活用火或将制热电器用作生活用途，严格执行安全用电用火规定。</p> <p>4.9 根据消防安全要求，院内配置相应种类、数量的灭火器材设备，由保卫科负责购置布局、更换、检查、管理，任何部门和个人不得擅自用、挪位、外借和移作他用。</p> <p>4.10 本院消防安全实行责任区域管理和逐级防火责任制，各科室(部门)防火责任人必须学习消防知识，熟知本部门消防重点，灭火器材操作等，定期向职工宣传消防常识，落实防火措施。</p> <p style="text-align: right;">审批委员会(组织)：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					




文件编号	NXYY-BWK-ZD012	文件名称	用火、用电安全管理 制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 规范管理，预防事故的发生。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1对用火、用电实行严格的消防安全管理。</p> <p>4.2因特殊情况需要进行电、气焊等明火作业的，动火部门和人员应当向保卫科办理审批手续。</p> <p>4.3动火作业必须落实现场监护人，清除动火周围和下面的可燃物，确认无火灾、爆炸危险后方可动火施工。动火施工人员应当遵守消防安全规定，并落实相应的消防安全措施。</p> <p>4.4动火作业后，动火人员和监护人员必须及时清除可能遗留的火种，确认无危险后方可离开现场。</p> <p>4.5严禁私拉乱接电气线路，严禁私自使用大功率电器设备。</p> <p>4.6严禁在用电设备附近堆放易燃可燃物品。</p> <p>4.7电气设备发生火灾时要首先应切断电源，然后组织扑救。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					



文件编号	NXY-Y-BWK-ZD013	文件名称	病区消防安全管理制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 加强病区消防安全管理，预防火灾发生。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 科室应制订消防应急预案，科内所有成员应熟知预案。</p> <p>4.2 科室成员熟悉科内消防设施的位置及操作程序，定期检查，所有消防设施均处于正常完好状态。</p> <p>4.3 常闭式防火门不得上锁或自行加锁改装。</p> <p>4.4 通往安全门、楼梯、走道处禁止堆积或置放堆物，确保疏散通道的畅通。</p> <p>4.5 病区内严禁使用违章电器，加强对微波炉的管理。</p> <p>4.6 电器多用插座切忌插用电器过多，下班前记得切断不使用的设备和电源。</p> <p>4.7 参加医院举办的消防知识培训及应急演练，定期组织本科室消防培训和演练。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					

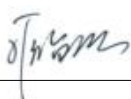


文件编号	NXYY-BWK-ZD014	文件名称	防火检查制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 及时发现火灾隐患，预防和减少火灾事故的发生。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》</p> <p>3. 名词定义 防火检查制度：是检查监督医院消防安全管理工作的落实情况，特此制定每月防火检查制度。</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 保卫科组织人员每月进行一次防火检查，各科室每天进行消防检查。</p> <p>4.2 检查中发现火灾隐患，检查人员应填写防火检查记录。</p> <p>4.3 消防安全检查若发现本单位存在火灾隐患，应及时整改。</p> <p>4.4 检查的内容应当包括：</p> <p>4.4.1 火灾隐患的整改情况以及防范措施的落实情况。</p> <p>4.4.2 安全疏散通道、疏散指示标志、应急照明和安全出口情况。</p> <p>4.4.3 消防车通道、消防水源情况。</p> <p>4.4.4 灭火器材配置及有效情况。</p> <p>4.4.5 用火、用电有无违章情况。</p> <p>4.4.6 重点工种人员以及其他员工消防知识的掌握情况。</p> <p>4.4.7 消防安全重点部位的管理情况。</p> <p>4.4.8 易燃易爆危险物品和场所防火防爆措施的落实情况以及其他重要物资的防火安全情况。</p> <p>4.4.9 消防控制室值班情况和设施运行、记录情况。</p> <p>4.4.10 防火巡查情况。</p> <p>4.4.11 其他需要检查的内容。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					




文件编号	NXY-Y-BWK-ZD015	文件名称	火灾隐患整改制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为有效消除火灾隐患，落实整改责任。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》。</p> <p>3. 名词定义 火灾隐患：是指潜在的有可能直接引起火灾事故，或者是影响人员疏散以及影响灭火救援的一切不安全因素。</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 保卫科在消防安全巡视或检查中，对所发现的火灾隐患进行逐项登记，同时要做好隐患整改情况记录。</p> <p>4.2 各科室对存在的火灾隐患应当及时整改消除并上报有关部门。</p> <p>4.3 在火灾隐患未消除前，各科室应当落实防范措施，确保隐患整改期间的消防安全，对确无能力解决的重大火灾隐患应当提出解决方案，及时向单位消防安全责任人报告，并由单位上级主管部门或当地政府报告。</p> <p>4.4 对公安消防机构责令限期改正的火灾隐患，应当在规定的期限内改正并写出隐患整改的复函，报送公安消防机构。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					



文件编号	NXYY-BWK-ZD016	文件名称	消防设施、器材 维护管理制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 保障消防设备安全有效。</p> <p>2. 主要参考依据 《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1 消防设施器材维护实行定期维护保养制度，具体由保卫科组织实施，各部门发现消防设施器材出现的问题要及时向保卫科报告。</p> <p>4.2 消防设施器材日常管理实行部门归口管理，各部门对本责任区内的消防设施器材的完好有效情况负责。</p> <p>4.3 消防设施和消防设备定期测试：</p> <p>4.3.1 与具有建筑消防设施维护保养能力的单位签订维护保养合同，每月进行一次维护保养，每年至少进行一次功能检测，确保其正常使用。</p> <p>4.3.2 每月对报警阀进行一次放水试验，消防水泵每月启动运转一次并模拟自动控制启动运转一次。</p> <p>4.3.3 防排烟风机每月启动检查一次。</p> <p>4.3.4 室内消火栓每月进行两次检查。</p> <p>4.3.5 其它消防设备的测试，根据不同情况决定测试时间。</p> <p>4.4 消防器材管理：</p> <p>4.4.1 定期对灭火器进行检查，不符合标准的进行更换、灌装。</p> <p>4.4.2 定期巡查消防器材，保证处于完好状态。</p> <p>4.4.3 对消防器材应经常检查，发现丢失、损坏应立即补充登记并上报。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					



文件编号	NXYY-BWK-ZD017	文件名称	消防安全教育 培训制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的 为了提医院职工的消防安全意识，做好消防安全教育工作，避免火灾事故的发生，特建立此制度</p> <p>2. 主要参考依据 《中华人民共和国消防法》、《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》。</p> <p>3. 名词定义 无</p> <p>4. 制度内容</p> <p>4.1消防安全教育与培训，是贯彻消防工作“预防为主，防消结合”方针和加强防火管理的一项重要措施，各科室应高度重视，认真执行。</p> <p>4.2把消防培训纳入职工培训计划中，对新职工、重点岗位人员、特殊工种人员，必须经过消防培训；未经消防安全教育、培训的职工不得上岗。</p> <p>4.3每年对全院职工进行一次消防培训和灭火疏散演练。</p> <p>4.3.1有关消防法规、消防安全制度和消防安全的操作规程；</p> <p>4.3.2本单位、本岗位的火灾危险性和防火措施；</p> <p>4.3.3会检查和使用消防器材，会查找火灾隐患的能力；</p> <p>4.3.4报火警、扑救初期火灾以及自救逃生的知识和技能。</p>					
<p>审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会 签发人：  签发时间：2022-03-05</p>					



文件编号	NXYY-BWK-ZD018	文件名称	危化品管理制度	适用范围	全院
制定部门	保卫科	修订/核对人	许佳晨	内审人	阮展宇
<p>1. 目的</p> <p>为了规范危险化学品管理，消除安全隐患，防止事故的发生，保障医院职工、患者、家属及来访者生命财产安全，提供一个安全的医疗环境。</p> <p>2. 主要参考依据：《中华人民共和国消防法》、《中华人民共和国反恐怖主义法》、《中华人民共和国安全生产法》及《危险化学品安全管理条例》</p> <p>3. 定义</p> <p>危险化学品：是指具有毒害、腐蚀、爆炸、燃烧、助燃等性质，对人体、设施、环境具有危害的剧毒化学品和其他化学品。</p> <p>4. 职责</p> <p>4.1 保卫科负责全院危险化学品的消防、反恐的监督管理。</p> <p>4.2 各使用科室第一负责人，为本科室危险化学品管理第一责任人。</p> <p>4.3 各使用科室负责科室危险化学品的保管安全、储存安全及使用管理。</p> <p>4.4 各使用科室必须确定一名危险化学品管理安全员。</p> <p>4.5 各使用科室，必须要有科室的《科室危险化学品管理制度》、《科室危险化学品应急预案》、《科室危险化学品目录》、《科室危险化学品台账》。</p> <p>4.6 各使用科室必须定期进行相应的危险化学品知识的宣传、教育、培训、演练，并做好相关的台账。</p> <p>5. 危险化学品管理</p> <p>5.1 各科室危险化学品入库及科室领取，应严格按手续进行检查验收，并认真做好库存危险化学品的管理工作。</p> <p>5.2 药剂科要加强危险药品管理，严格执行专人负责、专柜专锁、专用处方、专用账册、专册登记“五专”制度，药库凭正式领单发药，处方保存不少于三年，账册保存不少于五年，处方账册销毁报医院领导批准后执行。</p> <p>5.3 使用危险化学品科室的负责人，要经常对使用人员进行行业安全教育并做好安全记录。实习、进修人员使用危险化学品时，带教老师应详细指导、监督，教授安全操作方法，并采取必要的安全措施。</p> <p>5.4 使用科室的危险化学品专职安全员，要定期检查、监督、落实本科室的危险化学品保管使用情况。</p> <p>5.5 危险化学品的空容器、变质废料、废溶液、废渣等应予以妥善处理，严禁随意抛洒。</p> <p>5.6 易燃易爆有毒危险品仓库管理人员，应懂得危险化学品的性能，掌握所管物品的安全管理方法，严格执行各项安全操作规程和各种安全制度，切实落实责任制。</p> <p>5.7 库存易燃易爆有毒物资，要做到仔细盘点和检查，各种包装容器要密封完整无损，各类危险品必须按不同性质，分门别类有秩序存放，严禁混放。</p> <p>5.8 剧毒物品管理体制和使用必须实行双人领料、送料、记账、投料和双锁保管制度，使用场地除专门工作人员外，不准无关人员进入，剧毒物品不准敞开安放，需安置在干燥通风处，每次进库出库后，保管人员均需进行一次安全巡视检查。</p> <p>5.9 危险化学品入库前，必须进行严格检查登记，入库后应当定期检查。</p> <p>5.10 各使用科室，每月必须对危险化学品进行不少于一次的例行检查，并认真做好检查记录，对检查中发现的问题及隐患进行及时整改。</p> <p>5.11 危险化学品仓库必须符合，双人双锁、防盗设施、监控设施等安全规定。</p> <p>5.12 危险化学品领用科室应有专人领用，出入库手工帐及时记录，电脑账及时登记。</p>					



5.13对危险化学品的质量管理、失窃报告和危险化学品不良反应报告情况应符合医院相关制度要求，不得瞒报、漏报、谎报。



审批委员会（组织）：湖州市南浔区人民医院后勤服务管理委员会

签发人：

签发时间：2022-03-05