

医院规章制度

（修订、增补版）

二〇一五年十月

前 言

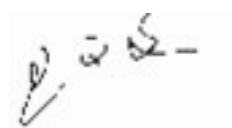
规章制度是医院正常运转的重要保障，是医院实现科学化、规范化和制度化管理的重要依据。

医院历来重视制度建设，在贯彻执行上级有关规定的同时，结合工作实际，制定了系列行之有效的制度，初步形成了医院管理制度体系。这些制度在医院各项工作中发挥了极其重要的作用。

日前，在医院领导班子的指导下，总结分析了近几年医院管理方面的经验，深入研究医改新形势下医院管理的规律，对照卫生行业有关新政策，分析评价已有的工作制度，在此基础上，对既往规章制度进行了清理、修订，并新建了部分制度，形成了《医院规章制度汇编》（2015年增补、修订版）。在增补、修订过程中，特别注意了对卫生法律法规、行业规范和医改政策的贯彻落实，突出“以病人为中心”的服务理念。

本制度汇编自发布之日起，与之相抵触的制度相应废止，未抵触的制度继续有效。

批准人：



2015年10月30日

目 录

一、党群管理制度

1. 宣城市人民医院中层干部问责办法（试行）
2. 调查研究制度
3. 党委中心组学习制度

二、行政管理制度

1. 贯彻落实医疗卫生行风建设“九不准”实施办法
2. 医院公务接待、公务用车管理办法
3. “机关集中学法月”活动实施办法
4. 医院防统方管理制度

三、人事管理制度

1. 职工奖惩办法（修订）
2. 医院综合目标奖实施方案（修订）
3. 医院人才引进福利待遇相关规定（修订）
4. 职工带薪休假实施办法（试行）
5. 考勤管理办法（修订）
6. 外出参会学习及进修管理办法（修订）
7. 未取得对应岗位执业资格人员的处理办法（试行）
8. 继续医学教育学分授予与管理办法（修订）
9. 学术论文发表管理办法（修订）
10. 退休职工返聘管理办法（修订）
11. 医疗三基培训及考核管理办法(修订)
12. 离任中层干部给予津贴的暂行办法（修订）

四、财务管理制度

1. 固定资产日常管理制度（修订）
2. 医疗退费管理规定
3. 收费员收费报帐管理规定（修订）

五、医疗管理制度

1. 临床科研项目中 使用医疗技术的相关管理制度与审批程序
2. 检查、检验结果互认制度
3. 实习生管理规范（修订）
4. 中药饮片质量管理制度
5. 重点学科、重点发展学科、特色专科建设管理办法
6. 医院控制药品使用管理办法（试行）
7. 临床用药动态监测及超常预警制度
8. 医疗纠纷的评估及责任追究制度
9. 医疗安全奖实施办法

六、护理管理制度

1. 门急诊、住院患者陪检制度
2. 危重患者护理理论及技术培训、考核制度
3. 分级护理制度(修订)
4. 护理评估制度
5. 住院患者走失防范管理制度（修订）
6. 住院患者自杀防范管理制度（修订）
7. 深静脉血栓防范管理制度
8. 护士分层级管理制度(修订)
9. 护理风险防范管理制度（修订）
10. 药品的使用及管理规范（修订）
11. 输血器使用与管理规定

七、门、急诊管理制度

1. 医院创建健康促进医院活动实施方案
2. 医院加强和改善门诊服务工作的规定
3. 医院提升门诊工作实施方案(试行)
4. 医院窗口科室深入开展“微笑服务”活动实施方案
5. 医院开展“微笑服务、温馨医院”活动工作实施方案
6. 节假日专家、专病（科）门诊管理办法（修订）

八、院感管理制度

1. 消毒隔离制度（修订）
2. 医院加强院感重点部门多部门协作管理制度

九、招标采购管理制度

1. 医院招标采购管理规定
2. 招标采购中心工作制度
3. 药品库房管理制度
4. 药品采购管理制度
5. 药品入库验收管理制度
6. 药品储存养护管理制度
7. 药品陈列管理制度
8. 不合格药品管理制度
9. 药品有效期管理制度
10. 药品相关票据、记录、台帐、档案及原始凭证管理制度
11. 麻醉、精神药品及医疗用毒性药品管理制度（修订）
12. 药品类易制毒化学品管理制度
13. 放射性药品管理制度
14. 医用耗材使用管理规定（试行）
15. 耗材物资库房管理制度
16. 耗材物资入库验收管理制度
17. 耗材物资储存养护管理制度
18. 库房安全管理制度
19. 医用高值耗材采购使用管理制度（修订）
20. 一次性使用无菌医疗器械管理制度（修订）
21. 危险化学品管理制度
22. 医药购销领域商业贿赂不良记录制度

十、医保管理制度

1. 医保管理员工作制度
2. 宣城市人民医院新农合管理办法
3. 新农合运行管理约谈制度

4. 宣城市人民医院新农合住院费用总额预算管理实施方案
5. 宣城市人民医院新农合药品管理办法
6. 宣城市人民医院新农合按病种付费实施方案
7. 宣城市人民医院新农合“三费”控制管理办法
8. 宣城市人民医院住院患者“三费”控制管理办法(试行)

十一、安全保障、总务后勤管理制度

1. 安全疏散设施管理制度
2. 房屋安全管理制度
3. 节水管理制度
4. 消防安全教育培训制度
5. 消防监控室值班制度
6. 消防设施器材维护管理制度
7. 医院消防安全检查制度
8. 医院应急物资管理制度
9. 用火、用电安全管理制度

一、党群管理制度

宣城市人民医院中层干部问责办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为增强中层干部的法纪意识、责任意识、大局意识和廉洁自律意识，促进中层干部恪尽职守，提高工作效能和工作水平，根据有关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于党支部书记、中层干部（以下简称“中层干部”）。

第三条 对中层干部问责，指医院对其发生违反党风廉政和行风建设规定，不履行或者不正确履行工作职责，造成损失、不良影响和后果的行为进行责任追究。

第四条 问责遵循实事求是、权责统一、公平公正的原则，坚持教育与惩戒相结合，追究责任与改进工作相结合。

第五条 中层干部受到问责，同时需追究纪律责任的，依照有关规定给予党纪政纪处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第二章 问责的内容、方式及适用

第六条 问责内容

- （一）不认真执行党和国家的方针、政策、法律法规和上级指示、决定、命令的；
- （二）对医院相关制度规定、会议决议，拒绝、推诿、拖延，有令不行的；
- （三）违反党风廉政、行风建设责任制和廉洁自律规定的；
- （四）不认真调查研究、错误决策或管理不善，造成医院资金浪费的；
- （五）对本部门或管辖范围内发生的失职渎职、滥用职权、贪污腐败等违法违纪行为管理不力的；
- （六）对本职工作执行不力、不担责、不求进取、平庸无为，存在“慵懒散拖”等现象的；
- （七）违反中央八项规定和省、市三十条规定的，存在“四风”方面问题的；
- （八）违反“九不准”规定的；
- （九）不认真执行医院各项审计监督整改意见和对审计结果执行不力的；
- （十）其它需要进行问责的行为。

第七条 问责方式

- (一) 诫勉谈话;
- (二) 书面检查;
- (三) 在一定范围内通报批评;
- (四) 经济处罚;
- (五) 调岗、降职、警告等组织处理或纪律处分;
- (六) 责令辞职或免职。

以上问责方式可以单独适用或者合并适用。

第八条 有下列情形之一的，视情节轻重分别给予问责对象诫勉谈话、责令作出书面检查或在一定范围内通报批评：

- (一) 属于问责内容范围，影响较轻的；
- (二) 对应该办理的事项不办理或有其它不作为行为的；
- (三) 依照医院《干部廉政谈话实施办法》及有关规定，应当进行诫勉谈话的其它情形。

第九条 有下列情形之一的，分别给予问责对象调岗、降职、警告等组织处理或纪律处分，并视情节轻重予以经济处罚：

- (一) 属于问责内容范围，造成影响较严重的；
- (二) 对应该办理的事项不办理或有其它不作为行为，经催办进展不力的；
- (三) 依照有关规定，应当给予组织处理、纪律处分或经济处罚的其它情形。

第十条 有下列情形之一的，责令问责对象辞职或免去问责对象职务：

- (一) 属于问责内容范围，造成重大财产损失或恶劣社会影响的；
- (二) 对重大事故的发生负有直接责任或领导责任的。

第十一条 问责对象应主动纠正错误，积极采取补救措施，避免或减少不良后果的发生。

第十二条 职工有权向医院党委、行政、纪委报告或举报问责对象不履行或者不正确履行职责的行为，以及廉洁自律方面存在的问题。

第十三条 在受到问责过程中，有下列情形之一的，从重问责：

- (一) 干扰、阻碍问责调查的；
- (二) 弄虚作假、隐瞒事实真相的；
- (三) 对检举人、控告人打击、报复、陷害的；
- (四) 党内法规和国家法律法规规定的其他从重情节。

第十四条 在受到问责过程中，有下列情节之一的，可从轻问责：

- （一）主动采取措施，有效避免损失或者挽回影响的；
- （二）积极配合问责调查，并且主动承担责任的。

第十五条 受到问责的中层干部，取消当年年度考核评优和评选各类先进的资格。问责结果作为组织（人事）部门考核、任用干部的依据。

对受到诫勉谈话后依然工作不力或改进成效不明显的，将予以加重处理，直至责令辞职或免职。

第三章 问责程序

第十六条 纪检监察部门，组织（人事）部门按照管理权限履行本办法中的有关职责。

第十七条 问责程序：

（一）对因检举、控告、审计、查办案件或者其他方式发现的应当问责的线索，纪检监察部门按照权限和程序进行调查后，对需问责的，向医院党委提出问责建议；

（二）对在干部监督工作中发现的应当问责的线索，组织（人事）部门按照权限和程序进行调查后，对需问责的，向医院党委提出问责建议；

（三）医院党委对问责建议作出问责决定。

第十八条 纪检监察部门，组织（人事）部门提出问责建议，应当提供有关事实材料和情况说明，及需要提供的其他材料。

第十九条 作出问责决定前，问责建议部门应当听取被问责干部的陈述和申辩，并且记录在案；对其合理意见，应当予以采纳。

第二十条 对事实清楚、不需要进行问责调查的，医院党委可直接作出问责决定。

第二十一条 问责决定由医院党委会作出。

第二十二条 组织（人事）部门应当及时将被问责干部的有关问责材料归入其个人档案。

第二十三条 被问责干部对问责决定不服的，可向问责建议部门提出书面申诉。

问责建议部门在接到申诉后，应及时向医院党委汇报，党委在问责建议部门接到申诉之日起 30 日内作出申诉处理决定。

申诉处理决定以书面形式告知申诉人。

第二十四条 被问责干部申诉期间，不停止问责决定的执行。复查中发现处理错误的，应当及时纠正。

第四章 附 则

第二十五条 本办法由医院纪委负责解释。

第二十六条 本办法自发文之日起执行。

调查研究制度

为进一步加强医院领导班子思想作风建设、提高科学决策水平，推进调查研究工作的规范化、制度化，结合医院实际，制定本制度。

一、调查研究是密切联系群众、践行群众路线的重要形式，是提高领导班子决策科学化和民主化水平的有效举措。院领导要带头深入基层开展调查研究，兴调查研究之风。

二、调研的目的是及时掌握医院工作运行的第一手资料，总结推广好的经验做法，倾听职工、病人的诉求和意见，改进工作。

三、调研中要把党的路线、方针、政策和医院的工作实际结合起来，尊重干部职工的智慧、实践和首创精神。

四、调研的主要内容：

- （一）医院决策、工作部署的落实情况；
- （二）职工对医院重大决策、工作部署的意见建议；
- （三）医院建设发展中的难点问题；
- （四）人民群众看病就医方面的问题等；

五、调研采用院长查房、院领导接待日、座谈会、个别谈话、随机查看、体验服务、外出考察学习等方式进行。

六、院领导每周 1-2 次到一线巡查，每月到分管科室和联系支部、科室巡访，做到通过调研发现问题、提出思路、推进工作。

七、领导班子成员根据分工，每年至少开展一项重要问题的专题调研，并形成调研报告，供集体研究时参考。

八、调研形成的共识、决议等事项，及时整理材料，交办至有关科室，并进行督办。

党委中心组学习制度

为进一步提高领导干部政治理论素质和政策水平，提高运用马克思主义立场、观点、方法分析和解决实际问题的能力，增强工作的原则性、系统性、预见性、实效性和创造性，促进领导班子思想作风建设，推进医院的改革与发展，修订本制度。

一、党委中心组学习一般每月第一周的周六上午召开。特殊情况临时召开。内容议题由书记确定，一般不加临时议题。

二、参加党委中心组学习人员为医院领导班子成员；必要时可召开党委中心组（扩大）会议。

三、学习内容主要是党的理论、方针、政策，中央和省、市有关精神，行业管理及社会、经济、科技、管理、法规等方面的知识和理论。

四、学习形式主要采取集中辅导、交流研讨、观看影像资料等形式进行。

六、中心组学习要同贯彻落实党的重大决策、推进医院改革发展，加强领导班子建设紧密结合起来，确保学习的实效性。每次学习都要有明确的专题，重点学习研究一、两个问题，但不以具体工作代替理论学习和讨论。

六、结合行业和医院实际，推行外出学习专题报告交流制，实现“一人学习、大家共享”，提升学习成效。

七、除特殊情况请假外，不得无故缺席。

八、党办负责拟定学习计划、有关资料准备和学习讨论的记录等工作。

二、行政管理制度

贯彻落实医疗卫生行风建设“九不准”实施办法

为贯彻落实医疗卫生行风建设“九不准”，严明纪律，明确责任，本着谁主管谁负责、谁违规追究谁原则，结合医院实际，制定本办法。

一、工作目标

以贯彻落实“九不准”为抓手，加强行风建设，规范办医行医行为，坚决纠正医药购销和办医行医中不正之风，切实维护人民群众健康权益，努力为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务。

二、重点内容

（一）不准将医疗卫生人员个人收入与药品和医学检查收入挂钩

落实“年度科室综合目标管理责任书”，改进完善医院绩效考核评价体系。严禁向科室下达创收指标，严禁个人收入与药品、卫材、检查收入挂钩。

（二）不准开单提成

严格“综合目标考核”，提高服务质量和效率。杜绝在处方、检查等医疗服务中开单提成的做法，严禁科室、个人通过介绍患者到其他单位检查、治疗、购买医药产品等收取提成。

（三）不准违规收费

严格执行国家药品价格政策和医疗服务价格标准，公开医疗服务收费标准和药品价格。严禁科室、个人在国家规定的收费项目和标准之外自立项目、分解项目收费，擅自提高标准加收费用或少收、多收、漏收，严禁重复收费。

（四）不准违规接受社会捐赠资助

严禁科室、个人违规接受捐赠资助，严禁接受附有影响公平竞争条件的捐赠资助，严禁将接受捐赠资助与采购(服务)挂钩，接受社会捐赠资助应按照有关规定实行统一公开管理。严禁科室、个人接受医药企业提供的旅游、会餐等行为。

（五）不准参与推销活动和违规发布医疗广告

科室、个人要维护自身形象，严禁违反规定发布医疗广告，严禁参与医药产品、食品、保健品等商品推销活动或帮助供应商、经销商开展促销活动，严禁违反规定泄露患者等服

务对象的个人资料和医学信息。

（六）不准为商业目的统方

严格医院信息系统中药品、耗材用量统计功能的管理，严格处方统计权限和审批程序。严禁科室、个人利用任何途径（方式）为商业目的统计药品、耗材的用量信息或为医药营销人员统计提供便利。

（七）不准违规私自采购使用医药产品

严格遵守药品（耗材）采购、验收、保管、使用等制度。严禁科室、个人违反规定私自采购、销售、使用药品（耗材）等医药产品，严禁科室、个人向患者指定药房或地点购买药品、耗材、保健品、婴儿奶粉及用品等。

（八）不准收受回扣

科室、个人应遵纪守法、廉洁从业。严禁利用职务（执业）之便谋取不正当利益，严禁科室、个人接受药品、耗材等医药产品生产、经营企业或经销人员以各种名义、形式给予的回扣，严禁科室、个人参加其安排、组织或支付费用的娱乐活动。

（九）不准收受患者“红包”

科室、个人应当恪守医德、严格自律。严禁收受（索取）患者（患属）的现金、有价证券、支付凭证和贵重礼品等。

三、有关要求

（一）多措并举，抓好落实。

一是抓好学习教育，通过培训、签订承诺书等形式开展学习教育，让“九不准”深入人心。二是抓好警示教育，发挥“典型案例”的警示教育作用，让“九不准”成为全员的自觉行为。三是紧密结合业务工作，将落实“九不准”，细化到合理用药、合理检查、合理治疗，临床路径、病种付费、抗菌药物专项整治、目录外用药、“预警药品”和高值耗材管理工作中，从严考核。四是医院领导、科室负责人要以身作则、带头执行，从严督导。

（二）落实责任，及时查处。

一是科室主任、护士长是本科室落实“九不准”的直接责任人，对工作不力，发生违反“九不准”规定的，视情给以相应处分。二是相关部室加强对“九不准”落实情况的监管，并将科室、个人执行“九不准”情况列入科室、个人考核，医德考评和医师定期考核的重要内容，作为晋升晋级、评优评先等的重要依据。三是坚决查处违反“九不准”的科室、个人，严格按照有关规定处理的同时，给予取消当年评先评优资格或低聘、缓聘、待

岗、直至解除劳动关系；情节严重的，由医院向卫生行政主管部门建议依法给予其责令暂停执业活动或者吊销执业证书等处罚。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

医院公务接待、公务用车管理办法

为进一步加强医院公务接待及公务用车管理，厉行勤俭节约，反对铺张浪费，加强党风廉政建设，根据《党政机关国内公务接待管理规定》，结合医院工作实际，制定本办法：

一、接待原则

坚持有利公务、务实节俭、严格标准、简化礼仪、高效透明的原则。严格按照年度预算指标控制使用。

二、公务接待

(一)接待范围

- 1、来访交流。
- 2、重要会议、重大活动。
- 3、应邀来院指导(协助)工作的专家。
- 4、各级行政部门及本地党政领导来院的公务活动（视察、指导、检查、调研、联系工作等）。

(二)接待标准

1、自行用餐(自助餐)不超过 40 元/人(县处级以上 50 元/人)，工作餐不超过 60 元/人(县处级以上 80 元/人)。严格控制陪餐人数，接待对象在 10 人以内的，陪餐人数不得超过 3 人；超过 10 人的，不超过接待对象人数的三分之一。

2、工作餐以家常菜为主，不上高档菜肴和用野生保护动物制作的菜肴；不上香烟；不上高档酒水，原则上用本地酒。

3、以医院食堂接待为主，政府公布的定点宾馆饭店为辅，不得使用私人会所、高消费餐饮场所。

4、在政府公布的定点宾馆安排住宿，以标准间为主，不额外配发洗漱用品。外出公务住宿三星级以下及快捷酒店，差旅费报销按《医院差旅费管理办法》执行。

5、公务接待不安排迎送，不张贴悬挂标语横幅，不安排与公务活动无关的参观、娱乐、

健身等活动。

6、不得以任何名义赠送礼金、有价证券、纪念品和土特产品等。

(三)接待管理

1、“来访交流”类接待应有对方单位的公函，并明示内容、行程和人员。无公函的，不予接待。

2、严格接待审批控制，对能够合并的公务接待统筹安排。对需医院安排接待的，经分管院领导审批同意后办公室统一安排，需要住宿的，同时安排住宿。重要会议、重大活动接待安排由医院办公会讨论决定。

3、接待流程：提出接待安排的部门负责人填写《公务接待审批单》，经分管院领导审批后，交办公室安排。接待结束后，接待部门负责人在用餐单上注明接待单位(人)、事由、人数等信息并签名。确因公务需要在外安排用餐的，经分管领导同意后安排。

4、业务科室接待费用纳入科室支出。

5、违反本规定接待的，不予办理费用报销事宜，接待费用自理。

三、公务用车

(一) 优先保证院领导公务用车。

(二) 城区公务以乘坐公交、的士为主，城区以外公务以乘坐巴士为主，3人以上城区以外公务确需用车的，由用车科室以书面形式申请(“派车单”)用车时间、往返地点、事由，经分管院领导批准后派车。

(三) 科室及病人(病属)外请专家、转运病人等，原则上不使用公务车。

(四) 应按批准的时间地点使用公务车，不得私自变更。

(五) 未经批准，不得私自调用公务车。

四、有关说明

此前医院公务接待、公务用车有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。本办法自印发之日起试行。

宣城市人民医院“机关集中学法月”活动实施办法

根据市依法治市领导小组和市直卫生系统关于开展“机关集中学法月”活动部署，结

合医院工作实际，就开展好“集中学法月”活动制定本实施办法。

一、活动主题

学法尊法守法用法 推进依法治市进程

二、活动对象

医院党员干部职工

三、学习内容

宪法、党章、刑法、民法通则、物权法、侵权责任法、劳动法、药品管理法、执业医师法、护士条例、医疗机构管理条例、母婴保健法、传染病防治法、医疗事故处理条例、事业单位管理条例、医院规章制度（特别是核心制度）等。

四、学习安排

“集中学法月”时间为 1-2 月份；集中学习与自学相结合，以自学为主。

（一）集中学习

- 1、中心组学习。中心组学习不少于 4 次。
- 2、各支部、各科室集中学习不少于 1 次。

（二）自学

党员干部职工自学。

（三）撰写、推荐学法用法心得体会。医院领导班子成员、中层干部每人须撰写 1 篇心得体会文章；各支部、各科室至少推荐 1 篇心得体会文章。

（四）开展法律知识集中测试。

五、学习要求

一是做到“学习内容”全覆盖。二是集中学习、自学要做好学习记录，以备上级督查和医院自查。

附件：“集中学法月”学习计划

医院防统方管理制度

为进一步推进医院反腐倡廉建设和行业作风建设，严防不正当统计（统方）行为，依《关于加强公立医疗机构廉洁风险防控的指导意见》（卫办发[2012]61号）精神，结合我院实际，制订本制度。

一、“统方”的概念及行为

（一）“统方”是对医生用药用耗信息量的统计。商业目的“统方”，是指医院中个人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。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。

（二）医院严禁工作人员参与以下“统方”行为：

1. 利用工作之便，为医药营销人员进行“统方”，提供用药量、耗材使用量等相关的信息。
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；
3. 担任企业的医药代表，或充当医药营销人员在本院的代理人，进行私下“统方”活动。
4. 未经医院批准或授权的其他“统方”行为。

二、实施信息统计审批权限管理

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、控制终端信息采集范围等有效措施，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。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，必须填写统方申请表格，写明统方目的、时间范围、科室范围等信息，经分管院长、纪委书记签字后，由信息科指定人员在信息科内实施查询，同时上报监察室备案。

三、强化信息监督管理

对因工作需要的相关模块，由信息中心加强监管，并建立查询日志，进行登记（包括计算机编号、操作者代号、操作时间等），定期监管分析，保障药品、高值耗材信息的安全。

四、加强实时在线监控

医院在信息系统中安装反统方软件，监察室对“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。

五、责任追究

对有条件统方的岗位，建立监督机制；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。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、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；构成犯罪的，移送司法机关依法追究其刑事责任。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。

附件：医院信息系统药品、耗材查询审批表

三、人事管理制度

职工奖惩办法(修订)

第一章 总 则

第一条 为实现医院科学化、制度化、法制化管理，充分调动职工的积极性、主动性和创造性，使奖惩有章可循，根据《全国医院工作条例》结合本院实际，制定本办法。

第二条 奖惩的原则是：以事实为依据，政策规定为准绳，奖励和惩戒相结合，奖惩与思想教育相结合，以鼓励为主，精神奖励为主。

第三条 本办法适用于全院在岗工作人员，来院进修、实习等人员参照本办法规定执行。

第四条 本办法由医院考核组负责考核、实施，职工代表参与监督。

第五条 本办法经医院职工代表大会通过后实施。

第二章 奖 励

第一条 绩效奖项

根据各科室工作效能及成本控制，每月核算绩效奖，具体见《绩效奖分配方案》。

第二条 年终综合考核奖项

每年度结束后，以完成年初制定任务、计划和目标为前提，根据全年的工作实绩（包括医德医风、医护质量、工作量、教研等情况）分等评定年终综合奖，具体奖励由考核领导小组研究决定。

第三条 科研奖项

1、为实施“科技强院”的发展战略，充分调动全院广大科技工作者从事科学研究工作的积极性和创造性，营造良好的科研学术氛围，全面提高医院的科技创新能力，实现医院医、教、研工作的持续健康发展，医院决定在科研的申报、立项结题、获得成果上给予一定的奖励，具体规定详见医院《科研项目管理及奖励暂行办法》。

2、在国内外公开发行的杂志上刊登论文（包括译文），医院将根据论文的质量和水平，奖励第一作者，具体规定详见医院《科研项目管理及奖励暂行办法》中的学术论文发表管理。

3、在市级以上报刊（内部资料）、院报对医院进行正面通讯报道，奖励 50—500 元。

第四条 贡献奖项

1、本年度在医院某项工作中作出突出贡献者（包括在学科建设与发展、新技术应用、医疗质量与安全管理、危重病人抢救、突发公共卫生事件处置、抢险救灾、合理化建议等方面成绩突出者）除给予通报表彰外，另奖励 1000-2000 元。

2、见义勇为；避免国家、集体、个人财产遭受损失或减轻国家损失，保护人民群众生命安全，打击犯罪，举报或抓获不法分子给予奖励 500-5000 元；表现突出、成绩显著者另予以报功、请功。

第五条 在各级各类检查、考试、考核和评比中成绩优异的科室和个人，参照有关规定，酌情给予奖励（其中获得市级以上表彰的集体奖励 1000-2000 元，获得市级以上表彰的个人奖励 500-1000 元）。

第六条 综合目标奖、安全奖按照相关文件执行。

第七条 不良事件报告管理：鼓励主动上报医疗安全不良事件，及时上报每例奖励 10-50 元，对发现并阻止重大医疗安全不良事件发生的报告者或科室予以 500—1000 元奖励。

第三章 惩 罚

第一条 医疗质量及安全管理

1、违反各项准入制度的一次扣发 500—1000 元，造成后果的，另行处理。

2、违反医疗核心制度的，每例次扣发责任人 200-1000 元，造成后果的，另行处理。

3、各科药占比每超过核定比例 1%，扣科室当季度绩效 2000 元，抗菌药物比例每超过核定比例 1%，扣科室当季度绩效 1000 元。基药品种比例低于核定比例，酌情扣科室当季度绩效。

4、科主任未认真履行质量管理责任，未按要求每月开展质控活动的，每次扣科主任 500 元，质控医师 500 元；质控活动走形式，内容简单，未达到发现问题、解决问题、改进问题的目的，每次扣科主任 300 元，质控医师 300 元。对院级医疗质量检查反馈的问题，不整改或整改不力，未达到持续改进目的，每次扣科主任 200 元、责任人 200 元。

5、未执行病情评估、入院首次沟通、非计划再手术、住院三十天管理制度，每例次扣责任人 100—200 元。

6、违反围手术期管理制度，每例次扣责任人 100-500 元。

7、危重病人管理不到位，三查房（主任离岗前查房、夜查房）未执行，每例次扣责任人 200 元。

8、各科室信息化推行工作，包括电子医嘱、门诊一卡通、LIS、PACS、临床路径等，无故延误或者不执行者，扣个人或科室 300-500 元/月，扣款至其执行之日止。

9、病案首页填写不规范，每处漏填扣罚责任人 50-100 元。每周二下午 4 点前，将周日出院患者病历归档，上交病历存在质量缺陷者，按未上交处理，问题严重者按乙级病历处理。未交齐病历，按每份每天 20 元扣款，超过 3 天按每天 50 元扣款，借阅病历须在 2 周内归还，逾期不还，按每份病案每天 20 元扣款，因个人原因造成病历遗失，每份 1000 元。乙级病历每份扣发责任人 500 元，诊疗组长或上级医师、科主任各 300 元；丙级病历一份扣发责任人 2000 元，诊疗组长或上级医师、科主任各扣 1000 元，并及时改正归档。

10、不合理用药（包括抗菌药物）每例次视情况扣发责任人 100-200 元，科主任承担管理责任，每例次扣发科主任 100 元，造成后果的，另行处理。

11、无指征输注血液或血液制品、输血前检查未告知，每例次扣发责任人 100-200 元；输血后未及时进行效果评价、输血过程未观察并及时记录每例次扣发责任人 100 元。

12、各类申请单、报告单、记录单（包括会诊单）、处方等不合格的，每例扣发责任人 100 元。

13、医技科室不按时出报告，急、危重病人不能及时发出报告，每出现一起扣当事人

100 元。报告错误、药房发错药，每例次扣发责任人 200-1000 元，科主任负管理责任扣 200 元，造成后果的另行处理。

14、科室发生纠纷、差错、事故后推卸责任，不积极参与处理，每例次扣发科室 500 元。医疗纠纷发生后产生的相关费用，按照《医疗风险基金管理办法》执行。

15、违反其他医疗管理制度和技术操作规程的，每例次扣发责任人 100-1000 元，造成后果的，另行处理。

16、对医疗不良事件隐瞒不报的科室和个人者，一经查实，视情节轻重，予以通报批评和 100-1000 元/件处罚。对医疗不良事件未纳入质量与安全活动，进行定期总结、分析、讨论、提出整改措施的科室，给予周会通报批评和 500 元/次处罚。

第二条 门诊管理

1、对三次接诊后未能明确诊断，又不申请多学科综合门诊的接诊医生，发现一例扣罚绩效 200 元，对延误病情造成医疗纠纷的，按医院有关规定另行处理。

2、专家门诊原则上不得调整，特殊情况需报门诊部批准，未获批准而私自调班的，每例次扣 100 元。

3、不按规定上普通门诊的，每例次扣出诊医师 100 元。

4、门诊病历、处方、申请单、日志登记、传染病报告等不按规定填写的，每份扣当事医师 50 元。门诊有创操作不按要求管理的，每例次扣 100 元。

5、预约诊疗不达标科室，扣 500—1000 元。

第三条 护理管理

1、违反护理核心制度的，每例次扣发责任人 100—200 元，造成后果的，另行处理。

2、患者满意度未达标者，每下降一个百分点扣 100 元。

3、责任制整体护理未落实到位的，发现一次扣 20-50 元。

4、护士长未认真履行质量管理责任，未按要求每周开展质控活动的，每次扣护士长 200 元；质控不真实，发现一次扣 100 元；对院级护理质量检查反馈的问题，不整改或整改效果不好，未达到持续改进目的，每次扣护士长 100 元，责任人 100 元。

5、护理部专项督查，对于重点要求改进的项目，督查时发现仍不合格者，每例扣 10—20 元。

6、违反抢救车管理制度，急救药品过期或抢救仪器功能不良者每例扣 300 元，造成不良后果的，按照医院相关规定处理。

7、科室每季度至少开展一项质量改进或缺陷改进，未开展的科室每半年扣 200 元。

8、由于病情评估不到位，护理措施不到位，发生压疮等护理并发症者，每例次扣 100—200 元。

9、输血核对签字不完整（血交叉、临时医嘱、输血记录单）、输血过程未观察并及时记录的，每例次扣责任人 50 元。

10、对护理不良事件隐瞒不报的科室和个人，一经查实，视情节轻重，予以通报批评和 100—200 元/件处罚。对护理不良事件未纳入质量与安全管理活动，进行定期总结、分析、讨论、提出整改措施的科室，给予护士长会通报批评和 300 元/次处罚。

第四条 医院感染质量管理

1、在各项操作中，应严格执行无菌操作原则，违反者，每项每次扣罚当事人 100 元。

2、科室未按要求开展监控活动，每次扣罚监控人员 100 元，扣罚科主任、护士长 200 元；监控不真实，发现一次扣罚 100 元；对院级检查反馈的问题，不整改或整改效果不好，未达到持续改进目的，每次扣罚科主任、护士长 100 元，责任人 50 元。

3、消毒灭菌效果与环境卫生学监测：未按规范与我院规定要求进行监测，每次扣发科室 100 元；消毒灭菌物品采样检出细菌超过正常范围，每次扣罚科室 100 元；消毒液出现染菌，超过正常范围或无菌器械保存液内检出细菌，每次扣罚科室 100 元；院感重点部门物体表面采样或空气培养同时三处或一处超标严重扣罚科室 100 元，以此类推。

4、发现医院感染病例迟报一例，扣罚床位医生 50 元，漏报一例，扣罚床位医生 100 元；医院感染病历记录不全，每例扣罚床位医生 50 元。

5、发现感染病例，需做细菌学培养而未做者，每例扣罚床位医生 50 元，科室季度院感病例送检率不达标扣罚科室 100 元。

6、为加强多重耐药菌管理，科室发现多重耐药菌病例需及时上报多重耐药菌上报通知单到院感科，科室未及时上报一例，扣罚床位医生 50 元。多重耐药菌控制措施落实不到位扣相关责任人 100 元。多重耐菌科室防控措施自查不落实扣责任人 50 元一例。

7、医院感染调查表未填写，每份扣罚 50 元。感染调查表填写不规范，或有缺项未填的（超过三处），每份罚款 50 元，每位医生漏填项每合计五处扣罚 50 元（以此累计）。

8、手卫生依从性不达 70%，扣科室 200 元（按季度统计），洗手方法不正确一次扣责任人 50 元。

9、医院感染重点环节、高危因素管理：科室未按时落实自查及整改扣 50 元，重点部

位评估表不按时进行评估及汇总一次扣 50 元,重点项目日志(护理单元)不及时上报院感科,一月扣 100 元。

10、违反医院感染管理规定如各项法律法规、行业标准及相关部门管理指南等,造成或可能造成严重后果的,视情节给予相应处理。

第五条 防保质量管理

各科室需按要求认真完成各类传染病(如麻疹、脊灰、流感、流行性出血热、梅毒等)监测工作,督查结果除纳入综合目标考核与绩效挂钩外,同时进行单项处罚。

1、传染病登记不及时扣罚当事人 50 元,信息不完整,每缺 1 项扣罚 10 元。

2、传染病、死亡、农药中毒等上报不及时,扣罚当事人 100 元,漏报每例次扣发 200 元;报卡信息不完整,扣当事人 50 元;按照《传染病防治法》的有关规定,对因玩忽职守造成传染病传播或流行的各级各类医务人员,应给予行政处分,情节严重构成犯罪的交有关部门处理。

3、门诊日志:按 2013 年改版的项目,填写完整,每缺 1 项扣罚当事人 10 元。

4、无迟报、漏报,上报 1 例传染病,报病费 1 元,年底结算。

第六条 教学科研管理

1、医务人员每年未完成医学继续教育学分,定期考核不合格,参照相关管理文件处理。

2、未按计划完成带教任务,扣科室 200—500 元;科室或个人私自安排及擅留逾期的进修或实习生,扣 100—500 元。

3、各种相关学习培训,未请假缺席一次扣发个人 100—200 元。

4、严格遵守科研管理办法,不按进度完成项目计划书,扣除奖励基金。

5、全院三基等各类考试成绩不合格、补考的参照医院相应规定处理。

第七条 医德医风管理

1、投诉经查实第一次扣发 100 元,第二次扣发 200 元,一年投诉三次者参照医院人事管理制度执行。

2、对病人态度生硬、冷漠,与病人或病人家属发生争吵的,扣发当事人 200 元。情节严重者给予以行政处理。

3、出具虚假医学证明文件或参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械推销的,扣责任人 1—3 个月绩效工资,情节严重者待岗处理,待岗期间停发一切待遇,造成后果的责任自负,并按有关法规处理。

4、私自介绍病人到外院就诊和私自外出行医从中牟利的，扣发 3 个月绩效奖，造成后果的责任自负，并按有关规定处理。

5、谋取私利，索取、收受财物、回扣以及其他不正当利益，扣发 3 个月绩效奖，并按有关规定处理。

6、工作时间未按规定着装、佩戴胸牌及规定的相关标识的，每例次扣当事人 10 元。因个人原因损坏或遗失胸牌，从第三次补办起，扣当事人 20 元/次。

第八条 劳动纪律及其他管理

1、迟到或早退发现一次，扣发 100 元；私自调班、调休，发现一次双方各扣发 100 元；科室负责人离开市区未向分管院领导报告，发现一次扣发 500 元。

2、旷工半天，扣发 500 元；旷工一天，扣发 1000 元，当月累计旷工达三天的，扣至本市最低生活保障，连续旷工超过 7 个工作日或 1 年内累计旷工超过 14 个工作日的，医院将解除劳动关系。

3、脱岗在 30 分钟内能到岗的，发现一次扣发 100 元，30 分钟以上按旷工半天处理，因脱岗造成不良后果，除按有关规定处理外，扣除三个月绩效工资。

4、违反《医院行为规范》，如上班未按规定着装、佩戴工号牌等，每发现一次扣发 50 元。

5、维修部门在接到科室报修电话后，未及时处理，每次扣发 50 元，造成不良后果另予处罚。

6、上班期间与同事或患者之间发生肢体冲突，经调查明确责任后，给予当事人全院通报处分并扣发 500 元，情节严重，给医院造成负面社会影响的解除劳动关系。

7、上班干私活，听音乐、玩电脑游戏、上网娱乐、打牌、下棋、带小孩、吃食物、闲聊、嬉闹、酒后上班、看与业务无关的书籍，发现一次扣发 200 元；诊疗场所及服务窗口高声谈笑，发现一起扣发 50 元。

8、考勤管理具体参照《考勤管理办法》执行。

9、无理取闹，扰乱医院正常工作秩序，致使医院工作不能正常进行的，扣发 500~1000 元，情节严重者予以解除劳动关系。

10、严肃会风会纪，无故迟到、缺席者，扣 50 元，会议组织不力，扣 100 元。

第九条 医保管理

1、不合理用药、内置耗材未及时审批、隐瞒病情造成的拒付，由科室和临床医生全额

承担;

2、因新农合“三费”控制较差,特别是药品和耗材费用控制不力,造成新农合次均费用涨幅过快的,参照《宣城市人民医院 2015 年新农合“三费”控制管理办法》文件执行。

3、新农合按病种付费管理,参照《宣城市人民医院 2015 年新农合按病种付费实施方案》文件执行。)

4、因新农合目录外药品和预警药品控制不力,造成科室目录外用药或/和预警药品超标的,参照《宣城市人民医院 2015 年新农合药品使用管理办法》文件执行。

5、未履行告知义务,使用目录外药品、检查、服务及高值耗材,发现一例扣经治医生 100 元。

6、相关人员需掌握各种医保、新农合的基本政策,发现一位未掌握扣 50 元。

第十条 财务管理

1、因科室担保造成的欠费计入科室支出,因恶意担保造成的欠费从科室绩效中全额扣除。

2、科室应按照《住院担保权限表》中规定权限执行,违反规定造成损失,由科室和责任人承担。

3、查实不收费、少收费、多收费、无医嘱收费等违反价格规定行为,全额从科室绩效工资中扣除,性质恶劣的处以违规金额的 1-3 倍罚款。

4、业务科室耗占比不合理部分每超出一个百分点扣除 500 元绩效工资。

第十一条 设备管理

1、任何科室或个人都不得私自购买医用耗材、器械和设备,如果出现此情况医院将不予报销。

2、科室通过正常申请程序购买的医用耗材不从库房领取或领回科室没能及时用完造成过期浪费的由科室负责人全额承担损失。

3、科室领取的医用耗材、器械和设备,由于科室保管员保管不善造成丢失的,扣保管员 30%,另 70%由科室承担。

4、科室通过正常申请程序购买的医用耗材、器械和设备,由于科室操作人员未按设备操作规程操作而造成损坏的:

(1) 万元以下且不能修复的,根据使用年限折旧后确定赔偿费用,扣操作人员 30%,另 70%由科室承担。

(2) 万元以下能修复的，维修费用扣操作人员 30%，另 70%由科室承担。

(3) 损失金额较大的，由院办公会议研究决定。

第十二条 计算机软硬件及信息安全管理

1、医院用于办公的内部局域网计算机，不得擅自更改计算机设置，严禁私自使用 U 盘、移动硬盘、移动光驱等存储设备，以防计算机病毒感染，发现一次罚款 500 元，因私自使用上述设备造成局域网内病毒感染，视情节给予 1000-5000 元处罚，造成数据灾难性事件的，按照有关规定追究相关责任。

2、各科室计算机操作人员应当保养爱护本科室计算机及设备，因人为原因损坏的由责任人或科室承担全部损失，并扣发 100 元。

3、私自拆卸计算机，增加、减少计算机配件视情节严重每次处罚 200—500 元，造成后果的由责任人承担。

4、严禁在计算机上安装、使用各类游戏，发现一次扣除当事人及科室负责人各 200 元，三次以上处以全院通报批评并提交院办公会议研究处理意见。

5、其他因人为原因造成医院计算机或网络损坏和损失的，视情节严重给予不同处理。

第十三条 后勤管理

1、医疗废弃物专项检查中出现问题的，一次扣罚责任单元或个人 100 元。

2、开“无人”灯、风扇，自来水龙头未关，发现一次扣发责任人 50 元，责任科室 100 元。违规使用电器，私拉电线，违规使用空调，扣罚责任科室 100 元

3、人为因素造成科室办公设施损坏，需照价赔偿并扣罚责任人 50 元，责任科室 100 元。经允许擅自将医疗用房改变用途，责令立即纠正，扣罚科室 500 元。

4、区域内卫生管理不到位，如值班室、办公室卫生不达标，拒不整改，扣罚责任科室 100 元。

5、人为因素造成消防设备设施损坏，需照价赔偿并扣罚责任人 100 元；疏散通道和安全出口违规堆放杂物，扣罚责任人或责任科室 100 元。

第四章 附 则

第一条 本奖惩办法与法律、法规及上级文件相抵触时，按法律、法规及上级文件执行。

第二条 本办法通过之前遗留的问题按原办法处理，通过之后发生的一律依照本办法执行。

第三条 职代会闭会期间需对本办法作出修改或无明显规定的问题作出决定，可通过党政工联席会议讨论决定。

医院综合目标奖实施方案（修订）

为进一步规范医疗行为，调动科室及职工工作积极性，以各部门综合目标和质量考核标准为基础，制定了医院综合目标奖实施方案，具体内容如下：

一、组织领导：

医院成立综合目标考核领导组，并下设办公室。

二、考核内容及方法：

（一）考核内容：

- 1、职能科室：采取百分制，其中出勤率占 10%，办事效率占 30%，服务态度占 20%，管理水平占 20%，工作落实情况占 20%。
- 2、业务科室：采取千分制，包括五个指标体系（医疗质量考评体系、效率考评体系、科室管理考评体系、科研教学考评体系、附加分体系）：

（1）指标分类：

- a、月度指标：医疗质量考评体系、效率考评体系、科室管理考评体系，每月检查汇总；
- b、年度指标：科研教学考评体系、附加分体系，年底考评汇总，纳入上述三个指标体系。

（2）指标权重：

五大指标合计为 1000 分，依重要度设置不同权重分值，其中医疗质量考评体系占（25%，250 分）、效率考评体系占（40%，400 分）、科室管理考评体系占（20%，200 分）、科研教学考评体系占（10%，100 分）、附加分体系占（5%，50 分）。

（3）指标内容：

- a、医疗质量考评体系：含医疗（含药学、防保）管理、护理管理、医疗安全管理（含投诉）、院感管理、门诊管理、医保管理等；
- b、效率考评体系：目标任务达成（总门诊人次、总住院人次、总手术人次、实际占床日）、每医生门诊人次、每医生住院人次、每医生手术人次、每医生实际占床日、每护士护理费、

每护士实际占床日等;

c、科室管理考评体系: 医德医风(含满意度)、财务管理、设备管理、后勤管理等;

d、科研教学考评体系: 科研、教学、继教、论文、培训等内容;

e、附加分体系: 行政任务参加及完成情况、院内外活动参与度及获奖情况、科室宣传、各级部门检查反馈情况等内容。

3、功能相对独立的特殊科室(急诊科、重症医学科、麻醉科、体检中心): 按专项指标进行综合考评。

(二) 考核方法:

1、职能科室: 由院领导、业务科室、职能科室进行考核。

月度得分=院领导测评分 \times 50%+业务科室评分 \times 30%+职能科室互评分 \times 20%;

年度得分=月度平均分 \times 90%+附加分体系考评得分 \times 10%。

2、业务科室及特殊科室: 由相关职能部门按考核细则进行考核。

月度得分=医疗质量考评体系考评得分+效率考评体系考评得分+科室管理考评体系考评得分;

年度得分=月度平均分+科研教学考评体系考评得分+附加分体系考评得分。

四、综合目标奖发放及评价:

1、综合目标考核月度指标和年度指标结果, 分别和月综合目标奖、年度综合目标奖挂钩;

2、具体发放办法:

(1) 科室人均月度综合目标奖(每月发放)=发放基数(500元/月.人 \times 月度得分比(以月度得分折算成百分比));

(2) 科室人均年度综合目标奖(年终一次性发放)=发放基数(依全院综合目标完成情况定) \times 年度得分比(以年度得分折算成百分比);

(3) 特殊科室月度及年度综合目标奖:

a、科室人均月度综合目标奖(每月发放)=发放基数(500元/月.人 \times 月度系数(由综合目标考核领导组每月根据月度考核得分和当月科室工作综合表现, 会议讨论确定));

b、科室人均年度综合目标奖(年终一次性发放)=发放基数(依全院综合目标考核及完成情况定) \times 年度系数(由综合目标考核领导组年底根据年度考核得分和当年科室工作综合表现, 会议讨论确定)。

3、考核领导组应及时向被考核科室反馈考核结果, 并提出整改意见和建议。

4、考核结果作为年度评先评优的重要依据。

五、考核要求及说明

1、综合目标考核由院综合目标管理考核领导小组负责，各相关职能、业务科室负责具体实施。

2、考核工作按月进行，每月进行一次综合评分，各相关职能科室和业务科室必须在次月 5 日前将上月考核结果（包括被考核科室、扣分原因、扣分分值）汇总报综合目标考核领导小组办公室。

3、考核办公室、考核科室应认真履行工作职责，严格掌握考核标准，客观公正、实事求是地进行考核、评分。

4、本办法在实施过程中，如发现不完善之处，院综合目标考核领导小组将根据实际情况进行及时调整。

5、本办法由院综合目标考核领导小组办公室负责解释。

医院人才引进福利待遇相关规定（修订）

为贯彻我院“人才兴院”的方针政策，进一步完善医院人才队伍建设，吸引更多的专业技术人才来院工作，特制定本规定。

一、引进高级职称人才待遇

1、主任医师

（1）总收入（工资+绩效奖+福利待遇）不低于 15 万/年；

（2）为医院服务满 5 年，支付安家费 10 万元；

（3）入安徽省事业编制。

2、副主任医师

（1）总收入（工资+绩效奖+福利待遇）不低于 10 万/年；

（2）为医院服务满 5 年，支付安家费 5 万元；

（3）入安徽省事业编制。

二、引进高学历人才待遇

1、博士研究生

（1）总收入（工资+绩效奖+福利待遇）不低于 12 万/年(特殊情况另行商议)；

（2）为医院服务满 5 年，支付安家费 20 万元；

- (3) 科研项目启动资金 10 万元;
- (4) 可作为医院学科带头人;
- (5) 入安徽省事业编制。

2、硕士研究生

(1) 工资部分

①无工作经验的培训见习期一年，每月协议工资 2000 元，培训见习期满一年后，取得医师资格证书和执业证书的，按安徽省有关工资规定核发档案工资，同时参与科室绩效;

②有工作经验（具有医师资格证书和执业证书）的，独立上岗试用三个月，考核合格的，从第四个月起按省有关工资规定核发档案工资，并参与科室绩效;

(2) 为医院服务满 5 年，支付安家费 3 万元;

(3) 入安徽省事业编制。

三、引进高层次人才的配套政策

引进的高级职称、硕士研究生及以上学历人员配偶的专业与医院的需求符合的，可录取至相关岗位，试用期三个月后考核合格的，参照在职职工相关政策执行。

职工带薪休假实施办法（试行）

为关心职工身心健康，调动职工工作积极性，根据相关规定，结合医院实际工作性质，制定本办法。

一、人员范围

全院在岗职工。

二、休假标准

- 1、工龄满 1 年，不足 3 年的，休 1.5 天;
- 2、工龄满 3 年，不足 10 年的，休 2.5 天;
- 3、工龄满 10 年，不足 20 年，休 3.5 天;
- 4、工龄满 20 年，不足 30 年，休 4.5 天;
- 5、工龄满 30 年的，休 5.5 天。

上述工龄由人力资源部根据人社部门有关规定进行核定，以上一年度 12 月 31 日为核定截

止日期。

三、职工有下列情形之一的，不享受当年的带薪休假

- 1、职工请事假累计 7 天及以上的；
- 2、累计工作满 1 年不满 10 年的职工，请病假年累计 2 个月以上的(含 2 个月)；
- 3、累计工作满 10 年不满 20 年的职工，请病假年累计 3 个月以上的（含 3 个月）；
- 4、累计工作满 20 年以上的职工，请病假年累计 4 个月以上的（含 4 个月）；
- 5、年度考核、聘期考核不合格的。

职工已享受当年的带薪休假，出现以上规定的情形之一的，不享受下一年的带薪休假。

四、享受待遇

职工带薪休假期间享受正常工作期间一切待遇，不影响考勤、薪酬福利、考核及聘任晋升。

五、其他事宜

- 1、在保证科室正常工作前提下，根据当年带薪休假人员天数，科室进行合理安排，年初申报当年拟休假计划，依计划休假，报人力资源部备案；
- 2、带薪休假需当年一次性休完，不带入下一年度；
- 3、带薪休假天数可冲抵事假、病假等假期（需在申请上述假期时注明，不能回补）；
- 4、当年退休的工作人员，科室应安排其在退休前休完本年度假期；
- 5、国家法定节假日、周休不计入带薪休假的假期；
- 6、当年年休假时间应扣除已休带薪休假天数；
- 7、婚假和产假不影响带薪休假；
- 8、科室要加强带薪休假管理，严格考勤，造成负面影响的将追究科室及个人责任。

六、本办法自 2015 年职代会通过之日起执行，未尽事宜由人力资源部负责解释。

考勤管理办法（修订）

为加强劳动纪律，维持正常工作秩序，根据上级有关文件规定，并结合我院实际情况，制定本管理办法：

第一章 出（缺）勤

第一条 工作人员按医院统一规定时间上下班的为出勤。（符合下列条件之一的也视为正常出勤：（1）因公出差；（2）经批准参加培训、学习和考试；（3）其他根据有关规定或经批准视为出勤的。

第二条 工作人员在正常上班时间因个人原因请假经同意不能出勤的为缺勤。

第三条 未按医院规定上班时间来岗的，按迟到处理，超过 30 分钟以上的，按旷工半天处理；提前下班，在 30 分钟以内的按早退处理，超过 30 分钟的按旷工半天处理。脱岗，指在工作时间内未经批准擅自离开所在岗位的。

第四条 工作时间不请假、请假未获批准而擅自外出或逾期不归（特殊情况无法请假或续假的除外）的，视为旷工，未超过半天按旷工半天计算，超过半天的按旷工一天计算。

第五条 出勤管理

工作人员应严格遵守作息时间，不得迟到、早退、中途脱岗、不得无故缺勤。因故不能出勤必须事先办理书面请假手续，填写请假单，按规定经有关负责人批示后生效。如遇特殊情况，不能事先请假的，事后应说明原因及时补假，如不补假，按旷工处理。除特殊情况，禁止委托他人代请假。

第二章 请（销）假

第六条 工作人员请假，事先须履行请假手续。

第七条 批假权限

工作人员请假每次连续假期 3 天以内的（含 3 天），由各部门负责人批准。每次连续假期 3 天以上的，须填写请假单，由各部门负责人签署意见后，报主管职能部门领导签署意见，送人力资源部审核通过；各部门负责人连续假期 7 天以内的（含 7 天）需经分管领导批准，7 天以上的需经主要领导批准。

第八条 上班期间因公临时外出的：（1）科室负责人外出应向分管领导请假；（2）工作人员外出应向科室负责人请假；（3）未请假说明的，视为迟到或早退。

第九条 工作人员假期结束，回单位工作当天应到人力资源部办理销假手续（可打电话销假），不及时销假的，视为逾期不归，按旷工处理。

第三章 请假类别及有关规定

第十条 事假

工作人员请假办理私事的为事假。事假期间不得从事与经济收入有关的活动。职工请事假原则上一次不得超过7天，一年累计不得超过22天。如超过7天事假，需报分管院长签字同意，未经批准擅自离院或超假者作旷工处理。

第十一条 病假

工作人员请假就诊或病休的为病假。

职工病假原则上一律由本院专科主任开具疾病诊断证明书（医务部审核盖章，否则一律无效）或出院小结，并按批假权限范围审批，如遇急症病休，必须在两周内补办手续。病假期间不得利用病假办私事。

外院治疗（需市级三级医院，急症除外）的，需开具外院疾病诊断证明书及门诊病历或出院小结，并由本院医务部主任审核签字。

第十二条 婚假

职工符合法定结婚年龄和再婚的并持有结婚证明，可享受3天婚假。符合晚婚年龄（女满23周岁，男满25周岁）的增加晚婚假20天。

第十三条 丧假

直系亲属，三代以内旁系亲属（父母、配偶、子女、岳父母、公婆）去世时，给予丧假3天，并根据路程远近，另给予路程假若干天。

第十四条 产假、小产假

女职工生育，可享受产假。

一、女职工生育产假为98天，其中产前休假15天；怀孕7个月以上的女职工，经所在科室负责人批准，不再安排从事夜班活动。

二、难产的，增加产假15天；多胞胎生育的，每多生育一胎，增加产假15天。

三、24岁以上的已婚女职工生育第一个子女的为晚育，另增加产假30天。

四、在产假期间领取独生子女证的，另增加产假30天。

五、女职工怀孕未满4个月流产的，享受15天产假；怀孕满4个月流产的，享受42天产假。

第十五条 哺乳假

女职工在哺乳期，每日两次，30分钟/次哺乳时间，直到婴儿一周岁。

第十六条 年休假

凡符合国家规定可享受年休假的工作人员，在医院及科室工作安排允许的前提下，经科室负责人和分管部门主任同意，根据工作年限，每年享受一定时间的休假。

1 工作年限满 1 年不满 10 年的，休假 5 天；

2、工作年限满 10 年不满 20 年的，年休假 10 天；3、工作年限满 20 年以上的，年休假 15 天。主要内容参见国务院《职工带薪年休假条例》、人事部 9 号令、市人事局、财政局宣人福〔2008〕11 号文件。

第十七条 工伤假

凡符合工伤认定条件的，在办理工伤认定书之前，一律以病假计算，在收到工伤认定书以后，可将之前的病假以工伤处理。

职工因公受伤请工伤假，一般伤情的由所在部门负责人签署意见后报人力资源部核实；损害性伤情，职工所在部门三天之内依据事故发生经过提出报告，或提交交通部门的事故鉴定书，并附病历和证明，报人力资源部审核，分管院长批准，必要时报医院办公会研究决定。

第四章 违纪处罚和假期待遇

第十八条 违纪处罚

一、无故迟到或早退发现一次，扣罚工资 100 元；

二、旷工半天，扣罚工资 500 元，旷工一天，扣罚工资 1000 元；

旷工超过 1 天的，当年度聘期考核不合格，给予低聘或缓聘处理，不得参加当年度评优，年度考核不合格（或不参加）。连续旷工超过 7 个工作日或 1 年内累计旷工超过 14 个工作日的，医院将解除劳动关系。

三、脱岗在 30 分钟内能到岗，发现一次扣罚 50 元，30 分钟以上按旷工半天处理，因脱岗造成不良后果，除按有关规定处理外，扣除三个月绩效工资。

为了严肃工作纪律，对无故旷工和脱岗的工作人员参照《宣城市机关工作人员诫勉教育和效能告诫办法》的规定，给予无故旷工和脱岗人员效能告诫，并要求作书面检查。一年内连续两次以上被效能告诫的，年度考核评定为不称职，由医院对其调整工作岗位；在调整后工作岗位上再次被效能告诫的，作辞退处理。

四、请假期满因个人原因未及时续假，按旷工处理。

五、申请辞职批准后未按规定办理辞职手续而擅自离职人员，科室需在其离岗当日报

人力资源部备案，并动员其返院补办手续，对拒不补手续者，医院将扣罚其相关福利待遇，超过三个月者将作为辞退处理。

六、职工不服从工作分配或正常调动的，无故逾期不上岗的，按旷工处理。

第十九条 假期待遇

一、事假

- 1、事假为无薪假期，扣除当日全部工资、补贴及奖金。
- 2、全年事假累计达到 22 天的，不发年终奖金。
- 3、事假累计超过考核年度中 3 个月，不参加本年度考核。
- 4、事假期间不参与科室绩效分配。

二、病假

1、病假在两个月以内的，一天扣减 10 元；病假超过两个月，不超过六个月的，一天扣减 30 元；超过六个月的，一天扣减 50 元。扣除后的月工资余额不低于本市最低工资标准的 80%。

2、病假累计超过考核年度半年，不参加本年度考核。

3、病假期间不参与科室绩效分配

（注：病、事假累计超过考核年度半年的工作人员，不进行年度考核，无年度考核或年度考核不合格可以根据相关规定另行处理）

三、婚假、产假、丧假

职工请婚假、产假、丧假，在法定假期时间范围内，工资按月足额计发，但不参与科室的绩效分配。超过规定的假期，履行请假手续的，按事假处理；未履行请假手续的，按旷工处理。

四、年休假

由各科室根据科室实际，在不影响科室工作的前提下，自行安排。

五、工伤假

职工因公受伤疗养期间，视作出勤，工资按月足额计发，绩效奖由医院办公会根据具体情况讨论决定。

第二十条 人力资源部为医院日常考勤管理机构，每月根据请假单和科室报送的考勤登记表，确定工作人员的出勤情况，同时对科室考勤情况进行监管。

第二十一条 科室主任、护士长为考勤工作责任人，每月以科室为单位报送考勤登记表，应及时、准确、真实报送，时间为每月 1 日至 3 日，未及时报送或提前报送的扣除科室绩效 200 元；科室考勤不真实的，分别每次扣罚当事人及科室 200 元，同时予以通报批评。各科室须将此工作列入科室管理内容，科室考勤责任人要随时了解本科室职工劳动纪律执行情况，及时向科室负责人汇报，并记录备查。

第二十二条 工作人员出勤情况，与评选先进、年度考核等工作挂钩。

第二十三条 各类假期不得互相冲销，仅限当年有效。

第二十四条 各类人员不得私自以假充班，人力资源部负责各科室的排班表的核查工作。人力资源部负责全院考勤统计并协同相关部门督促检查，按规定处理违纪事件。

第二十五条 宣城市人民医院的工作人员适用本办法。

第二十六条 本办法自下发之日起执行，执行中如国家和省市有关政策发生变化，按新政策执行。

第二十七条 本办法由人力资源部负责解释。

外出参会学习及进修管理办法（修订）

为进一步规范外出学习、参加会议和进修的流程及管理办法，结合医院实际，对原规定进行了修订，具体内容如下：

一、外出参会学习管理办法

（一）参加学术会议类别

1、指令性会议：

- (1) 上级卫生行政部门要求参加的；
- (2) 医院根据学科建设和专业发展安排的专题学习；
- (3) 科室为开展新技术新项目必需的外出学习并开展工作。

2、中国科协下设的医学会、医院管理学会、医师协会、护理学会等正式学会各专业委员会例行年会、换届会（仅限于委员）。

3、各类市级以上继续教育学习班及其他医院认为有必要参加的学术会议

（二）参会人员资格

- 1、我院在职、在岗人员（不包含离退休人员）。
- 2、学科带头人及省级学会委员每年限参加省内外学术会议 3 次，高级职称及科室行政副主任每年限参加省内外学术会议 2 次；中级职称、市级学会委员、论文第一作者每年限参加省内学术会议 1 次；初级职称每两年限参加省内学术会议 1 次。
- 3、上年度或本年度出现以下情况者，取消本年度参加学术会议资格：
 - （1）在医疗工作中出现负有责任的重大医疗纠纷或医疗事故者；
 - （2）存在严重医德医风问题者；
 - （3）年度考核不合格者；
 - （4）连续两次不参加本院全院性学术活动或科室举行的学术活动者；
 - （5）上一年度继教学分未完成者。
- 4、原则上只能参加本学科、本专业学术会议，牵涉到某一病种、某一技术多学科诊治的学术会议，由分管领导同意后方可参加。
- 5、重点学科、重点发展学科或医院认为有必要参加的学术会议条件可适当放宽。

（三）审批及报销手续

- 1、审批：接学习会议通知——>填写《外出学习会议审批表》——>科室负责人同意——>相关主管部门同意——>人力资源部审核——>分管院长批准。
- 2、会后 1 月内需将会议情况、学术动态等向所在科室或专科内传达，有重要内容者可在院内举行学术报告会。
- 3、传达会议精神和内容后，凭相关资料到人力资源部审核后报销，限报会务费、食宿费、交通费，省外不超过 2500 元，省内不超过 2000 元，特殊情况报医院办公会研究。
- 4、进入医院 5120 人才培养工程的人员参会标准按有关规定执行。
- 5、返院 1 月内需完成会议传达和费用报销，逾期不予办理。

（四）管理规定

- 1、参会地点以北京、上海、南京、广州、合肥等地为主，在其它旅游城市举办的学术会议，审批时从严掌握。
- 2、交通费用以直线或就近乘用汽车、火车，确需乘坐飞机的需和人力资源部沟通，报分管院长同意，不得绕道，费用总控。
- 3、住宿费用结算以会议通知日期为准，原则上按会议通知上的住宿标准报销，擅自住单间或更高档的酒店票据不予报销。

- 4、申请人因故不能参加学术会议的，不得委托他人参会。否则，不予报销费用。如此会议必须参加，须报人力资源部及分管领导批准后方可参加。未经同意擅自让他人顶替参加院外学术会议的，原申请人及委托人本年度及下年度不得参加各类院外学术会议。
- 5、各专业分会、上级医院专业科室举办的继教班，需严格选择参加，确需参加的需报分管院长同意后，方可履行审批程序。
- 6、全国性学术会议原则上只同意 1 人参加，2 人以上需审批同意；
- 7、鼓励学科带头人和科主任参加正式学术团体发出邀请的境外会议，接邀请函后报院长办公会研究同意，方可办理有关手续，每两年 1 次，报销金额在 5000 元以内。
- 8、学术会议结束后应按时返院，如遇特殊情况超过预定天数，应及时与医院联系请假。
- 9、参加各级各类会议的，需严格按照本办法履行请假审批手续，同时安排好科室正常工作，未按规定擅自外出参加会议的，一律按旷工处理。

二、外出进修管理办法

（一）外出进修人员选派条件

- 1、热爱本专业，工作积极，遵守纪律，有良好的医德医风，服从安排。
- 2、在各项质量检查和考核中表现优秀。
- 3、具有博士研究生学历，从事本专业满 1 年；具有硕士研究生学历，从事本专业满 2 年；具有大学本科学历，从事本专业满 5 年；具有大学专科学历，从事本专业满 7 年。
- 4、原则上具备中级以上技术职称。
- 5、必须具有对应执业资格证书。
- 6、开展新项目、新技术的科室，由科主任书面材料推荐，优先安排。
- 7、再次进修间隔原则上需 3 年以上。
- 8、特殊情况经医院办公会研究决定。
- 9、优先条件：
 - （1）省、市级名医。
 - （2）学科带头人及后备人员。
 - （3）省、市级重点学科及重点发展学科人员。
 - （4）有科研成果或带科研项目者。
 - （5）配合科室新技术、新业务开展者。
 - （6）进入 5120 人才培养人员。

(7) 科室技术骨干。

10、下列情况不予安排进修：

(1) 未完成上一年度继教学分者。

(2) 参加相关必须资格考试、培训或上岗证资格考试未通过者。

(3) 曾有外出进修，未及时返院，或不服从医院进修安排及相关规定者。

(4) 发生医疗事故主要责任人 3 年内不予进修。

(5) 3 年内发生 2 次或 5 年内发生 3 次或 7 年内发生 5 次医疗纠纷者，不予安排进修。

(6) 在各类质量检查中问题频发，屡教不改者，不予安排进修。

(二) 办理外出进修程序

1、符合进修条件者，在人力资源部领取进修申请表，如实填写相关内容，所在科室主任签字同意后，交人力资源部，由院办公会议统一研究审批。

2、医院审批同意后，由申请者自行联系或人力资源部协助联系进修医疗机构。

3、获得进修医疗机构同意后，做好科室工作交接，告知科室负责人离岗时间。

4、到人力资源部办理登记手续，借取相关费用，签订进修返院服务协议。进修返院后五年内不得离开本院，否则当事人应退还进修期间的一切费用和进修年度的工资福利待遇等，并承担给医院造成的相关经济损失。

5、到达进修机构后，如换联系方式，需将新联系方式告知人力资源部备案。

6、进修结束后，需及时返院，完成报销前相关任务，报销相关费用。

(三) 外出进修任务

1、外出进修人员要有目标、专业任务和学习计划。

2、外出进修返院后 1 月内要向医院或科室作学术汇报、专题讲座，完成此项工作后方可报销。

3、外出进修人员返院后要向人力资源部上交进修单位的进修结业证明或进修鉴定表。

4、返院后需提交个人进修总结，及下一步个人、专业、技术发展计划。

(四) 相关管理规定

1、原则上不允许跨专业、跨学科进修学习。

2、专题进修（通过短期学习掌握某项新技术、新项目）时间 1-6 个月；专业进修时间 6 月-12 月。

3、进修费、住宿费由医院报销，进修期间享受基本工资待遇和进修补助（省内进修每天补

助 30 元，省外进修每天补助 40 元)。原则上应由进修单位统一安排住宿。开展新技术、新项目急需进修而进修单位又不能安排住宿者，自行联系住宿费用参照补充条款规定。

4、进修半年以内报销一次最短路途的往返车船费用，进修一年报销两次最短路途的往返车船费用。交通工具限乘用汽车、火车，确需乘坐飞机的需和人力资源部沟通，报分管院长同意。中途特殊情况需回本单位，由相关单位证明，方可报销来回车票。

5、进修学习期间，由于不能遵守进修医院的规章制度及出现重大的医疗事故或医疗行为过失被进修医院退回医院者，进修费用由进修者全额承担，5 年内不得提出各种形式的进修、参加学术会议的申请。

6、进修时间原则上需全部完成，不能完成进修任务中途自行返院，进修费用由个人全额承担，并给出相应处理，医院要求返院的除外。

7、进入医院人才培养工程的人员外出进修培训按有关规定执行。

三、补充条款

(一) 借款规定

1、进修或者学习，单位提供住宿的，凭通知单全额借取学费、住宿费。

2、进修或者学习，单位未提供住宿的，凭通知单给予借取学费和 50%住宿补贴款（标准如下）。

(二) 住宿补贴规定

1、单位提供住宿，本人另行租房者，只按通知单所写费用标准予以报销。

2、单位未提供住宿，自行租房的，按下列标准补助：省内 1000 元/月，周边省外 1500 元/月，北上广 2000 元/月。

(三) 服务年限协议书签订规定

1、外出学习时间 ≥ 30 天或 < 30 天的短期学习，费用超 5000 元的，均按进修处理，并签 5 年服务协议。

2、进修后服务年限从回院上班起计算，签署 5 年服务协议。

未取得对应岗位执业资格人员的处理办法（试行）

为了进一步规范我院对合法执业方面的管理，根据《执业医师法》和《中华人民共和

国护士管理办法》及有关法规，结合我院实际情况，制定本规定。

一、凡未取得对应岗位医师资格证书、护士资格证书的专业技术人员均不能独立直接从事医疗护理工作及其相关工作。

二、毕业于大中专院校录用在医疗岗位工作的专业技术人员，符合资格考试条件，但考试成绩不合格的按以下规定处理：

1、新来院工作的毕业生参加资格考试不合格者，仅发放基本工资，其他福利待遇一律停止发放，当年年度考核不得参加评先评优。

2、连续 2 年未能通过对应岗位资格考试的，予以劝退或辞退。

三、在执行过程中如与人事劳动、卫生部门的政策法规相抵触，以上级部门的文件为准。

四、由人力资源部负责解释。

继续医学教育学分授予与管理办法（修订）

为加强和规范继续医学教育学分管理，根据安徽省继续医学教育委员会《安徽省继续医学教育学分授予与管理办法》（皖继委[2007]6号）精神，结合我院实际，特制定本办法。

一、学分分类

（一）按照继续医学教育活动，学分分为 I 类学分和 II 类学分两类。

（二）国家级继续医学教育项目、省级继续医学教育项目、推广项目授予 I 类学分。

（三）市级继续医学教育项目、发表论文、科研立项、科技成果、单位组织的学术活动等其它形式的继续医学教育活动授予 II 类学分。

二、学分要求

（一）继续教育实行学分制。继续教育对象每年都要参加继续医学教育活动并取得规定的学分。

（二）具有中级及以上专业技术职称人员，每年参加继续教育活动所获得的学分不低于 25 学分，其中 I 类学分 5-10 学分，II 类学分 15-20 学分。

（三）具有初级专业技术职称人员每年参加继续医学教育活动所获得的学分不低于 II 类学分 20 学分。

（四）继续教育对象每年获得的远程继续教育 I 类、II 类学分数每个不超过 10 学分。

(五) I 类、II 类学分不可互相替代。

三、学分授予标准

(一) I 类学分计算方法

- 1、参加国家级、省级继续教育项目活动，参加者经考核合格。按相关要求授予学分。
- 2、继续医学教育项目管理有关规定验印的各种 I 类学分项目的学分证明，是参加项目学习并经考勤、考试考核合格学员获得继续医学教育 I 类学分的有效凭证。

(二) II 类学分计算方法

- 1、参加市级继续教育项目活动，参加者经考核合格，按相关要求授予学分。
- 2、刊物上发表论文和综述，按以下标准授予发表当年学分：

发表文章所在刊物	第一作者至第三作者
国外刊物	10-8 学分
具有国际标准刊号 (ISSN)	
和国内统一刊号 (CN) 的刊物	6-4 学分
省级刊物	5-3 学分
地 (市) 级刊物	4-2 学分
内部刊物	2-1 学分

- 3、批准的科研项目在立项当年按以下标准授予学分：

课题类别	课题组成员排序 (余类推)				
	1	2	3	4	5
国家级课题	10	9	8	7	6 学分
省、部级课题	8	7	6	5	4 学分
市、厅级课题	6	5	4	3	2 学分

- 4、出版医学著作，按每编写 1000 字授予出版当年 1 学分。
- 5、出国考察报告、国内专题调研报告，每 3000 字授予 1 学分。
- 6、发表医学译文每 1500 汉字授予 1 学分。
- 7、单位组织的学术报告、专题讲座、技术操作示教、手术示范、新技术推广等，每次可授予主讲人 2 学分，授予参加者 0.5 学分。参加者全年所获得的该类学分最多不超过 5 学分。
- 8、临床病理讨论会、多科室组织的案例讨论会、大查房，每次主讲人可授予 1 学分，参加者授予 0.5 学分。参加者全年所获得的该类学分最多不超过 5 学分。

9、经单位批准，参加所从事的卫生技术专业在职学历（学位）教育，在规定的学制年限内年度学习成绩合格者，或到外单位专业进修（含出国培训），或参加援藏、援外、支农等医疗服务活动并参加当地继续医学教育，当年累计 6 个月以内经考核合格者，按每月 4 学分授予Ⅱ类学分。

3-9 项由单位继续教育主管部门负责审核后授予相应的学分。

四、我院继教班举办和学分授予办法

1、我院主办(承办)国家级、省级、市级（外请专家授课和兄弟医院参加）继教班时医院给予一定的办班经费（每年限一次，原则上国家级不超过 20000 元，省级不超过 10000 元、市级不超过 5000 元），主要用于开班授课费、餐饮和住宿等相关费用，依票据实报实销。

注：（1）学术专业分会首次成立：主委是我院的，给与补贴不超过 5000 元，依票据实报实销。

（2）联盟会议、网络会议在我院举办的，给与补贴不超过 5000 元，依票据实报实销。

2、我院市级继教班举办须提前一周通过院人力资源部网络继教项目申报，卫生局通过，按要求日期举办。

3、市级继教班在 2015 年年初公布继教班举办班次，各科室按需求报听课计划至人资部，后续开展按计划执行。

4、继教学习班参加原则上与本人专业相关相近。

5、继教学习班采取继教 IC 卡刷卡制度，参加继教班需携带继教 IC 卡刷卡考勤，否则一律不授予学分。

6、继教学习班结束后，人力资源部及时将授予学分人员名单、试卷、授课课件上传至 OA，授予学分人员考试合格、经验证后授予学分。

7、继教学习班严格考勤制度，迟到、早退、中途离场等情况，不授予学分。

五、学分登记、验证和考核

（一）学分登记

1、继续医学教育对象每年参加继续医学教育的情况和取得的学分，由人力资源部负责审核、登记和存档。每年的学分登记工作，应于次年的 3 月份前完成。

2、人力资源部负责建立和保管本单位卫生技术人员继续医学教育个人档案，每年定期对本单位卫生技术人员取得的继续医学教育学分情况进行审核，审核内容包括项目内容与本人专业和岗位是否相关、学分类别与授予的学分是否符合规定的标准、是否完成年度学分要

求等，并将审定的卫生技术人员当年取得学分的各项具体内容、学分类别、学分数及年度学分完成情况，在其继续医学教育个人档案上进行登记和存档。

3、卫生技术人员每年都应应将当年参加各种继续医学教育活动的有效凭证，按要求和时间安排，报人力资源部，确定当年所取得的学分与年度学分完成情况。

4、学分登记的有效凭证为各级继续医学教育项目学分证明、发表的论文、出版的著作、进修证、成绩单、单位组织的各种继续医学教育活动登记表等原始材料，或根据继续医学教育智能化管理的进展需要，在全市辖区内或本单位统一使用的继续医学教育电子信息卡。

5、继续医学教育对象年度完成学分情况，由单位负责在省人事厅统一印制的《安徽省专业技术人员继续教育证书》上登记。该证书是记载卫生技术人员每年度继续医学教育学分完成情况的有效凭证，由人力资源部代为保管。证书的发放和使用按省人事厅《安徽省专业技术人员继续教育实施意见》中的有关规定执行。

（二）学分验证

1、学分验证分为公共知识科目验证和专业科目验证。

2、公共科目学习为网上在线学习，网络学习完成后由人力资源部上交全院技术人员继续教育证书至人社局考试中心统一验证，验证时间一般截止至当年10月。

3、专业科目验证由市继续医学教育办公室先审核专业学分完成情况，后由市人事局根据公共科目、专业科目学分完成情况验印。此项验证每年进行一次。在次年的3月份之前完成。

（三）考核要求

1、继续医学教育对象接受继续医学教育的基本情况和年度完成学分情况，作为年度考核的重要内容。继续医学教育合格作为卫生技术人员聘任、专业技术职务晋升和医护人员定期考核的必备条件之一。

2、卫生技术人员未完成规定的年度学分要求，其年度考核不能评为优秀等次；申报聘任、晋升卫生专业技术职务或申办卫生技术人员定期考核、执业再注册者，必须出示本人经验证合格的继续教育证书。

六、此办法由人力资源部负责解释。

学术论文发表管理办法（修订）

为营造医院的学术氛围，提高职工的科研意识和水平，鼓励高质量、高水平学术论文的发表，特制定以下管理办法。

第一条 报销范围及奖励标准

1、国际顶级期刊《科学》、《自然》，第一作者奖励 20 万元，第二作者奖励 10 万元。

2、中国承认的国际三大索引：

(1) SCI（科学引文索引）：

①第一作者版面费全额报销（不包括国外主办发行的中文杂志），奖励按所在（SCI）期刊的“影响因子”进行奖励，标准如下：

影响因子值	每影响因子奖励金额（万元）
-------	---------------

$IF \leq 3$	1
-------------	---

$3 < IF < 10$	2
---------------	---

$IF \geq 10$	3
--------------	---

测算时依因子值分段计算

②医院出资培养的在读硕士、博士的毕业论文据标准减半奖励。

③并列第一作者、通讯作者奖励 2000 元。

④其余作者不予奖励。

(2) EI（工程索引），ISTP（科技会议录索引），第一作者版面费全额报销（不包括国外主办发行的中文杂志）。论著类奖励 20000 元，获奖论文另奖励 5000 元；非论著类奖励 5000 元；第二作者奖励 3000 元。

3、中华医学会主办的中华系列期刊，第一作者版面、审稿费报销。论著类奖励 5000 元，非论著类奖励 3000 元。

4、国内出版的核心期刊（《中文核心期刊要目总览》收录），第一作者版面、审稿费报销。论著类奖励 2000 元，非论著类奖励 1000 元。

5、在统计源期刊（《中国科技期刊引证报告》收录）、中华医学会主办的国外系列期刊、中国系列期刊（但必须同时具有中国标准刊号及国际统一刊号），版面、审稿费自理，补助 2500 元。

6、国内公开出版的省级以上期刊（但必须同时具有中国标准刊号及国际统一刊号），版面、审稿费自理，补助 1500 元。

7、在增刊、专刊、特刊、学术会议论文汇编等非常规期刊杂志上发表的论文版面、审稿费自理，不予奖励。

8、个人学术专著：另行研究决定。

9、论文少于 1500 字，只给予报销版面费（提供发票）且最多不能超过同档次奖励标准。

第二条 相关要求

1、文章所投的期刊杂志社应该具有一定的学术水平和社会知名度。医务、医技人员投稿前须由医务部、科教科审核，护理人员须由护理部审核，行政后勤人员由人力资源部审核。

2、论文署名应为：宣城市人民医院 第一作者。

3、报销时需提供：期刊封面、目录、文章全文复印件，文章电子版。

4、期刊的认定以最新版本为标准，报销时需自行提供期刊所属层次的证明。

第三条 科室论文任务及奖惩

1、每年年初医院根据当年全院论文总数目要求和各科室人员结构，分配任务到各科室。

2、科室当年未达到基本数目者，每少一篇扣除科室 1000 元，超额完成任务的给予奖励，每篇奖励 500 元。

3、论文完成情况与个人、集体评先评优相结合。

第四条 本条款由人力资源部负责解释并执行。

退休职工返聘管理办法（修订）

为规范退休职工返聘工作，结合医院实际，特制定本办法。

一、返聘原则：

1、退休的医疗专业技术职工，因医院工作需要，本人自愿接受返聘；

2、除确因特殊需要的，党政管理部门及其它技术岗位原则上不返聘退休职工。

二、返聘条件：

1、身体健康，能坚持全日正常工作；

2、原则上年龄 65 周岁以下、副高级及以上专业技术职称，对个别确因工作急需，与上述条件不符的，经院办公会研究决定。

三、返聘程序：

1、返聘退休职工，应由用人科室填写职工返聘申请表报人力资源部，经有关部门审核，医院办公会研究批准后聘用；

2、受聘人与医院签订《返聘协议书》。

四、返聘职工待遇：

1、返聘职工的工资待遇根据专业技术职务确定，正高 3300 元/月、副高 2600 元/月、中级 2150 元/月；特殊返聘职工相关工资待遇，根据工作性质，另行确定；

2、经批准的返聘职工比照在职职工享受有关福利待遇；

3、绩效：

(1)返聘在职能科室的职工享受机关后勤平均奖；

(2)返聘在临床和医技科室的职工由所在科室发放绩效，标准由科室根据被返聘人完成工作的质和量确定。

五、返聘职工职责和要求：

1、返聘职工与在职职工同样履行工作职责，自觉遵守医院的各项规章制度，尽职尽责地完成所承担各项工作任务；

2、返聘职工要从医院利益出发，服从医院和科室工作安排；

3、返聘职工原则上不再安排任何行政职务。

六、续聘与解聘手续：

1、返聘工作每年进行一次，聘期一般为一年，个人自愿辞聘者，应提前一月向科室申请；医院决定不再续聘的，应提前一月告知受聘人；

2、返聘期结束前一个月，人力资源部组织相关考核，根据双方意愿决定是否续聘；

3、对违反医院有关规定的返聘职工，医院有权随时解聘。

医疗三基培训及考核管理办法(修订)

为进一步提高医务人员对“三基三严”工作的认识，使“三基”训练人人重视，“三基”考核人人达标，特制定“三基三严”培训及考核管理办法，具体内容如下：

一、总 则

（一）组织机构

- 1、医院成立三基培训考核领导组，人力资源部、医务部具体负责实施。
- 2、科室成立三基培训考核小组，负责实施本科室、本专业医师“三基”培训考核工作。

（二）原则

- 1、全员参与、人人过关。
- 2、个人自学为主，外部培训为辅。
- 3、科级培训为主，院级培训为辅。

（三）目的

- 1、各级各类医生掌握医疗规章制度、法律法规。
- 2、掌握必备的业务知识和技能。

（1）D1 医生：执业医师需掌握的各学科基础知识和技能（达到一次性通过执业医师资格考试的目的）。

（2）D2 医生：从事岗位二级专科需掌握的基础知识和技能（如外科序列、内科序列等）。

（3）D3 医生：从事专科（三级学科）需掌握的基础知识和技能。

（4）D4 医生：从事专科（三级学科）常见疾病和部分危重疑难疾病诊治的相关知识和技能。

（5）D5 医生：从事专科危重、疑难疾病诊治的相关知识和技能。

二、培训办法

（一）培训分类

- 1、D1 医生：主要包括住培医生、无医师资格证的轮转及研究生。
- 2、D2 医生：主要包括住院医师聘任未满 2 年、具有医生资格证但能力测试达不到 D3 水平的高年资住院医师）。
- 3、D3 医生：主要包括高年资住院医师（住院医师聘任满 2 年的、具有主治医师资格证但能力测试达不到 D4 水平的医师）
- 4、D4 医生：主要包括主治医师
- 5、D5 医生；主要包括高级职称医师

（二）培训频率

- 1、院级年度集中培训：每 2 月 1 次；遇相关上级主管部门培训通知的临时举行，主要由 D1、D2 医生参加。

2、科级培训：每 2 月 1 次，主要由 D5 和 D4 医生主持授课，D1、D2、D3 医生参加，医技科室类同。

（三）培训内容

1、D1 医生：主要以执业医师需掌握各专科基础知识和技能为主要培训内容。

2、D2 医生：主要以二级专科基础知识和技能为主要培训内容（如外科序列、内科序列等）

3、D3 医生：主要以三级学科基础知识和技能为主要培训内容（即本专科的专科知识）

4、D4 医生：主要以三级学科综合知识和技能为主要培训内容（即本专科的专科知识）

5、D5 医生：主要以三级学科危重、疑难疾病诊治的相关知识和技能为主要培训内容

6、医技科室由各科室三基培训考核小组决定培训内容

（四）培训方式：

（1）院级：由医务部、人力资源部负责院级的“三基”培训工作。

（2）科级：科室培训考核小组负责科级本专业“三基”培训工作，并纳入医院继续教育管理体系，按照课时授予授课人、听课人继教学分。医院培训考核小组定期进行检查评定，督查各科室“三基三严”工作实施情况。

（3）具体：

A、D1 医生、D2 医生：以院级、科级和自我学习为主要形式

B、D3 医生：以科级、自我学习为主要形式

C、D4、D5 医生：主要以外出和自我学习为主。

三、考核办法

（一）考核对象：

D1、D2、D3、D4 医生及医技医生

（二）考核频率

1、D1、D2 医生每 2 月 1 次

2、D3 医生每半年 1 次

3、D4 医生每年 1 次

4、医技科室中初级医生每年 1 次

（三）考核内容

与培训内容和总则中目的相对应

（四）考核标准

- 1、理论考试对象：年龄小于 40 周岁中初级职称的一线人员。
- 2、技能操作考试对象：初级职称的一线人员。

（五）合格标准：

- 1、理论考试 80 分为合格分数线。
- 2、技能操作考试 90 分为合格分数线。
- 3、遇特殊情况的依当次情况确定。

四、奖惩

（一）奖励

- 1、每次理论笔试，第一名的奖励 300 元，第二名的奖励 200 元，第三名的奖励 100 元。
- 2、以理论考试为主，技能考试待定。

（二）惩罚

- 1、理论和技能考试不合格者每次每人扣 100 元。
- 2、考试不合格及缓考人员有一次补考机会，补考及缓考不合格者再扣罚 200 元。
- 3、前一年度因个人原因缓考 2 次或缺考 1 次的 D2 医生延缓升入 D3 医生 1 年。

（三）其他

- 1、培训参训率、考核合格率记入个人执业档案，纳入医师考核体系，作为医师晋升和聘任的重要依据之一。
- 2、培训参训率、考核合格率作为科室和个人考评的重要指标之一。
- 3、科级三基培训考核完成情况作为院综合目标考核内容之一。
- 4、考试不合格（达到 2 次）、三基培训参训率低于 80%的，取消当年评先评优资格，由医务部、人资部负责与当事医生谈话。
- 5、三次考试不合格者，院内脱岗学习三个月，并扣发绩效工资。

五、补充

- （一）医技科室医生主要以科室培训和自我学习为主，其类别参考 D1-D5 的分类。
- （二）护理三基培训考核主要依照护理培训考核办法执行。
- （三）本办法由人力资源部、医务部负责解释。

离任中层干部给予津贴的暂行办法（修订）

在市委、市政府的正确领导下，通过全院职工共同努力，医院得到快速可持续发展，中层干部较好地发挥了部门带头人的作用，经医院办公会研究决定，给予离任中层干部津贴补助，具体本办法制订如下。

一、基本条件

- 1、在职职工；
- 2、曾任医院中层干部，已离任，任中层干部时间 ≥ 3 年（精确到月）。

二、津贴标准

- 1、担任正职：每月津贴标准=任正职年数 $\times 60$ 元/年；
- 2、担任副职：每月津贴标准=任副职年数 $\times 40$ 元/年；

三、发放条件

- 1、中层干部离任后，需有大局观念，服从医院安排；
- 2、中层干部离任后，需继续履行好新的岗位职责，支持配合科室负责人的工作；
- 3、津贴开始发放时间：男同志年满 55 周岁、女同志年满 50 周岁。

四、说明

- 1、本办法中层干部指，由医院文件正式任命并给予副科级及以上待遇者；
- 2、担任正副职时间分项计算；
- 3、计算津贴给予时间以整年为计算基数，超过 6 个月的按 1 年计算，不足六个月的不纳入计算；
- 4、此津贴发放年限不超过 5 年；
- 5、本暂行办法（修订版）自 2014 年 11 月起实施，原办法即行废止，未尽事项由院办公会讨论决定；
- 6、本暂行办法（修订版）由人力资源部负责解释。

四、财务管理制度

固定资产日常管理制度（修订）

为规范和加强固定资产日常管理，合理配置和有效利用医院资产，维护国有资产安全完整，根据《宣城市市级行政事业单位国有资产处置管理暂行办法》（财行[2009]215号）及医院相关资产管理文件的有关规定，结合实际工作中存在的问题，特制定本制度。

一、固定资产认定标准

固定资产是指持有时间在一年以上，且单位价值在规定标准以上（单位价值在1000元及以上，其中专业设备单位价值在1500元及以上），在使用过程中保持原有的物质形态的有形资产。单位价值虽未达到标准，使用年限在1年以上的大批同类物资，木制家具在300元及以上，彩电、冰箱、打印机、传真机、微波炉等在500元及以上可作为固定资产管理。

二、固定资产日常管理部门

固定资产实行归口管理，分级负责、责任到人的管理体制。后勤保障部负责具有通用性（信息设备除外）的资产管理；医学工程部负责医疗设备的管理；信息科负责信息系统设备的管理。

资产管理部门负责对固定资产申购、调拨、维修、处置等工作；资产实物的管理、明细帐、卡的维护，确保明细帐与实物相符；监督、检查使用部门资产管理；资产的清查与统计工作。

财务部门负责对固定资产财务监督和会计核算工作，协助资产管理部门对实物的管理，做到帐实相符。

占有或使用部门负责固定资产的妥善保管与合理使用的职责，科室负责人是第一责任人。

三、固定资产日常管理

1、加强对固定资产购置管理。首先加强对申购的论证工作，根据医院医疗技术（水平）条件现状、发展趋势和管理水平，考虑是否需要和能否合理使用；其次加强购置的计划性，严格执行预算管理；最后购置前充分考虑医院资产配置水平和支付能力。

2、加强对固定资产的维护和保养。使用部门做好资产的防火、防盗、防潮、防尘、防锈、防蛀等工作，归口管理部门做好资产使用前培训、使用中检修、维护等工作，保证资产具有良好的使用状态。

3、加强对固定资产的调拨的管理。归口管理部门根据科室资产配置及使用情况进行合

理调配，办理调拨手续。调拨时需填写书面的调拨单，由出入科室、管理科室签字，一联留存归口管理部门，一联交资产会计办理划拨手续，一联留调入部门。

4、加强固定资产使用情况的监管。医学工程部定期对大型医疗设备使用情况进行分析，建立设备使用档案。对申购设备使用未达到预期效果科室建立预警机制，今后购置设备从严审核。

5、加强固定资产日常清点。通过归口部门自查、财务部门抽查、全院普查方式，保证资产安全、完整，保证资产帐帐相符、帐实相符。

6、加强对捐赠固定资产管理。归口管理部门对赠予设备应登记造册，并办理入库手续。对通过采购耗材投放的医用设备，医学工程部应详细记录投放单位、合同时间、市场估值等信息，待合同期满，及时到财务部门办理入库手续。

7、规范固定资产处置管理。国有资产处置严格执行《宣城市人民医院国有资产处置管理暂行办法》（皖字[2011]102号）文件规定，归口资产管理部门对处置资产应登记造册，处置资产取得收入应交财务部门。医院固定资产不得对外出租和出借，确需出租、出借的，经医院办公会讨论决定。

附：宣城市人民医院固定资产调拨单（略）

宣城市人民医院固定资产报废申请单（略）

医疗退费管理规定

为强化财务管理，堵塞漏洞，严格内部控制制度，规范医疗退费程序，根据《事业单位会计准则》及《医院财务制度》规定，现就加强医疗退费相关规定通知如下，请遵照执行。

一、门诊退费管理：

1、门诊病人办理退药以外的门诊退费，由接诊医师填写门诊退费申请单，注明患者姓名、退费原因、收费项目等内容并交财务部签字确认，收费员凭申请单办理退费手续。

2、门诊病人办理药品退费手续时，如果是当天未结算患者，可以由药房验收药品后，直接办理退费手续；已结算或已打印发票的，应填写退费申请单，验收药品后到门诊收费处办理退费手续。

3、已打印发票，退费时收费人员需将发票联和记帐联收回，作为申请单附件报财务部

审核。

4、除未结算门诊患者退药可以在药房办理外，其他退费一律在收费处办理手续。患者退费金额划拨到患者就诊卡中，不允许现金方式支付。

二、住院退费管理：

1、住院患者如需退费，应由科主任（护士长）在系统内打印退费申请单，说明退费理由并签字确认，退检查费用由财务部负责审核。

2、住院收费处凭退费申请单办理退费手续，申请单作为原始凭证交财务部。

3、在院患者如果需要退预交金，应由财务部与医保科主任在预交金后面签字后方可办理，原预交金作为退费凭证保留交财务部审核。

三、对已报帐费用需要办理退费手续，凭相关票据到财务部办理。

四、医务人员和收费人员要严格遵守通知内容，发现问题及报财务部处理，违反规定给予相应的处罚。

附：门诊、住院退费申请单（略）

门诊、住院退费流程（略）

收费员收费报帐管理规定（修订）

为了保证资金安全，根据财务管理相关规定，现对门诊、住院收费员收费报帐规定如下：

一、门诊收费管理：

1、门诊收费推行“日报帐”，每天门诊收费员必须打印结算日报表到财务部报帐。

2、门诊收费员“日报帐”时间为前日 17：00-次日 17：00。

3、收费员实行备用金制，门诊收费员备用金为 3000 元，住院收费员备用金为 5000 元。

4、每天收费员将当天营业款封包（包括当日帐零币），交门诊负责人统一交财务部收款员上锁，交银行后开箱验钞。

5、报帐时，收费员将退费发票、申请单、发票存根、废票、抵现单据等票据报财务部审核。

二、住院收费管理：

1、住院收费员每星期必须报帐一次，报帐时应按照要求将发票存根、作废发票、医保

报销单据等交财务部审核。

2、住院收费员垫付医保统筹款现金不足，可相互调剂，可以实行负报款制。

3、住院员收费员每天必须将营业款封包送交银行，严禁截留现金。

4、住院收费员每月结束后，必须在次月 3 号前将当月收入报帐。

三、收费处指定专人负责收集收费员现金包，建立登记本，进行交接签字。

四、收费员每月 3 号前必须将上月现金交款单报财务部报帐。

五、收费员必须严格执行规定，审计科、财务部将定期对检查制度执行情况，对没有按照规定执行的，每发现一次处罚 200 元，情节严重的，提交医院处理，并视情况移送司法机关。

六、本规定自 2014 年 10 月 1 日实施，由财务部负责解释。

五、医疗管理制度

临床科研项目中使用医疗技术的相关管理制度与审批程序

一、临床科研项目中使用医疗技术的相关管理制度

（一）、本制度所指医疗技术是指医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病做出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的诊断治疗措施。

（二）、医务人员开展临床科研项目使用医疗技术时应当遵守本制度。

医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术时应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

（三）、医院对医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术实行分类、分级管理。

（四）、医疗技术按照安全性、有效性确切程度分为三类：

第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医院通过常规管理在临床应用中能确保安全、有效性的技术。

第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或风险较高，需要上级卫生行政部门加以控制管理的医疗技术。

第三类医疗技术是指具有以下情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗

技术：

- (1)、涉及重大伦理问题；
- (2)、高风险；
- (3)、安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；
- (4)、需要使用稀缺资源；
- (5)、卫生部规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

(五)、医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术相关管理制度与审批程序由医务部负责监督落实。

(六)、医务部对第一类医疗技术的临床应用能力进行审核。第二类、第三类医疗技术临床应用前须由医务部负责向卫生厅或卫生部提出申请，经卫生行政部门许可后方可实施。

(七)、医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术必须有医院医疗质量与安全管理委员会组织对有创操作、介入、麻醉等高风险技术项目操作人员进行资格的审批、许可授权管理。资格授权依照以下流程：

首先向本科室质量与安全管理小组申报个人的资质能力，科室质量与安全管理小组进行初步考评，考核结果提交医院医疗与安全管理委员会进行最终认定，必要时还应同时提交上级卫生行政部门审定。

(八)、各专业开展医疗新技术必须保障应有的有效性、安全性、效益性和合理性，并严格按照有关制度申报。

(九)、医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术必须符合诊疗技术规范，不得将不成熟的技术应用于临床科研工作中。从事临床科研活动的医务人员，必须是经过注册的卫生技术人员，不允许非卫生技术人员从事诊疗活动。各种有创的操作技术项目在独立操作之前必须经过培训，经科室质量与安全管理小组考核批准后，才能单独操作。

(十)、医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术（包括有创操作）在开展前必须按照有关规定进行操作前讨论，严格控制适应症、禁忌症以及其他替代疗法实施的可行性。做好充分的操作前准备，包括医患沟通、患者的知情同意、术前病情评估、术中术后可能发生的意外和防范措施等。

(十一)、临床科研开展过程中，凡发生医疗技术损害的，操作人要立即报告科主任，在积极进行补救的同时须上报医务部。如需要，医务部组织相关科室力量进行全力补救，将损害降到最低程度。

(十二)、临床科研中已开展的医疗技术，当技术力量、设备和设施发生改变，可能会影响到医疗技术的安全和质量时，经医疗质量与安全管理委员会讨论后，医院下达终止此技术开展的指令，有关科室必须服从，不得违反。

(十三)、医务人员开展临床科研项目使用医疗技术应用过程中有违反《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《人体器官移植条例》等法律、法规行为的，按照有关法律、法规处罚。

二、临床科研项目中医疗技术的审批程序

(一)开展医疗技术科研项目的申请者，试验前应先向医院提出申请，经医院科学技术委员会、伦理委员会审查批准后，方可进行试验。同时申请进行试验需提交以下材料：

- (1) 科研项目负责人资质证明材料；
- (2) 科研项目组人员资质证明材料；
- (3) 科研项目的类别以及国内外开展情况的相关资料；
- (4) 科研项目开展的必要性和可行性；
- (5) 科研项目开展的实施方案和风险预案；
- (6) 以及需要提供的其他相关资料。

(二)、受试者在参加任何临床试验之前，必须对要参加的试验知情同意，受试者在充分了解临床试验的内容后，签署经医院科学技术委员会、医学伦理委员会批准的《宣城市人民医院临床科研项目中医疗技术知情同意书》(以下简称《知情同意书》)。

(三)、受试者、科研试验人员需在《知情同意书》上签字并注明日期，如受试者及其合法代表无识字能力，知情同意的过程应有见证人参加，由受试者或其合法代表口头同意后，见证人阅读知情同意书与口头知情过程一致，在知情同意书上签字，见证人的签字应与受试者的签名在同一天。

(四)、在科研试验期间，发生下列情形之一的，应当立即暂停试验，由科教科组织专家进行调查，并把调查情况报批准部门讨论，以决定是否继续进行试验。

- 1、发生重大医疗意外事件；
- 2、可能引起严重不良后果的；
- 3、技术支撑条件发生变化或者消失的。

(五)、开展医疗技术科研项目的科室和人员不得将获准的科研成果的新技术在其他医疗机构应用，经过相关部门批准或者紧急救援，急诊抢救的除外。

检查、检验结果互认制度

为进一步深化医药体制改革，切实减轻病人的负担，合理、有效利用卫生资源，在确保医疗质量的前提下避免不必要的重复检查，缓解老百姓“看病难、看病贵”的问题，特制定本制度。

一、适应的范围

与从事疾病诊断、治疗活动的三级医院之间医学检查、检验结果互认；以及对口支援的二级医院的医学检查、检验结果认可。

二、认可的原则

1、 对外院检查、检验结果的认可必须以不影响疾病诊疗的前提，确保医疗质量和医疗安全。

2、 认可的外院检查、检验结果应在病历中进行记载，记载内容除检查、检验结果外还应包括检查机构名称、检查日期、检验报告单号等；对于住院病人，外院的检查、检验资料应该复印在病历中留存。

3、 认可的外院在疾病发生发展周期性变化规律时间范围内能提供完整的检查、检验报告和相应影像资料的检查、检验项目，原则上予以相互认可，不再进行重复检查。

4、 以下情形，不属互认范围：

- （1）因病情变化，检查、检验结果难以提供参考依据（如与疾病诊断不符合等）；
- （2）检查、检验结果在疾病发展过程中变化很大；
- （3） 检查、 检验项目意义重大（如手术等重大医疗措施前）等。
- （4）检验、检查结果与病情明显不符的；
- （5）急诊、急救等抢救生命的紧急状态下；
- （6）患者或其亲属要求做进一步检查的；
- （7）其他符合诊疗需要的不可预测情形。

备注：上述不属互认范围，需重新检查的，须向病人明确说明，并将复查依据在病历中予以记载。

三、认可项目

第一类：医学影像检查项目中根据客观检查结果（片子、图像）出具诊断证明报告的，包括普通放射摄片（含 CR、DR）、CT、MRI 等。

第二类：医学影像检查项目中要根据检查过程中的动态观察出具诊断证明报告的，或诊断报告与检查过程密切相关的，包括超声检查、DSA、其他影像检查（心电图、动态心电图、脑电图、脑血流图、肌电图图纸等）。

第三类：临床检验类项目，具有可观性的特点。包括部分稳定性较好，费用较高的检验项目。具体为：

1、临床生化：总蛋白、糖化血红蛋白、元素测定等；

2、临床免疫：乙肝两对半（肝功能异常或术前除外）、丙肝抗体（肝功异常或术前除外）、甲肝抗体 IgM（肝功异常或术前除外）、免疫球蛋白、TFP（作为肿瘤标志物时）、癌胚抗原、甲功（FT3、FT4、TSH）；

3、临床微生物：病毒培养与鉴定、细菌分型；

4、临床血液、体液：骨髓涂片细胞学检查（诊断明确，临床无异议）。

第四类：其他稳定性较差的临床检验类项目。如血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、血糖等。

四、认可方法

对第一类检查项目，只要患者能提供检查部位正确完整、图像清晰、质量较好的客观检查结果（胶片、图像资料），原则上应认可。临床医生对外院出具的诊断报告有疑问，或患者不能提供诊断报告时，可凭客观检查结果（胶片、图像资料）由本院相应影像科室诊断医师出具会诊报告。

如患者提供不是本人的姓名的医学检验、检查报告时，不予认可。

对第三类检验项目，因结果相对稳定，在相应疾病周期性变化规律时间范围内一般不再进行重复检查。

对第二、四类检查、检验项目，因影响其结果的因素较多，对提供的结果是否认可由接诊临床医师根据具体情况确定。

实习生管理规范（修订）

一、思想道德

（一）拥护中国共产党的领导，坚持四项基本原则，遵守社会公德，具有高尚的医德医

风，树立高度的责任心和同情心。

(二) 遵纪守法，严格遵守医院规章制度，切实履行职责。

(三) 尊敬老师及病房工作人员，讲文明礼貌，懂礼节礼仪。

(四) 注重医德修养，关爱患者，全心全意为患者服务，不做损害患者经济利益和社会利益的事情。

(五) 爱护公物，不损坏公共财产，对损坏公物者须按价赔偿，故意损坏者经教育无效，通知学校根据有关规定进行处罚。

二、工作职责

(一) 根据医务部和护理部安排，实习生在病区带教老师的指导下按照学习大纲的要求认真完成学习任务。

(二) 注重仪表，上班时间按照医院要求着装整洁，发不过肩，不佩戴首饰，不化浓妆，不涂抹指甲，护理实习生要求穿软底浅色鞋，无菌技术操作时戴口罩。

(三) 端正实习思想，培养一丝不苟、有条不紊的工作作风和沉着冷静的工作态度，形成勤动脑、善思考、常提问、多总结的实习习惯。

(四) 尊重患者，加强与患者的交流与沟通，保护患者隐私，对患者服务要做到细心、耐心。

(五) 严格按照带教老师的排班上班，不私自调班、迟到、早退或旷工(若未办理请假手续不上班者视为旷工)。若有特殊情况需提前向带教老师说明，征得带教老师同意，否则视为违规违纪行为。

(六) 严格执行交接班制度，接班者提前 15 分钟进入病房，根据个人班次的安排跟随带教老师进行早交班和床头交班，接班实习生未到岗之前，交班实习生不得离开工作岗位。

(七) 在岗期间，严格遵守岗位职责，深入病房，及时巡视，密切观察患者的病情变化及心理状态，发现问题及时向带教老师反映。

(八) 上班时间不得接待亲友，不得脱离工作岗位，不得互串病房，工作期间不打闹、聊天，不看与工作无关的书籍，不要在办公场所及病房接打电话。若未经带教老师批准擅自离岗者，按违规违纪处理。

(九) 在带教老师的指导下进行操作，不得擅自独自执行各项医疗、护理操作和医嘱；进行各项医疗、护理操作时，严格遵守医疗、护理操作规程并严格执行“三查九对”制度，对有疑问的操作要先核实后确认无误再进行操作，防止差错事故发生。

(十) 严格遵守保护性医疗制度，不私自向患者或家属解释不确定或不正确的问题，遇到不确定的问题，应及时向带教老师反映或请教，以免引起医患纠纷。

(十一) 在带教老师的指导下，认真学习护理文书书写规范，不得私自处理医嘱和执行口头医嘱，查看住院病历时保持病历完整、整洁、有序。

(十二) 不接受病人礼物，不得向病人及家属借任何物品，不得借工作之便谋取个人利益，一经发现，除全额退赔外，根据情节严重程度给予处理。

(十三) 实习期间出现差错应及时上报，不可隐瞒，并主动检讨自己的错误，接受相关部门的处理。隐瞒不报、态度不好者取消实习资格。

三、业务学习

(一) 加强自身业务学习，利用业余时间查阅临床、护理工作中遇到的问题，从而为临床实践作指导。

(二) 按时参加病区组织的讲座及医疗、护理查房，做好学习记录，遇到不明白的问题随时向科主任、护士长及带教老师请教，做到理论与实践相结合。

(三) 填写实习鉴定表客观、及时、真实。如存在弄虚作假，予以通报批评，实习鉴定表不予盖章。

四、请假制度

为了保证实习生实习期间的安全，实习期间一般不允许请假，如有特殊情况确需请假者需要严格遵守《宣城市人民医院实习生请休假制度》，否则视为违规违纪行为，根据情节严重程度进行警告直至通报学校勒令停止实习。

凡属法定假日，均按医院各病区排班规定放假(若医院统一放假由医务部另行通知)。

请假规定

(1) 实习期间，实习生必须认真执行实习计划，不得无故请假或缺席。实习生所在学校不得随意说情或抽调实习生。

(2) 返院后，应及时到科教科及所在科室销假，不得过期而归，过期或未及时销假者均按旷工处理。

五、违规违纪

实习生在实习期间必须遵守医院的各项规章制度，若出现违规违纪行为，首先进行批评教育，并责令本人写书面检查，若经批评教育无效者，通报学校，据情节轻重给予相应处理。

(一) 出现下列情形者属违规违纪行为:

1. 无故或未办理请假手续不按时上班者
2. 上班期间, 未经带教老师批准擅离岗位者
3. 未经带教老师批准私自调班者
4. 不尊重带教老师或与患者争吵者
5. 经查实, 请假内容虚假者
6. 凡是违反医院规章制度或上述相关制度者

(二) 对违规违纪者给予以下处理

1. 违犯一次但情节较轻者给予警告处分。
2. 违犯两次或违反一次情节严重者通报学校。
3. 违犯三次或违反两次情节严重者给予勒令停止实习并退回学校的处理。

4. 因违反操作规程或相关制度, 出现纠纷或事故, 给医院造成不良影响者, 根据情节严重程度给予通报学校或停止实习, 并承担相关责任。

(三) 实习试用期为三个月, 考核不合格者, 给予通报学校或停止实习。

六、实习考核

(一) 考核方式: 临床实习生实习考核分三部分进行。

1. 入院考核合格者, 进入各科室进行临床、护理实习。

2. 实习期间的轮转出科理论、操作考核, 由各科室科主任、护士长和带教老师组织进行。各位同学应按时参加、认真对待, 不作弊。每个病区实习结束, 书写实习总结, 做好实习鉴定(实习鉴定需在实习结束后一周内完成)。

(二) 考核标准: 根据实习生管理的相关规定, 对所有实习生的考核结果分为优秀、合格与不合格三种。有以下情况之一者, 考核结果为不合格。

1. 各类讲座总学分<90 分者;
2. 违规行为发生 2 次者;
3. 实习过程中出现严重差错或事故, 造成不良影响者;
4. 出科考核成绩不及格超过 2 次者。

附件: 实习生请/休假制度

第一条 实习生必须遵守实习医院的各项规章制度, 认真履行实习医师职责。

第二条 实习生必须遵守实习医院的作息制度，实习期间不放寒、暑假。除春节休假可根据实习医院情况进行调休外，其它节假日一律不予调休、补休、积休。

第三条 实习生的病假应有医院医生的诊断证明，原则上在医院所在地诊治休息，病情需要离开当地或转诊治疗者，须经实习医院科教部门同意，并报学院批准后方可离开。

第四条 实习期间原则上不得请事假，因病或因特殊情况必须请假者，须先告知实习队长，请假一天以内经实习科室负责人批准，二至六天要经科室负责人签署意见后报医院科教部门批准，六天以上须经医院同意后报学院各系审核，教务处生产实习科备案并发放请假通知，假期休满后必须到实习医院科教部门办理销假手续。

第五条 凡不请假(含未准假)离院者，一律按旷实习论处，旷实习一天按 6 个学时计算。旷实习者，将按安徽省普通高等学校学生管理条例的有关规定处理。

第六条 因病或事假累计缺勤一个月以上者，毕业考试后需补实习，否则将不予毕业。

中药饮片质量管理制度

为加强医院中药饮片管理，保障人体用药安全、有效，根据《医院中药饮片管理规范》等法律法规的有关规定，制定本管理制度。

一、中药饮片的质量管理涉及中药饮片的采购、验收、保管、调剂、煎煮等环节管理。

二、按照麻醉药品管理的中药饮片和毒性中药饮片的采购、存放、保管、调剂等，必须符合《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗用毒性药品管理办法》和《处方管理办法》等的有关规定。

三、中药房各岗位人员资质符合要求，其岗位职责工作程序参照药学部采购、保管、调剂的岗位职责及各级药学人员的岗位职责执行。

四、中药饮片的采购：由中药房管理人员依据本单位临床用药情况提出计划，经药学部相关负责人审批签字后，又药学部采购人员从合法的供应单位购进。

五、中药饮片的验收

1、应按照国家药品标准和省、自治区、直辖市药品监督管理部门制定的标准和规范进行入库验收检查，验收不合格的不得入库；

2、双人验收，逐项填写《入库验收登记本》的各项内容，并签字。

六、中药饮片的保管

1、中药饮片仓库具备通风、调温、调湿、防潮、防虫、防鼠等条件及设施，面积符合要求；

2、中药饮片出入库前，应当严格进行检查核对；

3、定期进行中药饮片养护检查并记录检查结果。

七、中药饮片的调剂

1、中药饮片调剂室应当具备相应条件和设施，面积符合要求；

2、中药饮片调剂室的药斗等储存中药饮片的容器应当排列合理，有品名标签；

3、中药饮片装斗时要清斗，认真核对，装量适当，不得错斗、串斗。

4、调剂用计量器具应符合质量技术监督部门的要求；

5、调配中药饮片处方时，执行处方调剂审核核对制度。中药饮片处方的审核和调剂按照医院《处方管理实施细则》的“四十三条”相关规定执行。

6、中药饮片称量误差应当在 $\pm 5\%$ 以内。药学部定期对中药饮片调剂质量进行抽查。

八、中药饮片煎煮：应有与之相适应的场地及设备，卫生状况良好，具有通风、调温、冷藏等设施。煎煮液的包装材料和容器应当无毒、卫生、不易破损，并符合有关规定。

九、中药饮片不良反应的监测与报告：中药饮片的不良反应按照《药品不良反应、用药错误和药品损害事件监测报告制度》进行监测和报告，填写相应的报告表，交至临床药学科通过监测网络向市药品不良反应监测中心报告。中药房在日常工作也应注重中药饮片不良反应的收集和上报。

重点学科、重点发展学科、特色专科建设管理办法

第一章 总则

第一条 重点学科、重点发展学科、特色专科建设是适应医学发展趋势，强化医院的特色和优势，提高医院整体水平，扩大医院的学术影响力，增强医院综合竞争实力的重要措施。为加强宣城市人民医院重点学科建设的管理，促使其达到预定的建设目标，根据《宣城市人民医院“十二五”发展规划》，特制定本暂行管理办法。

第二条 本办法所称的重点学科，是指省、市卫生行政部门及宣城市人民医院认定的重点学科、重点发展学科、特色专科，以下统一简称为重点学科。重点学科所在科室包括临

床科室、医技科室。

第三条 重点学科建设的类别及学科建设数量。

医院评选院级重点学科 8 个、院级重点发展学科 6 个、院级特色专科 2 个。从上述学科中备选申报省、市级重点学科、重点发展学科、特色专科。

第四条 重点学科建设的目的是优化资源配置，巩固和发展学科的特色和优势；培养人才，形成合理的学科人才队伍；提高教学、科研水平和科技创新能力，不断开发、引进和应用新技术、新方法，增强医疗服务能力。通过建设，使学科逐步达到更高层次的水平。

第二章 重点学科的管理

第五条 医院设立重点学科建设管理领导小组。

第六条 重点学科建设管理领导小组的工作职责是：领导重点学科建设的全面工作，制定重点学科建设规划和各项规章制度，检查监督和研究解决重点学科建设工作中存在的主要问题。

第七条 重点学科须设立学科组，具体制定该学科发展规划及工作计划、开题论证及组织学术活动，完成重点学科的建设任务。学科组的成员由学科带头人、正副科主任、护士长、学科骨干等相关人员组成，组长由学科带头人担任。设立学科秘书一名，负责重点学科建设的日常事务工作以及各种文件、资料和档案的收集与整理。

第八条 重点学科建设实行院、科两级管理，以学科管理为主。科教科督促重点学科各项工作的落实，掌握重点学科建设的进展情况，协调解决重点学科建设中的有关问题，定期组织评估、考核和验收。

第九条 学科带头人是学科建设能否实现预期目标的关键因素，是重点学科建设的直接责任人。重点学科的学科带头人应具有副主任医师以上职称，重点发展学科、特色专科学科带头人原则上应具有副主任医师以上职称。申报省、市级重点学科按相关文件执行。学科带头人要带领学科队伍开拓创新，不断进取，始终走在学科发展的前沿，在医疗、教学科研和各项工作中取得标志性的成果。

学科带头人的职责：

（一）把握正确的学科发展方向，结合实际确定主攻目标和重点研究项目，制定学科建设规划、年度计划和考核指标。

（二）积极申报科研项目，认真组织实施。

（三）制定切实可行的人才培养计划，为学科发展提供人才储备。

(四)开展、引进或应用新技术、新方法、新项目，大力推进科技成果的转化和应用，巩固和发展学科的医疗特色和优势。

第三章 重点学科建设经费的管理

第十条 医院根据各学科发展情况配套相关经费。

(一)购置仪器、设备(按年度预算实施)。

(二)论文发表、科研教学。

(三)新技术、新方法、新项目的开展及成果的推广应用。

(四)人才队伍建设。

(五)以及其他用于学科建设的相关费用(参照医院相关文件执行)。

第十一条 为鼓励重点学科发展，医院另行配套重点学科奖励基金。具体金额为院级重点学科4万元、院级重点发展学科3万元、院级特色专科2万元；市级重点学科5万元、市级重点发展学科4万元、市级特色专科3万元；获得省级重点学科、重点发展学科、特色专科分别奖励50万元、30万元、20万元。

第十二条 基金由财务科按学科分别设立帐户，单独核算，年度考核，专款专用。经科教科审核后，报分管院领导审批。

第十三条 学科带头人为经费负责人，对经费使用负全责。学科成员的奖励应遵循公平、公开、公正的原则，由学科组考核后讨论决定，原则上以个人在学科建设中贡献的大小为依据，不得平均分配。

第四章 学科建设目标和主要任务

第十四条 重点学科建设周期为三年。

第十五条 在建设周期内，临床重点学科的主要任务是：

(一)科技工作

1.每个学科每年在省级以上期刊上发表学术论文数：

(1)医生组：不少于执业医师总人数的1/3(四舍五入取整数)；

(2)护理组：至少1篇；

(3)其中至少有1篇为核心期刊；

(4)文章必须在每个建设期内见刊，以人力资源部备案为准。

2.每年申报至少2项院级以上科研课题，并获院级以上的科技奖1项以上。市级重点学科一个建设周期承担至少1项市级以上科研课题并获奖。

3. 每年至少申报 2 项“三新”项目，并至少 1 项获院级以上的奖项。

（二）临床工作

1. 完成三级医院标准中本学科技术项目。

2. 医疗统计指标达到主管部门标准。

3. 每科至少实施 2 种以上临床路径。

（三）学科队伍建设

制定人才培养及梯队建设计划并实施，使学科队伍在职称、学历、年龄结构等方面得到优化，人才梯队合理，发展方向明确，不断提高学科专业技术水平。

（四）学术氛围建设

每年主办 1 次市级继续教育项目，周期内至少承办 1 次省级或以上的继续教育项目。

第十六条 在建设周期内，临床重点发展学科、特色专科的主要任务是：

（一）科研工作

1. 每个学科每年在省级以上期刊上发表学术论文数：

（1）医生组：不少于执业医师总人数的 1/4（四舍五入取整数）；

（2）护理组：至少 1 篇；

（3）其中至少有 1 篇为核心期刊；

（4）文章必须在每个建设期内见刊，以人资部备案为准。

2. 每年申报至少 1 项院级以上科研课题，周期内获院级以上的科技奖 1 项以上。

3. 每年至少申报 2 项“三新”项目，并至少 1 项获院级以上的奖项。

（二）临床工作

1. 完成三级医院标准中本学科技术项目。

2. 医疗统计指标达到主管部门标准。

3. 每科至少实施 2 种以上临床路径。

（三）学科队伍建设

制定人才培养及梯队建设计划并实施，使学科队伍在职称、学历、年龄结构等方面得到优化，人才梯队合理，发展方向明确，不断提高学科专业技术水平。

（四）学术氛围建设

每年主办 1 次市级继续教育项目。

第十七条 在建设周期内，医技重点学科、重点发展学科的主要任务是：

（一）科技工作

1. 每个学科每年在省级以上期刊上发表学术论文数：

（1）不少于总人数的 1/4（四舍五入取整数）；

（2）其中至少有 1 篇为核心期刊；

（3）文章必须在每个建设期内见刊，以人资部备案为准。

2. 院级重点学科每年申报至少 2 项院级以上科研课题，并获院级以上的科技奖 1 项以上；市级重点学科一个建设周期承担至少 1 项市级以上科研课题并获奖。院级重点发展学科每年申报至少 1 项院级以上科研课题，周期内获院级以上的科技奖 1 项以上。

3. 每年至少申报 2 项“三新”项目，并至少 1 项获院级以上的奖项。

（二）日常工作

1. 完成三级医院标准要求开展的工作。

2. 医疗统计指标达到主管部门标准。

（三）学科队伍建设

制定人才培养及梯队建设计划并实施，使学科队伍在职称、学历、年龄结构等方面得到优化，人才梯队合理，发展方向明确，不断提高学科专业技术水平。

（四）学术氛围建设

每年主办 1 次市级继续教育项目，重点学科周期内至少承办 1 次省级或以上的继续教育项目。

第五章 评估和考核

第十八条 医院根据《宣城市人民医院重点科室考核细则》对重点学科进行年度考核、周期评估。

第十九条 重点学科建设期满，学科带头人应组织填写《宣城市人民医院重点学科总结报告》，重点学科建设领导小组组织院内外专家进行周期评估。

第二十条 重点学科建设实行滚动制管理，以三年为一个建设周期。周期评估合格的学科，可申请进入新一轮重点学科建设；评估不合格的，取消其下一轮重点学科申报资格。

第六章 附则

第二十一条 本办法由重点学科建设管理领导小组负责解释。

第二十二条 本文件自发文之日起实施，以往有关文件与本办法相抵触的，以本办法为准。

宣城市人民医院控制药品使用管理办法（试行）

根据《安徽省深化医药卫生体制综合改革试点方案》（皖政〔2015〕16号）文件精神，坚持合理用药，多途径降低医院药品费用为原则，制定本办法。

一、药品监控的目标和方法

根据医院药品使用的实际情况，在 2014 年度药品使用金额基础上下降 1500 万元，药占比控制在 29%以下，计划对使用金额地前 100 位药品实施每月监控，使用金额前 200 位药品每季度监控。

二、药品控制的范围

主要针对价格高、用量大、非治疗性辅助性等重点药品，并兼顾抗菌药物、新农合预警和目录外品种、临床新引进的品种、生物制品、临时申购品种和麻醉药品等。

三、药品监控的措施

1、建立价格高、用量大、非治疗性辅助性等重点药品的监控目录，实行限量采购，同时对非 1118 品种实行限购，总体目标在 2014 年药品使用量的基础上采购量下降 10-50%。

2、对安徽省新农合预警品种和新农合目录外品种实行严格控量采购，医保科每月通报监控信息，按季度平衡用量，对超标科室参照《医保相关管理制度》实施奖惩。

3、根据医院抗菌药物使用规范和相关管理制度，加强对抗菌药物使用监管，与医务部和质控科联合制定各科室住院患者抗菌药物使用率和抗菌药使用强度目标值，并按《医院奖惩制度》进行奖惩。

4、加强对 53 种疾病控制输液的监测，与医务部等相关科室每月联动检查，对执行不力的科室及时通报，督促整改。

5、加强对临床新引进品种的管理，根据医院原有药品的使用情况设置采购基数，分批次、限量采购。医院没有同类品种，临床急需的药物及属于国家基本药物的品种可优先采购。

6、加强对生物制品的使用管理，对临床合理使用的指征严格把握，避免超指征超范围使用；控制门诊生物制品使用数量，严格执行审批制度。

7、严格控制临床科室临时申购药品，鼓励科室使用同类和同品的药品。

8、加强国家基本药物的使用管理，原则上不设采购量的上限，满足临床科室使用。

9、加强对门诊大处方管理，门（急）诊处方费用超过 300 元的视为大处方。无特殊情况下，普通门诊处方不超过 7 日用量，急诊处方不超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量需注明理由。药学部每月实施处方点评，并按《奖惩制度》对科室和个人进行奖惩。

10、加强麻醉药品管理，控制均次麻醉用药费用比上年度下降 10%以上。

本办法自 2015 年 4 月 1 日始执行。

附：医院重点药品监控目录

临床用药动态监测及超常预警制度

为保证临床治疗的需要，提高本院临床合理用药水平，对不合理用药的行为及时予以干预，根据相关法律法规的规定，建立临床用药及抗菌药物用量动态监测及超常预警制度。

一、通过医院网络信息系统，药学部每季度统计出全院使用金额前二十位药品及使用金额前二十位抗菌药物排名，对用药金额前二十位及抗菌素前二十位药品进行监控，随时掌握用药动态，并将相关资料分别由合理用药评价与管理小组和抗菌药物工作组讨论，将会议结果提交药事管理与药物治疗学委员会讨论，并进行合理用药的最终评价与处理。

二、根据药事管理与药物治疗学委员会对每季度全院药品使用金额前二十位及抗菌药物使用金额前二十位的评价结果，连续排在前三位的药品，对其采取相应的干预措施，直至停用；对用量出现猛增的品种，实行限量采购；若药事会认定为明显存在不合理使用情况的品种，将予以淘汰或采取更换厂家等处理措施。

三、每季度对抗菌药物使用情况进行督查，尤其针对排名前列的抗菌药物作重点关注，对存在不合理使用抗菌药物的科室或医生，医院质管部门及时予以干预，并将抗菌药物的调查情况、分析评价及处理结果向全院通报。

四、合理用药评价与管理小组每季度对门诊普通处方、麻精处方进行处方抽查、点评，依据《宣城市人民医院处方管理实施细则》和《宣城市人民医院抗菌药物临床应用管理办法》，对处方书写合格率、抗菌素使用率、抗菌药分级执行率、药物的合理使用等项目，进行合理性分析评价，并根据《宣城市人民医院奖惩制度》，实施相应的奖惩措施。

五、严格执行新药引进审批制度。为防止药品品种的过多过滥，对拟引起的新品种统

一通过药事会会议讨论审查，从源头上加大对药品不合理使用情况的控制。

医疗纠纷的评估及责任追究制度

为进一步加强医疗安全，使医疗纠纷的评估及责任追究制度化、程序化和规范化，做到责任明晰，奖罚有据到位，警示全院工作人员提高服务水平，尽量减少医疗纠纷的发生，特制定本制度。

一、 医疗纠纷的评估

（一）评估组织及职责

医院设立医疗纠纷评估委员会，医疗纠纷评估委员会由分管院领导、相关职能部门负责人、相关医疗专业负责人、医学法律顾问组成。由分管院长和医患办负责组织、选择相关人员参加评估会议，评估会议由分管院长主持。医疗纠纷发生后，原则上一周内召开评估会议。评估会议后，由医疗纠纷评估委员会写出书面评估报告。对于复杂的、重大的、医患矛盾激烈影响较大的案件，必要时可考虑临时邀请外院或上级医院医疗技术专家，上级卫生行政部门医疗事故专家、法律专家召开联席评估会议。

（二）评估内容

- 1、医疗纠纷（事故）的原因，包括业务技术缺陷，设备和医用材料缺陷，责任心缺陷，医德医风缺陷等；
- 2、医方有那些过错；包括主观过错、客观过错。
- 3、医方责任大小，包括完全责任，主要责任，次要责任，轻微责任；
- 4、认定医疗纠纷（事故）的主要责任人和次要责任人。
- 5、医医疗纠纷（事故）的性质，包括难以避免的医疗纠纷（事故）；可以避免的医疗纠纷（事故）。

难以避免纠纷：符合下列条件的为难以避免的医疗纠纷（事故）：

（1）《侵权责任法》第六十条所规定的：

- ① 患者或者其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗；
- ② 医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务；
- ③ 限于当时的医疗水平难以诊疗。

前款第①项情形中，医疗机构及其医务人员也有过错的，应当承担相应的赔偿责任。

(2)《医疗事故处理条例》第33条规定的六种不属于医疗事故的情形:

- ① 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;
- ② 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;
- ③ 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;
- ④ 无过错输血感染造成不良后果的;
- ⑤ 因患方原因延误诊疗导致不良后果的;
- ⑥ 因不可抗力造成不良后果的。

(3) 医务人员在诊疗过程中无医疗行为过错,纠纷是由于难以预见,或者虽在意料之中,也采取了积极防范措施,但终因难以完全防范而导致的医疗纠纷(事故);

(4) 开展有医院批准的新业务、新技术,在充分履行告知义务,积极采取防范措施,不违反相关法律、法规、规章,不违反医疗操作规范和医院各项医疗制度的前提下而导致的医疗纠纷(事故);

(5) 其他无医疗行为过错的医疗纠纷(事故)。

可避免的纠纷(事故):符合下列条件应认定为可以避免的医疗纠纷事件(事故):

(1)《侵权责任法》第五十八条所规定的:

- ① 违反法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范的规定;
- ② 隐匿或者拒绝提供与纠纷有关的病历资料;
- ③ 伪造、篡改或者销毁病历资料。

(2) 省、市医疗事故鉴定部门作出鉴定属于医疗事故或有医疗过错的;

(3) 人民法院判定有医疗行为过错导致医院赔偿的;

(4) 虽未经医疗事故鉴定,未进入诉讼程序,但医务人员在诊疗、护理过程中有违反法律、法规、规章,违反医疗操作规范和医院各项医疗制度的行为,其行为与病人损害有因果关系,导致医院给患方赔偿的。

(5) 由于沟通不到位所引起的医疗纠纷;

(6) 由医德医风问题导致的医疗纠纷(事故);

(7) 擅离职守、饮酒上班或其他违反医院纪律造成的医疗纠纷(事故);

(8) 进行超专业、超范围的诊疗活动导致的医疗纠纷(事故);

(9) 多收费、乱收费导致的医疗纠纷。

(10) 私自买、卖药品及违法医院药品采购管理导致的医疗纠纷(事故);

- (11) 私自购置医疗器材、卫生材料导致的医疗纠纷（事故）；
- (12) 私自收费导致的医疗纠纷（事故）；
- (13) 私自外出进行诊疗活动而导致的医疗纠纷（事故）；
- (14) 其他违法、违纪导致的医疗纠纷（事故）。
- (15) 其他可避免的医疗纠纷。

（三）评估结果

评估委员会评估后应写出书面评估报告，评估报告应包括医疗纠纷经过概要，评估意见和评估结果。评估结果包括医方过错的性质和大小。评估结果应采取少数服从多数的表决方式，评估结果反对意见应如实纪录评估报告。评估报告应有全体参加评估会议的人员签名。

二、医疗纠纷的责任追究

医疗纠纷的责任追究包括经济、行政处罚。由于技术原因引起的医疗纠纷、事故，本着从轻处理的原则；由于责任心不强原因引起的医疗纠纷、事故，本着从重处理的原则。

（一）经济罚则

经医疗纠纷评估委员会认定，属于难以避免的医疗纠纷（事故），责任人免予经济处罚。医疗赔偿由责任科室风险基金承担。

经医疗纠纷评估委员会认定，属于可以避免的医疗纠纷事件（事故），责任科室和责任人按下列规定承担赔偿责任：

赔偿金额分段标准		责任人	科 室
A 段	0 ~ 1 万元（包括 1 万元）	全责按赔偿金额的 50% 承担计算后再 × 责任比例。	赔偿款由科室风险基金承担（具体办法参照
B 段	1 ~ 5 万元（包括 5 万元）	全责按赔偿金额的 40% 承担计算后再 × 责任比例。全责低于 5000 的按 5000 算。	赔偿款由科室风险基金承担
C 段	5 ~ 10 万元（包括 10 万元）	全责按赔偿金额的 30% 承担计算后再 × 责任比例。全责低于 2 万的按 2 万算。	赔偿款由科室风险基金承担
D 段	10 ~ 20 万元（包括 20 万元）	全责按赔偿金额的 20% 承担计算后再 × 责任比例。全责低于 3 万的按 3 万算。	赔偿款由科室风险基金承担
E 段	20 万元以上	全责按赔偿金额的 15% 承担计算后再 × 责任比例。全责低于 3.5 万的按 3.5 万算。单个责任人年度内最高处罚不高于 3 万元。	赔偿款由科室风险基金承担

注：（责任人责任大小比例按完全责任 100%、主要责任 60~90%、次要责任 30~40%、轻微责任 0~20%计算。）

实习生、进修生因带教老师指导不力，管理不严导致医疗纠纷（事故）赔偿的，由带教老师承担赔偿责任。

季度未能结案的纠纷，医院将根据对纠纷评估的结果对责任人实行预扣款，直至纠纷终结后一并计算。

（二）行政罚则

年终评比：医院将医疗安全指标纳入年终考评指标，作为先进科室、先进个人重要评比依据。凡经相关评定出现主要责任医疗事故（过错）或有医疗过错的重大医疗纠纷，不得参加年终科室、个人评先。

重大事故（纠纷）处分：二级甲等以上医疗事故或负主要责任的其他各级医疗事故（过错）的医疗纠纷责任人，根据情节及给医院造成的危害程度，分别给予全院批评通报、警告、严重警告、记过、记大过、降级、降职、开除留用、开除等行政处分或移交司法机关处理。当年不晋升专业技术职务，年终考核为不称职。

一般事故（纠纷）处分：二级甲等以下，负次要责任的医疗事故，有医疗过错的医疗纠纷主要责任人，全院通报批评，取消当年评先资格。

免责事故（纠纷）处分：属于难以避免的医疗纠纷（事故）责任人免于行政处分。

三、医疗纠纷的处罚程序

按照评估委员会评估意见，相关职能部门提出对责任科室、责任人的处罚意见，报院长办公会议通过后执行。

四、本制度自印发之日起执行。

医疗安全奖实施办法

为强化医疗安全管理，进一步提高全院医务人员的服务意识、质量意识和安全意识，持续改进医疗服务水平，构建和谐医患关系。经医院研究，决定设立医疗安全奖，对在医疗安全工作中做出成绩的科室给予奖励。现结合我院实际，制定如下实施办法。

一、实施目的

结合开展党的群众路线教育实践活动和“三好一满意”活动，围绕医院加强医疗质量

和医疗安全管理主题，深入推进“微笑服务、温馨医院”活动，认真解决医疗安全中存在的问题，强化医疗安全中科室的主体责任，激励全体医务人员做好医疗安全工作，减少和避免医疗投诉、纠纷的发生，促进我院医疗服务质量的不断提高及医疗安全管理的持续改进。

二、组织机构

成立医疗安全奖考核领导小组。

三、医疗安全奖的来源和发放范围

医疗安全奖由医院发放，纳入医院资金预算，由财务部建立专帐进行管理。医疗安全奖的发放范围仅限于在我院工作岗位并实际参加医院工作的人员，不包括进修、请事（病）假、院外工作、退休的人员及外包人员，具体人员及出勤情况以人力资源部核定为准。

四、医疗安全奖的发放标准

本办法中的医疗安全奖发放标准按照科室、人员具体情况的不同共分为五个奖励档次：

（1）每月每位医师全额奖为 700 元的科室是：大外科序列（普外一科、普外二科、骨一科、骨二科、泌尿外科、神经外科、心胸外科、妇科、产科、耳鼻咽喉科、眼科、口腔科、烧伤整形科）、麻醉科手术室、ICU、急诊科；

（2）每月每位医师全额奖为 600 元的科室或病区是：大内科序列 {心内科 22 病区、心内科 28 病区、儿科（含新生儿科）、肿瘤内科、神经内科、消化内科、内分泌科、呼吸内科、血液内科、肾内科、感染科、老年病科}、康复医学科、中医科、皮肤科；

（3）每月每人全额奖为 500 元的科室或人员是：医学影像科、检验科、功能检查科、超声诊断科、病理科、药学部、输血科、中心供应室、血透室、门诊部（不含导诊人员）、医保科、体检中心、放疗科技（物理）师、康复医学科技师、临床岗位的护理人员；

（4）每月每人全额奖为 400 元的科室：职能科室（除门诊部、医保科之外的科室）。

（5）每月每人全额奖为 300 元的人员：轮转人员、导诊人员。

五、医疗安全奖的考核办法

（1）月度内无患者或其家属（包括其代理人）投诉（含网络、来电、来信及相关部门转入的投诉）的科室或病区，按照相应奖励标准发放全额医疗安全奖；

（2）科室或病区凡发生一次院级投诉（含网络、来电、来信及相关部门转入的投诉），在其科室或病区的医疗安全奖中人均扣发 20 元，投诉调查属实的人均扣发 50 元，情节严重的人均扣发 100 元，月度内按投诉情况累计扣发。

(3) 凡是科室发生医疗纠纷的(以患方投诉时间计算), 停止发放当月医疗安全奖; 纠纷造成医院赔偿或不良影响的, 全额扣除当月医疗安全奖; 未造成医院赔偿或不良影响的, 补发当月医疗安全奖。

(4) 医院内部科室之间的投诉计入相应的科室; 门诊、轮转生发生的投诉计入相应的科室或病区; 所有投诉、纠纷统计以医患办统计为准。

(5) 医院鼓励科室积极处理投诉或纠纷, 未到院级部门反映的, 由科室内部处理的投诉或纠纷不纳入本办法考核内。

(6) 临床科室按医疗、护理单元分别考核, 技师纳入医疗单元考核。

(7) 投诉、纠纷的处理同时按照医院相关管理制度执行。

(8) 医患办负责将医院每月医疗投诉、纠纷情况汇总考核, 经医疗安全奖考核领导小组讨论通过后, 由医患办会同人力资源部对奖励科室发放相应奖励。

六、其他说明

1、本办法的实施不影响其他管理制度的执行, 具体由医患办负责解释。

2、本办法自 2014 年 4 月 1 日起实施。

六、护理管理制度

门急诊、住院患者陪检制度

1、当门急诊、住院病人因病情需要或行动不便需要住院、转科、出院, 进行相关医技或特殊检查时, 陪检中心接受通知后及时安排人员配送。

2、工作人员按规定着装, 仪表整洁, 佩戴胸牌。

3、工作人员文明礼貌服务, 关心爱护患者, 态度和蔼, 热情周到。

4、陪检人员接患者出科检查前, 要与责任护士认真核对申请单。

5、患者做特殊检查, 要请责任护士核实患者具体情况, 情况不符者不送患者外出, 危重及病情不稳定的患者需要医护人员护送。

6、患者在检查的全过程中, 陪检人员不得将病历交给患者或家属, 病历由陪检人员和检查科室保管, 不能丢失病历, 不能抽取病历中任何记录及医嘱单, 检查完毕将病历一同带回交给护士。

7、患者检查结果报告单及时交给患者所在病区的医护人员，不应随便告诉患者及家属检查结果。

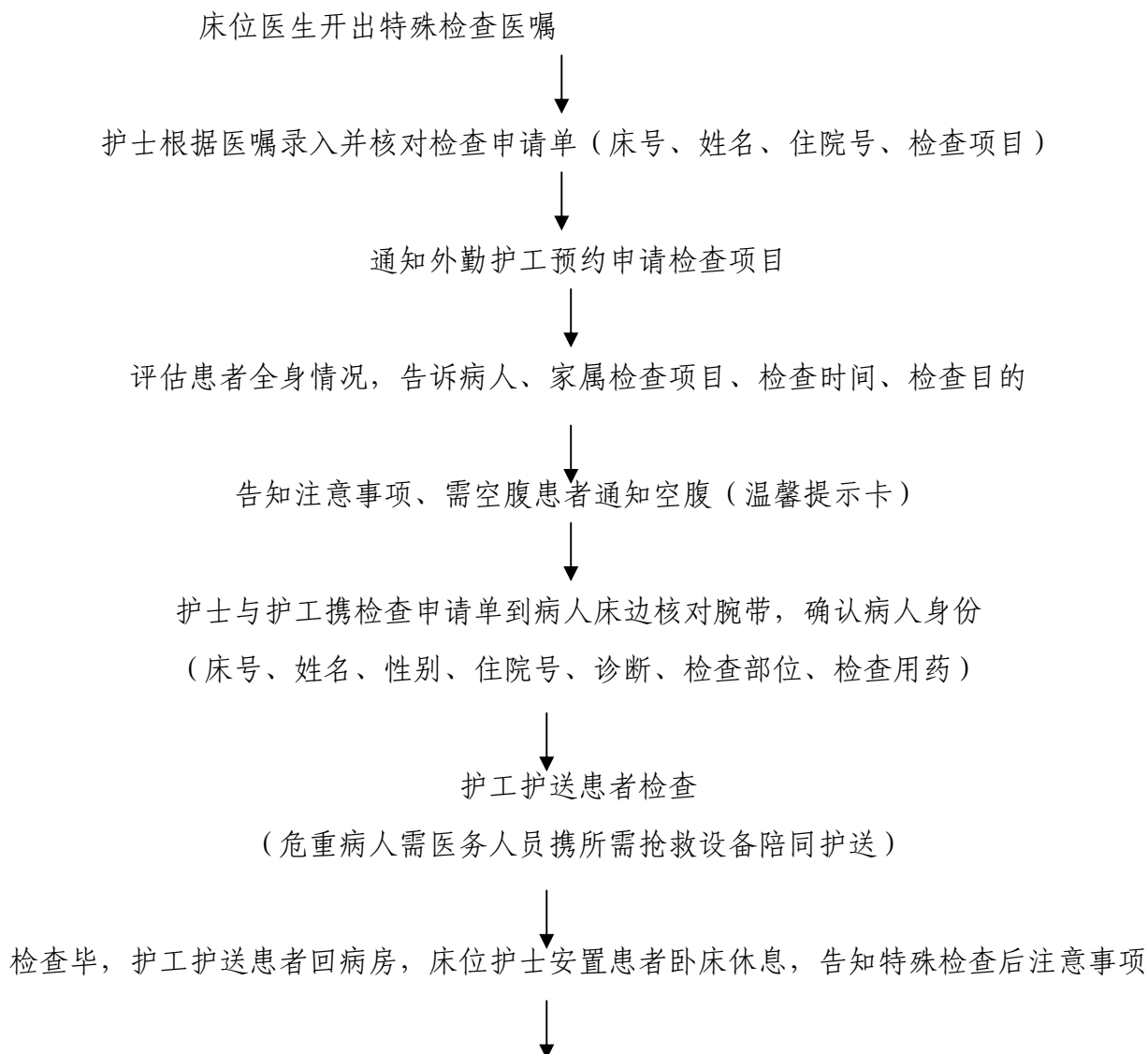
8、护送患者检查时，如患者发生病情变化，应立即到就近病房、科室，通知医生、护士对患者立即采取抢救措施，并迅速通知本病房医生、护士到达现场抢救。

9、送输液患者检查时，应有医务人员护士护送，保证输液通畅、安全。

10、不能自理及行动不便的患者要负责搬运并根据病人的情况、门急诊各病区医护人员的要求选用陪送工具（平车、轮椅等）。

11、正确合理使用平车、轮椅等转运工具，保证患者安全。

患者外出陪检流程



检查报告单夹于患者病历排中



异常结果及时汇报医生并记录

危重患者护理理论及技术培训、考核制度

为了更好地提高护士应急救治能力和护理水平、及时、有效地抢救急、危、重伤病员，结合医院实际情况，对全院各级护理人员进行有计划、有目标、有重点的危重患者护理理论及技术培训。

一、培训目标和方案

1、通过理论授课、技能培训等形式使各病区重症护理专业委员掌握重症监护常见的监护技术和护理操作技术；掌握重症监护常见仪器设备的应用及管理；掌握常见危重症的病因、病理、临床表现、治疗及护理；掌握重症患者医院感染的预防与控制。

2、通过对全院危重病人的质量监控，发现、解决我院危重患者护理过程中存在的问题，从而达到规范我院危重病人管理，提高危重病人护理质量的目的。

3、通过品管圈单项质量控制活动的方法逐步规范统一全院危重病人各重点环节（如管道、压疮等）的管理。

二、培训内容

1、监护理论：以脏器功能支持为基础。以安徽省重症监护专科护士培训大纲和人民军医出版社编著的《重症护理学》为教材，选择各专科危重病人共同的临床危象——脏器功能衰竭的理论为主要授课内容，突出重点，使参训人员在有限的学时内掌握有关重要脏器功能衰竭的生理、病理、主要的监护问题、护理措施、并发症的防治。

2、技能培训：（1）心肺复苏术及团队要求；（2）电除颤术；（3）心电监护；（4）吸痰；（5）氧气吸入；（6）静脉通道建立；（7）简易呼吸器的使用；（8）输液泵的使用；（9）微量泵的使用；（10）心电图机的使用；（11）常见的应急预案。

三、培训方法：理论授课、技能培训、视频演示、现场指导

1、每科护士长及一名应急队员有护理部安排培训老师集中训练，并考核合格。

2、护士长、应急队员对科内护士进行分期培训，达到人人掌握急救理论及技能。

四、组织结构

1、成立应急援助培训领导小组，设置培训师，明确护理部组织的培训人员。

五、培训形式

理论讲课、操作演示、自学、现场演练

第一阶段：6项急救设备的使用和心肺复苏技术培训

- ①徒手心肺复苏 ②非同步电除颤 ③心电图描记
④吸痰 ⑤呼吸气囊辅助呼吸 ⑥氧气吸入

第二阶段：急救现场情境模拟培训

心肺脑复苏团队配合

火灾、停电、停氧应急演练

紧急状况下护理人员调配现场演练

六、培训评价

- 1、护理部组织培训结束后进行危重患者护理理论考试、操作抽查
- 2、各科结合专科培训考核。

七、组织与实施流程

- 1、护理部负责制定年度培训计划，各科有培训安排、考核计划。
- 2、护理重症专委会负责制定培训安排表，制作课件、练习题，实施培训项目，完成教学培训记录。
- 3、护理部负责准备培训物品：急救设备、模拟人、培训材料等，护理部协助解决相关问题。
- 4、各护士长督促本部门人员按时参加培训，本科室人员出勤率列入护士长年度考核项目。
- 5、各科结合专科培训自行安排各项培训及考核。

分级护理制度(修订)

根据病人病情和自理能力，由护士长/当班护士与医生共同制定护理级别，并按照护理

级别医嘱，及时做好相应标记，给予落实不同级别和不同专科的护理。同时根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

（一）特级护理

1. 分级依据

- （1）维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；
- （2）病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者；
- （3）各种复杂或大手术后，严重创伤或大面积烧伤的患者。

2. 护理要点

- （1）设立护理组，安排熟悉业务的护士，24h 专人看护，并班班交接。
- （2）安置患者于重症抢救室、监护室或单人病房。
- （3）严密观察病情变化，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压及其他观察指标，并做好记录。
- （4）抢救仪器、器械和药物呈备用状态，一旦患者发生病情变化，立即投入抢救，并做好抢救后物品的处理工作。
- （5）及时正确执行医嘱，认真落实各项治疗护理措施。
- （6）按常规落实各项护理措施，保证各种导管通畅，保持导管口的清洁并定时消毒，详细记录引流量及色泽等情况。
- （7）按时认真填写危重护理记录单，能反映病情的动态变化、所采取的相应护理措施及效果评价。
- （8）了解影响患者心理的各种因素，给予必要的心理护理和疏导，并进行卫生健康指导。
- （9）做好基础护理和生活护理。
 - ①保持床单位整洁，一旦污染，及时更换。
 - ②在病情许可下，每日床上擦身 1 次，并进行会阴护理。
 - ③保留导尿者：导尿管护理 2 次/日。
 - ④非禁食患者：协助进食。
 - ⑤口腔护理每日 2-3 次，洗脸和头发护理每日 2 次。
 - ⑥每两小时翻身 1 次（或遵医嘱），压疮护理每日 3 次。
 - ⑦床上温水擦浴：1 次/2～3 日。
 - ⑧床上洗头：1 次/周。

（二）一级护理

1. 分级依据

- (1) 病情趋向稳定的重症患者；
- (2) 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；
- (3) 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
- (4) 自理能力重度依赖的患者；

2. 护理要点

- (1) 每小时巡视患者一次，严密观察病情。
- (2) 根据病情监测生命体征。
- (3) 正确及时执行医嘱，落实各种治疗护理。
- (4) 落实各项专科护理措施。
- (5) 给予或帮助患者生活护理，三短六洁符合要求。
- (6) 履行相关告知制度，认真做好心理护理及健康教育。
- (7) 患者卧位舒适，协助或指导患者进行功能锻炼。
- (8) 安全护理措施到位。

(三) 二级护理

1. 分级依据

- (1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；
- (2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；
- (3) 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

2. 护理要点

- (1) 每 2 小时巡视患者一次，观察病情。
- (2) 根据病情监测生命体征。
- (3) 遵医嘱按时完成各种治疗护理。
- (4) 落实各项专科护理措施。
- (5) 帮助或协助患者生活护理，三短六洁符合要求。
- (6) 履行相关告知制度并针对疾病进行健康教育。
- (7) 针对疾病指导患者功能锻炼。
- (8) 安全护理措施到位。

(四) 三级护理

1. 分级依据：病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者。

2. 护理要点

（1）每 3 小时巡视患者一次，观察病情。

（2）遵医嘱按时完成治疗护理。

（3）履行相关告知制度并针对疾病进行健康教育。

（4）针对疾病指导患者功能锻炼。

备注：此制度于 2014 年 9 月 1 日正式执行，原 2011 年 9 月修订的《护理部制度与岗位职责》中的第二章第一节第六项制度《分级护理管理制度》同时作废。

护理评估制度

护理评估是通过询问病史、体格检查、辅助检查等途径，全面把握患者健康情况，满足患者的护理需要和预防意外风险的发生，落实各项护理措施，促进病人的康复。

1. 护理评估必须是本院注册护士或经授权的人员。未注册、进修人员评估后，必须由本院带教护士确认。

2. 门诊护士对就诊病人进行分诊，对体质虚弱、高龄病人、突然病情变化或病情较重的病人进行评估优先就诊。必要时协助抢救和转运。

3. 病人入院后，护士应在 4 小时内完成首次评估，填写《患者入院护理评估记录单》。

4. 所有住院病人都需要进行护理评估，包括入院评估、生活自理能力、跌倒/坠床、压疮、管道滑脱评估。

5. 疼痛、走失、自杀、DVT 等根据风险人群进行相应评估。

6. 凡年龄大于 14 岁患者（重症监护病房、产科患者、终末期患者除外）根据改良早期预警评分大于等于 4 分者，应立即通知医生，及早采取措施。

7. 所有手术病人都需要进行围手术期评估，记录于围手术期护理记录单中。术后再次进行疼痛、跌倒/坠床、压疮、管道滑脱评估。

8. 特殊评估有高危结果的患者，应按规定逐级上报。

9. 患者转科时，各项护理评估应一同转出，接收科室应记录于护理记录单上。

10. 责任护士每天对所有分管的病人进行护理需求评估，提供适宜的护理服务。

11. 患者出院时，应对患者出院护理需求进行评估，并给予药物、自我护理、复诊等方面的指导。

住院患者走失防范管理制度（修订）

（一）住院患者走失防范管理制度

1. 有走失倾向者，采用走失风险评估表评估患者风险。6-8 分中度风险、9-12 分高风险、13 分及以上极高风险。

2. 走失风险人群：亲属或朋友表露出病人有走失现象；有精神行为异常：精神错乱、精神分裂症、抑郁症、人格错乱等；服用抗精神病或某些心血管药物；有认知功能障碍；情绪低落、焦虑抑郁等。

3. 与家属谈话，做好知情同意，家属保证 24 小时陪护（必须签字），如有需要离开，一定告知医护人员。详细登记患者家庭住址及至少 2 个联系电话，要求 24 小时开通。

4. 高于 9 分及以上的患者每周评估一次，班班交接，白板“走失风险”提示，采取妥善防范措施。

5. 加强巡视，观察患者的情绪变化，疏导患者的抑郁情绪，树立战胜疾病的信心。

6. 护士熟练掌握患者走失的应急预案，如发生患者走失时，应沉着、冷静，迅速根据预案采取措施。

7. 当事人立即向科主任、护士长汇报，科室 24 小时上报护理部，情况严重者，护士长立即上报保卫科、医务处、护理部，相关人员到现场指挥寻找。

8. 科室如实填写走失不良事件上报表，当事人将发生的经过、患者的状况及结果做好登记。

9. 科室及时组织科室工作人员进行讨论，采取原因分析，不断改进工作。

（二）病人走失预防与处理流程(略)

附：住院病人走失风险评估表(试行)

项 目		评 估	分值
基本资料	年 龄	年龄 ≥ 60	1
		年龄 < 60	0
	性 别	男性	1

	文 化 程 度	女性	0
		受过高等教育	0
		未受过高等教育	1
既往史	有无走失现象	有	3
		无	0
意识状态	有无意识障碍(谵妄)	有	3
		无	0
心理状态	情绪低落、焦虑抑郁等	有	3
		无	0
疾病史	心脑血管病变（脑出血、脑梗塞、脑萎缩等）	有	1
		无	0
	术后认知功能障碍	有	1
		无	0
	定向力障碍(脑炎、肝性脑病、酒精性脑病等)	有	1
		无	0
	记忆或认知功能障碍(智障、老年痴呆、癫痫等)	有	3
		无	0
	有精神行为异常(精神分裂、抑郁、脑炎、癫痫等)	有	3
		无	0
药物影响认知	三环类抗抑郁药(丙咪嗪、阿米替林、多虑平、氯丙咪嗪等)	有	1
		无	0
	抗癫痫药物(苯巴比妥、苯妥英钠、卡马西平等)	有	1
		无	0
	组胺 H2 受体拮抗剂(西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁)	有	1
		无	0
	心脏药物(地高辛)	有	1
		无	0
	β 受体阻滞剂(心得安、倍他乐克等)	有	1
		无	0
备注：评分在 6 分以下为低分险；6-8 分为中度风险；9-12 分为高风险，12 分以上极高风险；评分 ≥ 9 分的患者每周评估一次。			

住院患者自杀防范管理制度（修订）

1. 有自杀倾向者，采用自杀风险评估表评估患者风险。6-8 分中度风险、9-12 分高风险、13 分及以上极高风险。

2. 自杀风险人群：病人由于有自杀行为或倾向而入院；病人表达出自杀的想法或有自伤行为；亲属或朋友表露病人有自杀倾向；精神病：精神分裂症、抑郁症、人格错乱、以前有自伤/自杀尝试；酒精和(或)滥用药物；冲动性/烦乱；指挥幻觉；悲伤心情；绝望的感觉诱发因素；衰弱或绝症中的难治性疼痛；精神错乱；近期压力/丧亲/损失(如关系：分居/离婚/丧偶/友情，工作、社会支持系统欠缺)。

3. 留陪护一人，告知家属严密监护。高于 9 分及以上的患者每周评估一次，采取妥善防范措施，班班交接。家属 24 小时床边监护，如有需要离开，一定告知医护人员。

4. 收起患者床边或病室内的锐器、绳索、药物等易伤物品，检查门窗是否有防护功能，保护患者的安全。

5. 与医生沟通，联系相应的专业人员给予会诊或心理治疗。

6. 加强巡视，观察患者的情绪变化，疏导患者的抑郁情绪，树立战胜疾病的信心。

7. 护士熟练掌握患者自杀的应急预案，如发生患者自杀时，应沉着、冷静，迅速根据预案采取急救措施，同时通知医生进行紧急救治。

8. 当事人立即向科主任、护士长汇报，科室 24 小时上报护理部，情况严重者，护士长立即上报医务处、保卫科、护理部，相关人员到现场组织抢救。

9. 科室如实填写自杀不良事件上报表，当事人将发生的经过、患者的状况及后果做好登记。科室及时组织科室工作人员进行讨论，采取原因分析，不断改进工作。

附：住院患者自杀风险评估表（NGASR 评估表）

评估项目		分数		得分
自杀高危因素	绝望感	有	3	
		无	0	
	情绪低落（或兴趣丧失、快乐感缺乏）	有	3	
		无	0	
	计划采取自杀行为	有	3	
		无	0	
	近期亲人死亡或重要亲密关系丧失	有	3	
		无	0	
	失去配偶	有	1	
		无	0	
	近期有负性生活事件	有	1	
		无	0	
	被害妄想或被害幻听	有	1	
		无	0	

	人际和社会功能退缩	有	1	
		无	0	
	语言流露出一自杀意图	有	1	
		无	0	
	患晚期疾病	有	1	
		无	0	
自杀相关病史	有自杀未遂史	有	3	
		无	0	
	自杀家族史	有	1	
		无	0	
	精神病史	有	1	
		无	0	
	酒精、药物滥用史或依赖史	有	1	
		无	0	

备注：评分在 5 分以下为低分险；6-8 分中度风险；9-12 分为高风险；12 分以上极高风险；评分 ≥9 分的患者每周评估一次。

深静脉血栓防范管理制度

（一）下肢深静脉血栓防范管理制度

评估对象：

1. 年龄大于 40 岁住院患者，符合卧床 ≥ 3 天，合并有以下病症或危险因素之一：全麻下手术超过 30 分钟、恶性肿瘤、肥胖(体重指数 ≥ 30kg/m²)、下肢静脉曲张、瘫痪、心力衰竭、急性脑梗死、急性感染性疾病、COPD 急性加重、有 DVT 或肺动脉栓塞病史、有严重外伤史、下肢(特别是髋关节)大手术；年龄 ≥ 75 岁。

2. 由责任护士负责患者的 DVT 风险评估、记录与观察。

3. DVT 风险量化评估工作的选择：

3.1 采用通用的 AUTAR DVT 风险评估表对患者进行风险评估。

3.2 评估的内容包括年龄、性别、体重、手术时间、麻醉时间、活动能力、用药史及既往病史。

3.3 风险分级有四级，根据不同风险采取不同预防措施。评估分数 < 6 即无危险，分数

7-10 即中危，分数 ≥ 15 即高危。

4. 遵照 DVT 防治管理流程执行(见附表)。

5. 凡有 DVT 风险评估分值 ≥ 11 分的患者应每周动态评估一次，病情变化随时评估，并记录在护理记录单上。

6. 利用多种形式对患者进行相关知识宣教。

(二) 下肢深静脉血栓 (DVT) 防治的护理规范

1. 评估对象：年龄大于 40 岁住院患者，符合卧床 ≥ 3 天，合并有以下病症或危险因素之一：全麻下手术超过 30 分钟、恶性肿瘤、肥胖(体重指数 $\geq 30\text{kg/m}^2$)、下肢静脉曲张、瘫痪、心力衰竭、急性脑梗死、急性感染性疾病、COPD 急性加重、有 DVT 或肺动脉栓塞病史、有严重外伤史、下肢(特别是髋关节)大手术；年龄 ≥ 75 岁。

2. 评估方法：由责任护士负责患者的 DVT 风险评估，采用通用的 AUTAR DVT 风险评估表，评估的内容包括年龄、体重指数、创伤、手术、活动能力、用药史及既往病史等，在相应项目内给予评分，各分数相加后得出总分，筛选出低、中、高危患者。评估分数 < 6 即无危险，分数 7-10 即低危，分数 11-14 即中危，分数 ≥ 15 即高危。DVT 风险评估分值 ≥ 11 分的患者应每周动态评估一次，病情变化随时评估，并记录在护理记录单上。

3. 预防：

3.1 病情允许鼓励及早活动，活动方式包括更换体位、深呼吸及咳嗽练习、下床活动或离床坐位。

3.2 卧床期间下肢抬高 $20-30^\circ$ ，保持膝关节伸直位。

3.3 经常进行腓肠肌伸缩、股四头肌主动收缩运动、踝部旋转活动、足部主动或被动屈伸活动、全范围活动；原则上每天坚持四次，每次 15-20 次或 5-10 分钟。

3.4 高危人群术后常规抗凝治疗，尽量避免术后无指征应用止血药。遵医嘱使用抗凝药物治疗（低剂量肝素）和抗血小板药物（阿司匹林等）。预防性用药的患者特别要注意观察出血倾向。

3.5 遵医嘱使用循序减压弹力袜 GECS 方法

根据测量出的不同病人的小腿最粗部位的周长(girth, G)选择合适的袜子，才能达到最佳预防效果。穿袜时首先要注意对好足踝的位置，然后将袜沿上拉至足踝，再至小腿和大腿，要注意将袜在腿上平均分布好，袜的压紧力才会均衡。

3.6 遵医嘱使用周期充气加压泵等机械方法。

4. 健康指导:

4.1 戒烟, 控制原发疾病。

4.2 避免脱水及便秘。

4.3 避免长时间坐下。

4.4 避免碰撞伤肢; 避免下肢和腰部的紧身衣物。

4.5 注意环境保暖。

4.6 避免下肢静脉注射, 偏瘫患者避免患侧输液。

5. 观察与判断:

5.1 疼痛: 疼痛是 DVT 的主要症状。注意观察患者下肢疼痛情况, 认真记录疼痛的部位、程度和游走方向。

5.2 肿胀程度: 肿胀是其主要体征, 每天测量双下肢肢体同部位周径, 并做好测量记录。测量部位为髌骨上缘 15 cm、髌骨下缘 10 cm、踝上 5 cm。患肢与健肢周径相比超过 1.5 cm 时, 避免热敷, 以免增加局部耗氧量, 加重病情, 并与以前的记录相比较, 以判断治疗效果。

5.3 皮肤: 密切观察患肢周径及颜色的变化, 如患肢周径不断增加, 说明静脉回流受阻。如颜色加深, 温度升高说明可能感染, 应及时通知医生, 积极处置。

5.4 Homans 征: 平卧时将足用力背屈, 小腿肌肉出现疼痛即为 Homans 征 (+)。

5.5 多普勒超声检查可作为高危患者 DVT 的常规检查方法。

6. 治疗: 发生 DVT 的患者遵医嘱采取抗凝、溶栓等药物治疗, 需手术患者遵医嘱配合手术治疗, 做好围手术期护理。

7. DVT 合并肺栓塞患者的护理:

7.1 高危患者予以支持性护理: 生命体征监护、高流量氧气吸入、建立静脉通道。

7.2 患者绝对卧床休息, 减少搬动和翻身, 避免剧烈咳嗽。

7.3 临床护理时若发现患者有咳嗽、胸闷、胸痛、口唇紫绀、咯痰带血等应引起高度重视。除严密观察病人病情变化外, 还应及时将情况通知医生处理。

(三) 下肢深静脉血栓防治流程图 (略)

(四) 下肢深静脉血栓风险评估表 (略)

护士分层级管理制度

对临床一线护士按能力、学历、职称、年资实施五层（N1--N5）分层级管理，并制定任职资格、岗位职责、工作标准和晋级条件。

一、新护士（N1）

（一）任职资格

- 1、护理专业大专、本科毕业后已经通过国家护士执业考试并注册。
- 2、经过岗前培训并考核合格，在本院工作 2 整年以内的护士。
- 3、在指定老师或上级护士指导下能胜任本岗位工作。

（二）岗位职责

- 1、按分级护理要求，完成二、三级护理病人的护理工作。
- 2、在上级护士指导下参与一级护理病人护理工作。
- 3、参与危重病人的抢救工作。
- 4、参与病区护理管理。
- 5、严格按照医院制定的《轮转护士培训手册》及“三基三严”培训考核要求自觉、按时、主动接受培训，无故缺少 3 次以上或考核不合格者，参与下一轮再培训。
- 6、自觉参与医院举办的各项在职继续教育培训活动，修满继教学分。

（三）工作标准

- 1、在上级护士指导下准确、规范完成各项护理措施。
- 2、病人满意，无护理并发症发生。
- 3、完成院内在职学习、培训。

（四）晋级条件

- 1、认真履行本岗位工作职责，积极协助其他护士及工作人员完成本科室工作，不独立进行本岗位职责范围之外的护理工作。
- 2、在规定的时间内完成护理部门的培训和教育，完成每年的全院性护理继续教育学分并通过规定的考核。
- 3、履行本岗位工作职责表现突出，成绩优异，且考核成绩优异者可优先获得晋级资格。
- 4、有以下情况年度内将不予晋级：①履行岗位职责不到位或越位，一年内有责任投诉达 2 次及以上，或工作失误造成医疗损害事件、重大不良影响事件；②未完成培训课程或考核

不合格者。

二、低年资护士（N2）

（一）任职资格

- 1、具备完成本岗位职责的能力。
- 2、本、专科毕业后取得注册护士资格，具有在本院 2~5 整年工作经验。
- 3、完成 N1 护士培训，考核合格。
- 4、在上级护士指导下能胜任本岗位工作。
- 5、掌握护理基础理论，熟悉各种护理操作规程及常用急救技术。

（二）岗位职责

- 1、在护士长、上级护士指导下实施所分管病人的各项护理工作。
- 2、按照护理工作流程、标准、技术规范完成各项基础护理和部分专科护理工作。
- 3、按要求完成病情观察及记录。
- 4、参与急危重症病人抢救配合。
- 5、熟练使用各种抢救器材和药品。
- 6、参与临床实践教学任务，根据能力承担临床教学任务。
- 7、参与病区管理。
- 8、参与护理 QC 质量改进措施或缺陷改进措施项目。
- 9、自觉接受培训，按时完成护士规范化培训计划，考核合格，修满继教学分。

（三）工作标准

- 1、在上级护士指导下准确完成各项护理措施。
- 2、规范、准确实施基础护理。
- 3、病人满意，无护理并发症发生。
- 4、完成院内在职护士培训，考核合格。
- 5、每年完成一篇典型案例或专题报告，任期内完成一篇护理综述或论文。

（四）晋级条件

- 1、认真履行本岗位职责，积极协助其他护士及工作人员完成本科室工作。
- 2、在规定的时间内完成护理部门的培训和教育，完成每年的全院性护理继续教育学分并通过规定的考核。
- 3、有以下情况年度内将不予晋级：①履行岗位职责不到位，一年内有责任投诉达 2 次及以

上，或工作失误造成医疗损害事件、重大不良影响事件；②未完成培训课程或考核不合格者。

三、护师或高年资护士（N3）

（一）任职资格

- 1、具备完成本岗位职责的能力。
- 2、取得注册护士资格，工作年限 5~10 整年，或具有护师职称工作年限满 3 整年。
- 3、掌握护理基础理论、各种护理操作规程及常用急救技术。

（二）岗位职责

- 1、在护士长、上级护士指导下实施所分管病人的各项护理工作。
- 2、按照护理工作流程、标准、技术规范完成各项基础护理和专科护理工作。
- 3、按要求完成病情观察及记录。
- 4、参与急危重症病人抢救配合及会诊、查房工作。
- 5、熟练使用各种抢救器械和药品。
- 6、参与临床实践教学任务，根据能力承担临床教学任务。
- 7、主持规范的护理 QC 质量改进措施或缺陷改进措施项目。
- 8、完成护士规范化培训计划，继续教育与院内在职培训，包括重症监护病房的轮转培训，并考核合格，修满继教学分。

（三）工作标准

- 1、严格履行并完成岗位职责要求。
- 2、准确实施分管病人各项护理措施，按标准指导并完成分管患者的基础护理、专科护理工作。
- 3、病人满意，无不良事件发生。
- 4、完成院内在职护士培训与临床教学任务。
- 5、每年完成一篇典型案例或专题报告，任期内完成一篇护理综述或论文。

（四）晋级条件

- 1、认真履行本岗位工作职责，积极协助其他护士及工作人员完成本科室及医院工作。
- 2、在规定的时间内完成护理部门的培训和教育，完成每年的全院性护理继续教育学分并通过规定的考核。
- 3、任 N3 级护士期间有规范的 QC 质量改进措施或缺陷改进措施 2 项。

4、有以下情况年度内将不予晋级：①履行岗位职责不到位，一年内有责任投诉达2次及以上，或工作失误造成医疗损害事件、重大不良影响事件；②未完成培训课程或考核不合格者；③医院规定的其它情形。

四、主管护师或高年资护士（N4）

（一）任职资格

- 1、具备完成本岗位职责的能力。
- 2、主管护师以上专业技术职称或具备主管护师能力、大专以上学历、10整年以上工作经验。
- 3、完成院内规定的相应年资的培训，考核合格。
- 4、熟练掌握基础护理专科护理及常用急救技术，能独立准确评估、判断、处理本专业护理问题；根据病人情况制定护理计划并组织实施。

（二）岗位职责

- 1、参加护理部领导的专科护理管理委员会，参与相应专科护理工作小组的工作，并履行相应的职责。
- 2、在护士长领导下，负责分管病人的各项护理工作，保证分管病人护理质量。
- 3、运用护理程序开展工作，带领下级护士对分管病人进行评估、制定计划、组织实施，并评估实施效果。
- 4、及时记录、检查、修改下级护士的护理记录。
- 5、协助护士长做好科室持续质量控制。
- 6、承担临床教学任务和实施教学工作。
- 7、参与会诊及疑难病例讨论工作。
- 8、主持规范的护理QC质量改进措施或缺陷改进措施项目不少于2项。
- 9、完成本职称范围内继续教育，完成院内在职培训，参与护理科研，修满继教学分。

（三）工作标准

- 1、严格履行并完成岗位职责要求。
- 2、准确实施分管病人各项护理措施，按标准指导并完成分管患者的基础护理、专科护理工作。
- 3、病人满意，无不良事件发生。
- 4、完成院内在职护士培训与临床教学任务。
- 5、每年完成一篇典型案例或专题报告，任期内完成一篇护理论文（CN刊）。

（四）晋级条件

- 1、认真履行本岗位工作职责，积极协助其他护士及工作人员完成本科室及医院工作。
- 2、在规定的时间内完成护理部门的培训和教育，完成每年的全院性护理继续教育学分并通过规定的考核。
- 3、任 N4 级护士任职期间至少主持 2 项 QC 质量改进措施或缺陷改进措施。
- 4、每年完成一篇典型案例或专题报告，任期内至少完成一篇护理论文（CN 刊）。
- 5、有以下情况年度内将不予晋级：①履行岗位职责不到位，一年内有责任投诉达 2 次及以上，或工作失误造成医疗损害事件、重大不良影响事件；②未完成培训课程或考核不合格者；③医院规定的其它情形。

五、专家型护士（N5）

（一）任职资格

- 1、具备完成本岗位职责的能力。
- 2、副主任护师及以上专业技术职称。
- 3、在本专业主管护师岗位工作 10 整年以上。
- 4、精通本学科基本理论、专科理论、专业技能，掌握相关学科知识，掌握专科危重病人护理及救治原则。
- 5、能循证解决本专科复杂疑难护理问题，指导专业护士有效开展基础护理、专科护理能力。

（二）岗位职责

- 1、参加护理部领导的专科护理管理委员会，主管相应专科护理工作小组的工作，并履行相应的职责。
- 2、主持、组织、指导本专科领域的全面业务技术工作。
- 3、组织制定本专科各项护理工作标准、护理质量评价标准等。
- 4、参加危重症病例讨论，分析病人的护理问题，针对护理问题制定护理计划。
- 5、组织院内会诊，带头实施循证研究护理实践，解决疑难问题。
- 6、掌握本专科发展的前沿动态，积极组织本专科的学术活动，修满继教学分。
- 7、开设专家咨询、护理门诊。
- 8、主持规范的护理 QC 质量改进措施或缺陷改进措施项目 1-2 项。

（三）工作标准

- 1、严格履行并完成岗位职责要求。

- 2、指导下级护士完成各项护理工作，有预见性并指导下级护士采取护理措施、保证病人安全。
- 3、全面了解国内外本专业护理的新理论、新技术，并能将最新护理技术成果应用于工作实践。
- 4、处理科室或院内本专业护理较复杂重大的技术问题，取得有价值的临床或研究成果。
- 5、每年完成一篇典型案例或专题报告，公开发表较高水平论文 1 篇。
- 6、组织、指导科室护理业务工作，培养专业护理人才。

（四）动态考核标准

晋升 N5 级护士后实施动态考核，每年为一个考核周期，考核不合格者将予降低一级别。

- 1、认真履行本岗位工作职责，积极协助其他护士及工作人员完成本科室工作，每年考核合格以上。
- 2、每个考核周期内在正规学术期刊发表论文不少于 1 篇。
- 3、每个考核周期内主持护理 QC 质量改进措施或缺陷改进措施不少于 1 项。

六、说明

- 1、外院工作年限：三级医院工作年限满额计算，二级医院工作年限折半，二级以下医院工作年限不算（社区、血站、急救中心、乡卫生院等医疗机构）。
- 2、休假规定：上一年度病假 ≥ 2 个月，事假 ≥ 22 天者，本年度维持原层级，无资格参与上一层级竞聘；病假 ≥ 3 个月，事假 ≥ 30 天者，本年度下调一层级。
- 2、省级专科护士原则上在原层级只上调一级。
- 3、层级竞聘原则上不能越两级。
- 4、特殊专科根据入科时间及能力参照执行。本制度由护理部、人力资源部负责解释。

护理风险防范管理制度

一、导管滑脱风险防范管理制度

（一）导管滑脱评估与报告制度

1. 凡患者入院及手术后按其导管分类进行评估。
2. 增加或减少导管要重新评分，同类导管根据导管根数，增加评分。例：腹腔引流管有 2

根，评分为 2×2 。

3. 导管评分总分 ≥ 13 分，为管道滑脱高危人群，护士长及每班人员加强各项防范措施的落实。

4. 一旦发生导管滑脱（除留置针、吸氧管）外，立即报告护士长，24 小时内填写《护理不良事件报告单》上报护理部。

5. 病区护士长组织工作讨论，对导管脱落情况进行分析，寻找根本原因，提高防范意识。

（二）导管滑脱防范措施

1. 妥善固定。

2. 导管标识：I 类导管用红色标记；II 类、III 类导管用绿色标记。单个胃管、导尿管、吸氧管不需贴管道标识。

3. 床头放置“防导管滑脱”警示牌（吸氧管、留置针除外），告知患者及家属标识的含义。

4. 防导管滑脱宣教：①告知留置导管的目的及意义，提高患者及家属重视度；②患者改变体位时，应先妥善放置好导管；③改变体位后，重新检查各种导管，防止扭曲、牵拉、受压及重力作用；④告知万一导管滑脱的应急处理方法。

5. 患者烦躁时适度约束，必要时镇静镇痛，防意外脱落或拔管。

6. 责任护士班班交接导管刻度及固定情况，评估宣教效果。

7. 高危导管或评分总分 ≥ 13 分，签署导管滑脱高危告知书（除留置针、吸氧管外）。科室建立高风险监控本或在白板上标注，护士长每天监控。

（三）发生导管滑脱的应急预案

1. 立即奔赴患者床旁，采取针对性措施，并安慰患者。

2. 根据滑脱导管种类采取针对性的措施：

(1) 气管导管滑脱时：立即行简易呼吸囊呼吸支持。严密观察病情，气管导管滑脱者严密观察病人血氧饱和度及有无紫绀，有舌根后坠病人置病人于头后仰位，托起下颌。必要时紧急置管。

(2) 胸管滑脱：①连接处滑脱：夹闭胸侧管，经消毒后重新连接。②胸管滑脱：用无菌凡士林纱布按压防空气进入。

(3) 三腔管滑脱：立即通知值班医生，协助快速重新置管。

(4) T 管滑脱：用无菌纱布覆盖伤口，立即汇报床位医生。

(5) 胃管或尿管：立即汇报医生，根据情况决定是否置管。

(6)患者发生静脉导管脱落时，立即用无菌纱布按压局部。

3. 报告值班医师，并配合医师进行紧急处理。

4. 密切观察患者导管脱落后全身症状，做好记录。

5. 如重新置管，应妥善固定管道。

注：各类导管按照风险等级分成三类：

I 类 滑脱后可能危及生命，需要立即处理且处理时创伤大。如：胸管、T 管、气管切开导管、气管插管、脑室引流管、动静脉插管、吻合口以下的胃管、胰管、透析管、鼻胆管、前列腺及尿道术后导尿管、漂流导管、心包引流管、腰大池引流管。

II 类 滑脱后后果较严重但不会危及生命，需要立即处理且创伤较大。如：三腔二囊管、腹腔引流管、各类造瘘管等。

III 类 滑脱后需要立即处理，但创伤较小。如：导尿管、胃管、吸氧管、输液管。

二、跌倒/坠床风险防范管理制度

（一）跌倒/坠床评估与报告制度

1. 凡患者入院后及病情、用药发生变化时按其跌倒/坠床发生危险因素进行评估。

2. 评分总分 > 45 分为跌倒高危患者，每周评估一次。

3. 高危跌倒患者或评分总分 > 45 分，科室建立高风险监控本或在白板上标注，护士长每天监控，责任护士班班交接防跌倒/坠床措施落实情况。

4、发生患者跌倒/坠床事件：

(1)立即汇报床位主管医师及护士长，配合医师进行紧急处理。

(2)24 小时内填写《护理不良事件报告单》上报护理部，护理部酌情组织相关人员会诊。

(3)积极采取措施，密切观察患者跌倒/坠床后受伤情况，并及时准确地记录在护理记录单上。

(4)病区组织工作讨论，对发生的跌倒/坠床进行分析，加强防范措施，提高防范意识。

（二）跌倒/坠床防范措施

1. 根据 Morse 跌倒/坠床风险评估表、患者平衡能力、专科疾病特点评估，确定高危人群。

2. 签署高危通知书，白板或护理单有风险提示。

3. 患者床头放置“防跌倒”或“防坠床”警示牌，患者及家属知晓标识的含义。

4. 防跌倒/坠床措施宣教：①鞋子要防滑，禁止穿泡沫底拖鞋，衣裤、鞋子大小合适；②醒来不要马上起床，做到“三个半分钟”：在床上躺半分钟，两腿下垂在床沿坐半分钟，床边站立半分钟后再行走；③告知头晕的处理方法：就地坐下或扶住周围物品；④如厕、洗澡、

外出检查必须有专人陪护；⑤地面潮湿时请勿下地走动；⑥患者如需淋浴，应征得主管医务人员同意，由家属陪同方可沐浴；服用降压药物的患者 30 分钟内不宜洗澡；⑦用助眠药物后及时上床休息，需要方便时请寻求帮助，不要輕易下床，以免引起头晕、步态不稳而跌倒；⑧患者上床后请及时拉起床栏，陪护人员不要与病人同睡一张床，以免病人坠床；⑨病情不稳定、自理能力低下、高龄或小儿等，家属必须 24 小时陪护（重症监护室除外）；⑩请将频繁使用的物品放于易取的地方，避免因卧位时伸手取物而发生坠床；□如若陪护不在，有事呼叫护士。

5. 每天交接班询问患者或家属对防范措施是否知晓，查看防范措施落实情况。

6. 床位医生根据患者的病情和用药情况，对患者进行跌倒/坠床风险告知，查房时加强指导教育。

7. 对儿童、老年人、孕妇、行动不便或残疾等患者，医护人员主动告知跌倒/坠床的风险，给予警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、拉起床档等措施。

8. 环境预防：①走廊有扶手，卫生间有防滑垫等，对易发生跌倒的区域有“小心滑倒”等标识；②提供足够灯光，将物品置于患者易取处，保持病房地面清洁干燥，清除病房及床旁走道障碍物，加床护栏等。

9. 转运安全：患者转科或检查途中注意保护，防止跌倒/坠床。推车或轮椅需要使用护栏和安全带，危重患者有医务人员陪同。

10. 躁动患者为了避免坠床，可以给予适当约束。

（三）意外跌倒/坠床的应急预案

1. 当患者突然跌倒/坠床时，护士立即到患者身边，检查患者摔伤情况：通知医生判断患者的神志、受伤部位，伤情程度，全身状况等，并初步判断摔伤原因或病因。必要时汇报科主任、护理部、医务部。

2. 根据摔伤情况采取紧急救护措施：

(1)对疑有骨折或肌肉、韧带损伤的患者，根据摔伤的部位和伤情采取相应的搬运患者方法，将患者抬至病床；请医生对患者进行检查，必要时遵医嘱行 X 光片检查及其它治疗。

(2)对于摔伤头部，出现意识障碍等危及生命的情况时，应立即将患者轻抬至病床，严密观察病情变化，注意瞳孔、神志、呼吸、血压等生命体征的变化情况，通知医生，迅速采取相应的急救措施。

(3)对于皮肤出现瘀斑者进行局部冷敷；皮肤擦伤渗血者用碘伏消毒伤口后，以无菌敷料包

扎；出血较多或有伤口者先用无菌敷料压迫止血，再由医生酌情进行伤口清创缝合。创面较大，伤口较深者遵医嘱注射破伤风针。

(4)受伤程度较轻者，可搀扶或用轮椅将患者送回病床，嘱其卧床休息，安慰患者，并测量血压、脉搏，根据病情做进一步的检查和治疗。

3. 加强巡视，及时观察采取措施后的效果，直到病情稳定。

4. 准确、及时书写护理记录，认真交班。

5. 向患者了解当时摔倒的情景，帮助患者分析摔倒的原因，向患者做宣教指导，提高患者的自我防范意识，尽可能避免再次摔伤。

6. 责任护士填写《护理不良事件报告单》，24 小时内上报护理部。

7. 护士长及时组织全科进行意外事件讨论，分析跌倒/坠床原因，进一步完善和改进工作。

注：跌倒伤害程度分级

严重度 1 级：不需或只需稍微治疗与观察的伤害程度，如擦伤、挫伤、不需缝合的皮肤小撕裂伤等。

严重度 2 级：需要冰敷、包扎、缝合或夹板等的医疗或护理的处置或观察的伤害程度，如扭伤、大或深的撕裂伤等。

严重度 3 级：需要紧急医疗处置及会诊的伤害程度，如骨折、意识丧失、精神或身体状态改变等。

三、压疮风险防范管理制度

（一）压疮风险评估与报告制度

1. 为降低住院患者压疮发生率，护理单元必须加强患者的皮肤护理。

2. 压疮的风险评估

(1)各科室应对所有收治患者的皮肤情况进行评估。

(2)采用 Braden 压疮危险因素评估表（修订版）对患者进行评分，15 分 < 压疮风险评估分值 ≤ 21 分，病区每周评估一次，班班交接皮肤，并采取预防措施；评分 ≤ 15 分，每周评估两次，病情变化随时评估，班班交接皮肤，采取预防措施，要求使用气垫床，填写《压疮预报告单》，48 小时内上报科护士长，科室建立床头和白板风险提示，护士长每天监控，科室伤口造口联络员每周监控。7 个条目中除“体型/身高”外，任何一项评分 1 分，均作为科室高危压疮患者管理。

(3)手术患者在术后当天及术后第一天再次评估。

(4)压疮预报监控患者的压疮风险评估分值 ≥ 21 分，科室停止评估。

(5)评分及措施的采取详见：Braden 压疮危险因素评估表（修订版）评分细则及措施

3. 压疮的报告

(1)凡在临床护理工作中，经评估分值 ≤ 15 分或院外带入压疮的患者，护士应立即报告护士长（双休日、节假日除外），并填写《压疮预报表》或《压疮报告表》，护士长在48小时内向科护士长进行压疮情况的报告。48小时内前往该科室对于患者的皮肤情况作进一步认定。必要时请伤口造口专科护士会诊。

(2)科室联络员每月将压疮预报、院发压疮、带入压疮情况登记，表单进行整理，每季度上交伤口造口委员会进行统计分析。伤口造口委员会在每季度的会议中反馈。

4. 压疮的认定

(1)护士长有责任对护理人员每次所做的压疮风险评估进行认定。

(2)患者住院期间发生的压疮，护士长应及时填报《压疮报告单》给护理部和伤口造口委员会。护理部组织伤口造口专科护士会诊评估以区分“难免”或“非难免”压疮。

5. 压疮的定性

（1）如因护理不当而发生的称为“非难免压疮”。

（2）患者病情较重，评分 ≤ 15 分者，通过积极预防措施后，仍然不能避免发生，称“难免压疮”。

（二）患者发生压疮时的应急预案

1. 患者一旦发生压疮或院外带入压疮，护士应立即报告医生、护士长，进行病情初步判断，采取相应的护理措施，建立翻身卡，严格床旁交接班并记录。填写《压疮报告单》，48小时内报科护士长。科护士长报护理部，护理部根据情况组织伤口造口委员会成员会诊。

2. 科护士长、护士长和科室联络员监督责任护士护理措施的落实情况，科室做好登记及护理记录。

3. 处理措施见《压疮诊疗及护理规范》。

（三）压疮诊疗及护理规程

1. 定义：

压疮是指皮肤或/和皮下组织的局部损伤，通常位于骨突出部位。这种损伤一般是由压力或者压力联合剪切力引起的。

2. 好发人群：

压疮多发于长期卧床、脊髓损伤、慢性神经系统疾病（主要为脑血管疾病）、糖尿病、失禁、肿瘤晚期、体质虚弱、发热、老年患者等；长时间手术体位、高压氧治疗时肢具使用不当、患者及家属压疮相关知识的缺乏等，也是不可忽视压疮发生的人群。

3. 好发部位：

压疮多发生于长时间受压和缺乏脂肪组织保护、无肌肉包裹或肌层较薄的骨隆突处，并与卧位有密切的关系。

仰卧位时：好发于枕骨粗隆、肩胛部、肘部、脊柱体隆突处、骶尾部及足跟处，尤其好发于骶尾部。

侧卧位时：好发于耳廓、肩峰、肋骨、髌骨、股骨粗隆、膝关节的内外侧及内外踝处。

俯卧位时：好发于面颊、耳廓、肩峰、女性乳房、肋缘突出部、男性生殖器、髂前上棘、膝部和足趾等处。

坐位时：好发于坐骨结节、肩胛骨、足跟等处。

4. 诊断：

I 期：指压不变白的红肿

通常在骨突出部位有局部指压不变白的红肿，且皮肤完整。肤色深的可没有明显的压红，但颜色可能与周围皮肤不同。与邻近组织相比，该部位可能有疼痛、硬肿或松软、温期较热或较冷。此分期可能对于肤色深的个体压疮诊断有困难，但可归为高危人群。

II 期：真皮层部分缺损

缺损涉及真皮层的局部，表现为一个浅表开放的红粉色创面，周围无坏死组织的溃疡。也可表现为完整的或开放/破溃的充满浆液或血清液体的水疱。创面为一个有光泽的或干燥的周围无坏死组织或淤肿的浅表溃疡。此分期不适用于描述皮肤撕裂伤、带状烧伤、由失禁引起的皮炎、浸渍或皮肤擦伤。淤肿：显示深部组织损伤。

III 期：全皮肤层缺损

全皮肤层缺损。可见皮下脂肪，但没有骨骼、肌腱或肌肉暴露；有腐肉，但未涉及深部组织。可有潜行和窦道。III 期压疮的深度因解剖位置不同而表现不同。鼻梁、耳、枕部和踝部没有皮下组织，因此 III 期溃疡较为表浅。而一些肥胖的部位则会非常深。此期骨骼肌腱并未暴露，或不能直接接触。

IV 期：组织全层缺损

全皮肤层缺损，伴有骨骼、肌腱或肌肉的暴露。伤口床可能会部分覆盖腐肉或焦痂，常常会

有潜行和窦道。IV 期压疮的深度取决于其解剖位置。鼻梁、耳、枕部和踝部没有皮下组织，因此 IV 期溃疡会比较浅表。IV 期压疮可深及肌肉和/或支撑组织（如：筋膜、肌腱或关节囊），有时伴有骨髓炎。暴露的骨骼或肌肉肉眼可见，或通过触诊可及。

不可分期：皮肤全层或组织全层缺损——深度未知

缺损涉及组织全层，但溃疡的实际深度完全被创面的坏死组织（黄色、棕褐色、灰色、绿色或棕色）和/或焦痂（棕褐色、棕色或黑色）所掩盖。无法确定其实际深度，除非彻底清除坏死组织和/或焦痂以暴露出创面底部。这种情况可能属于 III 期或者 IV 期。足跟部固定的焦痂（干燥、附着紧密、完整且无红肿或波动性）相当于“机体天然的（生物的）遮盖物”，不应该被清除。

可疑深部组织损伤期——深度未知

由于压力和/或剪切力造成皮下软组织受损，在完整但退色的皮肤上出现局部紫色或黑紫色，或形成充血性水疱。与邻近组织相比，该区域的组织可先出现疼痛、硬肿、糜烂、松软、较冷或较热。深部组织损伤在肤色深的个体比较难诊断。此期也包括在黑色创面上形成的水疱，可能会发展为被一层薄的焦痂覆盖；即便接受最佳治疗，也可能会快速发展成为深层组织的破溃。

5. 治疗：

压疮治疗原则是局部治疗为主，辅以全身治疗。

(1)全身治疗：积极治疗原发病，增加营养和全身抗感染治疗等。

(2)局部治疗：

<1> I 期：去除危险因素，避免压疮加重。①局部避免再受压，②减小局部摩擦力，局部皮肤可使用康惠尔水胶体敷料（溃疡贴/透明贴）。

<2> II 期：保护皮肤，预防感染，防止感染是本期的关键治疗。①水疱：直径小于 2cm 的小水疱，可以让其自行吸收，局部粘贴溃疡贴或透明薄膜或油沙敷料加透明贴保护皮肤；直径大于 2cm 的水疱，局部消毒后，用无菌刀片或注射器针头划开切口，充分引流后，外面覆盖水胶体敷料（溃疡贴/透明贴）。②浅层溃疡：可根据渗液情况使用合适的敷料。渗液较少时，可用薄的水胶体敷料，根据渗液 2-3 天更换一次；渗液中等或较多，可用厚的水胶体敷料或泡沫敷料，3-5 天更换一次。

<3> III 期、IV 期压疮：

①清除坏死组织： a. 当伤口内坏死组织比较松软时，可采用外科清创的方法。 b. 当伤口坏

死组织比较致密，且与正常组织混合时，首先进行自溶性清创，待坏死组织松软后再配合外科清创的方法。c. 当黑色焦痂覆盖伤口时，可在焦痂外作一些小切口，再使用自溶性清创的方法进行清创。d. 当伤口内有较深潜行或窦道时，可采用机械性冲洗的方法进行清除部分坏死组织。e、当坏死组织非常致密，采用其他方法无法清除时，可考虑使用化学性清创方法。

②控制感染：当伤口存在感染症状时，全身或局部使用抗生素前先行伤口分泌物或组织的细菌培养和药敏试验，根据培养和药敏结果选择合适的抗生素治疗。感染性伤口可选择合适的消毒液清洗伤口，再用生理盐水清洁，伤口可使用银离子抗菌敷料。

③伤口渗液处理：根据伤口愈合不同时期渗液的特点，进行伤口渗液的管理，可选择恰当的敷料，也可使用负压治疗。a. 当黑色焦痂覆盖时，通常伤口很少渗液或没有渗出，此时需要给伤口补充一定的水分才能溶解焦痂，可用水份较多的敷料，如水凝胶或离子持续交换型敷料。b. 当伤口有较多黄色坏死组织覆盖时，伤口渗液由少到多，可使用既具有吸收能力又具有清创作用的敷料进行吸收渗液和清创，如选择水胶体、藻酸盐等敷料。c. 当伤口较多红色肉芽组织生长时，渗液较多，可选用吸收能力强的敷料以吸收伤口内过多的渗液，如藻酸盐类敷料、水性纤维敷料、泡沫塑料类敷料等。d. 当伤口内肉芽组织填满伤口，部分上皮组织生长时，伤口渗液逐渐减少，可使用水胶体或薄的泡沫敷料以促进伤口愈合。

④伤口潜行和窦道的处理：仔细评估潜行的范围和窦道的深度，在肛门附近的伤口要检查是否有瘘管的存在。根据潜行和窦道深度及渗出情况选择合适的敷料填充或引流，填充敷料要接触到潜行或窦道的基底部，但填充时不要太紧以免对伤口产生压力。常用的引流或填充的敷料有藻酸盐等。

⑤关节处伤口处理：由于关节处皮下组织比较少，伤口往往是全皮层损伤，经常可见关节面暴露，由于关节活动多，伤口难愈。保护好关节面是护理关节处伤口的关键，除了进行减压外，还应保护关节面湿润的环境，避免关节面破坏后骨直接暴露。必要时，伤口清洁后进行手术治疗以保护关节。

⑥足跟部伤口的处理：由于足跟部组织的特殊性，往往伤口的颜色不够鲜红而误以为是伤口内坏死组织。位于足跟的压疮在处理过程中要注意保护伤口，避免清创，伤口以清洁干燥为主，注意减压。

<4>可疑深部组织损伤：①严禁强烈和快速的清创。②早期可使用水胶体敷料，使表皮软化，自溶性清创。③密切观察伤口变化。

<5>难以分期的压疮：①当伤口因覆盖焦痂或坏死组织无法进行界定时，应先清除伤口内焦痂和坏死组织，再确定分期。②伤口处理与Ⅲ期、Ⅳ期压疮方法相同。

6. 护理

(1)营养指导：良好的营养是创面愈合的重要条件，应给予平衡饮食，增加蛋白质、维生素和微量元素的摄入。对于不能进食者在营养师的指导下给予鼻饲，或采用支持疗法。

(2)保持正确的体位：增加翻身次数，翻身角度 30° ，避免局部过度受压。因疾病所采取的被迫体位，应至少 2 小时改变体位一次，减轻皮肤受压时间。患者强迫半卧位或坐位时受压部位必须采取减压措施，采取措施防止身体下滑。非强迫半卧位时半卧位角度 $< 30^{\circ}$ 。

(3)避免局部皮肤刺激：内衣柔软、透气，保持清洁干燥；床单整洁平整、无皱折、无碎屑；对大小便失禁者、呕吐或出汗多者应及时擦洗干净、更换衣服和床单；使用尿片者，必须保持尿片清洁、干燥，及时更换。

(4)规范操作：使用便器时，应选择无破损便器，不要强塞硬拉，必要时在便器边缘垫上软纸或布垫，以防擦伤皮肤；翻身时，动作轻柔，避免擦伤皮肤。

(5)使用皮肤柔软剂让干燥的皮肤保湿，以减少皮肤损伤的风险。

(6)使用有隔离功能的产品来保护皮肤，防止皮肤暴露在过渡潮湿的环境中，以降低压疮发生的危险。

(7)加强心理疏导，鼓励患者树立信心。

(8)健康教育：向患者及家属讲解压疮各期的进展规律、临床表现以及治疗、护理的要点，使之能重视和参与压疮早期的各项护理，积极配合治疗。

7. 压疮预防中的误区

(1)按摩受压发红部位：急性炎症存在时按摩是禁忌的，因为有损伤血管或脆弱皮肤的可能性。按摩不能作为压疮预防的策略被推荐。

(2)使用烤灯等使皮肤干燥：使组织细胞代谢及需氧量增加进而造成细胞缺血，甚至坏死。

(3)涂抹凡士林、氧化锌膏等油性剂：其无透气性，亦无呼吸功能，水分蒸发量维持在一个较低水平上，远低于正常皮肤的水分蒸发量，导致皮肤浸渍。

(4)气圈的使用：对于水肿和肥胖者，气圈使局部血液循环受阻，造成静脉充血与水肿，同时妨碍汗液蒸发而刺激皮肤。

8. Braden 压疮危险因素评估表（修订版）评分细则及措施（略）

药品的使用及管理规范（修订）

1. 一般用药管理规定

(1)遵医嘱给药，抢救患者时执行口头医嘱，护士在加药前和给药前分别要向医生复述一遍，两人核对给药。非抢救患者不执行口头医嘱。

(2)严格执行“三查八对”制度。

(3)给药时严格无菌操作。

(4)临时医嘱给药后需在临时医嘱单上签字。

(5)观察用药后的反应和疗效及时记录。

(6)用抗菌药物前先看皮试记录后方可给药。

(7)用去乙酰毛花苷稀释后静脉推注，要注意监测心率缓慢静推。

(8)微量泵注入药物要标明药名、剂量、浓度、速度。

2. 病房药品存放管理规定

(1)药品柜随时保持清洁整齐，严格按药品储藏条件保管药品。

(2)内服药、外用药、注射用药等应分类分区放置，按有效期时限先后有计划地使用，定期检查，防止过期和浪费。

(3)毒麻药品专锁、专柜、专人管理，专用处方、专设使用记录。

(4)各类药品瓶签与药名相符，标签明显、清晰。内服药标签为蓝色边，外用药为红色边，剧毒药为黑色边。标签上标有药物名称、浓度、剂量、有效期。凡标签不清、药物过期、破损、变色、混浊等均不得使用。

(5)口服药保留药袋，药袋上注明领取日期及时间，可疑过期或变色不得使用。

(6)易被光线破坏的药物，应避光保存，如维生素 C、氨茶碱、硝普钠、肾上腺素、硝酸甘油、VitE 等。

(7)抢救药放在抢救车内，每班清点并记录、签名，用后及时补齐，便于急救时使用。

(8)易燃易爆的药品，放置在阴凉处，远离明火，如过氧乙酸、乙醇、甲醛等。

(9)患者个人用药应单独按要求存放，并注明床号、姓名。

3. 急救药品管理规定

(1)急救车内备有一定数量的急救药品和物品，做到急救药品、器械和设备齐全，随时

检查和补充，保证应急使用。

(2)急救车上醒目位置有物品及药品放置示意图，标记清楚。

(3)做到五固定、两及时。五定：定品种、定量、定位置、定专人保管、定时检查完好率，两及时：及时检查养护、及时请领。

(4)建立账目，账物相符，班班清点。交接人员双方签全名。

(5)所有人员必须了解急救药品的性能及保养方法，熟悉急救药品作用机制，熟练使用急救药品。

(6)急救药品按作用机制分类放置，所有药物应标注有效期，定期核对及时更换并有记录。

(7)护士对药品和物品每周检查一次有记录并签名，护士长每月检查一次。

4. 病房毒麻药品管理规定

(1)病房毒麻药品只能供住院患者按医嘱使用，其他人员不得私自取用、借用。

(2)专柜、专锁存放、专人管理。

(3)病房毒麻药品按需保持一定基数，每班交接清点，双方签全名。

(4)使用毒麻药品时需医生开医嘱及专用处方，使用后保留空安瓿。

(5)建立毒麻药品使用登记本，注明使用日期、时间、患者床号、姓名、使用药物名称、剂量使用护士签全名。

(6)如遇长期医嘱且当患者需要使用时，仍需有医生所开的医嘱、专用处方保留空安瓿。

5. 化疗药物使用管理规定

(1)化疗药物必须由经过专门培训的护理人员进行配制。

(2)接触化疗药物的护士操作前必须穿防护衣，戴防护口罩、帽子、乳胶手套，防止化疗药物由呼吸道吸入或接触皮肤。

(3)在打开粉剂安瓿时，应用无菌纱布包裹，当溶解药物时溶媒应沿安瓿壁缓缓注入瓶底，待粉剂浸透后再搅动。

(4)使用针腔较大的针头抽取药液所抽药液不宜超过注射器容量的 3/4，防止药液外溢。

(5)如果药液不慎溅入眼内或皮肤上，应立即用生理盐水反复冲洗。洒在桌面或地面的药液应及时用纱布吸附并用清水冲洗。

(6)操作时应确保注射器与输液管接头处衔接紧密，以免药液外漏。

(7)药液输完后拔针时，应戴乳胶手套。

(8)接触化疗药物的用具、污物应放入专用袋，集中封闭处理，化疗废弃物应放在带盖的容器内，标记明显。

(9)护士处理化疗患者的尿液、类便、呕吐物或分泌物时必须戴手套。

(10)工作人员尽量减少对化疗药物的不必要接触，规范操作。医院每年定期为接触化疗药物的护士进行体检，合理安排休假，护士怀孕和哺乳期，可考虑暂时脱离接触化疗药物的环境。

输血器使用与管理规定

- 1、使用符合国家标准的一次性输血器，做到“三证”齐全。
- 2、检查产品包装密封性是否完好，应注意检查质量和有效期，核对产品型号，静脉针规格符合要求。
- 3、严格遵守无菌操作原则，执行输血查对制度（即三查十对）。
- 4、在输血过程中排气时，应尽量避免挤压莫菲氏滴管，以免由于液体快速冲向输血器的莫菲氏滴管，而产生大量的混入液体内的气泡。应排尽输血器内的空气，莫菲氏滴管内的液面高度应以 $2/3$ 为宜，最低不可低于 $1/2$ 高度。
- 5、输血前后用生理盐水冲洗输血器，连续输用不同供血者的血液时，中间应用生理盐水冲洗输血管道后再继续输注或更换输血器。
- 6、输血过程中应先慢后快，再根据病情和年龄调整输血速度，并严密观察患者有无输血不良反应（包括溶血反应、发热反应、避免引发各种传染病等），如出现异常情况应及时处理，并报告医生。
- 7、输血过程中加强巡视、观察病情变化，询问患者的感受，注意观察输血过程中常见问题（如溶液不滴、莫菲氏滴管液面自行下降、血液滴漏现象等），如出现异常情况及时处理。
- 8、一次性输血器使用后严格规范化操作及时毁形、进行无害化处理。

七、门、急诊管理制度

宣城市人民医院创建健康促进医院活动实施方案

为促进医院健康教育与健康促进全面融入预防、医疗、康复等医疗服务全程，进一步提高医疗护理质量，发挥医务人员维护和促进健康的主力军作用，根据《宣城市2013年中央补助健康素养促进行动项目创建健康促进医院工作方案》文件精神，结合我院工作实际制定本方案。

一、指导思想

深入开展党的群众路线教育实践活动，着眼于切实解决人民群众看病就医的实际问题，通过开展健康促进医院创建活动，加强健康和医学知识的宣传普及，不断提高人民群众健康水平和满意度。

二、工作目标

通过开展健康促进医院创建活动，完善有益于医患健康的规章制度，改善就医环境和诊疗服务，提高医院职工、患者及其家属、社区居民的健康素养水平。

三、组织机构

（一）成立健康促进医院创建领导小组。

（二）建立院科室三级健康管理网络

医院成立健康促进医院创建工作领导小组，下设健康教育科，各临床、医技、行政职能科室设立健康教育宣传员。

（三）建立例会制度

创建领导小组每年召开2次例会，听取工作意见，改进不足，解决问题，总结健康促进医院创建工作经验。

（四）设立健康促进医院专项经费

预算15万元/年，由财务部单独记账。

四、主要措施

（一）制定有益于医患健康的规章制度。

结合院内现有规章制度和管理规定，制定有益于维持良好医患关系，为患者、患者家属、社区居民以及医护人员自身提供健康教育服务的政策，内容涵盖以下方面：

1. 保证患者就医环境和医护人员执业环境的安全、卫生。
2. 保证患者和医护人员的权利、文化与价值观得到尊重。
3. 保证医护人员能接受定期体检和疾病防治服务，继续医学教育、社会保障和合理休息的权利。
4. 支持并鼓励医护人员开展院内和社会健康教育工作。
5. 严格执行无烟医院规章制度，建立首诊询问吸烟史、宣传吸烟危害及劝阻戒烟制度。

（二）建设安全、适宜、和谐的诊疗环境。

1. 物质环境: 建设适宜的诊疗和就医环境(如建筑、设备、设施、卫生、照明、通风、采暖、绿化等); 提供满足医护人员休息、健身、娱乐需要的设施、设备等; 为医护人员和患者提供安全的食品和饮水; 使用有益于环境保护的用品, 院内生活垃圾实行袋装化, 医疗垃圾实行集中和无害化处理。

2. 人文环境: 开展职业教育活动, 提高医护人员职业素养; 在医护人员中宣传和实施医护人员行为规范; 营造良好的医医、医护和医患关系; 倡导文明、礼貌、温馨、关爱的诊疗和就医行为; 医院有关规章制度得到贯彻执行。

3. 宣传环境: 在院内环境和候诊区域, 利用橱窗、内部电视/视频、宣传手册、电子显示屏和网络等形式, 在不影响正常诊疗秩序、患者就医和住院治疗的情况下, 开展健康保健和疾病防治知识传播。

（三）提高患者、家属和社区居民及医护人员自身在疾病防治、健康保健和健康生活方式等方面的技能。

1. 院内患者健康教育。在诊疗过程中, 提供系统化的门诊、住院和出院教育; 结合患者所患疾病, 通过咨询, 提供个性化健康指导处方, 发放手册、折页等传播材料, 播放视频短片, 举办健康讲座、患者课堂等方式, 向患者及家属传授疾病预防、治疗、康复、保健和健康生活方式知识和技能。

2. 社区和公众健康教育。在对患者进行病情随访的过程中, 对患者及其家属开展有针对性的健康教育和健康指导; 医院定期组织向社会开放的健康课堂和专题健康讲座; 通过大众传媒对公众开展健康知识和技能传播; 开展或积极参加其他部门组织的义诊咨询或健康教育活动。

3. 医护人员健康教育。医院定期组织由医护人员参加的自我保健、生活方式、心理调适和疾病防治等方面的健康教育活动。

4. 控烟宣传教育。医院在诊疗疾病的过程中向病人或家属宣传吸烟对人体的危害并劝阻戒烟；建立戒烟门诊，为吸烟病人提供戒烟指导；医务人员掌握简短的戒烟技巧，带头不吸烟，做控烟表率。

5. 充分利用市、区两所老年大学课堂，大力宣传健康教育知识。

（四）鼓励开展特色健康教育与健康促进活动。

鼓励科室根据自身专业优势、工作特点、患者和医护人员需求，开展特色健康教育与健康促进活动。

五、实施步骤

（一）宣传发动阶段（2014年3月10日——2014年3月31日）

1. 成立创建领导机构。成立创建健康促进医院工作领导小组，建立院、科三级管理网络。按照考核标准落实到人，并实行目标管理，做到各项工作有专人负责，各项职责有明确分工，确保如期完成创建任务。

2. 完善各项制度。将上述创建标准进行归纳分类，属于医院管理、行风建设、医务人员行为准则等，分别进行建章立制，形成长效机制。

3. 动员全员参与。开展宣传发动，形成浓厚的创建氛围，让全院职工了解创建健康促进医院的目的意义和具体任务，从自身做起，从点滴做起，自觉主动积极地进行创建健康促进医院活动。

（二）全面创建阶段（2014年4月1日——5月31日）

对照健康促进医院的具体标准，软、硬件建设同步进行，要做到不留死角，不漏事项，逐条落实，力争在要求的时间内，达到健康促进医院的要求标准。

（三）自查自评阶段（2014年6月1日——6月30日）

以健康促进医院的具体标准为依据，高标准、严要求，定期、不定期对自身的创建工作自查，对查出的问题认真整改，进一步推动创建工作。

（四）申请达标验收阶段（2014年7月）

按照创建健康医院具体标准，查漏补缺，补充完善详细工作任务，迎接健康促进医院创建验收。

六、相关要求

（一）健康促进医院创建工作领导小组对医院健康促进工作进行全面考核评估，并提出指导意见。

（二）医院健康教育科根据省市创建标准制定健康促进医院检查考核标准，定期组织对各科室创建工作进行检查指导，并将检查结果及时向创建工作领导小组汇报，确保创建工作能够正常开展。

（三）医院创建工作领导小组每年召开不少于两次创建工作例会，专门研究解决创建工作中出现的问题和困难。

（四）各科室的健康促进医院创建活动情况纳入年度考核中。

宣城市人民医院加强和改善门诊服务工作的规定

为贯彻落实省卫计委《关于推进公立医院转换机制加强管理改善服务的实施意见》文件精神，结合我院实际，现就进一步加强和改善门诊服务工作制定如下规定。

一、改善服务态度，完善便民设施，提升群众看病就医体验。坚持首问、首诊负责制，改善窗口服务态度。要求门诊各岗位人员使用文明用语，坚决杜绝服务禁语，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。改善就医环境，再造服务流程，设置醒目标识，提供就诊方位引导图。完善便民设施，为患者提供饮水、应急电话、轮椅、纸、笔等服务，在门诊诊室、治疗室、多人病房设置私密性保护设施，完善无障碍设施。为行动不便的门诊、住院患者提供护送、陪检服务，为急危重症患者开通绿色通道，实行先救治、后缴费。

二、加强医师出诊管理，延长看病诊查时间。各科室要结合科室门诊开诊情况，科学安排出诊医师数量，确保医师有足够的诊查时间，力争做到预约诊疗患者及时检查。延长医生看病诊查时间，实行限号限时，专家门诊每半天原则上不超过 21 号，平均看病时间原则上不少于 10 分钟，普通门诊每半天原则上不超过 35 号，平均看病时间不少于 6 分钟。各科室要依据按需供给、有序引导的原则，动态调整和分配好具有副主任医师及以上专业技术职务任职资格的医师从事普通门诊的比例。

三、全面推进分时段预约服务。建立多种途径的预约服务信息平台，全面推行分时段预约，多途径发布就诊时段信息，缩短患者在医院候诊时间。逐年提高分时段预约就诊率，到 2017 年门诊患者分时段预约就诊率达到预约就诊患者的 50%。门诊就诊和检查实行“预约优先”。

四、有关工作要求。各相关科室要把加强和改善门诊服务工作作为当前落实医药卫生体制改革要求的一项重要工作，切实提高认识，认真落实。此项工作落实情况纳入综合目

标考核内容。本规定自 2015 年 4 月 1 日起实行。

宣城市人民医院提升门诊工作实施方案(试行)

一、指导思想

坚持以病人为中心的服务理念，进一步规范服务行为，提升服务水平，促进我院健康持续快速发展。

二、工作目标

通过加大医院宣传，优化门诊布局和流程，持续改进服务质量，提高门诊服务能力，不断提升医院形象和群众满意度。

三、组织保障

成立提升门诊工作领导小组。

四、工作措施

(一) 加大医院宣传，提升医院形象，不断扩大医院品牌影响力

利用各种媒体全方位宣传医院，与市广播电视总台、广播电台、宣城日报等新闻媒体加强合作，结成新闻合作伙伴。利用门诊宣传橱窗、移动展板、楼梯通道墙体对医院文化、科室特色项目、学科带头人、新技术进行宣传。重点从以下几方面进行宣传：

1、名医名科及专科特色的宣传。加大对专家、学科带头人的宣传力度，努力宣扬他们丰富的临床经验、医学成果、典型病例治愈方法等。（责任科室：院办公室、各相关科室）

2、新项目、新技术、新疗法的宣传。对于医院推出的有特色、有创新、有疗效的新项目、新技术、新疗法，及时向社会推介，让患者知晓。（责任科室：院办公室、各相关科室）

3、医德医风及优质服务的宣传。大力宣传医院的好人好事，以正面形象来教育广大职工树立良好的职业纪律和道德情操，向社会介绍医院的服务质量、服务水平，从而营造一个积极向上、敬业爱岗的工作环境，树立医院的良好形象，赢得患者的信任和支持。（责任科室：院办公室、各相关科室）

4、诊疗信息的宣传。宣传医院的医疗技术、设备等方面的特色，让社会从多方面了解医院、认识医院，减少群众求医治病的盲目性，方便病人就诊和咨询。（责任科室：院办公室、各相关科室）

5、学术活动、科研成果的宣传。对于有一定影响的学术活动、科研成果，进行适当的

报道与宣传，形成浓厚的学术氛围。（责任科室：院办公室、各科室）

6、深入开展社区、乡村义诊活动。通过医院各部门，各党支部在社区、乡村持续深入开展“服务群众、健康行动”各种义诊活动，为社区、乡村群众进行常见病、慢性病的咨询、诊断，并发放健康宣传资料、进行常规体检，加强健康常识和医学知识普及，提高群众的健康水平。同时也扩大了医院在各地的品牌影响力，从而也促进医院就诊率。医院添置一台多功能移动式医疗车，通过移动式医疗车定期开展社区、乡村义诊活动。（责任科室：各党支部、门诊部）

（二）增强宗旨服务意识，改善服务态度，不断提升门诊服务水平

1、树立良好的服务理念，增强宗旨服务意识，强化工作责任心。坚持“以病人为中心”的服务理念，把用心、温馨、优质服务贯穿于医疗服务的全过程。要求门诊各岗位人员，尤其导诊、分诊、出诊医师、收款人员对待病人要做到服务细致、耐心，努力做到让病人满意。各门诊楼层增设流动导诊，提升导诊主动服务水平。（责任科室：门诊部、人力资源部、各门诊科室）

2、改善服务态度，提升群众看病就医体验。坚持首问接待制和首诊负责制，改善窗口服务态度。要求门诊各岗位人员使用文明用语，坚决杜绝服务禁语，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。（责任科室：门诊部、各门诊科室）

3、创新和完善志愿者服务机制，不断提升门诊志愿者服务工作。（责任科室：院团委）

4、树立医务人员围着病人转，门诊部人员围着医疗一线人员转的工作理念。（责任科室：门诊部）

5、加强劳动纪律管理，严格出诊考勤。（责任科室：门诊部）

（三）调整门诊布局，优化服务流程，改善服务环境，不断提升群众看病就医感受

1、调整内科、妇产科、外科门诊布局，优化就诊检查流程。在门诊增设病理标本接收窗口。（责任科室：门诊部、后勤保障部）

2、更新和完善门诊平面示意图、就诊流程图、各科出诊专家介绍、各种指示标识；增加各诊室专科标识及出诊医师介绍。（责任科室：院办公室、门诊部）

3、完善门诊医生工作站及“一卡通”工作。（责任科室：信息科、门诊部）

4、加强分、导诊和诊室管理，不断提高门诊信息化管理水平，力争做到诊室一医一患有序就诊。（责任科室：门诊部、信息科、各出诊科室）

5、全面推进门诊预约诊疗服务，增设预约短信告知和就诊提醒服务，提高预约成功率

和覆盖率。（ 责任科室：信息科、门诊部）

6、根据病人流量的情况和规律，调整出诊医师数量及时间，实行弹性排班，在高峰时间增加出诊医师人数。（ 责任科室：门诊部、各出诊科室）

7、推行体检、内窥镜等科室无假日诊疗工作制。（ 责任科室：医务部、门诊部）

8、提升门诊人文气息，营造温馨环境。门诊主楼梯通道墙面建成医院文化墙，将医院院训、摄影、书法、医学大家名言等文化理念设计进去，彰显医院文化特色。在门诊二楼、三楼设置休闲座椅，提供报刊书籍，营造温馨环境。（ 责任科室：院办公室、门诊部、后勤保障部）

9、加强对门诊环境卫生管理，尤其是楼道、厕所卫生；厕所铺设防滑设施。（ 责任科室：后勤保障部、门诊部）

（四）加强质量管理，规范诊疗行为，持续改进医疗质量

1、狠抓各种医疗核心制度的落实，特别是落实首问、首诊负责制，切实提高医疗护理质量，保障医疗安全。（ 责任科室：门诊部、医务部、护理部、质管科、各出诊科室）

2、加强和规范门诊小手术管理。（ 责任科室：门诊部、医务部、护理部、质管科、各相关科室）

3、加强和完善专家门诊管理。专家门诊必须严格按照专家排班表准时开诊，不得随意开诊或停诊。（ 责任科室：门诊部、各出诊科室）

4、加强对急危重症患者的管理，提高急危重症患者抢救成功率。（ 责任科室：门诊部、急诊科）

5、开展多学科、疑难病联合门诊，适时探索开设“中心化”门诊。传统门诊模式是内、外、妇、儿、临床、医技体系设置，医疗方式是“病人围绕医生转”，但随之而来的问题是有些病情复杂，单个专科无法明确诊疗方案的病人，很难选择与其相关的具体科室，同时多个科室的会诊增加了患者无效移动的非医疗时间。中心化门诊是实现多学科大协作的优势互补一体化诊治模式，能够优化服务流程，降低患者负担，也促进了科室之间的交流和合作。针对疑难、复杂疾病开设多学科、疑难病联合门诊，适时探索开设“中心化”门诊。（ 责任科室：门诊部、各出诊科室）

6、探索建立与省内外大型医院学科合作机制，邀请知名专家定期来院坐诊。（ 责任科室：门诊部、各相关科室）

7、加强门诊消毒、隔离与医疗废物的管理工作，严格执行无菌操作、消毒隔离工作制

度，重点加强内窥镜室、妇科、眼科、儿科门诊等院感重点部门的医院感染管理工作，有效预防和控制医院交叉感染。（责任科室：门诊部、院感科）

8、严格规范诊疗服务行为，推进合理治疗、合理用药、合理检查。严格执行《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》，建立定期随机抽查制度。（责任科室：门诊部、质管科、药学部、各出诊科室）

（五）建立出诊医生激励机制

鼓励增设专科特色门诊，实施出诊医生激励机制。按患者及医院实际需求，调整和完善节假日门诊管理制度。（责任科室：财务部、门诊部）

（六）完善患者电话回访机制，提升患者满意度

电话回访是医院提高到院就诊率的一种传统手段，也是促进医院效益的一种方式。通过电话回访加强与患者沟通，了解患者的病情转归、后续治疗、康复锻炼和心理状态等情况，并进行日常生活中必要的指导和用药帮助；同时可以征求患者对医院的环境、医疗收费、服务态度、服务质量、技术水平、检查用药及医院管理等方面的建议和改进措施。建立出院、门诊患者、体检结果异常客户电话回访机制。（责任科室：医务部、护理部、门诊部）

（七）成立门急诊管理委员会，加强门急诊管理与协调，提高门急诊服务质量

门急诊工作需要由一体化的理念来设计和推动门急诊管理工作。成立门急诊管理委员会，建立和行使大门急诊统一管理职能，定期召开门急诊管理委员会，形成门急诊工作例会。通过建立门急诊工作例会制度，规范管理门急诊医疗活动和医疗秩序，加强门急诊各部门之间信息沟通和工作协调，促进门急诊医疗服务质量持续改进。（责任人：门诊部、各相关科室）

五、工作要求

一是高度重视，加强领导。各科室要充分认识提升门诊工作的重要意义。各责任部门负责人要亲自抓，周密部署，做到责任到人、密切配合，确保各项措施落到实处。

二是精心组织，注重实效。各责任部门要结合各自实际，认真细化工作方案，并积极组织实施。

三是强化监督，狠抓落实。提升门诊工作领导小组定期组织监督检查，及时发现问题，限时整改，推动工作扎实开展。

宣城市人民医院窗口科室深入开展“微笑服务”活动实施方案

按照市创建文明市指挥部《宣城市区窗口行业“微笑服务”活动实施方案》（宣创建指[2015]24号）文件要求，为进一步提升我院医疗服务水平和服务质量，经医院研究，决定在所有窗口科室深入开展“微笑服务”活动。现制定实施方案如下：

一、指导思想

以党的十八大精神和科学发展观为指导，把深入“微笑服务”活动作为强化管理和提升服务的重要抓手，作为深化行业文化建设的重要内容，作为践行社会主义核心价值观的有力之举。以改善服务、提升水平、塑造品牌为目标，在医院窗口科室深入开展“微笑服务”活动，全面提升窗口服务水平，努力打造文明、和谐的医院优质服务品牌。

二、组织领导

为加强“微笑服务”活动的组织领导，保证活动的顺利实施，成立医院“微笑服务”活动领导小组。

三、活动内容

一笑，即微笑服务；二心，即热心问候，精心服务；三提，提倡人性化服务，提高医疗质量和水平，提升医院形象；四创，即创微笑服务标兵，创文明示范窗口，创文明示范科室，创温馨医院；五要五不要，即：要心底微笑，不要态度生硬；要服务规范，不要随意任性；要一次告知，不要反反复复；要马上就办，不要拖拉推诿；要廉洁自律，不要以权谋私。

四、具体措施

医院根据“一笑、二心、三提、四创、五要五不要”活动内容，制定工作人员文明用语和服务忌语手册，制定科室人性化服务规范和监督措施。在窗口科室设置“微笑服务标兵”公示栏，通过开展“微笑服务标兵”“示范窗口、科室”等评选活动，实行动态管理，将考评结果同年度考核、评先评优等挂钩，形成“微笑服务”活动的长效机制。

“微笑服务”活动不仅是表情的展示，而是“心底微笑”的服务，更是与服务对象做感情的沟通与交流，把服务对象当亲人和朋友，真情地提供周到优质的服务。通过规范言行、改善作风，实现增强服务意识、提升服务水平的目标，做到笑容甜美，举止得体，用语文明，态度和蔼，服务规范。

（一）规范服务举止

微笑时，面部表情要和蔼可亲，自然露出 6-8 颗牙，嘴角微微上翘；微笑注重微字，笑的幅度不宜过大；微笑时真诚、甜美、亲切、充满爱心。

服务时，要目光友善，眼神柔和，亲切坦然，不左顾右盼，心不在焉，自然流露真诚；迎着服务对象的眼神进行目光交流，传递出工作人员的敬意与善良之心，拉近与服务对象间的距离。

交流时，声音要清晰柔和、细腻圆滑，语速适中，富有甜美悦耳的感染力；语调、音量适中，让服务对象能听得清楚，但声音不能过大；说话态度诚恳，语句流畅，语气不卑不亢。

工作时，必须按规定着工作制服，着装要干净、整洁、规范；仪表举止要端庄、大方、文明、自然，姿势要端正。女工作人员可淡妆，不得批散发，不得涂艳指甲油。男工作人员不得留长发，不得蓄胡须。工作时间不准穿拖鞋和后跟无攀的凉鞋。

（二）规范服务用语

1. 说话态度诚恳，亲切热情，语句流畅，语气平和。在日常工作中坚持使用普通话，接待来人要用文明礼貌用语。

2. 办理业务时，要使用“请稍等，我马上给您办”、“对不起，让您久等了”等文明用语。

（三）规范服务态度

1. 接待要热情主动，面带微笑，双目正视对方。与服务对象交谈时应心平气和，语音适中。受理服务时要热心，办理业务要细心，答复咨询要耐心。接待时做到：来有迎声、问有答声、走有送声。

2. 接打电话时要轻拿轻放，应在电话铃响 3 声内接听，说话要亲切和气、耐心细致、表述准确、需要回复的，要做好记录，及时回复。

3. 服务对象咨询有关事项时，要主动热情、耐心周到、百问不厌、百查不烦、解释全面，不准冷落、刁难、训斥和歧视。

4. 服务对象提出意见、建议或批评时，要耐心听，对服务对象的讲话有异议时，不与服务对象争辩、顶撞，但可以发表个人看法。遇到难以解决的问题要及时报告窗口负责人解决。

5. 服务对象出现误解，出言不逊或动作粗鲁时，要沉着，不要与其争吵，得理让人，并及时向窗口负责人报告。

6. 对不属于本窗口业务范围的，应主动问清办理事项，热情、准确地告知事项办理的单位或窗口，并提供相应的信息。

（四）完善服务设施

1. 窗口要具备有与办理事项有关的法律、规章、政策、范本、样表、办事指南等相关资料，以便做好宣传、解答。

2. 坚守岗位，岗位要摆放值岗人员信息牌、设置笑容展示镜，随时监视服务时是否面带笑容。

3. 服务台面、办公桌椅、地面、电脑等保持清洁，办公用品摆放整齐。

（五）提高服务质量

1. 一次性书面告知服务对象其申办事项所需的全部资料，一次性说清服务对象提问，一次性收清服务对象提交的材料，主动介绍下一步应如何办理。

2. 填写审批材料正规，不漏项。审批档案材料要完整，不缺项，按规定及时交接。

3. 书写相关文书要规范完整、字迹清楚、准确无误。

4. 缩短排队时间和服务承诺时限，提高服务效率，方便患者就诊。

各窗口科室要通过各种形式，打造服务亮点、显示服务特色、树立服务品牌。一是要“比礼仪、赛文明”。要加强对科室人员的礼仪培训，普及礼仪常识，提升科室人员的文明素质和礼仪修养。二是要“比服务、赛和谐”。以服务人民、奉献社会为主题，强化科室人员服务意识，改善服务态度，提高服务质量和水平，营造文明和谐的服务环境。三是要“比环境、赛秩序”。做到科室清洁卫生、整洁优美，标识清晰；优化科室服务流程。改进服务功能，增设便民措施，努力做到服务场所文明、就医秩序良好。四是要“比作风、赛形象”。科室要切实转变观念，转变作风，提高工作效率和服务质量，深化社会主义核心价值观教育，引导职工在“爱岗、敬业、诚信、友善”上起到先行和表率作用。

五、实施步骤

（一）动员部署阶段：至 2015 年 6 月 22 日前。制定实施方案，召开专题会议对窗口科室深入开展“微笑服务”活动进行部署动员。

（二）组织实施阶段：自 2015 年 6 月 22 日开始，按照边学习、边培训、边实施的原则，在所有窗口科室深入开展“微笑服务”活动。在活动开展过程中，认真查摆窗口工作人员在服务质量等方面存在的问题，查找与“微笑服务”要求存在的差距，进一步建立整改责任制度，完善相关制度、标准、规范和措施，推动活动深入开展。

（三）巩固提高阶段：2015年7月起。通过明查暗访等多种形式，对各窗口科室活动开展情况进行监督检查，提出意见和建议，通过开展“微笑服务标兵”“示范窗口、科室”等评选活动，着力建立“微笑服务”活动长效机制，努力塑造医院服务品牌。

六、活动要求

一是高度重视。各窗口科室要提高认识，统一思想，把“微笑服务”活动作为提升窗口形象和加强队伍建设的重要抓手，作为创建文明城市和文明行业的重要内容。科室负责人要亲自抓，做到职责明确、措施有力，确保活动取得明显成效。

二是加强督查。活动领导小组不定期对各窗口部门的活动开展进行监督、检查。采取暗访、随机抽查、查阅录像等形式，分别对各窗口科室进行检查和指导，考核结果与绩效挂钩。各窗口部门负责人每周至少5次按照质量考核标准进行巡查并记录，监督员工工作落实情况，发现问题，及时整改。

三是广泛宣传。要充分利用院报、网站、宣传橱窗等载体对科室开展“微笑服务”活动情况以及活动开展以来的出现的新变化、新面貌进行广泛宣传，推出一批先进典型。

四是全面提高。各窗口科室要在活动开展过程中，认真总结、完善和提升“微笑服务”内涵。并建立长效机制，将此项活动深入持续开展下去，塑造医院窗口服务品牌，切实为群众提供高效、便捷、满意的优质服务。

宣城市人民医院开展“微笑服务、温馨医院”活动工作实施方案

一、指导思想

坚持以病人为中心，规范医疗服务行为，优化医疗服务流程，加强医疗质量管理与控制体系建设，认真查找解决医疗服务中存在的突出问题，有效提升医疗服务质量和水平，把“微笑服务、温馨医院”活动作为强化医院管理和提升服务水平的重要抓手，作为深化医院文化建设的重要内容，全面提升医院服务质量，努力打造文明和谐的医院文化品牌，推动医院又好又快发展，更好地为人民群众服务。

二、总体目标

以加强医院全面管理、改善服务、提升水平、群众满意为目标，在医院所有科室开展“微笑服务、温馨医院”活动，把医院建设成服务好、质量好、医德好、群众满意的文明温馨的示范单位，逐步建立制度化、规范化的长效机制。

三、组织领导

为加强“微笑服务、温馨医院”活动的组织领导，成立医院“微笑服务、温馨医院”领导小组。

四、活动范围及内容

（一）活动范围：医院所有科室。

（二）活动内容：开展“一笑、二心、三提、四创”活动。一笑，即微笑服务；二心，即热心问候，精心服务；三提，提倡人性化服务，提高医疗质量和水平，提升医院形象；四创，即创微笑服务之星，创文明窗口，创文明科室，创温馨医院。

五、具体措施

（一）营造“微笑服务、温馨医院”活动的浓厚氛围

1、开展全员教育。医院要结合工作岗位特点，采取多种形式，开展“微笑服务、温馨医院”专题教育活动。同时，充分利用动员会、集中培训、宣传栏、印发“微笑服务”手册等方式，加强“微笑服务、温馨医院”活动宣传，做到尊重与关爱从微笑开始，让病人在微笑和关爱中体会医务人员的爱心，倡导微笑服务从“您好”开始，让“微笑服务、温馨医院”活动在医院所有工作人员中人人皆知，深入人心。（责任科室：活动办）

2、制作胸牌标识。医院要制作“微笑服务、温馨医院”胸牌标识，做到职工人手一个，在工作时间配带，以增强职工“微笑服务”意识。（责任科室：院办公室）

3、完善宣传标志。医院要在所有服务场所开展“微笑服务、温馨医院”宣传的行动，做到“三有”，即：有微笑服务标识、有温馨提示语、有开展“微笑服务、温馨医院”活动宣传标语。（责任科室：院办公室）

（二）改善服务态度，优化服务流程，不断提升服务水平

1、改善服务态度，倡导人性化服务，提升患者看病就医体验。

坚持“以病人为中心”的服务理念，大力倡导人性化服务，把用心、温馨的优质服务贯穿于医疗服务的全过程。医务人员着装整洁，普及文明用语和服务礼仪，对患者做到态度热情、有问必答、温馨服务，杜绝服务忌语和服务态度“生、冷、硬、顶、推”现象。行政、后勤等部门要从满足临床一线服务出发，以一切服务临床、一切服务患者为落脚点，不断转变工作作风，努力提高工作效率，主动热情为临床一线做好服务协调工作。日常工作中要求做到服务零推诿、质量零差错、流程零障碍、患者零投诉。（责任科室：各科室）

2、美化服务环境，优化服务流程，方便患者就诊

(1)医院要对所有服务场所开展一次环境卫生的整治和美化活动，切实消除卫生死角。开展即时保洁服务，保持服务场所卫生整洁；清理更换破旧设施、宣传物品，保持环境的优美亮丽。要求科室物品陈列整齐有序，窗口地面、墙面、柜台面整洁干净，门窗玻璃明亮，服务标识布置合理、醒目美观。（责任科室:后勤保障部）

(2)完善“一站式服务中心”，为病人提供健康咨询、预约、轮椅、推车、测血压、电话、饮用水等便民服务。在门诊大厅增加流动导诊人员，主动为患者提供靠前服务。增设自助挂号、查询、缴费、打印设备终端，为患者提供多种方式的快捷服务。（责任科室:门诊部、信息科）

(3)深入开展门诊一卡通服务工作。门诊一卡通具有存储就诊信息、减少患者排队次数，规范诊疗行为等多种优点。我院在全市率先实施门诊“一卡通”工作两个月来，有效的优化了就诊服务流程,明显减少患者反复排队等候时间、提高了门诊服务工作效率、切实方便了患者就诊。医院下一步将启动银医卡及门诊一卡通与社会保障卡对接工作，借助完善的银行系统和社会保障系统更好为患者提供方便、快捷、高效的多层次就诊服务。（责任科室:门诊部、信息科）

(4)继续做好“节假日专家、专病（科）门诊”工作。我院节假日专家、专病（科）门诊，是在所有节假日期间,门诊及医技科室出诊人员均为科室主任或具有高级职称人员担任,而就诊挂号费用只按普通挂号费用收取，是我院推出的便民、惠民、利民的重要举措。实施三年来，不仅满足了节假日期间患者就诊服务需求，还有效的保障了节假日期间患者的医疗安全,受到社会的普遍赞誉。为更好的满足多层次节假日医疗需求，医院下一步将逐步推行节假日内窥镜检查、血液透析及健康体检工作。（责任科室:门诊部）

(5)制定窗口部门服务规范，不断规范挂号、收费、药房、诊区、检查科室等门诊窗口服务流程，缩短病人候诊时间。畅通绿色通道，加强急诊科建设，不断优化急诊流程，确保急诊救治便捷及时。着力解决内科、妇产科、儿科诊区布局优化调整工作。（责任科室:医务部、门诊部）

(6)改善出入院、转诊与转科服务流程，做好出入院患者的指示、引导与指导工作，为患者提供个性化服务与帮助。重点做好患者院内运送安全陪护工作及探索患者出院手续床边结算服务工作。（责任科室:医务部、护理部、医保科、各临床科室）

(7)实行公开透明服务，保障患者看病就医知情权。加强医院信息化建设，努力提供全方位的医疗信息查询服务，方便患者就医选择。严格执行国家有关医疗服务和药品（耗材）

价格政策，努力做到医疗服务项目及收费标准信息公开透明，严格执行费用清单制和费用查询制，努力提高收费公开透明度，使患者看病就医明白消费。（责任科室：财务部、信息科）

(8)推行人性化服务承诺措施。坚持首诊负责制，不推诿病人，让病人在就诊过程中，遇问有人答，遇事有人帮；各科室和部门根据自身特点，结合活动精神采取有效措施，切实改善和提升患者就医体验，努力为患者提供便捷舒适的温馨服务。要求各科室和部门在 2014 年 1 月底前承诺推行至少 5 项人性化便民服务措施并付诸实施，推行实施情况纳入年度文明窗口、科室评选考核中。（责任科室：各科室）

(9)扎实开展志愿者服务工作。我院“红马甲”志愿者是呈现在医院门诊窗口的一道亮丽风景，在引导、帮助患者就诊、维持就诊秩序、展示医院形象等方面发挥了重要的作用。医院将进一步加强志愿者服务工作，完善医院“志愿者医院服务”体系，强化志愿者培训工作，探索“志愿者医院服务”的长效机制，推动志愿医院服务深入发展，使不少于 70% 的医院职工都成为医院服务志愿者，积极营造尊重患者、尊重医务人员的良好氛围，努力构建和谐医患关系，促进医院持续健康发展。（责任科室：院团委）

（三）强化质量管理，规范诊疗行为，持续改进医疗质量

1、认真抓好医疗质量和医疗安全各项制度落实，增强医疗质量和安全意识。深化“百日医疗质量提升”活动成果，严格执行各项诊疗、护理技术规范和常规，继续抓好患者病情评估、三级医师查房、早中晚三查房、围手术期管理、会诊等制度落实及重点时间、人员、环节管理工作；积极运用信息化的手段进行医疗质量监控，每月及时发布各项医疗指标信息，及时发现和解决好医疗质量、医疗安全的重点问题和薄弱环节，逐步建立医疗质量持续改进长效机制，提高医疗质量控制的有效性。（责任科室：医务部、医患办、质管科、各临床医技科室）

2、深入开展优质护理服务。牢固树立以病人为中心护理理念，强化基础护理，全面落实护理责任制，深化护理专业内涵，深入开展品管圈活动，持续提升护理服务水平，用优质护理的质量来提升患者与社会的满意度。（责任科室：护理部、各临床医技科室）

3、严格规范诊疗服务行为，推进合理检查、合理用药、合理治疗工作。采取有力措施，认真落实各项诊疗规范和抗菌药物临床应用指导原则，加强对药品使用的管理和监督，严格规范医生处方行为，促进合理检查、合理用药、合理治疗。（责任科室：医务部、门诊部、质管科、药学部、各临床科室）

4、加强医疗技术和设备临床应用及外院专家会诊管理工作，切实保障医疗安全和患者权益。医院在开展新技术、新项目时，必须进一步规范新技术新项目的申报和审批流程，完善新技术新项目的临床应用管理。患者病情需要请外院专家会诊时，必须经过科室病情讨论后经科主任签字同意后上报医务部备案，由医务部对专家所在医院发出邀请函。外院专家在进行手术之前必须详细询问病史，亲自对患者进行查体，并与患者家属谈话。规范管理措施，提高手术质量，保障好患者权益。（责任科室: 医务部、各临床科室）

5、大力推行临床路径，促进医疗质量科学管理。积极稳妥地推进临床路径管理，进一步规范医疗文书，提高病历书写的内涵质量，通过病历书写的培训、检查、评比、展示等形式进行交流，提高病历书写的内涵质量。（责任科室: 医务部、质管科、各临床科室）

6、积极开展“青年医师”论坛工作。结合常见病及多发病诊治、疑难病例的讨论，提供年轻医师的展示平台，提高年轻医师的学习兴趣；加大培训和教育力度，对年轻医务人员强化“三基”的业务培养，扎实开展医学继续教育工作，营造全院认真学习的良好氛围，拓宽医务人员知识面，提高诊治水平。（责任科室: 医务部、护理部、人力资源部）

（四）加强医患沟通，增进医患感情

1、开设医患沟通培训课堂，编制医患沟通手册，增强一线医生的沟通交流技巧。医务人员要充分考虑患者的就诊感受，将微笑服务融入日常诊疗活动中，如：查房时多一个微笑、病人痛苦时多一份关切、病人等待时多一眼关注。（责任科室: 医患办、各临床医技科室）

2、充分尊重患者的权益，严格落实知情同意告知及医患沟通制度。（责任科室: 各临床医技科室）

3、建立医患沟通评价制度，推动医患关系持续改进。建立医患沟通评价制度，将医患沟通作为病程记录中常规项目，纳入医院医疗质量考核内容，对医患沟通效果定期进行评价，对不合理的医患沟通形式应及时干预，对因沟通不及时、制度落实不到位造成严重后果的，要对责任科室和责任人进行追究。（责任科室: 医患办、各临床医技科室）

（五）加强医德医风教育，大力弘扬高尚医德

1、继续加大医德医风教育力度。坚持以正面教育为主，培养和树立一批先进典型，深入开展“道德讲堂”工作，加大对医德高尚、医术精湛、敬业奉献先进典型的宣传表彰力度，营造敬业爱岗的良好氛围，培育具有鲜明医院文化特色的医德风尚。（责任科室: 院办公室）

2、加强制度建设，健全医德考评规范。加大执业纪律制度建设力度，继续抓好医德考评制度的落实，真正建立起对医务人员有效的激励机制和约束机制。（责任科室: 院办公室）

（六）建立服务评价新机制，深入开展行风评议活动，积极主动接受社会监督

1、建立院内服务评价机制，成立客服中心，开展满意度调查工作。调查内容包括：一是加强对门诊及住院部医务人员满意度测评；二是加强对窗口单位人员服务满意度测评；三是加强对行政后勤人员的满意度测评；四是加强对外包项目工作人员的满意度测评。测评结果纳入综合目标考核工作。（责任科室：客服中心）

2、加强院外行风监督，认真开展民主评议行风工作，更好地发挥行风监督员作用，及时解决群众反映的突出问题。加强与人大代表、政协委员、新闻媒体的沟通，坚持开门评议、公开纳谏，把存在的问题摸清、找准。坚持以评促纠、注重整改，把解决问题做为根本目的。（责任科室：院办公室）

（七）开展服务竞赛活动，完善考核机制

医院要根据“一笑、二心、三提、四创”活动内容，制定工作人员文明用语和服务忌语手册，制定窗口部门和科室人性化服务规范和监督措施。在窗口部门及各科室设置“微笑服务之星”公示栏，通过开展“月度、季度、年度微笑服务之星”“年度文明窗口、科室”等评选活动，实行动态管理，将考评结果同年度考核、评先评优等挂钩，形成“微笑服务、温馨医院”活动的长效机制，并不断坚持完善。（责任科室：活动办）

六、实施步骤安排

分为动员部署、学习培训、组织实施、完善提高、长期坚持五个步骤：

一是动员部署（自现在起至12月20日）。医院认真研究，制定工作方案，对开展“微笑服务、温馨医院”活动进行动员部署。各部门、各科室要采取各种形式充分宣传活动的目的和意义，营造活动氛围，引导全院职工共同参与。

二是学习培训（2013年12月20日至2014年1月前）。医院围绕“微笑服务、温馨医院”的要求，采取“走出去、请进来”等方式，首先对窗口工作人员进行全员培训。

三是组织实施（2014年1月至3月）。医院按照边学习、边培训、边实施的原则，营造声势，形成合力，组织实施“微笑服务、温馨医院”活动。在活动开展过程中，要注意加强检查，及时总结，尤其要查摆在服务质量等方面存在的突出问题，查找与“微笑服务、温馨医院”的要求存在的差距，建立健全相关制度、标准、规范和措施，推动活动深入开展。各科室成立活动实施小组，该小组成员应包括科主任（含正副职）、护士长（含正副职）、住院总医师（科秘书）、质控医生、质控护士等。其主要职责是：通过现场调查、收集与梳理等方式，发现科室服务中存在的问题，并进行深入分析与讨论，提出可行的解决措施或

方案，并认真组织实施，重点是患者热点关注或科室内部急需改善的服务流程工作。

四是完善提高（2014年4月）。医院要认真总结活动开展情况，对提升“微笑服务、温馨医院”活动提出意见和建议。

五是长期坚持（2014年4月后）。建立“微笑服务、温馨医院”长效机制，把这项活动转入常态化长期坚持开展下去。

七、工作要求

一是高度重视，加强领导。各科室要充分认识开展“微笑服务、温馨医院”活动的重要意义。科室主任、护士长要负总责、亲自抓，精心组织，周密部署，做到制度、人员、管理到位。要分工明确、责任到人、密切配合，确保活动各项要求落到实处。开展“微笑服务、温馨医院”活动，对于医院进一步转变服务理念，不断转变管理机制和服务模式，提升医院形象具有重要意义。

二是精心组织，注重实效。各科室要结合各自实际，认真学习工作方案，精心策划活动方式，并积极组织实施。要准确理解活动内涵，做到规定动作不走样，同时结合各自科室特点，创新形式，确保活动取得实效。

三是加强宣传，形成氛围。要充分利用医院网站、院报等方式，宣传本科室开展“微笑服务、温馨医院”活动情况，反映活动开展以来给医疗服务带来的新气象和新变化，让社会各界了解、知晓活动开展情况，亲身感受到活动带来的成效，营造良好的舆论氛围。

四是强化监督，狠抓落实。医院要加强对各科室开展活动的指导和督查。将采取明查与暗访相结合、定期与不定期抽查相结合的形式，组织监督检查，及时发现问题，限时整改，狠抓落实，推动活动深入开展。对执行落实工作不认真、消极应付的，一经发现，要严肃追究科室负责人和当事人的责任，对因服务态度差等给医院造成负面影响和不良后果的人和事坚决予以严肃处理。

节假日专家、专病（科）门诊管理办法（修订）

为进一步完善和加强节假日专家、专病（科）门诊管理，经医院研究，决定制订2015年节假日专家、专病（科）门诊管理办法，具体规定如下：

一、节假日专家、专病（科）门诊时间范畴

本办法中所指节假日包括所有星期六下午、星期天和法定节假日。“节假日专家、专病（科）门诊”是指门诊各科室除了农历正月初一至初三可仍按规定临时安排人员值班外，其他时间均应按本办法实施。

二、节假日专家、专病（科）门诊出诊范围

1、节假日专家、专病（科）门诊出诊学科包括节假日时间各临床专科开设的门诊以及麻醉科、重症医学科、急诊科及各医技科室安排各类特需诊疗。

2、参加人员：原则上为科室正副主任及副高职称以上的专业技术人员，特殊情况由医院研究决定。节假日专家、专病（科）门诊科室及出诊人员安排详见附表。

3、参加节假日专家、专病（科）门诊的人员必须按要求完成普通门诊出诊工作，出诊人员和时间由门诊部统一排班，不得擅自改动。

出诊人员应坚持在岗在位。出诊人员应在科室所在门诊诊室或窗口出诊，无门诊诊室或窗口的应参加科室一线工作。

4、作息时间同正常上班时间。

三、相关情况说明

1、补助、调休问题

①实施定额补助：专家门诊出诊人员正高每人每天 350 元、副高每人每天 300 元；专病（科）门诊每人每天 200 元；

②节假日专家、专病（科）门诊按照实际出诊情况开设专家门诊或普通门诊。按门诊实际工作量给予相应奖励，具体标准另行规定。

③原则上各科室每次节假日专家、专病（科）门诊只允许一人享受定额补助，门诊量大的科室应增设普通门诊，特殊情况由医院研究决定。

④节假日专家、专病（科）出诊人员不得中途调休、补休。人力资源部、门诊部应加强对出诊人员日常考勤管理，违反规定的不能享受节假日门诊的定额补助。

2、考勤与奖惩：

①节假日专家、专病（科）门诊由门诊部负责考勤，考勤结果每月报财务部。

②科室有 2 人及以上人员符合节假日专家、专病（科）门诊出诊要求的，出勤率应达 100%；科室仅有 1 人符合节假日专家、专病（科）门诊出诊要求的，出勤率应为 50%，其余时间应安排普通门诊，超出时间不再享受定额补助。

③考核结果与定额补助直接挂钩，未按岗位规定出勤的视为缺勤，下级医师替代的视为缺勤，年度无故缺勤一次扣 200 元，两次扣 500 元，三次取消门诊资格；迟到、早退、脱岗的按医院《奖惩办法》规定执行；门诊无故停诊的扣罚责任人 500 元，造成后果的按有关规定另行处理。

四、相关要求

1、出诊医师必须遵守各类医疗核心制度和医院各项管理规定，确保医疗质量和医疗安全。

2、为保证专家门诊质量，采取限额挂号，专家门诊不得由他人替代。

3、门诊必须按时开诊，如有特殊情况停诊，需履行书面请假手续，填写请假单，事假需说明理由，病假需附疾病诊断证明书，由分管院长批准后提前一天报门诊部。

4、门诊开诊时间：上午 8 时至 11 时 30 分，下午为 14 时至 17 时。

5、门诊医师需熟悉全程优化服务的要求，严格遵守首诊负责制，不推诿病人，如病人不属本科就诊范围，应在病历上记录病情，并建议下一就诊科室，如有疑难病例，报门诊部组织多学科会诊。

6、出诊医师应保证准时上岗。要求仪表端正，佩戴胸牌，文明用语，规范服务；不得无故迟到、早退、脱岗；不得在诊室内吸烟、会客等。

五、本办法自 2015 年 1 月 1 日起执行，原《节假日专家、专病（科）门诊”管理办法》同时废止。

八、院感管理制度

消毒隔离制度（修订）

1、认真贯彻执行《医院感染管理办法》、《医疗机构消毒技术规范》（2012 版）与《医院隔离技术规范》中消毒、灭菌与隔离的规定。

2、成立消毒管理组织机构：分管院领导任组长，护理部主任任副组长，院感科、医务部、医学工程部、后勤保障部负责人及各临床科室主任、护士长为成员。负责消毒管理的

组织领导，确保医院各项消毒工作规范开展，保证消毒灭菌效果。

3、医疗机构使用的诊疗器械、器具与物品应符合以下要求：凡进入人体组织、器官、腔隙或接触人体破损皮肤、破损粘膜、组织的诊疗器械、器具与物品必须灭菌；接触完整皮肤、完整粘膜的诊疗器械、器具与物品必须消毒。

4、重复使用的诊疗器械、器具与物品，使用后应先行清洁，再进行消毒灭菌；其中特殊感染病人（如气性坏疽等）及突发不明原因的传染病病人病原体污染的诊疗器械、器具与物品应按规范要求处理。

5、消毒灭菌方法的选择：

①根据物品污染后导致感染的风险高低选择：高度危险性物品，应采用灭菌方法处理；中度危险性物品，应达到中水平消毒以上效果的消毒方法；低度危险性物品，应采用低水平消毒方法，或做清洁处理。

②根据物品上污染微生物的种类、数量选择：对受到致病菌芽孢、真菌孢子、分子杆菌和经血传播病原体污染的物品，应采用高水平消毒或灭菌；对受到真菌、亲水病毒、螺旋体、支原体、衣原体等病原微生物污染的物品应采用中水平以上的消毒方法；对受到一般细菌和亲脂病毒等污染的物品，应采用达到中水平或低水平的消毒方法；杀灭被有机物保护的微生物时，应加大消毒剂的使用剂量或延长消毒时间。

③根据消毒物品的性质选择：耐热、耐湿的诊疗器械、器具与物品，应首选压力蒸汽灭菌；不耐热、耐湿的物品，宜采用环氧乙烷与过氧化氢低温等离子灭菌；物体表面消毒，应考虑表面性质，光滑表面选择含氯等消毒剂擦拭或紫外线灯近距离照射。

④采用化学消毒剂灭菌或消毒，可根据不同情况分别选择高效、中效、低效消毒剂。使用前必须了解消毒剂的性能、作用、使用方法、影响灭菌或消毒效果的因素等，配制时注意有效浓度，按规定定期进行生物和化学监测。更换灭菌剂时，必须对浸泡灭菌物品的容器进行灭菌处理。

6、工作人员从事诊疗器械、器具与物品的清洁、消毒、灭菌，根据不同的消毒灭菌方法，采取适宜的职业防护措施：热力消毒灭菌，操作人员接触高温物品和设备时应使用防烫的棉手套，排除压力蒸汽灭菌器蒸汽泄漏故障时应进行防护，防止皮肤的灼烧；紫外线消毒，避免对人体的直接照射，必要时戴防护镜和穿防护服；化学消毒、灭菌，预防有害有毒气体对人体的危害，使用环境需通风良好，环氧乙烷灭菌防止发生燃烧与爆炸，定期监测空气中环氧乙烷浓度，达到规定的要求；液体化学消毒灭菌，防止过敏及对皮肤、粘

膜的损伤。

7、抽出的药液、开启的静脉输入用无菌液体须注明时间，超过 2h 后不得使用；启封抽吸的各种溶媒超过 24h 不得使用。

8、碘酒、酒精应密闭保存，每周更换 2 次，容器每周灭菌 2 次。

9、治疗车上物品应摆放有序，上层为清洁区，下层为污染区；进入病室的治疗车、换药车配备快速手消毒剂。

10、一次性使用医疗用品严禁重复使用，重复使用的医疗器械，必须由消毒供应中心进行清洗、消毒与灭菌。

11、医务人员应严格遵循无菌技术操作的基本原则，熟练掌握无菌持物钳、无菌容器、无菌包的使用和戴无菌手套等基本操作技能，并保证无菌技术的效果。无菌物品每天检查一次，灭菌物品（棉球、纱布等）使用小包装。用过的物品与未用的物品严格分开，严禁使用过期无菌物品。

12、门诊、病房各室定期通风换气，地面湿式清扫，遇污染时及时消毒。床头桌、椅每日擦拭，保持清洁。抹布、拖把分区使用，用后消毒、洗净晾干。

13、病人衣服、床单、被套、枕套每周至少更换一次，如有特殊情况及时更换。脏被服放入污物车内，不得在病房走道清点。实行一人一套一湿扫，一桌一抹布，用后清洗消毒处理。

14、病人出院、转科或死亡后必须做好床单位或病房终末消毒。

15、医院在实施标准预防的基础上，根据不同情况，对感染病人采取相应隔离措施。

①严格传染病人与普通病人分开放置。

②感染病人与非感染病人分区/室安置。

③感染病人与高度易感病人分别安置。

④同种病原体感染病人可同住一室。

⑤可疑感染病人必须单间隔离。

⑥根据疾病种类、病人病情、传染病病期分别安置病人。

⑦成人与婴幼儿感染病人分别放置。

⑧接触隔离使用 **蓝色隔离** 标记。

⑨空气隔离使用 **黄色隔离** 标记。

⑩飞沫隔离使用**粉色隔离**标记。

宣城市人民医院加强院感重点部门 多部门协作管理制度

医院感染重点部门是指易产生医院感染隐患和发生医院感染的科室，是医院感染的高发区。包括手术部、ICU、血液透析室、消毒供应中心、新生儿病房、导管室、产房、胃肠镜室、口腔科等。重点部门医院感染管理的工作质量，直接影响医疗护理质量和病人的安危，是医院感染管理工作的重中之重。为加强职能科室在院感重点部门管理工作时的统筹运作和协调联动，特制定加强院感重点部门多部门协作管理及联席会议制度，具体内容如下：

1、医院成立加强院感重点部门管理的多部门协作小组，分管院长为组长，成员为院感科、医务部、护理部、后勤保障部、医学工程部及各重点部门主任、护士长。

2、各部门在院感重点部门管理中职责如下：

（1）医务部，督促医师认真执行院感核心制度；检查落实医师严格执行无菌技术操作规程，合理治疗、合理使用抗菌药物，执行一次性使用无菌用品的管理制度；认真落实手卫生规范；检查医师院感知识掌握情况。

（2）护理部，督促护理人员认真执行院感核心制度；检查落实护士严格执行无菌技术操作规程；加强消毒灭菌与隔离、一次性使用无菌医疗用品的管理、正确处置医疗废物以及职业防护；认真落实手卫生规范；检查护士院感知识掌握情况。

（3）后勤保障部，负责后勤物资的供给；保障手卫生设施功能正常；加强对各重点部门物业考核与管理，保障各重点部门环境卫生学合格，减少交叉感染；加强空调系统管理，保障运行安全；加强医疗废物管理，按时收集、交接转运。

（4）医学工程部，负责对各重点部门使用的消毒器械定期进行维护、保养，保证功能正常，确保消毒灭菌效果；定期对消毒器械证件进行审核；定期对洁净手术室室外机组、血液净化科水处理设备等进行维护管理，保证功能正常。

（5）院感科，负责组织落实本制度，并对各部门管理工作进行验证；督促医务人员认真落实各项医院感染防控措施，确保安全。

3、院感科、医务部、护理部、后勤保障部、医学工程部根据本部门职责范围每月对各院感重点部门进行督察考核，发现问题，现场反馈，立即整改，避免医院感染不良事件发生。

4、分管院长带队每月组织一次以上职能科室主任对院感重点部门进行巡查，并召开现场办公会议。每季度召开一次加强院感重点部门管理的多部门协作联席会，对各部门管理情况进行总结分析。

5、通过多科室的共同协作，切实加强院感重点部门质量控制，认真落实医院感染各项防控措施，保证安全。本制度自下发之日开始执行。

九、招标采购管理制度

医院招标采购管理规定

为加强我院药品、医用耗材、医疗设备、后勤物资、信息设备和耗材、基建项目、维修工程等项目的招标采购管理，规范购销行为，确保购进物品或实施项目质量上乘、价格合理、服务优良、监督到位。根据《中华人民共和国招标投标法》、《关于医疗机构药品集中采购招标采购工作规范（试行）》等有关法规和文件规定，结合我院实际制定本规定。

（一）组织管理

成立院招标采购领导组，人员由院领导及相关科室负责人组成，日常工作由招标采购中心负责，主要负责医院招标采购工作的组织、实施和管理。

成立医院招标采购成员库，由监察室、审计科、财务科、招标采购中心、医学工程部、后勤保障部、信息科、基建科、医务部、护理部、保卫科、院感科等职能部门负责人或工作人员，及业务科室主任、护士长/相关使用人员组成。

（二）招标采购范围及工作程序

凡利用医院资金采购的药品、医用耗材、医疗设备、后勤物资、信息设备和耗材、基建项目、维修工程等项目均纳入招标采购范围。各项具体工作程序如下：

一、药品类

因药品已由安徽省招标采购中心统一实施了集中招标，医院无需再行招标，以下仅为

药品的采购程序。

1. 常规采购：由招标采购中心根据临床需求定期（每周 2 次）拟定采购计划，报供货公司采购。

2. 临时采购：申购科室填写《药品临时申购单》交药学部审核，分管院领导审批同意后，交招标采购中心实施采购（5 个工作日内）。特殊或紧急情况下使用的，经院领导批准后立即执行。

3. 新药采购：申购科室填写《新药申购单》，连同相关资质、品种信息等材料交药学部，药学部初审整理后交医院药事管理与药物治疗学委员会审议。药学部将会议确定购进的新药品种目录及信息（新药品种、规格、剂型、生产企业等相关资料）报招标采购中心，由招标采购中心在 15 个工作日内实施采购。

二、医用耗材类

1. 常规采购：由招标采购中心根据临床需求定期（每周 2 次）拟定采购计划，报供货公司采购。

2. 临时用医用耗材的招标采购：

（1）单品种年用量大于 5000 元的耗材 申请科室填写申请单，交医学工程部审核，经分管院领导审批，院长办公会通过，由招标采购中心组织公开招标采购（3 个工作日内）。

（2）单品种年用量低于 5000 元的耗材 申请科室填写申请单，交医学工程部审核，经分管院领导审批后，由招标采购中心采取询价比价等方式招标采购（3 个工作日内）。

特殊或紧急情况下医用耗材的临时购用，经院领导批准后立即执行。

3. 新引进医用耗材的招标采购

申请科室填写《新引进耗材申购单》，连同相关资质、品种信息等材料交招标采购中心。招标采购中心汇总后，定期交医用耗材评议小组（抽取招标采购领导组及招标采购成员库人员组成）审议。对审议通过的品种，由招标采购中心在 10 个工作日内实施招标采购。

4. 高值耗材的招标采购 根据“皖医改【2014】1 号”及“药采【2014】57 号”文件要求，自 2014 年 10 月 29 日起，安徽省逐步推行高值耗材网上集中招标采购。医院无需再对高值耗材自行招标，采购高值耗材的品种、规格、价格等必须符合省集中招标平台的要求。

三、医疗设备类

1. 年度计划内招标采购：年初各临床、医技等科室根据业务发展需要提出本年度医学

装备采购计划（万元以上附可行性报告），交医学工程部初审整理，汇总后由医学装备管理委员会审议。医学工程部对会议确定购进的医学装备按科室需求编排招标采购计划，分批次报送招标采购中心，由招标采购中心组织公开招标采购。

2. 因诊疗需求临时的招标采购：

（1）单台金额大于 5000 元以上的医疗设备 申请科室填写申请单（万元以上附可行性报告），交医学工程部审核，经分管院领导审批，院长办公会通过，由招标采购中心组织公开招标采购（3 个工作日内）。五十万元以上设备，由招标采购中心整理后，按宣医改组 2014[1]号文件执行。

（2）单台金额小于 5000 元以上的医疗设备 申请科室填写申请单，交医学工程部审核，经分管院领导审批后，由招标采购中心采取询价比价等方式进行招标采购（3 个工作日内）。

四、后勤物资类

1. 常规采购：由招标采购中心根据临床需求定期拟定采购计划，报供货公司采购。

2. 临时需要物资的招标采购：

（1）单品种年用量大于 5000 元的后勤物资 申请科室填写申请单，交后勤保障部审核，经分管院领导审批，院长办公会通过，由招标采购中心组织公开招标采购（3 个工作日内）。

（2）单品种年用量低于 5000 元的后勤物资 申请科室填写申请单，交后勤保障部审核，经分管院领导审批后，由招标采购中心采取询价比价等方式进行招标采购（3 个工作日内）。

五、基建项目及维修工程类

使用自筹资金或集资资金，单项工程总造价大于五十万元者，由医院招标采购中心整理后报市招标中心公开招标；工程总造价小于五十万元者，经院长办公会通过，由医院招标采购中心组织招标。

六、信息设备及耗材类

信息类设备及耗材原则上实行零库存管理，一般应遵循近期招标的品种目录及价格。对不在招标目录内的信息耗材应进行统计，较为常用的可由招标采购中心根据需要定期进行招标议价。对不在招标范围内的设备及配件，由使用科室申请，报信息科审核，院领导审批后，交招标采购中心进行招标采购（3 个工作日内）。

七、其它项目

对于不在上述情形内的招标采购或因各种原因无法实施的招标项目，可经招标采购领导小组或院长办公会讨论后，由招标采购中心会同各归口管理部门办理。

（三）招标方式

公开招标、邀请招标、竞争性谈判、单一来源采购、询价比价、其他方式。招标方式根据具体招标项目而定，不得违反国家相关规定。

（四）招标流程

一、凡被批准立项的招标项目，归口管理部门将项目申请、可行性论证报告、技术参数、图纸或方案等报送招标采购中心组织实施。特殊情况下急需招标项目，应立即安排招标或竞争性谈判价、询价议价。

二、招标采购中心发布招标公告或邀请招标，并负责编制招标文件。

三、审核投标企业的资质及其产品的合法性，查看证照是否齐全、真实，为符合投标准入条件的企业办理登记手续确定合格投标人。

四、向符合条件的投标人发售招标文件等资料，发售招标文件可收取工本费。

五、根据招标项目的需要选择公开招标、邀请招标、竞争性谈判或询价议价等模式。

六、招标采购中心负责组织开标评标工作，开标前从医院招标采购成员库中选择一定数量的评标人员（一般为单数）组成评标小组。评标小组人员名单需由招标采购领导小组批准，在开标评标前保密。院纪委、监察室进行现场监督。

七、评标小组应客观公正地履行职责，遵守职业道德，对所提出的评审意见承担个人责任。与投标人有关系的招标及评标人员应主动回避。

八、开标应当按照招标文件规定的时间、地点和程序以公开方式进行。开标时当众验明所有投标文件的密封保存情况。评标小组根据招标文件的标准和要求，以方案可行性、质量可靠性、技术先进性、报价合理性和售后服务可靠性为依据进行综合评定，通过评分、投票或评议的方式对候选投标人进行审议。

九、评标结果应报招标采购领导小组或院长办公会。特殊情况下不能定标的，评标小组应初步筛选后，将相关材料及初评结果报招标采购领导小组或院长办公会讨论，以最终确定中标人。

十、根据招标及询价结果，招标采购中心组织相关人员组成谈判小组，与拟中标单位就价格、性能、服务等方面进行二次谈判。

十一、确定中标人后发布中标公示，并向中标人签发中标通知书。

十二、根据中标结果，招标采购中心、审计科及归口管理部门共同与中标单位签订销售合同。

十三、合同签订后，中标人应在规定的时限内组织供货，供货后由招标采购中心联合归口管理部门进行验收、入库、建档。

十四、审计科对招标采购进行全程监督。

十五、招标采购中心将招标文件、开标评标会议记录、评分表、投标书等有关资料编制归档，形成招标档案备查。

本规定适用于院内招标采购，自发布之日起施行，之前与此文不相符者以此规定为准。

招标采购中心工作制度

在医院领导下，贯彻执行《中华人民共和国招标投标法》、《医疗器械监督管理条例》、《中华人民共和国药品管理法》等法律法规，廉洁奉公，忠于职守，认真履行好各项岗位职责。具体工作制度如下：

一、招标工作

1、遵守招标纪律和职业道德，廉洁自律，坚守“公开、公平、公正和诚实守信”的招标原则。

2、招标方式为公开招标、邀请招标、竞争性谈判、询价比价等；招标范围为：医用耗材、医疗设备、后勤物资、信息设备和耗材、基建项目、维修工程等项目。药品及高值耗材招标参照省集中招标采购有关规定执行。

3、发布招标信息；负责投标人资质审核；编制、发放招标文件；组织开标、议标、评标等工作。

4、可根据询价信息及评标、议标结果，组织相关人员进行二次谈判。

5、招标结果报招标采购领导小组或院长办公会，并及时发布中标公示和中标通知书。

6、收集各科室使用招标产品的反馈信息，以便更好地为临床服务。

7、组织与中标人拟定、签订合同，建立和保存招标档案。

二、采购工作

1、强化服务意识，积极做好药品、医用耗材、物资等物品的采购、保管和供应工作，确保医院诊疗所需。

2、合理编排药品、医用耗材、物资等物品的常规采购计划，增加库存周转率和资金运行效率，在保证供应的前提下优化库存管理模式。

3、认真做好供货单位及所采购物品的索证工作，验明相关证件及有效证明文件，保证所采购物品渠道合法，质量合格。

4、严格出入库管理，执行进货检查验收制度，并做好相关登记、存档等工作。

5、加强医疗用毒性药品、麻醉药品、精神药品、高值耗材的采购、验收、保管、供应、登记等工作。

6、定期做好各库房的物品盘点工作，保证账物相符。

药品库房管理制度

一、严格遵守医院各项规章制度，坚守工作岗位，不迟到早退，有事须请假，工作时衣冠整洁，佩戴胸卡。

二、严格执行《药品管理法》等法律法规，加强对麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、贵重药品、近效期药品的管理，不断提高业务水平和药品经济管理水平。

三、药品出入库要严格执行进货检查验收制度，会同采购人员，将入库药品发票与实物逐项核对，认真填写入库验收记录。药品入库验收记录应包括：药品名称、规格、剂型、生产厂家、批号、效期、数量、供货单位及发票号等。

四、对于进口药品的验收，要求供货方提供符合规定的《进口药品注册证》或《医药产品注册证》复印件，以及进口口岸药品检验报告书，并加盖供货单位公章。生物制品须提供批签发合格证明文件。

五、严格执行《药品储存养护管理制度》，药品按剂型、药理作用分类保管。每日检查库内温度、湿度、通风、避光等贮存条件，防止药品受潮、霉变、虫蛀、鼠咬等。需低温保存的药品，应置于冷藏柜内。

六、加强药品有效期管理，建立近效期药品登记本，并设立近效期药品标识。对效期在 6 个月以内的药品登记在标识牌上或张贴醒目的近效期标识，对效期在 3 个月以内的药品，准备作退换处理，同时加强与各药房的沟通协调。

七、库房工作人员凭药品出库单发出药品，发药时应执行发药、核对等工作程序，防止少发、多发等情况发生。出库时严格执行“先进先出、近期先出”的原则。

八、加强麻醉药品、精神药品等特殊管理药品的管理，及时清点，保证账物相符，并做好相应记录。麻醉药品、第一类精神药品实行三级管理、“五专”管理和批号管理。

九、药库药品必须做到出入有据，各种收发凭证、票据、记录均应按月分类保存备查。定期清查盘点，核对帐目，达到帐物相符。

十、至少每半年盘点一次，保证在库药品数目的准确性。药库不得配发处方，不得对外代收、代购、转让药品。

十一、药库要求室内干燥通风，门窗牢固，有防火、防盗设备，并经常检查。工作区内禁止吸烟，其他人员未经批准不得擅自进出药库。

药品采购管理制度

一、招采中心负责全院的药品采购工作，其它科室和个人不得自购、自制、自销药品。必须严格执行有关法律法规，认真做好安徽省药品网上集中招标采购相关工作。

二、采购药品应以证件齐全、经医院考察合格并签订合作协议的药品经营企业为主渠道，严禁从个人手中或非法的经营单位采购药品。招采中心需将供货单位的证照复印件等资料存档备查。

三、药品采购计划应以临床用药需求和医院基本用药目录为依据，由药品采购员、药库管理人员共同拟定，经审核批准后执行；新药及临时申购药品的购进应符合《药品引进遴选制度》的规定；首次采购品种购进应按照《首次采购品种审核制度》执行。

四、药品有出入库前必须进行验收检查，包括药品的品名、规格、数量、生产日期、批准文号、生产厂家等，并签名以示负责。

五、购进进口药品时，必须索取加盖供货单位公章的《进口药品注册证》或《医药产品注册证》、《进口药品检验报告书》；购进生物制品应索取加盖供货单位公章的《生物制品批签发合格证明》。采购特殊管理药品必须严格执行有关管理规定。

六、根据安徽省集中招标采购价格及物价局相关价格规定，采购人员应协同药品会计加强对药品价格的审核、维护、调整。

七、药品采购人员必须具备良好的专业技术基础和思想政治素质，坚决抵制药品购销领域商业贿赂等不正之风。

八、定期核查供货公司营业执照、经营许可证、GSP证书、业务员授权书等证件证书的有效

期，对将过期的要提前汇报。

九、强化药品采购工作的制约机制，严格管理。招采中心定期向分管领导汇报采购药品的品种、渠道、金额等情况，接受药事管理与治疗学委员会的监督和指导。

药品入库验收管理制度

一、以《药品管理法》的相关管理条款为依据，对入库前的药品必须进行严格检查验收。其方法是：以购药发票为依据，认真检查药品名称、规格、数量、批准文号、批号、有效期限、生产厂家、药品价格、外观及包装（查有无变质，破损，缺数，内外包装及品种是否一致）、是否在规定的条件下储运，经检查无误后填写入库验收单，方可入库。对不符合验收要求的药品禁止入库。

二、对毒性药品、麻醉药品、精神药品的验收，须有两人以上在场，检查到最小包装。

三、药品验收记录保存时间不得少于 2 年。药品有效期限超过 2 年的，药品验收记录保存至药品有效期届满后 1 年。

四、购进进口药品时，必须索取加盖供货单位公章的《进口药品注册证》或《医药产品注册证》、《进口药品检验报告书》；购进生物制品应索取加盖供货单位公章的《生物制品批签发合格证明》；大输液应查验并索取批检验报告书，以上资料须留存备查。

五、同一生产企业生产的同品规药品包装发生变化，需提供变更批准证明材料。

六、严禁非药品、食品、化妆品等生活用品入库。

七、对质量不合格、领用部门退库需调换的药品应按要求分区存放，相关管理人员应及时处理。

药品储存养护管理制度

一、根据医院诊疗业务的需要设置相应的药房、药库，并根据药品储存条件要求逐步做到常温库（区）：0～30℃，阴凉库（区）：不高于 20℃，冷藏柜：2～10℃，各药房、药库相对湿度保持在 45%～75% 之间。

二、药品应按照剂型、药理作用等分类存放，经常检查防止药品受潮、霉变、虫蛀、鼠咬

等。需低温保存的药品，应置于冷藏柜内。

三、药品搬运和堆垛应严格遵守药品外包装图示标志的要求，规范操作。怕压药品应控制堆放高度，定期翻垛，具体的堆放要求应符合《药品陈列管理制度》。

四、负责药品养护的工作人员应每天上下午定时对药房、药库的温湿度、通风、避光等情况进行一次巡查，并做好温湿度等相关记录。发现异常，应立即采取妥善的处理措施。

四、药库内墙壁、顶棚及地面应保持平整、洁净，门窗结构应严密。药品存放区与生活区应划分开。

五、药库应配备以下常用设备：

保持药品与地面之间有一定距离的设备，如置物架等；

避光、通风设备，如药柜、排气扇等；

检测和调节温湿度的设备，如温度计、空调等；

符合安全用电要求的照明设备，如照明灯等；

必要的防盗、防火设备，如警报器、灭火器等。

药品陈列管理制度

一、药品储存陈列实行色标管理。其统一标准是：待验药品区、退货药品区为黄色；合格药品库（区）、待发药品库（区）为绿色；不合格药品区为红色。

二、对退回的药品应及时验收，并有记录，经验收合格后方可存入合格药品库（区）；不合格药品由保管人员登记后放入不合格药品区。退回药品应有退货记录并妥善保存。

三、不合格药品应存放在不合格品区，并有明显标志。不合格药品的确认、报告、报损、销毁应有完善的手续和记录。

四、在库药品应分品种按批号陈列、存放。易串味的药品、中药材、中药饮片及危险品应与其他药品分开陈列、存放，药品品名或外包装容易混淆的应分开陈列或有区分标志。

五、药品的陈列应与地面、墙壁、房顶之间有一定的间距或隔离措施，具体要求为：与墙壁、屋顶的间距不小于 30 厘米，与地面间距不小于 10 厘米，垛堆之间也应有一定的距离。

六、麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等特殊管理的药品，应当专柜（库）存放，双人双锁保管，专帐记录，帐物相符。

七、药库管理养护人员应定期巡查，保证陈列柜及所陈列药品的干净整洁，防止因药品陈列的错位、混淆造成的差错事故。

不合格药品管理制度

一、购进药品入库时，由采购人员按照合同或计划，会同药库管理人员对品名、规格、数量、批准文号、生产批号、有效期限、外观质量、包装情况、产地、金额等项目进行核对。如有不符，视为不合格药品，不得入库。

二、各药房领出的药品及药库贮存药品中如有滞销情况或保管不当而造成药品过期、变质，按不合格药品处理。

三、药库设有明确标示的不合格药品放置区，以存放不合格药品。

四、建立不合格药品登记制度，详细登记不合格药品的数量、时间、原因及处置办法。

五、临床科室不合格药品可根据实际情况退回药房处理，并填写退药单，双方核对签名。

六、各药房不合格药品可先与药库联系，药库尽量与供应商联系退回不合格药品，如果无法退药则填写报损单，经招采中心主任审核、分管院长审批后报损。

七、药库不合格药品应尽量与供应商联系退回，如果无法退药，则统一报药品损耗，经招采中心主任审核、分管院长审批后报损。

八、不合格药品的销毁，必须相关管理人员的监督下进行，同时应详细登记销毁地点、销毁时间、销毁方式、销毁品种、销毁数量等，并由相关部门负责人、分管院长签字。

药品有效期管理制度

一、药品有效期即指在规定的贮存条件下能保证其质量的期限，有效期管理是医院药品管理的重要工作，各单元部门应做好药品效期的检查、登记、警示等工作。

二、药学专业技术人员应熟悉药品有效期的识别与推算，包括进口药品的效期识别。

三、对有效期不足 6 个月的药品一般不予入库，紧急情况下（急救等）除外。

四、药库、药房工作人员应经常对在用药品的有效期进行检查，定期登记，凡期限在 6 个月的都应贴上警示标识或记录在警示牌上，效期在 3 个月内药品应及时协调、早做处理。

五、各药房每季度打印近效期药品统计表（一式 3 份），1 份交科主任，另 2 份各药房之间

互相传递，以便及时协调，采取措施，减少损失。

六、凡超过有效期的药品不得再使用，药库严禁发货，药房严禁发给病人，按规定报损。发放过期药品的责任人员将按照《差错事故处罚规定》处理。

七、药库近效期药品警示牌应悬挂于醒目的位置，药房的近效期警示标识应贴于近效期药品存放的位置，以便起到相应的警示作用。

八、对有效期较短的品种，在编排采购计划时，应严格控制数量，以免造成药品经济损失。

九、各药库、药房工作人员应按照责任区划分，每月做好本责任区药品的效期检查登记工作，每季度全面清查一次并汇总登记。

十、对在用所有药品的效期进行清查，发现不符合规定的情况应及时处理，同时还应做好临床科室备用药品有效期的监督检查工作。

药品相关票据、记录、台帐、档案及原始凭证管理制度

一、药品相关票据、记录、台帐、档案及原始凭证控制管理的目的是证明药品质量的有效性 & 药品质量与服务质量所达到的水平，并保证在需要的情况下可以追溯。

二、按照职责和分工，相关人员对各自管辖范围内的票据、记录、台帐、档案及原始凭证的使用、保存及管理负责。主要涉及药品会计、药品采购及库房管理人员等工作岗位。

三、记录、台帐由库房管理人员、药品会计负责填写。票据、档案及原始凭证由药品会计、采购人员负责保存，并按规定期限归档与妥善保管。

四、本制度中的记录是指药品采购、销售、报损、退换等环节中涉及的各种记录。记录应字迹清楚、正确完整，不得用铅笔填写，不得撕毁或任意涂改，要具有真实性、规范性和可追溯性。

五、本制度中的票据主要指药品购进时需索取的正规发票。购进药品应有合法票据，并按规定建立入库验收记录，做到票、帐、物相符。药品发票第一联应定期由采购人员汇总后报医院财务部门，药库保留存药品发票副联。

六、本制度中的原始凭证主要是指药品购销各环节的原始记录及药品票据等材料，应妥善保管备查。台账、档案由药品会计按照相关财务管理规定记录、保存。

麻醉、精神药品及医疗用毒性药品管理制度

一、麻醉、精神药品及医疗用毒性药品必须遵照国家公布的《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》、《医疗用毒性药品管理办法》及《处方管理办法》等法律法规进行管理。

二、建立健全麻醉、精神药品及医疗用毒性药品管理制度。麻醉药品及第一类精神药品严格执行三级管理、“五专”（即专人管理、专柜加锁、专用帐册、专册登记、专用处方）管理及批号管理等规定。

三、库房的采购与验收：采购人员凭卫生管理部门发放的“购用印鉴卡”，到指定的药品经营企业购买麻醉药品和第一类精神药品。药品到达后，由采购人员和库房管理人员共同检查验收至最小包装，并核查购药票据凭证无误后，方可入库。执行网采后，需在麻精药品采购网及安徽省药品采购平台上点击购进。

四、库房的储存和保管：麻醉、精神药品及医疗用毒性药品应全部贮存于专用库内，钥匙由库房管理人员双人双锁保管。贮药保险柜也实行双人双锁负责，除库房管理人员和调剂部门领药人员外，其他任何人不得进出专用库。

五、库房发放与药房领药：各调剂部门负责人凭处方领取麻醉药品、第一类精神药品及医疗用毒性药品，数量不得超过“基数”限定的数量。发药人和领药人需认真核对发药名称、数量、批号、有效期，签字后办理领药手续。领药人员必须亲自运送药品至领药部门并将药品存入专用保险库，完成入账等相关手续，中途不得停留或办理其他事宜。

六、药房的调剂与管理：由各药房负责人管理麻醉、精神药品及医疗用毒性药品，每日对用量与存量核查一次，检查相关工作记录，并保证安全措施到位。具有麻醉、精神药品及医疗用毒性药品处方调剂资格的人员方可进行药品调配，按照有关规定严格审核、核对和调配，药品发出后应按处方进行消耗登记，并实行日交班制。

七、临床科室的使用管理：经医院专项培训考核合格、医务部批准的执业医师，方可有麻醉、精神药品及医疗用毒性药品处方权。麻醉、精神药品和医疗用毒性药品必须使用专用处方开具，必须使用通用名，并写明患者姓名、年龄、性别、药品规格、剂量及用法用量等信息，处方不得涂改。麻醉、精神药品和医疗用毒性药品处方中的药品用法用量必须符合《处方管理办法》中的有关条款的规定，不符合规定的药师应拒绝调配。定期对医师进行培训，同时做好宣传，保证麻醉、精神药品及医疗用毒性药品合理使用，严防流入非法渠道。

八、安全管理：有完备的安全措施，如双人双锁、专用库房（保险门）和保险柜、安全报警装置等。麻醉药品、第一类精神药品及医疗用毒性药品的储存、发放各环节由专人负责，明确责任，交接班记录应完整。实行批号管理，必要时可以及时查找或追回。

九、过期、报损及销毁：过期的麻醉、第一类精神药品及医疗用毒性药品应单独存放并有标识；破损药品应联系供应企业当时解决；药品及空安瓿销毁应经医院主管领导同意，卫生行政部门批准方可进行，并有销毁记录。

十、各部门管理人员发生工作调动时，要履行交接手续，相关部门负责人监督交接。

十一、在储存、保管过程中发生麻醉药品、第一类精神药品和医疗用毒性药品丢失、被盗、被抢的，或发现骗取、冒领的，应立即报告相关管理部门，并向市卫生行政部门、公安机关、药品监督管理部门报告。

十二、麻醉药品及第一类精神药品处方应单独装订成册，保管三年备查。医疗用毒性药品和第二类精神药品的处方应保存两年备查。

药品类易制毒化学品管理制度

一、为加强药品类易制毒化学品管理，防止流入非法渠道，根据《易制毒化学品管理条例》及《药品类易制毒化学品管理办法》制定本办法。

二、药品类易制毒化学品是指《易制毒化学品管理条例》中所确定的麦角酸、麻黄素等物质，我院现有麻黄碱注射液。

三、药品类易制毒化学品由采购人员经过批准，凭《印鉴卡》向市定点批发企业购买，不得随意购买。该类药品由经营企业送到药库，采购、保管人员不得自行提货，且不得使用现金采购。

四、药品类易制毒化学品入库验收必须货到即验，双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。

五、药品类易制毒化学品应贮存于麻精药品专用储存库中，配备必要的防盗和报警装置，实行双人、双锁保管，且应保持合理库存。

六、药品类易制毒化学品的调配应符合《处方管理办法的规定》，对不符合规定的处方，拒绝调配。实行日交班，专册登记，并对处方编号，实施批号管理。

七、具有麻醉药品、第一类精神药品的处方资格和调剂资格的医师和药师，方有药品类易

制毒化学品的开具和调剂权，其签名留样应在医务部、药学部备案。

八、药品类易制毒化学品需使用麻醉药品专用处方开具，注射剂仅限于医院使用，麻黄碱注射液的处方为一次常用量。

九、药品类易制毒化学品的各管理环节应当指定专人负责，明确责任，交接班应当有记录。

十、患者不再使用药品类易制毒化学品时，应当要求患者将剩余药品无偿交回医院，由医院按照规定销毁处理。要求患者将空安瓿交回，并填写回收记录。

十一、在储存、保管过程中发生药品类易制毒化学品丢失、被盗、被抢的，或发现骗取、冒领的，应立即报告医务部和保卫科，并向市卫生行政部门、公安机关、药品监督管理部门报告。

放射性药品管理制度

1、根据国家《放射性药品管理办法》制订本管理制度。

2、放射性药品是指用于临床诊断或者治疗的放射性核素制剂或者其标记药物。主要包括裂变制品、推照制品、加速器制品、放射性同位素发生器及其配套药盒、放射免疫分析药盒等。

3、医院使用放射性药品必须取得《放射性药品使用许可证》，《放射性药品使用许可证》有效期为5年，期满前6个月向省食品药品监督管理局提出申请换证。

4、放射产品必须从生产企业直接采购，不得经过任何中介单位和个人。

5、放射性药品的使用科室为核医学科。核医学科必须具备与其医疗任务相适应的并经核医学技术培训的技术人员。

6、放射性药品的采购有使用科室至少提前1周提出放射性药品领药计划，采购人员复核后交招采中心主任、分管院长审批，定点采购。

7、放射性药品的应存放于指定的活性实验室内，并有安全防护措施。

8、放射性药品的质量检查验收由招采中心、药学部与核医学科联合进行，不良反应由核医学科负责收集，报告至药学部。

9、放射性药品使用后废物（包括患者排出物）应分类处理，并按照国家环保和辐射防护的有关规定处置。

医用耗材使用管理的规定（试行）

为贯彻落实《安徽省人民政府关于全面深化医药卫生体制综合改革试点方案》，切实加强医用耗材的管理，严格控制耗占比，避免加重医院和患者负担。结合我院实际，制定医用耗材管理规定如下：

1、根据医改方案的要求，调整医疗服务价格，推行耗材带量采购。医院完善高值耗材管理目录，同时结合各科室耗材使用既往情况，修订各科室的耗占比。本年度将加大耗占比考核力度，实行每月通报、季度预扣、年度平衡。

2、所有耗材必需根据病情需求使用。各临床医技科室严格控制高值耗材（特别是植入性耗材）的合理使用，减轻患者负担。科主任作为科室第一责任人，做好把关工作。医院进一步加大对高值耗材使用回溯检查力度，促进临床科室合理使用耗材。

3、维护患者知情选择权，让患者合理明白消费。使用高值耗材管理目录中产品前，须将品牌、价格、用途向患者或家属告知，如有多种材料必须提供给患者选择，征得患者或家属的同意后，签署高值耗材知情同意书，同意书等须同病历归档。

4、特殊耗材（进口吻合器、非常规疝气补片、进口钛网、进口骨科钢板关节、包皮切割环、进口起搏器及支架等）参照 14 年用量进行使用量控制，临床使用需参照临时采购流程申请。若临床科室当月耗材费用或耗占比超标，下月原则上停止采购科室相应高值耗材。

5、新引进耗材由申请科室填写《新引进耗材申购单》，连同相关资质、品种信息、年预计使用量等材料交招标采购中心。招标采购中心汇总后，定期交医用耗材评议小组（抽取招标采购领导组及招标采购成员库人员组成）审议。三新科研项目涉及新耗材使用，除科学技术及伦理委员会准入外，还需通过医用耗材评议小组审议。新引进耗材管理进行年度金额总量控制。

6、本规定自二零一五年四月一日起执行。

耗材物资库房管理制度

一、严格遵守医院各项规章制度，坚守工作岗位，不迟到早退，有事须请假，工作时衣冠整洁，佩戴胸卡。

二、严格执行《医疗器械监督管理条例》等法律法规及医院相关管理规定，重点加强对高值耗材、危险化学品等特殊耗材和物资的管理，不断提高业务管理能力。

三、耗材物资的采购计划由采购员根据临床科室使用需求及库存情况联合库管人员共同编制，经科负责人审核后实施采购。

四、医用耗材入库应严格执行进货检查验收程序，将发票或清单与实物逐项核对，认真填写入库验收记录，验收项目包括：产品名称、规格（型号）、生产厂商、供货单位、生产批号、注册证号、有效期、数量。

五、验收合格的耗材物资应按照类别进行分库存放，定期检查库内温度、湿度、通风、避光等贮存条件，防止药品受潮、霉变、虫蛀、鼠咬等，需低温保存的物品，应置于冷藏柜内。

六、库房工作人员凭出库单发放耗材物资，认真执行发放核对程序，防止少发、多发等情况发生。出库时严格执行“先进先出、近期先出”的原则。

七、定期统计整理近效期物资耗材，及时汇报科室主任，进行退换货处理，同时加强与使用科室沟通较少报废。

八、加强高值耗材、危险化学品等特殊耗材物资的管理，高值耗材的出入库及使用应实行专门登记，危险化学品应单独存放并张贴警示标识，及时清点，保证账物相符，并做好相应记录。

九、耗材物资必须做到出入有据，各种收发凭证、票据、记录均应按月分类保存备查。库房物品实施定期盘点制度，盘点结果应报财务部门，做到帐物相符。

十、库房要求室内干燥通风，门窗牢固，有防火、防盗设备，并经常检查。工作区内禁止吸烟，其他人员未经批准不得擅自进出药库。

耗材物资入库验收管理制度

一、按照安徽省《医疗机构药品和医疗器械监督管理规定》，库房管理人员对需入库的医用耗材进行严格检查验收，将发票或清单与实物逐项核对，认真检查产品名称、规格（型号）、生产厂商、供货单位、生产批号（出厂编号或序列号或生产日期）、注册证号、有效期、数量、验收结论、验收人签名等，灭菌医疗器械还应当记录灭菌日期或者灭菌批号。经检查

无误后填写入库验收单，方可入库。使用单位对外请医师自带的医疗器械，也应按上述内容规定进行查验。

物资也需对产品名称、规格（型号）、生产厂商、供货单位、生产日期、数量等进行入库验收。

二、医疗器械验收记录应当保存至有效期届满或者停止使用后 1 年，但不得少于 2 年。植入性医疗器械验收记录应当跟踪保存至该产品使用结束。

三、购进医疗器械应索要《企业法人营业执照》、《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》、《医疗器械产品注册证》、《检验合格证》等资质证明材料，并留存备查。

四、在验收过程中，如发现质量不符、品种、数量、规格、型号、价格等不符的物品，应拒绝验收，联系供货公司及时退货，严禁不合格的耗材物资进入库房。

五、严禁非医用耗材、生活用品及非允许的各项物资进入库房。

六、对质量不合格、领用部门退库需调换的耗材物资应按要求分区存放，相关管理人员应及时处理。

耗材物资储存养护管理制度

一、医院设库储存医用耗材和各项物资，其储存场所、设施和条件应当符合国家有关规定以及产品说明书储存条件的要求。

二、耗材物资应按照类别进行分库存放，定期检查库内温度、湿度、通风、避光等贮存条件，防止药品受潮、霉变、虫蛀、鼠咬等，需低温保存的物品，应置于冷藏柜内。对过期、破损、淘汰的产品，应当立即封存登记，并按规定报告处理。

三、耗材和物资实行分别储存，分类管理。在库的耗材和物资应按产品类别、用途、批号等分区、分类、分批存放，货位整齐。设置不同的存放区域，具体为：合格品和待发货品区为绿色、不合格品区为红色、待验收和退货区为黄色。

四、负责养护的工作人员应定期对药房、药库的温湿度、通风、避光等情况进行巡查，并做好温湿度等相关记录。发现异常，应立即采取妥善的处理措施。

五、库房内墙壁、顶棚及地面应保持平整、洁净，门窗结构应严密。物品存放区与生活区应划分开。货物与库间地面、墙面、顶棚应留有相应的间距

六、库房内应具有必要的温湿度仪、温湿度调控设备、货架、避光、通风设施、防虫、防鼠、防霉、防污染、防潮设施，以及符合要求的照明设施及消防设施。

库房安全管理制度

一、全科人员应树立安全防范意识，学习掌握消防器材的使用方法，熟悉各库房的安全管理程序。各库房配备相应的消防安全等器材。

二、麻精药品、医疗用毒性药品应按照规定存放保管，防止流入非法渠道。易燃、易爆、易腐蚀等危险化学品应单独存放，妥善保管；忌暴晒及易挥发的物品不准露天堆放，做好必要的防护工作。

三、加强保卫、保密、防盗、防火、防破坏等工作，并做好季节性的防风防雨工作。仓库内不准存放私人物资，严禁吸烟和使用火种。

四、对与水、电、气能源有关的仪器设备（冰箱冷柜除外），使用完毕应立即断水、断电。下班和交接班时必须检查门窗、水、电等方面的安全程度，消除一切安全隐患。

五、发生或发现安全事故，应及时通知医院相关管理部门，同时进行一些必要的抢救。所有工作人员必须熟记火警电话号码 119 及火灾报警程序（1、起火单位、时间、地点；2、燃烧物质；3、单位电话号码；4、报警人姓名）。

医用高值耗材采购使用管理制度

为规范医院医用高值耗材采购行为，提高采购工作效率，保证医用高值耗材的质量，根据相关规定，结合我院实际情况，制定本制度。

一、按照安徽省医改相关工作要求，医用高值耗材实施网上采购，网采率、备案采购比例、价格等均应符合要求。

二、医院耗材为集中配送模式，医用高值耗材的采购需从集中配送企业购进，招标采购中心为医用高值耗材采购部门，其他部门或个人不得私自采购。

三、采购医用高值耗材活动中，招标采购中心应向供应商索取、审查、保存以下加盖供货单位公章的资质证明文件复印件或原件：

1、《营业执照》复印件；

- 2、《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械经营企业许可证》复印件；
 - 3、相关产品注册证书、附件的复印件；
 - 4、高值医用耗材生产企业或进口总代理商开具的授权委托书复印件，授权委托书应明确授权范围；
 - 5、高值医用耗材销售人员的身份证明和授权证明。
- 四、医用高值耗材到货后，由招标采购中心和使用科室共同负责验收。未经验收的医用耗材，不得使用。无质量合格证明、过期、失效或者淘汰的医用高值耗材不得入库。
- 五、采购中心应核对供应商按合同规定提供的进项发票复印件，确定渠道来源符合合同规定。
- 六、医用高值耗材验收达标后，采购中心应按产品号、批号建立库存帐，记录单位内部流转情况。
- 七、根据院发文件《关于进一步加强医用耗材使用管理规定》进行高值耗材的准入和使用管理。科室使用高值耗材需在既定的目录内，超出目录的临时使用应由科主任申请，逐级审批。
- 八、科室在使用前认真细致核对产品名称、规格、型号、效期等，并作好登记。使用后按照规定粘贴产品合格证或产品条形码备查。
- 九、出现医疗器械不良反应后，使用科室要及时填写不良反应登记表交医学工程部按规定上报。

一次性使用无菌医疗器械管理制度

为进一步加强一次性使用无菌器械的采购和使用情况的管理，保证医疗安全，消除医疗安全隐患，制定本制度。

一、采购

- 1、医院所有一次性无菌医疗器械必须由采购中心统一集中采购，使用科室不得自行采购，不得擅自接受厂方赠送或为其试用。
- 2、招标采购中心根据科室需求情况拟定采购计划。
- 3、所购无菌医疗器械必须从取得省级以上药品监督管理部门颁发的《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械产品注册证》和卫生行政部门颁发的《医疗器械经营企业许可证》的合法经营企业购进合格产品。进口的一次性无菌器械必须具有有效的中华人民共和国《医疗器械注册证》及医疗器械产品注册登记表。同时，该产品必须是在供方《医疗器械经营企

业许可证》的产品范围内。

4、采购无菌医疗器械，必须索取、留存国家规定的加盖供货单位印章的相关资料存档，保存至超过医疗器械有效期或者使用期 1 年，且不少于 2 年。

5、购入的无菌医疗器械应有真实完整的采购、验收记录等资料，且资料保存至产品使用有效期 2 年。

二、临床使用

1、使用科室必须按照产品标准和说明书的要求，在符合无菌器械性能要求的场所、设施、设备和卫生条件下使用。

2、无菌医疗器械必须由国家法律、法规规定的专业技术人员进行操作。

3、对直接接触无菌器械的人员应建立健康档案，患有传染病或者其他可能污染无菌器械的疾病人员，不得从事接触无菌器械工作。

4、科室在使用一次性无菌医疗器械前，应检查其包装有无破损、失效，产品有无不洁净等，防止不合格产品用于临床。

5、在使用无菌医疗器械过程中，如发生热源反应、感染或其他异常情况时，必须及时留取样本送检，做好详细记录，报告医院感染管理科，并填报医疗器械不良事件表，对首次使用的产品必要时封存备查。

6、一次性使用无菌器械使用过后，应按照国家有关规定销毁、处理，并做好记录。严禁重复使用和回流市场，否则由此引发的一切后果，全部由当事人及其科室负责。

三、监督检查

1、招标采购中心应建立完整台帐，及时录入一次性无菌器械的采购、使用信息，接受食品药品监督管理局监督。

2、出现医疗器械不良反应后，使用科室要及时填写不良反应登记表交医学工程部按规定上报。

危险化学品管理制度

为加强危险化学品的购置、保存、使用等管理，增强安全防范意识，建立本制度。

一、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。参照国家安全生产监督管理局公布的《危险化学品名

录》制定我院危险化学品目录。

二、我院使用的危险化学品如同时是易制毒化学品，则根据我院易制毒化学品相关管理制度执行。

三、医院招标采购中心负责危险化学品的购置、储存和发放工作。医院安全管理委员会负责对危险化学品的管理和使用情况进行督查。

四、危险化学品需从具备相关资质的正规经营企业购进。

五、危险化学品应单独存放，并设置相应安全措施，分类、分项存放，化学性质或防护、灭火方法相互抵触的危险化学品不得混放，特殊危险化学品还应设专柜存放。同时需张贴明显的标识，以起到警示作用。

六、危险化学品库房应指定专人管理，定期检查，放置变质、分解而造成自燃和爆炸事故。

七、各科室使用危险化学品也应由专人负责申领，填写使用记录，严禁将危险化学品废液倾倒入下水道，严禁私自将危险化学品携带出院，如发生丢失、被盗，应立即报告保卫科及相关直属科室。

八、出现危险化学品损伤的处理流程：受伤人员应立即脱离污染区域；损伤皮肤或眼睛应立即用大量清水冲洗，严重者立即治疗；不慎误服，立即洗胃；做好危险化学品损伤处理记录，向管理部门汇报。

九、危险化学品目录如下：

75%乙醇、95%乙醇、无水乙醇、二甲苯、甲苯、环氧乙烷、过氧化氢、高锰酸钾、邻苯二甲醛、福尔马林、乙醚、硝酸、盐酸、冰醋酸、磷钨酸

医药购销领域商业贿赂不良记录制度

为了预防医药购销领域职务犯罪，打击商业贿赂行为，建立治理医药购销领域商业贿赂的长效机制，根据卫生部《关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》和《关于进一步深化治理医药购销领域商业贿赂工作的通知》要求，特制定医药购销领域商业贿赂不良记录制度。

一、医药购销领域商业贿赂不良记录的范围

医药购销领域商业贿赂是指：药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人在购销活动中，给予采购与使用其生产、经营产品的公立医疗卫生机构负责人、药械采购人

员、医务人员和其他从业人员以财物或者其他利益，并经司法机关、行政机关或其他有关组织查实的行为。

有下列情形之一的药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人，应当列入医药购销领域商业贿赂不良记录：

- 1、经各级人民法院判决认定构成行贿犯罪的；
- 2、被检察机关认定有行贿事实，但犯罪情节轻微，依照刑法规定不需要判处刑罚，作出不起诉决定的；
- 3、由纪检监察机关以贿赂立案调查，依法认定有行贿行为并作出处理的；
- 4、因行贿行为被工商、财政、物价、食品药品监督管理等部门作出行政处罚的；
- 5、由卫生行政部门对相关人员因在医药购销中收受贿赂行为作出党纪政纪处分决定，案件涉及的行贿企业及其代理人。

二、医药购销领域商业贿赂不良记录的信息收集、登记和公布

- 1、商业贿赂不良记录信息收集的内容包括：行贿人、受贿人基本情况和违法违纪事实、处罚结果等相关信息。
- 2、商业贿赂不良记录信息的收集办法：通过与卫生行政部门及司法机关、监察、工商、财政、物价、食品药品监督等相关行政部门建立沟通机制，互相通报商业贿赂案件信息和查处结果，及时、准确掌握有商业贿赂不良行为的部门或其代理人信息。任何单位和个人发现药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人在医药购销活动中向医院行政管理人员、药品采购人员、医务人员或其他从业人员行贿的，有权向纪检监察部门举报，相关职能部门应当根据职责及时调查核实。
- 3、商业贿赂不良记录的登记办法：医院监察室负责商业贿赂不良记录登记工作，根据掌握的信息，填写“医药购销领域商业贿赂不良记录情况登记表”。“医药购销领域商业贿赂不良记录情况登记表”要附有关违法违纪人员的判决书、不起诉决定书、党纪政纪处分决定和工商、财政、物价、食品药品监督管理等部门作出的行政处罚决定书的复印件。
- 4、商业贿赂不良记录的公布：对列入商业贿赂不良记录的科室或个人，医院将进行定期通报，并上报上级行政部门。商业贿赂不良记录实行动态管理，不良记录的应用期限为两年，自公布之日起计算，到期自动消除，但两年内被发现另有行贿行为的除外。

三、医药购销领域商业贿赂不良记录的应用

医药购销领域商业贿赂不良记录一经公布，即在全院生效。对列入不良记录的生产、经营

企业，医院在两年内均不得以任何名义、任何形式购入其药品、医疗器械、医用耗材。已购入在院使用的相关品种，立即停止使用。对列入不良记录的药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人，医院在药品或医疗器械招标采购工作中取消其所有产品的入围资格，2年内不再接受其任何产品参加招标采购的申请。

各相关职能部门在药品、医疗器械、医用耗材招标采购时，应当及时核对医院公布的商业贿赂不良记录信息。在与药品、医疗器械、医用耗材生产、经营企业或者其代理人签署采购合同时，应在合同中列明有关企业承诺不从事商业贿赂行为的条款及一旦被列入商业贿赂不良记录后购销合同将解除并承担违约责任的条款。

十、医保管理制度

医保管理员工作制度

第一条 医保管理员的设置

医保管理员的设置以专科为单位(特殊情况以病区为单位)，各专科科室必须确定一名医保管理员（麻醉、手术室确定一名）。

第二条 医保管理员的条件

- 1、具有较强的社会责任感和政治观，为人正直，有正义感。
- 2、必须担任过住院总医师（科秘书）或现在任的住院总医师（科秘书）。（近两年新成立的科室除外）
- 3、近两年内在医院各项医疗质量检查中未发现较大问题。

第三条 医保管理员工作职责

- 1、在医保科指导下，协助科主任做好科内各项医保、新农合政策的贯彻落实。
- 2、负责本科室的医保及新农合的日常管理工作，指导和监督科室人员开展相关工作。
- 3、协助医保科对住院病人的合理治疗及费用进行监控，对科室存在的不合理治疗、不合理用药、不合理收费等情况及时纠正。
- 4、负责为科室医保、新农合病人办理有关审批、转诊转院等手续。
- 5、按时参加医保科组织的医保管理员例会，并将会议精神及时传达给科主任及科室医

务人员，对本科室存在的问题，制定切实可行的整改方案，督促整改，并定期验证整改效果。

- 6、参加医保科组织的各项医保、新农合专项检查，以达到相互提醒、共同进步的目的。
- 7、协助医保科开展医保、新农合政策的宣传工作。
- 8、完成其他相关的临时指令性任务。

第四条 优秀医保管理员的评选

1、医保科每年度按 30%的比例评选出优秀医保管理员，医院给予一定的奖励，并在职称聘任时适当加分。

2、医保管理员未按要求参加相关会议和专项检查，不得参与优秀医保管理员的评选。
(特殊情况需向医保科履行请假手续)

5、对本科室医保、新农合运行存在的问题，制定了详细的整改方案，采取了有力而有效的措施,整改效果明显，运行情况得到较大改观的医保管理员，直接评选为优秀医保管理员。

第五条 本规定自下发之日起施行，由医保科负责解释。

宣城市人民医院新农合管理办法

为保证各项新农合政策在我院的贯彻执行，最大限度地保障参合农民利益，使医院的新农合管理规范化和制度化，根据各级新农合管理部门的有关要求，特制定本管理办法。

第一章 总则

第一条 指导思想

以党中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》和省委、省政府《关于深化医药卫生体制改革的实施意见》为指导，探索建立医院内部的新农合管理机制，确保参合患者得到实惠，医院能够健康发展。

第二条 基本原则

(一) 在既定的筹资标准和报销比例下，通过医院内部的新农合管理，控制参合患者不合理的医疗费用，降低新农合不可报费用，不断提高参合患者的实际补偿比；

(二) 通过医院内部的新农合管理，促进医院相关人员对新农合政策的掌握，使各项

新农合政策在医院能够较好的贯彻执行, 参合患者在医院能够得到更好的服务。

第二章 管理内容

第三条 新农合政策的掌握

医院相关人员, 需掌握各种新农合的基本政策, 如门槛费、新农合慢性病的种类及申请程序、本科室涉及的目录外药品种类、不同项目的报销比例、新农合按病种付费和总额预付政策等。

第四条 新农合(医保)管理员的确定

各临床科室需确定一名新农合管理员, 负责科室的新农合管理, 管理员必须根据《宣城市人民医院医保管理员工作制度》履行工作职责。

第五条 新农合患者自费项目知情

给参合患者使用目录外的用药、检查、服务及高值耗材, 需征得病人或家属同意, 并签名确认。

第六条 新农合目录外药品的使用

医院根据科室前一年的新农合目录外药品占比为基数, 结合科室目录外药品的控制情况, 制定目录外药品占比指标(见附表1)。科室需尽量控制目录外药品的使用, 避免目录外药品占比超标。

第七条 新农合可报费用占比

医院根据科室前一年的新农合可报费用占比为基数, 制定新农合可报费用占比指标(见附表2)。科室需控制目录外药品和可控的耗材使用, 避免可报费用低于核定的标准。

第八条 新农合按病种付费的实施

按病种付费的科室, 需严格执行《宣城市人民医院2013年新农合按病种付费实施方案》, 确保新农合按病种付费工作在我院的顺利实施。

第三章 监督与处罚

第九条 医院每月对相关人员的新农合政策掌握情况进行抽查, 发现一位未掌握, 扣款50元;

第十条 医院每月对新农合患者自费项目知情情况进行抽查, 发现一例未签字, 扣款100元;

第十一条 医院每季度对新农合目录外药品占比进行考核, 对目录外药品占比超标的,

科室需进行分析说明，医院相关部门将对其病历进行检查分析。

（一）对不合理用药造成超标的，将全额扣除责任医生不合理用药的药品费用，如扣除的费用低于 300 元，将以每超过 1 个百分点扣款 300 元计算；

（二）对有目录内药品可替代，而使用目录外药品造成超标的，将以目录外药品费用的 50%对责任医生进行扣款，如扣除的费用低于 200 元，将以每超过 1 个百分点扣款 200 元计算。

（三）如科室无不合理用药，且使用的药品无目录内药品可替代，超标的主要原因是由于科室的病种结构发生变化或新项目的开展导致的，科室不予承担责任。

第十二条 医院每季度对新农合可报费用占比进行考核，对可报费用占比低于标准的，科室需进行分析说明，医院相关部门将对其病历进行检查分析。

（一）由于不合理的目录外药品使用或可控的耗材费用升高（如同种疾病在同种治疗方式下耗材费用普遍增高）造成可报费用低于核定标准的，每低于 1 个百分点扣款 300 元。

（二）由于科室新的诊疗项目开展和病种结构发生变化而造成可报费用占比降低的，科室不予承担责任。

第四章 附则

第十三条 本办法自 2013 年 4 月 1 日起开始执行。

第十四条 本办法由医保科负责解释。

新农合运行管理约谈制度

为控制我院新农合住院费用的不合理上涨，不断提高参合农民的住院实际补偿比，确保各项新农合制度在我院较好的贯彻执行，新农合基金在我院的合理支出和安全有效使用，使我院的新农合工作健康、持续发展。决定建立科室负责人约谈制度。

一、约谈对象

新农合次均住院费用上涨过快，新农合目录外药品占比较高，病人可补偿费用占比较低，各项新农合制度贯彻不到位的科室负责人。

二、约谈内容

针对被约谈对象存在的问题，责成被约谈对象实事求是地说明情况，表明态度。院领导针对存在问题给予提醒、批评，并提出整改要求。约谈内容包括：（一）通报存在的问题及问题的严重性；（二）剖析产生问题的原因；（三）告知并提出整改的内容和期限；（四）其他应约谈的内容。

三、组织实施

约谈由院分管领导组织（必要时请院主要领导参加），医保科负责具体事宜，包括被约谈对象、约谈时间、地点及有关事项等，并做好约谈记录，建立约谈工作档案。约谈结束后，约谈和被约谈科室负责人在《约谈登记表》上签名，双方各保存一份，作为整改和督办的依据。

四、约谈处理

凡被约谈的科室，被列入医院重点监管对象，其约谈载入被约谈科室诚信档案，并作为不良记录。被约谈科室应严格按照约谈要求，对约谈指出的问题进行全面整改，并在约谈后一周内以书面形式将整改报告报医保科，医保科收到整改报告后一周内对被约谈科室整改情况进行检查。

附：宣城市人民医院新农合管理约谈登记表

宣城市人民医院新农合住院费用 总额预算管理实施方案

新农合总额预算管理等支付方式改革是国务院医药卫生体制五项重点改革中的重要内容，是控制医疗费用不合理上涨的有效措施。根据省财政厅和卫生厅《关于印发安徽省全面实施新型农村合作医疗基金住院费用支付总额预算管理的暂行办法的通知》文件精神，以及宣州区财政局和卫生局《关于做好新型农村合作医疗基金住院费用支付总额预算管理

试点工作的通知》（财社【2013】97号）和《宣城市宣州区2014年新型农村合作医疗住院费用支付总额预算管理实施方案》（财社【2013】98号）文件要求，结合我院实际，制定本实施方案。

一、组织领导

为保障新农合住院费用总额预算管理工作有序推进，控制我院新农合住院费用的不合理增长，保证医疗服务质量，确保参合患者真正得到新农合政策带来的实惠，保证新农合基金在我院的合理支出和医院的持续健康发展，医院成立由院长任组长、分管院长任副组长的领导小组。

二、基本原则

（一）坚持按量分配原则。以科室对参合人员所提供的服务数量及服务质量为依据，合理定量科室新农合住院总费用。

（二）坚持合理追加原则。对于年度新农合住院总费用超出预算额的科室，根据科室存在合理的客观原因，给予追加。

三、预算总额核定（意外伤害、分娩住院除外）

- 1、预算总额=住院人次×次均住院费用；
- 2、住院人次核定：上年度科室同期新农合住院人次数，加上预计正常增长住院人次数。
- 3、次均住院费用核定：上年度科室同期新农合病人次均住院费用为基础，根据实际情况，给予适当的增加。

四、预算调整

年终对各科室预算执行情况进行评估并作适当调整。

（一）住院人次调整

1、因重症病人增加、开展了新项目和新技术或科室处理突发性公共卫生事件等情况，合理上涨的人次予以追加预算；高费用段住院人次（指次均费用以上的）占总住院人次的比例与上年相比，上升的住院人次予以追加预算。

2、但以小病影响住院人次的，如上感、胃肠炎、高血压、糖尿病、颈椎病、子宫颈炎（包括宫颈环切）、盆腔炎、前列腺疾病、关节炎类疾病、骨质增生等疾病不合理收治入院的，以及分解住院的，使低费用段住院人次（指次均费用以下的住院人次）占总住院人次的比例与上年相比上升而导致超出总额预算的费用，新农合基金不予认可的部分，由科室全额承担。

（二）次均住院费用调整

如无较大的政策性项目收费价格变化导致次均费用增长外，次均住院费用一般不做较大调整。新项目、新技术及与去年同期相比新增的大病患者费用不纳入科室次均费用计算，科室需提供本科室此类病人的住院信息（包括住院号、新项目、新技术名称及相关费用等），以便核算时从总额费用中除外。

五、年终考核与决算

在科室住院总人次和医疗服务质量不下降的情况下，实际住院总费用不超过预算总额的，根据科室考核情况，予以补助相应新农合补偿费用。实际住院总费用超过预算总额的，根据科室考核情况，由科室予以分担相应比例的超额部分新农合补偿费用。

（一）按《宣城市人民医院新农合住院总额预付管理年终考核表》内容，对各科室新农合政策执行情况进行全面考核。

（二）对预算执行情况进行核算，确定预算超支或结余费用。

（三）决算办法

1、考核分在 90 分（含 90 分）以上，补助科室预算结余中新农合补偿金额的 30%；预算超支部分中的新农合补偿金额，由医院承担的部分，由医院和科室按 5:5 的比例共同分担。

2、考核分在 80 分（含 80 分）-90 分，补助科室预算结余中新农合补偿金额的 15%；预算超支部分中的新农合补偿金额，由医院承担的部分，由医院和科室按 3:7 的比例共同分担。

3、考核分在 80 分以下，科室无预算结余的补助；预算超支部分中的新农合补偿金额，由医院承担的部分，由科室全额承担。

六、附则

本方案自 2014 年 1 月 1 日起实施。

附：表 1、各科室住院费用总额预算表（略）

表 2、新农合住院总额预算管理考核表（略）

第一章 管理原则

第一条 在保证医疗质量和医疗安全的前提下，通过对新农合目录内药品的管理，控制不合理的目录内用药，确保新农合基金的合理使用，确保新农合基金的安全；

第二条 在保证医疗质量和医疗安全的前提下，通过对新农合目录外药品的管理，控制不合理的目录外用药，减轻在我院就诊的新农合患者的经济负担，让在我院就诊的新农合患者真正得到实惠。

第二章 管理内容

第三条 省卫生厅公布的新农合目录内预警药品

医院以 2013 年度各科室新农合预警药品的使用金额为基数，根据省卫生厅文件要求，制定 2014 年科室每季度新农合预警药品使用限制金额（见附表 1）。科室每种药品的使用，不得高于限制金额。

第四条 新农合目录外药品

医院以 2013 年度各科室新农合目录外药品占比为基数，结合科室目录外药品的控制情况，根据各级新农合管理部门的考核要求，制定 2014 年科室目录外药品占比指标（见附表 2）。科室无特殊原因，目录外药品占比不得超标。

第三章 监督与处罚

第五条 医院每季度对新农合目录内预警药品进行考核，对预警药品超额而造成新农合基金拒付的，由科室承担。

科室在特殊情况下（新项目的开展、病种结构发生较大变化、住院患者同比大量增多）超额，病历检查中无不合理用药情况，且该用药为必选用药。通过科室分析和医院相关部门检查后，医院向新农合管理部门提出申请，科室无需承担。

第六条 医院每半年对新农合目录外药品占比进行考核，前半年超标的科室按每超过 1 个百分点 500 元（科室目录外药品总费用 10 万元以上）或 300 元（科室目录外药品总费用 10 万元以下）进行预扣，全年考核时，未超标的科室预扣部分予以补回，全年超标的科室，按每超过 1 个百分点 500 元（科室目录外药品总费用 20 万元以上）或 300 元（科室目录外药品总费用 20 万元以下）进行扣款。

第七条 医院每季度组织相关人员对预警药品超额和目录外药品占比超标科室的病历进行检查分析。

- (一) 通过病历检查,发现无指证用药的,每一份病历扣款 300 元;
- (二) 通过病历检查,发现超剂量用药、用药时间过长的,每一份病历扣款 200 元;
- (三) 通过病历检查,发现有目录内药品可替代,而使用目录外药品的,每一份病历扣款 100 元;

第四章 附则

第八条 本办法适用于新农合住院患者。

第九条 本办法自 2014 年 4 月 1 日起执行。

第十条 本办法由医保科负责解释。

宣城市人民医院新农合按病种付费实施方案

为贯彻落实党中央国务院和省委省政府有关医药卫生体制改革精神,根据省市有关文件要求,结合我院实际,特制定本实施方案。

一、组织领导

为保障新农合按病种付费工作在我院的顺利实施,确保在我院就诊的参合患者真正得到新农合政策带来的实惠,保证新农合基金在我院的合理支出和医院的健康持续发展,医院成立由分管领导任组长的工作领导小组。

二、病种范围

肺炎等 64 组疾病实行按病种付费(病种名称及治疗方式见附表 1。),相互联系又略有差别但病情、关键诊疗技术、医疗资源消耗强度基本相同的同组疾病按同一病种“打包付费”。

三、费用核定

(一) 病种定额费用的核定。病种定额费用由市区新农管理部门以省指导价和我院实际治疗费用相结合后核定。定额费用含吻合器、起搏器等材料费及输血费等在医院住院期间发生的一切医疗费用。

(二) 病种新农合基金支付定额的确定。属于按病种付费的参合病人住院治疗,实行定额补偿。新农合基金总是按定额标准予以补偿。(病种定额及补偿标准见附表 1。)

(三) 病种患者自付费用的确定。参合患者总是按实际发生的医药总费用对应的比例支付给医院。

（四）对于没有走完临床路径的病例，如其实际住院费用少于该病种定额住院费用的50%，住院天数不足该病种治疗的规定住院日，基金支付额按原补偿方案结算支付。

（五）对“特殊病例”适当追加补助。对当次住院医药费用超过定额2倍以上（不含2倍整）的，其超过定额2倍以上部分的费用，新农合基金按照本方案规定的支付比例，另外追补给医院。

（六）根据市级文件规定的病种定额费用，在对我院2014年（截止到8月20日）病种费用及费用构成进行统计分析的基础上，对外科手术病种，按病区费用与手术室费用分别进行定额（定额标准见附表2）。

四、 结算方式

（一）结算程序。参合患者提供新农合IC卡、身份证（或户口簿）就诊→收治医师确认是否符合按病种付费范围→开具“入院通知单”并注明“新农合按病种付费”→参合患者持入院通知单办理入院手续→医生和患者签订《按病种付费知情同意书》→按临床路径（或标准化诊疗方案）治疗→患者持新农合相关证件及《按病种付费知情同意书》到新农合结算窗口办理出院手续。

（二）就诊、结算过程中需注意事项。

1、按病种付费时，一般不再按照《新农合药品目录》和诊疗项目的范围计算其“可补偿费用”。

2、相关科室应严格审查与确认患者参合身份及病种是否符合按病种付费范围，对不符合按病种付费患者要做好政策解答工作；对符合按病种付费的患者应将按病种付费的有关政策及时、详细的告知患者，并与患者签订《按病种付费知情同意书》（见附表3）。

3、相互联系又略有差别，但病情、关键诊疗技术、医疗资源消耗强度基本相同的同组疾病按同一病种“打包付费”。经治医生病历书写中第一诊断应和文件中病种名称保持一致。

4、患者在一次住院过程中同时实施2个以上按病种付费治疗的，按照定额费用最高的病种进行结算。

5、在一个参合年度内，常见病患者同种疾病、同种治疗方法限享受一次按病种付费政策，再次住院，不执行按病种付费，按原补偿方案补偿。

6、本方案及实施管理办法不仅适用于宣州区的新农合患者，同样适用于宣城市其他县市区（郎溪、广德、宁国、泾县、绩溪、旌德）的参合患者。

五、有关要求

（一）科室要严格按照病种临床路径（或标准化诊疗方案）收治患者，规范服务行为，保证医疗安全和医疗质量，切实维护参合者的利益。符合按病种付费试点范围的病例均要实行按病种付费补偿，不得转换成其他病种予以补偿。

（二）对在诊疗过程中出现的特殊情况，确需退出按病种付费的病例，科室须填写《按病种付费补偿退出审批表》（见附表 4），由医保科组织院内专家组审核后，报病人所在地的新农合经办机构批准后才能退出按病种付费，按原方案予以补偿，科室需及时告知患者，并做好政策解答工作。

（三）实行首诊负责制，严禁科室拒收、推诿符合按病种付费的重症病人；严禁以年龄、健康状况、合并症、并发症等为由将符合按病种付费的患者转换成不按病种付费的类型；严禁诱导或强迫病人“未愈出院”，或将重症患者分解住院；严禁将定额范围内的费用通过门诊取药、门诊检查、外购处方、分解名目等方式排除在定额范围之外，变相增加患者自费费用。

（四）各相关科室要在学习掌握文件精神的基础上，结合本科室实际，采取相应的措施，控制不合理的费用，保证新农合按病种付费制度的准确执行。

六、监督与处罚

（一）医院将定期对各科室按病种付费制度执行情况进行监督、检查。科室如违反以下规定造成新农合基金拒付的费用，将由责任医生全额承担。

1、无根据擅自变换病种，退出按病种付费管理的；

2、对于符合按病种付费的疾病，不执行按病种付费或以各种不当理由中途退出按病种付费管理的；

3、除患者自身因素外，未执行出院标准提前让病人出院的；

4、住院期间让病人到门诊自费购买药品及做相关检查的；

5、为逃避承担超额费用，让病人出院、再办入院手续，分解住院的。

（二）医院将每季度对新农合按病种付费的实施情况进行统计分析，并进行相应的督查。根据各科室的实施情况，进行相应的奖惩。

1、以科室为单位，对按病种付费方案实施情况较好的科室，通过控制不合理费用而使医院在按病种付费政策下所得的差额费用，根据科室实际控制情况以 5%-20%提取给科室；

2、以科室为单位，对按病种付费政策贯彻执行力度不够的科室，由于控制不合理费用意识较差，致医疗总费用超出定额费用的，超出的费用不做为科室收入，且基金拒付的费

用由科室承担 20%（部分病例超出标准，但科室按病种付费的总费用不超出定额的总费用，不予扣除科室收入及承担拒付的费用）；

3、对按病种付费超定额的病种，将对其药品、耗材等费用进行分析，对药品使用不合理（包括有低价药品替代，而使用高价药品的）、高值耗材使用过多，造成次均费用过高，超出定额的费用由科室或个人全额承担。

（三）对于科室没有加强药品和高值耗材的管理，而通过少收、漏收各类诊疗护理等费用规避超出定额费用的行为，经查实后，将对科室处以相关费用 5-10 倍的处罚。

（四）对于科室在有收治能力的情况下，拒收、推诿符合按病种付费的重症病人，医院在调查核实后，根据实际情况，对责任医生处以 1000-5000 元的经济处罚。

七、 附则

（一） 本方案自 2014 年 9 月 1 日起实施。

（二） 本方案实施时，原按病种付费试点实施方案不再执行。

宣城市人民医院新农合“三费”控制管理办法

第一章 管理原则

第一条 在保证医疗质量和医疗安全的前提下，通过对新农合药品、耗材和检查费用的管理，控制新农合次均费用的不合理增长，确保新农合基金的合理使用和新农合基金的安全；

第二条 在保证医疗质量和医疗安全的前提下，通过对新农合药品、耗材和检查费用的管理，控制新农合次均费用的不合理增长，缓解新农合患者就医的经济压力，让新农合患者真正得到实惠。

第三条 在保证医疗质量和医疗安全的前提下，通过对新农合药品、耗材和检查费用的管理，不断调整和优化医院费用结构，规范医疗行为，促进医院的健康持续发展。

第二章 管理内容

第四条 次均总“三费”（次均药品费用、次均耗材费用、次均检查费用总和）

医院以 2014 年度各科室新农合住院患者的次均“三费”为参数，结合科室 2014 年度各项新农合政策执行情况，根据省卫生厅文件要求，制定 2015 年各科室新农合次均“三费”

费用控制值，（见附表）。如无特殊情况，科室次均“三费”不得高于控制值。

第五条 次均药品费用

医院以 2014 年度各科室新农合住院患者的次均药品费用为参数，结合科室 2014 年度新农合预警药品和目录外药品控制情况，制定 2015 年各科室新农合次均药品费用控制值。如无特殊情况，科室次均药品费用不得高于控制值。

第六条 次均耗材费用

医院以 2014 年度各科室新农合住院患者的次均耗材费用为参数，结合科室 2014 年度新农合按病种付费执行情况、可报费用占比及耗占比的控制情况，制定 2015 年各科室新农合次均耗材费用控制值。如无特殊情况，科室次均耗材费用不得高于控制值。

第七条 次均检查费用

医院以 2014 年度各科室新农合住院患者的次均检查费用为参数，结合科室 2014 年度新农合按病种付费执行情况，制定 2015 年各科室新农合次均检查费用控制值。如无特殊情况，科室次均检查费用不得高于控制值。

第三章 监督与处罚

第八条 医院每季度对新农合次均“三费”控制情况进行考核，对各项指标超出控制值的，根据病历检查和科室病种结构进行具体分析后，进行相应的处罚，并纳入科室的综合目标考核。

科室在特殊情况下（新项目的开展、病种结构发生较大变化、有特殊重大患者，特别宣州区外大病患者增多）超额，病历检查中药品、耗材的选择较合理，无明显的乱检查等情况。通过科室分析和医院相关部门检查后，可免于处罚。

第九条 医院每季度对新农合次均总“三费”控制情况进行考核，每季度次均总“三费”超标的科室，对造成超标的费用进行预扣，全年考核时，未超标的科室预扣部分予以补回，全年超标的科室，按新农合对医院的扣款全额扣除到科室。

第十条 医院每季度对新农合次均药品费用控制情况进行考核，每季度次均总“三费”未超标，次均药品费用超标的科室，对造成超标的药品费用按 20%进行预扣，全年考核时，次均药品费用未超标的科室，预扣部分予以补回，全年次均药品费用超标的科室，按超标药品费用的 20%扣除到科室。

第十一条 医院每季度对新农合次均耗材费用控制情况进行考核，每季度次均总“三费”未超标，次均耗材费用超标的科室，对造成超标的耗材费用按 20%进行预扣，全年考核

时，次均耗材费用未超标的科室，预扣部分予以补回，全年超标的科室，按超标耗材费用的20%进行扣款。

第十二条 医院每季度对新农合次均检查费用控制情况进行考核，每季度次均总“三费”未超标，次均检查费用超标的科室，对造成超额的检查费用按10%进行预扣，全年考核时，次均检查费用未超标的科室，预扣部分予以补回，全年次均检查费用超标的科室，按超标检查费用的10%进行扣款。

第四章 附则

第十三条 本办法适用于全院所有新农合住院患者。

第十四条 本办法于2015年1月1日开始执行

第十五条 本办法由医保科负责解释。

宣城市人民医院住院患者“三费”控制管理办法(试行)

第一章 管理原则

第一条 为落实公立医院改革精神，通过对药品、耗材和检查的管理，控制次均费用的过快增长，确保医保、新农合基金的安全，维护患者利益，避免医改后患者就医负担过重。

第二条 以公立医院改革为契机，通过对药品、耗材和检查的管理，不断调整和优化医院费用结构，规范医疗行为，提高医院竞争力，促进医院健康持续发展。

第二章 管理内容

第三条 次均总“三费”（次均药品费用、次均耗材费用、次均检查费用总和）

医院以上年度各科室住院患者的次均“三费”为参数，根据医改有关文件要求，制定本年度各科室次均“三费”控制值，（见附表）。如无特殊情况，科室次均“三费”不得高于核定值。

第四条 次均药品费用

医院以上年度各科室住院患者的次均药品费用为参数，结合药品目录调整和药品平台采购后价格变化，制定本年度各科室次均药品费用控制值。如无特殊情况，科室次均药品费用不得高于核定值。

第五条 次均耗材费用

医院以上年度各科室住院患者的次均耗材费用为参数，结合耗材平台采购后价格变化和规范耗材合理收费，制定本年度各科室次均耗材费用控制值。如无特殊情况，科室次均耗材费用不得高于核定值。

第六条 次均检查费用

医院以上年度各科室住院患者的次均检查费用为参数，结合医改后检查费用调整和科室合理检查情况，制定本年度各科室次均检查费用控制值。如无特殊情况，科室次均检查费用不得高于核定值。

第三章 监督与处罚

第七条 医院每季度对次均“三费”控制情况进行考核，对各项指标超出核定值的，根据病历检查和科室病种结构进行具体分析后，进行相应的处罚。

科室在特殊情况下（新项目的开展、病种结构发生较大变化、有特殊重大患者）超标，病历检查中药品、耗材的选择较合理，无明显的乱检查等情况。通过科室分析和医院相关部门检查后，可免于处罚。

第八条 医院每季度对住院患者总“三费”控制情况进行考核，每季度次均总“三费”超标的科室，对造成超标的费用进行预扣，全年考核时，未超标的科室预扣部分予以补回，全年超标的科室，按超标“三费”总费用的20%扣除到科室。

第九条 医院每季度对住院患者次均药品费用控制情况进行考核，每季度次均总“三费”未超标，次均药品费用超标的科室，对造成超标的药品费用按20%进行预扣，全年考核时，次均药品费用未超标的科室，预扣部分予以补回，全年次均药品费用超标的科室，按超标药品费用的20%扣除到科室。

第十条 医院每季度对住院患者次均耗材费用控制情况进行考核，每季度次均总“三费”未超标，次均耗材费用超标的科室，对造成超标的耗材费用按20%进行预扣，全年考核时，次均耗材费用未超标的科室，预扣部分予以补回，全年超标的科室，按超标耗材费用的20%扣除到科室。

第十一条 医院每季度对新农合次均检查费用控制情况进行考核，每季度次均总“三费”未超标，次均检查费用超标的科室，对造成超标的检查费用按10%进行预扣，全年考核时，次均检查费用未超标的科室，预扣部分予以补回，全年次均检查费用超标的科室，按超标检查费用的10%扣除到科室，且超标的检查费用不纳入科室绩效核算。

第四章 附则

第十二条 本办法适用于全院所有住院患者。

第十三条 本办法于 2015 年 4 月 1 日开始试行。

十一、安全保障、总务后勤管理制度

安全疏散设施管理制度

一、保持疏散通道、安全出口畅通，严禁占用疏散通道，严禁在安全出口或疏散通道上安装栅栏等影响疏散的障碍物。

二、保持防火门、消防安全疏散指示标志、应急照明、机械排烟送风、火灾事故广播等设施处于正常状态，并定期组织检查、测试、维护和保养

三、严禁将安全出口上锁或遮挡或者将消防安全疏散指示标志遮挡、覆盖。

四、应急照明灯具、疏散指示标志按定期进行测试检查，确保完好有效。

五、安全推闩式外开门确定专门责任人负责，确保每班都有责任人负责在紧急情况下使用。

房屋安全管理制度

一、为规范医院房屋安全管理，保障房屋安全，根据有关法律、法规，结合医院实际情况，制定本制度。

二、医院房屋安全管理包括房屋档案资料管理和房屋结构安全、房屋维修及白蚁防治等安全管理；

三、成立房屋安全管理工作领导小组，负责制定、修改医院房屋安全管理工作制度，指挥协调督查房屋安全管理工作；

四、各科室负责人为本科室房屋安全管理第一责任人，负责科室区域内房屋安全管理工作；

五、任何科室和个人不得擅自更改房屋用途、拆除房屋结构安全部件、随意增大设备

负荷、更改电线线路；

六、物资库房按照相关管理制度妥善存放有毒有害物品和易燃易爆物品等危化品；

七、对于鉴定为危房的，能修缮的医院立即组织人员处理，不能处理或无修缮价值的予以拆除处理；

八、后勤保障部与市建委相关部门保持联系做好房屋安全鉴定和房屋白蚁防治等管理工作。

节水管理制度

为节约水资源，保护环境，强化全员节约意识，降低运行成本，结合医院实际情况制定本制度。

一、成立医院节水管理领导组，分管院长任组长，成员由办公室、财务部、后勤保障部等相关部门负责人组成；

二、加强宣传工作，公共场所张贴节水宣传标识，强化节水意识；

三、加强用水管理，严禁长流水现象发生；开水器、淋浴器等场所采用智能化管理；

四、加强线路巡查、管养力度，坚持 24 小时值班制，及时维修供水设施和管道，减少水资源流失；

五、规范污水处理及中水回收操作流程，充分利用回收中水，降低运行成本；

六、大力推广使用节水器材，倡导节水技术改造，节水技术创新；

七、强化节水考核工作，将节水节电等节能减排工作任务纳入科室综合目标考核并与科室绩效工资挂钩；

八、建立节水管理长效机制，医院节水管理员及水电班组成员具体负责日常考核工作，根据各科室目标任务完成情况和考核结果评定节能减排先进集体并予以奖励。

消防安全教育培训制度

一、医院所有员工每年进行一次集中消防安全培训知识并进行考试。培训内容包括消防法律法规、单位消防安全管理制度和消防安全设备、器材操作规程；消防安全“四个能力”建设相关内容

二、宣传教育培训采取医院与科室、集中与分散、定期与不定期等方式进行。

三、医院对新招入员工进行上岗前消防安全培训，培训内容与年度培训内容相同，并经考试合格方可上岗。

四、消防控制室值班操作人员、易燃易爆岗位人员、专兼职消防人员参加培训机构组织的消防职业培训，取得合格证后，方可上岗作业。

五、医院对所组织的培训时间、内容及接受培训人员进行认真详细的记录并存档备查。

六、消防安全培训由人力资源部与后勤保障部共同负责，人力资源负责制定消防安全培训计划，后勤保障部负责培训内容、授课和技能训练。

七、通过张贴图画、广播、闭路电视等积极宣传防火、灭火、疏散逃生等常识。

消防监控室值班制度

一、消防监控室应符合国家规范要求，配备专人 24 小时值班，严禁脱岗；

二、监控室值班人员具备良好的身体素质，热爱本职工作，责任心强，具有一定的相关专业知识和持证上岗；

三、消防监控室严禁吸烟和使用明火作业，严禁存放危险化学物品和无关的杂物，严禁无关人员进入；

四、值班时间必须坚守岗位，不得聊天、打私人电话，不准在监控室内会客，严禁脱岗、睡岗和酒后上岗；

五、熟悉监控室内设置显示的重点部位、疏散通道及消防设备所在位置平面图或模拟图，熟练掌握消防设施的操作规程；

六、认真落实交接班、报警设备检测、发生火灾信号处理、灭火操作设备检查等记录制度，要严密监视设备运行状况，遇有重大情况要及时报告；

七、严禁擅自关闭火灾自动报警、灭火系统，切断消防电源；

八、定时筛查监控点图像，密切关注监控重点区域，发现异常、可疑情况立即联系外围保安及时处理。

消防设施器材维护管理制度

一、消防设施器材实行定期维护保养制度，各部门发现消防设施器材出现问题要应及时向后勤保障部报告，维修不及时或管理不当将追究相关负责人责任。

二、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消防设施器材的完好有效情况负责，并确定专人具体负责。

三、遴选专业公司签订维护保养合同，每月进行一次维护保养，出具维护保养报告书，每年至少进行一次功能检测，确保其正常使用，并出具检测报告。

四、火灾自动报警系统探测器投入使用两年后进行清洗，以后每叁年清洗一次。

五、灭火器至少每年委托专业公司对所有灭火器进行一次检查。凡使用过和失效不能使用的灭火器，必须委托专业公司进行检查，更换已损件和重新充装灭火剂和驱动气体。必须落实灭火器报废制度，超过使用期限的灭火器予以强制报废，重新选配新灭火器。建立灭火器档案资料，记明配置类型、数量、设置位置、检查专业公司（人员）、更换药剂的时间等有关情况。

六、每两年对消防水池、消防水箱全面进行检查，修补缺损和防腐处理；每年对水源的供水能力进行一次测定；每季度对报警阀进行一次放水试验，对管道控制阀进行一次检修；每两个月利用末端试水装置对水流指示器进行试验；每月对消防水池、消防水箱及消防气压给水设备的水位和压力进行一次全面检查；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；每月对全部喷头进行一次外观检查；室外消火栓、室内消火栓、水泵接合器每月进行一次检查。以上检查要记入消防控制室值班记录。

七、不准随便动用火灾区域报警器、手动报警按钮、消防插孔电话、自动喷水灭火报警阀、防火卷帘手动开关等，发现损坏要及时报告。

医院消防安全检查制度

为加强消防安全工作的管理，预防火灾事故的发生，确保我院公共财产和全院职工及病人的生命财产安全，做到制度落实，责任到人，特制定本制度，

一、各科室的科主任是科室消防安全工作的第一责任人，护士长和消防安全监督员是第二责任人，谁主管谁负责，落实岗位责任追究制。对分管范围内的工作人员要加强安全教育，掌握相应的消防安全知识（消防安全“四个能力”知识、灭火器正确使用和相关消

防安全知识)。

二、积极贯彻“预防为主、防消结合”的原则。库房、重要仪器室、压力容器、用氧及易燃易爆的场所，严禁带入火种。各种化学试剂、剧毒物品应有专人负责管理。易燃易爆和有毒有害物品，要严格按照规定和说明保管和使用，以防发生意外。

三、加强用电安全管理，严格执行用电安全操作规程，不得超负荷用电。下班前对科室的电灯、电扇、取暖器、空调、各种检查仪器等电器设备进行安全检查。使用电器设备是发现漏电或焦味要及时切断电源，并与相关部门联系及时检修。

四、消防设施和消防器材要定点、定人负责管理和保管，有异常情况及时报告后勤保障部。

五、疏散通道不准乱堆乱放杂物，应保持通畅。

六、各科室要确定一名消防安全监督员，负责本科室的消防安全管理工作，同时，要确定两名楼层疏散引导员，负责本科室疏散引导工作。

七、医院防火委员会每月对部分科室组织一次消防安全大检查，对发现的不安全隐患，立即进行整改。

医院应急物资管理制度

为建立健全医院应急物资保障体系，完善医院应急处置流程，及时、有序应对突发事件，根据有关法律、法规，结合医院实际情况制定本制度。

一、应急物资概念

应急物资是指在事故即将发生前用于控制事故发生，或事故发生后用于疏散、抢救、抢险等应急救援的工具、物品、设备、器材、装备等一切相关物资。

二、成立应急物资管理领导组，负责制定、修改医院应急物资管理工作制度，审批应急物资采购计划，指挥协调应急物资调拨工作。

三、应急物资采购管理

1、医院药剂、设备、医务、信息、后勤保障等部门负责统计各部门应急物资的种类和数量；

2、医院招标采购中心负责按照规范流程采购应急物资，应急物资必须填写入库清单，经验收后统一入库保管；

3、招标采购中心库房负责应急物资存放管理，后勤保障部负责应急物资督查工作，掌握应急物资储备信息并定期向领导组汇报。

四、应急物资储备管理

1、经检验合格的应急物资，必须实行分区、分类存放和管理。对每一类物资，根据其保管要求，仓储设施条件及仓库实际情况，确定具体的存放区；

2、为方便抢修物资存放，减少人为差错，应急物资进行编号定位存放保管，提高工作效率；

3、应急物资应妥善保管，物资堆放前必须垫好垛底，避免雨水侵蚀和日光曝晒；

4、加强对应急物资的管理，定期进行检查，防止应急物资被盗用、挪用、流失和失效，及时对各类物资予以补充和更新。

五、应急物资调拨管理

1、应急物资由医院应急物资领导组组长统一调度；

2、应急物资调拨应记录规范并存档备查；

3、应急物资调用根据“先近后远，满足急需，先主后次”的原则进行；

4、建立物资调剂供应渠道，以备物资短缺时，可迅速调入。

用火、用电安全管理制度

一、单位对用火、用电实行严格的消防安全管理，工作期间禁止动火施工。

二、工作场所内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办理审批手续，安排在非工作期间进行动火作业。

三、动火作业必须落实现场监护人、监护器材，清除动火周围和下面的可燃物，无法清除要使用铁板、石棉被等不燃材料进行分隔，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。

四、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，分别于动火作业结束后 0.5 小时、1 小时、3 小时内安排专人进行检查，确认无危险后方可进入正常值班。

五、安装和维修电气设备线路，必须由电工按规范施工，接电时要向用电管理部门申请，经审核批准后由电工负责施工。

六、所有电器设备的选型和安装，线路的敷设和改造以及材料的选用必须由用电管理部门检查核准，由专门电工安装，严禁乱拉乱扯电气线路，严禁私自使用电器设备如电炉子、电熨斗、电烙铁、大功率灯具等。

五、用电设备的操作人员，必须严格遵守安全操作规程，工作时不准擅离岗位，并对设备定期检查，发现问题，及时报告电工修理，工作结束后必须切断电源，做到人走电断。

六、电工对本单位的电气设备和线路应经常检查维修，同时每年至少进行两次绝缘遥测，发现短路和绝缘不良，应及时进行维修。

七、严禁在用电设备附近堆放易燃可燃物品。

八、电气设备发生火灾时要首先应切断电源，然后组织扑救。