目 录

1.[党委会议事规则基本要求 1](#_Toc8875)

2.[医院院长办公会议议事规则基本要求 4](#_Toc10532)

3.[党委书记和院长定期沟通制度基本要求 7](#_Toc26044)

4.[“一把手”“五个不直接分管”制度 7](#_Toc5079)

5.[民主决策末位表态制度 8](#_Toc8717)

6.[“一岗双责”制度 9](#_Toc8522)

7.[“三重一大”事项集体议事决策制度 10](#_Toc2986)

8.[重大事件集体讨论决定制度 13](#_Toc9011)

9.[重大事项（包括经济）集体决策管理制度和责任追究 13](#_Toc27591)

10.[关于严禁领导干部违反规定插手干预工程建设的若干规定 14](#_Toc27374)

11.[关于工作质量和员工行为管理的奖惩规定 15](#_Toc3967)

12.[诫勉谈话制度 23](#_Toc30123)

13.[党风廉政建设教育制度 24](#_Toc22971)

14.[行风“九不准”制度 25](#_Toc29505)

15.[医务人员收受“红包”处理规定（试行） 26](#_Toc31039)

16.[廉洁风险点防范管理制度 28](#_Toc17539)

17.[廉洁风险防控管理教育制度 29](#_Toc3116)

18.[人事科工作制度 30](#_Toc13636)

19.[人员招聘制度 30](#_Toc1141)

20.[卫生技术人力资源管理制度 32](#_Toc5996)

21.[专业技术人员职称考试、评审、聘任制度 33](#_Toc32024)

22.[解聘、辞聘制度 33](#_Toc20431)

23.[岗位管理制度 33](#_Toc28196)

24.[全员聘用制度 34](#_Toc10919)

25.[专业技术人员任职（准入）审核制度 34](#_Toc24008)

26.[专业人才梯队建设制度 35](#_Toc15576)

27.[职工休假管理办法 36](#_Toc24320)

28.[关于实行待岗及解除聘用（劳动）合同的规定 41](#_Toc109)

29.[重点岗位人员轮岗交流制度 44](#_Toc29349)

30.[财务管理制度 44](#_Toc3570)

31.[会计档案管理制度 48](#_Toc8591)

32.[会计电算化管理制度 48](#_Toc24909)

33.[门诊退费管理规定 50](#_Toc21012)

34.[住院处退费管理制度 50](#_Toc13930)

35.[财政票据管理制度 51](#_Toc20826)

36.[医院财务会计内部控制制度 52](#_Toc9446)

37.[财务电子信息化控制制度 56](#_Toc2204)

38.[经济责任制度 57](#_Toc8216)

39.[会计人员工作交接制度 59](#_Toc14525)

40.[会计岗位职责 60](#_Toc7347)

41.[财会科岗前、转岗培训考核组各岗位工作职责 62](#_Toc17811)

42.[严禁科室设立“小金库”的管理规定 66](#_Toc29021)

43.[公务接待管理制度 67](#_Toc19630)

44.[出差审批制度 68](#_Toc26852)

45.[办公室车辆管理制度 69](#_Toc27443)

46.[医药价格信息监管措施 70](#_Toc31518)

47.[医药收费监管措施 70](#_Toc29641)

48.[医院价格管理制度 71](#_Toc2483)

49.[药事管理与药物治疗学委员会会议制度 72](#_Toc7334)

50.[新药采购制度 73](#_Toc10345)

51.[药品临时采购制度 73](#_Toc12090)

52.[药品质量监督管理制度 74](#_Toc29868)

53.[医院药品质量监督领导小组工作制度 75](#_Toc19985)

54.[安全用药管理制度 76](#_Toc24163)

55.[临床用药动态监测和超常预警制度 77](#_Toc19166)

56.[药品安全性监测管理制度 78](#_Toc5196)

57.[药事应急管理制度 80](#_Toc5585)

58.[突发性紧急事件药事管理应急预案 81](#_Toc6273)

59.[突发事件应急药品供应管理制度 83](#_Toc22693)

60.[药品质量监控员工作制度 85](#_Toc26062)

61.[药库工作制度 86](#_Toc8965)

62.[药学部门质量与安全管理制度 87](#_Toc5371)

63.[药品质量管理小组的检查方法及流程 87](#_Toc31547)

64.[药品质量事故处理与报告管理制度 88](#_Toc10562)

65.[药品质量监控制度 89](#_Toc32076)

66.[药品入库验收制度 89](#_Toc9598)

67.[药品养护管理制度 90](#_Toc17383)

68.[药品摆放管理制度 90](#_Toc22495)

69.[药品储存制度 91](#_Toc29136)

70.[药品出库复核管理制度 93](#_Toc30754)

71.[药品购进退出管理制度 94](#_Toc10163)

72.[药品破损管理制度 94](#_Toc21658)

73.[药品报损、销毁制度 95](#_Toc20867)

74.[药品盘点制度 95](#_Toc27803)

75.[药品效期管理制度 96](#_Toc20429)

76.[药品效期监控制度 97](#_Toc2808)

77.[药品价格管理制度 98](#_Toc25768)

78.[不合格药品管理制度 99](#_Toc18867)

79.[不适用药品管理制度 99](#_Toc18733)

80.[过期药品管理制度 100](#_Toc28704)

81.[退药管理制度 100](#_Toc14230)

82.[病区（含诊疗区）急救、备用药品管理制度 101](#_Toc26360)

83.[药品召回制度 103](#_Toc22392)

84.[麻醉药品、精神药品管理制度 105](#_Toc6708)

85.[麻、精一药品安全管理制度 108](#_Toc9400)

86.[麻、精一药品“五专”管理制度与程序 109](#_Toc7857)

87.[麻、精一药品三级管理制度与程序 109](#_Toc28452)

88.[麻醉药品、精神药品批号管理制度与程序 110](#_Toc25057)

89.[麻、精一药品专项检查制度 111](#_Toc16345)

90.[药学工作人员健康管理制度 111](#_Toc7191)

91.[药学专业技术人员培养、考核和管理制度 112](#_Toc6878)

92.[药品消耗品管理制度 112](#_Toc16949)

93.[应急物资采购制度 113](#_Toc1694)

94.[采购原则药品采购管理制度 113](#_Toc22978)

95.[全院物资管理制度 114](#_Toc20520)

96.[物资申购制度 114](#_Toc27313)

97.[物资采购制度 115](#_Toc31316)

98.[物资验收制度 115](#_Toc25698)

99.[物资入出库制度 115](#_Toc30535)

100.[物资保管制度 115](#_Toc14240)

101.[薪酬管理制度 116](#_Toc1772)

102.[绩效工资管理制度 116](#_Toc13743)

103.[关于夜班费、加班费、误餐费报领的规定 117](#_Toc10844)

104.[医保工作制度 117](#_Toc1191)

105.[医保监管制度 118](#_Toc23364)

106.[医疗保障服务管理 118](#_Toc15267)

107.[基本医疗保障管理制度 122](#_Toc3484)

108.[基本医疗保障措施 124](#_Toc5801)

109.[医保患者入、出院手续服务流程 124](#_Toc24550)

110.[关于医保患者转诊、转院的管理办法 125](#_Toc29686)

111.[双向转诊制度 125](#_Toc20891)

112.[白城市医疗保险就医管理细则 126](#_Toc28569)

113.[白城市医保医师管理实施办法 130](#_Toc9098)

114.[白城市市区城镇职工生育保险办法 133](#_Toc1516)

115.[基本医疗保险意外伤害保障管理办法 136](#_Toc11351)

116.[关于基本医疗保险门诊慢病的管理办法 138](#_Toc14285)

117.[院务公开工作制度 140](#_Toc8952)

118.[院务公开联席会议制度及协调机制 141](#_Toc23491)

119.[院务公开检查考核制度 142](#_Toc6575)

120.[院务公开评价制度 143](#_Toc24951)

121.[价格公示制度 143](#_Toc5674)

其他：

122.医院章程

123.医疗方面制度

124.护理方面制度

125.院感方面制度

126.质控方面制度

127.信息设备方面制度

128.药剂方面制度

129.门、急诊方面制度

# 

#### 党委会议事规则基本要求

第一章总则

第一条 为加强和改进公立医院党建工作，进一步完善重大事项决策程序，提高科学决策、民主决策、依法决策水平，根据《中共中央办公厅关于加强公立医院党的建设工作的意见》《国家卫生健康委员会党组关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》《吉林省加强公立医院党的建设工作实施办法》等有关规定，结合我院党建工作实际，制定本议事规则基本要求。

第二条 医院全面落实党委领导下的院长负责制，院党委充分发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用，对医院工作实行全面领导。医院党委实行集体领导和个人分工负责相结合的制度。党委书记主持党委全面工作，支持院长依法依规独立负责地行使职权。党委书记每年向医院党委报告工作，院长每年年底向医院党委会议述职。

第三条 凡属“三重一大”事项，必须召开医院党委全体委员会议(以下简称“党委会”)集体研究决定，除遇重大突发事件或紧急情况难以召开会议外，不得以文件传批、会签或个别征求意见等形式代替集体研究和集体决策，不允许用其他形式取代医院党委会讨论决定医院改革发展重大事项。

第四条 党委会按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则讨论决定“三重一大”事项，确保各类事项在党的基本理论、基本路线、基本方略和党的纪律、国家法律法规范围内进行决策，保证决策合法合规。

第二章 议事范围

第五条 重大决策事项

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

(二)讨论决定医院政治思想建设、意识形态、精神文明建设、医院文化建设等重要事项。  
 (三)讨论决定医院重要改革、发展建设和学科建设等规划，年度工作计划，以及重大活动(会议)方案，审定医院章程、基本管理制度和重要规章制度。

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

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

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

(七)讨论决定统一战线工作和工会、共青团、妇联等群团组织的重要工作。

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

(九)讨论决定医疗卫生结对帮扶、对口支援、援外等工作。

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

(十一)讨论决定其他重大决策事项或院长办公会议提请党委会议决定的重大事项。

第六条重要人事任免事项

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

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

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

(四)讨论决定对医院管理干部的考核和奖惩。

(五)讨论决定其他重要干部人事任免事项。

第七条 重大项目安排事项

(一)讨论决定各级各类重点建设项目安排。

(二)讨论决定国内国(境)外交流与合作重要项目。

(三)讨论决定医院基本建设和大额度基建修缮项目。

(四)讨论决定大型医疗设备、大宗医用耗材、器械物资采购和购买服务。

(五)讨论决定其他重大项目安排事项。

第八条 大额度资金使用事项

(一)讨论决定医院年度经费预算安排、预算调整计划、财务年度决算报告。

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

第三章 会议组织

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

第十条 党委会由医院党委书记召集并主持。党委书记因故不能参加会议时，可以委托党委副书记主持。紧急的情况下，书记、副书记因故均不能到会，可授权一位党委委员主持。

第十一条 党委会须有半数以上委员到会方能召开，讨论决定干部任免等重要事项时，须有不少于应参会人数的三分之二以上的委员到会方可召开。委员因故不能参加会议的，应当在会前向党委书记请假。  
 第十二条 根据工作需要，不是党委委员的院长、副院长及其他有关人员可列席会议相关议题。列席人员可以就相关议题发表意见或建议，但不得参与表决。

第四章 议事程序

第十三条 党委会的议题由医院党政领导班子成员提出，党委书记综合考虑后确定。

(一)会议拟讨论的重要事项，议题提出人应提交书面材料，内容包括汇报要点、需讨论决定的事项。需提交会议讨论的文件及有关资料，一般应由党政综合办公室提前送达与会人员，做好议事准备。

(二)党委会召开的时间、议题，应至少提前一天通知与会人员。  
 (三)党委会议研究有关医疗、教学、科研、行政管理工作等重要议题，应当先由院长办公会议讨论通过后，再提交党委会议讨论决定。党委书记应在党委会前充分听取院长意见，意见不一致的议题暂缓上会，待取得共识后再提交会议讨论决定。同一议题涉及两名以上医院党政领导班子成员管理权限的，应在所涉的领导之间充分沟通酝酿，取得一致意见后提出上会建议。

(四)上会研究的议题，如分管领导因故缺席，原则上不予讨论研究。凡未经会前审定的议题，一般不列入会议的议程，如遇突发事件或紧急情况确须上会研究讨论的，经党委书记同意后方可上会研究。  
 第十四条 强化议题的前期准备和前置审査。对干部任免事项的建议方案，在提交党委会讨论决定前，应在党委书记、院长、党委分管副书记(委员)、纪委书记等范围内进行充分酝酿。对事关职工切身利益的重要事项，应通过职工代表大会或其他方式，广泛听取职工意见建议。对专业性、技术性较强的重要事项，应发挥医院各专业委员会(领导小组、工作小组)的作用，开展专家评估及技术、政策、法律咨询，先交由专业委员会(领导小组、工作小组)讨论，提出建议意见。

第十五条 会议讨论实行一事一议。讨论前，由分管领导或议题相关职能部门负责人介绍有关情况;讨论时，党委委员、列席会议相关人员应当充分发表意见，因故未到会的党委委员可以书面形式表达意见;表决时，一般以举手或无记名投票的方式对议题逐项进行表决。重要人事任免事项应通过票决方式决定，按照少数服从多数的原则形成会议决定(决议)，超过应到会党委委员人数的半数同意为通过，如对重大事项分歧较大，持赞成和反对意见人数相近时，一般应暂缓决策，待进一步调研论证后，提交下次会议讨论。按照末位表态制的要求，党委书记应在充分听取党委委员及其他列席人员的意见后再表态。

第十六条 党政综合办公室应当详细如实记录会议情况(会议议题、党委班子成员的发言、表决方式、表决意见、表决结果)，形成会议记录，必要时形成会议纪要或者会议决议，并交会议主持人签发。讨论结果应向未到会的党委委员通报。

第十七条 因重大突发事件和紧急情况，无法立即启动集体研究决策的，分管领导一般应向党委主要领导汇报后，采取临时处置，但事后应当及时向党委会报告，并形成书面记录。

第十八条 建立党委会决策回避制度。如涉及本人利益或亲属利害关系，或其他可能影响公正决策的情形，参与决策人员和列席人员应当回避。

第十九条 参会人员、记录人员、档案管理人员必须严格遵守保密纪律，对党委会讨论及决定内容按规定做好保密工作。

第五章 决议落实和监督

第二十条 经党委会集体决策后，需要落实的事项，由党政综合办公室负责进行任务分解，并以书面形式通知相关部门。由党政领导班子成员按分工和职责组织实施，并负责督办;如有分工和职责交叉的，由党委明确一名班子成员牵头，并负责督办。党政领导班子主要负责人对组织实施工作负总责，分管领导负直接领导责任，相关职能部门主要负责人负具体责任。

第二十一条 党委班子成员对集体作出的决策有不同意见的，在坚决执行的前提下可以保留，也可以按照组织程序向上级党组织反映，但不得公开发表违背集体决定的意见，不得在行动上违背集体决定。

第二十二条 分管領导、责任职能部门应及时向党委报告决定事项的执行完成情况。在执行过程中，遇到新情况新问题以致决定事项需要调整或者变更的，应及时由分管领导向党委书记提出工作意见和建议，并再次召开党委会研究决定。

第二十三条 医院党政领导班子成员应切实履行职责，带头执行党委会形成的决定和决议，相互配合，相互支持，相互监督，形成合力，自觉维护党委班子的威信，增强党委班子的领导力。

第二十四条 党委重大事项决策按规定应当公开的，要按照党务、政务公开的要求，通过局城网、公开栏等各种方式予以公示，自觉接受党员、干部和职工的监督。

第六章附则

第二十五条 医院党建工作指导委员会办公室履行对医院贯彻执行医院党委会议议事规则情况的日常监督和考核工作。  
 第二十六条 医院根据本基本要求，结合实际制定医院的议事规则。

第二十七条 本议事規则基本要求由吉林省医院党建工作指导委员会办公室负责解释。

#### 医院院长办公会议议事规则基本要求

第一章 总则

第一条 为进一步健全现代医院管理制度，明确院长办公会议的议事范围和决策程序，提高科学决策、民主决策、依法决策水平，根据《中共中央办公厅关于加强公立医院党的建设工作的意见》《吉林省加强公立医院党的建设工作实施办法》《吉林省建立现代医院管理制度实施方案》等有关规定，制定本议事规则。

第二条 院长办公会议是对医院医疗、教学、科研、行政管理工作重要事项进行处理和决策的重要会议，研究提出拟由党委讨论决定的重要事项方案，部署落实党委会议决议的有关事项。

第三条 院长办公会议贯彻民主集中制，坚持科学决策民主决策、依法决策。

第二章 议事范围

第四条 院长办公会议的议事范围

(一)讨论决定贯彻落实医院党委会议决议的有关措施。

(二)讨论提出拟提交党委会讨论决定的重大事项方案：

医院发展规划、中期评估及调整意见;医院工作年度计划、计划执行和运行中的重大问题;由医院牵头落实的医药卫生体制改革中的重大事项；医院医疗、科研、教学、行政管理工作中的重大事项;医院制发的规章制度的制定、修改和废止;医院年度绩效考核目标制定、下达及考评有关事项;医院重要行政业务活动实施方案。

(三)讨论提出拟提交党委会研究决定的人事方案;职称评聘、常规晋升晋级及日常人员招用、解聘、调动等医院人事工作的事项;人才引进等医院人才培养工作的事项。

(四)讨论提出拟提交党委会讨论决定的医院年度经费预算安排、预算调整计划、财务年度决算报告等事项方案。

(五)讨论决定医院临床医学、医技、护理部门的诊疗规范、医疗质量、医疗安全、药事管理、院感管理等医疗相关工作。

(六)讨论决定医院临床教学、继续教育、招生(进修生住培生)培训等教学相关工作。

(七)讨论决定医院科学研究、学科建设、学术交流工作等相关工作。

(八)讨论决定医院日常行政事务、后勤日常运行保障安全生产、信息化日常工作和维护、社会服务等行政管理相关工作。

(九)讨论决定三级医院涉及金额在2万至20万元的下列项目事项:基建、修缮项目的新增、调整与变更;大宗物资、设备、不动产和无形资产的购置和处置;大额资金的非预算性支出、预算调整及支出支付;日常公用支出(不含水、电、人员工资、省药械采购平台线上采购的药品和医用耗材等日常开支)。

(十)需由院长办公会议讨论决定的其他事项

第三章 会议组织

第五条 院长办公会议原则上每周召开一次。如遇重大或急办事项，可由院长临时决定开会时间。由党政综合办室拟会议通知(开会时间、地点、参加范围、研究议题)，通知参会人员。

第六条 院长办公会议由院长主持，如院长因故不能到会，可委托一名副院长主持。

第七条 院长办公会议参加成员为医院行政班子成员纪委书记，党委书记一般不参加院长办公会议，其他党委委员可视议题情况列席。专题研究时，有关职能部门(科室)、群团组织负责人等可列席会议。

第八条 院长办公会议必须有半数以上成员到会方能举行，讨论重要问题时，须有不少于应参会人数三分之二以上成员参加。成员因故不能出席会议的，需提前向院长请假在可能的情况下，可以事先对议题留下意见和建议。需上会研究的议题，如分管领导因缺席，原则上不予讨论研究。

第四章 议事程序

第九条 院长办公会议坚持“会前充分准备，会中议題集中，会后检查落实”的程序，确保会议质量和议事效率。

第十条 会议议题由分管领导提出，院长综合考虑后确定。原则上不临时增加议题，如确有需要需征得院长同意。

第十一条 会议议題经充分的会前协调或专门工作(领导)小组讨论后方可由分管领导提交。建立议题提交的常态化机制，除紧急议题外，提出人应提前2个工作日提交书面材料，内容包括汇报要点、事项说明材料、相关文件(统计表、图纸)等，会后交办公室整理并记录在案。

第十二条 院长办公会议的重要议题，应在会前听取党委书记意见，书记、院长意见不一致时，应暂缓提交会议讨论研究，待进一步交换意见、取得共识后再提交。同一议题涉及两名以上领导班子成员分管权限的，应在所涉的领导之间充分沟通酝酿，取得共识后提出上会建议。

第十三条 强化议题的前期准备和前置审查。对事关职工切身利益的重要事项，应通过职工代表大会或其他方式，广泛听取职工意见建议。对专业性、技术性较强的重要事项，应发挥医院各专业委员会(领导小组、工作小组)的作用，开展专家评估及技术、政策、法律咨询，先由专业委员会(领导小组、工作小组)讨论，提出建议意见。

第十四条 院长办公会议贯彻民主集中制原则，必须体现决策规范化、民主化、科学化的要求，实行院长末位表态制。需要决定的事项必须充分讨论，在广泛听取参会人员意见的基础上，由院长作出决定。凡涉及“三重一大”事项时，经会议研究后提交医院党委会决定。遇争议较大、不能马上确定的事项，应暂缓做出决定，待重新调查研究后，提交下次院长办公会议再定。

第十五条 党政综合办公室应当详细如实记录会议情况(会议议题、班子成员的发言、讨论结果)，形成会议记录必要时形成会议纪要或者会议决议，并交会议主持人签发，讨论结果应向未到会的班子成员通报。

第十六条 因重大突发事件和紧急情况，无法立即启动集体研究决策的，分管领导一般应向院长汇报后，采取临时处置，但事后应当及时向院长办公会议报告，并形成书面记录。

第十七条 建立院长办公会决策回避制度。如涉及本人利益或亲属利害关系，或其他可能影响公正决策的情形，参与决策人员和列席人员应当回避。

第十八条 参会人员、记录人员、档案管理人员必须严格遵守保密纪律，对院长办公会议讨论及决定的内容按规定做好保密工作。

第五章 决议的执行及反馈

第十九条 院长办公会议议事结果由党政综合办公室以院长办公会议纪要或院长办公会议决定事项通知单的形式通知有关内设机构办理。

第二十条 院长办公会议议定的事项，按照领导分工，由分管领导组织实施，具体承办内设机构在规定时限内认真贯彻落实。党政综合办公室负责督办、检查，协调解决落实中的问题。

第二十一条 院长办公会议形成的决定，必须认真贯彻执行。在执行过程中，遇到新情况新问题以致决定事项需要调整或者变更的，应及时由分管领导向院长提出工作意见和建议，根据决策程序进行复议。如对院长办公会议形成的决定有不同意见的，可以保留并提请医院党委集体决策。

第二十二条 按规定应当公开的事项，要按照政务公开的要求，通过局域网、公开栏等各种方式予以公示，自觉接受党员干部和职工的监督。

第六章 附则

第二十三条 医院要加强对班子成员贯彻执行院长办公会议制度情况的监督，发现问题及时纠正。

第二十四条 医院根据本议事规则基本要求，结合实际制定本单位的议事规则。

第二十五条 本议事规则基本要求由吉林省医院党通作指导委员会办公室负责解释。

#### 党委书记和院长定期沟通制度基本要求

为进一步推进全面从严治党，落实医院党委领导下的院长负责制，根据《中共吉林省委办公厅关于印发〈吉林省加强公立医院党的建设工作实施办法〉的通知》(吉办发[2018]44号)要求，制定本制度。

第一条 健全完善公立医院党委书记和院长经常性沟通机制，是进一步落实党委领导下的院长负责的具体措施，应坚持依法依纪依规的原则，各司其职、各负其责、相互支持相互配合。

第二条 书记和院长在党委会议和院长办公会议研究、制定、部暑和落实重大措施、重要决定、重要政策和制度重要工作前，必须及时进行沟通，取得相互理解支持。

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

（二)院长办公会的重要议题，应在会议召开前1至2天。

听取党委书记意见，书记、院长意见不一致时，应暂缓提交会议讨论研究，待进一步交换意见、取得共识后再提交。

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

第三条 书记和院长需及时沟通事项

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

(二)讨论医院重点工作任务的贯彻落实情况，指导检查督促重点工作任务。

(三)制定和完善医院重大管理制度。  
(四)医院办院思路、事业发展规划，年度工作计划。

(五)涉及医院“三重一大”事项的研究部署和督促检查。

(六)职工考核评优、职称晋升、工资晋级、目标绩效考核等。

(七)重大敏感事件以及涉及医院安全稳定等重要事项等。

(八)书记和院长认为需要加强沟通的其他事项。

第四条 书记和院长之间采取定期和不定期两种方式进行经常性沟通。定期沟通每周不少于一次，同时，做好沟通情况的记录，对涉及医院突发事件、重要工作部署、上级交办重要事项等。

第五条 随时会商沟通。

#### “一把手”“五个不直接分管”制度

为进一步贯彻落实民主集中制原则，加强党内民主建设和对党政“一把手”行使权力的制约、监督，建立健全决策权、执行权和监督权相对分离、相互制约、相互监督的工作机制，形成“副职分管、正职监管、集体领导、民主决策”的工作机制，依据《中国共产党章程》和《中国共产党党内监督条例（试行）》，制定本制度。

一、“一把手”不直接分管财务。确定一名领导班子成员分管财务，根据医院实际情况限定分管领导的资金审批权，超过限定数额的支出须报告单位“一把手”或领导班子集体审批。分管领导和财会人员定期向“一把手”汇报财务收支情况。对重大资金和资产的安排使用必须按规定的原则和程序，经集体研究决定，任何个人不得擅自决定对重大资金(资产)的开支使用及处置。

二、“一把手”不直接分管人事工作。人事工作坚持分管领导具体操作负责，“一把手”监督审核把关，领导班子集体研究决定。凡涉及到医院中层干部选拔任用、人员录用流动及工资福利等干部人事工作都严格贯彻《公务员法》、《领导干部选拔任用工作条例》等法律法规执行。一般岗位的中层干部的选拔任用要采取公开竞争的方式，特殊岗位的可以班子集体研究决定。

三、“一把手”不直接分管工程项目建设。加强对工程建设项目的监管，严格执行《招标投标法》。对工程招投标和工程建设过程中的其他重大问题，要求必须经领导班子集体讨论决定。严禁“一把手”违规插手、干预工程建设项目招标投标和承发包活动。严禁违规操作工程项目费用的预、决算。

四、“一把手”不直接分管行政审批事项。要减少审批事项、审批环节和优化审批流程、缩短审批时间为主要内容，进一步推进行政审批制度改革，积极配合市政府政务中心并联审批，促进行政审批服务提速增效。

五、“一把手”不直接分管物资采购工作。要求对大额度、大批量的采购事项必须经领导班子集体讨论决定，个人不得直接决定和从事大宗物资采购事宜。严格执行《政府采购法》及有关规定，纳入政府采购目录范围的采购项目，要求必须执行政府采购程序。

#### 民主决策末位表态制度

第一条 为了贯彻落实民主集中制原则，保证决策正确、科学，避免盲目决策，防止决策腐败，加强对领导干部权力的监督和制约，依据《中国共产党章程》、《中国共产党党内监督条例(试行)》，制定本制度。

第二条 本制度的末位表态是指领导班子在研究决定重大事项、重大决策、重要干部任免、重大项目安排、大额度资金使用时，班子其他成员先表态发言，经集体讨论，“一把手”在议事决策中应最后一个表态发言。

第三条 院党委会坚持“ 集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定” 的原则。

第四条 院党委会程序按照“事前告知、充分讨论、末位定论、如实记录”程序进行。

事前告知:召开院党委会前，事先必须将议题告知班子成员，做到议事时心中有数，凡事前未告知的事项一律不上会，任何人不得临时动议。

充分讨论:凡集体研究重要事项，必须充分发扬民主，“一把手”不得先定调子，划定框架，班子成员应就事论事，畅所欲言，各抒己见，认真磋商，任何人不得压制民主，私谋串通。

末位定议:班子集体研究重大事项、重大问题时，在充分发扬民主的基础上，最后由“一把手”综合集体意见并作最后陈述表态。当意见不一、出现明显分歧时，按照少数服从多数原则，实行班子成员集体表决，但仍由“一把手”按照集体表决意见作最终表态。

如实记录:对集体研究的重大问题和事项，必须指定专人进行会议记录，对每位班子成员的陈述意见，特别是对最终决策的方式、内容必须详细、如实记录在案。对一些重大事项，要写出会议纪要，由全体班子成员签字认可，以作为决策责任的依据。

第五条 如在集体讨论过程中有违反以上程序的现象，班子成员可随时提出纠正意见，确保“一把手”末位表态的规定落到实处。

第六条 重大事项决策“一把手”末位表态的范围:

(一)本部门职权范围内涉及干部人事的录用、推荐、任免、调整、奖惩，机构人员的变动和确定，人才引进使用确定的问题；

(二)本部门职权范围内涉及财务收支预算安排、大额度资金使用、大宗物资采购事项的确定；

(三)本部门职权范围内涉及重大事故、自然灾害、社会热点问题的处置；

(四)本部门职权范围内涉及其他容易发生腐败和不正之风的问题。

第七条 班子成员要坚持民主集中制原则，增强全局意识，个人服从组织，少数服从多数，自觉维护班子的团结和统一，以对党和人民高度负责的态度，充分发表个人意见，积极发挥班子成员的作用，促进对重大事项的正确、科学决策。

#### “一岗双责”制度

1、医院党政一把手、党政副职，行政、后勤、职能科室负责人，业务科室主任及护士长是本单位（科室）抓好党风廉政和纠风工作的第一责任人，按照与医院签订的党风廉政建设目标责任书、纠风目标责任书的要求，要一手抓医院（科室 ）的业务工作，一手抓党风廉政和纠风工作，在行业作风建设中发挥表率作用。

2、按照“谁主管，谁负责”和“管行业必须管行风”的原则，标本兼治，综合治理，把业务管理工作与党风廉政、纠风工作紧密结合，做到一起研究部署，一起督促检查，一起考核落实。坚持“一级抓一级、层层抓落实”的原则，对各项党风廉政和纠风工作任务分解到科室、量化到岗位、细化到人头。

3、严格按照《医院工作质量和员工行为管理奖惩规定》和《医德考评标准》进行考核，考核结果与科室及个人的奖罚直接挂钩。对工作中发现、反映出的问题列入个人及科室的医德档案，认真处理，并研究出切实可行的改进方法。

4、落实好党风廉政建设党委主体责任和纪委监督责任,对发生的不正之风行为要认真调查，并按照党风廉政建设责任制和主管部门的有关规定，严肃实行责任追究。

#### “三重一大”事项集体议事决策制度

为落实中共中央关于“重大事项决策、重要干部任免、重要项目安排、大额资金的使用，必须经集体讨论做出决定”的制度（以下简称“三重一大”制度），根据白卫党发[2018]63号文件要求，现结合我院工作实际制定本制度。

一、“三重一大”事项的内容和范围

（一）重大事项决策的内容和范围

凡涉及医院改革、发展和稳定，关系工作人员切身利益的重大问题，均属于重大事项决策的范围，主要内容包括：

1、党和国家的路线、方针、政策和中央、省、市重要文件、会议精神的贯彻落实和需向上级请示、报告的重要事项；

2、基层党建工作、党风廉政工作、精神文明建设、思想政治工作方面的重大问题；

3、整体工作规划，年度工作计划、工作目标的确定，年度重要工作部署、重大活动安排，以及事关工作人员切身利益、涉及面较广的重要事项；

4、财务年度预算调整；

5、工资、待遇、医保等涉及全体工作人员的事项；

6、重大人身伤亡、责任事故、突发事件的处理；

7、涉及医院重大改革方案和改革措施的制定，重要政策和制度的制定、修改、调整和废止等重要事项；

8、院党委认为应当集体研究决定的其他重要问题。

（二）重要干部任免的内容和范围

1、领导班子成员分工及调整；

2、党代表、人大代表、政协委员候选人的推荐；

3、后备干部的确定；

4、干部选拔、任用、考核和奖惩；

5、其它应当提交集体讨论决定的重要干部任免事项；

6、推荐申报先进个人或先进集体。

（三）重要项目安排的内容和范围

1、各类重大工程（在建项目、基础设施建设、维修保养等）建设项目、重大项目前期准备事项及实施过程中需要协调、监管事项；

2、重大建设项目发生重大变更及超概算（预算）调整；

3、重大投资项目安排，包括以财政性资金或融资投资的重大项目，重大活动项目安排，包括文化、体育等重大活动和节庆活动；

4、大宗办公物资、设备采购，工程项目招投标及各类固定资产处置，办公设备购置；

5、上级批准的重大或集体考察学习活动项目经费的支出。

（四）大额度资金使用的内容和范围

1、按照财政预算、决算的编制原则、制订调整和大额度资金使用原则；

2、各类专项资金的安排、使用、管理、监督；

3、固定资产、工程款的资金安排、使用与管理；

4、年度预算外的大宗物资采购事项；

5、预算外行政日常公用经费的支出；

6、其他应由集体决策的大额度资金使用。

（五）大额资金支出审批管理

1、大宗物品采购和基本建设工程项目资金；

2、所有单宗单项超过50万元以上的支出；

3、绩效工资、奖金、福利；

4、医疗纠纷的赔偿。

二、决策原则

（一）坚持集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则。凡属职责范围内的“三重一大”事项，都应集体讨论决定，保证党的路线方针政策和决议、决定得到正确贯彻和执行。

（ニ）坚持集体领导和个人分工负责相结合的原则。党委成员尤其是主要领导应正确处理民主与集中的关系，充分发挥集体领导作用，实行分工负责制，确保权力正确行使。

（三）坚持科学、民主、依纪依法、集体决策的原则。要注重调查研究，尊重和反映客观规律，广泛听取各方面意见，自觉接受各方面的监督，要切实在宪法、法律和党内法规范围内开展决策活动，确保决策贴近实际，符合经济社会发展规律。

三、集体决策机构议事规则

（一）坚持规划先行。“三重一大”问题集体决策要有计划、有步骤的进行。除遇重大突发事件和紧急情况需作出临时处置外，不得在会上讨论临时动议议题。

（二）推行末位表态。认真贯彻民主集中制原则，充分听取与会人员意见，确保决策的科学化、民主化、制度化，在决策时要坚持“一把手”末位表态制度，如遇大事，党委成员要集体讨论，并广泛听取大家意见，少数服从多数。

（三）深入开展调研。决策前要根据工作计划，做好调研、论证、相关法律咨询和必要的事前审计。

（四）实施痕迹化管理制度。“三重一大”事项决策的情況，包括决策参与人、决策事项、决策过程、决策结论、会议主持人、记录人等，要以会议记录等形式留下文字资料，并存档备查，要详细记录不同意见。

（五）如有重大议题、重要人事任免，党委会出席人数需达到应出席人数的三分之二，会议方可召开。

（六）会议决定的事项，应明确落实科室、单位和责任人。

（七）实行保密原则。与会人员要严格遵守保密纪律，对会议研究的内容，未经批准传达或公布的，不得向外泄露。对会上的发言，特别是不同的意见，绝不能私下传播。

四、主要管理程序

（一）会前准备阶段

1、会议议题由党委书记根据党委成员、职能科室的提议或因工作需要，在征求相关分管领导意见后提出，与党委其它成员进行沟通；

2、会议准备由分管领导组织，由相关科室准备有关材料，包括方案和论证材料。对专业性、技术性较强的事项，分管领导应组织相关人员进行专家论证、技术咨询、决策评估，提出可供决策的意见或报告；

3、选拔任用干部，要按照《党政领导干部选拔任用条例》的相关规定，在民主推荐、考察的基础上，经党委书记与相关分管领导共同酝酿，并在一定范围内征求意见后向党委会提名，为党委会决定干部任免做准备；

4、党委会应当提前通知。应当提前1个工作日（临时性或紧急会议除外）将会议通知及有关材料送参加会议的人员。

（二）会中决策阶段

1、会议决策时，由党委书记主持。党委成员应对决策议题逐个明确表示同意、不同意或缓议的意见，并说明理由。因故未到会的党委成员可以书面形式表达意见；

2、讨论重要事项时，到会人数必须超过应到会人数的三分之二，并采用票决制，表决人数超过三分之二以上同意的议案方可通过；

3、讨论中意见分歧较大或者有重大问题尚不清楚时，除在紧急情况下按多数意见执行外，应晢缓决策，待进一步调查研究后再作决策；

4、如遇工作需要，相关职能科室、纪检监察、相关负责人可列席会议。

（三）会后执行阶段

1、“三重一大”事项经集体决策后，由党委成员按分工和职责分工具体组织实施；

2、党委成员个人对决策有不同意见的，可以保留，但在没有作出新的决策前，应坚决无条件执行。同时，可按组织程序向上级组织反映意见；

3、个人不得擅自改变集体决策，因情况发生变化需对决策进行重大调整或变更的，经党委会重新作出决策；如遇重大突发事件和紧急情况需作出临时处置的，必须向单位主要领导报告，事后及时向党委会报告并负责；未完成事项如需党委会重新作出决策的，经再次决策后，按新决策执行。

五、监督检查

（一）党委成员应根据分工和职责及时向党委报告“三重一大”事项的执行情况，并将落实情况列入年度班子民主生活会和述职述廉的重要内容。

（二）“三重一大”事项决策后的贯彻执行情况，由单位纪检监察部门或相关监督科室具体负责决策实施过程中的检查和督办。检査和督办情况及时向党委书记和党委报告。

（三）接受市委组织部、市纪委对医院领导班子执行“三重一大”制度的监督检查。

（四）对“三重一大”事项决策及执行情况，除按有关规定不便于公开外、应在单位公开栏和相关会议、文件中进行公开。

（五）对未经党委集体决策就实施的“三重一大”事项，必须及时向党委书记和委纪检监察归口科室报告。

六、责任追究

（一）具有下列行为之一的，将根据事实、性质和情节，依据《中国共产党纪律处分条例》、《行政机关公务员处分条例》、《关于实行党风廉政建设责任制的规定》等规定，追究有关责任者的责任。

1、违反本决策程序规定的；

2、应提交决策的事项未提交或擅自改变集体决策的，擅自决定组织实施，事后又不通报的；

3、决策事项贯彻执行不力或者执行过程中主观上有过错造成重大影响的；

4、提供不实或者虚假信息误导决策，造成决策失误的；

5、违反保密纪律的。

（二）党委决策失误造成严重后果或者涉嫌违纪违法的，应在査明情况、分清责任的基础上，按照干部管理权限及时向上级部门报告，分别追究主要负责人、分管负责人和其它责任人的相应责任。

（三）发生违反规定行为，情节轻微的，主要责任人和直接责人应当在党委会进行检查；情节较重并造成后果的，按照干部管理权限，由党委书记或上级党组织进行诫勉谈话；情节严重，给工作造成重大损失的，应给予组织处理；构成违纪违法的，移送纪检监察机关、司法机关处理。

七、附则

本《制度》所涉及内容，凡党和国家政策法规及上级文件另有规定的，从其规定。

本《制度》自印发之日起执行。此前印发的《“三重一大”管理制度》（白院党制字[2016]13号）同时废止。

#### 重大事件集体讨论决定制度

1、重大事件是指涉及到医院发展的重大事项，即人事制度和分配制度改革、基本建设、干部任免、引进人才、财务预算收支情况、大型设备购置、新技术项目开发等。

2、会议由院长主持，院领导班子成员及相关科室负责人参加，院办主任做全程记录。

3、需研究决定的议题，须经可行性论证后，提交院务会讨论。

4、讨论决定通过的议题，由分管院长和职能科室组织实施，办公室负责督促，并及时向院长汇报。

#### 重大事项（包括经济）集体决策管理制度和责任追究

为了规范和监督医院集体决策行为，提高医院集体决策的民主性、科学性，特制定本制度。

一、医院决定重大（经济）事项，实行院长（法人）负责制，严格遵守“集体讨论、民主集中、会议决定”的程序，实行集体议事，并以会议决定形成体现院长意志，不得以传阅或个别征求意见等形式代替集体议事和会议决定。

二、医院重大事项范围

1、涉及医院发展的重大相关事项，即“三重一大”所有事项；

2、涉及全院经济全局的重大经济事项；

3、全院年度计划和中长期规划及财务预算；

4、价值超五十万元以上的设备购置项目，超过五万元以上的维修项目，医院基建项目及金额较大的支出事项；

5、其它重大经济事项。

三、凡研究决定重大事项的会议，必须有半数以上领导成员到会方可举行，其中分管此项工作的领导和成员必须到会。

四、医院研究决定重大事项程序必须严格执行科学、民主决策制度。

程序如下：

1、咨询论证：医院领导班子对重大事项要在调查研究广泛征求意见的基础上，提出议题；

2、准备材料：按规定由分管领导组织，有关部门准备规范的上会材料；

3、提前通知：会议通知根据内容的繁简确定提前通知应到会人员；

4、充分讨论：会议由院长主持。会议先由分管领导或有关部门介绍上会资料，安排足够的时间对议题进行充分讨论。讨论中班子成员应提出赞同或不同意见。

5、做出决定：院长在听取班子成员充分发表意见的基础上，做出决定。

6、上报：如需上报上级主管部门的重大事项，形成纪要后上报。

7、公开：重大事项（保密除外）决定后按公开程序公开。

五、责任追究

对违反规则的行为，属下列情况之一的，应追究主要责任人以及其他直接责任人的责任。

1、违反决策程序的；

2、未通过集体议事和会议表决，领导个人擅自决策的；

3、决策时不尊重班子多数意见的；

4、未按上级有关部门要求重新议事的；

5、集体决策出现偏差和失误的；

6、违反保密纪律的。

上述违反规定的行为，情节轻微的主要责任人和直接责任人应该进行检查，接受批评；情节较重并造成后果的，按照干部管理权限，进行诫勉谈话；情节严重给单位造成重大损失的，按规定上报组织处理；构成违纪的，移送纪检机关查处。

六、本规定自公布之日起执行。

#### 关于严禁领导干部违反规定插手干预工程建设的若干规定

为进一步规范工程建设秩序，促进领导干部廉洁从政，确保建设工程项目安全、资金安全、人员安全，根据《中国共产党党员领导干部廉洁从政若干准则》、《党员领导干部选反规定插手干预工程建设领域行为适用<中国共产党纪律处分条例>若干问题的解释》、《关于实行党政领导干部问责的暂行规定》等有关规定，结合我院实际，现对副科级以上领导干部作出如规定。

一、严禁领导干部违反规定插手干预工程建设项目的决策，擅自决定工程建设项目立项，违反规定扩大建设规模增加建设资金，安排工程建设其他事项；

二、严禁领导干部违反规定插手千预工程建设项目勒察、设计、施工、监理的招标投标活动，以介绍、指定勤察、设计、施工、监理队伍或肢解工程项目等方式，使依法应当招标的工程建设项目不招标或假招标、规避招标；

三、严禁领导干部违反规定插手干预工程建设土地使用权审批和出让，擅自决定未报即用、未批先占或以各种理由擅自变更土地用途；

四、严禁领导干部违反规定插手干预工程建设施工管理，擅自决定转包或违法分包工程建设项目，甚至向施工单位直接指定分包队伍；

五、严禁领导干部反规定插手干预工程建设项目质量管理，擅自决定压缩工期、赶进度，降低工程质量标准，导致工程建设项目出现质量问题，甚至发生安全生产事故；

六、严禁领导干部违反规定插手干预工程建设物资采购，擅自指定工程建设物资生产商、供应商，甚至授意高价采购物资；

七、严禁领导干部违反规定插手干预工程建设财务管理，挤占挪用工程项目资金，甚至用项目资金报销应由个人支付的费用；

十、严禁领导干部违反规定插手干预工程建设为他人谋取利益，本人或其父母、配偶、子女及其配偶以及其他特定关系人收受他人财物。

本文件发布后，凡领导干部违反上述规定、插手干预工程建设的，一律进行问责，情节较重的，予以免职；谋取私利的，由纪检监察机关依照党纪政纪严肃处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。其他干部违反上述规定，参照执行。

本文件自发布之日起实施。

#### 关于工作质量和员工行为管理的奖惩规定

为了加强医院管理，从严治院，进一步规范医院的管理工作，提高工作质量和效率，不断提升医院管理水平和服务水平。特制定本规定，望各科室和全院职工认真遵守执行。

一、奖励部分

1、设立优秀管理奖。在科室管理中有科学、规范的管理办法，措施具体、效果明显，勤俭节约、利旧利废，各项工作管理到位，推动两个效益同步增长，年度综合质量评分领先，全年无严重的质量缺陷，能为病人创造一个舒适、安静、整洁的治疗休养环境。每年评选一次，评选出3-5个科室，奖励3000至5000元。

2、设立优秀医疗、护理文件书写奖。每年评选一次，主要奖励对象为在医疗文件书写方面质量优异的医护人员，在出院病历中抽取一定的病历，根据评比等级分别奖励1000至2000元。

3、设立科技进步奖。每年评选一次，主要奖励对象为在科研、开展或引进新技术、新项目工作中成绩显著，填补本院及市内技术空白或对医院业务建设贡献较大，并对本专业产生较大影响的医务工作者，根据评审等级分别奖励1000至5000元。对发表省级以上并有一定重要影响的医学学术论文每篇奖励2000元，重点期刊奖励3000元。

4、设立技术竞赛奖。在国家、省、市、院业务大赛取得名次的医护人员，按大赛的规模、档次和名次，奖励优胜者1000至5000元。

5、设立合理化建议奖。在医院改革发展与建设中提出比较合理的建议，经院领导研究予以采纳，并经过实践取得较好的经济效益和社会经效益，经权威部门及专家审定和认真核算，将给予相当经济效益的2%进行奖励。

6、设立堵塞不安全隐患奖。凡在医疗、护理及安全“四防”工作中，能够积极防范隐患，堵塞严重漏洞，杜绝差错、事故的发生，确保医院安全，做出突出贡献者，视情节奖励1000至2000元。

7、设立精神文明奖。奖励对象为在精神文明建设方面做出突出贡献，为医院赢得荣誉并受到市级以上领导部门表彰奖励，广大职工认可的科室（班组）或个人，经医院班子审议通过。给予：

（1）获市级各种荣誉称号者，奖励1000元。

（2）获省级各种荣誉称号者，奖励2000元。

（3）获国家级各种荣誉称号者，奖励5000元。

8、设立突出贡献奖。奖励对象为在院内、外发生的各种重大突发事件中，竭尽全力，做出突出贡献者，视情节奖励1000至5000元。

9、设立见义勇为奖。奖励对象为在医院内外与坏人坏事做斗争，为保护国家财产和人民安全做出贡献的职工，奖励500至2000元，并给予通报表扬。

二、惩处部分

（一）医疗质量方面

1、严格落实首诊负责制，涉及两个科室以上多种疾病的急、危、重患者，首诊科室医师应进行认真负责的诊治，并根据病情需要请相关科室医师会诊。视患者病情判断患者归属。凡急、危、重患者，首诊医师不得片面强调诊疗范围而拒诊，或因有他科疾病而推诿，拒不收住院。违者罚责任人100至1000元。

2、认真做好三级医师查房，落实好值班和交接班制度的落实，对查房不认真，交班不规范的直接责任人给予处罚。发现交接班制度未规范执行，处罚责任人50至500元。

3、严格执行疑难病例讨论制度，对于应该进行疑难病例讨论而未进行讨论的责任人给予一定的经济处罚。对于急危重患者在抢救完成后应在规定时间记录，并简明扼要地将抢救经过记载于记录本中。对于未按规定时间完成记录，记录本不记录的责任人给予一定的经济处罚。违者罚责任人50至500元。

4、严格技术准入制度落实，对于未严格遵守的责任人给予一定的经济处罚，造成不良后果的追究相关责任。视情节罚责任人100至1000元。

5、严格落实危急值管理制度，对于报告不及时、处置不认真、记录不到位的责任人给予处罚。违者罚责任人50至500元。

6、在医疗工作中，因接诊、检查患者不及时、不认真，遇疑难、危重患者不请示上级医师，不申请科内或院内会诊或被请会诊科医师不及时到位会诊，延误患者诊治，视情节和后果轻重，罚责任人50至500元。

7、所有手术治疗的患者都要经过术前讨论，进行规范的安全核查和风险评估，对于不规范进行术前讨论、不规范进行核查和评估的责任人给予处罚。处罚责任人50至500元。如因此而酿成医疗纠纷者按《医疗事故处罚规定》执行。

8、严格执行毒麻药品管理制度，对不按规定使用麻醉药品、医疗毒性药品，视情节罚责任人100至1000元，构成犯罪的由有关部门依法追究其刑事责任。

9、因责任心不强，造成标本丢失、报告错误以及未履行告知义务或必要告知手续而引起纠纷者（包括医保、商业保险自费项目未履行签字手续，所涉及的一切费用由科室承担），罚责任者100至500元，由此引发的纠纷与后果按《医疗事故处罚规定》处理。

10、因责任心不强丢失病历，视情节扣罚责任人500至1000元；出现伪造病历者，予以技术职称降一级、吊销处方权一年，由此造成的医疗纠纷按《医疗事故处罚规定》处理。不按期完成病历或不按时归档者，每份扣罚50元。

11、出现丙级病历，每份扣罚经治医生200元。年内同一科室出现两份以上丙级病历，扣罚科主任1000元，并诫勉谈话。

12、因责任心不强，开错药、医技检查申请单、报告有错误造成投诉的，责任人赔偿所检查的全部费用；视情节扣罚责任人500至1000元，引发医疗纠纷的按《医疗事故处罚规定》处理。

（二）护理方面

1、护士由于查对制度不到位或违反操作规程，造成配错药、打错针、输错血、采错标本，未造成后果的罚责任者500至1000元；引起纠纷或造成后果的，按《医疗事故处罚规定》处理。

2、重患护理不到位，未认真执行护理常规，因护理措施不得当而导致压疮或使自带原有的压疮加重者（难免压疮除外），出现一例扣责任者100元。

3、输液或静脉注射过程发生液体外渗，造成病人投诉的，视情节扣罚责任者100至200元。

4、对毒、麻、精神药品管理不当，造成数量账物不符或药品丢失，未引起后果者扣责任者500元，造成后果者，按相应的法律法规处罚。

5、科室急救药品、抢救药品及备用药品出现过期或变质现象，每发现一次扣责任者100至500元。

6、各项操作前未提前告知，造成患者投诉或引起纠纷的，扣责任人100至1000元。出现医疗纠纷或被定为医疗事故者，按《医疗事故处罚规定》处理。

7、在卫生系统和院组织的业务考试考核不达标者，当年不能转正定级或晋级。连续两年以上不达标者下岗培训或待聘。

8、不严格执行分级护理制度，病人病情变化没及时发现，每次扣责任人200元；导致不良后果引起纠纷的，按《医疗事故处罚规定》处理。

9、没有对患者进行护理风险评估或评估出有风险，但没实施有效措施防范，每次扣责任人200元；导致不良后果引起纠纷的，按《医疗事故处罚规定》处理。

10、工作中出现差错或漏洞，隐瞒不上报且没有及时采取补救措施，每次扣责任人500元；导致不良后果引起纠纷的，按《医疗事故处罚规定》处理。

（三）院感方面

1、如发现甲类、乙类传染病，不按规定及时上报，视情节罚款500至1000元；若发生重大医院感染暴发流行，未及时报告或处理造成严重后果者，责任人下岗半年，期间发60%工资，科室领导解聘，出现医疗纠纷的按《医疗事故处罚规定》处理。

2、如发现传染病后未及时登记在传染病登记薄上或门诊日志登记项目不完整，影响传染病管理者扣罚100至500元（包括门诊医生及放射科、检验科工作人员）。

3、如因违反无菌技术操作原则，不严格执行消毒灭菌及隔离技术原则造成医院感染暴发及传染病传播者，扣罚500至1000元，并追究科室负责人责任。如违反上述原则，但未发生不良后果者，扣罚100至500元。

4、一次医疗用品的使用、回收管理实行科主任、护士长负责制。如发现过期现象及回收过程中流失、买卖或处置不当，扣罚当事人100至500元。

（四）医保方面

1、医生通过降低入院标准或患者要求入院体检将不符合入院标准的患者收入院，一经查实，所产生的医疗费用由责任者承担，技术职称降一级，停发效益工资一年；对科室领导实行诫勉谈话。

2、医保病历无医嘱用药、无医嘱检查、无指征用药检查、挂床住院、分解住院、出院带药或与病情不符、应审批项目未审批用药、检查、治疗等，由此造成的经济纠纷全部由责任科室承担，并扣罚经治医生500至1000元。

3、医保住院病历填写要真实、准确，如有伪造扣罚责任者500至1000元，技术职称降一级，停发效益工资一年。

4、医保病人住院，各疗区需核对人、身份证、医保卡是否相符合，如有弄虚作假、冒名顶替，一经查实扣罚责任者500至1000元，技术职称降一级，停发效益工资一年；所发生的医疗费用由科室按比例承担，对科室领导实行诫勉谈话。

5、严格执行《吉林省基本医疗保险药品目录》、《吉林省基本医疗保险诊疗项目目录》，使用目录外药品或检查时，必须征得患者及家属同意并签字后方可使用，并在开方时选择“自费使用”。违者扣罚经治医生500至1000元。

6、医生如在医疗保险和商业保险中违反规定为病人开大药方、人情方、假诊断证明等，扣罚责任者500元。如发生医患串通骗保行为，扣罚责任者1000至5000元，技术职称降一级，由此造成的经济纠纷全部由责任人承担。违反《医师法》的按《医师法》处理。

7、严格执行《白城中心医院执行吉林省按病种付费项目价格（试行）的通知》文件要求，对参保人员实施合理检查、合理诊断、合理用药，杜绝费用浪费。一定要应入必入、应退必退，以年龄、合并症、并发症等为理由将符合条件的病例不纳入或退出按病种付费的行为，由当事医生承担医保拒付的医疗费用；

8、推诿拒收危重患者、老年患者，或将有能力治疗的患者转往外地或其他医疗机构就医；通过减少实际需要的诊疗项目或出院带药等降低医疗服务质量的行为，由此造成的经济纠纷全部由责任科室承担，并扣罚经治医生500至1000元。

（五）质控方面

1、科室不能按计划开展质控工作，并且不能按时上交科室质控工作总结，扣罚100至200元。

2、根据我院下发的《白城中心医院质量与安全管理指标及科室质量与安全指标》的标准，各科室质量管理监测指标连续三个月有不达标项目的，按不达标项目数扣罚50至200元。

3、运行病历书写未按时限完成的，每份病历扣罚50至100元。

4、科室发生不良事件并造成一定不良后果且未能及时上报的，发现一件扣罚200元。

（六）行风建设方面

1、在医疗服务中，凡是语言不文明、未着装或着装不整、未佩戴胸卡、佩戴外露首饰等违反仪表规范的，发现一次处罚当事人200元。

2、医务人员在工作中“冷、硬、顶、推”患者或与患者发生吵架，解释不到位引发患者投诉的，视情节扣罚责任者100至1000元。造成后果者按《医疗事故处罚规定》处理。

3、由于上述原因故意激化矛盾发生殴斗、致伤事件，医务人员被伤者一切经济责任和后果交由司法部门裁决，治疗休养期间按病假规定处理。造成患者致伤者一切责任和后果自负。以上问题的发生，医院不负责任何经济责任和补偿。

4、在医疗过程中，不准索要收受患者及其亲属“红包”、物品、宴请，一经查实，处以10倍罚款、降职降级，并在全院通报批评。

5、医务人员在执业活动中，违反《医疗卫生行风建设“九不准”》的、开据假诊断、假证明、假化验单、假报告等证明文件的，给予责任人不少于1000元罚款，暂停执业活动；情节严重的，吊销执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

6、严禁收取“临床促销费、统方费、处方费”等回扣，一经查实，处以10倍罚款、降职降级、直至开除，并在全院通报批评，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

7、严禁科室和个人擅自购买药品、卫材等物品。在医疗活动中，任何个人或科室擅自购买药者（含卫材）、医务人员擅自向院外（含诊所）私开检查单、介绍病人者（传染病除外），对违返者，给予10倍罚款，给予行政处分和降一级技术职称1年，情节严重者予以解聘。造成医疗事故的按《医疗事故处罚规定》执行。触犯法律的依法追究其刑事责任。科室领导诫勉谈话。

8、不准利用购买药品、医疗器材、基本建设、后勤物品等机会私收“回扣”、“好处费”，损公肥私。对违返者，解聘处理。对医院造成的损失，加倍赔偿。对数额较大，构成犯罪的要移交司法机关处理。

9、不准购进伪劣（含三无）药品、试剂、器材、卫生材料、后勤供应物品，对违者除赔偿经济损失外，还要对责任人处以购货金额5%至10%的罚款，并汇同药政管理部门，依据《中华人民共和国政府采购法》《药品管理法》等有关规定进行处罚，追究当事人和科室主要领导的行政和法律责任，数额较大，给国家和集体造成严重损失的要移交司法机关处理。

10、医务人员未经批准擅自到外单位、门诊部、诊所进行有偿服务，收取“会诊费”、“手术费”者，没收非法所得，并处以所得金额的10倍罚款，调离岗位；所进行的非法医疗活动引发的一切后果，由当事人自行承担。

11、为谋取本科室或个人的利益，私自使用本单位的设备、器材、医疗用品等，除给予追缴所需费用外，并给予责任者技术职称降一级，对个人和所在科室在全院通报批评。

12、各科室要向患者公开药品、手术、检查项目、床位等收费标准。公开住院患者的相关医疗费用，对于不公开收费标准的科室，全院通报批评，扣罚科室绩效工资一个月。

13、违反医院收费规定，私收费者视情节全额没收私收费、扣罚三个月以上绩效工资、低聘一级技术职称半年或一年、调离岗位。

14、因科室管理不善，有意造成“跑、冒、漏”费，视情节责任人补交“跑、冒、漏”费、扣发三个月以上效益工资、低聘一级技术职称半年或一年、调离岗位。

（七）仪器设备、物资物品、计算机管理方面

1、不认真执行交接班制度造成器械丢失，其损失物品金额由责任人全额赔偿。

2、医疗设备因无人管理、保养不到位而造成损坏者，科室承担维修费的20%，扣罚科室主要领导500至1000元。

3、凡违章操作或人为毁损设备仪器、物品物资者，一律严肃追究其经济与纪律责任。追究的办法，除按设备仪器、物品物资原值追回损失外，还要视情节性质扣发其一定时间段的绩效工资和予以严重警告直至开除公职的纪律处分。

4、由于管理不善，物品丢失者，按原值追缴经济损失，并视情节性质扣发责任者一个季度或全年度的绩效工资，造成严重损失者按有关规定给予相应的纪律处分。对于下落不明的设备仪器、物品物资，查不清原因分不清责任者，由所在科室按原值赔偿，其赔偿资金从该科的绩效工资中扣除，同时根据所丢失实物的价值大小扣发所在科室负责人一至三个月的效益工资。

5、擅自拿用医院设备、办公用品、废弃的一次性卫生材料物品者，给予所拿物品价值的10倍罚款，全院通报批评，调离岗位或解除聘用合同；情节严重者，移交司法机关处理。

6、非岗位人员禁止上机操作，如发现一人次扣罚本岗位人员和违规操作人员各500元。

7、操作人员如篡改录入项目，一经查出，扣科室月总收入的10%，并处当事人罚款1000元；如医生强制要求录入人员篡改项目，处当事医生罚款1000元。

8、操作员不可擅自退号、退费，一经查出，处以10倍罚款。

9、任何人不能擅自更改电脑、HIS设置及网络，一经查实，处当事人罚款1000元，如产生造成网络瘫痪等严重后果，罚款2000元，并待岗处理，并追究科室领导的连带责任。

10、任何科室和个人未经允许不得私自在内网上安装私人电脑，违者罚款500元，并追究科室领导的连带责任；如发生引进病毒等严重后果，罚款2000元，并待岗处理，并追究科室领导的连带责任。

11、严禁在计算机及相关设备使用的电源上插接一切非计算机用电设备，如电热器、暖手宝等，如发现一次扣罚500元。

12、院内局域网中的计算机不得擅自插接任何外存储设备，如U盘、活动硬盘、光驱、软驱等，如有发现没收设备，并对相关人员罚款500元，如发生引进病毒等严重后果，违者罚款2000元，并待岗处理，并追究科室领导的连带责任。

13、如不按照操作规程进行操作，造成计算机及附件损坏的，由操作者承担维修费用，情节严重者另处罚款500至2000元。

14、计算机整机或零件丢失，视情节由科室按一定比例承担购买费用，并处科室罚款500元。

15、非计算机技术人员不得擅自拆卸计算机及相关设备，绝对禁止带电插拔计算机及相关设备部件，一经发现视情节处罚500至1000元。

16、各科室不得在计算机上安装任何电脑游戏，否则每发现一次处罚当事人500元，并追究科室领导的连带责任，予以全院通报批评。

17、各科室不得使用计算机进行娱乐活动，如玩电脑游戏、播放VCD等，一经发现处罚当事人200元，并追究科室领导的连带责任，予以全院通报批评。

18、严格遵守医院相关的信息保密制度，如有泄露一经发现，视情节给予500至2000元处罚，并按照“网络安全法”追究其法律责任。

19、严禁将计算机网线与电线捆绑在一起，严禁将计算机网线捆绑在暖气管等热源上，违者处罚科室100元。

20、对故意破坏计算机网络设备或网络线路者，一经查实，当事人必须承担维修的一切费用，并予以下岗，情节严重涉及触犯法律的，将移交司法机关处理。

21、任何科室和个人未经允许不得私自安装网络设备，违者罚款500元，并追究科室领导的连带责任；如产生造成网络瘫痪等严重后果，罚款2000元，并待岗处理，并追究科室领导的连带责任。

（八）劳动纪律方面

1、工作时间串岗，离岗，闲聊，在病房、院内公共场所随意吸烟者，一人次扣罚200元。

2、无故迟到或早退一次罚200元；无故旷工一天罚款500元；病事假不履行请假手续的按旷工论处；无故旷工三天，视情节给予待岗处理。无故连续旷工超过十五天，或一年内累计旷工时间超过三十天的依据有关文件精神予以辞退。

3、工作时间不许饮酒或酒后上岗，如违者技术职称降一级或取消同工同酬待遇。工作时间上网、打游戏、玩手机等与工作无关的违反劳动纪律的罚款200至500元。

4、职工及职工家属间因工作关系闹不团结、吵架、骂人、打人，视情节调离工作岗位，主要责任者向对方赔礼道歉做检讨。

5、中层干部（护士长）和有关人员必须按照院里通知的要求参加各种会议，对无故不参加会议的、会后不传达贯彻会议精神的给予批评教育，第一次扣发500元，第二次扣发1000元，第三次诫勉谈话或免除科室领导职务。

6、各科室要如实上报出勤情况，有私自离岗人员在当月内应及时向职能科室和主管院长汇报，如有出勤报告不实的情况，经核实后，每次扣罚上报科室责任者500元。

7、医院返聘人员，在聘期内不允许再到其他单位行医或开诊，一经发现立即终止聘任合同，停发工资，取消院内一切福利待遇。

（九）行政、后勤管理方面

1、职能部门工作人员在工作中要坚持廉政、勤政，如利用职权出现卡、要等不廉洁行为，一经查实，对责任者处以金额3至5倍的罚款，是科室领导的给予诫勉谈话，一般同志给予通报批评，出现两次者一律解聘。

2、职能部门工作人员在为临床一线服务中，服务不到位，态度不好或无故推拖不办，严重影响一线工作，经查实，每发生一人次，罚责任者500元；出现两次者转岗待聘，并对科室领导进行诫勉谈话。

3、后勤相关科室服务不主动、维修不及时，影响一线科室正常工作，造成器械、设备、房屋、设施等一切固定资产严重受损，其直接经济损失由责任者承担30%。科室领导诫勉谈话或扣罚1-3个月绩效工资。

4、各种物资供应不及时，影响工作正常运行，属个人行为造成的，对科室领导诫勉谈话或对当事人取消同工同酬待遇。

5、“四防”安全工作落得不实，对存在的严重安全隐患未及时发现、报告及排除，扣罚责任科室500元。出现失火、失盗轻者其责任人承担损失金额的30%，责任科室承担损失金额的30%，责任者转岗或待聘。对责任科室领导诫勉谈话，责任科室和职能管理科室领导在全院通报批评。如发生火灾及爆炸等恶性事件，责任科室及职能管理科室领导全部解聘，直接责任人辞退，所造成的经济损失由责任科室及职能管理科室各承担50%，触犯法律的要追究其法律责任。

6、医院如遇突发事件或有火警、盗窃等事情发生，保卫人员应第一时间赶到现场，维持秩序，按规范处置。如迟迟不到造成严重后果者，扣罚当班责任人或相关在岗失职者三个月绩效工资。科室负责人扣罚1-2个月绩效工资。

7、因人为因素如不关闭水龙头、暖气漏水未及时发现或其他一切人为因素所造成的跑水、漏水现象发生，一次扣罚责任人500元；由此而造成器械、物品及设施损坏严重的，个人赔偿直接经济损失。

8、违反医院规定使用电炉子、电暖气等，除没收所用电器外，视情节，技术职称降一级、取消同工同酬待遇或调离工作岗位。扣罚责任科室负责人1-3个月绩效工资。

9、因各种原因，被公安机关传讯、立案调查影响正常工作的，除按公安机关处罚外，给予转岗或辞退处理。

10、工作不负责任、玩忽职守，给医院造成重大经济损失和政治影响者，扣罚责任者直接经济损失的30%，科室承担30%，科主任解聘，当事责任者辞退，严重者追究其法律责任。

11、违反财务制度私自挪用公款，经发现除立即返还全部挪用金额外，并处以当事人挪用金额的2倍罚款，视情节给予其责任人下岗或解聘。数额较大的移交司法机关处理。

12、私自乱开各种票据、开假收据者，处以责任者5倍罚款，停止工作待岗或解聘，严重者追究其法律责任。

（十）车辆管理方面

1、驾驶员在接到急救电话2分钟内必须出车，并做好出车登记。同时，做好交接班工作，如实填写交接班记录。

2、驾驶员要每天检查车况，出诊护士检查好抢救设备和药品，做到及时更换和补充并做好登记。

3、驾驶员在出车后返回医院，应及时检查车辆状况、保持车辆清洁，确保随时应急出车。

4、驾驶员在车内禁止吸烟、摆放杂物和与急救病人无关的物品。

5、驾驶员不按时交接班，发现空岗一次扣罚当事人500元；累计2次调离本岗位工作。

6、驾驶员酒后上岗或工作期间饮酒，一经发现，调离本岗位工作。

7、驾驶员在岗期间擅离职守或做与工作无关的事情（如打扑克、玩麻将等），一经发现，驾驶员在编职工扣罚一个季度绩效工资，并调离本岗位工作；同工同酬者将取消同工同酬待遇；未同工同酬者解除劳动合同。

8、驾驶员未经医院批准擅自出车，如发现或举报核实一次，按出车里程补交汽油款，驾驶员在编职工扣罚一个季度绩效工资，并调离本岗位工作；同工同酬者将取消同工同酬待遇；未同工同酬者解除劳动合同。

9、驾驶员私自出车或因失职造成车辆损坏交通事故等后果者，驾驶员个人承担一切责任和经济损失，同时，在编职工调离本岗位工作；同工同酬者将取消同工同酬待遇；未同工同酬者解除劳动合同。

10、公务用车，驾驶员应在规定时间内出车，如延误时间，一次扣罚500元；累计两次取消同工同酬待遇。

11、公务用车，驾驶员应在指定范围内往返，如超出区域行驶出现事故或意外，其责任和经济损失由驾驶员个人承担。同时，调离本岗位工作。

12、驾驶员私自向外借车、借牌照一次，调离本岗位工作。

13、救护车外出救护患者按标准、里程收费，驾驶员如私自收取、截留救护车费，处5倍罚款并调离本岗位工作。

14、驾驶员要严格遵守交通规则，保证行车安全，在确保安全的前提下尽快赶赴急救现场。如发生违章、造成交通事故，并被交警部门认定事故责任，由个人承担，驾驶员在编职工扣罚一个季度绩效工资，并调离本岗位工作；同工同酬者将取消同工同酬待遇；未同工同酬者解除劳动合同。

15、驾驶员在出车过程中，如在接送急救患者、急诊用血等闯红灯时，根据交警裁定，有违章者，由当事人承担一切责任和后果，并调离本岗位工作。

（十一）上述奖励和处罚，根据相关条款，在本人绩效工资中执行。

（十二）其它方面

1、本规定自公布之日起实行，原有相关制度规定废止。

2、本规定适用于全院所有在岗、上班人员。

3、如有本规定未涉及到的可参照此规定有关条款实行。

#### 诫勉谈话制度

  为进一步加强对医院中层干部及职工的教育、监督和管理，增强责任意识、大局意识、核心意识，促进中层干部和职工队伍建设，结合我院实际特制定本制度。  
  一、诫勉谈话是指在政治思想、履行职责、工作作风、工作态度、道德品质、勤政廉政等方面存在一定问题，又不够纪律处分的中层干部和职工，在批评教育基础上提出警告，要求限期改正。诫勉谈话是教育中层干部和职工的一种手段和方式，不是处分。    
  二、诫勉谈话的对象和范围  
  凡本院所有中层干部、在职职工及临时聘用人员，有下列情形之一者，应予以诫勉谈话。    
  1、中层干部年末例行考核中排名末位的；   
  2、缺乏责任意识、大局意识、核心意识，科室管理不善、威信不高、群众基础差、反映大，业绩不突出，工作满足现状的；

3、违反民主集中制原则，影响科内团结和正常工作的；  
 4、违反职业道德，有不公正履行职务或妨碍他人公正履行职务行为的；   
  5、言行不当或当众发表负面言论，对科室、医院造成不良影响和后果的；

6、违反社会公德和家庭美德，思想意识不健康或生活不检点，有损害医务人员的形象和损人利已行为的；  
  7、在廉政问题上要求不严，造成不良影响的；  
  8、有其它应予诫勉谈话表现的。  
 三、实施诫勉谈话的程序  
 凡发现医院中层干部及职工有第二条所列情形之一者，分管领导和科室负责人应提出诫勉谈话的建议，报院党委会讨论同意，进行谈话。各科室工作人员分别由所在科室负责人、分管领导和院党委（纪检）工作人员进行诫勉谈话，院中层干部分别由分管领导或主要领导和院党委（纪检）工作人员进行诫勉谈话。

谈话过程由院党委（纪检）工作人员负责记录存档。谈话记录应包括：诫勉对象的基本情况，包括姓名、职务等；谈话人、记录人的姓名、职务等；进行谈话诫勉的日期、地点；进行诫勉的事由；谈话具体内容。

1、谈话前，应将谈话主题、时间、地点通知谈话对象。参与谈话的院党委（纪检）工作人员，要认真做好谈话情况记录，并严格遵守保密制度。

2、谈话时，谈话对象应如实汇报思想和工作情况，以及党风廉政建设有关规定执行情况；允许谈话对象就有关问题做出解释和提出不同意见；对主谈人提出的有关建议、希望和要求，谈话对象应有明确的表态。   
 3、谈话结束后，谈话对象对需要整改的问题，要制定措施及时整改，必要时应写出书面整改报告，报院党委。

4、医院职工对医院班子作出的诫勉谈话决定有异议，允许申辩和申请复议，但行动上必须服从。  
 5、谈话对象在接受诫勉谈话后，要严格自律、勤奋工作、努力改正组织指出的缺点和问题。对存在问题不及时整改的，将视情节轻重，给予批评教育，限期改正、责令作出检查、在一定范围内予以通报批评或作出纪律处分处理。

#### 党风廉政建设教育制度

1、院党委负总责，各分管领导负责职责范围内的党风廉政建设教育工作，并对责任范围内的党员、领导干部的党风廉政情况进行监督检查。

2、党委年初制定工作计划要把党风廉政建设教育列入其中，并按计划对全院职工进行党风廉政教育。

3、认真学习党中央关于加强党风廉政建设的一系列论述、重要文件，理论联系实际，提高对党风廉政建设重要性的认识。

4、召开民主生活会，按党风廉政责任制的要求进行对照检查，把党风廉政建设工作落到实处。

5、党员领导干部要按照省、市委组织部要求及时向组织如实报告和申报。

6、对违反党风廉政建设责任制规定的，情节轻微的，要予以批评教育；情节严重的，要及时向上级报告并给予党纪或政纪处分。

#### 行风“九不准”制度

1、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

结合深化医改建立科学的医疗绩效评价机制和内部分配激励机制。严禁向科室或个人下达创收指标，严禁将医疗卫生人员奖金、工资等收入与药品、医学检查等业务收入挂钩。

2、不准开单提成

通过综合目标考核，提高医疗服务质量和效率。严禁在药品处方、医学检查等医疗服务中实行开单提成的做法，严禁医疗卫生人员通过介绍患者到其他单位检查、治疗或购买医药产品等收取提成。

3、不准违规收费

严格执行国家药品价格政策和医疗服务项目价格，公开医疗服务收费标准和常用药品价格。严禁在国家规定的收费项目和标准之外自立项目、分解项目收费或擅自提高标准加收费用，严禁重复收费。

4、不准违规接受社会捐赠资助

严格遵守国家关于接受社会捐赠资助管理有关规定，接受社会捐赠资助必须以法人名义进行，捐赠资助财物必须由单位财务部门统一管理，严格按照捐赠协议约定开展公益非营利性业务活动。严禁内设部门和个人直接接受捐赠资助，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商品(服务)挂钩，严禁将捐赠资助资金用于发放职工福利，严禁接受企业捐赠资助出国（境）旅游或者变相旅游。

5、不准参与推销活动和违规发布医疗广告

注意维护行业形象，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，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。

6、不准为商业目的统方

加强信息系统中药品、医用耗材用量统计功能的管理，严格处方统计权限和审批程序。严禁利用任何途径和方式为商业目的统计医师个人及临床科室有关药品、医用耗材的用量信息，或为医药营销人员统计提供便利。

7、不准违规私自采购使用医药产品

严格遵守药品采购、验收、保管、供应等各项制度。严禁违反规定私自采购、销售、使用药品、医疗器械、医用卫生材料等医药产品。

8、不准收受回扣

遵纪守法、廉洁从业，严禁利用执业之便谋取不正当利益，严禁接受药品、医疗器械、医用卫生材料等医药产品生产、经营企业或经销人员以各种名义、形式给予的回扣，严禁参加其安排、组织或支付费用的营业性娱乐场所的娱乐活动。

9、不准收受患者“红包”

医疗卫生人员应当恪守医德、严格自律。严禁索取或收受患者及其亲友的现金、有价证券、支付凭证和贵重礼品。

对违反上述规定的，根据国家法律法规和党纪政纪规定，视情节轻重、造成的影响与后果，给予相应的组织处理、党纪政纪处分或行政处罚；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。对工作严重不负责任或失职渎职的，严肃追究领导责任。

#### 医务人员收受“红包”处理规定（试行）

　为加强卫生健康系统行业作风建设，规范医疗服务行为，全面落实管党治党主体责任和监督责任，强化纪律约束和监督检查，筑牢拒腐防变的制度防线，吉林省卫生健康委员会制定了《吉林省医务人员收受“红包”处理规定(试行)。

　　第一条 为进一步严肃行业纪律，强化监管手段，促进依法执业、廉洁文明行医，根据《中华人民共和国刑法》《中华人民共和国执业医师法》《护士条例》《中华人民共和国行政处罚法》《中国共产党纪律处分条例》《事业单位工作人员处分暂行规定》《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》《医疗机构从业人员行为规范》《加强医疗卫生行风建设“九不准”》《吉林省医务人员医德考评实施办法》等法律、法规和有关规定，结合我省实际，特制定本规定。

　　第二条 本规定所称的“红包”，是指医务人员在从事诊疗活动过程中，以各种名义收受患者或其亲友馈赠的现金、有价证券、支付凭证、贵重礼品等财物。主要包括：

　　(一)患者或其亲友主动送予、医务人员无法拒绝的;

　　(二)通过中介或第三方变相取得的;

　　(三)通过暗示、勒卡、变相勒卡索取的。

　　第三条 本规定适用于医疗机构从业人员，是指在编和聘用制的医师、护士、药学技术、医技以及其他人员，同时包括住院医师规范化培训人员、专科医师规范化培训人员和医院中的研究生、进修生和实习生。

　　第四条 纠治医务人员收受“红包”问题，要按照属地原则，分级管理、逐级负责，坚持教育为先、预防为主、标本兼治、长效治理。地方卫生健康行政部门负责辖区内医疗机构涉及“红包”问题的监督检查、调查处理;省级卫生健康行政部门负责统筹协调省内中省直医疗机构和重大问题的督办查处工作。

　　第五条 各级卫生健康行政部门有权对医疗机构执行情况进行监督，如果发现医疗机构违反本规定，卫生健康行政部门应当给予医疗机构通报批评、限期整改、降低级别或等次等处理。需要给予行政处罚的，依法给予警告、责令停业直至吊销执业许可证的行政处罚。

　　第六条 属地卫生健康行政部门对辖区医疗机构纠治本单位医务人员收受“红包”问题主体责任落实不到位，监管不力、督办查处不实，属地卫生健康行政部门要适时约谈其主要负责人;地区或县区行业风气持续恶化，造成社会重大影响的，上级卫生健康行政部门要对其主要负责人诫勉谈话，责令做出书面检查;情节严重的，给予相应党纪政纪处分。

　　第七条 各级卫生健康部门、办医主体和医疗机构要加强“红包”问题的舆情监测，及时收集整理和调查处理线索信息。及时作出正面回应，正确引导社会舆论，防止造成不良影响。

　　第八条 医疗机构要坚决纠治医务人员收受“红包”等不良行业行为，纠正损害群众利益的不正之风。

　　(一)医疗机构是本单位纠治收受“红包”问题的主体责任单位，党委(总支、支部)负总责，书记是第一责任人;

　　(二)要加强本单位医务人员医德医风教育，建立健全奖惩机制，对及时交送“红包”人员给予褒奖;

　　(三)要指定相关责任部门和人员，负责医务人员交送“红包”的登记备案、举报问题的调查处理和情况汇总上报工作;

　　(四)要建立“红包”上缴登记制度，将接收的现金登记入册，并将有价证券、支付凭证、贵重礼品等财物交相应部门拍卖、折现后，定期上缴国库;

　　(五)要建立收受“红包”医务人员黑名单制度，完善医务人员不良执业行为记分管理办法，把收受“红包”行为予以公示并纳入行风信用体系建设，加大失信联合惩戒力度;

　　(六)要健全并签订医患双方不收和不送“红包”承诺书，明确患者或其亲友强行送医务人员“红包”，将被上缴国库并在医疗机构内公布;

　　(七)要在单位公众场所醒目位置、门户网站等处，适时公布医务人员收受“红包”本级和上级卫生健康行政部门的举报电话、举报信箱或通过12320途径投诉，方便社会各界监督、举报;

　　(八)要建立专职和社会监督员队伍，采取明查暗访、聘请第三方机构评估、媒体监督等办法，加大对本单位医务人员收受“红包”问题的发现力度。

　　第九条 医疗机构对医务人员收受“红包”行为放任不管或制止、查处不力，甚至隐瞒、包庇、袒护，或打击报复举报人造成不良后果的，予以通报批评，取消该单位当年评先选优资格。同时，取消该单位主要领导、分管领导当年评选先进资格和影响职务、职称晋升，并根据有关法律法规和廉政建设责任制的规定，追究有关行为人责任。

　　第十条 医疗机构要将查处情况及时按季度统计逐级上报所辖卫生健康部门，不得虚报、瞒报、漏报。

　　第十一条 医疗机构行风建设工作领导小组对与患方“红包”相关的各类行为具有最终甄别权和决定权，各相关职能部门提出的处理意见或建议，必须经过医院行风建设工作领导小组全体会议审议通过后方可生效。

　　第十二条 严禁医务人员及其父母、配偶、子女和其他特定关系人索取、暗示或收受患者及其亲友的“红包”。

　　第十三条 对于不知情或无法拒绝收受的患方“红包”，医务人员应当在2个工作日内主动退还或者上交医院相关责任部门。

　　(一)现金形式的患方“红包”均要通过缴纳患者住院费的途径返还并告知患者或其亲友。

　　(二)未在规定时间内返还或者上交患方“红包”的医务人员，即视为收受患方“红包”。

　　(三)对于交送本单位相关责任部门的患方“红包”应于次日起3个工作日内返还患者。

　　(四)主动上交且无法退还的“红包”可由单位上缴国库处理。

　　第十四条 对于拒收和返还患方“红包”的医务人员，参照《吉林省医务人员医德考评实施办法》相关医德考评加分标准管理;对于查实收受“红包”的医务人员，计入个人医德档案，当年医德考评予以“单项否决”，考评结果直接认定为“较差”。

　　第十五条 对于收受“红包”无正当理由，逾期不交的医务人员，一经查实予以追缴，医师定期考核为不合格。

　　第十六条 查实收受“红包”的医务人员，应当由所在单位根据情节给予如下处理：

　　(一)批评教育、通报批评、取消当年评优评职资格或参加有关学术委员会资格，并责成当事人作出书面检查;

　　(二)扣发绩效工资、暂停处方权;

　　(三)低聘一级专业技术职务一年，取消一次有效专业技术职称的申报资格;

　　(四)缓聘、解职待聘、解除聘用合同;

　　(五)停职、调离工作岗位、调整职务、责令辞职、免职。

　　第十七条 被不同人实名举报收受“红包”3次以上未查实的，医务人员应向所在单位说明情况，记录在案。

　　医疗机构工作人员的父母、配偶、子女利用该工作人员职权或职务上的影响，收受与其履行职务有关的单位或个人赠送的“红包”的，视为该工作人员收受。

　　第十八条 有下列情节之一的，低聘一级专业技术职务二年，取消一次有效专业技术职称申报资格。

　　(一)查实收受“红包”2次以上的;

　　(二)领导干部和职能部门负责人收受“红包”的;

　　(三)向病人暗示、索要“红包”及谋取其他不正当利益的;

　　(四)收受“红包”造成恶劣影响的;

　　(五)因收受“红包”受到处理后再犯的。

　　第十九条 对存在违规违纪问题的医务人员，需要给予政纪处分的，应按照《事业单位工作人员处分暂行规定》进行处理;医务人员系中共党员需要给予党纪处分的，应当按照《中国共产党纪律处分条例》执行。

　　第二十条 对存在违法问题的执业医师，应当由县级以上卫生健康行政部门，依据《中华人民共和国执业医师法》，视情节轻重给予处罚。

　　第二十一条 收受“红包”数额(价值)或者情形涉嫌犯罪的医务人员，移送司法机关依法处理。

　　第二十二条 民营医疗卫生健康机构及其工作人员参照本规定执行。

　　第二十三条 原有处理办法如与本规定相抵触的，以本规定为准。

　　第二十四条 本规定由吉林省卫生健康委员会负责解释。

第二十五条 本规定自印发之日起施行。

#### 廉洁风险点防范管理制度

1、为深入贯彻落实中共中央《建立健全教育、制度、监督并重的惩治和预防腐败体系实施纲要》、《中国共产党党内监督条例（试行）》等相关规定，拓展从源头上防治腐败工作，进一步增强我院预防腐败工作实效，制定本管理制度。

2、实施廉洁风险点防范管理的指导思想是习近平新时代中国特色社会主义思想，按照“标本兼治、综合治理、惩防并举、注重预防”的反腐倡廉工作方针，加强惩治和预防腐败体系建设，有效遏制和减少腐败现象的发生，推动医院党风廉政建设和反腐败工作深入开展，为促进医院各项业务的开展提供有力的保障。

3、廉洁风险点防范管理是针对医院管理工作中容易发生问题、存在风险的薄弱环节，针对党员干部日常工作生活中可能出现或正在演化中的腐败问题，采取前期预防、中期监控、后期处置等措施，依托计划、执行、考核、公示、修正的循环管理机制，对预防腐败工作，实施科学管理的过程。

4、廉洁风险点防范管理的实施范围包括医院各科室、各工作岗位。把重点岗位和重点环节的风险防范作为实施廉洁风险防控管理的关键，以决策权、基建权、采购权、人事权、财务权等为重点，加强对医院领导干部和行政科室等管理行为的监控；以诊疗、用药、检查、收费等行为为重点，规范医务人员执业行为；建立诚信准入、诚信承诺、诚信评估和不良记录制度，建立供应商公开透明监控系统，防止商业贿赂；建设评价平台，健全评价制度，对患者满意度调查的方法、内容和范围进行改进，主动接受患者监督，促进医患和谐。

5、廉洁风险点防范管理涉及的主要风险是因教育、制度、监督不到位和党员干部不能廉洁自律而产生的思想道德风险、制度机制风险、职能职责风险。

6、建立健全廉洁风险点防范管理工作体系，廉洁风险点防范管理工作坚持党委统一领导，按照党风廉政建设责任制的要求，党政主要领导对廉洁风险点防范管理工作负总责，党办负责组织实施，各科室积极参与配合，依靠群众支持和参与的领导体制和工作机制，依纪依法开展廉洁风险点防范管理工作。

7、为加强对廉洁风险点规范管理工作的组织领导，在院党委的统一领导下，成立系统廉洁风险点防范管理工作领导小组，对廉洁风险点防范管理工作负总责，领导小组办公室具体负责廉洁风险点防范管理工作的组织、协调和实施。

8、建立个人自控机制和组织防范机制相结合，针对各部门查找出的岗位风险点，廉洁风险点防范管理工作领导小组要对风险点进行廉洁风险评估，分级、分层管理和防范，对查找出的风险点、风险岗位要评定廉洁风险等级，根据廉洁风险的高低程度，将廉洁风险分为三级，即高风险、中风险、低风险。

9、高风险是指与各部门的主要职责和人财物权紧密关系的风险；中风险是指与各部门的主要职责和人财物权较为密切关系的风险；低风险是指与各部门的主要职责和人财物权有一定关系的风险。

10、针对廉洁风险等级的不同建立三道防线，即：前期预防、中期监控、后期处置。一是前期预防，针对廉洁风险苗头采取预防性措施；二是中期监控，针对廉洁风险进行动态监控；三是后期处置，针对违纪违法倾向性问题实施惩戒性措施。

11、对权力集中，管钱、管物、管审核等重点和敏感岗位的干部，实行定期交流和轮岗制度，使预防腐败的责任落实到每一个岗位。

#### 廉洁风险防控管理教育制度

1、将廉洁风险防控管理作为院中心组学习和党员干部廉政教育中的重要内容，开展学习教育活动。

2、医院中心组学习成员和党员干部在廉洁风险防控管理教育中积极带头，领会精神实质，及时做好学习笔记。

3、建立健全经常性的廉洁风险防控管理教育活动，利用正反两方面典型教育和引导党员干部珍惜工作岗位，秉公办事、爱岗敬业。

4、通过开展经常性廉洁风险警示教育，尤其是重点岗位、重点部门人员的廉洁警示教育，提高党员干部严守制度、坚持原则，防止不廉行为的发生。

5、创新宣传教育载体，不断扩大学习教育成果。

#### 人事科工作制度

1、 在院长的领导下，按照国家相关法律、法规和人力资源工作的方针政策及医院规章制度，做好医院各项人力资源管理工作。

2、根据医院编制规定，按实际需要合理设置岗位，根据岗位性质，制定岗位职责和任职条件，组织协调各部门员工调配，确保医疗和各项业务工作正常进行。

3、按时完成各种人力资源报表统计、劳动工资等报表，及时向领导反馈信息，建立积累各种原始统计资料。

4、负责各类人员进出管理工作；负责员工聘任及聘后管理工作。

5、负责员工考核、考勤、奖惩、工资、社会保险、用工合同签订、变更、解除、终止等管理工作。

6、负责员工人事档案及文书档案管理工作。

7、负责离退休人员管理工作。

8、负责新入职人员的岗前教育及全员培训的组织和考勤工作。

9、负责各类人员职称（工人等级）申报、考试工作。

10、人事科工作人员必须认真学习业务知识，忠于职守，坚持原则，廉洁奉公，不徇私情，不谋私利，遵守保密制度，严守机密，工作谨慎。

#### 人员招聘制度

为规范医院招聘人员工作管理，确保医院招聘工作公开透明，公正公平，根据国家相关法律法规，结合医院实际，特制定此制度。

一、招聘目的

本制度旨在规范医院招聘员工工作，以补充符合条件的员工为目的。

二、招聘范围

原则上录用各类正规院校全日制毕业生，护士须具有护士资格证书，医生具有执业资格证书者优先，对特殊人才，特殊引进。

三、招聘计划

医院根据发展需要制定年度招聘计划和临时招聘计划。年度招聘计划由医务科、护理部年初提出用人计划，各分管领导审核签字后报院领导班子，经院同意后，人事科负责具体招聘工作，临时招聘计划程序同上。

四、招聘方案

医院招聘工作人员必须制定详细的招聘方案，依据方案实施招聘。每次招聘方案应根据医院实际需要制定。

五、招聘形式

1、事业单位公开招聘

按照白城市事业单位公开招聘工作人员的规定进行招聘。

2、学校招聘

医院将拟招聘人员条件以及招聘岗位、人数、医院简介和其他资质文件，发至省内外一些医学院校，在其就业网站发布招聘信息或由人事科到学校进行现场会招聘。

3、人才交流会和广告招聘

根据临床需要，为扩大医院招聘范围和招录高素质人才，可实施广告招聘和参加人才交流会的办法。根据医院的招聘条件和要求，由人事科会同用人部门拟定招聘标准，经院同意后，在院网站上发布招聘广告或参加人才交流会。

4、自我推荐

个人依据医院招聘条件和录用标准向医院提交申请，按招聘程序录用。

六、录用程序

1、提交材料，应聘人员报名时应提交下述资料：简历表；照片（近期免冠正面照）；普通全日制学历、学位证书及学历查询证明（教育部学历证书电子注册备案表）、职称证、资格证、执业证、身份证的原件及复印件。

2、资格审核，人事科同相关科室按照招聘条件对应聘人员资料初审整理，一般主要有以下几项：各种证件是否与招聘要求一致；年龄；健康状况是否适应工作需要；个人经历等。

3、初审合格，经院研究通过后，通知应聘者参加面试、考试。

4、体检

对面试、考试合格，报院委会研究通过者，进行体检，体检内容按医院相关规定执行。

5、公示

医院招聘领导小组根据应聘者的考试成绩和体检考核结果，拟定聘用人选并进行公示。

七、聘用

1、办理相关手续

招聘编制内人员按照白城市《事业单位公开招聘人员办法》程序办理；符合调动条件的人员按调动程序办理；招聘院内聘用人员按医院相关手续办理。

2、岗前培训

岗前培训由人事科及相关部门一同为新聘人员举行岗前培训，培训时间为一周，培训结束考试合格方能上岗。

3、试用期

具有医师资格证的专科以上人员试用期3个月；护士6个月；无资格证书及应届毕业生、行政后勤人员12个月，试用期间，业务主管部门和所属科室一同对新聘人员进行考核。

4、正式录用

（1）试用期满后，由其主管部门及所属科室出具试用期工作考核结果，人事科根据考核结果，报主管领导审核后，经院委会研究确定是否被正式录用，如不予正式录用，应向试用人员说明原因。

（2）招聘到临床、医技岗位的毕业生，自来院之日起连续三次参加执业医师、相应岗位资格考试未通过者，无条件辞退。

八、纪律监督

招聘工作要严肃纪律，精心组织，增加透明度，理论考试、面试、体检由院纪检委全程监督。

九、组织保障

为了加强对人事制度的管理，招聘工作要在医院人员招聘工作领导小组的领导下执行。（名单附后）

#### 卫生技术人力资源管理制度

1、医院聘用具备资质的卫生专业技术人员是保障医疗质量与病人安全的基本准则。

2、医院要有适合于本院的卫生专业技术人员的聘用制度、评价程序，具有活力的运行机制，使人力资源得到不断的更新，更要注重卫生技术人员实际为病人提供诊疗服务的工作能力。

3、医院有人力资源配置原则与工作岗位设置方案的文件，所配置的卫生技术人员全部符合《医师法》《护士条例》规定的要求。

（1）各科室人力资源配备合理并满足需要，各级各类卫生技术人员的梯队结构合理。

（2）各级各类卫生技术人员的配比应与医院功能任务相适应，与工作量相匹配。

（3）医师的梯队结构与实际技能符合三级查房的要求；护理人员的数量与梯队（含年龄和学历层次）结构合理，满足分级护理的质量保证需要。

（4）当床位使用率大于97%时,应有人员的配比调整的机制与人员储备机制。

（5）主要临床、医技科室均配有高级卫生技术人员，三级甲等医院配备本院注册的主任医师的科室≥90%。

4、建立实行全院岗位职务聘用的体制与程序，设置试用期，做到公开、公平、公正；对每一种岗位的职责、资质、实际能力有明确的要求。

5、在院执业的卫生技术人员全部具备相应岗位的任职资格和实际服务能力，按照法规要求具有执业资格和在本院注册的，并均是接受过不同等级的心肺复苏技术培训的合格者。

6、建立卫生技术人员能力定期评价的机制，要对医师的资质（包括：技术能力、服务品质、职业道德）至少每三年重新审核评估一次，以确保他们具有能够在医院继续为患者服务的资质。

7、建立院、科二级人员紧急替代的制度与程序，以确保病人获得连贯诊疗，尤其对急诊、夜间与节假日。

8、有保护医务人员职业安全的规范与措施。

#### 专业技术人员职称考试、评审、聘任制度

1、专业技术资格考试、评审和聘任工作实行考、评、聘分开。

2、申聘人员必须通过国家、本省规定的专业资格考试或评审，并取得相应专业技术资格证。

3、专业技术职务聘任条件根据上级相关规定并结合本院实际由本单位自行制定；高级职称资格申报由院委会研究同意后报上级人事部门评审认定。

4、人事科具体承办专业技术人员职称考试报名、专业技术职务申报、聘任等工作。

5、医院定期组织专业技术职务申聘工作，申聘人员必须在规定时间内将申聘材料提交到人事科，如未能完整提供有效证件和材料的，人事科不予受理。

6、请假三十天以上的须经医院同意、领导签字后，加盖公章，到人事科备案。

7、所有请假手续都要报送人事科备案。各科室须如实上报科室人员请假情况。

#### 解聘、辞聘制度

员工违反有关规定，医院可按双方签订的聘用（劳动）合同条款，给予相应处理或解聘。

解聘

1、解聘员工由所在科室提出书面报告，经主管领导同意，报院委会批准，由人事科办理解聘手续。

2、员工与医院的劳动关系解除后，医院应按国家有关规定及时为解聘人员办理相关手续。

辞聘（终止合同）

1、员工辞职须本人提前30天提出书面申请，所在科室领导签字，经分管领导同意，报院长批准，到人事科办理终止合同手续。

2、解聘、辞职员工需办理职工调转离院手续后方可离院。

#### 岗位管理制度

一、医院各类岗位应实行岗位管理。

二、岗位管理制度覆盖范围：全体在编及编外员工。

三、岗位管理分三类：管理岗位、专业技术岗位和工勤岗位。

四、三类岗位的配置标准：

1、在编员工严格按照市人社局核定的标准执行。

2、编外员工：根据医院功能任务，参照《综合医院组织编制原则》标准执行。

3、特殊科室员工配置标准：按上级有关标准要求执行。

五、岗位设置原则：

1、严格标准；

2、以人为本；

3、公开、平等、竞争、择优；

4、因事设岗、按岗定人。

六、建立岗位聘用程序。

七、护理部、医务科、人事科做好落聘和待岗人员的思想工作：落聘和待岗人员按员工待岗管理暂行办法执行，人事争议由人事科负责牵头（护理部、医务科和医院工会协助处理）

八、三类岗位的管理部门

1、专业技术人员：

（1）卫生技术人员：①医、药、技由医务科负责管理。

②护理由护理部负责管理。

（2）其它技术人员：由所在科室进行管理。

2、行政、后勤管理人员：由所在科室进行管理。

3、工勤人员：由所在科室进行管理。

九、建立健全三类岗位的职责和履职要求：由院办负责指导撰写，护理部、医务科及各科室负责建立及修改。

全体员工必须认真履行岗位职责、遵守医院各项管理规定，按时完成各项工作任务。

十、建立健全岗位考核评价机制：

各科室建立考核、评价记录，护理部、医务科负责监管。人事科负责考核合格后的聘岗、调资、考核反馈等。

#### 全员聘用制度

1、医院院长、副院长由上级组织部门考核任命；

2、医院党支部、群团组织负责人的产生，按有关章程规定执行；

3、医院各科中层干部、专业技术岗位、管理岗位、工勤岗位全部实行聘任制，按《白城市事业单位人事制度改革实施办法》、市人社局批复的《关于白城中心医院岗位设置的通知》及《白城中心医院岗位聘任考核方案》竞聘上岗；

4、根据竞聘结果，聘任到相应岗位。由人事科办理相关聘任手续，签订聘用合同，报市卫健委、人社局审核备案；

5、医院根据工作需要，从学校毕业生或社会招聘来院工作的各类人员，试用期满后，经考试、考核成绩优秀，能独立上岗值班者，择优聘用到相应岗位，签订劳动合同；

6、聘用期限一般为三年，期满根据年度考核、聘期考核、专业技术人员履职考核结果，确定是否聘用或解聘。

#### 专业技术人员任职（准入）审核制度

为加强专业技术人员管理，确保医疗和护理工作质量与安全，提高医院整体服务水平，根据相关规定制定专业技术人员任职审核制度及程序。

（一）专业技术岗位任职条件

1、受聘二级、三级、四级岗位一般应具有正高级专业技术资格；受聘五级、六级、七级岗位一般应具有副高级专业技术资格；受聘八级、九级、十级岗位一般应具有中级专业技术资格；受聘十一级、十二级、十三级岗位一般应具有初级专业技术资格。

2、从事临床医疗岗位、医技科室出具诊断性报告的人员必须持有《执业医师资格证书》,并办理本院的执业注册, 护理岗位的人员应具备《执业护士资格证书》并办理本院的执业注册,医技（技师）岗位人员必须持有相应岗位证书, 禁止非医务人员从事医务工作。 对尚未取得执业资格的医学院校应届生,必须在上级医师(或护师)指导下工作，在规定的时间内必须取得执业医师资格。

3、新调入有执业资格的人员，必须在报到后及时办理执业变更手续，经审核后方能独立执业。

4、医师、护士岗位调整，经相应的岗位培训后，应及时申请变更执业类别、执业范围等注册事项，并在规定的时间内取得与调整后岗位相适应的（专业、级别）技术职务资格。

5、独立从事药学专业技术工作人员须具有药师以上专业技术资格。

6、其它专业技术岗位任职条件，按有关规定执行。

7、医院对卫生技术人员的业务水平、工作成绩和职业道德状况进行定期考核，不合格的，暂停执业活动，接受培训和继续医学教育，暂停执业活动期满后，再次进行考核，考核合格的，继续执业，不合格的按卫生行政部门的规定给予相应处罚。

8、特殊科室人员准入遵照卫生行政部门的规定。

二、专业技术人员任职资格审核程序

1、人事科、医务科、护理部依据国家、省、市有关规定制定各级专业技术人员任职条件；

2、人事科、医务科、护理部对各级专业技术人员进行任职资格的审核；

3、汇总专业技术人员名单报请院同意后，按相应资质上岗；

4、专业技术人员的相关资质材料、证书复印件存档备查。

#### 专业人才梯队建设制度

一、人才梯队建设目标：

1、各级各类卫生技术人员职称从高到低呈金字塔状。

2、临床、医技、护理各学科带头人、技术骨干合理。

二、人才梯队建设措施

1、人才引进：根据计划，每年适当引进卫生专业的研究生和本科毕业生充实到临床一线岗位。根据学科发展需要，适当引进学科带头人，形成合理的人才梯队。

2、培训提高：培训计划，每年选送一定数目的卫生专业技术人员到全国各大医院进行长、短期进修学习，鼓励临床医生、护士在职读硕士学位、博士学位(毕业回到医院后，在职称晋升可给予一定政策)，实行继续教育制度。

3、对各级各类卫生专业技术人员进行年度考核，实行动态管理，竞争上岗，择优聘用，对考核不合格的实行低聘或解聘，对优秀者可以低职高聘。

4、建立健全人才激励机制，分配向成绩突出、贡献大的优秀人员倾斜。

5、建立考核档案。

#### 职工休假管理办法

第一章 总则

第一条 为保证职工正当休息休假权利，调动职工工作积极性，维护全院正常工作秩序，根据相关法律、法规及相关政策规定，结合本院实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于全体在岗职工。

第三条 职工休假应遵守本办法规定的期限、程序及其他要求，按照不同假种享受相应的假期待遇。

第二章 各种假期

第四条 除法定假日外，职工休假包括：

（一）带薪年休假

（二）婚假

（三）丧假

（四）生育假（正常生育假，护理假，计划生育假，哺乳假）

（五）探亲假

（六）保健假（放射工作人员）

（七）工伤假

（八）补休假

（九）病假

（十）事假

第五条 带薪年休假

（一）职工连续工作满1年以上的，享受带薪年休假。各科室根据工作实际，对职工年休假进行统筹安排，既要确保各项工作的正常运转，也要保证休假的时间和质量，除紧急特殊情况外，休假时间一般不安排职工参加日常工作，年休假在1个年度内可以集中安排，也可以分段安排，分段安排原则上不可以超过2次，若遇病事假需抵减年休假可视具体情况酌情增加休假次数，但不跨年度安排。

（二）休假标准

1.休假期限。根据《职工带薪年休假条例》（国务院令第514号)，职工累计工作已满1年不满10年的，年休假5天；已满10年不满20年的，年休假10天；已满20年的，年休假15天。

职工在医院参加工作的年限，以及在其它单位按照国家规定已缴纳养老保险的年限，均计入累计工作时间。

2.新录用职工年休假的计算

职工当年新入职工作（包括从外单位调入）的，当年度年休假天数，按本院剩余日历天数折算确定，折算后不足1整天的部分不享受年休假。

具体折算方法为（当年度在本院剩余日历天数÷365）×职工本人全年应当享受的年休假天数 。

3.职工离职时年休假的计算

职工试用期之后终止或解除劳动合同时，职工不得以年休假抵扣其依法应当履行的提前通知期。但职工可以在劳动合同解除或终止前休全部或部分当年未休年休假。

离职当年未休年休假折算方法为：（当年度在本院已过日历天数÷365）×本人当年按规定应当享受的年休假天数－当年度已经安排的年休假天数。

（三）有下列情形之一的，不享受当年年休假待遇

1.工作满1年不满10年的职工，当年请病假累计2个月以上的。

2. 工作满10年不满20年的职工，当年请病假累计3个月以上的。

3. 工作满20年的职工，当年请病假累计4个月以上的。

4.当年事假累计30天以上的。

上述情形如已享受或部分享受了当年的年休假的，从下一年的年休假中扣除。

休息日，国家法定节假日不计入年休假的假期。

第六条 婚假

在工作期间依法办理结婚登记的职工，凭结婚证可享受15天婚假。请休婚假应提供结婚证复印件。职工婚假应于结婚登记至次年年底前请休完毕，未能在前述期限内请休婚假的，视为职工自愿放弃。婚假天数为工作日，不包括休息日，国家法定节假日。

第七条 丧假

职工的父母，配偶，子女不幸身故时，可给予3天丧假。如职工需要赴外地料理丧事的，可根据路程远近酌情另给予1-2天往返路程假。丧假原则上不拆分使用，包括休息日、国家法定节假日。

第八条 生育假

（一）正常生育假

按照《吉林省人口与计划生育条例》（2016版）和《女职工劳动保护特别规定》（国务院令第619号）的规定，女职工依法生育（凭生育情况证明），可享受正常生育假期158天。其中产前可以休假15天，难产的，增加产假15天，生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，增加产假15天。

（二）护理假

男职工凭配偶生育情况证明，可享受护理假15天。

（三）计划生育假

1、放置宫内节育器，休息两天，七天内不安排重体力劳动；

2、取宫内节育器，休息一天；

3、结扎输精管，休息十五天；

4、结扎输卵管，休息二十一天；

上述手术同时进行两项以上的，休期合并计算。

5、怀孕28周以内终止妊娠的，根据妊娠时间休息21天至42天。怀孕28周以上终止妊娠的，休息98天。休假时需提供定点医疗机构的诊断证明和生育服务证明。

（四）哺乳假

生育女职工在婴儿一周岁以内给予哺乳假，哺乳假每天1小时；多胞胎生育者，每多生一胎，每天授乳时间增加1小时。

本条规定假期除护理假外，均包括休息日，国家法定节假日。

第九条 探亲假

探亲假是为照顾解决职工与配偶，父母长期两地远居（不在同一城市居住）而给予的探望假期。请休探亲假须满足如下条件：职工工作满一年以上，且在公休假日不能与配偶，父母团聚。

（一）休假假期

1.职工探望配偶的，每年一次，假期最长为30天。

2.未婚职工探望父母，原则上每年一次，假期最长为20天；如两年探亲一次，假期最长为45天。

3.已婚职工探望父母，每四年一次，假期最长为20天。

4.根据路程远近，可酌情给予1-2天往返路程假。

（二）探亲假期不包括往返路程时间，但包括休息日，国家法定节假日，探亲假集中使用。

（三）本年度新调入的职工，须有原单位未休假证明，方可享受探亲假。

（四）享受婚假，产假的当年，不再享受探亲假。职工离职的，未休探亲假自动取消。

（五）请休探亲假应提供指定材料：父母（或配偶）身份证复印件、父母（或配偶）居住地材料（户口本复印件或所在地区居住证明）、证明相关关系的材料（结婚证复印件、户口本复印件等，不在同一户口本请提供其他证明）、配偶当年度未休探亲假证明（探配偶需提供）、书面申请（说明父母（或配偶）现详细住址，具备探亲假休假资格，请医院审核。）

第十条 保健假

放射工作人员，可根据《放射工作人员职业健康管理办法》的规定，每年可以享受保健假2-4周。放射工作人员，是指在放射单位从事放射职业活动中受到电离辐射照射的人员。包括休息日和国家法定节假日。

第十一条 工伤假

职工因工受到事故伤害后，经社会保险行政部门认定为工伤或职业病的，凭定点医疗机构出具的诊断证明，按《吉林省工伤职工停工留薪期分类目录》（暂行）规定的停工留薪期进行休假。

第十二条 补休假

补休1天的，所在科室自行安排，如申请集中补休（2天及以上）的，应按医院的相关规定履行请假手续并到人事科备案。补休时间可顺延至当年年底，跨年度无效，申请休补休假时，应由科室提供补休证明，各科室应做好补休的记录工作。

第十三条 病假

职工因患病或非因工负伤而需要停止工作，接受治疗或需要休息的，要提供定点医疗机构出具的诊断书，就诊凭证、门诊收费专用票据等。

关于职工患病或非因工负伤可享受的病假等有关规定，按照《企业职工患病或非因工负伤医疗期规定》（劳发部[1994]479号）执行。

医疗期满后，不能从事原工作也不能从事由医院安排的其他工作的，医院提前30日书面通知病休人员后可以单方面解除合同。

第十四条 事假

职工应尽可能利用休息日、节假日以及带薪年休假处理个人事务，如遇突发的、必须利用工作时间处理的个人紧急事务，确有请假必要时，职工方可请事假。事假请休的最小单位为1小时。连续事假不得超过15天（含休息日和国家法定假日）。

各科室应根据职工请假理由及工作实际情况酌情考虑是否批准职工请事假。职工如有当年带薪年休假未休或未休满的，原则上不得批准事假，应要求职工首先利用本人带薪年休假处理个人事务。

第三章 请假程序

第十五条 请假应由职工本人亲自办理。因本人突发严重疾病或受伤等无法克服的意外情况不能亲自办理的，应及时通知本科室负责人或同事，委托代理2日内办妥相关手续。

第十六条 职工请假必须填写《请假报告单》由所在科室主要负责人、主管部门和分管领导签字确认，到人事科备案后方可休假。

第十七条 请假三十天以上的须经医院同意、领导签字后，加盖公章，到人事科备案。

第十八条 休假结束后，需提前或上班当日到人事科销假。

第十九条 未办理请假手续或未经批准而擅自不上班的；在请假中弄虚作假的；请假期满未办理续假手续而继续休假的逾期部分；未办理销假手续的逾期部分，均按旷工处理。

第二十条 出现旷工行为的，依据《事业单位工作人员管理条例》和医院的相关规定执行。

第二十一条 院领导、各科室主任（科长），护士长请休假还应执行以下规定：

1、院班子成员因公（私）离院，须向主要领导请假，并向院办告知去向和时间。

2、各临床、医技科室主任因公（私）离院1天，须向分管院长请假；离院1天以上者，须向院主要领导请假，并向医务科告知去向和时间（门诊医技科室主任同时要向门诊办告知去向和时间）。

3、各科室护士长因公（私）离院1天，须向分管院长请假；离院1天以上者，须向院主要领导请假，并告知护理部去向和时间。

4、行政、后勤各科室主任（科长）因公（私）离院1天，须向分管领导请假；离院1天以上者，须向院主要领导请假，并告知院办去向和时间。

5、各级管理人员，假满归院后（或需延迟），应向分管（主要）领导销假（或超时续假）。

6、各科室主任（科长及负责人）和护士长要按时参加医院中层干部会议和医院要求的各项活动，如因工作特殊需要不能参加者，需向院主要领导请假，并告知会议和活动的组织部门。

7、违反上述制度者，按相关规定处罚。三次违反者，解聘行政管理职务。

第四章 假期薪酬待遇

第二十二条 休带薪年休假，婚假，丧假、探亲假、路程假、保健假期间工资照发。

第二十三条 休产假，计划生育假、护理假期间工资停发，编制内和同工同酬的，由生育保险基金支付生育津贴，未同工同酬的，按照职工产假、护理假前工资标准由医院支付生育津贴。休产假停发工资期间，职工个人应承担的“五险一金”费用，从生育津贴中代扣。

第二十四条 休工伤假，停工留薪期内的有关待遇，按《吉林省实施<工伤保险条例>办法》执行。

第二十五条 病假、事假待遇

1、病假待遇

（1）工作人员病假在两个月以内的，绩效工资按日折算，其余部分照发。

（2）工作人员病假超过两个月的，从第三个月起按照下列标准发给病假期间工资：

①取消绩效工资；

②工作年限不满十年的，发给基本工资的百分之九十；

③工作年限满十年的，基本工资照发；

（3）工作人员病假超过六个月的，从第七个月起按照下列标准发给病假期间工资：

①取消绩效工资；

②工作年限不满十年的，发给基本工资的百分之七十；

③工作年限满十年和十年以上的，发给基本工资的百分之八十。

本条所指绩效工资是指工资构成中的绩效工资，不包含科室按有关规定分配的绩效工资。

2、事假待遇

（1）事假为无薪假；

（2）事假期限一般不得超过2周，如确实需要的，可在事假到期前申请延期一次，延期期限不得超过首次批准期限。无正当理由超过批准期限不返岗者按旷工处理；

（3）请事假先用个人年休假抵扣。

第二十二条、第二十三条、第二十五条休假期间经医院考核后另行发放的绩效工资，执行二次分配的科室由所在科室自主确定，执行平均值分配的科室由医院直接从当月绩效中扣除。

第五章 附则

第二十六条 工作人员休假、请假，必须做好工作的衔接，不得贻误所承担的工作。

第二十七条 派出进修、学习、公出的人员按请假程序请假，并到人事科备案

第二十八条 因工作需要，工作时间不能执行医院正常的作息时间，需自行安排工作时间的科室（如体检中心、挂号收款处、血液透析中心、腔镜室等无夜班的科室），应报主管部门、分管领导审批，到人事科备案。

第二十九条 工作人员病愈后要求恢复工作的，经定点医疗机构证明身体确已恢复方可恢复工作，并在2个月内能够坚持正常工作。以后再休病假的，其病假时间可以重新计算，两个月内不能坚持正常工作且又休病假的，应将恢复工作前后的病假时间累计计算。

第三十条 连续休假（病假、事假）满1个月，取消当月护士的护岗待遇（因工负伤的按有关规定执行）。

第三十一条 住房公积金随着休假工资的调整进行相应调整；

第三十二条 新录用的见习期人员休产假、病假的，休假时间超过1个月的，见习期相应延长。

第三十三条 一年内事假累计15天以上、病假累计30天以上，年度考核不得评为优秀等次。

第三十四条 病、事假累计超过半年的，不参加年度考核；不增加薪级工资，本年度不计算为现聘岗位的任职年限，翌年不得聘用高于现聘岗位等级的岗位。

第三十五条 工资折算日按每月21. 75天计算。

第三十六条 工作人员在病假期间从事有收入活动的，即停发病假期间工资。

第三十七条 医院联合检查组定期对休假人员提供的材料进行核实，如发现弄虚作假，按有关规定给予当事人相应处理。

第三十八条 编外人员在规定的医疗期内休假待遇参照本制度执行。

第三十九条 本办法所称“以上”“以内”均包含本数，“超过”不包含本数。

第四十条 带薪年休假从2020年1月1日起执行。

第四十一条 本办法其它条款自下发之日起执行。

第四十二条 若本办法部分条款与相关法律法规存在不一致之处，依照相关法律法规办理。若本院其他文件相关内容与本办法规定不一致，以本办法为准。

#### 关于实行待岗及解除聘用（劳动）合同的规定

为适应医院改革与发展的需要，强化医院职工动态管理机制，规范待岗及解除聘用（劳动）合同的条件，进一步完善人事管理制度，促进人才合理流动，优化人力资源配置，充分调动医院广大职工的积极性，更好的服务于患者，特制定本规定。

第一条 本规定的范围为本院在职在岗人员，包括在编、合同（同工同酬）、其他在岗人员。

第二条 有下列情形之一者医院有权要求其待岗2个月至6个月：

（一）拒不服从医院工作岗位安排；

（二）工作不尽职尽责、不服从医院和科室管理；

（三）拒不执行医院指令性工作任务；

（四）工作不负责任，给医院造成一定经济损失；

（五）违反廉洁行医及职业道德，经查实并造成一定不良社会影响的；

（六）科室（或班组）有私收费或漏收费等行为，违反医院财务管理制度，但尚不构成违法犯罪的，相关责任人应予待岗，并按有关规定处理；

（七）在本院具有相关诊疗条件的情况下，私自将患者介绍院外就医治疗的；

（八）私自经营药品、卫生器材和医疗设备，或者为药品、卫生器材和医疗设备的经营者招揽客户损害医院利益的；

（九）受到医疗服务投诉2次及以上，并给医院造成不良社会影响，经查实确属个人原因的；

（十）工作不适应岗位要求，或经培训转岗后仍然不能胜任岗位工作的；

（十一）医疗期满后，医院不能安排相应岗位的人员；

（十二）在一个季度内，迟到早退累计达5次以上，或一年内连续旷工3天，或一年内累计旷工5天者；

（十三）违反医院规章制度、操作规程等造成医院财产损失和不良后果者；

（十四）本院职工及其家属有寻衅闹事、打架斗殴、辱骂他人等扰乱医院正常管理秩序或给本院造成不良社会影响的行为的，应予待岗，并按有关规定处理；

（十五）医德医风综合考评不达标者；

（十六）年度考核不合格者。

第三条 待岗期间停发工资(岗位工资、薪级工资、绩效工资和各项津贴补贴)，发给基本生活费（基本生活费按白城市最低生活费标准执行）。

第四条 符合《劳动法》、《劳动合同法》、《事业单位人事管理条例》及有关法律法规规定的，解除劳动（聘用）合同条件时，可以解除劳动（聘用）合同。

第五条 医院与职工可协议解除劳动（聘用）合同。

第六条 有下列情形之一的，医院可单方面解除与职工的劳动（聘用）合同：

（一）在试用期间被证明不符合录用条件的。

（二）严重违反劳动纪律和医院规章制度的。

（三）严重失职，违反工作程序给单位利益造成重大损害的。

（四）被依法追究刑事责任的。

（五）连续旷工超过15个工作日或者一年内累计旷工超过30个工作日的。

（六）受到开除处分的。

（七）试用期满考核不合格，或在试用期内被证明不符合本岗位要求，又不同意甲方调整其工作岗位的。

（八）受到待岗处分后仍不改正的。

（九）法律、行政法规规定的其他情形。

第七条 有下列情形之一的，医院可提前30天书面通知劳动者本人，可解除劳动（聘用）合同：

（一）劳动者患病或者非因工负伤，医疗期满后，不能从事原工作，也不能从事由医院另行安排工作的；

（二）劳动者不能胜任工作，经过培训或调整工作岗位后仍不能胜任工作的；

（三）年度考核或者聘期考核不合格，又不同意甲方调整其工作岗位的，或者虽同意调整工作岗位，但无正当理由不同意对原聘用（劳动）合同做相应变更或到新岗位后考核仍不合格的；

（四）劳动合同订立时所依据的客观情况发生重大变化，致使聘用（劳动）合同无法履行，经医院与职工协商，未能就变更聘用（劳动）合同内容达成协议的。

第八条 待岗人员在劳动（聘用）合同约定的有效期届满之日仍未重新上岗的，医院依据有关劳动人事法规按合同终止处理。

第九条 解除聘用（劳动）合同的补偿金，按相关规定办理。

第十条 医院成立待岗及解除聘用（劳动）人员管理中心，负责统一集中管理待岗人员。待岗管理中心由人事科、医务科、护理部、财务科、总务科等职能科室组成，办公室设在人事科。待岗及解除聘用（劳动）人员管理中心主要职责包括：  
 （一）负责待岗人员考勤、培训等日常管理；  
 （二）协调做好待岗人员分流安置工作；  
 （三）协助办理待岗人员的其他事项；

（四）办理解除劳动（聘用）人员相关手续等事宜。  
第十一条 待岗人员办理工作程序

（一）科室以书面形式将本科拟待岗人员名单和待岗原因上报主管部门、无主管部门的上报人事科。个人申请转岗，须以书面形式写出申请，经科室同意后，上报主管部门、人事科。

（二）人事科协同相关职能部门提请院长办公会议研究审批。其中个人申请转岗，有合适岗位安排的予以转岗，未有合适岗位安排的到待岗人员管理中心待岗。对符合待岗条件的人员，院长办公会议可直接研究审批。  
 （三）经院长办公会议研究审批后，人事科下发《医院职工待岗通知书》送达科室。待岗起始日期以《待岗通知书》时间为准。  
 （四）科室负责通知待岗人员，并及时办理工作交接等手续。  
 （五）待岗人员自待岗之日起3个工作日内到待岗人员管理中心报到，填写《医院待岗职工登记表》，逾3个工作日不办理报到手续者按旷工处理。

（六）待岗期间，作息时间按医院正常上班时间为准。无故迟到、早退累计5次或旷工超过3个工作日的，医院可解除劳动（聘用）合同。  
 第十二条 待岗人员的分流安置  
 （一）院内转岗：待岗人员可应聘医院提供的工作岗位或自谋工作岗位，双向选择一致后，根据岗位需要应参加岗前培训。待岗人员新上岗须有1个月的试岗期，试岗期期满由待岗人员管理中心会同使用科室予以考核，考核合格后办理正式上岗手续，按新的工作岗位确定工资待遇。考核不合格仍执行待岗待遇。

（二）鼓励待岗人员个人自费参加业务技能培训、进修深造。

（三）待岗期间，待岗职工本人提出书面申请，可按规定办理解除劳动（聘用）合同手续。  
 第十三条 待岗期间的相关规定

（一）待岗期限最长为6个月。

（二）待岗期间拒不服从医院工作安排的（调整科室或岗位），降低岗位等级一级，三年内不能申报上一级职称（职务）的晋升或聘任，第二次仍不服从医院工作安排的，医院可解除聘用（劳动）合同。

（三）待岗期间已安排试岗，但考核不合格的或拒不服从医院工作安排的，待岗期满后医院可解除聘用（劳动）合同。

（四）累计待岗3次（含3次）以上，医院可解除劳动（聘用）合同。

（五）一年内待岗时间累计超过3个月的不参加年度考核，不能晋级、晋职，不增加薪级工资。

（六）原由单位在工资中代为扣缴的个人应当缴纳的社会保险费，在待岗期间由本人支付。

（七）职工待岗期间必须遵守医院规章制度，服从待岗人员管理中心管理，否则按相关规定处理。

第十四条 解除劳动（聘用）合同办理工作程序

（一）由院方提出解除聘用合同的，由人事科牵头协调当事人所在科室及相关职能科室对涉事人员所违反医院规章制度及所造成的后果进行调查，并形成书面材料报院长办公会议研究决定。人事科负责办理有关手续和文件。

（二）工作人员提出解除聘用合同的，由当事人根据有关规定提出书面申请，经所在科室领导签字后提交院人事科，由人事科报请院长办公会议决定，并由人事科根据有关规定为当事人办理解除劳动（聘用）合同相关手续。

第十五条 本规定自发布之日起施行。

白城中心医院

二0二0年6月22日

#### 重点岗位人员轮岗交流制度

为加强我院医德医风建设，构筑预防腐败的长效机制，防范和遏制医药购销和医疗服务中的不正之风，促进医疗卫生事业健康发展，根据上级部门有关规定，结合我院实际，制订本制度。

1、对人事科、财务科、经管办、药剂科、设备信息科、基建办、采购中心等重点科室负责人，实行定期轮岗交流。

2、重点岗位的人员，必须要求政治素质好、具有从事该岗位必须的资质条件、接受对重点部门负责人、重点岗位人员、敏感岗位人员的教育、监督和管理。如有不良行为一经发现按规章制度严肃处理，如构成犯罪移交司法机关处理。

3、重点部门负责人，原则上三年一轮岗。如经组织考察、群众测评工作表现好，忠于职守、无违法违纪行为且岗位人员轮转有困难者，经院党委会研究，可适当延长轮转期。

4、药品管理人员、药品采购人员、器械设备采购员、物资采购员、仓库管理人员等重点岗位人员，实行两年一轮岗。岗位周期满后，由医院统一安排岗位调整，不服从轮岗安排者给予批评教育直至待岗处理。

#### 财务管理制度

为了规范白城中心医院财务行为和会计工作秩序，发挥财务在医院经营管理和提高经济效益中的作用，促进医院发展。依据《中华人民共和国会计法》等相关法律法规，结合医院实际情况，特制定本制度。

一、制定原则：

1、医院财务管理任务：依法组织收入，努力节约支出，正确安排和合理使用资金；严格执行国家有关法律、法规和财务规章制度，确保国有资产安全；认真编制和执行财务预算；积极推进绩效考核方法，完成目标管理，做好财务监督、检查和经济活动分析；做好医疗收费的管理工作；

2、医院财务管理范围：预算管理、收入管理、支出管理、资产物资管理、对外投资、货币资金、往来款项等，以及财务分析和监督检查；

3、医院财务管理体制：实行“统一领导，集中管理”模式，医院一切财务活动在院长的领导下，由医院财务部门统一负责管理；

4、院长为医院财务总负责人，对医院财务负总责。常务副院长负责管理财会科日常工作；

5、医院的财务管理接受财政、审计、物价等部门的指导和监督。

二、预算管理：

（一）预算编制原则

1、根据国家的有关方针、政策，按照财政部门下达的事业计划指标、任务，本着“收支统管，统筹兼顾，积极稳妥，依法理财”的原则。

2、在编制预算时，收入预算要参与上年预算执行情况和对预算年度的预测编制，支出预算要量入为出，合理安排资金；

3、要坚持勤俭办院原则，开源节流，提高资金使用效率。

（二）收入预算编制

收入预算编制以上年度实际收入情况，结合预算年度医院发展和工作计划，医疗收费标准和药品价格变动等因素为编制依据。

1、医疗收入：

门诊收入：以计划门诊人次和计划平均收费水平来计算；

住院收入：以计划病床占用日数和按病床计划收费水平计算；

2、药品收入：以上年度每次门诊人次和每占用床日药费的实际收费水平为基础，结合预算年度业务量预计变动数计算；

3、其他收入：根据具体收入项目的不同内容和有关业务计划分别采用不同的计算方法，逐项计算后汇总编制。

（三）支出预算编制

支出预算经医院和各医疗单位发展、工作任务、人员编制、有关支出定额和标准、物价因素等为预算年度基本编制依据。

1、人员经费：根据预算年度平均职工人数，上年末平均工资水平，国家有关调资政策等计算编列；

2、药品费：根据预算年度药品收入预算和国家规定的加成率，参考上年度实际药品加成率计算；

3、卫生材料费：在上年度实际工作量和实际支出数的基础上，根据预算年度的计划及有关因素计算；

4、其他公用支出：在上年实际支出的基础上，结合预算年度的计划合理安排。

三、收入管理：

收入包括：医疗收入、财政补助收入、科教项目收入和其他收入

（一）管理部门：财务科

（二）管理要求：

医院各项收入必须严格依据《中华人民共和国会计法》、《医院财务制度》、《医院会计制度》等相关法律法规取得，医院各项收入由财会科统一集中管理与核算；

1、医疗收入在医疗服务发生时依据政府确定的付费方式和付费标准确认，医院要严格执行国家物价政策；

2、医院门诊、住院收费必须按照有关规定使用财政厅统一监制的收费票据，并切实加强管理，严禁使用虚假票据；

3、各项收入当日发生当日入帐，并及时结算。严禁隐瞒，截留、挤占和挪用。现金收入不得坐支。

四、支出管理：

（一）管理部门：财会科及相关科室

（二）管理要求：

1、医院各项支出统一由医院财会科集中管理与核算，相关部门配合；

2、医院的支出应当严格执行国家有关财务规章制度规定的开支范围及开支标准；国家有关财务规章制度没有统一规定的，由医院规定，但不得违反法律和国家政策；

3、医院应严格控制人员经费和管理费用；

五、财产物资管理：

财产物资管理包括固定资产、库存物资（低值易耗品、卫生材料、其他材料）、药品管理等，医院财产物资按“统一领导，归口负责”原则，财产物资采购由医院统一进行。

（一）固定资产的管理：

1、管理部门：财务科及相关科室

2、管理要求：

（1）配备相应的管理人员，建立健全各项管理制度；

（2）建立健全管理三级帐、卡制度，即财会部门负责总帐，财产管理部门负责明细帐，使用部门负责建卡即台帐

（3）财产物资管理部门与财会部门要定期对固定资产进行清查、核实，做到帐实相符，帐帐相符；

（4）固定资产的购置和修缮要考虑到工作需要和财力可能，要进行科学论证，防止设备闲置，造成资金投入浪费；

（5）房屋修缮要按照基本建设程序报医院审批；

（6）固定资产的转移、转让、出租、捐赠必须先报医院审批，按有关规定报财政部门批准后，方可处置；

（7）对盘盈、盘亏的固定资产，应查明原因，按规定进行帐务处理。

（二）库存物资的管理：

库存物资要按照计划采购，定额定量供应办法进行管理。

分为：卫生材料、低值易耗品、其他材料、维修用配件等。

1、管理部门：

（1）医疗用卫生材料、低值易耗品由器械科负责管理；

（2）其他材料、非医疗用低值易耗品由后勤服务中心负责管理；

（3）医疗设备维修用配件由器械维修科负责管理。

2、管理要求：

（1）要合理的确定储备定额，既要满足业务工作的需要，又要防止积村、占用大量的资金，影响资金的使用效益；

（2）建立库存物资的购买、验收、入出库、保管、领用等管理制度，降低物资的库存和消耗，提高物资的使用效益；

（3）加强对库存物资的清查盘点，及时发现问题，堵塞漏洞，保证物资的安全和完整。

（三）药品的管理：

1、管理部门：药剂科

2、管理要求：

（1）药品的管理要遵循“计划采购、定额管理、加强周转、保证供应”的原则；

（2）必须正确的核算药房药品的销售情况，核算药品费用并结转支出。

六、对外投资管理：

医院的对外投资是指以货币资金、实物、无形资产等方式向其他单位或医院企业、事业单位的投资和购买国家债券。

决策机构：医院领导班子

管理科室：各相关科室

管理要求：

1、要做好预期风险和投资收益论证，把握投资能力，确保资金收回；

2、对外投资必须按照规定的程序，报经财政部门或主管单位批准，

七、货币资金管理：

医院货币资金管理包括：银行存款管理、现金管理。各科室的货币资金使用，必须由医院院长审批，财务部门统一支付。

（一）管理部门：财务科

（二）管理要求：

1、银行存款管理:

（1）银行帐户由医院统一开设和管理；

（2）银行存款要严格遵守有关规定；

（3）所收款项要及时存入银行，财会人员要及时核对银行对帐；

（4）严格支票管理，不得签发空白、空头、远期支票，作废支票要妥善保管和处理。

2、现金管理：

（1）医院收入的现金要及时存入银行，不得坐支，库存现金不得超过规定限额，不得以白条抵现金；

（2）现金必须按规定的范围使用，凡超出现金支出限额的，一律通过银行划转。

（3）所收收款项要及时存入银行，财会人员要及时核对银行对帐；

（4）严格支票管理，不得签发空白、空头、远期支票，作废支票要妥善保管和处理。

2、现金管理：

（1）医院收入的现金要及时存入银行，不得坐支。库存现金不得超过规定限额，不得以白条抵现金；

（2）现金必须按规定的范围使用，凡超出现金支出限额的，一律通过银行划转。

八、往来款项管理

（一）管理科室：财务科

（二）管理要求:

1、医院加强对住来款项和管理，要及时处理本单位债权债务；

2、对应收款项要及时收回，对确实无法收回的呆帐，按有关程序报经核准后核销；

3、个人不得因私借公款。

九、财务分析与监督检查：

（一）管理部门：财会科、审计科

（二）管理要求：

1、医院财务部门统一负责对医院内的经济活动资料进行收集的分析；

2、财务分析主要包括预算执行情况、业务收支及资金运用情况；

3、医院财务监督检查由审计科负责。监督检查要以国家有关方针、政策和财经制度有关规定为依据，对医院财务收支、财产物资管理、资金使用，以及医疗服务收费的执行情况进行监督检查。

#### 会计档案管理制度

一、会计档案包括会计凭证、会计帐簿和会计报表等会计核算业务资料，必须严格按照财政部和国家档案局制定的《会计档案管理办法》规定，进行科学管理，妥善保存，存放有序，查列方便。

二、财会科的全部会计档案，由财会科长指定专人负责装订、整理及造册，财会科负责保管1年，以便查找，一年后移交档案室保管。医院会计档案和管理应当接受卫生主管部门的指导和检查。

三、医院每月、每次年形成的会计核算资料必须经过严格的审核、整理，按程序编号订装成册、归档管理。

四、财务人员调离和离职必须办理移交手续。

五、会计档案的存入要做到有专柜，科学管理，查找方便。

六、会计档案的保管要严格保守经济秘密，原则上不得借出，如有特殊需要，须经财会科负责人批准，并限期归还。

七、严格执行会计档案保管期限规定，对超过保管期的销毁时由本单位档案部门会同财务部门共同鉴定、编制造册并报请上级主管部门批准方可进行。

#### 会计电算化管理制度

一、系统使用管理

1、为保证会计电算化系统的安全可靠运行，必须对系统的操作使用做出严格的控制；

2、在会计电算化系统投入运行前，由系统管理员确定本电算系统的合法有权使用人员及其操作权限；

3、对各使用人员明确划分使用操作权限，形成适当的分工牵制；

4、本会计电算化系统原则上专机专用，谢绝无关人员使用机器做其他工作；

5、任何人员不得直接打开数据库文件进行操作，不允许随意增删改数据，原程序和数据库文件结构；

6、出纳人员不允许进行系统性的操作；

7、操作人员应严格在规定范围内对系统进行操作，负责数据的输入、运算、记帐和打印有关帐表；

8、存档数据、软盘、帐表和文档资料等由系统管理员按规定指派专人统一复、核对和保管；

9、系统管理员必须做好日常监督工作，发现不规范使用应及时制止，并采取措施避免同样情况再次发生。

二、上机操作规程

1、操作人员必须是合法有权使用人员，经系统管理员正式认可后，才能上机操作。

2、操作人员上机前应做好各项准备工作，尽量减少占用机器时间，提高工作效率。

3、操作人员的操作密码应注意保密，不能随意泄露，密码在不定期变更。

4、操作人员必须严格按操作权限操作，不得越权或擅自上机操作。

5、操作人员应严格按照凭证输入数据，不得擅自修改凭证数据（专职会计员，则应保证输入的数据与凭证数据的一致性），如发现差错，应在输入前及时反映给凭证编制人员或系统管理员。已输入计算机的数据，在记帐前发现差错，可按凭证进行修改，如在记帐后发现差错，必须另作凭证，以红字冲销纠正，输入机内，任何人不能随意修改帐目。

6、每次上机工作完毕后都要作好工作备份，以防发生意外事故，备份的数据软盘，应由财务科保管，下次上机备份要与机内数据复核无误后方可开始运行。

7、在系统运行过程中，操作人员如要离开工作现场，必须在离开前通出系统，以防止其他人员越权操作。

8、任何人如有伪造，非法涂改变更，故意毁坏命令程序、数据文件、帐册、软盘等行为，依照《会计法》将受到行政处分，情节严重的要追究法律责任。

三、帐务处理程序

（一）帐务系统初始化：在初次建立会计电算化系统时，需要进行系统初始化工作，在会计主管授权下进行设置会计科目、帐本格式、凭证类型、期初余额等项内容的设定。

（二）帐务系统更改：系统正常运行期间，任何对帐务系统的修改变动，必须得到会计主管的批准。

（三）日常帐务处理

1、凭证处理：

为适应会计电算化系统的正常运行，编制记帐凭证还必须做到:

（1）记帐凭证编制前，要认真审核原始凭证的合法性、正确性，输入计算机及打印出的记帐凭证必须做到科目使用正确，数字准确无误。

（2）打印出的记帐凭证需加盖制单人、审核人、记帐员及财务部负责人单，连同所附原始凭证装订成册妥善保管。

（3）现金日记帐和银行日记帐可发由机器直接登记，出纳人员不登记帐簿，为工作方便，出纳人员可以自设备查辅助帐。

（4）已输入的凭证应在输入操作完毕装订成册后，交会计档案资料保管员存档保管。

（5）同一张凭证，制单和复核不能是同一个人。

3、帐表打印和结帐：

（1）现金、银行存款日记需要每天打印，并应与出纳库存现金核对无误。

（2）科目汇总表每月打印一次。

（3）在结帐前按有关规定做好当月各类帐务数据和报表的备份工作。

（4）月底，以上工作正确完成后，由系统管理员进行结帐，系统自动生成下月期初余额。

（5）每年年末必须将全部帐薄打印输出，装订成册，作为会计档案保存。

4、会计报表

（1）单位应根据帐簿数据准确编制或由计算机自动生成会计报表。帐表之间的数据必须衔接一致。

（2）会计报表、计算表、分析表，按各核算子系统及管理要求和时间打印输出，经有关财会负责人审核无误后签字盖章方可生效。

（3）单位上报会计主管部门的会计报表格式与要求，按会计主管部门的统一格式和布置。

#### 门诊退费管理规定

一、退费时将原始收据及通知单必须全部收回，作为退费凭证保留.原始收据上必须有开单医生签字（注明退费原因），检查治疗科室或药房负责人签字（确认该项服务确实尚未发生，或该项 药品确实尚未发出或者发出了已收回），退费病人签字（确认收到款项)。

二、如只退收据中的部分费用，需按剩余金额给病人出新收据。新开收据号要在原收据上注明。

三、退药费时，经开单医生注明退费原因，药剂科室负责人审核签字后，由门诊收费员办理退费手续。

四、当天收取的治疗费、检查费等需要退费时，经开单医生注明退费原因，检查治疗科室负责人审核签字后，由门诊收费员办理退费手续。

五、因收费时发生差错需将原收据退后重出收据的，由收费员在原收据上写明原因，经负责人审核签字后，当天办理退后重出收据手续，重开收据号要在原收据上注明。

六、隔月退费：患者或家属凭门诊收据、通知单，先经处方执行科室主任或指定退款负责人签字，再到内审科审核，最后到收费窗口办理退费。

七、刷卡缴费者，要求病人提供1C卡原件，退款到卡内，同时病人登记签字.

八、收费员要将当天的退款单证及作废收据核对后单独装订，于次日（节假日顺延）上交到内审科进行审核，审核后报财会科进行账务处理，做到日清月结。

#### 住院处退费管理制度

住院患者退费应严格按照下列规定和程序办理：

一、在院患者发生医技、检验退费，应由经治医生在his系统及申请单上注明退费项目、原因，经治医生、科主任签字，到相关医技、检验等科室在his系统做退费操作，并由医技、检验等科室科主任在申请单签名确认后，送交住院处费用审核窗口进行退费，退费完成。

二、疗区退费，要由科主任、护士长在退费申请单上注明退费原因、退费项目、金额、数量，并在申请单上签字后，送交住院处，经住院处主任签字后，由费用审核窗口完成退费。

三、退费申请单要妥善保管，对退费金额逐一登记，以备检查。

四、住院处预交金的退费，要经住院处主任签字后，方可退费。

#### 财政票据管理制度

一、票据的领购：

1、财政收费票据是医院收费的凭证，分为门诊收费收据和住院收费收据。

2、财政票据统一由医院财会科到同级财政部门票据管理机构领购。

二、票据保管、领用、使用与缴销：

医院财会科指定专人负责保管、分发与缴销，出纳不得兼保管或核销票据。

1、保管：票据管理人应根据票据类别及号码进行登记造册收费票据的购买、发放、核销的日期、名称、起止号码、规格及数量等。财会科票据管理人员按照财务会计制度规定妥善保管票据。

2、领用：医院财政收费票据由门诊收费人员和住院收费人员领用，其他人员不得领用，由财会科票据管理人员按领用的票据种类和号码进行领用登记，票据领取人应当对相关内容确定后签字。

3、使用：各种票据只限于规定的业务范围中使用，不得超范围使用。门诊和住院收费人员必须按顺序填写、打印财政票据，票据填写必须字迹清楚，内容完整、真实、印章齐全，各联次内容和金额必须一致，因填写错误等原因而作废的票据注明作废字样，并完整保存其各联，不得私自销毁。禁止转让、出借、买卖和不按规定开具财政票据。

4、缴销：票据使用完毕，使用人员应按要求认真填写有关内容，按顺序清理票据存根并按规定时间上交财会科票据管理人员进行票据缴销，财会科票据管理人员按照财务会计制度规定妥善保管已开具的票据存根。票据遗失、短少应当及时向财务部门报告登记备案，登报声明遗失票据的号码，并追究当事人的责任。

三、票据销毁：

1、一般情况下，财政票据存根的保存期为5年，医院票据使用量大经请示财政票据管理机构存根保存期不得少于3年。

2、保存期满的票据存根，由医院财会科登记造册，报财政局备案。按照财会科提出申请、院领导审批、审计科监督办理财政票据的销毁。

#### 医院财务会计内部控制制度

一、预算控制制度

1、预算的编制：

根据医院总体发展规划和年度事业发展计划科学合理地编制年度预算。建立由医院领导负责，财务部门牵头，相关部门参与，分工合作的预算工作机制。

2、预算的审批、执行与调整：

预算按规定程序逐级上报，由上级预算管理部门审批。医院要按照批准的年度预算组织收入，安排支出，严格控制无预算支出，确保医院的一切收入、支出全部纳入预算管理。年度预算一经批复，一般不予调整。因政策变化，突发事件等客观原因影响预算执行的，按规定程序报批。

3、预算的分析与考核：

定期分析预算执行情况，及时研究预算执行中的问题，采取改进措施，确保年度预算的完成，建立预算执行绩效考评制度。

二、收入控制制度

1、加强对收入、价格、医疗预收款、票据、退费管理制度及岗位责任制的管理。根据相关岗位的职责、权限，合理设置岗位，确保提供服务与收取费用、价格管理与价格执行、收入票据保管与使用、办理退费与退费审批、收入稽核与收入经办等职务相分离，加强制约和监督。

2、加强门诊收入、住院结算收入的控制与管理，各项收入应符合国家法律法规和政策规定，取得的各项收入必须开具统一的票据，根据权责发生制的要求，当日发生的费用当日结算入账，及时报账准确核算收入防范收入流失，确保收入的全过程得到有效控制。严格按照《医院会计制度》规定确认、核算收入，各项收入由财务部门统一核算，统一管理其他任何部门、科室和个人不得收取款项，严禁设立账外账和“小金库”。

3、各类收入票据由财务部门统一管理。财务部门设专人负责票据的购买、印制、保管、领用、核销、遗失处理、清查、归档等环节的管理，并设立票据登记薄进行详细记录，防止空白票据遗失、盗用。

4、退费的管理，各项退费必须提供交费凭据及相关证明，由处方执行科室负责人、财务科负责人及领款人在退款票据上签字（章）并注明退款原因。

三、支出控制制度

1、加强支出制度和岗位责任制的管理。根据相关部门和岗位的职责、权限，合理设置岗位，确保支出的申请与审批、审批与执行、执行与审核，审核与付款结算等职务互相分离，加强制约和监督。各项支出要符合国家有关财经法规制度。严格按照《医院会计制度》的规定确认、核算支出。

2、支出申请与审批的管理。医院的各项支出由相关科室提出申请报院领导审批后方可购买与实施，其他部门无权审批，严禁无审批支出。

3、支出审核与支付的管理。各项支出在院长的批准后统一由财会科审核支付，各项支出票据必须由支出科室负责人及经办人签字（章）,对于后买办公用品等财产物资必须办理入库。审核无误后财会科按照《现金管理条例》支付现金或通过银行办理转账结算。

4、财会科根据支出凭证按照《医院会计制度》及时编制支出凭证，保证核算的及时性、真实性和完整性。加强成本核算，严格控制成本费用支出，降低运营成本，提高效益。

四、货币资金控制制度

1、加强货币资金和岗位责任制管理。根据岗位的职责、权限，确保不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约和监督。出纳人员不得兼任稽核、票据管理、会计档案保管和收入、支出、债权、债务账务的登记工作，不得由一个人办理资金业务的全过程。

2、严格货币资金业务授权批准制度。货币资金支付业务必须由院长批准后由财会科具体执行。

3、按照规定程序办理货币资金收入业务。货币资金收入必须开具收款票据，保证货币资金及时、完整入账。

4、货币资金支付必须按照规定程序办理。

（1）支付申请。用款时应提交支付申请，注明款项的用途、金额、预算、支付方式等内容，并附有有效经济合同或相关证明及计算依据；

（2）支付审批。审批人根据其职责、权限和相应程序对支付申请进行审批。对不符合规定的货币资金支出申请，审批人应当拒绝批准；

（3）支付审核。财务审核人员负责对批准的货币资金支付申请进行审核，审核批准权限、程序是否合规，手续及相关单证是否齐备；金额计算是否准确；支付方式、收款单位是否妥当等，经审核无误后签章；

（4）支付结算。出纳人员根据签章齐全的支付申请，按规定办理货币资金支付手续，并及时登记现金日记账和银行存款日记账。签发的支票应进行备查登记。

5、按照《现金管理暂行条例》的规定办理现金的收支业务。不属于现金开支范围的业务应当通过银行办理转账结算。实行现金库存限额管理，超过限额的部分，必须当日送存银行并及时入账，不得坐支。

6、根据《支付结算办法》等有关规定加强银行账户、银行存款对账及银行预留印鉴的管理。严格按照规定开立账户、办理存款取款和结算；定期检查清理账户的开立及使用情况；加强对银行结算凭证的填制、传递及保管等环节的管理。严禁出借银行账户。由出纳和编制收付款凭证以外的财务人员每月必须核对一次银行账户，并编制银行存款余额调节表，对调节不符、长期未达的账项应及时向有关负责人报告。严禁由一人保管用于支付款项所需的全部印章。

7、加强与货币资金相关的票据的管理。明确各种票据的购买、保管、领用、背书转让、注销等环节的职责和程序，并专设登记薄进行记录，防止空白票据的遗失和盗用。

8、加强对现金业务及货币资金盘点核查的管理。出纳人员每日要登记日记账、核对库存现金、编制货币资金日报表，做到日清日结。随机抽查银行对账单、银行日记账及银行存款余额调节表，核对是否相符。不定期抽查库存现金、门诊和住院备用金，保证货币资金账账、账款相符。

五、药品及库存物资控制制度

1、加强药品及库存物资管理制度和岗位责任制。根据岗位职责、权限，合理设置岗位，确保请购与审批、寻价与确定供应商、合同订立与审核、采购与验收、采购验收与会计记录、付款审批与付款执行等职务相互分离，加强制约和监督。药品及库存物资业务不得由一个人或部门办理全过程。

2、加强药品及库存物资请购审批与管理。医院药品由药剂科负责，库存物资由器械科或采购中心负责。

3、加强药品及库存物资采购业务的预算管理。具有请购权的部门要按照预算执行进度办理请购手续。

4、加强药品及库存物资采购的管理。药品及库存物资由医院统一购买。纳入政府采购和药品集中招标采购范围的，必须按照有关规定执行。

5、根据药品及库存物资的用量和性质，加强安全库存量与储备定额管理，根据供应情况及业务需求确定批量采购或零星采购：

（1）确定安全存量，实行储备定额计划控制；

（2）加强采购量的控制与监督，确定经济采购量；

（3）批量采购由采购部门、归口管理部门、财务部门、审计监督部门、专业委员会及使用部门共同参与，确保采购过程公开透明，切实降低采购成本。

（4）小额零星采购由经授权的部门对价格、质量、供应商等有关内容进行审査、筛选，按规定审批。

6、加强药品及库存物资验收入库管理。根据验收入库制度和经批准的合同等采购文件，组织验收人员对品种、规格、数量、质量和其他相关内容进行验收并及时入库；所有药品及库存物资必须经过验收入库才能领用；不经验收入库，一律不准办理资金结算。

7、加强药品及库存物资核对管理。财务部门要根据审核无误的验收入库手续、批准计划合同协议、发票等相关证明及时记账；每月与归口管理部门核对账目，保证账账、账实相符。

8、加强药品及库存物资缺损、报废、失效的管理。库房及药局每季度盘点一次，药品及库存物资盘点时，财务审计等相关部门要派员监督盘点。发现缺损、报废、失效的物资及时按相关规定上报处理。

六、固定资产控制制度

1、建立固定资产管理制度和岗位责任制。根据相关部门和岗位的职责、权限，合理设置岗位，确保购建计划编制与审批、验收取得与款项支付、处置的申请与审批、审批与执行、执行与相关会计记录等职务相互分离，加强制约和监督。同一部门或一人不得办理固定资产业务的全过程。

2、建立固定资产购建论证制度。按照规模适度科学决策的原则，加强立项、预算、调整审批执行等环节的控制。大型医用设备购置按照准入规定履行审批手续。

3、加强固定资产购建控制。固定资产购建应由归口管理部门、使用部门、财务部门、审计监督部门及专业人员等共同参与，确保购建过程公开透明，降低购建成本。

4、加强固定资产验收控制。取得固定资产要组织有关部门或人员严格验收，验收合格后方可交付使用，及时办理结算，登记固定资产账卡。

5、建立固定资产维修保养制度。归口管理单位应当对固定资产进行定期检查、维修和保养，作好详细记录，严格控制固定资产维修保养费用。

6、加强固定资产使用变动控制。固定资产的对外投资、出租、出借必须按照国有资产管理的有关规定进行可行性论证，按照管理权限逐级审核报批后执行。

7、加强固定资产处置管理制度。固定资产出售、出让、转让、对外捐赠、报损、报废等按规定的标准、程序和管理权限逐级审核报批后执行。

8、建立固定资产清査盘点制度。根据清查盘点的范围组织程序和期限，年度终了前，需进行一次全面清査盘点，保证账、卡、物相符。

七、工程项目控制制度

1、建立工程项目管理制度和岗位责任制。根据相关部门和岗位的职责、权限，合理设置岗位，确保项目建议和可行性研究与项目决策、概预算编制与审核、项目实施与价款支付、竣工决算与竣工审计等职务相互分离，加强制约与监督。工程项目业务不得由同一部门或同一人办理全过程。

2、建立工程项目相关业务授权批准制度。明确被授权人的批准方式、权限、程序、责任及相关控制措施，规定经办人的职责范围和工作要求。严禁未经授权的机构或人员办理工程项目业务。

3、加强工程项目决策控制。要按照决策科学化、民主化要求，采取专家评审、民主评议、结果公示等多种方式，广泛征求有关各方意见，实行集体决策。决策过程要有完整的书面记录。对工程项目的立项可行性研究项目决策程序等做出明确规定，确保项目决策科学、合理。严禁任何个人单独决策或者擅自改变集体决策。

4、建立工程项目概预算控制制度。严格审査概预算编制依据、项目内容、工程量的计算和定额套用是否真实完整准确。

5、加强工程项目质量控制。工程项目要建立健全法人负责制、项目招投标制、工程建设监理制和工程合同管理制，确保工程质量得到有效控制。

6、建立工程价款支付控制制度。严格按工程进度或合同约定支付价款。明确价款审批权限、支付条件、支付方式和会计核算程序。对工程变更等原因造成价款支付方式和金额发生变动的，相关部门必须提供完成的书面文件和资料，经财务、审计部门审核并按审批程序报批后支付价款。

7、建立竣工决算控制制度。严格执行竣工清理、竣工决算、竣工审计、竣工验收的固定确保竣工决算真实、完整、及时。未经竣工决算审计的工程项目不得办理资产验收和移交。

八、对外投资控制制度

1、建立对外投资业务的管理制度和岗位责任制。根据相关部门和岗位的职责、权限，合理设置岗位，确保项目可行性研究与评估，决策与执行、处置的审批与执行等职务相互分离，加强制约与监督。对外投资业务的全过程不得由同一部门或同一人办理。

2、加强对外投资决策控制制度的管理。加强对投资项目立项、评估、决策环节的有效控制， 债权债务防止国有资产流失。建立对所有投资必须事先立项组织由财务、审计、纪检等职能部门和有关专家或由有资质的中介机构进行风险性、收益性论证评估及领导集体决策、按规定程序逐级上报批准的制度。决策过程应有完整的书面记录及决策人员签。严禁个人自行决定对外投资或擅自改变集体决策意见。

3、加强无形资产的对外投资管理。以无形资产对外投资的，必须按照国家有关规定进行资产评估、确认，以确认的价值进行对外投资。

4、严格对外投资授权审批权限控制，不得超越权限审。建立对外投资责任追究制度。对出现重大决策失误、未履行集体决审批程序和不按规定执行的部门及人员，追究相应的责任。

5、加强对外投资会计核算控制。建立账务控制系统，加强对外投资会计核算核对控制，对其增减变动及投资收益的实现情况进行相关会计核算。

6、建立对外投资项目的追踪管理制度。对出现的问题和风险及时采取应对措施，保证资产的安全与完整。

7、加强对外投资的回收、转让和核销等处置控制。对投资的回收、转让、核销应当实行集体决策，须履行评估、报批手续，经授权机构批准后方可办理。

九、债权债务控制制度

1、建立债权和债务管理制度和岗位责任制。根据相关岗位的职责和权限，合理设置岗位，确保业务经办与会计记录、出纳与会计记录、业务经办与审批、总账与明细账核算、审査与记录等职务相互分离，加强制约和监督。债权或债务业务的全过程不得由一人办理。

2、加强债权控制。明确债权审批权限，健全审批手续，实行责任追究制度，对发生的大额债权要有保全措施。对应收款项、预付款项和备用金要严格审批及时清理，建立清欠核对报告制度，定期清理，并进行债权账龄分析，采取函证、对账等形式加强催收管理和会计核算，定期将债权情况编制报表向医院领导报告。

3、建立健全病人预交住院金、应收在院病人医药费、医疗欠费管理控制制度。每日进行住院结算凭证、住院结算日报表和在院病人医药费明细账卡的核对；每月核对预收医疗款的结算情况；加强应收医疗款的控制与管理，健全催收款机制，欠费核销按规定报批。

4、加强债务控制。根据资产总额及构成、偿还能力、对医院可持续发展的影响等因素，严格控制借债规模。大额债务发生必须经领导集体决策，审批人必须在职责权限范围内审批。

5、建立债务授权审批、合同、付款和清理结算的控制制度。定期进行债务清理，编制债务账龄分析报告，及时清偿债务，防范和控制财务风险。

#### 财务电子信息化控制制度

一、建立财务电子信息化管理制度和岗位责任制。

应用专门的授权模块，根据相关部门和岗位的责任、权限，合理设置岗位，确保软件开发与系统操作、系统操作与维护、档案保管等职务相互分离，加强制约和监督。

二、财务电子信息系统凡涉及到资金管理、物资管理、收入、成本费用等部分，其功能、业务流程、操作授权、数据结构和数据校验等方面必须符合财务会计内部控制的要求。

三、门诊收费和住院收费系统必须符合卫生部《医疗机构信息系统基本功能规范》的要求。

1、实时监控收款员收款、交款情况；

2、提供至少两种不同的方式统计数据；

3、系统自动生成的日报表不得手工修改；

4、预交款结算校验；

5、票据稽核管理；

6、欠费管理；

7、价格管理；

8、退款管理。

四、加强财务电子信息系统的应用控制。

建立用户操作管理、上机守则、操作规程及上机记录制度。加强对操作员的控制，实行操作授权，严禁未经授权操作数据库。监控数据处理过程中各项操作的次序控制，数据防错、纠错有效控制，修改权限和修改痕迹控制，确保数据输入、处理、输出的真实性、完整性、准确性和安全性。

五、加强数据、程序及网络安全控制。

设置和使用等级口令密码控制，健全加密操作管理，操作员口令和操作加密存储，加强数据存储、备份与处理等环节的有效控制，做到任何情况下数据不丢失、不损坏、不泄漏、不被非法侵入；加强接触控制定期监测病毒，保证程序不被修改、损坏、不被病毒感染；采取数据保密、访问控制、认证及网络接入口保密等方法，确保信息在内部网络和外部网络传输的安全。

六、建立财务电子信息档案管理制度。

加强文件储存与保管控制，数据要及时双备份，专人保管并存放在安全可靠的不同地点。

#### 经济责任制度

医院经济责任制是在国家政策领导下，以体现医疗服务的社会效益和经济效益为目的，合理规定国家、医院、医院职工三方面之间的经济责任、权力、利益关系的一种经营管理制度。经济责任制度的核心是将经济权利和经济义务相结合，使各级领导、各有关部门在经济工作中既要按规定行使权利，又必须按规定履行责任。

一、制定经济责任制的原则：

1、医院财经管理实行“统一领导、集中管理”的财务管理体制。在院长经济责任制下按院内管理层次分别建立起：院长——各系列分管院长——财会科长——各科室负责人四个层次的经济责任制度。各科室为经济责任单位。一级管好一级，一级带动一级，谁签字谁负责；

2、依法办事。即在从事各项经济业务中，必须认真贯彻执行《会计法》及国家有关财经法律法规；

3、各司其职。各级经济责任人必须在自己的岗位权限范围内按规定行使权力，既不可回避应履行的职权，又不可超越职权范围行使权力；

4、责权统一。凡有权处理经济业务的岗位必须承担岗位职权范围内的经济责任。

二、各系列经济责任制：

（一）院长经济责任：

院长作为医院法定代表人，须熟悉国家有关财经法律法规及各项规章制度，对医院的财经工作承担以下责任：

1、贯彻执行国家各项财经法律法规及规章制度，全面领导医院各项财经工作；

2、审定医院各项财经政策及管理制度，合理利用并优化配置医院各项资源；

3、审定医院年度财务预算；

4、审定医院财务管理体制，确保财务管理机构依法履行责任并有效发挥作用；

5、对医院重要财务岗位人员的任用与变动提出建议；

6、重大支出项目的审定；

7、对外经济合同的签定。

（二）主管财务的院长经济责任：

1、贯彻执行国家各项财经法律法规及规章制度，主持医院日常财务管理工作并对院长负责；

2、组织建立、健全医院财务管理制度，制定及调整院内经济政策；

3、组织编制医院年度财务预算，监督预算执行，确保各项财务收支平衡；

4、合理管理、调度、使用资金，确保资金安全并有效发挥资金时间价值；

5、审查医院年度财务决算，保证对外报送财务报告的真实与完整；

6、维护医院各类资产的安全与完整，防止国有资产流失；

7、审査医院重大支出项目和对外投资项目；

8、对院长书面授权签订的经济合同负责；

（三）各分管院长经济责任：

对分管科室的经济工作负责，具体责任包括：

1、贯彻并执行国家有关财经法律法规和医院的财务制度；

2、负责审核各分管科室提供的会计资料的真实性、准确性、完整性；

3、负责监督各分管科室各类资产的安全与完整，防止国有资产流失；

4、负责对分管科室经济工作进行监督检查。

（四）各科室负责人经济责任：

各科室负责人对本科室的经济工作负责，具体责任包括：

1、学习并执行国家有关财经法律法规和医院的财务制度；

2、合理有效使用各项经费，不挪用、转移预算资金；

3、大额资金支出必须先行报批，经医院批准后方可实施；

4、依法组织各项收入，新设收费项目必须按规定程序报医院批准；

5、不截留应上交医院的各项收入；

6、不私自开立银行账号、设立“小金库”；

7、确保本科室管理使用的国有资产的完好与适用；

8、对本部门提供的会计资料的真实性、准确性、完整性负直接责任；

9、负责对本科室经济工作进行监督检査。

（五）财会科经济责任：

财会科是医院财务管理的职能部门，对医院各项财经工作负直接管理责任。财会科的经济责任包括财会科科长、副科长、财务人员的经济责任。

1、财会科长经济责任：

（1）认真学习并掌握国家各项财经法律法规和政策；

（2）根据工作实际需要，提出制定或调整院内经济政策和财务制度的建议；

（3）依法多渠道组织各项收入，严格按规定控制支出；

（4）编制医院预决算草案，审定各部门预算，监督预算的执行；

（5）对本部门各项工作及工作人员负全面领导责任；

（6）对会计资料的其实性、完整性负领导责任；

（7）加强资金管理，防止国有资产流失；

（8）负责医院财经制度的宣传贯彻与检査，监督各项财经政策和财务规章制度的贯彻执行；

（9）负有代表医院财务部门对各有经济业务的部门指导、检査、监督及对财务人员变动的审 査责任；

（10）负责制定财会科岗位责任制。

2、主管会计经济责任：

（1）认其学习并掌握国家有关法律法规；

（2）严格执行医院各项财务制度，配合科长做好本部门的各项工作并对科长负责；

（3）对分管工作内容负有直接领导责任；

（4）对财会科职能的充分发挥提出合理建议；

（5）与科长配合对各部门财务工作进行指导、检査、监督的责任。

3、财务人员经济责任：

（1）熟练掌握国家有关法律法规及医院相关财务制度，依法履行职责；

（2）结合岗位职责，认其学习并严格执行国家有关法律法规和医院的规章制度，正确进行经济业务的会计核算；

（3）对经手经济业务的合法性、合规性进行审查，并在管理权限内负直接审査责任；

（4）对管理的货币资金、印鉴、票据的安全和合理使用负直接责任；

（5）对所提供的会计资料的真实性、准确性、完整性负直接责任；

（6）对工作中存在的问题和产生的新情况提出管理意见和建议。

#### 会计人员工作交接制度

为了保持会计工作的连续性，正确性和合法性，使会计核算工作有条不紊地进行，根据财政部和上级主管部门的有关规定，结合医院的实际情况，特制定本制度。

一、前提：

会计人员工作岗位调动和离职，必须在本部门负责人规定的期限内，将本人所经管的会计工作移交清楚，未办完交接手续，不得离开原工作岗位。

二、移交前的准备工作：

会计人员调动、离职前必须做好以下工作：

（一）已经受理的经济业务，尚未填制会计凭证，应填制完毕；尚未回复的事项，应予以答复处理。

（二）尚未登记的账目，应登记完毕，并在最后一笔余额上加盖本人名章。

（三）整理应该移交的各种有关资料，对未了事项要写出局面说明材料。

（四）编制移交清册，移交清册上应有交接双方和监交人的签字、盖章，还应列明监交人的姓名、监交日期，移交清册应列明双方交接的内容，包括：凭证、账表、公章、现金、支票、文件资料及需说明的问题等。

三、监交：

会计人员办理交接手续时，必须有监交人负责监交。一般会计人员交接，由会计主管人员监交；会计主管人员交接，由部门领导人及审计科人员监交。

四、业务交接的具体要求

会计人员业务交接，由移交人按照移交清册，逐项向接替人移交，接替人要逐项核对签收。具体规定如下：

（一）现金、有价证券要根据账面余额清点移交。如发生账实不一致时，要在规定的期限内解决。

（二）银行存款账户佘额要与银行对账单核对相符。银行对账单的余额调整表必须经银行签证；未达账项，必须单证齐全或已在截止期后作会计处理。

（三）会计凭证、账簿、报表和其他会计资料必须完整无缺，不得遗漏，如有短缺，要查明原因，交在移交清册中注明，由移交人负责。

（四）各明细账户余额与总账及有关账户必须核对相符；各种财产物资账面数与实物相符，如发生账实不符应查清原因，并在移交清册中注明。

（五）对于移交的未了会计事宜，由接替人继续办理。但在移交后又发现原移交人经办处理的会计业务有违犯赌徒制度和财经纪律的问题，其责任仍由原移交人负责。

（六）接替的会计人员应继续使用移交的账簿，不得另立新账，应保持会计记录的连续性。

（七）交接完毕后，交接双方和监交人要在移交清册上签名或盖章。清册一式三份，交接双方各执一份，存档一份。会计人员因特殊原因不能到职工作的，部门领导认定后，由会计主管代为交接。交接过程中，在严格按规定办理移交手续的同时，要移交人不能直接移交的原因等。

五、由于临时需要，会计人员在短期内（一个月之内）离开本工作岗位，由指定的人员代理工作，亦可不办理正式的交接手续，但必须做好工作的衔接，并将代理期工作人员的业务交接，列入本部门业务工作记录。

#### 会计岗位职责

财会科是医院财务管理的职能部门，对医院各项财经工作负直接管理责任，财会科的经济责任包括财会科科长、主管会计、财务人员的经济责任。

一、财会科长岗位职责：

1、认真学习并掌握国家各项财经法律法规和政策，根据工作实际需要，提出制定或调整院内经济政策和财务制度的建议；

2、依法多渠道组织各项收入，严格按规定控制支出；

3、编制医院预决算草案，审定各部门预算，监督预算的实行；

4、对本部门各项工作及工作人员负领导责任，对会计资料的真实性、完整性负领导责任；

5、加强资金管理，负责医院财经制度的宣传贯彻与检查，监督各项财经政策和规章制度的贯彻执行；

6、负有代表医院财务部门对各有经济业务的部门指导、检查、监督及对财务人员变动的审查责任；

7、在院长和分管院长领导下，负责本院的财务工作，教育本科人员树立为医疗工作服务的思想，保证医疗任务的完成。

8、贯彻有关财务会计的法律、制度和指示，遵守国家财政纪律。

9、根据事业计划和按照规定的统一收费标准，合理地组织收入，根据医院特点、业务需要和节约原则，精打细算，节约行政开支，监督预算资金正确使用。

10、根据事业计划，正确、及时地编制年度和季度(或月份)的财务计划，办理会计业务，按照规定的格式和期限报送会计期报和年报。

11、按时清理债权和债务，防止拖欠，严格控制呆帐。

12、保证房屋及建筑物、设备、家具、材料、现金等国家财产的安全，进行经常的监督和必要的检查并经常清查库存，克服浪费和物资积压，以防止不良现象的发生。

13、负责医院的经济管理及其他有关财务制度的掌握和财务管理工作。

二、财会科主管会计岗位职责：

1、学习并掌握国家有关法律法规；

2、执行医院各项财务制度，配合科长做好本部门的各项工作并对科长负责;

3、对分管工作内容负有直接领导责任；

4、对财会科职能的充分发挥提出合理建议；

5、与科长配合对各部门财务工作进行指导、检查、监督的责任。

6、负责各项会计事务处理，做到科目准确，数字真实，凭证完整，装订整齐，记载清晰，日清月结，报帐及时。

7、及时、正确地编制会计报表，做到帐表对口，并认真分析，有情况，有说明，经院长核准，按时上报。

8、经常检查收支情况，分析费用升降原因，提出改进意见，及时向领导反映情况。

9、严格执行结算纪律，及时清理债权债务。

10、管好会计档案，认真贯彻执行国务院颁发的“会计职权条例”和有关规定。

三、财务人员岗位工作职责：

1、熟练掌握国家有关法律法规及医院相关财务制度，依法履行职责；

2、结合岗位职责，认真学习并严格执行国家有关法律法规和医院的规章制度，正确进行经济业务的会计核算；

3、对经手经济业务的合法性、合规性进行审查，并在管理权限内负直接审查责任；

4、对管理的货币资金、印鉴、票据的安全和合理使用负直接责任；

5、对所提供的会计资料的真实性、准确性、完整性负直接责任；

6、对工作中存在的问题和产生的新情况提出管理意见和建议。

7、认真贯彻执行《会计人员职权条例》和有关规定。

8、会计岗位包括：凭证审核、记账；药品、器械核算及票据冲销。工资、补助、住房公积金及个人所得税核算；往来账务核算。

（一）凭证审核、记账岗位职责：

1、凭证审核。严格按照国家和医院的各项制度和经费开支标准对医院的各项开支进行核算，对原始凭证及记账凭证进行审核，及时与出纳做好对帐工作.要做到科目准确，数字真凭证完整，装订整齐，记载清晰，处理及时，账证相符。

2、登记账簿。按会计制度的要求设置并及时登记总分类账、明细分类账，及时进行核对，做到账账相符。

3、及时、正确地编制会计报表。每月根据总账和有关明细分类账的账户余额及其他相关资料，按国家统一的报表格式和要求编制会计报表，并对重大事项进行说明。

（二）药品、器械核算及票据冲销岗位职责：

1、根据药剂科、器械科等科室提供的库存物资验收单负责办理入库；

2、负责办理非奖金核算科室库存物资出库；

3、及时根据入库单进行原始凭证（发票）往来账务冲销；

4、定期或不定期与相关科室核对各类资产。配合药剂科、器械科、审计科等相关科室对药品、卫生材料等进行盘点，对盘亏或盘盈进行核算，做到账实相符。

（三）工资、补助、住房公积金及个人所得税核算岗位职责：

1、根据相关科室提供的资料及时编制工资及补助表，确保按时发放；

2、按照相关规定及工资表进行住房公积金核算并及时登记相关账务确保及时缴纳；

3、负责按照《个人所得税法》核算个人所得税，确保及时缴纳；

（四）往来账务核算、账务核对岗位职责：

1、及时与银行存款对帐，编制银行存款余额调节表，发现问题及时査找原因。

2、负责对债权、债务的核对，及时清理与核销做好往来账款的管理。对各往来款项，要严格审核其真实性。严格执行结算纪律，及时清理债权债务，严防呆死账的发生。

财务科出纳员岗位职责：

1、在财务科长领导下，做好银行存款及库存现金的收付，并随时记帐，每日终向会计提交银行存款及库存现金日报，做到日清月结。

2、逐笔核对当日收付款项，随时核对库存现金和银行存款余额。

3、做好各种有价证券及收据的保管、发放及收据存根的回收保管工作。

4、每日将住院处、收款处收款入库，并当日存入银行。

5、经常复核或定期抽查住院、门诊的收据存根。

6、保证库存现金不超过银行规定的库存限额。

#### 财会科岗前、转岗培训考核组各岗位工作职责

一、机构成员：

组 长：李书圣

副组长：于洪飞

成 员：丛峰、各相关岗位负责具体培训人员

2、职责：

（1）负责督促与监督培训情况

（2）负责考核培训效果，决定被培训人是否达到能够胜任该项工作，是否可以上岗。

二、工作职责：

（一）总会计师职责与权利

根据《医院财务制度》制定本制度。

1、总会计师的职责：

（1）编制和执行预算、财务收支计划、信贷计划，拟订资金筹措和使用方案，开辟财源，有效地使用资金；

（2）进行成本费用预测、计划、控制、核算、分析和考核，督促医院有关部门降低消耗、节约费用、提高经济效益；

（3）建立、健全经济核算制度，利用财务会计资料进行经济活动分析；

（4）承办院长交办的其他工作。

（5）负责对医院财会机构的设置和会计人员的配备、会计专业职务的设置和聘任提出方案；组织会计人员的业务培训和考核；支持会计人员依法行使职权。

（6）协助院长对医院的业务发展以及基本建设投资等问题作出决策。

2、总会计师的权利：

（1）对违反国家财经法律、法规、方针、政策、制度和有可能在经济上造成损失、浪费的行为，有权制止或者纠正制止或者纠正无效时，提请单位主要行政领导人处理。

（2）总会计师主管审批财务收支工作。

（3）预算、财务收支计划、成本和费用计划、信贷计划、财务专题报告、会计决算报表，须经总会计师签署。

（4）涉及财务收支的重大业务计划、经济合同、经济协议等，在单位内部应经总会计师会签。

（5）会计人员的任用、晋升、调动、奖惩，应当事先征求总会计师的意见。财会机构负责人或者会计主管人员的人选，应当由总会计师进行业务考核，依照有关规定审批。

（二）财会科工作职责

1、贯彻国家财经制度、政策和法规，制定医院各项财务管理制度，规范医院的各种经济活动的管理，严格执行各项财务规定，杜绝不合理支出，把好医院的“财务关”。

2、负责医院年度财务预算的制定，预算执行的分析及年终决算工作，加快医院资金的运转速度；同时，对医院进行的各种经济活动的可行性、合法性和有效性及时提出建议和意见，保障医院效益的最大化。

3、负责医院的日常会计核算，对医院的经济运行状况做出及时、准确和客观的分析，并提出进行经济调整的合理化建议，供医院决策参考。

4、负责医院各项收费标准的制定、申报、监督和检査，并自觉接收上级财务管理、审计和监察部门的检査与指导；做到财务公开，杜绝商业贿赂的现象发生。

5、负责全院的入院结账、门诊挂号收费及各种收费票据的管理，保证各项财务手续的真实性、完整性和合法性；对医院的资金流入流出切实负责，保障医院的资金安全。

6、依据相关部门提供的职工工资和奖金的发放标准，负责工资、奖金的发放。

7、负责医、教、研等各类经费及公积金的财务管理；负责国有资产的管理。

（三）财会科负责人工作职责

1、在院长领导下，负责本院的财务工作。领导财务人员认真履行职责，做好各项财务管理工作，为医疗第一线提供优质的服务，保证医疗任务的完成。

2、贯彻有关财务会计的法令、制度和指示，遵守国家财政纪律。按照《会计法》、《医院财务制度》和《医院会计制度》的要求，建立相应的部门管理管理制度以及岗位责任制。

3、对医院的财务工作进行研究、布置、检査、总结，根据本单位的实际情况，制定各项内部会计控制制度和财务制度，督促财务人员严格遵守财经纪律和各项规章制度，保证本单位各项财务制度健全有效。

4、按照医院财务管理需要和内部控制的要求合理设置财务人员工作岗位，按照医院会计制度组织财务人员进行会计核算。

5、根据事业计划和按照规定的统一收费标准，合理的组织收入，根据医院特点、业务需要和节约原则，精打细算，节约行政开支，监督资金使用的合理性、合法性，效率与效果。根据事业计划，正确、及时的编制年度和季度（或月份）的财务计划，办理会计业务，按照规定的格式和期限报送会计期报和年报。

6、保证房屋及建筑物、设备、家具、材料、现金等国家财产的安全，进行经常的监督和必要的检查并经常清查库存，克服浪费和物资积压，以防止不良现象的发生。

7、负责医院的经济管理及其他有关财务制度之掌握和财务管理工作定期和不定期对单位财务状况进行分析，及时向医院管理层提供全面、真实、可靠的财务信息为领导决策当好参谋。

8、主管会计工作职责：协助科长负责相应的工作。

（四)出纳员工作职责

1、在财会科长领导下，做好银行存款及库存现金的收付，并随时记帐，每日终提交银行存款及库存现金日报，做到日清月结。负责全院报帐及会计原始凭证的报销审核工作。

2、逐笔核对当曰收付款项，随时核对库存现金和银行存款余额。按规定统一管理银行帐户。

3、做好各种有价证券及收据的保管、发放及收据存根的回收保管工作。

4、每日将住院处、收款处收款入库，并当日存入银行。

5、按时发放工资等。

6、做好财务印章和空白支票的管理。

7、保证库存现金不超过银行规定的库存限额。正确及时、全面地反映货币资金的收、付、存情况，做到帐款帐帐、帐实相符，保证货币资金的安全。

（五）会计岗位工作职责

一、在科室负责人领导下，严格按照国家和医院的各项制度和经费开支标准对医院的各项开支进行核算，对各种原始凭证进行审核，完成医院会计账务处理，及时做好记账凭证及电算账务处理。

二、认真贯彻执行《会计人员职权条例》和有关规定。

三、会计岗位包括：凭证审核、记账；药品、器械核算及票据冲销；

工资、补助、住房公积金及个人所得税核算；往来账务核算。

1、凭证审核、记账岗位职责：

（1）凭证审核。严格按照国家和医院的各项制度和经费开支标准对医院的各项开支进行核算，对原始凭证及记账凭证进行审核，及时与出纳做好对帐工作。要做到科目准确，数字真凭证完整，装订整齐，记载清晰，处理及时，账证相符。

（2）登记账簿。按会计制度的要求设置并及时登记总分类账、明细分类账，及时进行核对，做到账账相符。

（3）及时、正确地编制会计报表。每月根据总账和有关明细分类账的账户余额及其他相关资料，按国家统一的报表格式和要求编制会计报表，并对重大事项进行说明。

2、药品、器械核算及票据冲销岗位职责：

（1）根据药剂科、器械科等科室提供的库存物资验收单负责办理入库。

（2）负责办理非奖金核算科室库存物资出库。

（3）及时根据入库单进行原始凭证（发票）往来账务冲销。

（4）定期或不定期与相关科室核对各类资产。配合药剂科、器械科、审计科等相关科室对药品、卫生材料等进行盘点，对盘亏或盘盈进行核算，做到账实相符。

3、成本核算岗位职责：

（1）拟定成本核算程序，根据医院成本支出的特点和成本管理的目标，确定各项成本归集方法，成本对象和成本分摊的程序和方法。

（2）按成本核算的内容、程序、方法、进行费用的归集、分配、定期分析成本费用情况。

（3）根据基础数据表及记账凭证负责数据的录入。

（4）负责编制成本核算表及分析表。

（5）经常检查收支情况，分析费用升降原因，提出改进意见，及时向领导反映情况。

4、工资、补助、住房公积金及个人所得税核算岗位职责：

（1）根据相关科室提供的资料及时编制工资及补助表，确保按时发放；

（2）按照相关规定及工资表进行住房公积金核算并及时登记相关账务确保及时缴纳；

（3）负责按照《个人所得税法》核算个人所得税，确保及时缴纳；

5、往来账务核算、账务核对岗位职责：

（1）及时与银行存款对帐，编制银行存款余额调节表，发现问题及时査找原因。

（2）负责对债权、债务的核对，及时清理与核销做好往来账款的管理。对各往来款项，要严格审核其真实性。严格执行结算纪律，及时清理债权债务，严防呆死账的发生。

（六）挂号员、收费员工作职责

1、挂号员：

（1）在财会科科长领导下，负责门诊挂号费用收取和退费工作。

（2）挂号员在开诊前半小时开始挂号，并随时宣传看病的注意事项及制度等。

（3）挂号员必须做好当天挂号前与次日挂号的准备工作，如各科挂号券、门诊手册、挂号收据等。

（4）按规定填写打印挂号单据。

（5）每天必须对当天所收取的费用进行结算，做到日清日结，不得无理由隔天结算。

（6）挂号员每天必须向财会科交挂号钱款。

2、收费员：

（1）门诊收费员：

A、在财会科科长领导下，负责门诊费用收取和退费工作。

B、收费员必须提前10分钟做好当天收费前的准备工作，每周一要提前半小时。

C、收费员要严格按照医生所开处方项目进行收费，严禁多收、漏收及错收费。

D、夜班收费员负责挂号、门诊费用的收取。

E、收费员每天必须对当天所收取的费用进行结算，做到曰清曰结，不得无理由隔天结算。

F、收费员每天必须向财会科交收费钱款。

G、收据领用要严格按照请领手续办理。个人领用收据后要妥善保管，不准丢失，不准借用或挪用他人收据，不准任意作废、涂改收据，妥善保管好印章。

（2）住院收费员

A、住院处工作人员在工作中必须做到细心负责，准确掌握各种收费标准。

B、坚守工作岗位，收费快捷，准确无误。

C、服务意识强，态度和蔼和亲，文明用语，礼貌待患。

D、遵纪守法，严格执行财务制度，不得贪污作弊。

E、坚持政治学习及业务学习，不断提高政治业务水平。

（七）成本核算员岗位职责

1、制定成本核算程序

根据医院成本支出的特点和成本管理的规定，对各项直接成本、间接成本的核算，成本对象和成本中心的确定，费用的归集、分配等拟定详细的核算程序。

2、加强成本管理的基础工作

会同有关部门建立定额原始记录、内部结算价格等制度,为正确计算医院成本提供可靠的依据。

3、登记成本费用明细账，编制成本费用支出报表。

按成本核算的内容、程序、方法，进行费用的归集和分析，并及时登记成本费用明细账。根据账簿记录及相关资料，编制成本费用支出报表。

4、定期对成本费用进行分析

根据成本费用支出报表定期编制成本费用分析报告，分析成本费用升降原因，对照本单位历史资料和同行业的先进水平，提出降低成本费用的办法和加强管理的建议，为医院成本管理工作领导小组制定降低成本费用支出措施提供可靠的依据。

#### 严禁科室设立“小金库”的管理规定

一、为加强医院党风廉政建设，严肃财经纪律，营造良好的经济运行环境，确保医院各项事业健康有序地发展，合理控制资金流向，防止资金流失，杜绝贪污腐败，根据国家有关制止“小金库”的法律法规，结合医院实际情况，特制订本规定。

二、凡违反国家财经法规和其他有关规定，侵占、截留、隐匿各种应交收入，或以虚列支出、资金返还等方式转移资金、私存私放，未列入医院财务会计部门帐内或未将资金纳入医院预算管理，私存私放的各项资金，均属“小金库”。

三、各科室主任、职能部门负责人是本科室、部门预防和制止“小金库”行为的第一责任人，对预防和严禁设立“小金库”负总责。各科室、部门必须严格按照规定要求，切实加强资金管理，杜绝“小金库”行为。

四、按照卫生部印发的《关于加强医疗机构财务部门管理职能，规范经济核算与分配管理的规定》的要求，医院所有经济业务收支活动都应纳入医院财务管理的范围。各业务科室开展的各项医疗服务项目应按照卫生或物价部门批准的价格收取费用，不得自定收费标准，不得擅自提高收费标准或扩大收费范围。

五、各业务科室、职能部门，不得在银行单独开立银行账户，不得以小集体或私人名义在银行储蓄所开户存储。所有收支均应由医院财务处集中管理与核算。

六、对科室、部门发生的培训费、进修费、会务费、参观费、复印费、管理费、课题协作费、捐赠资助费等，必须如实上交医院财务管理部门，由财务处按照国家相关规定进行处理，科室和个人不得截留和收受供应商给予的优惠、折扣、回扣等，严禁科室以各种名义私存私放，设立“帐外帐”和“小金库”。

七、医院发给各科室的奖金、劳务必须落实到科室职工个人，并代扣个人所得税。当月未发完的，在规定的比例内，计入科主任基金，由财务处按照医院科主任基金管理制度进行管理。

八、医院由纪检监察部门牵头，联合审计、财务等部门定期或不定期地开展财务收支检查或专项检查工作。每年将对各科室、部门进行“小金库”的自查自纠调查，督促各科室、部门完善自我约束机制。对发现有“小金库”行为的，及时报请医院进行严肃处理。

九、各科室、部门自查出的“小金库”资金，应按收入发生额如数上交医院财务处。在医院组织的财务联合检查中，对查出有私设“小金库”的科室、部门，医院将全额收缴其“小金库”资金，并对该科室、部门处以“小金库”资金款额一倍以内的罚款。同时财务处还将核减该科室、部门当期预算经费的使用或扣除其下一年度的经费预算指标。

十、对违反国家规定，私设“小金库”并已经支用的资金，凡属被私分、贪污的款项必须如数追回；凡属于被用于职工奖励、补贴、津贴和发放实物的部分，应如数扣减该科室劳务酬金。

十一、对私设“小金库”的科室、部门负责人和直接责任人员，停发本人半年至一年的职务津贴，该责任人员不得参加年度评优、职务晋升和职称评聘等。

十二、对私设“小金库”行为情节严重，制造、纵容“小金库”的直接责任人和科室、部门负责人，医院将根据相关规定给予其党纪、政纪处分，触犯刑律的，移送司法机关处理。

#### 公务接待管理制度

为贯彻落实中央“八项规定”，规范医院公务接待管理，厉行勤俭节约，反对铺张浪费，加强党风廉政建设，根据中共中央、国务院办公厅印发的《党政机关厉行节约反对浪费条例》、《党政机关国内公务接待管理规定》和省委、省政府的有关要求，结合我院的实际，制定如下规定：

一、本规定适用于全院公务接待行为。接待范围包括：来院检查工作的各级领导、被邀来院讲学授课的专家学者、商谈医院业务发展的来宾、来院参观考察的外地医疗单位、经领导批准需要接待的来宾。

二、医院公务接待坚持有利公务、务实节俭、严格标准、简化礼仪、高效透明和对口接待的原则。

三、医院公务接待由院办公室统一管理，院长审批。

四、建立公务对口接待制度。一般情况由院办负责接待，其他如学术活动、专项检查等由相关职能科室负责接待。

五、就餐遵循节俭原则，在医院食堂就餐，供应家常菜，不得提供香烟和高档酒水，并严格控制陪餐人数，接待对象在10人以内的，陪餐人数不得超过3人；超过10人的，不得超过接待对象人数的三分之一。

六、规范就餐程序。医院食堂就餐程序：科室负责人申报→填写就餐通知单→院长审批→院办安排就餐。

#### 出差审批制度

为进一步加强公务出差审批管理，本着“厉行节约、反对奢侈浪费”的原则，根据《吉林省省直机关差旅费管理办法》和《白城市关于调整市直机关、事业单位差旅费标准的通知》，结合本单位实际，特制定本制度。

1、工作人员出差由院领导派遣或凭上级部门正式文字通知，并书面申请（写清事由、目的地、天数、乘坐交通工具），由相关领导审批。

2、工作人员出差应在规定的期限内按预定路线乘许可的交通工具往返，不得借机绕道旅行。特殊情况需绕道往返或延期返回，须事先报主要领导同意，否则绕道或延期的差旅费自理，并负相关责任。

3、工作人员出差住宿费严格按市、省规定的标准凭据核报，超标准的费用自理。

4、工作人员出差原则上一律乘坐火车或汽车。特殊情况需自带车辆的，必须经主要领导批准，由办公室统一派车。须乘坐飞机和轮船的，必须经主要领导同意。所乘坐交通工具标准一律按市“白财行【2015】51号”文件标准执行，违反者费用自理。

附：

一、白城市出差人员乘坐交通工具标准

1、火车（含高铁、动车、全列软席列车）硬席（硬座、硬卧）；高铁/动车二等座；全列软席列车二等软座。

2、轮船（不包括旅游船）三等舱。

3、飞机经济舱。

4、其它交通工具（不包括出租小汽车）凭据报销。

二、住宿费限额标准

省内出差住宿费限额为300元以下；省外出差住宿费限额标准按照财政部发布的标准执行。

三、伙食补助费标准为每人每天100元包干使用。

四、市内交通费标准为每人每天80元包干使用。

#### 办公室车辆管理制度

一、总则

1、行政办公车辆管理，在主管领导的领导下，由院办公室统一管理和调配。

2、医院领导或科室公务用车，由院办公室统筹安排，其他个人或科室不得直接安排驾驶员出车。

3、驾驶员要忠于职守、服从安排、保证工作用车随叫随到，遵守职业道德，严守保密制度，做到不该问的不问，不该说的不说，做好车辆的日常保养工作，确保行车安全。

二、车辆调派

1、驾驶员要认真做好随时出车准备，做到随叫随到，保证领导和公务用车。

2、各领导或科室在市区内公务用车，由院办公室统一安排；出市区外用车，先由用车领导或部门向院办公室提出申报，由院办公室报主管领导批准后统一安排。未经申请批准，私自调用所产生的费用（包括交通事故）由私自调用车辆人员或驾驶员本人承担，并视其情节追究责任。

3、严禁公车私用，严禁私自用车参加婚丧嫁娶等私人活动。本单位工作人员直系亲属死亡用车，由办公室统一安排特殊情况用车。

4、出车任务完成后，车辆一律入库或在指定车位停放。不按规定停放，造成损失的由本车驾驶员负责赔偿。

5、未经批准，擅自驾车外出或将车辆借与他人驾驶造成车辆损坏或交通事故的，一律由驾驶员本人负责，并视情节追究责任。

三、车辆保养及维修

1、驾驶员应做到遵章守纪，熟悉掌握各项交通法规及车辆机械常识，勤检查、勤保养，严格遵守操作规程。对影响安全行车确需修理的，应及时向院办公室提出，按程序安排修理。

2、处理车辆维修鉴定小组。院办公室主任为组长，成员由驾驶员组成。车辆维修费用在100元以下，由驾驶员向院办公室主任报告，经同意，由驾驶员安排维修。一次维修费用在100元以上500元以下的，由驾驶员向院办公室主任报告，由办公室统一安排维修。一次维修费用在500元以上3000元以下的，由驾驶员向院办公室主任报告，经车辆维修鉴定小组鉴定，确需修理的，由车辆维修鉴定小组统一安排维修。维修期间，鉴定小组需有两人以上到场监督。一次维修费用在3000元以上的，由驾驶员向院办公室提出，经车辆维修鉴定小组鉴定，确需修理的，由院办公室主任报请主管领导批准后，由车辆维修鉴定小组统一安排维修，并全程参与修理监督。

3、车辆在外地或行驶途中遇临时维修，驾驶员可自行安排维修，但必须有乘车人员签字证明。

4、按车辆保养规定，驾驶人员应做好车辆保养工作及缴纳保险、年检等事宜。

5、驾驶员要妥善保管与车辆有关的所有证件和相关资料。

四、油料管理

1、车辆加油采用加油卡方式。由院办公室统一办理加油卡并负责保管，司机领卡加油并在加油后向院办交回加油凭证票据。

2、因特殊原因，未能用加油卡加油的，驾驶员应向院办公室主任报告，经批准可用现金加油，加油票据经随车人员签字后，由办公室主任审核批准，据实报销。

3、院办公室每季度对各车辆行驶公里数进行抄录，核定车辆标准耗油量，结合实际情况检查车辆用油量，对不合理耗油现象进行追究。

#### 医药价格信息监管措施

1、各科室要严格按照《白城中心医院医药价格信息维护制度》的规定，保障医药价格信息管理系统价格信息真实、准确。

2、为更好的加强监督，各科室护士长负责对本科室医疗服务收费标准电子触目屏抽检，一旦发现有质疑收费项目，需立即报物价部门和信息中心。

3、物价部门对医疗服务收费标准做出调整时，需提交给信息科有价格管理委员会确认签字的申请；调整核对后需要信息科确认签字。

4、物价部门新增医疗项目时，需提交给信息科《新增收费项目审批表》，待信息科调整核对后在”执行情况”一栏签字。

5、除物价部门以外的科室要求信息科对医疗服务收费标准做出调整或新增医疗项目，信息科不予采纳。

6、各科室兼职物价员对出院患者办理出院时，待复核医药收费无误时确认签字后才准予患者办理，对发现的问题及时通知科室整改，并做好记录。

7、定期汇总检查中存在的问题，对共性问题提出整改措施，上报给价格管理委员会。

#### 医药收费监管措施

1、各科室护士长负责对本科室出院患者的各项收费进行复核检查，对出现的漏收、多收、少收等现象及时纠正或通知相关科室改正，并将检查结果登记在收费审核登记本。

2、物价部门每月对全院各科室出院患者复核登记情况进行抽查，对发现的问题及时整改。

3、物价部门每月抽查各科室出院患者病历复核医药收费情况，对发现的问题及时通知科室整改，并做好记录。

4、定期汇总检查中存在的问题，对共性问题提出整改措施，通知各科室改进，并跟进改进结果。

5、物价部门定期对医院专项医药收费情况进行复核监督检查，如手术费用、麻醉费用、检验费用、影像收费等，及时纠正问题，不断的规范收费行为。

#### 医院价格管理制度

1、认真遵守《中华人民共和国物价法》，严格执行医院各项物价管理规定，并接受上级物价主管部门对我院物价工作的监督检查。

2、物价管理人员各尽其责，层层把关，保障医院物价管理工作顺利进行。

3、医院对各科室医疗服务价格执行情况进行检查和监督。由物价部门定期或不定期对病历、各类检查单进行检查，发现问题及时整改，严重问题要按照奖惩制度处理，并将检查、处理结果备案。

4、各科室负责人要重视收费价格管理，大力支持物价员对本科室执行物价政策的管理工作。

5、各科室兼职物价员负责传达、贯彻医院收费管理的有关规定和现行收费标准，搜集和反馈收费中存在的价格问题并加以解决，配合专职物价员对收费价格执行情况的调查或检查，做好本科室收费标准的申报，接待病人查询等工作。

6、必须严格执行国家政府的定价，各项收费项目和标准必须经物价部门批准后，纳入微机管理，严格按规定收取。本院药品价格、医用耗材及医疗服务收费标准按照以下规定，各科室必须认真执行，不得擅自提高或降低收费标准，不得以任何理由巧立名目分解、重复收费、增设收费项目

(1)药品、医用耗材执行招标采购。

(2)本院药品按规定加价率销售。

(3)医疗服务收费按照《吉林省医疗服务价格实用手册》规定的医疗服务内容及价格标准执行。

(4)参加基本医疗保险和农村合作医疗的患者医疗服务价格管理，按照市医保中心的有关政策、规定执行。

7、凡患者需用的、规定不允许医院收费的医疗耗材、器械、生活用品等，各科室不得自行销售上述物品，不得为其他单位代销商品。

8、我院收费工作由门诊、住院收款处及临床处方过费人员负责录入医院收费系统，各科室不得以任何理由向患者收取现金。

9、加强对计算机价格管理系统的维护，按照物价主管部门的相关规定及时调整价格。

10、建立完善的价格公示制度。对医院的常用药品价格及医疗服务价格在门诊大厅和相关科室公示，并通过电子触摸屏和显示屏进行公示，为患者出示医药价格消费清单；对患者有关物价的咨询耐心解释，加大收费透明度和社会监督力度。

11、积极接受物价部门的检查和患者的监督，公示监督电话。随时接受各项收费投诉，虚心按受患者的意见，并如实记录，认真处理。主动与物价部门联系及时掌握物价工作政策、信息为医院的物价管理工作的开展提供政策性依据。建立投诉接待制，公布物价员姓名、咨询与投诉电话，对患者投诉认真处理，及时回复，并保存好投诉记录。

12、各项新增的收费项目由科室及时以书面形式向物价部门申报，经医院价格管理委员会同意后，物价部门严格按照《吉林省医疗服务价格实用手册》标准增加，如标准中没有需要上报市物价主管部门核定批准后，才能按核定标准执行。各科室应及时与专职物价员联系，并配合物价员向物价部门进行申报。

13、各科室开展的新业务、新项目，拟定收费标准，经市物价主管部门批准后，有关科室方可执行。

14、各项收费事宜必须由专职收费人员执行，并开具真实合法的凭据，严禁私自收取现金，严禁科室设立帐外账、小金库。

#### 药事管理与药物治疗学委员会会议制度

1、医院药事管理与药物治疗学委员会会议（以下简称“会议”）是我院药事管理工作的重要内容，是保障药事管理与药物治疗学委员会正常行使其对全院药事工作进行监督、检查、指导和管理职能的重要手段。

2、药事管理与药物治疗学委员会原则上每季度召开一次。会议应听取药剂科的工作汇报，就会议议题进行充分、民主地讨论并做出决议。

3、会议由主任委员主持，参会人数须超过应到人数的3/4。

4、会议的内容：

4.1 审查医院合理用药的情况。

4.2 审查需要淘汰或停用的药品。

4.3 医院药品不良反应的监测情况。

4.4 审核医院基本用药供应目录。

4.5 其他与药事管理相关的事务。

5、相关部门整理好需讨论的议题，提前一周交药剂科，药剂科负责汇总，于会议召开前报主任委员审阅，并按委员人数印制，发给全体委员审阅。

6、会议决议：会议的决议应经出席会议的3/4以上委员的同意方可通过。

7、会议决议应包括以下内容：决定事项、内容简述、解决(改进)措施、应达到的标准、责任人、落实时限、检查与监督。

8、药剂科负责药事管理与药物治疗学委员会会议通知、资料准备与发放、会议记录、全部文件的建档和保管等工作。

9、药事管理与药物治疗学委员会下设的工作组每次召开的小组会议，应将会议形成的决议向药事管理与药物治疗学委员会报告；也可根据实际情况，与药事管理与药物治疗学委员会合并进行会议。

10、会议记录应真实、完整，并经适当整理后，编制会议纪要，报主任委员和有关部门。

11、各部门应认真落实会议决议，接受检查和监督。

12、药剂科负责决议落实工作的协调、监督、检查、指导，遇到不能裁决的问题，应及时与有关部门(人员)协商，或向主任委员报告。

13、会议形成的信息中可以公开发布的，应采用适当的形式及时向有关人员发布。

14、医院全体人员均有义务了解会议精神，发现药事管理问题并通过规定渠道向会议提出意见和建议。

#### 新药采购制度

1、新药的定义：新药是指本院基本用药供应目录以外的药品，改变给药途径或改变剂型也属于新药管理范围。由于种种原因已经在我院停止使用的药品如需恢复使用，也按新药管理。

2、临床各科室申请新药，必须本着临床医疗实际需要的目的，由临床医师提出申请。

3、申请医师如实全项填写《新药采购申请表》，如药理作用及适应症、申请理由等，并经本科室主任签署意见后报采购办。

4、药事管理与药物治疗学委员会委托采购办统一收发新药采购申请表，临床科室自行印制无效。

5、临床科室每期上报品种原则上不得超过两种。专科用药限专科医师申请，不得跨科申请上报。

6、采购办对被申请药品的疗效、不良反应及价格进行审查，并审核该药的说明书、GMP证书、批准文号或换发批准文号的证件。

7、采购办经审核对那些申请表填写完整、相关资料及证件齐全的药品归档，并提供本院现有同类药品的相关信息，评审前十天汇总成书面资料报药事管理与药物治疗学委员会。申请表填写不完整、资料不齐以及未经汇总的品种不参加讨论。

8、新药通过必须符合下列条件：

需经科主任同意、药事管理与药物治疗学委员会讨论通过。

9、新药进院后三个月无使用者，该药退回公司，下次如用必须重新审批，同时取消申请人下季度申请权利。

10、如发现药品质量问题、严重不良反应及违规现象，采购办有权暂停该药品的采购、使用。

#### 药品临时采购制度

为进一步规范我院药品采购、合理补充医院药品、保障患者用药安全、防止医疗纠纷、加强管理，结合采购办实际，特制定临时采购制度如下：

1. 临时采购条件

因病情急需，医院基本用药目录没有的药品。

1. 临时采购程序

1、各临床科室在日常诊疗过程中遇到特殊情况需要使用我院基本用药目录外的药品时，应由科主任填写《临时用药申购单》，递交至采购办。申购单中应详细说明申请购入药物名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，数量原则上不超过一个疗程，并有科主任签字。紧急情况下临床可以电话、处方形式通知采购办，但事后须补办申请手续。

2、采购办采购员，在接到申购单后，须上报采购办主任审核采购数量并签字，经主要领导审核通过，签字同意后方可按申购数量尽快采购。

3、相关药品采购到位后，由药库库管人员按相关规定检验入库，及时下发至相应药房，并及时通知申购科室领用。

三、某一临床科室申购的临时用药，不作为全院通用药品使用，只能由申购科室的医师开具处方，并只得在该科室内使用。其他临床科室如需要使用，必须另行申购。

四、各科室主任在制定申购计划时，应根据患者病情及治疗方案，客观地预算申购药品的使用量，严格控制申购数量，原则不超过一个疗程。并必须保证所申购药品全部用完。一旦采购办按申购数量采购到位后，因药品滞销造成药品过期或三个月后该药品仍有库存的，一律按过期药品金额或库存金额扣申购科室支出。

五、因危重患者死亡等原因导致不能用完的调拨药品，药房应给予退药。但申请科室应负责对退回药品的使用。

六、如果某一药品连续多次由临床科室提出临时用药申购，则应由采购办上报药事委员会，按新药引进程序审批，通过后方可作为医院常规采购药品采购、使用。

七、如发生中标目录以内的药品出现厂商因素导致的不能及时供应药品的情况时，紧急用药者报采购办，经采购办主任同意后可临时购进中标目录以外厂家生产的同一品种作为暂时性补充，并由采购办主任上报药事管理与药物治疗学委员会说明；长期供应困难影响临床工作，需要更换新厂商时，上报药事管理与药物治疗学委员会讨论，并按相关规定采购。

#### 药品质量监督管理制度

1、药品是防治疾病的重要物质，其质量好坏对保障医疗质量，维护人民用药的合法权益起着重要的作用。为科学地、规范地管理本院的药品，保证用药安全、有效、经济、合理，保障人民身体健康，依据《中华人民共和国药品管理法》(以下简称《药品管理法》)、《中华人民共和国药品管理法实施办法》，《医疗机构药事管理规定》，制定本制度。

2、药品质量监督领导小组，在药事管理与药物治疗学委员会及院长的领导下，负责全院的药品质量管理工作，药剂科、采购办负责药品质量管理的日常工作。

3、全院建立健全药品质量监督网，各临床相关科室有专人负贵药品质量管理工作，药剂科、采购办成立药品质量安全管理小组定期检查药品质量。

4、质量安全管理小组的任务

(1)以《药品管理法》和有关药品监督管理法规、规章为依据，开展药品质量监督检查。

(2)对全院药品储存、供应、使用等各个环节进行检查:发现质量问题必须进行详细登记、及时上报。

(3)对药品质量进行跟踪:对检查中发现的药品质量问题应及时分析原因，提出解决问题的意见。

5、科室药品质量管理人员、医院职工及患者，如果发现药品质量问题，有权直接向医院领导或院药事管理与药物治疗学委员会反映，任何科室和个人不得无故干涉和打击报复。

6、各临床科室负责药品质量管理的人员每天应对领取和存放的药品进行清理，检查以防发生变质失效。发现质量问题及时与药剂科采购办联系，过期失效的药品不得用于临床。

7、采购办负责全院的药品供应工作，药剂科、采购办应严格遵守《药品管理法》及相关的法律、法规，严把药品质量关.在药品购销活动中，药剂科、采购办应遵循公平、公正、公开和诚实信用的原则，严防以药谋私、损害患者和医院利益的现象发生。药剂科、采购办的工作应当接受当地卫生行政、药品监督等部门的指导和监督管理，同时药剂科、采购办应当和各临床科室保持联系，发现问题及时处理。

8、采购办制定和规范药品购进工作程序，严格执行药品购进审批程序，做好药品生产企业（GMP证书、药品经营许可证及营业执照等）、药品批发企业（GSP证书、药品经营许可证及营业执照等）及业务员（药品经营的委托证明，个人身份证明）的资质认证工作，合法规范地购进药品。

9、采购办严格执行药品入库验收制度。入库时应对药品的名称、规格、生产批号、批准文号、配送公司进行登记、核对，并对药品的外观质量进行检查，符合规定后方可入库.进口药品验收时，必须向进口药品经营企业索取以下资料：

(1)《进口药品注册证》（或者《医药产品注册证》）复印件、《进口药品批件》复印件；

(2)《进口药品检验报告书》复印件或者注明“已抽样”并加盖公章的《进口药品通关单》复印件；

国家食品药品监督管理局规定批签发的生物制剂，需要同时提供口岸药品检验所核发的批签发证明复印件。

进口麻醉药品、精神药品，应当同时提供其《进口药品注册证》(或者《医药产品注册证》)复印件、《进口准许证》复印件和《进口药品检验报告书》复印件，上述各类复印件均需加盖供货单位公章。

10、药品应分区分类存放，陈设整齐有序，标志明显。药品库房应具备与药品性质相适应的存储设备、设施，如冷藏、防冻、防潮、通风、防鼠、防虫等。

11、药品的出库遵循先进先出、后进后出、近期先用、远期后用的原则，严格按效期管理药品，防止过期失效。

12、建立健全麻醉药品、精神药品、医用毒性药品和放射性药品的管理制度。

13、药学人员、采购办直接接触药品人员每年进行一次健康检查，凡患有传染病、隐性传染病或其它可能污染药品疾病的工作人员，不得从事直接接触药品的工作。

14、如有违反以上办法者，视情节轻重处以政纪、经济处罚，触犯法律者移交司法部门处理。

#### 医院药品质量监督领导小组工作制度

为保证药品质量，确保用药安全，根据《药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》等有关规定，结合医院实际，制定本制度。

一、组织领导

主管院长、医务科、药剂科、采购办、质管办、护理部等相关部门负责人及其他原则性强、工作积极、熟悉业务、有鉴别药品质量优劣经验的工作人员组成。

二、主要职责

监督、领导本院药品质量管理工作。

三、工作任务

1、全面负责药品质量的具体工作，掌握全院用药情况和药品质量情况。

2、医院药品流通各环节的药品管理、交接和使用情况。

3、监督、检查下列工作，发现问题及时研究解决办法。

（1）各类特殊管理药品的使用、管理情况。

（2）库存药品的质量情况，包括库房条件、库房药品的分类保管及药品验收、入库、 养护制度的执行情况。

（3）病区备用药品的质量情况。

4、定期召开质量监督领导小组会议，听取有关方面的报告，制定药品质量管理工作的任务，通报全院药品质量情况，重大质量问题报告药事管理与药物治疗学委员会。

#### 安全用药管理制度

1、科学、规范我院药事管理工作。药事工作是医疗工作的重要组成部分。要将医、药、护三个方面有机的结合起来，建立医师—药师—护士、药库—药房—病区的立方体空间体系，建立药剂科、采购办、与医务科、护理部等管理部门的沟通机制，制定包括药品采购、储存保管、调配及使用等每一个环节的相关管理制度。全面保证用药安全。

2、执行药品采购相关制度，执行“新品种引进程序，坚持“质量第一，按需进货，择优采购”的原则，确保药品质量和购进的合法性。

3、执行《药品储存、保管管理制度》、《效期药品管理制度》、《高警示药品管理制度》、《易混淆药品管理制度》等，遵守药品储存管理规范，执行各项工作程序，按照药品性能，对药品实行分区、分类管理。对高危药品做好醒目标示，避免差错事故的发生。根据药品储存条件的要求，将药品分别存放于常温环境（10-30℃）、阴凉环境（≦20℃）、冷柜（2～8℃）中，并保持相对湿度达标。

4、严格执行《麻醉药品、精神药品管理制度》，按照有关规定购进麻醉药品、第一类精神药品，保持合理库存。入库验收必须货到即验，至少双人开箱，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。要做到“五专”管理。

5、医师要严格按照《处方管理办法》的要求，根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应症、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方，并使用药品通用名称和复方制剂药品名称。按照麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

6、医师必须尊重患者对应用药物进行预防、诊断和治疗的知情权。医务人员发现可能与用药有关的严重不良反应，在做好观察记录的同时，必须按规定及时上报。

7、药师必须严格执行各项操作规程和《处方管理制度》，认真审查和核对，必须做到“四查十对”，确保发放的药品准确、无误。并进行安全用药指导。

8、药师对有配伍禁忌、超剂量等严重不合理处方，应拒绝调配，以保证药品安全。

9、药师应利用自己所掌握的药学知识和药品信息，承接医师、护士、患者及公众对药物治疗和合理用药的咨询服务。执行《用药咨询制度》。

10、为保证患者用药安全，药品一经发出，除医方责任外，不得退换。

11、建立以病人为中心的药学保健工作模式，开展以合理用药为核心的临床药学工作，临床药师要深入临床科室，积极参加查房、会诊和病例讨论等工作，合理用药，提高用药水平，确保病人用药安全有效。

12、加强护士执行医嘱时的管理，严格执行医嘱，执行《静脉用药临床使用规范》及相关规程，保证用药安全。

13、所有医务人员均有责任监测和报告药品不良反应/事件。《用药后观察制度》、《药品不良反应监测和报告制度》及有关程序，对临床所使用的药品进行不良反应监测。一经发现药品不良反应/事件的，要执行《药品不良反应/事件处置流程》，立即逐级报告，并进行详细记录、调查，按要求填写报告表。同时开展医疗救护、将药害降到最低。

14、各药库、药房负责人为药品安全管理责任人；各病区科主任及护士长为本科室用药安全责任人。

#### 临床用药动态监测和超常预警制度

1、为进一步加强药品使用的监测管理，遏制医疗服务过程中乱开药、开高档药、开大处方等不正之风，遏制药品回扣，降低群众医药费用负担，我院药事管理与药物治疗学委员会特制定临床用药动态监测和超常预警制度。

2、有计划、有重点、连续性的进行临床用药动态监测和超常预警，掌握药品使用动态。我院对所有药品作动态监测与预警，并将抗菌药物列为重点监测和预警对象。

3、药剂科每月初通过计算机HIS系统，对全院药品使用数量排名前十位及抗菌药物的使用数量排名前十位进行统计，并进行公示监测。

4、药剂科每季度对药品用量进行统计，统计结果通过在《药学简讯》或《质量考核通报》发布的形式予以公示，同时对临床科室的用药异常情况给予警示。

5、对《抗菌药物分级管理办法》落实情况进行监督检查。每月对使用总量在医院前10位的抗菌药品及使用量排名前十位的医师进行公示，对25%具有抗菌药物处方权的50份处方（医嘱）进行点评，对不合理的处方进行公示。

6、合理用药处方点评工作组对医生用药情况每季度排位一次，对药品价格在10元以上，使用总量排在前10位的药品利用电子处方点评软件系统对其进行评价，将评价结果报“药事管理与药物治疗学委员会”。通过医院《质量考核通报》等渠道进行公示。

7、合理用药处方点评工作组每季度对全院药品使用金额前十位医师的处方、医嘱进行合理性分析和评价，查找用药中的异常现象，并做好监测和超常预警公示记录。

8、对用量超常或不合理使用的药品，医院暂停该药品在临床供应1个月；若供应商有违规销售情况，将禁止该药品在我院的销售，若无违规情况，1个月后将恢复在我院的销售。

9、各临床科室对超常现象分析原因、查找漏洞，并及时调整临床用药方案。

10、一旦发现医师过度用药，或确实存在不合理滥用药物的，采购办将对供应商予以警示。并根据医院相关规定进行处理。如发现某医师使用某种药品不符合诊疗常规，由医务科对该医师进行诫勉谈话，对连续三次接受谈话的医师提出警告，并进行通报批评，以遏制其不合理用药行为。

11、采购办及时、科学、合理调整药品采购计划和药品供应方案。各临床科室对超常现象分析原因、查找漏洞，并及时调整临床用药方案。医务科对排位靠前的个人发现有超常用药行为的，及时预警或视情节给予相应处理。

#### 药品安全性监测管理制度

为了保障患者用药安全，根据中国医院协会患者安全目标主要实施措施，结合医院药品购销、管理、使用等实际情况，特制定本制度。

1、药品采购、保管、存放的安全性监测：

1.1 采购办负责全院所有用药的采购和供应。采购药品应由药库保管员根据药品库存数量和使用情况提出采购申请，由药品采购员严格按照招标采购中标药品目录采购，制定采购计划并上报科主任审核，经科主任审核同意后由药品采购员严格按医院《药品采购管理制度》计划采购。药品入库前验收员应严格按医院《药品入库验收制度》仔细验收，检查药品品种、规格、批号、有效期、供应商、数量等是否与要求相符，如有不符应报采购员进一步核实情况，必要时应立即退货处理，以保证药库中无假、劣药品。同时核查药品说明书情况，若有修改及时通知临床药学人员，临床药学人员应及时在院内网上发布说明书修改情况。

1.2 特殊药品的管理、使用应严格按照医院《特殊药品管理制度》、《麻醉药品、精神药品管理制度》的规定执行。麻醉、第一类精神药品应严格实行五专、三级、批号管理制度，毒性药品、放射性药品、第二类精神药品应符合管理规范，帐物相符，特殊药品管理应做到日清日结，库房、药房帐目与实物数量均应一致。由药剂科定期派人抽查临床特殊药品管理、保存及使用情况，发现问题及时与该部门护士长联系，并督促其改进，情节严重或系普遍性问题时应上报药剂科、医务科、质管科及护理部。

1.3 药品储存管理应严格按照医院《药品保管养护管理制度》的规定执行，不同剂型药品须严格分区放置，不同剂型区域或货柜（架）上应悬挂醒目标示。高浓度电解质制剂、肌肉松驰剂及细胞毒化等高警示药品以及易串味药品必须单独存放在专门区域或专用药柜（架），并在该区域或该药柜（架）醒目位置贴分类标签。

1.4 药品效期管理应严格按照医院《药品效期管理制度》的规定执行，加强效期管理，做到先进先出。各药房、药库及各科室、病区在摆放药品时，应将效期较近的药品放在易于拿取的外侧。每个月检查所有在库或在架药品的效期，效期在6个月内的应贴上标示以提醒药师注意，各科室病区效期在三个月内的应提醒护士注意。库房内存货效期在3-6个月内的药品， 应视药品使用情况安排退货事宜。一般情况各病区药品有效期在一个月内的应停止使用，应及时到药库报废处理并领用新批号药品，药库应做好销毁登记工作。

1.5 药品的养护管理应严格按照医院《药品养护管理制度》的规定执行，严格控制药品存放条件，严格按国家批准的药品说明书所列贮存条件存放，严防药品破损、霉变、失效，中成药及西药药品报损率≤1‰ ，饮片≤5‰。药库、各药房每天两次查看库房内各处温湿度表，并记录。各病区也应保持药品存放区干燥，温度适宜。药品存放区域不得存放其它无关物品，如因储存不当导致药品破损、变质、霉变、降效等情况，将对药品养护者进行处罚。

1.6 各科室应指定专人负责本科室药品管理及养护工作。

2、处方开立及调配的安全性监测：

2.1 医师开立处方应严格按照医院《处方管理办法实施细则》的规定执行，药师应在充分尊重医师的处方权的前提下，重视并坚持合理行使药师的审方权。

2.2 药师收到处方后应严格按照医院《处方审核制度》的内容对处方进行审核，经处方审核后，认为存在用药安全问题，和处方医师进行沟通，妥善解决，并按照医院《不合理处方登记》内容进行登记。

2.3 对于抗菌药物的使用，应严格按照《抗菌药物临床合理应用指导原则》的规定执行，落实抗菌药物分级使用制度，发现越级使用或超剂量使用的应暂停调配并及时与医师联系，必要时请医师双签字或请上级医师签字。

2.4 对于中成药，特别是中药注射剂的使用，应严格按照医院《中药注射剂临床使用管理规定》的规定执行。

2.5 各药房应严格执行“四查十对”，力争准确率达100%，出门差错率≤1/10000。药师发放药品前查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、规格、数量、标签；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量。查用药合理性，对临床诊断。检查药品外观性状、标签，看有无变质，是否过效期，发出的药品应注明患者姓名和药品名称、规格、用法、用量。

2.6 医师、药师应在处方上签字或签章。

3、药师应及时向医务人员、患者及家属提供准确的药品使用帮助，保障用药安全。

3.1 门急诊药房窗口药师在发放药品时应清晰、简要，按药品说明书或处方医嘱，向患者或其家属进行相应的用药交待与指导，包括药品的用法、用量、注意事项等。并保证自己的语气、语调易于使患者或其家属接受。

3.2 门诊药房常设高年资药学人员一名，解答医务人员、患者及其家属用药咨询、提供药品信息。

3.3 病区临床药师应定期深入病房，查看患者病历和用药记录，一旦发现不合理用药，及时与临床医师沟通，修改用药方案，减少药疗损害，同时接受临床医师用药咨询、必要时参与制定药疗方案，保障用药合理、安全、有效。

3.4 药师应做好药品不良反应监测，协助临床医师及时发现和上报药品不良反应，并将相关信息实时反馈至临床一线，确保用药安全。

4、药品使用的安全性监测：

4.1 药品不良反应管理应根据《药品不良反应报告制度》进行监测；

4.2 高警示药品使用应根据医院《高警示药品管理制度》进行监测；

4.3 输注药品使用应根据医院《静脉用药临床使用规范》进行监测；

4.4 患者用药后观察应根据医院《用药后观察制度》进行监测；

4.5 输注药物配伍禁忌管理应根据医院《输液药物配伍禁忌管理制度》进行监测；

4.6 临床科室备用药品管理应根据医院《病区（含诊疗区）急救、备用药品管理制度》进行监测。

4.7 特殊药品的管理应根据医院《特殊管理药品管理制度》进行监测，重点监测三级管理和五专管理的落实情况。

5、安全管理责任：

5.1 各药房、药库药品安全管理责任人为其负责人；

5.2 各科室、病房用药安全责任人为科主任及护士长。

5.3 对以上各项监测情况和结果应及时汇总、分析，对存在的安全隐患，应有减少（或避免）重复发生的持续改进措施。

5.4 医院应对临床安全用药进行宣传、教育和培训，并有相应的预警资料。

5.5 对发现临床用药安全隐患不及时报告、未采取有效控制措施，致使重复发生造成严重后果的，应给予处理。

**药品安全性监测制**

#### 药事应急管理制度

为了加强药事管理，及时处理药品引发的突发事件及保证医疗突发事件的药品供应，在药品储备要求的基础上，完善制度，落实岗位责任制，修订如下。

一、总则

1、按照上级的指示，医院对药品的储备、供应有明确的要求，保障处理突发事件的药品需求及及时处理因药品质量问题出现的突发事件。

2、医院药事管理与药物治疗学委员会负责医院此项工作。

二、负责部门

医务科、采购办、药剂科负责处理涉及药品的医院突发事件。必要时及时上报主管院长或领导小组组长。

三、药品的储备

1、医院采购办应保证医院急救药品的供应，供应量应保证医疗工作的正常运转。

2、医院的常用药品的储备量应符合常规的医疗需求。

3、遇群体突发事件时，采购办应按规定的时限完成药品的供应工作。

4、医院的急救药品的储备量应保持一定的数量，做到既不过期失效，又能满足急救的需求。

5、日常药品采购时，如遇抢救药品供应困难，采购办主任应及时向主管院长汇报并采取有效的措施。

6、未经批准采购办保管员不得借出医院的急救药品。

7、急诊科应储备一定量的抢救药品。

8、各病区应储备一定量的抢救药品。

四、处理程序

1、医院遇到群体的突发事件或出现药品引发的突发事件时，应由医院领导安排抢救工作，采购办负责人24小时开机，接到通知时，到场听从指示，准备好需要的药品。

2、抢救药品供应实行绿色通道制，先抢救后交费。

3、如医院药品供应不足时，领导小组成员有权调动医院的车辆向兄弟医院求援。

4、发生因药品质量问题引发的突发事件时，临床科室应及时上报医院，采取有效的措施，防止事态扩大，并积极抢救患者。

5、听从上级的调遣，随时支持兄弟医院的药品求援。

五、要求

1、采购办要保证药品的质量，杜绝因药品质量问题引发药品不良事件。

2、采购办要了解药品市场的供应情况，掌握兄弟医院的急救药品的储存情况，保证突发事件的药品供应。

#### 突发性紧急事件药事管理应急预案

为确保突发性紧急事件（以下简称“突发事件”）发生后能迅速处理，保证药学服务质量及医疗救护工作的顺利完成，特制定本预案。

一、突发事件是指突然发生，造成或可能造成严重损害的事件。包括外部事件和内部事件：

（一）外部事件：大规模传染病、地震、水灾等自然灾害、集体食物中毒、群体药物不良反应事件等。

（二）内部事件：药品质量事件、药品失窃、特殊药品流失、HIS系统故障、药品调剂事故、消防安全事件等。

二、组织机构及职责

（一）药剂科、采购办具体负责突发事件中药事管理相关工作，包括：

1、参与制定、审核医务人员预防用药方案及突发事件治疗用药方案；

2、制定突发事件医疗救治药品目录及其他相关用药目录；

3、审核紧急备药品种的剂型、数量等，审核抢救用药目录；

4、参与药物安全性监测方案的制定。

（二）药剂科、采购办成立突发事件领导小组，其成员包括：药剂科、采购办主任、副主任、各药房负责人、药库人员。药剂科突发事件领导小组是突发事件管理及处置的领导机构。

（三）突发事件领导小组下设四个工作组：

1、人力资源组：由药剂科主任任组长，采购办主任任副组长其主要职责：

（1）人员整合，包括各组工作人员的重新定岗、人员调配、新组临时性岗位的人员安排、排班，一旦进入应急响应状态，应宣布全科（组）停休，全体人员24小时联系电话保持畅通。

（2）稳定员工情绪，进行员工的激励并应建立相应的约束机制，并适当的应用心理学知识体会工作人员的切实困难。

（3）做好必要的生活物品保障及工作安全保障等。

（4）保证与上级领导沟通渠道的通畅，向上级申明药剂科的工作情况、特殊性，协调各种临时性问题。

2、药品供应组：由药库负责人任组长，其主要职责：

（1）从多渠道获取药品信息，进行市场信息的追踪；并根据医院制订的治疗指南或专家组意见做药品计划，保证紧缺药品供应。负责急救药品的采购、验收、保管和发放工作。

（2）应急药品在保证药品质量的同时，要做到及时性和可及性。

（3）中毒抢救、水灾、地震、火灾等抢救药品，可能不属医院常备药品，但必须掌握这些药品由哪些制药企业生产及其供应渠道。

（4）负责协调各药房抢救药品的调剂。

（5）遇重大突发事件，应保障大规模调集应急药品供应。

3、药品调剂组：由调剂室负责人任组长，其主要职责：

（1）进行医院日常药品的调剂工作，执行其他与调剂相关的临时性任务。

（2）凭医院行政总值班签字或本院医生、护士的借条先行发药，后做财务处理。

（3）向药库及时提出用药计划，为临床提供用药信息，对患者提供用药咨询和宣传工作。

4、临床药学组：由临床药学室负责人任组长，其主要职责：

（1）及时收集整理药物信息，以适当的方式向临床传递合理用药信息。

（2）药品不良反应的监测、上报及反馈。

三、预防及预警

（一）预防措施

1、药房值班人员特别是节假日、夜间值班人员，应对突发事件有预见性，如遇高温、雨雪等恶劣天气，当就诊患者突然增加，用药品种和数量也突然增加，值班人员要对现有药品储备情况评估，及时告诉部门负责人，负责人根据实际情况采取及时补充药品和增加人员等措施。

2、药库制定《突发事件医疗救治药品目录》，预先进行突发事件医疗救治药品的储备。突发事件医疗救治药品按事件发生频率分为常备药品和非常备药品。常备药品储备于急诊药房，非常备药品注明供应商。《突发事件医疗救治药品目录》需及时更新。

3、药学部门针对不同的突发事件，制定不同的、行之有效的应急预案。

（二）预警

1、预警系统的启动：发生突发事件时，值班人员根据突发事件的性质、类别及严重程度，启动应急响应，上报部门负责人、科主任。紧急情况，可越级上报。药剂科主任立即向医务科、分管院领导或行政总值班汇报，启动医院应急预案，按照医院的部署，药剂科利用全科的资源协助完成突发事件的救治工作。

2、紧急抢救：如遇抢救患者，当班人员应准备好急救药品，积极主动地参与抢救工作。当药品短缺时，迅速报告小组负责人联系，负责人负责与药库或其他药房联系，尽快补足，同时应运用专业知识积极寻找代用品解决问题。

四、突发事件后药学工作的善后处理

（一）突发事件后剩余药品的处理。阶段性防治突发事件工作结束后，在保证药品的有效期内正常使用外，如存在积压药品情况及时统计，并向药品供应商反馈，进行清理清退工作。

（二）突发事件后，药学部门的人员安排、药品配备等各项工作应迅速还原到突发事件之前的工作状态。

五、突发事件药事管理工作注意事项

（一）遇有突发事件启动应急预案以后，药学人员必须按照方案要求各就各位、积极主动参与到抢救工作中。

（二）突发事件药事管理应急预案也适用于其他突发事件发生的药事应急管理预案，要根据突发环境事件的性质、类别等不同灵活应对。

（三）医院不定期组织应急预案的培训及演练，使全体人员了解应急预案的内容，熟悉处理程序，对培训和演练中暴露出的问题，及时处理，必要时对应急预案进行修订。

（四）认真做好突发事件的总结工作。对在突发事件处置过程中积累的有效做法和措施，要认真加以总结，修订和完善突发事件的处置预案；对于存在问题的要认真吸取教训，引以为鉴。

附件：

突发事件药品应急小组

组 长：药剂科主任

副组长：采购办主任

组 员：药剂科各班组长和采购办药库管理员

#### 突发事件应急药品供应管理制度

一、突发事件一般是指突然发生、造成或可能造成严重损害的事件。比如大规模传染病、地震、水灾、飓风等自然灾害，核辐射、集体食物中毒等。医院内部突发情况，如临时停电或HIS系统故障等，亦按此制度处理。

二、发生突发事件时，由药剂科当班人员立即直接通知部门组长及主任，由药剂科主任和采购办主任负责协调安排应急工作，各部门组长进入紧急待命状态，保持24小时通讯通畅，所有工作人员一律服从指挥，按要求各司其职。如有必要，药剂科、采购办可组建“突发事件药品供应小组”，负责准备、调配所需药品。

三、急诊药房开启“绿色通道”，由医生开具手工处方，加盖“绿色通道”章，随即调配处方，待事件稳态后统一结算入账。

四、各病区及手术室急用药品，药剂人员优先按医嘱发药；若医嘱暂未输入系统的，则凭诊疗医生或护士临时借条发放给相应专职送药人员。处理完紧急情况后，各病区应在24h内对之前的借条在HIS系统提交，药房及时核对并在HIS系统进行确认。

五、采购办负责审核和采购准备突发事件药品及日常储备突发事件应急药品，确保应急储备药品的供应。

六、应急药品分为两类药品储备：第一类：提供参加应急工作的工作人员自身需求的药品配备储备；第二类：提供突发事件所需的药品储备。

七、第一类药品储备主要用于应急人员在急救过程中自身所需的药品配备；第二类药品储备包括了各种日常使用药品和急救药品。药库严格按照应急储备药品目录保证日常储备量，以便随时提供充足储备药品。

八、若突发事件所需药品在日常应急药品库目录內，药品出现短缺现象，则药剂科首先在科内进行紧急调拨，同时药库根据实际情况立即采购补货，并要求商业供货公司紧急送货或向其他医院调拨等各种方法保证突发事件药品供应。

九、若处理突发事件所需使用药品未在本院药品使用目录中，则由主治科室主任提交临时用药申请报告，经采购办主任、分管院长批准，药库立即进行紧急采购，紧急送货。

十、若事件情况紧急或牵涉面较广时，则由药剂科主任、采购办主任向分管院长及医院药事管理与药物治疗学委员会汇报，由医院统一安排处理。

十一、临床各部门按有关规定配备急救、抢救应急用药。各部门可根据各自专科情况向药剂科、采购办申请其他抢救用药，药品使用后应及时补足，定期养护，除护理部每月进行专项检查外，药剂科每季度安排药剂人员检查相应部门抢救车药品备用及效期情况，检查结果及时反馈被查科室，并将结果整理汇总后交护理部。

十二、医院内部突发情况（临时停电或HIS故障等），门急诊药房根据实际情况，启动相应的应急流程：

1、HIS故障

(1）严格按照信息工程部通知的时间及要求进行操作；

(2）网络故障时，由门诊部通知各个门诊科室，收费处启动备用服务器，按照备用服务器中备份的收费项目对打印的处方收费，门急诊药房按照打印的处方发药；

(3）故障期间门急诊药房保留好相关处方及发票；

(4）修复网络问题后再切换回原来模式操作，门急诊药房对故障期间相关处方及时在HIS系统进行确认。

2、临时停电

医生开具手工处方，收费处划价收费后，门急诊药房根据手工处方进行发药，并保管好相关处方及发票，电力恢复后进行处方确认；

十三、医院内部突发情况（临时停电或HIS故障等），病区药房使用应急流程：

1、HIS故障

(1）严格按照信息工程部通知的时间及要求进行操作；

(2）网络故障时，对临床科室已发出的医嘱，在信息科的帮助下转移药房电脑设备到临近科室打印发药单并确认相关操作，待修复网络问题后再搬回药房，重新投入使用。

(3）全院性的HIS故障，医生开具手工医嘱单，药剂人员配方，病区部分急需药品采用借药方式领用。

(4）修复网络问题后再切换回原来模式操作，病区药房对故障期间相关医嘱和借条及时在HIS系统进行确认。

2、临时停电

(1）临时停电期间，医生开具手工处方/医嘱单，药剂人员配方，病区部分急需药品采用借药方式领用。

(2）故障期间病区药房保留好手工医嘱和借条；

(3）电力恢复后，各病区对之前的手工医嘱和借条在HIS系统提交，病区药房及时核对并在HIS系统进行确认。

在突发情况期间，停止退药操作和出院操作。

十四、各部门日常应准备应急电源，并定时维护修理，部门人员联系电话及时更新，保证突发情况时通讯正常。

十五、突发事件结束后，药学部门应对该次突发事件药品供应应急体系的运行情况进行总结评价，发现问题，及时作出改进，积累宝贵经验，提高应急处理能力及完善应急系统。

十六、药剂科、采购办应定期组织培训，全科工作人员人人知晓突发事件应急方案内容，掌握处理程序。

#### 药品质量监控员工作制度

1、药学部门质量安全管理工作由药剂科、采购办主任领导，设质量安全管理小组，药剂科主任担任组长，各药房组长为管理小组成员，并指定专人为药品质量监控员（药品质量QC小组成员），根据工作需要还可以增强调整药品质量监控员，药品质量监控员业务上归质量安全管理小组领导，并保证工作独立性。

2、质量监控员必须具备实事求是和严谨认真的态度，敢于坚持原则。质量安全管理小组应不断组织质监员学习新知识、新技术，不断提高业务水平。

3、质量监控工作必须贯彻以预防为主的指导思想，采取专业检验与群众性自检、互检相结合，切实做到正规渠道采购，杜绝不合格药品流入，质量监控员严格把关，杜绝不合格药品流入本部门，已发现的不合格药品坚决扣留，杜绝流出。

4、质量控制员是自己所管辖的药品的第一责任人，要定期对药品进行检查，发现质量问题及时向药品质量安全管理小组报告。

5、质量安全管理小组负责对全科质量管理，对上报的疑似问题药品应立即安排人员检验或送检，并及时封存疑似问题药品等待处理，提出处理意见。

**特殊药品管理领导小组工作制度**

为进一步加强麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的管理，根据《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》文件的规定，决定成立由分管领导负责，医务科、药剂科、采购办、护理部、保卫科人员组成的麻醉药品、第一类精神药品管理小组，并指定专职人员负责医疗用毒性药品、麻醉药品、一类精神药品和放射性药品的日常管理工作。工作内容如下：

1、确保医院麻醉药品、第一类精神药品各环节五专管理。

2、建立麻醉药品、第一类精神药品使用的专项检查制度；并定期检查各环节麻醉药品、第一类精神药品使用情况。

3、建立麻醉药品、第一类精神药品质量管理、失窃管理报告办法。

4、建立麻醉药品、第一类精神药品采购、验收、储存、保管、发放、调配、使用、报损、销毁、丢失及被盗案件报告、值班巡查等制度，制定各岗位人员职责。

5、定期组织涉及麻醉药品、第一类精神药品管理的药学、医护人员进行法律、法规、规定、专业知识、职业道德的教育和培训，掌握麻醉药品、第一类精神药品的正确使用和安全管理。

6、确定并审批各病区及门诊药房、急诊药房、住院药房、麻醉科、急诊科、重症医学科等麻醉药品、第一类精神药品使用部门的储备品种和数量。

7、办理过期、损坏和回收的麻醉药品、第一类精神药品销毁的相关手续。

8、定期组织检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。

9、定期修订相关制度和规定。

#### 药库工作制度

为加强医院药品的使用管理，保证药品质量，保障患者用药安全、有效、及时，制定本制度。

1、药库是医院的药品供应的中心，主要负责药品的采购、保管和供应工作。

2、药库工作人员，必须严格遵守《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国药品管理法实施条例》等有关的法律法规和各项规章制度，严禁收受药品回扣或其它变相回扣。

3、根据相关规定和要求，依据库存和临床用药情况，制定药品采购计划，经采购中心主任审批后，向规定的药品经营企业采购药品。药库采购药品应坚持安全、有效、经济的原则。严禁从个人手中采购药品。

4、药库应积极组织货源，在保证药品供应前提下，加速周转，减少库存。

5、及时准确的调整药品价格。

6、特殊药品（包括：麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等）的采购应严格按照有关规定，凭专用印鉴卡（证）和申购单，到指定的经营单位采购。

7、特殊药品的保管、使用应严格按照相关规定认真执行。

8、应经常保持药品库内干净整洁，定期通风，做到“五防”即：防潮、防虫、防火、防盗、防霉变；常温库、低温库、冷藏库每日记录温度、湿度，发现异常及时处理。

9、在库药品实行色标管理，其标准是：

待验区－挂黄色标牌；

退货区－挂黄色标牌；

待发区－挂绿色标牌；

合格品区－挂绿色标牌；

不合格品区-挂红色标牌；

10、药品应分类码放，垛位与地面的距离应不小于10厘米；与墙壁的距离应不小于30厘米，垛与电器或消防栓（灭火器）之间距离不小于1米，并有明确的标识。

11、药品入库时，应严格按照有关规定认真进行验收核对。检查包装是否完整；有无药品批准文号、生产批号及有效期；有无生产合格证和产品（批）质量检验报告。产品批质量检验报告应统一、分类保管，以备查。严禁不合格药品、假药劣药进入。

12、药品库房应建立完整的药品明细账目（电子帐），并做到账账相符，账物相符。应定期盘点库存，并将盘库情况和结果详细记录。

13、管账与管物、采购与库房保管等工作应该分别由专人担任。

14、药品库应严格禁止非库房工作人员入内；严禁在库房内吸烟；严禁在库房做与工作无关的事。

15、易燃易爆品应单独存放。库房内外应配备齐全的消防灭火器材，应有良好的通风设施。

16、药品库房应划有专门的药品待检区和不合格品区，分别存放质量可疑药品和不合格待退药品。

#### 药学部门质量与安全管理制度

为加强药剂科的质量与安全管理，特制定本制度。

1、药学部门质量与安全管理组织由“药学部门质量领导小组——药学部门质量管理小组——药学部门质量管理员”三级组成。

2、药学部门质量领导小组是药学部门质量管理工作的领导机构，负责药学部门质量工作的领导和决策，向药剂科主任报告，对药剂科主任负责。

3、药学部门质量管理小组是药学部门质量管理工作的执行、监督、指导、管理部门，受质量领导小组领导，对质量领导小组负责，具体负责药品质量监督管理工作。

4、药学部门质量管理员负责药学部门全部质量工作的检查、监督和指导。质量管理员在药学部门内享有对质量的裁决权。

5、医院与药品的流通、使用、管理有关的负有质量责任的各岗位工作人员均应承担自己所从事工作的质量责任，接受上级质量监督管理人员的监督、检查和指导，服从上级质量监督管理人员的管理。

#### 药品质量管理小组的检查方法及流程

1、每月要抽查3%药品的质量情况，发现问题要有记录和处理意见。

2、检查药库、各药房处方制度执行情况。

3、检查门（急）诊药房和病区药房药师对处方发药核对制度执行情况。

4、检查各药房调剂发药的准确率、中药饮片的质量情况。

5、检查各药房、药库内现存中、西药品有无过期、失效、变质、虫蛀、霉变、鼠患等情况。

6、检查库房的分类保管及验收、核发等制度执行情况。

7、检查需特殊贮藏条件的药品如避光、冷贮、防冻、防潮、常温、阴凉等的贮藏保管情况。

8、检查毒、麻、精神药品和放射性药品等特殊药品管理及制度执行情况。

9、检查各药房、药库、制剂室、临床药学室等药剂科工作区域内清洁卫生情况。

10、检查其他有关涉及药品质量问题的所有方面。

11、检查中发现有临近失效期或积压过多的药品，应积极组织退药，与医院签署供药协议的药品供应商协助处理。如因特殊原因不能退回的个别药品，积极与临床医生联系，在保证医疗质量的前提下提前使用。避免过期失效，造成损失。

12、对个别特殊疾病需要，采购困难的急救药品，即便可能失效，仍需要有较少的库存储备。

13、在临床使用中有严重不良反应的药品，经分析确认与药品质量有关，或经检查发现药品质量问题，立即通知药品经销商与生产商来院确认处理，并同时上报市食品药品监督管理局，及时通知有关科室暂停使用，存货立即封存，听候处理。

14、发现较严重药品质量问题，药剂科、采购办要及时向主管院长或院长报告，必要时向市食品药品监督管理局报告。

#### 药品质量事故处理与报告管理制度

(一) 药品质量事故的范围界定

本规定所称质量事故，指医院药品流动各环节因药品质量问题而发生的危及人身健康安全或导致经济损失的异常情况。质量事故按其性质与后果轻重不同可分为重大事故与一般事故两大类。

1、重大质量事故的范围界定

(1)因储存保管或养护不善，导致药品质量发生变化并造成整批次药品报废者。

(2)因储存保管或养护不善，造成整批虫蛀、霉烂变质、污染破损等不能再供药用者。

(3)因质量检查验收把关不严而造成假劣药入库内或（和）发放至患者手中者。

(4)因质量检查验收把关不严而将质量不合格药品验收入库，发放患者手中，且严重威胁人身安全或已造成事故者。

(5)因仓储保管与出库复核把关不严而错发药品，严重威胁人身安全或已造成事故者。

(6)因药品质量问题每批次造成经济损失5000元以上者。

2、一般质量事故的范围定界 除以上重大质量事故以外的质量事故，均属于一般事故。

3、质量事故的性质分类

(1)因不可抗因素（如自然灾害等）或无法具体落实责任的原因而导致药品质量问题的事故为非责任事故。

(2)凡因工作疏忽、失职、渎职、违规等可具体落实责任的原因而导致药品质量问题的事故为责任事故。

(二)质量事故的报告

1、药库及各药房如发生质量事故，应及时报告科内质量管理小组；若为重大质量事故，质量管理小组应在获知事故发生后立即报告院领导；发生造成人身伤亡或性质恶劣、影响很坏的重大质量事故，医院应在24h内报告当地药品监督管理部门和卫生行政部门，其余重大质量事故应当在3天内向当地药品监督管理部门报告，待查清原因，再做出书面报告，但一般不超过15个工作日。

2、发生质量事故后，质量管理部门督促并协助事故发生所在部门对事故进行核实，并填写《药品质量问题报告表》，送交质量管理部门审核，经院领导签字上报。

3、凡发生重大质量事故不按规定上报者，应追究质量管理部门负责人及领导的责任，并按隐瞒质量事故论处，视其情节，给予批评、通报。或造成严重后果，报告上级处理。

(三)质量事故的调查处理

1、发生质量事故后，应从速处理，以便获取真实直接的事故真相，尽早并尽最大可能地减轻事故的不良影响与经济损失。

2、事故调查

(1)事故调查组织：事故发生后，质量管理部门应牵头组织有关人员组成事故调查处理小组，负责进行调查核实工作。

(2)事故的调查内容：事故发生后首先应详细查清事故发生的时间、地点、事故内容、相关人员、相关部门、事故经过等，并做详尽的事故调查记录，整理事故调查报告，按规定上报，并存档备查。

(3)事故调查原则：事故调查必须尊重事实真相，坚持实事求是、准确无误的原则，对事故的真实情况不得隐瞒、不得篡改；对事故的不良反应及经济损失不得任意夸大、不得蓄意缩小。

#### 药品质量监控制度

1、药剂科应根据有关的法律法规制订出切实可行的药品质量监控管理制度和措施，并认真落实。

2、定期抽验购入药品的质量。检查药库和各调剂科（室）药品质量管理情况，有无过期、变质药品，并做好检查记录。

3、定期对临床科室的备用基数药品、急救药品的保管和质量情况进行检查，发现质量问题应及时与有关科室沟通，并做好相关登记和记录。

4、定期进行药品质量监控分析讨论，对期间发生的药品或制剂质量问题，及重大质量技术问题进行讨论，提出改进意见和措施，做好落实，并有详实的记录。

#### 药品入库验收制度

1、药库验收员在科室质量管理人员监督指导下负责药品的入库验收工作。

2、药品入库验收必须依照药品的法定标准、购进合同所规定的质量条款及入库凭证等，对购进药品进行逐批验收。

3、药品验收人员必须经过专业培训，熟悉各项验收标准，验收的药品必须符合“两票制”，必须验明票、账、货三者一致方可入库、使用，不仅要向配送药品的流通企业索要、验证发票，还应当要求流通企业出具加盖其印章的由生产企业提供的进货发票复印件或扫描件电子版（同一批次号的药品进货发票复印件至少提供一次），两张发票的生产企业名称、批号等相关内容互相印证，作为支付货款凭证，纳入财务档案管理。

4、药品入库验收要对药品外观性状和药品包装、标签、说明书及有关文件进行逐一检查。

5、对药品包装、标签、说明书及标识的检查验收在待验区进行。

6、验收药品时应检查有效期，一般情况下有效期不足6个月的药品不得入库。

7、药品入库验收应在当日内完成。

8、生物制品等有特殊存储条件要求的药品，要求到货后即时验收，不得拖延。

9、验收时应按品种分别验收，验收完一个品种，清场后再验收另一个品种，严防药混事件。

10、验收首营品种应有药品生产企业质量检验合格报告书。

11、验收生物制品，加验由国家食品药品监督管理局（SFDA）签发的“批签发合格证”。

12、验收进口药品，必须审核其《进口药品注册证》、《进口药品检验报告书》复印件；验收进口生物制品、血液制品应审核其《生物制品进口批件》复印件。所有复印件必须加盖供货单位相关部门印章。

13、特殊管理药品实行双人验收。

14、验收中发现有质量问题的药品，应及时报质量管理人员，并退回供货商。

15、药品的品名、规格、批号、生产厂家或数量与“随货同行单”不符时，要在“随货同行单”上注明，并通知供货方，经供货方核实确认后予以更正。

16、验收合格的药品，交库房保管人员入库。

17、验收完毕，须填写验收记录并签名，验收记录按规定保留至药品有效期后1年，但不得少于3年。

#### **药品养护管理制度**

1、药品养护工作的原则是安全储存、科学养护、保证质量、降低损耗。

2、从事药品养护工作的人员，应熟悉在库储存药品的性质与储存养护要求，以便指导并配合仓库保管员对在库药品进行合理储存保管。

3、经常检查在库药品的储存条件，配合仓库保管员做好仓库温、湿度的监测和管理工作。每日定时对库内温、湿度进行记录。如库内温、湿度超出规定范围，应及时采取调控措施，并予以记录。

4、药品养护人员应定期对在库药品根据流转情况进行养护和质量检查，并做好养护记录。

5、库存养护中如发现质量问题，应及时悬挂明显标志和暂停发货，并尽快通知质量管理小组予以处理。

6、定期汇总和上报养护检查、近效期或次时间、长时间储存的药品质量信息。

7、负责养护在用仪器设备、温湿度监测和监控仪器、仓库在用计量仪器器具的维护、检定等管理工作。

8、设备出现异常应立即报修，同时向科主任及质量管理小组报告，以便尽快处理。

#### 药品摆放管理制度

1、药库及各药房药品摆放均按此制度管理。

2、药剂人员要按照本制度的规定摆放药品并随时检查摆放药品的质量。

3、摆放药品的货架应保持清洁、卫生。

4、需冷藏的药品应摆放在相应的冷藏设备内。

5、药品应按类别分柜摆放，内用药、外用药、性质相互影响、易串味的药品应分柜摆放，标志明显、清晰。

6、药品应按品种、用途或剂型分类摆放，标签使用恰当，放置准确，字迹清晰。

7、拆零药品应集中于拆零药品专柜，售完前保留原包装的标签。

8、摆放药品应避免阳光直射，需避光储存的药品要按照规定存放。

9、上架药品应按月进行检查，并做好药品的质量检查记录，出现质量问题应及时下架，并按规定处理。

10、凡质量有疑问的药品一律不予上架。

11、化学药品，生物制品，中成药，中药饮片分开存放。

12、麻醉药品和精神药品的质量参照麻醉药品和精神药品管理办法。

13、毒性药品、放射性药品管理按国家有关规定进行。

14、中草药按其类别、性质、气味等情况进行合理摆放。

#### 药品储存制度

一、总则

（一）在药品的储存环节实行药品质量管理。储存条件应符合国家食品药品监督管理局（SFDA）的有关要求，按国家药典、部颁标准执行。

1、所有药品应储存在适当的地方：场所明亮、整洁、无环境污染源并有相应的消防、安全措施，远离汽车库、油库；用电设备符合安全用电要求；所有药品不得直接放在地面，瓶装药品不允许倒放；

2、根据药品性质选择储存容器，储存药品的容器须符合国家药典或部颁标准；

3、需避光药品应有避光设施如放在避光包装容器内保存；

4、需特殊保管的药品须具有安全功能的专用保管设施（如专柜带锁）和相应保管制度．

5、精、麻、毒、放射药品按相关规定进行存放；

6、药房急救药品应按药品储存要求存放，并放置于安全易取的地方，维持合理数量以保证急救药品供应，有日常检查记录。

7、需冷藏的药品，用冰箱或冷柜分类储存，严格控制温度。

8、内服或外用药品分开存放；

9、所有药品，按失效期远近顺序依次存放，以保证药品先进先出，近效期先出；

10、药品储存应摆放应整齐、有序易于取用，药品标签应与药品一一对应，包装相似、 通用名相同的药品应分开存放或有警示标志；

11、药品储存区要有检测和温度、湿度和调节温度的设施。

12、注意防盗，安装监视器、报警装置、防盗门等装置；预防丢失药品，如果发现帐物不符，应追查原因，并做记录。

（二）对存在下列情况的药品应隔离存放，及时退回药房和药库，直到销毁或返还给供应商，并作书面记录：

1、过期；

2、变质；

3、被污染；

4、标签丢失或模糊不清；

5、退货；

6、破损。

（三）药品只能由相关的医务人员、药学人员保存和使用。未经许可，任何人不得动用药品。人为因素造成的药品损失，由相关人员按科室制度承担赔偿责任。

（四）药物储存条件名词的说明（药库、药房、病区的药品储存必须符合药品储存要求）：

1、避光：用不透光的容器包装，如棕色容器或黑纸包裹的无色透明、半透明容器。

口服药原则上不拆包装，如必须分包装，则应保证药品处于避光安全状态下；注射剂包装临用临拆。

2、密闭：容器密闭，以防止尘土及异物进入。

3、密封：容器密封以防止风化、吸潮、挥发或异物进入。

4、熔封或严封：容器熔封或用适宜的材料严封，以防止空气与水分的侵入并防止污染。

5、阴凉处：不超过20℃；

6、凉暗处：避光，不超过20℃；

7、冷处：2℃～10℃。

8、冰箱冷藏温度限度规定：冷藏室温度控制在2℃～8℃（特殊冷藏温度要求的按说明书储存）。

（1）药库、药房和病区必须为储存以上药品准备阴凉库，或与之匹配相应的空调和冰箱，以保证储存空间温度符合药品说明书要求；病房领进以上药品，必须严格按说明书要求存放药品。

（2）冰箱温度、冷藏库温度每天记录；冰箱清洁有记录。

（五）护理单元配制好的注射剂、输液等应有清楚的标签，包括病人姓名、床位号、药品名称、配置时间，警示标示。

二、特殊管理药品的储存

（一）所有麻醉药品和第一类精神药品的储存和使用：严格按照五专管理：专人负责、专柜加锁、专用账册、专册登记、专用处方。

1、麻醉药品和第一类精神药品的储存应专柜加锁，由专人保管钥匙，并在交接班时把钥匙亲自交给下一班指定人员。

2、每日由专人负责麻醉药品的清点工作，在登记本上记录清点的日期、时间，并签名，做到“日清日结”。

3、交班时发现麻醉药品和精神药品数量不符，所有相关员工均不能离开，直到找到或告知本部门负责人/药剂科主任，并填写意外事件报告表，上报医务科。

4、发生钥匙丢失时，应立即报告本部门负责人，部门负责人视具体进行换锁；对于发生两次以上（包括两次）钥匙丢失的员工进行必要的处罚。

（二）放射性药品的储存：放射性核素容器必须有鲜明标签，标明核素名称、活度及日期。操作产生放射性气体或气溶胶的核素时，必须在通风橱内。

1、放射性核素到货后应及时登记（出厂日期、批号、比活度、总活度、生产厂商、到货日期）；

2、放射性核素由专人负责妥善（有的须冷藏）保管，以防丢失及变质；

3、使用（使用量、剩余量）及注销应有记录；

4、长半衰期核素有两人负责保管，做到双人双锁，卡物相符定期检查、作好记录，以防丢失。

三、其他药品的储存

（一）高警示药品的储存

按照该药品的储存要求，放置在专用区域或专柜，由专人负责该区域。

（二）赠送药品的储存

特殊情况下（如流行疾病爆发期、战争、地震等灾害）获得的赠送药品，按照药品储存要求存放于药房，计数管理。

（三）类似药品的储存

对于一品多规、品名相似、包装相似、成分相同厂家不同的类似药品，在储存中应有提示性警示标签，以防取药时被混淆而导致取错药物。

#### 药品出库复核管理制度

1、药品出库应遵循“先产先出”、“近期先出”和批号发货的原则。

2、药品出库必须进行复核和质量检查。出库保管员和送药员应按出库单等发货或配送凭证对实物进行检查和数量、项目逐一核对，核对无误后应在出库单上签字方可发货。

3、整件药品出库时，应检查包装是否完好。

4、零货药品要仔细检查包装或拼箱，并详细注明药品名称、规格、生产厂商、批号与数量，做到准确无误。

5、在出库复核与检查中，如发现以下问题应停止发货，并报质量管理小组和采购人员处理。

(1)药品包装内有异常响动和液体渗漏。

(2)外包装出现破损、封口不牢、衬垫不实、封条严重损坏等现象。

(3)包装标识模糊不清或脱落。

(4)药品已超出有效期。

(5)药品短缺。

(6)其他不符合要求的情况。

6、对出现问题的药品要做好记录，记录保存应超过药品有效期1年，不得少于3年。

7、药品出库发药应注意准确、及时。

8、药品在运输、装卸、搬运时，要轻拿轻放，按包装图示要求准确装运，并采取防雨、防晒、防冻、防震及防污等措施，以保证药品安全与包装整洁。

#### 药品购进退出管理制度

为加强药品购进退出环节的质量管理，杜绝差错，避免假劣药品及过期失效药品，特制订本制度。

1、购进退出药品包括在库储存近效期、滞销或因药品价格等原因退回供货单位的药品以及供货单位通知退回的药品。

2、在库药品因上述各种原因无法继续销售的，由药库负责人与药品供货单位协商退货事宜。确认退货的药品，经科主任批准后，通知供货单位办理退货。

3、供货单位业务员凭收据取走退货。收据由办理退货手续的库房药品管理员保存。

4、供货单位业务员凭“负发票”换取收据。

5、“负发票”一联由经手的库房药品管理员保存，另一联交药品采购员转财务管理员。

6、药品退出后，库房药品管理员凭“负发票”处理帐目。

7、库房药品管理员应填写《药品退，换记录本》，登记有关事项

8、记录、票据应保存三年。

#### 药品破损管理制度

为加强药品管理，减少药品损耗，提高工作人员责任心，维护医院的利益，特制定本制度。

1、各部门工作人员应爱护药房的设备、设施和药品。若有药品破损，应本着实事求是的原则，如实汇报破损情况，将破损药品放入指定的位置并如实填写破损药品登记本，不得随意丢弃或隐瞒不报。

2、若药品为原包装破损，应立即通知负责人，负责人联系药库核实情况，保存好药品与外包装并做好记录，负责人汇总后交由药库处理。

3、工作人员由于工作不慎造成药品破损，应如实汇报，应将药品放于指定位置并填写破损药品登记本，由药房负责人定期汇总，填写破损药品清点表报科主任批准；如为贵重药品，责任人须将情况如实向负责人汇报并自行承担损失金额。

4、如负责人发现不明原因药品破损，由当日配方、发药人员按药品金额予以赔偿。

5、如工作人员知情不报，一经发现，由责任人按药品金额的2倍予以赔偿。

6、夜班中班药品破损，责任人应于交班时向接班及班组负责人人员说明情况，将药品放于指定位置并填写破损药品登记本。接班人或班组长在补药完毕后，如发现药品短缺的情况，应立即向负责人汇报并查明原因。班组长发现不明原因的药品短缺，由交班人员承担损失。

7、工作人员在药品上架时，应确认包装箱中无药品后方能将包装盒丢弃。否则，一经发现，无论药品是否找回，都由责任人按药品金额予以赔偿。

#### 药品报损、销毁制度

1、凡破损变色发霉虫蛀过期失效等质量不合格药品，一律按报废处理。

2、原包装缺损的药品，应由供货商负责调换补货。

原包装短缺的药品，不管是发生在药房或药库，均需二人以上证明，经采购办主任签字后向供货商索补。

3、破损、霉变、过期失效药品，药库及各药房汇总填写报废单，报废单须写明药品名称、规格、单价、金额及报损总金额，报损原因等，报采购办主任审核签字，上报主管院长审批。

4、待批报废药品，应单独集中存放，并有明确标示。

5、经审批报废后的药品，一律集中存放在不合格库中，统一销毁。

6、报废药品应严格管理，及时监督销毁。防止流入社会，危害人民群众健康。

7、对毒、麻、精神药品等特殊药品的销毁，要上报卫生行政管理部门，并由卫生行政管理部门监督销毁。

#### 药品盘点制度

为加强药品管理，使药品盘点工作有所遵循，并加强管理人员的责任，特制订本制度。

1、药品盘点

1.1 麻醉药品、毒性药品、精神药品由专人负责、逐日盘点，做到帐物相符。

1.2 药剂科每两个月进行药品大盘点，每月小盘点，并及时核对药品出、入库。

1.3 盘点是药剂科职工的职责之一，职工有参加盘点的义务。各部门职工盘点当日一律停止休假，并提前10分钟上班，向负责人报到，接受工作安排。如有特殊情况不能参加盘点必须向负责人请假，否则按旷工处理。

1.4 药品盘点表（一式三份）内容（包括药品名称、规格、单位、数量等）不得随意涂改，若需修改，则修改后责任人（盘点人或负责人）必须签字或盖章，否则须追究其责任。

1.5 所有盘点数据必须以实际盘点或换算的数量为准，不得以猜想数据、伪造数据记录。

1.6 药品盘点应于静止状态下进行。静止状态指盘点期间不得发生与盘点有关的药品账务和药品实物的入出操作。各部门不能做到完全静止时，应对各种操作的影响进行评估，并对账、物进行相应地处理，尽量减少一般业务操作对盘点的影响。盘点前应完成所有药品账务的入出操作。

1.7 盘点时应严谨、细致，实事求是。各部门应就组织、人员、操作、计算等方面进行周密、细致地安排，力求盘点的准确。

1.8 盘点结束时，盘点人员将药品盘点表整理后统一交给负责人，经负责人同意后方能离开岗位，否则按早退处理。

2、药品统计

2.1 部门负责人或安排专人负责药品盘点后的统计工作。

2.2 各部门于盘点结束后1个工作日内做出统计结果，并将统计结果随同药品盘点表及时报表，一份交给科主任，一份部门留底。

2.3 药品统计人员对药品价格、金额、统计结果等不得随意涂改，若需修改，则修改后必须签字或盖章，否则须追究其责任。

3、责任及奖惩

3.1 部门负责人、盘点人、统计人必须在药品盘点表相应位置签字或盖章，否则每发现一处扣发奖金10元。

3.2 对药品盘点及统计工作修改后未签字或盖章的，每发现一处，扣发责任人奖金10元。

3.3 药品盘点、统计结果必须准确，否则按错误金额的10%扣发奖金，直至扣完当月奖金；药品盘点、统计结果的书写必须规范、清晰可辨，若因此引起统计错误，则按错误金额的10%扣发奖金，直至扣完当月奖金。

3.4 各部门负责人对本部门的药品盘点工作总负责，若因安排不当或失误造成药品漏点或重复盘点，按漏点或重复盘点金额的10%扣发负责人奖金，直至扣完当月奖金。

3.5 药品盘点标准：库房帐物相符率（品种及金额）100%；药房西药、中成药盘点误差不超过1‰，中药饮片不超过1%；药品月报损金额门诊西药房不超过1‰，病房药房不超过0.5‰，草药房不超过1%，否则部门负责人负有管理责任，按超出金额的10%扣发负责人奖金，直至扣完当月奖金。

3.6 药品丢失：能查明原因的，由当事人承担主要责任，负责人承担连带责任；无法查明原因的，负责人承担主要责任，相关工作人员承担连带责任。

#### 药品效期管理制度

为规范药品效期管理行为，提高管理水平，降低药品损耗，为患者提供安全有效的药品，特制订本制度。

1、药品的有效期是指药品在规定的储存条件下能保持其质量的期限。

2、药剂科、采购办对药品实行效期管理制度。采购办采购的药品必须标明有效期。无有效期的药品不得购入，超过有效期的药品禁止销售。

3、距有效期不大于6个月的药品为近效期药品，有特殊规定的除外。各药房对近效期药品的管理，每种药品有警示标识，所有近效期药品采用鱼骨图的形式标注。

4、采购办原则上应采购距有效期不短于12个月的药品，采购时应根据药品的有效期，在预测药品使用量的基础上合理采购，避免积压、浪费。采购近效期药品，应统计既往的平均用量，限额采购。距有效期短于3个月的药品不得采购，特殊情况必须采购的，采购员咨询临床各使用科室汇总用量，严格按用量情况采购。

5、药品验收时必须查看药品的有效期，无有效期的药品不得验收入库。一次入库多批号药品时，应分别检查批号和有效期。遇近效期药品，应与药品采购员联系，在确认无误的情况下方可收货，并通知药品管理员。

6、药品入库帐时必须写入药品批号和有效期至等与效期管理有关的信息，信息填写必须及时、准确。

7、在库储存药品应按品种、剂型、规格、批号分别码放，同品种不同批号的药品，应按效期远近依次码放。

8、各级药品管理员在进行药品养护中应遵循有关的操作程序，检查所养护药品的有效期，发现近效期和超过有效期的药品，应立即向本部门负责人报告。

9、各部门每月底检查、核对、汇总库存近效期药品，每个月填报《药剂科近效期药品报告表》统一报给药剂科和药库。药库审核无误后由药剂科督促各药房之间进行药品调拨，尽量先发放近效期药品。各部门应向有关科室积极促销近效期药品。

10、药品清点时应查看有效期，发现近效期和超过有效期的药品，应立即向本部门负责人报告。

11、药品调剂员在药品调剂、发放、补充工作中应查看药品的有效期，发现近效期和超过有效期的药品，应立即向负责人报告。因特殊情况确需发放距失效期短于3个月的药品时，应向患者说明药品的效期情况，叮嘱其及时服用，不要超效期保存。所调剂、发放的药品距有效期短于患者处方上标示的用药时间时，应拒绝调剂、发药，请医师修改处方换药。

12、在药品的管理、养护、调剂、发放、补充工作中发现距失效期短于1个月的药品，应立即停止该药品的调剂和发放，向负责人报告。部门负责人应立即填写《药剂科近效期药品报告表》，将药品退回原发药部门。

13、采购员应尽快完成近效期药品的退换货工作，避免因药品过期失效而造成损失。

14、已发出药品需要退换的，退回药品原则上应在距有效期三个月以上。对已超过有效期时限的药品，不得办理销后退回手续。

15、在库储存的药品超过有效期的，按《药剂科药品报损、销毁程序》的规定执行。

#### 药品效期监控制度

1、加强效期药品的管理是保证药品使用安全的重要措施之一，各部门要安排专人负责效期药品的监控管理，防止因药品过期失效而发生不良安全事件。

2、药品的有效期是指药品在规定的储存条件下能保持其质量的期限，有效期若标注到日，应当为起算日期对应年月日的前一天，若标注到月，应当为起算月份对应年月的前一个月。

3、距有效期不大于六个月的药品为近效期药品，有特殊规定的除外。

4、采购办原则上应采购距有效期不短于六个月的药品，特殊情况必须采购的，应由药品使用科室主任做出使用计划，严格按计划采购。

5、药品验收时必须查看药品的有效期。一次入库多批号药品时，应分别检查批号和效期。遇近效期药品，应与药品采购员联系，在确认无误的情况下方可收货。

6、药品入库时必须写入药品批号和有效期等与效期管理有关的信息，信息填写及时、准确。

7、在库储存药品应按品种、剂型、规格、批号分别码放，同品种不同批号的药品，应按效期远近依次码放，按先进先出，近期先出的原则出库。

8、保管员每月底检查、核对、汇总库存近效期药品填报“近效期药品统计表”上报科主任，先发放近效期药品。

9、各药房药品效期监控实行组长负责制。

10、药品调剂员在药品调剂、发放、补充、盘点工作中应查看药品的有效期，发现近效期和超过有效期的药品，应立即向各部门负责人报告。先进先出，近期先出原则调剂，对超过有效期的药品应立即停止该药品的调剂和发放。

11、遇所调剂、发放的药品距有效期短于患者（家属）处方上标示的用药时间时，应拒绝调剂、发药，请医师修改处方换药。

12、各药房之间、药房与药库间应加强协作，及时沟通药品效期信息，保证药品质量。

13、对药品柜的药品效期实行分柜落实到人，每个药品柜的负责人负责监控本柜的效期药品，张贴警示贴。对效期在6个月以内的向药房负责人报告。药房负责人负责汇总后将效期药品按月上报药剂科、采购办主任。

14、已发出药品需要退换的（符合医院有关规定），退回药品应在有效期内。对已超过有效期的药品，不得办理销后退回手续。

15、药房负责人每月应对药品效期管理工作进行一次检查。

16、药库应接受药房退回的距失效期超过3个月以上的药品。退回的药品的最小包装应完整无损，失效期在3个月内的药品由药库和供货方协商解决。

17、采购员应尽快完成近效期药品的退换工作，避免因药品过期失效而造成损失。

18、过期失效药品报废需按规定填写，每季度向药剂科主任报告统计过期药品的损失情况。对工作责任心不强造成的报损应做出相应处理。

19、临床科室应安排专人负责药品管理工作，及时查对备用药品的有效期，在药品养护和使用过程中应遵循有关的操作程序，发现近效期的药品和超过有效期的药品，及时处理。

20、质量安全管理小组负责药品效期管理工作的监督、检查和指导。

#### 药品价格管理制度

1、药品价格必须遵守《中华人民共和国药品管理法》、国家发展改革委员会及省市物价局的有关规定。

2、中标药品按照中标价格执行。

3、采购药品时必须要求药品供应部门出具该药品的物价文件。

4、药库人员必须及时根据国家发展改革委员会和本省物价公报发表的价格信息认真、及时调整价格浮动。

5、由采购办专人在电脑上统一调整药品价格。

6、药品计价人员应熟记药品价格，严格执行物价政策，计价准确。

#### 不合格药品管理制度

为加强不合格药品管理，保证不合格药品的确认、报告、报损、销毁按正确的程序进行，特制订本制度。

1、不合格药品的范围：

1.1 入库验收中出现验收不合格的药品。

1.2 销后退回出现验收不合格的药品。

1.3 在库养护中出现不合格的药品。

1.4 国家公布质量不合格的药品或明令禁止销售的药品，药品监督管理部门抽检不合格的药品。

2、质量管理员负责质量不合格药品的确认和处理工作。

3、不合格药品的确认：

3.1 入库验收中出现验收不合格的药品，由药品验收员填写“不合格药品报告单”，由药品采购员与供应商联系退换货。

3.2销后退回验收不合格药品，由验收员填写“不合格药品报告单”，交库房药品管理员，库房药品管理员将药品移入不合格品区，建帐、建卡，填写“不合格药品记录”。

3.3 在库养护出现不合格药品，库房药品管理员下发“不合格药品停止发放通知单”并将药品移入不合格品区，建帐、建卡填写“不合格药品记录”，必要时召回药品。

3.4 质量管理员将国家公布的质量不合格的药品；明令禁止销售的药品；药品监督管理部门抽检不合格药品的信息，通知库房药品管理员检查在库药品，对不合格的在库药品下发“不合格药品停止发放通知单”，同时库房药品管理员将药品移入不合格品区，建帐、建卡，填写“不合格药品记录”，必要时召回药品。

4、不合格品药品的处理：

4.1 非质量问题的不合格药品由药库与供货单位联系退、换货。

4.2 确认属于质量问题的不合格药品存放在不合格药品区，应有明显标志。由库房药品管理员按《药品报损、销毁制度》的规定报损、销毁。

5、不合格药品的确认、报告、报损、销毁必须有完善的手续或记录。

6、质量管理员对不合格药品的处理情况，应定期进行汇总和分析，并上报药剂科主任、采购办主任，记录资料应存档三年备查。

#### 不适用药品管理制度

1、为加强不适用药品管理，保证不适用药品的确认、报告、报损、销毁按正确的程序进行，特制订本制度。

2、不适用药品是指：

2.1 经临床诊断或检验结果证明，患者不再适合用此类药物需办理退药的；

2.2 即将达有效期需退回供货单位的药品；

2.3 国家公布质量不合格的药品或明令禁止销售的药品，药品监督管理部门抽检不合格的药品。

3、质量管理员负责不适用药品的确认和处理工作。

3.1不适用药品的确认：

3.1.1经医生诊断证明，患者不再使用的药品，由医生开具退药单到药房办理退药手续，药房质量管理员负责退回药品的质量确认；

3.1.2在效期内不能完成销售的药品，药品管理员填写“不适用药品报告单”，由药库负责人与供应商联系退换货；

3.1.3质量管理员将国家公布的质量不适用的药品；明令禁止销售的药品；药品监督管理部门抽检不适用药品的信息，通知库房药品管理员检查在库药品，对不适用的在库药品移入不合格品区，建帐，填写“不适用药品记录”，必要时召回药品。

3.2 不适用品药品的处理：

3.2.1 患者退回的不适用药品，需附购药发票，药品包装和批号完好，才予办理退药手续；

3.2.2非质量问题的不适用药品由药库负责人与供货单位联系退、换货。

3.2.3 确认属于质量问题的不适用药品存放在不合格药品区，应有明显标志。由库房药品管理员按《药学部药品报损、销毁制度》的规定报损、销毁。

4、不适用药品的确认、报告、报损、销毁必须有完善的手续或记录。

5、质量管理员对不适用药品的处理情况，应定期进行汇总和分析，并上报药剂科，记录资料应存档三年备查。

#### **过期药品管理制度**

1、凡接近或超过“有效期”的药品不得验收入库。

2、近效期药品的贮存应有明显标记，效期不满三个月的药品应及时与临床科室医生联系使用或医药公司更换。

3、发药时要坚持近期先出的原则。超过效期的药品应及时报损处理。

4、报损药品销毁时必须在审计人员见证下销毁。

5、若因玩忽职守造成药品过期、霉烂、变质，追究保管员责任。

6、凡药品失效、霉变、昆虫咬。除及时向领导汇报外应查明原因，再填写《过期、淘汰、变质、破损药品记录》。经领导批准后方可报损。若因在工作中玩忽职守造成者，负责人要酌情按比例赔偿。

7、报损在院领导批准后，必须交药品会计办理一切手续。

#### **退药管理制度**

为了加强药品的管理，保证药品质量和患者用药安全，根据《药品管理法》、《医疗机构药事管理暂行规定》，针对实际工作中患者要求退药的情况，制定本制度。

一、药品是一种特殊商品，凡属下列情况，一律不得退药：

1、无原始凭据的；

2、包装受损（如破损、有污渍、输液药品粘有病人姓名等非药品标示或有粘贴痕迹等）；

3、药品有特殊保存要求的（如要求冷处保存药品等，避光保存药品裸瓶不得退药）；

4、麻醉药品、第一类精神药品等特殊管理药品应无偿收回；

5、不能提供完整最小包装的拆零药品；

6、其他不适宜继续使用的；

7、一般情况下非近3日发出药品不得退药。

二、根据临床工作实际情况，符合下列条件之一的，可在保障药品质量前提下予以退药：

1、患者在用药过程中出现过敏反应或其它不良反应，无法继续使用的；

2、确属处方用药不当（禁忌症、超治疗用量、重复用药等），患者不宜继续使用该药的；

3、患者因病情变化，或门诊转住院，需要调整治疗方案的；

4、病员在院死亡后，未使用完的药品；

5、其他医方责任导致患者不能继续使用的。

三、退药程序：

1、门诊病人需提供用药原始凭据，住院病人由经治医师、护士核对住院医嘱，确认病人确有使用本院药品；

2、门诊病人退药 ，经治医师用红笔手工填写《退药处方单》同时在该退药处方单和药品收据上签名并注明退药理由，由于药品不良反应产生的退药还需同时填写《药品不良反应/事件报告表》；

3、门诊药房工作人员核对药品品名、规格、厂家、批号是否与药房发出药品完全一致，详细检查回退药品质量，由门诊药房负责人做出同意退药与否意见。如同意在收据上签字，药品及退药处方单留下后，到收款处办理退款。

4、住院病人退药，经护士审核核对药品，开具电脑退药，药品交药房工作人员，药房工作人员核对药品品名、规格、厂家、批号是否与药房发出药品完全一致，详细检查回退药品质量，无误后疗区药房确认退药。

四、相关规定

1、退药时间：为确保药品安全，中午班、夜班除特殊情况外均不办理退药；

2、各科室医师不合理退药情况纳入年终考核；确因用药不当必须退回的药品造成经济损失的，由相应责任人承担；

3、住院病人冷处保存药品必须退药的，限3日内退回；而且是在相应科室保管的药品。

4、因厂家药品质量存在问题的，无条件予以退药，并及时上报领导处理；

5、药品未经发出，不属于本规定的退药范畴。

#### 病区（含诊疗区）急救、备用药品管理制度

一、病区（含诊疗区）备用药品品种范围

抢救药品及部分临床常用药品，贵重药品一般不作为备用药品。

二、备用药品的管理

（一）药剂科会同护理部每月对各病区备用药品的管理与使用进行一次检查，以保证患者用药安全。

（二）护理部将检查结果及时反馈各病区护士长，采取有效措施，及时整改。病区药品管理纳入护理质量考核内容，

（三）各病区备用药品管理由护士长总负责，建立抢救药品物品使用登记本，并指定专人管理，责任到人。治疗护士对药品数量定期清点，每月全面检查一次，包括药品数量、包装、颜色、效期等。

（四）病区备用药品实行动态管理，病区备用药品的目录、基数、交接班、检查、退回及销毁各环节均应记录，相关人员签全名。

（五）病区备用抢救药品根据不同护理单元的使用频次的不同，采取不同的办法进行管理。

（六）各相关病区有急救等备用药品目录及数量清单，有专人负责管理急救药品，并在使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。

（七）各病区备用急救等备用药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。

三、药品基数

（一）各病区应根据自身特点，以满足抢救和一般应急治疗为目的，制定药品目录及基数。

（二）备用药品目录包括麻醉药品、一（二）类精神药品、毒性药品目录、抢救药品目录及常用药品目录，一式三份，分别留药剂科质量管理办公室、护理部及相关病区备案。

（三）备用药品的品种及基数不宜过多，且一经确定，将相对固定；若需调整，写出书面申请，经病区护士长、药剂科主任、护理部主任签字后，送药剂科备案。

四、药品领取流程

（一）各病区凭填写的《临床科室急救备用药品领用申请单》，由本科室护士长签字、药剂科主任、护理部主任签字后到药库领取药品，填写病区抢救车（箱）药品备用目录时，药品的名称应使用通用名称。

（二）摆放药品

各病区领药后，将药品放入抢救车（箱），注意要将药品按照效期摆放，高警示药品放到一个区域标识，保证在取用时先进先出、左进右出、近期先用。

（三）药品补充

药品使用后，各病区按照使用的数量，凭记账后的医嘱到相应的药房领取药品后补充进抢救车（箱），使抢救车（箱）中的药品数量保持基数。

五、药品储存

（一）根据药品种类、性质分别放置，定数量、定位置，标签清晰。注射剂、内服药与外用药应严格分开放置。

（二）高警示药品单独区域储存，全院设置统一警示标志。

（三）药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，全院设置统一警示标志。

（四）根据药品说明书上的储存条件进行存储。

（五）抢救药品必须固定在抢救车或急救箱内，便于取放与应急使用。

六、效期管理

（一）药品有效期标记明显，如有沉淀、变色、过期、药品标签与瓶内药品不符、标签模糊或涂改等情况不得使用。

（二）对于开启包装多次使用的药品（如胰岛素、消毒药品），应在容器外部注明开启日期，对于开启时间不详或超过保存期限的药品不得使用。

（三）药品使用遵循“先进先出、近期先用”的原则；近效期药品（距失效期6个月）及时和库房或药剂科调换或退库后及时补充；药品使用、借用后及时登记并及时补充。

(四) 特殊的效期三个月内没能撤架的药品药盒上划两条红道。

七、退回及销毁

（一）各病区从药剂科领取药品后应加强管理，避免丢失及过期失效。抢救用药近失效期6个月，可到药房调换，近效期3个月重点管理，近效期1个月撤出、返库，重新领用新批号药品补充。

（二）各病区过期及其它需要销毁的药品不得自行销毁，过期药品应经过科室护士长签字后，统一退回备用药房或和药库进行调换处理，集中销毁。

（三）针对病区管理不善造成的药品丢失及药品过期，损失由相关病区自行承担。

八、病区备用毒性药品、麻醉药品及一类精神药品的管理

（一）麻醉药品及一类精神药品原则上由药库、药房统一存放管理，科室不得存放。

（二）临床科室需要常备麻醉药品、第一类精神药品应提出书面申请，填写《临床科室麻、精药品基数申请（变更）单》，由科室护士长、主任签字，药剂科主任审核，主管院长批准签字后方可备用。

（三）毒麻、一类精神药品的管理

1、制定严格的交接制度、建立合理贮存基数，专人定位定数、专柜上锁管理，实行班班交接，确保账物相符，钥匙随身携带。

2、建立“病区毒麻药品使用登记本”，完善使用记录。

3、毒麻、一类精神药品实行“日清日结制”。

4、领用毒麻药品特殊要求：注射用的毒麻药品注射剂（如盐酸哌替啶等），须凭处方及空安瓿方可到药房换取备用药，由于人为造成安瓿破碎等意外情况，当事人需提交事情经过报告，并报科室护士长→护理部主任→药剂科负责人。

#### 药品召回制度

一、药品召回指当发生、发现或高度怀疑药品质量问题、事件，或由于发生、发现、高度怀疑工作质量的问题、事件可能导致影响患者安全与诊疗质量时，药剂科、采购办应当立即报告主管院领导及医务科等相关部门，按照既定的原则、程序和方法，收回药品。

二、有下列情况发生的，必须召回药品：

(一)调剂、发放错误；

(二)有证据证实，或高度怀疑药品被污染；

(三)制剂、分装不合格，或制剂、分装差错；

(四)在验收、保管、养护、发放、使用过程中发现的不合格药品；

(五)药品使用者投诉并得到证实的不合格药品；

(六)药品监督管理部门公告的质量不合格药品、假药、劣药、召回药品；

(七)临床发现有严重不良反应的药品按有关规定应召回的；

(八)已过效期的药品；

(九)生产商、供应商主动召回的药品。

三、根据药品安全隐患的严重程度，药品召回分为三级：

一级召回：使用该药品可能引起严重健康危害的;

二级召回：使用该药品可能引起暂时的或者可逆的健康危害的;

三级召回：使用该药品一般不会引起健康危害，但由于其他原因需要召回的。

四、医院应根据召回分级与药品销售和使用情况，科学设计药品召回计划并组织实施。

药库接到召回通知后，立即通知药剂科各部门，迅速封存待召回药品，停止发放。一级召回在24 小时内、二级召回在48小时内，召回医院内所有应召回的药品，查找处方、病历，找到用药患者，通知其停止服用并取回药品；三级召回在72小时内召回医院内所有应召回的药品，有患者要求退回药品且符合规定时，收回药品。

五、当需召回的情形发生时，由药学部门质量领导小组决定召回药品的名称、规格、生产商、召回范围、召回级别、药品替换、主要执行人员等。

六、质量管理员负责药品召回工作的组织、协调、检查和监督。布置实施召回方案，监督各部门的执行，决定或请示决定紧急事项的处理，保持与医疗部门、药品行政监督管理部门、药品质量检验部门、生产商、供应商的联系，调查导致召回的原因。

七、药剂科药房负责接收患者退回的药品，统一、专人妥善保管，填写《药品召回记录》，报质量管理员。登记项目包括：报主管部门、召回级别、药品名称、规格、生产批号、有效期至、生产企业、召回原因、替换药品和数量。

八、药库负责接收各药房退回的药品，办理手续并记录，统一、专人妥善保管。

九、从患者处召回的药品按退、换药处理。

十、质量管理员对情况进行分析、总结，汇报质量领导小组。

十一、质量领导小组将结果通知医院有关部门。

十二、医院对发生、发现或高度怀疑的药品质量问题，按规定上报上级卫生行政主管部门和药品监督管理部门。

十三、药品召回处置流程

（一）接到上级部门的药品召回通知或自行发现存在安全隐患的药品后，药剂科、采购办必须及时通知各临床科室停止使用该药品，并将该药品从各病区和药房退回药库，等待处理。

（二）临床科室发现药品存在安全隐患后，应及时与药剂科和采购办联系。药剂科和采购办立即派人去临床科室察看情况，封存存在安全隐患的药品,并在全院范围内收回并暂停使用该药品；同时上报医院药事管理与药物治疗学委员会,并向药品监督管理部门报告。

#### 麻醉药品、精神药品管理制度

为严格我院麻醉药品精神药品的管理, 保证麻醉药品和精神药品的合法、安全、合理使用，根据国务院颁布的《麻醉药品和精神药品管理条例》、卫生部颁布《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》《麻醉药品和精神药品临床应用指导原则》和《处方管理办法》等有关法律、法规，结合我院情况，特制定本制度。

一、管理要求

1、“白城中心医院麻醉、精神药品管理领导小组”由主管院长负责，以医务科、药剂科、采购办、护理部、保卫科负责人组成。设有麻醉药品、第一类精神（下称麻、精一）药品基数的相关科室、必须指定工作责任心强、业务熟悉的人员专门（兼职）管理，该人应保持相对稳定。日常工作由药剂科承担。

2、医院对麻醉、精神药品的管理列入科室目标责任制。麻、精一药品实行药库、药房、使用部门“三级管理”，实行双专人负责、专柜加双锁、专用账册、专用处方、专册登记“五专管理”。麻、精药品入库、出库、使用实行批号管理。药剂科建立麻、精一药品使用专项检查制度，并定期组织检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。

3、医院根据管理需要在门诊、住院等药房设置麻、精一药品周转柜，周转柜应当每天结算。门诊、住院等药房发药窗口麻、精一药品调配基数不得超过本机构规定的数量。

4、药剂科、采购办建立并严格执行麻、精一药品的采购、储存、保管、发放、调配、使用、报残损、销毁、丢失及被盗案件报告、值班巡查等制度，制定各岗位人员职责。

5、医院定期对涉及麻、精一药品的管理、药学、医护人员进行有关法律、法规、规定、专业知识、职业道德的教育和培训。

6、对麻、精一药品的购入、储存、发放、调配、使用实行批号管理和追踪，必要时可以及时查找或者追回。

二、采购

1、麻、精一药品采购，经白城市卫生计生委批准，取得麻、精一药品购用印鉴卡（以下称印鉴卡）。由药学部门指定专门药学技术人员凭印鉴卡向定点批发企业购买麻、精一药品。药学部门负责人应对每次采购药品的品种、数量严格审查。第二类精神药品根据临床用药需求制定采购计划。从药品监督管理部门批准的具有第二类精神药品经营资质企业购买。

2、麻、精一药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。入库验收须采用专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。

3、医院抢救病人急需麻、精一药品而本院无法提供时，可以从其他医疗机构或者定点批发企业紧急借用；抢救工作结束后，药学部门及时将借用情况报医务科批准报白城市食品药品监督管理局和白城市卫生计生委备案。

三、处方权获得

1、医院按照有关规定，定期对本院执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻、精一药品的处方权，药师经考核合格后取得麻、精一调剂资格。

2、医师取得麻、精一药品处方权后，方可在本机构开具麻、精一药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻、精一药品调剂资格后，方可在白城中心医院调剂麻、精一药品。

3、医务处须将具有麻、精一药品处方资格的执业医师名单及其变更情况，定期报送白城市卫生计生委，并抄送白城市食品药品监督管理局。

四、处方开具与调剂

1、处方原则

(1) 医师须按照卫生部制定的《麻醉药品和精神药品临床应用指导原则》，开具麻醉、精神药品处方。

(2) 医师必须使用麻醉、精神药品专用处方开具麻醉、精神药品。

(3) 开具的麻醉、精神药品处方应书写完整，字迹清晰。

(4) 处方前记写明患者姓名、性别、年龄、身份证号、病历号、疾病名称。住院患者还应写明床号。

(5) 处方正文的药品名称、剂型、规格、剂量、用法、用量要准确规范。

(6) 处方后记必须有处方医生签全名并盖章。医师处方签字须与备案签名字样一致。

(7) 凡在我院使用麻醉、精神药品的患者，必须建立病历，患者病历必须交医院门诊部保管，严禁将病历交患者保存。开方医师必须将临床诊断、使用药品情况详细记录在病历上，以备检查。

(8) 在医院就诊的癌症疼痛患者和其他危重患者得不到麻、精一药品时，患者或者其亲属可以向医师提出申请。具有麻、精一药品处方资格的执业医师认为要求合理的，要及时为患者提供所需麻、精一药品。

(9) 除需长期使用麻、精一药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医院内使用。

(10) 医院须要求长期使用麻、精一药品的门（急）诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每3个月复诊或者随诊一次。

2、处方流程：

(1) 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻、精一药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，确定患者需要使用麻、精一药品。医生与患者共同签署《麻、精一药品使用知情同意书》，患者持签名并有经治医师盖章的知情同意书到门诊部建门诊病历，门诊病历中留存知情同意书原件，复印患者身份证，如患者委托亲属代办，应同时提供代办人身份证复印件，并将两者身份证复印件及知情同意书复印件贴在门诊病历中，并在门诊病历封面上加盖麻醉药品使用章。患者持盖章后病历回诊室开药后，到药房领取药品；患者取完药后将门诊病历交回门诊部。

(2) 其它门诊、急诊需开具麻醉药品、一类精神药品患者，患者或代办人到挂号室挂号后持患者加盖麻醉药品使用章的门诊病历直接到医生办公室开药。

3、处方用量

(1) 除需长期使用麻、精一药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医院内使用。

(2) 第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过15日常用量。

(3) 第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

(4) 为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻、精一注射剂，每张处方不得超过3日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；其他剂型，每张处方不得超过7日常用量。

(5) 为住院患者开具的麻、精一药品处方应当逐日开具，每张处方为1日常用量。

(6) 对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于院内使用。

4、处方调配

(1) 对麻、精一药品处方，处方的调配人、核对人应当仔细核对，签署姓名，并予以登记；对不符合本条例规定的，处方的调配人、核对人应当拒绝发药。

(2) 药师应当对麻、精一药品处方，按年月日逐日编制顺序号。

(3) 药剂科须根据麻醉药品和一类精神药品处方开具情况，按照麻醉药品和一类精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为3年。

(4) 麻醉药品、第一类精神药品处方至少保存3年，第二类精神药品处方至少保存2年。

(5) 使用麻、精一药品注射剂或者贴剂的，再次调配时，须将原批号的空安瓿或者用过的贴剂交回，并记录收回的空安瓿或者废贴数量。

(6) 收回的麻、精一药品注射剂空安瓿、废贴由专人负责计数、监督销毁，并作记录。

(7) 麻、精一药品不得退药，对剩余的麻、精一药品须无偿交回药剂科，由药剂科按照规定销毁处理。

5、门诊药房设置固定发药窗口，有专人负责麻、精一药品调配。

6、为院外使用麻醉药品非注射剂型、第一类精神药品患者开具的处方不得在急诊药房配药。

五、储存

1、医院须设立专库或者专柜储存麻、精一药品。专库设有防盗设施并安装报警装置；专柜使用保险柜。专库和专柜实行双人双锁管理。

2、各相关科室房储存麻、精一药品必须有专人负责、专柜加锁。对进出专柜的麻、精一药品建立专用帐册，进出逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用签字，做到帐、物、批号相符。

六、报损与销毁

医院对存放在本单位的过期、破损的麻醉药品和精神药品，应当按照有关程序向白城市卫生计生委提出申请，由白城市卫生计生委负责监督销毁，对销毁情况进行登记。

七、监督管理

1、药品采购部门每月通过电子信息将本院麻、精一药品进货、销售、库存、使用的数量以及流向，报相关管理部门。

2、一旦发生麻醉药品和精神药品被盗、被抢、丢失或者其他流入非法渠道的情形，案发部门须立即采取必要的控制措施，同时报告科负责人，医务科，医院立即上报白城市公安局、白城市卫生计生委和白城市食品药品监督管理局。

八、法律责任

凡违反《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》和《处方管理办法》有关规定者，按有关罚则处罚。

九、本制度由白城中心医院医务科、药剂科负责解释。本制度自发布之日起施行。原白城中心医院《麻醉药品、第一类精神药品管理制度》、《二类精神药品管理制度》同时废止。

#### 麻、精一药品安全管理制度

1、采购办设立麻醉药品和第一类精神药品专用库房，专库内设麻醉、精神药品专用保险柜，并安装防盗和报警装置，报警装置终端应与保卫科连线。药房、手术室配备麻醉、精神药品专用保险柜。各临床科室应有相应防盗措施。对于麻醉、精神药品储存各环节须指定专人负责，明确责任，交接班应有记录。

2、对麻醉、精神药品的购入要求供货单位送货到库，以减少中间环节，杜绝运输中可能发生的差错和事故。麻醉、精神药品的储存、发放、调剂、使用实行批号管理和追踪，能保证及时查找或追踪。

3、在验收中发现缺少、缺损的麻醉药品、第一类精神药品应当双人清点登记，报告科主任，由科主任请示院长批准并加盖公章后向供货单位查询、处理。

4、对过期、损坏麻醉药品、第一类精神药品进行销毁时，应当向市卫生计生委提出申请，在市卫生计生委监督下进行销毁，并对销毁情况进行记录。

5、患者不再使用麻醉药品、第一类精神药品时，医院要求患者将剩余的麻醉药品、第一类精神药品无偿交回医院，并在市卫生计生委监督下销毁处理。

6、对于患者使用麻醉、精神药品注射剂或贴剂、过期、失效、破损、患者退回的药品，应由专人负责计数、保存，须经市卫生计生委验证后，监督销毁，并做好记录。

7、在储存、保管过程中发生麻醉药品、第一类精神药品丢失或者被盗、被抢的；在调配、发放过程中发现骗取或者冒领麻醉药品、第一类精神药品的，应立即采取控制措施，并报告上级行政主管部门。

8、严格麻醉药品、精神药品处方管理，处方按卫生部《处方管理办法》附件中处方标准印制，应加上患者身份证号填写栏目，统一编号，保管、领取、使用、退回、销毁应有登记。

9、保卫科应将麻醉、精神药品储存作为重点关注安全点，确保24小时值班制，每晚必须巡查，严防被盗事件的发生。

10、对本规定执行情况纳入各相关科室综合目标责任制考核，由院领导、医务科、护理部、药剂科、保卫科组成的麻醉、精神药品管理小组每季度检查一次。对违反本规定者，按国家《麻醉和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》处理，直至移送司法机关追究其法律责任。

#### 麻、精一药品“五专”管理制度与程序

为认真贯彻执行《麻醉药品和精神药品管理条例》，保障我院麻醉药品、精神药品安全管理，防止流弊。特制定本管理制度。

1、专人负责：

药库、药房、麻醉科及各临床科室，均须由责任心强的药学技术人员和医护人员专人负责。岗位换人时，必须进行岗前“麻醉药品”及“一类精神药品”法规的学习和教育，明确职责，掌握正确的管理办法。必须做好交接班登记，并由交接人及科室负责人签字，发现问题及时追究整改。

2、专用账册：

药库、药房设置麻醉药品、一类精神药品专用帐册。药品购进入库必须双人验收、签名。药品出入库的日期、数量应与入库单和请领单一致，做到日清月结，帐物相符，对帐册不随意涂改，并保存五年。如使用电脑记帐，要与普通药品分列帐册。

3、柜加锁：

药库、药房及麻醉科保管麻醉药品应有防盗设施，药库需有自动报警装置。临床科室用专柜存放，加锁保管，不得与其他药品或物品混放。

4、专用处方：

(1)麻醉药品及一类精神药品使用专用处方，处方签上印有“麻醉”或“精一”字样。处方书写应完整规范，药品名称不得简化，处方涂改无效，药房对不合格处方应作退回处理，不予发药。处方用药量根据有关文件规定开具。

(2)必须是具有执业医师资格，经过麻醉药品相关知识培训考核合格，能正确使用麻醉药品的医务人员才能开具麻醉药品，医生签名笔迹留样存药房备查。其他医务人员不能代开处方。

(3)处方保存期：麻醉药品、一类精神药品三年，二类精神药品两年。

5、专册登记：

设立“麻醉药品、一精神药品登记簿”，内容包括：日期、患者姓名、药品名称、用量、处方医生、发药人、核对人；门诊药房需增加登记专用卡号和取药人身份证号码项目。药房需对每张处方及时登记，发现问题，应及时上报麻醉药品、精神药品管理小组。

#### 麻、精一药品三级管理制度与程序

1、药库入库验收及出入库管理：

(1)麻醉药品、精一药品入库验收及领用管理

①定点批发企业双人配送麻精药品到货后由药库保管员按照相关规定进行双人验收。

②验收由双人签字并做好相关登记后将入库单送至药品财会入库。

③麻醉药品、精一药品出库管理

(2)药库保管员双人将麻醉药品、精一药品验收入库后，按药房请领单将药品出库至药房。

2、药房请领及发放管理：

(1)药房经按基数至药库请领麻精药品。药房双人验收，并将药品至保险柜加双锁双人保管。

(2)各病区向药房传送患者用药信息。医护人员持医师开具的规范的麻精药品专用处方与药房打印的麻精药品发药单到药房领取。

(3)药师按规定审核领药单及处方，无误后回收注射剂空安瓿。

3、病区基数管理：

(1)病区根据实际使用情况提交书面申请，报药剂科和院主管部门审批同意，建立病区基数。

(2)病区人员持审批后的基数表至麻醉药品库，由药库负责人确认后发药并记录。

(3)麻精药品放入病区麻精药品专柜，由专人负责，医师开具专用处方取药，并专册登记。

(4)药剂科定期到病区检查麻精药品的使用登记情况。

(5)患者停止使用麻精药品，立即停止发药，将剩余药品无偿交回药房。

#### 麻醉药品、精神药品批号管理制度与程序

1、为加强麻精药品使用管理，对使用的麻精药品具有可追溯性，特制定本制度。

2、药库登记的批号管理

(1)定点批发企业应根据采购计划由双人配送麻精药品，到货后由药品保管员对实物进行双人验收、核对。

(2)入库验收采用专簿记录，包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字等内容。麻醉药品、精神药品出库应双人复核，并由发药人、复核人签署姓名。

(3)出库的麻醉药品、精神药品应逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用人签字。

3、药房请领登记的批号管理

药房请领的麻醉药品、第一类精神药品需建立账册或账卡，账物、批号相符。

4、处方使用登记的批号管理

(1)病区、麻醉科使用备用的麻精药品由专人负责，医师开具专用处方取药，并专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量、药品批号等。

(2)药房对麻醉药品和精神药品处方，按年月日逐日编制顺序号。

(3)药房每日对麻醉药品、精神药品处方进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量、处方编号等。专册登记保存期限为3年，可追溯到患者。

#### 麻、精一药品专项检查制度

1、为了加强麻醉药品、第一类精神药品的管理，保证麻醉药品、第一类精神药品的合法、安全、合理使用，防止流入非法渠道，根据《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》等制定本制度。

2、由医院麻醉药品、第一类精神药品管理小组每月对医院麻醉药品、精神药品进行专项检查。

3、检查内容：

(1)麻醉药品、第一类精神药品各环节是否做到“五专”管理。

(2)执业医师及相关药剂人员对麻醉药品、精神药品的相关政策法规是否熟悉。

(3)麻醉药品、第一类精神药品的采购、验收、保管是否符合相关规定。

(4)麻醉药品、第一类精神药品的报残损及空安瓿回收等是否符合相关规定。

(5)麻醉药品、第一类精神药品的处方书写是否正确，专册登话内容是否全面，保管是否符合要求。

(6)使用麻醉药品、第一类精神药品是否在病历中记载，是否有随诊或复诊，并有相关的记录。

(7)麻醉药品、第一类精神药品的处方是否进行统一编号，是否建立处方保管、领取、使用、退回，销毁管理制度。

(8)麻醉药品、第一类精神药品的帐物是否相符。

4、对检查中发现的问题及时处理。

#### 药学工作人员健康管理制度

为加强药剂科人员健康管理，防止人员对药品的污染，保证药品质量，特制订本制度。

1、根据《药品管理法》及其实施条例、《医疗机构药事管理办法》的要求，直接接触药品的工作人员，应每年进行一次健康检查。

2、体检管理：

2.1 严格按照规定的体检项目进行检查，不得漏检。体检项目包括：肝功能全项检查、消化系统及粪便检查、呼吸系统及X光胸部透视检查、皮肤病检查、眼科视力检查、药物过敏情况。

2.2 直接接触药品的人员只有体检合格方可从事岗位工作。

2.3 直接接触药品的人员上岗前应进行健康检查，以后每年体检1次。

2.4 发现患有精神病、传染病或隐性传染病、皮肤病、体表外伤及其它可能污染药品或导致工作差错的疾病的人员，不得从事直接接触药品内包装的工作，应立即调离现岗位。

2.5 因患病调离岗位的人员，经复查合格，凭医生签字的体检报告，方可复岗。

2.6 从事药品验收、养护、饮片调剂人员应无色盲或其他辨色力障碍。

2.7所有员工均有义务及时报告自己及他人妨碍工作的不健康状况。当有2.4款规定的疾病发生时，必须立即报告。

3、接触有害气体、试剂的人员应注意劳动保护，并根据劳保要求进行体检。

4、实习、进修人员和其他临时工作人员从事2.2款规定的工作的，适用于本制度。

5、药剂科办公室负责组织人员每年一次进行健康检查，并建立《个人健康档案》，填写《健康检查汇总表》。

6、健康档案及相关资料在药剂科办公室保存5年。

#### 药学专业技术人员培养、考核和管理制度

为了加强业务学识，提高业务能力，更好的为患者服务，按照《药品管理法》以及医院的总体部署的要求，制定本规定。

一、指导思想

1、按照医院的总体部署和要求，提高我科全员的业务素质，更好的为患者服务。

2、按照国家对各级各类人员的不同要求，达到掌握较宽的知识面，熟悉掌握药学业务知识，做好药学工作。

二、具体安排和要求

1、参加医院组织的业务学习：认真参加医院安排的业务学习，了解临床医学发展动态，扩大知识面。

2、全科集中组织学习：按照医院的要求，药剂科全体人员包括上下夜班的人员全员参加，重点安排大专以上学历、中级以上职称的专业人员讲授药学知识，提高本专业水平。

3、各班组组织学习：药剂科安排业务学习计划后，各班组根据情况自行安排学习，学习药学相关知识，做好记录。

4、个人自学：通过科室QQ群上传学习课件，个人抽时间学习，记录自学笔记，这也是自学的主要形式。

5、要求：全科人员必须认真参加医院组织的业务学习，参加药剂科以及各班组组织的学习，同时做好自学。

三、考核和管理

1、考核：年末集中统计个人参加医院学习情况；统计参加药剂科组织的学习情况，统计出勤情况；检查各班组的学习情况；检查个人自学情况，统计科研以及发表论文情况。

2、奖惩：对学习主动性高、积极向上的班组和个人提出表扬；对缺乏学习主动性的人员提出批评；对无故不参加学习的人扣发奖金；以便督促改正。

3、医院将参加培训和继续教育情况作为考核、晋升、聘任的条件之一。

#### 药品消耗品管理制度

药品消耗品是指由临床科室请领，作为科室日常消耗的药品，主要包括过氧化氢溶液、乳酸依沙吖啶溶液、氯化钠注射液、灭菌注射用水、尿素[14C]呼气试验药盒、低分子肝素钠注射液、重组人促红素注射液（CHO细胞）等。

1、采购

由药品消耗品保管员根据实际的消耗情况，填写采购申请单，并交由采购员，经主管院长、科主任审批后，在有相关经营资质的供货单位进行采购。

2、验收

药品消耗品到货后，由验收员与保管员一同根据随货同行单进行验收，验收要求与药品验收相关要求一致。对于需冷链运输要求的药品消耗品，需有冷链药品运输交接情况记录单以及温控记录仪记录单。

3、保管

按照药品消耗品的储存要求进行储存，库房要保证干净整洁，做到“防火、防潮、防虫、防盗、防霉变”，做好库房的温湿度记录。定期检查防火设施，保证防火安全。

4、养护

定期检查消耗品的效期，保证药品消耗品的质量。

5、请领

各科室护士长填写请领单后，经主管院长及采购中心主任签字后，交由保管员，保管员根据请领单确认出库，并及时将消耗品发放至各科室。

#### 应急物资采购制度

1、应急设备、药品和其他后勤物资由院专家组或抢救组根据卫生行政主管部门有关储备规定，结合本院实际，研究、统计和提出申请。

2、经院应急救援领导小组讨论后审批。

3、由院相关职能部门统一采购后统一保管与储备。

4、应急药品、器械等物资储藏在专门地点，由专人负责管理，定期补充更换。非突发公共卫生事件，任何个人不得接触和使用。

5、应急药品须经院应急工作领导小组同意后方可使用。管理人员根据使用情况及时向院应急工作领导小组申请补充，交有关部门统一购买。

#### 采购原则药品采购管理制度

1、认真执行上级的相关规定，落实吉林省医疗机构药品集中招标采购工作，使用中标药品。认真执行卫生部《处方管理办法》的规定，严格落实同一通用名称同剂型药物不超过二个规格。严格执行药品采购“两票制”。

2、采购药品选择标准 在保证药品质量的前提下，一是满足临床需要为前提；二是突出我院特色，满足不同层次患者的需求；三是兼顾上级政策和要求，如医保、社保、新农合药品的准备；四是对医院使用的重复品种、抗菌药物类等药物严格把关。

3、公开、公平、公正、合理的设置我院用药结构 医院的建设需要大量的资金，对于支持医院建设的药品生产企业、经营企业，医院要支持这些企业的工作。本着互利的原则，中标药品在同等质量、价格的条件下，优先考虑这些企业的产品。

二、新药采购原则

1、新药引进必须是中标产品，临床特殊使用非中标药品时，按照《医院新药采购管理制度》办理。

2、重点加强药品质量的管理，修订药品的采购程序，选择药品时注重药品的质量，防止因为药品质量引发的纠纷和医疗事故。

3、采取互惠互利的原则，与药品生产企业、经营企业共赢。

4、突出医院的专科特色，大力支持特色科室的建设，从药品供应环节上保证供应，加快引进速度，保证用药水平在本地区处于领先地位。

三、要求

1、提高认识，按照卫生局的要求认真落实医疗机构药品集中招标采购的工作。

2、采购使用中标药品，严格执行中标药品物价政策，认真执行医院相关的采购制度。

3、坚决纠正药品采购中的不正之风，药品采购的相关岗位要认真落实医院的相关药品采购的管理规定。

4、坚持严格管理，防止假劣药品进入我院。

5、采购办对采购工作中出现的问题，及时上报医院处理。

#### 全院物资管理制度

1、物资的请领：物资的请领由科（长）主任或护士长填报申请单，常规物资由采购中心主任审批，特殊物资由主管院长（院长）审批。

2、物资的使用：遵循谁请领、谁使用、谁负责的原则，科室只有使用权，无处分权，在特殊情况下科室必须服从医院调配。使用前必须仔细了解其性能，操作规程，正确使用。

3、物资的保管和维护：各科室领回物资后，要及时建立帐本，登记入册，做到心中有数，不缺、短、少，科（长）主任、护士长对本科所有物资负有保管维护的责任。经常检查库存物资，防止虫蛀、鼠咬、霉烂、变质等。

4、丢失损坏物资的奖罚和补给：丢失损坏的物资要及时上报或直接向主管院长汇报，医院将查明原因作适当的处理。凡是违反操作规程，虫蛀、鼠咬、霉烂、变质和故意损坏，将以质论价，由本科室负责；属自然老化或超过使用年限的物资（桌椅等）及时上报总务科酌情处理，凡是不报或瞒报而影响正常工作时，将对本科室的物资价值给予双倍处罚。在补充申领物资时，必须交回原有旧物资（被、褥、床单等）。

5、物资的清查：财产物资每年年终必须进行一次全面清查，将清查情况与财务科核对，做到帐物相符。医院还要不定期地对各科室的物资进行抽查。

#### 物资申购制度

1、各科室应根据节约原则，申请科室应提前报计划申购物资，各科室主任护士长填写申请表，提交到采购中心。

2、非经常使用的以及购入金额较大的物品须由科室主任护士长填写购买申请，经采购中心主任，主管院长（院长）审批后再购买。

3、购买物品超过7万以上的需政府协议采购。科室除填写申请表外，还要填写可行性论证报告（包括配置、社会经济效益）。20万以上物品由政府公开招标采购。

#### 物资采购制度

1、认真贯彻执行国家的经济政策和各项规章制度，遵守财经纪律，任何人不能以权谋私，假公济私，损害国家及医院利益。

2、加强计划管理，库管员每月报计划，由领导批准，方可采购。保证全院供应工作，防止积压。

3、采购员负责全院的家具、办公、生活、取暖、电气、五金材料等行政办公物资的采购管理及供应工作。

4、库管员应根据医院各科室对医疗、教学、科研、预防、生活工作的需要和消耗规律，熟悉和掌握各类物资供需状况及各类材料的用量。对大量低值易耗品，家具等必备物资的用量应做好计划，报主管院长审批后，采购员进行计划采购。

5、应急采购：对科室急需物品的采购应经主管院长（院长）、采购中心主任审批后方可采购。

6、特殊情况如需自行外购，亦应履行相关报批手续。经审批同意自行外购物品买回后，需由采购员和库管员现场验收合格后方可办理入库手续。

7、采购员不得擅自购买无计划、无审批手续的任何产品，否则，库管员有权拒绝入库。

#### 物资验收制度

1、凡购进一切公用物资，必须经库房办理验收手续，方可记账和领用。

2、库房验收时，对物资数量、质量、规格、型号、价格等应认真检查，并做到发票与实物相符，否则不予入库。

3、各科室未办请购审批手续而擅自采购的物品，一律不得验收入库。

4、验收新购物品不得与私人物品调换或以领物单作验收入库。

#### 物资入出库制度

1、所有物资必须由采购员、库管员验收合格后由物品会计凭发票办理入库手续。凡无采购计划或品种、规格、质量不符合要求的，一律拒绝验收入库。

2、库房保管员凭出库单发放物品，所发放物品必须认真核对品名、规格、数量等与出库单相符，并签字确认。

3、出库单据的管理。根据申领单制定出库单据，一式两份，一份由领用科室存查，一份用于库房保管，存档备查。

#### 物资保管制度

1、对库房各类物资要及时入库、随时上架，摆放整齐，做到出库准确、及时。

2、对于轻便怕压物资需妥善保管，以免受压导致变形或倾斜。

3、经常检查库存物资，保持室内清洁干燥，防止被褥、印刷品受潮，防止虫蛀、鼠咬、霉烂、变质等，发现有损坏的物品及时上报进行处理，把损失降到最低。

4、物资每年年终必须进行一次全面清查，将清查情况与财务科核对，做到帐物相符。

5、库房定期进行库存盘点，做到帐物相符。

6、因管理不善造成物资老化、损坏、丢失的，必须及时上报，按价赔偿。

#### 薪酬管理制度

为维护职工的全体利益，形成有章可循的薪资福利管理制度，保证医院的稳定与健康发展，特制定本制度。

一、本制度适用于医院的全体人员

二、医院人员薪酬构成：1、岗位工资2、薪级工资3、津贴补贴4、绩效工资（吉林省机关事业单位工资收入分配制度改革四个实施意见）

三、基本工资标准的确定，岗位工资和薪级工资为基本工资，根据员工所聘岗位以及对任职者的资格要求和自身条件，依据《事业单位各岗位工资套改表》进行确定，护理岗位工作的人员享受10%护理岗位工资。新聘（或新晋升）人员的基本工资按照上级文件标准进行核定。

四、津贴补贴按本地区的发放标准执行，国家统一的津贴补贴按国家政策执行（如护龄津贴）。

五、每月28日前按时核发，绩效工资 每月结束后，根据考核评价结果及《白城中心医院绩效工资考核及分配方案》，在次月下旬核发。

六、员工违反医院的规章制度，停发、扣发工资，按相关规定执行。

七、聘用职工签订聘用合同后享受规定的福利和保险，享受内容和标准按在编职工有关规定执行。

八、聘用职工工作表现突出，经科室及主管部门推荐可以到上级医院进修学习，费用医院负责。

九、本规定未尽事宜，另行规定或参见其他规定的相应条款。

十、本规定由人事科负责解释。

十一、医院上班时间为上午：8：00---11：30，下午冬季：13：30---16：00，夏季：14：00---16：30。每星期六、星期日全天休息，医、护人员可以根据实际情况进行调休。

#### 绩效工资管理制度

1、贯彻落实国家事业单位收入分配制度，结合医院特点，制定相应科学、合理资金分配与管理制度；

2、绩效指标制定与分解根据科室岗位特点，公正、客观、实事求是；

3、设立绩效工资分配管理组织负责全院资金管理工作；

4、始终坚持把社会效益放在首位，逐步健全和规范对医院资金分配制度，突出医疗质量、服务质量、技术水平、医德医风、教学等管理在医院绩效考核中的权重；

5、坚持优质、高效、低成本管理原则，充分利用医疗资源，降低成本，为患者提供更好的医疗服务；

6、坚持按岗定酬、按服务质量定酬、按业绩定酬的原则，奖金与综合考核指标挂钩，不单纯与业务收入挂钩；

7、医院内部的绩效考核应当根据科室特点及岗位所承担的责任、风险、技术等因素，在规范成本核算基础上，对于可以量化考核的部门以量化考核为主，难以量化考核的部门主要以岗位职责为基础进行考核；

8、树立全局意识、发展意识和创新意识，正确处理好局部与全局、稳定与发展关系，体现兼顾国家、医院及职工利益相结合原则，做到有利于社会医疗服务，有利于医院发展，有利于职工生活福利水平提高。

9、医院绩效工资的分配重实绩、重贡献，向优秀人才和关键岗位倾斜。

#### 关于夜班费、加班费、误餐费报领的规定

1、夜班费：各科室值夜班人员数要相对固定，如因工作需要增减时，应向相关职能管理科室告知。夜班费报领由科室填报，科主任、护士长签字。（有值夜班的科室将每夜值班人数报院办）

2、加班费：因工作或急诊需要相关人员加班，必须由加班者本人或所在科室向医院行政总值人员报告并记载（非夜间或急诊工作，延迟超过三个小时为一个加班，并需报总值人员）。加班费由院办根据行政总值记载填报，参加手术人员的加班由手术室负责填报，不需科室报送。（有固定加班的科室将固定加班人员的原因和每月加班数报院办）

3、误餐费：极特殊科室因工作忙不能按时下班，超过工作一个半小时为一个误餐，误餐费由科室填报，并附误餐者具体工作时间和日期，由科主任和护士长签字。

#### 医保工作制度

1、根据白城市医疗保障局的相关政策，制定本院的相关制度和规定并认真执行。

2、负责门诊特殊疾病备案及上传工作。

3、负责医保患者向上级医院转诊的备案、上传工作。

4、负责门诊慢病备案及上传工作。

5、负责意外伤害备案及上传工作。

6、负责意外伤害备案及上传工作

7、负责全院参保患者住院费用申报工作。

8、负责医院医保项目信息对应工作。

9、负责全院医保费用定期对比增长的原因分析，并制定整改措施。

10、负责对全院科室进行医保日常工作的检查及医保知识的培训。

11、接受上级领导对我院医保工作的检查和指导。

12、认真落实基本医疗保险相关政策和规定并完成医保局布置的各项工作。

13、服务宗旨：为广大参保人员提供优质的服务、一流的工作质量，快捷的办事效率。

14、要热情服务、态度和蔼，文明用语，解释问题要耐心，对患者及家属不怠慢、不刁难。

#### 医保监管制度

1、各项医保政策，认真履行与各相关部门的服务协议。

2、遵守医院各项规章制度，积极宣传医保政策，做好临床科室医保政策及规定执行情况的督管工作。

3、来信来访及前来办理医保手续的参保患者或家属要热情接待，耐心解释。

4、对医保患者在住院诊治过程中出现的特殊问题应进行了解和解释，不确定之处要及时与相关部门联系，妥善解决，不拖延，不推诿。

5、认真执行各项审批程序和结算办法，落实患者转科、转诊制度。

6、定期或不定期对医保住院患者的费用控制和诊疗情况进行监督检查，发现倾向性问题及时解决。

7、加强医保网络的安全保密工作，定期对网络进行检查维护，保障网络的正常运行。

8、按时向白城市医保局和各县办报送各种报表及材料，及时核对账目。

9、每季度对临床各科的医保患者费用控制情况进行统计汇总，每季度考核一次，将结果分析总结并进行书面反馈。

10、经常深入病房，核查医保患者身份，征求各方意见和建议。

#### 医疗保障服务管理

我院医保管理实行院科二级管理方式，即一名副院长分管医保工作，医保科和科室具体负责医疗保险服务。

（一）医院管理

1.组织结构图：

市级医保管理机构

医保科

医院分管领导

医院各临床科室

2.医保科管理流程图

医保科（科长 白云鹤）

科员（庄宏、王铜、张影、李锐）

科员（代志超、色宏飞）

医保日常咨询

# 特殊疾病咨询与备案（庄宏）

门诊慢病咨询与备案（王铜）

意外伤害咨询与备案（张影）

特殊药品咨询与备案（李锐）

# 以上工作都需上传信息到医保局

医保转院咨询与备案、医保目录对照、单病种退出、科室信息维护、院内监管（代志超）

各项备案材料整理归档、医保结算、医保总控管理、院内监管（色宏飞）

3.临床科室管理流程图

临床科室

主任、护士长

医保医师

医保专管护士

1.核实患者身份，严禁冒名顶替及挂床住院

2.督促患者24小时内到住院处刷卡办理医保手续

3.因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药

4.使用目录外药品及检查必须有患者或家属签字方可使用

5.使用限制药品必须告知患者及家属使用范围，经同意签字方可使用

6.病历书写完整、规范

7.熟练掌握医保政策

1.核实患者身份，严禁冒名顶替及挂床住院

2.督促患者24小时内到住院处刷卡办理医保手续

3.严格执行收费标准

4.熟练掌握医保政策

（二）主管副院长职责

1.在院长的领导下，分管医院的医保工作。

2.根据医保相关政策法规管理医院的各项医保工作。

3.负责组织医保科拟定医院医保相关工作制度，并督促检查执行情况。

（三）医保科科长职责

1.针对医疗保险各险种制定出相应规章制度和管理办法，并及时督促检察院内各临床科室执行情况。

2.全面了解和掌握每日医保患者入院在院情况，对发生的问题进行定性和处理。

3.组织培训医保专管员的医保基础知识，并进行考核。

4.充分发挥监督、管理、协调工作。

（四）医保科科员职责

1.深入各科室了解每天医保入院在院情况，发现问题及时向科长汇报，并提出处理意见。

2.协助科长负责相应的工作。

（五）医保专管护士工作原则及工作职责

1.医保专管护士工作原则

(1)根据实际情况设置医保专管护士岗位。

(2)通常科室医保专管护士相对稳定（至少在半年以上），换人时及时通知医保科，新上任医保专管护士要经过医保科培训。

(3)有责任承担科室医保管理。

2.医保专管护士工作职责

(1)接受医保科不定期培训。

(2)严格按照医保要求在科室内执行

(3)有义务向科室人员宣教医保政策

(4)主动参与院内和科室的医保管理

(5)做好医保检查的迎检工作。

（六）住院医保患者身份核实

1.核实要求：

(1)是否患者本人

(2)疾病是否在医保范围内

以下患者不享受医疗保险待遇：

①各种不育（孕）症、性功能障碍者

②打架斗殴、交通事故、自残、自杀者

③毒麻药成瘾症、酗酒中毒症、戒毒者

④各种美容整形系列手术与治疗等

2.严格填写住院患者的身份确认书，并将身份证件及医保证件的复印件保存在病历当中。没有身份核实单，或身份核实单填写不全的医保患者将不予报销。

3.若发现同一患者的不同证件上名字不同，医护人员经仔细核实后，能证实为同一人的，在身份核实单上加以说明；若发现并非同一人，即冒名顶替时，请及时报知医保科。医保科经过核实之后，将对该医生或护士予以加分奖励，并上报党政办公室。

（七）医保医疗服务工作考核

1.医保考核组组成及负责部门

医保考核组：组长：徐鹏搏 副组长：白云鹤

组员：代志超、庄宏、色宏飞、王铜、张影、李锐

具体工作由医保科负责组织实施。

2.医保考核依据与内容

按照《白城中心医院医保考核标准》，对全院的医保工作进行检查、督导与考核。

3.医保考核流程

医保考核组每季对全院进行检查→按考核标准扣（奖）分→统计、汇总、分析→提出改进措施→确定下季考核重点→按时间要求将检查结果电子版报考核办考核组组长参加医院质量管理例会→汇报本组考核结果→反馈临床→持续改进。

4.质量考核时间频次

按照《白城中心医院医保考核标准》随机、每季、年终进行考核，有些条款要进行年度考核。

5.质量考核结果汇总

考核组对每季的考核结果汇总、分析，针对检查存在的问题提出整改意见，并监督整改措施的落实；对检查中发现的重大问题要及时向主管领导汇报，并将考核的原始表格、记录等资料由考核人签字后存档。

（八）白城中心医院医保督导考核细则

|  |  |
| --- | --- |
| 考核内容 | 考核标准 |
| 医保服务质量管理（100分） | 核实患者身份，填写医保患者身份确认书并留存病历中。（5分） |
| 严禁冒名、挂床住院。（5分） |
| 患者一览表、床头卡、住院病历首页上要清晰标注参保人员险种类别。（5分） |
| 严格执行入、出院标准和重病监护病房收治标准。（5分） |
| 使用自费药品及诊疗项目必须告知患者或家属，同意签字后存入病历中。（5分） |
| 使用限制药品时，必须告知患者或家属使用范围，同意签字后存入病历中。（5分） |
| 严禁超适应症用药。（10分） |
| 严禁超适应症检查。（10分） |
| 严禁超规定出院带药。（5分） |
| 意外伤害填写必须真实，外伤原因记录必须清晰，严禁造假。（10分） |
| 自费药比例不能超过药费10%，自费检查不能超过总费用20%。（10分） |
| 药占比符合医院要求。（10分） |
| 医嘱与计价费用相符。（10分） |
| 生育保险与单病种费用管理不能超出医保规定标准。（5分） |

#### 基本医疗保障管理制度

为了规范我院医疗服务行为,保障医保患者基本医疗服务权益,促进我院医疗服务质量和技术水平的提高,根据《吉林省医疗保险服务监督管理办法》、《吉林省医疗保险定点医疗机构和定点零售药店医疗保险服务管理考核暂行办法》、《2020年吉林省基本医疗保险定点医疗机构医疗保险服务协议》及《新政策汇编》等有关文件精神,结合我院实际,特制定我院医保医疗服务管理工作制度。

1.坚持“以病人为中心,以质量为核心”的思想,热心为医保患者服务。挂号员为参保人员办理挂号业务时,应认真审验身份证、医保卡等证件,做到人证相符,把好第一关,遏制冒用或借用医保卡开药、诊疗等违规行为。

2.门诊医生应严格执行首诊负责制,不得推诿病人,要认真核对唯一标识证件(如身份证、医保卡),严把住院关,确保人证一致并符合住院标准,方可开具医保住院审批单。

3.严格执行住院病种目录,禁止将交通事故、打架斗殴、工伤、美容、非功能障碍性整容及矫正术等非医保基金支付范围列入医保基金支付。同时要杜绝医保患者小病大养、挂床、入院体检、开药等现象。病种目录外的特殊疾病确需住院治疗的需经市医保局审批后方可住院治疗。

4.医保专管护士在审核参保人员入院手续时,必须当面验证人、证、卡是否一致。

5.医保患者住院期间要求24小时在院,不准擅自离院或回家住宿,否则按挂床住院处理,所发生的医疗费用医保基金不予支付。

6.严格执行物价标准政策,必须按照卫生、物价、财政部门所规定的标准及项目收费,不允许超标准收费、超项目收费、分解收费、重复收费、任意增加收费项目;禁止提供虚假费用清单和票据、虚报费用、骗取医保基金等行为,做到医嘱记录与收费项目一致;严禁将医保目录以外的医疗、生活服务项目和医疗设施费用列入医疗保险支付范围。

7.门诊以及住院病历应书写规范齐全,各种检查治疗、用药及出院带药需符合病情及相关规定。门诊处方及住院病历应妥善保存备查,门诊处方和病历至少保存2年,住院病历至少保存15年。

8.严格按照《吉林省基本医疗保险药品目录》有关备药率的要求,根据医院的实际情况配备好医保目录内的中、西药品,以满足医保患者的就医需要。

9.严格按基本医疗保险的有关规定,因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药,坚持以甲类为主,乙类为辅的原则,需选价格低廉、疗效显著的药品,同时掌握药品的使用范围及适应症。

10.门诊应按急性病3天量,慢性病7天量,最长不超过30日量的原则开药;住院病人每次开药量不得超过5日量。严禁超治疗范围用药、超药品剂量开药、超限用药等。

11.严格按照医保规定比例使用目录内药品,并控制自费药品的使用。临床医师使用自费药及自费诊疗项目时,必须告知患者或家属,经同意签字后方可实施,并将签字单入病历存档。

12医师必须按医嘱用药、检查治疗。做到用药有医嘱,检查有医嘱有报告,大型检查有审批等,即各种治疗或医疗服务有医嘱,有详细的治疗或医疗服务记录。

13严格执行特检、特治、特材审批制度,根据病情必须使用时,应告知患方并办理审批手续,审批单入病历存档。由主治医师填写特检、特治审批单,科主任同意签字,经医保科及医保局批准后(包括新开展的目录外的诊疗项目),方可使用;急诊患者可在手术后3日内补批。

14.参保患者出院,原则上不予带药。严禁出院带一切检查和治疗项目;严禁开“人情方”、“大处方”及“搭车开药”。

15.因我院检查治疗条件有限、难以诊治的参保患者需及时办理转诊转院手续,主治医师填写转诊转院审批单,科主任同意并签字,门诊患者附必要的检查报告单。

16.各科室要严格按照医保规定的人均费用指标控制好住院医疗总费用;严格执行单病种限价标准,超出标准的部分医保基金不予支付。

17.住院医师严格掌握出院标准,医保患者符合出院条件时,医师应及时为患者办理出院手续,不得拖延,并告知患者及其家属尽快办理结账手续。

18.认真学习并掌握医保政策及相关规定,加强责任感和使命感,避免医疗事故的发生。

19.医务人员需严格按照制度规定执行,因未按规定执行而发生的医保拒付款,由科室或相关责任医生全额负责。

#### 基本医疗保障措施

1、加强领导落实责任

为了提高医疗服务质量,保障医保患者的合法权益,制定了医保医疗服务工作制度,出现违规行为,将追究责任。

2、加大宣传力度

编写了医保政策宣传手册,便于临床医生翻看掌握,并对相关人员进行培训,同时将药品目录、诊疗目录等上传到医院网站上,医生可以随时学习并掌握。以保证诊疗过程准确、高效。

3、加大监督力度

通过定期深入科室检查、督导、考核,促进医疗服务质量。通过检查结果的总结、反馈,对存在的问题及时采取改进措施。每季度或半年进行汇总分析,通过对比评价,促进工作持续改进。

4、加强科室人员素质建设

加大员工思想教育,增加培训课程,提高思想觉悟,增强使命感和责任感,不断提高科室人员素质和综合服务能力,保证医保工作优质化。

5、加强信息化管理

加强信息化管理是医疗改革的一项重要内容。不断完善医保软件,促进医保信息系统的快速发展,使医保患者享受更加便捷的现代化的医疗服务。

#### 医保患者入、出院手续服务流程

1、为方便医保患者办理医保手续和结算，专门设立了医保窗口（3、4、5、6号）。

2、办理入院手续须持医生开具的入院登记卡、患者身份证到住院处办理，未带身份证者，请与2日内到住院处补办手续。

3、按照办理入院手续的有关规定，请真实告知病案首页内容；

4、根据病情和住院期间的医药费用情况，交纳和续交住院押金，交款时请出示押金收据，并请妥善保管押金收据，出院结算时交回；

5、医保人员发生意外伤害需要住院治疗的，应在24小时内（节假日顺延）携带相关证件到院医保科办理备案手续；

6、工伤病人入院后，到市医保局办理工伤审批认证手续后，自费住院，出院携带相关材料到医保局报销。

  7、办理出院，应在疗区办理完预出院手续后，携带出院通知单、诊断书、所有住院押金收据，患者身份证及代理人身份证到审核窗口进行费用审核，审核完毕，到结算窗口办理出院结算。

8、现金、票据及证件请当面核清。

#### 关于医保患者转诊、转院的管理办法

根据白城市医疗保险管理局的要求，现将城镇职工医疗保险和城镇居民医疗保险关于转院审批所需程序通知印发给各科，请各科认真贯彻执行：

一、凡需转院的病人应是我院限于技术和设备条件下不能诊治的，经所在疗区三名专家会诊后，方可办理转诊手续。（能在市内其他医院诊治的，不能转诊）

二、转院流程：

1、科室对无法诊治的住院患者，由科主任提会诊单，并请示所在科室主管院长然后向医保科提出申请；

2、患者家属需持诊断书、会诊单、医保卡到医保科领取转院单；

科主任会同两名专家填写转院单；

3、医保主管院长审核盖章；

4、医保科审核盖章；

三、转院单需认真填写，确保信息真实准确。

四、白城市承担转院定点医院名单

1、白城中心医院

2、中国人民解放军第321医院

3、白城市医院

4、白城市中医院

5、白城市传染病医院（仅可转传染性疾病）

6、白城市第三人民医院（仅可转精神类疾病）

#### 双向转诊制度

为更好地服务相向转诊患者，明确我院与基层或社区各自的职能，携手合作形成优势互补；使病人从发病到康复都能得到有效的医疗服务，减少资源浪费，特制定双向转诊制度。

一、医保科和医保科具体负责双向转诊管理，高度重视双向转诊工作，将其作为工作的重点任务之一，精心策划，合理安排，加强管理，把双向转诊工作落实到实处。

二、转入上级医院（除急诊抢救外）

（一）我院转入上级医院管理办法（见白城中心医院转诊转院管理办法）

（二）基层医院转入我院管理办法

1、城镇职工、城镇居民按相应管理办法进行管理。

2、非医保患者参照医保管理办法进行管理。

3、特殊情况请示分管领导。

三、转入基层医院（在向患者或家属说明转诊优惠政策，征得同意后）

（一）转回我院

1、诊断明确，常规治疗即可的患者；

2、手术愈合后需药物化疗患者。

（二）转回基层医院或社区

1、患者门诊诊治后，门诊医生填写门诊病历，出具诊断书，转回基层医院进行疗效观察 。

2、患者住院治疗后，患者病情稳定符合转回基层医院或社区指征， 住院医生填写出院小结，提出治疗意见及建议。

四、加强管理与监督

1、宣传：加强宣传教育力度，使医务人员充分认识双向转诊工作的重大意义，明确自己应当承担的责任和义务，增强自觉性、主动性和积极性。

2、加强沟通协调：全院各部门互相配合、沟通协调，做好转诊衔接工作，确保转出方、转入方及被转者三方满意。

3、开展督促检查：采取定期检查与随机抽查相结合的方法，加强双向转诊工作的督促指导，及时总结经验，发现和解决问题，并将检查考核情况及时通报。

#### 白城市医疗保险就医管理细则

第一章 定点医疗机构职责

第一条　定点医疗机构应配合白城市社会医疗保险管理局（以下简称市医保局）依据国家、省、市医疗保险有关政策及规定开展医疗保险工作。

（一）定点医疗机构实行院领导负责制，明确一名院领导具体负责组织管理与协调工作；在院内设置医保管理职能科室，配备专职管理人员和工作人员。

（二）定点医疗机构在医院大门处悬挂“市医保局定点医疗机构”标牌，在院内显著位置设置医保宣传栏，公布医疗保险政策、基本药品目录、基本诊疗项目和常用药品价格、就诊流程、报销流程、报销比例及各种收费项目和价格；在结算处张贴相关标识，设立市医保局专用结算窗口。

（三）定点医疗机构在院内设置医疗保险咨询台，派专人解答医保政策，并设置投诉箱，公布市医保局投诉举报电话。

（四）定点医疗机构按相关管理规定向市医保局提供所需查检的相关资料及账目清单。

第二条　严格执行国家及卫生部门配套的法律法规和医疗操作标准，严格执行国家和本市价格主管部门规定的医疗服务和药品的价格政策。

第三条　定点医疗机构在经营管理上实行统一经营、统一收费、统一核算、统一管理，禁止外包科室。

第四条　定点医疗机构的执业（助理）医师按规定向市医保局申报医保医师资格，不得将非医保医师安排在医疗保险服务岗位。

第五条　医疗机构不得采用任何虚假宣传手段等形式吸引、诱导参保人员就诊、住院。

第六条　定点医疗机构要增强费用控制意识，不得以控制费用为由降低服务质量。要建立健全医疗保险内部管理制度，加强医疗成本核算，提高资源利用率，降低运行成本。为参保患者提供“优质、高效、低耗、便捷”的医疗服务，满足不同层次医疗需求。

第二章 医保医师管理

第七条　参保患者应由医保医师接诊，未取得医保医师资格的或暂停医保医师资格的（急诊或急救除外），无权接诊参保患者，私自接诊参保患者的，所发生的医疗费用由医疗机构承担，市医保局有权拒绝支付。

第八条　医保医师在为就诊的参保患者施诊时应核对参保人员身份，做到人、卡、证相符，杜绝冒名顶替。

第九条　医保医师要严格执行卫生部门颁布的医疗操作规范和掌握二个目录及医疗保险等相关规定。优先在目录范围内选择，实行合理诊疗、梯度用药，杜绝违规操作、弄虚作假行为发生。

第十条　医保医师严格遵照卫生部门医疗文书规范书写，就诊记录应清晰、准确、完整，所有检查和治疗要有医嘱、有记载、有报告。

（一）病程记录是临床医师开具各项医嘱的前提和依据；医嘱是各项目收费的依据；护理记录、手术记录、麻醉记录、监护记录、各项检查化验报告单是医嘱执行的依据。应详细具体真实记录，不得遗漏、涂改。临时医嘱药量一般不能超过一天。医嘱错误的应停止原医嘱，重新书写，不允许涂改医嘱，经涂改后的医嘱视为无效医嘱。

（二）对因工负伤及意外伤害的参保患者，要据实记录，受伤时间、地点、原因三因素应作详细记录，不得使用"不慎"等含糊词语代替。

（三）非亲自诊查，不得出具医疗文书，也不得出具与自己执业范围有关或与执业类别不相符的医疗文书，严禁出具假证明、假病历、假处方。

第三章 门诊管理

第十一条　参保患者在门诊应持卡就医，未能出示医保卡的患者，医疗费用由个人承担。

第十二条　门诊处方用药实行定量管理。单张处方用药量，急诊患者不超过3日，普通患者不超过7日，中药方剂每张处方不超过7付。同类药品不得重复开方。

第十三条　市医保局开展的门诊医疗服务项目（大病、慢病、规定病种等），定点医疗机构应按照相关规定执行，对参保患者就诊时的病情、治疗、用药情况要完整记录；并建立参保患者门诊台帐和门诊病历。

第四章 入院管理

第十四条　定点医疗机构要严格掌握入院标准，对不符合住院标准或确诊后不符合住院标准的参保患者，不得按医保患者收治住院。不得拒收、推诿符合住院标准的参保患者。

第十五条　服毒、犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、他伤、自杀、自伤自残（精神病患者除外）、交通事故、燃放烟花鞭炮、蓄意违章和违反法律法规规定，计划生育、不孕不育、职业病、假肢义齿、美容整形、以及经鉴定属医疗事故或尚在争议中的医疗事故等，医疗保险基金不予支付，医疗机构应告知患者及家属不属于医疗保险报销范围，须自费诊疗。

第十六条　对因工负伤和意外伤害的参保患者，要按照《工伤保险条例》或《白城市医疗保险意外伤害管理办法》严格执行，不得伪造事实。医护人员不得随意出具有关记录或证明。

第十七条　入院后疗区医务人员应核实参保患者身份，填写《医疗保险患者身份核实确认书》，并附在病历中。医保卡应交由疗区统一管理。

（一）参保患者24小时内出示医保卡及相关资料的，应补录其医疗费用。参保患者未在24小时内出示医保卡的，从出示之时起（抢救、休息日、法定节假日除外）录入医疗费用，此前发生的医疗费用，均由个人承担。

（二）参保患者未按规定出示医保卡及相关资料的，造成延误办理入院手续的，其住院费用由本人承担。

第十八条　疗区护理站患者一览表及床头卡，应印有医保标识，有效区分参保患者。

第五章 在院管理

第十九条　参保患者临床用药应优先在《吉林省城镇职工基本医疗保险药品目录》范围内选择，中药制剂(含中成药）的使用须遵循中医辨证施治原则和理法方药，不能无故超范围使用或越级使用。原则上同类药品不得重复使用，确需同时使用，不得超过两种。

第二十条　参保患者确因病情需要，在二个目录不能满足时，需为参保患者提供自费诊疗项目、自费药品和床位，经患者或家属同意后签署知情同意书后，方可使用。

第二十一条　定点医疗机构要严格掌握大型仪器检查，能够做常规检查确诊的不得使用特殊检查，不得使用与诊疗无关的检查，杜绝套餐式检查。

第二十二条　对其它同级别或高级别定点医疗机构出具的临床检验结果，尚未超出该检验项目周期性变化规律允许的时间，应实行互认制，充分予以利用避免不必要的重复检查。

第二十三条　参保患者住院期间严禁请假外出或私自离院，经市医保局监管人员查房一次不在院，将视为挂床，其医疗费用由定点医疗机构承担。

第六章 出院管理

第二十四条　医务人员应严格掌握出院标准，并提示和督促符合出院条件的参保患者办理出院手续。

（一）未在7日内按规定办理出院结算手续的，所发生的医疗费用由定点医疗机构承担，市医保局有权拒绝支付。

（二）参保患者拒绝出院的，应自通知出院之日起，停止医疗保险待遇，所发生费用按自费处理。

第二十五条　出院带药应严格遵守有关规定。要与住院诊断疾病治疗相符，只准许带口服药，同类药品不超过两种，药品种类不超过五种，一般急性疾病不超过3天，慢性疾病不超过7天。营养药和注射剂不允许作为出院带药。中药方剂每张处方不超过7付。

第二十六条　不得带检查和治疗项目出院。

第二十七条　定点医疗机构不得以定额结算为由劝说参保患者提前出院或长期住院观察、康复治疗以及留院等待下一个周期的治疗。确因患者病情突然复发或加重的，必须由经治科室报告并附相关证明资料，经院医保科（办）签字同意，报市医保局备查。

第七章 转诊转院管理

第二十八条　因某种疾病无法得到有效治疗的、明确诊断后疾病与所住科室业务范围不符的或参保患者住院期间患两种以上疾病的，且一种疾病不属于本科收治范围需转科治疗的，应出具科间会诊记录，并记录在案。

第二十九条　定点医疗机构要严格执行《白城市医疗保险转诊转院管理办法》。按照《转诊转院管理办法》制定合理便捷的转诊规定和程序。按照各级定点医疗机构职能，引导和建立转院机制，严禁“应诊不诊”，“应留不留”，“应转不转”等行为。

第八章 费用管理

第三十条　严格执行国家基本医疗服务价格政策和收费标准，杜绝分解收费、超标准收费、自立项目收费和目录外项目纳入目录内项目进行收费，严禁将住院费用转化为门诊费用，或要求由病人另行支付目录外住院费用。

第三十一条　住院费用实行一日清制度，为参保患者或家属提供药品、诊疗项目免费查询或清单。

第三十二条　住院期间预付金不足时，医院应提前告知。按参保患者治疗情况预算个人负担部分的医疗费，并根据治疗情况适时追加。定点医疗机构不得要求参保患者支付全额医疗费用。

第三十三条　定点医疗机构门诊、住院过程中实现医疗费用即时结算，对参保患者个人自付的医疗费进行清算，缴清应由个人自付的医疗费后出院，其余应由医疗基金支付。

第九章 定点零售药店管理

空

第十章 日常监管工作

第三十五条　各定点医疗机构医保科依据医疗保险各项规章制度，有权对参保患者做出审核认定或对医保医师违规行为进行纠正、制止。并积极配合市医保局日常监管工作，提供需要查阅的有关医疗档案和资料。

第三十六条　市医保局监管人员检查病房时，由疗区提供住院参保患者的医保卡。对疗区或患者未能提供医保卡、身份证，查房时该患者不在院的，市医保局监管人员将登记备案，由疗区医护人员说明该患者情况并签字，定点医疗机构医保科同时签字确认。

第三十七条　市医保局有权对定点医疗机构收治的参保患者诊治过程及医疗费用支出等情况进行审查和日常监督，对违规行为按相关规定进行纠正或处理。

第三十八条　市医保局按月随机抽取一定比例的参保患者住院病历和付费清单进行审核。凡不符合规定的医疗费用，一律按抽样违规医疗费用的3-5倍全额拒付。

第十一章 违规管理

第三十九条　市医保局在监督检查过程中，发现定点医疗机构存在下列违规行为之一的，参保患者所发生的医疗费用由定点医疗机构承担，统筹基金不予支付。同时对定点医疗机构、相关科室、医保医师及参保患者的违规处理情况向社会通报。

（一）未取得医保医师资格或暂停医保医师资格，接诊参保患者、开具医疗保险处方的、发生医疗费用的；

（二）未按规定核实患者身份导致他人冒名就诊的、参保患者卡证不符或一次查房未在疗区，疗区医务人员拒绝说明情况或拒绝签字的；

（三）诱导入院、过度检查、过度治疗，小病大养、挂床住院、空床住院的；

（四）未按医疗保险相关规定上报市医保局审核备案的；参保患者医疗资料与医保系统网传信息不符的；

（五）病历（处方）未按规定规范书写，住院病历、病程记录记载不清楚，病情、病程、诊断不相符合，未明确治疗药物的使用理由，无医嘱的治疗和检查的；

（六）违反用药管理规定，无适应症用药，违规带药的；

（七）违反抗生素使用规范，无确切依据和原因（症状、体征、血象、细菌培养及药敏试验等）滥用或不规范使用抗生素的；

（八）违反物价政策，分解收费，重复收费，擅自设立收费项目或提高收费标准，造成基金损失的；

（九）参保患者因病治疗需院内转诊，无专家会诊记录的；

（十）对市医保局开展的各项医疗服务，未按规定执行，降低服务质量、变相收取费用，影响参保患者正常治疗的；

（十一）拒收符合住院条件的参保患者（尤其是急、危、重病人）或以各种借口无故推诿病人的；

（十二）其它违反医疗保险政策规定，造成基金损失的。

第四十条　市医保局根据违规拒付金额合计，在下个月预付总额中扣除。并将年末考核结果与10%保证金挂钩。

第四十一条　对定点医疗机构或临床科室发生的违规行为，市医保局将通报批评，被暂停医疗服务的定点医疗机构或临床科室向社会公示。

（一）在一季度内同一临床科室不同种情况违规拒付累计6次以上或同种情况违规拒付3次以上，将暂停该科室医疗服务3个月；

（二）在一季度内同一临床科室不同种情况违规拒付累计10次以上或同种情况违规拒付6次以上，将暂停该科室医疗服务6个月。

（三）在一季度内定点医疗机构五个以上临床科室出现违规拒付，累计达15次以上，将暂停定点医疗机构3个月并进行整改。

第四十二条　定点医疗机构的科室或房屋承包、出租给个人或其他机构，并以本医疗机构名义开展诊疗活动、超出《医疗机构执业许可证》准许范围提供医疗服务项目。参保患者所发生的医疗费用由定点医疗机构承担，统筹基金不予支付，并扣除2-5倍违约金。

第四十三条　对定点医疗机构、医务人员、参保人员或医患合谋骗取医保基金的，数额较大、情节严重或社会影响面广，按照《中华人民共和国社会保险法》等相关法律法规规定，追缴经济损失；构成犯罪的，移交司法部门，追究刑事责任。

第十二章 附则

第四十四条　市医保局过去制定的相关管理规定依然有效，执行中与本细则发生冲突时，以本细则为准。

第四十五条　生育保险、工伤保险及其他险种的日常管理参照本《管理细则》执行。

第四十六条　本《细则》由白城市社会医疗保险管理局负责解释。

第四十七条　本规定自发布之日起执行。

#### 白城市医保医师管理实施办法

第一章 总则

第一条　为维护基本医疗保险运行秩序和基金安全，规范医保就医行为，促进医保诚信体系建设，根据《吉林省医疗保险定点医疗机构医疗保险服务医师管理暂行办法》，结合我市实际情况，制定本办法。

第二条　本办法适用于在白城市医疗保险定点医疗机构为医疗保险参保人员提供医疗服务,并取得医保医师资格的执业（助理）医师。

第三条　白城市社会医疗保险管理局为本办法具体管理和实施机构，负责对辖区内定点医疗机构和医保医师进行资格认定、审核、告知、监督管理以及签订服务协议等工作。

第二章 申报条件

第四条　具备以下条件的定点医疗机构的医师可以申请为医疗保险参保人员提供医疗服务：

(一) 取得执业（助理）医师资格，并按规定注册的医师；

(二) 能掌握并自觉遵守医疗保险各项政策规定；

(三) 近两年来在执业过程中没有违反相关规定的记录。

第五条　定点医疗机构应当将本单位符合条件，并愿意为参保人员提供医疗服务的医师名单上报市医保局。

第六条　经市医保局审核，并组织或委托定点医疗机构对申报医保医师的人员培训，考试合格后，将其纳入医保医师信息管理库，颁发《吉林省医疗保险服务医师证》。

第七条　定点医疗机构应及时到市医保局办理执业（助理）医师新增、注销或信息变更的业务。

第八条　未取得医保医师资格的执业（助理）医师，不得为医疗保险参保人员（急诊、急救除外）提供医疗服务，其所涉及的相关医疗费用，医疗保险基金不予支付。

第三章 医保医师管理

第九条　对医保医师的医疗服务行为实行积分制动态管理和违规行为积分累计制度。一个自然年度，医保医师个人总积分为12分，考核时根据本年度考核查实的违规情形进行扣分，扣分分值记录在考核年度，积分和扣分不跨年度累积。

（一）一个自然年度内，未被扣除积分的，将纳入医保医师诚信档案，被暂停或取消医保医师资格的，将列入黑名单，并向社会公示。

（二）一个自然年度内，累计扣分满6分的，暂停医保医师资格3个月；满8分的，暂停医保医师资格6个月；满10分的，暂停医保医师资格1年，暂停期限可跨年度执行。

（三）医保医师被暂停资格期间应进行离岗培训，学习医保相关政策，经考试合格后,方可恢复医保医师资格。

（四）医保医师被暂停医保服务资格，期满恢复后3个月内，被再次暂停服务资格的，暂停服务期限在规定之外延长3年；连续两次被扣除年度全部积分的，取消医保医师资格，终身不得再取得医保医师资格。

（五）被暂停医保医师资格期间所涉及的医疗费用市医保局不予支付；

第十条　出现以下情况之一的扣1分：

（一）同一日院内重复开药或重复检查；

（二）拒绝给门诊参保患者提供门诊处方或加盖外配处方章到定点药店购药;

（三）违反物价政策，分解收费，重复收费，擅自设立收费项目或提高收费标准，造成基金损失的；

（四）违反诊疗常规或用药规范，无适应症用药及诊查；

（五）未按卫生部门要求使用抗菌药物的；

（六）出院不按规定剂量配药的；

（七）对未列入医疗保险支付范围，属个人自费的医疗费用，不履行告知义务；

（八）夸大病情、人为诊断升级诱导参保患者医疗的；

（九）书写门（急）诊、住院病历不完整、不规范，病程记录记载不清、不真实，病情、诊断不相符合，无医嘱的治疗和检查或用药与诊断不符的；

（十）开大处方，超剂量配药或搭车开药，无适应症用药及检查，导致医保基金浪费的；

（十一）故意曲解医保政策和管理规定，引起参保人员上访，造成恶劣影响的；

（十二）管床医师对住院患者未按要求严格管理，导致住院患者无正当理由或未履行相应手续随意离院的；

（十三）无故拒绝参加医保政策培训及考试的；

（十四）采取其他手段骗取医疗保险基金2000元以下的；

（十五）由于工作疏漏，造成医疗保险基金损失金额在10000元以下1000元以上的。

第十一条　出现以下情况之一的扣3分：

（一）人为分解入院或提供过度服务；治疗和收费项目不一致；

（二）隐匿、恶意涂改医疗文书和受检资料的；

（三）对市医保局开展的规定病种等医疗服务，未按规定执行，降低服务质量、变相收取费用，影响参保患者正常治疗的；

（四）拒不配合市医保局日常检查或故意搪塞、拖延提供检查材料的；

（五）将不符合入院标准的患者收治入院或故意延长住院时间的；

（六）未严格执行入院标准，将不属于医疗保险基金支付范围的病种纳入支付范围的；

（七）为非医保医师或被暂停（取消）医保医师资格的医师，提供签名开具医保处方或允许非医保医师使用本人医保医师名义诊治医保患者；

（八）未按规定核实患者身份导致他人冒名就诊或将未达到住院标准的参保人员收治住院的；

（九）因拒收、推诿或因医疗服务行为被参保人员投诉的；

（十）采取其他手段，骗取医疗保险基金2000元以上、10000元以下的；

（十一）由于工作疏漏，造成医疗保险基金损失金额在50000元以下、10000元以上的。

第十二条　出现以下情况之一的扣10分：

（一）为参保人员提供虚假证明材料，串通他人虚开门诊、住院、医药费用票据，套取医保基金的；

（二）编造医疗文书，伪造诊疗记录；办理虚假住院或采取其他手段获取非法利益，骗取医疗保险基金。

（三）将非参保人员及非医疗保险的病种、药品、材料、医疗服务项目故意列入医疗保险支付范围的；

（四）以参保人治疗为名开具药品处方，串通参保人不取药品而兑换现金或其他物品的。

（五）采取其他手段，骗取医疗保险基金10000元以上的；

（六）由于工作疏漏，造成医疗保险基金损失金额在50000元以上的。

第十一条　定点医疗机构被取消医保医师资格人数达到该医疗机构（科室）医师总数的30%的（医疗机构或科室在5人以下的，比例为50%），医疗保险经办机构可以暂停该科室医疗保险服务资格或暂停该定点医疗机构服务协议。

第四章 监督管理

第十三条　市医保局每月分析定点医疗机构的医疗数据，统计每个科室每位医保医师的次均费用和总费用，以及各医师违规情况。

第十四条　对于有违规记录、长期次均费用、总费用偏高的医保服务医师进行重点监控。

第十五条　市医保局对定点医疗机构定期不定期检查，了解医院管理情况，患者诊疗情况，实名就医情况；询问住院患者；核查举报或投诉。检查执行医疗保险相关规定等情况。

第十六条　市医保局通过设立意见箱、监督投诉电话、网站调查、发放调查问卷等监督措施，及时掌握医保医师为参保人员的服务情况；向社会公开监督方式，主动接受社会监督。

第五章 告知和申诉

第十七条　市医保局应向受到处罚的医保医师下达书面通知。

第十八条　允许违规的医保医师在接到通知后的7个工作日内向市医保局提出申诉。

第十九条　市医保局应认真对待医保医师的申诉请求，调查核实后做出最终判定。

第二十条　市医保局对暂停取消医保医师资格或科室医保服务的，须提前15天书面告知定点医疗机构，定点医疗机构要妥善做好医保患者治疗交接工作，不得贻误治疗。

第六章 附则

第二十一条　工伤保险、生育保险医师管理参照本办法执行。

第二十二条　本办法自发布之日起施行。

第二十三条　本办法由白城市医疗保障局负责解释。

#### 白城市市区城镇职工生育保险办法

第一章 总　则

　　第一条 根据《吉林省城镇职工生育保险办法》(吉林省人民政府令第180号)、《吉林省人民政府关于调整我省城镇职工生育保险有关待遇的通知》(吉政发〔2007〕26号)、《吉林省人民政府关于在吉林省城镇职工生育保险中增加新生儿医疗费用支付项目的通知》(吉政发〔2008〕26号)及有关法律、法规的规定,结合实际,制定本办法。

　　第二条 本办法所指生育保险是由市人力资源和社会保障行政部门组织和管理,用人单位承担缴纳生育保险费义务,参保职工按规定享受待遇的社会生育保险制度。

　　第三条 生育保险实行属地管理,统筹层次与基本医疗保险一致。市直、洮北区、经济开发区、查干浩特旅游开发区、民营经济开发区、工业园区(以下简称市区)为一个统筹地区,同一政策,统一实施,统一管理。

　　本市市区内的城镇各类企业和机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户(含中省直单位,以下称用人单位),应当按照本办法参加生育保险,为其职工、雇工(以下称职工)缴纳生育保险费。

　　第四条 市区内的生育保险管理工作由市人力资源和社会保障行政部门负责。

　　人口与计划生育、卫生、财政、审计等部门在各自范围内做好生育保险的有关工作。人口与计划生育、卫生、财政、审计等部门在各自范围内做好生育保险的有关工作。

　　市人力资源和社会保障行政部门所属的市社会医疗保险管理局(以下简称市医保局),具体承办本统筹地区的生育保险业务。

　　第五条 用人单位参加生育保险,按规定缴纳生育保险费,其职工依照本办法享受生育保险待遇。

　　市医保局应当保证为参加生育保险的职工及时兑现生育保险待遇。

第二章　生育保险基金

　　第六条 生育保险基金由下列各项构成:(一)用人单位缴纳的生育保险费;(二)生育保险基金的利息;(三)延迟缴纳生育保险费的滞纳金;(四)依法纳入生育保险基金的其他资金。

第七条 生育保险费根据“以支定收,收支平衡”的原则筹集。用人单位缴纳生育保险费,以本单位上年度职工工资总额(有雇工的个体工商户以本统筹地区上年度职工月平均工资)作为缴费基数。用人单位缴费比例为0.7%。

机关和财政全额拨款事业单位生育保险费缴费比例为0.4%,并列入财政预算。

　　第八条 用人单位必须如实申报职工人数、工资总额,按时、足额缴纳生育保险费。职工个人不缴纳生育保险费。

　　用人单位应当缴纳的生育保险费,与应缴纳的基本医疗保险费同时缴纳。生育保险费由市医保局直接向参保单位征缴。

　　第九条 生育保险基金用于下列支出:(一)女职工休假期间的生育津贴及其配偶的生育护理补贴;(二)女职工生育医疗费用及一次性围产期补贴;(三)职工计划生育手术医疗费用;(四)女职工治疗宫外孕、葡萄胎、妊娠高血压综合症发生的医疗费用;(五)新生儿医疗费用;(六)独生子女父母退休时按规定享受的奖励费中的部分费用。

　　第十条 生育保险基金纳入财政专户管理,专款专用,不得挤占挪用。生育保险基金计息办法按照基本医疗保险基金存款利率规定执行。

　　第十一条 市人力资源和社会保障行政部门依法对生育保险费的征缴和基金的管理使用情况进行监督检查。

　　市财政部门和审计部门依法对生育保险基金的收支、管理情况进行监督。

第三章　生育保险待遇

　　第十二条 用人单位女职工生育或中止妊娠,在下列休假时间内,享受生育津贴,其配偶享受生育护理补贴:

　　(一)、女职工生育休假为90天;难产的,增加休假15天;多胞胎生育的,每多生育1个婴儿,增加休假15天;晚育的,增加休假30天。

　　(二)、女职工怀孕8周以下(含8周)中止妊娠的,休假21天;怀孕8周以上16周以下(含16周)中止妊娠的,休假30天;怀孕16周以上28周以下(含28周)中止妊娠的,休假42天;怀孕28周以上中止妊娠的,休假90天。生育津贴标准按照女职工所在用人单位上年度职工月平均工资(有雇工的个体工商户按照本统筹地区上年度职工月平均工资)计发,从生育保险基金中支付。生育津贴低于女职工本人工资标准的,差额部分由用人单位补足。

　　(三)、参加生育保险的男职工在配偶生育期间,可领取15天的生育护理补贴,补贴标准以当地上年度社会平均工资为基数计发。

　　机关和财政全额拨款事业单位女职工生育或中止妊娠,不享受生育津贴,休假期间工资由用人单位照发。男职工是机关和财政全额拨款事业单位的,不享受生育护理补贴。

　　第十三条 女职工在妊娠期、分娩期、产褥期内,因生育所发生的检查费、接生费、手术费、住院费、药费等生育医疗费用和妊娠妇女一次围产期补贴,从生育保险基金中支付。

　　生育保险基金支付生育医疗费用和围产期补贴,实行定额补贴办法。

　　具体支付标准:

　　1、产前检查医疗费用按以下定额标准支付:

　　(1)妊娠1至12周末前的产前检查费为100元;

　　(2)妊娠1至27周末前的产前检查费为180元;

　　(3)妊娠至分娩前的产前检查费为280元;

　　(4)妊娠妇女一次性围产期补贴为200元。

　　2、分娩的医疗费用按以下定额标准支付:

　　(1)自然分娩的医疗费为1000元;

　　(2)人工干预分娩的医疗费为1500元;

　　人工干预分娩的方式包括:宫颈封闭、催产素静滴引产、手剥胎盘术、刮宫术、宫颈裂伤、阴道壁血肿切开术、会阴Ⅲ度及复杂裂伤缝合术、单胎产钳术、单胎臂位牵引术、胎头吸引术、内倒转术与外倒转术、毁胎手术分娩、晚期妊娠药物引产。

　　(3)剖宫产不伴其他手术的医疗费为3000元;

　　(4)剖宫产伴其他手术的医疗费为3200元。

　　以上分娩方式每增加一胎,费用在该分娩支付标准基础上增加10%。

　　第十四条 职工实施计划生育手术所发生的医疗费用,实行定额补贴办法,从生育保险基金中支付。

　　计划生育手术医疗费定额支付标准:

　　1、人工流产术为200元;

　　2、药物流产术为280元;

3、输卵管绝育术为800元;

4、输精管结扎术为800元;

5、宫内节育器放置术为200元;

6、宫内节育器取出术为120元;

7、符合计划生育规定,因母婴原因需终止妊娠的中期引产术为1000元;

8、输卵管、输精管复通术为3000元;

9、输卵管通水术为800元。

#### 基本医疗保险意外伤害保障管理办法

第一章　总　　则

第一条　为加强基本医疗保险意外伤害管理，切实维护参保人的合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》（中华人民共和国主席令第三十五号）和《白城市城镇基本医疗（生育）保险市级统筹实施方案》（白政发〔2014〕8号）等法律、法规和有关规定，制定本办法。

第二条　白城市本级及各县（市）城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险的参保人员(以下简称“参保人”)意外伤害医疗保障适用本办法。

第三条　白城市本级及各县（市）医疗保险经办机构按属地管理原则，负责本行政区基本医疗保险意外伤害保障经办工作。

第二章　意外伤害待遇支付范围

第四条　治疗参保人因突发的、外来的、非本意造成的非疾病性身体伤害发生的合规住院医疗费用可纳入基本医疗保险统筹基金支付。

第五条　参保人发生的意外伤害有下列情形之一的，其医疗费用不纳入基本医疗保险统筹基金支付范围：

（一）因吸毒、使用管制药品(遵医嘱用药除外)、打架斗殴、醉酒滋事等违法行为所致的；

（二）因酗酒、服毒、自杀、自残（患有精神类疾病参保人除外）等自身原因导致的身体伤害；

（三）应由第三人承担的意外伤害医疗费用，包括交通事故、医疗事故、动物咬伤等；

（四）应由校方负责的意外伤害医疗费用；

（五）有隐瞒、欺诈行为的，包括提供虚假受伤时间、地点、事故原因、救治经过，虚假证明材料以及伪造医疗文书等；

（六）未按本办法规定进行申报、提供有效资料、拒绝配合调查或经调查申报材料与事实不符的医疗费用；

（七）在统筹地区以外发生的意外伤害，其医疗费用按《吉林省医疗工伤生育保险异地就医经办规程》（吉医保字〔2015〕3号）文件相关规定执行；

（八）应当由工伤保险、公共卫生负担的医疗费用和境外就医发生的医疗费用。

第六条　基本医疗保险意外伤害的定点医疗机构、《药品目录》、《诊疗项目目录》和《医疗服务设施范围和支付标准》的管理，按照《白城市城镇基本医疗（生育）保险市级统筹实施方案》有关规定执行。

第三章　意外伤害待遇支付申请和审核

第七条　参保人发生意外伤害发生后应按照下列程序办理意外伤害待遇支付申请和审核手续。未按规定提出申请或提出申请后审核未通过的，其医疗费用基本医疗保险统筹基金不予支付。

第八条　意外伤害待遇支付申请和审批流程

(一)待遇支付申请

参保人或其委托代理人应在住院24小时内(节假日顺延)，签署《意外伤害待遇支付申请知情确认书》并填写《白城市基本医疗保险意外伤害待遇支付申请表》（以下简称《申请表》），由相关人员签字后报至定点医疗机构医保科（医保办）（以下简称医保科）。

（二）定点医疗机构初审

1、医保科接到参保人上报的《申请表》后，须在当日内调取参保人的入院诊断书、首次病程记录等相关资料对《申请表》填写的情况进行核实。

2、医保科在初审过程中如发现参保人有多部位复合伤、重度颅脑损伤、《申请表》描述不清或可能涉及因公受伤、工伤、校方责任或第三人责任的情况之一的，应在1个工作日之内将相关情况上报当地医保经办机构监管科，同时书面告知参保人或其委托代理人按下列规定在30个工作日内补充提供申请材料。提供材料不全的，参保人的基本医疗保险意外伤害待遇支付申请不予受理。

（1）对于导致多部位复合伤、重度颅脑损伤的无法确定责任人的意外伤害事件，提供目击者证明或行政、司法等相关部门出具的具有法律效力的无责任人鉴定或证明材料。

（2）属于交通事故的，应提供公安交警部门出具的《事故责任认定书》、《调解协议书》或交警部门出具的赔偿证明。

（3）对于可能涉及第三人责任或校方责任的，参保人应提供行政、司法等相关部门出具的具有法律效力的非第三人责任或校方责任的证明材料。

3、医保科经初审，对于不符合意外伤害待遇支付条件的，由医保科书面告知参保人未通过审核原因，并将相关申请材料留存备查。

对于符合意外伤害待遇支付条件的，由医保科负责人在《申请表》签字加盖公章后与相关材料在1个工作日内报至当地医保经办机构医疗监管科复核。

（三）医疗保险经办机构复核

1、医疗保险经办机构医疗监管科对医保科上报的意外伤害待遇支付申请初审手续应于3个工作日内进行复核，提出复核意见。复核通过的将《申请表》及相关材料存档备案，复核未通过的应书面告知医保科原因。

2、参保人有多部位复合伤、重度颅脑损伤、《申请表》描述不清或可能涉及因公受伤、工伤、校方责任或第三人责任情形之一的，医疗监管科应在接到报告24小时（节假日顺延）内向参保人、委托代理人和目击证人等相关人员现场调查取证核实情况。在调查取证过程中，调查人员应不少于2人，同时按规定对询问全过程录像、拍照。参保人或其委托代理人等被询问人员拒不配合调查的，医疗保险经办机构不予受理参保人的意外伤害待遇支付申请。

3、复核时限为15个工作日，因参保人补充提供申请材料原因可延长至30个工作日。

第九条　意外伤害复核完成后，对于符合待遇支付条件的参保人，在就诊的定点医疗机构进行公示，公示时间为7天。对于经查证举报属实的举报人，按照《吉林省社会保险基金监督举报及奖励办法》规定予以奖励。

第四章 意外伤害费用结算

第十条 符合基本医疗保险意外伤害待遇支付范围的医疗费用，按照相应级别医院住院统筹报销标准予以结算，属于基本医疗保险统筹基金支付的住院医疗费用，由定点医疗机构先行垫付。治疗意外伤害发生的门诊治疗费用基本医疗保险统筹基金不予支付。

第十一条 参保人因意外伤害需要后续治疗的，携带首诊时《申请表》复印件到医保科提出后续治疗申请。医保科应对情况核实，确属后续治疗的由医保科负责人在申请表上签字确认后予以结算。首次意外伤害发生的医疗费用未纳入基本医疗保险统筹基金支付范围的，其后续治疗费用医保基金不予支付。

第五章 监督管理和法律责任

第十二条　医疗保险经办机构根据调查需要,有权查阅和复印病历、急救记录、报警信息、120信息等。

第十三条　医疗保险经办机构工作人员进行意外伤害调查,每次不少于2人,应及时完成调查笔录,按规定存档。

第十四条　参保人意外伤害就诊时，应向医生如实说明受伤原因及具体情况，不得故意隐瞒、欺骗。参保人或其委托代理人有权维护自身合法权益，对定点医疗机构违规行为进行投诉、举报；参保人或其委托代理人应自觉遵守医疗保险各项管理规定，积极配合定点医疗机构及医疗保险经办机构对意外伤害调查取证，并在规定时间内提供相关的审核材料。

第十五条　定点医疗机构医保医师或医保科工作人员有下列情形之一的，对相关医保医师积分扣除3分，同时拒付参保人所发生的医疗费用：

（一）故意收治不符合意外伤害标准的参保人；

（二）因工作疏漏或未尽调查责任的；

（三）为参保人故意隐瞒事发经过的；

（四）对意外伤害参保人进行查体、诊断时发现症状与体征不吻合及有疑问未报医院医疗保险科或医疗保险经办机构待查，延误调查取证的；

（五）首诊病历未按意外伤害病历管理要求书写，或未将《申请表》及相关证明材料记载并存档的；

（六）其他违反国家、省、市医疗保险相关规定的。

第十六条　对于医疗保险经办机构工作人员、医疗机构工作人员、参保人等相关人员有违反《吉林省社会保险基金欺诈骗取案件行政监督办法》情形的，按规定予以处理。

第六章 附则

第十七条　本办法自发布之日起执行，此前规定与本办法不一致的以本办法规定为准。

第十八条　本规定由白城市医疗保险管理局负责解释。

#### 关于基本医疗保险门诊慢病的管理办法

为了进一步完善我院基本医疗保险制度，规范门诊慢病管理，根据《关于印发城乡居民基本医疗保险门诊慢病准入标准（2020年版）的通知》和《白城市基本医疗保险门诊慢病操作规程》文件要求，制定《白城中心医院关于基本医疗保险门诊慢病的管理办法》，现印发，请认真贯彻执行：

第一条 本办法适用于白城市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的参保人员，不包括长期异地就医人员。

第二条 慢病患者在门诊治疗，视同住院管理，不收起伏线。

第三条 我院认定的慢病病种暂定为19 种。具体病种包括：糖尿病（饮食控制无效，合并四肢动脉病变、肾病或视网膜病变）、冠心病（包括日常用药、支架植入术后抗凝治疗）、肺源性心脏病（慢性心衰，心功能Ⅱ级及以上）、风湿性心脏病（心功能Ⅱ级及以上）、慢性肾盂肾炎、慢性阻塞性肺病、慢性胆囊炎、脑血管意外偏瘫、支气管哮喘、甲状腺功能亢进症、慢性胃炎、慢性支气管炎、恶性肿瘤镇痛治疗、心力衰竭（心功能Ⅱ级及以上）、慢性肾小球肾炎、心律失常（限房颤）、慢性腹泻、痛风、高血压（Ⅱ、Ⅲ期）。

第四条 慢病每季度认定一次，通过认定的患者名单由白城市医疗保障局每季度集中公示一次。

第五条 慢病认定后，两个自然年度允许选择一家就诊医院（可以选择其他医院），如需变更，患者于下一个待遇开始前30日内，向认定医院提出变更申请。

第六条 申报材料

1、慢病患者按照《白城市基本医疗保险门诊慢病准入标准》申报慢病病种，提供相应的认定依据（如：CT、 MRI 报告、检查检验报告等），认定材料必须是我院或三甲医院出具；

2、慢病患者提供社会保障卡及身份证原件。

第七条 办理流程

1、慢病患者申报慢病待遇时，需携带上述申报材料到医保科进行登记，由医保科根据申报的病种安排具体流程；

2、患者到病种认定专家处，由专家根据《白城市基本医疗保险门诊慢病准入标准（2020年版）》（附件1）对申报病种逐一进行认定，并填写医院OA系统中“管理手册”相关内容，加盖电子印章；

3、专家完成认定后，患者持认定依据返回到医保科，由医保科对专家确定的认定依据进行扫描归档留存备查，医保科审核医院OA系统中“管理手册”，同意后，加盖电子印章；

4、医保科需为每位慢病患者建立一个文件夹，文件夹以受理编号命名（受理编号由十位数组成，例如：2020100001。前四位为年份，中间位为季度，后五位为流水号），将“管理手册”电子版和认定依据扫描件放置于该文件夹中，并于每个季度的第一个月末上报到医疗保障局，同时将该季度慢病认定情况按就诊医院进行汇总并上报。

注：一级文件夹命名为：认定医院名称；二级文件夹命名为：就诊医院名称；三级文件夹命名为：慢病患者受理编号；四级文件夹包含：“管理手册”和认定依据；

5、医疗保障局对复核合格的门诊慢病患者进行公示；

6、公示期满，无异议的，医疗保障局将门诊慢病患者信息传给就诊医院和医保经办机构，由就诊医院完成信息录入、审批等流程，确保患者待遇及时生效；

7、就诊医院按照认定医院出具的治疗方案进行给药，并填写用药记录，如需调整治疗方案，由就诊医院医生确定；

第八条 慢病审批待遇有效期为两年。慢病审批通过即时生效，有效期满待遇自动终止。

第九条 慢病管理实行两年复评制。慢病患者待遇期满仍需继续门诊治疗的，须在待遇有效期满前30日内，原则上到原慢病认定医院进行重新评估。

第十条 参保患者在门诊慢病治疗时，购药应符合《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》规定的用药范围，慢病一次开药量不超过一个月。

第十一条 严格执行医疗保险各项规定，遵循因病施治、合理检查、合理用药原则，为参保患者提供及时、有效的检查和治疗，保证医疗服务质量。建立完善的“管理手册”，按日备份，确保相关资料安全，备检备查。

#### 院务公开工作制度

为加强医院民主政治建设，全面落实医改方针，强化医院民主参与、民主管理、民主监督、民主决策制度，促进医院党风廉政建设，更快地发展医院，服务患者，现将我院院务公开制度制定如下：

一、院务公开的原则

（一）要坚持合法合规的原则，开展院务公开工作，必须符合国家的各项法律、法规和上级相关规定。

（二）要坚持突出重点的原则。要向社会及医院职工公开医院的重大决策、职工切身利益、群众关心、反映强烈的热点、重点、难点问题。

（三）要坚持注重实效的原则。院务公开工作要做到实事求是，重视实际效果，公开的内容要真实可靠，准确可信。

（四）要坚持简便易行的原则。实行院务公开其目的就是方便群众，实行民主监督，方便领导班子决策，有利于医院民主管理，要注重形式多样，灵活简便，易于操作，使群众和领导都易于理解和接受。

（五）要坚持服务中心的原则。院务公开工作要服从、服务于医院经济效益、社会效益这个中心，服务于团结、稳定、发展的大局。

二、院务公开的内容与途径

（一）向社会公开的主要内容

医院通过网站、报刊等新闻媒体、电子大屏幕、滚动屏幕、信息公示栏途径向患者公示院务公开以下信息：

1、医院资质信息

2、医疗质量相关信息

3、医疗服务价格

4、收费信息

5、医院便民措施

6、集中采购招标

7、行业作风建设情况

（二）向职工公开的主要内容

医院通过内网、职代会、中层干部会、全院总结表彰大会、电子显示屏、印发文件等途径向全院职工公开以下信息：

1、医院重大决策事项

2、医院运营管理情况

3、人事管理

4、领导班子建设

5、党风廉政建设

三、院务公开的要求

（一）医院每年制定院务公开方案，并按照院务公开方案开展相关工作。

（二）各科室按照院务公开方案中的职责划分、任务重点，明确工作任务，认真贯彻落实。

（三）信息公开工作部门要对公开的信息及时进行更新，保证发布的信息及时、真实、准确，并做好信息发布登记。

（四）信息公开工作部门要对公开的信息进行监管，认真做好检查考核工作，做到有监管记录，有反馈，有整改措施，持续改进院务公开工作。

（五）做好院务公开的社会评价调查，获取真实、客观的社会评价，改进工作。

（六）全院职工要积极参与、监督医院院务公开工作。医院将对提出合理意见、建议的职工，在全院范围内提出表扬。

#### 院务公开联席会议制度及协调机制

为建立医院各部门间的院务公开工作传达、落实和沟通协调机制，进一步提高院务公开工作管理水平，结合我院实际，特制定本制度。

一、组织机构

1、医院成立院务公开工作领导小组。组长负责领导全院的院务公开工作；常务副组长在组长指派下负责各项院务公开任务的具体部署、调度及督察工作；副组长负责组织、协调及督促各自分管范围内的院务公开工作；小组成员负责落实职责范围内的各项院务公开工作任务，并定期将公开形式及相关证明材料上交领导小组办公室。

组 长：李书圣

副 组 长：姜 子 李晓东 徐鹏搏 石炳华 董丽萍 富庆华 岳 库 丛 峰

成 员：韩丽娟 于洪飞 苏 林 侯淑艳 张洪彪 崔吉龙 初景文 张国新

郭 雷 李 森 黄东琳 王焕杰 李 影 白云鹤 杨 颖 王云霞

崔英海

牵头主管部门为办公室，负责具体工作的推进和落实，定期做好院务公开的满意度调查、检查重要工作和特殊事项的公开内容，做好总结和汇总工作。

2、医院成立院务公开工作监督评议小组由由办公室工作人员组成，负责监督院务公开的实施，接受有关部门和群众的监督。坚持公平、公正、公开的原则，督促院务公开工作的开展和推进，并对院务公开工作进行监督检查，召开监督员会议，研究反馈相关问题。

二、协调范围和内容

1、统一思想认识

2、制定、下达工作计划

3、协调、落实工作目标

4、推进、调度工作进度

5、制定措施，整改问题

三、联席会议范围

根据工作需要确定召开跨部门工作会议范围。如：职能科室间、院-科间等。联席会议成员由分管院领导、各科室主要负责人、护士长组成。

四、联席会议程序

联席会议原则上每季度召开1-2次，遇有特殊情况可提前或延期召开。会议由工作领导小组组长主持，也可以授权分管副组长主持召开。

院务公开联席会议由党办负责确定中心议题和参加人员范围，事先向主管院领导汇报同意后，方可通知召开。

五、反馈督办协调机制

1、经联席会议协商同意后形成的决定，小组各成员部门要及时贯彻执行。

2、对涉及多个部门的工作任务，由组长或常务副组长指定一个职能部门负责牵头与其他部门共同协办落实。在协调出现困难时，由分管领导出面协调，必要时通过领导小组研究解决。

3、由党办统一负责督查督办，并将落实情况及时向领导小组报告。

#### 院务公开检查考核制度

为逐步规范医院院务公开工作，增强我院工作的透明度，促进医院民主科学管理，全面做好医院对社会、对患者和对职工的公开工作，推动医院依法执业，文明行医，民主管理。特制订院务公开检查考核制度，内容如下：  
　　一、院务公开检查考核工作坚持客观公正、民主公开、注重实效的原则。  
　　二、院务公开检查考核采取固定考核与随机抽查的办法进行。院务公开领导小组办公室每季度对各科承担的院务公开工作进行定期检查考核和日常动态抽查，并将考核意见及时通知被考核科室。   
　　三、院务公开领导小组对未认真按照公开项目实行公开或未按规定及时公开、弄虚作假、履职不到位、投诉处理不及时等问题的科室，将追究当事人和科室负责人责任，并给予严肃处理。  
　　四、院务公开领导小组要及时总结推广院务公开工作的有效做法和经验，对认真做好院务公开工作的科室，给予表扬和适当奖励。   
　　五、院务公开监督渠道

成立院务公开领导小组，聘请社会监督员，设立意见箱及举报电话，及时了解和倾听职工及社会群众的意见，随时接受监督，促使院务公开工作落到实处。  
 （一）设立院务公开投诉举报电话：3570032  
 （二）门诊设立意见箱  
 （三）开设投诉电子邮箱：bczxyydb@126.com

#### 院务公开评价制度

为进一步深化院务公开工作，根据政务公开的有关规定精神，结合医院实际，特制定本制度。

一、评价内容

1、公开内容。公开内容是否符合法律法规及政务公开有关规定要求，是否充分体现本单位的职能特点，是否及时反映人民群众、医院职工关心的热点难点问题。

2、公开制度。公开制度是否规范健全，公开机制是否科学有效，公开程序是否系统全面等。

3、公开效果。院务公开工作是否得到人民群众、医院职工的满意和认可，是否保证了人民群众的知情权、参与权和监督权。

二、评价方式

1、问卷评议。根据评议内容和群众、职工关心的热点问题，设计问卷调查表，对外向群众发放，对内向职工代表发放，供群众、职工评议。

2、代表评议。由社会监督员、群众代表、职工代表等组成评议小组进行评议。

三、评价活动由院办、党办、工会负责组织实施。

四、评价情况由院办、党办组织汇总，并提出意见，向领导反馈。

五、对群众和职工提出的意见和建议，具备整改条件的，立即进行整改；不具备整改条件的，要向意见建议人作出解释，待条件成熟时再行整改。

#### 价格公示制度

1、根据《中华人民共和国消费者权益保护法》的规定精神，向患者提供医疗服务项目内容及医疗服务价格公示并告知患者费用查询方式。

2、在门诊、住院部等显著位置设置电子屏、电子触摸屏，以供患者查询医疗服务价格和药品价格。

3、临床兼职物价员负责病房接待患者的住院费用查询和相关物价咨询。

4、物价部门专职物价员负责（信息科、药剂科配合）对公示内容进行维护、检查，并做好价格咨询和解释工作。

5、公示内容实行动态管理，对变更的价格及收费项目和标准，应根据上级文件精神及时变更，不能随意删减。

6、对所有患者提供医疗服务收费明细清单。

7、公布物价部门咨询电话和价格举报电话（0436-3570037）， 方便群众和社会进行监督。

8、定期听取社会监督员和患者的意见，不断改进工作。