



承德市中心医院
承德医学院第二临床学院

承德市中心医院制度汇编

【第一卷 总四卷】

2021年12月

目 录

一、医院章程

承德市中心医院章程.....	1
----------------	---

二、党务工作

党委会议事规则.....	15
党委书记和院长定期沟通制度.....	20
民主集中制制度.....	22
“三重一大”集体决策制度.....	24
党风廉政建设制度.....	28
党务公开制度.....	29
保密工作制度.....	31
党委理论学习中心组学习制度.....	35
领导干部深入基层调研制度.....	37
党员领导干部联系党支部工作制度.....	39
党委办公室工作制度.....	42
党支部工作制度.....	43
“三会一课”制度.....	48
组织生活会制度.....	51
民主评议党员制度.....	53
党费收缴、使用和管理工作制度.....	55
党员管理工作制度.....	57
党员教育培训制度.....	61
发展党员制度.....	64
预备党员管理教育制度.....	67

党员联系群众制度.....	68
党内关怀帮扶制度.....	69
党内谈心谈话制度.....	70
主题党日活动制度.....	75
党员“政治生日”制度.....	77
中层领导干部选拔任用管理办法.....	79
医德医风管理制度.....	84
医德医风考评制度.....	86
医德医风监管制度.....	88
医德医风奖惩制度.....	89
志愿服务工作管理制度.....	91
标识系统管理规定.....	93
组织宣传处工作制度.....	94
新闻发言人制度.....	95
医疗信息、广告发布审核制度.....	98
宣传稿件审核校验制度.....	99
媒体接待制度.....	100
新媒体管理制度.....	101
摄像器材管理制度.....	102

三、群团工作

职工代表大会制度.....	103
职工代表大会提案工作办法.....	105
工会经费审查委员会工作制度.....	109
群众工作室工作制度.....	110
工会工作制度.....	111
团委工作制度.....	112

妇委会工作制度.....	113
老干部处工作制度.....	114

四、纪检监察

党风廉政建设责任制度.....	115
领导干部廉洁勤政规定.....	116
加强领导班子廉洁自律措施.....	117
党风廉政建设责任制追责问责制度.....	118
党风廉政建设谈话制度.....	120
纪检监察工作制度.....	122
廉洁行医管理制度.....	123
廉洁行医教育制度.....	124
廉洁行医“两承诺”工作制度.....	125
退还患者馈赠钱物管理规定.....	126
杜绝违规统方制度.....	128
院领导安全生产和医疗服务夜间巡查制度.....	129
重点岗位和重点人员轮岗制度.....	130
供应商诚信管理制度.....	131
社会监督制度.....	132
意见箱管理办法.....	133
院务公开监督考核制度.....	135
纪检监察信访举报处理及案件查办工作制度.....	137

五、院务管理

院长办公会议议事规则.....	139
院长行政查房制度.....	143
总值班制度.....	144

例会制度.....	145
医院办公室工作制度.....	146
督查督办工作制度.....	147
请示报告制度.....	150
来电来信来访接待制度.....	152
应急管理制度.....	153
应急信息报告和信息发布制度.....	158
公务用车管理制度.....	163
档案室工作制度.....	166
院务公开管理制度.....	167
院务公开实施细则（2021 版）.....	168
大事记记载规定.....	178
医院值班工作的管理规定.....	179
公章使用管理规定.....	181
会议室使用管理规定.....	182
公务接待管理办法.....	183
公文处理办法.....	187

六、质量控制管理

医院质量与安全委员会工作制度.....	195
医疗安全（不良）事件报告管理制度.....	197
质量控制办公室工作制度.....	203
科室质量与安全管理工作制度.....	204
医院多部门联席会议制度.....	205
绩效工资管理制度.....	206
医院服务外包业务遴选管理制度.....	208
服务外包业务项目评估和审核制度.....	211

外包服务业务考核管理制度.....	212
培训管理制度.....	213
目标管理责任制实施方案.....	216

七、人力资源管理

人事处工作制度.....	219
工作人员管理办法（试行）.....	220
全员岗位聘用制度.....	225
新职工岗前教育制度.....	226
职工考勤制度.....	227
职工休假管理制度.....	228
人事档案管理制度.....	232
卫生技术人员轮岗、转岗前培训制度.....	234
卫生专业技术人员执业资格准入管理制度.....	235
退休人员返聘工作管理办法（试行）.....	236
职工申报工伤管理制度.....	242

八、财务管理

医院财务管理制度.....	245
财务会计内部控制制度.....	256
预算管理制度.....	268
总会计师制度.....	272
成本核算制度.....	274
成本定额管理、费用审核审批制度.....	279
收入、支出、盈余管理制度.....	281
差旅费管理办法（试行）.....	284
货币资金管理制度.....	290

禁止设立“小金库”管理制度.....	292
往来账款管理制度.....	293
专项经费（重点学科、科研费）管理、监督、审计制度.....	295
财务处工作制度.....	298
财务稽核监督制度.....	299
原始凭证管理制度.....	301
会计轮岗制度.....	303
会计人员工作交接制度.....	304
会计人员继续教育制度.....	306
票据（就诊卡）、印章管理制度.....	307
财务会计档案管理办法.....	309
固定资产管理制度.....	312
无形资产管理制度.....	315
债权、债务管理制度.....	317
重大经济事项集体决策与责任追究制度.....	320
重大经济事项决策权限管理、分级负责制度.....	322
对外投资管理制度.....	323
接受社会捐赠资助管理制度.....	325

九、医保收费管理

医疗保险工作制度.....	329
门诊收费室工作制度.....	330
住院结算室工作制度.....	331
价格投诉反馈管理制度.....	332
医药服务价格公示制度.....	334
医药价格管理制度.....	335
医药收费复核制度.....	336

为患者提供 24 小时服务制度.....	337
收费员考核及备案制度.....	338
医保患者身份识别制度.....	339
医保患者使用自费药品、医用耗材、诊疗项目知情告知制度.....	340
为住院患者发放“日清明细单”制度.....	341
职工基本医疗保险管理制度.....	342
城乡居民基本医疗保险管理制度.....	351

十、科研教学管理

科教处工作制度.....	361
科研工作制度（修改）.....	362
院级科研课题管理办法（试行）.....	365
科研经费管理办法（试行）.....	369
医院科研档案管理制度.....	373
科研诚信管理办法.....	375
重点学科建设管理办法.....	379
科技奖励办法.....	384
科研成果转化实践应用规定.....	387
教学工作制度.....	390
临床教学资金投入和保障制度.....	391
教研室工作制度.....	393
见习管理制度.....	395
学生见习制度.....	397
教师调课制度.....	398
教研室主任、副主任听课制度.....	399
理论课考试考查制度.....	400
考试命题、阅卷、评分制度.....	402

实习医师岗前教育制度.....	405
教学查房制度与要求.....	406
临床教学病例讨论制度.....	408
修改实习医师医疗文书制度.....	410
指导实习医师操作制度.....	411
教学讲座制度.....	412
实习医师出科考核制度.....	413
评教评学制度.....	414
教学检查制度.....	415
备课制度.....	416
教师试讲制度.....	418
教学突发事件应急预案.....	419
硕士研究生管理细则.....	421
研究生指导教师管理细则.....	424
临床医学硕士研究生培养经费使用管理制度.....	426
继续医学教育管理制度.....	428
继续医学教育学分授予实施细则.....	429
住院医师规范化培训管理制度.....	432
住院医师规范化培训专业基地管理制度.....	436
住院医师规范化培训带教医师管理制度.....	438
住院医师规范化培训考核管理规定.....	444
住院医师规范化培训学员考勤管理规定.....	452
全科医生转岗培训学员管理制度.....	454
全科医生培养基地学生公寓制度.....	455
基层医疗卫生机构人才培养制度.....	458
外出进修人员管理制度.....	459
接受来院进修人员管理制度.....	460

一、医院章程

承德市中心医院章程

序 言

承德市中心医院历经半个多世纪的沧桑巨变和几代人的不懈努力，已发展成为集医疗、教学、科研、预防、保健为一体的综合性三级甲等医院，是承德医学院第二临床学院，中国医师人文医学执业技能培训基地，全国脑卒中筛查与防治基地医院，国家级高级卒中中心，国家级胸痛中心，河北省住院医师规范化培训基地，承德市全科医生临床培养基地，红十字承德市急救中心，承德市放化疗中心，承德市临床检验中心，承德市第一司法医学鉴定中心。

为建立现代医院管理制度，根据《关于加强公立医院党的建设工作的意见》、《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》、《医疗机构管理条例》和《关于开展制定医院章程试点工作的指导意见》等国家有关法律法规、规章和规范性文件，结合医院实际，制定本章程。

第一章 总 则

第一条 举办主体：承德市人民政府。

第二条 医院名称：承德市中心医院；英文名称：CHENGDE CENTRAL HOSPITAL；英文缩写：CDCH。

第三条 医院地址：承德市双桥区广仁大街 11 号、66 号，067000；医院网址：<http://www.cdszyy.com>。

第四条 医院性质：非营利性医疗机构，具有独立法人资格。

第五条 领导体制：实行党委领导下的院长负责制，院长是医院的法定代表人。

第六条 功能定位：依照相关政府部门规定和要求，医院承担临床医疗、医学教育、医学科研、预防保健等任务，是区域医疗中心，是承德医学院第二临床学院，河北省住院医师规范化培训基地。

第七条 医院宗旨：贯彻落实新时期我国卫生与健康工作方针，坚持以人民健康为中心，以救死扶伤、防病治病、提高人民健康水平和促进医学事业发展为宗旨。



第八条 发展目标：建设“学习型、学院型、人文型、精益型”医院。

第二章 医院外部治理体系

第一节 政府的权利与义务

第九条 履行对医院的领导责任、保障责任、管理责任、监督责任，维护医院的公益性。

第十条 行使医院的举办权、发展权、重大事项决策权、资产收益权等。

第十一条 审定医院章程、发展规划、重大项目、收支预算等。

第十二条 对医院实行行业监管和业务指导，对医院的运营管理情况实施监测和考核，考核结果与医院财政补助挂钩，促进医院履行运营管理目标。

第十三条 任免、聘用和管理医院党政领导班子，对其开展年度考核和任期目标考核，考核结果与其薪酬、聘任和奖惩挂钩。

第十四条 对医院财务收支和国有资产运营情况进行监管，监督医院保障国有资产安全和完整。

第十五条 建立健全医院补偿机制、运营管理和监督评价制度，落实投入保障政策，保障医院可持续发展。

第二节 医院的权利与义务

第十六条 医院在市委、市政府的领导下，履行相关职责，承担相关义务：

（一）贯彻落实新时期我国卫生与健康工作方针，坚持公益性，保障人民群众健康，推动医院各方面事业健康发展。

（二）为人民群众提供医疗保健、疾病预防、健康教育等医疗和一定的公共卫生服务。

（三）承担临床教学、基层医务人员培养、住院医师规范化培训、继续医学教育等，促进医学人才能力和水平的提升。

（四）开展医学科学研究，推动医学科技成果转化。

（五）开展对外技术交流合作。

（六）承担上级部门指令性医疗服务、突发公共事件的医疗卫生救助、公共卫生以及重大活动医疗保障等任务。

(七) 按照上级党委和政府有关部门要求支援边远、贫困地区和基层医疗卫生机构。

(八) 承担市委、市政府及主管部门交办的其他事项。

第十七条 医院的业务范围以机构登记管理部门登记的业务范围和卫生行政部门核发的执业许可证登记内容为准。医院在登记的经营范围内从事活动，一切活动遵守国家有关法律、法规和部门规章，不受任何机关、团体、个人侵犯或非法干涉。

第十八条 医院依法依规行使内部人事管理、机构设置、资源配置、中层干部聘任、人员招聘和人才引进、内部绩效考核与薪酬分配、年度预算执行等经营管理自主权。

第十九条 医院接受政府及主管部门的业务指导和监督管理，接受审计、财政、价格、医保等政府部门的监督，保证医院日常执业行为及财务收支状况的健康运行。

第二十条 医院主动接受社会监督和舆论监督。建立健全第三方满意度评价机制，建立完善的监督评价体系；依法实行院务公开，真实、完整、及时地公布服务信息，主动接受社会评价和监督。

第三章 医院内部治理体系

第一节 党委、纪委

第二十一条 医院设立中国共产党承德市中心医院委员会。医院党委发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。主要职责如下：

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

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

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

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

(五) 做好思想政治、意识形态和宣传工作，开展社会主义核心价值观教育，弘扬崇高



精神，加强医德医风、精神文明和医院文化建设。

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

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

（八）全面落实党的统一战线方针政策，做好统战工作。

（九）领导和支持工会、共青团等群团组织和职工代表大会开展工作。

第二十二条 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，是医院党建的第一责任人。党委委员负责协助党委书记分管组织、干部和人才队伍建设、宣传、统战等工作。医院党政领导班子其他党员成员严格落实“一岗双责”。医院设党委书记1名，医院党委委员数量按照上级党委批复的数量以及编制部门核定的领导职数设置。党委书记、党委委员按照干部管理权限和基层党组织选举有关规定产生。每届任期5年。

第二十三条 医院设立纪律检查委员会（以下简称医院纪委）。医院纪委在医院党委和上级纪委的领导下，全面落实监督执纪问责职责。主要职责如下：

- （一）检查医院贯彻落实党的路线方针政策和医院重大决策部署的情况。
- （二）监督党员干部特别是关键岗位、重要人员履职和用权情况。
- （三）开展党纪教育，推进廉政文化，筑牢党员干部拒腐防变的思想道德和法纪防线。
- （四）开展作风督查，促进医院严格落实中央八项规定。
- （五）完善反腐倡廉制度规范，构建系统化防治腐败工作制度体系。
- （六）依纪依法查办案件，坚决惩治腐败行为。

第二十四条 医院纪委书记是履行医院党风廉政建设监督责任的第一责任人。医院设纪委书记1名，医院纪委书记由市委任免。医院纪委会任与医院党委任期相同。

第二十五条 医院为党组织活动提供必要条件，保障组织机构、活动场所和活动经费，党建工作经费列入医院年度经费预算。

第二节 医院领导班子

第二十六条 医院设院长1名。院长是医院运营管理的第一责任人，在医院党委领导下，

全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作，为医院的法定代表人。副院长职数按相关规定配置。副院长负责协助院长分管相关工作。医院设置总会计师1人，作为医院领导班子成员协助院长管理医院经济和运营工作。行政领导人员每届任期一般为五年，同一职务连续任职一般不超过十年，工作特殊需要的，按照干部管理权限经批准后可以延长任职期限。

第二十七条 医院领导班子成员由市委和市政府按照干部管理权限，根据工作需要和领导班子建设实际，依照相关程序选拔任用。院长和分管医疗、科研、教学等相关业务的副院长，一般应当从医疗卫生领域选拔。院领导班子成员定期述职，接受市委、市政府的考核和医院职工的评议。

第二十八条 院长的主要职责：

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

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

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

（四）根据医院党委的意见，任免内设行政机构、业务部门和专业委员会负责人。

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

（六）法律、法规、规章规定的其他职责。

第二十九条 医院领导班子实行任期目标责任制。任期目标按照上级对公立医院改革发展的要求，依照相关规定和医院实际确定。

第三十条 医院领导班子及其成员实行年度考核和任期考核。考核评价以任期目标为依据，以日常管理为基础，以公益性为导向，注重工作实绩和社会效益；坚持党建工作与业务工作同步考核。

因年龄、健康等原因，或被认定为不适宜担任现职的，按照有关规定予以组织调整或者组织处理。

第三十一条 医院贯彻全面从严治党要求，完善院领导班子的监督约束机制，构建严密有效的监督体系，发挥党内监督、民主监督、法律监督、审计监督和舆论监督等作用，督促



领导班子认真履职尽责，依法依规办事，保持清正廉洁。

第三节 医院内部机构

第三十二条 医院依据相关法律法规和国家规定，结合医院宗旨、发展目标、业务范围和实际需要，本着精简、高效、统一的原则，设立职能部门和临床医技科室。

职能部门主要职责：执行医院管理决定；执行、细化医院在医疗、教学、科研、护理、行政、后勤等方面的管理制度；为医院业务发展及学科建设提供决策依据与管理支持。

临床医技科室主要职责：依法组织开展学科范围内的相关医疗执业活动，为患者提供诊疗、护理、康复和健康咨询等服务；负责提高本科室质量管理和患者服务水平；开展学科建设、医学教育、人才培养和科研工作；承担医院交办的其他工作。

第三十三条 医院依法设置工会、共青团、妇委会等群众组织。各群众组织在党委的领导下，履行各自职责。工会依法组织员工参与医院的民主决策、民主管理和民主监督。民主党派基层组织依照法律和各自章程开展活动。

第三十四条 医院职工代表大会（以下简称医院职代会）是医院实行民主管理的基本形式，是职工依法行使民主管理权利的机构。医院职代会每年举行 1-2 次。

第三十五条 医院职代会行使下列职权：

（一）听取并审议医院章程及各项规章制度的制定和修订情况报告，提出意见和建议。

（二）听取并审议院长工作报告、总体发展规划、年度工作计划、重大改革方案、财务工作及其他专项工作报告等重大问题，提出意见和建议。

（三）审议并监督落实涉及职工切身利益的福利待遇、薪酬分配、聘任考核等有关的重大学事项，维护职工合法权益。

（四）审议上一届（次）医院职代会提案的办理情况报告，检查监督职代会决议、代表提案的落实，听取和反映职工的意见和要求。

（五）按照有关规定对医院领导班子进行民主监督和评议。

（六）讨论其他需要经医院职代会审议、通过或决定的事项。

（七）医院职代会闭会期间，遇重大事项需要征求职代会代表意见时，可临时召集职代会代表对所议事项征求意见并进行符合职代会规定的有效表决。

第四章 医院员工

第三十六条 医院员工系指医院依法聘用的全体工作人员。

第三十七条 医院坚持德才兼备、以德为先的用人标准，贯彻民主、公开、竞争、择优的原则，实行公开招聘制度，推行岗位管理制度，按需设岗、按岗聘用、合同管理。

第三十八条 医院员工在享有法律、法规、规章规定的权利的同时，还享有下列权利：

- (一) 按工作职责和有关规定申请及合理使用公共资源。
- (二) 在思想政治表现、职业道德、业务水平和工作实绩等方面获得公正评价。
- (三) 公平获得职业发展所需要的机会和条件。
- (四) 公平获得各种奖励和荣誉称号。
- (五) 知悉医院改革、建设和发展及关涉切身利益的重大事项，参与民主管理和监督，对医院工作提出意见和建议。
- (六) 就职务晋升、岗位聘任、福利待遇、评奖评优、纪律处分等事项表达异议和提出申诉。

(七) 依照法律、法规、规章、医院规定和合同约定，获得薪酬及其他福利待遇。

(八) 法律、法规、规章与合同约定的其他权利。

第三十九条 医院员工除应履行法律、法规、规章规定的义务外，还应履行下列义务：

- (一) 以人为本，践行全心全意为人民健康服务的宗旨和医院文化理念。
- (二) 遵纪守法，自觉遵守国家法律法规、行业规章和医院各项制度规定。
- (三) 尊重患者，优质服务，保护患者的生命健康权、人格权、知情权、隐私权以及民族习惯和宗教信仰。
- (四) 爱岗敬业、精益求精，不断提高业务能力和服务水平。
- (五) 廉洁行医，恪守医德。不得有收受“红包”和“回扣”以及其他有违医德、有损患者权益的言行。
- (六) 法律、法规、规章与合同约定的其他义务。

第四十条 医院按国家有关规定，严格执行员工退休制度，支持具有专业技术特长的员工在退休后续聘留院工作，为医院的建设和发展再做贡献。在医院工作期间，依法、依规、依约享有相应权利，履行相应义务。



第五章 运行管理

第一节 基本原则

第四十一条 医院建立健全科学高效的决策、激励、竞争和监督机制，保持正确办院方向，提高医院运行效率，形成维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行机制，努力实现社会效益与运行效率的有机统一。

第二节 决策机制

第四十二条 党委会议的决策范围：

（一）重大决策事项：医院贯彻执行党和国家的路线方针政策、法律法规和上级决定的重大部署；党的建设、意识形态、思想政治建设、党风廉政建设等重要工作；医院重要改革、发展建设和学科建设等规划以及年度工作计划；医院人才工作规划、人才引进方案与政策措施；医院重要规章制度；内部组织机构、人员岗位的设置和重要调整；评优评先及奖励、职工薪酬分配及福利待遇和关系职工权益的重要事项；医院年度财务预算方案、决算情况的审定和预算执行与决算审计；医院重要资产处置、重要资源配置；以及其他重大决策事项。

（二）重要人事任免事项：医院管理的干部、内部组织机构负责人以及享受相应待遇的非领导职务人员的任免；给予党纪政纪处分；推荐后备干部、党代会代表、人大代表、政协委员等人选；以及其他重要干部人事任免事项。

（三）重大项目安排事项：各级各类重点建设项目；国内国（境）外交流与合作重大项目；大型医疗设备、大宗医院耗材、器械物资采购和购买服务；基本建设和大额度基建修缮项目；以及其他重大项目安排事项。

（四）大额度资金使用事项：指超过 30 万元人民币的大额资金，预算外资金超过预算限额 10% 以上医院领导人员有权调动使用的资金。

第四十三条 院长办公会议的议事决策范围：

（一）讨论研究贯彻落实党委会决议的有关措施。

（二）讨论通过拟由党委会研究决定的重大决策、重大项目安排和大额度资金使用事项的方案。

（三）讨论研究重要人事管理事项：如职称评聘、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；人员培训、一线岗位人才引进等事项。

（四）讨论研究医院医疗、教学、科研和行政管理中其他需要集体决策的事项。

第四十四条 会议集体决策程序：

（一）党委会议由党委书记召集并主持，不是党委委员的院长、副院长可列席会议。党委会议决定重要事项，应当逐项进行讨论和表决，以赞成人数超过应参会人数半数为通过。

（二）院长办公会议由院长召集并主持，院行政班子领导人员和纪委书记参加会议，党委其他班子成员可视议题情况列席。院长办公会议讨论研究事项，与会人员应当明确表示同意、不同意或缓议的意见，院长应当在广泛听取与会人员意见基础上，对讨论研究的事项作出决定。

（三）重要行政、业务工作应当先由院长办公会议讨论通过，再由党委会议研究决定。院长办公会议的重要议题，应在会前听取书记意见。重大事项提交集体决策前，书记、院长和有关领导班子成员应个别酝酿、充分沟通，书记、院长意见不一致的议题应暂缓上会。

党委会、院长办公会实行主要领导末位发言制，遵循保密要求和近亲属及利益关联回避原则。

第四十五条 根据医院工作需要，设立医疗、教学、科研、药事、伦理等专业委员会，对专业性、技术性强的决策事项提供技术咨询和可行性论证。重大事项须经相关委员会论证后方可提交院长办公会或党委会议决策。与职工利益密切相关的事项，决策前应当通过职工代表大会等形式听取意见和建议。

第四十六条 坚持以会议形式集体决策重要事项。党委会、院长办公会须有半数以上成员到会方能召开，讨论决策重要事项时须有三分之二以上成员到会方能召开，会议记录完整存档。

第三节 激励机制

第四十七条 医院实行目标责任制，各层级、各部门管理人员结合实际工作制定统一协调、切实可行、有据可考的发展目标和工作规划。

医院发展规划由院领导班子会议集体讨论、医院党委会议研究并交职工代表大会讨论审议后执行；科（处）室工作计划由本科（处）室民主管理小组讨论制定，经主管院领导审核，报医院批准通过并备案。发展规划和工作计划要有落实保障机制，坚持责任到人、任务到岗，



明确时间和质量要求。

第四十八条 医院坚持精神奖励与物质奖励相结合，奖励与惩罚相结合，建立激励约束机制。对有突出成绩与贡献的集体和个人予以表彰奖励，对违法违纪、失职渎职的人员予以相应处分。

第四十九条 聘用晋升：医院实行岗位管理制度，评聘分开，签订聘用合同，定期考核，能上能下；基于人员结构比例和学科发展，公平、公正、公开考评，专家评审委员会严格把关，纪检监察部门全程监督，并经全院公示通过后晋升。

第五十条 绩效考核：医院建立院科两级考核制度，考核结果作为岗位聘用、选拔晋升、评先奖优、薪酬分配、问责追责的重要依据。

对科（处）室考核主要围绕医疗质量、运营效率、持续发展和满意度评价等方面建立科学合理、有针对性、可操作的考核方案并定期修订，不设定创收等经济指标。

对个人考核建立以聘用合同和岗位职责为依据、以工作绩效为重点、以服务对象满意度为基础的考核办法。

第五十一条 薪酬分配：落实“两个允许”的要求，合理确定医院薪酬水平；建立与岗位职责、工作业绩、实际贡献紧密联系的分配机制，向关键和紧缺岗位、高风险和高强度岗位、高层次人才、业务骨干和做出突出成绩的医务人员倾斜。医务人员个人薪酬不与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。统筹考虑编制内外人员薪酬待遇，坚持同岗同酬同待遇。

第五十二条 职业发展：医院建立健全以岗位职责任务为基础的培训制度，为员工成长成才提供良好的条件。落实住院医师规范化培训、专科医师规范化培训和继续医学教育等制度，提高各类人员履行岗位职责的能力水平

第四节 医疗管理

第五十三条 医疗质量与患者安全是医院管理的核心。医院坚持“以患者为中心”，建立全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度，促进医疗质量的持续改进。实施改善医疗服务行动计划，提升患者满意度。

第五十四条 医疗质量管理实行院、科两级责任制。院长是医院医疗质量管理的第一责任人；各科室主任是本科室医疗质量管理的第一责任人。

第五十五条 各科室及医务人员严格遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准

等有关要求开展诊疗工作，严格遵守医疗质量安全核心制度，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

第五十六条 各科室定期对医务人员进行“基础理论、基本知识、基本技能”的训练与考核，把“严格要求、严密组织、严谨态度”落实到各项工作中。

第五十七条 医院建立不良事件上报系统，强化重点部门、重点人员、重点环节的安全管理，完善工作流程和应急预案，建立健全医疗安全风险防范体系。

第五十八条 医院定期开展患者和员工满意度调查，努力改善患者就医体验和员工执业感受。

第五节 财务资产管理

第五十九条 医院经费来源主要包括政府财政补助收入、上级补助收入、事业收入、经营收入、基本建设拨款收入及其他收入。医院资产为国家所有，医院对占有、使用的国有资产依法依规实施管理。任何个人不得侵占、挪用医院资产。

第六十条 医院实行“统一领导、集中管理”的财务管理体制。财务收支、预算决算、会计核算、成本管理、价格管理、资产管理等工作必须纳入医院财务部门统一管理。

第六十一条 医院实施全面预算管理，建立健全预算管理制度；强化成本核算与控制，逐步实行医院全成本核算。

第六十二条 医院依照相关财经法律法规和制度，结合医院宗旨，制定本院财务会计管理制度、财务会计内部控制制度、国有资产管理制度和对外投资合作制度等；依法进行会计核算，实行财务监督，加强经济管理，提高经济效益，实现国有资产保值增值。

第六十三条 医院接受捐赠须严格遵守国家法律法规，坚持自愿无偿、公益性和公开性原则。捐赠的使用须按照医院宗旨、捐赠协议约定和相关规定开展。

第六十四条 医院按规定执行统一的价格收费付费标准和管理规则。医院加强内部控制，完善内部控制制度。

第六节 后勤、设备、物资管理

第六十五条 医院后勤管理秉承“安全第一、服务患者、服务一线”的原则，按照规范化、标准化、专业化、信息化、智能化的要求，建立健全“后勤一站式”服务模式，推进医院后



勤服务社会化。

第六十六条 医院强化发展建设规划编制和项目前期论证，落实基本建设项目法人责任制、招标投标制、合同管理制、工程监理制、质量责任终身制等。


第六十七条 医院合理配置适宜医学装备，建立采购、使用、维护、保养、处置全生命周期管理制度。药品、耗材等采购依据国家规范实行制度化管理。

第六十八条 医院大力推进信息化建设，建立实用共享的医疗信息系统，提高医院管理效率。积极应用互联网等信息技术，不断拓展医疗服务空间和内容，优化医疗服务模式。加强医院网络和信息安全管理，完善信息安全等级保护制度，保护患者隐私。强化医院信息系统标准化、规范化建设，推进医院内部、外部信息系统互联互通。

第七节 文化建设

第六十九条 文化建设是医院发展战略的重要内容。医院弘扬和践行“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的医疗卫生职业精神，塑造医德高尚、医术精湛、医风严谨的行业风范。

第七十条 传承“学习、创新、仁爱、和谐”的医院精神，通过常态化思想教育、文化载体建设、文化理念与管理制度的深度融合，引导员工树立共同的使命追求、价值观念和行为习惯，激发员工爱院、敬业、奉献的热情，增强医院凝聚力，不断提高医院文化软实力。

第七十一条 医院院徽：

标志由“承”的首字母“C”结合组成代表生命结构的动脉和静脉，相互交叉构成爱心造型，寓意尊重和敬畏生命，奉献爱心给社会；从深远含义上又似远山，衬托着热烈的红日，象征医院的美好未来。两者相结合正是汉字“中”，传达“中心医院”名称。同时也构成了“红十字”状，直接表现行业社会价值属性。

标志构图优美，线条流畅，运用医学上动脉与静脉的色彩，体现医院的行业特性。红色象征爱心与服务，蓝色象征科学与技术，表达了医院以人为本的核心价值理念，以科技进步为载体的质量理念、以充满爱心的服务为重点的管理理念，也传达了严谨而又热情的医院作风和品牌形象。

外围橄榄枝构图演化成飞翔的和平鸽，演绎成两只手。双手托起爱心和希望的太阳，象征医院对人们健康追求的良好祝愿，也象征医院腾飞发展的璀璨未来。

第七十二条 医院愿景：打造公众信任、同行尊重、社会满意、员工幸福的品牌医院。

第七十三条 医院院训：尊重规则、追求完美。

第七十四条 核心价值观：以人为本、全人医疗、人文关怀。

第七十五条 医学人文准则：有时去治愈、常常去帮助、总是去安慰。

第八节 监督机制

第七十六条 党纪监督：充分发挥党委的领导作用，保障党的政策方针在医院实行；全面从严治党，加强医院党风、廉政建设和反腐败工作。

医院纪委是医院的党内监督机构，在医院党委和上级纪委会的领导下，依据党章和党内法规履行监督责任。

医院设立党风监督员、特邀监察员和社会监督员，建立健全党风行风监督体系。

第七十七条 内部监督：医院职工代表大会是医院依法保障职工参与民主管理和监督、维护职工合法权益的基本组织形式，医院鼓励和支持职工通过职代会和其他正常途径对医院的工作提出意见和建议。医院实行院务公开制度，对“三重一大”事项以多种形式向全院通报，接受全院职工监督。

第七十八条 医院建立内部审计制度，设立审计机构，依法独立行使审计职权，对医院业务活动、内部控制进行审计，对内部机构负责人经济责任进行审计。

第六章 附 则

第七十九条 医院有下列情形之一的，应当修改章程：

- （一）章程规定事项与法律、法规、规章和国家有关政策相冲突的。
- （二）法律、法规、规章和国家有关政策发生变化，需要对章程进行相应调整的。
- （三）医院名称、类别等级、办医宗旨、发展目标等实际情况发生变化的。
- （四）章程内容与患者利益或员工整体利益不符或有明显冲突的。
- （五）有权提议修改章程的机构认为应当修改章程的其他情形。

第八十条 医院按照如下程序修订章程：

- （一）成立章程修订工作小组，形成章程的修订意见。



(二) 将章程修改意见提交院长办公会、党委会审议形成章程修订草案。

(三) 将章程修订草案提交医院职工代表大会，听取职代会意见。

(四) 报请行政主管部门审查批准。

(五) 以医院名义发布，并报送登记管理机关备案。

第八十一条 医院依据本章程制订完善相关规章制度，按照本章程实施管理。凡与本章程不一致的，以本章程为准。

本章程未尽事宜，依照国家法律、行政法规及国家政策办理。

第八十二条 本章程经上级主管部门审查批准，自批准之日起生效。

第八十三条 本章程解释权属于承德市中心医院。

二、党务工作

文件名称	党委会议事规则				
文件编号	A02-ZD-001-02		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

党委会议事规则

第一章 总则

第一条 为加强和改进我院党建工作，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》《河北省加强公立医院党的建设工作的实施办法》《承德市加强公立医院党的建设工作的实施意见》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 我院全面落实党委领导下的院长负责制，医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。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。

第三条 凡属“三重一大”事项，必须召开医院党委委员会会议（以下简称“党委会”）集体研究决定，除遇重大突发事件或紧急情况难以召开会议外，不得以传阅、会签或个别征求意见等形式代替集体决策，不允许用其他形式取代医院党委会讨论决定医院改革发展重大事项。不得以党政联席会议、理事会议代替党委会议。

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，党的卫生与健康工作方针，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) 讨论决定医院党的建设、意识形态、思想政治建设、精神文明建设、医院文化建设等重要事项。

(三) 讨论决定医院党政班子成员工作分工、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（含院级）以上的各类评优评先和重要表彰奖励，其他涉及职工权益保障等重要问题。

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

(六) 讨论决定医院党风廉政建设、医德医风建设和审计、巡视巡察、督查检查以及纪检监察工作中的重大问题、重大违纪事项的处理。

(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

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

(二) 讨论决定推荐年轻干部、外派挂职干部，以及其他需要上报市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) 讨论决定重要人员（博士、副高以上职称，副科及以上干部，护士长）的招用、解聘、调动等医院人事工作事项。

(六) 讨论决定其他重要干部人事任免事项。

第七条 重要项目安排

- (一) 讨论决定各级各类重点建设项目安排。
- (二) 讨论决定国内国（境）外交流与合作重要项目。
- (三) 讨论决定医院基本建设和大额度基建修缮项目。
- (四) 讨论决定大型医疗设备、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

- (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) 讨论决定我院涉及金额在 30 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）。
- (三) 需要党委会议讨论决定的其他重大问题或重要事项。

第三章 会议组织

第九条 党委会须定期召开，原则上每月召开 1—2 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，应有三分之二以上的委员到会方可召开。委员因故不能参加会议的，应当在会前向党委书记请假。

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，总会计师根据职责范围可列席会议。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，一般应由党委办公室提前送达与会人员，做好议事准备。

(二) 党委会召开的时间、议题，应提前通知。

(三) 党委会议研究涉及医疗、教学、科研、行政管理等工作等重要事项的议题，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。

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

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

第十七条 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，由党委办公室负责进行任务分解，并以书面形式通知相关部门。由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。领导班子主要负责人对组织实施工作负总责，分管领导负直接领导责任，相关科室主要负责人负具体责任。

第二十一条 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 分管领导、责任科室应及时向党委报告决定事项的执行完成情况。在执行过程中，遇到新情况新问题以致决定事项需要调整或者变更的，应及时由分管领导向党委书记提出工作意见和建议，并再次召开党委会研究决定。

第二十三条 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，通过医院内网、院务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 本议事规则基本要求由医院党委办公室负责解释。

文件名称	党委书记和院长定期沟通制度				
文件编号	A02-ZD-002-02		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

党委书记和院长定期沟通制度

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

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

二、党委书记和院长在党委会议和院长办公会议研究、制定、部署和落实重大措施、重要决定、重要政策和制度、重要工作前必须及时进行沟通，统一思想，达成共识。

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

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

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

三、党委书记和院长需及时沟通事项：

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

2. 讨论医院重点工作任务的贯彻落实情况，指导检查督促重点工作任务；

3. 制定和完善医院重大管理制度；

4. 医院办院思路、事业发展规划、年度工作计划；

5. 涉及医院“三重一大”事项的研究部署和督促检查；

6. 职工考核评优、职称晋升、工资晋级、目标绩效考核等；

7. 重大敏感事件以及涉及医院安全稳定重要事项等；

8. 党委书记和院长认为需要加强沟通的其他事项。

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

文件名称	民主集中制制度				
文件编号	A02-ZD-003-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

民主集中制制度

为加强领导班子建设，提高科学决策的能力和水平，根据《中国共产党章程》和中共中央《关于党内政治生活的若干准则》的有关要求，结合医院工作实际，制定本制度。

一、民主集中制是我们党的基本制度和领导制度，认真贯彻民主集中制对维护党的团结统一、增强战斗力、充分发挥党组织的领导作用有着极其重要的意义。党员领导干部要认真学习，贯彻和执行民主集中制的各项原则，加强领导班子团结，加强决策的科学性和民主性。

二、民主集中制是民主基础上的集中和集中指导下的民主相结合的制度。必须严格遵循集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，做到“四个服从”，即：个人服从组织，少数服从多数，下级服从上级，全党服从中央。自觉在思想上、政治上、行动上与党中央保持高度一致，坚决维护中央权威，确保政令畅通。

三、严格执行集体领导和个人分工负责相结合的原则，每位领导班子成员要对分工范围内的工作敢于负责，切实履行职责，积极参与集体领导，自觉服从集体决定。

四、凡属重大问题的决定，必须召开党委会由集体研究决定。要在调查研究、广泛听取党内外意见的基础上，实施正确的集中。按照少数服从多数的原则有效表决，不得以文件圈阅、个别征求意见、现场办公会等形式来代替，不能随意简化或者变通决策程序。

五、领导班子在集体讨论时，应畅所欲言，充分发表个人意见，任何个人无权改变集体决议，个人有不同意见的可以保留，可以向上级部门反映，但在行动上不得违背集体决议，也不允许在群众中公开个人意见，更不允许自行其是，另搞一套。

六、集体讨论决定事项，院党委要组织分工实施，并及时了解掌握实施过程中的新情况、新问题，确保各项决策落实到位。

七、充分发挥医院职代会民主管理、监督的职能，对于医院总体发展规划、年度工作计划、重大改革方案、财务预决算及涉及职工切身利益的福利待遇、薪酬分配、聘任考核等有

关重大问题和重大事项，应通过医院职代会审议，听取职工代表的意见和建议并监督落实情况，维护职工合法权益。

八、党委书记要带头执行民主集中制，充分发扬党内民主，善于集中正确意见，自觉接受委员监督，促进领导班子健康有序运转。纪委书记要协助党委书记对领导班子贯彻执行民主集中制情况进行监督和把关。领导班子成员应当认真履职尽责，在贯彻执行民主集中制中发挥积极作用。领导班子成员之间应当密切配合，相互支持，形成工作合力。

文件名称	“三重一大”集体决策制度				
文件编号	A02-ZD-004-02		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

“三重一大”集体决策制度

依据《中国共产党章程》《中国共产党党内监督条例（试行）》的有关规定，为进一步提高领导班子民主、规范和科学决策水平，结合医院工作实际，特制定本制度。

一、医院“三重一大”事项议事原则

（一）实行党委领导下的院长负责制，发挥党委领导核心作用。

（二）凡“三重一大”事项均要经领导班子集体研究决定，必要时提交职工代表大会审议或通过，在一定范围内公示。

二、“三重一大”事项的主要内容

（一）重大决策事项

凡涉及医院改革、发展和稳定的决定、决议，关系到广大职工切身利益的重大问题，均属于重大决策的范围。主要内容：

1. 医院贯彻执行党和国家的路线方针政策、法律法规和上级决定的重大部署；
2. 党的建设、意识形态、思想政治建设、党风廉政建设等重要工作；
3. 医院重要改革举措、发展建设和学科建设等规划以及年度工作计划；
4. 医院人才工作规划、人才引进方案与政策措施；
5. 医院重要规章制度和工作流程的制定、修改和废止；
6. 内部组织机构、人员岗位的设置和重要调整；
7. 评优评先及奖励、职工薪酬分配及福利待遇和关系职工权益的重要事项；
8. 医院年度财务预算方案、决算情况的审定和预算执行与决算审计；
9. 医院重要资产处置、重要资源配置；
10. 其他重大决策事项。

（二）重要人事任免事项

1. 医院管理的干部、内部组织机构负责人以及享受相应待遇的非领导职务人员的任免；
2. 给予党纪政纪处分；
3. 推荐后备干部、各级党代会代表、人大代表、政协委员等人选；
4. 医院各委员会及委员的审批、调整；
5. 中级以上专业技术人员的聘用；
6. 其他有关干部人事任免、调整等事项。

（三）重大项目安排事项

1. 各级各类重点建设项目；
2. 国内国（境）外交流与合作重要项目；
3. 大型医疗设备、大宗医院耗材、器械物资采购和购买服务；
4. 基本建设和大额度基建修缮项目；
5. 其他重大项目安排事项。

（四）大额度资金使用事项

1. 重大项目的大额贷款、融资项目、融资规模、偿还计划；
2. 未列入预算、支出在 10 万元以上（含 10 万元）的资金款项的支出；
3. 医院重要活动大额资金的使用。

三、集体决策的机制和程序

（一）“三重一大”事项采取会议形式决策，会议形式主要指医院党委会、院长办公会。

（二）根据工作需要，在召开党委会或院长办公会时，可以邀请有关科（处）室负责同志参加。

（三）副科级以上中层领导干部任（聘）免，要严格执行《党政领导干部选拔任用工作条例》及院党委的相关制度与规定。

（四）其他“三重一大”事项，在会议决策之前，相关部门要依照法律、法规和医院规定的程序，进行广泛的调查研究，充分听取群众和专家意见，进行深入论证和充分沟通后，向有关会议提交。

四、集体决策机构议事规则

严格按照《承德市中心医院党委会议事规则》《承德市中心医院院长办公会议事规则》及相关规定的程序执行。



(一) 要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。

(二) 凡需党委会、院长办公会决定的事项，任何个人不得以任何其他形式代替会议作出决定。

(三) 党委会或院长办公会研究“三重一大”事项，出席人数需达到或超过应出席人数的 2/3，会议方可举行，会议召集、主持人按照职责分工为党委书记或院长。

(四) 会议要严格按照预定议题进行，一般不能临时动议或表决事项。

(五) 会议表决。“三重一大”事项，按照少数服从多数的原则实行逐项表决。表决一般采用口头、举手、无记名投票或记名投票方式，列席人员一般不参加表决。

(六) 会议决定。根据会议讨论情况或表决结果，由会议主持人对议定事项当场作出决定，并由党办室、院办室按职责分工，及时将会议决定的事项向缺席会议成员传达。当持赞成与反对意见的人数接近或有重大问题不清楚时，会议主持人可暂缓作出决定，留待下次会议再行讨论决定。

(七) 凡会议已作出的决策，如需再次上会复议，必须由 1 名院级领导动议。

(八) 遇有紧急情况来不及召开会议，或到会人数达不到规定要求无法召开会议时，经党政主要负责人同意后，班子成员可做临时处置，但事后应及时向党政主要负责人和领导班子汇报。

(九) 在讨论与本人及家属有关的议题时，本人应主动回避。

(十) 对尚未正式公布的会议决策和需保密的会议内容，与会人员不得外泄。

(十一) “三重一大”事项决策的情况，包括决策参与人、决策事项、决策过程、决策结论等，党办室、院办室编制“会议纪要”，按职责分工由书记或院长签发，存档备查。

五、“三重一大”事项决策的实施

(一) 分工组织实施

会议决策的“三重一大”事项，由领导班子成员按照分工组织实施，任何人不得擅自改变或拒绝执行决定、决议，如遇有确需改变和调整的问题，应按程序提交相关会议复议。

承办科室负责督办会议决定的事项，并将落实情况及时向党委书记或院长报告。

(二) 加强监督检查

纪检监察、审计等部门根据职责权限对决策执行情况进行监督检查，发现问题及时报告，

并提出监察和审计建议。

六、责任追究

凡属下列情况给医院造成严重政治影响和重大经济损失的，要追究相关人员的责任：

- （一）不履行或不正确履行“三重一大”制度决策程序的；
- （二）不执行或擅自改变集体决定的；
- （三）未经集体讨论决定而个人决策，事后又不向会议通报情况的；
- （四）未向领导班子提供真实情况而造成错误决定的；
- （五）执行决策后发现可能造成损失，能够挽回而不采取措施纠正的；
- （六）其他因违反本制度而造成严重政治影响和重大经济损失的。

文件名称	党风廉政建设制度				
文件编号	A02-ZD-005-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

党风廉政建设制度

一、以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实中央、省市委关于党风廉政建设的各项决策部署。院党委履行党风廉政建设主体责任，党委书记履行“第一责任人”责任，其他领导班子成员履行“一岗双责”，对分管科（处）室及所在党支部的党风廉政建设负主要领导责任。纪委书记履行监督责任。

二、领导班子成员每年与院党委签订《落实全面从严治党及党风廉政建设“一岗双责”责任书》及《廉政承诺书》，并与分管科（处）室主要负责人签订《廉政承诺书》，层层传导压力，强化责任落实。

三、贯彻落实党中央、省市委和纪检监察机关关于党风廉政建设的各项要求，定期召开党委会安排部署党风廉政建设相关工作，并组织推动落实。

四、严格执行国家卫健委《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》有关规定，规范医疗行为，营造风清气正的诊疗环境。

五、以正面引导和反面警示教育相结合，开展党性党风党纪和廉政教育，加强廉政文化建设。

六、严格按照规定选拔任用干部，防止和纠正选人用人上的不正之风。

七、加强作风建设，纠正损害群众利益的不正之风，切实解决党风政风方面存在的突出问题。

八、依法监督执纪，运用好监督执纪“四种形态”，增强纪律约束，形成强大震慑，一体推进不敢腐，不能腐，不想腐。

文件名称	党务公开制度				
文件编号	A02-ZD-006-02		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

党务公开制度

为贯彻落实全面从严治党向纵深发展，加强和规范党务公开工作，发扬党内民主，强化党内监督，使广大党员更好地了解和参与党内事务，动员组织人民群众贯彻落实好党的理论和路线方针政策，提高党的执政能力和领导水平，根据《中国共产党章程》《中国共产党党务公开条例（试行）》的有关规定，结合我院工作实际，制定本制度。

一、党务公开应当遵循的原则

（一）坚持正确方向。坚持维护以习近平同志为核心的党中央权威和集中统一领导，认真贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”。科学谋划、扎实推进党务公开工作。

（二）坚持发扬民主。保障党员民主权利，落实党员知情权、参与权、选举权、监督权，更好地调动全党积极性、主动性、创造性，及时回应党员和群众关切，以公开促落实、促监督、促改进。

（三）坚持积极稳妥。注重党务公开与政务公开的衔接联动，一般先党内后党外，统筹管理，分类实施，务求实效。

（四）坚持依规依法。尊崇党章，依规治党，依法办事，科学规范党务公开的内容、范围、程序和方式，增强严肃性、公信度，不断提升党务公开工作制度化、规范化水平。

二、党务公开的内容

党务公开不得危及政治安全特别是政权安全、制度安全以及经济安全、军事安全、文化安全、社会安全、国土安全和国民安全等。

（一）固定公开的内容

1. 组织设置和党员分布情况；
2. 领导班子分工、主要职责；



3. 党建工作年度计划及上一年度目标完成情况。

(二) 定期公开的内容

1. 组织活动检查、考核情况；
2. 党员领导干部廉洁自律情况；
3. 党员发展情况，包括积极分子、发展对象培养情况，接收预备党员和预备党员转正情况；
4. 党费收缴使用情况；
5. 民主评议党员情况。

(三) 随时公开的内容

1. 宣传上级党委近期重大决策或工作任务；
2. 医院党委、党支部换届选举情况；
3. 党内各类先进评比情况；
4. 上级党组织和院党委认为需要公开的其他内容。

三、党务公开的形式

在医院内网或医院公示栏公开，定期更新公开的内容，方便党员和群众查询。

文件名称	保密工作制度				
文件编号	A02-ZD-007-02		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

保密工作制度

为筑牢信息化条件下党和国家秘密安全防线，保守医院秘密，维护医院利益，加强对医院涉密文件与资料的管理，建立健全保密管理程序，根据国家保密相关法律法规，结合医院工作实际，制定本制度。

一、总则

（一）医院秘密是关系医院发展和利益，依照特定程序确定，在一定时间内限定一定范围人员知悉的事项。

（二）医院各科室和全体职工都有保守医院秘密的义务，要严格遵守保密法律、法规及各项规章制度。

（三）医院保密工作，遵循既确保秘密又便利工作的原则。

二、保密范围及级别

（一）医院保密范围：机要文件、会议记录、印鉴、各类档案（含病案）、财务信息、医院运营数据和报表、疫情、科研成果、正在研究的科研项目和新技术、涉及国家安全、利益以及医院权益的录像带、图表等。

（二）密级划分：根据国家和上级主管部门的规定，分为公开、内部、秘密、机密、绝密。

三、保密措施及要求

（一）文件、资料保密

1. 凡中央、省、市、上级主管部门下发和转发的秘密、机密、绝密文件及刊物、信函等，一律由院办公室工作人员负责签收和拆封。

2. 在公文处理过程中，必须严格按照规定的范围传阅，不得自行传阅或扩大传阅范围，不准无关人员接触保密文件，也不得向无关人员透露秘密内容。机要文件要按规定及时清退。

3. 重要文件在酝酿、起草、修改、讨论过程中，要注意保密，任何人不得随意传播，尤



其是未定稿文件。

4. 密件应在院办公室、党委办公室或档案室阅读，不得随意带出，因公外出确需密件时，需经院长批准，履行借用手续，限期归还。
5. 加强复印管理，凡带有密级的文件一律不得复印。
6. 打印文件应在医院办公室、党委办公室，杜绝无关人员接触，也不准向无关人员泄露材料内容，打印后的废页废纸要及时销毁。
7. 在涉外工作中注意公文保密，严禁外国人或无关人员接触保密文件。
8. 保密文件、资料必须存放在加锁的文件柜内，工作人员的办公桌上不准放置保密文件或资料，节假日休息或工作人员离开办公室时，需提前将保密文件、资料整理存放好。
9. 调离医院的工作人员，需将自己保存的保密文件、资料清理清退，不得私自带离医院。
10. 司机要做好保密工作，领导离车时，车上如有文件包和其他文件资料，司机不得离车，未经领导同意，严禁无关人员搭车。

（二）档案保密

1. 严格遵守档案保密制度，对保密文件和一般文件要分开保管，以避免密级混淆。
2. 查阅档案必须遵守保密制度和阅档规定，严禁抄、涂改、圈划、拆换、撕毁档案材料，不得向无关人员泄露档案内容，具有密级的档案材料一般只能在档案室查阅。确因需要借用的，必须经主管院领导批准，并严格履行借阅手续，限在规定时间内返还，不得转借他人。
3. 涉及人事等方面的内部记录，必须及时收交由人事处保存。档案管理员不准以任何理由向无关人员或组织提供人事档案或泄露档案内容。

4. 要严格遵守病案管理工作制度，注意保密，任何个人不准私自将病案借出或复印。
5. 要加强档案室的安全防护，注意防火、防盗、防潮，防止安全事故的发生。

（三）会议保密

1. 召开各种涉密会议，须明确参会人员范围及人数，不得让无关人员参加。
2. 参会人员要严格遵守会议保密纪律，不得以任何形式向外泄露会议内容。
3. 会议文件及会议记录由院办公室统一保管，个人不得私自保存，查阅记录须经主管院领导批准。

（四）通讯、公章保密

1. 不得在普通电话、手机、信件、传真中谈论或传递医院秘密。

2. 严格公章管理，由政治上可靠的专人负责保管公章，确保公章安全。公章启用和作废要按规定登记留存印模，作废的公章要缴回颁发机关封存或销毁。

3. 任何人不得在空白纸上加盖公章或携带加盖公章的空白介绍信外出。

（五）传染病疫情保密

1. 医院防保人员及知情人员必须做好传染病疫情资料的安全保密工作，疫情资料专人保管，专人负责。

2. 未经卫生行政部门许可的情况下，甲类传染病疫情和暴发性大流行的疫情资料不得私自向媒体透露。

3. 任何外单位人员来医院了解、采访有关疫情，需持有来人单位和卫生行政管理部门的证明，并经主管院领导同意，方可进行接待，否则不予以接待；任何人不得擅自向新闻传媒机构的记者人员透露疫情。

4. 凡未经院领导批准，不得将疫情资料复制或借出。

5. 疫情保密性文件或资料的存档和销毁，应经院领导批准，统一按有关规定处理。

6. 疫情管理人员和查阅人员对档案内容要进行保密，不得在公共场所和无关人员面前谈论泄露有关信息，不得将传染病病人姓名、住址等个人情况公布或传播，防止社会歧视。

（六）科技保密

1. 对申请的专利、发明创造及技术创新需要保密的科技成果，相关人员对其内容负有保密责任。

2. 科研项目（国家级、省、部级、市级）在完成或告一段落后，必须将所形成的科技文件材料加以系统整理，专人严格保管，及时登记、归档。

3. 保密技术资料对外交流，必须经医务处、科教处及主管院领导审查批准。

4. 科技项目（尤其是合作项目）要根据情况予以保密，在研项目的中间成果也应予以保密，科技成果必须划清保密范围和定准密级。项目负责人和主要研究人员对其所研究项目的定密和保密负有主要责任。

5. 调离医院的科技人员，未经许可不得私自带走医院的科技成果、技术资料及相关数据等。

6. 销毁科技材料和管理文件须造册，经院领导审定后，指定专人销毁，防止失密。

7. 保密科技资料未经批准一律不得复印、翻印。



（七）新闻宣传保密

1. 医院对外新闻宣传工作统一由组织宣传处负责管理。
2. 各科（处）室要坚持谁上报、谁负责的原则，加强宣传信息的管理，确保宣传信息的安全保密性和真实可靠性。
3. 对于医院保密事项，不得公开宣传，各种形式的宣传稿件以及科室或工作人员接受各类媒体采访，必须经组织宣传处报主管院领导审查同意。

（八）信息系统保密

1. 各岗位配置的计算机要加强管理，不得让外单位人员使用计算机。
2. 不得在计算机上安装游戏等与业务无关的任何软件；未经同意，不得擅自与外单位或个人的计算机联网。
3. 处理涉密信息的计算机不得上互联网，不得使用未经检查来源不明的存储介质。
4. 凡涉及医院秘密内容的文件、资料、内部办公信息及暂不宜向公众公开的事项不得上网，禁止泄露、外借和转移专业数据信息。
5. 医院总服务器应确定专人管理，其他无关人员不得接触，以确保服务器安全正常运转。

（九）医院业务数据保密

1. 对医院的医疗质量与业务统计数据，医务处、质控办等相关职能科（处）室负有保密责任。
2. 任何人不得私自向其他单位或个人提供医院的医疗质量与业务统计数据（卫生行政管理部门除外）。

文件名称	党委理论学习中心组学习制度				
文件编号	A02-ZD-008-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

党委理论学习中心组学习制度

党委理论学习中心组学习是严肃党内政治生活、强化党性修养的重要形式，是建设学习型服务型创新型党组织、提高党委领导能力和水平的重要途径。为进一步推进党委理论学习中心组学习制度化、规范化，推动理论武装工作深入开展，提高领导干部的理论水平和工作能力，加强领导班子思想政治建设，根据《中国共产党章程》及有关党内法规的规定和要求，制定本制度。

一、组织与职责

（一）党委理论学习中心组主要由党委班子成员组成，可以根据学习需要适当吸收有关人员参加。

（二）党委书记是理论学习中心组学习第一责任人。党委其他成员应当积极学习，自觉遵守理论学习中心组学习制度，按照学习安排承担相应职责。

（三）由党办公室负责人担任党委理论学习中心组学习秘书，做好学习服务工作。

二、学习内容

（一）马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想。

（二）党章党规党纪和党的基本知识。

（三）党的路线、方针、政策和决议。

（四）国家法律法规，医疗卫生有关法律法规知识。

（五）社会主义核心价值观。

（六）党的历史、中国历史、世界历史和科学社会主义发展史。

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



(八) 改革发展实践中的重点、难点问题。

(九) 党中央和省、市委要求学习的其他重要内容。

三、学习形式

(一) 集体学习研讨。将集体学习研讨作为学习的主要形式，把重点发言和集体研讨、专题学习和系统学习结合起来，深入开展学习讨论和互动交流。理论学习中心组学习以中心组成员自己学、自己讲为主，适当组织专题讲座、辅导报告。集体学习研讨每年不少于4次，理论学习中心组成员重要发言每人每年不少于一次。

(二) 个人自学。理论学习中心组成员根据形势要求，结合工作需要和本人实际，明确学习重点，每年研读重点书籍不少于5本，并认真做好读书笔记，撰写学习心得。

(三) 专题调研。理论学习中心组成员应当把理论学习与专题调研结合起来，深入基层、深入群众，扎实开展调查研究，深化理论学习，撰写结合工作实际的调研报告或理论文章。

理论学习中心组成员除完成院党委安排的学习内容外，还要积极参加学习班、报告会等活动，同时充分利用网络学习平台拓宽学习渠道，提升学习效果。

文件名称	领导干部深入基层调研制度				
文件编号	A02-ZD-009-02		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

领导干部深入基层调研制度

深入基层调研是贯彻“从群众中来，到群众中去”的具体体现，是科学决策的前提和基础。为切实转变领导干部工作作风，促进深入基层调研常态化、规范化和制度化。结合我院工作实际，经院党委研究决定，制定本制度。

一、调研主体

党政领导班子成员。

二、调研内容

（一）宣传贯彻党的路线、方针、政策，围绕上级部门及医院党委各项决策部署的落实情况开展调查研究。

（二）围绕医药卫生体制改革过程中群众反映突出的问题，及制约医院改革与发展的问題，开展调查研究。

（三）按照院党委关于医院党建工作的要求，围绕医院党建工作中需强化、需规范、需提升的问题，开展调查研究。

（四）围绕医院管理和医疗服务工作中患者反映集中的热点难点问题，开展调查研究。

（五）围绕应对和化解各种风险挑战，如意识形态、医疗质量、患者安全、防火防盗等安全生产问题及网络安全问题，开展调查研究。

（六）围绕落实“健康承德”战略，推进精准扶贫策略问题，开展调查研究。

（七）围绕人才培养、学科建设及员工个人职业成长方面的问题，开展调查研究。

（八）其他需要开展调查研究的问题。

三、调研方式

（一）深入基层。领导干部深入分管科（处）室及所联系党支部，了解各项工作开展及落实院党委决策部署、医院中心工作任务的情况，及时掌握党员、干部及群众的思想、工作、



学习、生活状况，并帮助解决实际困难和问题。

（二）召开座谈会。通过召开住院患者及家属座谈会，不同岗位党员、干部及员工座谈会，分管科（处）室代表座谈会等，广泛听取意见和建议，有针对性地开展和改进相关工作。

（三）谈心谈话。通过与调研对象面对面交心谈心，掌握思想动态，及时发现存在问题。

（四）发放问卷。向调研对象发放征求意见表，征求意见建议，为科学决策、开展工作提供客观依据。

（五）电话访谈。通过电话回访，征求出院患者及家属的意见和建议，向无法约见人员了解有关情况。

（六）其他。通过设意见箱、意见簿，完善建言献策平台建设等，畅通沟通渠道。

四、调研结果应用

坚持边调研边梳理情况，边思考问题，边研究改进，积极探索医院发展的新思路、新方法。调研结束后，领导干部要形成一篇有情况有分析、有解决问题思路和举措的调研报告。经院党委充分论证后，形成医院的决策部署和具体举措，及时将调研成果转化为解决问题的实际行动，切实增强患者和员工的获得感、幸福感、安全感，促进“双满意”医院建设。

五、有关要求

（一）提高认识。领导干部要坚持以人民为中心，把满足人民群众和员工对美好健康生活的新要求、新期待作为工作的出发点和立足点，沉下身来，深入进去，认真进行角色体验、换位思考，与调研对象交朋友、听真话、心连心，以实际行动树立起为民务实清廉的良好形象。

（二）务求实效。开展调研联系群众，要紧密结合工作实际，力戒形式主义。对于征求意见和调研中收到的意见和建议，要建立台账，及时梳理和分析，注重从个性问题中发掘共性问题，把调研成果体现到增强党性、提高能力、改进作风、密切群众上来。

文件名称	党员领导干部联系党支部工作制度				
文件编号	A02-ZD-010-02		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

党员领导干部联系党支部工作制度

为贯彻全面从严治党的各项要求，加强党员领导干部与党支部和党员群众的联系，全面提升党建工作质量和水平。结合我院实际，制定本制度。

一、联系范围

全院各党支部。

二、联系党支部安排

原则上每位党员领导干部负责联系所在党支部及各自分管工作所辖党支部。如党员领导干部分管工作及党支部变化时，可适时进行调整。

三、联系内容

（一）认真、及时、准确地做好党的路线、方针、政策和院党委各项决策部署的宣传教育，切实将广大党员的思想统一到中央、省、市和院党委的精神和要求上来。同时指导党支部按照要求开展工作，努力探索、研究党建工作的新途径、新方法。

（二）围绕党支部建设和党员关注的热点、难点问题，深入党支部开展调查研究，经常联系党支部书记、支委及党员开展谈心谈话活动，听取他们的意见和建议，帮助他们解决工作、学习、生活中的实际问题。

（三）定期到党支部检查工作，了解党建、党风廉政建设、作风建设等工作情况，查找和分析工作中存在的突出问题，研究解决问题的办法，切实加强党支部建设。定期向院党委报告所联系党支部各项工作开展及深入党支部指导、检查工作情况。

（四）以普通党员的身份参加所在支部的学习和活动，过组织生活。参加所联系党支部年终述职评议考核工作，并对工作中的亮点和不足进行点评。

四、有关要求

（一）各党支部要主动向联系本党支部的党员领导干部，报告本支部工作开展情况以及



工作中遇到的问题和困难，加强与所联系党员领导干部之间的工作交流。

（二）各党支部要在组织重要学习、开展主题教育、组织生活会、民主评议党员等活动前，向所联系党员领导干部报告并邀请参加。

（三）党员领导干部要坚持“从严从实”的原则，保持与党支部的经常性联系，每年联系不少于4次，并及时填写《党员领导干部联系党支部情况记录表》（见附件）。

附件：党员领导干部联系党支部情况记录表

附件：

党员领导干部联系党支部情况记录表

党员领导干部姓名		职 务	
联系党支部名称		党支部书记姓名	
联系时间		联系地点	
联 系 内 容			

文件名称	党委办公室工作制度				
文件编号	A02-ZD-011-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

党委办公室工作制度

一、贯彻执行党的路线方针政策和上级党组织指示，根据院党委安排部署，组织开展各项工作。

二、起草院党委工作要点、总结，拟定并落实党委理论中心组学习计划，做好记录工作。

三、组织起草以党委名义上报下发的文件，承办上级党组织来文来电，做好党内文件的保管、归档工作。

四、负责建立完善院党委相关制度，并抓好贯彻落实。

五、组织落实院党委关于党建工作的各项安排部署，督促和指导各党支部积极开展党建工作。

六、指导、检查党支部落实“三会一课”制度情况。做好党员管理培训教育及党费收缴使用管理、党员组织关系接转、党内统计等工作。

七、做好医德医风教育、管理及考评工作。

八、做好医院文化建设及相关工作，推进人文型医院建设。

九、落实统战工作的相关政策，做好统战对象的摸底、统计和管理工作的。

十、加强印章、印信、文书档案和科级及以下人员出国（境）证件、护照的管理工作。

十一、积极承担党委及党委负责同志临时交办的各种任务，主动做好党委各部门的不管工作。

文件名称	党支部工作制度				
文件编号	A02-ZD-012-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

党支部工作制度

为了坚持和加强党的全面领导，落实党要管党、全面从严治党要求，全面提升党支部组织力，强化党支部政治功能，充分发挥党支部战斗堡垒作用，巩固党长期执政的组织基础，根据《中国共产党章程》《中国共产党支部工作条例（试行）》和有关党内法规，制定本制度。

一、工作原则

（一）坚持以马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，遵守党章，加强思想理论武装，坚定理想信念，不忘初心、牢记使命，始终保持党组织的先进性和纯洁性。

（二）坚持把党的政治建设摆在首位，自觉增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“四个服从”，旗帜鲜明讲政治，坚决维护习近平总书记党中央的核心、全党的核心地位，坚决维护党中央权威和集中统一领导。

（三）坚持践行党的宗旨和群众路线，组织引领党员、群众听党话、感党恩、跟党走，成为党员、群众的主心骨。

（四）坚持民主集中制，发扬党内民主，尊重党员主体地位，严肃党的纪律，提高解决自身问题的能力，增强党组织生机活力。

（五）坚持围绕中心、服务大局，充分发挥积极性、主动性、创造性，确保党的路线方针政策和决策部署贯彻落实。

二、基本任务

（一）宣传和贯彻落实党的理论和路线方针政策，执行院党委的决议。讨论决定或者参与决定党支部重要事项，充分发挥党员先锋模范作用，团结组织群众，努力完成医院下达的各项任务。

（二）组织党员认真学习马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重



要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想，做好思想政治工作和意识形态工作，扎实推进“不忘初心、牢记使命”制度化、常态化。

（三）对党员进行教育、管理、监督和服务，突出政治教育，提高党员素质，坚定理想信念，增强党性，严格组织生活，开展批评和自我批评，维护和执行党的纪律，监督党员切实履行义务，保障党员的权利不受侵犯。加强和改进流动党员管理。关怀帮扶生活困难党员和老党员。做好党费收缴工作。依规稳妥处置不合格党员。

（四）密切联系群众，向群众宣传党的政策，经常了解群众的批评和意见，了解群众诉求，维护群众的正当权利和利益，做好群众的思想政治工作，凝聚广大群众的智慧和力量。

（五）对要求入党的积极分子进行教育和培养，做好经常性的发展党员工作，把政治标准放在首位，严格程序、严肃纪律，发展政治品质纯洁的党员。发现、培养和推荐党员、群众中的优秀人才。

（六）监督党员干部和员工严格遵守国家法律法规及国家的财政经济法规和人事制度，不得侵占国家、集体和群众的利益。

（七）实事求是地对党的建设、党的工作提出意见建议，及时向院党委报告重要情况。教育党员、群众自觉抵制不良倾向，坚决同各种违纪违法行为作斗争。

（八）按照相关规定，向党员、群众通报党的工作情况，公开党内有关事务。

（九）离退休党支部，根据党员实际情况，组织参加学习，开展党的组织生活，听取意见建议，引导他们结合自身实际积极作用。

三、工作机制

（一）党支部党员大会是党支部的议事决策机构，由全体党员参加，一般每季度召开1次。

党支部党员大会的职权是：听取和审查党支部委员会的工作报告；按照规定开展党支部选举工作，讨论和表决接收预备党员和预备党员转正、延长预备期或者取消预备党员资格；讨论决定对党员的表彰表扬、组织处置和纪律处分；决定其他重要事项。

党支部党员大会议题提交表决前，应当经过充分讨论。表决必须有半数以上有表决权的党员到会方可进行，赞成人数超过应到会有表决权的党员的半数为通过。

（二）党支部委员会是党支部日常工作的领导机构。党支部委员会会议一般每月召开1次，根据需要可以随时召开，对党支部重要工作进行讨论、作出决定等。党支部委员会会议须有半数以上委员到会方可进行。重要事项提交党员大会决定前，一般应当经党支部委员会

会议讨论。

(三) 按照便于组织开展活动原则，应当划分若干党小组，并设立党小组组长。党小组组长由党支部指定，也可以由所在党小组党员推荐产生。党小组主要落实党支部工作要求，完成党支部安排的任务。党小组会一般每月召开 1 次，组织党员参加政治学习、谈心谈话、开展批评和自我批评等。

(四) 党支部党员大会、党支部委员会会议由党支部书记召集并主持。书记不能参加会议的，可以委托副书记或者委员召集并主持。党小组会由党小组组长召集并主持。

四、组织生活

(一) 党支部应当严格执行党的组织生活制度，经常、认真、严肃地开展批评和自我批评，增强党内政治生活的政治性、时代性、原则性、战斗性。党员领导干部应当带头参加所在党支部或者党小组组织生活。

(二) 党支部应当组织党员按期参加党员大会、党小组会和上党课，定期召开党支部委员会会议。

“三会一课”应当突出政治学习和教育，突出党性锻炼，以习近平新时代中国特色社会主义思想为主要内容，结合党员思想和工作实际，确定主题和具体方式，做到形式多样、氛围庄重。

党课应当针对党员思想和工作实际，回应普遍关心的问题，注重身边人讲身边事，增强吸引力感染力。党员领导干部应当定期为基层党员讲党课，党委书记每年至少讲 1 次党课。

党支部每月相对固定 1 天开展主题党日，组织党员集中学习、过组织生活、进行民主议事和志愿服务等。主题党日开展前，党支部应当认真研究确定主题和内容；开展后，应当抓好议定事项的组织落实。

对经院党委同意尚未转接组织关系的党员，将其纳入一个党支部或者党小组，参加组织生活。

(三) 党支部每年至少召开 1 次组织生活会，一般安排在第四季度，也可以根据工作需要随时召开。组织生活会一般以党支部党员大会、党支部委员会会议或者党小组会形式召开。

组织生活会应当确定主题，会前认真学习，谈心谈话，听取意见；会上查摆问题，开展批评和自我批评，明确整改方向；会后制定整改措施，逐一整改落实。

(四) 党支部一般每年开展 1 次民主评议党员，组织党员对照合格党员标准、对照入党



誓词，联系个人实际进行党性分析。

党支部召开党员大会，按照个人自评、党员互评、民主测评的程序，组织党员进行评议。党员人数较多的党支部，个人自评和党员互评可以在党小组范围内进行。党支部委员会会议或者党员大会根据评议情况和党员日常表现情况，提出评定意见。

民主评议党员可以结合组织生活会一并进行。

（五）党支部应当经常开展谈心谈话。党支部委员之间、党支部委员和党员之间、党员和党员之间，每年谈心谈话一般不少于1次。谈心谈话应当坦诚相见、交流思想、交换意见、帮助提高。

党支部应当注重分析党员思想状况和心理状态。对家庭发生重大变故和出现重大困难、身心健康存在突出问题等情况的党员，党支部书记应当帮助做好心理疏导；对受到处分处置以及有不良反映的党员，党支部书记应当有针对性地做好思想政治工作。

五、有关要求

（一）有正式党员7人以上的党支部，应当设立党支部委员会。党支部委员会由5人组成，设书记、副书记、组织委员、宣传委员和纪检委员各一名。

（二）党支部委员会一般每届任期3年。

党支部委员会由党支部党员大会选举产生，党支部书记、副书记一般由党支部委员会会议选举产生。选出的党支部委员，报院党委备案；党支部书记、副书记，报院党委批准。党支部书记、副书记、委员出现空缺，应当及时进行补选。确有必要时，院党委可以指派党支部书记或者副书记。

建立健全党支部按期换届提醒督促机制。根据党组织隶属关系和干部管理权限，院党委对任期届满的党支部，一般提前6个月以电话通知等形式，提醒做好换届准备。对需要延期或者提前换届的，应当认真审核、从严把关，延长或者提前期限一般不超过1年。

（三）党支部书记主持党支部全面工作，督促党支部其他委员履行职责、发挥作用，抓好党支部委员会自身建设，向党支部委员会、党员大会和上级党组织报告工作。

党支部副书记协助党支部书记开展工作。党支部其他委员按照职责分工开展工作。

（四）党支部书记应当具备良好政治素质，热爱党的工作，具有一定的政策理论水平、组织协调能力和群众工作本领，敢于担当、乐于奉献，带头发挥先锋模范作用，在党员、群众中有较高威信，一般应当具有1年以上党龄。

（五）党支部书记一般由相关科室主要负责人担任，也可以由科室其他负责人担任。

（六）党支部书记每年应当至少参加 1 次院党委举办的集中轮训，提高支部管理工作的能力和水平。

（七）党支部书记每年应当向院党委和党支部党员大会述职，接受基层党建述职评议考核，考核结果作为评先评优、选拔使用的重要依据，对不适宜担任党支部书记、副书记和委员职务的，院党委将及时作出调整。

文件名称	“三会一课”制度				
文件编号	A02-ZD-013-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

“三会一课”制度

“三会一课”制度是党的组织生活的基本制度，是党支部应该长期坚持的重要制度，按照《中国共产党章程》及党内有关规定，党支部要定期召开支部党员大会、支部委员会会议、党小组会、讲党课。

一、支部党员大会

（一）时间与内容

支部党员大会又称支部大会，一般每季度召开一次，党支部也可根据工作需要提前召开或适当增加会议次数。支部大会的主要任务：

1. 传达、学习党的路线、方针、政策和院党委的决议指示，根据本支部的实际情况，讨论和制定贯彻落实的计划措施。
2. 听取、讨论支部委员会的工作报告，对支部委员会的工作进行审查和监督。
3. 讨论、决定接收新党员和预备党员转正，提出对党员的奖励和处分意见。
4. 选举支部委员和出席上级党代会的代表。
5. 研究、决定其他重要事项。

（二）组织形式

支部大会由党支部书记召集并主持，书记不能参加会议的，可以委托副书记或者委员召集并主持。根据会议内容的需要，可吸收非党干部或入党积极分子列席。会议议题由支部委员会根据院党委的安排部署和本支部实际工作需要确定，议题提交表决前，应当经过充分讨论。表决必须有半数以上有表决权的党员到会方可进行，赞成人数超过应到会有表决权的党员的半数为通过。对于经过讨论暂不能统一认识的问题，不要急于作决议，下次会议再议，必要时可以报告院党委。

二、支部委员会会议

（一）时间与内容

支部委员会会议又称支委会。一般每月召开一次，如遇紧急问题需要研究讨论可随时召开。支委会的主要任务：

1. 研究贯彻执行院党委的决议和指示。
2. 讨论研究党支部工作计划、总结、重要活动的安排和部署等。
3. 讨论研究有关党员教育管理相关工作。
4. 讨论研究培养发展新党员方面的问题。

（二）组织形式

支委会由党支部书记召集并主持，书记不能参加会议的，可以委托副书记或者委员召集并主持，会议须有半数以上委员到会方可进行。重要事项提交党员大会决定前，一般应当经支委会讨论。会上，要组织与会委员围绕议题展开充分讨论，采取民主集中制的形式形成会议决议。对会议决议的执行情况进行督促检查。

三、党小组会

（一）时间与内容

党小组会一般每月召开一次。党小组会的主要任务：

1. 传达学习党的路线、方针、政策和院党委的决策指示。
2. 传达党支部的决议，讨论贯彻党支部的具体措施及每个党员应承担的任务。
3. 听取党员的思想、工作情况汇报。
4. 组织党员参加政治学习、谈心谈话、开展批评和自我批评。

（二）组织形式

党小组会由党小组组长召集并主持。会前，党小组组长应与支部书记和有关委员沟通情况，共同商定党小组会内容及应注意的问题，并把会议有关事项事先通知每个党员。在研究工作推进事项时，要引导大家围绕中心议题积极参与讨论，畅所欲言，统一认识，明确每名党员的具体任务，并将活动情况及时向党支部汇报。

四、党课

（一）时间与内容

一般情况下，支部上党课每年不少于四次，党课的主要内容：

党课要立足于提高党员的思想、政治素质，结合党员思想实际和形势发展需要，精心选



择党课内容，有针对性地开展学习习近平新时代中国特色社会主义思想及党章党规、党的路线方针政策、党建理论和相关知识活动，开展包括走访体验、警示教育在内的先进性教育及形势任务教育等。还可围绕改进思想方法、工作方法及领导方法等内容，开展多种形式的学习教育活动。

（二）组织形式

党支部书记带头讲党课或选派优秀党员讲党课。授课人应提前做好讲稿或提纲。授课时要做到由浅入深、生动形象，增强党课的吸引力和有效性。授课后要组织党员进行深入讨论并根据思想实际和工作实际进行对照检查。

文件名称	组织生活会制度				
文件编号	A02-ZD-014-03		发布部门	党办室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

组织生活会制度

组织生活会是以交流思想、总结经验教训，开展批评和自我批评为中心内容的组织生活制度。组织生活会每年至少召开一次，一般安排在第四季度，也可以根据工作需要随时召开。

一、会前，支部要组织党员学习规定篇目及相关文件，学习过程中党员要进行研讨发言，切实把思想和行动统一到中央、省、市委及院党委的部署要求上来，打好思想基础。开展谈心谈话，支部班子成员之间必谈，班子成员与党员之间广泛谈，倡导党员之间相互谈。通过发放征求意见表、召开座谈会等方式，广泛征求意见，并向每位党员原汁原味地进行反馈。同时，支部将拟召开会议时间上报院党委，待审批后通知党员做好相应准备。

二、会中，要引导党员根据各自的工作职责，总结一段时间以来执行党的路线、方针、政策和上级党组织的指示、决议的情况，总结检查自己的思想、工作、学习、纪律作风的情况，肯定成绩，找出差距，整顿思想和作风。同时，就党员之间、党员同领导之间、党员同群众之间的问题进行交换意见，开展批评和自我批评。

三、会上，批评同志要实事求是、摆事实、讲道理、以理服人；接受别人的批评要虚心，有不同意见的可以申辩，但不能抓辫子、扣帽子、打棍子，要本着团结—批评—团结的方针，解决党内存在的问题，以达到增强党的战斗力的目的。

四、会后，对党内存在的普遍性、倾向性或其他突出的问题，要引导党员制定整改措施，支部要抓好检查和督促，切实帮助党员改正缺点。对于党员向支部提出的意见、建议，支委会要认真研究，制定整改方案，认真抓好落实。组织生活会有关情况和整改措施，要以适当方式在一定范围内向党内外群众通报，接受群众的监督。

五、党员领导干部要参加双重组织生活会，并对所在党支部的组织生活会进行指导和点评。

六、院党委要加强对支部组织生活会的指导和监督，对群众意见较大、反映较多的问题，



可以提前介入，进行具体指导；对组织生活会不符合规定要求的，令其重新召开；对无故不参加组织生活会的党员，应给予批评教育。

文件名称	民主评议党员制度				
文件编号	A02-ZD-015-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

民主评议党员制度

民主评议党员是全面从严治党，提高党员素质，增加党组织战斗力的一项重要措施。每个党员都应参加所在支部的民主评议党员活动。民主评议党员工作根据院党委的统一部署，以党支部为单位进行，一般每年开展一次。

一、民主评议党员的原则及目的

民主评议党员要坚持标准，保证质量，注重实效。要用党章规定的条件去衡量每个党员，要把评议内容和解决问题的重点放在坚持党的先进性和纯洁性上。通过民主评议，检查和评议每个党员在坚持党的基本路线的实践中发挥先锋模范作用的情况，表彰优秀党员，推动清除腐败分子和处置不合格党员的工作，提高党员素质，增强党组织的创造力、凝聚力和战斗力。

二、民主评议党员的基本内容

在新的历史时期，共产党员应当忠诚于共产主义事业，坚定不移地执行党在社会主义初级阶段的基本路线，为建设中国特色社会主义而努力奋斗。按照这个总的要求，着重从以下五个方面对党员进行评议：

（一）是否坚决贯彻执行习近平新时代中国特色社会主义思想、党的基本路线和党的各项方针、政策，教育引导增强“四个意识”，坚定“四个自信”，坚决做到“两个维护”。在思想上政治上行动上同党中央保持一致，为推动医院健康、可持续发展作出贡献。

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

（三）是否站在改革的前列，维护改革的大局，正确处理国家、集体、个人利益之间的关系，做到个人利益服从党和人民的利益，局部利益服从整体利益。

（四）是否切实地执行党的决议，严守党纪、国家法律法规，坚决做到令行禁止。

（五）是否密切联系群众，关心群众疾苦，艰苦奋斗，廉洁奉公，在个人利益同党和人

民的利益发生矛盾时，自觉地牺牲个人利益。

评议党员的具体内容，在每次民主评议党员活动开展前，根据市委、院党委的总体要求，结合本支部的实际情况另行确定。

三、民主评议党员的基本方法和步骤

（一）学习教育。对党员普遍进行在新形势下坚持党员标准的教育。这项教育要同形势教育结合起来。学习内容以《中国共产党章程》《关于新形势下党内政治生活的若干准则》和党的有关文件等为主。

（二）自我评议。在学习讨论的基础上，对照党员标准，总结个人在思想、工作、学习等方面的情况，特别要检查对深化改革、保持廉洁、加强纪律的认识、态度和行动，肯定成绩，找出差距，明确努力方向。

（三）民主评议。一般应召开党小组会或支部大会，进行民主评议。评议中，要是非分明，敢于触及矛盾，认真开展批评和自我批评。还要采取适当的方式，听取党外群众的意见。

（四）组织考察。支委会对党内外评议的意见，进行实事求是地分析、综合，形成组织意见，转告本人，并向支部大会报告。

（五）表彰和处理。对模范作用突出的党员，可经过支部大会讨论通过，报院党委批准，授予“优秀共产党员”的称号。对评议中揭露的违法乱纪等问题，要认真查实，严肃处理。经评议认为不合格的党员，支委会应提出妥善处理的意见，提交支部大会，按照民主集中制的原则进行表决。对党员进行组织处理，应当十分慎重，原则要坚持，方法要得当。对被劝退和除名的，党组织要做好思想工作。在他们出党以后，仍要继续关心和团结他们，在工作中继续发挥他们的作用。

文件名称	党费收缴、使用和管理工作制度				
文件编号	A02-ZD-016-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

党费收缴、使用和管理工作制度

按照党章规定向党组织缴纳党费，是党员应尽的义务，也是党员增强党性观念的基本体现。做好党费收缴工作，是党组织的一项经常性任务，也是加强党员教育管理的一项重要内容。为了进一步规范党费收缴、使用和管理的工作，结合医院实际，制定本制度。

一、党费的收缴

（一）院党委每年年初核定党员月缴纳党费数额，年内一般不变动。年内工资晋档、职务晋升、岗位变动以及普调工资等可以待下年度重新核定。每名党员月缴纳党费数额一般不超过1000元，根据自愿可以多交，自愿一次多交1000元以上的，按照交纳大额党费有关规定办理。

（二）在职党员缴纳党费以绩效工资中的基础性绩效工资为计算基数，不包括奖励性绩效工资。离退休党员缴纳党费以基本离退休费或基本养老金为计算基数，不包括津补贴。

（三）在职党员缴纳党费的比例为：计算基数在3000元以下（含3000元）者，交纳0.5%；3000元以上至5000元（含5000元）者，交纳1%；5000元以上至10000元（含10000元）者，交纳1.5%；10000元以上者，交纳2%。离退休党员缴纳党费的比例为：计算基数在5000元以下（含5000元）者，按交纳0.5%，5000元以上者，交纳1%。

（四）预备党员从支部大会通过其为预备党员之日起缴纳党费。

（五）党员应当主动按月向所在党支部缴纳党费。遇到特殊情况，经党支部同意，可以每季度交纳一次党费，也可以委托其他党员或其亲属代为交纳或补交党费，补交的时间一般不得超过6个月。

（六）缴纳党费确有困难的在职党员，经党支部研究，报院党委批准后，可以少交或免交党费。缴纳党费确有困难的离退休党员，由本人向党支部提出免交或少交申请，经党支部研究同意，既可以是支委会研究同意，也可以是党员大会讨论通过。



(七) 对不按照规定缴纳党费的党员，所在党支部应及时对其进行批评教育，限期改正。对无正当理由连续 6 个月不缴纳党费的党员，按自行脱党处理。

(八) 党支部应按月向院党委全额上缴党员党费，不得自行留成或挪作他用。

二、党费的使用

(一) 院党委在年初遵照统筹安排、量入为出、收支平衡、略有结余的原则，制定年度党费使用方案。

(二) 党费主要作为党员教育经费的补充，具体使用范围包括：1. 用于党员教育培训；2. 用于党内表彰；3. 用于补助生活困难的党员和遭受严重自然灾害的党员；4. 用于补助和修缮基层党员教育设施；5. 党费财务管理中发生的购买支票、转账手续费等相关费用。

(三) 使用党费前，执行党费使用请示汇报制度和审批程序，每一笔党费开支必须提请党委会讨论通过，不得个人或者少数人说了算。各党支部填写党费预算使用审批表，逐级上报有关部门审核、批准。每笔款项的支付均要采取额度内实报实销的方法，做到每一个项目、每一笔资金的签批都留有凭证，全程记录，有据可查。

三、党费的管理

(一) 党费的具体管理工作由党委办公室统一承办，党费的具体财务工作由财务处代办。

(二) 党费管理工作人员应挑选政治素质高、业务能力强的党员和财会人员经培训后上岗。人员变动时，要严格按照党费管理的有关规定和财务制度办好交接手续。

(三) 严格执行专账管理、专人负责制度。实行会计、出纳分设，空白票据与印鉴分别保管。

(四) 在市委指定银行设立党费专用账户。执行银行代管、定期对账制度，每月与银行对账，账款相符。党费利息作为党费收入的一部分，不得挪作他用。

(五) 院党委每年自查一次党费收缴、使用和管理情况，总结经验，发现问题，及时纠正。同时，每年向上级党委组织部门报告本年度党费收缴、使用和管理情况，并将党费收缴、使用和管理情况在医院内网“院务公开”栏目进行公示。党支部每年向党员公布一次党费收缴情况，接受党内监督。

文件名称	党员管理工作制度				
文件编号	A02-ZD-017-02		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

党员管理工作制度

党员管理是加强党员队伍建设的重要内容，是党组织基础的工作。为进一步加强党员管理，努力建设一支结构合理、素质优良、纪律严明、作用突出的党员队伍，根据《中国共产党章程》和《中国共产党党员教育管理工作条例》，结合我院实际，制定本制度。

一、党员日常管理

（一）严格执行“三会一课”制度，对党员进行经常性的管理。党员要主动参加组织生活，特别是党员领导干部要过好双重组织生活。不允许有无故不参加党的组织生活、不接受党内外群众监督的特殊党员。

（二）坚持从严管理和关心关爱相统一。从政治、思想、工作、生活上激励关怀帮扶党员。离退休党员可根据自身实际情况，参加党的组织生活，发挥力所能及的作用。对年老体弱、行动不便、身患重病甚至失能的党员，组织活动和开展学习教育不作硬性要求，离退休党支部可通过送学上门、走访慰问等方式，给予更多关心照顾。

（三）党支部利用主题党日，组织党员集中学习、过组织生活、进行民主议事和开展志愿服务等活动。

（四）党支部每年至少召开1次组织生活会，也可以根据工作需要随时召开，一般以党员大会、党支部委员会会议或者党小组会形式进行。

（五）党支部一般每年开展1次民主评议党员。按照个人自评、党员互评、民主测评的程序，组织党员进行评议。并根据评议结果和党员日常表现情况，提出评定意见。民主评议党员可以结合组织生活会一并进行。

（六）党支部应经常开展党内谈心谈话活动，了解党员思想状况和心理状态，有针对性地做好思想政治工作。

（七）党支部要加强预备党员的管理，入党介绍人要做好培养考察工作，并及时完成相



关记录。预备期满，及时讨论转正问题，并按程序上报院党委审批。

(八) 党员必须认真执行党的决议，努力完成党组织交给的各项任务。

(九) 党员要定期以口头或书面形式向所在党支部或党小组汇报思想、工作情况，以便党组织对其进行考察和监督。

(十) 党员要每月主动缴纳党费，因特殊情况无法及时缴纳党费，须向党支部说明情况。党组织应当做好党费收缴、使用和管理的工作。

二、党员党籍管理

经党支部党员大会通过、院党委审批接收的预备党员，自党支部党员大会通过之日起，即取得党籍。

(一) 对因私出国并在国外长期定居的党员，出国学习超过 5 年仍未返回的党员，一般予以停止党籍。停止党籍的决定由保留其组织关系的党支部按照有关规定作出。

(二) 对与党组织失去联系 6 个月以上、通过各种方式查找仍然没有取得联系的党员，予以停止党籍。停止党籍的决定由所在党支部或者院党委按照有关规定作出。停止党籍 2 年后确实无法取得联系的，按照自行脱党予以除名。

(三) 对停止党籍的党员，符合条件的，可以按照规定程序恢复党籍。对劝其退党、劝而不退除名、自行脱党除名、退党除名、开除党籍的，原则上不能恢复党籍，符合条件的可以重新入党。

三、党员组织关系接转

党员组织关系是指党员对党支部的隶属关系。

(一) 每个党员都必须编入一个党支部或者党小组。党员因调动工作或外出学习、生活 6 个月以上并且地点相对固定的，应当转移组织关系。党员所在党组织可运用党员档案电子化管理系统或开具《中国共产党党员组织关系介绍信》完成党员组织关系接转工作。

(二) 对没有人事档案的党员，应当由党委建立党员档案并保存。

四、党员监督和组织处置

(一) 党支部应当通过严格组织生活、听取群众意见、检查党员工作等多种方式，监督党员遵守党章党规党纪，特别是政治纪律和政治规矩情况，遵守宪法法律法规和道德规范情况，参加组织生活情况，履行党员义务、联系服务群众、发挥先锋模范作用情况等。

(二) 发现党员有思想、工作、生活、作风和纪律方面苗头性倾向性问题的，以及群众

对其有不良反映的，党支部书记应当及时进行提醒谈话，抓早抓小、防微杜渐。

（三）对党员不按照规定参加党的组织生活、不按时缴纳党费、流动到外地工作生活不与党组织主动保持联系的，以及存在其他与党的要求不相符合的行为、情节较轻的，党组织应当采取适当方式及时进行批评教育，帮助其改进提高。

（四）对缺乏革命意志，不履行党员义务，不符合党员条件，但本人能够正确认识错误、愿意接受教育管理并且决心改正的党员，党组织应当作出限期改正处置，限期改正时间不超过1年。对给予限期改正处置的党员应当采取帮助教育措施。

（五）党员具有下列情形之一的，按照规定程序给予除名处置：

1. 理想信念缺失，政治立场动摇，已经丧失党员条件的，予以除名；
2. 信仰宗教，经党组织帮助教育仍没有转变的，劝其退党，劝而不退的予以除名；
3. 因思想蜕化提出退党，经教育后仍然坚持退党的，予以除名；
4. 为了达到个人目的以退党相要挟，经教育不改的，劝其退党，劝而不退的予以除名；
5. 限期改正期满后仍无转变的，劝其退党，劝而不退的予以除名；
6. 没有正当理由，连续6个月不参加党的组织生活，或者不缴纳党费，或者不做党所分配的工作，按照自行脱党予以除名。

对违犯党纪的党员，按照《中国共产党纪律处分条例》规定给予党纪处分。

五、流动党员管理

党支部应当加强流动党员管理，对外出6个月以上并且没有转移组织关系的流动党员，应当保持经常联系，跟进做好教育培训、管理服务等工作。对出国（境）学习人员中的党员，每半年至少与其联系1次。返回后按照规定恢复组织生活。

六、党员信息化管理

积极适应时代发展要求，充分运用互联网技术和信息化手段，健全党员信息库，改进党员管理工作。院党委设专人负责党员信息统计工作，并注重利用信息数据，对党员队伍状况进行实时分析研判，及时发现问题，不断提高党员管理现代化水平。

党支部要教育引导本支部党员严格规范网络行为，敢于同网上错误言论作斗争，不得制作、发布、传播违反党的纪律规定和国家法律法规的信息内容。

七、有关要求

院党委履行抓党员管理的基本职责，推动落实党中央、省、市委的各项工作任务，组织



做好党员集中培训、组织关系管理、表彰激励、关怀帮扶、组织处置、纪律处分等工作，指导党支部做好党员日常管理工作。对党建工作述职评议考核中党支部书记抓党员管理工作情况作出评价，每年把党员管理工作情况作为向市委报告工作的重要内容。

党支部要按照党章和党内有关规定及院党委的安排部署，履行相关工作职责。党小组要落实党支部关于党员教育管理工作的要求和任务。

文件名称	党员教育培训制度				
文件编号	A02-ZD-018-01		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

党员教育培训制度

为了深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，加强党员教育培训工作，提高党员队伍建设质量，保持党员队伍的先进性和纯洁性，根据《中国共产党章程》、《中国共产党党员教育管理工作条例》和有关党内法规，制定本制度。

一、指导思想及目标

以马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观、习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以党的政治建设为统领，以贯彻中央、省、市委重大决策部署为根本，坚持围绕中心、服务大局，突出党性教育和政治理论教育。引导党员坚定共产主义远大理想和中国特色社会主义共同理想，增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”。增强党性，提高素质，认真履行义务，正确行使权利，充分发挥先锋模范作用。

二、培训范围

全体党员（含预备党员）及入党积极分子。

三、培训内容

（一）加强政治理论教育。突出党的创新理论学习，组织党员深入学习领会党的基本理论、基本路线、基本方略及习近平新时代中国特色社会主义思想的核心要义、基本精神、实践要求，掌握贯彻蕴含其中的马克思主义立场观点方法，增强政治自觉、理论自信、情感融入。

（二）突出政治教育和政治训练。严格党内政治生活锻炼，教育党员旗帜鲜明讲政治，提高政治觉悟和政治能力，严守政治纪律和政治规矩，永葆共产党人政治本色，做到“四个服从”，在思想上政治上行动上同以习近平同志为核心的党中央保持高度一致。

（三）强化党章党规党纪教育。引导党员牢记入党誓词，坚持合格党员标准，自觉遵守党的纪律，带头践行社会主义核心价值观，培养高尚道德情操，培育良好思想作风、学风、



工作作风、生活作风和家风。加强宪法法律法规教育。引导党员尊法学法守法用法。

（四）加强党的宗旨教育。引导党员践行全心全意为人民服务的根本宗旨，贯彻党的群众路线，提高群众工作本领，密切联系服务群众。

（五）进行革命传统教育。引导党员学习党史、国史、改革开放史、社会主义发展史和中华优秀传统文化，铭记党的奋斗历程，弘扬党的优良传统，传承红色基因，践行共产党人价值观，激发爱国主义热情。

（六）开展形势政策教育。围绕贯彻执行党和国家重大决策、推进落实重大任务，宣讲党的路线方针政策，解读世情国情党情，回应党员关注的问题，引导党员正确认识形势，把思想和行动统一到党中央要求上来。

（七）注重知识技能教育。根据党员岗位职责要求和工作需要，组织引导党员学习掌握业务知识、科技知识、实用技术等，帮助党员提高综合素质和履职能力，增强服务本领。

四、培训方式

（一）院党委每年组织党员集中轮训。根据党的建设重点任务，结合医院中心工作和党员实际，确定培训内容和方式。党员每年集中学习培训时间一般不少于 32 学时。

（二）党支部集中培训。以“三会一课”、讲党课、集中学习、组织生活会等形式，对党员进行经常性的教育培训。各党支部按照院党委规定的内容，并结合党员思想状况，适时开展专题学习教育。

（三）党员个人自学。按照院党委、党支部对党员自学内容的要求，党员根据自身情况安排时间进行自学，并做好学习笔记。

（四）在线学习培训。党员应当主动学网用网，坚持网上和网下相结合，充分运用“学习强国”学习平台、手机 APP、网上论坛、微博等新平台积极参加在线学习培训。

五、有关要求

（一）党员领导干部要坚持更高标准、更严要求，带头参加学习培训，并做到全面学、系统学、贯通学、深入学、跟进学，自觉武装头脑、指导实践、推动工作，发挥示范带动作用。

（二）广大党员要主动自学并按时参加党支部组织的集中培训，深入学习党的创新理论，自觉地按党员标准严格要求自己，全面提高素质。

（三）在职党支部要建立本党支部学习考核制度，做到全年学习有计划，每月学习有安排，所有学习有记录，把对党员的学习教育、管理、监督融为一体，不断增强党员学习的自

觉性、主动性。

（四）离退休党支部可根据党员的身体、居住和家庭等实际情况，采取灵活方式开展教育培训。

文件名称	发展党员制度				
文件编号	A02-ZD-019-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

发展党员制度

为了规范发展党员工作，保证新发展党员质量，保持党的先进性和纯洁性，根据《中国共产党章程》、《中国共产党发展党员工作细则》和党内有关规定，制定本制度。

一、入党积极分子培养、教育和考察制度

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

(二) 党支部收到入党申请书后，应当在一个月内派人同入党申请人谈话，了解基本情况。

(三) 在入党申请人中确定入党积极分子，应当采取党员推荐、群团组织推优等方式产生人选，由支部委员会研究决定，并报院党委备案。

(四) 入党积极分子确定后，应指定两名正式党员作为其培养联系人，党支部应当吸收入积极分子听党课、参加集中培训及党内有关活动。对入党积极分子进行习近平新时代中国特色社会主义思想教育，党的路线、方针、政策和党的基本知识教育，党的历史和优良传统、作风教育，以及社会主义核心价值观教育，使他们懂得党的性质、纲领、宗旨、组织原则和纪律，懂得党员的义务和权利，帮助他们端正入党动机，树立为共产主义事业奋斗终身的信念。

(五) 培养联系人、党小组和党支部每半年至少一次对入党积极分子进行考察，并将考察情况载入入党积极分子考察登记表。入党积极分子一般每三个月一次向党支部进行书面汇报，主要汇报本人思想、工作、学习和重大生活等情况。

(六) 入党积极分子必须参加院党委组织的党的基本知识的短期集中培训，并获准结业，未经培训或未准予结业的不能发展入党。

二、发展对象的确定和考察制度

(一) 对经过一年以上培养教育和考察、基本具备党员条件的入党积极分子，在听取党小组、培养联系人、党员和群众等意见的基础上，支部委员会讨论同意并报院党委备案后，可列为发展对象。

(二) 党支部对确定的发展对象须进行政治审查，并形成政治审查综合报告，未经政治审查或政治审查不合格的不能发展入党。

三、预备党员的教育、考察和转正制度

(一) 党支部对发展对象政治审查结束后，应将发展对象的有关材料报院党委预审，征得院党委同意后进行公示，公示期不少于5个工作日，公示期满后，将公示结果报院党委。

(二) 经院党委预审同意后，每个发展对象须确定两名具有表决权的党员作为其入党介绍人，入党介绍人一般由培养联系人担任，也可由党组织指定。介绍人应负责指导被介绍人严肃认真地填写《中国共产党入党志愿书》，并在被介绍人接收为预备党员后，继续担任其预备期的培养联系人。

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

支部大会讨论两个及以上的发展对象入党时，必须逐个讨论和表决。作出的决议须及时报院党委审批。

(四) 党支部应当及时将预备党员编入党小组，通过党的组织生活、听取本人汇报、个别谈心、集中培训、实践锻炼等方式，对预备党员进行继续教育和考察。预备党员的预备期为一年。预备期在院党委批准后，从党支部党员大会通过之日算起。

(五) 党支部收到预备期满的预备党员的转正申请书后，应及时采取个别访谈的形式广泛征求党员和群众意见。召开党员大会前要进行公示，公示期不少于5个工作日。公示期满后，应及时召开支部大会，在充分讨论的基础上，采取无记名投票表决的方式，作出同意其按期转正或延长其预备期或取消其预备党员资格的决议。讨论预备党员转正的支部大会，对到会人数、赞成人数等要求与讨论接收预备党员的支部大会相同。作出的决议须连同有关材料及时报院党委审批。

(六) 预备党员在预备期必须面向党旗进行入党宣誓。



(七) 培养联系人、党小组和党支部对预备党员每三个月至少进行一次考察，并将考察的情况载入预备党员考察表。预备党员每三个月至少一次向党支部书面汇报本人的思想、工作、学习和重大生活等情况。

(八) 预备党员转正后，党支部应当及时将其《中国共产党入党志愿书》、入党申请书、转正申请书等材料交院党委，再存入本人人事档案。

党员的党龄，从预备期满转为正式党员之日算起。

发展党员工作基本流程

入党的同志从向党组织递交入党申请书到成为中共正式党员，最低要历时二年，经过五个阶段，二十五个程序。

申请入党阶段 (一)	—	申请人递交入党申请书	→	党支部收到入党申请书一个月内， 由党支部书记或支部成员同申请人谈话
↓				
入党积极分子的确定和培养教育阶段 (时间为一年) (二)	—	召开支委会，研究确定入党积极分子人选 公示不少于五天	→	公示无异议党支部填写入党积极分子备案表，报院党委备案 指定1—2名正式党员作为积极分子培养联系人 党支部每半年考察一次
↓				
发展对象的确定和考察阶段 (三)	—	经过培养教育和考察一年以上，基本具备党员条件的入党积极分子 党支部听取党小组、培养联系人、党员和群众意见 公示不少于五天	→	召开支委会，讨论研究确定发展对象人选 支部填写发展对象人选备案表，报院党委审核 确定两名正式党员作为发展对象的入党介绍人 政治审查（外调并形成结论性材料） 发展对象参加短期集中培训一般不少于三天（或不少于二十四学时）
↓				
预备党员的接收阶段 (四)	—	召开支委会，对发展对象进行综合审核，经集体讨论认为合格后，报院党委预审 院党委对发展对象的条件、培养教育情况进行审查，听取院纪委意见，并书面形式通知支部审查结果，同时向审查合格的发展对象发放《中国共产党入党志愿书》 发展对象三个月内离开工作、学习单位的，不再办理接收预备党员的手续	→	填写《中国共产党入党志愿书》 召开支部大会，按规定程序讨论表决形成支部大会决议 院党委审批前，派人与发展对象谈话，将情况意见如实填写在《中国共产党入党志愿书》上，并向院党委汇报 院党委在三个月内集体讨论通过审议和表决，再向上级党委组织部门备案
↓				
预备党员教育考察和转正阶段 (时间为一年) (五)	—	及时将院党委批准的预备党员编入党支部和党小组	→	院党委审批通过后，党支部要在一个月内组织预备党员进行入党宣誓 党支部通过组织生活、听取本人汇报、个别谈心、集中培训、实践锻炼等方式，对预备党员进行继续教育考察 提出转正申请 预备期满前一至两周，预备党员本人向党支部提出书面转正申请
↓				
入党材料归档，由党委保存或存入本人人事档案	←	党委在三个月内进行审批，接到审批结果通知 党支部书记同本人谈话，召开支部大会，将审批结果在大会上宣布	←	召开支部大会，对预备党员能否按期转正进行表决 党支部征求党员和群众意见 公示不少于五天 预备党员所在党小组提出意见 召开支委会，审查预备党员转正相关材料

文件名称	预备党员管理教育制度				
文件编号	A02-ZD-020-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

预备党员管理教育制度

一、预备党员的管理教育制度是党组织对新党员在预备期内进行教育、考察和管理等有关方面的有效手段。

二、预备党员的预备期为一年，预备期从党支部党员大会通过之日算起。院党委应及时将预备党员编入党支部。

三、党支部要在院党委审批通过一个月内组织预备党员面对党旗进行入党宣誓。

四、党支部要经常给预备党员交任务、压担子、提要求，在实际工作中教育和考察，使他们得到锻炼和提高。

五、坚持定期汇报制度，党支部要定期（每季）听取预备党员思想、工作、学习情况的汇报，通过个别谈心或集中培训等形式，对预备党员进行教育和考察。

六、预备党员应在预备期满前一至两周主动向所在党支部提出转为正式党员的书面申请，党支部要按时召开全体党员大会，讨论预备党员的转正问题，形成支部决议报送院党委进行审批。

文件名称	党员联系群众制度				
文件编号	A02-ZD-021-01		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

党员联系群众制度

一、党员必须有坚定的群众观念，积极做群众工作，关心群众疾苦，有事同群众商量，走“从群众中来，到群众中去”的群众路线。

二、党支部在发展党员时，坚持本人申请、群众推荐、组织考察的原则，广泛听取群众意见，群众反映不良的人员不能发展入党。

三、党支部每年要采取不同的形式，至少集中听取一次群众对党的工作的意见，增进党群联系。

四、每个党员都要经常联系群众，了解他们的思想、工作和生活情况，做群众的知心朋友。

五、建立党群联系汇报制度，把联系群众情况列入民主生活会自我剖析的必要内容。

六、党员领导干部要积极参加所在党支部的组织生活及政治学习，并作指导发言。

七、党员领导干部要经常联系分管科（处）室党员、群众，帮助解决实际困难和问题。

文件名称	党内关怀帮扶制度				
文件编号	A02-ZD-022-01		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

党内关怀帮扶制度

一、广泛开展党组织负责人与党员、党员与党员之间的交心谈心活动，掌握思想和工作情况，并将思想政治工作融入联系、交流与互动之中。

二、党组织要注意了解党员的困难和思想动态，帮助解决存在的实际困难和思想问题。

三、每年“七一”、春节等重要节日对生活困难的党员、援疆、援藏、援外医务人员及驻村帮扶工作队队员，集中进行走访慰问。同时要坚持在党员生病住院、工作生活遇到困难、发生重大灾害等情况时，随时进行走访慰问，使困难党员时刻感受到党组织的关怀。

四、按照上级党组织统一部署，帮扶活动采取“党组织支持一点，党员捐一点”的办法，适时开展遭受自然灾害或遭遇特大事故等原因导致生活困难的党员的捐款活动。

五、积极开展党组织结对共建、党员结对帮扶、党员志愿者行动等活动，对困难党员确定帮扶对象，制定帮扶措施，落实帮扶责任，切实增强基层党组织的吸引力和凝聚力。

文件名称	党内谈心谈话制度				
文件编号	A02-ZD-023-01		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

党内谈心谈话制度

根据《中国共产党章程》、《关于新形势下党内政治生活的若干准则》和《中国共产党党内监督条例》有关规定。为进一步密切党内沟通联系，促进领导干部、党员、群众之间交流思想、发现问题、化解矛盾、增进团结，营造和谐健康、奋发向上的政治环境。结合医院工作实际，制定本制度。

一、谈心谈话的对象

坚持党内谈心谈话全覆盖。党委（党支部）领导班子成员之间、党委领导班子成员与分管科（处）室负责人之间、党委班子成员与党员之间、党支部班子成员与党员之间、党员与党员之间、党员与群众之间，定期开展谈心谈话活动。

二、谈心谈话的类型

（一）领导干部必谈

1. 党委领导班子成员及各科（处）室负责人中出现以下八种情况时，党委书记或分管领导必须及时约谈：

（1）工作变动。主要是指按照管理权限，在领导干部离任、退任或岗位职务发生变化、调整情况时必谈。

（2）不良反映。主要是指在党员、群众中出现有关党员干部不良反映情况时必谈。

（3）履职不力。主要是指履行岗位职责不到位、执行上级部署不坚决、推进各项工作不得力，工作进度滞后、任务完成不理想时必谈。

（4）违规违纪。主要是指出现违规违纪行为，被上级通报批评或受到组织处置、纪律处分时必谈。

（5）遇挫遇难。主要是指工作中出现重大失误，特别是加强队伍建设、推进重点攻坚任务中遇到困难时必谈。

(6) 生活困难。主要是指党员干部自身或家庭成员生活遇到困难、发生变故，思想、情绪出现波动时必谈。

(7) 精神不振。主要是指在工作中精神萎靡、干劲不足、状态不佳、作风不实、组织纪律散漫时必谈。

(8) 出现矛盾。主要是指在党员干部之间存在矛盾纠纷或重大意见分歧，团结协作可能会受到影响时必谈。

2、党支部班子成员和普通党员中出现以下六种情况时，党支部书记或副书记必须及时约谈：

(1) 先锋作用缺失。在完成组织安排的工作任务、支持配合中心工作等方面不够主动，未起到模范带头、先锋表率作用时必谈。

(2) 组织观念淡薄。在严守政治纪律、政治规矩和参加组织生活等方面存在问题时必谈。

(3) 党员意识不强。党员出现参与封建迷信、无理上访、越级上访、集体性事件、打架斗殴、参赌涉赌等情况时必谈。

(4) 违反规章制度。存在违反党纪国法、社会主义道德，受到批评教育、组织处置、纪律处分时必谈。

(5) 群众反映较多。党员义务履行不够到位，党员作用不够明显，群众反映比较突出，被评为不合格党员时必谈。

(6) 思想情绪波动。党员在家庭、工作、生活中遇到具体困难，出现思想波动、情绪低落情况时必谈。

(二) 组织约谈。根据工作需要定期或不定期约请党员干部及群众谈心谈话。

(三) 集体谈话。针对党员干部及群众存在的共性问题，进行集体谈话。

(四) 个别谈话。党员干部、群众个人有情况需要与组织交流沟通的，可主动提出谈话要求；党员之间、党员与群众之间有情况需要沟通交流的，可主动提出谈话要求。

三、谈心谈话的内容

(一) 征求意见。谈心谈话时每位党员要毫不隐瞒地讲清自身问题，并虚心诚恳地征求对方对自己的批评意见，多方面听取和分析自己的缺点，有则改之、无则加勉。

(二) 诫勉提醒。本着对同志负责的态度，真心实意指出对方存在的不足和问题，坦诚地提出意见建议，帮助同志改进提高。尤其是对群众反映较多的党员，党组织书记要出于公



心、严肃认真地指出问题，及时地帮助提领子、扯袖子、醒脑子。

（三）交流思想。谈话中要深入沟通交流，谈出真实心声，说出真心话语，不拐弯抹角，不遮遮掩掩，尤其是对存在的意见分歧和思想疙瘩，要深入交换意见，反复沟通，消除彼此间的误解和隔阂，增进相互间的理解和感情。

（四）了解困难。党委（党支部）书记与班子成员、与中层干部、与党员群众谈心谈话时，要注重了解对方思想、工作、作风、生活等各方面情况，对发现的实际困难主动给予帮助，体现党内关心关爱。

四、谈心谈话的原则

（一）相互平等原则。谈心谈话过程中要以平等的心态和人性化的方式与谈心谈话对象进行交流，创造良好谈话气氛。

（二）实事求是原则。谈心谈话既要肯定成绩，又要明确指出缺点和不足。对原则问题要分清是非，不能因其工作成绩而姑息其错误，也不能因其错误而否定其成绩。

（三）突出实效原则。谈话内容要有针对性，力戒空泛。要从实际出发，针对不同谈话对象的不同特点、不同情况，采取不同的方式方法，做到有的放矢，注重实效。

（四）教育疏导原则。谈话要善于启发谈话对象自己教育自己。通过谈心谈话重点解决思想上的问题，特别是对于一时思想不通或有抵触情绪的要动之以情，晓之以理，耐心说服教育，帮助提高思想认识。

（五）治病救人原则。对犯错误的党员干部，不要轻易下结论，要引导他们认真分析犯错误的原因，剖析其错误的性质、危害，指出改正的办法。重点是提高他们对错误的认识，帮助他们从中吸取教训，改正错误，振作精神，轻装前进。

（六）尊重信任原则。谈心谈话一方出于对另一方的信任，将自己不希望让别人知道的一些心理感受、情感秘密谈出来，另一方必须尊重其对自己的信任，注意为其保密，不要随意将其个人隐私泄露给他人。

（七）经常及时原则。要把经常性定期谈话与有针对性的不定期谈话结合起来，发现问题的苗头，应及时告诫、提醒。要善于发现问题，尽量把问题解决在萌芽状态。

五、谈心谈话的要求

（一）谈话方式。一般采取“一对一、面对面”的方式深入沟通交流，涉及共性谈话问题时，可采取“一对多”的方式。

（二）谈话次数。谈心谈话分为定期谈话和适时谈话。定期谈话每年一次，可结合党委民主生活会（党支部组织生活会）或民主评议党员、主题党日进行；适时谈话由各层面主体根据实际需要进行。每名党员每年适时谈话不少于一次。

（三）谈话记录。谈心谈话前要做好计划安排和有关准备工作，谈心谈话后将相关情况填写在党内谈心谈话记录表（见附件1）。

（四）谈话情况反馈。对谈心谈话对象反映的有关情况和问题，通过适当方式进行深入了解；对谈心谈话对象反映的实际困难，要尽力帮助解决；对谈心谈话认定存在的问题，要跟踪了解整改情况，对没有改正或改正不明显的，及时提出警示，或提出组织处理意见。



附件

党内谈心谈话记录表

谈话人		职务	
谈话对象		谈话类型	
谈话时间		谈话地点	
谈话内容			

文件名称	主题党日活动制度				
文件编号	A02-ZD-024-01			发布部门	党办公室
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

主题党日活动制度

为了进一步丰富党内生活，增强党组织活力，充分发挥党支部战斗堡垒和党员先锋模范作用。根据《中国共产党章程》及党内有关规定，结合医院实际，制定本制度。

一、总体要求

主题党日活动是党支部开展党内经常性教育的有效载体。要坚持党员主体地位，尊重党员创新精神，激发党员生机活力，突出党内活动的时效性和针对性，做到“六个有”，即有固定的时间、有明确的主题、有活泼的形式、有突出的特色、有良好的成效、有浓厚的氛围。

二、活动主体

党支部全体党员（含预备党员）；可根据活动主题，吸收入党积极分子、发展对象参加。

三、活动时间

每月第3周的星期三设定为党支部主题党日。如遇节假日或重大医疗活动等特殊情况，活动时间可作适当调整，原则上在当周内完成。

四、活动主题

通常情况下，党支部可结合工作实际和党员思想状况，自行确定活动主题。如在重大活动、重要时期，党支部要根据院党委的安排部署统一确定活动主题。

五、活动形式及内容

活动形式要灵活多样，采取党员喜闻乐见、生动活泼的方式进行。

（一）组织学习讨论。深入学习习近平新时代中国特色社会主义思想、党章党规，传达中央、省、市委及院党委决策部署和指示精神，定期开展学习讨论，交流思想，凝聚共识，提高运用党的创新理论指导实践的能力。

（二）开展警示教育。充分运用红色资源、警示教育基地，通过朗读党章、重温入党誓词等形式，加强警示教育，引导党员增强自我纪律约束意识，筑牢廉洁行医的思想防线。



（三）开展党性分析。严格执行组织生活会、谈心谈话、民主生活会等制度，组织引导党员严肃开展批评和自我批评，认真进行党性分析，明确努力方向和整改措施。

（四）民主议事决策。研究党支部年度工作、阶段性任务、自身建设等重大事项。严格落实党务公开制度，自觉接受党员、群众监督。

（五）服务党员群众。组织党员开展走访慰问、结对帮扶、在职党员到社区等志愿服务活动，为群众办实事、解难题。落实党内关怀帮扶制度，帮助生活困难党员和老党员解决工作、生活方面的实际困难，及时传递党组织对他们的关心关爱。

文件名称	党员“政治生日”制度				
文件编号	A02-ZD-025-01		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

党员“政治生日”制度

为进一步增强党员不忘初心、牢记使命的坚定性和自觉性，充分发挥先锋模范作用，增强党组织的创造力、凝聚力、战斗力。根据《关于加强和改进中央和国家机关党的建设的意见》，结合医院实际，制定本制度。

一、人员范围

全体党员（含预备党员）

二、目的意义

党员“政治生日”是自党支部通过其成为预备党员之日或院党委批准其成为预备党员之日。通过“政治生日”引导党员时刻不忘自己的“第一身份”，在医疗服务工作中发挥先锋模范作用。

三、活动形式及内容

（一）重温入党誓词。在党员过“政治生日”时，组织党员佩戴党徽，面向党旗重温入党誓词，教育引导党员时刻牢记入党誓言，终身践行入党誓词。宣誓要严肃简朴，体现庄严感和仪式感。

（二）重读入党志愿书。在党员过“政治生日”时，组织重读入党志愿书，回顾入党心路历程，明确未来价值追求，进一步强化党性观念，提高党性修养。

（三）开展谈心谈话。在支部党员过“政治生日”时，由党支部书记或支委与党员开展一次个别谈心谈话，对“政治生日”相同或相近的党员，也可组织集体谈心谈话，并做好记录；开展谈心谈话既要倾听党员个人思想认识，也要听取党员意见建议；既要了解掌握党员思想动态，也要了解掌握党员实际困难。

（四）集中学习研讨。党支部要把过“政治生日”的党员和其他党员组织起来，采取支部集中学习和讲党课等形式，学习习近平新时代中国特色社会主义思想以及党章党规、党的



理论和路线方针政策，深入开展党史国史、党的优良传统和作风教育。也可采取观看有教育意义的电影或视频光盘、由党员畅谈“政治生日”感言等方式，增强“政治生日”的感染力、吸引力和活动实效。

（五）开展关爱行动。对年老体弱、生活困难党员，在其“政治生日”时，党支部要采取服务上门、送学到家、走访慰问等方式，了解党员实际困难，帮助党员排忧解难，让党员感受到组织的关怀和温暖。

（六）开展其他活动。党支部可以结合参与社区志愿服务等活动，引领党员以实际行动感恩组织、服务群众、回馈社会，确保“政治生日”既严肃认真，又生动活泼，真正做到受欢迎、起作用、有效果。

四、相关要求

（一）“政治生日”是一项严肃的组织生活，党支部要认真组织落实党员“政治生日”制度，不能搞成娱乐化、庸俗化的“趣味游戏”。

（二）党支部要准确把握党员基本情况，核对党员入党时间，及时更新党员信息，建立党员“政治生日”名册。

（三）将“政治生日”与支部生活相结合，以支部为单位，每月为同一月份入党的党员过一次“政治生日”，其他党员一并参加，实现“几名党员过生日，全体党员受教育”。

文件名称	中层领导干部选拔任用管理办法				
文件编号	A02-ZD-026-01		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

中层领导干部选拔任用管理办法

第一章 总则

第一条 为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想和党的十九大以来的路线、方针和政策，落实党要管党、全面从严治党特别是从严管理干部的要求，建立完善科学规范的中层领导干部选拔任用制度，培养一支信念坚定、为民服务、勤政务实、敢于担当、清正廉洁的高素质干部队伍，按照《党政领导干部选拔任用条例》《公立医院领导人员管理暂行办法》，结合医院实际情况，特制定本管理办法。

第二条 选拔任用原则

- (一) 党管干部；
- (二) 德才兼备、以德为先，五湖四海、任人唯贤；
- (三) 事业为上、人岗相适、人事相宜；
- (四) 公道正派、注重实绩、群众公认；
- (五) 民主集中制；
- (六) 依法依规办事。

第二章 选拔任用条件

第三条 基本条件：

(一) 全面贯彻执行党的创新理论和路线方针政策，自觉增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”。具有强烈的事业心和责任感，能够坚持与时俱进、开拓创新，勇于担当，善于作为；具有胜任岗位职责所必需的专业知识和专业技能，同时有较强的组织协调能力，团结同事，群众基础好，且近三年医德考评结果均为“良好”及以上。

(二) 具有大学本科及以上学历。



(三) 初次任职年龄一般不超过 45 周岁；特殊情况下根据工作需要或人才引进，可适当放宽年龄条件。

(四) 具有正常履行职责的身体条件。

第四条 专业能力及条件

(一) 临床、医技科室副主任除具备上述所规定的基本条件外，还应具备下列条件之一：

1. 具有副高级及以上职称，具备较高的专业理论水平和专业技术能力，能够承担本专业领域疑难、复杂病例的临床诊疗工作，是本专业技术骨干。

2. 根据医院学科发展需要，对专业水平较高且具有中级专业技术职务任职资格的博士研究生，可以破格聘用。

(二) 临床、医技科室正主任除具备上述所规定的基本条件外，还应具备下列条件之一：

1. 具有正高级及以上职称，且在副职岗位有 2 年以上任职经历。

2. 如本科室正职出现空缺，对具有正高级专业技术职务任职资格、任副主任职务不满 2 年但任现职以来工作成绩突出，受同行认可、同事好评者可以破格聘用。

(三) 护士长岗位除具备上述所规定的基本条件外，还应具备下列条件：

具有主管护师及以上职称，且从事临床护理工作满 8 年以上，有较高的护理业务水平，能独立解决临床护理工作中各种疑难、复杂问题。

(四) 职能科（处）室副职除具备上述所规定的基本条件外，还应具备下列条件之一：

1. 具有大学本科及以上学历、工作满 7 年并在职能部门本岗位工作满 3 年；

2. 具有硕士研究生学历、工作满 5 年并在职能部门本岗位工作满 3 年。

(五) 提任职能科（处）室正职的，在具备基本条件和第四条（四）的基础上，具备 2 年以上任副职岗位经历。

(六) 医务处、护理部、感控处、门诊办等业务管理部门原则上应具有中级及以上专业技术职务任职资格。

第五条 破格提拔。中层领导干部应当逐级提拔。若有特别优秀或工作特殊需要的干部，可以突破任职年限、职称或级别破格提拔。

破格提拔的优秀干部，应当政治过硬、德才兼备、群众公认度高，且符合下列条件之一：在关键时刻或者承担急难险重任务中经受住考验、表现突出、作出重大贡献；在条件艰苦、环境复杂、基础差的地区或者单位开展支援、帮扶等工作，实绩突出；在特殊专业、特殊岗位或

重要专项工作中发挥关键、核心作用。

第三章 中层干部选拔任用方式

第六条 中层干部选拔任用方式一般分为聘任、选任和竞聘。其中，行政职能部门（除群团组织）中层干部及医疗、医技科室主任适用聘任制；工会、团委、妇委会中层干部适用选任制，换届时按照各自的选举条例或章程选举产生，并呈报上级组织审批后由医院党委任命；临床、医技科室副主任及护士长岗位实行竞聘。

第四章 中层领导干部选拔任用程序

（一）一般程序

第七条 分析研判和动议。党委组织部门根据医院工作需要和中层领导干部队伍建设实际，提出干部选拔任用初步建议，向党政主要领导汇报，在一定范围内进行沟通酝酿，并对初步建议进行完善。报院党委审批，研究确定初步人选。

第八条 民主推荐。包括会议推荐（无记名方式）和个别推荐（实名制方式），并向纪检监察室征询初步人选意见。将推荐情况向院党委进行汇报，确定拟聘任人选，并发布考察预告；

第九条 组织考察。医院成立考察组，由两名以上成员组成。考察组负责人应当由思想政治素质好，具有丰富工作经验并熟悉干部工作的人员担任。

依据任职资格条件和岗位职责要求，全面了解考察对象德、能、勤、绩、廉等方面情况，实事求是、客观准确地作出评价，防止“带病提拔”。

第十条 讨论决定。党委组织部门负责人将组织考察情况，向院党委（扩大）会汇报，经过集体讨论做出任用决定。

第十一条 任前公示。将拟任名单在全院进行公示，公示期为5个工作日。

第十二条 任前谈话。医院党委指定专人对决定任用的干部进行谈话，提出要求和需要注意的问题。

第十三条 任职。拟任名单公示无异议后，由院党委正式任命。任职时间自党委会决定之日起计算。

（二）竞聘上岗程序和要求



实行竞聘上岗的领导岗位，应当在相应岗位选拔任用基本条件基础上，根据竞聘岗位、专业特点及科室实际情况，制定竞聘上岗实施方案，对竞聘岗位及职数提出明确要求。凡符合条件的人员均可报名，人数和比例不作具体要求。竞聘上岗设置的资格条件如有特殊要求的，应由党委会集体研究决定。

坚持组织把关，突出政治素质，统筹专业能力、工作实绩和一贯表现。通过竞聘上岗产生拟聘任人选，进入组织考察程序。

第五章 中层干部管理

第十四条 党委讨论决定干部任免事项，参会成员不得低于应到会成员的三分之二。

第十五条 党委讨论破格提拔、受处分干部重新使用以及涉及领导配偶、子女及身边工作人员调整等，需重点说明汇报。

第十六条 由非领导职务转任同级领导职务的，转任前需要进行考察等程序。

第十七条 新提拔的非选举产生的中层领导干部实行试用期制度，试用期为一年。试用期满考核合格方可正式任职；考核不合格的，可视情况延期转正或免去试任职务，按照试任前职称或者职务层次安排工作。

第十八条 中层干部实行任期制，每届任期3年（以试用期满考核合格正式任职之日开始计算）；届满时，由医院组织部门对其任期内工作进行考核，考核合格者报医院党委会研究同意、公示无异议后，继续聘任。人、财、物等关键岗位的主要负责人实行轮岗交流制，同一岗位一般不超过2届。

第十九条 中层领导干部有下列情形之一的，一般应当免去现职：

- （一）达到退休年龄界限的；
- （二）受到责任追究按相关规定需要免职的；
- （三）不适宜担任现职应当免职的；
- （四）因违纪违法应当免职的；
- （五）辞职或者调出的；
- （六）非组织选派，个人申请离职学习期限超过一年的；
- （七）因健康原因，无法正常履行工作职责的；

(八) 因工作需要或者其他原因应当免去现职的。

第六章 纪律和监督

第二十条 选拔任用中层领导干部，必须严格执行本办法的各项规定，并遵守下列纪律：

(一) 不准超职数配备、提拔中层领导干部；

(二) 不准违反规定程序动议、推荐、考察、讨论决定任免干部，或者由主要领导成员个人决定任免干部；

(三) 不准私自泄露研判、动议、民主推荐、民主测评、考察、酝酿、讨论决定干部等有关情况；

(四) 不准在干部考察工作中隐瞒或者歪曲事实真相；

(五) 不准在民主推荐、民主测评、组织考察和选举中搞拉票、助选等非组织行为；

(六) 必须严格审核和鉴别档案信息，对档案存在严重问题、不符合任职条件资格的，对私自涂改档案、弄虚作假的，不予提拔任用；

(七) 党委及其组织部门讨论干部任免，涉及与会人员及其亲属的，本人必须回避；考察组成员在干部考察工作中涉及其亲属的，本人必须回避。

第七章 附则

第二十一条 本办法由医院党委办公室负责解释。

第二十二条 本办法自发布之日起开始施行。

文件名称	医德医风管理制度				
文件编号	A02-ZD-027-01		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

医德医风管理制度

一、为加强医院医德医风建设，完善医德医风日常考核管理，贯彻落实国家和省市卫健委对医德医风工作要求，根据《河北省医务人员医德考评实施细则（2013）》及相关医疗卫生法律法规，结合医院实际，制定本制度。

二、医德医风建设工作实行院科两级管理，院领导小组负责全院医德医风建设工作。下设办公室，由相关职能科（处）室负责人组成，负责全院医务人员医德医风情况的检查和全程监管；各科室主任为本科室医德医风建设工作的第一责任人，成立科室医德医风管理组织，负责本科室医德医风监督考评工作。设考评员一名，负责收集本科室医务人员日常检查加、减分相关资料，并及时进行登统，为医德考评提供真实、客观依据。

三、医德考评按照医院制定的《医务人员医德考评实施方案》执行，坚持季度统计、半年考核与年终总评相结合，定性考评和量化考核相结合，纳入医院医德考评管理体系，实行信息化管理。

四、利用患者满意度评价系统、住院患者（家属）座谈会、出院患者电话回访、公开监督电话和意见箱、意见簿、承德市广播电台“百姓热线”栏目等多种途径，加大医德医风建设监督力度。

五、对全体员工定期开展医德医风教育，对党员领导干部开展警示教育，对新入职员工、关键岗位人员、窗口服务人员开展有针对性的医德医风教育。

六、实行医德考评结果共享机制。医德考评要与医务人员的年度考核、岗位聘用、晋职晋级、评先评优和绩效工资、定期考核等挂钩。

1、作为年度考核的重要依据。医德考评结果为良好及以上的，方有资格在年度考核中评为“优秀”。医德考评结果为较差的，年度考核即认定为“不合格”。

2、作为评优评先的重要依据。医德考评结果为良好及以上的，方有资格参加各级各类

奖项的评选或推荐。

3、作为职称晋升的重要依据。近五年内医德考评结果均为良好及以上的，方有资格申报。

4、作为职称聘任的重要依据。在现专业技术职务聘任年限内，年度医德考评结果为“较差”的，不予聘任。

5、作为选送医务人员外出进修的重要依据。近三年医德考评结果均为良好及以上的，方可作为选派外出进修人员。

6、作为医师定期考核的重要依据。考核周期内，有一次以上医德考核结果为“较差”的，即认定为考核不合格。

7、作为中层领导干部任职的重要依据。医德考评结果为良好及以上的，方可作为中层领导干部考察、任命的对象；中层领导干部在任职期间，医德考评结果为“较差”的，医德考评委员会将提请医院党委免去其行政职务。

七、医德档案由医院集中管理，记录每位医务人员的患者满意度、半年考核得分和年终考评结果。

文件名称	医德医风考评制度				
文件编号	A02-ZD-028-01		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

医德医风考评制度

一、考评组织机构

(一) 医德考评委员会：党委书记、院长任组长，其他党政班子成员任组员，具体领导医务人员医德考评工作。

(二) 医德考评办公室：设在党委办公室。党委副书记兼任组长，党办公室、组宣处、医务处、护理部、监察室、质控办、人事处、药剂科、医患办、科教处、感控处、财务处、医保及收费管理办、医疗服务办、门诊办、病案室等职能科室负责人任组员。其中，党委办公室负责制定年度医德考评计划，组织、协调日常考评工作；各相关职能科室负责相应内容的考评。

(三) 科室医德考评小组：参评科室主任（科长）任组长，副主任或护士长及业务技术骨干任组员，并明确一名考评员。负责做好本科室日常考核工作，科室考评员具体负责医务人员医德考评情况的日常登统和汇总工作。

二、考评范围

临床、医技科室医务人员及窗口服务人员。

三、考评方法

医德考评坚持季度统计、半年考核与年终总评相结合，定性考评和量化考核相结合，实行电子医德考评档案管理。

(一) 季度统计：利用患者满意度评价系统真实反映出每季度患者满意度评价情况，评价数据自动生成并传至医德考评系统，记入医德考评量化评分表。无患者满意度评价器或患者满意度评价器发生故障的科室，可采用电话回访系统进行统计。

(二) 半年考核：

1、在每半年结束后 10 日内，科室考评小组根据日常统计和医务人员日常医德表现，按照医德考评量化评分标准，将每位医务人员的半年得分情况记入医德档案。

2、医德考评委员会办公室按照医德考评量化评分标准，对参评人员医德考评半年得分情况进行统一审查、核准，并上报医德考评委员会。

(三) 年终总评分为自我评价、科室评价、医德考评委员会评价。

1、自我评价由个人按照医德考评内容和标准，结合自己的实际工作表现，认真逐一对照检查，实事求是地进行评价。

2、科室评价在自我评价的基础上，由科室考评小组根据个人日常的医德行为、工作表现、得分情况进行客观公正地评价，并提出考评等级推荐意见。

3、医德考评委员会根据科室评价情况、考评意见，综合评定医务人员年度医德考评结果，划定医德考评等级，在医院内公示一周，无异议后，记入医德档案。

四、考评结果及其应用

(一) 年度考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。优秀等级得分为 200 分以上，占参评人数的 10% 左右，最多不超过 15%。良好、一般等次，根据实际情况确定。

(二) 考评结果共享机制。医德考评结果与医务人员的年度考核、晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。

1、作为年度考核的重要依据。医德考评结果为良好及以上的，方有资格在年度考核中评为“优秀”。医德考评结果为“较差”的，年度考核即认定为“不合格”。

2、作为评优评先的重要依据。医德考评结果为良好及以上的，方有资格参加各级各类奖项的评选或推荐。

3、作为职称晋升的重要依据。近五年内医德考评结果均为良好及以上的，方有资格申报。

4、作为职称聘任的重要依据。在现专业技术职务聘任年限内，年度医德考评结果为“较差”的，不予聘任。

5、作为选送医务人员外出进修的重要依据。近三年医德考评结果均为良好及以上的，方可作为选派外出进修人员。

6、作为医师定期考核的重要依据。考核周期内，有一次以上医德考核结果为“较差”的，即认定为考核不合格。

7、作为中层领导干部任职的重要依据。医德考评结果为良好及以上的，方可作为中层领导干部考察、任命的对象；中层领导干部在任职期间，医德考评结果为“较差”的，医德考评委员会将提请医院党委免去其行政职务。

文件名称	医德医风管理制度				
文件编号	A02-ZD-029-01		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

医德医风监管制度

一、医德医风工作实行院科两级监督管理。院级监管组由主管领导牵头，相关职能科室负责人组成。科级监管组由科室主任牵头，副主任或护士长及业务技术骨干组成。

二、利用患者满意度评价系统、住院患者（家属）座谈会、出院患者电话回访、公开监督电话和意见箱、意见簿、承德市广播电台“百姓热线”栏目等多种途径，广泛征求患者和社会各界的意见和建议，自觉接受监督。

三、通过相关职能部门专项检查、院领导非正常工作时间查房等方式，对医务人员的医疗护理服务行为进行定期检查和全程监管。

四、对存在问题的科室和个人，相关部门要调查核实，督促其制定行之有效的整改措施，并对整改落实情况进行跟踪检查；对整改不力造成严重影响的科室或个人，相关部门根据具体情况，给予不同程度的处罚。

文件名称	医德医风奖惩制度				
文件编号	A02-ZD-030-02		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

医德医风奖惩制度

为加强我院的医德医风建设，提高我院员工的职业道德素养，改善和提高服务质量，根据国家、省市卫健委医德医风的有关规定和河北省三级综合医院评审标准的有关要求，结合医院工作实际，特制定如下制度：

一、奖励

（一）突发公共卫生事件、突发重大伤亡事故、发生自然灾害以及其他严重威胁人民健康的紧急情况时，能服从命令、忠于职守、救死扶伤、作出突出贡献的；

（二）尊老爱幼、拾金不昧、勇于奉献，在社会上有影响力的道德模范；

（三）参加国家、省市级的考核考试、技术竞赛等，获得突出成绩的；

（四）认真钻研业务，将发明创造或新项目、新技术等在临床中推广且效果显著的；

（五）受到患者好评（锦旗、感谢信、出院回访表扬等），或市级以上新闻媒体表扬的；

（六）拒收患者或家属“红包”、礼品、礼金、消费卡和有价证券、股权、其他金融产品等财物的；

凡具备以上情节之一的，根据情节轻重给予不同奖励。

二、处罚

（一）严重违反医德规范要求，服务态度恶劣，导致患者投诉的；

（二）无故脱岗、酗酒上岗、旷工等违反劳动纪律，造成不良影响的；

（三）玩忽职守、推诿病人、误诊漏诊、延误治疗等，造成医疗事故或纠纷的；

（四）不服从工作调遣或临危退缩，造成不良后果的；

（五）索取或者收受患者及其亲友的礼品、礼金、消费卡和有价证券、股权、其他金融产品等财物；参加其安排、组织或者支付费用的宴请或者娱乐等活动安排的；

（六）以谋取个人利益为目的，经由网上或线下途径介绍、引导患者到指定医疗机构就



诊，并造成不良影响的；

（七）不按规定项目收费，擅自改变收费范围或增加收费频次，或直接向患者收取现金的；

（八）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药、提供虚假证明材料、串通他人虚开费用单据等手段骗取、套取医疗保障基金的；

（九）不遵守诊疗原则，开不合理处方，做不合理检查，给患者造成不必要的负担或造成医疗卫生资源浪费的；

（十）学术上不尊重他人，实行学术造假的；

凡具有以上情节之一的，视情节轻重，按相关规定给予处罚。

文件名称	志愿服务工作管理制度				
文件编号	A02-ZD-031-03		发布部门	党办公室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

志愿服务工作管理制度

为加强医院志愿者的管理，弘扬“奉献、友爱、互助、进步”的志愿精神，展现“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的医务工作者形象，构建和谐医患关系，特制定本管理制度。

一、志愿者加入承德市中心医院志愿服务队条件

- (一) 本人自愿要求加入；
- (二) 不图任何物质报酬；
- (三) 积极参加服务于社会的公益事业；
- (四) 尽其所能奉献自己的力量。

二、做好志愿服务活动的策划

- (一) 志愿服务活动由医院发起，指定一名活动负责人，做好管理工作。
- (二) 按照志愿服务项目，有计划地开展服务活动。由活动负责人根据实际情况，召集志愿者进行活动策划，制定出详细的活动方案，再组织实施。
- (三) 策划活动应考虑全面，如：活动性质，活动时间、活动地点、活动内容、参加人数、交通方式及队员可能发生的费用等。

三、志愿服务项目的申请

由科室或个人发起的志愿服务活动，需要提前一周上报党办公室，履行相关审批程序，通过后方可开展。

四、做好志愿服务活动的招募工作

(一) 活动负责人应遵循尽快的原则招募志愿者。发布活动的时间、地点、人数、活动内容及要求等事项。

(二) 也可由活动负责人根据活动要求选择参加活动的志愿者，遵循如下原则：

1. 机会均衡，尽量选择本年度内参加活动次数较少的队员。



2. 让资深队员带新队员，共同努力，提高活动质量。

3. 根据活动内容，招募具有指向性的志愿者。

五、志愿服务活动落实签到考核制度

(一) 参加活动的志愿者，必须按时到达活动地点，积极地参加活动。

(二) 到达活动地点后，本人亲自签到，并统一听从活动负责人号令。如对活动安排有任何意见或建议时，可以及时向活动现场负责人反映，但在活动现场负责人未作出新的安排之前不得擅自作主张。

六、志愿服务活动要求

(一) 遵守国家法律、法规及医院的各项规章制度，按照医院志愿者服务相关工作要求，积极主动地参加志愿服务工作。

(二) 志愿服务活动按照分工有序开展，做到各司其责，确保安全。

(三) 志愿者参加志愿服务活动，必须服从指挥，文明用语，热情大方，维护志愿者良好形象。

(四) 不利用志愿服务之便为自己或他人谋求不当利益，不得向服务对象索要签名、礼品或小费，不得擅自接受服务对象的馈赠。

(五) 如遇突发事件，在确保人身安全的前提下，按照规范的应急流程果断处置，无法处理时，第一时间向党办室汇报，注意维持正常秩序，避免事态扩大。

(六) 每次志愿服务活动结束后，要做到清理现场抛弃物，保持环境卫生。

七、落实志愿服务活动总结制度

(一) 活动结束后，负责人可在活动现场召开活动总结会，讨论分析活动中的经验不足，充分听取并记录每个志愿者提出改进的意见，不断提高活动质量。

(二) 活动总结由活动负责人上报党办室，为医院开展其他活动积累经验，提供借鉴。

(三) 活动总结必须包含以下几个要素：时间、地点、参加人数、现场负责人、活动内容、受益人数、活动时长及活动结果等事项。

八、志愿者劝退标准

(一) 因个人行为对志愿者组织造成不良影响的。

(二) 在志愿者组织内部搞不团结、制造不和谐的。

(三) 有其他影响志愿服务形象行为的。

文件名称	标识系统管理规定				
文件编号	A02-ZD-032-01		发布部门	党办室	
审核人	高晓兰	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

标识系统管理规定

为加强医院文化建设，规范医院标识系统的制作、使用和管理，塑造医院整体品牌形象，结合医院实际情况，特作如下规定。

一、医院标识展牌必须参照医院统一设计标准，设计、制作、安装，做到内容准确、通俗易懂、规范整洁。

二、由党办室负责医院标识展牌的巡查管理工作，对不符合规范和管理要求的，要责令相关科（处）室限期整改，以维护医院良好形象。

三、各科（处）室要加强对本区域标识展牌的管理，如有遗失或损坏应及时向党办室报备，以便及时维护、更新。禁止张贴临时性纸张，影响美观。

四、各科（处）室需要制作、更新标识和宣传展牌时，应填写《工作请示》，经科（处）室负责人和主管领导签字同意后交党办室。安装完成后由科（处）室负责人验收签字，履行财务付款手续。

文件名称	组织宣传处工作制度				
文件编号	A03-ZD-001-03		发布部门	组宣处	
审核人	刘岩	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

组织宣传处工作制度

一、在院党委领导下，贯彻执行中共中央办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》，持续加强医院党的政治建设、思想建设、组织建设和制度建设等，提升医院党建工作水平。

二、认真贯彻落实《党政领导干部选拔任用条例》等有关干部工作政策规定，规范开展干部考察、任免、考核、培训、竞争上岗及因公出国（境）等管理工作，并做好全院中层领导干部信息的整理汇总工作。

三、按照院党委的工作部署，开展医院精神文明建设工作，持续提高职工的文明素养和服务能力。

四、学习宣传贯彻党的路线、方针、政策，坚持正确的政治方向和舆论导向，持续强化意识形态工作，紧紧围绕党和国家工作部署及医院中心工作，开展对内、对外宣传报道及形象策划，并做好院内宣传载体（院讯、官网、显示屏、微信订阅号等）管理和建设。

五、做好组织及宣传资料档案的管理与保存工作。

六、认真完成院党委交办的其他工作任务。

文件名称	新闻发言人制度				
文件编号	A03-ZD-002-01		发布部门	组宣处	
审核人	刘岩	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

新闻发言人制度

为保证医院信息发布的一致性、准确性、权威性，让医院和社会媒体的信息沟通及时、畅通，特制定本制度。

一、医院新闻发言人一般由医疗业务副院长担任，如遇紧急特殊事件发生，可由院领导指定事件处理的主要负责人担任。

二、新闻发言内容须经党委会或院长办公会讨论通过，必要时报请市卫健委审核。

三、新闻发言人的职责。新闻发言人代表医院通过新闻发布会、通气会等形式，向记者及社会公众发布信息，包括介绍政策、通报情况、说明立场和回答新闻媒体记者提问等方式，实现医院与社会、医院与公众之间顺畅高效的沟通。

四、新闻发布的内容：

- （一）医院颁布的有关医疗、教学、科研、管理等方面的政策和规范性文件；
- （二）医院颁布的重要部门规章制度和重要行业技术标准；
- （三）医院改革与发展的重大举措及成就；
- （四）厅局级以上评定的最新医疗、教学、科研成果；
- （五）名医名科；
- （六）新技术新项目及复杂先进手术；
- （七）社会、患者关注的热点问题；
- （八）新闻媒体报道的敏感话题；
- （九）重大突发事件；
- （十）其他有必要发布的内容。

五、新闻发布的组织和开展：

- （一）新闻发布的组织由组宣处负责，严格执行新闻宣传纪律，确保真实性和权威性，



不得违反国家和医院的有关保密规定。

(二) 发布会规模适当，讲求实效，表述准确，内外有别。

(三) 医院各科室不得擅自举办新闻发布会，不得在网络媒体、论坛等媒介擅自发布与工作相关新闻稿件、消息等，严禁泄露患者隐私。

(四) 新闻发布稿件由组宣处保存归档。

六、其他工作要求：参加医院新闻发布会的记者应遵守国家的相关法规制度，会前应填写《新闻媒体采访申请表》并向组宣处提供身份证明材料及采访提问提纲。

附件

新闻媒体采访申请表

姓名		性别		媒体类别	
工作单位				联系电话	
拟采访内容					
拟提问问题					
备注					

文件名称	医疗信息、广告发布审核制度				
文件编号	A03-ZD-003-01			发布部门	组宣处
审核人	刘岩	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

医疗信息、广告发布审核制度

为加强我院医疗信息、医疗广告管理，根据《中华人民共和国广告法》、《医疗机构管理条例》等法律法规相关规定，特制定本制度。

一、按照《医疗广告管理办法》对医疗广告进行审核，同时做好广告内容的校对，严禁发布违法、违规广告。

1. 医院发布医疗广告，由组宣处按要求办理省卫健委医疗广告批文等相关手续，并负责医疗信息和医疗广告的监督管理。

2. 各科室提供的医疗信息，经科室负责人、相关职能部门负责人及主管领导逐级审核后，由组宣处统一安排在医院网站、内网、院讯、微信公众平台及院外各级媒体宣传发布。

二、各科室提供的医疗信息和医疗广告，内容必须真实、准确，表现形式不得含有以下情形：（1）涉及医疗技术、诊疗方法；（2）侵犯患者隐私；（3）保证或隐含保证治愈率、有效率等诊疗效果；（4）淫秽、迷信、荒诞；（5）贬低他人；（6）法律、行政法规规定禁止的其他情形。

三、发布信息和医疗广告的媒体，必须具备《医疗广告》资质，不得在没有资质的媒体进行发布。省卫健委要求在正文抬头与落款单位必须是全称。

四、如有未尽事宜，将按相关规定执行。

文件名称	宣传稿件审核校验制度				
文件编号	A03-ZD-004-01		发布部门	组宣处	
审核人	刘岩	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

宣传稿件审核校验制度

为提高宣传稿件编辑的规范化、制度化水平，保障医院宣传工作有序开展，根据医院工作实际，特制定本制度。

一、医院院讯每季度编印一期。每期院讯投稿时间截止到该季度第三个月10日，在此期间随时接受投稿。鼓励各科室大力宣传报道新技术、新成果、科室专家和专业特色。

二、各科室自行提供的宣传稿件，必须经过科室负责人、相关职能部门负责人及主管领导逐级审批，由组宣处统一安排在医院网站、院讯、微信公众平台及院外各级宣传媒体等予以宣传发布。

三、组宣处工作人员采访成稿，必须经过相关科室负责人、组宣处负责人及主管领导审阅同意后，选择适当的途径和方式予以宣传发布。

四、任何科室及个人不得擅自对外发布信息。

文件名称	媒体接待制度				
文件编号	A03-ZD-005-01		发布部门	组宣处	
审核人	刘岩	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

媒体接待制度

为规范媒体接待，确保所发布信息（包括文字、图片、影像等）真实、客观、准确、及时，特制定本制度。

一、新闻媒体对医院所有科室、个人或活动进行采访前，须与组宣处沟通，并获得主管领导同意后方可进行。同时组宣处派专人陪同跟进。

二、医院科室或者个人向新闻媒体提供的用于宣传报道的信息（包括文字、图片、影像等），须通过组宣处审核。

三、组宣处工作人员积极、主动配合新闻媒体采访，主动向新闻媒体发送、提供医院信息（包括文字、图片、影像等）；为来院采访的记者联系采访对象，提供采访便利、背景材料等。

四、医院重大活动、事件新闻媒体采访，须经由主管领导、主要领导批准方可进行。

文件名称	新媒体管理制度				
文件编号	A03-ZD-006-01		发布部门	组宣处	
审核人	刘岩	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

新媒体管理制度

为了加强医院微信公众平台的管理和维护，确保微信运行安全，充分发挥微信公众平台在方便病人就医、加强对外交流、树立医院良好形象等方面的积极作用，特制定本制度。

一、对外发布消息，要严格遵守《医疗广告法》的相关规定。

二、对外发布信息，须经组宣处负责人、相关科室主任和主管领导审核，以确保信息的真实、准确、及时。

三、管理员对发布的宣传信息资料进行整理编排，按照“谁发布、谁负责”的原则，对发布的信息进行严格审查。

四、微信公众平台发布的新闻和医疗信息，应确保内容客观准确、形式新颖美观。

五、医院各科室开通微信订阅号须在组宣处备案。



文件名称	摄像器材管理制度				
文件编号	A03-ZD-007-01		发布部门	组宣处	
审核人	刘岩	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

摄像器材管理制度

- 一、照相、摄像器材指定专人管理专人使用。
- 二、照相、摄像器材使用后，应及时放回指定位置，防止器材损坏或丢失。
- 三、照相、摄像器材不得擅自外借。
- 四、照相、摄像器材由专人定期进行保养和维护。
- 五、摄取的资料应及时整理，并编写全引目录及时归档。

三、群团工作

文件名称	职工代表大会制度				
文件编号	A17-ZD-001-02		发布部门	工会	
审核人	高利国	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

职工代表大会制度

一、职工代表大会（以下简称职代会）是促进全院民主管理制度化、规范化、科学化的组织形式，是医院民主管理和民主监督的权力机构。职代会代表由民主选举产生，实行任期制。

二、职代会每年召开一次，特殊情况可临时决定召开。

三、职代会支持院长行使职权，定期听取医院工作汇报、发展建设计划和工作总结；审议医院发展规划、重大工作决策、财务预决算报告等工作，并提出建设性意见和建议。

四、职工代表大会行使以下职权：

1. 审议建议权：定期听取院长的工作报告，审议办院方针、医院长远规划和年度工作计划，并提出意见和建议。

2. 审议通过权：审议通过医院绩效工资分配方案、劳动保护措施及其它重要的规章制度。

3. 审议决定权：审议职工福利基金使用方案和其他有关职工生活福利的重大事项。

4. 评议监督权：评议、监督各级领导。

五、工会是职代会的工作机构，负责职代会的日常工作，检查督促职代会决议的执行，主要负有以下职责：

1. 组织职工选举职工代表；

2. 在调查研究、广泛听取职工意见的基础上，提出有关职工代表大会中心议题的建议；

3. 主持召开职工代表大会；

4. 起草召开职工代表大会的方案，协同有关部门准备好提交大会讨论的文件和资料；

5. 主持主席团选举，并协助主席团做好大会的组织工作，会同有关部门起草大会决议；

6. 大会闭会后向广大职工宣传大会精神，发动职工积极落实大会所作出的决议；

7. 组织委员会检查督促大会决议、提案的执行和落实情况；

8. 接受和处理职工代表提出的申诉和建议，维护职工代表合法权益；



9. 组织对职工代表的培训，不断提高职工代表的素质。

六、职代会由职工代表组成，由各科室职工直接选举产生，实行常任制，任期五年，期满改选，可以连任。

七、职代会接受市总工会的指导和帮助。

八、职工代表大会的有关资料是职工代表大会当家作主的历史记录，由院工会负责存档保存。

文件名称	职工代表大会提案工作办法				
文件编号	A17-ZD-002-01		发布部门	工会	
审核人	高利国	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

职工代表大会提案工作办法

第一章 总则

第一条 职工代表大会（以下简称职代会）提案是全院职工通过职代会参与医院民主管理的重要形式，是医院工作实现决策民主化、科学化的重要渠道，认真征集和督办提案是职代会的一项重要工作。根据相关规定，结合工作实际制定本办法。

第二条 职代会提案是职代会代表向代表大会或工会委员会提交的合乎规范的意见、建议和方案。

第三条 职代会提案必须遵照党的路线、方针、政策和国家的法律、法令，并符合我院实际情况。职代会代表必须以严肃负责的态度行使提案权，拟定提案前应进行认真的调查研究，以保证提案质量，提案应该注重科学性和可行性，实事求是，代表广大职工的意愿，反映医院大事，反映人民群众普遍关心的问题。提案要以书面形式递交。

第四条 职代会听取和审议工会委员会关于提案工作情况的报告，听取和审议提案管理委员会关于提案审查情况的报告。

第二章 提案管理委员会

第五条 提案管理委员会在职代会主席团领导下，负责提案工作。提案管理委员会应由医院工会及本届职代会代表组成，提案管理委员会设主任一名，成员若干名。

第六条 提案管理委员会的职责

- 1、依照本办法的规定，组织征集提案；
- 2、对提案进行审查立案，协商确定承办部门；
- 3、对提案的办理工作进行检查和督促。根据实际需要，组织提案人座谈或实地考察。

对提案办理不认真或不符合要求的，向纪检监察室提交书面情况说明，督促加快处理或重新



办理。

4、提案管理委员会一般在每次代表大会召开之前，对上次职代会提案立案、研究和落实情况形成报告，准备向代表大会报告。

第七条 报告文件经提案管理委员会会议讨论通过，由主任或副主任审定、签发。

第三章 提案的要求

第八条 职代会代表必须以严肃负责的态度行使提案权，拟定提案前应进行认真的调查研究，以保证提案质量，提案应该注重科学性和可行性，实事求是，反映医院大事，反映大多数职工的心愿。

第九条 提案人

医院职代会正式代表可以个人名义或联名方式提出提案，也可以联组名义提出提案；3人以上（含3人）或代表团全体联合签名提出提案，其中1人为主提者，其余为附议者。

第十条 提案内容

1、凡属医院职权范围内需要处理或应该解决的问题，可作为提案。

(1) 有关医院改革和发展方面的建议和方案。

(2) 有关医院在学科发展、人才培养、精神文明建设、教学科研、规范化管理、后勤保障、规划与财务方面建议和方案。

(3) 涉及职工切身利益方面的建议和方案。

2、有下列情形之一的不予立案：

(1) 医院明令禁止的；

(2) 指名或不指名举报的；

(3) 为本人或科室解决个人问题的；

(4) 字迹潦草、无法辨认、内容空泛、没有具体建议的；

(5) 超出医院职权范围的；

(6) 其他不宜用提案形式提出的。

第十一条 提案格式

1、提案必须是一事一案。

2、提案应在提案工作委员会统一印发的提案表格上书写，允许另附页补充。

3、提案必须包括以下三部分。

- (1) 提案题目，即要求解决什么问题。
- (2) 情况分析，即提出提案的理由、原因或根据。
- (3) 具体建议，即提出解决问题的建议和办法。

4、提案书写必须字迹工整，符合规范。

5、每个提案人都必须亲自签名。

第十二条 提案时间

1、每年召开职代会前征集一次提案，次年（或届满）召开的职代会答复提案。

2、提案管理委员会以书面形式发布提案征集的启动和截止期限。提案征集的启动时间一般应在职代会召开的 1-2 个月之前，征集的截止时间一般应在职代会召开前的七天，以便有充分时间准备与审查汇总提案。

3、超过截止日期收到的提案，只作一般性意见和建议处理。临时突发的影响面较大的热点问题，可提交职代会代表团长会议研究解决，提出议案。

第四章 提案征集与整理

第十三条 提案征集的准备工作

- 1、召开职代会代表会议 1-2 个月前，发出提案征集通知。
- 2、规定提案征集的截止期限。
- 3、发提案表。

第十四条 提案的收集

收集提案表，并进行审核

- (1) 是否一事一案。
- (2) 提案人数是否符合第八条的规定。
- (3) 每位提案人是否是职代会的正式代表。
- (4) 提案中是否含有“情况分析”与“具体建议”部分。
- (5) 是否符合其它规范要求。对形式符合要求的提案给予初编序号，并做登记，对不



合规范的退回重写。

第十五条 提案的管理和交办

对形式符合要求的提案内容进行初审，对审查的提案进行分类。

- (1) 作为正式提案。
- (2) 作为一般性意见和建议。
- (3) 作为不予受理的来函。
- (4) 提案汇总审议后，提交医院行政相关部门办理。

第五章 提案的办理、督促与答复

第十六条 提案处理工作应当向医院党委汇报，相关职能部门积极配合落实，医院提案管理委员会要认真研究提案及时了解提案落实情况，督促承办人抓紧办理。

1、处理提案的答复意见应签署在提案处理专用纸上，并经主管院长签阅后，主办部门负责人答复提案人，然后交院工会办公室存档。

2、提案人对答复的反馈意见，可直接反映给主办部门负责人或提案工作委员会（工会）。

3、提案管理委员会综合提案办理的情况和提案人的反馈意见，向职代会报告提案的办理情况。

4、提案管理委员会可进行优秀提案评选工作，对评为优秀提案的提案人给予一定的奖励。

第六章 附则

第十七条 本办法由工会负责实施和解释。

文件名称	工会经费审查委员会工作制度				
文件编号	A17-ZD-003-02		发布部门	工会	
审核人	高利国	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

工会经费审查委员会工作制度

一、工会经费审查委员会是代表会员群众对工会各项经费的收支和财产管理进行审查监督的组织。

二、工会经费审查委员会按照国家财经政策、纪律、法规和上级工会的各项财务规定，审查工会经费的收入情况，年度预算、决算的编制和执行，确保预算经费切实、可行，决算准确。对工会每年报送的决算报表连同账册凭证以及有关资料进行审查。

三、积极配合医院工会工作，帮助做好工会经费的及时收交，确保工会活动经费的来源。

四、审查、监督工会经费支出、使用，确保经费的合理开支，防止挪用和浪费。

五、督促工会财务定期公布账目，定期向院工会会员报告财务收支情况，听取工会会员对经费使用情况的建议和要求。

六、积极协助宣传国家财经政策和上级工会财务管理制度。

七、经费审查委员会实行集体领导和民主集中制，讨论问题要充分发扬民主，决定问题由全体委员表决通过。

八、工会经费审查委员会按规定，向职工代表大会做经费审查情况的报告。

文件名称	群众工作室工作制度				
文件编号	A17-ZD-004-01		发布部门	工会	
审核人	高利国	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

群众工作室工作制度

一、建立关爱服务职工群众制度。关心关注职工群众的生产生活，从职工群众需要出发，积极协助单位党政为职工办实事，广泛开展便民利民服务，为职工群众提供政策咨询、心理疏导、权益维护等方面的服务，帮助解决医疗、社会保障等方面的困难和问题，将群众工作室打造成为服务职工群众的窗口。

二、群众工作室工作人员要坚持每周深入医疗、班组等一线科室，接近职工群众，深入了解掌握职工群众的利益诉求。

三、建立职工舆情征集反映制度。大力开展职工群众意见建议征集工作，向职工群众公开电话和办公邮箱地址，通过医院内网建言献策平台，定期向职工群众征求意见，及时汇集职工群众意见，建立起本单位的舆情档案。向单位党政报告重要情况和热点问题，重大问题随时报，并将党政办理意见及时向职工群众反馈。

四、建立职工群众反映问题包人包案制度。健全接待处理职工群众反映问题工作程序，形成统一登记、分类接谈、分类处理、回复回访等一整套顺畅的运行机制。对职工群众反映的所有问题责任到人，全程负责，一包到底。一般工作人员负责事实清楚、解决难度小的问题，单位党政工领导干部负责情况复杂、解决难度大的问题。能够解决的及时解决，自身解决不了的要拿出解决方案，积极协调有关方面共同解决，做到件件有着落、事事有回音，实现“案结事了”。

文件名称	工会工作制度				
文件编号	A17-ZD-005-04		发布部门	工会	
审核人	高利国	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

工会工作制度

一、在院党委和上级工会组织的领导下,认真贯彻执行有关工会工作的法律、法规和政策。

二、围绕医院中心工作和各职能部门工作计划,制定本部门活动规划和方案。

三、定期召开职工代表大会、工会会员代表大会,协助医院完成职代会审批及各项议程的制定与完成。广泛征集代表提案并及时统计、审查、梳理分解,认真督导落实,做好提案总结工作,促进医院的民主管理。

四、畅通民主渠道,通过职工代表大会等形式组织代表对医院的重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金的使用等广泛征求意见和提出改进建议。

五、配合助推职工职业道德建设、平安医院建设、典型培树、争先创优、教育培训、岗位练兵、技能比赛、职工健康管理等工作。

六、关心职工的生活,为职工解难事,办实事,全心全意为职工服务。

七、负责管理和建设“职工之家”,增强工会组织活力,开展丰富多彩的职工参与率高的文体活动。

八、维护职工合法权益,协调解决涉及职工合法权益的相关问题。

九、承办新会员接纳和会员关系接转工作。

十、依法管理工会经费及工会资产。

十一、完成上级工会交办的各项工作。

文件名称	团委工作制度				
文件编号	A32-ZD-001-01		发布部门	团委	
审核人	王春艳	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

团委工作制度

一、在院党委的领导下，按照《中国共产主义青年团团章》规定，建立健全共青团委员会组织机构，引领广大青年团员立足岗位、开拓进取，争做改革创新先锋。

二、完善团委系统工作机制，加强组织管理，认真落实共青团“三会一课”制度（团员大会、团支部委员会、团小组会、上团课），引导广大团员自觉履行团员义务。

三、按照上级部门的规定和要求做好团费的收缴与管理，做到及时收缴、严格管理，按规定范围使用。

四、做好日常智慧团建网站的维护，通过“智慧团建”采集团组织、团员、团干部的基本信息，实现对团员团干部的网络化管理。

五、按照“积极有计划的发展团员，向一切先进青年敞开共青团大门”的发展方针，做好团员发展工作。积极培养优秀共青团员申请加入中国共产党，为党组织不断输送新鲜血液。

六、有计划的组织广大青年团员发挥自身特长和优势，积极参加岗位练兵、技能创新、社会服务，文体展示等活动，陶冶情操，弘扬正气。

七、积极开展“青年文明号”的创建工作，巩固青年文明号成果，做好青年文明号号长、青年文明号标杆的评选申报。

八、完成院党委和上级团委布置的其他工作任务。

文件名称	妇委会工作制度				
文件编号	A18-ZD-002-03		发布部门	妇委会	
审核人	毕冀磊	批准人	胡秀芬	生效日期	2020年8月

妇委会工作制度

一、在医院党委领导下，认真宣传、贯彻、执行党的路线、方针、政策，接受上级妇联组织的业务指导，完成院领导部署的各项任务。

二、团结引导全院女职工发扬自尊、自信、自立、自强的精神，提高政治、思想、文化素质，艰苦奋斗、团结协作、努力工作、认真学习，积极加强社会主义物质文明和精神文明建设。

三、宣传、贯彻执行上级妇代会精神，完成妇联布置的有关工作。

四、保障和维护妇女儿童合法权益，推进妇女解放事业。认真做好全院妇女群众的思想政治工作，关心她们的工作、学习和生活，反映她们的意见、建议和要求，努力促进男女平等，配合和督促有关部门不断改善妇女劳动条件，帮助妇女解除后顾之忧，为妇女群众办好事、办实事。

五、关心医院女职工的业余生活，因地制宜地开展有利于妇女身心健康的文化、体育、娱乐活动。

文件名称	老干部处工作制度				
文件编号	A19-ZD-001-04		发布部门	老干部处	
审核人	郑秀芹	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

老干部处工作制度

一、认真贯彻执行党的离退休工作方针、政策，结合医院实际情况，做好离退休人员管理、服务工作。

二、负责接收已办理离退休手续的职工，掌握离退休人员的基本情况；按时完成老干部年度各类信息报表工作；负责收缴全体离退休党员的党费工作。

三、积极开展入户走访，了解老同志的所思所想所愿所盼。倾听他们的意见和要求，有明确政策规定的，紧抓快办；不符合政策规定的，耐心细致做好解释工作。

四、按照政策做好老干部的报刊订阅工作；做好离休干部药费报销工作；协助办理异地就诊的各种手续；负责离退休人员体检的组织安排工作；做好离退休人员伤亡病故的善后处理工作。

五、对生病住院的离退休同志及时探望，送去医院的关心和温暖，并做好登记工作。

六、在院党委的领导下，协助离退休党支部定期组织党员进行政治学习，引导广大老同志不忘初心，永葆政治本色。

七、定期向离退休老同志通报医院发展情况，召开座谈会，征求他们的意见和建议，及时反馈给上级领导，起到医院与离退休职工之间的桥梁和纽带作用。

八、积极助力离退休干部发挥作用，坚持自觉自愿、量力而行原则，使他们继续为党、为社会贡献智慧和力量。

九、根据现有条件，组织开展有益于身心健康、适宜的文体活动，丰富老同志的精神文化生活。

十、及时完成上级部门和医院党政领导交办的其他工作。

四、纪检监察

文件名称	党风廉政建设责任制度				
文件编号	A15-ZD-001-02		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

党风廉政建设责任制度

一、贯彻落实党风廉政建设党委主体责任和纪委监督责任，按照“一岗双责”认真执行党风廉政建设责任制。

二、党风廉政建设责任制坚持“惩防并举，注重预防”的方针，坚持党要管党，从严治党，标本兼治，综合治理，立足教育，着眼防范的原则。

三、党风廉政建设责任制实行集体领导与个人分工负责相结合，党委书记为第一责任人，纪委书记为直接责任人，一级抓一级，层层抓落实。

四、党组织要按照中央和省委、市委的有关规定和要求，把党风廉政建设作为党建工作的重要内容，与党建工作一起部署，一起落实，一起检查，一起考核。

五、对违反党风廉政建设责任制的科室和个人，实行责任追究。责任追究要实事求是，分清集体责任与个人责任，主管领导责任和分管领导责任，按有关人员的职务，违纪违法中所起的作用和应负的责任，分别给予不同的处分和处理。

六、党风廉政建设责任制每年根据党政班子分管职责，确定相关责任。

文件名称	领导干部廉洁勤政规定				
文件编号	A15-ZD-002-03		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2020年8月

领导干部廉洁勤政规定

一、在思想、政治、行动上同党中央保持高度一致，顾全大局，严守纪律，做到令行禁止。

二、坚持民主集中制的组织原则，重大问题集体讨论决定并接受群众监督。

三、克己奉公，不搞特殊，不利用职权谋私利，严格执行财务制度，勤俭节约，不铺张浪费。

四、自觉遵守组织人事纪律，在选拔使用干部、职称晋升等工作中，严格按组织原则和规定程序办事。

五、严格执行中央八项规定，遵守公务接待制度，严禁公款消费及公车私用。

六、严格执行收费标准，不违反物价政策。

七、实行院务公开，提高工作透明度，接受社会、职工的监督。

文件名称	加强领导班子廉洁自律措施				
文件编号	A15-ZD-003-03		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2020年8月

加强领导班子廉洁自律措施

一、加强学习，增强党性。在政治上同党中央保持一致，领导班子成员按时参加理论中心组学习。坚持理论联系实际，学以致用。领导班子成员要自觉参加党日活动，过双重组织生活。

二、自觉维护班子的团结统一。领导班子成员要相互信任、相互支持，遇有“棘手”问题要勇于担当，要及时沟通情况，交流思想，取得共识。按照组织原则和议事规则办事，防止“一言堂”。

三、严格要求自己，保持清正廉洁。执行中纪委、省、市委关于廉洁自律若干规定。自觉做到不经商，不从事有偿中介活动，不利用职权为亲友经商、办企业提供任何优惠；在公务活动中，不收受礼金、有价证券和贵重礼品；不以各种名目变相公费旅游，确因工作需要外出考察的，要严格履行审批手续。领导班子成员的个人重大问题要如实向上级组织部门报告。

四、政务公开，秉公办事。领导班子成员要根据分工，严格按照工作制度和办事程序行使职权，及时检查所分管工作的落实情况，并按时向组织报告自己的工作。“三重一大”相关事项必须经领导班子集体研究决定。

五、转变作风、深入基层。领导班子成员要通过各种形式及时了解群众的反映和要求。坚持院领导联系群众和行政查房等制度，对科室反映的问题要有明确答复，并有针对性做好职工的思想政治工作。精简事务性、临时性会议，严格控制外出参加会议（除上级部门召开的会议外，其他非工作会议原则上不参加）。

六、艰苦奋斗，勤俭节约。严格执行财务制度，从严掌握各项开支，重大开支项目须经集体研究决定。严格遵守公务接待及用车制度。

文件名称	党风廉政建设责任制追责问责制度				
文件编号	A15-ZD-004-01		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

党风廉政建设责任制追责问责制度

为进一步增强我院党员干部落实党风廉政建设责任制的责任感，促进尽职尽责地抓好党风廉政建设，根据上级有关规定、要求和我院关于实行党风廉政建设责任制的规定精神，特制定本制度。

一、责任追究要以《中国共产党纪律处分条例》、《中国共产党问责条例》、《关于实行党风廉政建设责任制的规定》为依据，坚持实事求是和惩前毖后、治病救人的原则，具体问题具体分析，不同情况区别对待，严格区分领导责任和当事人责任，集体责任和个人责任，直接领导责任和重要领导责任。

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

三、责任追究的形式

- （一）诫勉谈话；
- （二）通报批评；
- （三）纪律处分；
- （四）组织处理；
- （五）涉嫌违法犯罪问题移送检察机关依法审查起诉。

四、责任追究的认定

（一）领导责任认定

凡属下列情况之一的，不仅要追究具体责任人责任，同时追究领导责任。

1. 问题发生前，未开展有关教育，制度不健全，防范措施不力。对科室监督管理不到位，廉政建设情况掌握不够，对苗头性、倾向性问题处理不及时、不严肃。

2. 对科室发生的违纪问题不查不究，甚至隐瞒、庇护。

（二）直接责任认定

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

2. 由科室集体研究决定而发生问题的，由科室主要负责人负直接领导责任。

3. 由个人决定或批准而发生问题的，决定或批准人负直接领导责任。

五、责任追究的程序和办法

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

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

（三）依照本办法需要给予领导干部责任追究的，诫勉谈话由院纪委报请党委同意后直接实施；其他组织处理措施由院纪委提出建议后报党委集体研究决定，按照规定的权限和程序处理，涉嫌违法犯罪的，移交司法机关追究刑事责任。

（四）受到责任追究的当事人，一律取消当年评选各类先进和优秀的资格。

六、责任追究的监督

院纪委负责对本制度执行情况的监督检查，对是否应给予责任追究提出建议。

文件名称	党风廉政建设谈话制度				
文件编号	A15-ZD-005-02		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

党风廉政建设谈话制度

为推动全面从严治党主体责任和监督责任的落实，坚持把纪律挺在前面，实践好监督执纪“四种形态”，根据《中国共产党党内监督条例（试行）》《承德市委监督执纪谈话办法（试行）》（承字〔2016〕31号）及《承德市委深入落实监督执纪“四种形态”的实施意见》（承字〔2016〕24号）等规定，结合我院工作实际，特制定本制度。

一、谈话的基本原则

抓早抓小、防微杜渐，实事求是、依纪依规，惩前毖后、治病救人，分级管理、层层负责。

二、谈话的范围

院党委、纪委、各党支部按照党员干部管理权限和“一岗双责”职责，对党员干部特别是领导干部进行谈话。

三、谈话的形式

根据不同情形采取不同形式的谈话，分为谈心谈话、廉政谈话、提醒谈话、诫勉谈话。谈话可单独进行，也可进行集体谈话。

四、谈话的具体要求

（一）谈心谈话。利用民主生活会等形式开展同志间的常态化谈心活动。党委书记与班子成员、班子成员之间、班子成员与分管部门负责同志、领导干部与普通党员干部、科室主要负责人与科室员工之间，都要经常开展诚挚、友善、和谐的谈心活动，推心置腹提醒帮助，以同志之间的日常相互提醒，不断强化纪律规矩意识。

（二）廉政谈话。廉政谈话是对领导干部“无问题”的组织谈话。通过早提醒、严要求，促使其提高廉政意识，加强廉政知识学习，自觉践行“一岗双责”，严格廉洁自律。廉政谈话分为领导干部履职廉政谈话和领导干部任前廉政谈话。

领导干部履职廉政谈话。由医院党委、纪委主要负责人每年与班子成员，各科室主要负

责人，以及重点科室、关键岗位、廉政风险点较高岗位的人员特别是党员干部至少进行一次履职廉政谈话，谈话可单独进行，也可集体实施。

领导干部任前廉政谈话。一般在干部公示期满无问题后两个月内进行，主要采取集体谈话形式，由组宣处、监察室共同组织，党委书记、纪委书记进行谈话。同时签订“新任领导干部廉洁自律承诺书”，并进行党纪政纪和廉政法规基本知识考试，分别由监察室存档。

（三）提醒谈话。对群众有举报反映但尚未造成不良影响的；或经审查未能认定，但造成不良影响的；或民主生活会、年度考核、履职述廉民主测评中满意度较低的党员干部等要进行“有反映”的提醒谈话，促使其及时警醒，知止改过。由党委、纪委主要负责人或分管领导进行提醒谈话，一般采取个别谈话方式进行。

（四）诫勉谈话。对不构成违纪但造成不良影响的；或构成违纪免于纪律处分的，或违反《纪律处分条例》《中国共产党问责条例》等相关规定但情节轻微的党员干部等要进行“有问题”的诫勉谈话，帮助其深刻反思错误，切实汲取教训。诫勉谈话由纪检监察室按程序负责组织，由相关领导一般采取个别约谈的方式进行。谈话后，向谈话对象发送诫勉书，要求其作出书面检查，15个工作日内报纪检监察室。

文件名称	纪检监察工作制度				
文件编号	A15-ZD-006-03		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2020年8月

纪检监察工作制度

一、认真贯彻执行党的路线、方针、政策和法律、法规。维护党的章程和其它党内法规及规章制度。

二、协助院党委加强党风廉政建设工作，贯彻落实党风廉政建设纪委监督责任。

三、全面履行“监督、执纪、问责”的职能。

四、加强对党员、领导干部及监察对象遵纪守法、廉洁自律、履行岗位职责的监督检查，发现问题及时给予纠正和处理。

五、及时受理党员的控告和申诉、群众对党员和监察对象的控告和申诉。

六、接待和处理群众信访、举报，按程序查处违规违纪案件。

七、负责对招工、考试、职称评定、干部选拔任用、人员录用以及基建修缮工程、设备物资采购、医药采购等招标工作实施监督监察。

八、承办党务、院务公开工作中的监督检查工作。

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

十、定期对医务人员尤其是新上岗人员进行医疗卫生法律法规、职业道德和廉洁行医等培训及警示教育。

十一、对涉嫌违纪违法人员，视其情节按程序调查处理，构成犯罪的将移送司法机关依法追究刑事责任。

十二、加强队伍自身建设，提高政治素养和业务水平，不断适应新形势的要求。

十三、完成医院党委、行政及上级有关部门交办的其他工作。

文件名称	廉洁行医管理制度				
文件编号	A15-ZD-007-04		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

廉洁行医管理制度

为加强行业作风建设，规范医药购销和医疗服务行为，依据《执业医师法》、国家卫健委《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》等相关规定，结合医院实际，制定本制度。

一、遵纪守法，依法执业，廉洁自律，恪守医德。

二、在医疗服务活动中不得索取或收受患者及亲友的现金、有价证券、支付凭证及贵重礼品。对难以谢绝的患者（家属）馈赠的钱物等，要严格按照《承德市中心医院关于退还患者馈赠钱物管理规定》执行。

三、严禁医药代表到临床科室搞促销活动。不得索要和接受医疗器械、药品、医用卫生材料等生产、销售企业或代理、推销人员以各种名义、形式给予的回扣，严禁参加其安排、组织或支付费用的娱乐活动。

四、严禁通过介绍患者到其他单位检查、治疗或购买药品、医疗器械等收受回扣或提成。

五、不准通过开药、仪器检查、化验检查及其他医学检查违规开单提成。

六、不准利用执业之便为药械商统计药品、耗材销售数量等有关信息。

七、不准违规参与医疗广告宣传和药品医疗器械促销活动。

八、诚实守信，不参与欺诈骗保。不准在国家规定的收费项目和标准之外，乱收费、重复收费，以及自立、分解收费项目和提高收费标准。科室和个人不得私自收取病人现金，截留、私分医院收入。

九、规范行医，不过度诊疗。严禁开大处方、开与患者病情无关的药物及辅助检查等。

十、遵守工作规程，不违规接受捐赠；恪守保密准则，不泄露患者隐私；维护诊疗秩序，不破坏就医公平。

文件名称	廉洁行医教育制度				
文件编号	A15-ZD-008-01		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

廉洁行医教育制度

根据国家有关法律法规、党政廉洁自律规定及《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》要求，制定本制度。

一、充分利用各支部党员活动日，学习《党章》、《廉洁自律准则》、《党内监督条例》和岗位职责等相关法律法规，不断加强党员、领导干部理想信念、优良传统和党纪政纪教育。

二、按照“一岗双责”要求、认真落实党风廉政建设责任制。领导班子成员按照主管范围抓好分管科（处）室的党风廉政建设工作，相关职能部门要对各科室廉洁自律情况进行督导检查，发现问题及时纠正。每年领导班子成员与院党委签订《落实全面从严治党及党风廉政建设“一岗双责”责任书》及《廉政承诺书》，并与分管科（处）室主要负责人签订《廉政承诺书》，层层落实责任，践行廉政承诺。

三、结合医院文化建设，大力开展廉政文化进医院活动，利用宣传栏、大屏幕、院报、局域网、医院网站、新闻媒介等多种形式开展廉设文化的宣传教育活动，使医院形成“以廉为荣、以贪为耻”的良好廉政文化氛围。

四、定期开展正面典型示范教育和反面典型警示教育活动。充分利用表彰会、演讲会、“七一”、“5、12 护士节”等表彰宣传身边的好人好事，弘扬正气、树立廉洁行医无私奉献的良好风尚。组织干部职工观看反面典型警示教育片，阅读典型案例，做到警钟常鸣。

五、对新提拔的领导干部要在任前进行岗前廉政教育谈话、签订廉洁自律承诺书、进行党纪政纪和廉政法规基本知识考试，考试不合格者将延长试用期限。对新上岗员工要进行法律法规、医德医风、廉洁自律及职业纪律等方面的岗前教育培训。

六、定期对易发生腐败或不正之风的重点岗位及人员进行有关廉洁自律方面的教育，对工作中出现问题或被投诉者，视违规情节和问题大小进行警示谈话、批评教育或党纪政纪处理。

文件名称	廉洁行医“两承诺”工作制度				
文件编号	A15-ZD-009-01		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

廉洁行医“两承诺”工作制度

为落实承德市纪委“一函两承诺”实施意见，进一步推动医院党风廉政建设，积极改善卫生行业作风，营造廉洁行医执业环境，构建和谐医患关系，经院党委研究，特制定本制度。

一、“两承诺”是指《医患双方不收不送“红包”承诺书》和《医疗机构医药产品廉洁购销承诺书》。

二、实施范围

凡住院患者，在入院时，科室均需与其或家属签订《医患双方不收不送“红包”承诺书》；凡与医院有固定合作关系的设备供应商、药品供应商、材料供应商、物资供应商，每年均需与医院签订《医疗机构医药产品廉洁购销承诺书》。

三、工作要求

（一）科室在与住院患者签订《医患双方不收不送“红包”承诺书》时，应详细向患者或家属解释承诺书内容，并留有市卫健委及市纪委信访室投诉电话。承诺书一式两份，一份入病历，一份交患者或家属留存。

（二）凡与设备供应商、药品供应商、材料供应商、物资供应商在签订业务合同时，必须签订《医疗机构医药产品廉洁购销承诺书》。承诺书上有市卫健委及市纪委信访室投诉电话。

（三）每份业务合同签订后，“承诺书”交监察室备案。

（四）监察室负责对科室签订《医患双方不收不送“红包”承诺书》及采购科室签订《医疗机构医药产品廉洁购销承诺书》情况进行定期检查、不定期抽查，对不按规定签订承诺书或有遗漏的科室，给予批评教育、勒令改正并纳入绩效考核。

文件名称	退还患者馈赠钱物管理规定				
文件编号	A15-ZD-010-02		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

退还患者馈赠钱物管理规定

为加强医疗行风建设，创建“百姓满意无红包医院”，依据国家卫健委《医疗机构从业人员行为规范》和《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》等相关规定，结合医院工作实际，特制定本管理规定。

一、医务人员在医疗服务活动中不得索取或收受患者及其亲友的现金、有价证券、支付凭证及贵重礼品。

二、医务人员对患者及其亲友馈赠的钱物应当及时退还给患者，对因各种原因未能退还的，视情况可采取以下方式：

1. 医务人员收到未能及时退还的现金或有价证券应在 24 小时内向科室领导报告。当事医务人员为科主任的向主管院领导报告（特殊情况可延长报告时间）。

2. 将未能退还的现金，一般应在两个工作日内交至科室指定人员，由指定人员代缴至患者住院押金，并将押金凭证在住院收费窗口进行复印，原件交付患者，复印件由患者（家属）签字并留下联系方式后科室登记填表，由科室主任签字后及时上报党办公室。

3. 未能转为住院押金的有价证券、支付凭证及贵重礼品，于两个工作日内上交至医院纪检监察室，由监察室登记后协助本人退还给患者，对于不能退还的，由监察室和后勤保障处共同为特困患者购买生活必需品，同时科室登记填表后于每月 26 日前报党办公室。

三、各科室要设专人管理（副主任、护士长或医德医风联络员），对退还给患者的钱物等要及时填写登记表（见附件），并协助医务人员及时退还钱物。

四、医院建立拒收“红包”公示制，每月由党办公室统计后进行全院通报表扬，每季度在医院《院讯》上公布。

五、年终由党办公室和监察室对相关数据进行统计，并将拒收馈赠钱物列为医德医风考评重要内容之一。医院设立“德艺双馨”奖（具体评比条件另行制定），对退还相关钱物的凭

证，经相关部门批准后作为“德艺双馨”奖评比的重要条件之一。同时作为科室和个人评先评优、职称晋升、干部选用的依据。

文件名称	杜绝违规统方制度				
文件编号	A15-ZD-011-01		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2020年8月

杜绝违规统方制度

为进一步加强医院行风建设，维护医院及广大医务工作者的良好形象，促进临床合理用药，降低医药费用，确实减轻患者负担，防止医药购销活动中不正之风的发生，特制定本制度。

一、“统方”是医院对医生用药信息的统计。所谓为商业目的“统方”，是指医院中个人或部门为医药经销企业或医药营销人员提供医生或科室一定时期内临床用药量、医用耗材用量等信息，供其发放回扣的行为。

二、医院严格按照上级要求，对医院各个部门通过计算机网络查询医院信息的权限实现分级管理。根据不同科室的职能，设置各科室、各岗位通过计算机网络查询信息的权限。用户名密码必须专人使用，不能泄露给他人。

三、严禁医院工作人员利用工作之便为医药经销企业或医药购销人员直接提供统方信息，或牵线搭桥，从医院其他工作人员取得统方信息，干扰正常医疗秩序。

四、建立所有对药品、高值耗材进行相关统计和查询权限、建立统计权限名册，建立查询统计审批制度和程序，工作人员只能在授权范围内查询本职责范围的信息，有效地控制药品、高值耗材的传播范围。

五、建立信息管理制度，对涉及到“统方”的相关模块，由经营信息科加强监管，并建立查询日志，进行登记（包括计算机编号、操作者代号、操作时间等），定期检查分析，发现异常统方及时向医院纪检监察室汇报，保障药品、高值耗材使用的信息安全。

六、建立教育监督制度，以防为主，对相关工作人员进行纪律教育，签订信息保密承诺书，对有条件统方的部门、岗位进行层层把关、层层监督。

七、建立药品、高值耗材购销双向承诺制和不良行为记录制度。医院与医药生产、经营单位签订《廉洁购销承诺书》，禁止违规统方行为。对从事违规统方的医院工作人员按照规定严肃处理，对要求进行统方的医药代表和医药生产经营单位列入“黑名单”，停止采购该单位药品，两年内不准其单位药物进入医院。

文件名称	院领导安全生产和医疗服务夜间巡查制度				
文件编号	A15-ZD-012-02		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

院领导安全生产和医疗服务夜间巡查制度

为牢固树立“以病人为中心”的服务理念，加强“平安医院”、“廉政医院”建设，提升服务水平，优化就诊环境，规范医疗行为，提高医疗质量，确保医疗安全，特制定本制度。

一、组织领导

巡查由纪委书记、行政副院长负责，监察室、总值班、党委办公室、后勤保障处、安全保卫处、医学设备管理处、人事处、门诊办公室等相关处（科）室人员参加。

二、巡查对象

全院门（急）诊、医技科室各服务窗口；生产及消防关键岗位；抽查2—4个病区。

三、巡查时间

原则上每月巡查一次，具体时间由主管院领导确定。

四、巡查内容

（一）查医务人员、服务窗口和重点岗位值班人员在岗情况、劳动纪律、服务态度、职业形象和医德医风情况。

（二）查诊疗环境、办公设施和基础服务设施运行情况。

（三）查消防制度落实、应急物品管理、医疗设备完好情况。

五、组织实施

（一）监察室根据院领导指示，负责组织实施夜间巡查工作。

（二）巡查过程中做好记录，针对巡查中发现的问题现场向值班人员说明并予以纠正，对于不能立即解决的问题，要提出具体的改进意见并限时整改。

（三）相关责任处（科）室要对整改落实情况进行督导检查，并将整改落实情况报监察室备案。

（四）监察室汇总巡查情况，在当月的医疗质量和患者安全持续改进例会上通报。

文件名称	重点岗位和重点人员轮岗制度				
文件编号	A15-ZD-013-01		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

重点岗位和重点人员轮岗制度

为加强党风廉政建设和行风建设工作，进一步对重点部门及其工作人员利用职务便利谋取不正当利益情况实施监控与约束，根据上级相关文件精神，结合我院实际情况，特制定医院重点岗位、重点人员定期轮岗制度。

一、轮岗对象

(一) 重点岗位：包括人事处、财务处、医学工程处、物资采购中心、后勤保障处、药剂科等部门。

(二) 重点人员：

1、以上重点岗位部门负责人。

2、会计、出纳等关键岗位人员；从事药品、医疗器械、医用耗材、后勤物资、工程物资等采购、保管人员。

3、其他重点岗位的人员。

二、轮岗年限

(一) 重点岗位部门负责人根据医院实际情况适时轮岗。

(二) 会计、出纳、采购员、库房保管员等关键岗位人员原则上每 2-3 年轮换岗位。

三、轮岗原则

坚持量才适用，效能优先，择优上岗和个人服从组织的原则。

四、具体措施

(一) 重点部门负责人轮岗由党委会或党政联席会研究决定。按干部管理规定报备。

(二) 重点岗位人员轮岗由所属科室负责人报分管领导确定。

(三) 轮岗人员必须服从组织安排，按要求做好交接工作。

(四) 发现重点岗位、重点人员存在问题和隐患的，应及时整改、调查处理。

文件名称	供应商诚信管理制度				
文件编号	A15-ZD-014-01		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

供应商诚信管理制度

为加强供应商诚信管理，净化医院工作环境，坚持受贿、行贿两方面同时抓同时管，在强化医院内部监控的同时，对供应商营销行为进行诚信管理，特制定本制度。

一、实施诚信准入制度。强化供应商资质审核，坚持集体研究决策。凡与医院建立长期相对稳定业务联系的供应商，经专门委员会论证后由医院集体研究确定。合同条款必须明确供应商要接受医院管理。

二、实施诚信承诺制度。供应商与医院签订业务合同的同时，必须签订《医疗机构医药产品廉洁购销承诺书》。每份业务合同签订后，承诺书交院监察室备案。医药代表一律不得进入我院医疗场所或私下与医务人员接触，一经发现，按照医院相关规定，立即停止该企业相关品种在我院的销售。如需要进行学术交流等活动时，必须向医院备案，未经备案的，不得开展活动。违反者，取消准入资格。

三、实施诚信评估制度。对供应商廉洁守信、依法经营情况，每年全面评估和分级排队，作为是否续签合同的重要依据。

四、实施风险预警制度。认真开展供应商产品价格监测，对出厂和销售差价较大的列为监控重点，对有问题反映的，适时组织违规违纪促销调查，实施限量、降价、暂停供应等措施，严厉打击失信行为。

五、实施诚信捐赠制度。供应商对医院的自愿捐赠资助，必须按照有关法律法规纳入集中统一管理，不得附有影响公平竞争的条件，不得与销售商品有偿挂钩。

六、实施不良记录制度。对经核实有商业贿赂行为的供应商，列入不良记录，并停止该企业相关品种在我院的销售。

文件名称	社会监督制度				
文件编号	A15-ZD-015-01		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2020年8月

社会监督制度

一、医院设立社会监督电话和意见箱。

二、利用住院患者座谈会和出院患者二级回访，广泛征求患者（家属）意见或建议，持续改进医疗服务质量。

三、医院实施下列公开制度

（一）工作人员上岗必须佩戴有姓名、照片、职称或职务内容的胸卡。

（二）公开原卫生部制订的《医疗机构从业人员行为规范》。

（三）公开主要检查、治疗、手术、住院的收费项目及标准；公开常用药品价格和自费药品品种。

（四）对住院患者实行“一日清单”，出院时出具其费用结算凭证。

（五）公开专家门诊姓名、职称、专科时间、挂号标准等。

（六）公开重大检查和手术的时间安排。

文件名称	意见箱管理办法				
文件编号	A15-ZD-016-01		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

意见箱管理办法

一、管理目的

为推进医院行风建设，提升医院管理水平，完善医院建议、意见管理体系，广泛收集职工、患者或家属意见、建议，营造开放式的管理氛围，及时发现和解决问题，提高患者满意度，结合医院实际，特制订本办法。

二、意见箱设置

院区公共场所意见箱统一制作放置，意见箱设置于内科楼，外科楼，门诊大厅及妇儿院区显著位置。

三、意见处置原则

1. 意见处理要遵循解决问题与思想疏导、教育相结合的原则。
2. 意见处理要遵循分级负责，归口处理的原则。
3. 意见处理要遵循保密原则。
4. 意见处理要遵循及时原则，解决问题和投诉一般不超过5个工作日并及时向反映、投诉人员回复。

四、意见处理流程

1. 意见箱由监察室管理，管理人员负责每月开启意见箱，并进行整理分类。
2. 对于患者对医院、科室或工作人员的意见、建议和投诉，意见箱管理人员以文字形式须将其反馈到相关科室或职能部门。
3. 相关科室或职能部门收到反馈后，须及时调查情况、并于5个工作日内将调查结果和处理意见回复给监察室，对于反应属实的问题及时整改。
4. 意见箱管理人员在《意见箱登记本》上记录意见处理情况，《医院投诉登记表》存档备案。



5. 投诉人署名留言并有联系方式，应该及时回复处理结果，对于没有署名或回复方式的留言，只做问题反映，根据具体情况处理。
6. 对意见箱中的表扬信进行汇总后报党办公室。

文件名称	院务公开监督考核制度				
文件编号	A15-ZD-017-02		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2021年12月

院务公开监督考核制度

为保证医院院务公开制度的落实，促进院务公开各项工作顺利开展，根据卫生部《医疗机构院务公开监督考核办法（试行）》（卫医政发〔2009〕122号）及《承德市中心医院院务公开实施细则》（承市医字〔2021〕60号）等文件的精神和要求，特制定本制度。

一、成立院务公开监督考核小组

组 长：纪委书记

副组长：监察室主任、工会主席

成 员：监察室、党办室、组宣处、妇委会、医疗服务中心、审计科等科（处）室组成。

监督考核小组办公室设在监察室，办公室主任由监察室主任兼任。

二、监督考核目的及原则

为推动和规范我院院务公开工作，使各责任科室更好的履行院务公开工作任务，加强对院务公开的监督考核。医院院务公开监督考核坚持客观公正、发扬民主、注重实效的原则。同时，逐步建立健全行政监督与职工监督，内部监督与社会监督相结合的院务公开监督体系，不断改进工作作风，实现工作的透明、廉洁、高效。

三、监督考核内容

院务公开监督考核内容主要包括需向社会公开的医院概况、环境、行风廉政建设及医疗服务等。需向患者公开的服务告知、服务价格及收费等。需向内部职工公开的有关医院改革发展的重大事项决策，重要人事任免，重要项目安排，大额度资金使用等“三重一大”制度落实情况，业务及人事管理等。

四、监督程序及方式

院务公开监督考核包括日常监督和定期考核。日常监督采取定期检查（一般每季度一次）、随时抽查相结合的方式，也可与其它的督导检查合并进行。定期考核每年进行一次，采取实



地考核、综合评议等方式。

五、监督考核小组职责及科室分工

(一) 监督考核小组通过查阅各责任科室上报至院务公开工作领导小组办公室(院办公室)的《院务公开报审表》，对照报审表，实地查看公开情况，对院务公开内容的真实性、公开时间的及时性、程序的规范性等进行监督考核。同时，在报审表院务公开监督小组意见一栏填写监督考核结果。

(二) 鼓励职工监督院务公开工作。工会要将院务公开工作纳入职代会议题，监督考核小组成员每年要参加工会组织的职工代表大会，通过职代会、职工座谈会广泛收集本院职工对院务公开的意见及建议，并及时向院务公开领导小组反馈。

(三) 定期开展院务公开工作满意度测评，对院务公开作出客观评价。一是工会负责对本院职工进行院务公开工作满意度问卷调查(每年一次)。二是医疗服务办(患者回访中心)通过公休座谈会和出院患者二级回访征求住院患者及出院患者对院务公开的意见和建议，同时对住院患者进行院务公开工作满意度问卷调查(每半年一次)，定期进行满意度汇总。以上各科室问卷调查表或汇总情况要及时交予监督考核小组备案。

(四) 通过对外公布的投诉电话、意见箱等受理群众投诉举报由监察室负责，汇总后交监督考核小组备案。院务公开工作的“社会监督和评价”由上级卫生及相关部门负责。

(五) 监督考核小组对监督考核情况(职工、患者提出的意见和建议及满意度测评结果、受理投诉情况等)定期进行汇总，对存在的问题提出整改意见及时反馈给院务公开工作办公室责令整改。有疑难问题，上报院务公开领导小组，以得到工作持续改进。

六、监督考核结果评定及奖惩

医院将院务公开工作纳入医院年度总体目标，作为考核评定科室工作成绩和党风廉政建设监督检查的重要内容，同时也作为干部提拔、职工年度考核的参考意见。

在院务公开工作考核中，被评为优秀等次的科室作为年终评优评先重要依据之一；对考核不合格的科室予以通报批评，主要负责人年终考核不能评为优秀等次；对违反院务公开有关规定且造成较大负面影响的，对当事人及所在科室主要负责人进行批评训诫，情节严重的予以行政处分。

文件名称	纪检监察信访举报处理及案件查办工作制度				
文件编号	A15-ZD-018-01		发布部门	监察室	
审核人	唐桂华	批准人	姜东明	生效日期	2020年8月

纪检监察信访举报处理及案件查办工作制度

一、认真接待和查处群众信访举报，对来信、来访、来电的投诉者要热情接待，做好详细记录。

二、对于群众咨询的问题要诚恳对待，认真解答。属于本部门职责范围的问题要做出解答，其它问题要与相关科室负责人沟通解决。

三、妥善解决初信初访，最大限度地减少重复信访和越级信访。

四、对一般的来信、来访，视情节在当日或次日给予答复，重要的来信来访，要及时登记并请主管领导阅批，按阅批意见及时查办。

五、对实名举报和上级转办、要结果的信访举报，要按程序、时限给予办理和答复。对匿名举报的问题，视反映问题的情况和可信度确定调查处理。

六、对群众反映的热点、难点问题特别是重要的信访案件要及时上报主管领导、院长和上级纪检监察机关批准是否进入案件查办程序，如初步核实、立案、调查、审理等程序。必要时主管领导要亲自协调、督促办理或亲自查办。

七、办案人员要严格遵守办案纪律，严格依法依纪办案，对举报人的姓名、工作单位、家庭住址等有关情况及举报的内容必须严格保密。违反制度要进行责任追究。

八、对群众投诉的问题，视情节及时给以处理后，向相关部门和领导及举报人反馈结果、征求意见，并向科室送达《投诉问题整改反馈表》，以保证工作的持续改进。

五、院务管理

文件名称	院长办公会议议事规则				
文件编号	A01-ZD-001-03		发布部门	院办公室	
审核人	李建华	批准人	胡秀芬	生效日期	2021年12月

院长办公会议议事规则

第一章 总则

第一条 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》、《河北省加强公立医院党的建设实施办法》、《河北省人民政府办公厅关于印发建立现代医院管理制度实施方案的通知》、《承德市加强公立医院党的建设工作的实施意见》等有关规定，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，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，制定落实党委决议的有关措施。

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；落实医药卫生体制改革各项任务；医院医疗、科研、教学、行政管理工作中的重大事项；讨论提出基本管理制度和重要规章制度的制定、修改和废止，讨论决定医院医疗、教学、科研、行政管理工作的其他管理制度；医院年度绩效考核目标制定、下达及考评有关事项；医院重要活动实施方案。

(三) 讨论提出拟提交党委会讨论决定的人事方案：职称评聘、常规晋升晋级及日常人



员招用、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、安全医疗、药事质控、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、科研学术交流工作等科研相关工作。

（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）讨论决定我院涉及金额在 10 万至 30 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 院长办公会由院长根据工作需要确定召开时间。如遇重大或急办事项，可由院长临时决定开会时间。由院长办公室拟制会议通知（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领导班子成员，纪委书记列席会议，其他党委委员可视议题情况列席。专题研究时，有关职能科室、群团组织负责人等可列席会议。

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，应有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，如分管领导因故缺席，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，会中议题集中，会后检查落实”的程序，确保会议质量和议事效率。

第十条 会议议题由院长、分管领导或职能科（处）室提出，由院长最后确定，原则上不临时增加议题，如确有需要，应征得院长同意。

第十一条 会议议题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，会后交院长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。

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 院长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院长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。院长办公室负责督办、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，通过医院内网、院务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 本议事规则基本要求由党委办公室负责解释。

文件名称	院长行政查房制度				
文件编号	A01-ZD-002-03		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

院长行政查房制度

一、院长行政查房，根据工作需要不定期进行。由院办公室负责组织和督导，院长或副院长主持，相关职能科室负责人参加。

二、行政查房重点检查医疗、护理、教学、科研、医院感染、后勤保障、服务质量、科室管理等工作情况和管理环节、医护环节急待解决的问题。

三、行政查房前，相关职能科室要对被查科室工作进行评价分析，做好准备。

四、院办公室详细记录查房情况，对于查出的问题，能解决的现场解决，不能解决的提出解决方案，由分管职能科室协调解决。

五、查房结束两周后，被查科室要将书面持续改进材料报院办公室，由院办公室呈报院长和主管院长。

文件名称	总值班制度				
文件编号	A01-ZD-003-01			发布部门	院办公室
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

总值班制度

一、院办公室负责总值班排班、调班等日常管理工作。

二、总值班人员为各职能处室处长（主任）、副处长（副主任）。

三、总值班有权限按照《总值班工作流程》负责协调处理非正常工作时间的全院医务、行政等各类临时和应急事务，及时传达、处理上级指示和紧急通知，签收上级文件，承接未办事项，按照职责和程序启动并执行各类应急预案。

四、总值班人员须按时到总机室进行交接班，详细填写值班日志。总机室人员负责监督值班人员到岗签到、值班日志交接及当班时间的提醒。

五、值班期间发生的各项事务要及时处理，未办结事务要向下一班交接，保证衔接办结；应到现场处理的事务必须到场处理，不得以任何理由推诿或延误。

六、值班期间要严格落实重大事项请示报告制度，重要事务除交班外还须向主管院领导和院办公室报告。

七、总值班期间必须在岗，保持通讯畅通，遇到现场处理事务时须将总值班电话呼叫转移至总机室。认真履行职责，严禁脱岗，未经院办公室同意不得擅自替班、换班，不允许非总值班人员替班。

文件名称	例会制度				
文件编号	A01-ZD-004-03			发布部门	院办公室
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

例会制度

一、院长办公会：院长办公会由院长根据工作需要确定召开时间，由院办公室拟订会议通知（开会时间、地点、参加人员范围、研究议题等），并通知参会人员。院长办公会由院长主持，如院长因故不能到会，可委托一名副院长主持。院长办公会参加成员为医院行政领导班子成员，纪委书记列席会议，其他党委委员可视议题情况列席。专题研究时，有关职能科室、群团组织负责人等可列席会议。院办公室做会议记录并负责督导落实。

二、院周会：会议原则上每月召开一次（如遇特殊情况可随时召开）。由院长或委托一名副院长主持，传达上级指示精神，总结和部署重点工作。全院中层及以上领导干部参加会议，由院办公室整理要点并督导落实。

三、多部门联席会：根据工作需要，召开多部门联席会议（如职能部门间、院-科间、临床-护理、临床-医技间等），建立沟通协调机制。为保证联席会议质量，凡提交联席会议讨论的问题，事先做好充分准备，必要时进行调查研究，提出解决问题的一个或多个方案，经分管领导同意后，提交联席会议讨论，经会议讨论后形成决议。联席会议由发起科室组织并负责记录，对落实情况向有关领导反馈。联席会议决定的事项，所有成员都必须坚决落实执行。

四、住院患者（家属）座谈会：由医疗服务办公室主任主持，每月组织一次，相关职能科室负责人和住院患者（家属）代表参加，听取并征求患者及家属的意见建议，相互沟通，增进了解和信任，改进工作。

文件名称	医院办公室工作制度				
文件编号	A01-ZD-005-03		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

医院办公室工作制度

一、落实医院应急管理工作，不断提升全院内、外及各部门、各科室协调联动能力和应急处置能力。

二、认真执行国家政策，加强“三公”管理。

三、做好会议管理工作，对会议决定及工作安排认真督导落实。

四、加强医院公务车辆管理，确保安全规范。

五、做好医院通讯管理工作，保障通讯畅通。

六、做好印鉴的保管、使用管理。

七、处理来信来访，负责外来办事人员的接洽，安排参观访问，接待来访等工作。

八、加强医院档案管理工作。

九、做好医院文件起草、审核、印发及上级来文的收发、传阅和督办。

十、协助院领导具体办理日常行政事务，信息上报和反馈，完成院领导临时交办的各项工作。

文件名称	督查督办工作制度				
文件编号	A01-ZD-006-01		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

督查督办工作制度

为强化责任意识、改进工作作风、提高履职能力，建立健全行为规范、协调有序、运行高效的管理机制，加强督促检查，使督查督办工作实现制度化、规范化、程序化，保证医院各项工作落实，特制定本制度。

一、原则

（一）依法依规。依照相关法律法规和医院规章制度，按照程序开展督查督办工作。

（二）实事求是。坚持从实际出发，认真调查研究，全面准确掌握情况，客观公正地反映督查督办事项。

（三）注重实效。着眼于决策的落实和问题的解决，保证质量和效果，按时完成督查督办工作，并有明确的办结结论。

（四）突出重点。对重要任务和重点部署进行立项督办；对紧急事项要限时跟踪督办；对长期性工作要分阶段督查督办。

（五）分工协作。按照职责分工、分级负责、归口管理、整体协作、形成合力。涉及多部门协作的督办事项要明确牵头处室及人员。

二、范围

全院各科（处）室及工作人员。

三、内容

（一）上级各类决策部署和文件精神落实情况。

（二）医院重大战略决策、重点工作目标和要点的执行情况。

（三）医院党委会、院长办公会、专题会会议议定事项落实情况。

（四）领导批示件或临时交办事项落实执行情况。

四、组织



(一) 党委办公室、医院办公室是医院督查督办工作的执行部门，在主要负责人领导下按照职能进行医院督查督办工作的组织、指导、协调和检查。

(二) 各职能处室主要负责人是本处室办理医院督办事项的第一责任人，对承办的督办事项负总责。

五、程序

(一) 督查督办事项的提出：

由党委办公室、医院办公室按照督查督办内容及时分解立项、登记；对未按时限和质量要求完成的事项提出拟办意见，报请主要负责人批准后下达《督查督办事项表》。

(二) 督办事项的办理。

承办处室接到督办任务后，必须在要求时限内完成。未办结的要向党委办公室、医院办公室说明原因和提出意见。如遇自身无法解决的问题，要及时报请分管领导协调。

(三) 督办事项的催办。

督查督办事项下达后，党委办公室、医院办公室要及时跟踪催办，确保工作进度和质量。对重要事项，党委办公室、医院办公室要组织有关部门和人员深入调查，准确掌握情况，并及时向主要负责人报告、请示。

(四) 督办事项的反馈。

承办处室要按时反馈办理情况，办理结果以书面形式（或电子版）报送党委办公室、医院办公室，党委办公室、医院办公室进行梳理汇总，向院领导报告结果。

(五) 督办事项的归档

党委办公室、医院办公室对办结事项及时销号，要建立台账，做好汇总归档工作。

六、时限

根据督办事项难易程度、实际条件、具体要求规定办结时限。

七、追责

(一) 承办处室对督办事项敷衍应付，工作不力，未按时限、质量和要求完成的，医院进行全院通报批评，并由分管院领导对承办处室负责人进行约谈。

(二) 承办处室对督办事项推诿、拒办或严重失职、玩忽职守造成重大损失和严重后果的，将对相关处室及其责任人依法依规追究相应责任。

八、附则

- (一) 本制度自印发之日起实施。
- (二) 本制度由党委办公室、医院办公室共同负责解释。

文件名称	请示报告制度				
文件编号	A01-ZD-007-02		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

请示报告制度

一、请示报告内容

凡有下列情况，必须及时向有关行政职能部门及院领导请示报告：

（一）凡有重大突发事件、严重工伤、重大交通事故、大批中毒、甲类传染病及必须动员全院力量抢救的病员时；

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

（三）紧急手术而病员的单位领导和家属不在场和接诊“三无”时人员；

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

（五）收治涉及法律和政治问题以及有自杀迹象的病员、可能存在重大医患纠纷隐患时；

（六）重大经济开支报批时；

（七）增补、修改医院规章制度、技术操作常规时；

（八）工作人员因公出差、进修学习、院外会诊、接受院外任务时；

（九）特殊时期举办或参加学术会议等。

二、请示报告的程序

（一）请示报告按照逐级上报的原则办理；

（二）请示报告由相关科室以书面形式报告主管职能处室，主管职能处室负责人签署处理意见，报主管院长、院长批准后，方可办理；需要向上级报告的，应在医院办公室履行登记盖章手续后，向上级请示、报告。

（三）报送上级的请示报告由院办公室统一登记留存，并督导落实。

（四）发生重大紧急事件、事故或突发卫生公共事件等需要医院紧急处理、救治的，知情科室要立即报告相关职能处室（正常工作时间）或医院总值班（非正常工作时间），由职

能处室或总值班向主管院长或带班院领导报告。

（五）凡紧急重大突发事件，由院领导确定主管职能处室负责处理并起草上报材料，上报前履行院领导审批、办公室登记盖章手续，必须在紧急重大事件规定的 2 小时内向行政部门报告。

文件名称	来电来信来访接待制度				
文件编号	A01-ZD-008-03		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

来电来信来访接待制度

一、处理群众信访遵循的原则：以事实为根据，以国家政策和法律法规为准则。

二、对人民群众来信、来电由专人拆封、登记和接听、记录，送交院办公室主任阅后，提出拟办意见，送有关部门承办。

三、接待群众来访热情诚恳，认真填写来访者登记簿、记录来访内容，并按照职责解答承办。

四、对重要人员、重大问题的来信或来访，按照对口接待和公文处理程序办理，由主管院领导阅处，并做好接待和督办。

五、对上级机关交办的信访问题，按照公文处理程序办理，并及时上报处理情况。

文件名称	应急管理制度				
文件编号	A01-ZD-009-01		发布部门	院办公室	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

应急管理制度

为进一步提高医院应急反应能力，建立健全应急响应机制，有效预防、及时控制和消除紧急事件的危害，避免和减少人员伤亡，努力提供快速、有序、有效、安全的医疗急救服务，切实保障人民群众身体健康和生命、财产安全，根据《国家突发公共事件总体应急预案》、《河北省人民政府突发公共事件总体应急预案》等文件要求，结合医院实际，特制定本工作制度。

一、成立组织机构

医院突发事件应急工作领导小组（以下简称“领导小组”）是医院突发事件应急工作的最高领导机构，实行党委领导下的院长负责制，全面负责突发事件的应急管理工作。

组 长：院长 党委书记

副组长：分管应急办和分管医疗院领导

成 员：其他分管院领导

领导小组职责：领导指挥全院突发事件应急响应工作，组织对其他突发公共事件的医疗援助；拟定卫生应急工作措施并组织落实。负责指导、审核部门制定医院各级各类应急预案，督导应急管理工作，完善监测、预警指挥决策系统。适时向市卫健委提出启动应急预案的建议，并根据市卫健委决定组织实施，在应急响应状态下转为“应急救治指挥部”。负责组建医院专家咨询委员会和卫生应急队伍，检查、督导培训和演练，提高队伍的整体救治能力。根据突发公共卫生事件信息管理和发布标准，协调有关部门及时向市卫健委上报公共卫生事件信息；加强突发公共卫生事件知识的宣传教育。负责卫生应急救治工作的资金保障、物资储备；接受院内外援助。积极开展卫生应急科学研究，广泛开展交流与合作，推进卫生应急体系建设。

领导小组下设应急工作办公室（应急办）在院办公室，主任由院办公室主任兼任。成员由医务处、护理部、感控处、门诊办、医学工程处、后勤保障处、安全生产办、信息中心、安全保卫处、物资采购中心、药剂科、党办室、组宣处、质控办、人事处、监察室负责人及应急

办其他负责人组成。

应急办职责：在领导小组领导下负责应急工作的综合协调，应急信息的收集、汇总、上报及传达。定期组织开展灾害脆弱性分析，形成灾害脆弱性分析报告。修订相应预案，对各应急预案落实情况进行督导检查，编制应急预案手册并持续完善。

二、建立健全医院应急预案体系

1. 突发公共事件总体应急预案。总体预案是我院应急预案体系的总纲，是我院应对各类突发公共事件的规范性文件。

2. 突发公共事件专项应急预案。专项应急预案主要是我院及有关部门为应对某一类型或某几种类型突发公共事件而制定的应急预案。

3. 突发公共事件部门（科室）应急预案。部门（科室）应急预案是相关部门（科室）根据总体应急预案、专项应急预案和部门（科室）职责为应对突发公共事件制定的预案。

总体应急预案由领导小组研究编制，并对各专项应急预案进行审核，制成《应急手册》；各专项应急预案由职能处室按照职责范围编制，并报领导小组审核；各科室应急预案由各科室自行制定，相关职能科室应给予指导、审核。各类应急预案将根据实际情况变化及时修订。

三、各成员单位职责

领导小组成员科室在领导小组及应急办领导下开展本科室工作，具体职责为：

（一）院办公室职责：

1. 协助做好突发公共事件应急处理的综合协调工作。
2. 保证医院总值班工作制度和职责的落实。

（二）医务处职责：

1. 负责组织救灾、反恐、中毒、各类传染病和放射事故等突发公共事件中伤亡人员的医疗救治工作。
2. 负责组织医院突发公共事件应急救援队伍，调配各专业医疗人员。
3. 定期对应急救援队成员开展突发事件应急处理相关知识、技能的培训，推广最新知识和先进技术，提高队伍整体应急处置能力。

4. 负责医院卫生应急预案和本部门各类应急预案的制定、培训和演练工作。

（三）护理部职责：

1. 负责组织应急事件医疗救治中护理人员的调配。

2. 负责护理人员的突发公共事件护理技术、消毒隔离技术及护理安全的培训工作。
3. 配合医务科组织的应急队伍演练，加强医护配合。
4. 负责本部门各类应急预案的制定、培训和演练工作。

（四）感控处职责：

1. 在突发事件中负责指导、监督医院内现场控制、消毒隔离、个人防护、医疗垃圾和污物处理工作，防止院内交叉感染和污染。
2. 负责传染病疫情各类数据的收集和上报，加强网络直报工作的管理。
3. 负责突发公共卫生事件流行病学的相关信息收集，对确诊的突发公共卫生事件按上报流程进行上报。
4. 协助上级卫生行政部门开展突发公共卫生事件的流行病学调查。
5. 负责与上级卫生行政部门沟通联系，执行上级指令。
6. 负责本部门突发事件应急预案的制定、培训和演练工作。

（五）门诊办职责：

1. 协助组织应急事件的医疗救治，负责门诊区域的布局、工作流程、人员安排。
2. 负责本部门各类应急预案的制定、培训和演练工作。

（六）药剂科职责：

1. 负责制定卫生应急药品的需求计划和储备计划。
2. 制定应急药品的管理制度、审批程序，建立必备药品储备目录，完善应急药品的使用登记。
3. 负责对应急药品定期自查并详细记录，确保效期。
4. 负责本部门各类应急预案的制定、培训和演练工作。

（七）医学工程处职责：

1. 负责制定卫生应急设备（器械）的需求计划和储备计划，确保应急供应。
2. 制定应急设备（器械）的管理制度、审批程序，建立必备设备（器械）储备目录，完善应急设备（器械）的使用登记。
3. 对紧急需求的设备（器械）提出调配的方案，并负责落实。
4. 负责本部门各类应急预案的制定、培训和演练工作。

（八）信息中心职责：



1. 负责信息系统的稳定及网络安全，定期对全院网路进行自查并详细记录，制定信息系统故障的备用方案，确保医疗工作的正常开展。

2. 负责信息系统故障应急预案的制定、培训和演练工作。

(九) 后勤保障处职责:

1. 根据不同类型突发事件，明确应急水、电供应范围，配备充分应急设施。

2. 负责对全院水、电、气供应线路、管道定期自查，并进行详细记录，确保应急供应。

3. 负责本部门各类应急预案的制定、培训和演练工作。

(十) 安全保卫处职责:

1. 遇有突发公共事件需划定隔离区时，保卫处及时提供人员，并设立专人进行保安，阻止无关人员进入隔离区，患者及可疑人员未经批准不得离开救治区域。

2. 遇有突发灾害事件及社会治安事件时，保卫处必须及时对公共设施、医疗设备采取保护措施。

3. 与公安部门保持联系，实施对嫌疑人的监控。

4. 负责本部门各类应急预案的制定、培训和演练工作。

(十一) 安全生产办职责:

1. 传达上级有关安全生产指示，及时转发领导和有关部门的安全生产文件、资料。

2. 协调组织医院安全生产检查，监督有关安全方面存在的问题。

(十二) 物资采购中心职责:

1. 负责应急物资库的管理并制定卫生应急物资（耗材）的需求计划和储备计划，确保应急供应。

2. 制定应急物资（耗材）的管理制度、审批程序，建立必备应急物资（耗材）储备目录，完善应急物资（耗材）的使用登记。

3. 对紧急需求的物资（耗材）提出调配的方案，并负责落实。

4. 负责本部门各类应急预案的制定、培训和演练工作。

(十三) 党办公室和组宣处职责:

1. 负责宣传、接待媒体，由医院指定人员对外通报或接受采访。

2. 负责标识的统一设计、制作。

3. 协助做好医务人员的思想政治工作，及对医务人员家属的解释与安抚工作，并协调解

决实际困难。

（十四）人事处职责：

负责应急事件中的人力资源调配。

（十五）监察室职责：

1. 负责监督、检查各专业组的工作安排、进展情况进行检查，发现问题提出整改意见。
2. 对应急处置工作中工作不力、贻误工作的，追究相关责任人责任。

四、责任与奖惩

（一）质控办负责对全院各科室应急管理工作的质量控制考核。

（二）突发事件应急工作实行责任制和责任追究制，对突发公共事件应急工作作出贡献的先进集体和个人要给予表彰和奖励。对失职、渎职的有关责任人，要依据有关规定严肃追究责任，构成犯罪的，移交司法部门处理。

文件名称	应急信息报告和信息发布制度				
文件编号	A01-ZD-010-03		发布部门	院办公室	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

应急信息报告和信息发布制度

为规范我院应急信息报告和信息发布工作，提高对应急事件的应对处置能力，结合医院请示报告制度，特制定本工作制度。

一、医院建立应急工作制度，公布应急报告电话，以保证应急信息畅通。

二、全院各科室应认真落实工作制度，值班人员必须坚守岗位，不得擅离职守，要始终保持在岗值班，不得漏班，保持 24 小时通讯畅通，确保及时了解和处理相关应急事件。

三、应急事件发生后，事发科室在积极处置的同时应当依据事件的性质及时向有关职能处室（如医务处、护理部、感控处、医学工程处、安全保卫处等）报告（非正常工作时间向总值班报告）。职能处室负责人（总值班）接到报告后，应采取积极措施进行应急补救，同时向主管院长（带班院领导）汇报，并组织人员对事件进行调查核实、了解事件详细情况、及时汇总，最终按院领导批示向上级主管部门报告。报告内容包括：应急事件的时间、地点、事件类别等；应急事件引发的伤亡或者经济损失的初步评估、事件影响、事件发展态势；预防、控制和处理应急事件等情况。

四、发生一般应急事件，事发科室以口头形式报告为主，值班人员要做好记录；发生重、特大事件，事发科室先口头电话报告，并在 1 小时内以文字形式报告。

五、有下列情形之一的，医院应当依据《突发公共卫生事件应急条例》和相关法律法规，在 2 小时内，向卫生行政主管部门报告：

- （一）发生或可能发生传染病暴发、流行的；
- （二）发生或发现不明原因的群体性疾病的；
- （三）发生传染病菌种、毒种丢失的；
- （四）发生或可能发生重大食物和职业中毒事件的；
- （五）发生重大火灾、水灾、特大爆炸、车祸及其他重大伤害事件。

六、报告信息应当及时、客观、真实，首次报告不完整、情况不清晰时可以先简要报告，及时做好续报，直至应急处置工作结束。

七、任何部门和个人不得隐瞒、缓报、漏报、谎报。

八、在应急事件处置中，如遇事态变化和事件发展、演变更高严重级别的突发事件，事发科室、应急现场指挥人员要根据实际情况认真分析，迅速汇报上级领导。

九、应急事件发生后，相关职能科室要随时跟踪、了解事件处置和进展的情况，每隔 1 小时（事件平稳时隔 2 小时）将事件现场情况、各有关部门的处置进展情况（事件的重要进展、重要变化）及发展趋势等有关信息及时上报。

十、信息涉及国家秘密的，应当遵守国家有关保密规定。

十一、应急事件信息报告应遵循逐级上报的工作要求执行。

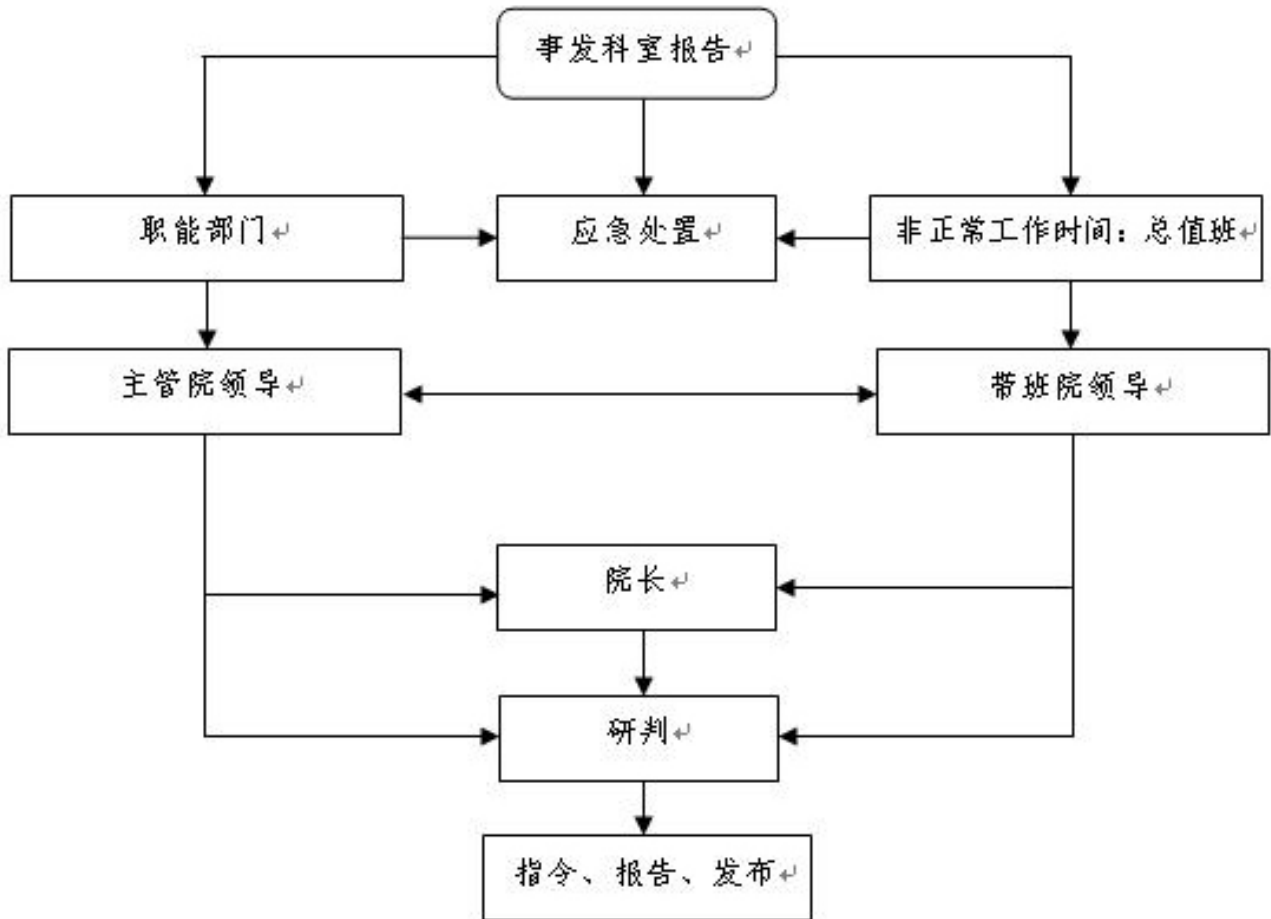
十二、应急事件信息发布要按照医院新闻发言人制度执行。

十三、主管职能部门事后要做好事件信息的汇总、分析，落实责任追究。



附件

信息处置报告流程图



附件

应急电话号码表

- 一、市委办：2051199（值班），2051199（传真）
- 二、市政府办：2023480（值班），2050920（传真）
- 三、市卫健委应急办：正常工作时间：2153096，2072036，值班电话：2071316
- 四、市疾控中心：2273218（值班），2073969（传真）
- 五、市中心血站：2187372
- 六、院内值班电话（拨打后四位号码即可）
 1. 总值班电话：总值班室：2022522，总机室：2022468、2022469
 2. 安全保卫、消防：主院区：2022119，妇儿院区：2022911
 3. 计算机、网络故障报修电话：2023285
 4. 跑水、暖气、门窗维修、木工报修电话：2028249
 5. 院内电器线路、用电设备故障报修：2029812
 6. 汽水交换报修：2028687
 7. 中心供氧报修：2029867
 8. 院内急救：2070120
 9. 医患办：2039677
 10. 应急办：2028700

附件

承德市中心医院应急信息报告表

报送部门： _____ 年 月 日

事件分类					
事发地点					
发生时间	时	分	上报时间	时	分
影响情况					
预案启动类别					
主办部门			协办部门		
基本情况描述：					
处置情况：					
负责人		报送人		联系电话	

文件名称	公务用车管理制度				
文件编号	A01-ZD-011-04		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

公务用车管理制度

为进一步加强医院公务车辆管理，提高服务保障能力，确保车辆安全运行，根据市委、市政府办公室《承德市市直机关公务用车制度改革保留公务用车使用管理暂行办法》、承德市公务用车制度改革领导小组关于印发《承德市市直机关公务用车制度改革保留公务用车使用管理暂行办法补充规定》和承德市公务用车制度改革领导小组办公室《关于全面落实保留公务用车“三化”管理的通知》等相关文件精神，并结合我院实际，制定本管理制度。

一、公务用车管理

（一）院办公室负责业务用车的使用管理，设车辆管理员负责平台派车工作；急诊科负责特种车辆（救护车及指挥车）的使用管理；妇儿院区综合管理办公室负责病人、物资转运车辆的使用管理。

（二）司机班班长负责医院驾驶员的管理、思想教育和考核奖罚，定期组织业务和安全驾驶知识学习；负责车辆维保审核把关，并协助做好车辆档案管理工作。

（三）驾驶员要积极参加政治理论学习和业务学习；尊重领导，团结同事，树立良好的职业道德；严格执行各项规章制度，坚守岗位，按时上下班，不迟到，不早退，服从调度，确保行车安全；强化服务意识，做到热情、周到、安全；热爱本职工作，努力钻研业务，掌握交通法规、熟知操作规程和驾驶技术；发扬艰苦奋斗精神，厉行节俭，努力降低油耗和维修费用。

二、公务用车使用

根据上级文件精神，我院公务用车主要用于：突发公共卫生事件和重大灾害事故紧急医疗救援、外请专家接送、下乡义诊、健康宣教、健康扶贫、巡诊保健、司法医学鉴定等；财务人员到银行存取公款、机要文件交换、特急文件取送等；组织市级大型会议，参加当天内通知的紧急会议，省市领导即日召见和紧急接待活动，由院领导带队1人以上参加的到各县（市、区）调研考察活动；医院主要领导参加或委托副处级领导参加国家和省组织的会议、

培训、学习考察及到国家、省相关部门跑办项目等公务活动（参加会议、培训、学习必须要有正式的通知文件）。有公函的公务接待、下乡精准扶贫、教学保障、离退休干部服务、妇儿院区与主院区间患者与物资转运等。

三、公务用车审批

（一）公务用车的使用分为省内用车和省外用车，省内用车由院办公室主任审批，省外用车由主管副院长审批。院办公室车辆管理员（申请员）在平台操作派车。

（二）如遇突发公共卫生事件及交通伤等特殊情况，需紧急用车的，可请示主管院长同意后由院办公室直接派车，事后及时补办用车审批手续。

（三）在医院公务用车保障能力不足时，院办公室经请示主管院领导同意后，可租用社会有运营资质公司的车辆使用。

四、油料、维保管理

（一）油料管理：公务用车加油，采用一车一卡管理。后勤保障处为油料管理责任科室，负责油卡定额充值，驾驶员对使用记录数据负责。

1. 加油卡分主卡一张及副卡若干张。主卡为管理卡，由后勤保障处专管员保管，主要用于增减副卡的数目、资料变更、充值及查询加油信息等。副卡为加油卡，一车一卡，由驾驶员保管，谁使用谁负责。

2. 每张副卡每次定额充值，充值额度用完后，驾驶员持加油明细单到后勤保障处向专管员申请充值，专管员对加油明细单进行审核并存档，审核无误后予以充值。专管员建立定额充值台账，及时登记，严格管理。

3. 与定点加油站中石化公司合作开通加油限号业务，由中石化工作人员核对车牌号码和加油卡号无误后方可加油，确保专卡专用，坚决杜绝公卡私用。

4. 加油卡若有遗失要立即报告主卡管理人员，予以挂失处理，否则使用人自行承担损失责任。

5. 公务车辆原则上一律使用加油卡加油；市区内严禁现金加油；长途出车途中遇特殊情况（无中石化加油站、余额不足、油卡损坏等），经院办公室同意后可现金加油。

（二）车辆维保管理：车辆维保和清洗必须在指定地点，按以下程序进行：

1. 由驾驶员提出申请并填写《承德市中心医院公务车辆维保审批单》，经司机班班长核准、院办公室审核后报请主管院领导签批。

2. 驾驶员持审批同意后的《承德市中心医院公务车辆维保审批单》到指定地点进行维保。未经批准的项目及发生的相关费用由驾驶员自行承担。

3. 驾驶在出长途中遇特殊情况需就近维修的，须电话请示批准，事后及时补办手续。

4. 车辆的清洗在指定地点进行，每次清洗后签字确认，院办公室定期结账。

五、运行费用管理

（一）公务用车运行费用采取单车核算，由财务处建立单车运行费用台账。

（二）油卡充值费用由后勤保障处负责履行相关报销手续；特殊情况下现金加油费用，由驾驶员本人、用车人、院办公室车辆管理员在加油票上签字，由财务处审核后报主管院领导签批报销。

（三）车辆维保费用当次或定期结算，结算前院办公室依据《承德市中心医院公务车辆维保审批单》对维保费用进行审核，审核无误后报主管院领导签批报销。

（四）车辆年检费、保险费、路桥费、停车费等费用由院办公室、财务处共同审核后，报主管院领导签批报销。

（五）驾驶员在出车过程中，因违章驾驶造成的罚款，医院不予报销。

（六）租用社会车辆产生的费用，凭正式发票、用车协议由院办公室、用车人、主管院领导共同签字后报销。

六、驾驶员管理

（一）驾驶员凭派车单出车，未经批准不得私自出车。

（二）驾驶员要严格遵守交通规则，严禁违章驾驶，确保行车安全。

（三）驾驶员每次出车回院后，要立即电话告知院办公室车辆管理员，以便及时在平台进行“入库”操作。

（四）公务用车无出车任务时必须停放在医院指定停车场内。严禁公车私用及开公车上、下班。

（五）驾驶员要爱护车辆，定期对车辆进行清洗、检修和保养，保持车容整洁、车况完好。

（六）实行非正常工作时间（节假日、业余时间）驾驶员值班制度。值班期间禁止饮酒，手机保持24小时畅通，保证接到出车指令后随叫随到。

（七）驾驶员在车辆维保过程中严禁虚开发票和公卡私用。

（八）因违反上述规定造成的损失和后果全部由本人承担。

文件名称	档案室工作制度				
文件编号	A01-ZD-012-02		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

档案室工作制度

一、在院办公室主任的领导下，由专职人员负责医院全部档案（病案除外）的管理工作，相关处（科）室按规定向档案室移交档案资料。

二、实行科学管理，按照档案的类目和保管期限，按规定负责收集、归档工作。做到收集齐全完整，分类科学合理，书写字体工整，按件装订牢固、美观，符合质量要求，存放有序。

三、遵守保密守则，严格查阅，借阅手续，不得擅自复制、抄录，不得涂改、勾划、抽页。

四、定期对库存档案进行检查，检查有无虫霉滋生，有无破损，发现问题，及时修复、整理，保持整洁完好。

五、档案的接收和移出都必须手续完备，室藏档案必须账物相符。

六、根据保管期限和档案材料的价值，提出应该鉴定和办理销毁的档案清册，经领导批准后到指定地点销毁，并负责监督。

七、恪守工作纪律和职业道德，热情为利用者服务。

八、库房要配备好“六防”设备，防火、防盗、防潮、防虫、防尘、防强光，库房内严禁吸烟和存放易燃物品及其他物品。

九、严禁档案室内会客，非本室人员不得入内。

文件名称	院务公开管理制度				
文件编号	A01-ZD-013-01		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

院务公开管理制度

一、医院院务除涉及国家机密、公共安全、依法受到保护的商业秘密和个人隐私以外，原则上应予公开、实施结果公开。

二、向社会公开医院资质信息、医疗服务价格和收费信息、医疗服务规定与流程、行业作风建设、大型医用设备设置许可等情况，严禁发布虚假信息。

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

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

五、每年召开一次职工代表大会，落实院务公开中对职工公开的内容，充分发挥职工代表的民主权利。

六、院务公开工作由“院务公开领导小组”及其办公机构具体组织实施，“院务公开监督考核小组”负责监督和考核工作。

文件名称	院务公开实施细则（2021 版）				
文件编号	A01-ZD-014-04		发布部门	院办公室	
审核人	冀 平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021 年 12 月

院务公开实施细则（2021 版）

为进一步深化和规范院务公开工作，促进医院民主科学管理，依法执业，诚信行医，构建和谐医患关系，根据原卫生部《医疗机构院务公开监督考核办法（试行）》（卫医政发〔2009〕122 号）和《河北省卫生厅关于全面推行医院院务公开制度的实施意见》（冀卫医字〔2007〕42 号）等文件要求，结合医院实际工作，特制定本实施细则。

一、调整院务公开工作领导小组及院务公开监督考核小组

（一）院务公开工作领导小组。

组 长：院长

副组长：院领导班子其他成员

成 员：各职能处室负责人

工作职责：

1. 制订院务公开实施细则，完善工作制度，积极推行院务公开工作。加强对院务公开办公室和监督考核小组的领导。
2. 及时审查确定拟公开的内容、方法和形式。
3. 适时讨论解决院务公开工作中出现的重要问题。
4. 定期召开会议和经常检查、督导、总结院务公开工作。
5. 院务公开领导小组成员应熟知院务公开相关法律、法规，负责本科室院务公开资料的整理及公开。

院务公开工作领导小组办公室设在院办公室，姜皓丰副院长兼任主任。

工作职责：

1. 在院务公开领导小组领导下，认真贯彻落实上级指示和院务公开实施细则。
2. 收集整理责任部门上报的公开材料，并及时向院务公开领导小组请示和汇报相关工作。

3. 落实院务公开领导小组各项会议决定，及时公开相关内容。
4. 掌握了解院务公开的情况，适时提交研究公开的事项。
5. 组织院务公开的调查研究工作。

（二）院务公开监督考核小组。

组 长：纪委书记

副组长：监察室主任

成 员：党办主任、工会主席、组宣处处长、审计科科长

院务公开监督考核小组办公室设在监察室，唐桂华同志兼任主任。

工作职责：

1. 对院务公开事项内容的真实性、公开时间的及时性、程序的规范性进行监督。
2. 注意收集职工和社会公众对院务公开工作的意见和建议，及时向院务公开领导小组反馈。
3. 定期组织员工、患者进行满意度测评，对院务公开公开作出客观评价。
4. 依据原卫生部《医疗机构院务公开监督考核办法（试行）》制定医院院务公开监督考核办法并组织实施。

院务公开工作责任分工将根据文件精神和医院实际进行调整，院务公开内容涉及到的责任部门为该项院务公开的承办科室，按照“谁主管谁负责”的原则，做好职责范围内的院务公开工作。

医院院务公开监督考核小组将不定期监督和检查院务公开工作，促进工作落实。对拒不履行院务公开责任，在院务公开中弄虚作假的，按规定责令整改，引起严重后果的给予党纪政纪处分，对认真实行院务公开，并取得较好成绩的科室，给予表扬奖励。

二、院务公开的主要内容

医院院务，除涉及党和国家秘密、公共安全、依法受到保护的商业秘密和个人隐私外，原则上都予以公开。并遵循依法、真实、及时、有效的原则，做到政策依据公开、程序规则公开、工作过程公开。

（一）向社会公开的主要内容：

1. 医院概况：

- （1）医院执业登记情况、基本信息；



- (2) 医务人员依法执业注册情况及相关资质信息;
- (3) 重大医疗技术准入及大型医用设备的配置许可;
- (4) 重点学科名称及学科带头人姓名、职称、主要工作和研究经历等;
- (5) 教学任务: 医院承担各院校医学生实习任务基本情况;
- (6) 工作人员识别: 姓名、职务、职称。

2. 医院环境:

- (1) 周边交通: 周边公共交通线路、依靠站名、院外周边停车场位置;
- (2) 院内交通, 车辆出入口指示, 院内行车指引;
- (3) 科室布局: 各科室位置格局, 急诊“绿色通道”路径;
- (4) 应急避难: 院内应急避难撤退路线及应急通道指引。

3. 行风建设情况:

- (1) 加强医德医风建设的有关规定;
- (2) 医务人员执业行为规范: 行为准则、文明服务用语、服务承诺等。
- (3) 医疗服务投诉方式: 投诉电话、信箱等。

4. 医疗服务信息:

- (1) 医疗服务基本情况: 科室设置、岗位职责、服务内容、服务窗口人员情况等;
- (2) 专家门诊安排情况: 专科服务内容、特色, 出诊专家姓名、专长及出诊时间;
- (3) 医疗服务时间: 门诊、急诊服务时间、出入院时间、住院查房时间、探视时间等;
- (4) 门急诊服务: 门诊、急诊挂号, 就诊、取药、交费等事项的流程与服务地点;
- (5) 预约挂号方式: 预约挂号时间、流程;
- (6) 住院服务: 留观、入院、出院、转科、转院等管理制度和服务流程;
- (7) 特殊人群优先措施: 对军人、老人、残障人员、急危、重症病人等在内的特殊人

群服务优先措施;

- (8) 医疗咨询、健康教育咨询服务信息: 提供咨询服务内容、时间、地点、方式;
- (9) 便民服务: 便民服务项目、方式。

(二) 向病人公开的主要内容:

1. 服务告知: 患者的病情告知制度、特殊诊疗服务流程、主要检查项目的预约与报告时限、辅助检查前的告知事项、医疗事故争议处理程序、病历复印服务等;

2. 服务价格和收费信息：收费查询制度及医疗服务项目、药品、医用耗材价格，门诊病人费用清单，住院病人费用一日清单及出院时总费用。

（三）向内部职工公开的主要内容：

1. 医院重大决策事项：

（1）医院的中、长期事业发展规划、年度工作计划与工作总结；

（2）重大决策、中层干部任免、重大项目安排及大额度资金使用；

（3）购置大型仪器设备、基建修缮项目、重点学科建设、学术带头人等重大问题的决策依据、民主参与和决策结果等。

2. 医院管理情况：

（1）医院医疗工作状况，包括：年住院、门急诊病人总数，病床周转率、使用率，平均住院天数；

（2）财务管理事项：包括年度财务预、决算，财政拨款，业务收支情况，社会捐赠，投资收益，房屋租赁和劳务收入，成本核算；奖金分配方案的执行情况；接待费开支情况；养老金、医疗保险和其他社会保障基金的缴纳情况；专项资金补助，医疗、教学、科研经费使用和管理等情况；

（3）管理制度、诊疗及护理常规、质量与安全信息；

（4）重点部门工作流程；

（5）应急管理、药事管理及药物使用监控结果。

3. 廉政建设：领导班子成员向职工代表大会述职述廉并公开接受评议的情况、法人经济责任审计、领导班子建设和党风廉政建设责任执行等情况。

4. 人事管理：

（1）人事管理和改革方案；

（2）工作岗位设置、岗位职责、岗位条件；

（3）工作人员辞职、辞退、聘用、解聘的政策；

（4）内部绩效工资分配方案；

（5）职工分配制度改革方案、职位工资和各类补贴的调整；

（6）中层干部的选聘、任用、轮岗和交流的规定，任前公示情况。

5. 职工关注的相关信息：



- (1) 各级各类先进评选奖励的对象、条件、名额、程序，确定上报人选和评选结果；
- (2) 卫生技术人员培训、进修计划等；
- (3) 职工年度考核办法和结果；
- (4) 对违法违纪职工及医疗事故责任人的处理等；
- (5) 工会福利收支情况；

(6) 根据职工要求公开的事项，建立点题公开制度，在不涉及国家机密、公共安全、依法受到保护的商业秘密和个人隐私的情况下，对医院职工提出的事项，应及时予以公开。

三、院务公开的方式和时限

(一) 院务公开的方式。

根据院务公开内容的具体情况采取定时公开和随时公开、事前公开和事后公开相结合等多种形式，主要通过召开职工代表大会、院周会、下发文件、医院简报、院报以及院务公开栏、医院网站、电子显示屏等方式公开，并通过建立医院发言人制度、院领导接待日制度、公布咨询、投诉、举报电话，进一步建立健全医院与病人、领导干部与职工沟通机制，积极维护病人的合法权益和保障职工的民主权利，促进医院科学发展。

(二) 院务公开的时限。

院务公开做到经常性的工作定期公开，阶段性的工作逐段性公开，临时性的工作随时公开，及时更新对外公开动态性的内容，做到准确及时、集中张贴、定时更换和方便醒目易懂，便于职工、病人和群众查阅和了解。对于涉及群众利益的重要事项，每次公开后都要认真听取群众意见，及时做出回应。

四、院务公开流程

(一) 主动公开。

院务公开程序分为提出、审核、公开、反馈、资料归档、监督考核等步骤。

1. 提出：各责任部门根据本实施细则责任分工，填写《承德市中心医院院务公开报审表》（见附件3），
2. 审核：经主管院长→院务公开办主任→保密委员会审核后予以公开。
3. 公开：按照批准的公开形式及时限予以公开。
4. 反馈：对公开的内容出现疑问并提出意见或建议的，由院务公开办公室协调相关责任部门做出解释或解答。

5. 资料归档：公开结束后，责任部门将《承德市中心医院院务公开报审表》和公开内容一并交院务公开办公室归档。

6. 监督与考核：院务公开监督考核小组进行日常监督检查与定期考核。

（二）依申请公开。

社会公众和患者需要获取主动公开信息以外的信息，应通过申请获取相关医疗卫生服务信息。

1. 受理部门：院务公开办为依申请公开受理部门，在网站、公开栏等醒目位置公开咨询电话、传真电话、电子邮箱、通讯地址、邮政编码、咨询时间等。

2. 申请方式：申请人可直接从我院网站下载电子版《申请表》；或到我院院务公开办领取《申请表》填写并递交；对书写确有困难的申请人，可口头提出申请，由院务公开办代为填写《申请表》递交。

3. 申请的受理：收到《申请表》后，院务公开办做好登记，并在登记之日起15个工作日内做出答复。属于主动公开范围的，将告知申请人获取信息的方式和途径；属于不予公开范围的，将告知申请人并说明其理由；不属于本单位公开范围的，将告知申请人该信息的掌握单位及联系方式；申请公开的信息不存在的，将告知申请人；申请内容不明确的，将告知申请人作出更改、补充；如需延长答复期限的，经领导同意并告知申请人，延长答复期限最长不超过15个工作日。

4. 收费管理：依申请提供的信息，可以收取检索、复制、快递或邮寄等成本费用，成本费用的标准按照国家制度的标准和规定执行。

五、相关要求

（一）统一思想、提高认识、增强责任感。各级领导及各部门要从完善民主监督机制、促进党风廉政建设的高度，充分认识推进院务公开工作的重要意义。统一思想、提高认识、积极参与，加强主动性、增强责任感。将此项工作列入医院决策部署的重要议事日程，纳入党风廉政建设责任制考核范畴。

（二）精心组织、明确责任、抓好落实。各责任部门要按照院务公开领导小组的统一安排和部署认真开展工作。按照责任部门分工，结合院务公开内容，明确责任、精心组织、周密安排。要把此项工作与权力运行监控机制建设、行风建设、医德医风建设、进一步改善医疗服务行动计划等活动以及等级医院评审工作有机结合起来，相互配合，协调一致，共同促

进和提高。

（三）建立自我完善制度，形成长效机制。把院务公开纳入医院管理制度，形成院务公开长效机制。围绕社会公众和员工关注的热点、难点问题，不断完善公开内容，活化公开形式，推进院务公开向科学化、规范化、精细化、人性化方向发展。要严格公开程序、公开内容、公开时限，做到常规性工作定期公开，阶段性工作及时公开，临时性工作随时公开。

（四）加强监督、检查与考核，务求实效。将院务公开工作纳入医院年度总体目标进行管理，并作为考核评定科室工作成绩和党风廉政建设监督检查的重要内容。要充分发挥监督考核小组的职能作用，对院务公开工作开展情况进行监督检查与不定期考核，发现问题及时给予纠正。

六、附则

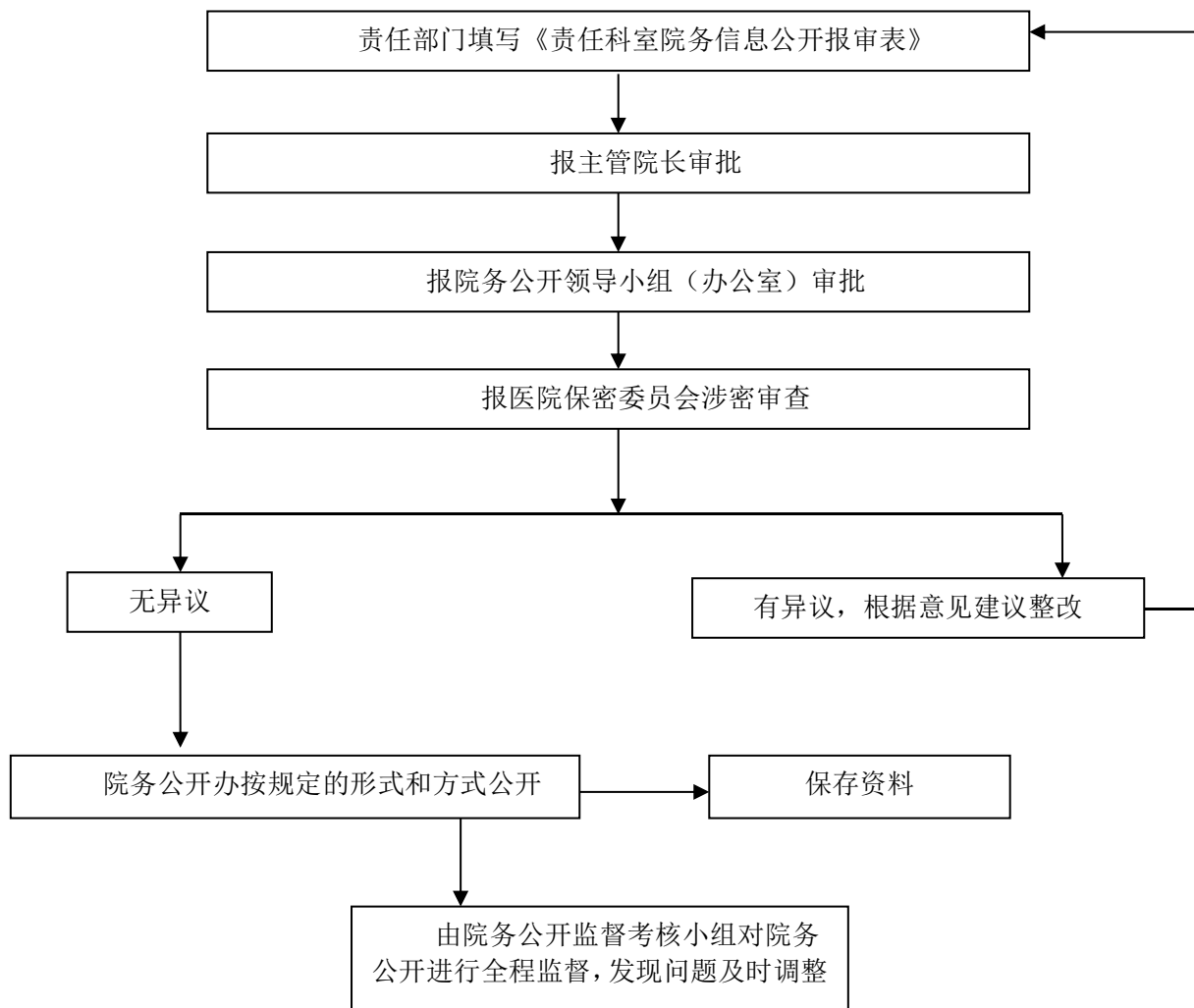
（一）本细则自印发之日起执行。承市医字〔2020〕19号文件同时废止。

（二）本细则由院务公开领导小组负责解释。

- 附件：1. 承德市中心医院院务公开一览表（见医院内网）
2. 承德市中心医院院务公开工作流程图
 3. 承德市中心医院责任部门院务公开报审表
 4. 承德市中心医院信息公开申请表

附件 2

承德市中心医院院务公开工作流程图



附件 3

承德市中心医院责任部门院务公开报审表

申请科室		经办人		科室负责人	
公开内容					
公开时限					
公开对象和公开形式	<input type="checkbox"/> 向社会公开 <input type="checkbox"/> 向内部职工公开		公开位置： 公开位置：		
主管院领导意见	年 月 日				
院务公开领导小组或办公室意见	年 月 日				
保密委员会审查意见	年 月 日				
承办部门落实情况	年 月 日				
院务公开监督小组意见	年 月 日				

附件 4

承德市中心医院信息公开申请表

申请人信息	公民	姓名		身份证号	
		工作单位			
		通信地址			
		联系电话		手机号码	
		电子邮箱		邮政编码	
	法人或其它组织	单位名称		法人代表	
		联系人姓名		机构代码	
		联系人电话		传真	
		通信地址			
		电子邮箱		邮政编码	
申请时间		年 月 日			
所需信息情况	信息涉及单位科室				
	所需信息内容描述				
	所需信息用途（单选，并提供自身特殊需要关联性证明）	<input type="checkbox"/> 自身生活特殊需要 <input type="checkbox"/> 自身生产特殊需要 <input type="checkbox"/> 自身科研特殊需要			
	收费项目	<input type="checkbox"/> 检索费 <input type="checkbox"/> 复制费 <input type="checkbox"/> 邮寄费 <input type="checkbox"/> 申请减免费（仅供公民申请，须提供证明）			
	获取信息的方式（单选）	<input type="checkbox"/> 普通邮件 <input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 特快专递 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> 电子邮件			
	所需信息提供方式（单选）	<input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> 网上获取 <input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 当场查阅、抄录			
单位落实情况	院公开办意见：				
				负责人签名：	
	院务公开分管领导意见：				
			签名：		
受理科室（部门）对所申请内容的受理结果反馈：					
负责人签名：		年 月 日			

文件名称	大事记记载规定				
文件编号	A01-ZD-015-02			发布部门	院办公室
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

大事记记载规定

一、为便于系统地查考医院在各个历史阶段的发展情况，需要结合日常工作，记载和保存医院各方面大的活动和重要事项的资料，记好大事记。

二、记载的内容：

（一）党委和医院的行政命令、指示、计划、决议、措施、会议及科以上干部的任免和调动。

（二）医疗工作方面的重大改革和重要医疗措施制订，重要会议活动，重大差错事故以及其他重要事项。

（三）医院基本建设较大工程的施工、竣工日期及其建筑面积和经费使用情况。

（四）购置重要仪器设备和物资器材及总务工作方面的重大事项。

（五）领导体制与组织机构的变动及重要管理制度的改革。

（六）参加全国、全省、全市性集会、活动（包括业务性集会和活动）。

（七）外宾或其他院外单位来院参观和本院外出参观的有关事项。

（八）医院、工会、团体性的重要活动。

（九）其他重要事项。

三、大事记由院办公室负责主持，各职能部门每月将本部门工作范围内的大事记报院办汇总，集中整理后立卷归档。

文件名称	医院值班工作的管理规定				
文件编号	A01-ZD-016-03		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

医院值班工作的管理规定

根据市委、市政府关于做好安全生产工作的要求，为了充分发挥医院总值班、护士长值班等工作职能，切实做好非正常工作时间的医疗、行政管理和其他临时性工作，提高应对各种突发事件的能力，确保医院平稳有序运行，特制定本管理规定。

一、适用时间及范围

本规定适用于夜间、节假日等非正常工作时间院领导院领导带班、总值班和护士长值班。

二、管理主体

院办公室为院领导带班和总值班管理主体，护理部为护士长值班管理主体，负责值班排班和日常管理工作。

三、管理措施

为严格落实值班制度，医院总值班和护士长值班实行交接班签到制度。交接班签到地点设在总机值班室。

（一）接班时，须提前5分钟到总机值班室签到，并领取值班日志。

（二）交班时，须将填写完成的值班日志交回并签到。本班工作如有未尽事宜，交接班双方必须当面交清。

（三）总机值班人员负责监督值班人员到岗签到情况。遇有未按时交接班情况，总机值班人员要及时通知提醒。

四、相关要求

（一）院领导带班、医院总值班及护士长值班必须在岗，严禁脱岗、误岗。值班期间必须保持通讯畅通。

（二）医院总值班和护士长值班期间要严格落实重大事项请示报告制度。对发生重大事故、灾害及其他紧急情况在按医院预案处置的同时向带班院领导报告。医院按市委、市政府



各种应急处置预案履行程序和职责。

(三) 因故需调班、替班时，归口报相关主管部门同意后，可在值班人员内调整换班，不得擅自找人代替。

(四) 对于院领导带班，院办公室要提前通知提醒，以便提前做好准备。

五、附则

(一) 提高值班费标准：白班每班 40 元，夜班每班 60 元。由责任科室按月度发放。

(二) 本规定自印发之日起执行。

(三) 本规定由院办公室和护理部负责解释。

文件名称	公章使用管理规定				
文件编号	A01-ZD-017-02		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

公章使用管理规定

一、医院公章由院办公室专人管理使用。

二、以医院名义上报、外送、下发的文件、资料、报表等，凭院长或分管院长签发原件加盖公章。

三、以医院名义签订的合同、协议、订购单等，须经院长或授权主管院长审阅签字后方可盖章。

四、因公需要携章异地使用的，须经主管院长批准。

五、法人章必须经本人同意方可使用。

六、单位或个人须开具证明、介绍信、回执的，由院办公室主任把关盖章办理，并做好用章登记。

七、各科室、部门因公需刻制公章的，应在医院办公室办理申请、登记手续；科室公章参照本制度管理全等。

八、凡私盖公章或利用公章舞弊者，承担相应法律责任和行政处罚。

文件名称	会议室使用管理规定				
文件编号	A01-ZD-018-03		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

会议室使用管理规定

为加强医院各会议室（多功能厅、学术报告厅、特鲁多会议室和行政楼 218 会议室）的管理和合理、高效使用，特制定本规定。

一、院办公室为各会议室的管理部门，设管理人员和服务人员。管理人员负责统筹协调安排各会议室的使用和服务人员的管理；服务人员负责会议保障、日常卫生、安全以及对室内设备物品的管理和维护。

二、各会议室优先保障院级的会议、学术活动、大型会诊等使用。其中，学术报告厅优先保障住培教学和急诊教学使用。场地空闲时可以安排各科室使用。

三、会议室使用实行预约管理。使用科室需提前两个工作日通过“会议室使用预约微信群”向院办公室管理人员预约（院办公室管理人员电话：2028700）。院办公室管理人员按照“部门会议服从院级会议，先预约先使用”的原则统一安排。遇有特殊情况需临时召开紧急会议，视实际情况具体安排。

四、会议室内配有饮水机、纸杯、茶叶、咖啡等物品，桌牌、会标及会场布置由使用科室负责，服务人员配合。会议过程中，要爱护室内各种设施，注重保持清洁卫生。会后要协助服务人员做好清场工作，关闭所有电器（包括灯具、空调、投影仪、饮水机等），关好门窗。

五、会议室实行使用登记制度。使用科室在会议结束后需要在登记本上签字确认。

六、本办法由院办公室负责解释，自发布之日起执行。

文件名称	公务接待管理办法				
文件编号	A01-ZD-019-03		发布部门	院办公室	
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

公务接待管理办法

第一章 总则

第一条 为了规范我院公务接待管理，厉行勤俭节约，反对铺张浪费，加强医院党风廉政建设，根据中共中央、国务院《党政机关厉行节约反对浪费条例》《河北省党政机关厉行节约反对浪费实施细则》《河北省党政机关国内公务接待管理办法》（冀办发〔2014〕20号）《关于印发〈承德市党政机关国内公务接待实施细则〉的通知》（承办发〔2014〕29号）以及中共中央落实八项规定的相关要求，结合我院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称公务，是指出席会议、考察调研、执行任务、学习交流、专家讲座、检查指导、请示汇报工作等公务活动。

第二章 公务接待原则

第三条 公务接待应坚持有利公务、务实节俭、严格标准、简化礼仪、高效透明的原则。

第四条 统一管理原则。接待工作在主管院长领导下，由院办公室统一管理。

第五条 对口接待原则。来院的客人，经院办公室审核、主管院长同意后，由业务对口部门具体负责接待。

第六条 勤俭节约原则。对公务接待费用实行总额控制，严格执行接待标准，不搞超标接待。

第三章 接待范围

第七条 严接待范围。严禁将非公务活动纳入公务接待范围，不得将休假、探亲、旅游等活动纳入公务接待范围。

第八条 接待范围主要包括来我院检查、指导工作的各级、各部门领导；来院参观访问

的各兄弟院校及各类团体人员；应邀来院讲学、手术、会诊专家、学者；来院谈工作的外单位人员；调试、安装、维修仪器设备的技术人员等。

第四章 报审程序

第九条 填写接待“审批单”。接待部门填写接待“审批单”内容包括来宾单位、事由、来宾情况登记（人数、时间、地点）、院方经办人、陪同情况等。

第十条 呈报领导审批。接待部门将“审批单”送院办公室审核后报主管院长审定签字，重大任务和重要来宾必须经院长审核批准。

第十一条 院办公室安排。经主管院长或院长领导同意后，院办公室根据来宾情况安排食宿和车辆，由接待部门组织实施。

第十二条 对能够合并的公务接待，要统筹安排，严格履行审批手续，严格执行接待标准。

第五章 接待标准

第十三条 简化迎送陪同。不得在机场、车站组织迎送活动，不得跨地区迎送，不得张贴悬挂标语横幅，不得铺设迎宾地毯，不摆放花草，不组织专场文艺表演，不安排宴请。

第十四条 注重活动实效。安排的活动场所活动项目和活动方式，要立足于医院实际，突出医院特色，有利于公务活动开展。

第十五条 严格用房标准。接待住宿应当严格执行差旅、会议管理的有关规定。出差人员住宿费应当回本单位凭据报销，与会人员住宿费按会议费管理有关规定执行。省部级干部可以安排普通套间，厅局级干部（正高职专家）可以安排单间或标准间，处级（副高职）及以下人员 2 人住 1 个标准间。领导同志和随行人员严格按照标准安排食宿，房间不摆放鲜花、水果，不得额外配发洗漱用品，不得超标准安排接待住房。

第十六条 严格用餐标准。接待对象应当按照规定标准自行用餐。确因工作需要，可安排工作餐，但应严格控制陪餐人数。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，陪餐人数不得超过接待对象的三分之一，严格控制工作人员人数。工作餐应以家常菜、承德当地特色菜为主，不得提供鱼翅、燕窝等高档菜肴和用野生保护动物制作的菜肴，不得提供烟酒，严格控制菜品种类、数量和份量，不得使用私人会所、高消费餐饮场所。

接待用餐严格执行《承德市党政机关国内公务接待实施细则》，有条件的地方采用自助餐，在人员较少时，按位、定量上菜，自助餐和桌餐都需要注意节俭简便。

基本参照标准：副省部级以上领导早餐人均 50 元、正餐人均 100 元；厅级领导（正高职专家）早餐人均 40 元、正餐人均 80 元；处级（副高职）以下人员早餐人均 30 元、正餐人均 70 元。

第十七条 严格会务标准。在公务接待中有会议事项时，要适度安排场地，精减费用支出。会场一律不额外摆放花草，不制作背景板，不提供水果，不上高档矿泉水和一次性毛巾，不配发公文包、高档文具，不发放会议纪念品。

第十八条 严控用车标准。公务接待的出行活动安排集中乘车，合理使用车型。未按规定等级乘坐交通工具的，超支部分由个人自理。如遇特别紧急情况，无法按规定等级乘坐交通工具，须报经院长批准。

第十九条 严守接待标准。不得超标准接待，不得公款组织旅游和与公务活动无关的参观，不得用公款组织到营业性娱乐健身场所活动，不得用公款安排专场文艺演出，不得用公款以任何名义赠送礼金、有价证券、纪念品和土特产等。严禁以招商引资、外事活动为名扩大接待范围、增加接待项目，变相安排公务接待。

第六章 经费管理

第二十条 实行预约管理。应当加强对公务接待经费的预算管理，合理限定接待费顶算总额，符合接待报审程序的临时性重大专项接待任务，在全预算额度不能保障的情况下，可单独申请经费，专款专用。

第二十一条 严格经费管理。禁止在接待费中列支应当由接待对象承担的差旅、会议、培训等费用，禁止以举办会议、培训为名列支、转移、隐匿接待费开支；禁止用公款报销或者支付应当由个人负责的费用。

第二十二条 严格报销审核。接待费凭据报销，报销凭证应当包括财务票据和接待清单。不得报销任何超范围、超标准以及与公务活动无关的费用。

第七章 监督检查

第二十三条 领导干部带头接受监督。各院领导应当以身作则、率先范，带头执行公务接待制度，带头坚持公务接待标准，带头遵守公务接待纪律，带头厉行节约、制止浪费，自觉接受监督。

第二十四条 监察室负责对公务接待工作监督检查；财务处负责对公务接待经费开支和使用情况进行监督检查；审计科负责对公务待经费进行审计。

第二十五条 监督检查内容。主要包括（一）公务接待规章制度制定情况；（二）接待标准执行情况；（三）公务接待经费管理使用情况；（四）公务接待信息公开情况；（五）内部接待场所管理使用情况。

第二十六条 严格责任追究。医院纪检监察部门要加强对公务接待违规违纪行为的查处，严肃追究接待部门相关责任人的党纪责任、行政责任并进行通报，涉嫌犯罪的移送司法机关依法追究刑事责任。

第八章 附则

第二十七条 本办法由院办公室会同监察室、财务处、审计科等部门负责解释。

第二十八条 本办法自发布之日起实行，原《承德市中心医院接待工作管理规定》（2015版）即行废止。

文件名称	公文处理办法			
文件编号	A01-ZD-020-02		发布部门	院办公室
审核人	冀平	批准人	姜皓丰	生效日期
				2021年12月20日

公文处理办法

为使我院公文处理工作规范化、制度化、科学化，提高公文质量和公文处理效率，根据《党政机关公文处理工作条例》和《党政机关公文格式》（国家标准 GB/T 9704-2012）等相关规定精神，结合我院实际情况，特制定本办法。

一、适用范围

医院各类公文（红头文件）。

二、内容

（一）公文是医院实施领导、履行职能、处理公务的具有特定效力和规范体式的文书。是传达贯彻党和国家的医疗卫生健康方针政策，公布各项规章制度，指导、布置和商洽工作，请示和答复问题，报告、通报和交流情况等的重要工具。

（二）公文处理工作应当坚持实事求是、准确规范、精简高效、安全保密的原则。

（三）公文处理工作是指公文拟制、办理、管理等一系列工作。

（四）党办公室和院办公室承担医院公文处理工作。

三、公文种类

公文种类主要有：决议、决定、命令（令）、公报、公告、通告、意见、通知、通报、报告、请示、批复、议案、函和纪要等。

四、公文格式

（一）公文一般由份号、密级和保密期限、紧急程度、发文主管部门标志、发文字号、签发人、标题、主送主管部门、正文、附件说明、发文主管部门署名、成文日期、印章、附注、附件、抄送主管部门、印发主管部门和印发日期、页码等组成。

（二）公文的版式按照国家标准《党政机关公文格式》（GB/T 9704-2012）规定国家标准执行。

(三) 公文使用的汉字、数字、外文字符、计量单位和标点符号等，按照有关国家标准和规定执行。

(四) 公文用纸幅面采用国际标准 A4 型。特殊形式的公文用纸幅面根据实际需要确定。

五、行文规则

(一) 行文应当确有必要，讲求实效，注重针对性和可操作性。根据隶属关系和职权范围确定行文关系，一般不得越级行文，特殊情况需要越级行文的，应当同时抄送被越级的部门。

(二) 向上级行文应遵循以下规则：

1. 原则上主送一个上级主管部门，或根据需要同时抄送相关上级和同级主管部门，不抄送下级。

2. 医院各科室向上级主管部门请示、报告重大事项，应当经医院领导同意或授权。

3. 医院各科室的请示事项，如需以医院名义向上级主管部门请示，应当提出倾向性意见后上报，不得原文转报上级主管部门。

4. 请示应当一文一事，不得在报告等非请示性公文中夹带请示事项。

5. 除上级负责人直接交办事项外，不得以本部门名义向上级负责人报送公文，不得以本部门负责人名义向上级主管部门报送公文。

6. 受双重领导时向一个上级主管部门行文，必要时抄送另一个上级主管部门。

(三) 向下级行文应当遵循以下规则：

1. 党办公室和院办公室可以向医院各部门行文，其他部门不得向全院发布指令性公文或者在公文中向提出指令性要求。

2. 涉及多个部门职权范围内的事务，部门之间未协商一致的，不得向下行文。

3. 必要时，可以党政联合行文。

六、公文拟制

(一) 公文起草要求：

1. 符合党的理论路线方针政策和国家法律法规，完整准确体现发文部门意图，并同现行有关公文相衔接。

2. 一切从实际出发，分析问题实事求是，所提政策措施和办法切实可行。

3. 内容简洁，主题突出，观点鲜明，结构严谨，表述准确，文字精练。

4. 文种正确，格式规范。

5. 深入调查研究，充分进行论证，广泛听取意见。
6. 公文涉及其他部门职权范围内的事项，起草时必须征求意见，力求达成一致。
7. 医院分管领导应主持、指导重要公文起草工作。

（二）公文发布流程：

1. 拟稿：拟稿按照工作需要由主办部门负责。在正文前要附发文审批单（详见附件1、2），填写好标题、附件、主送、抄送、主办部门、拟稿人和负责人等信息。

2. 会签：各部门在起草公文的过程中，若遇到公文内容涉及其他部门职权范围，或需征得其他部门同意或配合时，应主动将草拟文件送予相关部门负责人审阅，广泛征求意见，以保证文件生效后具有可行性。各部门负责人共同协商、统一意见、修改完善后，分别在发文审批单“会签”栏签注姓名和日期。

3. 审核：会签后的文稿，报主管领导或相关专业委员会审核，并在相应栏目签注姓名和日期。

4. 核稿：行政公文由院办公室主任负责核稿，党委红头文件由党办主任负责核稿。核稿人对文稿的文字、格式等作全面审核检查，保证文件的质量。审核通过后在发文审批单的核稿人栏签注姓名和日期，主办部门根据审核反馈意见修改相关内容。

5. 签发：院内一般行政红头文件可由分管院领导审批签发；重要文件和上行文件由院长审批签发；党委红头文件由党委书记审批签发。文稿一经签发，即成为最后定稿，文件据此生效。

6. 编号：公文签发后，分别由院办公室和党办公室进行编号登记。行政公文编号格式为“承市医字〔年份〕文号”，如“承市医字〔2021〕1号”。党委公文编号格式为“承市医党字〔年份〕文号”，如“承市医党字〔2021〕1号”。

7. 校对：校对由主办部门负责，要以文件定稿为基准，对字、词、句进行认真仔细地校对。

8. 印刷：对经签发和校对无误的文稿分别由院办公室和党办公室按要求进行排版印刷，所有文件要求双面印刷。在印刷过程中，必须以签发后的定稿为依据，忠于原稿，不得随意改动，确需改动的要报经签发领导批准。

9. 用印：在制成的公文上加盖印章。

10. 核发：需要发纸制版的文件，由主办部门盖章后发至相关科室执行；需要发电子版文件的，由院办公室和党办公室制作交由信息中心在医院内网发布执行。主办部门负责印发公文



的培训、考核和落实情况督导。

11. 归档：按文书档案管理的要求，主办部门将发文稿纸和正式文件一并交党办公室或院办公室保存，年底统一交档案室归档。

七、公文办理

（一）公文办理包括收文办理、发文办理和整理归档。

（二）收文办理主要程序：

1. 签收：对收到的公文应当逐件清点，核对无误后签字或者盖章，并注明签收时间。

2. 登记：对公文的主要信息和办理情况应当详细记载。

3. 初审：对收到的公文应当进行公文格式、行文规则、公文拟制的初审。经初审不符合规定的公文，应当及时退回并说明理由。

4. 承办：阅知性公文应当根据公文内容、要求和工作需要确定范围后分送；批办性公文应当提出拟办意见报负责人批示或者转有关部门办理。紧急公文应当明确办理时限。承办科室对交办的公文应当及时办理，有明确办理时限要求的应当在规定时限内办理完毕。

5. 传阅：根据领导批示和工作需要将公文及时送传阅对象阅知或者批示。要随时掌握公文去向，不得漏传、误传、延误。

6. 催办：及时了解掌握公文的办理进展情况，督促承办部门按期办结。紧急公文或者重要公文应当由专人负责催办。

7. 答复：公文的办理结果应当及时答复来文单位，并根据需要告知相关部门。

（三）发文办理主要程序：

1. 复核：已经院领导签批的公文，印发前应当对公文的审批手续、内容、文种、格式等进行复核；需作实质性修改的，应当报原签批人复审。

2. 登记：确定发文字号、分送范围和印制份数并详细记载。

3. 印制：公文印制必须确保质量和时效。涉密公文应当在符合保密要求的场所印制。

4. 核发：公文印制完毕，应当对公文的文字、格式和印刷质量进行检查后分发。

（四）整理归档：

需要归档的公文及有关材料，应当根据有关档案法律法规以及主管部门档案管理规定，及时收集齐全、整理归档。两个以上科室联合办理的公文，原件由主办科室负责安排归档，相关主管科室保存复制件。

八、公文管理

(一) 医院公文应设专人统一管理，并按照有关保密规定，配备工作人员和必要的安全保密设施设备。

(二) 公文确定密级前，应当按照拟定的密级先行采取保密措施。确定密级后，应当按照所定密级严格管理。绝密级公文应当由专人管理。

公文的密级需要变更或者解除的，由原确定密级的主管部门或者其上级主管部门决定。

(三) 公文的印发传达范围应当按照发文单位的要求执行。

(四) 复制、汇编机密级、秘密级公文，应当符合有关规定并经医院主要负责人批准。绝密级公文一般不得复制、汇编，确有工作需要的，应当经发文主管部门或者其上级主管部门批准。复制、汇编的公文视同原件管理。

复制件应当加盖复制主管部门戳记。翻印件应当注明翻印的主管部门名称、日期。

(五) 医院应建立健全公文管理制度，确保管理严格规范，充分发挥公文效用。

(六) 公文的撤销和废止，由发文主管部门、上级主管部门或者权力主管部门根据职权范围和有关法律法规决定。公文被撤销的，视为自始无效；公文被废止的，视为自废止之日起失效。

(七) 涉密公文应当按照发文机关的要求和有关规定进行清退或者销毁。

(八) 不具备归档和保存价值的公文，经批准后可以销毁。销毁涉密公文必须严格按照有关规定履行审批登记手续，确保不丢失、不漏销。个人不得私自销毁、留存涉密公文。

(九) 工作人员离岗离职时，所在科室应当督促其将暂存、借用的公文按照有关规定移交、清退。

九、附则

(一) 公文含电子公文。电子公文处理工作参照本办法实施。

(二) 本办法自印发之日起施行。原承市医字〔2019〕62号文同时废止。

附件：1. 承德市中心医院行政发文审批单

2. 承德市中心医院党委发文审批单

附件 1

承德市中心医院行政发文审批单

标题			
编号	承市医字（ ） 号		
附件			
主送		抄送	
主办	部 门	拟稿人	日 期
		负责人	日 期
会 签	部 门	负责人	日 期
审 核	主管院领导		日 期
	委员会	主任	日 期
核 稿	部 门	核稿人	日 期
	院办公室		
签 发	院领导	日 期	
校 对	部 门	校对入	日 期
印 制	份	内网发布	是□ 否□

附件 2

承德市中心医院党委发文审批单

标题			
编号	承市医党字〔 〕 号		
附件			
主送		抄送	
主办	部门	拟稿人	日期
		负责人	日期
会签	部门	负责人	日期
审核	主管院领导		日期
	委员会	主任	日期
核稿	部门	核稿人	日期
	党办公室		
签发	党委书记	日期	
校对	部门	校对人	日期
印制	份	内网发布	是□ 否□

六、质量控制管理

文件名称	医院质量与安全管理委员会工作制度				
文件编号	A04-ZD-001-04		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

医院质量与安全管理委员会工作制度

一、医院质量与安全管理委员会是医院质量管理与持续改进的最高管理机构，统一领导和协调医院各专业委员会工作，督导各专业委员会按照医院年度质量与安全管理目标开展工作。

二、运用科学的管理方法，对医院质量与安全管理进行分析，研究提高医疗质量和保障医疗安全的方法和手段。

三、医院质量与安全管理委员会，每季度听取各委员会提交的有关医院质量与安全管理工作汇报，讨论和协调持续改进相关工作。

四、每月召开多部门共同参与的联席会议，利用管理工具，专题研究医疗质量与安全管理问题。

（一）月度联席会议时间：每月第二周周六上午，调整时间时另行通知。

（二）联席会议主要内容：围绕患者十大安全目标、十八项核心工作制度分别就医疗质量安全管理、医院感染控制管理、不良事件管理、合理用药管理、临床用血管理、危急值管理等重点工作进行讨论，分析并制定整改措施。

（三）联席会议参与科室：以医务处、护理部、感控处、药剂科、质控办为主体，同时根据需要，其它职能科室及临床、医技科室列席会议。

（四）联席会议主要工作形式：

1. 上次会议存在问题改进措施落实情况。
2. 汇报内容要具体、层次清晰、问题改进措施可行性强。
3. 制定下月工作重点。

五、组织实施：

（一）质控办具体负责会议组织工作，做好会议记录，对会议决议落实情况进行追踪，



并督导落实。

(二) 按时完成会议纪要。

(三) 收集院领导及职能部门工作建议，不断对会议内容进行完善。

文件名称	医疗安全（不良）事件报告管理制度				
文件编号	A04-ZD-002-04		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

医疗安全（不良）事件报告管理制度

为持续提升医院质量与安全管理内涵，进一步强化医疗安全（不良）事件报告管理工作，及时发现安全隐患事件，通过原因分析、制定并落实整改措施，达到防范医疗事故、提高医疗质量、确保医疗安全的目的。依据中国医院协会《医疗安全（不良）事件管理》标准（T/CHAS10-4-6-2018）相关要求，特制定本制度。

一、医疗安全（不良）事件定义

在临床诊疗活动中以及医院运行过程中，任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。

二、医疗安全（不良）事件分级

按照医疗安全不良事件发生后果的严重程度分为 I、II、III、IV 四个等级：

I 级事件（警训事件、警告事件）：非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

II 级事件（不良后果事件、差错事件）：在医疗过程中因诊疗活动而非疾病本身造成的机体与功能损害。

III 级事件（无后果事件、临界差错）：虽然发生错误事实，但未给机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复的事件。

IV 级事件（隐患事件、未遂事件）：由于及时发现错误，错误在实施之前被发现并得到纠正，未造成危害的事件。

三、医疗安全（不良）事件分类

按照管理类别进行分类：

（一）医疗管理类：医嘱错误、误诊、漏诊、手术并发症、非计划重返手术室、手术患

者部位错误、非计划再次手术、麻醉意外、检查检验迟报、漏报、错报结果、其他。

(二) 护理管理类：跌倒、坠床、压疮、管路滑脱、用药错误、烫伤、液体外渗、标本错误、其它。

(三) 药品管理类：药品不良反应、药品发放错误、药品质量问题、其他。

(四) 器械及耗材管理类：医疗器械不良事件指获准上市的质量合格的医疗器械，在正常使用情况下发生的或者可能导致人体伤害的各种有害事件。包括医疗器械已知和未知作用引起的副作用、不良反应及过敏反应等。

(五) 输血管理类：输血反应、交叉配血错误。

(六) 院内感染管理类：特殊医院感染事件。

(七) 后勤管理类：公共服务设施故障、损害、其他。

(八) 治安管理类：婴儿丢失、患者走失、自杀、自残、治安事件。

四、报告原则

(一) 责任性和自愿性：医务人员有自愿参与的权利和责任，提供事件信息和报告是自愿行为。

(二) 保密性：对不良事件报告人及报告中涉及的其他人和部门的信息保密。报告人可通过电话、网络、信件等多种形式具名或匿名报告，职能科室（或主管部门）和管理人员要严格保密。

(三) 非处罚性：报告内容不作为对报告人、被报告人或其他相关部门的违规处罚依据。

(四) 公开性：对不良事件信息及其结果进行公开分析，在院内相关部门公开和公示，使各科室分享医疗安全信息及其分析结果，有助于医院和科室的质量持续改进。公开的内容仅限于事件的本身信息，不需经认定和鉴定，不涉及报告人和被报告人的个人信息。

五、报告及处理流程

(一) 不良事件报告。

1. I级事件、II级事件为强制上报事件，事件发生后科室或当事人在积极处理事件的同时必须立即上报主管部门；非正常工作时间，上报医院总值班，并在24小时内进行系统补报。

2. III级事件、IV级事件为鼓励上报事件，并在事发后48小时以内进行系统报告。

3. 严重药品不良事件按相关规定时限进行报告。

4. 对不能明确主管职能部门的事件，可上报至质控办，由质控办确定主管职能部门。

(二) 现场处理：当事人或科主任（护士长）应及时果断采取补救措施，将可能造成的影响、损害或损失降至最低。主管职能部门提高敏感性，及时预警并介入处理。

(三) 上报科室处理：科室要在 2 个工作日内完成科级处理流程并进行网络上报。

(四) 职能科（处）室不良事件接报与追踪处理：

1. 主管职能科（处）室应指定专人接报不良事件。

2. 一般不良事件（III、IV 级事件），接到报告后，原因明确的，应于 3 个工作日内完成对事件处理并提出整改建议，完成上报系统结案记录；新发事件、多发事件、特殊（有意义）事件，职能科（处）室应在 3 个工作日内进行原因分析，制定整改措施并追踪、评价改进效果。

3. 严重不良事件（I、II 级事件），接到报告后，应立即介入进行调查，详细了解事件发生情况并对事件级别做出评定，必要时到达现场参与处理，做好组织协调等工作。

(1) 于 7 个工作日内进行原因分析，制定改进措施并完成上报系统结案记录，向主管院领导报告。必要时由主管职能科（处）室组织相关人员进行讨论。

(2) 引发医疗纠纷的不良事件，应在纠纷处理后 7 个工作日内召开分析讨论会，并按照相关纠纷处理规定进行处置。

4. 药品相关不良事件，根据严重程度必要时组织讨论。

六、管理分工

(一) 医务处负责医疗管理类、输血管理类不良事件的处理；

(二) 护理部负责护理管理类不良事件的处理；

(三) 感控处负责院内感染管理类不良事件的处理；

(四) 药剂科负责药品管理类不良事件的处理；

(五) 医学工程处及物资采购中心分别负责器械管理类、医用耗材管理类不良事件的处理；

(六) 后勤保障处负责后勤管理类不良事件的处理；

(七) 信息中心负责网络信息安全管理类不良事件的处理；

(八) 监察室负责服务及医德医风管理类不良事件的处理；

(九) 医患办负责各类投诉的处理；

(十) 安全保卫处负责治安管理类不良事件的处理。

七、工作职责

根据我院工作实际，采取由质控办统一监管，职能科（处）室分别处理的管理模式，工



作职责如下：

（一）事件发生或发现科室职责：

1. 准确识别各类不良事件并及时报告。
2. 对上报的不良事件组织讨论，分析原因，制定并落实整改措施。

（二）主管职能部门职责：

1. 负责收集、调查和处理本部门相关的不良事件，督导、追踪事件整改措施落实情况，每月汇总、分析，对典型案例进行分享，以起到警示与借鉴作用。
2. 各职能科（处）室对接报的投诉、纠纷事件负责督促相关科室或直接通过不良事件管理系统上报不良事件。
3. 对发生频率较高、结果严重或特殊新发不良事件，要及时（或定期）组织讨论分析，对系统问题提出改进措施，必要时提交相关质量管理委员会进行决策。
4. 医务处、护理部每半年组织全院不良事件分析会（警示教育）。

（三）质控办职责：

1. 质控办负责监督检查各临床及职能科（处）室日常对不良事件的上报、处理情况。
2. 针对不良事件中涉及多部门问题，及时调查核实、组织协调，必要时提交医院质量安全管理委员会讨论。
3. 每月统计不良事件完成数量，每季度对报告人实施奖励。
4. 每季度对不良事件进行汇总、分析，并收集典型案例，必要时在《医院质量安全管理通报》中进行分享。
5. 每年组织不良事件管理的相关知识培训。

八、奖惩机制

（一）奖励范围：

医院鼓励全体员工主动报告医疗安全（不良）事件，对主动上报且符合奖励条件的不良事件，每例奖励上报人 50 元；同一例不良事件有多个上报人进行上报时，只对最早报告的上报人进行奖励。

（二）不予奖励范围：

1. 经职能部门认定不符合医疗安全（不良）事件定义的事件。
2. 定级为 I 级、II 级的不良事件；不良事件虽为 III 级事件，但造成不良后果较为严重、

损害较大的事件（经相关部门认定后可采取从轻处罚或不处罚，但不予奖励）。

3. 报告信息填写不准确或不完整的事件。
4. 医务人员锐器伤和血源性病原体皮肤黏膜暴露的不良事件。
5. 院外压疮事件。
6. 超过规定时间报告及处理的不良事件。

（三）处罚事项：

发生医疗安全不良事件，隐瞒不报、漏报的科室，一经查实，根据事件性质、等级及严重程度，对当事科室负责人和当事人进行处罚。

- 1.III、IV级不良事件有意隐瞒不报，在相应范围内对责任人进行批评教育。
- 2.II级不良事件有意隐瞒不报，给予相关科室负责人1000元及当事人500元的处罚。
- 3.I级不良事件有意隐瞒不报，给予相关科室负责人2000元及当事人1000元的处罚。
4. 因医疗安全不良事件引发纠纷、造成赔偿的，以及由此引发医疗争议按医院相关管理规定处理。

九、管理要求

不良事件管理实施院、科两级管理，院级管理组织由主管院领导、质控办和相关职能科（处室）主任组成，科级管理者由科主任（或护士长）负责并指定兼职人员组成。

（一）院级管理组织负责不良事件的监测控制、宣传教育、分析评价、督导改进措施落实及考核激励等，持续改进医疗质量，构建不以惩罚为目的医院安全文化，为患者提供安全的医疗服务环境。

（二）科级管理组织负责教育、监管医务人员在诊疗过程中严格遵守医疗法律法规、部门规章、规范等要求，有效防范医疗安全（不良）事件的发生。对医疗安全（不良）事件遵循早发现、早报告的原则。

十、医疗安全（不良）事件报告处理流程

见附件。

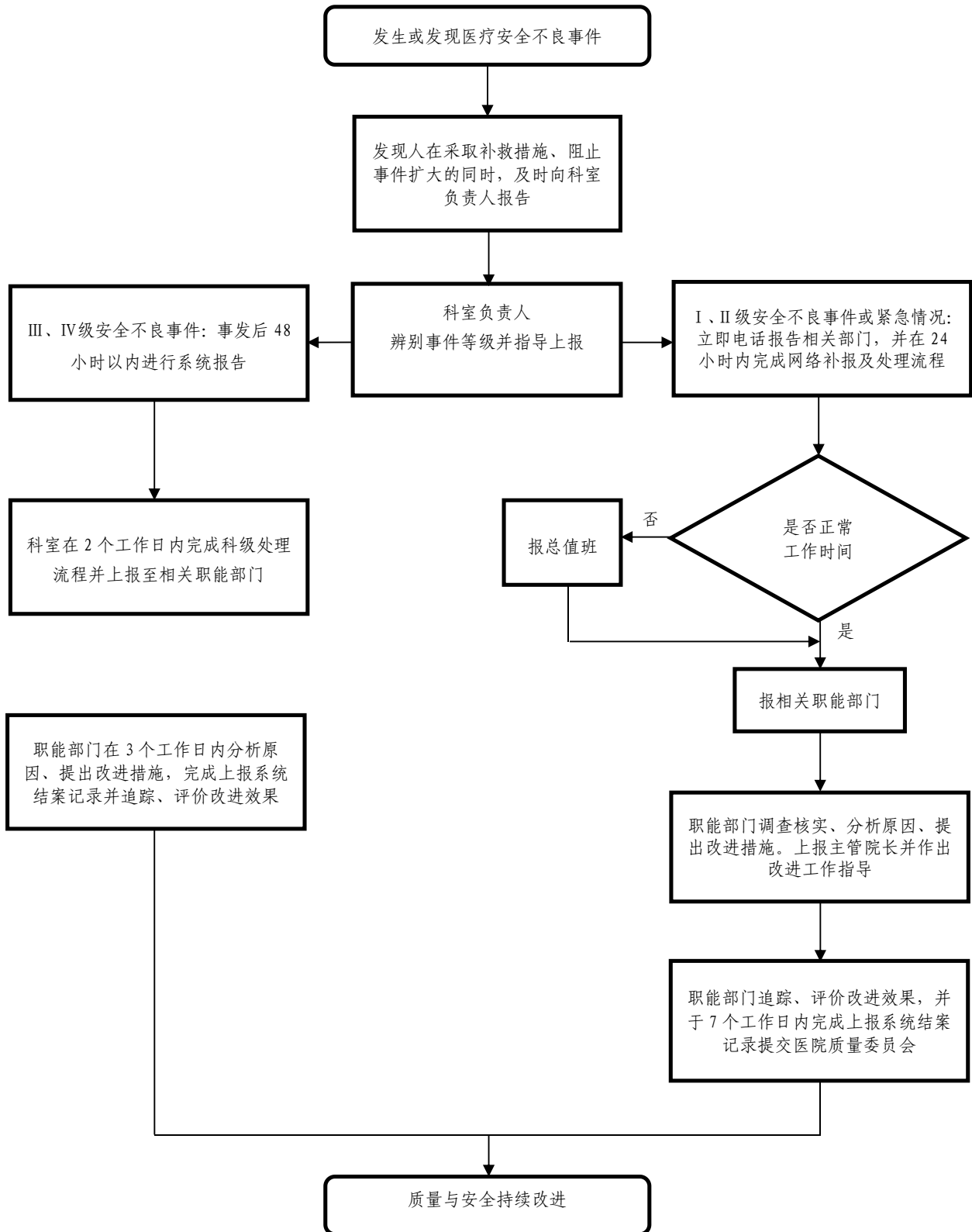
十一、附则

- （一）本制度自印发之日起执行，原承市医字（2019）63号文件同时废止。
- （二）本制度由质控办负责解释。



附件：

医疗安全（不良）事件报告处理流程



文件名称	质量控制办公室工作制度				
文件编号	A04-ZD-003-04		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

质量控制办公室工作制度

一、在医院质量与安全委员会的领导下，依据国家法律法规和卫生行业质量管理要求，全面负责院、科两级质量管理及绩效考核工作。

二、依据医院年度工作计划，拟定医院年度《医疗质量安全管理与持续改进实施方案》及《绩效分配与考核方案》，提交医院质量与安全委员会及职代会讨论通过后组织实施。

三、每季度组织召开医院质量与安全委员会会议，每月组织召开多部门共同参与的联席会议，利用管理工具，专题研究医疗质量与安全管理问题。

四、根据国务院办公厅《关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》，全面负责国家级、省级三级公立医院绩效考核指标数据的收集、质控及上报工作。

五、定期对科室质控工作进行检查、指导、培训等，督导科室对存在的问题进行改进。

六、根据医院质量管理及绩效考核方案要求，对临床、医技科室进行月度考核，根据考核结果发放绩效。

七、通过医疗安全（不良）事件报告系统，及时检查医疗安全（不良）事件报告情况、上报科室和职能部门处理情况，对涉及多部门问题，组织调查核实、协调处理。每季度进行汇总、分析，对报告人实施奖励。每年组织医疗安全（不良）事件管理相关知识培训。

八、代表医院与临床、医技科室签订科室综合目标管理责任书，根据医院质量运行指标质量检查考评结果，作为科室月度绩效奖金发放及年度评选优秀（先进）科室的依据。

九、对医院质量运行指标、职能科（处）室质量检查情况进行分析、汇总，形成医院综合质量分析报告，在院内网发布。

文件名称	科室质量与安全管理工作制度				
文件编号	A04-ZD-004-04		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

科室质量与安全管理工作制度

科室质量与安全管理工作制度

一、建立健全科室质量控制管理组织，在院级质量管理组织的领导下开展工作。

二、科主任全面负责本科室质量与安全管理工作。

三、科室质量与安全管理工作组织由科室主任、副主任、护士长及具备资质的人员组成。小组人员分工合理，遵照《承德市中心医院科室质量与安全管理工作职责》，认真做好本科室质量检查、评价、考核等项管理工作。

四、科室质量安全联络员，协助科主任完成科室质量安全管理工作。负责或参与本科室会议记录、管理资料等存档与保管，负责与相关质量管理部门的工作对接等。

五、每月召开科室质控会议，务求实效，以问题为导向，专题研究质量问题。

六、开展质量安全管理工作教育培训工作，不断提高管理水平及管理技能。

七、接受质控办及职能部门对科室质控管理工作的检查、督导，对存在问题进行改进。

文件名称	医院多部门联席会议制度				
文件编号	A04-ZD-005-04		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

医院多部门联席会议制度

一、定义

多部门联席会议是指医院现行没有规定或规定尚不明确而出现的问题，以召开会议形式，共同商讨、达成共识，形成具有约束力的规范性意见，用以指导工作，解决问题。

二、目的

建立各部门（科室）间的沟通、协调机制，保证信息畅通，共同决策和解决需多部门协调的质量问题。

三、会议形式、组织实施

（一）形式：职能部门间、院 - 科间、临床 - 护理间、临床 - 医技间等。

（二）会议组织

1. 临床、医技与行政后勤科室的联席会议，由科室提出，质控办负责组织，至少每年召开一次，并将会议内容提交相应质量管理委员会讨论、解决。

2. 各职能部门在工作中存在需多部门协调解决的质量问题，由牵头部门组织召开，并对会议决议或相关工作任务执行情况进行检查、追踪、评价。

3. 专题联席会议，如临床路径管理、多重耐药菌管理、护理质量管理、医护技联席会等，由相应主管职能部门根据要求负责组织召开。

四、会议要求

（一）会议主题明确，以问题为导向，切实解决工作中存在的实际问题。

（二）会议组织部门要认真组织，妥善安排，做好会议记录，明确决议完成时间和负责部门。

（三）专题联席会议决议落实情况由相关职能部门负责督导，其他联席会议决议落实情况由质控办负责督导。

文件名称	绩效工资管理制度				
文件编号	A04-ZD-006-01		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

绩效工资管理制度

一、目的

为适应医院发展需求，充分发挥绩效工资激励作用，建立一套科学、合理的绩效工资体系，结合医院实际，特制订本制度。

二、制定原则

本制度本着目标考核、效率导向、兼顾公平、重视沟通的绩效管理理念制定。

三、政策依据

根据国家有关分配制度改革的文件精神和《河北省事业单位工作人员收入分配制度改革实施办法》（冀政〔2006〕88号）、《河北省事业单位岗位设置管理实施意见（试行）》（冀人发〔2007〕76号）、《河北省事业单位绩效工资实施意见》（冀政办〔2012〕31号）等有关文件规定执行。

四、绩效工资体制

医院绩效工资按岗位发放，按照上级文件精神，医院岗位分为管理岗位、专业技术岗位和工勤技能岗位三种类别，作为医疗卫生机构，我院专业技术岗位应占主体，不低于岗位总量的85%。

（一）在专业技术岗位聘用中，专业技术岗位按照专业技术一至十三级岗位划分，原则上向一线卫生专业技术岗位倾斜。

（二）在管理岗位聘用中，由于我院现为正处级事业单位，按照管理岗位五到十级划分，根据上级文件，部分管理职称可参照专业技术岗位聘用。

（三）在工勤技能岗位聘用中，要坚持精简人员、提高效能、尊重现实、因事设岗的原则，分为技术工岗位和普通工岗位，技术工岗位按照一至五级划分，普通工岗位不分等级。

五、绩效工资结构

医院职工绩效工资由基础性绩效工资和奖励性绩效工资组成。绩效工资先由承德市人力资源和社会保障局审批绩效工资总量（每年调整一次），基础性绩效工资按照国家和河北省相关政策和标准执行，基础性绩效工资与奖励绩效性工资之和不得超过绩效工资总量。

六、奖励绩效工资组成

根据国家和河北省相关政策，结合医院实际，为体现员工的劳务价值、知识价值和社会价值，合理确定医院奖励绩效工资组成。

（一）奖励绩效发放原则

遵循宏观调控、总额管理、增量改革、兼顾岗位差异和学科平衡、适当拉开分配档次原则，体现工作质量、数量、医德医风、技术能力、风险程度、成本控制、患者满意度等考核要素，坚持向临床一线倾斜，以工作量考评和质量考核结果决定绩效总额发放，不与业务收入直接挂钩。

（二）奖励绩效工资组成

1. 科室奖励性绩效：由医院财务处、质控办负责实施，根据岗位变化和管理需要进行调整。
2. 夜班奖励绩效：医院为 24 小时工作单位，对夜班工作人员发放夜班奖励绩效，根据岗位确定发放标准。
3. 其他奖励绩效：对援疆、援外、外院进行、学习、完成政府指令性工作等人员，根据政策要求和医院实际，发放专项奖励绩效。
4. 单项奖励绩效：为推动专科技术进步，鼓励科室人员积极开展工作，医院设定多个单项奖励绩效，根据考核进行发放。

七、本方案由人事处、质控办负责解释。

文件名称	医院服务外包业务遴选管理制度				
文件编号	A04-ZD-007-01		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

医院服务外包业务遴选管理制度

为加强医院服务外包业务管理，规范服务外包人员的工作行为，防范风险、隐患发生，维护医院利益，满足医院服务流程需要，确保生产安全，根据《民法典》《中华人民共和国合同法》《劳动法》等有关法律法规及等级医院评审标准相关要求，特制定本制度。

一、适用范围

本制度适用于我院所有业务外包活动的管理。

二、外包业务的界定

本制度所指的外包业务，主要是指为实现医院战略经营目标，通过合同或协议等形式约定由外部服务提供商（以下简称为“承包方”）提供的某些部分或全部业务。

三、医院服务外包业务遴选办法

业务外包科室为外包业务归口管理部门。归口管理部门根据医院年度预算情况对外包业务的服务范围、方式、条件、程序和实施等内容进行分析。制定相应的医院业务外包招标方案，内容包含比选资质要求、业务范围、比选时间地点等相关内容。遵循公开、公平、公正的原则，采用网上公示的方式对外发布招标遴选公告。

（一）外包业务归口管理部门负责发布招标公告，采用网上公示的方式对外发布招标遴选公告，遴选“承包方”。

（二）归口管理部门对“承包方”进行资质预审，评估“承包方”的综合能力。评估因素主要包括以下方面：

1. “承包方”法人或其他组织的营业执照、银行开户许可证等证明文件、自然人的身份证明。
2. 上一年度经济审计的财务报告或其基本开户银行出具的资信证明。
3. 依法缴纳税收和社会保障资金的凭据（依法免税或不需要缴纳社会保障资金的，提供

相应文件证明)。

4. 履行合同所必需的设备和专业技术能力的证明材料。
5. 参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明。
6. 类似业绩的服务合同。

(三) 参与竞标的承包商应在指定期限之内提交《投标书》及相关材料, 主要内容包括项目解决方案、实施计划、资源配置、报价等。

(四) 按照遴选公告上规定的时间、地点进行现场比选, 依据招标比选文件及标书由评标专家进行集体评标, 条件优得分高者中标。

(五) 医院与中标公司签订服务外包合同或协议, 为较好履行服务合同约定及管理需要, 中标公司进场前须向医院财务处缴纳履约保证金, 合同终止后给予无息退还。

(六) 医院归口管理部门, 负责业务外包项目的具体实施, 包括对外包员工进行岗位培训等项内容, 确保外包员工能正确理解和掌握医院相关政策规定和外包流程的顺利执行。

四、医院服务外包管理制度及办法

(一) 归口管理科室为服务外包业务的主管职能部门, 依据合同内容采取动态管理方式, 负责对承包方开展日常绩效评价和定期考核, 收集各科室对承包方服务的反馈意见并核实, 向服务外包公司进行反馈。

(二) 相关职能部门对外包业务定期进行总结评价, 充分了解各科室对承包方服务的反馈意见, 与日常监管发现的问题汇总形成总结报告, 作为会计核算和付款的依据。

(三) 服务外包公司严格遵照合同内容, 依照法律法规、规章制度及标准规定履行义务, 并承担相应安全生产责任。固定工作人员名单提交归口管理部门存档, 如有变动及时告知。

(四) 如服务外包公司工作质量存在缺陷且未按要求履行内容, 归口管理部门应及时告知承包方限期进行整改, 整改不到位且无法满足医院服务需求的, 可汇报院办公室后, 由院长办公会审议、决定处罚等管理事项。

(五) 如服务外包公司出现严重违约情况, 导致业务外包合同无法履行的, 应当及时终止合同, 并指定有关部门按照法律程序向承包方索赔。

五、固定资产管理

(一) 医院所有的固定资产, 如因业务需要交由承包方使用的, 承包方应合理使用并做



好安全维护。

(二) 业务外包归口管理部门指定专人定期检查承包方使用和管理固定资产情况。

(三) 交由承包方使用的医院资产，只能用于外包业务活动。未经医院同意，擅自将固定资产挪作他用的承包方，归口管理部门应对其采取警告直至解除劳动合同等措施。

文件名称	服务外包业务项目评估和审核制度				
文件编号	A04-ZD-008-01			发布部门	质控办
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

服务外包业务项目评估和审核制度

一、医院服务外包项目的评估和审核工作由归口管理部门负责。根据对外包业务的控制程度，以及外部市场成熟度等标准，合理确定业务外包范围，制定外包实施方案。

二、服务外包业务项目，重点从以下几方面进行评估与审核：

- （一）运行资质审核。
- （二）综合能力。
- （三）类似项目的经验、服务能力、资格认证和信誉。
- （四）是否与医院存在直接或潜在的竞争关系。
- （五）在知识产权保护方面的力度和效果。
- （六）业务外包的主要风险和预期收益。
- （七）“承包方”的性价比是否合适。
- （八）业务外包的背景，如医院外部环境要求及医院中长期发展战略等。

三、在“承包方”提供服务的过程中，相关职能部门应密切关注承包方的履约能力，采取动态管理方式，对承包方开展日常绩效评价和定期考核。

四、相关职能部门要对外包业务定期进行总结评价，充分了解各科室对“承包方”服务的反馈意见，及时与“承包方”进行反馈并限期整改，对整改效果持续进行跟踪。

文件名称	外包服务业务考核管理制度				
文件编号	A04-ZD-009-01		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

外包服务业务考核管理制度

一、医院外包业务的归口管理部门，是医院管理范围内业务外包的主要责任部门。负责业务外包“承包方”的考核、监管工作。

二、相关职能部门对所管的外包服务业务实行全面的考核与管理，制定考核办法及考核标准，对外包服务业务定期进行监督考核，督导外包服务业务质量持续改进。

三、用人科室对外包服务人员制定详细的岗位职责，并负责对外包服务业务进行督导，发现问题及时与相应职能部门沟通。

四、相关职能部门每季度对外包服务业务进行满意度调查一次，征求临床科室的意见及建议，进行汇总分析，并将结果及时反馈给相应的外包服务公司，督导业务外包“承包方”进行整改及落实。

五、责任部门每年组织召开一次外包公司负责人会议，总结外包服务项目的质量分析情况，提出工作改进建议。

文件名称	培训管理制度				
文件编号	A04-ZD-010-01		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

培训管理制度

一、培训目的

培训是促进医院发展、加快人才培养的重要手段，为加强我院各级各类人员培训管理工作，规范院、科两级培训行为，切实提高全院医务人员业务能力和综合素质，促进医院可持续发展，根据我院整体规划和工作实际，特制定本制度。

二、管理职责

培训工作实行院、科两级管理。根据培训对象和组织实施部门不同，将培训工作分为院级培训和科级培训。

（一）院级培训工作由质控办统筹指导和监督培训工作的开展，各相关职能部门根据职责分工具体负责培训工作。

1. 医院中层领导干部培训工作，由党办室牵头、质控办协同负责。培训形式可通过医院中层干部例会进行质量安全管理培训，参加各职能部门组织的质量管理知识培训、管理工具应用培训、有关法律法规培训等进行。相关管理人员接受培训人数 $\geq 80\%$ ，培训时数每人每年 ≥ 12 个学时。

2. 医、药、技人员分层培训，由医务处负责组织实施。

3. 护理人员分层培训由护理部负责组织实施。

4. 新员工岗前培训，由人事处负责组织实施。

5. 科教处负责院内继续医学教育培训、医务人员外院进修/短期培训管理及培训后的考核、评价工作。

6. 医疗服务办负责医辅岗位人员服务行为、岗位职责、规章制度、导诊、分诊工作等培训、考核工作。

（二）科级培训由各科室主任总负责，由负责培训的质控员具体组织实施，培训对象为

科室成员。

三、培训内容

内容包括医德医风、政策法规、临床实践能力、专业理论知识、人际沟通交流等，重点为提高临床规范诊疗能力，适当兼顾临床教学和科研素质。

（一）院级培训内容

1. 法律法规、制度规范，管理知识教育与技能等的培训。
2. 等级医院评审需全员知晓和掌握的应知应会内容。
3. 医院文化、医德医风等相关知识。
4. 医院应急预案培训、演练工作

（二）科级培训内容

1. 本学科本专业学术新进展、诊疗指南、规范、共识等及其他必须掌握的专业知识等。
2. 与本科室相关的规章制度、岗位职责、工作流程、法律法规、应急预案及其他应知应会内容。
3. “三基”（基本理论、基本知识、基本技能）培训。各级医疗卫生技术人员均应参加，“三基”考核达标率为 100%。
4. 院级培训内容进行科室二次传达。

四、培训方式

线上、线下、自学、外出进修、学习人员总结汇报、病例讨论。

五、培训考核

（一）职能部门组织的院级培训，每次培训结束后按培训内容组织考试考核。

（二）科室业务讲座每月至少 2 次，并建立培训授课点评制度，不断提高培训师资的能力和水平。每月进行一次闭卷考试，保证培训效果。

（三）相关职能科室对科室培训内容、形式、效果进行追踪、检查、督导。将培训主讲人的资质、讲课水平、课件制作水平、培训时间控制、参培人员抽考成绩等项目纳入质控考评体系，定期对培训员履职情况进行考核。

六、质量管理

各相关职能部门（科室）根据医院年度工作计划，制定本部门培训教育计划并组织实施；做好培训后考核及评价工作，并留存培训资料。各科室根据工作实际，制定科室培训计划（季

度、半年、年度），并上报质控办备案。

（一）院级培训质量要求

1. 培训主讲人资质要求：具备一定专业技术水平，知识储备丰富，表达能力强，原则上应为职能（行政、后勤）科室的主任或副主任。

2. 培训内容精炼实用，紧密联系实际，对各科室、各部门应有指导作用。

3. 根据疫情防控需要，院级培训可利用网络培训形式进行组织，培训部门应对培训课程及实用性进行论证，对参加培训人员及培训效果进行考核评价。

4. 注重培训实效，培训与考核相结合。根据培训内容，各职能科室自行制定考核方案（笔试、口试、闭卷、开卷、人机对话、全员或抽考等）并实施，切实提高培训效果。

5. 培训频次，每季度至少组织一次。各职能科室及时收集培训资料（课件、签到表、培训照片、请假条等）存档备查。

（二）科级质量管理要求

设立科室培训质控员（以下简称培训员），各科室在质控小组内指定专人作为培训员负责本科室培训工作。各科室将本科室培训员姓名上报质控办备案。原则上每年上报一次，任职为一年，无特殊情况任职周期内不得更换。

1. 培训员选择标准：具有中级职称及以上资质（科室主任、护士长可兼职），表达能力强，工作认真负责，具备一定的组织能力。

2. 科室培训员数量：医疗、护理各 1 人。

3. 科室培训员职责：

（1）按要求参加院级培训，因临床工作确实无法参加时应安排同等资质或以上人员替代参加，替代参加次数不应超过全年应参加次数的 30%。

（2）对院级培训内容进行归纳整理和消化吸收后，在一周内完成对科室全体成员的二次传达与培训。

（3）组织安排科级培训的其他内容。

（4）负责本科室培训组织、实施等管理工作，如：时间安排、人员组织、签到、检查培训准备、检查培训笔记、科内培训相关知识的考核及资料管理等。

（5）按计划进行科室培训组织和落实，做好培训记录。

文件名称	目标管理责任制实施方案				
文件编号	A04-ZD-011-01		发布部门	质控办	
审核人	于素敏	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

目标管理责任制实施方案

为适应我院快速发展需要，提高科室工作效能，通过建立科室绩效管理的激励机制，不断提升医疗技术和管理能力，推进医疗质量安全管理有效实施和学科建设长足发展，确保医院及科室工作目标实现，特制定本方案。

一、指导思想

(一)以现代医院管理制度建设为目标，实事求是、客观公正、公开透明、注重实际为原则，绩效考核激励与约束机制为手段，充分调动科室人员工作积极性，全面提升医院管理效能。

(二)以等级医院评审标准、《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》为遵循，运用PDCA循环理论和科学管理方法持续改进工作模式，实现医院高质量发展。

(三)认真落实职能部门对临床、医技科室目标责任制考核管理，定期进行督导、检查、总结评价工作，引导科室持续提高医疗质量、确保患者安全。

二、成立目标管理责任制考核领导小组

为保证目标管理责任制方案的有效实施，成立医院目标管理责任制考核领导小组。

组 长：院长、书记

副组长：医院领导班子成员

成 员：质控办、院办、党办、监察室、人事处、医务处、护理部、感控处、科教处等相关职能处（科）室主要负责人。

三、组织实施

(一)考核范围

职能部门年度管理效能考核；临床、医技科室目标责任制管理考核。

(二)考核办法

1. 职能部门考核：

每年组织一次。由医院领导班子成员针对职能部门履职情况、科室管理、服务一线意识、上级部门指令性工作完成情况、解决及处理问题能力等方面由领导班子集体打分，依据结果作为对职能部门年度评选优秀、先进科室的依据。

2. 临床、医技科室月度、年度目标考核

(1) 月度考核：由质控办围绕科室工作质量、数量、效率、及单项考核等方面设定一级考核指标；二级考核指标由相关职能部门设定。每月职能部门对科室进行检查、考核、评价，将考核结果向质控办及考核科室反馈，质控办综合各职能部门考核结果，计算科室综合质量分值，纳入对科室的月度绩效考核管理。

(2) 年度考核：根据临床、医技科室年度综合考核结果，评选年度优秀科室、先进科室。评选条件如下：

1) 认真贯彻执行党的路线、方针、政策，遵守医疗法律法规及各项规章制度，圆满完成各项工作，成绩突出。

2) 科室管理规范，具有良好团队精神，有较强的执行力和凝聚力，认真履行岗位职责。

3) 积极开展新技术，按计划完成本专业技术项目及教学科研工作；科室人员继教学分完成率达到 95%；年内能够在核心期刊发表本专业论文。

4) 医德医风考核：年度内科室未发生违反医疗机构工作人员廉洁从业“九项准则”及医德医风相关规定，科室综合满意度达标。

5) 符合以上条件，并以综合质量得分率排序，综合质量得分 ≥ 98 分为优秀科室；95分-97.9分为先进科室。

3. 否决条件：

(1) 科室发生技术性、责任性医疗事故、严重差错或存在缺陷的医疗纠纷。

(2) 年度内科室质量得分 < 95 分或科室负值运营累计 4 次及以上。

四、目标责任制管理考核与持续改进

(一) 提高认识，加强管理，严格落实院、科两级质量管理组织的管理职能，职能分工体现决策、控制与执行三个层次。

(二) 医院质量管理部门，认真做好本部门质量管理目标考核工作。

1. 根据医疗法律法规、部门规章规范等要求，严格执行十八项核心工作制度，对医疗质量管理制度及岗位职责不断进行修订完善，并督导落实。

2. 围绕医院发展战略，以提高医疗质量为核心，关键质量指标控制为重点，不断探索适合我院持续发展的管理模式，加强基础质量管理，强化过程质量控制，确保终末质量达标，保障患者安全。

3. 严格按照管理要求认真履行质量管理监管职责，分解目标任务，根据考核指标的考核频次落实职能科（处）室检查、分析、总结、反馈、整改及效果评价职能。

（三）临床、医技科室，严格落实科主任是科室医疗质量管理第一责任人职责。

1. 科室质控小组由科主任任组长，副主任、护士长及医护骨干为成员组成。小组成员职责清楚，分工明确，认真做好科室各项质控工作。

（1）根据医院管理要求，制定本科室医疗质量安全管理与持续改进实施方案（计划）及绩效考核分配方案，对科室综合目标任务落实责任人，制定明确的工作计划，保质保量按期完成。

（2）加强对本科室人员进行质量安全教育培训，定期检查和督导科室工作目标完成情况，查找问题、分析原因并制定改进措施，体现质量管理的持续改进。

（3）接受和配合职能科（处）室对本科室质量管理工作的检查、督导，对反馈问题及时整改。

2. 根据医院职能科（处）室设定的工作目标及考核管理办法，落实科室考核指标责任人管理，确保考核目标达标。

3. 执行科室质控小组工作月度例会制度。做好质控会议记录，留存管理痕迹。

五、附则

本方案由质控办负责解释。

七、人力资源管理

文件名称	人事处工作制度				
文件编号	A12-ZD-001-03		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2020年8月

人事处工作制度

- 一、坚持公开、公正、公平的原则，客观地做好人事工作。
- 二、认真学习把握国家有关文件精神，准确领会并熟练掌握有关政策。
- 三、根据工作需要，切实做好人才引进、培养工作，构建一支结构合理、技术精良的人才梯队。
- 四、按照有关规定，及时完成职工的入职教育、职称晋升、岗位聘任、调资、退休、退职、参保及工伤申报等日常工作。
- 五、做好人事档案材料的收集、整理、归档工作，以便提供准确的人员信息。
- 六、积极做好各级各类人员的信息统计、考核等工作，协助其他科室做好相关工作。

文件名称	工作人员管理办法（试行）				
文件编号	A12-ZD-002-01		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

工作人员管理办法（试行）

第一章 总则

第一条 为了规范我院的人事管理，保障我院工作人员的合法权益，建设高素质的工作人员队伍，促进公共服务发展，依据《事业单位人事管理条例》（国务院令第652号）制定本管理办法。

第二条 我院的人事管理，在党委领导下全面准确贯彻民主、公开、竞争、择优方针。对工作人员实行分级分类管理。

第三条 人事处负责我院人事管理工作。

第四条 医院制定或者修改人事管理制度，应当通过职工代表大会或者其他形式听取工作人员意见。

第二章 岗位设置

第五条 医院建立医院岗位管理制度，明确岗位类别和等级。

第六条 根据医院职责任务和工作需要，按照国家有关规定设置岗位。岗位应当具有明确的名称、职责任务、工作标准和任职条件。

第七条 医院拟订岗位设置方案，报上级人事主管部门审核备案。

第三章 公开招聘

第八条 医院新聘用工作人员，应当面向社会公开招聘。但是，国家政策性安置、按照人事管理权限由上级任命、涉密岗位等人员除外。

第九条 医院入编公开招聘工作人员按照《事业单位人事管理条例》（国务院令第652号）程序进行：

- (一) 制定公开招聘方案；
- (二) 公布招聘岗位、资格条件等招聘信息；
- (三) 审查应聘人员资格条件；
- (四) 考试、考察；
- (五) 体检；
- (六) 公示拟聘人员名单；
- (七) 订立聘用合同，办理聘用手续。

第十条 医院内部聘用人员参照以上程序进行。

第四章 聘用合同

第十一条 医院与工作人员订立的聘用合同，期限一般不低于 3 年。

第十二条 初次就业的工作人员与医院订立的聘用合同期限 3 年以上的，试用期为 12 个月。

第十三条 工作人员在医院连续工作满 10 年且距法定退休年龄不足 10 年，提出订立聘用至退休的合同的，医院应当与其订立聘用至退休的合同。

第十四条 工作人员连续旷工超过 15 个工作日，或者 1 年内累计旷工超过 30 个工作日的，医院可以解除聘用合同。

第十五条 工作人员年度考核不合格且不同意调整工作岗位，或者连续两年年度考核不合格的，医院提前 30 日书面通知，可以解除聘用合同。

第十六条 工作人员提前 30 日书面通知医院，可以解除聘用合同。但是，双方对解除聘用合同另有约定的除外。

第十七条 工作人员受到开除处分的，解除聘用合同。

第十八条 自聘用合同依法解除、终止之日起，医院与被解除、终止聘用合同人员的人事关系终止。

第五章 考核和培训

第十九条 医院应当根据聘用合同规定的岗位职责任务，全面考核工作人员的表现，重



点考核工作绩效。考核应当听取服务对象的意见和评价。

第二十条 考核分为平时考核、年度考核和聘期考核。年度考核的结果分为优秀、合格、基本合格和不合格等档次，聘期考核的结果可以分为合格和不合格等档次。

第二十一条 考核结果作为调整工作人员岗位、工资以及续订聘用合同的依据。

第二十二条 医院应当根据不同岗位的要求，编制工作人员培训计划，对工作人员进行分级分类培训。

工作人员应当按照医院的要求，参加岗前培训、在岗培训、转岗培训和为完成特定任务的专项培训。

第二十三条 培训经费按照国家有关规定列支。

第六章 奖励和处分

第二十四条 工作人员有下列情形之一的，给予奖励：

- (一) 长期服务基层，爱岗敬业，表现突出的；
- (二) 在执行国家重要任务、应对重大突发事件中表现突出的；
- (三) 在工作中有重大发明创造、技术革新的；
- (四) 在培养人才、传播先进文化中作出突出贡献的；
- (五) 有其他突出贡献的。

第二十五条 奖励坚持精神奖励与物质奖励相结合、以精神奖励为主的原则。

第二十六条 奖励分为嘉奖、记功、记大功、授予荣誉称号。

第二十七条 工作人员有下列情形之一的，给予处分：

- (一) 损害国家声誉和利益的；
- (二) 失职渎职的；
- (三) 利用工作之便谋取不正当利益的；
- (四) 挥霍、浪费国家资财的；
- (五) 严重违反职业道德、社会公德的；
- (六) 其他严重违反纪律的。

第二十八条 处分分为警告、记过、降低岗位等级或者撤职、开除。受处分的期间为：

警告，6个月；记过，12个月；降低岗位等级或者撤职，24个月。

第二十九条 给予工作人员处分，应当事实清楚、证据确凿、定性准确、处理恰当、程序合法、手续完备。

第三十条 工作人员受开除以外的处分，在受处分期间没有再发生违纪行为的，处分期满后，由处分决定单位解除处分并以书面形式通知本人。

第七章 工资福利和社会保险

第三十一条 医院执行国家事业单位工作人员工资制度。工资包括基本工资、绩效工资和津贴补贴。绩效工资应当结合科室岗位特点，体现岗位职责、工作业绩、实际贡献等因素。

第三十二条 医院按照国家事业单位工作人员工资的正常增长机制落实工资增长。

第三十三条 医院工作人员享受国家规定的福利待遇。医院执行国家规定的工时制度和休假制度。

第三十四条 医院工作人员依法参加社会保险，工作人员依法享受社会保险待遇。

第三十五条 医院工作人员符合国家规定退休条件的，应当退休。如遇特殊情况确需延迟退休的，根据上级人事主管部门审批结果执行。

第八章 人事争议处理

第三十六条 工作人员与所在单位发生人事争议的，依照《中华人民共和国劳动争议调解仲裁法》等有关规定处理。

第三十七条 工作人员对涉及本人的考核结果、处分决定等不服的，可以按照国家有关规定申请复核、提出申诉。

第三十八条 负有医院聘用、考核、奖励、处分、人事争议处理等职责的人员履行职责，有下列情形之一的，应当回避：

- （一）与本人有利害关系的；
- （二）与本人近亲属有利害关系的；
- （三）其他可能影响公正履行职责的。

第三十九条 对医院人事管理工作中的违法违规违纪行为，工作人员可以向医院纪检部门或



上级主管部门投诉、举报，有关部门和机关应当及时调查处理。

第九章 法律责任

第四十条 医院对工作人员的人事处理违反本条例规定给当事人造成名誉损害的，应当赔礼道歉、恢复名誉、消除影响；造成经济损失的，依法给予赔偿。对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第四十一条 人事处工作人员在人事管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

文件名称	全员岗位聘用制度				
文件编号	A12-ZD-003-01		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

全员岗位聘用制度

一、按照上级有关部门关于事业单位工作人员应由身份管理向岗位管理转变的要求，结合我院实际，特制定本制度。

二、本制度所指的全员聘用制包括编制内职工及编制外内部聘用职工，分别签订《事业单位聘用合同》或《内聘人员聘用合同》。

三、本制度所指的岗位聘任制包括管理系列、专业技术系列、工勤技能系列各级各类岗位的聘任。

四、在聘期内，受聘人员应自觉遵守国家法律、法规，遵守医院的各项规章制度和合同条款，认真履行岗位职责，完成岗位工作任务。

五、医院及各用人科室根据合同，按规定权限对受聘人员的思想政治表现、职业道德、岗位履职情况、工作任务完成情况进行年度考核或聘期考核。考核按照客观、公正的原则，考核工作实绩与考核工作态度相统一，以工作实绩为主的方法。考核内容与岗位职责、任务、目标相符合。年度考核或聘期考核结果分为优秀、合格、基本合格、不合格四个等次。考核结果记入个人档案，作为续聘、解聘、调整岗位以及晋级、奖惩等的重要依据。

六、各级各类人员的考核由医院人事处负责组织，有关部门按照职责分工予以协助。

七、岗位聘用：按照上级人事主管部门核定的岗位等级职数和医院岗位设置实施方案落实岗位聘用。

八、本办法所依据的国家法律、法规和相关文件发生重大变化，影响本办法执行时，由人事处负责作出修改，经院办公会讨论通过后按修改办法执行。

文件名称	新职工岗前教育制度				
文件编号	A12-ZD-004-03		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

新职工岗前教育制度

为使新职工尽快了解、熟悉并掌握医院各项规章制度及岗位职责要求，适应并顺利完成角色转换，特制定本制度。

一、年度内，新来院各级各类人员必须按计划接受为期两周的岗前教育。

二、岗前教育主要内容

（一）医院文化教育。介绍医院概况、建院史、发展史，重点讲授院训、医院精神、医学人文等理念，使新职工尽快接受并融入浓厚的医院文化氛围中。

（二）职业道德教育。学习职业道德、医德医风方面的有关规定，并以此规范言行。

（三）规章制度教育。学习国家相关法律法规及医院规章制度，使新职工在思想上树立遵规守纪观念，认真履行岗位职责。

（四）安全意识教育。学习安全保卫有关规定，增强新职工安全保卫意识；重点进行医疗安全教育，学习医疗风险防范相关知识。

（五）岗位职责教育。分别由主管职能部门就具体岗位职责及岗位规范进行讲授。

（六）专业知识教育。由医务处、护理部、感控处、科教处等职能科室，讲授相关专业知识，使新职工尽快熟悉并胜任本专业工作。

三、新职工岗前教育由人事处负责组织，各相关职能科室及授课人应按计划进行授课。

四、新职工须认真参加岗前培训，培训期间严格执行考勤管理及请销假制度。

五、新职工岗前教育结束后，由人事处统一进行课程满意度调查，汇总后报主管院领导，同时每位新职工需提交岗前教育总结，经主管院领导审阅后归档。

文件名称	职工考勤制度				
文件编号	A12-ZD-005-03		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2020年8月

职工考勤制度

一、本制度适用全院所有在职职工。

二、科室负责人需加强本科室职工考勤管理，并指定专人负责考勤记录，掌握科室人员每日出勤情况。

三、职工考勤以科室为单位，由考勤员如实记录本月科室所有在职职工（含轮转、返聘）的出勤情况。

四、考勤的主要内容：主要考核职工按作息时间出勤情况和职工的各种休假、因公外出等情况，同时按照考勤表说明逐日划考勤，不得有空项。

五、考勤的填写要求：每月出勤表（汇总上月26日至本月25日出勤情况）按照当月日历，出勤划“√”，公休划“○”，事假划“△”，病假划“+”，旷工划“×”，迟到划“《”，早退划“∈”，婚假、产假、计划生育假、探亲假、年休假、进修、下乡等情况用文字标注并划“—”。

六、考勤表经科主任签字确认后，每月26日前交人事处进行审核、汇总、装订、存档。

七、科室考勤月表中凡有休假情况的，必须有相对应的请假单或本院诊断证明。

八、职工应严格遵守作息时间，按时上下班，不脱岗、空岗、串岗，不能正常在岗时，必须严格执行请销假制度。

九、职工考勤作为本人年度考核、年终奖惩、岗位聘用等事项的重要依据。

文件名称	职工休假管理制度				
文件编号	A12-ZD-006-04		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

职工休假管理制度

一、基本原则

(一) 在岗职工应严格遵守请假制度，凭有效手续休假，否则视为旷工。

(二) 请假期满因故仍不能上班的，须重新履行请假手续，申请续假，批准后方可继续休假。

(三) 请假或续假期满上班后，应通知人事处予以销假。

二、各种假期规定

(一) 病假：凡因病必须治疗和休养，凭本院有效诊断证明书，方可休假。

1、请假手续

(1) 休门诊病假者，凭疾病诊断书、门诊病历手册及相关检查资料，由职工本人亲自交科主任或护士长（以便安排工作）。休病假在1周以内者由所在科室主任、护士长批准后即可休假；休病假在2至3周者凭上述资料，经科室主任同意，报人事处备案后方可休假；休病假在4周至2个月以内者，凭上述资料，经所在科室的主管院长签字后方可休假。

(2) 住院职工凭住院医师所开具的诊断证明书即可按病假对待，出院后病假以出院医嘱为依据。

(3) 长期病休：连续病假超过2个月为长期病休。长期病休员工患良性疾病者每月（恶性肿瘤、重度精神类疾病每半年）均须开具有效诊断证明书，同时附门诊病历手册及相关检查资料，经主管院长签字，由所在科室汇同考勤上报人事处。长期病休者，上班时须由所患疾病科室主任进行专业会诊后，经院领导同意方能上岗。

(4) 职工在外地患急危重症就近就诊，两周内需由其亲属或委托人向所在科室主任或护士长提供其发病地医疗机构的急诊病历、诊断证明书。

2、病假待遇

(1) 休病假期间，按本人工资总额计算出日工资标准。10年（含）以下工龄扣发日工资标准的40%；11～20年（含）工龄扣发日工资标准的30%；21～30年（含）工龄扣发日工资标准的20%；31年（含）以上工龄扣发日工资标准的10%。

(2) 病假休满7天（含）以上免发当月全部奖金，不足7天的奖金按休假天数扣发。

(3) 病假休满两个月以上，发本人工资总额的60%。

(二) 事假：凡因私事不能按时上班的，可以请事假，须由职工本人亲自办理。

1、请假手续

(1) 职工本人书写请假条，注明请假事由及休假时间。

(2) 普通职工请事假2天以内者由所在科室主任批准，3天以上者须经科室主任、主管职能科室及主管院长签批后，方可休假；中层及以上职务人员请事假须报请主管职能科室及主管院长审批，科室正职还须报请院长审批，并报人事处备案。

(3) 凡需请事假者，应提前办理请假手续，以便科室安排工作，非紧急或特殊情况一律不准电话请假。

(4) 职工请事假，必须休完法定假或其他应休的假后方可酌情给予事假，原则上一年不得超过二十天（特殊情况除外）。

2、事假待遇

(1) 休事假期间，扣发本人全部日工资标准（工资总额 ÷ 当月天数）。

(2) 休事假满三天免发当月全部奖金。

(3) 满两个月以上，免发全部工资（特殊情况，经批准后酌情处理）。

(三) 婚假

1、请假手续

(1) 职工结婚可休婚假，凭结婚证原件到人事处办理请假手续。

(2) 依法办理结婚登记的职工，除享受国家规定的婚假外，延长婚假15天，共计18天婚假。

(3) 见习期不满的职工原则上不予批准婚假。

2、婚假待遇：工资照发，影响奖金。

(四) 丧假

1、请假手续：职工的配偶，直系亲属和岳父母，公婆死亡，可请丧假，假期为3天，



外埠适当增加往返路途天数。

2、丧假待遇：工资照发。

（五）探亲假

1、探亲假类别及请假手续

（1）探父母假

未婚职工，每年1次探父母假；已婚职工，每4年1次探父母假。假期均为20天，省外可加路途2天。

（2）探配偶假

已婚职工夫妻分居两地，每年可探配偶1次，假期为30天，但夫妻双方一方享受了探亲假待遇，另一方不再享受。

（3）职工休探亲假需到人事处办理请、销假手续。

2、探亲假待遇：工资照发，免发奖金。

（六）年休假

1、请假手续

（1）普通职工休年休假，个人书写请假条，经科主任签批即可；中层及以上职务人员到人事处领取申请表，报请主管院长，科室正职还须报请院长批准后，方可休假。

（2）参加工作1至9年的，每年休假5天；参加工作10至19年的，每年休假10天；参加工作20年以上，每年休假15天。休假时间不包括法定节假日。

（3）在本年度内，累计病假超过60天和累计事假超过本人享受年休假时间者，均不享受年休假待遇。

（4）休假结束后，到人事处办理销假手续。

2、年休假待遇：休假期间工资、奖金及各项福利待遇不变。

（七）产假

1、请假手续

（1）凭职工本人出院记录复印件到人事处请产假。

（2）符合法律法规生育子女的女职工，除享受国家规定的98天产假外，延长产假60天，其中产前可以休假15天。生育第三个以上子女的延长产假90天。

（3）怀孕不满4个月流产者给予20天产假；怀孕满4个月至6个月流产者给予42天产假；

怀孕满 7 个月以上流产者给予正常产假。

(4) 休假结束后，到人事处办理销假手续。

2、产假待遇：免发奖金。

(八) 护理假及育儿假

1、请假手续

(1) 普通职工休假，个人书写请假条经科室审核后，科主任签批即可；中层及以上职务人员持相关证明材料到人事处领取申请表，报请主管院长，科室正职还须报请院长批准后，方可休假。

(2) 符合法律法规规定生育子女的夫妻，给予配偶护理假十五天；三周岁以下婴幼儿父母双方每年可以享受各十天育儿假。

(3) 中层以上人员休假结束后，到人事处办理销假手续。

2、假期待遇：享受与在岗人员同等的待遇。

(九) 旷工

1、凡属下列情况之一者按旷工论：

(1) 不经请假或请假未获批准而擅自不上班者。

(2) 请假期限已满且不续假或续假未获批准而逾期不归者。

(3) 不服从组织调动和工作分配，不到工作岗位报到者。

2、旷工待遇：职工旷工期间一律停发工资绩效、津贴。连续旷工超过 15 个工作日的或一年内旷工累计超过 30 个工作日的，予以辞退。

文件名称	人事档案管理制度				
文件编号	A12-ZD-007-03		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2020年8月

人事档案管理制度

一、档案室管理

(一) 设立独立人事档案室，实行双门双锁，钥匙分别由院办公室、人事处共同管理；设专职人事档案管理员一名，负责人事档案专人管理。

(二) 进入人事档案室查阅档案，需有院办公室、人事处派专人同时开锁，并对进入时间、事由进行登记，双方签字后，在档案管理员的监督下，由人事处派两名及以上具有党员身份的人员进行人事档案查阅或整理，其他无关人员不可随意进出档案室。

(三) 档案室内严禁存放非人事档案材料及物品，档案室配备“六防”设备，防火、防盗、防潮、防虫、防尘、防强光，定期检查，发现隐患，立即整改。

(四) 档案室配备监控设备，主要监控进入档案室工作人员在工作及离开时是否存在夹带、损毁材料行为，同时防止水、火等灾害的发生。

(五) 任何人不得携带或私自保存他人的档案材料带离档案室，如有携带人事档案资料，人事档案管理员需提示并要求其交出相关材料。对携带或私自保存他人档案材料拒不交出者，应追究相应责任。

二、人事档案管理

(一) 查阅、借阅制度

1、任何人不得随意查阅、调取人事档案。

2、确因工作需要（考察、任免、调动、晋级、政审等），必须查阅、调取有关人员档案时，需填写《查（借）阅人事档案审批表》并经主管院领导审批签字方可有专职人事档案员调取并做好登记。

3、任何人不得查阅或借用本人及亲属的档案。

4、如确有需要，提取相关人员人事档案内部分信息，经请示主管领导同意后，在专职

人事档案管理员的监督下在指定地点对部分内容进行摘抄。

5、查阅档案时，应按相关要求查阅，不得翻阅全部档案，不得擅自拍照、复制档案材料。特殊情况下，档案管理人员对相关内容做好登记。

6、档案查阅人员应严格遵守保密制度，严禁在档案卷内涂改，圈划及撤换档案材料，不得向无关人员泄漏被查阅档案的内容，对违反规定者追究相关责任。

（二）材料归档管理

1、依据人事档案目录，实行档案统一归档管理。与本院签署劳动合同人员的各类人事档案（干部人事档案、院内聘用合同、工人档案等），及时归档，不得滞留个人手中。

2、对离、退休人员，死亡人员的人事档案集中管理、编号存放，原则上严禁销毁。

3、收集的人事档案材料，与本人核对，开具收据。人事档案材料必须经过认真的鉴别，属于归档的材料应真实准确，完整齐全，文字清楚，对象明确，具有保存价值。

4、对档案内重复、影印等不在人事档案收集范围内的相关材料，及时返还个人，以免丢失。

5、每半年检查核对一次档案，发现问题及时解决，确保档案的绝对安全和准确无误。

（三）档案转递管理

1、转入人事档案：

（1）对新入院职工，开具相关调档手续。

（2）收到转入人事档案，档案管理人员应及时核对档案材料数量，确认无误并出具相关手续、登记备案后归档。

2、转出人事档案：

（1）按照上级有关部门对不同身份人员的流动程序的要求（包括调动、提职等），应及时办理档案移交手续。

（2）档案管理员填写转出人事档案登记，注明相关人事档案材料名称、转出原因，与本人核对并签字。

（3）转出人事档案均包装密封，在密封条上注明转出时间并加盖人事处公章。

文件名称	卫生技术人员轮岗、转岗前培训制度				
文件编号	A12-ZD-008-01		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

卫生技术人员轮岗、转岗前培训制度

一、专业技术人员在一定范围内轮岗是增加专业技术人员实践经验、增强应对处理复杂专业技术问题能力的重要环节；专业技术人员转岗是对专业技术人员量才适用的主要措施。建立卫生专业技术人员轮岗、转岗前岗前培训制度，是轮岗、转岗工作规范实施的必然要求。

二、医、药、护、技均须在各自专业内建立轮岗制度。医疗专业轮岗要结合其所学二级专业和专业定位，同时要突出让年轻医生到急诊科轮岗。药学专业要在药剂科各部门轮岗，掌握各部门工作流程、特点、要求。护理专业通过轮岗，确定护理技术方向。医技专业也要在专业的不同部门得到历练。

三、专业技术人员在试用期或聘用期内评定为不及格或因身体、个人要求、工作需要等原因需要转岗的，经相关部门认可后，可以转岗。

四、轮岗、转岗前必须进行岗前培训。培训内容主要为新工作岗位的基本理论、基本操作、基本技能和法规要求。培训工作由新工作岗位所在部门组织实施。

文件名称	卫生专业技术人员执业资格准入管理制度				
文件编号	A12-ZD-009-01		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

卫生专业技术人员执业资格准入管理制度

根据《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国护士管理条例》《医疗机构药事管理规定》和《医疗机构管理条例》制定我院卫生专业技术人员执业资格准入制度。

一、取得卫生技术专业执业资格证书，并已在我院进行注册人员才能在我院从事相应诊疗活动。

二、取得注册证书人员必须按照相应执业类别、执业范围进行执业，不得跨类别超范围执业。

三、禁止任何非卫生技术人员及未在我院取得注册证书人员独立从事医疗诊治活动。

四、我院为教学医院，需要承担临床实习生及进修生、研究生的带教任务。实习学生、进修生及研究生不得独立值班，必须在上级医师的指导下从事临床诊疗活动。

文件名称	退休人员返聘工作管理办法（试行）				
文件编号	A12-ZD-010-03		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2020年8月

退休人员返聘工作管理办法（试行）

为加强和规范退休人员返聘管理工作，充分发挥专业技术岗位退休专家及骨干的技术、经验优势和传帮带作用，弥补部分专业岗位人员阶段性不足的状况，促进我院各专业学科人才梯队的优化发展和老中青专业人员的有序衔接，结合医院发展与实际工作需要，特制定本办法。

一、指导思想

深入贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想和党的十九届四中全会精神，以健康中国战略和医药卫生体制改革精神为指导，以医院章程为统领，以各专业学科工作需求为主导，合理配置医院卫生人才资源，着力解决人才梯队培养和学科发展不均衡问题，促进医院高质量发展。

二、返聘范围

（一）在本院长期从事卫生专业技术工作。以临床、医技科室为主，达到法定退休年龄并正式办理退休手续，德才兼备、综合素质较高，且未在外单位兼职的高级专业技术人员。

（二）对非专业技术岗位，遵循非必须不聘的管理原则，严格控制岗位数量和聘用期限。

三、返聘岗位及任职要求

我院退休人员返聘岗位包括首席专家、专业技术顾问、专家及特殊技术岗位。各返聘岗位任职要求如下：

（一）首席专家：

1. 具有正高级专业技术职务，在省内专业领域享有较高的学术地位和知名度，具有内科或外科系统综合临床指导能力，特别是在疑难、复杂、危重患者的诊疗技术和系统性思维方面有较深造诣。

2. 身体健康，年龄在 75 周岁以下，能全职胜任内科或外科系统临床指导工作。

3. 曾担任省级学会常委以上、专业组副组长以上或市级学会主任委员职务。

(二) 专业技术顾问:

1. 具有正高级专业技术职务, 以及担任本专业学科主要负责人的经历, 在市内专业领域享有较高的学术地位和知名度, 为学科的建设与发展作出突出贡献。

2. 身体健康, 年龄在 70 周岁以下, 能全职胜任本专业医疗、科研和管理工作。

3. 曾担任市级学会副主任委员以上职务。

(三) 专家:

1. 具有正高级专业技术职务, 在本专业领域享有较高的学术地位和知名度。

2. 身体健康, 年龄在 70 周岁以下, 能全职胜任临床工作, 工作量应与在职同级别专家一致。

(四) 特殊技术岗位人员:

1. 具备特殊技术岗位相应资质。

2. 身体健康, 年龄在 65 周岁以下, 能全职胜任相应岗位工作, 工作量应与在职同岗位人员一致。

四、返聘程序

符合返聘岗位任职条件, 并自愿继续留院工作的退休人员, 需履行以下返聘程序:

(一) 提名程序:

1. 返聘首席专家, 由院长提名, 人事处填写《承德市中心医院首席专家返聘审批表》(见附件) 后提交院长办公会讨论。

2. 返聘专业技术顾问, 由主管院长提名, 本人填写《承德市中心医院退休人员返聘审批表》(见附件), 经人事处提交院长办公会讨论。

3. 凡符合返聘专家及特殊技术岗位任职要求者, 由本人在每年年度末向所在科室提出书面申请。科室根据发展及实际工作需要, 提出返聘主要依据并形成科室意见, 报请主管院长同意后, 填写《承德市中心医院退休人员返聘审批表》(见附件), 经人事处提交院长办公会讨论。

(二) 审批程序:

人事处每年 3 月份将符合返聘条件和提名程序的拟返聘人员汇总后提交院长办公会。院长办公会综合评价拟返聘人员与返聘岗位适宜情况, 提交党委会讨论通过, 确定本年度全院返聘人员。



（三）签订返聘协议：

人事处根据党委会决定，与返聘人员签订返聘协议，明确聘期内的权利和义务。

五、返聘人员管理与考核

（一）首席专家聘期为5年，其他返聘人员聘期为1年，执业注册地点在本院。聘任期满后，需重新申请并审批通过后方可续聘。

（二）返聘人员不再担任领导职务，与在职同级别人员接受同等考核。所在科室和相关职能科（处）室，对其工作情况进行平时考核和年度考核。对于返聘专家、特殊技术岗位人员，所在科室须对其工作业绩，包括门诊出诊、收入院患者、病房、手术完成情况等进行月度考核，年底汇总后作为是否继续返聘的重要依据之一。

（三）返聘人员自愿辞聘，应提前一个月向所在科室提出申请。

（四）聘期内有如下情形之一者，终止返聘或下年度不再续聘：

1. 发生严重违法违规违纪行为，受到法律制裁或行政处分。

2. 未履行请销假手续，连续旷工超过5个工作日或一年内累计旷工超过15天；一年内累计病事假超过3个月。

3. 未经医院同意，私自到外单位参与查房、会诊、手术等医疗服务活动，或向外单位介绍病人等。

4. 发生重大过错性医疗投诉、责任性医疗事故，或违反医疗卫生行风建设“九不准”及医德医风相关规定，造成严重社会不良影响。

六、返聘人员待遇

（一）返聘人员按国家政策享受退休工资。

（二）医院根据返聘岗位和工作性质，参照返聘人员待遇标准（见附件），依照返聘协议发放返聘薪酬。

（三）医院遵照相关法律法规，为返聘人员缴纳雇主责任险。

（四）其他福利待遇按照医院相关规定执行。

七、附则

（一）本办法自印发之日起执行。

（二）本办法由人事处负责解释。

（三）对原部分聘用特殊岗位人员实施半年过渡期调整。

- 附件：1. 承德市中心医院返聘人员待遇标准
2. 承德市中心医院首席专家返聘审批表
3. 承德市中心医院退休人员返聘审批表



附件 1

承德市中心医院返聘人员待遇标准

医院根据返聘岗位和工作性质，确定返聘人员劳务费发放标准：

（一）返聘首席专家劳务费标准为 6000 元 / 月，同时享受负责业务指导科室的奖金和绩效奖。

（二）返聘专业技术顾问劳务费标准为 3000-5000 元 / 月，同时享受所在科室奖金及绩效奖。

（三）返聘专家劳务费标准为 2500-3000 元 / 月，奖金由所在科室根据其目标任务及工作量完成情况自主决定。

（四）特殊技术岗位返聘人员的劳务费标准为 1500-2000 元 / 月，奖金视返聘岗位按返聘协议执行。

附件 2

承德市中心医院首席专家返聘审批表

姓 名		性 别		出生年月	
参加工作时间			退休时间		
职 称			专业特长		
个人 基本 情况					
院长 办公 会意 见					
	年 月 日				
院党 委会 意见					
	年 月 日				

承德市中心医院人事处制

文件名称	职工申报工伤管理制度				
文件编号	A12-ZD-011-01		发布部门	人事处	
审核人	孙晓春	批准人	何士杰	生效日期	2020年8月

职工申报工伤管理制度

一、适用范围：本院正式在职职工并享受工伤保险待遇人员。

二、劳务派遣职工申报工伤认定时到所属的劳务派遣公司申报。

三、申报工伤认定的需符合《工伤保险条例》规定的条件，达到申报工伤认定条件者才能申报。具体条件如下：

职工有下列情形之一的，应当认定为工伤：

（一）在工作时间和工作场所内，因工作原因受到事故伤害的；

（二）工作时间前后在工作场所内，从事与工作有关的预备性或者收尾性工作受到事故伤害的；

（三）在工作时间和工作场所内，因履行工作职责受到暴力等意外伤害的；

（四）患职业病的；

（五）因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的；

（六）在上下班途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的；

（七）法律、行政法规规定应当认定为工伤的其他情形。

职工有下列情形之一的，视同工伤：

（一）在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或者在 48 小时之内经抢救无效死亡的；

（二）在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的；

（三）职工原在军队服役，因战、因公负伤致残，已取得革命伤残军人证，到用人单位后旧伤复发的。

职工符合以上条款规定，但是有下列情形之一的，不得认定为工伤或者视同工伤：

（一）故意犯罪的；

(二) 醉酒或者吸毒的；

(三) 自残或者自杀的。

四、工伤申报内容及流程

(一) 职工受到伤害 48 小时内需报告人事处，领取并填写《事故伤害报告表》，按要求详细描述受伤经过，《事故伤害报告表》需受伤职工本人及科室主任签字。

(二) 按照河北省社会保障局相关政策，受伤职工按政策要求准备申报工伤所需材料。

(三) 受伤职工将上述材料交至人事处，人事处工作人员将材料递交至工伤保险中心进行审核。

(四) 待工伤保险中心审核后，受伤职工在人事处工作人员陪同下前往工伤保险中心领取工伤认定结果。

八、财务管理

文件名称	医院财务管理制度				
文件编号	A13-ZD-001-02		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

医院财务管理制度

为了更好的适应医疗卫生事业发展，强化医院财务管理和监督，规范财务行为，提高资金使用效率，根据国家有关法律法规、《事业单位财务规则》、《政府会计制度》以及国家关于深化医药卫生体制改革的相关规定，结合医院特点制定本制度。

一、医院财务管理基本原则：执行国家有关法律、法规和财务规章制度；正确处理社会效益和经济效益的关系；正确处理国家、单位和个人之间利益关系；保持医院的公益性，厉行节约、勤俭办事。

二、医院财务管理主要任务：科学合理编制预算，真实反映财务状况；依法组织收入，努力节约支出；健全财务管理制度，完善内部控制机制；加强经济管理，实行成本核算，强化成本控制；实施绩效考评，提高资金使用效率；加强国有资产管理，合理配置和有效利用国有资产，维护国有资产权益；加强经济活动的财务控制和监督，防范财务风险。

三、实行“统一领导、集中管理”的财务管理体制。医院的财务活动在院长及总会计师领导下，设立专门财务机构，按国家有关规定配备专职人员。

四、持续强化预算管理

（一）建立健全预算管理制度。坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则编制收支预算。不得编制赤字预算。

（二）医院预算应经医院决策机构审议通过，上报主管部门审核，经财政部门审核批复。逐级分解落实到具体的责任处室。定期对执行情况进行评价分析，发现偏差、查找原因，采取必要措施，保证预算整体目标的顺利完成。

（三）医院应按照规定调整预算。财政部门核定的财政补助资金预算、项目预算执行中一般不予调整。因医院事业发展计划有较大调整，或根据国家有关政策需要增加或减少支出、对预算执行影响较大时，应按照规定程序提出调整预算建议，经主管部门审核报财政部门按

规定程序调整预算。收入预算调整后，相应调增或调减支出。

（四）年度终了，医院应按照财政部门决算编制要求，真实、完整、准确、及时编制决算。医院年度决算由主管部门汇总报财政部门审核批复。

五、收入是指医院开展医疗服务及其他活动依法取得的非偿还性资金。包括：“财政拨款收入”、“事业收入”、“上级补助收入”、“经营收入”、“非同级财政拨款收入”、“投资收益”、“捐赠收入”、“利息收入”、“租金收入”、“其他收入”等。

（一）财政拨款收入：反映单位本期从同级政府财政部门取得的各类财政拨款。

（二）事业收入：反映事业单位本期开展专业业务活动及其辅助活动实现的收入。

（三）上级补助收入：反映事业单位本期从主管部门和上级单位收到或应收的非财政拨款收入。

（四）经营收入：反映事业单位本期在专业业务活动及其辅助活动之外开展非独立核算经营活动实现的收入。

（五）非同级财政拨款收入：反映单位本期从非同级政府财政部门取得的财政拨款，不包括事业单位因开展科研及其辅助活动从非同级财政部门取得的经费拨款。

（六）投资收益：反映事业单位本期股权投资和债券投资所实现的收益或发生的损失。

（七）捐赠收入：反映单位本期接受捐赠取得的收入。

（八）利息收入：反映单位本期取得的银行存款利息收入。

（九）租金收入：反映单位本期经批准利用国有资产出租取得并按规定纳入本单位预算管理的租金收入。

（十）其他收入：反映单位本期取得的除以上收入项目外的其他收入的总额。

六、医院要严格执行国家物价政策，建立健全各项收费管理制度。门诊、住院收费必须按照有关规定使用国家或省财政部门统一监制的收费票据或统一推行的电子票据，并切实加强管理，严禁虚假票据。医疗收入原则上当日发生当日入账，及时结算。严禁隐瞒、截留、挤占和挪用。现金收入不得坐支。

七、支出是指医院在开展医疗服务及其他活动过程中发生的资产、资金耗费和损失，包括“业务活动费用”、“单位管理费用”、“经营费用”、“资产处置费用”、“上缴上级费用”、“所得税费用”、“其他费用”等。

（一）业务活动费用：反映单位本期为实现其职能目标，依法开展专业业务活动及其辅

助活动所发生的各项费用。

(二) 单位管理费用：反映事业单位本期行政及后勤管理部门开展管理活动发生的各项费用，以及由单位统一负担的离退休人员经费、工会经费、诉讼费、中介费等。

(三) 经营费用：反映事业单位本期在专业业务活动及其辅助活动之外开展非独立核算经营活动发生的各项费用。

(四) 资产处置费用：反映单位本期经批准处置资产时转销的资产价值以及在处置过程中发生的相关费用或者处置收入小于处置费用形成的净支出。

(五) 上缴上级费用：反映事业单位按照规定上缴上级单位款项发生的费用。

(六) 所得税费用：反映有所得税缴纳义务的事业单位本期计算应缴纳的所得税。

(七) 其他费用：反映单位本期发生的除以上费用项目外的其他费用的总额。

八、医院从财政部门或主管部门取得的有指定用途的项目资金，应当按照要求定期向财政部门、主管部门报送项目资金使用情况，项目完成后应报送项目资金支出决算和项目绩效书面报告，接受财政部门、主管部门的检查验收。

九、医院应按国家有关规定及财务制度要求，规范各项费用支出管理。

(一) 参照人事、财政相关规定，执行职工工资、津贴、基础绩效、奖励绩效、奖金、误餐费、临时工工资、取暖费等各项支出。

(二) 参照承德市财政局《关于印发承德市市级机关差旅费管理办法的通知》制定并执行《承德市中心医院差旅费管理办法》。

(三) 参照事业单位公务用车制度改革要求及相关规定，严格控制市内交通费开支。

1、执行《承德市中心医院市内公务出行交通费用报销暂行办法》，对行政职能处室人员公务活动交通费报销做出明确规定。临床业务科室在医疗保障工作中，因特殊情况或紧急任务需要乘坐出租车，应提交报销明细审批表，注明日期、事由，经科室主任、主管院长审批后报销。

2、执行《承德市中心医院职工市内公共交通补助管理办法》。

(四) 根据医院人才引进计划，按人事招聘相关协议及《承德市中心医院职工攻读在职博士学位管理规定》等文件要求，执行相应报销。

(五) 参照党政机关国内公务接待相关规定，制定并执行《承德市中心医院公务接待管理办法》。

十、严格执行政府采购管理办法和国家关于药品、器械、耗材采购的有关规定。

十一、成本管理与成本核算

(一) 成本管理是指医院通过成本核算和分析, 提出成本控制措施, 降低医疗成本的活动。其目的是全面、真实、准确反映医院成本信息, 强化成本意识, 合理支出、提高绩效, 确保医院的健康、可持续发展。

(二) 成本核算是指医院将其业务活动中所发生的各种耗费按照核算对象进行归集和分配, 计算出总成本和单位成本的过程。遵循“合法性、可靠性、相关性、分期核算、权责发生制、按实际成本计价、收支配比、一致性、重要性”等原则。

根据核算对象的不同, 成本核算可分为: 科室成本核算、医疗服务项目成本核算、病种成本核算、诊次和床日成本核算。

1、科室成本核算是指将医院业务活动中所发生的各种耗费以科室为核算对象进行归集和分配, 计算出科室成本的过程。

(1) 科室类别: 临床服务类、医疗技术类、医疗辅助类和行政后勤类等。临床服务类指直接为病人提供医疗服务, 并能体现最终医疗结果、完整反映医疗成本的科室; 医疗技术类指为临床服务类科室及病人提供医疗技术服务的科室; 医疗辅助类科室是服务于临床服务类和医疗技术类科室, 为其提供动力、生产、加工等辅助服务的科室; 行政后勤类指除临床服务、医疗技术和医疗辅助科室之外的从事院内外行政后勤业务工作的科室。

(2) 科室成本的归集: 通过健全的组织机构, 按照规范的统计要求及报送程序, 将支出直接或分配归属到耗用科室, 形成各类科室的成本。按照计入方法分为直接成本和间接成本。直接成本是指科室为开展医疗服务活动而发生的能够直接计入或采用一定方法计算后直接计入的各种支出。间接成本是指为开展医疗服务活动而发生的不能直接计入、需要按照一定原则和标准分配计入的各项支出。

(3) 科室成本的分摊

a、各类科室成本应本着相关性、成本效益关系及重要性等原则, 按照分项逐级分步结转的方法进行分摊, 最终将所有成本转移到临床服务类科室。

b、先将行政后勤类科室的管理费用向临床服务类、医疗技术类和医疗辅助类科室分摊, 分摊参数的获得可依据人员比例、内部服务量、工作量等。

c、再将医疗辅助类科室成本向临床服务类和医疗技术类科室分摊, 分摊参数的获得可

依据人员比例、内部服务量、工作量等。

d、最后将医疗技术类科室成本向临床服务类科室分摊，分摊参数的获得可依据工作量、业务收入、重复、占用资产、面积等，分摊后形成门诊、住院临床服务类科室的成本。

2、医疗服务项目成本核算是以各科室开展的医疗服务项目为对象，归集和分配各项支出，计算出各项目单位成本的过程。核算办法是将临床服务类、医疗技术类和医疗辅助类科室的医疗成本向其提供的医疗服务项目进行归集和分摊，分摊参数的获得可依据各项目收入比、工作量等。

3、病种成本核算是以病种为核算对象，按一定流程和方法归集相关费用计算病种成本的过程。核算办法是将为治疗某一病种所耗费的医疗项目成本、药品成本及单独收费材料成本进行叠加。

4、诊次和床日成本核算是以诊次、床日为核算对象，将科室成本进一步分摊到门急诊人次、住院床日中，计算出诊次成本、床日成本。

（三）为了正确反映医院正常业务活动的成本和管理水平，在进行医院成本核算时，凡属下列业务所发生的支出，一般不应计入成本范围。

- 1、不属于医院成本核算范围的其他核算主体及其经济活动所发生的支出。
- 2、为购置和建造固定资产、购入无形资产和其他资产的资本性支出。
- 3、对外投资的支出。
- 4、各种罚款、赞助和捐赠支出。
- 5、有经费来源的科研、教学等项目支出。
- 6、在各类基金中列支的费用。
- 7、国家规定的不得列入成本的其他支出。

（四）医院应根据成本核算结果，对照目标成本或标准成本，采取趋势分析、结构分析、量本利分析等方法及时分析实际成本变动情况及原因，把握成本变动规律。按照预定的成本定额、成本计划和成本费用开支标准，对成本形成过程中的耗费进行控制，提高成本效率。

十二、本期盈余是指单位本期收入扣除本期费用后的净额。本项目应当根据报表中“本期收入”项目金额减去“本期费用”项目金额后的金额产生，如为负数，以“—”号填列。

十三、流动资产是指可以在一年内（含一年）变现或者耗用的资产。医院的流动资产包括货币资金、应收款项、预付款项、存货等。



(一) 货币资金包括现金、银行存款、零余额账户用款额度、其他货币资金等。

(二) 应收及预付款项是指医院在开展业务活动和其他活动过程中形成的各项债权，包括应收医疗款、预付账款、财政应返还资金和其他应收款等。应收及预付款项要定期分析、及时清理。

1、年度终了，医院可采用余额百分比法、账龄分析法、个别认定法等方法计提坏账准备。累计计提的坏账准备不应超过年末应收医疗款和其他应收款科目余额的 2%-4%。计提坏账准备的具体办法由财政主管部门确定。

2、对账龄超过三年，确认无法收回的应收医疗款和其他应收款可作为坏账损失处理。坏账损失经过清查，按照国有资产管理的有关规定报批后，在坏账准备中冲销。收回已经核销的坏账，增加坏账准备。

(三) 存货是指为开展医疗服务及其他活动而储存的低值易耗品、卫生材料、药品、其他材料等物资。

1、存货计价：购入的物资应按实际购入价计价，自制的物资按制造过程实际支出计价，盘盈的物资按同品种价格计价。

2、存货应定期盘点，年终全面盘点清查，保证账实相符。发生盘盈、盘亏、变质、毁损等情况时，应及时查明原因，根据管理权限报经批准后及时进行处理。

3、低值易耗品物资管理部门要建立辅助明细账，对各类物资进行数量、金额管理，反映其分布、使用以及消耗情况。

4、低值易耗品领用实行一次性摊销。

十四、固定资产是指使用期限超过 1 年（不含 1 年），单位价值在规定标准 1000 元以上（其中专用设备单位价值 1500 元以上），并在使用过程中基本保持原有物质形态的资产。单位价值虽未达到规定标准，但是耐用时间超过 1 年（不含 1 年）的大批同类物资，应当作为固定资产核算。

(一) 固定资产成本计量

1、外购固定资产的成本包括实际支付的购买价款、相关税费、使固定资产达到预定可使用状态前所发生的可归属于该项资产的运输费、装卸费、安装费和专业人员服务费等。以一笔款项购入多项没有单独标价的固定资产，按照同类或类似资产价格的比例对购置成本进行分配，分别确定各项固定资产的成本。

2、自行建造的固定资产，按照国家有关规定计算成本。

3、融资租入的固定资产，按照租赁协议或者合同确定的价款、运输费、运输保险费、安装调试费等作为成本。

4、无偿取得（如无偿调入或接受捐赠）的固定资产，其成本比照同类资产的市场价格或有关凭据注明的金额加上相关税费确定。大型医疗设备等固定资产的购建和租赁，要符合区域卫生规划，经过科学论证，并按国家有关规定报经主管部门批准。

（二）固定资产折旧原则上应当根据资产性质，在预计使用年限内，采用平均年限法或工作量法计提折旧。计提固定资产折旧不考虑残值。当月增加固定资产，从当月计提折旧；当月减少固定资产，当月不计提折旧；已提足折旧仍继续使用的固定资产，不再计提折旧。

（三）固定资产改建、扩建、大型修缮等后续支出，应当记入固定资产及其他相关资产；为维护固定资产的正常使用而发生的修理费等后续支出，应当计入当期支出。

（四）医院应设置专门固定资产管理机构或管理人员，使用部门应指定专人对固定资产实施管理，并建立健全各项管理制度。

（五）固定资产定期盘点。对盘盈、盘亏的固定资产，应查明原因，并根据规定的管理权限，报经批准后及时进行处理。固定资产管理部门要对固定资产采取电子信息化管理，定期与财务处核对，做到账账相符、账卡相符、账实相符。

（六）固定资产的出售、转让、报废或者发生毁损时，应当按照国有资产管理规定处理。

十五、在建工程是指医院已经发生支出，但按规定尚未达到交付使用状态的建设工程。医院除按本制度执行外，还应按国家有关规定单独建账、单独核算，严格控制工程成本，做好工程概、预算管理，工程完工后应尽快办理工程结算和竣工财务决算，并及时办理资产交付使用手续。

十六、无形资产是指不具有实物形态而能为医院提供某种权利的资产。包括专利权、著作权、版权、土地使用权、非专利技术、商誉、医院购入的不构成相关硬件不可缺少组成部分的应用软件及其他财产权利等。

（一）购入的无形资产，按照实际支付的价款计价；自行开发并依法申请取得的无形资产，按依法取得时发生的注册费、聘请律师费等支出计价；接受捐赠的无形资产，按捐赠方提供的资料或同类无形资产估价计价；商誉除合作外，不得作价入账。

（二）无形资产从取得当月起，在法律规定的有效使用期内平均摊入管理费用，法律没



有规定使用年限的按照合同或单位申请书的受益年限摊销，法律和合同或单位申请书都没有规定使用年限的，按照不少于十年的期限摊销。

(三) 转让无形资产应当按照国有资产管理规定处理。

十七、开办费是指医院筹建期间发生的费用，包括筹建期间人员工资、办公费、培训费、差旅费、印刷费以及不计入固定资产和无形资产购建成本的其他支出。开办费在医院开业时计入管理费用。

十八、对外投资是指医院以货币资金购买国家债券或以实物、无形资产等开展的投资活动。

(一) 对外投资按照投资回收期的长短分为长期投资和短期投资。投资回收期一年以上（不含一年）的为长期投资。

(二) 医院投资必须经过可行性论证，报主管部门和财政部门批准。不得使用财政拨款、财政拨款结余对外投资，不得从事股票、期货、基金、企业债券等投资。医院投资范围仅限于医疗服务相关领域。

(三) 医院投资应按照国家有关规定进行资产评估，并按评估确定的价格作为投资成本。医院认购的国家债券，按实际支付的金额作价。

(四) 医院应遵循投资回报、风险控制和跟踪管理等原则，对投资效益、收益与分配等情况进行监督管理，确保国有资产的保值增值。

十九、负债是指医院所承担的能以货币计量，需要以资产或者劳务偿还的债务。包括流动负债和非流动负债。

(一) 流动负债是指偿还期在一年以内（含一年）的短期借款、应付票据、应付账款、预收医疗款、预提费用、应付职工薪酬和应付社会保障费等。

(二) 非流动负债是指偿还期在一年以上（不含一年）的长期借款、长期应付款等。

(三) 医院应加强病人预交金管理。预交金额度应根据病人病情和治疗的合理需要确定。

(四) 医院应对不同性质的负债分别管理，及时清理并按照规定办理结算，保证各项负债在规定期限内归还。因债权人特殊原因确实无法偿还的负债，按规定计入其他收入。

(五) 医院原则上不得借入非流动负债，确需借入或融资租赁的，应按规定报主管部门会同有关部门审批，并原则上由政府负责偿还。

二十、净资产是指医院资产减去负债后的余额。包括“累计盈余”、“专用基金”、“权

益法调整”、“本期盈余”、“本年盈余分配”、“无偿调拨净资产”和“以前年度盈余调整”。

（一）累计盈余：核算单位历年实现的盈余扣除盈余分配后滚存的金额，以及因无偿调入调出资产产生的净资产变动额。

（二）专用基金：核算事业单位按照规定提取或设置的具有专门用途的净资产，主要包括职工福利基金、科技成果转化基金等。

（三）权益法调整：核算事业单位持有的长期股权投资采用权益法核算时，按照被投资单位除净损益和利润分配以外的所有者权益变动份额调整长期股权投资账面余额而计入净资产的金额。

（四）本期盈余：核算单位本期各项收入、费用相抵后的余额。

（五）本年盈余分配：核算单位本年度盈余分配的情况和结果。

（六）无偿调拨净资产：核算单位无偿调入或调出非现金资产所引起的净资产变动金额。

（七）以前年度盈余调整：核算单位本年度发生的调整以前年度盈余的事项。

二十一、医院发生撤销、划转、合并、分立时，应当进行清算。

（一）医院清算，应按规定由各级政府授权主管部门、财政部门组成清算机构，并在相关部门的监督指导下开展工作。清算机构负责制订清算方案，对医院的财产、债权、债务进行全面清理，对现有资产进行重新估价，编制资产负债表和财产清单、债权清单、债务清单，通知所有债权人在规定期限内向清算机构申报债权，提出财产作价依据和债权、债务处理办法，做好国有资产的移交、接收、划转和管理工作，并妥善处理各项遗留问题。清算期间，未经清算机构同意，任何组织机构和个人不得处理医院财产。

（二）医院财产包括宣布清算时的全部财产和清算期间取得的财产。

（三）清算期间发生的财产盘盈、盘亏或变卖，无力归还的债务，无法收回的应收账款等按国有资产管理有关规定处理。

（四）在宣布医院终止前六个月至宣布终止之日，下列行为无效：

- 1、无偿转让财产；
- 2、非正常压价处理财产；
- 3、对原来没有财产担保的债务提供财产担保；

4、对未到期的债务提前清偿；

5、放弃应属于医院的债权。

(五) 医院撤销时清偿的顺序为：清算期间发生的费用→应付未付的医院职工的工资、社会保障费等→债权人的各项债务→剩余资产经主管部门和财政部门核准后并入接收单位或上交主管部门。医院被清算财产不足以清偿的，应先按照规定支付清算期间发生的费用，再按照比例进行清偿。

(六) 医院清算完毕，清算机构应当提出清算报告，编制清算期间的收支报表，验证后，报送主管部门和财政部门审查备案。

(七) 经国家有关部门批准宣布医院划转、合并、分立时，其资产按照国有资产管理规定处理。

二十二、财务报告是指反映医院一定时期的财务状况和业务开展成果的总括性书面文件，包括资产负债表、收入费用表、业务收入支出明细表、现金流量表、净资产变动表、有关附表、会计报表附注以及财务情况说明书。财务情况说明书主要说明医院的业务开展情况、预算执行情况、财务收支状况、成本控制情况、负债管理情况、资产变动及利用情况、基本建设情况、绩效考评情况、对本期或下期财务状况发生重大影响的事项、专项资金的使用情况以及其他需要说明的事项。

(一) 医院应通过相关指标对医院财务状况进行分析。

(二) 医院应当按月度、季度、年度向主管部门和财政部门报送财务报告。医院年度财务报告应按规定经过注册会计师审计。

二十三、医院在办理年度决算前，应对财产物资、债权、债务进行全面清查盘点，并编制盘存表，对盘盈、盘亏、报废、毁损等按本制度规定及时处理。

二十四、财务监督是根据国家有关法律、法规和财务规章制度，对医院的财务活动及相关经济活动所进行的监察和督促。

(一) 财务监督的主要内容：预算管理的监督、收入管理的监督、支出管理的监督、资产管理的监督和负债管理的监督等。

(二) 医院审计科履行财务监督职责，应当建立健全内部监督制度和经济责任制。

(三) 医院财务监督应当实行事前监督、事中监督、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，接受财政、审计和主管部门的监督。

二十五、医院举办非独立法人分支机构的收支是医院财务收支的一部分，必须纳入医院财务统一管理。

二十六、医院必须在取得行医资格之日起 30 日内，持批准文件向主管部门进行财务登记，并由主管部门向财政部门备案。

二十七、医院基本建设投资财务管理除按照本制度执行外，还应执行国家基本建设投资方面的财务管理制度。

二十八、本制度参照财政部、卫生健康委相关制度修订，自 2020 年 8 月起执行，原制定的《医院财务制度》同时废止。

文件名称	财务会计内部控制制度				
文件编号	A13-ZD-002-02		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

财务会计内部控制制度

为了进一步规范医院财务管理，完善内部监督机制，落实经济责任制，持续提高医院的财务管理水平和会计信息质量，根据《医疗机构财务会计内部控制规定（试行）》，结合医院具体情况，修订内部控制制度如下。

一、总则

（一）财务会计内部控制内容

- 1、预算控制；
- 2、收入控制；
- 3、支出控制；
- 4、货币资金控制；
- 5、药品及库存物资控制；
- 6、固定资产控制；
- 7、工程项目控制；
- 8、对外投资控制；
- 9、债权及债务控制；
- 10、财务电子信息化控制；
- 11、监督、稽核、检查。

（二）财务会计内部控制目标

确保国家有关法律法规和医院内部规章制度的贯彻执行；规范经济行为，保证会计资料真实、完整；堵塞漏洞、消除隐患，防止并及时发现、纠正错误及舞弊行为，保护资产的安全、完整。

（三）财务会计内部控制基本原则

1、符合国家有关法律法规及财经财务规章制度；

2、约束医院内部涉及经济事项的所有人员，任何个人都不得拥有超越财务会计内部控制的权力；

3、涵盖医院内部各项经济业务及相关岗位，并针对业务处理过程中的关键控制点，落实到决策、执行、监督等各个环节；

4、保证医院内部涉及经济事项的部门、岗位的合理设置及其职责权限的合理划分，不相容职务相互分离，权责分明、相互制约、相互监督；

5、遵循成本效益原则，合理控制成本达到最佳的控制效果。

（四）财务会计内部控制基本方法

1、内部牵制。医院内部不相容岗位职务相互分离、相互制衡。不相容职务主要包括：授权批准、业务经办、会计记录、财产保管、稽核检查等职务。

2、授权审批。明确经济事项授权批准的范围、权限、程序、责任等制度。

3、会计控制。依据《会计法》、会计制度，制定会计管理制度，明确会计凭证、会计账簿和财务报告处理程序，建立完善会计档案保管和会计工作交接办法，实行会计人员岗位责任制，充分发挥会计的监督职能。

4、预算控制。按照财政部门有关规定加强预算编制、执行、调整、分析、考核的管理，实行责任预算制度。

5、风险控制。树立风险意识，针对各个风险控制点建立有效的风险管理系统，对财务风险和业务活动风险进行全面防范和控制。

（五）建立内部审计制度，对医院的财务收支活动进行严格的审计监督。

（六）建立票据及印章管理制度，规范医院票据和印章管理。

二、财务会计分项内控制度

（一）预算控制制度

1、预算编制原则，遵循“收支统管、统筹兼顾、积极稳妥、依法理财”的原则。应首先保障医院的基本运转，严格按照先人员、后公用、再项目的顺序安排支出。控制无预算支出。坚持以收定支、量入为出、收支平衡、略有结余，不作赤字预算。

2、预算执行控制

（1）收入控制，通过强化医疗技术质量、服务质量，提升医院综合竞争力。规范收费管理，



不漏收，不少收，严格执行行业标准收费，尽量杜绝人情费，照顾费。

(2) 支出控制

a、按照预算人员支出，控制不合规的补贴、补助，防止乱发补贴、津贴。

b、消耗性支出，水、电、汽、办公、维修、差旅费、邮电、招待、培训等费用厉行节约原则，分别明确后勤保障处、医学工程处、医院办公室、科教处、质量控制办公室、财务处等相关处室监管职责，执行预算，控制浪费。

c、变动性支出，专用卫生材料、低值易耗品、药品等，明确物资采购中心、后勤保障处、药剂科等处室监管职责，控制支出。

d、发展性支出，根据医院发展需要及财力实际情况确定。

3、预算调整控制

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对预算执行影响较大时，应由各预算执行部门提出书面申请，财务处编制预算调整方案，经专家论证通过，总会计师、院长审批后方可执行。

4、预算执行绩效考评

对预算执行情况做出绩效评价，各部门预算执行是否到位、绩效指标完成情况、预算调整是否合规等，实施事前控制，增强预算管理过程的完整性和权威性。

(二) 收入控制制度

1、建立各类会计、收费员及相关人员的岗位责任制，明确相关岗位的职责和权限。

2、合理设置岗位，加强制约和监管。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、收入经办与收入稽核等不相容职务相互分离。

3、完善收入管理制度，按照国家法律法规和政策规定，合理合法组织收入。取得的各项收入必须开具河北省财政厅统一规定的票据或电子发票。严格按照会计制度科目确认、核算收入。

4、医院的各项收入由财务处统一核算、统一管理。其他任何科室和个人不得收取款项，严禁私收费，设立账外账、小金库。

5、规范收入管理业务流程，重点控制门诊和住院结算收入。

(1) 收费人员在领取空白票据时，票据管理人员要根据实际情况限量领取各种收据。

(2) 门诊、住院收费人员应在规定的时间内，将当日收入结账单及现金、银行支票、

银行卡结算数上缴收款员，并办理交接手续。

(3) 门诊、住院收费人员使用后的票据存根，票据管理人员要及时收回、稽核、注销。

(4) 财务处稽核人员每天将各收费部门交回的作废票据进行稽核登记。月末稽核人员对全院门诊、住院收入进行全面稽核对账，发现问题及时查找原因，确保收入真实无误。

(5) 结算起止时间控制。每日结算起止时间 0: 00 至次日 23: 59，每月结算起止时间上月 26 日至本月 25 日。

6、建立收费价格管理制度，严格执行规定的医疗服务项目、收费标准和药品价格。严禁自立项目、超标准、分解项目收费及重复收费，坚决杜绝各种乱收费、乱加价行为。

7、建立收费票据管理制度

(1) 财务处指定专人负责收费票据的购领、保管、发放与核销。其他任何科室、个人不得自行购领收费票据和结算凭证。

(2) 设置专门的空白票据和使用后票据存根的票据库房，建立票据的入库、领用、结存登记制度。定期与领用人核对收费票据的数量与号码，及时催交使用完未上缴的收费票据存根。

(3) 医院领购的票据应严格按照规定的项目和收费范围在内部使用。各类票据不得混用。所有票据不能外借、代开和转让。

(4) 建立健全票据领用、交回、销毁手续。

a、票据领用人员必须是医院指定的收费人员。

b、票据领用时，必须详细登记票据名称、起止号码、领取日期，领用人在登记簿上签字，谁登记谁使用。

c、票据存根应及时缴回并在登记簿上注明缴回注销日期和号码。财务处会同有关部门定期对使用过的保存时间在规定年限以上的或从未使用但已不再使用的票据报主管部门批准后进行销毁，并做出详细登记。

(5) 财务稽核人员不定期对医院使用的“收费票据”和“收款收据”进行检查。

(6) 病人出院时，住院处收费人员应向病人收回预收医疗款的预交收据。病人若遗失预交收据，收费人员应要求病人出具本人身份证复印件，在结算收据存根联上签字，方可办理结算手续。病人若遗失医药费收据，门诊、医保、住院收费人员应凭据病人的证明信、身份证复印件及相关有效证明，方可提供收据复印件并加盖收费章。



8、退费管理制度

(1) 患者需退费，应具备门诊收费报销联、回执联与治疗、检查申请单或处方（交费盖章的）一致，经药房、临床、医技科室主任签字并注明退费原因，由收费人员审核无误后退款。

(2) 特殊情况需由当事人提交申请，相关科室主任签字确认，收费部主任签字，报请主管院长审批后，方可退费。

(3) 退费结束后，收费人员应将票据、申请单或处方粘贴，注明已从程序上退费，月末交财务稽核人员审核。

(三) 支出控制制度

1、各项支出必须符合国家有关财经法规和制度。按照医院财务会计制度的规定确认、核算支出。

2、健全岗位责任制。明确岗位职责、权限，确保支出的申请与审批、审批与执行、执行与审核、审核与付款结算等不相容职务相互分离，医院不得由同一科室或个人办理支出业务的全过程。

3、支出必须按照医院年度预算计划，实行归口管理。当年预算支出不得突破，个别需要调整的按医院规定报批。

4、规范支出及成本费用的申请、审批、审核、支出流程。各项支出及成本费用审批人必须在授权范围内进行审批，经办人必须按照审批意见办理。

5、建立重大经济事项集体决策制度。重大经济事项的支出，应组织专家进行可行性论证，并实行集体决策和审批，必要时应召开职工代表大会审议通过。

6、建立支出审批责任追究制度，确保支出款项的真实性、合法性。

(1) 计划不当，由申请科室负责；

(2) 采购不当，由采购部门负责；

(3) 管理不当，由使用部门负责；

(4) 审批不当，由审批人员负责；

(5) 手续不全而给予支出报销的由财务处负责。

7、规范成本核算的程序和方法，科学、合理控制运营成本。

(四) 货币资金控制制度

1、医院的货币资金是指现金、银行存款、其他货币资金。

2、按《会计法》有关规定，确保不相容职务相互分离。出纳员不得兼任稽核、票据管理、会计档案保管和收入、支出、债权、债务账目的登记工作。银行收款员不得兼任稽核、收入制单、银行对账。银行会计不得兼任银行对账、编制余额调节表。不得由一人办理货币资金业务的全过程。

3、办理货币资金业务的人员，应定期进行岗位轮换。

4、按照规定的程序办理货币资金收入业务。货币资金收入必须开具有关收款票据，收费人员当日收入及时上交。保证货币资金及时完整入账。

5、货币资金支付程序

(1) 支付申请。用款人应当提交“财务会签”支付申请单或费用报销单，注明款项的用途、金额、支付方式等内容，并附有效合同或相关证明及核算依据。

(2) 支付审核。财务处负责对批准的支付申请进行审核，审核批准范围、权限、程序是否符合规定；手续及相关单证是否齐全；金额计算是否准确；支付方式、收款单位是否妥当等，经审核无误后签字。

(3) 支付审批。归口职能科室审批人、主管院长、院长或主管财务院长分别根据其职责、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付申请，审批人应当拒绝批准支付。

(4) 支付结算。现金、银行出纳员根据审批手续齐全的申请，按规定办理货币资金支付手续，及时登记现金记账和银行存款记账。签发的支票应进行备查登记。

6、按照国务院批准施行的《现金管理暂行条例》有关规定办理现金的收支业务。医院收入现金当日存入银行，不许坐支、挪用。现金必须按照规定的使用范围使用。凡超出现金支付限额的支出，必须通过银行办理转账结算。库存现金不得超过规定限额，不得以白条抵现金。

7、按照中国人民银行印发的《支付结算办法》等有关规定加强银行账户的管理。严格按照规定开立账户、办理存款、取款和结算。加强支票管理，不得签发空白、空头、定期支票，作废支票要清号后妥善保管和处理。加强对银行结算凭证的填制、传递及保管等环节的管理与控制。不允许向外单位、个人转借账户，代存、代领现金。严禁向任何单位或个人提供资金担保。



8、加强银行存款对账控制。由银行会计以外的其他会计人员每月核对银行账户资金活动情况，并编制银行存款余额调节表。调节表不符的应及时查明原因，对长期未达的账项应及时向财务负责人报告。

9、加强银行预留印签的管理。财务专用章由专人保管；个人印章本人或其授权人员保管；特殊原因需他人暂时保管必须有登记记录。严禁同一人保管支付印章和银行业务。

10、加强对货币资金相关票据管理。除按收费票据管理制度规定外，对办理银行业务的各种相关票据，应专设登记簿记录，财务处稽核人员定期审核，防止重要空白票据的遗失和盗用。

11、货币资金定期盘点核查，对银行对账单、银行日记账进行定期核对，及时做出银行存款余额调节表。稽核人员对库存现金进行检查。抽查门诊、住院收费人员备用金是否相符。

（五）药品及库存物资控制制度

1、建立药品及库存物资内部管理制度。明确岗位职责、权限。确保采购、审批、验收、会计记录、付款审批与付款执行等不相容职务相互分离，相互制约和监督。不得由同一科室或个人办理药品及库存物资业务的全过程。

2、药品及库存物资必须由指定部门（药剂科、医学工程处、物资采购中心、总务处等）统一采购。属于政府采购和药品集中招标采购范围的，应按有关规定执行。未参加招标物品零星采购由经授权科室进行采购，并对价格、质量、供应商等有关内容进行审查、筛选，按规定程序审批。

3、药品及库存物资验收管理。归口管理部门及库房验收人员必须按照采购合同约定，对物资品种、规格、数量、质量等相关内容进行验收。不经验收入库，不得办理资金结算。

4、药品及库存物资储存、保管实行限制接触控制，科室指定专人负责领用。归口管理部门根据药品及库存物资的用量和性质，制定安全库存量和储备定额。

5、加强药品及库存物资的缺损、报废、失效的控制管理和责任追究。

6、药剂科、医学工程处、物资采购中心、总务处等部门要对库存物资定期盘点。年度药品及库存物资盘点时，财务、审计部门要派人员监点。

（六）固定资产控制制度

1、建立健全固定资产管理制度和岗位责任制。明确岗位职责、权限，确保购建计划编制与审批、验收取得与款项支付、处置申请与审批、审批与执行、执行与相关会计记录等不

相容职务相互分离，加强制约和监督。

2、固定资产的管理原则“统一领导、分级负责，归口管理，责任到人”。

3、固定资产构建控制

(1) 固定资产构建需按照年度预算计划安排，在编制年度固定资产购置计划内实施。

(2) 实施固定资产购建论证制度。按照规模适度、科学决策的原则进行立项。加强项目的可行性论证。

(3) 固定资产购建时，应由资产管理、使用、监察、工会职工代表等部门共同参与。

对医疗设备、其他设备、基建项目，应按照有关规定进行招标采购。

4、验收控制。取得固定资产时，应组织有关部门及专业人员进行验收，验收人员（二人以上）应在验收报告上签字。验收合格后方可交付使用，固定资产管理科室根据验收报告打印固定资产入库单并登记明细账，财务处根据发票、验收报告、入库单及时办理结算手续。有书面合同书的按合同要求办理结算手续，登记固定资产总账。

5、建立固定资产三级账卡制度。财务处设置固定资产总分类账，控制固定资产总额；资产管理部门设置固定资产明细账，进行数量、金额核算，同时按设备品名记载使用部门配置情况；使用部门在办理固定资产领用、调拨、报损手续时，由资产管理部门在明细账上记录财产增减情况，并在使用科室建立相应的数量台账（卡）。财务处与资产管理部门、管理部门与使用科室定期进行核对，保证账账、账卡、账实相符。

6、固定资产维修、保养控制。资产管理部门应指定专人定期检查、维修和保养大型医疗仪器设备，并作好详细记录。严格控制固定资产维修保养费用。

7、固定资产变动控制，如对外投资、出租、出借，以及固定资产处置（包括出售、出让、转让、对外捐赠、报损、报废）等，按医院有关规定，报国有资产管理部门审批后办理。

8、建立固定资产清查盘点制度。明确清查盘点范围、组织程序和期限。清查盘点时，财务处、审计处应派人员监盘。盘点结束后，按规定程序调整账目，保证账、卡、物相符。

（七）工程项目控制制度

1、工程项目决策控制。按照决策科学化、民主化的要求，采取专家评审、民主评议、结果公示等方式广泛征求意见，通过院务会集体决策。

2、建立健全工程项目管理制度与管理人员岗位职责，确保项目建议、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不相容职务相

互分离，加强制约与监督。

3、建立工程项目相关业务授权批准制度。由党委会或院长办公会授权有关负责人在职责范围内负责工程项目的相关业务。对于工程项目的其他人员，应由被授权人明确规定其职责范围和工作要求，严禁未经授权的科室或人员办理工程项目业务。

4、所有工程项目的代理机构、勘察、设计、施工、供货等实行招投标制，按照《招标投标法》《政府采购法》等规定组织实施。确保招标投标工作公平、公开、公正。

5、工程项目监理和工程合同管理控制。工程项目开工前，医院应邀请相关监理机构进行项目监理，签订项目监理合同，规定其相应的职责、权力和责任。工程项目管理人员应严格对照工程项目合同加以管理，对工程项目进度、质量要求加以控制。

6、工程项目价款支付控制。工程项目管理人员应严格按工程进度或合同约定支付价款。工程项目价款支付时，必须取得收款方合法票据；支付工程项目价款一律采用银行结算，严禁用现金支付工程项目价款。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整的书面文件和资料，经财务、审计部门审核并按审批程序报批后支付价款。

7、竣工决算控制

(1) 竣工清理。主要包括基本建设项目档案资料的归集整理、账务处理、财产物资的盘点核实及债权债务的清偿，做到账账、账证、账实、账表相符。

(2) 竣工验收内容：经有关部门批准的项目确认文件和调整文件，批准的初步设计文件和调整文件，土地使用证，施工图纸，设备出厂合格证，技术说明书，开工报告，设计变更文件和资料，工程承包合同，发改委等部门下达的投资计划和基本建设支出预算文件，工程价款结算资料，规划、设计、土地等部门批准的文件，现行的施工建设技术标准及竣工验收规范等。

(3) 竣工验收程序

a、工程项目在竣工验收前，由医院组织勘察、设计、施工、监理等有关单位进行初验。初验前，施工单位应按照国家规定准备文件、技术等资料，向医院提出交工报告；医院接到报告后，应及时组织初验。

b、工程项目全部完成，经各单项工程验收符合设计要求，并具备竣工图表、竣工决算、工程总结等必要的文件资料的，由医院进行竣工验收。未经竣工决算审计的工程项目，不得办理资产验收和移交。

c、竣工决算。工程项目竣工决算包括竣工财务决算报表和竣工财务决算说明书。竣工财务报表应做到报表内容齐全、数字真实、说明清楚。

d、竣工审计。竣工审计分决算前审计和决算后审计。在竣工决算前，由跟踪审计部门，做出单项工程审计，财务处根据审计情况，做出综合工程项目决算。工程竣工验收合格后，要按照审计决算、合同约定与承包人办理工程竣工结算。决算后审计由市审计局指定专人专项对工程项目进行审计。

（八）对外投资控制制度

1、建立对外投资业务管理制度和岗位职责。明确相关科室岗位职责和权限，确保项目的可行性研究与评估、决策与执行，处置的审批与执行等不相容职务分离，合理设置岗位，加强制约与监督。医院不得由同一部门或一人办理对外投资业务的全过程。

2、对外投资决策控制。所有对外投资项目必须事先立项，组织由财务处、审计处等科室和有关专家或有资质的中介机构进行风险性、收益性论证评估。经决策层研究后按规定的程序报主管部门审批。决策过程应有完整的书面记录及院长签字。严禁个人自行决定对外投资或者擅自改变决策层意见。

3、无形资产的对外投资控制。医院使用专利权、著作权、土地使用权、非专利技术、商誉等无形资产进行对外投资时，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，不得超越权限审批。必须有院长授权有关负责人和有关职能科室负责管理，明确规定工作范围和经费审批权限，并实行对外投资责任追究制度。对因超越对外投资项目范围和超限额审批、未履行决策审批程序和未按规定执行，出现重大决策失误的应追究有关科室和人员的责任。

5、加强对外投资的收回、转让和核销等处置控制。对外投资项目收回、转让、核销，应当实行集体决策，并按规定程序进行评估，报主管部门批准后方可办理。

（九）债权及债务控制制度

1、明确债权、债务管理岗位职责和权限，确保业务经办与会计记录，出纳与会计记录，业务经办与审批，总账与明细账核算，审查与记录等不相容职务相互分离，合理设置岗位，加强制约与监督，医院不得由一人办理债权和债务业务的全过程。

2、债权控制措施

(1) 应收款项控制

a、应收医疗款：由财务指定专人负责，按照会计制度要求设置二级明细科目进行会计核算。财务会同医保科定期与市、县、区医保中心核对账目，保证账账相符。

b、应收在院病人医药费：由住院处负责结账。每日终了，将当日住院病人费用汇总报财务处，财务据此进行会计核算；月末，财务稽核人员应及时与住院处核对，保证账账相符。加强出院病人个人欠费管理，相关临床科室积极催收。

c、财务应指定专人负责其他应收款的账务登记工作，记录其他应收款的发生情况，便于清理和催收。规定结账日期，在规定期限内未予报销的，发出催收通知，及时清理，防止呆账。

(2) 备用金控制制度

a、应根据有关科室业务量，合理确定各类收费员和采购人员的备用金数额。

b、收费人员不得将备用金抵作他用。收费人员、采购人员调离岗位时，必须及时交回备用金。

c、财务定期对收费人员的备用金进行检查、清查，做到备用金数额与现金相符。

3、债务控制措施

(1) 长期借款、短期借款、长期应付款控制措施。综合考虑资产总额及构成、还款能力等因素，严格控制借债规模，大额债务的举借必须经党委会研究确定。

(2) 应付账款、其他应付款控制措施。财务应指定专人负责应付账款、其他应付款的登记、核销、对账工作，按费用类别合理设置二级明细账，药品、材料应付账款应建立备查账。

4、预收医疗款管理。应根据不同病种制订相对统一的预收医疗款数额。病人入院时，合理缴纳预收医疗款，由住院处收费人员出具预收医疗款收据。财务处对预交金收入定期汇总登记，票据逐笔核销。每月终了，财务稽核人员与住院处、信息中心进行预收医疗款余额核对，发现差错，及时纠正。

5、年末进行债务清理，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。

(十) 财务电子化控制制度

1、建立健全财务电子信息化管理。应用专门的授权模块，明确相关科室和岗位的职责、权限，确保软件开发与系统操作、系统操作与维护、档案保管等不相容职务相互分离，加强制约和监督。

2、财务电子信息系统凡涉及到资金、物资、收入、成本费用等方面内容的，其功能、

业务流程、操作授权、数据结构和数据校验等事项必须符合财务会计内部控制的要求。

3、门诊收费和住院收费系统必须符合医院信息系统基本功能规范的要求。

- a、实时监控收费员收款、交款情况；
- b、系统自动生成的日报表不得手工修改；
- c、预交款结算校验；
- d、票据稽核管理；
- e、欠费管理；
- f、价格管理；
- g、退款管理。

4、加强财务电子信息系统的应用控制。加强对操作员的控制，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、纠错有效性控制，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。

5、加强数据、程序及网络安全控制。设置和使用等级口令密码控制，健全加密操作日志管理，加强数据存储、备份与处理等环节的有效控制，确保信息在内部网络和外部网络传输的安全。

6、建立财务电子信息档案管理制度，加强文件储存与保管控制。数据应及时进行双备份，专人保管，并存放在安全可靠的不同地点。

（十一）内部控制监督、稽查、检查制度

1、医院组织审计、财务、纪检等部门参加的监督检查小组负责财务会计内部控制制度执行情况的监督检查，确保财务会计内部控制制度的有效执行。

2、监督检查小组应定期对医院财务会计内部控制制度的建立和实施情况进行评价，并对财务会计内部控制中的重大缺陷提出书面报告。对于发现的问题和薄弱环节，采取有效措施加以改进和完善。

3、建立财务会计内部控制制度问责制和责任监督制

（1）有关科室或个人违反财务会计内部控制制度规定，未造成严重后果的，应限期纠正，并对相关责任人予以通报批评。

（2）有关科室或个人违反财务会计内部控制制度规定，造成严重后果的，应追究责任人的行政责任；对违反法律法规和财经规章制度的，按照有关规定给予处罚，直至追究刑事责任。

文件名称	预算管理制度				
文件编号	A13-ZD-003-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

预算管理制度

医院预算是指根据事业发展计划和任务编制的年度财务收支计划。由收入预算和支出预算组成。为了加强预算控制，规范预算编制及调整，严格预算执行与考核，提高预算管理水平，特制订本制度。

一、预算编制

（一）预算管理机构

在单位负责人及总会计师指导下，财务处负责预算编制工作的组织实施，相关职能处室、预算执行部门共同参与，分工协作，形成预算管理工作的集体决策机制。

（二）预算编制原则

- 1、完整性原则。各项收、支应统一纳入预算管理。
- 2、量入为出的原则。编制预算应依据上年度的预算执行情况，结合当年事业发展规划，合理预测本年度的收支，坚持以收定支，略有结余，不得编制赤字预算。
- 3、保证重点的原则。支出中必须优先保证医疗业务正常运转的支出。
- 4、归口管理的原则。内部各个职能管理部门为预算执行部门，其直接费用由财务处在预算批准范围内实施控制。

（三）预算编制基本要求

- 1、全面分析上年度预算执行情况。掌握医院财务收支和业务规律变化，预测预算年度收支增减趋势，为编制年度预算奠定基础。
- 2、准确掌握相关基础数据。通过核实医院人员、资产、业务量等基础数据，如在职和离退休职工人数、门急诊人次、床位编制和实有病床数，计划年度政策性增支因素的标准或定额等，提高预算编制质量。
- 3、正确测算各种因素对收支的影响。一是分析测算预算年度内国家有关政策对医疗机

构收支的影响，如医疗保险制度改革、实施区域卫生规划、发展社区卫生、增设收费项目、提高收费标准对收入的影响，增加工资补贴。二是分析单位事业发展计划对医疗机构收支的要求，如新增病床、新进大型医疗设备和计划进行的大型修缮等对资金的需求和对收入的影响等。

4、准确掌握财政部门 and 主管部门对我院收支预算的编制要求。熟悉相关预算科目及其内涵，熟悉预算表格的内在联系和申报流程及时间要求。

（四）预算编制内容

1、收入预算包括：一般公共预算安排、医疗卫生收入、财政补助收入、科教项目收入、其他收入。根据财政、物价、税务等有关部门规定，根据以前年度收入水平，结合本年度相关因素编制。

2、支出预算包括：人员经费、日常公用经费、财政项目支出、科教项目支出、其他支出。根据国家有关政策规定，医院事业发展计划、工作任务、人员编制，有关开支范围和开支定额（或标准），物资供应及价格变化等因素编制。

3、事业发展项目预算包括：购置设备、改造医疗环境、修缮房屋、自筹基本建设资金等项目。根据业务发展需要，进行可行性论证后，编制预算。

4、长期债务预算编制。事业发展项目预算编制的同时，要考虑对资金的需求，做好债务预算编制。

（五）预算编制程序

医院提出年度预算编制要求，各预算执行部门编制本部门收支计划，经主管院长审核后，报财务处分类、汇总形成年度预算，报总会计师审阅、修改，院长审批后，形成预算方案。具体流程：

1、每年年末，根据医院的发展战略和事业重点要求，提出下年度总体预算目标，确定预算编制政策，贯彻财政部门 and 上级卫生行政主管部门的预算编制要求。

2、各预算执行部门根据上年度预算完成情况和本年度工作安排，编制本部门年度预算，经分管院长领导审阅后报财务处。所有非正常性支出项目需要进行可行性分析论证后方可申报预算。

3、财务处对各预算执行部门申报的预算进行收集、分类、汇总，初步审核后，报总会计师审查，院长签批后，形成年度预算方案。



4、预算方案报上级主管部门审批，待批复后执行。

二、预算审批管理

(一) 医院年度预算经财务处、总会计师、院长逐级审批后，报上级主管部门批复。

(二) 预算编制（或调整）与预算审批、预算审批与预算执行、预算执行与预算考核等预算业务岗位需相互分离。

(三) 对事业发展项目和重大项目必须经过单位组织的可行性分析论证程序，领导集体决策或职工代表大会通过。

(四) 若需要对审批后的预算进行调整，应将预算调整方案按规定权限逐级上报审批。

(五) 审计监察部门有权对预算的真实性、合法性和可靠性进行监督。

三、预算执行管理

(一) 预算执行原则

1、年度预算指标下达后，预算执行部门应严格遵守预算，不准突破预算指标，特殊情况需调整的，需遵照相应的预算调整程序后方可调整预算；调整预算未经批准不得执行。

2、预算执行部门负责人对本部门的预算执行负责，根据年度实际工作需要，本着节约原则安排和使用预算资金，严格执行财务支出审批制度和程序，积极配合预算执行的监督和检查。

(二) 预算执行程序

1、严格审批预算，控制无预算支出。

2、建立预算执行责任制，分管院领导对所分管部门预算的执行进行监督，预算执行部门负责人为本部门预算执行的第一责任人。

3、各预算执行部门设预算管理联络员一名，建议设立部门预算经费执行台账，逐项、逐笔登记预算项目、额度以及执行变动情况。

4、财务处对报销项目逐项逐笔审核，对各预算执行部门办理收支业务和报销手续时，按预算及资金使用计划执行。

四、预算调整管理

预算调整是指预算执行过程中由于政策的变动、临时事项的发生和预算差异分析等原因，需要对后期的预算数据、支出范围及内容进行调整或增减，以提高预算的可操作性，合理配置资源。

（一）预算调整原则。

年度预算指标下达以后，应严格遵守预算，不准突破预算指标，需要调整的预算须按规定程序报批。

（二）预算调整的程序。

- 1、由预算执行部门提出预算调整申请，说明理由及调整方案。
- 2、财务处根据部门预算调整申请，提出汇总意见，报总会计师审批准。
- 3、预算调整意见需经院内专家论证后调整执行。遇突发事件可经主管院长、院长批准后调整执行。

五、预算分析管理

（一）医院定期对部门预算执行情况进行对比分析，做好预算调控。

（二）充分考虑影响支出的各种因素，对预算执行数与预算目标数之间的差额进行比较，并分析原因。

（三）根据预算执行情况形成分析报告，提出改进措施。

六、预算考核管理

（一）预算绩效考核内容

- 1、预算执行部门是否合理编制预算，执行、调整过程是否规范。
- 2、是否存在超预算支出。
- 3、项目预算资金使用范围、使用金额是否规范。
- 4、资金使用效益评价。

（二）预算绩效考核

1、按规定组织开展预算绩效考核。重点对项目预算执行情况进行统计分析，对预算部门进行预算综合评价。

2、根据考评结果，及时调整优化预算结构，为下一年度预算编制积累基础资料，提供数据依据。

文件名称	总会计师制度				
文件编号	A13-ZD-004-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

总会计师制度

为明确总会计师的职权地位，发挥总会计师在医院会计基础管理、财务管理与监督、财会内控机制建设、重大财务事项监管和经营风险防范等方面的作用，特制定本制度。

一、总则

- (一) 总会计师协助院长工作，统筹医院财务、经济管理工作，直接对院长负责。
- (二) 在院长授权范围内实施审批权。

二、总会计师职责

(一) 在院长指导下开展医院经济管理工作，参与医院重要经济活动的决策与分析，重大项目、重要经济合同、协议的决策与审查，指导管控财务风险，确保医院经济健康、平稳运行。

(二) 指导落实国家有关财经法律、法规、方针、政策。组织审核医院财务管理规章制度，确定医院财务会计管理体系与会计核算方法。

(三) 对医院财务岗位设置、会计人员配备、会计专业职务设置与聘任提出方案与建议。监督指导财务人员遵守财经纪律，落实工作制度。

(四) 领导组织财务、医保收费等相关职能处室，开展医院财务管理、预算管理、成本管理、资产管理、会计核算与会计监督等工作。

1、审核、指导年度预算编制工作，评估分析预算执行情况，促进医院预算管理与发展战略实施相连接，推行全面预算管理。

2、审核、指导年度财务决算编制工作。

3、组织职能部门实施收支核算与管理，严格执行合理收入，控制预算外支出，对支出结构做出合理部署。指导决策不良债权处置意见。

4、指导开展成本管理，明确成本费用控制责任，监督增收节支、节能降耗措施落实。

5、落实资金监管，加强大额资金使用和监控。

6、组织开展医院资产管理，优化资本结构，开展资产负债比例控制，确保国有资产保值增值。

三、总会计师履职保障机制

（一）总会计师是单位行政领导成员，协助单位主要行政领导人工作，直接对单位主要行政领导人负责。

（二）总会计师的职权受国家法律保护，医院各级领导应当支持并保障总会计师依法行使职权。

文件名称	成本核算制度				
文件编号	A13-ZD-005-03			发布部门	财务处
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

成本核算制度

为加强医院成本管理，科学、规范地开展医疗成本核算工作，有效的利用人力、物力、财力等资源，提高效率、降低成本，特制定本办法。

一、医院成本核算的定义

成本核算是指医院将其业务活动中发生的各种耗费按照核算对象进行归集和分配，计算出总成本和单位成本的过程，是医院日常经济管理中一项涉及全过程、全员、全方位的重要基础工作。

二、医院成本核算的目的

成本核算目的是通过成本核算和分析，全面、真实、准确反映医院成本信息，提出成本控制措施，降低医疗成本，强化成本意识，减轻患者负担，持续增强医院的综合实力。

三、医院成本核算的原则

（一）实际成本计价原则

- 1、卫生材料、其他材料、低值易耗品、专项物资均按实际成本计价
- 2、固定资产折旧按历史成本和规定使用年限计算
- 3、药品按照实际成本计算。

（二）成本分期核算原则。成本核算分期与会计核算的会计期间一致，按月度、年度核算。

（三）合法性原则。计入成本的费用必须符合法律、法规制度规定，不合规定的不能记入。

（四）重要性原则。在进行成本核算时，对主要费用、主要部门采用详细方法进行分配计算。对于一些一般费用和部门，对成本影响不大的可以合并简化计算和分配。

（五）一贯性原则。在一个会计期间成本核算方法一经选定，中途不应变动。

（六）权责发生制原则。凡是本期成本应负担的费用，不论款项是否支出，均应计入本期的成本；凡是不属于本期成本负担的费用，即使款项已支付，也不应计入本期成本，与现

行会计核算原则是一致的。

(七) 配比性原则。收入和支出是相互匹配的。

- 1、收入必须与取得时付出的成本费用相配比。
- 2、部门收入必须与该部门成本费用相配比,某会计期间收入必须与该期费用成本相配比。

(八) 可靠性原则。成本核算的数据真实、可靠。

四、医院成本的构成与分类

(一) 医院成本是指医院在开展医疗服务过程中发生的各种消耗。包括医疗业务成本和管理成本。具体构成:

- 1、工资福利支出:基本工资、津贴补贴、奖金、社会保险缴费、伙食补助费、其他等。
- 2、对个人和家庭的补助支出:离休费、退休费、退职费、抚恤金、生活补助、救济费、医疗费、助学金、奖励金、住房公积金、提租补贴、购房补贴、其他等。
- 3、固定资产购置与折旧、无形资产摊销、提取风险基金、其他商品服务支出。
- 4、其他费用:办公费、印刷费、咨询费、手续费、水费、电费、邮电费、取暖费、物业管理费、交通费、差旅费、出国费、维修(护)费、租赁费、会议费、培训费、招待费、劳务费、委托业务费、工会经费、福利费、公务用车运行维护费、专用燃料费、电脑耗材低值易耗等其他材料费。

(二) 为了正确反映医院正常业务活动的成本和管理水平,在进行医院成本核算时,凡属下列业务所发生的支出,不计入成本范围。其中包括以下几个方面:

- 1、不属于医院成本核算范围的其它核算主体及其经济活动所发生的支出。
- 2、为购置和建造固定资产、购入无形资产和其它资产的资本性支出。
- 3、对外投资的支出。
- 4、各种罚款、赞助和捐赠支出。
- 5、有经费来源的科研教学等项目支出。
- 6、在各类基金中列支的费用。
- 7、国家规定不得列入成本的支出。

(三) 成本分类

- 1、按成本计入的方法可分为直接成本、间接成本。

(1) 直接成本:成本核算单元为进行医疗服务活动而直接发生的各种成本费用,无论

能否直接计量都作为直接成本。

(2) 间接成本：相对于直接成本而言，间接为开展医疗服务活动而发生的各项费用，按照“谁受益谁承担”的分配原则和分配标准分摊至核算单元的成本。

2、按成本形态可分为固定成本、变动成本。

(1) 固定成本：在一定时期、一定业务范围内，成本相对固定，不受业务量变化影响的成本项目。

(2) 变动成本：在一定时期、一定业务范围内，成本总额与业务量呈正比例变化的成本项目。

五、成本核算组织和部门职责

(一) 为保证成本核算工作正常有序地进行，财务处设置成本核算会计岗位执行具体核算工作，质控办协调相关职能部门开展成本核算管理。

(二) 各职能科室对成本费用实行归口管理，对于报送数据资料必须标准、完整、及时，如实反映各种耗费，配合做好基础资料的统计编报工作。

1、人事处负责分管与人员经费有关的成本费用，控制各科室劳动生产率、职工人数、工资总额等指标，用好、管好人力资源。

2、医院办公室、医务处、护理部等职能部门负责分管与医院日常公用经费相关关成本费用，控制办公费、差旅费、业务招待费、会务费等各项指标，同时控制相关支出，避免损失浪费。

3、药剂科、物资采购中心、后勤保障处、医学工程处负责分管物资相关成本费用，控制物资消耗，节约采购费用，改进采购流程，降低物资库存及保管费用等工作。

4、后勤保障处负责分管动力能源消耗相关成本费用，控制水、电、气费等消耗指标，指导和考核各科室节约使用水、电、气。负责分管与后勤保障、服务供给相关的有关成本费用，做好统计数据。

5、医学工程处负责分管设备维修保养有关的成本费用，控制修理费用等指标，指导科室正确使用设备仪器。

六、成本核算科室划分及成本分摊

(一) 成本核算科室划分

1、直接医疗类科室：指直接为病人提供医疗服务，并能体现最终医疗结果、完整反映

医疗成本的科室。包括门诊和病房。

2、医疗技术类科室：指为直接医疗科室及病人提供医疗技术服务的科室。如检验科、放射科、超声科、病理科等。

3、医疗辅助类科室：指服务于直接医疗科室和医技科室，为其提供动力、生产加工及辅助服务的科室。

4、管理类科室：管理和组织医院业务开展的行政管理科室和后勤管理属性的科室。

（二）成本摊销

各类科室成本，按照分项逐级分步结转的方法进行分摊，最终将所有成本分别转移到临床服务类科室的门诊和病房。按照《医院财务制度》的要求，科室间接成本的分摊级次设计为四级。

第一级分摊，将全院的公共成本费用向临床服务类、医疗技术类、医疗辅助类和行政后勤类科室分摊，分摊参数可采用人员系数、房屋面积系数等。

第二级分摊，将行政后勤类科室的成本（包括直接计入行政后勤类科室的成本和公共成本分摊部分）向临床服务类、医疗技术类、医疗辅助类科室分摊，分摊参数可采用人员比例、内部服务量、工作量等。

第三级分摊，将医疗辅助类成本（包括直接计入医疗辅助类科室的成本及公共成本分摊部分、行政后勤类分摊部分）向临床服务类、医疗技术类科室分摊，分摊参数可采用人员比例、内部服务量、工作量等。

第四级分摊，将医疗技术类科室的成本（包括直接计入医疗技术类科室的成本和公共成本分摊部分、行政后勤类分摊部分、医疗辅助类分摊部分）向临床服务类科室分摊，分摊参数为工作量、收入权重等，分摊后形成临床服务类科室门诊、住院间接成本。

七、具体核算内容

（一）科室收入：包括全额计入的收入和部分计入的收入两部分。

1. 全额计入收入项目：诊疗费、护理费、材料费、床位费、挂号费、氧气费及本科室设备（非辅助科室）的检查、治疗、监护费等。

2. 收入交叉大的相关科室（如手术费、材料费，是由手术医生与手术室医护人员共同劳动发生的），手术收入、耗材成本按规定比例分别计入相关科室。

3. 因为医疗纠纷、差错造成病人欠费、逃费由科室自行承担，不计入科室收入。待费

用追缴结清后计入科室收入中。

(二) 科室成本：是全成本核算的核心所在，它归集科室在一个核算期（一个月）内发生的如下费用项目之和：

1. 直接费用：即医院在开展业务活动中各科室可以直接计入的医疗业务成本。

(1) 人员支出：基本工资、津贴、奖金、社会保险费、其他人员支出。

(2) 其他费用：办公费、印刷费、水电费、邮电费、取暖费、交通费、差旅费、会议费、培训费、招待费、福利费、劳务费、维修费等。

(3) 卫生材料费、药品费、低值易耗、电脑耗材、固定资产折旧费、无形资产摊销和其他费用。

(4) 对个人和家庭补助支出：医药费、住房补贴、独生子女保健费、探亲旅费等。

2. 间接费用（无法直接计入科室核算的成本）：

(1) 人工成本：养老保险、住房公积金、离退休人员费用、社会保障费等，按人员数量比例分摊。

(2) 煤气水电费：有单独计量仪器设施，直接计入科室成本，无单独计量仪器设施，按收入比例或床位分摊。

(3) 交通费用（车辆燃料费、维修费、过路过桥费、保险费等），按谁受益谁承担原则进行分配。

(4) 管理费用：管理部门（如院办公室、财务处等）发生的费用，按分摊级次，向医疗类科室进行分摊，分摊的方法可按人员比例分摊。

3. 上述无法直接计入科室费用，经逐级分摊计入科室成本后，得出科室医疗成本。公式：
各科室医疗成本 = 直接费用 + 应分摊的间接费用。

八、落实成本考核制度

为了评价医院成本管理工作成效，衡量成本计划完成情况，要定期进行成本考核，每月把各科室相关指标进行横向、纵向对比，形成质量成本分析报告，结合科室绩效评价，持续调动各岗位成本管理积极性，提升医院精细化运营管理水平，打造精益型医院。

文件名称	成本定额管理、费用审核审批制度				
文件编号	A13-ZD-006-02		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

成本定额管理、费用审核审批制度

为进一步加强医院成本费用控制，规范医院各项成本费用的审批、审核，合理管控开支，根据医院财务制度相关要求，制定本制度。

一、成本费用定额编制方法

（一）成本费用定额是合理编制预算的主要依据之一，也是成本费用管理的重要依据。根据各种费用性质的不同，将其分为人员经费定额、卫生材料费用定额、固定资产折旧定额、其他费用定额等。

（二）成本费用定额的编制，应以年度预算为基础，本着实事求是，兼顾需要与节约的原则，对成本费用项目进行细化，并层层分解，形成预算分解机制。

（三）制定成本费用定额标准，费用定额的制订要与医院的运营实际和发展目标相一致。

（四）成本费用控制要与资金管理紧密结合，对日常发生频率较高，开支金额较大的支出项目要加大管理控制力度。

二、成本费用审核、审批要求

（一）费用审核、审批管理，应当遵循“合理支出、厉行节约、分级管理、逐级审批”的原则。

（二）费用是指医院在业务开展活动过程中发生的办公费、差旅费、业务招待、水电费、电话通讯费、维修费、材料购置费等费用。

（三）严格按照税法和医院各种规定对报销中的各种单据按照预算管理、分组负责的原则审核，保证报销凭证的合法性、合理性。

（四）专项费用按规定手续审批后报销。对于下达年度费用预算定额的，财务处负责支出审核，在费用定额内予以报销，超过计划的费用，由发生的科室向医院领导申请，批准后予以报销。

(五) 差旅费报销，严格按照差旅费管理办法执行。

(六) 业务招待费报销，应当由发生科室填制相关报销单，附相关原始凭证，经科室负责人签字，报医院办公室审核，主管院领导审批后，予以报销。

(七) 每月发生的各种托收的通信费、水电气费等，由院办、后勤保障处及时将单据由经办人报科室负责人审核签字、财务处审核，主管院领导审批后办理付款。

(八) 日常费用报销必须手续齐备（附申请单等相应单据），在规定的报销时间内报销。报销单由经手人、部门（科室）负责人签字，经主管院长及院长签字后方可报销。

三、实施考核监督，医院财务处、质控办、办公室、人事处、药剂科、后勤保障处、医学工程处等职能部门负责对定额成本费用执行情况进行考核，对实际与定额差异进行奖罚，纳入医院绩效考核。

四、医院成本核算领导小组对编报的预算及费用定额的可靠性和可行性进行审核，负责预算和费用定额执行的监督，并对分析报告提出建议。

文件名称	收入、支出、盈余管理制度				
文件编号	A13-ZD-007-03			发布部门	财务处
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

收入、支出、盈余管理制度

为进一步规范医院收入、支出及盈余管理，依据医院财务制度要求，制定本制度。

一、收入

（一）收入确认：医院收入是指医院开展医疗业务活动及其他活动依法取得的非偿还性资金，包括医疗收入、财政补助收入、科教项目收入和其他收入。

1、医疗收入，即医院在开展医疗业务活动中取得的收入，包括门诊收入和住院收入。

（1）门诊收入是指为门诊患者提供医疗服务所取得的收入，包括挂号收入、诊察收入、检查收入、治疗收入、手术收入、化验收入、卫生材料收入、药品收入、药事服务费收入和其他门诊收入。

（2）住院收入是指为住院患者提供医疗服务所取得的收入，包括床位收入、诊察收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入、护理收入、卫生材料收入、药品收入、药事服务费收入、其他住院收入等。

2、财政补助收入，即医院按部门预算隶属关系从同级财政部门取得的各类财政补助收入，包括基本支出补助收入和项目支出补助收入。基本支出补助收入是指由财政部门拨入的符合国家规定的离退休人员经费、政策性亏损补贴等经常性补助收入。项目支出补助收入是指由财政部门拨入的主要用于基本建设和设备购置、重点学科发展、人才培养、承担政府指定公共卫生任务等专项补助收入。

3、科教项目收入，即医院取得的除财政补助收入外专门用于科研、教学项目的补助收入。

4、其他收入，即医院开展医疗服务、科教项目之外的活动所取得的收入，包括培训收入、租金收入、食堂收入、投资收益、财产物资盘盈收入、捐赠收入、确实无法支付的应付款项等。

（二）收入管理

1、医院全部收入要纳入财务部门统一核算、管理，其他部门和个人都不得私自收取任



何费用。严禁私设“小金库”和账外账。

- 2、医院的各项收入要严格执行医保政策，依法依规组织合理收入。
- 3、医院取得各项收入必须按规定提供合法票据。
- 4、各项收入按财务规定及时入账。

二、支出

(一) 支出确认：医院支出是指医疗支出、财政项目支出、科教项目支出、管理费用和其他支出。

(二) 支出审批

1、各项开支均要符合国家规定、标准和范围，执行国家有关方针、政策，遵守财务制度和财经纪律。

- 2、医院所有支出必须经财务科审核，原始凭证要真实、完整、合法，签批手续齐全。
- 3、支出要符合医院预算或合同规定，审核是否存在超预算支出。
- 4、支出的内容和数据是否真实、准确，审核是否符合经济效益原则。

(三) 支出审批程序

- 1、经办人取得或填制原始凭证并签字，所属部门负责人审核签字，主管领导批准签字。
- 2、财务处审核签字，报总会计师审批签字后执行发放。

三、收支盈余

(一) 收支盈余指医院收入与支出相抵后的余额。

(二) 当期各类收支盈余计算公式如下

- 1、财政项目收支结余 = 财政项目拨款收入 - 财政项目拨款经费
- 2、科教项目收支结余 = 科教收入 - 科教支出
- 3、业务收支结余 = 医疗收入 + 其他收入 - 业务活动经费（医疗活动经费） - 单位管理费用（其他经费）

(三) 盈余管理

1、医疗盈余应于期末扣除按规定结转下年继续使用的资金后，结转至本年盈余分配，为正数的，可以按照国家有关规定提取专用基金，转入累计盈余；为负数的，应由累计盈余弥补。

- 2、财政项目盈余结转下年继续使用。

3、国家另有规定的，从其规定。

4、医院应按照国家规定正确计算与分配盈余。医院盈余资金应按规定纳入单位预算，在编制年度预算和执行中需追加预算时，按照财政部门的规定安排使用。

文件名称	差旅费管理办法（试行）				
文件编号	A13-ZD-008-02		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

差旅费管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 根据承德市财政局《关于印发承德市市级机关差旅费管理办法的通知》（承财行〔2014〕75号）和承德市财政局《关于调整市级机关差旅费住宿费标准等有关问题的通知》（承财行〔2016〕11号）精神，为加强医院对差旅费的报销管理，规范各类公务出差报销审批手续，特制定本办法。

第二条 本办法适用于全院各级各类人员。

第三条 差旅费是指工作人员临时到常驻地区以外地区（国内）公务出差所发生的城市间交通费、住宿费、伙食补助费和市内交通费。

第四条 医院执行公务出差审批制度。出差前必须履行逐级审批手续。财务处为差旅费报销审核主要责任部门，要按规定严格审核报销手续。对未经批准出差、超范围、超标准开支的费用及相关手续不齐全时不予报销。

第五条 出差人是差旅活动的直接责任人，对差旅费使用的合规性、合理性、真实性和准确性承担直接责任。要遵守有关财经法律法规和差旅费管理制度，本着实事求是原则，按实际出差天数和事项逐级报批，并确保票据来源真实合法（必须印有税务监制或财政监制章的发票），依法、据实报销差旅费。

第二章 城市间交通费

第六条 城市间交通费是指工作人员因公到常驻地区以外地区出差乘坐火车、轮船、飞机等交通工具所发生的城市间交通费用。

第七条 出差人员要按照规定等级乘坐交通工具。出差人员乘坐交通工具等级见下表：

交通工具 级别	火车	轮船 (不包括旅游船)	飞机	其他交通工具(不 包括出租小汽车)
正高级专业技术 人员和副处级及 以上人员	软席(软座、软卧), 高铁/动车一等座,全列 软席列车一等座	二等舱	普通舱 (经济舱)	凭据报销
副高级专业技术 人员和副科级以上 人员	硬席(硬座、硬卧), 高铁/动车二等座,全列 软席列车二等座	二等舱	普通舱 (经济舱)	凭据报销
其余人员	硬席(硬座、硬卧), 高铁/动车二等座,全列 软席列车二等座	三等舱	普通舱 (经济舱)	凭据报销

未按规定等级乘坐交通工具的,超支部分由个人自理。有特殊原因的,须经院长批准方可报销。

第八条 到出差目的地有多种交通工具可选择时,出差人员在不影响公务、确保安全的前提下,应当选乘相对经济便捷的交通工具。

第九条 因公出差遇有特殊情况需租车前往的,须由本人写出情况说明,经主管领导批准后,可凭据报销,金额原则上不超过长途客车票价的两倍。

第十条 因公出差乘坐交通工具发生的订(退)票手续费、交通意外保险费(限每人份一份)和乘坐飞机发生的民航发展基金、燃油附加费凭据报销。

第三章 住宿费

第十一条 住宿费是指工作人员因公出差期间入住宾馆(包括饭店、招待所,下同)发生的房租费用。

第十二条 出差住宿限额标准参照《承德市市级机关国内差旅费住宿费标准》(见附件)执行,超过限额部分不予报销。

第十三条 出差人员应当在职务级别对应的住宿费标准限额内,自行选择安全、经济、便捷的宾馆住宿,在限额标准内据实报销。当天往返的,不报销住宿费。无住宿费发票的,一律不予报销住宿费。

第十四条 外出进修人员住宿费报销标准:每月住宿费不超过 900 元据实报销;每月住宿费在 900 元以上,按最高限额 900 元凭据报销。

第四章 伙食补助费

第十五条 伙食补助费是指对工作人员因公出差给予的伙食补助费用。

第十六条 伙食补助费按出差的自然（日历）天数计算，到本市境外出差每人每天补助 80 元。在本市境内（不含双桥区、双滦区及高新区）出差每人每天补助 30 元。

第十七条 出差人员由主办单位统一安排食宿并负担费用的，不核发伙食补助。主办单位不统一安排食宿或虽统一安排食宿但不负担费用的，伙食补助按上述规定报销。

第五章 市内交通费

第十八条 市内交通费是指工作人员因公出差期间发生的市内交通费用。

第十九条 市内交通费计算方法：

（一）出差往返途中市内交通费：本市境外每人每天 40 元；本市境内（双桥区、双滦区、高新区除外）每人每天 20 元，按规定包干使用。

（二）出差在外地期间，因特殊情况发生的市内交通费，经主管领导批准，凭票据实报销。

（三）单位提供交通工具的，不再报销市内交通费。

第六章 参会、学习和进修的差旅费

第二十条 外出参加各种会议（含短期学习和培训），会期在≤ 14 日的，按照前款有关规定给予报销。

第二十一条 外出参加各种长期学习和进修，时间在 15 日以上的，在途期间的住宿费、伙食补助费和市内交通费按照差旅费报销规定执行；在外地学习和进修期间伙食补助费、市内交通费实行定额包干使用，每人每天补助 25 元。

第二十二条 进修人员半年可报销往返交通费 2 次，一年可报销往返交通费 4 次。

第二十三条 医院在职职工攻读全脱产硕士研究生，学习期间每年报销往返交通费 2 次；攻读在职博士研究生，学习期间第一年报销往返交通费 4 次，第二年和第三年每年报销往返交通费 2 次。

第七章 外地就医等的差旅费

第二十四条 离休、退休人员安置回原籍或其他地点居住的差旅费，按前述出差的有关规定执行。工作人员因调动工作所发生的城市间交通费、住宿费、伙食补助费，由调入单位报销。

第二十五条 享受医疗保险的工作人员和退休人员因病经院长、临床相关科主任及劳动保障部门批准及享受公费医疗的离休人员因病经财政部门批准到外地就医的，往返城市间的交通费和候诊期间的（候诊期限定为3天）住宿费按照前述规定报销，不享受因公出差的补助标准政策。未经上述部门批准，自行外出就医的一切费用自理。患者病重，经医院建议、单位领导同意，派本单位工作人员护送的，护送人员的差旅费按因公出差办理。

第二十六条 职工探亲假只报销往返路费，其它费用由个人承担。

第八章 附 则

第二十七条 因公出差期间因游览或非工作需要的参观而开支的费用，均由个人承担。出差人员严禁接受违反规定使用公款支付的宴请、游览和送礼等。

第二十八条 出差人员出差结束后，原则上应当在15日内办理报销手续。差旅费报销时填写《承德市中心医院差旅费报销单》，并附有经逐级审批的材料、发票等凭证。差旅费报销应遵循“一事一报”的原则，因不同事由或不在同一时间段出差，需分别填写差旅费报销单。出差人员在出差期间所发生的一切费用（如订票费、保险费、会议费等），必须连同当次差旅费一起报销，事后不得补报。

第二十九条 承担机场医疗救护保障人员伙食补助及市内交通费用包干使用，每人每天90元。执行医疗下乡（义诊）、对口支援基层等政府指令性任务人员，补助标准按相关管理规定执行。援藏援疆等期间待遇按照上级有关规定执行。

第三十条 非由组织派遣、自主进行学历教育性质的学习、进修、培训等，不执行本办法。

第三十一条 本办法由财务处负责解释。

第三十二条 本办法自2019年1月1日起执行。原承市医字〔2013〕40号文件同时废止。

附件：承德市市级机关国内差旅费住宿费标准

附件

承德市市级机关国内差旅费住宿费标准

单位：元/人·天

序号	地区（城市）	住宿费标准			淡旺季浮动标准建议				
		省级	厅局级	其他人员	旺季期间	旺季上浮价			上浮比例
						省级	厅局级	其他人员	
	一、省内差旅住宿费标准								
1	石家庄（省会城市）		450	350					
2	张家口市		450	350	7-9月、11-3月		675	525	50%
3	秦皇岛市		450	350	7-8月		680	500	50%
4	廊坊市		450	350					
5	唐山市		450	310					
6	沧州市		450	310					
7	衡水市区		450	310					
8	邢台市		450	310					
9	承德市		450	350	7-9月		580	580	25%-66%
10	邯郸市		450	310					
11	保定市		450	350					
	二、省外差旅住宿费标准								
1	北京市		650	500					
2	天津市		480	380					
3	山西省（太原）		480	350					
4	内蒙古（呼和浩特）		460	350					
5	辽宁省（沈阳）		480	350					
6	大连市		490	350	7-9月		590	420	20%
7	吉林省（长春）		450	350					
8	黑龙江省（哈尔滨）		450	350	7-9月		540	420	20%
9	上海市		600	500					

序号	地区（城市）	住宿费标准			淡旺季浮动标准建议				
		省级	厅局级	其他人员	旺季期间	旺季上浮价			上浮比例
						省级	厅局级	其他人员	
10	江苏省（南京）		490	380					
11	浙江省（杭州）		500	400					
12	宁波市		450	350					
13	安徽省（合肥）		460	350					
14	福建省（福州）		480	380					
15	厦门市		500	400					
16	江西省（南昌）		470	350					
17	山东省（济南）		480	380					
18	青岛市		490	380	7-9月		590	450	20%
19	河南省（郑州）		480	380					
20	湖北省（武汉）		480	350					
21	湖南省（长沙）		450	350					
22	广东省（广州）		550	450					
23	深圳市		550	450					
24	广西（南宁）		470	350					
25	海南（海口）		500	350	11-2月		650	450	30%
26	重庆市		480	370					
27	四川省（成都）		470	370					
28	贵州省（贵阳）		470	370					
29	云南省（昆明）		480	380					
30	西藏（拉萨）		500	350	6-9月		750	530	50%
31	陕西省（西安）		460	350					
32	甘肃省（兰州）		470	350					
33	青海省（西宁）		500	350	6-9月		750	530	50%
34	宁夏（银川）		470	350					
35	新疆（乌鲁木齐）		480	350					

文件名称	货币资金管理制度				
文件编号	A13-ZD-009-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

货币资金管理制度

为了加强货币资金管理，规范资金结算行为，确保货币资金的合理支付和正确使用，结合医院实际，特制定本制度。

一、货币资金指医院拥有的，以货币形式存在的资产。包括库存现金、银行存款和其他货币资金。

二、严格执行《现金管理暂行条例》

(一) 现金支付范围

- 1、职工工资、津贴、奖金及个人劳务报酬；
- 2、根据国家规定颁发给个人的科学技术奖金；
- 3、支付医院职工各种抚恤金、退职、退休金、丧葬费补助费及国家规定的个人其他支出。
- 4、出差人员必须携带的差旅费；
- 5、1000元以下的其他小额零星支出。

(二) 现金支付，必须经医院领导和相关处（科）室主要负责人审批，并在财务处办理相应的手续后支付。

(三) 取得现金收入，应于当日送存开户行，支出现金时不得从现金收入中坐支。

(四) 根据具体情况，依据医院3-5天的正常开支需求量，核定库存现金限额。超过库存限额的现金必须送存开户银行，不得超过核定的库存限额留存现金，

(五) 设立“现金日记账”，出纳人员负责每天整理各种收、付款原始票据，填写现金日结单，并将内容完整、手续齐备的现金收、付凭证，按照业务发生的顺序逐笔交给会计人员进行制证、记账、分类核算。

(六) 收、付款管理

- 1、收、付款凭证必须有人经手、有人验收、有人批准，凭证大、小写金额相符，原始

单据齐备，且审签手续齐全，收、付款人签字后，出纳人员才能收、付款，现金应当面点清。

2、收、付款项办理完毕，出纳人员在收付款凭证上加盖“收讫”戳记，对报销的附件加盖“已报销”戳记。

3、对内容不完整，手续不完善，原始单据不齐备的现金收、付业务，出纳人员有权拒绝处理。

4、收、付款原始凭证不得涂改，不得超过国家规定范围和限额使用现金；不得坐支现金；不得以“白条冲抵库存现金”。

（七）每日终了出纳人员需计算当日现金收入、支出合计数和结存数，并同库存现金实存额核对，做到账实相符，日清月结。出纳人员负责现金日记账与总账的核对，收、支凭证与账簿的核对，账存与实存的核对。

（八）出纳人员无权进行现金收、付业务的制证、记账的账务处理。不得自行填制凭证，无已签批单据，不得自行收、付款项。

（九）财务处要定期或不定期对库存现金进行抽查、核实，确保现金账账相符，账实相符。

三、银行存款管理

（一）财务账簿设置“银行存款”科目，进行银行存款分类分户核算。并设立“银行存款日记账”，对银行存款的收、付结存进行序时登记。

（二）月份终了“银行存款日记账”应与银行对账单进行核对，根据未达账项，编制“银行存款余额调节表”。

（三）需要支付的款项，超过国家规定的现金使用限额以上，应通过银行办理转账结算。

（四）财务处不得签发空白支票，不准签发远期或空头支票。

（五）空白支票由出纳保管，签发支票由财务负责人授权，必须凭领导审签后手续齐备、审核无误的原始单据作为依据。

（六）财务处要定期或不定期对“银行存款”“银行存款日记账”，“银行存款余额调节表”进行审查、核实，对支票和印签的使用、保管进行检查，以确保银行存款的安全、完整。

（七）“银行存款日记账”，“银行存款余额调节表”，凭证及账簿要妥善保管按时归档，不得丢失或毁损。

四、其他货币资金管理，参照事业单位财务规则及政府会计制度相关规定执行。

文件名称	禁止设立“小金库”管理制度				
文件编号	A13-ZD-010-03			发布部门	财务处
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

禁止设立“小金库”管理制度

为了更好的贯彻执行国家财经法律、法规，坚持“统一领导、集中管理”的财务管理原则，强化医院经济管理，预防违法违规行为发生，根据医院财务管理制度、内部控制规定制定本制度：

一、凡违反国家财经法规，侵占、截留国家和单位收入，未列入医院财务管理，私存私放的各项资金均属“小金库”。任何部门、科室不得设立“小金库”。

二、加强收费管理。现金收入一律按规定由财务处及收费管理办公室下设住院、门诊收费部门收取，纳入医院财务统一管理。除医院财务处及收费管理办公室下设收费部门以外，任何科室、个人不得以任何方式和理由收取病人或其他人员现金。

三、进一步规范票据管理。必须使用财政印制的合法票据或电子票据。所有白条或自行从商店购买的收据均视为非法票据。

四、各科室资产报损残值，应按医院资产处置程序，统一、全额上缴财政部门，不得私自处置资产。

五、审计科、财务科定期开展“小金库”专项检查，重点加强门诊收费、住院收费、挂号及现金出纳等岗位的监管。

六、严肃财经纪律，对管理不力，监督不严，在检查中查出“小金库”的部门科室进行通报批评，全额没收“小金库”资金，并视情节轻重给予相应处理，触犯法律的，移交司法机关处理。

文件名称	往来账款管理制度				
文件编号	A13-ZD-011-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

往来账款管理制度

为加强往来账款的核算管理，保证往来账款的准确性和有序支付，防止医院资金流失，根据相关财会法律法规要求，结合医院实际，制定本制度：

一、本制度所涉及往来款项包括应付账款、预付账款、其他应收款。

二、应付账款：是核算因医院购买库存物资、固定资产和接受劳务等应付而未付给供应单位的款项。

（一）账务处理：各物资采购部门对于购入的设备、材料应根据物资管理办法、物资管理相关规定及时办理入库、发票报账手续，财务处将物资部门送来的发票和入库单根据供应商名称挂账，以正确反映医院的应付账款。

（二）付款审批：每月财务处对到期应付款的药品、材料、试剂和合同规定应付款的设备，由物资会计、科室负责人、财务处长、主管院长、总会计师签字审批后，财务处方可办理结算与支付业务。

（三）付款执行：财务处在办理付款业务时，应严格审核票据、结算凭证、验收证明等相关原始凭证的真实性、完整性、合法性，审核通过后，由出纳人员办理付款业务。

（四）对账清理：财务处负责应付款定期与不定期对账清理工作。定期与供应商对账，如供应商出现公司更名、注销等特殊情况，应及时与其核对往来账款，以便做到账账相符，保证付款的准确性与安全性，避免造成医院资金流失。

三、预付账款：是指医院预付给商品供应单位或者服务提供单位的款项。由于预付款额度一般较大，且需要一定时间才能结束业务，因此，在支付货款时，应采取谨慎、稳健的原则，并根据《合同法》规定，与供货方签订有效合同，降低风险。严格按合同约定支付价款。明确价款支付审批权限、支付条件、支付方式和会计核算程序。

（一）付款审批：各物资采购部门购买设备、材料等需要支付预付款的，应按规定向财



务处提供相关的合同，由经办人、科室负责人、财务处长、主管院长、总会计师审批签字后，财务处据此付款。

（二）付款执行：财务处办理付款业务时，应当对合同、票据、结算凭证等相关凭证的真实性、完整性、合法性进行严格审核，审核通过后，由出纳人员办理付款业务。

（三）账务处理：付款后，财务处根据签字完备记账联按付款单位名称挂账，结账联待业务完成时同发票一并入账。

（四）款项催收：为加强预付账款的管理，财务处应及时催缴发票，结清往来账款，以保证款项的真实性和完整性。

四、其他应收款：是指除财政应返还额度、应收在院病人医疗款、应收医疗款、预付账款以外的其他各项应收、暂付款项，包括职工预借的差旅费、拨付的备用金、应向职工收取的各种垫付款项等。

（一）借款审批：各部门、职工在办理暂借款时，必须由经办人、科室负责人、财务处长、主管院长、总会计师审批签字后，财务处据此付款。

（二）会计核算：借款后，财务处根据记账联按借款单位名称或个人设置明细账，结账联待业务完成时同发票一并入账。

（三）款项催收：建立其他应收款项定期清理制度。对职工差旅费、临时采购借款等要做到及时对账、催收、结算，防止拖欠，严格控制呆账，防范资金不必要的损失。年终集中催收借款，对于仍不办理结算的单位和个人，财务处将不再办理新的借款，登记汇总报告总会计师或院长。其他类往来款项管理办法参照以上要求及相关管理制度执行。

文件名称	专项经费（重点学科、科研费）管理、监督、审计制度				
文件编号	A13-ZD-012-04			发布部门	财务处
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年8月

专项经费（重点学科、科研费）管理、监督、审计制度

为规范医院专项经费管理，明确经济责任，提高经费使用效果，理顺报销、付款流程，特制定本制度。

一、专项经费管理

（一）专项经费收入（含重点学科经费、科研费等）：收到各级、各类拨付专项资金后，按规定记入相应收入明细科目。

（二）专项经费支出：按规定记入相应项目支出明细科目。

（三）使用及报销程序

1. 专项经费使用，需由项目执行科室、科研主研人员或主研科室制定用款计划，经项目科室主任签字，分管院长审核签批后执行。专项经费应严格按照用款计划使用。报销专项经费时，需依据用款计划，提交“项目资金支出审批单”，注明项目名称及资金来源，同时提供有效票据，经项目科室负责人审核签字，财务处审核，主管院长审批，总会计师或院长审批后，执行报销。

2. 差旅费、进修培训费、论文版面费、人员劳务费等项目费用报销，需专项经费使用科室提供经主管院长或院长审批的相关文件或申请，以及相关合法票据，填写差旅费报销单（报销差旅费）或审批单（报销其他项目），注明项目名称或重点学科名称，项目科室负责人审核签字后，重点学科建设报科教处审批后，交财务处审核，总会计师或院长审批后，执行报销。

3. 购买实验器材、仪器设备等项目费用，需专项经费使用科室，根据学科发展、科研及项目需求，提出更新或购置设备、卫生材料申购手续，交由医学工程处或物资采购中心负责统一购置，严禁科室私自采购（所拨专项设备购置费和医院拨付经费一并使用）。采购部门审核后执行采购、验收、入库手续后，项目执行科室填制“项目资金支出审批单”与付款



手续（相关发票签字），一并交财务处审批（学科建设及科研项目经科教处审核后报财务处），总会计师或院长审批后，执行付款。如购置设备、器材达到政府采购限额标准或需要执行政府采购项目，按照政府采购有关规定执行采购。

二、监督、审计

对于专项经费，审计科负责监督、审计。检查其计划与使用情况是否一致，是否专款专用，使用效果、管理是否到位，形成审计说明或报告。

附件：

承德市中心医院项目资金支出审批单

项目名称：	
项目资金来源：	
该项目计划资金：_____元；累计已使用资金：_____元；本次活动使用资金：_____元。	
院长批示：	
主管领导批示：	
财务处审核：	
项目执行科室主任：	
（此处填写项目资金用途、审批内容摘要）	
项目执行科室：	经办人签字：
年 月 日	

文件名称	财务处工作制度				
文件编号	A13-ZD-013-03			发布部门	财务处
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

财务处工作制度

在医院财务管理制度框架内，医院负责人及总会计师指导下，制定财务处工作制度如下：

一、根据医院事业发展计划，编制年度财务预算、财务决算。做好财务分析，执行财务制度，严格计划开支。

二、实施财务监督，贯彻各项财经政策，遵守财务制度，严格财经纪律，财务人员要以身作则，奉公守法，不弄虚作假，保证账目的真实性、合法性。

三、加强经济管理，组织合理收入。做到应收必收，防止多收，漏收，少收。监督和控制计划外开支，重大经济项目支出需由医院办公会议决定或有可行性论证报告。

四、监督现金管理，当天收入，当天存入银行，库存现金不超过国家规定数额。

五、配合相关科室，负责工资、绩效的执行发放工作，支票、票据的管理和签发工作。

六、办理物资采购和差旅费等报销手续。审查物资采购计划和监督入库验收手续。公出差旅费要有主管院长批准，任务完成后要及时办理结账报销手续。

七、配合有关部门对医院的固定资产进行使用监督，并搞好折旧管理，定期督促清点库存，防止积压和浪费，充分发挥物资设备的使用价值。

八、健全财会制度，做到日清月结，记载清晰，数字准确。

九、及时清理债权和债务，防止拖欠账款，减少呆账。

十、要妥善保管凭证，账簿，报表，工资册，财务预算决算等会计档案，会计人员交接等均按财务有关规定办理。

十一、负责医院财务工作的业务指导。

文件名称	财务稽核监督制度				
文件编号	A13-ZD-014-04		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

财务稽核监督制度

为了加强医院会计基础工作，建立规范的会计工作秩序，健全内部会计管理制度，依据《中华人民共和国会计法》、《会计基础工作规范》和《医院会计制度》，结合实际情况，制定本制度：

一、建立内部稽核监督机制，成立稽核小组，设立稽核岗位具体负责审核监督工作。

二、稽核人员岗位职责：根据国家有关财经法规、政策及会计制度、医院财务管理规定，对发生的所有财务活动进行稽核，发现问题及时通知有关人员更正或处理，及时向财务处主任和相关科室主任汇报，提出改进意见或建议。

三、稽核人员应掌握国家有关财经法规、政策，熟悉会计制度、医院财务管理规定，加强专业知识学习，具有高度负责的精神和应有的专业知识水平。

四、财务处及相关科室各岗位都必须接受稽核人员的审核与监督。

五、稽核工作的具体内容：

（一）审核财务工作：审核财务各项收支的合法性、合理性以及手续是否完备；票据的领用、使用、注销是否按规定办理相关手续；现金、银行存款是否账实相符，库存现金是否超限额等。债权、债务及所有往来款项是否及时清理。

（二）审核收费部门工作：收费票据的领用、使用、注销是否按规定办理相关手续；收费票据金额和当日收入及收入日报表是否相符，收入的上缴是否及时、金额是否正确；不定期抽查收费员库存现金和备用金情况，是否有错收、漏收及挪用公款现象；退费是否按规定程序办理。

（三）审核成本核算工作：采集的收入、支出数据是否准确无误；是否严格按照成本核算费用归集与摊销办法进行成本核算；成本核算数据与财务数据是否进行核对并找出原因，及时进行更改或调整。



（四）审核预算、决算编制执行工作：预算执行进度是否到位、是否存在预算外支出，决算数据是否真实准确，保证经济活动的合法性和合理性。

（五）审核总务处、医学工程处、物质采购中心、药剂科等部门相关工作：账目出入库、报表等核算凭证是否规范，工作制度履行是否到位，是否定期盘点，资产的入库、领用、报废等手续是否合法、合规；入库分类是否正确，领用是否按照审批程序进行权限内审批；资产的清理是否符合相关报批手续。

六、稽核工作的方法：由稽核小组决定审查对象，采取定期或不定期抽查的方式对各部门环节进行审查，稽核人员对审核工作当场进行记录，审核完毕后由稽核人员及当事人在记录上签字确认，事后由稽核小组对财务处主任及相关科室主任进行汇报，发现问题的提出改进意见或建议。

文件名称	原始凭证管理制度				
文件编号	A13-ZD-015-02		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2021年12月

原始凭证管理制度

原始凭证是会计核算的基础，为进一步做好原始凭证的审核、保管管理，特制定本制度。

一、原始凭证是指医院开展经济活动过程中取得的用来证明经济业务事项已经发生或完成的，以明确经济责任并用作记账依据的一种凭证。

（一）原始凭证分为自制原始凭证和外来原始凭证。自制原始凭证主要有医疗收入报表、物资领料单、工资表、奖金、劳务发放表、经济合同和协议等与财务收支有关的原始记录单据。

（二）原始凭证应具备的基本内容

- 1、凭证的名称；
- 2、填制凭证的日期；
- 3、填制凭证部门名称或者填制人姓名；
- 4、经办人员的签名或者盖章；
- 5、接受凭证医院名称；
- 6、经济业务内容；
- 7、数量、单价和金额。

二、原始凭证的填报和审核要求

（一）取得的原始凭证，必须盖有填制单位公章；从个人取得原始凭证，必须有填制人员签名或者盖章。

（二）自制原始凭证必须有经办医院领导人或者其指定的人员签名或者盖章。对外开出的原始凭证，必须加盖本医院公章。

（三）凡填有大写和小写金额的原始凭证，大写与小写金额必须相符。购买实物的原始凭证，必须有入库单。支付款项的原始凭证，必须有收款单位和收款人收款证明。

（四）一式几联的原始凭证，应当注明各联的用途，只能以一联作为报销凭证，并连续



编号。作废时应当加盖“作废”戳记，连同存根一起保存，不得撕毁。

（五）职工出差借款凭证，必须附在记账凭证之后。收回借款时，应当另开收据或者退还借据副本，不得退换原借款收据。

（六）经上级有关部门批准的经济业务，应当将批准文件作为原始凭证附件。如果批准文件需要单独归档的，应当在凭证上注明批准机关名称、日期和文件字号。

（七）原始凭证不得涂改、挖补。发现原始凭证有错误的，应当由开出单位重开或者更正，更正处应当加盖开出单位公章。

三、原始凭证保管

（一）对于数量过多的原始凭证，可以单独装订保管，在封面上注明记账凭证日期和编号，同时在记账凭证上注明附件另订和原始凭证名称及编号。

（二）各种经济合同、协议、存款证明和存出保证金收据等重要的原始凭证，应另编目录单，单独登记保管，并在有关的记账凭证和原始凭证上相互注明日期和编号。

（三）原始凭证不得外借，如因特殊情况需要使用原始凭证时，参照会计档案管理要求执行。

文件名称	会计轮岗制度				
文件编号	A13-ZD-016-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

会计轮岗制度

为了加强医院会计队伍建设，提高会计人员整体素质，加强会计监督，规范会计行为，完善内部牵制制度，根据《中华人民共和国会计法》、《医疗机构财务会计内部控制规定》要求，制定本制度。

一、会计人员依据不相容职务相互分离的原则，建立岗位责任制。

二、岗位轮换要统筹兼顾工作安排和人员的使用，在保证各项工作的连续性和人员的相对稳定性基础上，合理安排。原则上3-5年轮岗一次。

三、轮换形式和轮换岗位设置，要依据医院工作需要，在总会计师指导下，由财务负责人确定。

四、轮换人员要进行岗位培训。可以采取集中学习、以老带新等形式进行。确保岗位原工作人员与新轮转人员的重叠工作时间，通过口头传授、示范操作、监督操作、独立操作等步骤，使轮转人员达到岗位要求。

五、岗位轮换要执行交接班制度，形成交接班手续。确定轮岗会计人员应服从分配，及时办理移交手续。对不认真履行会计职责，无正当理由不轮岗的会计人员，调离会计工作岗位。

六、在交接工作后半年内，稽核人员负责跟踪检查以保证工作质量。

七、医院所有会计人员要加强学习，不断更新知识和技能，提高理论和职业道德水平，适应新会计制度对财务管理和会计核算的需要。

文件名称	会计人员工作交接制度				
文件编号	A13-ZD-017-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

会计人员工作交接制度

会计人员工作交接是财务工作中一项重要内容，为了确保在人员岗位调整过程中，财务工作的连续性、安全性、准确性，特制定本制度。

一、会计人员交接内容

(一) 尚未处理完毕的业务。

(二) 整理保管的各种会计资料（如凭证、账簿、报表等）和各种会计物品（如证件、发票、印章、电算化密码等），并列示于交接清单上。

(三) 整理尚无法处理的各种业务，列示于交接清单上，注明已处理的程度、相关的凭证资料等。

(四) 交代其他相关事宜，例如相关工作联系部门联系人的联系方式、相关会计处理的流程方法等。

(五) 打印交接清单一式三份。按交接清单交接工作，交接无误后，由移交人、接交人、监交人各自签章，各执一份交接清单。

二、交接前的准备工作

(一) 已经受理的经济业务尚未填制会计凭证的应当填制完毕。

(二) 尚未登记的账目应当登记完毕，结出余额，并在最后一笔余额后加盖经办人印章。

(三) 整理应该移交的各项资料，对未了事项和遗留问题要写出书面说明资料。

(四) 编制移交清册，注明应该移交的会计凭证、会计账簿、财务会计报告、印章、现金、有价证券、发票、文件等内容；电算化会计应在移交清册上列明会计软件及密码等内容。

(五) 会计机构负责人和会计主管人员移交时，应将财务会计工作、重大财务收支问题和会计人员的情况等向接替人员介绍清楚。

三、移交点收

(一) 现金要根据会计账簿记录余额进行当面点交，不得短缺，接替人员发现不一致或“白条抵库”现象时，应要求移交人员限期查清处理后再次移交。

(二) 有价证券的数量要与会计账簿记录一致，按照会计账簿余额交接。

(三) 会计凭证、会计账簿、财务会计报告和其他会计资料必须完整无缺，不得遗漏，如有短缺，须查清原因，并在移交清册中加以说明，由移交人负责。

(四) 银行存款账户余额要与银行对账单核对相符，如有未达账项，应编制银余额调节表调节相符；各种财产物资和债权债务的明细账户余额，要与总账有关账户的余额核对相符。

(五) 印章、收据、空白支票、发票以及其他物品等必须交接清楚。

(六) 交接双方还应在电子计算机上对有关数据进行实际操作，确认有关数据正确无误后方可交接。

四、交接后有关规定

(一) 会计工作交接完毕后，交接双方和监交人在移交清册上签名或盖章，并在移交清册上注明：医院名称、交接日期、交接双方和监交人的职务和姓名、移交清册页数、需要说明的问题和意见等。

(二) 接替人员应继续使用移交前的账簿，不得擅自另立新账簿，以保证会计记录的连续性。

(三) 移交清册一般应填制一式三份，交接双方各执一份，存档一份。

文件名称	会计人员继续教育制度				
文件编号	A13-ZD-018-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

会计人员继续教育制度

一、继续教育制度的内容和形式

(一) 会计人员继续教育应坚持联系实际、讲求实效和学以致用原则。其主要内容包括

- 1、会计理论与实务；
- 2、财务、会计法规制度；
- 3、会计职业道德规范；
- 4、相关法规制度；
- 5、其他相关知识。

(二) 会计人员继续教育按每年固定培训和医院根据会计工作需要制订培训计划两种形式完成。会计人员继续教育由财务处负责组织实施。财务处根据工作需要拟定培训计划，选择培训内容。

二、继续教育的组织和实施

(一) 会计人员必须接受每年由财政部门会计管理机构或财政部门会计管理机构委托认可的部门组织实施的继续教育培训。

(二) 保证会计人员参加继续教育的时间和其他必要条件。

(三) 根据单位实际工作需要，开展业务学习和岗位培训。

(四) 会计人员应遵守继续教育的有关规定，积极参加继续教育活动，按规定完成年度学习任务。

文件名称	票据（就诊卡）、印章管理制度				
文件编号	A13-ZD-019-02		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

票据（就诊卡）、印章管理制度

为了加强票据（就诊卡）、印章管理，维护国家的财经纪律，确保票据（就诊卡）、印章管理工作的制度化、规范化，按照财政部门的有关规定，结合我院实际，特制定本制度。

一、票据（就诊卡）管理

（一）医院门诊、住院收费及对外结算业务必须使用财政部门统一监制的收费票据或电子票据。各部门不得自行印制或自购收费票据。

（二）财务处设立专人管理票据（就诊卡），负责各类票据的购入、领用、回收、上缴、保管等工作，票据管理人员调离岗位时，须办理移接手续，移交不清，不得离职。

（三）使用票据（就诊卡）的部门、个人，在领用、缴销票据时，应点清票据数量，办理票据领用、缴销手续，明确责任。票据管理人员应按规定设置票据登记账簿，规范登账，妥善保管票据领用、缴销凭证，年终装订归档，定期盘点库存票据，保证账、票相符。

（四）核销已使用的票据时，票据管理人员要稽核票据张数、编号和收费金额、款项，按规定使用票据后给予缴销。在缴销票据时如果发现问题，票据管理人员要及时向领导汇报。

（五）使用票据的部门或者个人必须妥善保管好票据，票据要按顺序号填写或打印，各联一次复写，字迹清楚，大小金额不得涂改。收费票据必须盖医院财务专用章或门诊、住院收费专用章和开票人签章，票据已经填写撕出需作废的，各联要保全齐全，收费员必须签名并经主管领导审核签字后方可作废。

（六）票据长期不缴，款项不及时交财务入账，要追究领票人和主管领导的责任，严禁公款私存。

（七）加强票据（就诊卡）管理。发生票据（就诊卡）遗失或被盗等，当事人必须将遗失、被盗票据的名称、编号及数量等情况及时向主管领导和财务处汇报，写出书面检查，经认真审查核实，当事人自费登报声明，上报主管领导审批方可核销。遗失、被盗核销的票据



(就诊卡)应予登记存档以备查对。人为原因造成票据(就诊卡)损失的追究当事人责任。

二、印章管理

财务专用章、收费专用章由专人管理,严格履行领用手续,建立预留印鉴登记簿,对领用人章号、领用日期、交回日期进行详细记录,明确责任,谁使用谁负责。

文件名称	财务会计档案管理办法				
文件编号	A13-ZD-020-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

财务会计档案管理办法

会计档案是医院在经济活动中形成的记录和反映经济业务的重要史料和证据，它既是本单位档案的一部分，也是国家全部档案的重要组成部分。为了进一步提高会计档案管理工作的标准化、规范化，特制定本办法。

一、会计档案归档范围和做法

（一）每年形成的会计档案（包括会计凭证、会计账簿、会计报表、其他会计核算资料和数据备份资料）应由财务会计部门按照归档的要求整理立卷或装订成册。

（二）会计凭证。会计制单、记账后，交由装订人员按月整理，装订成若干本，每本厚度3-4公分，每本为一卷。整理装订时，必须将金属物剔除，做到装订整齐，美观、坚固和规范。

（三）会计账簿，包括现金日记账、银行存款日记账、总分类账和明细分类账、往来账等等。每个会计年度终了，由记账人员整理装订。属订本式的账簿，应贴上封面，属活页式账簿，应加以整理，将空页抽出，装订成册，根据账页多少装订成1-2册或多册。各类账簿贴上封面后，均要写明使用单位，年度和账簿名称，包括使用活页式账簿，装订后再编写账页顺序号，附启用表和目录，记明每个账户的名称和页次。每本账簿立为一卷。

（四）会计报表。月份报表、季度和年度会计报表上报后，财务留存一份，按年集中装订成册，季度和年度分别装订成册，每册为一卷。

（五）其他会计档案

1、文书部分：各种经济合同、协议、担保书、契约及其附件，年度财务计划，财务工作总结，财务分析资料，重点工程决算资料。

2、报表部分：会计人员统计表、会计证登记表、会计达标升级申请、验收审批表、报废的固定资产台账或上报批复表等，由经办人在每项业务完成时及时整理存档，也可以年度一次整理，分类装订。存档前，要经过交接签字。



二、会计档案的保管

(一) 医院设立档案室，指定专人负责保管。会计凭证、会计账簿、会计报表每个会计年度终了，由档案保管人员收集归档。存档前经办人要整理装订，分类填制会计档案目录，写明案卷号，一切手续完备后，保管人员才能接受。

(二) 会计档案的存放应该做到防火、防潮、防虫、防鼠、防霉变质。不允许随便堆放，保证会计档案完整无损。

三、会计档案的移交

负责会计档案的保管人员，如果有变动必须办理交接手续后才能离开。交接时移交人与接替人应按会计档案目录逐一点交，如发现会计档案有短缺，应由移交人负责找齐，如有丢失，移交人应查明原因，承担责任。点交清楚后应由双方在移交表上签字。

四、会计档案保管年限

(一) 会计凭证、会计账簿、会计档案移交清册等，保存 30 年（固定资产卡片待固定资产报废清理后保管 5 年）。

(二) 月度、季度、半年度财务会计报告、银行存款余额调节表、银行对账单、纳税申报表等，保存 10 年。

(三) 年度财务会计报告、会计档案保管清册、会计档案销毁清册、会计档案鉴定意见书等，永久保存。

五、会计档案借阅的批准权限

(一) 本单位财会部门内部人员借阅会计档案，档案保管人员应及时提供。

(二) 本单位其他部门借阅会计档案，要经财会部门负责人批准才能借阅。

(三) 外单位人员查阅会计档案，要持单位介绍信，经单位主管领导批准方能借阅。

(四) 借阅会计档案，应在会计部门或档案室查阅。须拿出档案室要经过财会部门负责人批准。必须要携带出单位的，要经单位领导批准。

(五) 需要借出财会部门，必须办理借阅手续，在会计档案借阅登记簿上进行登记，归还时应注明归还日期，借阅原因。

六、会计档案的销毁

(一) 单位会计档案的销毁。应由会计部门编制“会计档案销毁清册”和“销毁清册审批表”。报经主管领导审批后由监察、审计部门鉴定审批和监销。

（二）会计档案保管期满应销毁时，对于原始凭证还有使用价值的（例如未了结的债权、债务业务凭证）应单独抽出，另行立卷保存，直至确无使用价值时再销毁。

文件名称	固定资产管理制度				
文件编号	A13-ZD-021-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

固定资产管理制度

为了加强固定资产管理，维护国有财产的保值增值，结合医院实际情况，制定本制度。

一、固定资产管理

固定资产由财务处设总账，医学工程处、后勤保障处、信息与计算机中心等职能部门设分类明细账，各科室设固定资产管理清单，相关职能科室定期对实物进行清点、核实，做到账账相符、账实相符、账卡相符。

二、固定资产标准

固定资产是指使用期限超过1年（不含1年），单位价值在规定标准1000元以上（其中专用设备单位价值在1500元以上），并在使用过程中基本保持原有物质形态的资产。单位价值虽未达到规定标准，但是耐用时间超过1年（不含1年）的大批同类物资，应当作为固定资产核算。

三、固定资产的分类

- （一）按使用情况分为：在用固定资产、闲置固定资产。
- （二）按资产类型分为：房屋建筑物、专用设备、通用设备、家具用具、图书档案等。

四、固定资产的计价

（一）购入的固定资产：成本包括实际支付的购买价款、相关税费、使固定资产达到预定可使用状态前所发生的可归属于该项资产的运输费、装卸费、安装费和专业人员服务费等。以一笔款项购入多项没有单独标价的固定资产，按照各项固定资产同类或类似固定资产市场价格的比例对总成本进行分配，分别确定各项固定资产的入账价值。

（二）自行建造的固定资产：成本包括建造该项资产至交付使用前所发生的全部必要支出。

（三）改建、扩建、修缮的固定资产：成本按照原固定资产的账面价值（“固定资产”

科目账面余额减去“累计折旧”科目账目余额后的净值)加上改建、扩建、修缮发生的支出,再扣除固定资产拆除部分账面价值后的金额确定。

(四) 置换取得的固定资产: 成本按照换出资产的评估价值加上支付的补价或减去收到的补价, 加上为换入固定资产支付的其他费用(运输费等)确定。

(五) 接受捐赠、无偿调入的固定资产: 成本按照有关凭证注明的金额加上相关税费、运输费等确定; 没有相关凭据可供取得, 可按评估价值加上相关税费、运输费等确定; 没有相关凭据也未经评估, 其成本比照同类或类似固定资产的市场价格加上相关税费、运输费等确定; 没有相关凭据也未经评估, 其同类或类似固定资产的市场价格无法可靠取得, 所取得的固定资产应当按照名义金额入账。

五、固定资产使用管理

固定资产的日常管理, 实行“分级负责, 归口管理”。固定资产使用部门要设专人负责管理, 定期进行清点、核实, 并与医学工程处、后勤保障处、信息与计算机管理中心等部门核对, 做到账实相符。其它部门调用时, 需要办理固定资产的调转手续, 由部门负责人签字后报医学工程处、后勤保障处、信息与计算机管理中心等部门备案。部门负责人变动时, 应对该部门固定资产进行清点, 办理交接手续。

六、固定资产处置管理

(一) 处置原则

1、所有仪器设备, 不论其购置经费来自何种渠道, 均属于国有资产, 由医院统一管理和处置。

2、规定限额以上资产处置, 经主管部门审核后报同级财政部门审批, 规定限额以下资产处置报主管部门审批。

3、资产处置收入需纳入财政, 按照收支两条线管理, 任何部门和个人不得截留、挪作他用。

(二) 处置范围

1、已过使用年限, 技术性能落后已无法满足工作需要或长期不用闲置的设备及器材。

2、设备仪器非正常损失、非正常损坏、遗失等。

3、丧失原有功能, 经技术鉴定无法修复、无法继续使用或修复成本超过接近新购价格的资产设备。

4、因国家标准改变而不符合现行使用要求且不能改装利用的, 或国家规定应淘汰的设



备仪器。

5、因原设备仪器安放场地发生改变无法拆卸迁移或者继续使用易发生危险的设备仪器。

（三）处置权限与程序

1、固定资产转让、注销、调出、报废和报损时，必须经过审批程序，由归口管理部门和财务部门统一处置，任何科室部门未经批准不得自行处置。

2、报废固定资产，先由使用科室提出申请，说明处置理由并经使用部门负责人审核签字后，报送归口管理部门。

3、归口管理部门应组织相关科室或专业技术人员，对待处置固定资产进行技术鉴定，经医院管理委员会审核批准，报行政主管部门审批，并按规定经财政部门审核通过后，下达正式批复方可进行处置。

文件名称	无形资产管理制度				
文件编号	A13-ZD-022-01		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

无形资产管理制度

为了加强医院无形资产管理，根据《政府会计制度》对无形资产的相关规定，结合医院实际情况，制定无形资产管理制度如下：

一、无形资产是指不具有实物形态而能够为使用者提供某种权利的非货币性资产，包括著作权、土地使用权、专利权、非专利技术。单位购入的不构成相关硬件不可缺少组成部分的软件，应当作为无形资产核算。

二、无形资产分类

（一）按取得方式分类：外部取得的无形资产；内部自创的无形资产。

（二）按有无期限分类：使用寿命有限的无形资产；使用寿命不确定的无形资产。

三、与无形资产相关的后续支出处理：

（一）为增加无形资产的使用效能而发生的后续支出，如对软件进行升级或扩展其功能等所发生的支出，应当计入无形资产账面价值。

（二）为了维护无形资产的正常使用而发生的后续支出，如对软件进行漏洞修补版本升级等所发生的支出，应当计入当期费用。

四、医院无形资产应当自取得当月起，在预定使用年限内采用年限平均法分期平均摊销。如预计使用年限超过了相关合同规定的收益年限或法律规定的优先年限，该无形资产的摊销年限按以下原则确定：

（一）合同规定了受益年限但法律没有规定有效年限的，摊销期不应超过合同规定的受益年限。

（二）合同没有规定受益年限但法律规定了有效年限的，摊销期不应超过法律规定的有效年限。

（三）合同规定了受益年限，法律也规定了有效年限的，摊销期不应超过收益年限和有



效年限两者中较短者。

(四) 如果合同没有规定收益年限，法律也没有规定有效年限的，摊销期不少于 10 年。

五、职责分工

(一) 经办部门：负责提出无形资产购置方案；组织实施无形资产业务取得过程；组织无形资产验收；办理无形资产处置；建立无形资产台账；定期对无形资产安全、适用性进行检查。

(二) 财务处：负责对无形资产进行会计核算；计提无形资产累计摊销；监督无形资产管理。

六、无形资产的日常管理

(一) 无形资产管理部门负责根据无形资产的使用状况，及时维护本部门无形资产台账。

(二) 无形资产管理台账登记的内容包括：无形资产的名称、规格型号，单位价值，数量，生产厂家，启用时间，使用部门，摊销年限，使用状态。

文件名称	债权、债务管理制度				
文件编号	A13-ZD-023-02		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

债权、债务管理制度

一、债权管理

为加强医院债权管理，减少医院因债权形成的损失，保证医院收入及时、完整，对医院债权管理规定如下：

（一）医院债权是指医院在提供医疗服务或开展有偿服务等业务活动过程中，与其他医院和个人发生经济往来时所形成的应收和预付款项。主要有：应收在院患者医疗款、应收医疗款、预付账款、其他应收款。

1、应收在院患者医疗款以及应收医疗款

（1）医保及收费管理办公室负责应收在院患者医疗款和应收医疗款的催收，财务处定期督促。催收无效的逾期应收账款，应通过法律程序解决，尽量减少患者欠费。

（2）建立在院患者医药费明细账，定期核对应收医疗款增减变动情况，如有不符，查明原因，及时处理。对期限超过3年，确认无法收回的应收医疗款应作为坏账处理，坏账损失经过清查，经医院例会批准后，在坏账准备中冲销。

（3）医疗保险、公费医疗等部门应收医疗款，应定期核对，确保当期实际付款、拒付之和与应收医疗款一致。

2、严格控制预付款范围、比例和期限。

3、其他应收款指除应收医疗款和应收在院患者医药费以外的其他各种应收、暂付款项。包括部门备用金、差旅费借款和其他零星借款等。

（1）财务处指派专人负责清理和检查其他应收款，及时督促款项回收。

（2）定期核对保证金和抵押金，确保正常期限内收回。

（3）按相关规定计提坏账准备，当年坏账准备不足冲销的，应分清原因，分别处理。

（二）财务控制



- 1、财务处要设置债权管理岗位，审计科监督债权审批，不得由一人办理债权业务的全过程。
- 2、对收回应收医疗款、其他应收款和列入坏账后重新收回的款项要及时入账，杜绝账外款。
- 3、对往来单位信息变更，财务处要留取相关变更手续，动态管理，及时更新。
- 4、财务处对可能成为坏账的应收款项及时报告主管领导审查，确定是否为坏账。
- 5、发生各项坏账，应查明原因，明确责任，并经相关部门经办人、负责人和财务处负责人签字，按照规定进行报批后完成会计账务处理，同时做好备查登记。

二、债务管理

为了规范和加强医院负债管理，规避财务风险，根据《医院财务制度》要求，制定负债管理制度如下：

（一）医院债务是指需要以资产或者劳务偿还的债务，包括流动负债和非流动负债。

- 1、流动负债是指偿还期在一年以内（含一年）的短期借款、应付票据、应付账款、预收医疗款、预提费用、应付职工薪酬和应付社会保障费等。
- 2、非流动负债是指偿还期在一年以上（不含一年）的长期借款、长期应付款等。

（二）医院应建立借债集体决策机制，借入负债应经集体论证、集体决策。原则上不得借入非流动负债，确需借入或融资租赁的，须经卫生主管部门、同级财政部门审核。医院应充分考虑资产构成、还款能力等因素，严格控制借债规模。

（三）预收医疗款管理

- 1、医院应加强病人预交金管理。预交金额度应根据病人病情和治疗的需要合理确定。
- 2、完善内部管理和财务会计内部控制。按照门诊病人、住院病人等分类对预收医疗款项进行管理。

（四）应付账款管理

- 1、财务处应按照付款计划及时支付应付账款。
- 2、购进药品、设备、卫材及其他物资时，应严格执行招采流程、合理控制库存，缓解医院资金付款压力。对固定资产及工程支出应预留足够质量保证金。
- 3、应付账款的入账时间，应以所购买物资的所有权转移或接收劳务已发生为标志。物资和发票账单同时到达的情况下，一般应在物资验收入库后按发票账单登记入账；在物资和

账单不能同时到达的情况下，物资已到发票账单未到可采用暂估入账方式，等下月初用红字冲回的方法。

4、应付账款按应付金额入账。

5、财务处负责应付账款的管理，配合采购部门与供应商对账。

6、因债权人特殊原因确实无法偿还的负债，按规定计入其他收入。负债转为其他收入应具备以下条件：因债权人的特殊原因，确实无法偿还负债；具备相关证明材料。

文件名称	重大经济事项集体决策与责任追究制度				
文件编号	A13-ZD-024-03		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

重大经济事项集体决策与责任追究制度

为了强化医院财务管理，规范重大经济事项的集体决策程序，明确过失责任制，建立科学、规范的经济活动决策机制，特制定本制度。

一、重大经济事项的定义和范围

重大经济事项是指涉及医院长远发展和职工切身利益的应用资金额度较大的经济事项。包括项目如下：

- (一) 大型设备的购置
- (二) 大型修缮工程
- (三) 大型会议的举办
- (四) 大额存货、固定资产等资产的处置
- (五) 大额卫生资料、低值易耗品等采购
- (六) 大额医院办公设备、办公用品的采购
- (七) 基本建设项目
- (八) 银行及其他金融机构信贷
- (九) 重要科研项目
- (十) 对外经济合同签订
- (十一) 对外投资、对外担保
- (十二) 医疗收费的项目变动
- (十三) 医院发展计划的制订
- (十四) 医院改制、重组等

二、重大经济事项决策原则

- (一) 科学、依法、民主、集体决策的原则：重大事项必须集体讨论后按规定程序报批。

(二) 专家咨询和评估的原则：对专业性、技术性较强的重大事项，须进行专家论证、技术咨询、决策评估。

(三) 听证和公示原则：坚持院务公开、透明，对涉及职工切身利益问题的决策，须进行听证或公示，广泛听取职工意见。需要医院职工代表大会审议的重大经济事项，须提交职工代表大会审议。

三、重大经济事项过失责任追究制度

(一) 实行重大经济事项领导负责制和责任追究制，严格落实“承德市中心医院党委会议议事规则”和“承德市中心医院院长办公会议议事规则”要求，项目集体讨论后按规定程序报批执行。

(二) 强化职能部门责任落实，相关职能部门应根据国家有关法律法规，对投入产出效益进行经济论证，对重大经济事项支出的合理性、合法性及预算安排进行审核。

文件名称	重大经济事项决策权限管理、分级负责制度				
文件编号	A13-ZD-025-01		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

重大经济事项决策权限管理、分级负责制度

一、医院实行三级责任人制度

(一) 以法定代表人为第一责任人，分管院长、总会计师为第二责任人，承担职能科室为第三责任人。

1、院长作为医院经营、改革、发展等各项战略、策略的决策者，应该严格遵守重大经济事项集体决策制度，并对重大经济事项的结果承担第一责任。

2、分管院长、总会计师作为院长助手，负责对重大经济决策方案提出积极建议和意见，对决策方案实施督察，对重大经济事项的结果承担第二责任人。

3、承办部门作为重大经济事项的发起人，在对重大经济事项进行充分、详实的论证的基础上，负责重大经济事项的实施，对重大经济事项的结果承担第三责任人。

(二) 权限管理

1、财务处是医院经济活动、财务收支活动的业务管理部门与执行部门，是医院唯一的一级财务机构，是医院经济管理的职能部门。财务处依法履行医院财务管理职责，负责医院财务管理和会计稽核工作，负责规范医院的财务收支行为。

2、审计科是医院的内部审计机构，在院长、分管院长的领导下，依照国家法律、法规，以及医院的规章制度，对医院及所属单位的财务经济活动进行内部审计监督，独立行使内部审计监督权。

二、重大经济事项的监督监察

(一) 医院纪检监察室负责全院廉政工作的监督，对重大经济事项集体决策过程中违反国家法律法规的行为、侵害医院资产的事项向院长汇报，负责违纪事项的处理工作。

(二) 财务处是重大经济事项的资金执行部门，负责项目资金的筹集、使用和监督管理。

(三) 审计科负责对重大经济事项进行事前、事中、事后的审计监督，保证项目顺利。

(四) 医院纪检监察室负责对项目实施中的工作纪律、工作作风和廉洁自律等进行监督监察。

文件名称	对外投资管理制度				
文件编号	A13-ZD-026-02		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

对外投资管理制度

为了规范医院的对外投资行为，提高投资收益，规避投资风险，使投资价值最大化，根据《医院会计制度》规定，制定对外投资管理制度如下：

- 一、对外投资必须遵守国家有关法律、法规的规定。
- 二、不得用国家拨款及规定不得用于对外投资的其他资金进行对外投资。
- 三、对外投资必须经过投资风险、投资收益论证。

1、对外短期投资应具备变现能力强、转让灵活等特点，因此还要进行灵活性论证，确保投资能按期收回，确保资金的流动性。

2、在对外长期投资周转慢且风险大，对医院的影响比短期投资大得多，因此，医院必须进行适量性论证，不能因为长期投资影响医院自身所需的正常资金周转需要，做到即低风险、高效益，同时又要遵守金融、财经纪律。

四、投资的形式可以采用货币、实物或无形资产等形式，计价必须按照国家规定执行。

- 1、货币资金按照实际支付金额计价。
- 2、对外投资资产，必须产权清晰，经过具有评估资质的机构评价评估，并按规定程序办理非经营性资产转经营性资产的报批手续。

3、实物投资如果是全新的以购入价格加上各种运费、保险费进行计价。

4、无形资产对外投资必须进行资产评估、确认，不得以低价、无偿方式转移资产，造成国有资产的流失。

五、必须提交可行性投资论证报告，明确投资的项目内容、投资金额、投资起止年限、投资效益的分配及风险的抵押，并经分管的职能科室签署意见报主管院长、院长审批，重大投资项目须经院长办公会决定，并按法律程序办理有关手续后方可进行。

六、投资收益必须按照权责发生制原则进行会计核算，按期收回投资收益。



七、加强对审批文件、投资合同或协议、投资方案书和对外投资处置决议等文件资料的管理，设置相应的记录或凭证。

文件名称	接受社会捐赠资助管理制度				
文件编号	A13-ZD-027-01		发布部门	财务处	
审核人	常欣	批准人	姜皓丰	生效日期	2020年8月

接受社会捐赠资助管理制度

为了规范医院捐赠资助和受赠受助行为，保护捐赠资助人和受赠受助人的合法权益，依照《中华人民共和国公益事业捐赠法》、《医疗卫生机构接受社会捐赠资助管理暂行办法》，结合医院实际，制定本制度。

一、总体要求

（一）本制度所称社会捐赠资助，是指自然人、法人和其他组织（以下简称捐赠资助入）自愿无偿向本院医提供资金或物资等形式的支持和帮助。

（二）接受社会捐赠资助必须遵守国家法律、法规，坚持自愿无偿的原则，符合公益目的。不得损害公共利益和公民的合法权益，不得接受附有影响公平竞争条件的捐赠资助，不得将接受捐赠资助与采购商品（服务）挂钩，不得以任何方式索要、摊派或者变相摊派。

（三）医院必须以法人名义接受社会捐赠资助，捐赠资助财产必须由法人医院财务部门统一管理使用。医院内部的职能部门和个人一律不得接受捐赠资助。特殊情况下，捐赠资助方要求以个人名义接受捐赠资助的，应当事先报告医院领导集体审核同意，并纳入医院财务部门统一管理使用。

（四）医院接受的社会捐赠资助财产及其增值均属于社会公共财产，按国家有关规定管理，任何医院和个人不得侵占、挪用或损毁。

（五）医院要及时公开受赠受助情况和受赠受助财物的使用、管理情况，接受社会监督。

（六）医院接受境外捐赠资助，应当按照国家有关规定办理入境手续；实行许可管理的物品，由医院按照国家有关规定办理许可申领手续。医院不得接受不符合国家有关质量、环保等标准与要求的境外捐赠资助。

二、接受捐赠资助管理

（一）捐赠资助应当按照下列程序进行：



1、医院接受社会捐赠资助，应要求捐赠资助人提供《捐赠资助项目意向书》，项目意向书包括项目名称、目的、项目执行期限、具体的项目方案、捐赠资助清单和金额等；

2、由医院监察室会同财务处、相关业务职能部门，对《捐赠资助项目意向书》的内容予以审核，根据捐赠资助项目是否属于公益非营利性质、是否涉嫌商业贿赂和不正当竞争等情况，提出是否接受捐赠资助的初步意见；

3、医院领导班子审核决定是否接受捐赠资助。

（二）捐赠资助项目经审核同意接受后，医院应当与捐赠资助人签订书面协议，明确捐赠资助财产的种类、数量、质量、价值、用途以及双方的权利、义务。

（三）捐赠资助人应当依法履行协议，按照协议将捐赠资助财产交付医院财务部门或物资管理部门，不得在账外核算，不得设立小金库，逃避财务监督。

（四）医院接受社会捐赠资助，必须向捐赠资助人出具加盖医院财务专用章的合法票据或证明。

（五）医院执行突发公共卫生事件处置等特殊任务期间接受社会捐赠资助的，或者接受匿名捐赠资助的，可根据情况适当简化程序或者不签订捐赠资助书面协议。

三、捐赠资助财产的管理和使用

（一）医院接受的社会捐赠资助财产，由财务部门根据捐赠资助财产相关资料进行会计核算。

（二）医院接受的社会捐赠资助物资、设备等实物资产，必须办理入库手续，登记相关账目。领用时必须履行审批程序，并办理出库手续。达到固定资产核算起点的，要按照固定资产有关规定进行管理。

（三）医院接受的社会捐赠资助财产主要用于贫困患者救治、面向公众的健康教育、卫生技术人员培训、医学交流、科学研究、医院的服务设施建设等公益非营利性业务活动。

（四）医院必须尊重捐赠资助人意愿，严格按照协议约定开展公益非营利性业务活动。协议限定捐赠资助财产用途的，医院不得擅自改变捐赠资助财产的用途。如果确需改变用途的，需征得捐赠资助人同意。

（五）捐赠资助资金不得用于发放职工奖金和津贴及其它个人支出。

（六）捐赠资助财产的使用要严格执行财经法律法规，遵守财经纪律和财务制度，不得擅自扩大开支范围，提高开支标准。

（七）医院接受的社会捐赠资助财产一般不得用于转赠其他医院，不得随意变卖处理。对确属不易储存、运输或者超过实际需要的物资在征得捐赠资助人同意后可以处置，所取得的收入仍用于原捐赠资助项目或者医院发展。

（八）捐赠资助项目完成后形成的资金结余，纳入医院经费结余管理，用于医院事业发展。协议明确结余资金用途的，按书面协议约定执行。

（九）捐赠资助项目完成后，医院应当及时主动向捐赠资助人反馈捐赠资助财产的使用、管理情况，以及项目的实施结果。对于捐赠资助人的查询，医院应当如实答复。

四、监督检查与法律责任

（一）医院要把接受捐赠资助的情况和受赠受助财产的使用、管理情况列为院务公开内容，定期公开，接受医院职工和社会监督。

（二）医院要建立和完善接受捐赠资助项目档案制度，对接受捐赠资助项目的方案、审核、执行、完成情况进行档案管理。会计年度结束后，对本年度接受捐赠资助项目的资金、物资情况统一纳入年度财务报告反映。

（三）职能部门或者个人接受捐赠资助财产的，医院接受捐赠资助财产未纳入医院财务部门统一管理的，私设小金库或者隐匿不交据为己有的，医院责令其改正，并依照《财政违法行为处罚处分条例》予以处分；情节严重构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（四）医院将社会捐赠资助财产用于非公益营利性活动的、未征得捐赠资助人同意擅自改变捐赠资助财产用途的、允许捐赠资助人直接为医院或者个人的业务活动办理资金支付的，依照《财政违法行为处罚处分条例》予以处分。

（五）构成违法行为的，由有关部门依法处理。

九、医保收费管理

文件名称	医疗保险工作制度				
文件编号	A14-ZD-001-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

医疗保险工作制度

一、在院长的领导下，贯彻落实相关的医疗保险规章制度，准确执行医保局的各项政策规定，认真履行服务协议。

二、制订我院医疗保险管理工作的各项规章制度及管理规定，按新政策要求，随时调整相关规定。

三、负责接待上级主管部门检查，协调医院相关科室的医保工作。

四、组织好医院各科室人员的培训工作，积极宣传和认真贯彻执行基本医疗保险的政策，提高执行政策的能力和为参保人员的服务水平。

五、加强与医保局的沟通联系，认真及时完成医保局布置的任务。妥善处理各种问题，配合医保局做好监督检查与考核工作。

六、做好医保患者出院即报审核结算工作，核实医疗数据的准确性。

七、树立“以病人中心的”服务理念，为参保人员提供热情周到的服务，耐心解答参保人员提出的问题。

八、每月对出院病历进行医保政策执行情况检查，对存在问题的科室进行反馈，制定相应的整改措施，进行持续改进，保证医疗保险政策的正确执行。

文件名称	门诊收费室工作制度			
文件编号	A14-ZD-002-03		发布部门	医保及收费办
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期 2021年12月20日

门诊收费室工作制度

- 一、严格遵守工作时间，提前 10 分钟到岗，佩戴胸牌，准时开放工作窗口，坚守岗位，不得脱岗、空岗，禁止早退。
- 二、收费员在工作中要使用文明用语，态度和蔼，语气亲切、热情耐心、言简意明。
- 三、门诊收费人员必须工作认真、仔细，努力提高工作效率，减少患者排队等候时间。
- 四、收据要项目齐全，准确无误，接受现金要唱收唱付。
- 五、对于同时就诊两个科室或转科病人（会诊除外），须重新挂号。
- 六、遵守财经纪律，认真执行财会制度，不准挪用公款，做到日清、日结，填制日报表，核对无误后，及时交账。
- 七、按医院退费管理办法，凡退费者需持有关凭证，当月发生者可由收费员直接退费，票据缺失、跨月退费等特殊情况下，需按要求填写《门诊患者特殊退费申请表》后方可退费。
- 八、门诊收费员实行倒班制，严格执行交接班手续，非本室人员，未经许可不得入内，严禁室内会客。
- 九、本制度同时适用于妇儿院区收费室。

文件名称	住院结算室工作制度				
文件编号	A14-ZD-003-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

住院结算室工作制度

一、牢固树立主动为患者服务的思想，工作中使用文明用语，接受现金时唱收唱付，耐心解答患者提出的问题。

二、严格遵守工作时间，提前10分钟到岗。按要求着装，佩戴胸牌，准时开放工作窗口，坚守工作岗位，不准脱岗、空岗，禁止早退。

三、遵守财经纪律，认真执行财会制度；住院结算室印章除结算收款用章外，禁止随便其他用章。

四、按患者住院通知单要求收取住院押金。

五、及时结算交款，所收现金、支票和收款收据要及时交账。

六、本制度同时适用于妇儿院区收费室。

文件名称	价格投诉反馈管理制度				
文件编号	A14-ZD-004-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

价格投诉反馈管理制度

一、目的

为迅速处理患者价格投诉案件，维护医院信誉，更好的做好患者服务工作，促进改善日常工作制度。

二、范围

凡本院院办、医患办、监察室及各个收费窗口遇患者反映诊疗中发生的各种费用问题，患者投诉内容的调查处理，依本管理制度的规定办理。接待价格投诉的形式包括电话投诉、来访投诉、投诉信。

三、处理流程

患者价格投诉处理流程表

四、患者投诉分类

- (一) 非系统异常原因发生患者投诉。
- (二) 系统异常原因发生患者投诉。

五、处理科室

医保及收费管理办公室负责患者有关收费问题投诉与接待，接受患者监督。

六、处理程序

医保及收费管理办公室负责接待患者投诉，并对患者投诉进行接待登记，接到投诉后，首先记录投诉人、投诉时间、投诉内容、投诉方式、被投诉人（科室）。

对所投诉的问题进行深入细致的调查，与相关科室协调解决，对投诉问题的处理与整改意见及时向投诉人反馈。

涉及多科室的投诉，与相关科室联系后，协调解决，必要时召开协调会议，将投诉处理结果反馈投诉人。

投诉事件处理完成后，医保及收费管理办公室负责对事件进行分析总结，对医院或投诉科室的收费问题提出改进措施，防止相似事件再次发生。

七、患者投诉处理期限

患者投诉收费问题处理期限，自处理科室受理起三日内处理完毕，并向投诉患者做出反馈。

文件名称	医药服务价格公示制度				
文件编号	A14-ZD-005-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

医药服务价格公示制度

为增加医疗服务价格和收费管理的透明度，主动接受患者及社会的监督，依据《河北省医疗服务价格手册》等文件精神，结合我院实际情况，制定本制度。

一、全面公示医疗服务（包括所有诊疗服务项目、药品）价格，医院各楼层备有查询机，所有收费项目均可查询，使患者可以准确了解自己的费用情况，接受群众的监督。

二、主要医疗收费项目，在医院门诊楼、住院楼醒目的地方设有滚动屏幕或张贴医疗价格收费公示。

三、费用查询机基础信息和调价由医保及收费办、药剂科及采购中心提供，计算机管理中心负责维护，保证患者所查询到项目是最新的物价标准。

四、各科室兼职收费员有义务为住院患者提供价格查询服务，通过我院 HIS 系统为患者打印“承德市中心医院日清明细单”，使患者清楚费用发生情况。

文件名称	医药价格管理制度				
文件编号	A14-ZD-006-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

医药价格管理制度

一、凡在本医院使用的药品、医用材料，必须严格执行国家及省市价格主管部门制定的价格标准，因病施治，合理用药，切实维护患者的合法利益。

二、医保及收费管理办公室工作人员和兼职物价员做好医药收费的复核工作，不定期进行出院患者病历记录与费用情况核对并做好记录。

三、严格执行国家有关政策规定，做好药品、医用耗材和医疗服务价格管理工作。

四、对购进药品，严格分类核实，执行相应的政策价格。

五、对国家、省市医保局价费部门调整的药品价格，按照相关文件调价，接到通知后，药库及时对库存药品进行盘点，更新药品价格。

六、医用材料收费项目，按照物价管理相关要求由物资采购中心进行维护，医保及收费办负责审核、审批。

文件名称	医药收费复核制度				
文件编号	A14-ZD-007-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

医药收费复核制度

- 一、医院医保及收费管理办公室工作人员和兼职收费员做好医药收费的复核工作。
- 二、患者出院时，由科室兼职收费员对患者在住院期间发生的每一笔费用进行复核。
- 三、由院医保及收费管理办公室工作人员定期抽查复核出院患者病历记录与费用情况并做好记录。
- 四、对在院、出院患者医药收费复核检查过程中发现的多收、少收及漏收现象，及时通知相关科室进行整改，对重复出现的问题参照《承德市中心医院职工基本医疗保险管理制度》及《承德市中心医院城乡居民基本医疗保险管理制度》第二十四条进行处罚。
- 五、医保及收费管理办公室专职物价员对医院物价收费系统内医疗服务价格、药品价格及医用耗材价格进行自查，对发现的问题及时整改。
- 六、医保及收费管理办公室对自查复核结果定期进行汇总，对有问题的科室，以反馈表形式通知相关科室主任，提出整改措施，不断改进工作。

文件名称	为患者提供 24 小时服务制度			
文件编号	A14-ZD-008-03		发布部门	医保及收费办
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期 2021 年 12 月 20 日

为患者提供 24 小时服务制度

为进一步优化服务流程，缩短患者等候时间，我院科学调配人力资源，弹性安排工作时间，以充分满足患者就医需求。

一、为方便患者 24 小时（夜间在急诊收费窗口）办理各类结算业务，开展了窗口一站式服务。

二、窗口可 24 小时为患者提供“门诊挂号、收费”、“办理入院手续”、“预交金收退”、“办理餐卡”、“出院结算”等业务办理。

三、根据河北省医疗保障局相关政策，患者可在微信公众号“河北省医疗保障局”24 小时办理转诊转院审批登记，急诊收费窗口可为患者提供转诊、转院审批手续办理告知、指导服务。

文件名称	收费员考核及备案制度				
文件编号	A14-ZD-009-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

收费员考核及备案制度

一、负责价格收费人员要掌握《医疗服务价格手册》的内容，能熟知医疗服务价格的相关规定和使用说明。

二、对患者提出的收费问题做到正确无误的解答，严格按医嘱进行收费，每天向患者提供住院费用一日清单。

三、认真履行医疗服务价格管理制度，自觉接受患者和职能科室的监督检查。

四、认真做好价格管理工作，严格执行医疗服务标准，避免违规收费行为的发生。

五、临床科室收费员要相对稳定。如有人员变动要及时向医保及收费管理办公室备案。

六、特殊原因需要临时变动，护士长要对上岗的收费员进行培训，避免出现收费管理上的混乱。

七、对收费人员不及时备案及培训而出现违规收费或造成患者投诉，医保及收费办将按照《承德市中心医院职工基本医疗保险管理制度》及《承德市中心医院城乡居民基本医疗保险管理制度》进行质量裁决。

文件名称	医保患者身份识别制度				
文件编号	A14-ZD-010-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

医保患者身份识别制度

一、患者在门诊就诊时，需办理就诊卡。办卡时，需提供居民身份证、社会保障卡、户口本等相关证件，进行身份识别。

二、患者办理住院时，出示就诊卡，识别患者身份，并由住院登记人员在入院通知单上加盖职工医疗保险、居民医疗保险、工伤保险、交通伤等印章。

三、临床科室护理站接收住院患者时，要对住院患者进行身份核对，检查患者本人、社保卡、医疗保险证是否一致，杜绝冒名顶替现象的发生。

四、临床科室根据通知单的印章，在科室一览表及床头卡用颜色识别患者身份。职工医疗保险用蓝色标识，居民医疗保险在蓝色标识的基础上用红色笔标注“居民”二字，ICU患者用红色标识，公费医疗、自费患者、交通伤等用黑色标识。

文件名称	医保患者使用自费药品、医用耗材、诊疗项目知情告知制度				
文件编号	A14-ZD-011-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

医保患者使用自费药品、 医用耗材、诊疗项目知情告知制度

为保障参保患者的权益，按照市医保中心医疗服务协议要求的规定，临床医生为医保患者诊治时，首先选择基本医疗支付项目报销范围内的检查、治疗、药品等诊疗项目。如果患者病情需要使用支付范围外诊疗项目，必须按知情同意原则，先征得参保人或其家属同意后签字使用。

一、医保患者使用自费药品、自费诊疗项目时，应先征得患者及家属同意，并填写《医保患者使用自费药品、医用耗材、诊疗项目告知书》，并签字。

二、医保办在检查病历时，对自费药品、自费诊疗项目的使用执行情况进行检查。

三、参保人员住院个人自费比例不得超过 30%

文件名称	为住院患者发放“日清明细单”制度				
文件编号	A14-ZD-012-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

为住院患者发放“日清明细单”制度

- 一、各临床科室每日免费及时为住院患者发放“承德市中心医院日清明细单”。
- 二、住院收费结算室办理出院手续时，为患者提供住院全部费用汇总清单。
- 三、费用清单要将药品、诊疗项目、医用材料等名称、数量、单价、金额打印清晰完整。
- 四、病人当天发生的各项医疗费用当日报入系统，不得提前或出院后一并录入，未执行的医嘱项目，必须在出院结算前做好退费处理。
- 五、各临床科室要热情认真对待住院患者对费用情况的咨询，并耐心细致地解答，科室对不能解答的问题，应及时请医保及收费办人员协助解答。

文件名称	职工基本医疗保险管理制度				
文件编号	A14-ZD-013-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

职工基本医疗保险管理制度

为维护医疗保障参保人员的合法权益，保证医疗保障基金安全，促进医疗保障制度可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、人力资源和社会保障部《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》（人社部发[2015]98号）、《基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程》（人社厅发[2016]139号）、《承德市医疗保障定点医疗机构医疗服务协议》等文件精神，以2016年度《承德市中心医院城镇职工医疗保险管理办法》为基础，修订我院职工医疗保险管理的相关规定。

本管理规定适用于规范和指导职工医疗保险参保人员于我院就诊时的全部诊疗行为。

第一条 我院成立医保及收费管理办公室，负责我院职工医疗保险工作的组织、指导、协调、检查、考核、奖惩和各项管理工作。

第二条 各临床科室需成立医疗保险管理小组，由科室指定主任或副主任主管此项工作，设置医疗保险联络员一名，负责本科室医疗保险政策的培训、传达等工作，做到统一管理，督促本科室医疗保险管理工作建立长期有效机制，形成可持续发展。

第三条 在诊疗过程中，应严格遵循医疗保障局和卫健部门有关规定，按照医疗服务质量管理与控制指标的要求，为参保人员提供合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费的医疗服务。

第四条 参保人员就医时（包括挂号、记账收费、出入院和转诊转院等），应当对其身份与医疗保障身份凭证进行核验，发现证件无效、人证不符的，不得进行医疗保障费用结算。不得已任何理由收集、滞留参保人员医疗保障身份凭证。发现参保人员有骗保嫌疑的，应当及时与医保及收费管理办公室取得联系。

使用社会保障卡的参保人员住院时，应确认患者随身携带社会保障卡，以备检查时核对。接诊人员应当遵守对参保人个人信息保密的原则，不得以任何形式向参保人索要密码等涉及

个人账户安全的信息。

第五条 收治患者时，首诊医师应如实书写医疗文书，收治意外伤害参保人住院时，对于明确不属于医疗保障支付范围的，应告知参保人员。

对发生意外伤害住院的参保人员，应按照《承德市医疗保障局〈关于调整市本级城镇职工非因工意外伤害医保结算方式的通知〉》的规定执行。参保人员发生非因工意外伤害需住院治疗时，需要与首诊医师共同填写《承德市市本级城镇职工非因工意外伤害享受医疗保险待遇申请表》（以下简称《申请表》），并将《申请表》及相关证明材料提交医保及收费管理办公室备案。

第六条 不得将打架斗殴、酗酒、交通肇事、自伤、自残、自杀、医疗事故、工伤、违法犯罪等非自然疾病发生的住院医疗费用列入医疗保险支付范围。

第七条 要严格规范康复、理疗、中医诊疗类行为，要准确把握以上项目住院治疗适应范围，严格执行相关规定。医保医师必须在医嘱上注明患者的治疗项目、治疗部位及频次，并制作治疗登记台帐。

第八条 应加强参保人员在院管理，参保人在院率原则上达到 100%，不得随意准许患者离院，严禁挂床住院，在院期间社保卡随身携带备查。参保人住院标识与普通患者要有明确区别，包括住院床头卡、病人一览表等都要使用“医保”专用标识。

参保患者住院期间，不得要求其在门诊结算检查、治疗、药品等费用。

第九条 参保人员出院时，可提供与疾病治疗有关的口服药品，不得将出院后的检查和治疗项目在住院时结算，不得携带针剂（胰岛素针剂除外）。参保人员出院携带口服药品，急性病不得超过 7 天，慢性病中成药、西药不得超过 15 天，中草药不得超过 7 天。

出院带药，要在出院医嘱中体现药品名称、服用剂量，无描述属无医嘱用药。

第十条 应当为参保人员就医建立完善病历，门诊与住院的诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰，化验检查需有结果分析报告，并做到住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录和票据、费用清单等相吻合。

第十一条 应当保证参保人员知情同意权，参保人员住院期间发生药品、诊疗项目、医用材料等费用，须由参保人员个人全部负担的，应当事先征得参保人员或其家属同意，填写《承德市中心医院医保患者使用自费药品、医用耗材、诊疗项目告知书》（见附件 1）；参保人员住院期间需应用血液及血液制品，应符合《医保患者使用血液制品管理规定》，填写《承

德市中心医院医保患者使用血液制品告知书》（见附件2），并签字确认（无民事行为能力人、限制民事行为能力人等患者应当由其监护人签字确认）。

知情同意书要载入病历保存备查。

第十二条 将急性脑出血、心肌梗死、消化道溃疡穿孔、猝死、消化道出血五个病种的住院前急诊抢救费用纳入到医疗保险报销范围。发生以上五种急诊门诊抢救费用的，应向参保人员提供急诊门诊病历和住院的出院诊断，并做好此项工作的解释工作。

第十三条 对参保人员用药应当遵循药品说明书，严格掌握目录内药品的限定支付范围并留存用药依据便于核查。超出药品说明书适应症或特殊限定范围、缺乏相关依据的费用，不能纳入医保报销。

医师应当按照先甲类后乙类、先口服制剂后注射制剂、先常释剂型后缓（控）释剂型等原则选择药品；药品目录中每一最小分类下的同类药品原则上不叠加使用。在临床用药时优先选择价格低廉的药品，医用耗材优先使用国产，治疗原则以保基本为主。

第十四条 经过谈判纳入药品目录的，患者因病情需要使用其中的药品时，科室向医务科提出申请，由医务科组织多学科会诊，会诊结果决定是否使用，使用前填写《医保患者使用谈判药品审批表》（见附件3），由医保及收费办审核后方可使用。

第十五条 《药品目录》中的限制药品，临床应用时要严格按照“限制范围”使用，填写《承德市中心医院医保患者使用限制药品知情告知书》（见附件4），在出院记录中将相应的诊断或诊疗经过书写清楚，并由患者或家属签字确认。

对于不符合“限制范围”但临床治疗中需要使用的药品，填写《承德市中心医院医保患者使用自费药品、医用耗材、诊疗项目告知书》，由患者或患者家属签字同意后方可使用，不符合“限制范围”的临床用药，医保基金不予报销。

知情同意书要载入病历保存备查。

第十六条 严格掌握各种药品、检查和治疗项目使用的适应症和禁忌症。不得将特殊检查项目（如：彩超、CT、MRI等）等列为常规检查，不得将临床“套餐式”检验作为常规检查。

第十七条 职工医疗保险住院患者设立起付标准，三级医院：年度内首次住院500元，二次住院350元，三次住院300元，四次以上200元。三级医院基金支付比例：报销比例基数为82%，退休增加3%，每连续参保5年增加2%。

第十八条 设立门诊特殊病，门诊特殊病由职工医保中心组织认定，包括病种：丙型肝炎、乙型肝炎、恶性肿瘤放化疗、尿毒症肾透析、器官移植术后、再生障碍性贫血、肺动脉高压。

特殊门诊带药口服药不得超过 30 天，腹膜透析液不得超过 30 天。患者因病情需做彩超、CT、核磁和全身显像检查的，需由医保办公室严格管理按需审批、并建立特殊门诊大型仪器审批台账。在一个年度内 CT 检查不超过 3 次；核磁不超过 2 次；全身显像 1 次；彩超 4 次（每季度 1 次）。《特殊病专用证》要有每次检查、用药详细记录。

第十九条 我院为市医保中心选定的定点医疗机构评审单位，负责市本级职工医保参保人员门诊慢性病申报受理和认定工作，根据市医保中心相关文件要求，我院各临床科室专家需协助配合做好此项评审工作。

门诊慢性病包括病种：慢性肺源性心脏病、支气管哮喘、高血压、冠心病、慢性心功能不全、震颤麻痹、脑血管病后遗症、脊髓空洞、类风湿性关节炎、再生障碍性贫血、骨髓纤维化、糖尿病、甲亢、慢性病毒性肝炎、股骨头坏死、系统性红斑狼疮、甲状腺功能减退。

门诊慢性病的补助方式为门诊账户定额补助，可在所属辖区定点门诊或药店，开具与所申报病种相关的药品、检查及治疗项目。

第二十条 生育保险报销方式为定额补贴，四个月以下人工流产，补贴 180 元；四至七个月引产，补贴 600 元；七个月以上足月顺产，补贴 1200 元；剖宫产补贴 2500 元。

第二十一条 各科室对门诊、住院患者提供医疗服务时，应根据患者接受的诊疗项目，严格按照《河北省城市公立医院医疗服务价格手册》（以下简称《服务价格手册》）规定的医疗价格、医疗服务“项目内涵”、“除外内容”进行医疗服务收费，不得自立项目，不得分解项目、重复收费，不得自定标准或超标准收费，进行医疗服务收费必须要有相应医嘱，并书写清楚“部位”、“次数”，无医嘱不得收费。

第二十二条 各临床科室每日免费为住院患者发放一日费用清单，费用清单要将药品、诊疗项目、医用材料等名称、数量、单价、金额打印清晰完整，住院收费结算室办理出院手续时，为患者提供住院全部费用汇总清单。

第二十三条 各科室对患者提供各种医疗服务时所使用的一次性卫生材料，严格按照《河北省另收费用一次性物品管理目录》进行收费。可另行收费的医用材料为《服务价格手册》中规定的“除外内容”和“说明”规定的品种。收取卫生材料费用时，必须要与相应的诊疗项目相符，不得串换项目收费。《服务价格手册》中规定已包含卫生材料费用的诊疗项目，

不得另行收费。未列入《河北省另收费用一次性物品管理目录》的卫生材料，不得向患者收取费用，不得以治疗费代收材料费。

第二十四条 各科室科主任（护士长）负责本科室的医疗收费管理工作，为本科室医疗收费管理第一责任人，对本科室的医疗收费管理工作负全面责任，按照我院《兼职收费员制度》要求，指定专人担任收费员。医保及收费办负责指导、督促各科室认真按照《服务价格手册》执行收费标准。

收费责任人负责本科室新增医疗收费项目的申报，并对自主定价项目提供成本测算结果及初步的定价，报医院医保及收费办进行审核维护，负责对本科室的医疗服务项目及时、准确、真实地进行收费，解答患者对医疗收费方面的疑问，配合医院对有关收费问题的查处，对各种医疗收费检查中发现的问题及时进行整改。

各科室主要负责人要高度重视医保及医疗收费管理工作，按照本管理办法要求，加强领导，细化措施，明确分工，责任到人，确保医疗保险工作顺利开展，医院对重视程度不够，工作开展不力，问题集中且较多的科室实行追责问责，首次发现违反医保规定及违规收费行为，按违规金额扣除责任科室收入，再次发生相同违规问题或经省、市医保相关部门检查出的违规问题，违规金额从责任科室奖金中扣除，护士长、收费责任人按违规金额30%扣除奖金。

本规定自2020年11月1日起执行，原《承德市中心医院城镇职工医疗保险管理规定》同时废止。

- 附件：1. 承德市中心医院医保患者使用自费药品、医用耗材、诊疗项目告知书
2. 承德市中心医院医保患者使用血液制品告知书
3. 承德市中心医院医保患者使用谈判药品审批表
4. 承德市中心医院医保患者使用限制药品知情告知书

附件 1

承德市中心医院 医保患者使用自费药品、医用耗材、诊疗项目告知书

姓名： 性别： 科室： 床号： 住院号：

鉴于您的病情需要，根据医保相关规定，下列药品、医用耗材及诊疗项目属于自费范畴，如您同意使用，请您在告知书签字。

备注：（使用自费药品均需填写此表告知患者；医用耗材及诊疗项目单次使用 500 元以上，需填写此表告知患者。）

日期	名称	数量	使用原因	医生签字	患者或家属签字

附件 3

承德市中心医院医保患者使用谈判药品审批表

姓名： 性别： 科室： 床号： 住院号：

药品名称			
临床诊断 用药指征			
沃森智能 肿瘤会诊 中心会诊 推荐意见			
院内多学 科会诊纪 要及意见			
相关专业 会诊意见			
患者或 家属签字		科室主任 签字	
会诊科室 主任签字		医保 办公室审核	

文件名称	城乡居民基本医疗保险管理制度				
文件编号	A14-ZD-014-03		发布部门	医保及收费办	
审核人	姜皓丰	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

城乡居民基本医疗保险管理制度

为进一步优化补偿政策，扩大补偿受益面和提高补偿率，保障城乡居民大病医疗需求，依据承德市基本医疗保险基金管理结算中心、承德市城乡居民基本医疗保险基金管理结算中心《关于印发全面开展临床用药管理专项整治工作方案的通知》（2019-9-30）和承德市城乡居民基本医疗保险基金管理结算中心《关于落实政策调整工作及相关政策解释的通知》（2020-4-30）、《承德市医疗保障定点医疗机构医疗服务协议》（2020）的文件精神，重新修订本规定。

第一条 医保及收费管理办公室负责全院城乡居民基本医疗保险管理工作。各临床科室主任、副主任和护士长、收费主管护士负责本科室城乡居民基本医疗保险管理工作。医务处、护理部、财务处、信息中心、物资采购中心、医学工程处、病案管理科等职能部门及药剂科等科室在各自的职责范围内，共同做好城乡居民基本医疗保险相关工作。

第二条 调整定点医疗机构政策范围内住院报销比例及定点医院起付标准。在一个保险年度内，城乡居民第一年参保缴费的，三级医院报销比例 50% 不变；第二年连续参保缴费的，三级医院报销比例由 55% 调整为 52%；连续三年以上参保缴费的，三级医院报销比例由 60% 调整为 55%；省级定点医院（含执行省级医院收费标准的定点医院）住院起付标准为 1500 元。

普通疾病支付标准：第一年参保缴费最高支付 80000 元；第二年连续参保缴费的最高支付 120000 元；连续三年以上参保缴费的最高支付 150000 元。

第三条 调整报销比例是指本市市域内报销比例，转外就医除京津冀同城待遇规定的 18 家医疗机构外，报销比例及起付线仍按照以前政策标准执行。

第四条 将符合规定的意外伤害医疗费用纳入居民医保基金支付范围。对发生意外伤害就诊治疗的参保人员，首诊医生应如实书写医疗文书，并及时告知参保人进行意外伤害申报，

录入城乡居民医保信息系统，提交意外伤害认定机构进行认定。

意外伤害住院起付标准为 400 元，支付比例为 60%。学生意外伤害门诊医疗费用支付起付线 50 元，支付比例为 90%，年度最高支付 6000 元。学生意外伤害住院医疗费用按城乡居民意外伤害住院标准执行。

第五条 意外伤害需二次住院的，由所属县区意外伤害承办部门通过医保系统查询参保人以前意外伤害住院记录，确认需二次住院的可登入医保审核系统。

符合意外伤害旧伤复发以及二次手术的医疗费用纳入意外伤害保险基金支付范围。

意外伤害年度最高支付标准：第一年参保缴费最高支付 8000 元；第二年连续参保缴费的最高支付 12000 元；连续三年以上参保缴费的最高支付 20000 元。

第六条 有责任方的意外伤害一律不能补偿。打架斗殴、酗酒、交通肇事、自伤、自残、自杀、医疗事故、工伤、违法犯罪等非自然疾病不列入医疗保险支付范围。

第七条 取消《承德市城乡居民基本医疗保险大中专院校在校学生门诊统筹实施办法》和《承德市城乡居民基本医疗保险在校学生医疗补助管理办法》，参保的幼儿园儿童、各类在校学生统一执行《承德市城乡居民基本医疗保险门诊统筹管理办法》。城乡居民门诊统筹基金按年度清算，不再结转下年使用。

第八条 因病情需要转参保区域外定点医院就医的，由我院医师推荐的市本级参保患者，可在我院办理出院即报转诊手续。未经我院推荐的市本级患者，可在“河北省异地就医转诊平台”上自行办理转诊。各县患者办理异地就医的，需回所在县办理转诊手续，或在“河北省异地就医转诊平台”上自行办理转诊。

第九条 城乡居民医保门诊特殊疾病，是指城乡居民罹患重病或慢性疾病，不需要长期住院治疗，需要长期在医疗机构门诊诊疗、购药的疾病，分甲、乙两类。

甲类特殊疾病种共计 25 种，包括：（1）冠心病（心绞痛、心肌梗塞）、（2）高血压（三级高危及高危以上）、（3）糖尿病（合并严重并发症）、（4）甲状腺功能亢进（简称“甲亢”）、（5）类风湿性关节炎（有严重肢体功能障碍）、（6）慢性肾小球肾炎（简称“慢性肾炎”）、（7）脑血管疾病后遗症（有严重功能障碍）、（8）慢性肝炎（仅限于病毒性肝炎）、（9）震颤麻痹、（10）慢性肺源性心脏病、（11）慢性心功能不全、（12）骨髓纤维化、（13）脊髓空洞、（14）血小板减少性紫癜、（15）风湿性心脏病、（16）活动性肺结核、（17）大骨节病、（18）克山病、（19）艾滋病机会感染、（20）癫痫、（21）丙型肝炎、（22）

乙型肝炎、（23）精神障碍、（24）股骨头坏死、（25）肾病综合征。

乙类特殊疾病共 10 种：（1）恶性肿瘤，（2）重症尿毒症透析治疗，（3）器官移植术后（限肾、肝和骨髓移植），（4）白血病，（5）血友病，（6）再生障碍性贫血，（7）骨髓增生异常综合征（低危组），（8）重性精神病，（9）系统性红斑狼疮，（10）肝硬化（肝炎后肝硬化）。

门诊特殊疾病由市城乡居民医疗管理中心组织认定，甲类特殊疾病（丙肝、乙肝除外）每年认定一次，认定后不需要每年再重新认定，直接享受门诊待遇。乙类特殊疾病及丙肝、乙肝随时认定。认定后下月起可用。乙肝、丙肝实行每年复审。

甲类门诊特殊疾病设 200 元起付线，报销比例 50%，年度最高报销限额按疾病病种分别为 500/1000/7000 元。乙类门诊特殊疾病不设起付线，报销比例 70%，年度最高报销限额 15 万元。

特门诊殊疾病带药，口服药不得超过 30 天，腹膜透析液不得超过 30 天。

第十条 农村贫困人口大病救治住院病种增加至 30 种，包括：（1）食管癌、（2）胃癌、（3）结肠癌、（4）直肠癌、（5）终末期肾病、（6）儿童白血病、（7）儿童先天性心脏病、（8）乳腺癌、（9）宫颈癌、（10）肺癌、（11）肝癌、（12）急性心肌梗死、（13）白内障、（14）尘肺、（15）神经母细胞瘤、（16）儿童淋巴瘤、（17）骨肉瘤、（18）血友病、（19）地中海贫血、（20）唇腭裂、（21）尿道下裂、（22）耐多药结核病、（23）脑卒中、（24）慢性阻塞性肺疾病、（25）艾滋病机会感染、（26）膀胱癌、（27）卵巢癌、（28）肾癌、（29）重性精神病、（30）风湿性心脏病。

农村贫困人口是指具有承德户籍的医疗保障救助对象，共计六类贫困群体，包括：农村建档立卡贫困人员，特困供养人员，最低生活保障人员，低收入人员，因病返贫人员、市政府规定的其他特殊困难人员等。罹患以上疾病的农村贫困人员住院治疗，享受基本基金、大病基金、医疗救助、重特大疾病“四重保障”待遇，出院时在我院一站式出院即报。

第十一条 农村贫困人口慢性病门诊分为门诊慢性病和门诊特殊病两种。

门诊慢性病病种共计 25 种，包括：（1）高血压；（2）糖尿病；（3）冠心病（心绞痛、心肌梗死）；（4）甲状腺功能亢进（简称“甲亢”）；（5）慢性肾小球肾炎（简称“慢性肾炎”）；（6）类风湿性关节炎；（7）震颤麻痹（帕金森病）；（8）脑血管疾病后遗症；（9）慢性中重度病毒性肝炎；（10）慢性肺源性心脏病；（11）慢性心功能不全（各种慢性心功

能衰竭)；(12)骨髓纤维化；(13)脊髓空洞；(14)血小板减少性紫癜；(15)风湿性心脏病；(16)活动性肺结核；(17)大骨节病；(18)克山病；(19)艾滋病机会感染；(20)癫痫；(21)丙型肝炎；(22)乙型肝炎；(23)精神障碍；(24)股骨头坏死；(25)肾病综合症。

门诊慢性病没有起付线，报销比例为75%，年度最高报销上限为6000元。

贫困人口门诊特殊病共计10种，包括：(1)恶性肿瘤；(2)重症尿毒症透析治疗；(3)器官移植术后；(4)白血病；(5)血友病；(6)再生障碍性贫血；(7)骨髓移植异常综合症；(8)重性精神病；(9)系统性红斑狼疮(10)肝硬化(肝炎后肝硬化)。

门诊特殊病没有起付线，其中：恶性肿瘤、白血病、重症尿毒症透析治疗、重性精神病，符合报销范围的医疗费，报销比例为90%，其它门诊特殊病符合报销范围的医疗费报销比例为70%。

门诊特殊疾病年度最高救助15万元。

第十二条 对国家计划生育政策的育龄妇女正常产住院分娩的医疗费用实行定额补助。定额补助标准：引产(16周-28周)补助600元，早产(28周-37周)补助700元，足月顺产(37周以后)补助800元，难产补助1200元，剖宫产补助2000元；病理性终止妊娠、因生育引起并发症等医疗费用，按照普通疾病住院标准结算。

第十三条 在诊疗服务中要做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费。

责任医师要认真核对参保患者的身份证、医保卡及其它相关信息，真实记录病情。对参保人员用药应当遵循药品说明书，严格掌握目录内药品的限定支付范围。药品目录中每一最小分类下的同类药品原则上不叠加使用，优先选择价格低廉的药品，医用耗材优先使用国产。

第十四条 使用有限制规定的抗菌药物，必须有相关依据、检验指标支持。不得将特殊检查项目(如彩超、CT、MRI等)列为常规检查，不得将临床“套餐式”检验作为常规检查。住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录和票据、费用清单等要相吻合。

第十五条 要保证参保患者的知情同意权，对住院期间发生的费用，须由参保患者个人全部负担及有限价要求的，要事先征得参保患者或其家属同意，并在相应的审批表告知书上签字。相关表格包括《医保患者使用限制药品知情告知书》、《医保患者使用血液制品告知书》、《医保患者使用自费药品、医用耗材、诊疗项目告知书》、《医保患者使用谈判药品审批表》。

第十六条 参保患者住院期间，不得要求其在门诊结算检查、治疗、药品等费用。

第十七条 因病情需要使用国家谈判药品，使用前要按先审批、后使用规定，认真填写《医保患者使用谈判药品审批表》。责任医师负责对使用情况进行跟踪管理，严格按照限定的适应症范围使用国家谈判药品，一次开药量最长不超过 30 日。

第十八条 加强患者在院管理。住院床头卡、病人一览表等都要提供“医保”专用的标志。严禁挂床住院、分解住院、诱导住院等违规行为。

第十九条 参保患者出院，可提供与疾病治疗有关的口服药品，不得将出院后的检查和治疗项目在住院时结算，不得带针剂（胰岛素针剂除外）。出院带药量：急性病不得超过 7 天，慢性病不得超过 15 天，中草药不得超过 7 天。

出院带药，要在出院记录的出院医嘱中体现药品名称、服用剂量和时间，无描述属无医嘱用药。

第二十条 将急性肺炎、急性脑出血、心肌梗死、消化道溃疡穿孔、猝死、消化道出血六个病种的住院前急诊抢救费用纳入到医疗保险基金支付范围。

第二十一条 肾透析门诊治疗结算标准：使用透析液标准为三级医院 470 元，使用透析粉标准为 430 元。人均透析次数两周内不得超过 6 次，透析缴费周期不得超过 15 天。辅助用药费用不在限额范围内。人均血液滤过次数全年不得超过 12 次，人均血液灌流全年次数不得超过 26 次。

第二十二条 双桥区、高新区贫困患者入住我院，可凭两区扶贫办出具的相关证明、双向转诊单、有效身份证原件和复印件，在我院享受“先诊疗后付费”待遇。

第二十三条 根据定点医疗服务协议要求，我院要安排医疗专家协助各县区做好慢性病、特殊疾病门诊评审、有争议病历复查和出具专家意见等工作。每年的协助工作需安排副主任医师以上医保医师不少于 20 人次。

第二十四条 各科室要高度重视城乡医保管理工作，医院对重视程度不够，工作开展不力，问题集中且较多的科室实行追责问责，首次发现违反医保规定及违规收费行为，按违规金额扣除责任科室收入，再次发生相同违规问题或经省、市医保相关部门检查出的违规问题，违规金额从责任科室奖金中扣除，护士长、收费责任人按违规金额 30% 扣除奖金。

第二十五条 本规定自 2020 年 11 月 1 日起执行，原《城乡居民基本医疗保险管理规定》（承市医字〔2017〕58 号）同时废止。

附件 3

承德市中心医院医保患者使用谈判药品审批表

姓名： 性别： 科室： 床号： 住院号：

药品名称			
临床诊断 用药指征			
沃森智能 肿瘤会诊 中心会诊 推荐意见			
院内多学 科会诊纪 要及意见			
相关专业 会诊意见			
患者或 家属签字		科室主任 签字	
会诊科室 主任签字		医保 办公室审核	

九、科研教学管理

文件名称	科教处工作制度				
文件编号	A10-ZD-001-04		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

科教处工作制度

一、在院长、主管院长领导下，根据医院工作计划，结合教学、科研、职工继续医学教育、基层医疗卫生机构人才培养工作实际，定期拟定以上工作专项计划，经院长批准后具体组织实施。

二、定期督促、检查教学、科研、职工继续医学教育及乡镇医师培训工作计划落实情况。

三、负责组织全院教学工作，重视临床师资队伍培养，加强与医学院校和教研室的沟通，以保证临床教学任务完成。

四、根据各教研室的临床教学要求及具体教学条件，因地制宜，规划每学年各学制医学学生的教学任务，安排好课程表、轮转表及示教、见习和实习。

五、协助指导医务人员进行科研选题，立项及研究工作，具体办理科研课题的申报、评审、鉴定、专利申请及技术转让工作。

六、做好科技资料的保存、管理工作，负责科研经费的管理，按规定监督执行。

七、建立继续医学教育档案和继续医学教育学分的登记制度，按上级文件要求，按时进行学分登记和考核验证。

八、按照上级卫生行政部门安排，做好基层医疗卫生机构人才培养工作的落实，做好过程管理。

九、按照上级卫生行政部门安排，做好全科医生转岗培训学员工作的落实，做好过程管理。

十、做好各级重点学科的管理工作。

十一、经常深入科室了解实际情况，督促检查各项工作的落实，发现问题，及时解决。定期向院长汇报工作，提出改进措施。

文件名称	科研工作制度				
文件编号	A10-ZD-002-04		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

科研工作制度（修改）

一、科教处为医院科研项目的具体管理机构，在分管院领导的指导下，具体负责科研项目的申报、组织实施、跟踪管理、验收鉴定、经费使用、项目奖励、档案管理以及成果推广应用等全过程管理工作，同时应充分发挥组织协调、督促检查和评估指导等作用。

二、科研项目管理

（一）科研项目种类：根据项目来源不同，科研项目分为纵向科研项目、横向科研项目和院级科研项目。

（二）纵向科研项目：指由上级有关部门下达的科研项目或研究任务。主要包括省部级、厅市级、区局级下达的科研项目及各类科学基金资助的科研项目。

（三）横向科研项目：指与外单位协作的项目或受外单位委托的技术服务项目。主要包括来源于企事业单位及其他有关部门的技术开发、技术咨询、技术服务、技术合作的项目及产学研项目。

（四）院级科研项目：经医院批准同意立项的项目。

三、科研项目申报

（一）科研项目申报条件

1. 研究目的明确，立题依据充分，有科学、先进、切实可行的研究方法和技术路线，应用性强的课题；
2. 准备申报上级部门立项，已开始做部分研究的课题；
3. 第一申请者申报项目（包括在研项目）不得多于两项。
4. 具体要求见每年申报通知。

（二）以下人员及科室重点要求并优先资助：

1. 35岁以下医务人员，尤其硕士、博士研究生毕业人员；

2. 学科带头人及其后备梯队人员；
3. 市级及以上重点学科申报的项目。

(三) 以下项目不予立项及资助：

1. 申请书填写不符合要求；
2. 有在研项目而未按时交项目年度报告书或未按计划完成结题者；
3. 违反科研项目合同书者。

(四) 科研项目立项审批

1. 申请者填写《承德市中心医院科研项目申请表》（以下简称《申请表》），连同电子稿上交科教处。

2. 由科教处组织医院学术委员会专家对申报的科研项目进行论证审批。

3. 评审程序：分为初审、返修、复审三个阶段，通过复审方可立项，必要时进行答辩。

4. 经医院学术委员会审批的科研项目，填写各级科技支撑计划项目申请书，由科教处负责上报承德市科技局审批。

5. 经各级科技部门审批后，科研项目正式开始实施。

四、科研项目执行

(一) 各级立项的科研课题，由科教处建立项目专项档案（包括立项文件、项目申请书、科研项目合同书、科研经费使用登记本等）。科教处根据各个项目进度情况进行动态管理。

(二) 项目组应设立专人负责建立项目档案，定期收集项目有关的资料，如项目申请书，审批文件，年度项目汇报，实验原始记录、数据、图表，技术指标，技术说明书，撰写论文，实物、样品、标本，推广应用证明，成果申报资料等，以便及时归档。

(三) 项目组必须按年度向科教处提交《承德市中心医院科研项目年度报告书》，不按时提交年度报告的，视情况停止该项目的经费使用直至撤销该项目的执行。

五、科研项目结题

(一) 科研人员承担的所有院外纵向项目和院内项目必须按期结题验收。

(二) 各级科研课题结题根据主管部门要求进行。

(三) 申请验收的课题存在下列情况之一者，不能通过验收：

1. 未完成《申请表》规定任务的 80%；
2. 提供的验收文件、资料、数据不真实；



3. 擅自修改《申请表》中的研究目标、内容、技术路线；
4. 超过《申请表》规定期限半年以上未完成任务，事先未作说明。

六、科研经费管理

- (一) 立项项目在不超出总预算经费前提下，医院给予纵向经费项目 1: 1 配套资助。
- (二) 项目经费须由项目负责人按经费使用计划负责使用。
- (三) 各类科研项目经费，包括下列范围支出：设备费、能源材料费、试验外协费、资料印刷费、会议及调研费、租赁费、鉴定验收费、人员经费、管理费及其他费用。
- (四) 项目结题后的结余经费，若无后续研究课题，余额归入医院科研经费。
- (五) 项目经费审批按照医院财务管理办法执行，科教处做好科研经费登记工作。

七、科研及论文奖励奖励管理，依据《承德市中心医院科技奖励办法》执行。

八、制约措施

- (一) 课题一经立项，该课题负责人、科研人员、研究方向、计划、成果形式、完成日期不得随意更改。因特殊原因需要延期的项目，项目主持人应填写延期申请书，报科教处和立项部门审批，延期时间一般不超过一年。在项目延期过程中不得申报新的科研项目。
- (二) 因特殊情况个人申请终止研究的，须由课题负责人提出书面报告，报科教处和立项部门审批。获准终止的课题不再拨付科研经费，课题负责人两年内不得申报各级课题。
- (三) 课题实施过程中，经核实有下列情形之一者，医院将终止资助或撤销该课题，课题负责人两年内不得申报各级课题。涉及经济违法行为者将依法追究其责任。

1. 在课题立项、实施过程中，提供虚假材料、采取不正当手段获取课题的；
2. 课题经批准立项后，半年内未开展研究工作的；
3. 随意改变课题名称、成果形式、技术路线，研究内容的；
4. 课题负责人严重违反经费使用规定的；
5. 未能按计划完成研究任务的。

文件名称	院级科研课题管理办法（试行）				
文件编号	A10-ZD-003-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

院级科研课题管理办法（试行）

第一章 总则

第一条 依据建设“学习型、学院型、人文型、精益型”医院的发展目标，为促进医院医学科技发展，加强医院科研管理，培养科技创新人才，促进科研与临床协同发展，在国家级、省级、市厅级等科研项目基础上，增设院级科研课题，结合医院实际情况特制定本办法。

第二条 院级科研课题主要资助自然科学范畴内的基础性学术研究，提倡与纵向、横向科研合作，保持科研的连续性及先进性。资金资助由医院财务列支，面向全院具有科研能力的职工。

第三条 院级科研课题等同于市卫生计生委课题项目进行申报及考核，项目周期原则上不超过三年。

第四条 院内科研课题管理办法包括课题申报要求、申报程序、项目实施管理、结题与奖励。

第五条 院级科研课题评审、遴选工作遵循公开、公平、公正的原则，自由申请，专家评议，择优通过。

第二章 申报要求

第六条 申报条件及经费数额：

（一）第一层次课题：主研人具有博士学位学位或正高级职称人员，年龄不超过55周岁，且符合下列条件中任意一项，申请经费不超过10万元。

1. 近5年以第一完成人承担国家、或省部级自然科学基金项目。
2. 近5年以第一完成人课题获国家或省部级自然科学或科技进步二等奖及以上奖项。
3. 近5年以第一作者（或通讯作者）发表本专业论著，被SCI收录3篇，每篇影响因子

在 1.0 分及以上或者总影响因子在 4.0 分及以上。

(二) 第二层次课题: 主研人具有硕士以上学历学位或副高级以上职称人员, 年龄不超过 50 周岁, 且符合下列条件中任意一项, 申请经费不超过 5 万元。

1. 近 5 年以第一完成人课题获省部级自然科学或科技进步三等奖及以上奖项。
2. 近 5 年以第一完成人课题获市厅级自然科学、科技进步(含河北医学科技奖)一等奖。
3. 近 5 年以第一作者(或通讯作者)发表本专业论著, 被 SCI 收录 2 篇, 每篇影响因子

在 1.0 分及以上或者总影响因子在 2.0 分及以上。

(三) 第三层次课题: 主研人具有本科以上学历学位或中级以上职称人员, 年龄不超过 45 周岁, 且符合下列条件中任意一项, 申请经费不超过 3 万元(年度内项目总数量 8-10 项)。

1. 近 5 年以第一完成人课题获市厅级自然科学、科技进步(含河北医学科技奖)三等奖及以上奖项。

2. 近 5 年以第一作者(或通讯作者)发表本专业论著 2 篇以上, 被中国科技核心期刊库或北大中文核心期刊库收录。

第七条 申报的课题必须满足以下条件:

(一) 立题依据充分。

(二) 研究背景可靠、思路清晰, 研究目的明确, 课题设计科学、严谨。

(三) 课题具有一定的创新性、科学性和实用性。

(四) 承担课题的科室及协作科室需有研究骨干, 拥有一定的研究经验, 能胜任研究工作, 具备实验研究所需设备, 研究进度安排切合实际, 经费预算合理。

第八条 申请者同一年度只能申报一项院级科研课题, 有在研院级科研课题或主体研究内容已获得资助的院级课题组不得申报。

第三章 申报程序

第九条 每年 11 月份, 科教处统一下发下一年度的科研课题申报通知, 采取集中申报的方式, 不受理个人申报。

第十条 课题申请人经科室同意、凭科室负责人签字的《承德市中心医院院级课题项目申请表》, 及省医学信息研究所(或有关部门认定的其他检索机构)查新证明, 进行申请。

第十一条 科教处统一对申请人条件及课题相关内容进行审查

（一）初审：科教处负责初审所申报的院级课题是否符合条件。

（二）会议评审：科教处组织医院科研课题管理委员会成员或同行专家对拟申报课题设计方案及经费预算进行审核，组织医院伦理委员会对课题进行伦理审核；中心实验室根据实际情况对科研课题的可行性进行综合分析，最后确定拟立项名单，并公示。

（三）院长办公会审批：拟立项名单无异议后，经院长办公会审议批准，发文公示。

第十二条 评审工作采取回避制度，作为申请人或直系亲属有申报院级课题的专家不参加评审。

第四章 项目实施和管理

第十三条 院级科研课题批准立项后，课题负责人按照资助通知书的要求填写《承德市中心医院院级科研课题项目申请书》，一式三份交科教处备案；同时由科教处统一制定项目编号并下发《承德市中心医院院级科研项目实施记录本》。

第十四条 课题组按照计划组织开展研究工作，做好资助项目实施情况的原始记录，填写项目年度进展报告；按照科教处要求接受每年定期检查，无故不汇报者，暂停经费使用；一年内未开展研究工作者，将终止该课题。

第十五条 要求课题组认真按研究计划开展实施，积极撰写课题相关论文公开发表；科教处将定期（每季度一次）对院内在研课题进行进度检查，检查所得结果将作为科研经费配备、是否继续支持研究等的重要参考依据；逾期未提交《承德市中心医院院级科研项目实施记录本》，且在规定期限内未说明理由的，视为放弃接受资助。

第十六条 项目实施过程中，对计划书内容原则上不予调整；确有特殊原因需调整的，课题负责人填写《承德市中心医院院级科研课题变更审批表》，所在科室签字后报科教处审批，并经中心实验室同意；申请延期的课题，时限不超过 12 个月；因不可抗拒原因造成课题不能开展，则填写《承德市中心医院院级科研项目终止申请表》报科教处审核后批准终止；无故不按计划实施者，课题组必须承担科研课题开展以来所有由医院支付的经费。

第十七条 院级科研课题的经费预算与开支范围在科教处及财务科监督管理下，依据《承德市中心医院科研经费管理办法》执行，科研经费专款专用。

第五章 结题

第十八条 课题负责人应在课题完成后的一个月内向科教处提交《承德市中心医院院级科研课题结题报告》，并附相关成果材料。

第十九条 院级科研课题的结题方式：

第一层次课题：发表 SCI 论文，影响因子在 1.5 分论著 1 篇或中文核心期刊论著 2 篇。

第二层次课题：发表中文核心期刊论著 1 篇或统计源核心期刊论著 2 篇。

第三层次课题：发表统计源核心期刊论著 1 篇，或普刊论著 2 篇。

第二十条 未按时、按要求结题者，撤销课题，课题已花费资金由所在科室支出 80%、医院列支 20%。，三年内不允许申报院级科研课题。

第六章 奖励

第二十一条 院级科研的最终目的是为了推广和应用所取得的成果，使其尽快转化为生产力，发挥其社会效益和经济效益。

第二十二条 主要奖励：

（一）院级科研所发表 SCI 论文作为主要依据之一，成功获得国家级自然科学、科技进步等奖项，可奖励 5 万元。

（二）院级科研所发表的 SCI 论文或中文核心论文作为为主要依据之一，成功获得省部级科技进步奖项者，可奖励 2 万元。

（三）以院级科研所发表的论文作为主要依据之一，成功获得省卫健委、省医学会、省中医学会等市厅级科研奖项一等奖，可奖励 1 万元。

第七章 附则

第二十三条 本办法由中心实验室和科教处共同负责解释。

第二十四条 本办法自下发之日起执行。

文件名称	科研经费管理办法（试行）				
文件编号	A10-ZD-004-01		发布部门	科教处	
审核人	常欣	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

科研经费管理办法（试行）

在新医改的要求下，医院科研是医院综合实力的重要表现，为切实加强医生的科研创新意识，提高科研成果转化能力，我院将加大科研经费的投入。为了规范科研项目经费的管理，提高项目经费使用效率，保证研究工作顺利开展，根据《关于进一步完善中央财政科研项目资金管理等政策的若干意见》（中办发〔2016〕50号）、《关于完善和落实省级财政科研项目资金管理》等政策（冀办发〔2016〕49号）、《教育部关于进一步加强高校科研项目管理意见》（教技〔2012〕14号）及《纵向科研项目经费管理办法》等科研政策，结合医院的实际情况，特制定我院科研经费暂行管理办法。

第一章 经费类别与来源

第一条 本办法适用于各级各类纵向项目经费、横向项目经费和医院科研基金的管理。纵向科研项目经费是指医院通过承担国家或地方政府常设的计划项目或者专项项目取得的科研项目经费；横向科研项目经费是指医院通过对外开展科研活动取得的除纵向科研项目经费之外的其他所有科研项目经费，包括合作研究、委托研究、技术开发、技术咨询、技术服务等合同方式取得的经费以及承担各党派、社会团体、专业研究机构等非政府机构科研项目取得的经费；医院科研基金是指医院从每年收入中划拨100万作为科研基金，不足部分经医院科研课题管理委员同意可以申请追加，经费主要用于高层次人才培养（全日制博士生科研启动基金按照《承德市中心医院2020年博士毕业生招聘公告》规定匹配，在职博士科研启动基金为5万元）、科技奖励、院级科研课题及纵向课题经费配套等。

第二章 经费配套

第二条 纵向科研项目经费由项目批准单位下拨，医院根据项目批准文件规定的要求原

则上予以 1:1 配套经费，不足部分经医院科研课题管理委员同意可追加，以至支持完成课题研究，追加部分原则上最高不超过 10 万元。（省级及以上）课题经费给予等额配套。配套对象均应满足本院人员为第一完成人，本院为第一完成单位的条件。

第三条 横向科研项目经费按科研项目合同书或合作协议中商定的金额，医院不予以配套经费。

第四条 院级科研课题，具体详情参照《承德市中心医院院级科研课题管理办法》。

第三章 经费管理

第五条 对纵向项目要严格按照国家各类计划项目管理办法进行管理，对横向项目要严格按照合同（协议）执行，并纳入医院统一管理，保障国家、医院、委托方和科研人员的合法权益。

第六条 各级各类纵向及横向科研项目经费必须全额汇入医院财务基本帐户，专款专用，独立核算，按合同预算开支。凡是有入账相关文件（包括计划书、任务书、合同、协议、结题报告等）备案的经费均由医院统一管理。否则，不列入医院科研计划，由此取得的成果也不得申请医院任何奖励和享受医院规定的其它优惠政策，且产生的经济、法律责任和引起的民事纠纷由项目主持人自行负责解决。

第七条 因依托其它科研单位申报而批准立项的国家级课题经费按依托单位经费管理办法实行。

第八条 项目经费的使用实行项目负责人负责制，专款专用，每笔支出（管理费除外）须经负责人同意。任何单位和个人不得挪用。

第九条 科教处依据项目批文或科研项目合同书（合作协议），通知财务处协助办理项目经费计划手续，并通知项目负责人。项目负责人制定详细科研经费使用计划，报科教处及主管科研院领导审批，实施经费按计划支出。超计划经费另行报批。项目负责人应自觉接受有关部门的监督检查，按有关规定及时办理科研项目结题及结帐手续，并对科研经费使用的真实性、有效性承担经济与法律责任。

第十条 课题或项目经费先在下达经费中开支，全部使用完方可使用配套经费。部分需医院支持的硬件建设、人员劳务费支出部分在医院配套经费中支出。配套经费按项目实施进

展情况分年度按一定比例配给，在经费上保证课题的完成。

第十一条 依据现金管理暂行条例科研经费支出金额小于等于 1000 元（不含劳务费、专家咨询费），可现金支付，金额大于 1000 元全部要求公对公银行汇款、或支票支付。

第十二条 项目经费开支范围：设备费、材料费、测试化验加工费、燃料动力费、档案出版文献信息传播知识产权事务费、劳务费、专家咨询费、差旅费及其他费用等。

设备费：包括仪器设备购置、安装、加工、维修等费用。对于通用设备不支持购买。必须进行设备购置时，依照固定资产管理流程申请与审批，并纳入医院固定资产管理，按医院设备采购流程办理，由医学工程处依规购买。

材料费：指在课题研究开发过程中消耗的各种原材料、辅助材料、低值易耗品等，及采购、运输、装卸和整理等费用。大于 2 万元材料采购须签订采购合同。

测试化验加工费：指在课题研究开发过程中支付给外单位（包括课题承担单位内部独立经济核算单位）的检验、测试、化验及加工等费用。支付受试者的费用作测试化验加工费列支，但必须附上详细说明及受试者或其法定监护人签名的名单。所有测试化验加工费须签订合同。并保存检测结果，以备结题审计。

燃料动力费：指在课题研究开发过程中相关大型仪器设备，专用科学装置等运行发生的可以单独计量的水、电、气，燃料消耗费用等。

档案出版、文献信息传播、知识产权事务费：论文报销需依据我院承市医字 [2019]9 号《科技奖励办法》执行。

专家咨询费：科研项目专家咨询费标准（税后）：

组织形式	专业人员类型	半天	第 1-2 天	超过 2 天
会议 / 现场访谈	院士 全国知名专家	3000 元 / 人	2000 / 人天	1500 元 / 人天
	高级专业技术职称人员	2000 元 / 人	1500-2400 元 / 人天	750-1200 元 / 人天
	其他专业人员	1500 元 / 人	900-1500 元 / 人天	450-750 元 / 人天

备注：知名专家标准：需具备高级职称，并同时符合下列条件之一者：

①国家级人才入选者②重要学会任职（主任委员或副主任委员）；③正教授职称。

差旅费：指在课题研究开发过程中开展科学实验（试验）、科学考察、业务调研、学术交流等所发生的外埠差旅费、市内交通费用等。

劳务费：指直接参加研究项目的博士生、研究生或实验研究时需聘用临时工等费用，一般不超过科研项目经费的 15%。

管理费：汇入医院财务基本帐户的纵向、横向科研项目总经费的 5% 作为管理费，纳入医院科研基金，由科教处负责管理，用于相关科研管理、科研活动、科研服务等。

第四章 经费使用和报销

第十三条 经费到账后，由项目负责人制定经费使用计划，报科教处、财务处及主管院领导审批同意可开始使用。

第十四条 项目经费支出要求项目负责人提出申请、由科教处审核是否符合使用计划，主管院长同意。凭报销凭证按照符合医院财务制度和本办法的规定的报销程序进行报销。详见附件 1《承德市中心医院科研经费支出审批表》。

第十五条 本办法由科教处、财务处负责解释。

第十六条 本办法自下发之日起实行。

文件名称	医院科研档案管理制度				
文件编号	A10-ZD-005-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

医院科研档案管理制度

为了加强医院对科研工作的监管，保障科研工作的连续性、真实性和科研能力的积累，避免科研资料的丢失，根据《中华人民共和国档案法》、《科学技术档案工作条例》，特制定科研档案管理制度。

第一条 为达到科研档案完整、准确、系统、安全和有效利用的要求，科研档案由科教处实行集中统一管理。

第二条 科研档案管理的主要内容包括医院在承担的各级科研项目（包括纵向课题、横向课题及院级科研课题等）中直接形成具有保存价值的文字、图表、声像等载体材料。其具体内容如下：

1. 综合材料：科研管理行政文件材料、科研计划管理文件材料、科研成果管理文件材料、科研经费管理文件材料、申报科学基金及有关批复材料、学会工作材料等。

2. 科研项目准备阶段：开题报告与课题调研材料，任务书、合同、协议书，课题研究计划，计划执行情况，计划调整或撤销报告，课题投资和预结算材料等。

3. 科研项目研究阶段：实验、测试、观测、调查、考察的各种原始记录，综合分析材料，数据整理材料，研究工作阶段小结，年度执行情况报告，配套的音像材料等，样品、标本等实物。

4. 验收评价阶段：验收大纲、工作报告、技术报告、查新报告、立项批文及项目申报书（合同书）、验收证书、课题组发表论文、应用证明、成果登记证书（原件或复印件）等。

5. 申报请奖总结阶段：科学技术奖励推荐书与鉴定总结材料；科研成果奖励材料（奖状、奖章、证书）原件或复印件、专利申请书及专利号等材料。

6. 推广应用阶段：转让合同、协议书、生产定型验收材料、成果引用或投产反馈意见、成果宣传报道材料、对外交流材料等。

上述材料直接反映科研管理、科研项目活动的全过程，必须完整、准确、系统的进行管理，科研文件材料不完整的项目，不予评审鉴定及申报奖励。

第三条 科研档案均为永久档案，须永久保存。未经档案价值鉴定为无价值的档案均不得销毁。

第四条 我院科研档案由专门保管人员进行保管，保管人员有责任和义务保管档案和维护档案的安全，每2个月须对档案保存状态进行一次检查，并遵守国家的保密规定。

第五条 科研档案保存应当有恰当的温度和湿度，并有防火、防盗、防虫、防晒等设施。

第六条 科研档案归档后，不得随意涂改、乱划，需要修改补充时，必须经医院科教处批准，并在案卷上注明时间和原因。重要的科研档案，院长（主管副院长）指定专业人员（同专业具有副高以上职称）共同讨论决定后保存。

第七条 科研档案归档后，一般只准查阅，不得外借；本院职工，凡查阅已归档科研档案，需凭借阅申请书，并由本课题负责人及科教处审批同意后，方可查阅。

第八条 经鉴定需销毁的科研档案要登记造册，经有关业务部门审查，主管院长批准，方可销毁。销毁时，应指定监毁人，以防失密。

文件名称	科研诚信管理办法				
文件编号	A10-ZD-006-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

科研诚信管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步加强我院医学科研诚信体系建设，规范医学科研行为，规范科研诚信案件调查处理工作，根据《科研诚信案件调查处理规则（试行）》（国科发监〔2019〕323号），结合我院实际，特制定此处理办法。

第二条 本办法所称的科研诚信案件，是指根据举报或其他相关线索，对涉嫌违背科研诚信要求的行为开展调查并作出处理的案件。

本办法所称的违背科研诚信要求的行为（以下简称科研失信行为），是指在科学研究及相关活动中发生的违反科学研究行为准则与规范的行为，包括：

- （一）抄袭、剽窃、侵占他人研究成果或项目申请书；
- （二）编造研究过程，伪造、篡改研究数据、图表、结论、检测报告或用户使用报告；
- （三）买卖、代写论文或项目申请书，虚构同行评议专家及评议意见；
- （四）以故意提供虚假信息等弄虚作假的方式或采取贿赂、利益交换等不正当手段获得科研活动审批，获取科技计划项目（专项、基金等）、科研经费、奖励、荣誉、职务职称等；
- （五）违反科研伦理规范；
- （六）违反奖励、专利等研究成果署名及论文发表规范；
- （七）其他科研失信行为。

第三条 任何单位和个人不得阻挠、干扰科研诚信案件的调查处理，不得推诿包庇。

第四条 科研诚信案件被调查人和证人等应积极配合调查，如实说明问题，提供相关证据，不得隐匿、销毁证据材料。

第二章 调查程序

第五条 举报和受理

(一) 科研诚信案件的举报应同时满足下列条件:

1. 有明确的举报对象;
2. 有明确的违规事实;
3. 有客观、明确的证据材料或查证线索。

鼓励实名举报, 不得恶意举报、诬陷举报。

(二) 下列举报, 不予受理:

1. 举报内容不属于科研失信行为的;
2. 没有明确的证据和可查线索的;
3. 对同一对象重复举报且无新的证据、线索的;
4. 已经做出生效处理决定且无新的证据、线索的。

(三) 接到举报后, 本单位将在 15 个工作日内进行初核。初核符合受理条件的, 应予以受理。

举报受理情况应在完成初核后 15 个工作日内通知实名举报人, 不予受理的应说明情况。举报人可以对不予受理提出异议并说明理由, 符合受理条件的, 应当受理; 异议不成立的, 不予受理。

第六条 调查

(一) 调查应制订调查方案, 明确调查内容、人员、方式、进度安排、保障措施等, 经单位相关负责人批准后实施。

(二) 由医学科研诚信管理委员会组织相关部门对案件的事实情况进行调查, 包括对相关原始数据、生物信息、图片、记录等证明材料和研究过程、获利情况等进行了核对验证。

(三) 调查需要与被调查人、证人等谈话的, 参与谈话的调查人员不得少于 2 人, 谈话内容应书面记录, 并经谈话人和谈话对象签字确认, 在履行告知程序后可录音、录像。

(四) 调查人员可按规定和程序调阅、摘抄、复印、封存相关资料、设备。调阅、封存的相关资料、设备应书面记录, 并由调查人员和资料、设备管理人签字确认。

(五) 调查中应当听取被调查人的陈述和申辩, 对有关事实、理由和证据进行核实。可

根据需要要求举报人补充提供材料，必要时经举报人同意可组织举报人与被调查人当面质证。严禁以威胁、引诱、欺骗以及其他非法手段收集证据。

（六）调查中发现被调查人的行为可能影响公众健康与安全或导致其他严重后果的，调查人员应立即报告，或按程序移送有关部门处理。

（七）调查中发现关键信息不充分，或暂不具备调查条件的，或被调查人在调查期间死亡的，可经单位负责人批准中止或终止调查。条件具备时，应及时启动已中止的调查，中止的时间不计入调查时限。对死亡的被调查人中止或终止调查不影响对案件涉及的其他被调查人的调查。

（八）调查结束应形成调查报告。调查报告应包括举报内容的说明、调查过程、查实的基本情况、违规事实认定与依据、调查结论、有关人员的责任、被调查人的确认情况以及处理意见或建议等。调查报告须由全体调查人员签字。

如需补充调查，应确定调查方向和主要问题，由原调查人员进行，并根据补充调查情况重新形成调查报告。

（九）科研诚信案件应自决定受理之日起6个月内完成调查。

特别重大复杂的案件，在前款规定期限内仍不能完成调查的，经单位主要负责人批准后可延长调查期限，延长时间最长不得超过一年。上级机关和有关部门移交的案件，调查延期情况应向移交机关或部门报备。

第三章 处理规则

第七条 被调查人科研失信行为的事实、性质、情节等最终认定后，由调查单位按职责对被调查人作出处理决定，或向有关单位或部门提出处理建议，并制作处理决定书或处理建议书。

第八条 处理决定书或处理建议书应载明以下内容：

- （一）责任人的基本情况；
- （二）违规事实情况；
- （三）处理决定和依据；
- （四）救济途径和期限；

(五) 其他应载明的内容。

做出处理决定的单位负责向被调查人送达书面处理决定书，并告知实名举报人。

第九条 作出处理决定前，应书面告知被处理人拟作出处理决定的事实、理由及依据，并告知其依法享有陈述与申辩的权利。被调查人没有进行陈述或申辩的，视为放弃陈述与申辩的权利。被调查人作出陈述或申辩的，应充分听取其意见。

第四章 处理措施

第十条 经调查认定存在科研失信行为的，应视情节轻重给予以下处理：

- (一) 科研诚信诫勉谈话；
- (二) 一定范围内或公开通报批评；
- (三) 暂停财政资助科研项目和科研活动，限期整改；
- (四) 终止或撤销财政资助的相关科研项目，按原渠道收回已拨付的资助经费、结余经费，撤销利用科研失信行为获得的相关学术奖励、荣誉称号、职务职称等，并收回奖金；
- (五) 一定期限直至永久取消申请或申报科技计划项目、科技奖励、科技人才称号和专业技术职务晋升等资格；
- (六) 取消已获得的专家称号，学会、协会、研究会等学术团体以及学术、学位委员会等学术工作机构的委员或成员资格；
- (七) 一定期限减招、暂停招收研究生直至取消研究生导师资格；
- (八) 其它处理。

第五章 附 则

第十一条 本规则自发布之日起实施，由科教处负责解释。

文件名称	重点学科建设管理办法				
文件编号	A10-ZD-007-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

重点学科建设管理办法

第一章 总则

第一条 重点学科建设是我院为适应医院各项工作发展的需要，提高医院整体水平，体现医院特色，展示医院优势，增强科学研究能力和社会服务功能的重要措施。医院以重点学科建设为龙头，推动医疗、科研、教学的全面发展，实现学科发展服务于专业发展、人才培养和地方经济社会发展的需要，参照《河北省医学重点学科建设管理办法（试行）》，特制订本办法。

第二条 重点学科建设的总体思路是：夯实学科基础、发掘学科潜力，培育区域急需学科，有规划、有计划培养一批优势学科，构造医院战略精品和特色。充分发挥学科建设的带动作用，实现学科专业以及学科结构、规模、质量、效益协调发展。按照分批次、滚动式建设原则，经单位申报，专家评议，择优遴选出承德市级或河北省级重点学科。

第二章 重点学科建设的目标

第三条 医院将按照市级重点学科建设申报的要求，对我院部分学科重点建设，逐步打造一批拥有稳定的研究方向、高素质人才梯队，并具备一定优势和配套合理的实验室条件的市级重点学科；之后，进一步扩大学科影响，增强综合实力，使部分重点学科进入河北省医学重点（发展）学科建设行列。

第三章 申报条件

第四条 重点学科面向全院遴选，需要符合以下条件：

1. 申报学科管理制度健全，学科发展规划措施具体，可操作性强。学科实行学科带头人负责制，学科秘书负责日常工作，相关资料档案齐全并保存完好，管理有序。



2. 学科团队中梯队结构合理，硕士学位比重占 50% 以上。

3. 学科带头人拥有高级专业技术职务和硕士生导师资格。且具有较强的组织、协调和管理能力，对本学科的发展有着强烈的事业心和开拓进取精神。近 5 年主持市厅级以上科研项目 1 项以上；以第一作者或通讯作者在全国核心期刊上发表代表本学科领域论文 5 篇以上；荣获市厅级科技奖二等以上奖项 1 项以上。

4. 后备学科带头人年龄 <45 周岁，拥有硕士学位和高级专业技术职称。近 5 年以第一作者或通讯作者在全国核心期刊上发表代表本学科领域论文 5 篇以上；荣获市厅级科技奖三等以上奖项 1 项以上。

5. 专业发展稳定、学科特色优势明显，有 2 个以上稳定的研究方向，并具备一定的研究基础和研究成果。主要学科方向对推动专业发展、学科进步、科技创新与成果转化，促进地方经济社会建设等具有明显作用。

6. 近 5 年学科组成员主持市厅级以上科研项目 3 项以上；以第一作者或通讯作者在全国核心期刊上发表论文 8 篇以上；荣获市厅级科技奖二等以上奖项 2 项以上。

7. 有完整的本科生、硕士生和规培生培养体系和完善的培养方案，长期承担本学科相关教学工作，人才培养质量高，无教学事故。本学科内拥有 1 名以上硕士生导师，且正在培养或已经培养过硕士研究生或规培生，毕业生得到社会好评。

8. 学术气氛浓厚，高水平的国内外学术交流活跃，学科点近 5 年举办省级及以上继续教育项目或国内重要学术研讨会 1 项（次）以上。

9. 申报学科近 5 年无二级以上（含）负主要责任的医疗事故。

第四章 遴选程序

第五条 各申报学科填写《承德市中心医院重点学科申请表》，经学科带头人及主管院长签署具体意见后，于规定时间内将申请表一式两份报送至医院科教处。

第六条 科教处对申报学科提交的《申请表》进行初步资格审查，并将符合条件的学科进行汇总。

第七条 科教处组织医院学术委员会对通过初评的学科，在听取学科带头人答辩汇报的基础上进行评议论证，并结合《承德市中心医院重点学科建设指标评估体系》进行量化评分，

最后按量化得分的排序遴选出符合条件的学科。

第八条 学科带头人的答辩汇报包含科室管理理念和方法、学科专业的发展方向及目标、科研教学、平台建设、学术交流、具体的可行性措施及保障措施等。

第九条 科教处将医院学术委员会遴选出来的院级重点学科在医院内部进行为期一周的公示，接受监督。对公示无异议的学科提交医院院长办公室讨论通过后，予以资助。

第五章 管理

第十条 院级重点学科的管理遵循优胜劣汰，实行院、科二级目标管理。

第十一条 医院学科建设工作由医院重点学科建设领导小组直接领导，重点学科管理办公室设在科教处。重点学科建设领导小组全面负责重点学科建设工作，根据上级主管部门的总体部署和医院中长期发展规划，科学制定学科建设年度计划和管理措施并落到实处，检查监督各重点学科的工作，定期召开会议研究解决学科建设工作中的主要问题。

第十二条 医院重点学科建设实行目标管理，鼓励竞争，优胜劣汰，滚动建设。各重点学科要有明确的建设目标，科学制定每年度阶段目标和周期建设总体目标，并根据评价体系进行自我考评。每季度进行自评检查，每年进行一次阶段目标考核，期末进行验收评估。

第十三条 学科带头人作为本学科负责人，全面领导本学科的建设与发展，学科带头人应把握学科发展方向，正确估量本学科的发展潜力，广泛吸收学科成员参与制订目标规划，确保学科点能够取得良好的整体工作绩效。

第十四条 医院将为重点学科拨付专项建设经费 50 万 / 年，学科建设经费专款专用。经费管理应遵循“突出重点，保证必需，避免重复，注重实效”的原则，由学科带头人按计划支配使用，报销方式按医院财务管理制度执行。同时须接受相关职能部门的监督和审计。

经费主要用于：

1. 仪器设备费，是指用于重点学科建设所需仪器设备的购置、安装、运输以及相应配套软件费用等。
2. 实验室建设费，是指用于建设实验室条件的相关费用。
3. 科研业务费，是指各类科研项目从立项、实施、验收、评价及评奖过程中所产生的各种费用，以及从事本学科有前景的重大科研课题的补充费用等。

4. 图书资料费，是指购置本学科所需的有关图书、杂志，资料检索、论文版面费等费用。
5. 人才培养费，是指用于学科业务骨干在科研项目上所需的进修和培训费等。
6. 项目实施过程中所必需的其他费用。

第六章 评估验收

第十五条 医院根据各重点学科发展的实际和潜力，分别向各重点学科提出周期（每5年一周期）目标和年度目标，并签订目标任务书。院级重点学科建设每年进行一次阶段目标考核，周期末进行期末验收评估。

第十六条 学科点应把推动专业发展、承担国家和省（部）级以上科研项目、获得省（部）级以上科技奖励、发表高质量学术论文、产出重大科研成果和服务经济社会当作学科建设的首要任务。学科点在建设周期满后应完成以下业绩：

1. 形成2个以上相对稳定、特色鲜明的学科方向。引进开展新技术新项目2项以上，对促进专业发展、人才培养和服务地方经济社会发展成效显著。
2. 学科团队优势明显，学科带头人和后备学术带头人应获得市厅级一等奖及以上科技奖励1项以上（额定完成人）。
3. 学科点医疗技术指标大幅度改善。
4. 学科实验室建设逐步趋于完善。
5. 科研能力得到大踏步提高，建设期内承担省部级科研项目1项以上，或市厅级科研项目3项以上；作为第一作者或通讯作者在核心期刊发表论文10篇以上。
6. 教学工作显著提升，一个周期培养硕士研究生5-8名以上（含毕业），培养进修医师3-5名以上，并圆满完成本专科学生的教学、实习、见习任务。
7. 学术气氛浓厚，学科点应组织并完成省级及以上学术讲座（研讨会）1次以上。

第十七条 期末验收后，对完成学科建设任务，达到了省级及以上重点（发展）学科评估标准的学科，医院积极支持鼓励申报省级重点（发展）学科；对达不到省级重点学科建设标准，但已完成院级重点学科建设目标者，自己滚动进入下一期建设，但不超过三个周期，三个周期后仍达不到省级重点学科建设标准者，取消其重点学科资格；对管理不善，达不到学科建设规划及年度计划要求者要予以警告；年度检查不合格者，限期整改；验收评估不

合格者，给予1年整改期限，如1年后仍未达到预期建设目标者，取消其重点学科资格。

第十八条 重点学科在进行阶段性目标考核及周期末验收评估时，除进行答辩汇报外，还应提交书面总结报告，内容包括专业发展、研究方向、科研项目、论文发表、成果获奖与转化、研究生培养、学术队伍建设、学术协作与交流、实验室建设、经费使用等情况，以及主要经验、存在问题和为解决问题拟采取的可行性措施、保障机制等。

第七章 附则

第十九条 本办法解释权归医院科教处。

第二十条 本办法自发布之日起施行。以往有关制度与本办法相抵触的，以本办法为准。

文件名称	科技奖励办法				
文件编号	A10-ZD-008-03		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2020年8月

科技奖励办法

为实现建设“学习型、学院型、人文型、节约型”医院的发展目标，落实我院“各学科全面发展，以复杂、疑难和急危重症为突出品牌特色的综合性三级甲等医院”的发展战略，充分调动医务人员的积极性、主动性，鼓励科技创新，争取高水平的科研项目、科技论文和科技成果，以科研水平提升促进学科建设发展，特制定本奖励办法。

一、科研项目立项

(一) 凡获得国家自然科学基金和省部级科研立项的项目，医院根据实际到位经费金额的20%作为奖励资金奖励给课题组。

(二) 凡获得省卫生健康委及承德医学院下达科研立项的项目，医院将实际到位经费金额按1:1比例进行匹配。该匹配资金由医院支付，课题主研人根据此项目工作需要具体分配。

二、学术论文类

(一) 发表SCI(科学引文索引)收录的学术论文，版权归属我院的，医院予以报销版面费，并以影响因子1分1万元计算予以奖励(不足1分的，等同于中华系列杂志发表论文；高于1分不足2分的，以1万元计算，并以此类推)。具体奖励标准为：

1. 论文内容为临床研究的，按上述标准100%予以奖励。
2. 论文内容为基础研究的，按上述标准50%予以奖励。
3. 发表SCI论文中，论著按100%予以奖励；综述和个案报道：篇幅一页(未满两页)的按80%予以奖励，篇幅两页(含两页)以上的按100%予以奖励。
4. 以上论文以国家级认可的科技信息研究所或图书馆出具的检索报告为依据。

(二) 在中华系列杂志及北大中文核心期刊上发表论文，版权归属我院的，医院给予报销版面费，同时获得参加医院优秀论文年度评选资格。在评选中取得名次者，医院给予一定奖励。具体评选细则另行制定。

(三) 对于在科技核心期刊上发表论文，版权归属我院的，医院只为 35 岁以下人员报销版面费，此外无其它奖励。在未被 SCI 收录的外文期刊杂志发表论文，版权归属我院的，等同于科技核心期刊论文。

(四) 在增刊、论文集、汇编、专刊上发表论文，医院不予奖励和报销版面费。

(五) 奖金以论文篇数为单位进行奖励，通讯作者负责根据每位作者的贡献进行分配。

(六) 上述所有论文内容要和本人专业相符，否则不予认定。

(七) 上述论文投稿流程和署名必须符合要求，否则医院不予认定。

1. 投稿流程：为了防止学术不端行为的发生，投稿前须组织本专业及相关专业人员（如病理科、检验科等）汇报论文内容。科主任对论文的真实性、一稿多投等问题进行把关，报科教处审核备案、加盖医院公章后方可进行投稿。

2. 论文署名：第一作者是我院在职职工，所在单位第一署名必须为“承德市中心医院”。发表 SCI 文章时，必须标注我院正确的英文全称“Chengde Central Hospital, Chengde, Hebei 067000, China.”。第一作者是利用我院科学技术条件进行科学研究的研究生及进修人员，通讯作者必须是我院在职职工。

(八) 上述符合条件的论文，我院每年按《优秀论文评选细则》进行优秀论文评选。

三、科技著作类

主编的学术著作获得国家有关政府部门颁发的国家级图书奖者，医院予以每部 2 万元的奖励；获得省级政府部门颁发的省级图书奖者，医院予以每部 1 万元的奖励。

四、获奖成果费

(一) 获国家级自然科学、科技进步或技术发明三等奖以上奖项的均奖励 50 万元。

(二) 获得省部级科技进步奖的，一等奖每项奖励 20 万元，二等奖每项奖励 8 万元，三等奖每项奖励 4 万元。

(三) 获得省卫健委、省医学会、省中医学学会科研奖项的，一等奖每项奖励 2 万元。

五、其他事项

(一) 上述奖励的适用范围为我院在职职工并且我院为第一署名单位。如课题组主研人调离我院，按上述标准的 50% 奖励课题组其他仍在我院工作的人员。

(二) 国家级奖励仅限于国家科技部组织评出的各种科技奖。省部级奖励仅限于河北省政府组织评出的科技进步奖。



(三) 申报奖励程序：由科教处负责人根据本人提交发表的杂志原件或获奖证书进行核实、登记、备案，SCI 论文必须有国家级认可的科技信息所或图书馆出具的检索证明。产权归属医院的，年终总结时，由科教处整理汇总经主管院长审核，报请院长办公会审定，批准后即可获奖。

(四) 在执行奖励制度时，发现有弄虚作假、侵权行为或剽窃他人成果者取消奖励，停止其三年课题申报；视情节轻重给予行政处分，权属问题有争议的，待争议解决后再定。

(五) 在北大中文核心期刊和科技核心期刊发表的论文，按照论文录用年份目录执行，以录用通知界定。

(六) 对上述奖励规定持有异议的，可以报请医院学术委员会讨论，由专家投票决定。

六、附则

(一) 本办法由科教处负责解释。

(二) 本办法自 2019 年 1 月 1 日起执行，原承市医字〔2016〕16 号文件同时废止。

文件名称	科研成果转化实践应用规定				
文件编号	A10-ZD-009-03		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2020年8月

科研成果转化实践应用规定

一、总则

（一）为加强医院科技成果转化工作的管理，规范医院科技成果转化活动，维护医院和科技人员的合法权益；鼓励全院科技人员的科技成果的产业化。根据《中华人民共和国科学技术进步法》、《中华人民共和国促进科技成果转化法》、《关于促进科技成果转化的若干规定》等精神，特制定本办法。

（二）本办法所称科技成果转化，是指为提高医院医疗技术水平而对科学研究与技术开发所产生的具有实用价值的科技成果进行的后续应用和推广，也包括全院科技人员进行的技术培训、技术服务等工作，成果转化具体工作由科教处负责协调管理。

（三）科技成果转化活动应当有利于提高经济效益、社会效益和保护环境与资源。应遵循自愿、互利、公平、诚实信用的原则，依法或者依照合同的约定，享受利益，承担风险。科技成果转化中的知识产权受法律保护。

（四）科技成果转化活动应当遵守法律，维护国家利益，不得损害社会公共利益。

（五）本办法的适用范围是指技术成果的技术转让（含专利申请权、专利权、专利实施许可权、非专利技术使用权）、技术开发（包括纵向科研项目成果技术的开发、横向科研项目成果技术的委托开发、合作研究成果技术的开发等）、技术服务、技术咨询、技术培训、引进技术消化吸收等方面的活动。

（六）医院积极为科技成果的转化广开渠道，如果成果完成人和医院在平等自愿基础上依法签订该科技成果有关合同约定，从其约定。

二、科技成果转化的权益分配

（一）本办法所指的技术成果是指我院的在编人员和离退休未满二年的人员，其取得的具有实用价值的各类科技成果，其成果的所有权仍为承德市中心医院。

(二) 医院对科技成果的转让方式和实施办法有决定权, 但应充分尊重成果完成人的意愿。科技成果完成人或者课题负责人不得阻碍科技成果的转化, 不得将科技成果及其技术资料和数据归为己有。

(三) 医院转化科技成果, 应当对研究开发该项科技成果的主要完成人和在成果转化中做出贡献的人员和科室予以奖励, 并作为医院在职务考核、职称评定和评先评优中的重要依据。

三、科技成果转化的经济收益分配

(一) 纵向科研项目(指政府各部门、医院等单位投入经费资助的技术项目) 成果技术转让所得, 其分配比例为: 成果完成人 80%, 医院 20%。

(二) 横向科研项目(含自选项目、委托开发项目、联合开发项目、技术服务项目等) 技术成果转让所得, 其分配比例为: 成果完成人 90%, 医院 10%。

(三) 医院鼓励适于医院内部直接转化的技术成果在医院内部转化。由医院内部自行实施转化的, 在签订合同时, 根据对技术成果评估的实际价值, 可以在项目转化成功后的 3-5 年内, 每年从实施技术成果转化的净收入中提取 10-20% 的比例用于奖励成果完成者。

(四) 奖金分配时, 在研究开发和成果转化中起关键作用者(一般为 1-2 人) 所得应不高于课题组奖励总额的 60%。获奖人所得奖金和按股份、出资比例分红, 或转让股权所得时, 按国家现行的科技成果转化有关规定执行。

四、科技成果转化的管理

(一) 医院鼓励进行科技成果转化工作。应积极组织力量支持、帮助成果完成单位或成果完成人适时进行成果转化。

(二) 承德市中心医院科教处是医院科技成果转化管理的职能部门, 负责管理、指导和协调科技成果的转化工作, 提供科技成果转化需要的经济信息、技术信息、环境信息; 为科技成果转化提供相关的咨询活动。

(三) 为保证科技成果的技术服务质量, 保护医院及科技人员的合法权益, 对地方和企业成果转化的技术服务, 应由医院统一安排, 签订协议, 医院科技成果转化工作由科教处统一负责。

(四) 重大科技成果转化由科教处上报医院组织实施, 一般科技成果转化由科教处组织实施或委托相关科室组织实施。

(五) 凡转让成功的科技成果，均应由科教处备案存档。其转让费收缴及成果完成人的收益发放由医院财务处负责，实行统收统支。

(六) 凡医院科技成果，不论以何种方式在院内、院外实施转化，都应先行做好技术成果的评估，依法签订合同，明确双方享有的权益和各自应承担的风险责任。

(七) 医院积极鼓励科技成果的转化，在完成一年后未实施转化的，成果完成者可在不变更职务成果权属的前提下，向医院主管部门（科教处）提出申请，由科教处协助进行该项科技成果的转化，与医院签订协议，并享有协议约定的权益。

(八) 我院职工在其它单位兼职从事研究开发和科技成果转化，需经医院批准。

(九) 参加科技成果转化的有关人员，应对所转化的科研成果技术保密，须签订在职期间或离职、离休、退休后一定期限内保守单位技术秘密的协议。有关人员不得违反协议约定，泄露医院的技术秘密和从事与原单位相同的科技成果转化活动。

(十) 从事上述活动及其人员，不得侵害医院的技术经济权益，不得无偿使用技术成果。

五、科技成果转化的行政法律责任

(一) 医院及科技人员的合法权益应依法保护，科技成果及各种无形资产要依法使用。对各种形式的侵权行为，医院依法追究有关单位和人员的经济、行政和法律责任。

(二) 科技成果转化应依照有关法律、法规，规范、有序地进行。凡我院各类技术成果，其所有权按规定归医院所有。未经医院批准，任何单位和个人不得私自对外转让，不得侵犯医院和成果完成人的合法权益。

(三) 泄露课题组或其它人员正在进行或已完成的有关技术秘密；职工未经医院允许，变相转让技术成果；或未经医院允许，以各种方式或渠道导致医院内部重要试验资料、试验材料流失到院外，给医院造成经济和名誉损失者，将予以行政处分。退休、离职一年内，个人从事与原在职期间相同的科技成果转化活动的，应按科技成果转化进行管理，享有规定的权益并承担相应法律责任。

(四) 在科技成果转化活动中弄虚作假、非法牟利，或对科技成果提供虚假检测或评估证明，给医院造成损失的，由当事人依法承担全部民事赔偿责任。因技术不成熟给成果转让造成经济损失的，由直接受益者赔偿损失。

文件名称	教学工作制度				
文件编号	A10-ZD-010-03		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2020年8月

教学工作制度

一、在院长、主管院长的领导下，根据学院教学安排制定每学年临床教学工作计划，制定课程表、见习轮转表、实习轮转表，并组织实施。

二、定期深入科室检查，督导教学工作计划的执行情况，发现问题及时解决。

三、定期召开临床教师和学生座谈会，组织教学工作研讨会，听取意见和建议，不断改进教学工作。

四、负责协调医学院、医院及各教研室之间的教学关系，加强与医学院校的沟通，以保证临床教学任务的完成。

五、负责组织每学年的教学检查工作。

六、按照学校教学计划，认真落实医学院临床理论课教学工作。

七、定期组织全院实习讲座，加强学生临床基本技能训练，协助教研室做好出科考试、考核工作。

八、严明教学纪律，做好在院学生的思想政治教育工作，加强对学生的生活和学习管理，按规定处理学生的奖惩。

九、做好毕业学生的实习鉴定及毕业考核工作。

文件名称	临床教学资金投入和保障制度				
文件编号	A10-ZD-011-03		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2020年8月

临床教学资金投入和保障制度

一、资金保障制度

(一) 教学经费的分类：经费包括教学课时费、人员津贴、教学实验费、教学仪器设备购置费、教学仪器设备维修费、图书资料购置费、教学差旅费、教学基础设施建设费和后勤保障涉及费用。

(二) 教学经费的筹措：医院参考本年度教学计划根据年总收入按比例提取教学经费。

(三) 教学经费的管理：教学日常经费由医院在年初预算时下达至使用和管理部门。教学专项经费统一实行归口项目管理，立项程序为：经费使用部门提出立项申请，报院长办公会审定，财务处根据医院审定结果列入次年预算。使用部门对项目的执行情况必须按照财务管理和教学管理的相关要求履行相应职责；财务处对项目经费实行专项管理。

(四) 医院财务和纪检部门应加强对教学经费的管理和审计，确保经费的正确使用。

二、人员保障制度

(一) 医院有完善的教学管理组织，院长负责全面工作，主管教学副院长主持日常工作，科教处负责具体工作的落实，下设内科学、外科学、妇产科学、儿科学四个教研室，每个教研室配备兼职教学秘书各一人。临床实习科室 17 个，每个科室设有主管教学副主任和教学秘书负责落实科室教学工作。

(二) 在科教处统一管理下，教研室和各科室每学期制定计划，并按计划开展理论及临床教学工作。

(三) 教研室及科室教学管理人员如有调整应及时上报科教处。

(四) 各教研室及科室有相应的理论授课和临床带教教师，平时注意青年教师的培养，能够满足教学工作的需要。

三、教学基础设施保障制度



(一) 教室、自习室、临床技能培训中心由科教处统一管理使用。教室、自习室、实验室为教学专用，原则不允许其他部门使用，如有特殊情况需要使用，使用部门需提前一周向科教处提出申请，科教处批准以后方能使用。

(二) 学生公寓及食堂由全科医师临床培养基地管理人员统一管理，科教处做好制度宣传及协助管理工作，不定期检查学生公寓卫生及安全情况。

(三) 教学场所内要保持肃静，禁止大声喧哗、打闹、吸烟、吃东西；保持楼内卫生整洁，不得随地吐痰，乱扔杂物，不准在墙上乱写乱画。

(四) 爱护场所内公共设施，故意损坏者严肃处理并赔偿经济损失。

四、教学设备器材保障制度

(一) 教学设备器材属于教学专用，由科教处统一管理、调配，严禁挪作他用。

(二) 临床各科室借用教学设备器材，要在科教处登记并按时归还，使用时发生丢失、损坏教学设备器材情况，要追究使用科室责任。

(三) 科教处主管人如有变动，应认真办理移交手续，严禁私自带走或转让他人。

(四) 医学设备管理处组织专业人员对教学设备进行调试、保养、维修和定期检查，确保教学设备处于良好状态。

文件名称	教研室工作制度				
文件编号	A10-ZD-012-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

教研室工作制度

一、安排教学人员：包括理论授课教师，见习、实习带教教师。授课教师要由副高职以上职称的教师担任，见习、实习带教教师必须由中职以上的教师担任。

二、认真执行教学计划和教学大纲，在执行过程中依据教学改革的精神提出具体意见并报系及学院批准后执行。

三、制定学期授课计划：教研室在开课前应认真学习各种教学文件，根据教学大纲的要求及规定的总学时数，制定学期授课计划，全面安排好理论课教学，明确考核时间及要求，授课计划写出后在教室内充分讨论，报教研室主任批准，一式两份，一份交科教处备案，一份由授课教师保留按计划实施。

四、编选教材：教材的选用应根据学院的规定，选用各部委统一组织编写的规划教材或自编教材，如需自编教材或讲义，应按教学大纲要求，组织具有丰富教学经验的学术水平较高的教师编写，经教研室集体讨论，教研室主任同意报系主任审核，报学院批准后使用。

五、编写教案、讲稿及备课：

1. 教案：是教师执行教学计划，教学大纲和授课的具体方案，要体现教学计划、教学大纲和教学法的要求，内容应包括：授课目的与要求、授课内容提要 and 所需时间、教学重点、难点、教学方法、使用的教具、参考资料、课外作业及注意事项。初次参加教学的教师，教案应详细具体。教研室主任对教案应经常进行检查。

2. 讲稿：授课教师应在讲课前编写讲稿作为教师授课的依据，初次上课的教师的讲稿经教研室主任同意用于教学。

3. 备课：备课主要依靠授课教师本人，在集体备课的基础上进行个人备课，以利集思广益，共同提高。对新任课教师应由教研室主任负责指导备课，并在上课前进行试讲，认为可以胜任后方可担任授课任务。教研室主任要认真检查，随时指导新教师进行授课，以保证教学质量。



六、教学物品的准备：教研室主任在开课前应检查有关教学物品准备情况，以保证教学顺利进行。教具准备包括：教学有关的标本、模型、图表、幻灯片、录像片等，充分使用多媒体教学手段，提高教学效率和质量。

七、实习管理：按学院要求制定实习计划，接受学院每半年一次的教学检查，组织完成出科考试，做好教学档案管理。

文件名称	见习管理制度				
文件编号	A10-ZD-013-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

见习管理制度

一、教学见习的组织和安排

1. 教学见习是在理论教学过程中，有针对性地观摩、实践学习和进行基本操作练习的一种教学方法。一般由教研室和任课教师根据教学大纲要求、课程内容、课时数、学生人数等情况制定课程见习计划，并负责落实。

2. 见习安排：每学期初由科教处根据本学期教学内容制定见习轮转计划，为保证见习效果，一个见习小组以15人左右为宜，并有教师专人带教，每次见习时间4个学时。

3. 教师应事先做好病例及相关的辅助检查资料的准备，编写见习教案。

4. 见习过程中，带教教师严谨规范，注重“三基”培养，多创造机会让学生动手体验、练习。

5. 见习结束，教师留出一定时间给学生提问、答疑，或布置作业。

二、见习教师带教要求

1. 各教研室要选派教学经验丰富、教学意识强的高年资医师担任见习带教工作，有条件的教研室，尽可能安排一定数量副高级职称以上教师参与见习带教。

2. 教师要认真备课，具体备课要求：

(1) 带教教师对本次见习目的与要求、教学内容及其重点、教学方法、时间安排和讨论总结等写出提纲。

(2) 带教教师必须规范、准确、熟练地掌握见习内容和要求，充分准备见习所需的病例、教具等，保证学生多见习病种、多动手。不得随意减少学时，努力提高见习课的带教质量。

(3) 病例准备：要预先准备和熟悉病例，其中包括典型病例、非典型病例和鉴别诊断病例，并准备好X光片、CT片、心电图等有关的辅助检查资料。

3. 教学见习以床边教学为主，通过病例示教和病例讨论等方式进行教学，有条件者可同

时安排适当时间的门诊见习。不得以播放幻灯片或录像替代教学见习，为保证教学质量，每位教师每次带教以 15 人左右为宜，教师应相对固定。

4. 教师带教要运用医学术语，操作要严谨治学、规范示教，注重培养学生“三严”（严密的方法、严肃的态度、严格的要求）的科学作风和良好的医德医风。

5. 教师要采用启发式教学法，注重理论联系实际，加强学生的“三基”（基础理论、基本知识和基本技能）培养，锻炼学生提出问题、分析问题、解决问题的临床思维能力和实际操作能力，注重引导学生正确处理医患关系。

6. 见习中师生均要遵守教学纪律，不迟到、不早退、不旷课、不中途离开，对病人要有礼貌，有爱伤意识，并遵守医院的规章制度。带教老师要对学生进行考勤，学生见习缺课超过三分之一者，见习课考核为不合格。

7. 带教教师在传授知识和培养能力的同时，必须高度重视以良好的思想作风影响学生，通过言传身教培养学生高尚的医德医风。

8. 见习时师生均按要求着装，并携带听诊器等见习必备的用具。学生应做好课前预习，尊重教师，认真见习，勤于思考，回答提问。

9. 加强见习教学督导，开展临床见习质量评价，教学管理部门定期检查见习课带教情况，定期召开学生座谈会，听取学生意见，及时反馈和解决见习中存在的问题。

文件名称	见习管理制度				
文件编号	A10-ZD-014-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

学生见习制度

- 一、遵守纪律，见习学生必须依照见习安排准时进入指定科室，不迟到，不早退。
- 二、严格执行请销假制度，有事请假，病假要有诊断书，未经批准不得擅自不到，无故不到者按旷课论。
- 三、见习组长负责本组考勤，进入科室后清点本组人数，将无故不到者上报带教教师。
- 四、进入科室要穿白大衣，仪表端庄，衣帽整洁。手机关机或调至震动状态。
- 五、见习期间服从带教教师安排，认真听带教教师讲课，同时做好笔记。
- 六、保持示教室安静卫生，禁止在示教室吃东西，禁止在示教室及病区大声喧哗。
- 七、严格按照见习时间表规定时间进行见习，不准自行调换科室。
- 八、见习小组组长每次见习之前负责联系带教教师，明确下次带教内容，并通知本组同学提前预习。
- 九、对科内贵重及大型仪器要在带教教师指导下进行操作。
- 十、禁止模仿带教教师签字、开处方及各种化验单。
- 十一、不将贵重物品带进科室，保管好私人物品，如发生丢失，医院不予负责。
- 十二、每次见习结束后，各组认真填写《承德医学院第二临床学院见习教学评价表》，并交至科教处。



文件名称	教师调课制度				
文件编号	A10-ZD-015-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

教师调课制度

一、为保证稳定、良好的教学秩序，保证全院教学工作的顺利进行，任课教师必须严格按照教研室教学计划、课程表上课，不允许私自调课。

二、教师按课表上课不能迟到，不能空课，中途不准离开教室，发现者按教学事故处理。

三、凡教师因各种原因需调课的，必须向科教处说明原因，同意以后生效。

四、凡因病因事不能来上课者，请事先通知科教处，因病需凭病假单，因事需填写事假单。

五、课程调度由科教处负责，未经批准，教师擅自调课、停课、请人代课或任意改变上课时间，均按旷工处理。

六、课表在执行过程中如因教学需要，科教处可适时调整。

七、我院因各种原因调课，涉及到被调课的教师，都必须服从。

文件名称	教研室主任、副主任听课制度				
文件编号	A10-ZD-016-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

教研室主任、副主任听课制度

为充分发挥“传、帮、带”的示范作用，及时发现教师授课过程中存在的问题，提高我院理论课授课教师的授课水平，我院组织开展听课活动。

一、参加听课人员包含有理论课教学任务的教研室主任、副主任。

二、相关教研室主任、副主任每学期需听课4次（8学时）以上。

三、听课可采取灵活方式，自选时间进行听课安排。

四、各教研室主任、副主任听课后可填写《承德医学院理论课教学质量评价表》，并上交教研室存档。

文件名称	理论课考试考查制度				
文件编号	A10-ZD-017-01			发布部门	科教处
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

理论课考试考查制度

一、凡是教学计划规定的课程及其他教学环节都需要进行考核，考核分为考试和考查两种形式。考试课程的考核由科教处统一安排，采取闭卷形式考试，考查课程的考核由任课教师自行安排，在考试周之前完成。

二、缺课累计超过该课程教学时数三分之一者，跟班重修，学生缺课累计超过二分之一者不得参加本课程的考核，成绩以“0”分计。

三、各课程以学校办学思想和人才培养目标为指导，结合专业课程的自身特点，制定课程考核方案，具体实施参照《承德医学院临床医学专业课程考核方案实施指导》。

四、一般原则：课程成绩可采用多种评价形式构成的综合评定方式。课程成绩总成绩按百分制记载，60分及格。一般情况下，课程成绩由平时成绩和期末考试成绩两部分组成，依据课程性质不同，适度加强实践性考核环节所占比重。

五、构成比例：教研室可根据课程特点，将各种评价结果按一定比例纳入课程总成绩（不做硬性要求）。常规的比例为：平时成绩（包括平时作业、试验报告、出勤、学习态度）不超过总成绩的30%；期末考试由理论考试和实践性考核两部分构成的课程，后者应占总成绩的10—30%，个别实践性较强的课程可适度加大实践性考核成绩的比例。

六、合理控制比率：各个教研室合理控制评价体系的难易度及成绩的构成，原则上优秀率（85分以上）不超过30%，不及格率不超过10%。

七、理论考试成绩不及格者，须参加补考，原平时成绩保留或由教研室另行组织考核。留降级学生重修的课程，平时成绩、实践性考核成绩重新考核记分。

八、复习迎考期间，教师不得给学生划重点，不能泄露考题，不得在考试中给学生以任何暗示。

九、考试课程的考试时间一般为100分钟。考场桌上及桌内不得留放书籍、笔记本、纸

张等，考生上述物品统一放在指定地点，单人单桌参加考试。每个考场要安排 2 名以上教师监考，教研室在考试期间要派人巡视考场，就试卷印刷不清的地方向学生作说明，但不能向学生解释试题，不能临时改变试题。

十、监考人员开考前领取试卷及其它考试用品，安排好考生的座位。如发现有考生作弊，应立即中止其考试，没收其试卷及作弊证据，在卷面上签写“作弊”字样，填写“学生违反考场纪律及考试作弊报告单”，并及时向考场负责人汇报情况，提出处理意见并报告有关部门。考试结束回收试卷，检查试卷份数是否和考生数相符，并认真填写《考场报告单》。监考人员因故不能监考，应事先说明，由科教处负责调换。监考无故不到或者迟到、玩忽职守者按教学事故处理。

十一、考生必须遵守考场规则：考生应按规定时间、地点提前 10 分钟进入考场。必须服从主（监）考教师的管理，按主（监）考教师安排的座位就座。考场内不得互相谈话和传递任何物品。不准中途离开考场。不准将试卷带出考场外，否则考试成绩按“0”分记。给作弊提供方便者，同属作弊，该课程考试成绩无效，并根据情节轻重，给予相应纪律处分。

十二、试卷由教研室统一判卷，阅卷人员要严格按照标准答案，客观公正地予以评分。教研室或命题教师应对试卷的每道试题制定科学、客观、详细的参考答案和评分标准，各得分点必须细化、量化。阅卷教师须用红笔批阅试卷，一律实行流水作业阅卷，每个得分点用正分标出实得分。阅卷后应将所阅试题得分填写试卷相应位置并签名。全部试题批阅完毕，由统分者统计分数，然后填写于试卷相应位置并签名。

十三、成绩录入登统要准确无误，成绩单所登成绩与卷面成绩必须一致，登统人员不得私自更改卷面成绩和成绩单，成绩单一式三份打印后，由阅卷教师签名，交教研室主任签字后报送。考试结束后两周内将成绩及考试分析上交科教处。

文件名称	考试命题、阅卷、评分制度				
文件编号	A10-ZD-018-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

考试命题、阅卷、评分制度

考试是教学的一个重要环节，是对学生的知识和技能进行阶段性和总结性检查与评定的手段，是教与学两个方面的深化与提高。为进一步规范考试管理，保证考试成绩的可靠、可信。现结合学校有关规定及我院实际情况，制定命题、阅卷、评分制度。

一、命题

1. 命题由教研室负责，各教研室主任全面负责本教研室所属科目的试卷命题组织与审核工作，教研室审核后报科教处和医学院教务处审核。

2. 正确掌握命题依据和范围。命题以教学大纲为依据，内容以教材为基本范围，适当增加一些授课过程中讲授的各学科新进展内容，符合有用性、科学性、全面性、规范性、创新性原则。

3. 试题应重点考查学生的基础知识，基本理论和基本技能，注重考查学生灵活运用基础知识，分析和解决问题的能力。试题的难度要适中，不出偏题；试题的形式要灵活多样，不出怪题；试题文字要规范，便于理解；答案要明确、科学、有依据；评分标准要合理、简洁、客观。

4. 命题内容及比例构成：教学大纲中要求掌握、熟悉、了解的内容在考核中应有合适的比例，一般为：掌握 60% ~ 80%，熟悉 10% ~ 30%，了解 10% 以内。教育目标分类中认知分级的比例为：认识、记忆层次占 20% ~ 40%，理解、领会层次占 30 ~ 40%，应用、分析和评价占 20% ~ 50%，根据课程的性质还可以包括一定比例的创新（设计）层次试题。课程考试的专业英语词汇分值可占试题总分的 3% ~ 5%。

5. 试题难度和区分度：试题的难度分为“容易”、“中等”、“难”三个层次，命题时，容易试题（难度系数 ≥ 0.7 ）约占 50% ~ 65%，中等难度试题（难度系数在 0.5 ~ 0.7 之间）约占 25% ~ 30%，难试题（难度系数 < 0.5 ）约占 10% ~ 20%。区分度指数控制在 0.2 以上，

考试信度达到 0.55 以上。命题时较易试题（难度系数 ≥ 0.7 ）约占 50%-65%，中等难度试题（难度系数在 0.5-0.7 之间）约占 25%-30%，较难试题（难度系数 <0.5 ）约占 10%-20。

6. 题型分值：试卷中主观题的总分值不低于 40%。每套试卷所含题型种类视课程性质和需要而选定，一般要求不少于 5 种题型。临床专业课程的试卷应该适度增加 A2、A3、A4、B1 题型和题量。一般题型分值是：选择题为 0.5 或 1 分；填空题为 0.5 或 1 分；名词解释为 3—5 分；简答题为 5 分；论述题、应用题为 10—15 分。

7. 试卷的题量：试卷内容应有效涵盖课程的基本知识并有利于考核学生实际运用能力。100 分钟的考试时间，总题量控制在 45—60 道（指的是小题总量）左右为宜，试卷满分 100 分。

8. 试卷内容结构：在试卷中，重点内容的试题分布密度和分数比例应大一些。重点章节的分值占 60% 左右，次重点章节的分值占 30% 左右，一般章节的分值约为 10% 左右。

9. 试卷认知能力结构：认知能力考核为分“识记”、“理解”、“简单应用”和“综合应用”四个层次，考核不同能力层次的试题在试卷中的分值比例为：“识记”占 30% 左右，“理解”占 30% 左右，“简单应用”占 20% 左右，“综合应用”占 20% 左右。

10. 试卷数量和审核：要同时拟定题目数量和难度相近的两套试卷，并拟出相应的答案和评分标准，填写《承德医学院考试命题审批表》和《承德医学院课程考试命题计划细目表》。各套试卷中的试题重复率不得超过 10%，试卷及答案经教研室主任和系部主任审核签字后，报教学质量管理处。

二、阅卷

1. 试卷由所属教研室安排阅卷，教研室主任为阅卷组长，所有阅卷工作由组长进行具体分工。为确保阅卷工作的严肃性，不允许学生参与阅卷工作。各教研室要根据学校的要求保质保量按时完成阅卷任务。

2. 机读卡可以由科教处统一阅卷。

3. 阅卷人员要严格按照标准答案，客观公正地予以评分。教研室或命题教师应对试卷的每道试题制定科学、客观、详细的参考答案和评分标准，各得分点必须细化、量化。阅卷教师须用红笔批阅试卷，一律实行流水作业阅卷，每个得分点用正分标出实得分。

4. 阅卷后应将所阅试题得分填写试卷相应位置并签名。全部试题批阅完毕，由统分者统计分数，然后填写于试卷相应位置并签名。阅卷工作结束后，一律由教研室密封保管。不经教研室主任批准，教师个人一律不得查阅试卷。



5. 应安排专人对阅卷及登统情况进行核对,发现有不符合阅卷要求或分数统计错误情况,应及时更正并在相应位置签名。对不及格学生的试卷要求核对两次,务求准确。教研室上报后的学生成绩不得再次更改,如果出现误判或误统,相关教研室主任需携带学生试卷和教研室相关责任人的书面说明到科教处备案,科教处出具更改说明,由学校教务处统一变更。

三、评分

1. 在试卷每一大类型题号左侧用符号“+”和实际分数标记此类型题的实际得分。例如论述题得16分,可标记为“+16”。

2. 在试卷中的每一小题题号前的左侧用符号“+”和实际分数标记此类型题的实际得分。如一个简答题得3分,可在该小题前标记为“+3”。

3. 在试卷中,各小题的评判上,一律使用“√”表示回答正确,用“×”表示回答错误的统一标记。

4. 凡因旷课、缓考、缺考等未参加考试者成绩以“0”分计,并注明“旷课”、“缓考”、“缺考”等字样。

5. 考试作弊者,该课程考试成绩无效,并注明“作弊”字样。

文件名称	实习医师岗前教育制度				
文件编号	A10-ZD-019-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

实习医师岗前教育制度

一、岗前教育是实习医师对医院整体情况和实习情况的了解，是促进医德医风教育的必要程序，是理论学习到临床实践过度环节。

二、岗前培训由科教处统一组织安排，时间为一周。未经岗前培训的实习医师不得进入临床科室实习。

三、岗前培训教师由医院领导和各职能科室主任担任。

四、培训内容：介绍医院整体情况和科室布局、医院的规章制度、医务人员职业修养及医院文化、医疗文书书写规范、医疗法规、医疗安全、医德医风教育、医院感染知识培训、实习医师职责等，并讲明实习期间的要求、轮转安排。

五、岗前教育结束时，科教处组织实习医师对培训内容进行满意度调查。

文件名称	教学查房制度与要求				
文件编号	A10-ZD-020-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

教学查房制度与要求

教学查房是临床实践教学的重要环节，是培养实习医师临床思维能力和临床实践能力的有效途径，是强化和引导学生所学的理论知识与临床实践相结合的教学方式。通过教师对典型病例的系统讲解、示范操作、讨论分析、归纳总结，促进实习医师掌握病史采集、体格检查、病情演变与实验结果分析、医嘱、病程记录及与患者的沟通技巧等临床工作基本规范与程序，从而达到提高实习医师沟通、诊断和治疗疾病的能力。同时也是培养学生形成良好的职业道德的方法。也有利于提高临床医师的教学水平和临床工作能力，达到教学相长的目的。

一、教学查房以提高教学质量、增强学生动手能力、综合分析能力为目的，各科室安排教学查房应以学生为讲解对象，以教材为讲解规范，查房时均要求适当的应用英语关键词，加强双语教学。

二、凡有临床教学任务的科室，每两周安排教学查房一次，教学查房的时间应相对固定。科室在工作安排中应保证学生和主持教师能按时实施此项工作，避免随意更换时间和内容。

三、教学查房应由主治医师以上职称教师主持，也可根据科室情况由教学经验丰富的高年资住院医师或具有高级职称的医师主持，住院医师和实习医师全部参加，并指定专人认真作好教学查房记录。

四、承担教学查房的医师应事先作好准备，每次教学查房应事先选择病例并告知实习医师。实习医师要熟悉病人及病情，复习有关理论知识，并做好相关准备工作，如检查病历、各项检查报告及所需器材等，使教学查房取得最佳效果。

五、教学查房时间应与医疗查房时间错开，避免教学查房和医疗查房混淆。

六、在教学查房过程中应严肃认真，文明礼貌，着装整齐，仪表端庄。需注意与病人的交流谈话艺术，为病人保守秘密。要有爱护患者观念，查体部位不应暴露太多，时间不宜太长。

七、查房时各级各类人员所站位置：

1. 教学查房主持者站在病床右侧（若需站在左侧则必须说明原因）。
2. 汇报病历的实习医师站在病床左侧，做好汇报病历准备。
3. 体格检查操作的实习医师站在病床右侧。
4. 上级医师与观摩人员站在病床左侧或床尾部。

八、教学查房步骤

1. 汇报病历：在示教室进行。由实习医师对病史、主要体征、相关辅助检查、入院诊断及病情变化等方面进行汇报。主持教师就对病历汇报进行简短的小结。

2. 体格检查：主持教师带领实习医师到病人床旁，由学生询问或核实病史，对患者进行重点体格检查，教师予以纠正错误手法，补充遗漏，必要时可以做示范查体。

3. 分析讨论：在示教室进行，由实习医师总结病例特点，并根据病例特点提出诊断，并做出鉴别诊断及下一步的治疗方案。参加教学查房的住院医师及上级医师可以进行补充发言，并进行综合分析，解决教学查房中提出的问题。

4. 归纳总结：让实习医师讨论并提问，主持教师或上级医师进行解答。主持教师对教学查房过程进行讲评和总结，最后由上级医师点评。

九、教学查房结束后按承德医学院教学查房记录格式做好记录。

文件名称	临床教学病例讨论制度				
文件编号	A10-ZD-021-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

临床教学病例讨论制度

临床病例讨论是加强临床教学内涵，形成良好的学术氛围，培养实习医师自我学习能力和临床实践能力的有效途径，为保证临床病例讨论的有序进行，特制定临床教学病例讨论制度。

一、临床教学病例讨论包括：典型病例、疑难病例讨论等。

二、凡有临床教学任务的科室，每两周安排临床病例讨论一次，时间应相对固定。科室在工作安排中应保证学生和主持教师能按时实施此项工作，避免随意更换时间和内容。

三、病例讨论应由主治医师以上职称教师主持，也可根据科室情况由教学经验丰富的高年资住院医师或具有高级职称的医师主持，住院医师和实习医师全部参加，并指定专人认真作好病例讨论记录。

四、教师选择好病例后告知实习医师，实习医师必须作好资料准备，如病历、相关检查报告等，熟悉病情，复习相关理论知识，使病例讨论取得最佳效果。

五、教学病例讨论对实习医师的要求：实习医师在讨论前认真收集、准备资料，补充和完善病史、查体、辅助检查等资料，做好发言准备。讨论过程中，实习医师应主动汇报病情，并积极发言，提出自己的意见或问题，由主持教师或上级医师解答，并做好记录。讨论结束后，实习医师应根据讨论内容，复习理论知识。

六、病例讨论程序：

1. 汇报病历：由实习医师对病史、主要体征、相关辅助检查及结果、入院诊断及病情变化等方面进行汇报。主持教师就病历汇报进行点评。

2. 教师引导：教师采取互动教学模式，引导学生就病史的完整性、相关辅助检查及结果、诊断、诊断依据、鉴别诊断和治疗方案原则等进行充分讨论。在此过程中，学生可以提出问题，由教师进行解答。

3. 参加病例讨论的住院医师和上级医师进行补充性发言，并进行综合分析，完善诊断和治疗方案。

4. 归纳总结：主持教师归纳总结通过病例讨论取得的收获，对实习医师在讨论过程中出现的问题进行评价，最后由上级医师进行点评。

七、病例讨论结束后按照承德医学院病例讨论记录格式做好记录。



文件名称	修改实习医师医疗文书制度				
文件编号	A10-ZD-022-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

修改实习医师医疗文书制度

一、实习医师在科室实习时学习书写各种医疗文书，如病历、医嘱、辅助检查申请等。

二、普通病历要求每个科室写一份，不得抄袭，不得电子打印。写完后及时交给上级医师批改，上级老师应及时认真检查，用红笔做出修改，修改后由实习医师重新抄写。

三、带教老师应指导实习医师书写医嘱，实习医师先经练习并经老师修改后写到正式医嘱单内，由带教老师签字。实习医师不得代替老师签字。

四、带教老师指导实习医师书写辅助检查申请单，实习医师书写后由带教老师审查并签字。

五、未经带教老师签字的医嘱和辅助检查申请单不能执行。

六、因实习医师书写医疗文书导致医疗纠纷或其他不良后果的行为，带教老师承担责任。

七、带教老师未指导实习医师进行医疗文书书写属带教失职行为，按学院相关规定处理。

文件名称	指导实习医师操作制度				
文件编号	A10-ZD-023-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

指导实习医师操作制度

一、直接带教老师有指导实习医师掌握常用临床诊疗操作的义务和责任。

二、操作前带教老师与实习医师讨论操作过程中的有关注意事项。

三、临床诊疗操作步骤

1. 指导老师和实习医师戴帽子、口罩。
2. 检查病人（换药项目要查看伤口情况，看完后用原敷料盖好伤口）。
3. 实习医师洗手，准备操作器具。
4. 向病人问候，简单解释，说明来意。
5. 实习医师按照规程及无菌原则进行操作，老师及时指导纠正。
6. 操作完毕帮助病人整理好衣物，并交代注意事项。
7. 收拾好操作器具（换药时须把换下的敷料放进指定的污物桶）。
8. 清洗敷料盘，放到指定地点、洗手。

四、带教老师总结，指出优缺点，提出改进方法。

五、带教老师未指导实习医师进行临床诊疗操作指导属带教失职行为，按学院相关规定处理。



文件名称	教学讲座制度				
文件编号	A10-ZD-024-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

教学讲座制度

一、积极开展多种形式的教学讲座，科教处组织举办全院性讲座，各临床科室举办科内小讲座。

二、科教处制定全院性的讲座，每周一下午由科教处组织进行。并将讲座课件讲稿存档，留存影像资料。

三、各科室应制定科内小讲座安排表，并做好登记和讲课记录，每周一次。

四、授课老师应选择理论基础较好、临床经验较丰富的高年资医师，在讲座前应广泛查阅资料，认真准备讲稿，注意理论与实践相结合。

五、举办教学讲座时，实习医师必须参加，教学秘书负责实习医师签到，并要求实习医师对讲座内容详细记录。

文件名称	实习医师出科考核制度				
文件编号	A10-ZD-025-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

实习医师出科考核制度

临床实习出科考核是评定学生实习期间是否掌握必要的临床专业知识与技能的考核。建立严格的考核制度有利于督促学生保证实习质量，科学的考核方案有利于指导学生明确实习目标，提高实习效率。实习医师出科时应从以下几个方面给予考核：

一、平时考核（实习手册考核）

1. 由实习科室教学秘书负责组织安排实施，考核时间根据科室实际情况由带教教师组织进行。

2. 考核内容包括出勤率、医疗文书书写、技能操作及科室考核部分，按照实习手册评分标准评分。

3. 考核成绩填入学生实习手册，带教教师根据考核结果填写实习鉴定并签字。

4. 实习手册考核成绩不合格者，不给予毕业实习评定。

二、出科考试（理论考核）

1. 出科考试时间一般安排在本系统实习结束前3—5天，由科教处组织，教研室派教师实施考核。

2. 考核内容为内科、外科、妇产科、儿科四个专业，由教研室统一出题，考核后教研室保存试卷和成绩。

3. 出科考试成绩不合格者，应在实习结束前进行补考，补考由教研室统一组织。

三、平时考核与出科考核成绩占毕业总成绩的80%，总成绩不合格者，应补实习，成绩合格后准予毕业。

四、实习过程中有转实习同学，考核成绩由变更后的实习医院考核，我院不再负责。

文件名称	评教评学制度				
文件编号	A10-ZD-026-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

评教评学制度

评教评学旨在加强教学管理与质量监控，促进教风、学风建设，提高教学水平。评教评学是师生双向信息沟通与信息反馈的重要渠道，也是教学相长的重要举措。是发扬教学民主、改进教学方法、纠正学习态度、提高教学质量的一种方法。

一、理论课：学期末由学校考务科组织学生对所有授课教师进行评价，学生不记名涂卡，评出优秀授课教师，学院颁发荣誉证书，需提高教师，责令整改，如下一学期仍被评为需提高教师则取消其讲课资格。教师在日常教学过程中及时开展形成性评价，以提问、测验、座谈会等方式对学生的学习效果进行评价，及时纠正学生的学习态度，解决学生学习过程中遇到的问题。

二、见习：每组见习结束后学生填写《承德医学院第二临床学院见习教学评价表》对带教教师进行打分评价，教师填写《承德医学院第二临床学院见习代教内容及实施记录》记录代教过程和见习效果，对学生进行评价。

三、实习：所在科室教师对实习同学填写实习鉴定，每学年学生对科室进行三次满意度调查，评价教师带教情况。学生每科实习结束后要召开学生座谈会，反馈所在科室带教情况。

文件名称	教学检查制度				
文件编号	A10-ZD-027-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

教学检查制度

为保证医院的教学质量，加强教学管理，特制定以下教学检查制度：

一、根据学校的统一安排，每学期参加一次学院组织的期中教学检查，检查内容包括：

1. 教学文件，保证教学资料完整性和规范性。

2. 教师教风，检查内容为当前教师教学的基本状况，包括师德师风、上课准时情况、对教学组织、教学思路、教学方法、教学效果以及学生对教学的需求情况等。检查方式为召开学生座谈会。并将意见反馈到有关部门和任课教师，以改进教学。

3. 教学运行情况，检查内容包括教师授课进度执行情况（含实验）、实践性教学环节执行情况、见习指导情况、听课评价、教材使用情况、教师调课情况以及教学中发现的突出问题；在教学方法、教学手段等方面的改进、改革的情况等。

4. 实习情况：学生出勤率、教学查房、病例讨论、临床技能培训等。针对发现问题及时制定整改方案。

二、每学年学生进入实习前，对教学、学生食宿等各项准备工作的落实情况进行检查。

三、每月根据教学质量考核标准及考核细则，科教处对各教研室及教学相关科室进行检查，不合格者纳入当月质量裁决。

四、为保证理论授课质量，各教研室主任、副主任每学期听课四次，并填写医学院统一下发的理论授课评价表。

五、每学年进行三次实习学生的满意度调查表，让学生对带教教师进行评价，根据调查情况，科教处写出结果分析，并进行通报。

六、科教处教学管理人员每周不定期对实习学生进行三次查岗，大四学生每日考勤，每周检查学生宿舍。

七、每学年召开两次教学工作会，主管院长参加，要求各教学相关科室主任参加。

文件名称	备课制度				
文件编号	A10-ZD-028-01			发布部门	科教处
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

备课制度

备课是教学活动的主要环节，是保证教学质量和教学工作顺利进行的先决条件，备课的质量直接影响上课的质量，要想提高课堂教学质量，必须首先备好课。为此，特制订教师备课制度。

一、集体备课

集体备课是以教研室为单位，组织教师开展集体研读培养方案、教材、落实教学任务，制定授课计划，规范教学行为，交流教学思想，取长补短，共同讨论教学中存在的问题，是教学活动的重要组成部分。

（一）学期备课

1. 学期备课安排在教学任务下达以后，由教研室主任组织全体教师对教学任务进行分析和安排。

2. 学期备课主要是对总体教学任务的把握，重点是对教学任务进行分解，确定教学目标，任务及教学总体要求。

3. 根据教学大纲和教材合理安排授课重点，分析教材编排体系、能力要求并确定授课内容。

4. 进行教学方法分析，根据上学期教学授课情况，对教学方法得失进行总结并确定本学期采取的主要教学方法。

5. 根据教学任务整体分配教学时间，包括理论授课、见习授课及考试时间的分配。

（二）章节备课

1. 各教研室应根据学科发展，选择本课程重点内容及学科发展较快、争议较大的内容或教学方法改革等进行集体备课，以提高教学质量。

2. 集体备课应在该学期正式授课之前进行，次数可以根据教学内容的多少自行调整。

3. 集体备课由教研室主任或具有丰富教学经验的教师主持，全体授课教师参加，并根据备课内容确定 1-2 主备人做中心发言。

4. 参加集体备课人员：以本教研室教师为主，可以邀请其他教研室教师参加。

5. 主备人需提前对授课内容进行初步备课，并形成初稿，以文本或电子版的形式送达全体授课教师以方便集体讨论。

6. 集体备课步骤：主持人发言——主备人发言——集体讨论并提出修改意见——形成统一集体备课教案——各授课教师根据集体备课教案的统一要求结合个人的特点完成个人备课——在授课过程中发现问题并在下一次集体备课时提出、解决。

二、个人备课

个人备课应视为教学过程的主要环节之一，是保证教学质量和教学工作顺利进行的先决条件。个人备课主要依靠主讲教师在集体备课的基础上进行，以利于集思广益，共同提高。

1. 任课教师要认真查看教研室下达的教学任务，明确教学内容、授课班级、专业、上课时间、上课地点。

2. 认真钻研教学大纲，明确教学内容、教学目的和要求，合理安排讲课顺序及内容，对教学中要求学生掌握的知识、技能（技巧）及对学生的能力培养等方面做到心中有数。

3. 要在钻研教学大纲及熟读所用教材的全部内容的基础上，重点备自己所讲授章节，深入研究教材，广泛查阅资料，要重点解决教学的科学性、先进性、系统性、逻辑性、重点难点和理论联系实际的问题。

4. 教师根据教学内容和学生特点找出最佳的教学方法，并选择合适的多媒体教学手段、教具、标本及图表等，使教学达到最佳效果。根据本人承担学时数合理安排讲课顺序。

5. 教学对象是学生，教师必须了解学生的各种情况，包括掌握知识的情况，学生的兴趣和需要，思想情况，学生的智力发展水平及学习方法，学习习惯等，以便有针对性地组织教学。

6. 新任课教师应由教研室主任指定的教师负责指导备课，并且必须在上课前进行试讲，经过讨论、评定，认为能够胜任时方能承担讲授任务。教研室主任应认真检查，随时指导新任课教师进行授课，以保证教学质量。

文件名称	教师试讲制度				
文件编号	A10-ZD-029-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

教师试讲制度

一、试讲对象

凡属我院初次任课（含理论、实验、实习课）教师、第一次担任新学科或新的选修课的教师、教学效果欠佳的教师及因工作较长时期脱离教学岗位后又重新任课的教师、各科室推荐的教学后备力量必须进行试讲。试讲通过后方能承担授课任务。

二、试讲组织程序

1. 教研室内部试讲是教研室对青年教师培养的常规工作之一，由教研室主任主持。学院内部试讲首先由该教师所在教研室进行推荐，青年教师正式授课前必须通过院内试讲。

2. 由教学顾问、教研室主任、任课教师代表、学生代表进行评议，最后决定试讲教师是否通过试讲。

3. 对未通过试讲的教师必须认真听取评议教师提出的意见，根据教研室的具体安排，重新准备试讲。

三、试讲具体要求

1. 试讲教师准备试讲 20 分钟的课程内容，试讲内容为教学计划安排讲授的内容，教学程序规范。

2. 考评专家组教师按《承德医学院第二临床学院教师试讲评价表》认真填写试讲记录并进行打分。试讲评议良好率大于 80%。

3. 试讲结束后，由教学顾问及参加试讲专家进行点评，总结优点及不足，以便改进。

文件名称	教学突发事件应急预案				
文件编号	A10-ZD-030-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

教学突发事件应急预案

为应对教学中突发的不安全事件，及时、有序、高效地做出相应处理，确保师生的人身安全，尽最大努力减少损失和负面影响，维护学校正常的教学秩序，特制定本预案。

一、“教学突发事件”的概念界定

主要指在教学进程中突发的危及师生健康和生命安全的意外事件。如：

1. 教学进程中学生突发疾病。
2. 教学进程中发生学生之间斗殴、学生袭击教师等意外事件。
3. 教学进程中学生因心理原因发生的自伤自残自虐性事件。
4. 学生因违规操作导致的不安全事件。
5. 上课途中因意外发生摔伤、撞伤、扭伤、挤压、踩踏、校内交通等伤害事件。
6. 实习过程中因意外发生触电、烧伤、烫伤、割伤等伤害事故。
7. 课堂教学进程中发生的其他自然或人为的突发不安全事故。
8. 学生宿舍突发的不安全意外事故。

二、“课堂教学突发事件”的防范措施

1. 要求全体教师牢固树立“安全第一”的意识，在教学中始终保持高度的警觉性和敏锐性，精心组织、周密部署、规范操作，排查和消除各种隐患。

2. 在教学过程中，严禁教师体罚或变相体罚学生，防止课堂教学中突发矛盾的激化。

3. 教师应结合学科特点严密组织教学，加强安全教育，指导学生掌握预防事故的方法，要积极采取安全防范措施，讲清各项操作常规，反复示范，并加强保护和帮助。

4. 要注意实习学生安全，实习前应进行安全教育，要妥善保管有毒有害的化学、生物等实验药品，严防中毒，防止触电、烫伤等事件发生。

5. 学生宿舍严禁使用大功率电器，加强学生安全意识，加强宿舍管理，定期对宿舍进

行检查，排除安全隐患。

6. 各任课教师要密切关注每位学生的健康状况和情绪倾向，加强心理疏导，发现苗头性问题要及时采取相应措施，以免学生因受挫或情绪波动发生意外事故。

三、“课堂教学突发事件”的处理程序

1. 先行救治：在课堂教学过程中，一旦发现突发安全事件，任课教师或其他在第一时间发现安全事件的人员，要以“救治为先”的原则，将受伤人员送到学校医务室救治。对于不能随意移动、搬动的特殊伤病员，须立即通知医务室大夫或拨打 120 赶到现场处理，防止伤情和病情加剧。

2. 马上报告：任课教师或其他第一发现人，在送受伤学生到医务室的同时，要立即拨打电话或派学生报告班主任、科教处或当天值班领导。班主任、科教处和值班领导应迅速报告负责安全工作的学校领导。

3. 稳定秩序：在安排受伤学生积极救治的同时，教师要招呼就近人员控制局面，尽最大努力阻止事态的进一步发展。接到求助后，有关同志应立即参与。

4. 综合处理：接到报告的领导必须放下其他工作，立即召集有关负责人和班主任赶赴现场，组织人员进行救护，同时立即向校长报告。必要时还要向上级教育行政部门、110、120 和医疗部门发出求救信息。

5. 善后工作：尽早向知情者、见证人调查事故起因，掌握事故的第一手资料。组织人员看望受伤学生和家，在学生病情稳定后，尽最大可能组织人员对学生进行学业辅导和心理辅导，并按照有关法律处理责任分担及赔偿的事务。

6. 学生在实习过程中如发生医疗纠纷，带教教师应立即通知科主任、科教处、医务处，以协助解决，避免事态恶化。

7. 学生宿舍发生火灾等特殊情况按医院的应急预案进行。

文件名称	硕士研究生管理细则				
文件编号	A10-ZD-031-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

硕士研究生管理细则

为维护我院正常的教学秩序和生活秩序，保障研究生身心健康，促进研究生德、智、体、美全面发展，依据《中华人民共和国教育法》、《中华人民共和国高等教育法》，《承德医学院研究生手册》以及其它有关法律、法规，结合我院实际，制定本管理细则。

一、组织管理

(一) 我院硕士研究生由科教处统一管理。

(二) 研究生按照学校安排，在规定时间内到医院报到，到科教处办理相关手续后方可进入科室。

(三) 研究生进院后，采取理论学习、临床轮转与导师培养相结合的方式进行培养。研究生入学一个月内，在导师指导下制定个人培养计划，培养计划应在科教处及研究生院备案。

(四) 专业学位硕士研究生按照《河北省住院医师规范化培训内容与标准》参加住院医师规范化培训，由我院住院医师规范化培训办公室负责组织实施，学术学位硕士研究生由导师制定学生轮转计划。

二、研究生的权利

(一) 参加学校教学计划安排的各项教学活动，使用医院的图书馆及实验室等教学资源。

(二) 参加社会服务，勤工助学及医院组织的各项活动。

(三) 在思想品德，学业成绩等方面获得公正评价。

(四) 研究生在院期间发表的论文，指导教师作为通讯作者的按我院《科技奖励办法》予以报销和奖励。

(五) 法律、法规规定的其他权利。

三、学生在院期间依法履行下列义务

(一) 遵守宪法、法律、法规和医院的规章制度。



(二) 遵守学院及医院的各项管理规定，对于违反医院有关规定的研究生，科教处有权取消研究生当月的生活补助。

(三) 努力学习，按《承德医学院临床医学硕士研究生培养方案（试行）》完成规定学业。

(四) 遵守学生行为规范，尊敬师长，养成良好的思想品德和行为习惯。

(五) 法律、法规规定的其他义务。

四、研究生请销假制度

(一) 研究生在按时完成培养计划的前提下，应参加我院统一组织的各项活动，因故不能参加者，必须请假，未请假或者请假未批准擅自不参加者，按旷课处理。

(二) 研究生请假审批办法如下：学生离开医院必须履行书面请假手续，详细说明请假原因，病假要有诊断书。请假同学从科教处领取请假审批表并如实填写各项，经逐级审批同意并签字登记后方可离开。学生请假期间要保证通讯工具畅通，老师能够随时与之取得联系。请假3天（含3天）以内，由导师签字，所在科室主任批准，科教处批准备案；请假3天以上1周以内者，经导师、所在科室主任签字，科教处批准，报学校研究生院备案；请假1周以上2周以内者，经导师、所在科室主任签字，科教处审核，主管院长批准，报学校研究生院备案；请假2周以上，经导师、所在科室主任签字，科教处审核盖章，主管院长同意，报学校主管院长批准。未经请假或请假未获同意擅自离开医院以及超过请假期限未续假者，一律按旷课论。学生因患有急（重）病或紧急情况，可由其他学生代办请假和事后补假。其他情况不得代办补假和请假，否则视为旷课。每月请假累计超过2周者，免发当月生活补助。

(三) 研究生请假期满后3个工作日内到科教处销假，确有特殊原因需续假者，应重新办理请假手续。

(四) 一学期病、事假连续或累计超过6周者，应办理休学手续。

(五) 在每月5日以前，由研究生当月所在科室住培秘书汇总，向科教处上报在科研究生日常考勤结果。对隐瞒实情者，视情况追究有关人员的责任。

(六) 节假日外出者，须向导师说明去向并按时返校，不能如期返校者，必须办理请假手续，否则按旷课处理。

(七) 对旷课研究生，有关部门有权责令其写出书面检讨，并按《承德医学院研究生学籍管理规定》和《承德医学院研究生违纪处分条例》中的有关条款进行处理。

(八) 凡不按规定执行者，发生问题，后果自负。

五、研究生待遇以及课题经费的使用

(一)生活补助发放标准。专业学位硕士研究生：第1年：600元/月；第2年：800元/月；第3年：1000元/月。学术学位硕士研究生：600元/月。以上补助以月度为单位核发。

(二)夜班费：专业学位硕士研究生夜班费发放标准参照《承德市中心医院住院医师规范化培训管理暂行规定》执行，由医务处以月度为单位核发。

(三)根据国家和学校规定并结合我院实际情况，研究生用于课题研究的经费开支标准为5000元/生。主要用于从事课题研究所需要的费用，如：实验费，文献检索费等。此课题经费由科教处统一管理，研究生填写申请表，经导师及科教处审核、主管院长签字后到财务处报销。

(四)研究生进入医院后在月票报销、工作服发放、生病住院期间的免费营养餐方面享受与本院职工同等待遇，费用由医院列支。

六、附则

(一)此管理细则自发布之日起执行，与其他文件相抵触的按本细则执行。

(二)其他未尽事宜按照《承德医学院研究生手册》相关规定执行。

文件名称	研究生指导教师管理细则				
文件编号	A10-ZD-032-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

研究生指导教师管理细则

为完善我院研究生指导教师队伍建设和管理，保证研究生教学质量，根据《承德医学院研究生手册》、《承德医学院临床医学硕士研究生培养方案（试行）》相关规定制定本管理细则。

一、研究生指导教师的职责

1. 研究生指导教师应热爱教育事业，熟悉并执行学院培养研究生的各项规定，以身作则，为人师表，有高度的责任感。

2. 研究生导师是研究生教育的第一负责人，负有对研究生的思想动态、生活情况和学习进步等各个方面进行指导的责任。

3. 根据本专业的培养方案和研究生的具体情况，与导师指导小组成员制订研究生个人培养计划，安排和指导好研究生的课程学习、教学或临床能力培养、课题研究、学位论文工作等培养环节。

4. 根据研究生的学科专业、研究方向制定专业基础及专业课的学习计划，应规定必读书籍和文献，并对研究生的学习、工作定期检查、指导（ ≥ 2 次/月），以检查研究生的政治思想、道德品质、业务学习等情况，及时给予帮助，使其在德、智、体诸方面健康成长，做到教书育人。

5. 指导研究生选好科研课题和制定具体研究方案，在研究过程中随时把握研究方向和掌握课题进度，定期检查研究结果。

6. 对研究生撰写的学位论文进行严格的审核，保证论文的水平，并实事求是地做出学术评价。

7. 严格对研究生的各项考核，注意发现并积极培养优秀人才，认真执行研究生的筛选考核制度，在学年鉴定和毕业鉴定时提出实事求是的评定和处理意见。

8. 合理安排和审批研究生课题经费，提供必要的科研经费。

二、研究生指导教师的权利

1. 医院为导师创造条件，积极支持研究生导师进行短期访问、讲学，进行合作研究或参加国内外学术会议。

2. 鼓励和支持研究生导师及其研究生在国内外重要学术刊物上发表学术论文。

3. 硕士研究生导师津贴：核发标准：3000 元 / 生 / 年。核发方式：以学年为单位核发，如专硕学生未按上级卫生计生及教育部门规定期限（33 个月）取得毕业证、学位证、执业医师资格证及住培合格证（以下简称四证），免发第 3 学年导师津贴（以专硕学生个人数为单位计算）。

三、研究生指导教师的考核和管理

1. 研究生导师实行动态管理制度。我院每年对在任导师的教学科研情况，研究生培养和学位论文质量情况进行检查评估；学院每年对导师考核评估一次，对认真履行导师职责，在研究生培养，学位与学科建设等方面取得显著成绩的研究生导师，给予表彰奖励；对不能履行职责，难以保证硕士生培养质量的，给予暂停指导直至取消研究生导师资格的处理。

2. 从本院调离的导师取消其导师资格。

此管理细则自发布之日起执行，与其他文件相抵触者按本细则执行。未尽事宜，按照《承德医学院研究生手册》相关规定执行。

文件名称	临床医学硕士研究生培养经费使用管理制度				
文件编号	A10-ZD-033-01		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2021年12月

临床医学硕士研究生培养经费使用管理制度

为规范我院临床医学研究生培养经费的使用和管理，确保专款专用，结合我院实际情况，制定本管理制度。

一、专硕研究生培养经费

专硕研究生培养经费是指纳入学校年度财务预算，并用于研究生培养的专项经费。由承德医学院按当年下科室研究生人数划拨，标准为每生 10000 元。

二、专硕研究生培养专项经费的使用范围

（一）课题经费报销：5000 元 / 3 年·研究生

1. 该费用主要用于从事课题研究所需要的费用，如：实验费、文献检索费、论文版面费等；
2. 此课题经费由科教处统一管理，研究生填写申请表，经导师及科教处审核、主管院长签字后到财务处报销。

（二）研究生培养、管理经费

1. 组织全院性研究生学术讲座、研究生导师培训等学术活动费，学术活动院内专家讲课不超过 200 元 / 每人次；院外专家国际专家授课费不超过 5000 元 / 每人次，国家级、省级专业学会主委、副主委不超过 3000 元 / 每人次，同行业知名专家不超过 2000 元 / 每人次；
2. 组织全院性研究生技能竞赛或其他研究生竞赛费用，各项竞赛培训专家、评委、工作人员劳务费不超过 200 元 / 每人次，竞赛优秀表彰各等级奖励每生最高不超过 500 元 / 每次；
3. 研究生复试专家及相关人员劳务费，不超过每日 200 元 / 每人次；研究生各项考核出题、监考劳务费，每场考试不超过 200 元 / 每人次；
4. 研究生教育相关的会务费、会议费、专家评审费、差旅费等；
5. 研究生参加学术会议并进行会议发言、学术报告的，给予报销车票、住宿费及会务费，参照医院职工执行报销及补助标准执行；

6. 研究生及带队教师外出参加研究生相关比赛的会务费、差旅费等；
7. 研究生教育教学必需的仪器设备补充及管理软件购买。

三、附则

1. 本制度自发布之日起实施。
2. 本制度由科教处负责解释。

文件名称	继续医学教育管理制度				
文件编号	A10-ZD-034-03		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2020年8月

继续医学教育管理制度

一、根据《河北省卫生专业技术人员继续医学教育实施办法》制定本工作制度。

二、在院长领导下，由一名业务副院长分管继续医学教育工作，继教办为办事机构，设专人负责继续医学教育工作的实施与管理。各科室设专人负责此项工作，以保证继续医学教育工作计划组织实施。

三、做好继续医学教育学分的登记管理工作。

四、配合医务处、护理部等部门做好院内学术讲座的学分发放工作。

五、继教办定期检查各科室科内学习和自学计划的落实情况。

六、建立继续医学教育学分登记制度，由继教办负责记载参教情况、学分统计、考核验证及档案管理工作。

七、继教办每月对科室进行一次质量检查，及时总结反馈有关情况，不断提高工作质量，发现问题及时解决处理。

八、卫生技术人员接受继续医学教育的基本情况，作为年度考核重要内容，作为聘任、技术职务晋升和执业医师、护师再注册的必备条件之一。

文件名称	继续医学教育学分授予实施细则				
文件编号	A10-ZD-035-03		发布部门	科教处	
审核人	马志红	批准人	郭靖涛	生效日期	2020年8月

继续医学教育学分授予实施细则

第一条 根据原卫生部、人事部《继续医学教育规定(试行)》，全国继续医学教育委员会《继续医学教育学分授予与管理办法》，省人事厅《河北省专业技术人员继续教育证书等级管理办法》、《关于加强全省专业技术人员继续教育证书等级管理的通知》和原省卫生厅、人事厅《河北省卫生专业技术人员继续医学教育实施办法》制定本实施细则。

第二条 学分分类：

按照继续医学教育活动，学分分为Ⅰ类学分和Ⅱ类学分两类。

一、Ⅰ类学分类：

(一) 国家级继续医学教育项目

(二) 省级继续医学教育项目

参加以上继续医学教育活动可授予Ⅰ类学分，以上两种项目均包含现代远程继续医学教育项目。

二、Ⅱ类学分类：

自学笔记全国继续医学教育委员会和省继续医学教育委员会指定并经一组织考核的学习项目，市级继续医学教育项目，外出进修、发表学术论文、科研项目、出版医学著作、单位和科室组织的学术活动等其他形式的继续医学教育活动授予Ⅱ类学分

第三条 学分授予标准：

一、Ⅰ类学分计算方法：

(一) 参加国家级、省级继续医学教育项目活动，参加者经考核合格授予学分，每个项目所受学分不超过10学分。

(二) 国家级、省级远程继续医学教育项目按批准的学分数授予学分，每个项目所授学分最多不超过5学分。



(三) 省、市级学会举办的学术年会，每次授予省级 I 类学分不超过 3 学分。

二、II 类学分计算方法：

(一) 参加本院组织的讲座、每次授予主讲人 1 学分，参加者 0.5 学分

(二) 凡自学与本学科专业有关的知识，应先突出自学计划，经本科室领导同意后执行，每 2000 字授予 1 学分，每年最多不超过 5 学分。

(三) 经单位批准，到上一级医疗单位进修（含出国培修，经考核合格者每月授予 2 学分。进修 6 个月以上经考核合格者视为完成当年 25 学分（不区别 I、II 类学分）。

(四) 论文

在刊物上发表论著和综述，按以下类别计算学分：

第一作者 --- 第三作者（余类推）

国外刊物 10--8 学分

具有国际标准刊号（ISSN）或国内统一刊号（CN）的

国家级刊物 6 - 4 学分

省级刊物 5 - 3 学分

地（市）级以下刊物 4 - 2 学分

内部刊物 3 - 1 学分

(五) 科研项目

已批准的科研项目，在立项当年按以下标准授予学分：

课题类别 课题组成员排序（余类推）

1 2 3 4 5 6 7

国家级课题 10 9 8 7 6 5 4 学分

省、部级课题 8 7 6 5 4 3 2 学分

市、厅级课题 6 5 4 3 2 1 1 学分

(六) 出版医学著作，每编写 1000 字授予 1 学分

(七) 由医务处及护理部组织的学术报告、专题讲座、技术操作示教、手术示范、新技术推广、临床病理讨论、多科室组织的案例讨论会、大查房、合理用药点评等，每次主讲人可授予 1 学分，参加者授予 0.5 学分。

(八) 针对国内或省内出现的突发事件，进行有针对性的全员培训，每次主讲人授予 1

学分，参加者授予 0.5 学分。

第四条 学分要求：

卫生专业技术人员参加继续医学教育每年至少应当完成 25 学分，所获 I、II 类学分按单位的级别和专业分类要求，两类学分不可以互相替代。

学分分类要求如下：

（一）医、技、药、预防保健等专业技术人员

每年至少完成 I 类学分 10 学分，II 类学分 15 学分。

（二）护理专业技术人员（含护士）

每年至少完成 I 类学分 8 学分 II 类学分 17 学分。

（三）其他：

产假人员每年完成继续医学教育学分 12 分（不区别 I、II 类学分）。

第五条 年度内不完成继教学分者，将影响职称晋升，岗位聘任，年度考核（不允许评优秀）及执业注册。

文件名称	住院医师规范化培训管理制度				
文件编号	A05-ZD-167-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

住院医师规范化培训管理制度

为做好住院医师规范化培训工作，根据国家原卫生计生委等七部委联合下发的《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》（国卫科教发[2013]56号）、河北省原卫生计生委等七部门联合印发的《关于建立住院医师规范化培训制度的实施意见》（冀卫发[2014]30号）和原国家卫生计生委《住院医师规范化培训内容与标准（试行）》相关要求，结合我院实际，特制定本管理制度。

一、培训基地

我院住院医师规范化培训基地，是经国家认定的国家级住院医师规范化培训基地（以下简称“住培基地”）。

（一）我院住培基地实行医院住培管理委员会、住培管理办公室（医务处）、专业基地、亚专业基地（轮转科室）四级组织管理架构。

（二）医院各相关管理部门应积极配合支持住院医师培训工作；住培管理办公室负责医院住院医师培训工作的组织管理、培训实施、督导检查 and 协调工作。

二、培训对象

培训对象是医学院校毕业后，取得本科以上（含本科）学历的临床医师。

住院医师分为四类：一类是本院职工，二类是从基层和外单位选送的委培住院医师，三类是社会化招生的住院医师，四类是专硕研究生。

三、培训目标

培养具有良好职业素养与专业能力，能为病人提供富有人道主义医疗服务，成为能独立、规范地承担本专业常见多发疾病诊疗工作的临床医师。主要体现在以下六大核心胜任力。

（一）职业素养

爱党爱国，恪守救死扶伤、守护健康的职业宗旨，秉承人道主义的职业原则；热爱医

学事业，保持身心健康，遵守法律与行业规范，自尊自爱，真诚守信。

富有同情心、责任感与利他主义精神，履行“以病人为中心”的行医理念，尊重和维护病人权益，保护病人隐私；能够在医疗实践过程中发现存在的问题并上报，协助开展改善工作。

（二）专业能力

具备基础生物学、临床医学、公共卫生以及人文法律等相关知识，并能运用于医疗实践过程。了解国家医疗卫生服务体系、医疗保障体系和医学教育体系，了解医药卫生体制改革的基本情况和最新进展。

能够运用接诊技巧收集病人的病情信息，并能将各类信息整合与归纳成为临床思维与决策的依据；通过完成一定数量的常见病和多发病案例的诊治与操作的训练，掌握本专业要求的操作技能，基本具备本专业独立行医的能力。

能够应用循证医学原理，对临床病例信息进行综合分析；通过学习专业指南和案例反复练习，掌握临床推理的方法，形成准确的临床判断；能够遵循最佳证据，结合临床经验及病人需求，进行权衡、选择及实施合理的临床诊治决策。

（三）病人管理

具备细致观察病人病情变化的良好习惯；以保障病人医疗安全为核心，合理安排病情处置的优先次序；能恰当运用专业能力，制定个体化的病人诊疗方案，提供有效适宜的医疗保健服务。

（四）沟通合作

能够运用医患沟通的原则与方法，展示恰当的同理心，建立互信和谐的医患关系，通过与病人的接触，培养富有人文情怀的临床沟通能力。能够有技巧地获取病人的病情信息或向病人（家属）传达负面病情；尊重与考虑病人（家属）的个体需求，通过充分沟通实现医患共同决策。

能够在医疗团队中，通过口头或书面的方式与同事保持及时有效的沟通与合作；学会协调与利用各种可及的医疗资源，解决临床实际问题。

（五）教学能力

具有教学意识，熟悉常用的临床教学方法，能够参与指导医学生、低年资住院医师以及其他医务人员，共同提升医学知识、专业技能与职业素养。能够围绕临床工作，针对医疗团队及相关专业人员，逐步培养跨专业教学的能力。

具有健康促进的意识，认识到在医疗实践中对公众开展医学科普教育的重要性，能够运用医学科普的技巧，对病人进行个体化的健康行为指导。

（六）学习提升

具有自主学习和终身学习的观念，能够熟练运用各类在线学术资源，不断自我自评，主动学习，持续追踪现代医学进展，更新医学知识和理念。在医疗实践中不断提高专业能力，加强外语学习；建立职业发展规划，不断分析不足，不断自我完善。结合临床问题与需求适当开展或参与科学研究工作。

四、培训内容

住院医师规范化培训内容以提高临床规范的诊疗能力为重点，分专业实施，在培训过程中应注重以住院医师发展为中心，聚焦六大核心胜任力，在上级医师的指导下，在临床实践中学习并掌握如下内容：

（一）通识内容（含公共课程）

培训对象应掌握相关卫生健康法律法规和相关规章制度，公共卫生相关的理论知识和实践原则，具备公共卫生及全民健康理念；熟练掌握重点和区域性传染病防控与诊疗、院内感染控制等相关基本知识和技能；了解我国基本医疗卫生服务体系及医药卫生体制改革相关政策与进展；提升突发公共卫生事件应急处置能力。

掌握医学人文、医学伦理、舒缓医学、人际沟通等基本理论和常用技巧；熟练掌握临床接诊、临床思维与决策、临床合理用血、抗生素及常用药物的合理使用、麻醉镇痛药物的合理使用等合作知识与技能，并能运用到医疗卫生实践工作中，提升病人管理及沟通合作能力。

规范书写临床病历，能及时准确记录与归纳病情变化，培养良好的书面沟通能力，展现清晰的临床思维与决策。每轮转一个临床科室，必须完成住院大病历 3 份。

具备循证医学理念，了解临床教学和临床科研方法，提升个人综合能力，为终身学习和职业发展奠定扎实的基础。

（二）专业内容（含专业课程）

专业内容学习应以临床需求为导向，主要学习本专业及相关专业的临床医学知识和技能，并将知识技能融会贯通于临床实践培训的全过程。

专业知识包括本专业和相关专业的常见病和多发病的病因、发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、处理方法和临床路径等。

专业技能包括本专业相关的基本技能和本专业常见危重症的评估和紧急抢救的技能，能够熟练完成徒手心肺复苏并正确使用除颤设备。

五、培训年限与方式

（一）培训年限

住院医师规范化培训年限一般为3年（即36个月）。全日制临床医学、口腔医学硕士专业学位研究生按照住院医师规范化培训有关要求进行临床实践能力培养的，其临床实践能力训练实际时间应不少于33个月。培训时间的减免、延长或退出培训等情况，按照国家相关规定执行。

（二）培训方式

1. 住院医师在住院医师规范化培训基地完成培训任务。培训主要采取在本专业和相关专业科室轮转的方式进行。住院医师应及时、详实、准确地记录临床培训过程中实际完成的培训内容，认真如实填写《住院医师规范化培训登记手册》（包括手机端电子手册）。

2. 围绕六大核心胜任力要求，按“分年度或分阶段递进”的原则，进行临床实践、理论学习和教学活动等，切实保证住院医师在本专业和相关专业科室按照本专业培训细则要求完成轮转并达到培训要求。

3. 临床实践应以床旁管理病人和（或）门诊实践为主；理论学习可以采取集中面授、远程教学和有计划地自学等方式进行；教学活动可采用教学查房、门诊教学、临床小讲课、教学病例讨论及模拟教学等多种形式进行。

六、培训考核

培训考核包括过程考核和结业考核。过程考核主要包括日常考核、出科考核、年度考核和年度业务水平测试。考核内容应涵盖医德医风、职业素养、出勤情况、理论知识、临床实践能力、培训内容完成情况、参与教学和业务学习等，注重全面系统评价住院医师的核心胜任力。考核形式可采取适合培训基地开展的理论考核和临床实践能力考核等形式进行。

过程考核合格并通过国家医师资格考试的，方可参加住院医师规范化培训结业考核。结业考核包含理论考核和临床实践能力考核，两者均合格者方可获得国家卫生健康委员会监制的《住院医师规范化培训合格证书》。

七、其他

各专业基地应遵循本总则的要求，按照相应专业培训细则负责实施工作。

文件名称	住院医师规范化培训专业基地管理制度				
文件编号	A05-ZD-168-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

住院医师规范化培训专业基地管理制度

一、专业基地主任为专业基地住培工作第一责任人，在医院住培管理委员会的领导下开展本专业住培管理工作，并不断完善专业基地的制度建设。

二、专业基地秘书协助专业基地主任开展住培管理工作。

三、专业基地教学小组是住培工作实施的主体，亚专业基地（轮转科室）教学小组是住培工作实施的基本单位，根据《住院医师规范化培训内容与标准》制定相应的培训方案。

四、每年至少召开二次专业基地住培教学工作会议，组织各亚专业基地（轮转科室）教学主任及教学秘书讨论住培教学改进方法；协调解决住院医师规范化培训过程中遇到的各类问题。

五、专业基地应加强师资队伍建设，严格按照规定选派符合条件的师资作为指导老师，对住院医师进行培训指导。每年应组织住院医师对指导老师进行评价，对不称职者进行调换，并影响其奖金和专业技术职称的评定。

六、专业基地应为住院医师培训提供必备的基本条件，包括门急诊量、收治病种和病例数；应保证住院医师的管理床位数满足培训要求；为住院医师技能操作或手术操作提供机会，以达到《住院医师规范化培训内容与标准》的要求。

七、负责制定每年度住院医师规范化培训工作计划，年终有工作总结；并按年度计划开展各项培训与教学活动，保证培训质量。

八、专业基地应达到《住院医师规范化培训基地认定标准》的要求，完成《住院医师规范化培训内容与标准》规定的培训任务，包括加强住院医师职业道德教育和综合能力培养，建立完善的培训体系，加强过程管理，组织入科教育、高水平的教学查房、病例讨论、小讲课等，使其临床能力全面提高。

九、对亚专业基地（轮转科室）的出科考核进行管理和督导，对不及格者及时进行补考。

十、应定期组织相关人员对各亚专业基地（轮转科室）的教学活动进行督导检查。

十一、做好专业基地档案资料的整理和保存工作。

文件名称	住院医师规范化培训带教医师管理制度				
文件编号	A05-ZD-169-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

住院医师规范化培训带教医师管理制度

为加强医院住院医师规范化培训带教医师（以下简称“带教医师”）管理与师资队伍建设，特制定本制度。

带教医师实行培训基地、专业基地两级管理，各专业基地按培训基地要求做好带教医师的遴选和推荐工作，培训基地负责师资聘任、培训工作。由带教医师本人申请，经专业基地遴选及专业考核，推荐参加住培办统一组织的带教医师住培相关政策、制度考核，考核合格后医院住培管理委员会审核批准，颁发《住院医师规范化培训带教医师上岗证》，方可聘为带教医师。

一、带教医师的条件和职责

（一）带教医师是住院医师规范化培训工作的主要执行者，应具备以下基本条件：

1. 遵纪守法，具有良好的职业道德，治学态度严谨，能以身作则、为人师表，热衷医学人才培养。
2. 熟悉住院医师规范化培训相关政策制度和培训标准，能依据培训要求认真履行带教医师职责。
3. 熟悉本专业系统的理论知识，具有丰富的临床工作经验，能规范、熟练地进行本专业技能操作，具有较强的教学意识和带教能力。
4. 具有大学本科及以上学历并任职主治医师专业技术职务3年以上，或具有大学专科学历并取得副主任医师及以上职称（其中基层实践基地的全科医师规范化培训带教医师可为大学专科学历并取得主治医师及以上职称）。
5. 参加过院级或省市级或国家级组织的师资培训，并通过师资能力水平考核取得相应的合格证书。
6. 有较丰富的教学经验，能为住院医师讲授专业课及本专业国内外最新发展动态，能指

导其撰写论文或综述。

（二）带教医师应履行以下职责：

1. 督促住院医师遵守医疗法律法规，严格执行基地的各项规章制度。
2. 对住院医师的临床实践和品德修养进行全面指导，培养住院医师的责任意识、质量意识和服务意识，将医德医风和人文素质的培养贯穿于培训过程的始终。
3. 按照住院医师规范化培训细则的要求和基地制定的培训计划开展临床带教工作，督促住院医师参加相关培训活动。
4. 指导住院医师依据诊疗规范开展诊疗活动，注重临床技能的培训，定期审核住院医师的培训记录，检查各项培训指标完成情况（包括手机端电子手册）。
5. 客观地对住院医师进行评价，按基地统一安排完成住院医师轮转出科考核，及时填写住院医师培训考核手册，发现问题及时反馈给住院医师，并上报基地和培训主管部门。
6. 根据带教医师岗位职责，按照要求参加师资培训及相关学习，不断提高人文素养，提升医疗、教学和研究能力。

二、带教医师的遴选和聘任

带教医师实行聘任制，按照以下程序聘任：

（一）申请和遴选

拟申请担任带教医师的人员填写《承德市中心医院住院医师规范化培训带教医师申请表》（见附件1），由其所在科室提交至专业基地，各专业基地进行遴选，再上报至住培管理办公室和住培管理委员会。

（二）培训与考核

带教医师须参加医院培训基地统一组织的师资培训，培训内容包括：国家住院医师规范化培训相关政策文件、住院医师规范化培训内容与标准、师资条件与职责要求等内容。培训结束后经过相关考核。

（三）聘任及备案

对通过审核且完成岗前培训和考评合格者，医院住培管理委员会审核批准，颁发《住院医师规范化培训带教医师上岗证》后，才能聘为带教医师。带教医师资格作为指导住院医师培训和承担住院医师规范化培训各级各类考试考核任务的必备条件之一。培训基地应将带教医师聘任相关信息由医院管理部门备案。

三、带教医师培训

(一) 培训基地应制定师资培训制度，每年统一组织开展年度院级师资培训，带教医师每年参加院级培训率达到100%，培训内容包括国家和省市及医院相关制度文件和政策法规、教育理念、教学管理、教学方法、带教基本功、临床技能等。培训时可聘请培训专家，分期分批、分层分类有序开展培训工作。

(二) 专业基地和亚专业基地（轮转科室）应根据本基地带教医师的实际情况，组织开展专业和科室师资培训，内容包括提升本基地带教医师教学能力的各类专项培训等。培训工作可依托培训基地实施，也可发挥轮转科室作用。

(三) 带教医师应按要求参加国家级、省市级师资培训；近3年内，每个专业基地负责人或秘书，至少1名以上参加国家级师资培训；近3年内，每个轮转科室至少1名以上骨干教师经过省级及以上的师资培训。

四、带教医师管理

(一) 培训基地应按照《基地认定标准》中的相关规定安排带教医师从事住院医师带教工作，以保证带教医师的带教时间。带教医师与在培住院医师比例不低于1：2。

(二) 带教医师应严格按照《住院医师规范化培训标准和要求》和基地制定的培训计划开展各项培训活动和考核工作，不得随意调整培训计划和培训内容。

(三) 带教医师应及时检查住院医师的医疗文书书写情况，及时批阅并修改住院医师手写病历，定期审核住院医师的培训记录（包括手机端电子手册），指导住院医师严格落实医疗核心制度，指导和督促住院医师参加各项医疗实践活动、病例讨论以及相关的学术活动。

(四) 带教医师应密切关注住院医师的思想动态、学习、工作和生活，注重培养住院医师的责任意识和服务意识，强化住院医师岗位胜任力的训练。

(五) 培训基地要建立医院带教医师库，负责完成培训、聘任和备案工作，并对专业基地带教医师进行动态管理。

(六) 培训基地可委托教学督导专家定期检查和评估专业基地对带教医师的管理情况，并将评估结果纳入教学绩效考核工作。

五、带教医师的保障和奖惩

(一) 带教医师承担住院医师带教任务享有带教补贴，对于按照规定承担并圆满完成住院医师带教任务的带教医师，由培训基地根据教学绩效考核情况负责发放。

(二) 带教医师带教工作情况纳入教学绩效考核范围, 对于在培训过程中表现突出的带教医师, 培训基地将在评优、职称晋升、绩效奖励等方面应给予优先考虑。

(三) 培训基地每年对培训工作管理规范、培训质量优良、有创新特色的专业基地和培训管理人员(基地主任、教学秘书、带教医师)进行表彰。

(四) 对于存在培训管理混乱、未按培训细则开展培训、编造虚假培训记录、出具虚假考试考核成绩、带教医师带教质量不达标等情况的专业基地, 培训基地可视情节轻重, 给予通报批评、责令限期整改、暂停发放带教补贴等处理。

(五) 对于未完成带教任务、教学能力培训不达标、考评与教学绩效考核不合格、发生有违师德行为或违反相关规定的带教医师, 应予以批评教育。有下列情况的, 培训基地应予以解聘, 不再具备带教医师资格:

1. 因工作变动, 不再从事相应带教工作的;
2. 依法被追究刑事责任的;
3. 在工作中弄虚作假、徇私舞弊或因任何形式的工作失职被予以处罚的;
4. 在工作中违反国家相关规定, 情节严重的;
5. 近两年内既未带教住培医师, 也未参与任何住培教学活动的;
6. 本人要求解除聘任的。

六、附则

本制度解释权属医院住培管理委员会, 未尽事宜由住培管理办公室(医务处)负责解释。

附件 1: 《承德市中心医院住院医师规范化培训带教师资申请表》

2: 《承德市中心医院住院医师规范化培训带教师资退出申请表》



附件 1:

承德市中心医院 住院医师规范化培训（带教师资）申请表

姓名		性别		出生年月	
学历		专业技术职称		任现职称开始年月	
申报带教专业			教师资格证 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
联系方式			是否有过 带教经历 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否参加过院级 师资培训 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			是否参加过省级 以上师资培训 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
带教经历					
是否发生过教学事故				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
教学奖罚					
申请人签字:			申请日期:		
科室考核结果					
科室意见			科主任签字:	日期	
专业基地意见			专业基地主任签字:	日期	
住培办意见			签字:	日期	

附件 2:

承德市中心医院 住院医师规范化培训带教师资退出申请表

姓名		性别		出生年月	
申请退出专业			申请退出时间		
退出原因					
是否发生过教学事故				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
科室意见	科主任签字: 日期				
专业基地意见	专业基地主任签字: 日期				
住培办意见	签字: 日期				

文件名称	住院医师规范化培训考核管理规定				
文件编号	A05-ZD-170-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

住院医师规范化培训考核管理规定

以国家卫生健康委等七部委关于住院医师规范化培训（以下简称“住培”）工作的相关要求为指导，为体现我院住培“质量是核心，制度是保障，学员是主体，师资是关键”的管理理念，形成以师资水平的不断提升促进住培教学质量持续改进的长效机制，提升国家级住培基地内涵质量，培养具备“临床思维能力、专科技术能力、团队协作能力、医患沟通能力”的同质化医学人才，并结合我院工作实际，特制定本管理规定。

一、考核分类

根据各级卫生行政部门关于住培考核要求，住培考核分为：日常考核、出科考核、执业医师资格考试、年度考核及结业考核等。

二、考核管理要点

（一）日常考核。

1. 责任主体：各亚专业基地（轮转科室）内带教医师具体负责组织实施。
2. 考核内容：包括医德医风、病历书写、考勤登记、学习病例数、学习操作 / 手术例数、医护合作、业务学习、住培登记和考核手册填写（包括手机端电子手册）等。

（二）出科考核。

1. 责任主体：

（1）各亚专业基地（轮转科室）教学秘书具体负责组织实施，并将考试资料存档。内容包括：理论考核出题、技能考核组织、病历书写考核、病例分析考核等。

（2）住培办负责统一安排出科理论考试时间、场地、监考事务并监督各亚专业基地出科考核。

2. 考核流程：

（1）出科考核申请：每次轮转出科前1周，住培学员向带教医师递交“承德市中心医

院住院医师规范化培训出科考核申请表”（见附件 1）或提交电子出科申请。带教医师在住培学员出科前剩余的时间及时安排其学习尚未掌握的病例病种及操作手术，提高轮转培训质量。科室同意申报后，教学秘书组织实施。

（2）考核完毕后，科室组织认真阅卷评分，结果的评定必须有客观依据和考核小组成员的签名。

（3）所有出科考核的原始材料（病历复印件、理论试卷、病例分析及临床操作的评分等）均应在轮转科室存档。

3. 考核内容：

申请出科考核的前提条件：完成轮转计划并规范填写《住院医师规范化培训考核与登记手册》（或者住培管理软件学员端电子登记手册）、《住院医师规范化培训入院记录书写记录》；医德医风良好、出勤情况良好。

临床综合能力考核（总分 100 分）

（1）理论考核：时长 60-100 分钟，卷面满分 100 分。（占总分 30%）。由科室出题、判卷，由住培办统一组织考务。

（2）病史采集：卷面满分 100 分（占总分 10%）。

（3）体格检查：卷面满分 100 分（占总分 10%）。

（4）辅助检查判读：卷面满分 100 分（占总分 10%）。

（5）病例分析考核：卷面满分 100 分（占总分 10%）。

（6）技能操作考核：卷面满分 100 分（占总分 20%）。

（7）手写（或电子）规范化的整份病历（含诊断依据、鉴别诊断、病程记录、会诊记录、阶段小结、出院记录等整份病历）2 份 / 每轮转科室。（占总分 10%）（具体评分见附件 2）。

4. 住培学员出科考核成绩认定：

（1）出现下列情况之一，出科考核认定不合格：

①不满足申请出科考核的前提条件者；

②经核实，有严重违纪事件；

③累计请假时间超过本科室轮转时间的 1/3；

④临床综合能力考核七项中任何一项不合格（单项低于 60 分）。

（2）奖惩：

①出科考核不合格者，扣除其当月绩效补助并参加补考一次；补考仍不合格者，住培办将记录在案，延长其在该科室相应轮转时间，并取消当年度优秀学员评选资格；

②出科考核成绩不合格学员影响其本月带教医师住培补贴发放；

③出科考核成绩优异者，按要求给予奖励。

5.360 度评价：由带教医师、科室护理老师、其他住院医师等人员与住院医师之间相互进行评价打分，并及时反馈给住培办。住培办在汇总后将评教结果上报医院并反馈给科室；或在住培信息管理平台完成“360 评估”内容。

（三）执业医师资格考试。

1. 组织实施：取得执业医师资质是住院医师进行执业行为的前提条件，也是参加住培结业考核的前置条件。按国家有关规定我院统一组织符合条件的住培学员参加医师资格考试，协助其办理执业注册和变更手续。

2. 管理办法：

（1）本专业基地执业医师资格考试通过率，与专业基地、教学主任、教学秘书、导师等教学人员评优、评先、职称晋升及聘任挂钩：若通过率低于 85%，取消该专业基地、教学主任、教学秘书等教学人员当年评优、评先资格，以上人员职称晋升及聘任资格加分依据医院及人事处相关规定执行。

（2）正常管理周期内（33 个月）执业医师资格考试首次不通过者，停发全额绩效补贴，自执业医师资格考试通过后开始恢复发放。

（3）正常管理周期内（33 个月），因未通过执业医师资格考试而不能参加住培结业考核，对于专硕类住培学员按照承德医学院相关管理规定处理；对于社会类和外单位委培学员予以延长培训 1 年处理，在延长培训期间医院停止给学员发放各类补助；对于本单位住培学员，停止发放全额绩效工资。若本单位住培学员执业医师资格考试 3 次仍不通过者，按照人事部门相关规定处理。

（四）年度考核。

年度考核作为住培中重要的阶段性过程考核，对于检验培训基地教学质量、评估学员临床能力具有重要意义。要求培训满 1 年，且考核报名前日常考核、出科考核和中期考核合格的学员才能参加。

1. 理论考核：由住培基地统一组织考试。

第一年度学员（培训满1年的学员）重点考核“三基”（基本理论、基本知识、基本技能）以及医学法律法规、医学人文知识等。

第二、三年度学员（培训满2年或培训已结束尚未参加结业考核的学员）考核内容以专业知识为主，公共知识占一定比例。

2. 临床实践能力考核：由住培基地统一组织考试。

第一年度住培学员侧重于考察接诊患者能力、基本技能操作等临床基本能力。

第二、三年度学员除考察临床基本能力以外，还需考核临床思维与决策能力、专业技能等进阶的临床能力。采用客观结构化临床考试（OSCE）方式进行。

考试的每个考站均通过方可算作临床实践能力考核通过。理论和实践能力考核均通过，方可算作本年度年度考核通过。

3. 管理办法：

（1）年度考核本专业基地住培学员有1人以上（含1人）不合格，取消该专业基地主任及基地秘书等教学人员当年评优、评先资格。

（2）年度考核不通过者，扣发该学员全额绩效补贴2个月；若补考仍不通过，扣发全额绩效补贴1年。

（3）年度考核不通过的学员，将影响所属专业基地主任及基地秘书住培职务补贴发放；影响该专业基地主任及基地秘书的年终考评。

（五）住培结业考试。

结业考核作为住培最重要的终结性考核，是检验培训基地培训质量的重要途径，是检验住院医师综合能力的最后关口，是用来指导住培过程的终结标准。

1. 组织报名：河北省发布当年结业考核实施方案，按方案中的时间节点，我院住培办组织符合报考条件的学员报名参加结业考核。

2. 理论考核准备：由于理论考核为全国统考，考试时间为国家统一规定，考前准备主要以考生自主复习为主。住培办将安排2-4次结业理论模拟考试，掌握考生复习情况，以督促学员备考。对模拟考试成绩不理想的学员重点关注督导，并进行预警沟通，包括向专业基地和学员进行预警，必要时要求专业基地安排一对一辅导老师进行专业知识辅导。

3. 技能考核考前准备：住培办根据考试大纲，有针对性地对考生进行考前强化辅导。

（1）技能中心全天候面向考生开放，考生可根据自己的时间在技能中心训练；



(2) 专项技能强化训练，对各个专业均涉及的考试内容，如病史采集、体格检查、病历书写、心肺复苏和气管插管等内容，住培办组织经验丰富的老师对考生进行指导和训练；

(3) 安排既往参加过结业考核技能考试监考的老师对考试要点、难点、易犯错误及注意事项进行专题辅导；

(4) 安排已通过结业考试的往届考生分享考试经验。

4. 管理办法：

(1) 正常管理周期内（33 个月），未通过住培结业考核（产假、病假等原因导致延期结业除外），对于专硕类住培学员按照承德医学院相关管理规定处理；对于社会类和外单位委培学员予以延长培训 1 年处理，在延长培训期间医院停止给学员发放各类补助；对于本单位住培学员，停止发放全额绩效工资。若本单位住培学员延长培训 1 年后仍不通过者，按照人事部门相关规定处理。

(2) 本专业基地住培学员结业考试通过率，与专业基地、教学主任、教学秘书等教学人员评优、评先、职称晋升及聘任挂钩。若通过率低于 85%，则取消该专业基地、教学主任、教学秘书等教学人员当年评优、评先资格；以上人员职称晋升及聘任资格加分依据医院及人事处相关规定执行。

三、附则

(一) 本规定自下发之日起执行。

(二) 本规定由住培办负责解释。

附件：1. 住院医师规范化培训出科考核申请表

2. 住院医师病历书写评分表

附件 1

承德市中心医院 住院医师规范化培训出科考核申请表

姓名：

轮转科室：

带教医师：

科室指标	完成情况
《住院医师规范化培训登记手册（秘书版）》规范填写或住培管理平台内容规范完成	是 否
病例讨论 \geq 4次/月 \geq 2次/月	
教学查房 \geq 2次/月	
科内小讲座 \geq 4次/月	
专科技能培训 \geq 4次/月	
月度考核合格率 100%	
对住培学员手写病历记录的评分、修改，完成 100%	
学员指标	完成情况
出勤率 \geq 95%	
根据《住院医师规范化培训内容与标准》各专业基地培训目标要求，“基本要求”完成率 \geq 90%	
手写病历记录完成率 100%	
《住院医师规范化培训登记手册（学员版）》规范填写或住培管理平台学员登记手册内容填写率 100%	
病例讨论、教学查房、科内小讲座、专科技能培训、院内培训参加率 100%	
其他情况说明：	
轮转科室意见： 带教医师签字： 教学秘书签字：	
年 月 日	

备注：此表由轮转科室留存。

附件 2

住院医师病历书写评分表

住院医师姓名： 所在科室： 培训基地（医院）：

考核项目	考核内容及评分标准	标准分	得分
一、主诉 (5分)	1. 主要症状有错误	扣 2 分	5
	2. 发病时间有遗漏或错误	扣 1 分	
	3. 主诉叙述不符合要求（如主诉用诊断用语，主诉过于繁琐）	扣 2 分	
二、现病史 (15分)	1. 起病情况及患病时间叙述不清，未说明有无诱因与可能的病因	扣 1-2 分	15
	2. 发病经过顺序不清，条理性差或有遗漏	扣 0.5-1 分	
	3. 主要症状特点未加描述或描述不清	扣 2-3 分	
	4. 伴随症状描述不清	扣 1-2 分	
	5. 有关鉴别的症状或重要的阴性症状描述不清	扣 1-2 分	
	6. 诊疗经过叙述不全面	扣 1-2 分	
	7. 一般状况未叙述	扣 0.5-1 分	
	8. 现病史与主诉内容不一致	扣 1-2 分	
三、其他病史 (5分)	1. 项目有遗漏	扣 1-3 分	5
	2. 有关阴性病史未提及	扣 1 分	
	3. 顺序错误	扣 1 分	
四、体格检查 (10分)	1. 项目有遗漏	扣 1-2 分	10
	2. 顺序错误	扣 1 分	
	3. 结果错误	扣 1-2 分	
	4. 重要体征特点描述不全或不确切	扣 1-2 分	
	5. 专科情况描述不全或不确切	扣 2-3 分	
五、辅助检查 (5分)	血尿便常规、重要化验、X 射线、心电图、B 超等相关检查遗漏或描述不正确	每项扣 1 分	5

考核项目	考核内容及评分标准	标准分	得分
六、诊断 (10分)	1. 主要诊断及主要并发症有错误或遗漏、诊断不规范(如甲亢、风心病等)	扣 2-5 分	10
	2. 次要诊断遗漏或有错误、不规范	扣 1-3 分	
	3. 诊断主次顺序错误	扣 1-2 分	
七、首次病程 日志病例特点 (5分)	1. 内容有遗漏	遗漏 1 项 扣 0.5 分	5
	2. 条理性差(未逐条写出,叙述过繁)	扣 1-2 分	
	3. 顺序错误(一般项目、症状、体征、辅助检查)	扣 1-2 分	
八、诊断分析 (10分)	1. 诊断依据不足	扣 1-2 分	10
	2. 未作必要的鉴别诊断、缺少鉴别的依据或方法	扣 2-4 分	
	3. 仅罗列书本内容缺少对本病例实际情况的具体分析与联系	扣 2-4 分	
九、诊疗计划 (5分)	1. 有错误、有遗漏	扣 2-3 分	5
	2. 针对性差	扣 1-2 分	
十、病程记录 (15分)	1. 病程记录不及时、入院后 3 天无病程记录,长期住院病人超过一周无病程记录	扣 1-2 分	15
	2. 病程记录不能反映三级查房的意见	扣 1-2 分	
	3. 病程不能反映病情变化、无病情分析、对重要化验及其他辅助检查结果无分析评价、未记录病情变化后治疗措施变更的理由	扣 1-2 分	
	4. 危重症病例无抢救记录或记录不及时、不准确	扣 1-2 分	
	5. 长期住院病人无阶段小结,无交接班记录	扣 1-2 分	
	6. 会诊记录单及各种记录检查单填写有缺项(姓名、病历号、日期、诊断、签名等)	扣 0.5-2 分	
十一、提问 (15分)	结合本病例提 3 个问题		15
	1. 问题 1	扣 2-5 分	
	2. 问题 2	扣 2-5 分	
	3. 问题 3	扣 2-5 分	
合计			100

专家签字: _____ 年 月 日

备注: 此表由轮转科室留存。

文件名称	住院医师规范化培训学员考勤管理规定				
文件编号	A05-ZD-171-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

住院医师规范化培训学员考勤管理规定

为加强住院医师考勤管理，保证培训工作的顺利进行，根据国家《住院医师规范化培训内容与标准》等相关文件规定，特制定本管理规定。

一、基本要求

凡进入基地培训的住院医师必须遵守以下规定：坚守岗位，履行工作职责，按时上、下班，不迟到，不早退，不无故缺勤。

（一）在班人员不得擅自离岗，值班人员按规定时间交接班。

（二）轮转医师严格按各专业基地安排的轮转计划进行临床轮转，不得擅自更改，有特殊情况与专业基地主任或教学秘书进行协商。

（三）住院医师若屡次出现无故缺勤，视情节轻重，对住院医师进行批评教育、通报处理或取消培训资格。

（四）各专业基地和亚专业基地（轮转科室）应按照医院规定做好考勤签到登记。

二、请假管理

除特殊紧急情况外，请假必须由本人提出申请，按规定程序批准后，方可休假，不许他人代请，否则按缺勤处理。

（一）一天以内向带教医师请假并签字。

（二）一天以上，三天之内向亚专业基地（轮转科室）请假，带教医师、导师、教学秘书、科主任同意并签字，科室备案。

（三）三天以上，一周以内向住培管理办公室请假，带教医师、导师、教学秘书、科主任同意、签字，住培管理办公室备案。

（四）休病假、事假等一周以上者，均由个人写申请，科主任根据科室工作需要批准签字，经住培管理办公室签字同意，主管院长签字（专硕类住培学员需经研究生院签字同意后）

交到住培管理办公室存档。休婚假、产假人员，需提前请示亚专业基地（轮转科室）主任，科室工作允许，科主任同意方可休假，否则需改变休假时间或停止休假。

（五）如未按医院的规定程序请假，休假按无故缺勤处理。

三、关于各类休假的规定

（一）为保证临床实践时间，除法定节假日、公休日外，全年各类休假累计不超过15天，休假要服从培训基地工作安排。

（二）培训期间凡有下列情形，给予顺延培训时间的处理，外单位委培学员由培训基地通知选送单位，社会类学员、本单位学员、专硕类学员由住培管理办公室通知学员本人，并上报省卫健委主管部门备案。年度各类休假累计超过15天不足3个月者，顺延6个月；超过3个月不足6个月者，不能参加省级结业考核，待顺延1年后再予申报。

（三）培训期间凡有下列情形，给予终止培训处理，并上报省卫健委主管部门备案。①经常迟到、早退、无故缺勤，屡教不改者；②年度各类休假累计超过6个月者。

（四）各类休假本月累计超过7天者，停发当月绩效补助。

（五）培训医师应严格按各专业基地制定的轮转计划进行临床轮转，擅自更改轮转科室者给予批评教育，仍不改者，外单位委培学员由培训基地通知选送单位，社会类学员、本单位学员、专硕类学员由住培管理办公室通知学员本人给予退培处理。

文件名称	全科医生转岗培训学员管理制度			
文件编号	A10-ZD-036-01	发布部门	科教处	
审核人		批准人	郭靖涛	生效日期
				2021年12月

全科医生转岗培训学员管理制度

一、培训人员必须按指定时间准时报到。报到后次日利用一周时间安排进修前教育，介绍有关工作制度，参观各科室布局、院容院貌，如有特殊情况不能准时报到者，必须事先与培训办公室联系。

二、培训人员在培训期间可参加医院及科室的各项专题培训，自愿参加相关的政治学习及其他学术活动。

三、培训人员接受所在科室的领导。党团员参加所在支部的组织生活。

四、培训人员要珍惜爱护医院的医疗器械、设备，不得私自留存或带走医院的病历、心电图、X光片等诊疗资料。

五、按要求参加培训，不得迟到、早退、旷课。无特殊情况，一律不准请事假，病假须有诊断书。如确有特殊情况需请假时，请到培训办公室履行请假手续。

六、学员在实习期间，要遵纪守法。遵守医院的各项规章制度。

七、学员在实习期间，要服从培训基地安排，不得私自串科。

八、学员实习期间要虚心好学，不懂就问，多和老师沟通。

九、学员需保持宿舍卫生，提高防火、防盗意识，爱护公物，严禁私拉电线及使用电热杯等违禁电器。

文件名称	全科医生培养基地学生公寓制度			
文件编号	A31-ZD-001-01	发布部门	全科医生培养基地	
审核人		批准人	郭靖涛	生效日期
				2020年8月

全科医生培养基地学生公寓制度

学生公寓是学生学习、生活和休息的主要场所，也是学生相互交流思想，影响学生思想形成的重要场所。为了完善宿舍管理制度和措施，进步提高宿舍管理质量和水平，为学生提供个秩序良好、整洁卫生、舒适安全，具有健康氛围的生活环境，特制定本制度。

一、住宿制度

1. 根据有关规定和管理实际需要，寄宿班学生必须住宿。
2. 住宿学生必须遵守学校及宿舍的各项规章制度。
3. 按照指定的宿舍、床号入住，不得擅自变动。
4. 开学时基地办应将各宿舍住宿生住宿花名册（分宿舍分床位）一式三份交与班主任、科教科及生活指导保存。

二、宿舍楼作息应严格按照时令规定时间执行。

三、学生宿舍出入制度

1. 禁止校外人员进入宿舍。
2. 异性学生不得进入。
3. 学生亲属及同学来校，禁止进入宿舍。

四、日常管理制度

1. 每个宿舍推选一名舍长，负责宿舍事务。
2. 各宿舍要排出值日表，离舍之前将卫生打扫好，并且要求全天保持好宿舍卫生。
3. 宿舍钥匙每人1把，生活指导处保留1把。如更换新锁，须立即上交新钥匙。
4. 爱护公物。自然损坏，及时保修；人为损坏，照价赔偿；有意损坏，加倍赔偿。查不出当事人，本寝室人员均摊。
5. 严格遵守作息时间，按时熄灯、就寝、起床。熄灯后不许做影响他人休息的活动。如：



大声讲话、听收音机、串床唠嗑、打电话等。

6. 保持宿舍内的肃静，严禁在宿舍和走廊喧哗、打闹、摔东西、打球等影响他人休息的行为。

7. 水必须倒在水池内。严禁向走廊、楼梯、水房、厕所内及窗外乱扔杂物、倒剩饭、剩菜、扔塑料袋等。禁止随地吐痰、泼脏水。

8. 宿舍内禁止赌博，不得进行不健康的娱乐活动。

9. 宿舍内不得吸烟、喝酒。

10. 不得私自将自行车、棍棒、管制刀具等物品带入宿舍，衣橱上下、床铺上下，禁止存放火柴、打火机等易燃易爆物品。

11. 宿舍内不准饲养宠物。

五、宿舍内务规范要求

1. 被褥、物品摆放整齐。

2. 严禁在室内乱张贴字画、照片、钉钉子、洗晾衣物等。

3. 热水瓶摆放整齐。

4. 洗漱用具放在脸盆内，脸盆应放在床下两侧，毛巾可挂在床头。

5. 鞋子头外跟内放在床下，摆成线。靠近床梯的为上铺学生的放鞋处，远离床梯的为下铺学生放鞋处。

六、宿舍安全管理

1. 学生未经允许不准在校外住宿。

2. 严禁留宿外人在学生宿舍住宿。

3. 学生上课、课间、自习和学校组织的其他活动期间，不准回宿舍，寝室没人时要锁好门。

4. 注意保管好自己的财物、严防丢失，节约用水用电，做到人走灯熄。

5. 严禁在宿舍私接电源，禁止使用各种电器及煤油炉、酒精炉、蜡烛或燃烧杂物等。

6. 现金和贵重物品自己妥善保管，必要时可交班主任或其他教师代管；学生不得留宿他人。

7. 严禁吸烟和自带火种；不得在寝室内、走廊上生火燃烧杂物；未经学校批准，严禁在床上点蜡烛看书。

8. 严禁私接电器，严禁攀爬走廊和楼道护栏，严禁在床上蹦跳、打闹；住上床的学生要

小心谨慎，不得跳跃上下。

七、宿管老师和生活指导职责

1. 宿管老师和生活指导应树立“爱生如子”的思想，全心全意为学生服务。
2. 宿管老师和生活指导要根据基地的要求，对住宿生的政治思想表现、学习情况及日常生活等方面，进行严格管理。
3. 每天早上起床后，宿舍长应督促学生起床及整理宿舍内务，让学生按时早课。
4. 宿舍楼卫生实行一清扫两保持制度。
5. 七点半上早读课以后，宿管老师和生活指导对各间学生宿舍进行检查，门窗是否关好上锁。
6. 午晚饭时间，宿管老师和生活指导应巡查，严防学生赌博破坏公物。上课及自习时，同样检查各宿舍的电及门窗，不允许学生在宿舍逗留。
7. 晚自习期间，宿管老师和生活指导负责检查各宿舍的电及门窗，晚自习后宿管老师和生活指导应亲自对各间宿舍的学生进行检查，督促学生早点休息。做好住宿生的考勤登记工作，发现无故缺勤者及时跟踪调查，并报值班行政领导和科教科。
8. 晚上学生宿舍熄灯后，宿管老师和生活指导检查违纪学生并督促学生及时休息。
9. 宿管老师和生活指导应负责学生住宿的安排、床位分配，宿舍门窗、自来水、照明灯等公用设施的维护。
10. 宿管老师和生活指导应检查并制止学生进入异性同学的宿舍，一经发现，应勒令即刻离开并进行登记。
11. 宿管老师和生活指导应配合科教科，基地办定期对宿舍进行检查评比，每月评比一次，督促评比不符合要求的宿舍及时整改。
12. 完成学校布置的其它任务。

文件名称	基层医疗卫生机构人才培养制度			
文件编号	A10-ZD-037-03	发布部门	科教处	
审核人		批准人	郭靖涛	生效日期 2020年8月

基层医疗卫生机构人才培养制度

为使我院更好地履行乡镇（社区）医师培养基地职责，进一步加强我市区域内基层医疗卫生机构人才队伍建设，提高专业水平及综合服务能力，促进基层医疗卫生机构专业技术人才在医疗卫生事业中充分发挥作用，结合我院实际，制定本制度。

一、成立培训领导小组，组长由院长担任，主管副院长担任副组长，相关科室负责人担任成员。培训办公室设在科教处，负责日常管理工作。

二、各临床科室主任负责本科室培训工作，配备一名兼职秘书，师资人员由高年资主治医师以上人员担任。

三、医院认真落实上级管理部门下达的指令性培训任务。医院根据培训大纲要求认真组织实施，加强管理，提高培训效果。

四、参培医师遵守我院的各项规章制度，可以参加我院开展各种学术活动，党团员参加所在支部的组织生活。

五、基层医疗卫生单位人员到我院临床进修或培训，我院为其提供良好的学习、生活环境，医院食堂向进修人员开放，对于政府指令性的培训项目提供住宿，以解除其生活上的后顾之忧，提高培训效果。

六、学员培训结束后，本人填写培训小结，带教医师填写评语，科室领导审核签字。培训全部结束后，根据培训大纲要求进行培训考核，成绩记入培训记录本。

七、培训过程中造成医疗差错导致出现医疗纠纷的，立即终止培训。需要负法律责任的移交司法机关处理。

八、培训结束后进行培训结果反馈，针对学员和用人单位进行培训效果调查，以提高我院的培训水平。

文件名称	外出进修人员管理制度				
文件编号	A10-ZD-038-03		发布部门	科教处	
审核人		批准人	郭靖涛	生效日期	2020年8月

外出进修人员管理制度

一、各科室每年第四季度将下一年度进修计划报至科教处。由科教处审查、汇总后将符合条件的进修人员报院长办公会研究，批准后按计划执行。

二、科教处负责年度进修计划的执行，并负责督导进修人员签署进修人员协议书并进行公证。

三、进修期间的费用及要求根据《承德市中心医院进修人员协议书》的规定执行。

四、我院外出进修人员要遵守所在进修单位各项规章制度及劳动纪律，认真钻研业务，在工作实践中不断提高专业技术水平。

五、进修人员于返院后七日内持进修结业证复印件、进修总结和进修笔记到科教处报到，科教处分批次组织进修汇报会，按专家组评分确定奖金发放等级。

六、不经批准不得私自外出进修。

文件名称	接受来院进修人员管理制度			
文件编号	A10-ZD-039-03		发布部门	科教处
审核人		批准人	郭靖涛	生效日期
				2020年8月

接受来院进修人员管理制度

一、来院进修的医务人员，医疗专业要求大专以上学历，护理、医技专业要求中专以上学历。医疗、医技人员要求有医士、技士以上职称，护理人员要求有护士以上职称，并且具备与职称相一致的执业证书。进修时间不得少于三个月。

二、下级单位进修人员来院前，应先与科教处取得联系，并填写《承德市中心医院进修申请表》邮寄至科教处，科教处审核通过后发放《承德市中心医院进修通知书》，进修人员持进修通知和相关材料到科教处办理报到手续。

三、进修生应按规定时间准时来院报到，并携带单位介绍信、毕业证、执业证和职称证等材料。如有特殊原因不能准时报到者，应事先与科教处联系，逾期未到者，不再保留进修名额。

四、进修生报到时，一次性交齐进修费，如中途退学，除我院原因外，进修费一律不退。

五、进修生办理完进修手续，持科教处开具的介绍信到科室报到。

六、进修人员必须在医院办理完进修手续后方可进入科室学习，任何科室不得私自接待进修人员。

七、进修生来院后，须遵守我院的各项规章制度，恪守医务人员的职业道德，积极参加各项医疗活动，认真学习、提高自身业务素质。

八、对于与医院有业务往来的合作医院，在进修费用上可给予适当优惠。

九、进修生应按照进修计划进行轮转学习，不得私自更改进修科室和时间。

十、在手术科室进修的人员不得单独进行手术操作，但可以作为助手参与手术操作。

十一、进修结束后由轮转科室填写进修鉴定表，科教处审核并办理进修结业证。

十二、进修期间的夜班费及其它补助由医院开具证明，回原单位报销。