青阳县人民医院

行

政

管

理

制

度

二〇一八年五月八日

**目 录**

[1、院长办公会议议事规则 1](#_Toc525916707)

[2、院行政办公会议 3](#_Toc525916708)

[3、医院运营绩效分析会 3](#_Toc525916709)

[4、医院医疗质量专题会议 4](#_Toc525916710)

[5、科主任会 4](#_Toc525916711)

[6、护士长会 5](#_Toc525916712)

[7、门诊部例会 5](#_Toc525916713)

[8、科 周 会 5](#_Toc525916714)

[9、工休座谈会 6](#_Toc525916715)

[10、社会监督员座谈会 6](#_Toc525916716)

[11、临床医技工作协调会 7](#_Toc525916717)

[12、临床护理工作协调会 7](#_Toc525916718)

[13、医院职工行为规范 7](#_Toc525916719)

[14、青阳县人民医院制度管理规范 10](#_Toc525916720)

[15、青阳县人民医院会议制度 13](#_Toc525916721)

[16、院办公室工作制度 14](#_Toc525916722)

[17、请示报告制度 14](#_Toc525916723)

[18、行政议事规则 15](#_Toc525916724)

[19、医院总值班制度 16](#_Toc525916725)

[20、医院大事记制度 25](#_Toc525916727)

[21、青阳县人民医院领导行政查房制度 26](#_Toc525916728)

[22、文件管理制度 26](#_Toc525916729)

[23、医院行文的有关规定 27](#_Toc525916730)

[24、文件管理、拟办、阅批、催办制度 29](#_Toc525916731)

[25、医院保密工作制度 29](#_Toc525916732)

[26、档案保管制度 30](#_Toc525916733)

[27、行政档案查阅制度 30](#_Toc525916734)

[28、医院文印管理规定 31](#_Toc525916735)

[29、会议室管理制度 33](#_Toc525916736)

[30、青阳县人民医院公务接待管理制度 33](#_Toc525916737)

[31、青阳县人民医院公车使用管理制度 35](#_Toc525916738)

[32、青阳县人民医院院务公开制度 37](#_Toc525916739)

[33、医院办公室工作制度 39](#_Toc525916740)

[34、印鉴管理规定 39](#_Toc525916741)

[35、介绍信管理制度 40](#_Toc525916742)

[36、青阳县人民医院语言文字工作制度 40](#_Toc525916743)

[37、宣传工作制度 41](#_Toc525916744)

[38、办公用品管理制度 43](#_Toc525916745)

[39、医院应急管理制度 43](#_Toc525916746)

[40、社会监督制度 44](#_Toc525916747)

[41、医院各种标识管理制度 44](#_Toc525916748)

[42、投诉处理管理制度 45](#_Toc525916749)

[43、首问负责制 45](#_Toc525916750)

[44、网络直报信息管理制度 46](#_Toc525916751)

[45、信息报送工作制度 51](#_Toc525916752)

[46、关于进一步规范信息上报制度的通知 53](#_Toc525916753)

[47、特需医疗服务暂行管理办法 54](#_Toc525916754)

[48、特需医疗服务动态管理机制 55](#_Toc525916755)

[49、青阳县人民医院新闻发言人制度 55](#_Toc525916756)

[50、公务接待管理规定制度 57](#_Toc525916757)

[51、青阳县人民医院合同管理办法 60](#_Toc525916758)

# 1、院长办公会议议事规则

为进一步提高议事效率，加强决策民主性、科学性和规范性，促进并保证党委决议和医院各项行政工作的落实，特制定本议事规则。

一、会议组织

1．出席会议成员为院长、副院长、党委书记、副书记、纪委书记、工会主席，院办公室主任列席会议。

2．会议必须有半数以上成员出席方可召开，由院长主持，也可委托副院长召集并主持。根据工作需要有关职能部门负责人可列席会议的相关时段。

3．院长办公会每月上旬第一周星期一下午。特殊情况，经院长同意，可临时召开。与会成员因故不能参加会议者，应在会前向会议主持人请假；如会前已审阅了相关议题的材料，可发表书面意见。

二、议事范围

会议的议事范围主要包括：

1．学习传达贯彻党和国家的路线、方针、政策，上级有关会议、文件和批示精神，讨论落实院党委关于医院发展的重大问题决议；

2．研究医院年度工作计划及医疗、教学、科研、预防保健、行政后勤管理等工作；决定医疗、教学、科研工作表彰；

3．研究决定外出学习进修、参加会议及考察、援外医疗队、学术技术交流（包括出国）等。

4．研究医院学科建设、人才培养及专业设置、撤并、调整的实施意见，制定学科建设计划。

5．医院重要规章制度的制订、修改和废除。

6．研究定编定岗方案、岗位责任制、职工晋职晋级、专业技术职务的审核，聘用各业务科室负责人，确定年度进人计划，审批人员调动。

7．研究医院的各种学术委员会、专门委员会和领导小组的建立、调整、撤消、章程及人员组成。

8．研究信息管理、图书资料及档案管理工作。

9．研究职工年度考核及奖惩事项。

10．研究职工工资待遇、奖金福利等涉及医护员工切身利益的重要事项。

11．研究重大人身伤亡、责任事故、突发事件的处理。

12．研究国内外重要合作和交流事项。

13．决定医院无形资产的授权使用。

14．讨论决定医院年度财务预算、基本建设项目预算、修购专项经费和医疗、教学、科研、医疗设施购置等重大项目的经费预、决算及调整。

15．讨论决定未列入预算的基本建设项目、不动产购置、房屋修缮项目、大宗物资、设备采购等。

16．讨论向上级领导机关报告、请示的工作。

17．听取各部门工作汇报，检查并通报阶段性工作执行情况，部署下一阶段相关工作。

18．研究处理院长认为应当集体研究决定的其他重要问题。

三、会议准备

1．凡需要提交院长办公会讨论决定的事项，由职能部门提交，提交部门应事先做好调研论证，征求分管领导意见，形成若干建议方案，以便选优。若议题涉及多个部门，牵头部门在组织调研论证时，还应征求相关部门和相关分管领导意见，共同形成建议方案。

2．提交部门或牵头部门在认真完成调研论证的基础上，按“一事一议案”原则，在会议召开前两个工作日将议题书面材料向分管院领导汇报，由分管院领导签署上会意见后，连同电子文档一并报送院办公室汇总，由院长审定是否列入议事范围。

3．院办公室应将召开院长办公会的有关材料提前一个工作日送达与会成员审阅，以提高议事质量和效率。

四、议决程序

1．院长办公会议议题确定后，与会人员应按照既定的议题审议，未经确定的议题，不得临时动议。

2．每个议题一般应先由提案部门负责人汇报情况，与会人员围绕议题充分发表意见。为提高会议效率，发言人应紧扣议题中心，简明扼要地表达自己的意见。

3．会议按照民主集中制原则，充分发扬民主，在认真讨论的基础上，由院长或院长委托的主持人根据多数人的意见作出决策。重大事宜、当时难以决定的，可以重新酝酿后再次提交院长办公会讨论决定。

4．对重大突发性事件和紧急情况，来不及召开院长办公会的，院长或副院长可临机处置，但事后要迅速向院长办公会议报告。

5．会议议事时，如涉及与会人员及其亲属的，其本人应主动回避；如其本人不主动回避，会议主持人有责任提请其回避。

五、会议纪律

1．院长办公会是院领导研究、讨论并实行决议的重要会议，严禁无关人员擅自进入会场；确有紧急公务，须经会议工作人员通报并经批准后方可进入会场。

2．与会人员须在时间和精力上予以保证，按时到会。会议期间应停止处理日常事务，以保证会议秩序和严肃性。

3．院领导、院办公室主任和相关工作人员全程参加会议，议题汇报人员应按排定的顺序，由院办公室届时通知参会。相关议题议决后，即自动离会。

4．除有传达、落实任务外，与会人员应严格注意会议内容的保密，不得外传会议情况。

6．未经医院行政主要领导批准，不得调阅或复印院长办公会记录；涉密的院长办公会记录一律不得调阅或复印。

六、院长办公会决议、决定的贯彻

院长办公会形成的决议、决定，由院内以会议纪要形式印发有关部门执行，各分管院长按照分工抓好贯彻落实，并及时向院长办公会或院长汇报；院办公室负责做好督促检查工作。院办公室主任受院长委托，应在会后将会议的决议、决定及时向会议缺席人员通报。

七、本规则自公布之日起施行。

# 2、院行政办公会议

主 持 人：院长或副院长

参加人员：院领导、各职能科室正副主任；党群团部门负责人列席

记 录 人：办公室秘书

时 间：每季度一次。1、4、7、10月上旬第一周。

会议内容：

1.传达上级相关文件精神。

2.各职能科室、群团部门汇报上季度工作情况及下季度工作重点（各职能科室、党群部门需将季度主要工作安排以书面形式送办公室，以便整理下发)。

3.季度大型设备运行效益分析。

4.提交讨论的事项经会讨论同意后，需形成会议纪要的，按职能要求由相关科室拟定下发。

# 3、医院运营绩效分析会

主 持 人：院长

参加人员：院领导、各职能科室正职。

记 录 人：办公室秘书

时 间：每半年一次。

会议内容：

经管办通报上半年各科室运营绩效情况。

会议要求：

1.经管办将各科室绩效运营情况（工作量变化、药品耗材占比以及人力资源安排等）以书面形式通报各有关科室。

2.各相关科室根据通报应深入调研分析，提出应对措施和解决办法。

# 4、医院医疗质量专题会议

主 持 人：院长

参加人员：院领导；院办、医务科（医保办）、护理部、门诊部、科教科、感染管理科、监察室、信息管理科等职能部门正职。

记录人：办公室秘书

时 间：单月中旬的第一周星期一下午。

会议内容：

专题研究医疗护理质量相关工作。

会议要求：

1.由各相关职能科室会前一周提交议题，经分管领导审核后报办公室，由院办统一汇总发放到院级领导和职能科室负责人。

2.报议题时需同时提交问题原因分析、调研情况及解决办法。

# 5、科主任会

主持人：分管院长或医务科科长

参加：有关院领导；医务科负责人；各业务科室主任、副主任

记录：医务科干事

时间：每月一次

会议内容

（1）医务科通报上一月医疗质量检查情况（包括院内感染，传染病监控，医保等）和医疗纠纷调查处理情况；

（2）院领导通报上一月的业务科室医疗指标统计信息，布置临床医疗工作任务；

（3）科主任之间交流医疗、教学、科研工作信息，进行工作协调。

（4）各业务科室提交会议讨论决定的建议事项。

# 6、护士长会

主持人：分管院长或护理部主会

参加：全院护士长、副护士长

记录：护理部干事

时间：每月一次

会议内容

（1）护理部通报医院有关工作。

（2）各质检组报告上一月护理质量检查情况。

（3）护理部小结上一月全院护理工作情况，指出存在问题，提出对策及措施。

（4）护理部布置本月护理工作。

（5）各护士长对护理工作提出意见；提交会议讨论决定的建议事项。

# 7、门诊部例会

主持人：门诊部主任

参加：门诊各临床科室、医技科室负责人，门诊护理部护士长。

时间：每月一次。

会议内容

（1）传达医院近期工作重点、中心任务，通报相关工作任务完成情况。

（2）汇集门诊工作情况，研究协调解决门诊工作中有关问题。

（3）通报检查门诊各项制度执行落实情况，协调和安排门诊工作，对门诊部不能解决的问题汇总向分管院长汇报或通过有关科室协调解决。

# 8、科 周 会

主持人：科长/主任

参加：本科室全体人员

时间：每周一次

会议内容

（1）小结科室上周工作情况。

（2）传达医院文件、会议精神。

（3）组织安排时事政治学习。

（4）安排本周工作，布置医疗任务、工作事务。

（5）组织医疗行政查房。

会议内容，记录备查。

# 9、工休座谈会

（1）病区每月召开一次工休座谈会，院部每季度召开一次工休座谈会。

（2）病区工休座谈会由科主任、护士长负责召集，住院病人或病人家属代表参加。院部工休座谈会由院办公室负责召集，参加人员：院领导、相关职能科室负责人、住院病人或家属代表。

（3）认真听取和征求病员及家属的意见和建议，做好座谈记录。

（4）改进工作，将落实情况反馈给提意见病人，患者反映的重要意见，要及时向医院汇报。

（5）护理部会同院办公室组织不定期检查。

# 10、社会监督员座谈会

（1）每年召开一次医德医风社会监督员座谈会。

（2）参加会议人员为院党政领导、有关职能部门负责人，医院聘请的医德医风社会监督员。

（3）会议内容：院领导向社会监督员通报一年来医院工作情况；认真听取社会监督员对我院医疗质量、服务态度、职业道德、医疗收费等方面的意见和建议。

（4）收集、整理社会监督员的意见和建议，针对突出的问题，制定整改措施，并及时反馈。

# 11、临床医技工作协调会

（1）为使诊疗流程更加合理、规范，加强临床各科室以及临床医技科室间的沟通协调，提高医疗安全，保证医疗安全，开展临床医技工作协调会。

（2）由业务副院长主持，医务科长、临床医技科室主任、相关职能部门负责人等参加。

（3）医技与临床科室协调会议根据需要召开具体时间、地点以医务科发布的信息为准。

（4）布置和总结医院阶段性医疗工作，及时研究医疗管理中出现的新情况。协调处理新问题，加强医技科室与临床科室之间的联系。

（5）共同探讨临床经常遇到的各种实际问题，推动医疗工作落实。通报医院近期医疗工作情况、听取和研究医技与临床科室工作中遇到的问题等。

（6）会议上通报、宣布的内容、发放的文字性材料等由相关职能部门提出征得分管领导的同意，提前一天送交医务科。

# 12、临床护理工作协调会

（1）根据工作需要，召开临床护理工作协调会。

（2）由业务副院长主持，医务科、护理部、院感科全体人员，临床科主任、护士长参加。

（3）会议内容包括传达医院有关会议精神；总结工作；研究及布置下步工作；分析医疗护理质量及讨论相关工作问题。

# 13、医院职工行为规范

第一章 总则

第一条 为加强医院精神文明建设，提高医务人员职业道德素质，推进以病人为中心、创优质服务工作，制定本行为规范。

第二条 本规范是各类工作人员进行医疗活动的思想行为和服务工作的准则。

第二章 各类工作人员基本行为规范

第三条 忠于职守，爱岗敬业。以救死扶伤，实行社会主义人道主义为已任，把病人利益放在首位，为解除病人疾苦而尽心尽责。

第四条 患者至上，热情服务。对待病人一视同仁。

第五条 文明行医，礼貌用语，仪表端庄，举止大方，对病人有爱心，对工作有责任心。

第六条 廉洁奉公，遵纪守法，乐于奉献，不谋私利。加强修养，严于律己，在医疗活动中，坚持实事求是，自觉维护国家、集体和病人的利益。

第七条 尊重病人的人格和权利，为病人保守医密，实行保护性医疗。

第八条 同行同事之间，互尊互学，团结协作，互相支持，维护集体荣誉，维护行业形象。

第九条 开拓进取，钻研技术，博采众长，精益求精。严谨求实，奋发进取，不断汲取新的科学知识，不断提高医疗技术水平。

第十条 按规定着装，佩戴胸牌，衣着整洁。

第十一条 恪尽职守，遵时守责，按时到岗服务。

第十二条 严格执行各项规章制度和操作规程。工作认真，检查及时准确，操作周密细致。爱护仪器设备及一切公共财物。

第十三条 想病人所想，急病人所急，兑现服务承诺，落实便民措施，为病人排忧解难。

第三章 医师行为规范

第十四条 坚持以病人为中心，认真履行医师职责，尽职尽责为病人服务，耐心解答病人提出的问题，方便病人就医。

第十五条 认真执行首诊负责制，及时抢救急、危重病人。落实三级医师负责制，各负其责，把好医疗服务质量关，做到及时准确地记录病历等医疗文件。因病施治，合理检查，合理用药，合理治疗。

第十六条 严格依法执业，遵守各项技术操作规范，积极预防医疗差错，杜绝发生医疗事故，对已经发生的医疗差错事故，按规定程序及时报告。

第十七条 关心、爱护、尊重病人，不泄露病人隐私，自觉维护病人合法权利。

第十八条 在诊疗过程中，严格依据法律法规使用国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械。除正当诊断治疗外，不滥用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品。

第十九条 在保护性医疗制度的前提下，如实向病人及其家属介绍病情。未经医院批准并征得病人或者家属同意，不对病人进行实验性临床医疗。

第二十条 发现传染病疫情或者病人涉嫌伤害以及非正常死亡时，应按照有关规定向有关部门报告，并实事求是地出具医学证明文件。

第二十一条 遵守医师职业道德，不利用职务之便，索取、非法收受病人财物或者牟取其它不正当利益。

第四章 护理人员行为规范

第二十二条 忠于护理事业，尽心尽责地履行护理职责，热情、细心护理每一位病人，为病人排忧解难，按照整体护理的要求，切实做好基础护理、心理护理和分级护理。

第二十三条 尊重病人的信仰和风俗习惯， 对病人一视同仁，维护病人的合法权益。

第二十四条 刻苦钻研业务，对技术精益求精，不断更新护理知识，学习新技术，提高护理业务水平。

第二十五条 医护密切合作，认真执行医嘱，按时巡视病人，细致观察病情。协助医师向病人作必要的解释、说明工作，消除病人顾虑，使病人配合治疗。

第二十六条 遵守各项护理操作规程，严格执行"三查七对"制度，防止护理差错事故发生。发生差错事故，按规定及时报告。

第二十七条 主动向病人宣传卫生保健科普知识，对病人进行健康教育，帮助病人树立战胜疾病的信心。积极维护医疗秩序，为病人创造整洁、宁静、温馨的诊疗环境。

第二十八条 在护理活动中，坚持做到仪表端庄，举止稳重，语言文明，热情耐心。

第五章 医技人员行为规范

第二十九条 树立为临床服务的观念，面向临床，主动配合临床各科室，为临床诊疗提供科学依据。

第三十条 热情服务，病人至上，尊重科学，实事求是，及时出具检查报告，缩短病人诊疗时间。

第三十一条 作风严谨，一丝不苟，认真履行职责。检查前向病人详细交待检查注意事项；检查时细心检查可疑部位，避免差错；检查后认真登记检查结果，及时发送检查报告。

第三十二条 努力钻研业务，积极开展技术创新，开发诊断、治疗新项目，满足临床医疗发展需要。

第三十三条 严格执行药品管理法律法规，严格执行药品采购、保管、销售制度和制剂操作规程，保证药品和制剂质量，管好麻醉、剧毒和贵重药品。

第三十四条 建立技术档案，管好医疗设备，认真做好医疗器械的供应、保养和检修工作。

第六章 后勤人员行为规范

第三十五条 热爱后勤工作，努力学习有关业务知识，熟练掌握本职业务技能，主动为临床第一线及医院各部门提供优质、高效服务。做到下收、下送、下修，保证水、电、气正常供应。

第三十六条 厉行节约，堵塞漏洞，严防浪费。认真做好设备和物资的计划、审核、采购、验收、入库、保管、发放、报废、清点、回收等工作，为医疗机构当好家、理好财。

第三十七条 爱护公物，搞好环境卫生，严格执行污水污物处理规定，保持医院环境清洁整齐优美。

第三十八条 做好防火、防盗、防毒等安全保卫工作。

第七章 行政管理人员行为规范

第三十九条 认真贯彻执行党的卫生工作方针、政策，带头遵纪守法和执行各项规章制度。牢固树立以病人为中心，为医疗第一线服务的思想，带领职工做好各项工作。

第四十条 作风正派，廉洁奉公，以身作则，吃苦在前，享受在后，办事公道，带头抵制和纠正不正之风。

第四十一条 尊重知识，尊重人才，任人唯贤。平等待人，团结同志，密切联系群众，倾听群众意见，注意调动群众的积极性。

第四十二条 工作认真负责，尽心尽责，真抓实干，密切配合。熟练掌握本职业务，经常深入实际调查研究，了解和分析各种信息，做到情况心中有数，决策科学正确，解决问题及时，工作讲究实效。

第四十三条 开拓创新，锐意进取。努力学习，更新思想观念，积极探索，深化改革，加强科学管理，不断提高医院工作水平。

# 14、青阳县人民医院制度管理规范

第一章 总则

**第一条** 为了规范制度建设活动，建立和完善医院规章制度体系，明确各项管理制度形成、制定的程序和方法，强化制度执行的监管力度，制定本办法。

**第二条** 制定制度应遵循以下原则：

（一）合法性原则；

（二）稳定性与适时修改、废止相结合；

（三）民主集中制原则；

（四）协调统一的原则。

**第三条** 本办法适用于医院各职能、医疗、医技科室。

第二章 组织

**第四条** 医院质量与安全管理委员会（成员见《医院质量与安全管理委员会》，以下简称“委员会”）统筹负责医院制度的编制、整理以及执行监控。

第三章 制度制定

**第五条** 制度编制应重点围绕医院的核心业务流程进行，争取通过制度的编制达到梳理和优化流程，规范相应业务，同时对相关员工提供指引和进行约束；

**第六条** 所有制度的编制都应目标明确，确保制度的编制和发放的效果，杜绝为了制度而制度；

**第七条** 制度编制流程如下：

1.相关部门或人员提出编制需求，委员会确认需求并指定相应职能部门或人员编制；

2.相关部门或人员人编制制度草案或提纲；

3.委员会对制度进行几轮讨论，确定制度最终稿。委员会讨论会议允许与制度涉及业务相关的非委员会人员参与；

第四章 制度审核

**第八条** 委员会会议审查的主要内容包括：

1.制度草案是否与法律、法规和医院其他制度相抵触；

2.制度草案是否符合医院战略发展和组织架构、运营情况的实际需要；

3.制度草案条文结构是否合理、用语是否准确；

4.征询意见是否全面，重大分歧意见是否协调一致。

**第九条** 所有制度在编制时应力求言简意赅，表述清晰并且条理清楚。

第五章 制度发布与解释

**第十条** 制度草案通过后，由职能部门起草发布通知，报分管院长签署，以“文件”形式，颁布制度。

**第十一条** 制度原则上至少应在自公布之日起十日后施行，所有制度经过审批发放后，两个月内为默认的试行期，委员会应重点作好制度合理性的跟踪验证工作，同时各相关科室如有修订意见，也应及时提出。

**第十二条** 制度在正式实施之后，各科室仍然可以根据实际情况提出修订意见，委员会应根据实际情况安排修订，修订后的制度审批与发放应与制度编制时相同。

**第十三条** 属于制度的具体实施细节问题，由该制度中确定的主管职能部门按照其职责范围进行解释。制度解释与制度具有同等效力。

第六章 制度推行

**第十四条** 委员会应统筹作好制度推行工作，包括制度实施基础工作的落实、必要的制度解释和培训、以及制度执行情况的督导检查等。

**第十五条** 各职能部门、各科室应自觉严格按医院各项相关制度要求开展工作，各科室负责人应建立好内部的制度推行与督导检查体系。

**第十六条** 委员会不定期对每个科室进行督导检查，根据实际情况作好督导检查记录，对存在问题进行整改。

第七章 修改、废止和编纂

**第十七条**  制度有下列情形之一的，需要修改：

（一）基于政策或者医院实际需要，有必要增减内容的；

（二）因有关法律、行政法规的修正或者废止而应作相应修改的；

（三）规定的分管部门或者执行部门发生变更的；

（四）同一事项在两个以上规章中规定且不相一致的；

（五）其他需要修改的情形。

制度修改的程序，参照本规定第三章、第四章的规定办理。

**第十八条** 规章有下列情形之一的，应当予以废止：

（一）规定的事项已经执行完毕，或者因形势变更，不必继续施行的；

（二）因有关法律、行政法规已经废止或者修正的；

（三）同一事项已由新规章规定，并发布施行的。

废止制度，应当由委员会提出报告，经分管领导审查批准。

第八章 附则

**第十九条** 本办法由医院管理委员会制定、解释和修改。

**第二十条** 本办法自颁布之日起执行。

# 15、青阳县人民医院会议制度

为规范医院会议，加强会议管理，切实落实医院布置的各项工作，特制定医院会议制度如下：

一、院长办公会议

每周召开一次，如有需要随时召开，院长、副院长、工会主席、院长助理参加（根据需要主持人确定其他人员列席会议）。研讨医院医疗、行政、人事、经营工作中的重大问题，统一思想，提出解决方案。各职能科室需提请院长办公会研究决定的问题，应填写议题单报院办室，由办公室主任汇集报院长，院长视工作需要决定会议议程和时间。

二、院务会议

根据工作需要召开，参加人员：院长办公会议组成人员、各职能科室负责人。主持人将院长办公会议研究通过的议题提交院务会讨论，并形成最后决定。

三、医院科室负责人会议（院周会）

每周一下午召开，如有需要随时召开。总结医院上周工作，包括医疗与行政工作、制度落实、服务质量、科室协调等情况，布置下周工作。参加人员院各科室负责人、护士长等。各科室应每周二召开本科周会，传达医院会议精神，总结布置本科一周工作。

四、医疗质量管理委员会会议

每月末召开一次，如有需要随时召开。总结本月医疗服务质量与业务考核情况；对发生的医疗纠纷、医疗差错或事故进行调查、分析，提出初步处理意见；对全院医疗业务工作进行考核。参加人员：医疗质量管理委员会人员。

五、医院感染管理委员会会议

每月末召开一次。总结本月医院感染控制管理情况，布置下月工作。参加人员：医院感染管委员会组成人员。

六、药事管理会议

每月上旬召开一次。讨论上月医院药品使用、管理、增添、淘汰、合理使用抗生素、药物不良反应监测等情况，进行处方点评工作，提出解决问题方案。参加人员：药事委员会组成人员。

各项会议制度是保障医院健康、稳定发展的必要举措，全院上下必须认真落实以上会议制度，各级各类人员要准时出席会议，并做好会议记录，因故无法出席会议应向会议主持人请假。医院将在每年十二月份对会议制度落实情况进行检查考核，并实行奖惩。

# 16、院办公室工作制度

1．安排各种行政会议，负责会议记录以及文件、报告、计划、总结等文字材料的起草，负责会议纪要、决议的印发，并督促检查执行，及时向院长汇报情况。做好职能科室的沟通联系工作。

2．做好来访、参观等接待工作，做到安排周密、妥当、热情。

3．做好行政类文件的收发、登记、编号、传阅、收回、催办、归档及保管工作，针对文件内容，提出拟办意见，对上级机关和有关单位的通知及时汇报有关领导，并请示办理意见。

4．组织文件的打印装订工作，做到准确及时、字迹清楚，无特殊情况不得拖延。

5．搞好档案室、车辆的管理，适时安排医院总值班工作。

6．及时做好信访工作，热情接待，做到有登记，有结果，不积压，不拖延，重大问题及时向领导报告。

7．认真做好监督印刷打字、通讯联络、外事接待、印章管理等工作。

8．做好医院年初工作安排，中期、年终工作检查、评比和全院工作总结等。

9．深入科室了解情况，收集信息资料，进行调查研究。主动给院领导提供有关情况，发挥参谋、助手等作用。

10．院领导交办的临时性工作要尽快完成并随时汇报。

# 17、请示报告制度

遇到下列情况，必须及时逐级向有关部门及院领导请示报告：

1、意外灾害、急救，接收大批创伤、中毒或传染病人及必须动员全院力量抢救的危重伤病员等。

2、凡为伤病员施行重要脏器切除或移植、截肢等重大手术；首次开展重要的新业务、新技术等。

3、发现国家规定的各级各类传染病时。

4、发生医疗事故、医疗纠纷或严重医疗、护理差错，贵重医疗器材损坏或被盗、贵重或剧、毒、麻药品丢失、成批药品变质、失效等。

5、收治外籍患者或收治涉及法律问题、公安部门正在审查的患者。

6、收治有自杀倾向和疑是有精神病的患者。

7、遇有故意寻衅滋事，威胁医务人员人身安全或破坏国有财产时。

8、遇有患者在院内从事非法宗教活动时。

9、需要重大的经济开支时。

# 18、行政议事规则

为规范医院行政行为，保证医院科学民主决策，根据上级的有关决定，特制定本议事规则。

1、医院实行院长负责制。院长主持医院行政全面工作，副院长协助院长按分工负责处理分管工作，同时要关心医院全面工作，对于重要情况要及时向院长报告；对于工作中带有普遍性的矛盾和问题，要认真调查研究，向院长提出解决问题的意见和建议，涉及其他副院长分管的工作，要同有关副院长商量决定。

2、院长办公会议是医院行政议事决策的主要形式，医院工作中的重大事项，必须经院长办公会议讨论决定。

3、院长办公会议由院长召集和主持，或由院长委托的院领导召集和主持，全体院领导出席，有议题的相关科室负责人列席会议。一般每月召开2—3次。会议的主要议题是：

（1）传达贯彻上级的指示、决定和重要会议精神；

（2）部属医院行政工作；

（3）研究讨论医院管理、行政事务、人事调动和调配等方面的问题；

（4）讨论和审议医院重要规章制度、发展规划、年度计划、改革方案和管理措施、人事奖惩等并作出相应决议；

（5）讨论需报上级审批的重要事项；

（6）听取各职能科室汇报工作；

（7）其他重要事项。

4、院长办公会必须坚持民主集中制原则，充分发扬民主，实行正确集中。院长办公会半数以上组成成员出席方能举行，半数以上组成成员同意方能对讨论的事项形成决议。

5、院长办公会的议题由院长提出，或由副院长和有关职能部门提出，由院长决定。

6、院长办公会凡讨论涉及与会人员本人及其亲属的问题，本人必须回避。

7、院领导如因故不能出席会议，必须向院长或主持人请假，对在会议上形成的决议要认真执行。出席会议的所有人员对讨论中不宜公开的情况要严格保密。

8、医院办公室负责院长办公会议的各项准备和组织工作，一般在前一天将院长办公会召开的时间和议题通知与会人员，并送传讨论的有关资料，同时负责做好会议记录以及督促检查各科室、各部门贯彻执行会议决议。

9、医院行政决策接受党委和职工代表大会的监督，对于事关医院发展全局和职工群众根本利益的重大举措、重大改革方案以及有重大影响的基本建设项目，在作出决策前必须充分论证，并根据需要通过召开座谈会等形式，直接听取干部职工的意见和建议，或提交职工代表大会讨论决定。

10、特殊情况下，院长可临时召开院领导碰头会讨论决定有关事项。

# 19、医院总值班制度

一、医院行政总值班制度是指医院行政干部在非正常工作时间内代表院长行使全院行政指挥权，以保证医院正常运行而设的一种管理制度。行政总值班由医院领导和各职能科室人员轮流担任。

二、行政总值班的主要职责。

1、来访接待，来电记录、回复及与医院业务、行政管理有关的咨询工作。

 2、负责传达上级的重要指示和通知精神，并负责处理有关事宜。

 3、组织、协调全院性的重大抢救，紧急的院内外会诊等突发性重大紧急医疗工作。

 4、处理临床、医技科室的请示报告，解决紧迫的后勤保障问题。

 5、加强病房巡视，检查各科室工作人员午间、夜间工作情况，消防、用电 、治安等工作。

6、对于在值班时间内发生的重大工伤、交通事故、大批中毒或特定传染病、紧急伤病情况等，在组织处理的同时应立即报告院长；对紧急的重大手术、医疗事故、死亡等情况应及时报告院长并通知医务科等职能科室协调处理。

7、危重抢救病人因特殊情况暂无现金交纳费用的由总值班书面签字担保费用，确保患者及时抢救和治疗，后由住院处工作人员及时与患者所住科室联系，催缴押金。

8、调配急诊医护人员、救护用车和司机。

三、行政总值班人员必须认真履行职责，坚守岗位，保持手机畅通，按规章制度办事，做好值班记录和交接班工作，凡本班未处理的重要事情，应及时对下一班明确交待，并及时报告院办室，责成有关部门处理或由下一班负责组织处理。

四、做好本班内总值班室的清洁卫生工作，值班室内严禁吸烟，值班期间，严禁饮酒。

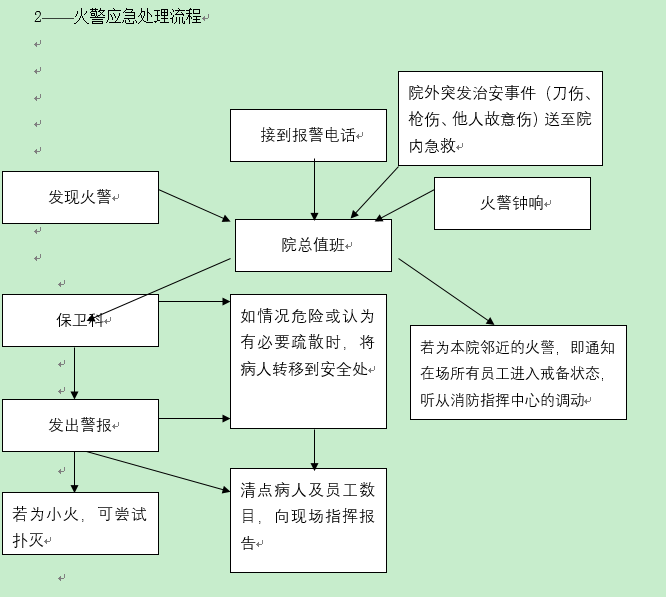
五、行政总值班排班表由院办室统一安排，遇有特殊情况不能值班时，经院办公室同意可找人调换值班，但不得擅自找人代替。

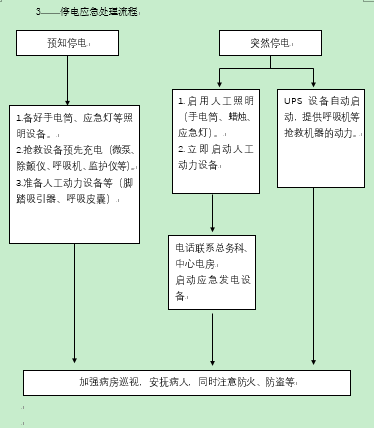
六、总值班时间：中午11：30-14：00

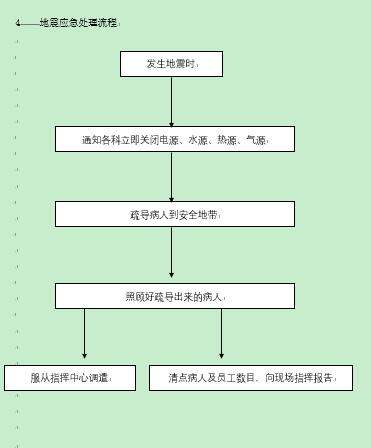
晚上17：00-次日上午8：00；

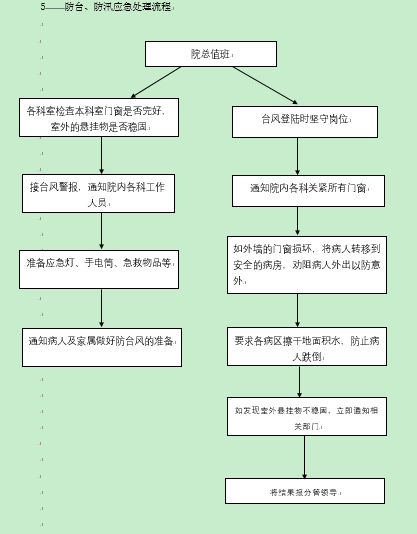
总值班电话号码为值班人员手机号码。

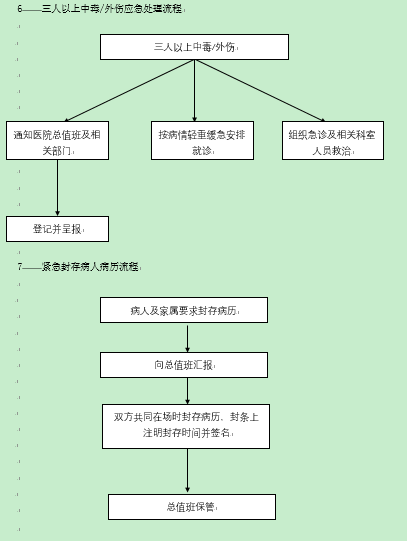
# C:\Users\Administrator\Desktop\]G95Z~WZ28WENOFEW01N$[9.png

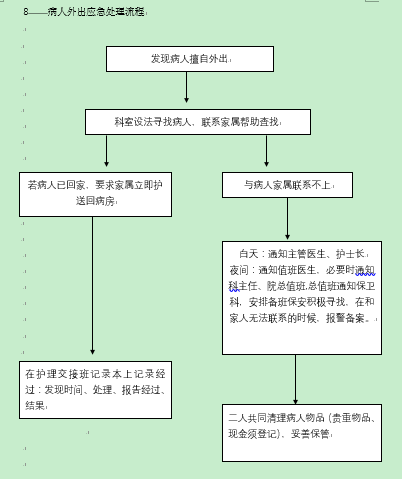


****

****







# 20、医院大事记制度

为了便于系统地考查医院在各个历史时期的发展情况，为医院的建设和发展提供阶段性的参考依据，需要结合日常工作，建立大事记制度，记载和保存医院各方面的重大活动和重要事项。

1．医院大事记由院办公室负责组织编写，各职能部门每月末将本部门工作范围内的大事记汇报院办公室进行汇总，年终进行集中整理，报有关领导审阅后，交档案室立卷归档。

2．记载大事记力求做到语言简练、文字表达清楚；记录事件应真实、准确；记载内容要全面，主要包括以下方面：

（1）党支部和医院行政的重要指示、决议、计划、措施以及中层以上干部的任免和调动决定。

（2）有重要意义的医院党支部会议、院长办公会及医院召开的全院性重要会议的名称、议程、决议事项、时间地点、参加人员等。

（3）医院及院外有关单位在本院召开的大型会议和学术交流活动的时间、内容、人员、效果。

（4）科研工作取得的重大进展以及科研成果的获奖情况，新技术、新业务的发明、创造、开展和应用情况，各专业重要课题的研究和论著的名称。

（5）医院基本建设工程的开工、竣工、验收日期，建筑面积、配套设施以及投资金额和经费的使用情况。

（6）医院购置大型仪器、设备和重要物资、器材的有关情况及使用效果。

（７）医院重要人事制度、管理制度的改革，领导体制与组织机构的建立、变动、撤销以及临时机构的设置、名称、任务、主要组成人员、撤销时间等。

（８）各级领导来医院检查、视察工作，医院领导参加全国、省、市各项重大活动的情况，重要的接待活动以及发表各种声明等。

（９）医院以及各部门和人员获得市级以上先进称号的时间、名称。

（10）党支部、工会开展的主要大型活动。

（11）其他有必要列入大事记的重要事项。

3．重大事件（活动）要保持连续性，不能中断，若有遗漏，尽量在一周内回忆追记。

4．各职能部门应指定专人负责此项工作，重大事件应及时上报院长办公室，以保证年终大事记汇编工作的顺利进行。

# 21、青阳县人民医院领导行政查房制度

一、医院领导至少每月主持2次行政查房，原则上行政查房时间定于每月第1周、第3周周五上午进行，由医务科、护理部、院办、院感办、质控办、医患办、后勤总务科等相关职能科室负责人参加。

二、院领导行政查房采用轮班的办法进行，每次由1位值周领导主持，具体安排见每月初由院办作出行政值班安排表。

三、每次行政查房重点检查3一5个科室，内容包括医疗、护理、教学、科研、行风建设、服务质量、后勤保障、安全管理等各方面工作。

四、为保证查房效果，对科室提出的问题能当天解决的决不拖延，不能解决的限时回复。对科室存在问题应提出改进要求并进行追踪。

五、院办提前1天通知参加查房的职能科室和被查科室做好准备，每次查房要尽量确定主题，围统主题展开。

六、院领导如遇会议、出差等事宜不能按时查房，应提前告知院办，以便延后或调班。

七、查房形式：通过听取科主任、护士长的汇报及现场查看、访谈等方式。

八、行政查房要和现场办公结合起来，凡能立即解决的问题就地解决；对暂不能解决的要讲明原因或责成相关科室限期解决。

九、凡在查房中，院领导确定有关职能科室办理的事项，职能科室要积极办理，并将办理结果三天之内以书面材料向院长或分管院长汇报，并报院办公室备案。

十、院办公室对在查房中提出需要解决的事项要加强督办，并将承办进展、处理结杲向院长或分管院长汇报。

十一、行政查房的记录等文字性工作由院办公室负责。

# 22、文件管理制度

1．凡文件、资料，应在收文当天，使用专用登记本进行登记。

2．文件登记后，应及时送院办公室主任阅签，然后按照签批意见，分送有关领导阅示。传文要迅速，急件急送，不积压、不施延，紧急文件应在24小时内催办完毕。

3．行政三级文件，由院长或主持工作的副院长批准后，有关科室领导或负责人方可阅读。

4．凡上级下发的机要文件，要经登记附签后，属于行政三级文件交院长办公室主任或负责人批阅，并根据批阅范围通知或将文件送交领导批、阅、办。批阅时不准将文件带出机关，急需向下传达贯彻的重要文件，要及时送交有关领导阅批。

5．各级各类的机要文件的阅读贯彻，要严格按照文件所规定的范围，不得随意扩大范围。

6．“秘密”级以上的文件阅览一般不出办公室），对绝密文电，应严格保密措施，必须在指定的阅文室阅览。

７．各级领导阅完文件后，应在传阅笺上签上姓名、时间或“已阅”字样。

８．领导批阅后的文件，根据领导批示，送有关人员传阅或送有关科室，并及时向有关领导汇报办理情况。

9．凡有明确规定限期办理的文件，承办人应及时办理，院办公室负责公文处理人员应做到心中有数，主动催办，限期完成。

10．对确需借出的文件，可办理借出手续，但需要定期归还；对借出文件，应妥善保管，不得丢失泄密。

11．文件传阅和承办后，按文件内容分类整理归档，应保证文件完整无损、查阅方便，于第二年六月底以前移交档案室。

12．文书处理人员必须严格遵守保密制度。

# 23、医院行文的有关规定

为了加强医院公文管理，严格公文制发程序，实现医院公文管理规范化，提高公文处理工作的效率和公文的质量，根据《国家行政机关公文处理办法》的要求，特作如下规定：

一、根据公文的性质，确定发文形式

1．凡属全院性的，需长期执行的制度、规定、办法及上报文件，均以红头文件形式印发。

2．各职能科室的临时性通知，经分管院长同意并签字后，用函件形式，以职能科室名义印发。

二、医院常用公文种类

根据《国家行政公文处理办法》的规定文种，我院常用的公文文种有：

1．决定：是医院对重大事项或重大工作作出的安排，要求严格执行，做到有令则行，有禁则止。

2．规定：是对待特定范围内的工作和事务制订带有约束性的有关安排和具体管理措施，要求必须遵照执行。

3．通报：用于表彰先进、批评错误、传达精神或者情况。

4．通知：用于转发上级机关和不相录属机关的公文、或传达要求全院共同执行的事项。

5．请示：用于向上级机关请求批示和批准的事项，须一事一文。

6．批复：用于答复请示事项。

7．报告：用于向上级机关汇报工作、反映情况、提出意见或建议、答复上级机关的询问等。

8．会议纪要：用于记载和传达会议精神和议定事项。

9．函：用于单位之间互相商洽工作、询问和答复问题。

三、公文格式

医院制发的文件由下列内容构成：

1．发文单位：应写全称或规范性简称。

2．发文字号：包括机关简称、年份、字号。

3．公文标题：标明发文机关、发文事项、公文种类。

4．主送机关：位于标题之下，正文之前，顶格书写。

5．正文：公文的内容。

6．成文时间：以领导人签发的日期为准，加盖公章要“骑年盖月”。

7．主题词：要应用《国务院公文主题表》中规定的主题词。

8．抄送机关位于文件下端，制发机关之上。

四、发文处理程序

各部门制发公文，要严格按照公文制发程序进行。

1．拟稿：医院行文由职能科室草拟，要求条理清楚、文字精练、书写工整、标点明确，结构层次为“一”、“（一）”、“1”、“（1）”。书写必须使用蓝黑墨水或碳素墨水。

2．核稿：公文送领导人签发之前，应由办公室审核，以加强对发文的管理和控制。凡不符合要求的文稿，办公室有权提出修改、补充意见，或退回拟稿科室。

3．签发：凡医院行政或党委红头文件，必须由院长或党委书记签发或授权有关的副职领导批阅并签字。文稿一经签发即成定稿。

4．缮印与校对：缮印要按公文格式进行，分清主次缓急，先印急件。打印出清样后交拟稿人校对，拟稿人校对后及时送文印室印制。

5．发放与归档：公文印制完毕后，全院性发文由办公室分发，局部性发文交有关部门发放，并认真做好登记。办公室要及时收集文笺、原稿与正式文件，按规定时间移交档案室存档。

# 24、文件管理、拟办、阅批、催办制度

文件的收发、阅批、执行、催办工作是医院实施有效行政管理的重要途径，院级领导和部门必须执行如下规定：

一、由上级机关下发的各类行政、政工、医疗科研教学和后勤等方面的下行文件，都应由办公室签收登记，各职能部门和个人不能私自签收保存文件。

二、办公室主任负责对各类收文的审阅，并按文件性质批送有关主管领导或部门传阅和执行。院级领导批阅一般文件不超过三天，重要文件立即批阅。

三、各职能部门对院领导批示文件应在规定时间抓好落实，落实后应将执行原文件一并退回办公室。办公室同时做好文件批转流程登记。

四、办公室文秘人员负责对文件转批转及执行过程中的督促、检查，有权延误工作的部门提出批评。

五、各类文件在批转过程中必须使用规定的纸张和笔（钢笔、毛笔）书写，字迹要工整。

# 25、医院保密工作制度

一、提高警惕，严守党和国家机密。做到不该说的绝对不说，不该问的绝对不问，不在公共场所和家属、子女、亲友面前谈论国家机密。

二、任何人不得携带秘密文件、资料回家、探亲访友或出入公共场所；领导同志一律在办公室内阅办文件。凡属密级文件不得扩大范围，不是横传和给无关人员阅年地。

三、各领导、各职能科室负责同志在下班前，必须将文件、资料放入抽屈内锁好，谨访丢失和杜绝意外的事故发生。

四、凡涉及党和国家秘密文件、资料不得随意翻印和复印。非复印不可的，按保密规定办理后方可复印。

五、档案室、文印室、信息室、中西药库等属医院的重点保密重地，钥匙应有专人保管，出门要随手关门，下班前要检查门、窗是否关好、锁好。

六、不在普通电话、朋友电报中传递机密事项。

# 26、档案保管制度

一、综合档案室负责全院档案（不含人事档案、病历档案）的管理工作，有关部门按规定整理后向综合档案室移交。

二、对档案的接收、移出、借阅和销毁，要严格执行审批和履行登记，手续齐全，帐目清楚，责任明确，严防丢失。

三、定期对档案进行检查、修复、整理，保持整洁完好。对破损或变质的档案要及时采取措施，进行修补或复制，并建立登记制度。

四、实行科学管理，档案库房内档案柜放置整齐合理。档案排列整齐美观、条理系统，编号科学规范、查找方便。

五、档案工作人员必须熟悉档案业务，认真负责，严格遵守保密制度。

六、严格执行借阅制度，接收、移交档案时必须认真清点，核对登记。建立健全各种检索工具，做好各项登记工作。

七、对绝密档案、核心档案设专人专柜单独保管。任何个人不得保管本人和直系亲属的档案，严禁任何个人私自保存他人档案。

八、对重点档案要做到心中有数，不同卷宗应分别有序存放，箱柜编号，备有详细索引。对各种检索工具、档案用后及时归放原处。

九、对库存档案要建立统计制度，每年要结合档案的收进、移出进行逐项统计。

十、不断研究和改进档案的保管方法和保护技术，逐步实现档案工作的计算机管理。

十一、收放档案要及时锁好档案柜，离开时要及时关闭电灯、门窗，非档案工作人员不得进入库房。

十二、定期接收各部门的档案材料，避免档案材料散存在个人手中。

# 27、行政档案查阅制度

为了加强档案资料管理，规范档案查阅行为，充分发挥档案作用，制定本制度。

1．医院各类文件资料的查阅必须符合《档案法》规定，所有文件档案查阅需进行登记，建立查阅台账。

2．档案管理人员应当审核档案查询人的身份和资格，出具有效证明，符合查询条件的，方可查阅，并提供尽可能的方便。

3．单位工作人员可直接查阅医院下发文件等普通文件资料，查阅各类合同档案需经行政副院长批准方可查阅或复印，财务科、设备保障、人事信息科因业务需要，可由部门负责人查阅或复印合同，合同原件严禁外借。

4．资料、资质证件、款项往来文件必须经行政副院长批准，方可查阅或复印，原件严禁外借。

5．外单位或其他人员，与业务相关的必须由本医院工作人员一同到档案室查阅，不因业务需要确需查阅的，须说明原因，经行政副院长同意，并提供单位证明和本人身份证件，方可查阅。

6．查阅应当在档案管理室进行，不得擅自将档案资料带离档案室。查阅人应当保持档案资料的完好，不得对档案资料进行圈点、划线、注记、涂改或者拆页。

7．原件原则上不得外借，因特殊情况需要借出档案资料的，必须经行政副院长批准，严格办理借阅登记手续。外借期限不得超过3天，超期者应另行办理手续，归还时应注销登记手续。

8.档案管理人员对借出的档案资料要按规定时间进行催收，对外借归还的档案必须随时清点，检查无误。

# 28、医院文印管理规定

为切实加强文印管理工作，本着科学、高效、统一、节约的原则，结合医院文印实际情况，特制定本规定。

**一、文印管理**

1.医院文印室负责医院文件、文件附件、材料等的排版、打印、复印工作。文印室由院办公室管理。

2.一次性复印或打印相同的材料或表格总数达到50页的，或者份数达到20份的，实行登记制；一次性复印或打印相同的材料或表格总数达到200页以上的，或者份数达到100份的，由各科室承办人员从OA平台上发起文印申请流程，审批通过后交付文印室复印。

3.内部递传的简单通知报告或其它不需复印的文件，一般不予复印。除特殊情况外，文件材料一律双面复印。

**二、印刷管理**

试卷、凭证、表格等业务资料和书刊等批量材料的印刷，由各科室承办人员从OA平台上发起文印申请流程，审批通过后由院办公室联系广告公司进行印刷。

**三、节约管理**

1.为推动无纸化办公和自动化办公进程，加强对办公设备的管理和使用，各科室在召开会议和举办培训时，尽量使用多媒体形式进行演示，减少纸质材料印量，积极推动网络办公和网上交流（如通过OA邮件的方式传递文件、文书等）。

2.对各科室承办的文件材料，自行校对后以OA邮件或U盘拷贝的形式交由文印室统一排版印发；对一般性文字材料，原则上各科室自行打印；特殊情况下，由各科室承办人员从OA平台上发起文印申请流程，审批通过后由院办公室交文印室或广告公司打印。

3.各科室要厉行节约，尽量在电子媒体上修改文稿，减少文稿提取量。在打印内部送审稿或校对稿时双面打印，以提高纸张利用率。

4.各科室要加强对文印设备的管理、定期检修、维护。设备损坏要及时报修，并对损坏原因、更换零部件、更换时间、维修费用等做好登记。

5.严禁到文印室或使用办公设备打印、复印与工作无关的私人资料。

**四、效率管理**

1.文印人员对发送到文印室的文稿要本着先急件、后平件、先文件后材料、先重点后一般的原则进行处理。普通文件材料应在两个工作日内印制完毕；加急文件材料应在当天印制完毕；特急文件材料应随时印制完毕。如同时遇多个科室送交的多份加急、特急文件材料，则按来文时间的先后顺序印制，并准许适当延长其它文稿的印制完成时间。

2.文印人员对送来文印室印制的文件材料应做好登记，月终统计当月印制数量后向办公室汇报。

**五、保密管理**

严格落实保密制度。重要稿件、涉密材料和领导交办的个人材料，文印人员要加密保存，不得私自泄露外传。未经许可，任何人都不得翻阅文印室电脑内存放的材料，否则视为违纪，并视其后果和情节给予处理。

本规定自2017年3月份起执行。

# 29、会议室管理制度

为了加强会议室的管理，保证各类会议的顺利召开及规范有序使用，提高会议室的利用率，特制定会议室管理规定。

一、会议室的管理，由医院办公室负责。各科室安排的各种会议应至少提前一天登记，由办公室负责安排时间，避免发生冲突。通常情况下按登记时间作安排，特殊情况下经院领导同意后作调整。

二、办公室安排固定时间卫生打扫，并及时做好会议室内设施设备、会务方面的安排。临时需要打扫的由办公室统一安排。

来宾席卡、电池、茶叶、果盘、鲜花、标语横幅统一向办公室申请，办公室根据需要统筹安排，减少浪费。

三、凡使用会议室的科室，负责会议室内席卡摆放、座次的安排，提供茶杯、饮用水等耗用品，使用人员应爱护会议室的公共设备，会议室内不得随意乱贴乱画。会后使用者及时清点所带设备、资料，因使用人员失误导致的损失，责任自负。

使用者及时清点话筒、遥控器等设备，若发现、设施损坏应及时报告办公室，以便追究前任使用者责任。

四、会议室的卫生、照明、空调、设备的使用及管理由办公室负责。会议室配置的设备、桌椅未经许可，不得随意搬动挪作它用。

五、会议室使用完毕后，应随时关闭门、窗和全部设施设备电源，做好防火、防盗及其他安全工作，如因会议工作人员造成的损失将追究个人的责任。

六、会服人员须严格按管理处各项规章制度，努力做好服务及协调工作，保障各类会议、接待活动的正常进行。

# 30、青阳县人民医院公务接待管理制度

一、接待原则

（一）**统一管理的原则：**医院的接待工作统一由办公室管理，并具体承办接待工作。

（二）**对口接待的原则：**上级机关领导、县内外单位与本院各科室联系工作需要接待的，原则上对等、对口接待。

（三）**事前审批的原则：**所有接待事项，必须事先按规定的程序报批，未经批准的接待费用不得报销。

（四）**勤俭节约的原则：**原则上在医院食堂或指定饭店就餐，不得超标准、超范围接待；不得公款同城接待；中午接待不得饮酒，其他时间接待不得饮用高档酒，任何接待工作中不得招待有香烟。严格控制陪餐人数，接待对象在10人以内的，陪餐人数不得超过3人；超过10人的，不得超过接待对象人数的三分之一。

（五）**定点接待的原则：**一般性公务接待安排在食堂或指定饭店用餐。需安排在其它酒店用餐的，须经院长同意。

二、接待对象

来院检查指导工作的各级领导，被邀来院讲学授课的专家学者，商谈与医院业务发展有关事宜的来宾，来院参观考察的外地医疗单位，经领导批准需要接待的其它来宾。

三、接待程序

**（一）公务招待用餐接待程序**

1.申请: 相关科室在工作交往中需进行公务接待用餐的,报经分管领导同意后,由科室负责人或其委托人将接待事由、就餐人数及标准等情况报院办安排。

2.用餐：凭院办填写完善的就餐审批单到食堂或指定饭店就餐。

3.结帐：食堂或饭店来院结帐时，院办应将消费帐单与科室申请时的审批单核对，院办对不符合要求的帐单不予结帐。

4.其它：如遇特殊情况确需招待的，但又来不及报批的，须由相关科室负责人口头报分管领导，分管领导报院长批准方可接待，接待后三日内完善就餐审批手续。在县外异地招待，须先报经院长同意。

**（二）住宿接待程序**

接待对象确需安排住宿时，由办公室负责在协议指定宾馆（饭店）统一安排。住宿用房以标准间为主，接待省部级干部可以安排普通套间，执行协议价格。

四、接待标准

（一）**公务接待标准：**执行省、市、县规定的接待标准，30元/人，餐饮以家常菜为主，不得消费高档菜肴，工作日午间不饮酒、不敬烟、不得赠送土特产礼品。

（二）120急救车辆接送患者出本市（不含铜陵市）补贴餐费50元/天/人。

此前其它相关规定与本规定不符的，以本规定为准。

# 31、青阳县人民医院公车使用管理制度

陵阳分院、院部各科室：

为使我院车辆管理更加规范化、合理化、统一化，本着“节约开支，合理使用，减少漏洞，杜绝事故”的原则，合理进行调配和使用，保证每部车辆在医院的行政和医疗工作中充分发挥服务作用，制定本制度。请认真组织学习，严格贯彻执行。

附件1：青阳县人民医院公车使用管理制度；

附件2：青阳县人民医院公务(急救)用车派车单；

附件3：青阳县人民医院公务(急救)用车报销申请单；

附件4：青阳县人民医院车辆里程核算及救护车收费标准。

附件1

一、车辆使用管理

（一）医院公务车辆由院办公室统一管理和调度，车辆使用实行派车单制度（包括临时租用的社会车辆）。严禁公车私用，公务活动原则上集中统一乘车，降低公车消耗。

（二）县城区内办公用车，由院办公室合理派遣；县城区以外、市辖区以内的办公用车，须报请分管院长批准；市辖区外的办公用车必须由院长批准。

（三）各科室使用车辆，需提前到院办公室填写派车单（附件2），写明用车时间、地点、事由，经领导审批后，由办公室统筹安排。凡未按规定填写申请单的科室，用车不予保障。因紧急用车需电话向院长申请，同意后方可使用，并在回院后2日内补办相关手续，节假日顺延。使用车辆时应按派车单核准的路线行驶，不得随意指使驾驶员更改行车路线；因工作需要，接院办公室电话或院长通知除外。

（四）司机必须凭派车单出车，未经允许不得私自出车，否则发生交通意外，由本人承担全部责任并赔偿损失，并视情况给予批评、纪律处分，直至停止工作。

（五）医院所有车辆在节假日或每日下班后，必须按规定停放在单位指定地点，车辆钥匙统一由院办公室保管（救护车辆除外）。

（六）每月按照附件4的标准由院办公室核清行车里程、每百公里油耗、修理费、燃料费、违章、肇事等情况，实行单车核算，报销时由驾驶员填写附件3（青阳县人民医院公务、急救用车报销申请单），报院领导审核。

（七）医院公务车辆固定人员管理，负责车辆的保管和维护，每次出车后要对车辆进行清洗、擦拭，并要定期进行检修、保养，以保证安全行驶。

（八）救护车用于院前急救和急危重症的出诊、转诊，按附件4收取出车费用。救护车内的急救设备和物品必须保持完善，不得随意挪用。救护车司机要保证24小时电话畅通，以适应抢救需要，保证随叫随到。

二、维修、燃油管理

（一）维修保养管理

1、定点修理保养。车辆修理由办公室安排人员会同驾驶人员一并到定点维修厂，当面议价，确定保修期，修后试车。维修车辆时，驾驶员必须亲自到场（厂）监督维修过程。

2、维修保养程序。按照“驾驶员填写维修申请单→院办公室主任核实签字→院领导审批”的程序进行审批后方可维修，大额支出要经院党政联席会议研究批准。车辆维修、保养后必须进行验收。

3、车辆出差在外地如需进行维修时，可由驾驶员电话告知办公室主任，办公室主任请示院领导批准后到正规修配厂修理，缴纳费用后索要正规发票，实报实销。

4、坚持先报批、后修理的原则，否则产生费用自行负责。因驾驶员使用不当，造成的机械修理，费用由驾驶员本人承担。

5、车辆维修经验收合格后，经办人提供正式维修发票、维修费用清单经办公室主任、财务科、院领导逐级审核后报销。

（二）油料管理

1、实行一车一卡定点加油，办公室在每月统计上月车辆行驶里程及耗油量，计算每百公里平均油耗，并与该车之前几个月耗油情况逐一比较，作为控制耗油量及车辆保养参考依据。

2、驾驶员必须全部使用油卡加油，特殊情况经领导同意后适量加油。加油卡由办公室专人管理，专账登记，做到收有凭、出有据，日清月结。

3、车辆在外地加油应选择正规加油站，结帐后索要正规发票，凭派车单和发票报销，无派车单的外地现金加油不予报销。

三、司机管理

1、司机要遵守医院考勤制度，坚守工作岗位，接通知后保证按时出车，保持车容整洁卫生，衣着整洁，举止端庄，态度和蔼，礼貌待人。

2、实行车辆出勤登记制度，司机每次出车均需将出车事由、地点、开车时间、到达时间、回车时间、到院时间、行驶里程数等登记清楚，备查。

3、司机驾车时应严格遵守交通规则，证件配戴齐全，不酒后驾车、疲劳驾车，凡因自身原因违章或证件不全被处罚，所有后果及费用由驾车司机本人负责。

4、做好车辆养护，定期检修车辆，保持车况良好，有损随换，有坏随修，不开病车。做好汽车保险，注意防火、防盗。

5、因司机擅自出车造成的车辆损坏和责任事故，所需费用和相关责任等均由本人承担，并视情况给予批评、纪律处分，直至解聘。

6、无论值班、休息，司机手机应保持24小时通畅，及时应对突发事件发生，如遇抢险、救灾或突发事件，所有车辆驾驶人员必须服从统一指挥，参与抢救工作。

7、不服从调度、借故拒绝出车、车辆换人驾驶、违章驾驶、酒后驾驶者，给予批评、纪律处分，直至解聘，肇事或造成不良影响者后果自负。

四、本管理制度自印发之日起施行

# 32、青阳县人民医院院务公开制度

一、院务公开的基本内容和范围

（一）对外公开的内容

1、医疗服务信息；

2、医疗服务价格信息；

3、行风建设情况。

（二）向患者公开的主要内容

1、收费信息；

2、按照《医疗机构病历管理规定》应该向患者提供的病历复印件。

（三）向内部职工公开的主要内容

1、医院重要人事任免、重大建设项目安排、重大改革和发展规划及大额度资金使用情况；

2、年度财务预、决算主要情况；

3、国家重点监控的药品（特别是抗菌药物）使用情况；

4、岗位设置、岗位聘用、解聘、辞退的标准及程序，薪酬体系；

5、纠正行业不正之风投诉信箱、电话号码；

6、领导班子建设和党风廉政建设情况

二、院务公开的基本形式

1、在门诊、病房以及对公众服务窗口等设立公开专栏，电子显示屏；

2、编印、发放各类资料；

3、建立工休座谈会制度；

4、定期召开职工大会或职工代表会议；

5、通过院周会、院务会、职工座谈会等形式研究、通报院内重大事项；

6、利用医院网页公开；

7、设立举报箱、意见箱、举报电话

四、院务公开的监督

医院成立“院务公开”领导小组，负责组织指导和协调院务公开的各项工作，研究解决院务公开工作中的重要问题。领导小组下设办公室，负责“院务公开”日常工作。各职能科室按工作职责负责本部门的具体工作。建立由工会、职工代表和有关人员组成的院务公开监督小组。监督小组的职责是依据有关政策和法律，监督院务公开的内容是否真实、全面、及时，程序是否合法，职工所反映的问题是否得到了认真解决和答复。院务公开监督小组要定期对院务公开情况和有关部门的执行情况进行监督、检查和考核，并通报检查考核情况。院务公开各有关责任人对院务公开监督小组的意见和建议应在二十个日内给予答复或说明，对其中需要整改的事项应当采取措施及时整改，并接受职工监督。医院职工和职工代表对公开的有关重大决策和重大事项依法负有保守秘密的义务。

# 33、医院办公室工作制度

1．严格执行党和国家的医疗卫生方针、政策法规和医院的各项决定、决议，并负责督促、检查、落实。

2．做好上传下达、下情上达。及时传达院长指示和院务会和院长办公会议的决议，收集、整理医院各方面信息以及各部门的意见和建议，为领导决策提供科学依据；负责组织献血等工作。

3．负责医院工作计划、年度总结、工作报告、发展规划的起草；负责院务会文件和院领导讲话稿的起草以及各部门需要用医院名义发文的文稿审核、修改把关。

4．严格按公文处理办法和程序处理医院各类公文。

5．负责院务会和院长办公会议、行政会议及院长召开的其它专门会议的会务准备，作好会议记录，整理会议纪要，并督促会议精神的贯彻落实。

6．搞好全院各部门、各科室综合协调。

7．做好各种文件、信函的登记、传阅、督办和归档工作。严格管理医院行政印章，做好保密工作，认真办理来访来信。

8．严格考勤管理，做好考勤登记。加强值班管理，做好重大事件的登记和汇报、处理。

9．搞好医院对外联络和兄弟单位参观及外宾的接待工作。

10．协同有关部门对全部信息的收集、加工、整理利用和上报工作。

# 34、印鉴管理规定

印章具有法律性、权威性和效用性，是单位的身份象征，受法律保护也承担相应法律责任。为了加强对印鉴的管理，特作如下规定：

1、医院所有印鉴均由医院院办公室统一刊刻，医院办公室留取印模，登记后下发。

2、公章保管由院办公室统一保管，由敢于坚持原则的专人管理。

3、坚持谁盖章谁负责的原则，严禁违反原则用印。

4、坚持盖哪一级规章，由哪一级负责人批准，并承担相应的责任。

5、必须妥善管理好公章，防止丢失或被盗，一旦发生丢失必须及时上报院长，并采取相应措施。

# 35、介绍信管理制度

1、介绍信种类：存根介绍、信笺介绍、证明信（材料）。

2、介绍信一般由院办指定专人保管与开具。

3、介绍信开具要严格履行审批手续。一般事宜由部门（科室）负责人签字后交院办负责人审批，重要事宜需报院长、董事长审批。

4、严禁开出空白介绍信。

# 36、青阳县人民医院语言文字工作制度

为贯彻落实《中华人民共和国国家通用语言文字法》，规范医院语言文字，总结并提高我院语言文字工作水平和语言文字应用的规范水平，进一步推动语言文字工作制度化、规范化建设，特制定本制度。

一、我院是社会公益服务性单位，使用规范的语言文字是医院以及每一位医护人员的义务和职业要求，是全面推进素质教育，树立医院整体文明形象的重要标志。要明确院内应该书写规范字、使用普通话，明确倡导每位医护人员以及我们能影响到的社会环境书写规范字、使用普通话交流，也是我们医院和每一位医护人员的责任。

二、使用普通话，把普通话作为医院的服务语言，指的是除患者听不懂普通话外，医护人员应该把普通话作为工作、教学语言，不得使用方言或者其它不规范的语言。使用规范字，指的是医护人员在的病历及医嘱用字中，医院的网络中，医院标志、宣传语言中和其它教学、培训活动中，一律使用国家规定的规范字，不得出现繁体字、异体字和错别字。

三、医院将“普及普通话和语言文字规范化工作”纳入医院管理范畴，纳入员工基本功训练，反映在医院工作计划和长期规划中，渗透到接待、诊疗等各项实际工作中，并切实地组织学习培训，不断推进这项工作沿着科学、规范、有序的轨道发展。

四、医院设立语言文字工作领导小组。制订工作落实措施，层层把关，确保责任的落实。

五、在医院张贴宣传海报、拉宣传横幅，营造语言文字规范化使用氛围。由院语言文字工作领导小组组织，通过电脑网络、标语牌、宣传橱窗、横幅等宣传手段不断推动良好的工作氛围的形成。医院充分认识和重视语言文字规范化工作必须“长此以往、循环往复”的特点，重视和策划落实语言文字规范化工作的周期宣传。

六、医院积极支持教职工参加普通话培训测试工作，要求医护人员做到病历、处方、检验单等用字符合要求。坚持将普通话水平达标与工作中使用普通话和规范汉字情况列入业务考核、职务评聘、评优评先的条件。

# 37、宣传工作制度

为了加强医院宣传工作的管理，提高宣传工作的质量和效果，树立良好的内外形象，特制定本制度。

1.医院的宣传推广工作须符合国家新闻宣传相关法律法规，做到合法、真实、客观、及时、有效。

2.基层医疗服务部为医院进行新闻报道、向外发布信息的唯一部门，其他任何部门、科室和个人未经允许，不得通过报刊杂志、广播电视、网络等传播媒介自行发布医院相关信息，或接受相关采访。

3．重时效性，新闻宣传稿件必须在新闻事项发生后两天内发布，经相关领导审批后，及时报道。

4.宣传材料均由基层医疗服务部统一把关、审核，经分管院长审批。涉及重要宣传内容，须向董事长及时汇报，经院长审核同意后方可报道。凡涉及医院保密、敏感等不适宜对外宣传的事项，不得宣传报道。

5.鼓励各科室大力宣传报道本科室的新技术、新成果、名专家、专业特色等。凡涉及科室的相关宣传材料需先经科室主要负责人审核签字，经医务科审核签字后，由医院基层医疗服务部负责向有关新闻媒体推荐。未经医务科及基层医疗服务部准许，任何科室及个人不得擅自对外发布信息。

6．院办公室负责电视台、报社等新闻记者的接待、联系、宣传报道相关事宜，新闻记者直接到医院具体科室采访时，被采访科室要及时通知院办公室，基层医疗服务部审核同意后将安排专人陪同记者进行采访，各科室不得自行邀请新闻单位采访与医院有关的任何信息。

7．对敏感问题和突发事件的报道，应注意保持社会安定，有利于医院的发展。报道中涉及到的重要数据、重要情节，必须核实清楚，并经基层医疗服务部审阅，向分管副院长、院长汇报后方可发布。对外新闻发布工作由基层医疗服务部会同有关部门组织实施，突发事件所涉及到的任何科室不得自行向外提供消息。

8．各科室网络信息联系人负责本科室新媒体平台（微博、微信）医院内、外网信息的收集整理和电子屏幕信息等送审工作。各科室负责人要对上报的信息确认签字，院办公室审核通过后方可发布。凡需在网络和电子屏幕发布的重大事件信息，应由院长审批，未经审核、审批的信息不得擅自发布。

9．条幅、张贴物、展板、宣教手册、宣传片、宣传栏等文宣品由基层医疗服务部统一管理。需要在院内悬挂条幅、张贴海报、摆放展板、播放宣传片、张贴宣传栏的科室，应向分管院长提出申请，经审核签字批准后方可使用。各科室、病区内宣传栏的制作需由院办公室统一制作，并审核宣传材料的内容与宣传栏的版式。

10．基层医疗服务部负责对内、对外发表的稿件进行收集、登记、存档、备案。

11．对积极发稿的作者和科室予以奖励。

# 38、办公用品管理制度

1．医院办公用品的采购、保管、发放和办公设备的入库登记由设备保障科全权负责。

2．办公用品购置应遵循以下程序：每月27号之前各部门将所需办公用品报至设备保障科，设备保障科根据各部门的需求计划和月末办公用品清算单中的物品实际库存和用量，做出采购计划，经部门主管批准，财务部签字后方可采购。对急用品的采购，可根据具体实际进行灵活处理，但必须经部门主管批准。

3．根据物品所属类别，对办公用品进行及时出入库登记，注明名称、数量、规格、单价、出入库时间等，做到账物相符。

4．各部门申领的办公用品需及时发放，并做好填表记录，因特殊情况急需领用未填表登记，事后须及时补填。

5．任何人未经允许不得进入办公用品管理室，不得私自挪用办公用品。

6．办公用品管理人员负责收发入、离职人员的办公用品。

7．采购中心建立医院固定资产总账，每年进行一次汇总普查。

8．管理员定期对办公用品进行盘查，核实库存，保证出入库等量。

9．倡导无纸化办公，严格控制纸张消耗。文稿起草、修改、审阅一般在电脑上进行，定稿后再行打印。

# 39、医院应急管理制度

1．建立医院紧急状态应急机制，制定灾害与突发公共安全事件处理预案，并定期组织预演。

2．成立医院应急处置工作领导小组，院长任组长，其他院领导为成员，各科室负责人负责具体执行。

3．建立紧急状态下，人员、物品调配、收集、使用程序。

4．设置休息日、夜间、节假日紧急状态下应急机制。

5．医院建立承担突发公共卫生事件和灾害事故的紧急医疗救援任务的应急管理体制，根据功能、任务、规模，设定贮备在区域性灾害与应急事件时的食物、医药品的品种与数量。

6.对各种人员如住院患者、门诊患者、家属、本院员工以及其它来院人员等，突发紧急意外事件（主要是指心脏骤停、猝死、意外损伤）时，制定明确的应急预案与措施，确定相关职能部门负责执行和落实。

# 40、社会监督制度

1．医院内要设立社会监督电话和意见箱，确定专人负责处理。

2.建立医院领导联系区域制度，听取和了解区域群众的反映与意见。

3.不定期向患者发放“征求意见卡”，收集群众对医院的评价意见。

4．聘请社会义务监督员，定期召开有关人员座谈会，征求意见。

# 41、医院各种标识管理制度

1．医院要设立醒目、明晰的诊疗区域指示标识和路标，并责成专人负责管理。

2．所用标识，要规范统一，简单明了，美观大方。通用标示应按国家惯例进行绘制，卫生系统通用标示按卫生部统一规定制作。

3．根据医院环境，统一放置内部标示、标识，不准随意乱设。

4．所有标示的色彩、图形、比例、字体严格按医院提供版图制作。

5．院内已经陈旧的标识，应及时修整更换，已经过时的标示应及时清除。

6．所有标示的语言文字应符合国家语言文字规范的规定要求。

7．工作人员佩戴胸牌，含有姓名、职称、所在科室等内容。进修、实习人员的胸牌应与本院工作人员区别。

8．与安全有关的防跌倒、防烫伤、消防通道等标示要特别醒目。

# 42、投诉处理管理制度

1．医院设有投诉部门，专门负责患者的投诉接待工作，对投诉的问题应及时与相关科室或部门通报，对重大事件投诉的信息迅速报告院领导。

2．公布投诉电话、信箱，建立快捷的投诉处理流程。

3．投诉的问题应在受理后一周内予以答复，若因问题复杂，解决难度较大，短期内无法答复的，应向投诉者说明原因，然后向院领导汇报研究解决办法。

4．对投诉问题的处理及整改意见，及时向科室或部门反馈。

5．医院应对投诉事件进行定期分析，要从医院管理的机制、制度、程序上提出整改措施，防止类似事件重复发生。

6．建立完善医患沟通体制，增强医患交流，规范医患沟通内容、形式，交流用语通俗、易懂。

# 43、首问负责制

第一条 为促进医院医疗服务质量进一步提高，患者满意度进一步提升，干部职工的责任意识进一步加强，特制定本制度。

第二条 本制度适用于医院全体医护人员、职能部门人员、后勤工作人员。

第三条 首问负责制

（一）首问接待人员职责：

1、患者到医院咨询、查询、投诉和办理相关业务事项时，首位接待的工作人员即为首问接待人。首问接待人在接待服务对象时，要遵循热情主动、文明办理、服务规范、及时高效的办事原则，对服务对象咨询的问题要认真进耐心解答，并负责办理或引荐到相关业务部门。属于重大问题的，首问接待人应及时向医院分管领导汇报，由分管领导安排相关部门处理。

2、顾客通过电话咨询、反映问题、投诉或举报的，接听电话的工作人员即为首问接待人。首问接待人对属于本科室职责范围内的事项应认真解答，属于其他科室的，应将有关电话告知来电人，并尽可能的为来电人提供帮助。

（二）首问责任人员职责：首位业务受理人为首问责任人。属于首问责任人职责范围的事项，能办理的应及时办理，暂不能办理的，要说明相关情况或办理时限，并在时限内负责办理；需要提供相关材料的，应当一次性告知，并将自己的姓名、职责和联系电话告知服务对象。咨询和办理事项属于本院相关科室的，首问接待人应及时引荐到相关科室办理，并主动与经办人联系；若联系不上，要将被服务对象的有关材料收下，做好记录，随后移交给相关科室经办人。首问责任人在所受理的事项办理完毕后，应及时进行登记、收集整理或督促有关人员收集整理有关资料，移交相关职能科室归档，以备查询和考核。

第四条 服务对象认为医院及其工作人员有违反本制度规定的，有权向医院纪检监察室投诉。

第五条 各科室应严格执行本制度各项规定，对执行本制度效果显著的要给予表彰；对执行不力、甚至违反本制度的，要给予通报批评，责令限期改正。对违反本制度造成不良影响的，依据医院问责制度等相关规定进行处理。

# 44、网络直报信息管理制度

第一条 为加强卫生统计网络直报工作，提高统计数据质量，为卫生改革与发展、突发公共卫生事件指挥决策提供动态的卫生资源与医疗服务信息，依据《中华人民共和国统计法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《全国卫生统计工作管理办法》和《国家卫生统计调查制度》等相关法律法规，制定本规定。

第二条 本规定适用于我院卫生统计的数据采集、报告、汇总和分析等管理工作。

第三条 网络直报遵循依法上报、统一规范、分级负责、准确及时的原则。

第四条 信息管理科负责卫生统计网络直报管理工作，病案室负责统计网络直报资料，医务科监管；各科室执行与职能相关的卫生统计网络资料直报工作。

第五条    建立健全本单位统计工作制度，各科室规范原始记录和统计台帐；具体执行卫生统计网络直报工作，包括数据录入、审核及上报。

第六条 直报内容

依据《国家卫生统计调查制度》，直报内容为：卫生资源与医疗服务、疾病控制、传染病、妇幼卫生、卫生统计学、人力资源等调查制度规定的调查内容，上级布置的其他调查任务，卫生行政部门增加的调查内容。

第七条 直报程序

直报人员登陆直报系统上报本单位数据。

第八条 直报方式

在线填报：直报人员登陆直报系统填报数据。

离线录入、在线上传：直报人员利用直报系统提供的客户端软件（离线工具）录入数据，审核后通过网络上传。

第九条 数据审核

直报人员应对录入数据进行严格审核，及时发现并更正错项、漏项以及逻辑错误，确保录入数据的完整性和准确性，经科室负责人确认、由单位负责人审核后上报。

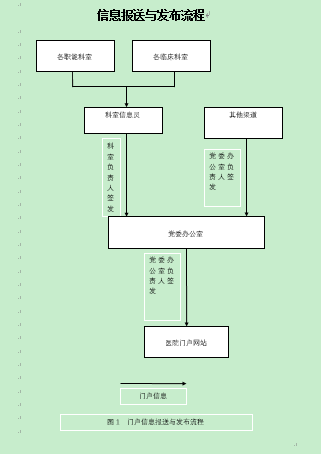
第十条 数据订正

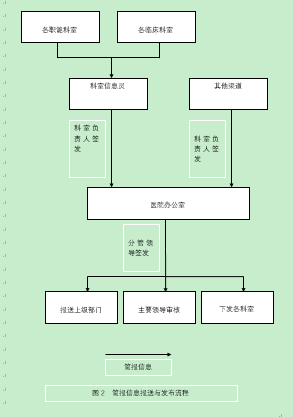
医疗卫生机构直报人员发现上报数据有错，须在数据上传后3日内订正。

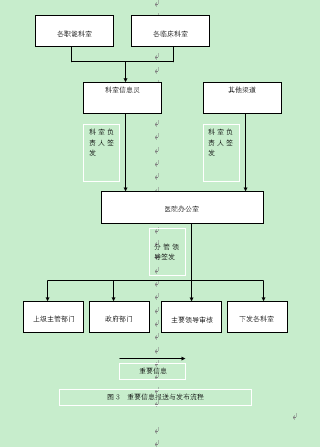
第十一条 直报系统作为突发公共卫生事件应急指挥决策系统的重要组成部分，直报系统环境依托省级指挥决策系统并满足运行需要。要求统一直报软件，统一信息分类、统一数据交换标准、统一直报流程和管理制度。直报软件和相关信息标准由上级卫生部门制定。

第十二条 人员及经费保障

 指定专人承担直报工作。要求配备计算机等直报设备，具备上网条件。须将网络直报工作经费（系统运行、系统扩展及升级、人员培训、通讯等）纳入预算内统筹安排，以保证直报系统正常运行。







# 45、信息报送工作制度

第一章 总 则

第一条 为进一步加强医院信息工作，推动信息工作步入制度化、规范化、科学化轨道，充分发挥信息工作在上情下达、下情上传、正确决策、科学管理、宣传导向中的重要作用，促进本院各项工作有力有序发展，现结合实际，特制定本工作制度。

第二章 组织机构及其职责

第二条 医院信息工作由单位分管领导直接负责，归口医院办公室统一组织管理。院办协调各科的信息报送工作，各科室协助负责。

第三条 办公室信息报送工作的主要职责：

（一）按照市委、市政府和市卫生局的要求，研究和制订信息工作的规章制度和工作计划，并组织实施。

（二）做好医院信息的收集、整理、分析、上报、反馈和存档等各项日常工作。

（三）结合医院中心工作、领导和群众关心的问题，组织开展信息调研，提供有数据、有分析、有建议的专题综合信息，为医院重大决策提供参考数据。

（四）及时、准确、全面向上级报送重要信息，同时将上级要求的信息报送并及时传达各科室。

（五）负责定期统计本单位各科室信息报送情况并在本单位公布。

第四条 各科室工作人员为本科室信息员，从事具体信息工作。

第五条 各科室信息员的工作职责：

（一）根据上级部门报送信息工作要求，结合本单位、本科室工作实际，完成本科室信息的收集、编写、报送工作，并报送分管领导审核。

（二）信访维稳、紧急重大事件等重要信息由主要领导负责，领导审核后由办公室汇总上报。

（三）负责在第一时间迅速收集报送医院重大突发性事件、重要工作动态。

第三章 信息采集范围

第六条 医院各科室收集和报送信息的主要内容包括：

（一）党和国家的重大决策在本科室工作范围内的执行落实情况。

（二）本科室对医院重要工作部署及有关会议精神的落实情况。

（三）医院发展过程中有里程碑意义的医疗技术创新，医院有参考价值的国内外医疗卫生信息。

（四）领先于省内外或具有特色的科室，开展的开创性和标志性的手术，运用的具有先进性和独特性的医疗技术和医疗设备等的具体介绍。

（五）医院基本情况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据统计表；专业技术人员结构情况统计表；教学工作统计表；科研与学科建设情况统计表。

（六）上级领导来医院指导、检查工作或参观、访问情况；各科室召开或承办的教育、科研等各类会议情况；医院领导或专家重要出访情况，出席重要会议情况。

（七）重要科研、教学成果的评审、鉴定和参与市级以上重要比赛的情况；医护员工参加重要比赛获奖情况。

（八）本科室管理范围内的突发事件、重大责任事故及其他突发性重要情况。

（九）医院和科室年度计划与工作总结。

（十）其他需报知上级部门领导和其他单位的重要信息。

第四章  信息报送程序及基本要求

第七条   各科室应按以下程序进行信息报送：

（一）各科室信息员对所掌握的信息材料进行收集、整理、编辑，经科室负责人审核、单位分管领导审签同意后，及时将纸质和电子版交由办公室审核后报送。

（二）重要信息经单位分管领导审核、主要领导审核后，由办公室汇总上报。

（三）医院信息统一归口由办公室向上级部门报送，未经单位领导批准，各科室不得向外报送信息。

第八条   信息报送的基本要求：

（一）各科室上报信息必须实事求是、准确无误，动态类信息要言简意赅、讲求时效，参考类、调研性信息应力求创新、分析透彻、具有借鉴意义。

（二）各科室报送信息材料作为单位资料存档保管。

第五章   通报和考核制度

第九条  各科室报送信息的数量、质量和信息工作总体情况，纳入医院工作考核。

第十条 对不按要求报送信息，或报送信息失实、失准、失误而产生不良影响的予以通报批评。

第六章   附  则

第十一条   本办法由医院负责解释，并根据施行情况适时修订。

第十二条   本办法自公布之日起施行。

# 46、关于进一步规范信息上报制度的通知

为规范信息上报工作，及时、准确反映我院工作情况，做到信息上报对外统一、真实，对内规范、严肃，特制订如下信息上报制度：

一、信息上报原则

1．及时性原则

无论是院内的信息报送，还是向上级单位或外联单位的信息上报，均要在规定时间内及时完成上报。

2．准确性原则

对于所需上报的信息一定要保证真实可靠、有据可依、文字表述准确、用词严谨、分析恰当、数字精确。

3．审批性原则

所需上报的信息要经过严格审批，经部门负责人、主要领导或分管领导同意、签字后方能进行上报。

二、上报内容

信息报送内容包括：院内的信息传递、向上级单位或外联单位的所有文字、数据的报送；

按上报形式分为：常规性数据报送和重要信息报送，常规性数据报送是指经常报送的常规数据报表、文字说明；重要信息报送是指各部门对外报送的特殊说明、涉及我院重要数据、医院形象的文字材料或数据。

三、信息报送方式

1．常规性数据信息报送：各部门上报的信息稿件、数据表格等基础数据汇总完成后，由部门负责人审核，分管领导签字批准后上报，上报的信息基础数据及审批文稿留存本科室，待备查。

2．重要信息上报：部门负责人审批签字后，送交分管领导审批签字，再交由主管领导审批签字后方可上报，上报后的信息基础数据及审批文稿应留存院办公室，由院办公室负责整理、存档。

四、相关考核

1．所有数据、文字信息都由上报信息主要负责人把关；

2．对于把关不严、处理不当，给医院造成经济损失或损害单位形象的上报信息，由部门负责人和主管领导共同承担相应责任直至通报批评；

3．信息上报工作的优劣直接纳入负责人年终考核范围。

# 47、特需医疗服务暂行管理办法

为适应医改工作的需要，保证广大群众的基本医疗需求，满足少数高收入人群的高层次消费，使我院医药费的实行“总额控制、结构调整”的方案顺利实施，结合我院医疗需求的实际情况，特制定本暂行办法。

一、定义

特需医疗系指具有一定条件的医疗单位在保证广大群众获得基本医疗保健服务的前提下，为满足部分高收入人群对医疗保健高层次的特殊需要而提供的多样化、高层次的全程医疗保健优质服务。

二、范围

特需医疗服务包括开设特需门诊、专家门诊、导诊服务、特种病房、高等病房、家庭式产房、特需护理、医学护理、医学美容、外科特需病房、家庭医生、家庭护士、保健咨询等特别需求的医疗服务。

三、原则

1．医院根据病人病情需要正常开展的急诊、会诊、抢救、特护、监护、业余服务或加班工作不属特需服务范围。

2．特需医疗必须以满足大多数人获得基本医疗优质服务为前提。

3．特需医疗必须区别于基本医疗服务，独立开设，独立管理。

4．特需医疗服务必须做到自愿、公开、优质和自由选择。

5．特需医疗服务必须有领导地开展，并报经卫生行政部门批准。

四、管理

开展特需医疗服务的需向所在上级卫生主管部门提交申请，说明开展特需医疗服务的项目、基本条件、收费标准和管理要求，由同级卫生主管部门审批。

特需医疗服务的组织实施和管理工作由医院全面负责、建立相应的质控标准和管理制度，教育医务人员严格遵守特需医疗服务有关规定，坚持优质高效服务，确保特需医疗服务的工作质量。

参加特需医疗服务人员报酬公开。

五、收费

放开特需医疗服务的各项收费价格，实行同行定价或医院自行定价，报卫生、物价部门备案。

特需医疗服务发生的各项费用由患者自理，不得在公费医疗、劳保医疗、合作医疗和医疗保险中报销。医院应设专用收据并加盖“自费、不得报销”印章。

特需医疗服务的收支帐目应纳入医院财务科统一管理，不得在科室自收自支和截留资金。

开展特需医疗服务的单位要接受同级卫生、物价主管部门的监督和管理，按时填报统计报表。

特需医疗服务纳入医院综合目标管理责任考核内容，凡在这项工作中做了显著成绩，受到群众好评的医务人员由医院给予表扬和奖励。对违反本《办法》的有关人员，由本单位视情节轻重严肃处理。

# 48、特需医疗服务动态管理机制

1．为了进一步保证患者的基本医疗服务需求，同时又能满足不同层次患者的医疗服务需求，特制定医院特需医疗服务动态管理机制。

2．医院成立特需医疗服务动态管理小组，由医务部主任担任组长，护理部及各临床医技科室主任担任成员，负责特需医疗服务的动态管理和检查考评工作。

3．各临床、医技科室在开展特需医疗服务的过程中，应严格执行《控制特需医疗服务规模管理措施》，体现医疗卫生的社会公益性。

4．特需医疗服务规模≤全院服务规模5%；特需门诊量≤专家门诊量10%；特需门诊量≤医院总门诊量3%；住院特需床位数量≤开放床位数1%。

5．医院现开展的特需医疗服务项目有：门诊预约诊疗服务和特需门诊服务、特需病房、特需自选体检服务、院际会诊服务。

6．各临床、医技科室可根据医院的实际情况和患者的需求，开展新的特需服务项目。拟开展新特需服务项目的科室应向医务科提出书面申请，说明开展的理由及保障措施，经医院同意后方可开展。

7．各科室要加强特需医疗服务的管理，对特需医疗服务开展情况做好记录和分析，认真填写《特需医疗服务开展情况统计表》，并在每月5日前将统计表上报医务科。

8．医务科组织相关科室和人员对医院特需医疗服务开展情况实施动态管理，根据实际情况，将开展特需医疗服务过程存在的问题纳入医疗护理质量考评，与当月绩效奖金挂钩，兑现奖惩。

# 49、青阳县人民医院新闻发言人制度

为进一步加强与社会、患者的联系和沟通， 规范医院新闻宣传工作，增强医院处理突发事件的能力，保障患者对医疗工作的知情权，接受社会各界对医院工作的监督，构建和谐的医患关系，为医院科学发展创造良好的舆论环境，特制定本制度。

新闻发言工作遵循的原则

1、坚持党的基本路线，维护医院的工作大局，促进社会稳定和医院发展。

2、对外发布新闻须具有新闻价值，体现医院的权威性、指导性、公开性、时效性。

3、新闻发布的内容要准确、及时、公正、严肃。

二、新闻发言人：院长及其指派人

三、新闻发言人的职责

1、为医院新闻发布会提供新闻信息和相关资料，根据医院授权，负责主持或参加医院有关的新闻发布会。

2、负责组织管理本院的新闻发布工作。当发生突发事件时，新闻发言人应在事发后2个小时内，根据有关法律并结合实际情况，对如何进行新闻宣传工作提出建议，同时，负责核实突发事件的真实情况，并及时组织起草新闻发布稿，报医院党委委员会、院长办公会审批 。

3、负责组织突发事件发生地现场的新闻报道工作。包括向记者介绍情况、为记者提供必要采访条件、管理现场采访记者、审阅新闻稿件等具体工作。未经医院党委、院长办公会授权或同意，其他任何人不得向新闻媒体公布有关事件的情况。

四、新闻发布的主要内容

1、医院的发展战略、工作思路和政策措施。

2、医院当前的中心工作和重大决策。

3、医院管理、医疗、教学、科研、医院文化、民主法制、廉政建设等方面的重大情况。

4、当前广大群众普通关心的重大事项。

5、对有一定社会影响的重要活动、安全生产责任事故、公共卫生事件等事件。

6、其他需要发布的事项。

五、新闻发言稿的制审程序

1、起草。新闻发言初稿一般由新闻发言人起草，业务性较强的由有关科室起草。

2、修改审定。起草的新闻发言稿根据医院主要领导指示进行。

3、归档。使用后的新闻发言稿，由医院办公室阅卷保管。

六、新闻发布的时间、方式与范围

1、发布范围

一般邀请省、市、县各主要新闻单位参加。

2、发布时间

可根据需要不定期举行新闻发布会。

3、发布方式

（1）召开新闻发布会。由医院新闻发言人主持并进行发布，可视情况邀请有关科室负责人参加。若发布内容涉及特别重大的事项，可邀请县相关领导出席新闻发布会。

（2）由新闻发言人接受记者采访、答记者问和召开新闻单位“通气会”等方式进行发布。

（3）对社会影响特别重大的事件，上报省卫生厅、省卫生厅新闻办，并协助省卫生厅新闻办发布。

七、经费

新闻发布会所需经费，由单位列支。

# 50、公务接待管理规定制度

一、接待原则

（一）统一管理的原则：医院的接待工作统一由办公室管理，并具体承办接待工作。

（二）对口接待的原则：上级机关领导、县内（同城除外）外单位与本院各科室联系工作需要接待的，原则上对等、对口接待。

（三）事前审批的原则：所有接待事项，按规定的程序报批，未经批准的接待费用不得报销。

（四）勤俭节约的原则：原则上在医院食堂或指定饭店就餐，不得超标准、超范围接待；不得公款同城接待；中午接待不得饮酒，其他时间接待不得饮用高档酒，任何接待工作中不得招待有香烟。严格控制陪餐人数，接待对象在10人以内的，陪餐人数不得超过3人；超过10人的，不得超过接待对象人数的三分之一。对超标准接待不得报销。

（五）定点接待的原则：一般性公务接待安排在食堂或指定饭店用餐。需安排在其它酒店用餐的，须经院长同意。

二、接待对象

来院检查指导工作的各级领导，被邀来院讲学授课的专家学者，商谈与医院业务发展有关事宜的来宾，来院参观考察的外地医疗单位，经领导批准需要接待的其它来宾。

三、接待程序

（一）公务招待用餐接待程序

1.申请: 在工作交往中需进行公务接待用餐的, 报经分管领导同意后,接待人必须事前到院办公室将接待事由、就餐人数及标准等情况报院办安排，填写公务接待申请表（附件），报请院长同意后,由院办公室根据接待事由、就餐人数及标准等情况统一安排。

2.用餐：凭院办填写完善的就餐审批单到食堂或指定饭店就餐。

3.结帐：食堂或饭店来院结帐时，院办应应认真核对消费帐单与公务接待申请表，院办对不符合要求的帐单不予结帐。

4.其它：如遇特殊情况确需招待的，但又来不及报批的，须口头报分管领导，分管领导报院长批准方可接待，接待后三日内完善就餐审批手续。在县外异地招待，须先报经院长同意。

（二）住宿接待程序

接待对象确需安排住宿时，由办公室负责在协议指定宾馆（饭店）统一安排。住宿用房以标准间为主，接待省部级干部可以安排普通套间，执行协议价格。

四、接待标准

（一）公务接待标准：执行省、市、县规定的接待标准，30元/人，餐饮以家常菜为主，不得消费高档菜肴，工作日午间不饮酒、不敬烟、不得赠送土特产等礼品。

（二）120急救车辆接送患者出本市（不含铜陵市）补贴餐费50元/天/人。

本规定自印发之日起施行，此前其它相关规定与本规定不符的，以本规定为准。

**公务接待申请表**

青阳县人民医院（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接待对象 |  | | | | | |
| 带队人 |  | | 单位职务  （或电话） |  | | |
| 来客人数 |  | 事由 |  | | | |
| 是否往宿 | 是 否 | | 陪客领导 |  | 陪客人数 |  |
| 接待时问 | 年 月 日 | | | 餐次 | 早 中 晚 | |
| 经办人 | 院方接待人签字： | | | | | |
| 接待地点 | 院办公室主任填写： | | | | | |
| **院长审批** |  | | | | | |

**第一联 存根联**

**公务接待申请表**

青阳县人民医院（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接待对象 |  | | | | | |
| 带队人 |  | | 单位职务  （或电话） |  | | |
| 来客人数 |  | 事由 |  | | | |
| 是否往宿 | 是 否 | | 陪客领导 |  | 陪客人数 |  |
| 接待时问 | 年 月 日 | | | 餐次 | 早 中 晚 | |
| 经办人 | 院方接待人签字： | | | | | |
| 接待地点 | 院办公室主任填写： | | | | | |
| **院长审批** |  | | | | | |

**第二联 核对联**

# 51、青阳县人民医院合同管理办法

第一章 总 则

第一条 为了加强和规范我院的合同管理工作，维护医院正当权益、保护医院利益和规避合同风险，促进医院对外经济、技术、医疗、科学研究等合作活动的开展，规范合作行为，确保合同履行质量，根据《中华人民共和国合同法》等国家的其它相关法律、法规和政策，并结合我院实际情况，特制定本管理办法。

第二条 本管理办法的适用范围：医院各职能部门、临床科室与外单位以青阳县人民医院名义签订的经济、技术、医疗、科学研究等合作的所有合同。

第三条 医院合同管理的内容包括：合同签订、合同履行、合同监督和合同档案管理等。

第二章 职能部门合同管理的分工

第四条 医院根据业务类型对合同进行分类，授权相关部门对合同实行归口管理，即授权各相关职能部门负责对其业务范围内的合同进行管理。

各职能部门具体负责的合同业务为：

一、人事科负责医院人事合同、劳动合同的管理；

二、设备科负责设备及医用耗品的采购及维护等合同的管理；

三、财务科负责金融业务往来合同的管理；

四、后勤科负责基建、修缮、房屋租赁、物资采购等合同的管理；

五、药剂科负责药品、试剂采购等合同的管理；

六、科教科负责各类专业培训、合作办学、科研、技术开发、技术咨询、技术服务及科技成果转让等合同的管理；

七、院办公室负责对外合作项目合同的管理及全院合同的协调工作。

其它未列明的合同原则上按管理职能归属相关科室管理。

第三章 合同签订与履行的管理

第五条 医院所有对外合同必须依据《中华人民共和国合同法》等国家相关法律、法规和政策，并遵照医院的有关规定进行签订，确保医院的合法权益。

第六条 各职能部门对所管理的合同的真实性、合法性、合理性负责，并在合同签订过程中履行以下职责：

一、负责审查合同他方的主体资格及资信状况。具体包括：

（一）营业执照。重点审查拟定的合同标的是否与营业执照核定的业务（经营）范围一致，营业执照的年限及年检情况等；

（二）从事合同项目的资质证明等；

（三）合同他方的法人代表身份或法人代表授权委托书；

（四）必要时要求合同他方提供主要的财务报表以及其从事相关业务的业绩证明材料。

二、负责起草或审核合同草案，组织相关人员与合同他方进行合同谈判，重大合作项目（指合同金额在100万人民币以上或合同期限在5年以上的合作项目）须按医院要求组成项目小组，对合同条款进行把关；

三、负责对合同基本条款的完备情况进行审查。一般包括合同他方当事人的名称或姓名、注册地址或住址、合同标的、数量、质量、价款或酬金、合同期限、履约地点和方式、合同变更和解除、违约和违约责任以及合同的仲裁和诉讼等；

四、负责或协助处理合同纠纷；

五、负责签订补充合同或变更合同。

第七条 合同初稿由职能部门起草后，经各相关部门会签、定稿，主管部门必要时征询法律顾问意见。定稿后的合同，由主管部门或审计部门报院长审批并组织签订，重大合作项目（指合同金额在100万人民币以上或合同期限在5年以上的合作项目）须经院长办公会讨论决定。各类合同的补充及变更照此程序办理。

第八条 非法定代表人签订的合同须持有法定代表人授权签署的《授权书》。未经医院法定代表人授权，医院任何科室或个人不得擅自代表医院签订任何合同。

第九条 对外合同一经签订，主管部门负责跟踪落实合同的执行情况，并监督合同他方履行合同义务，及时向分管院领导报告异常情况，确保合同条款的履行。重大合作项目须每年检查合同落实情况并将书面总结呈交分管院领导。

第四章 印章、合同档案和合同备案的管理

第十条 各职能部门在订立、变更、解除合同时，必须按规定使用“青阳县人民医院”印章。

第十一条 “青阳县人民医院”印章以及法人代表章由院办公室妥善保管、并在规定范围内使用。

符合规定审批程序的合同，方可加盖“青阳县人民医院” 印章，并留档备查。

第十二条 合同签订份数视实际情况确定，合同签订完毕，正本合同由主管部门保管，如涉及款项结算事项的，其中必须有一份标注“财务”专用字样的合同作为款项结算的依据。

第十三条 各职能科室按照合同的分工管理指定专人负责合同相关资料的分类、整理、立卷、归档工作。

第十四条 合同档案整理立卷后，凡保管期在16年以上（含16年）及合同金额在100万元人民币以上的投资合同档案，移交院办综合档案室保存。

第十五条 部门保管的合同档案保管期限的划分：

一、执行期在10年以上（含10年）的合同，合同档案保存期限为合同期满后10年；

二、执行期在10年以下5年以上（含5年）的合同，合同档案保存期限为合同期满后5年；

三、执行期在5年以下1年以上（含1年）的合同，合同档案保存期限为合同期满后3年；

四、执行期在1年以下的合同，合同档案保存期限为合同期满后2年。

第五章 合同检查及责任追究

第十六条 医院成立由院办、监察、财务和审计等部门组成的合同监督、检查工作小组。院办负责牵头与组织协调，采取定期检查与随机抽查相结合，对医院各部门所管理的合同执行情况进行检查监督，对违反本办法的部门和科室进行责任追究。

第十七条 未按本办法规定报批、审核、备案，擅自对外签订合同给医院造成经济损失或不良影响的，负责签订合同的人员须承担相应的经济和法律责任。

第十八条 科室或个人在合同签订或执行过程中玩忽职守、循私舞弊、索要财物或收受贿赂，医院视情节严重按照有关规定进行责任追究和处理；构成犯罪的，移交司法机关处理。

第六章 附 则

第十九条 合作协议、合同条款必须符合国家的法律法规，如相抵触，一律以法规为准。

第二十条 本办法由院办公室负责解释。

第二十一条 本办法自发文之日起执行，之前规定与本办法不符的，以本办法为准。