

文件编号：NJTR-HF2-001		制定日期：2013 年
文件名称：医疗行风监督管理办法（总纲）		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第 5 版
制定部门：行风办	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜 芸	签 发：杨庆松	

## 医疗行风监督管理办法（总纲）

### 一、目的

为全面加强医院党风廉政与行风建设，深入贯彻《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》及国家、省、市卫生健康委关于行风工作的系列部署，构建教育、监督、考评、惩处一体化长效治理机制，切实规范诊疗行为、提升服务质量、维护患者权益、塑造清廉医院形象，依据国家相关法律法规及医院章程，特制定本办法。

本办法是南京同仁医院行风制度体系的纲领性文件。医院制定的其他行风类专项制度、实施细则、操作规程等，均须以本办法为遵循，不得与其基本原则和核心规定相抵触。

### 二、适用范围

本办法适用于南京同仁医院全体工作人员（以下简称“工作人员”），包含但不限于合同制员工、进修人员、规范化培训人员、实习生、外包服务人员等。

### 三、核心原则

1. 依法治理原则：严格遵守国家法律法规、行业规章及医院各项管理制度。
2. 教育先行原则：坚持常态化的职业道德与法纪教育，筑牢思想防线。
3. 惩防结合原则：对违规行为实行递进式追责，同时注重风险预警与源头防控。
4. 一岗双责原则：各级管理人员对分管领域和所在科室的行风工作承担管理责任。
5. 闭环管理原则：实现从问题发现、调查处理到整改反馈的全流程闭环管理。

#### 四、制度体系框架

医院行风制度体系由本办法（总纲）及以下专项制度构成，具体事务按各专项制度执行：

1. 研判预警类：《医院行风研判工作制度》（NJTR-HF2-002）
2. 应急处置类：《医院重大行风问题请示汇报制度》（NJTR-HF2-003）
3. 线索管理类：《行风问题线索受理、移交、处置流程与制度》（NJTR-HF2-004）
4. 监督检查类：《行风建设巡查工作制度》（NJTR-HF2-005）、《行风监督员管理办法》（NJTR-HF2-010）
5. 教育培训类：《医院行风教育制度》（NJTR-HF2-006）
6. 协调联动类：《医院行风建设工作职能部门协调机制》（NJTR-HF2-007）
7. 考核评价类：《医德医风考评管理制度》（NJTR-HF2-008）
8. 沟通反馈类：《工休座谈会制度》（NJTR-HF2-009）
9. 其他类：《进修生、规培生、实习生医德医风管理办法》（NJTR-HF2-011）

\*注：涉及学术会议、学术道德等规范，遵循科教部（KJ 系列）和医学装备部（ZB 系列）相关制度。

#### 五、行风建设基本规范

全体工作人员应恪守职业道德，其执业行为应符合《医疗机构从业人员行为规范》、《医务人员职业道德准则（2025 年版）》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则》及《南京同仁医院文明服务规范》的要求，以下核心规范要求：

规范维度	核心要求
医德医风	尊重患者权利，关爱患者生命，严禁虚假宣传，严禁开单提成、收受红包回扣。
医疗服务	严格执行诊疗规范，保障医疗安全，优化服务流程，改善就医体验。
药品耗材	严格执行采购规定，严禁非法产品流入，保障临床合理用药用械。
财务管理	严格遵守财经纪律，严禁违规收费、设立账外账。
人事管理	坚持公平竞争、择优录用，严禁违规进人、违规晋升。

教育培训	加强职业素养与法纪教育，树立正确价值观。
工作纪律	严守岗位职责，严禁擅自离岗、迟到早退、消极怠工。
科研伦理	恪守科研诚信与医学伦理，规范开展新技术、新项目及临床试验。
互联网诊疗	严格遵守互联网诊疗管理规范，严禁 AI 自动生成处方、先药后方。

## 六、违规行为处理原则与框架

### （一）违规所得追缴

工作人员违反规定获取的违规所得（包括但不限于回扣、红包、提成等），无论金额大小，一经查实，均须无条件全额退缴。拒不清退的，将作为从重处理直至解除劳动合同的关键依据。医院保留通过法律途径追索的权利。

### （二）处理与考评挂钩原则

对违规行为的处理结果，将与工作人员的年度考核、评优评先、职称晋升、薪酬调整及医德医风考评等全面挂钩。

1. 评优资格一票否决：一经查实存在违规行为，取消当年度评优评先资格。

2. 职称与薪酬调整延期：根据违规情节，实行延迟 24 个月申报职称、参与薪酬调整的处理。

3. 医德考评关联：依照《医德医风考评管理制度》（NJTR-HF2-008）执行，医德医风直接定等为“较差”。

### （三）递进式追责框架

根据违规行为的性质、涉案金额、危害后果及认错态度，对违规人员实行递进式处理。处理措施包括但不限于：通报批评、绩效考核扣分/降等、岗位调整、暂停执业权限、降职降薪、解除劳动合同等。

具体分级标准、金额阈值及对应处理措施，按《行风违规行为处理实施细则》执行。

### （四）管理责任连带

对发生违规行为的科室，根据违规等级、数量及负面影响，同步追究科室及相关管理人员的管理责任，措施包括但不限于：取消科室评优资格、负责人约谈、诫勉谈话、解除管理职务等。

### （五）群体性违规处置

对科室发生的群体性违规行为，一经认定，将对科室进行专项整顿，并对管理团队进行重组。

### （六）离职追责机制

工作人员在职期间的违规行为，不因其离职而免于追责。医院有权暂缓办理离职手续或在员工离职后，继续通过法律途径追索违规所得及追究其民事责任。

## 七、主要监督机制

医院建立多元化、立体化的行风监督网络，具体操作细则见相关专项制度。

1. 内部监督：由财务、医保、医务、护理、药学等职能部门依据《医院行风建设工作职能部门协调机制》（NJTR-HF2-007）履行日常监督职责，并按规定向行风建设办公室报送信息或移交线索。

2. 行风巡查：由行风建设领导小组牵头，按《行风建设巡查工作制度》（NJTR-HF2-005）定期开展全院性巡查。

3. 社会监督：通过聘请社会监督员（详见《行风监督员管理办法》NJTR-HF2-010）、设立意见箱、公布投诉举报电话及网络平台等方式，主动接受社会监督。

4. 满意度评价：常态化开展门诊、住院、急诊患者满意度调查，结果纳入科室考核。

## 八、责任体系

1. 领导责任：医院党政主要负责人是医院行风建设的第一责任人。主管院领导对分管领域的行风工作负管理责任。

2. 科室责任：科室主任、护士长为本科室行风建设第一责任人，负责落实行风教育、自查自纠、问题报告等职责。

3. 失职追责：对行风问题频发、整改不力、隐瞒不报的科室，严肃追究科室负责人的管理责任。

## 十、本办法解释归行风建设办公室。

附则：

## 南京同仁医院行风违规行为处理实施细则

### 一、目的

为贯彻落实《医疗机构从业人员行为规范》、《医务人员职业道德准则（2025年版）》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则》及医院《医疗行风监督管理办法（总纲）》（NJTR-HF2-001），建立合法合规、标准明确、程序规范的行风违规行为处理机制，强化廉洁风险防控，维护医院声誉与患者权益，依据《中华人民共和国劳动合同法》《中华人民共和国医师法》《护士条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规及医院《医院奖惩管理制度》《劳动合同》相关规定，结合医院实际，制定本细则。

### 二、适用范围

本细则适用于南京同仁医院全体工作人员（以下简称“工作人员”），包含但不限于合同制员工、进修人员、规范化培训人员、实习生、外包服务人员等。

### 三、处理原则

1. 依法合规原则：处理措施须符合国家法律法规及行业管理规定，确保程序正当、依据充分。
2. 过罚相当原则：处理措施应与违规行为的性质、情节、危害程度及认错态度相适应。
3. 程序正当原则：保障当事人的知情权、陈述权和申诉权，重大处理决定须履行民主程序。
4. 教育与惩戒相结合原则：注重违规行为的事前预防和事后教育，促进整改与提升。

### 四、违规行为分级标准

根据违规行为的性质、涉案金额、危害后果、主观恶意程度以及处理权限，将违规行为划分为以下三个等级：

#### （一）一级：内部违规

界定标准：指违反医院规章制度、行业行为规范或职业道德，情节轻微，尚未构成行政违法或刑事犯罪，由医院内部进行处理的行为。

包括但不限于以下情形：

- (1) 初次违反《九项准则》及相关行风规定，涉案金额在 1000 元以下，且主动交代问题、全额退缴违规所得，未造成不良影响或患者损害的；
- (2) 服务态度生硬、用语不规范，被患者投诉，经核实确有过错，但未造成严重后果，且主动道歉取得谅解的；
- (3) 未按规定佩戴胸牌、着装不规范，经提醒拒不改正的；
- (4) 违反工作纪律（如工作时间看手机、吃零食等），情节轻微且初次发生的；
- (5) 其他经行风建设办公室认定为情节轻微、危害较小的违规行为。

## （二）二级：严重违规（行政违法风险）

界定标准：指行为涉嫌违反国家医疗卫生管理法律法规或行业禁令（如《医师法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》等），情节较重，可能面临卫生健康行政部门、医保部门等行政处罚或行业处分的行为。此类行为在处理的同时，应按程序移送相关行政主管部门。包括但不限于以下情形：

- (1) 违规金额单次在 1000 元以上，或虽金额较小但存在主观故意的；
- (2) 收受患者及其亲友给予的“红包”、礼品、有价证券等财物，金额在 2000 元以上的；
- (3) 收受药品、医疗器械、医用耗材等生产经营企业或经销人员给予的回扣、提成，金额在 2000 元以上的；
- (4) 为商业目的“统方”，或将医院内部数据提供给医药代表等外部人员的；
- (5) 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，套取或骗取医疗保障基金的；
- (6) 违规转介患者到指定机构就诊、检查、购药，从中牟取不正当利益的；
- (7) 隐匿、伪造、篡改或者违规销毁医学文书及有关资料的；
- (8) 泄露患者隐私信息，造成一定社会影响或后果的；
- (9) 因服务态度恶劣、推诿病人等原因被有效投诉，造成严重不良影响的；
- (10) 因违规行为被新闻媒体曝光，造成不良社会影响的；

- (11) 一年内发生两次及以上一级违规行为的；
- (12) 其他违反行政法规、行业禁令，性质较重、造成一定后果的行为。

**(三) 三级：特别严重违规（刑事犯罪嫌疑）**

界定标准：指行为涉嫌触犯《中华人民共和国刑法》及相关司法解释，存在刑事犯罪嫌疑，依法应当追究刑事责任的严重行为。此类行为一经发现，应立即移送司法机关处理，并同步启动内部最严惩戒措施。包括但不限于以下情形：

- (1) 索取、暗示患者及其亲友给予“红包”、礼金，情节严重，涉嫌受贿犯罪的；
- (2) 收受商业贿赂，金额较大或情节严重，涉嫌非国家工作人员受贿罪、受贿罪等；
- (3) 参与骗取医保基金，金额较大或造成严重后果，涉嫌诈骗罪的；
- (4) 因违规行为造成重大医疗事故或严重后果，涉嫌医疗事故罪的；
- (5) 存在对抗调查、威胁证人、伪造销毁证据等行为，情节严重的；
- (6) 受到刑事处罚，或受到卫生健康行政部门责令暂停执业活动、吊销执业证书等行政处罚的；
- (7) 一年内发生两次及以上二级违规行为的；
- (8) 组织、策划、实施群体性违规行为，构成犯罪的；
- (9) 其他性质特别恶劣、涉嫌刑事犯罪的行为。

**五、违规行为处理措施类型**

对违规行为可单独或合并采取下列处理措施：

- 1. 批评教育类：谈话提醒、责令书面检查、科室内部通报批评；
- 2. 纪律处分类：全院通报批评、警告、严重警告；
- 3. 经济关联类：绩效考核扣分、绩效工资核减、年度薪酬调整资格取消；
- 4. 资格限制类：取消评优评先资格、限制职称晋升申报、暂停处方权/手术权；
- 5. 岗位调整类：调离原岗位、降职降薪、待岗培训、留院察看；
- 6. 解除合同类：解除劳动合同；

7. 移送处理类：移送纪检监察机关、司法机关处理。

## 六、违规行为具体处理细则

### （一）通用处理原则

一经查实存在违规行为，在执行以下递进追责措施前，首先适用下列通用原则：

1. 违规所得全额追缴：无论金额大小、无论违规等级，违规所得（包括但不限于回扣、红包、提成、礼品、有价证券等）均须在7个工作日内无条件全额退缴至医院指定账户。拒不清退的，暂停发放当月绩效，直至配合完成退缴，并作为从重处理依据。
2. 评优资格一票否决：一经查实存在违规行为，立即取消当年度评优评先资格，年度考核不得评为“合格”及以上等次。
3. 职称晋升与薪酬调整延期：自处理决定生效之日起，24个月内不得申报职称晋升、不得参与薪酬调整。延期期内再次违规的，合并计算延期期限。
4. 医德考评强制关联：处理结果须记入个人医德医风档案，并按本细则规定强制关联医德考评等次。

### （二）分级递进追责措施

根据违规行为的不同等级，实行逐级加重的递进追责机制。具体措施如下：

1. 一级违规（内部违规）
  - (1) 由科室负责人进行谈话提醒；
  - (2) 责令作出书面检查，在科室内部通报批评；
  - (3) 存入个人医德医风档案。
  - (4) 核减当月绩效工资 1000 元。
  - (5) 一年内发生两次及以上一级违规情况的，按二级违规处理。
2. 二级违规：严重违规（行政违法风险）
  - (1) 给予全院通报批评，在院周会、内网等渠道公示；
  - (2) 视情节给予院内严重警告处分，处分期6个月。

- (3) 核减当月绩效工资，取消当年度薪酬调整资格。
- (4) 暂停处方权/手术权/核心业务权限 1-3 个月，期满后需经考核合格方可恢复；
- (5) 视情节调整工作岗位（调离核心业务岗、管理岗等），调整期间绩效按新岗位标准执行。
- (6) 将案件材料及处理建议移送卫生健康行政部门、医保部门，配合行政主管部门依法处理。
- (7) 一年内发生两次及以上二级违规的，按三级违规处理。

3. 三级违规：特别严重违规（刑事犯罪嫌疑）

- (1) 依据《劳动合同法》第三十九条第（二）项“严重违反用人单位规章制度”的规定，立即解除劳动合同或退回劳务派遣单位，且不支付经济补偿金；
- (2) 记入行业黑名单（医院内部），本单位永不录用。
- (3) 核减或停发违规行为发生当期及之后的所有未发放绩效奖金；
- (4) 违规所得全额追缴，拒不退缴的，通过法律途径追索。
- (5) 对依法需要吊销执业资格证书的，将案件材料及处理建议报请上级卫生行政部门依法处理。
- (6) 涉嫌犯罪的，依法移送公安机关或纪检监察机关追究刑事责任。

**（三）党员领导干部附加处理**

党员领导干部违反本细则的，除按本规定处理外，同时移送党群办公室依照《中国共产党纪律处分条例》及相关党纪规定处理。

**（四）群体性违规处理**

对科室发生的群体性违规行为实行专项治理：

1. 认定标准（具有下列情形之一的）：
  - 科室两人及以上共同策划、实施违规行为的；
  - 科室负责人利用职权牵头组织、指使、默许或纵容本科室人员违规的；
  - 违规行为在科室内形成“约定俗成”的潜规则，涉及人员较多，或造成行业风气恶化、社会影响恶劣的。

2. 处理措施：

- 对涉事科室进行限期整改，暂停科室年度评优资格、暂停新业务新技术申报；
- 解除科室主要负责人及涉事管理团队现任管理职务，此种管理职务的解除，属于基于其管理失职的岗位调整，其劳动关系的存续状态及薪酬待遇按医院相关岗位调动规定执行；重新竞聘或委任科室负责人；
- 对科室全体人员在该时段内的执业行为进行延伸核查，凡涉及违规利益的，一律清退违规所得；
- 对虽未直接实施但知情不报、配合调查不力的，给予相应纪律处分并调离原岗位。

**（五）管理责任追究**

对发生违规行为的科室，根据违规等级、数量及负面影响，同步追究科室及相关管理人员责任：

1. 发生一级违规：

- 取消该科室当年度评优评先资格；
- 由医院分管领导对科室主要负责人进行约谈，责令科室限期整改。

2. 发生二级违规：

- 对科室主要负责人进行诫勉谈话；
- 一年内科室发生两起及以上一级违规或一起二级违规，对科室主要负责人予以全院通报批评，并取消其当年度评优评先、晋升及薪酬调整资格。

3. 发生三级违规或造成重大社会影响的群体性事件：

- 对该科室进行专项整顿，暂停新业务新技术申报；
- 视情节对科室主要负责人及相关分管院领导，依据公司章程及聘用合同，解除其管理职务。

**七、结果运用与档案管理**

**（一）结果挂钩**

1. 所有处理结果均应记入个人医德医风档案及人事档案，作为职称晋升、岗位聘用、评优评先、干部选任的必备审查材料。

2. 处理结果与年度考核、绩效分配直接挂钩，具体挂钩办法由行政人事部依据医院相关规定执行。

3. 对因违规行为受到二级及以上处理的，相关信息应按规定报送上级卫生健康行政部门。

### （二）档案管理

1. 行风建设办公室建立违规处理专项档案，一人一档、动态更新。

2. 档案内容包括：违规线索材料、调查报告、处理决定书、检查书、申诉材料、执行情况记录等。

3. 纸质档案由行政人事部统一保管，保存期限不少于5年；涉及解除劳动合同等重要档案，保存期限不少于15年。

## 八、附则

### （一）合并处理

工作人员同时触犯多条或多起违规行为的，按照其中最重的违规等级处理；屡教不改或情节特别恶劣的，可在最重等级对应的处理幅度内从重处理，直至适用上一等级处理措施。

### （二）离职追责

工作人员在提出离职申请后，如经查实在职期间存在违规行为的，医院有权暂缓办理离职手续及结清剩余薪酬，待违规事实查清、违规所得全额退缴后，方可办理离职。已办理离职手续的，医院保留通过法律途径追索违规所得及追究其民事责任的权利。

九、本细则解释归行风建设办公室。



文件编号：NJTR-HF2-002		制定日期：2013 年
文件名称：医院行风研判工作制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第 5 版
制定部门：行风办	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜 芸	签 发：杨庆松	

## 医院行风研判工作制度

### 一、目的

为深入贯彻落实国家和本地区关于加强卫生健康系统行风建设的部署要求，准确把握医院行风建设状况，及时发现、预警、处置行风问题，构建行风风险防控长效机制，依据《医疗机构从业人员行为规范》、《医务人员职业道德准则》及医院行风建设相关管理规定，结合医院实际，制定本制度。

### 二、工作原则

1. 客观真实原则：以事实和数据为依据，全面、准确反映行风状况。
2. 问题导向原则：聚焦突出问题、重点领域、关键环节和群众反映强烈的行风问题。
3. 预防为主原则：强化风险识别与预警，做到早发现、早提醒、早纠正。
4. 闭环管理原则：研判结果与教育、监督、整改、考核相衔接，形成管理闭环。
5. 协同联动原则：多部门参与，信息共享，综合分析，协同治理。

### 三、制度内容

#### （一）组织机构与职责

##### 1. 领导机构

医院行风研判工作纳入医院服务促进工作领导小组统一领导。领导小组在研究服务质量问题时，同步研判行风状况。由医院党委书记担任组长，分管行风工作的副院长担任副组长，成员包括行风建设办公室、党群办公室、行政人事部、医务部、护理部、客服部、品牌宣传部、财务部、质控科等部门负责人。

##### 2. 牵头部门

行风建设办公室是行风研判工作的业务牵头部门，负责研判内容的准备、

分析报告的起草、整改台账的督办。研判议题统一纳入服务促进会议议程，不单独召开行风研判会议。

### 3. 协同部门职责

- (1) 行风建设办公室：提供信访举报、问题线索、案件查处等相关信息。
- (2) 客服部：提供患者投诉、满意度调查、工休座谈会记录、患者意见建议等。
- (3) 医务部、护理部：提供医疗质量安全事件、执业行为监管、技术准入等相关信息。
- (4) 行政人事部：提供职工处分、年度考核、岗前培训及职业道德培训情况。
- (5) 党群办公室：提供党建、思想政治工作中的行风相关信息。
- (6) 财务部：提供经济审计、收费管理、设备采购、药品使用等相关信息。
- (7) 品牌宣传部：提供舆情监测、媒体报道等相关信息。
- (8) 各临床、医技科室：提供本科室行风自查、人员思想动态、患者反馈等情况。

## (二) 研判内容与指标

### 1. 研判内容

#### (1) 问题类研判

- ◇ 投诉举报情况：数量、类型、分布、办结率、满意度；
- ◇ 违规违纪情况：收受“红包”、回扣、商业提成、违规收费、骗保等；
- ◇ 医疗质量与服务态度问题：医患纠纷、服务投诉、沟通不到位等；
- ◇ 重点岗位风险：药品、耗材、设备采购、基建工程、人事招聘、财务报销等；
- ◇ 舆情风险：负面报道、网络曝光、社会关注等；
- ◇ 专项整治工作：检测样本外送、外配处方合规性、互联网诊疗风险（含AI自动生成处方、先药后方等）、患者隐私保护、殡葬服务、出生医学证明等。

#### (2) 建设类研判

- ◇ 教育落实情况：年度教育计划执行、科室月度教育开展、重点人群培训覆盖率；
- ◇ 制度执行情况：行风制度知晓率、执行率、合规性；
- ◇ 文化建设情况：先进典型宣传、廉洁文化氛围、职工认同感；
- ◇ 满意度评价：患者满意度、职工满意度。

### (3) 趋势类研判

- ◇ 行风问题的季节性、阶段性、区域性变化特征；
- ◇ 新型行风风险点（如互联网诊疗、人工智能应用、科研伦理等）；
- ◇ 行业共性问题的传导影响；
- ◇ 既往整改问题的复发情况。

## 2. 研判指标

建立行风研判指标体系，包括但不限于：

- (1) 投诉率、投诉办结率、投诉处理满意度；
- (2) 违规违纪案件发生率；
- (3) 行风教育覆盖率、考核合格率；
- (4) 重点岗位人员廉洁承诺书签订率；
- (5) 患者满意度等；

### (三) 研判形式与频次

#### 1. 研判形式

- (1) 季度例行研判：每季度服务促进会中，进行行风研判专项汇报，系统分析本季度医院行风状况，形成行风研判报告。
- (2) 半年综合分析：每年7月、次年1月进行半年度及年度综合分析，全面评估行风建设成效与不足，提出下阶段工作建议。
- (3) 专项研判：针对特定领域（如药品回扣、耗材管理等）或重大事件（如重大舆情、集中投诉、专项检查反馈）即时启动专题会议。
- (4) 科室层级研判：各科室每月结合月度行风与医疗服务问题，开展科室内部自查与研判，形成月度报告并在科会中反馈。

#### 2. 研判流程

- (1) 信息收集：研判前，行风建设办公室向相关部门采集数据，与服务质量分析数据同源、同步采集。
- (2) 会前准备：行风建设办公室形成研判素材，纳入服务促进会议材料汇编。
- (3) 会议研判：在服务促进会议上，按议题顺序汇报行风研判情况，与会人员一并进行讨论、决策。
- (4) 形成纪要：行风研判结论及整改要求写入服务促进会议纪要，单列“行风研判”部分。
- (5) 跟踪督办：整改任务纳入医院服务改善工作统一管理，及时判断整改成效。

### （四）结果运用与改进机制

#### 1. 研判结果运用

- (1) 精准教育：将研判中发现的突出问题和典型案例，转化为医德医风教育的鲜活教材，增强教育的针对性和警示性。
- (2) 风险预警：对研判识别的高风险领域、重点人员、问题苗头，及时发布预警，约谈提醒，防微杜渐。
- (3) 制度完善：对研判暴露的制度漏洞、管理盲区，责成相关部门限期修订完善规章制度。
- (4) 考核挂钩：将研判结果纳入科室绩效考核、医德考评、年度评优评先体系。
- (5) 对外沟通：对涉及患者感知的共性问题，通过适当渠道向患者反馈改进情况，提升社会信任度。
- (6) 行风与服务联动改进：将行风研判发现的共性服务短板，同步纳入服务质量改进计划；将服务促进会议中反映的患者体验、流程堵点等问题，同步纳入行风教育案例库。
- (7) 整改闭环：研判会议认定的高风险事项，由行风建设办公室在会后3个工作日内向责任科室下发《问题整改督办单》，明确整改责任人与完成时限；逾期未提交整改报告或整改不力的，在服务促进会、院周

会通报。

## 2. 持续改进

行风建设办公室每年对研判机制的有效性进行一次复盘，征求参与部门意见，优化研判指标、流程和方法。

### （五）档案管理

相关资料（包括原始数据、会议记录、研判报告、整改台账等）由行风建设办公室负责归档保存，保存期限不少于5年。

**四、本制度解释权归行风建设办公室。**



文件编号：NJTR-HF2-003		制定日期：2013 年
文件名称：医院重大行风问题请示汇报制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第 5 版
制定部门：行风办	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜 芸	签 发：杨庆松	

## 医院重大行风问题请示汇报制度

### 一、目的

为切实加强医院行风建设，及时发现、有效处置各类重大行风问题，确保信息畅通、反应迅速、处置得当，维护医院的良好形象和正常工作秩序，保障人民群众的健康权益，特制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于医院全体工作人员（包括在编人员、聘用人员、进修生、实习生、规培生等）。

### 三、制度内容：

#### （一）请示汇报原则

1. 主动对接原则：积极主动与上级行风管理部门建立并维护常态化联系渠道。
2. 及时准确原则：重大问题必须第一时间启动内部报告程序，按规定时限请示汇报，确保信息客观、准确。
3. 规范有序原则：严格遵循组织程序和审批流程，实行归口管理、分级负责。
4. 准确性原则：汇报内容必须实事求是、客观准确，不得夸大、缩小或捏造事实。
5. 闭环管理原则：对请示汇报事项，须跟踪落实上级指示，形成完整工作闭环。
6. 保密纪律原则：严格遵守保密规定，在未得到授权公开前，相关知情人必须严格保密，不得擅自泄露。

#### （二）组织管理与职责分工

### 1. 领导机构

医院党委、院领导班子对行风管理与重大问题请示汇报工作负总责。医院行风建设领导小组是统筹协调相关工作的核心决策与指导机构。

### 2. 归口管理部门

医院指定“行风建设办公室”作为与上级行风管理部门衔接及内部重大行风问题请示汇报的归口管理部门。其主要职责包括：

- (1) 负责与各上级行风管理部门的日常联络、沟通协调。
- (2) 接收、传达上级行风管理部门的工作部署、通知和要求。
- (3) 牵头组织医院内部重大行风问题、风险事件的研判与调查。
- (4) 审核、流转、呈报需向上级请示汇报及内部存档的正式文件。
- (5) 督促检查上级批示或医院决策的落实情况，并负责反馈。
- (6) 建立重大行风问题台账，管理相关档案资料，定期跟踪整改。

### 3. 协同部门（第一责任人）

医院各临床、医技、行政职能部门均为协同部门。科室/部门负责人为本单位行风建设与风险防控第一责任人，负责：

- (1) 及时识别、初步处置本科室/部门范围内的行风问题与潜在重大风险。
- (2) 即时报告：按照内部报告流程，第一时间向行风建设办公室及分管院领导报告。
- (3) 全面配合：配合归口管理部门完成问题调查、材料准备及整改落实。

### （三）与上级行风管理部门顺畅衔接机制

#### 1. 常态化联络机制

- (1) 定点联系：明确各上级部门的对应联系人及方式，由行风建设办公室统一维护。
- (2) 定期沟通：每季度主动汇报医院行风建设动态、成效及难点。
- (3) 信息报送：按规定定期报送行风建设工作简报、统计数据、典型案例等。
- (4) 会议参与：及时参加上级会议培训，传达落实会议精神。

#### 2. 专项工作对接机制

(1) 对于上级部署的专项治理、检查、调研等活动，牵头成立临时工作专班，制定对接方案。

(2) 主动邀请上级部门专家来院指导培训。

### 3. 问题响应与协调机制

(1) 上级交办：收到上级转办、督办的线索后，立即登记、报主要领导批示，在规定时限内书面反馈。

(2) 政策咨询：遇政策理解、标准执行等疑问，正式向上级部门书面咨询。

(3) 协调会议：对复杂行风问题，可提请上级部门召开协调会。

### (四) 重大行风问题界定

“重大行风问题”主要包括：

1. 严重违反廉洁从业行为：违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则》，包括但不限于主动索要、收受“红包”、回扣等严重违反职业道德的行为。

2. 重大舆情事件：被市级及以上媒体曝光、上级主管部门督办或经研判可能升级扩散的负面网络舆情。

3. 其他事项：上级规定或医院党委、领导班子认为需要请示汇报的重大行风事项。

### (五) 内部报告与研判流程

1. 即时报告：任何科室或个人发现重大问题，第一责任人须在 30 分钟内向科室负责人、行风建设办公室和分管院领导口头报告；情况紧急时可越级直接向医院主要领导报告。24 小时内提交书面情况说明。

2. 初步处置：相关科室在报告同时，须立即采取必要措施控制事态、降低影响、保护现场及证据。

3. 快速研判：行风建设办公室接报后，应在 2 小时内会同相关职能部门及分管领导进行研判，评估事件性质与紧急程度，提出是否需向上级请示的建议，报医院主要领导决策。

### (六) 向上级请示汇报流程

1. 审批决定：经医院党委会、院长办公会或主要领导根据研判结果，决

定启动向上级请示汇报程序。

2. 材料准备：由行风建设办公室牵头准备请示汇报材料。内容包括：事件概况、发生时间地点、涉及人员、初步原因、已采取措施、当前状态、可能后果、请求指示事项等，力求客观、准确、完整。

3. 形式与渠道：

(1) 紧急情况：先通过电话、短信等快捷方式口头报告，随后补交书面材料。

(2) 一般情况：采用书面请示（报告）形式，通过规定渠道报送至主管卫生健康行政部门、纪检监察机关等对应上级单位。

(3) 归口报送：所有正式书面请示汇报文件，均需经行风建设办公室审核、医院主要领导签发后，由行风建设办公室统一登记、报送。

（七）落实与反馈

1. 跟踪督办：行风建设办公室负责跟踪上级批示或答复，并建立重大行风问题台账。

2. 传达落实：接到上级指示后，立即组织学习传达，制定落实方案，明确责任分工。

3. 结果反馈：行风建设办公室须在问题处置完毕后5个工作日内将处理结果向分管院领导及院长汇报，并视情况向上级部门反馈及向相关科室通报，形成闭环管理。

4. 制度整改：涉及人员处理、制度整改等事项，应按医院《奖惩管理制度》《医德医风考评管理制度》等相关规定执行。

（八）监督检查

行风建设办公室负责对本制度执行情况进行常态化监督检查，定期通报执行情况。

（九）责任追究与激励

1. 对出现以下情形的科室和个人，将依据医院相关规定严肃追究责任：

(1) 瞒报、谎报、迟报、漏报重大问题的。

(2) 在请示汇报中弄虚作假、隐瞒事实的。

- (3) 不执行或擅自改变上级批示、决定的。
- (4) 因衔接不畅或汇报不及时导致事态扩大、造成严重后果的。
- (5) 违反保密规定，泄露相关信息的。

2. 对如实报告、积极处置、有效化解风险的人员，可视情况予以表扬或奖励。

五、本制度解释权归行风建设办公室。



文件编号：NJTR-HF2-004		制定日期：2013 年
文件名称：行风问题线索受理、移交、处置流程与制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第 5 版
制定部门：行风办	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜 芸	签 发：杨庆松	

## 行风问题线索受理、移交、处置流程与制度

### 一、目的

为规范医院行风问题线索的受理、移交与处置流程，提高线索处理效率与质量，强化行风监督与执纪问责，推动医院行风建设持续改进，依据《医疗机构从业人员行为规范》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则及细则》《医务人员职业道德准则（2025 版）》等规定，结合医院实际，制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于全院各科室、部门及全体员工，涉及行风问题线索的接收、登记、研判、移交、调查、处置、反馈和归档等全流程管理。

### 三、制度内容

#### （一）线索受理

##### 1. 受理渠道

医院统一设立以下行风问题线索受理渠道：

- （1）电话受理：行风监督电话（025-66988202）、医院服务热线（400-600-0606）；
- （2）现场受理：一站式服务中心、行风建设办公室（设在客服部）；
- （3）网络平台：医院官网、微信公众号客服平台“投诉建议”、院长信箱；
- （4）信函受理：邮寄至“南京同仁医院行风建设办公室”；
- （5）上级转办：来自卫健部门、信访部门、纪检监察机关等上级单位的转办线索。

##### 2. 受理要求

(1) 实行“首接负责制”，任何科室或人员接到行风问题线索，均应及时引导至行风建设办公室统一登记；

(2) 受理人员应耐心倾听、认真记录，核实线索来源、被反映人信息、问题概要等关键内容；

(3) 对实名反映的线索，应告知医院已受理，并按程序处理及联系方式；对匿名线索也应如实登记，按程序处理。

### 3. 不予受理情形

凡有下列情形之一的，经行风建设办公室主任批准，可不予受理该事项或终止相关调查，并需及时向实名反映人告知相关情况：

(1) 反映问题无实质内容、无明确对象、无法核实；

(2) 已进入司法程序、信访终结程序或已有生效结论；

(3) 反映人与被反映人存在民事纠纷，无证据证明行风违纪事实；

(4) 重复信访且无新的事实依据。

### (二) 线索登记与研判

#### 1. 统一登记

行风建设办公室对受理的线索建立《行风问题线索登记台账》，记录线索来源、时间、内容、类别、紧急程度等信息。

#### 2. 初步研判

行风建设办公室应在收到线索后2个工作日内完成初步研判：

(1) 属于行风问题线索的，进入移交或调查程序；

(2) 属于医疗纠纷、服务投诉等非行风问题的，按《医院客户投诉管理总则》处理；

(3) 属于违纪违法线索的，立即移交医院纪检监察部门或上级机关。

### (三) 线索移交

#### 1. 内部移交

经研判需由其他职能部门调查的线索，行风建设办公室提交《行风问题线索移交申请》，经分管领导审批后，移交至相关责任部门（如医务部、护理部、财务部等）。

## 2. 外部移交

涉及重大违纪、违法或需上级机关介入的线索，经医院主要领导批准后，按规定移送纪检监察机关、卫健部门或司法机关。

## 3. 移交时限

一般线索应在研判后3个工作日内完成移交；紧急线索应即收即移。

### （四）线索调查与处置

#### 1. 调查程序

（1）成立调查组：根据线索性质，由行风建设办公室牵头或责任部门组建调查组，必要时邀请相关职能科室参与；

（2）开展调查核实：通过谈话了解、调取资料、现场核查等方式，全面收集证据；

（3）形成调查报告：调查组应在15个工作日内完成调查并形成调查报告；因案情复杂、取证困难需延期的，经行风建设办公室主任批准可延长15个工作日，并告知实名举报人延期原因及预计办结时间。

#### 2. 处置方式

根据调查结果，按以下方式处置：

（1）属实或部分属实：依规对责任人进行处理，并督促整改；

（2）不属实：予以澄清，必要时向反映人说明情况；

（3）诬告陷害：按相关规定处理反映人。

#### 3. 处置依据

处理决定应依据《医院奖惩管理制度》《医德医风考核管理制度》《年度考核管理制度》等文件执行。

### （五）反馈与归档

#### 1. 结果反馈

（1）实名线索：应在处置结束后7个工作日内，通过电话、面谈或书面方式向反映人反馈处理结果；

（2）匿名线索：经查实的，可在院周会、内网公告栏、科室负责人会议等公开渠道通报处理结果。

2. 资料归档

所有线索受理、移交、调查、处置、反馈等全过程资料，由行风建设办公室统一整理归档，电子与纸质资料保存期限不少于5年。

五、本制度解释权归行风建设办公室。

文件编号：NJTR-HF2-005		制定日期：2013 年
文件名称：行风建设巡查工作制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第 5 版
制定部门：行风办	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜 芸	签 发：杨庆松	

## 行风建设巡查工作制度

### 一、目的

为切实加强医院行风建设，确保行风建设责任制和各项规章制度落到实处；建立健全医德医风监督、考核管理的长效机制；查找医疗服务过程中的薄弱环节，真正落实“以病人为中心”的服务理念，努力为人民群众提供优质医疗服务，持续促进医院行风建设管理规范化、制度化，特制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于全院员工。

### 三、制度内容

#### （一）组织领导

行风巡查由院行风建设领导小组牵头实施，行风建设办公室具体负责组织协调工作。被查科室主任负责、党支部书记协助，共同做好配合检查的相关工作。

#### （二）巡查人员

根据提前确定的巡查内容，由行风建设办公室通知并组织行风建设领导小组成员单位或相关科室人员参加巡查，也可邀请院聘社会监督员参与。

#### （三）巡查形式与内容

1. 参加病区交班、科务会、病员座谈会等，听取科室、职工及患者关于行风建设方面的意见和建议。

2. 与职工、患者面对面进行交流，进行医疗服务、医德医风、思想状况的调查。

3. 实地走访，查看医务人员挂牌服务、落实行为规范、履行岗位职责

等情况。

4. 实地查看资料，了解科室有关政治学习、医德医风教育、行风建设制度学习与落实、医德考评记录、病员座谈会记录等情况。

5. 对医务人员进行医德医风、政治学习、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则及实施细则》、《医务人员职业道德准则（2025版）》知晓率等有关内容的抽查。

6. 院行风巡查每季度安排1次，采取通知被巡查单位与随机巡查相结合的方式。

#### （四）结果应用

巡查结果由行风建设办公室负责归纳、分析并反馈科室，对于好的方面予以表扬，反之给予批评和惩处。对于巡查中发现的问题，限期整改，整改情况纳入下次巡查“回头看”必查内容。巡查结果与科室综合目标考核、医德考核、评先评优等挂钩。

**五、本制度解释权归行风建设办公室。**

**六、本版本修订内容包括：**新增《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则实施细则》及《医务人员职业道德准则（2025版）》的抽查。

文件编号：NJTR-HF2-006		制定日期：2013 年
文件名称：医院行风教育制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第 5 版
制定部门：行风办	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜 芸	签 发：杨庆松	

## 医院行风教育制度

### 一、目的

为加强医院行风建设，提升医务人员职业道德素养，规范医疗服务行为，构建廉洁行医、优质服务的医院文化，依据国家卫生健康行业相关法律法规及政策要求，结合医院实际，制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于医院全体职工、进修人员、实习人员及其他在医院从事相关工作的人员。

### 三、制度内容

#### （一）组织管理与职责分工

##### 1. 领导机构

医院党委对行风教育工作负总责。成立医院行风建设领导小组，由医院主要领导担任组长，分管领导担任副组长，相关职能部门负责人为成员，负责行风教育工作的总体规划、部署和督导。

##### 2. 统筹协调部门

行风建设办公室是行风教育工作的牵头部门，负责：

- (1) 制定全院年度行风教育与实施方案；
- (2) 协调各相关部门落实教育任务；
- (3) 组织全院性的集中教育和专项活动；
- (4) 监督检查教育实施情况，进行效果评估与反馈。

##### 3. 协同落实部门（各职能部门依据主责协同落实）：

- (1) 党群办公室：将行风教育融入思想政治学习与党建工作计划。
- (2) 行政人事部：将行风教育及职业道德培训、医务人员行为规范纳入新

职工岗前必修培训及在职职工定期培训计划。

- (3) 科教部：负责将行风教育纳入进修、实习人员入院培训与过程管理。
- (4) 各临床、医技及行政科室：负责本科室月度行风教育活动的组织与落实。
- (5) 医院工会：结合群团活动，创新形式开展行风文化培育。
- (6) 团委：负责面向团员青年的针对性行风教育活动。
- (7) 品牌宣传部：负责先进典型宣传、文化氛围营造与教育成果展示。
- (8) 客服部：负责收集患者反馈，提供针对性警示教育案例。

## （二）教育内容与形式

### 1. 核心教育内容

行风教育应系统涵盖以下方面：

- (1) 职业道德与规范：医疗机构工作人员廉洁从医九项准则及实施细则（必修）、医务人员职业道德准则（2025版）、医务人员行为规范。
- (2) 法律法规与党纪：医疗卫生相关法律法规、行业规章、党纪党规。
- (3) 服务理念与人文：以患者为中心的服务意识、医学人文精神、沟通艺术。
- (4) 典型案例教育：廉洁先进典型事迹宣传与行业不正之风、腐败案例警示剖析。
- (5) 岗位风险防控：针对重点岗位、关键环节的廉洁风险识别与防控知识。

### 2. 主要教育形式

采用多元化、分层分类的教育方式：

- (1) 集中教育培训：全院大会、专题报告、专家讲座等。
- (2) 科室日常学习：科务会、晨会、专题研讨等形式。
- (3) 在线学习平台：利用邮箱、网络平台提供课程、案例库，支持自主学习。
- (4) 实践与文化载体：主题党日、团日活动、廉政谈话、知识竞赛、文化建设活动等。
- (5) 情景与案例教学：组织案例讨论、情景模拟、现场教学等。

### （三）教育实施与频率

#### 1. 教育计划

行风建设办公室每年第一季度制定发布《年度行风教育工作计划》，明确目标、重点内容、责任部门与时间节点。

#### 2. 教育频次要求

(1) 全院层面：每季度至少组织一次全院性集中行风教育或大型专题活动。

(2) 科室层面：各科室每月至少组织一次行风专题学习或讨论，由科室主任负责落实。

#### 3. 重点人群：

(1) 新职工：上岗前必须完成规定学时的行风教育专题培训，考核合格后方可上岗。

(2) 进修/实习人员：入院时须接受行风教育培训，进修期间纳入日常教育管理。

(3) 重点岗位人员（如涉及药品、设备、信息、采购、财务、人事等）：每半年至少接受一次针对性强化教育。

(4) 常态化机制：结合日常管理，常态化开展廉洁谈心谈话，确保教育融入工作全过程。

### （四）考核评估与档案管理

#### 1. 考核机制

(1) 将行风教育参与情况、学习效果纳入职工年度考核、医德考评及科室绩效考核体系。

(2) 行风建设办公室定期（每半年至少一次）对各科室、部门教育落实情况进行督查、通报。

(3) 对无故不参加教育、考核不合格的人员，按医院相关规定处理。

#### 2. 档案管理

(1) 行风建设办公室建立全院行风教育工作总台账。

(2) 各责任部门、科室须做好教育活动记录（包括时间、内容、形式、参

加人员、效果等），留存相关材料（通知、签到、课件、照片、总结等），定期归档。

(3) 个人参加重要培训的情况应记入个人培训档案。

**四、本制度解释权归行风建设办公室。**

**五、本版本修订内容包括：**明确了相关部门责任、培训与考核要求、档案管理等内容。

文件编号：NJTR-HF2-007		制定日期：2013 年
文件名称：医院行风建设工作职能部门协调机制		修订日期：2026-01
适用范围：医院行风建设工作过程中的各项管理活动		修订版次：第 5 版
制定部门：行风办	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜 芸	签 发：杨庆松	

## 医院行风建设工作职能部门协调机制

### 一、目的

旨在加强医院行风建设，促进各职能部门之间的协作与分工。确保医院行风建设工作的顺利进行，提升医务人员的职业道德水平，提高医疗服务的质量，增强患者满意度和信任。

### 二、适用范围

适用于医院行风建设工作的规划、组织、实施、协调、监督、评估及改进等全过程管理活动，包括但不限于医德医风教育、服务质量提升、患者投诉处理、价格与收费管理、药品与器械使用监管、后勤保障服务等。

### 三、制度内容：

#### （一）组织架构与职责

1. 行风建设工作领导小组：负责统一领导和决策医院行风建设工作，具体包括：

- (1) 负责拟定医院行风建设的总体规划与目标，监督并评估行风建设的进展与成效。
- (2) 定期组织会议，讨论并解决行风建设过程中遇到的问题，确保各项措施得到切实执行。
- (3) 负责与外部相关机构及部门进行沟通与协调，以确保获得必要的支持与资源，共同推进医院行风建设工作。

2. 行风建设办公室：设置在客服部，主要职责是协调各职能部门的工作，确保行风建设工作的各项措施得到有效执行。

- (1) 负责制定和更新行风建设相关的制度及工作流程、考核标准等。
- (2) 定期收集和分析行风建设的反馈信息，及时调整和优化工作策略。

- (3) 负责组织和实施行风建设的宣传教育活动，提高全体员工的行风意识。
- (4) 建立有效的沟通机制，确保信息在各职能部门之间流通无阻，促进问题的快速解决。
- (5) 负责监督和评估各职能部门在行风建设中的表现，确保责任到人，奖惩分明。

3. 各职能部门：包括医务部、护理部、院长办公室、财务部、行政人事部、信息科、药学部、医学工程部、后勤部等职能科室，根据各自职责参与医院行风建设工作。

## （二）协调机制

1. 定期会议：行风建设工作领导小组定期召开会议，听取各职能部门的工作汇报，协调解决工作中出现的问题。

2. 信息共享：各职能部门之间建立信息共享机制，及时交流医德医风与行风建设工作的进展情况、经验做法和存在的问题。

3. 联合行动：针对医德医风与行风建设中的重点难点问题，各职能部门可以联合开展专项整治行动，形成工作合力。

## （三）职责分工

行政人事部：

1. 加强医院文化建设，把医德医风建设宣传教育工作同对员工的宣传教育活动相结合。

2. 培育和宣传先进典型，采取多种形式、利用多种媒介宣传先进典型，发现和挖掘自觉抵制不正之风的医务人员及好人好事。

3. 负责医院员工的招聘、培训、考核以及人事调动，确保人力资源的合理配置和高效利用。

4. 制定和执行员工的薪酬福利政策，维护员工的合法权益，促进员工的职业发展。

5. 加强员工职业道德教育，定期组织医德医风培训，提高员工的职业素养和服务质量。

6. 建立健全员工激励和约束机制，对员工的不良行为进行监督和处理，维护医院的良好形象。

财务部：

1. 宣传、贯彻、执行有关物价及医疗保险的规定，加强价格管理。
2. 负责对医院各科室执行物价规定的情况进行监督检查。
3. 对患者提出的有关物价方面的问题进行解答，对违反物价政策的行为进行查处。

医务部：

1. 制定并组织实施医疗行政管理的规章制度以及规范化服务的要求。
2. 监督检查医务人员执行卫生法规、规章、流程、技术操作规范和本院医德医风规范的情况。
3. 对全院的医疗服务质量进行监督检查，对有关医疗方面存在的问题督促有关科室进行整改，并检查整改结果。

护理部：

1. 制定并组织实施护理工作的管理制度以及规范化服务的要求。
2. 监督检查护理人员执行卫生法规、规章、流程、技术操作规范和本院医德医风规范的情况。
3. 对全院的护理服务质量进行监督检查，对有关护理方面存在的问题督促有关科室进行整改，并检查整改结果。

门诊部：

1. 对门诊部的医疗质量和服务质量进行定期评估，提出改进措施，并监督实施效果。
2. 定期收集和分析门诊患者对医疗服务的反馈意见，及时发现并解决存在的问题。
3. 协调门诊部与其他部门之间的关系，确保门诊服务流程的顺畅和高效。

药学部：

1. 负责药品采购、存储、分发的规范管理，确保药品质量与安全。
2. 监督药品使用过程，防止药品滥用和不合理用药现象。

3. 开展药品知识的普及教育，提高医务人员合理用药意识。

4. 定期对药剂科内部工作流程进行审查和优化，提升工作效率和服务质量。

医学工程部：

1. 负责医疗器械和设备的采购流程，确保采购活动的合规性和透明度。

2. 监督医疗器械的使用和维护，保障医疗设备的安全性和有效性。

3. 定期组织医疗器械相关的法规和标准培训，提升医务人员对医疗器械管理的认识和操作技能。

4. 与供应商建立良好的沟通机制，确保医疗器械的质量和供应的稳定性。

后勤部：

1. 负责医院后勤保障工作，包括但不限于环境卫生、设施维护、物资供应等，确保医院运行顺畅。

2. 加强后勤人员的职业道德教育，提升服务意识，优化服务态度，提高服务质量。

3. 定期对后勤工作流程进行梳理和改进，提高工作效率，减少资源浪费。

4. 建立健全后勤服务的监督机制，确保各项服务公开透明，接受患者和医务人员的监督。

5. 加强与医院其他部门的沟通协作，形成联动机制，共同推进医院行风建设。

客服部：

1. 对全院工作人员进行相关法律法规知识培训。

2. 承担医德医风建设的日常工作，包括制定医德医风建设工作计划、组织宣传教育、开展监督检查等。

3. 调查落实患者（家属）及投诉热线反映的医疗投诉，向有关主管职能科室反馈相关情况，协助有关职能科室制定相应的管理措施。

4. 接受回复患者来信、来访，每月对医院门诊（急诊）、出院患者开展满意度调查，并对满意度调查进行统计、分析；归纳、整理患者意见，向有关科室反馈，进行整改。

(四) 监督与考核

1. 监督机制：建立医院服务监督机制，进一步改善服务态度，增强服务意识，规范服务行为，建立病人投诉快速协调处理机制。

2. 考核机制：每年对全院医务人员进行医德医风综合考核，确定考核等次并合理运用考评结果。将医德医风考评结果与年度考核、晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资等直接挂钩。

五、本制度解释权归行风建设办公室。



文件编号：NJTR-HF2-008		制定日期：2013 年
文件名称：工休座谈会制度		修订日期：2026-01
适用范围：院级工休座谈会和科室病员座谈会		修订版次：第 5 版
制定部门：行风办	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜 芸	签 发：杨庆松	

## 工休座谈会制度

### 一、目的

为扎实推进我院行风建设，加强内外监督机制，搭建公开、互信的医患沟通平台，通过直接倾听患者声音，精准发现问题、促进相互理解，促进服务质量持续改进、和谐医患关系，特制订本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于院级工休座谈会和科室病员座谈会。

### 三、制度内容

#### （一）院级工休座谈会

1. 院级工休座谈会由行风建设办公室负责组织；
2. 座谈会每个季度举行一次；
3. 参加人员：病员（或家属）代表，相关职能科室负责人；
4. 随机抽取病员（或家属）代表参加座谈会；
5. 会上向病员（或家属）代表发放工休座谈会反馈表，听取并征求病员（或家属）代表的意见及建议；
6. 会后及时对病员（或家属）代表所提到的各种意见及建议进行总结、分析，提出整改意见；
7. 对于表扬应加以宣传，对存在的问题限期改正，对违反职业道德的人和事严肃处理。

#### （二）科室病员座谈会

1. 座谈会每季度至少一次，由科主任、护士长共同负责组织；
2. 座谈会除向病人宣传医院制度及健康宣教外，着重听取病人对医疗、护理、饮食、服务态度和管理工作的意见和建议，病人和家属的意见要落

实到具体人和事，并据此改善和提高工作质量；

3. 开会前两天护士长应通知病员代表收集意见、建议；
4. 临床科室应建立病员座谈会记录本，每次记录须有病人代表签字；
5. 对病人的意见及建议能够改进和采纳的应立即协调有关部门及人员解决，因故暂时不能改进和采纳的应向病人解释，并取得病人谅解；
6. 有关部门或人员接到临床科室送交的意见后应及时作出反应，并将处理情况以书面形式反馈给临床科室，由护士长负责及时反馈给病员代表；
7. 医务人员不得因病人提出意见而以任何方式刁难病人。

四、本制度解释权归行风建设办公室。

文件编号: NJTR-HF2-009		制定日期: 2013 年
文件名称: 行风监督员管理办法		修订日期: 2026-01
适用范围: 全院		修订版次: 第 5 版
制定部门: 行风办	审核者: 张 竞	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 姜 芸	签 发: 杨庆松	

## 行风监督员管理办法

### 一、目的

为进一步加强我院行业作风建设, 不断提升医疗服务水平, 强化院内外监督, 并确保社会监督员正确、有效地履行职责, 促进我院医疗事业发展, 特制定本办法。

### 二、适用范围

本制度适用于全院员工。

### 三、制度内容

#### (一) 行风监督员条件

1. 政治上、思想上、行动上与党中央保持高度一致, 坚定不移地走中国特色社会主义道路, 坚持中国特色社会主义理论体系, 关注和支持医疗卫生事业。

2. 关心医院发展, 具有准确把握国家医疗改革政策水平和医院发展方向的能力。

3. 坚持原则, 做到敢于监督, 善于监督, 准确实施监督检查, 客观公正、实事求是地反映情况。

4. 具有履行行风监督员职责的能力、时间和良好的身体状况。

#### (二) 行风监督员聘任范围

1. 院内行风监督员: 由各科室推荐、行风建设办公室遴选, 每科室 1-2 名, 任期 1 年, 负责本科室日常行风自查。

2. 社会行风监督员: 人大代表、政协委员、民主党派和无党派人士、国家工作人员、企事业单位工作人员、法律工作者、媒体工作者、离退休人员、社会热心人士等组成。

(三) 行风监督员聘任方式

1. 医院聘任，行风监督员聘期一般不超过两年，到期后自动解聘，也可以续聘，连续聘任一般不超过四年，聘书由医院统一制发。

2. 在聘期内如监督员因工作变动或其他原因，不能正常履行行风监督员职责时，应将“行风监督员聘书”和“行风监督员证”退回。

(四) 行风监督员职责

1. 学习、宣传医疗卫生事业的有关法律、政策，及时了解医院有关政策规定，了解医院对服务工作的总体要求及安排，支持医务人员正确依法行医，履行职责。

2. 对医院行风工作进行调查、检查，参与行风评议工作。

3. 认真负责、积极主动做好工作，充分发挥监督作用，了解和收集社会各界对医院行风建设的意见和建议。

4. 定期、不定期对医院的服务工作情况进行暗访并及时反映情况。

5. 向医院提出改进管理的建议，配合医院进行专项调查研究。

(五) 社会监督员履职保障

1. 社会监督员在院内开展监督时，各科室应无条件配合，提供必要工作便利，不得拒绝、推诿、阻挠。

2. 对打击报复监督员的行为，医院将依据《奖惩管理制度》严肃处理。

(六) 组织社会监督员开展工作

1. 医院行风建设办公室定期组织社会监督员参与行风检查活动，监督员也可自行开展活动，听取意见，深入了解情况，及时反馈信息。

2. 监督员在了解到对医院服务方面的情况后，及时和行风建设办公室联系。

3. 监督员可提交书面意见或调查报告（或填写监督员调查表）直接寄送行风建设办公室。医院对监督员的建议应进行研究，并将采纳、实施情况予以反馈。

4. 每年召开一至两次监督员座谈会，介绍工作情况，解析服务中存在问题，听取监督员对医院服务的感受、意见和建议，介绍医院对服务工作的总

体要求和安排，商议有关工作。

5. 根据监督员工作实际情况，院行风建设领导小组制定激励措施并落实，以鼓励监督员更好地开展监督工作。

四、本办法解释权归行风建设办公室。



文件编号：NJTR-HF2-010		制定日期：2013 年
文件名称：进修生、规培生、实习生医德医风管理办法		修订日期：2026-01
适用范围：全院进修生、规培生、实习生		修订版次：第 5 版
制定部门：行风办	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜 芸	签 发：杨庆松	

## 进修生、规培生、实习生医德医风管理办法

### 一、目的

作为一所集医疗、教学、科研为一体的综合性医院，我院承担着进修生、规培生和实习生（以下简称“三生”）的教学任务，在医疗服务一线，“三生”的学习和进修面向广大患者，对我院品牌形象的树立具有一定影响。为进一步全面加强医德医风建设，切实纠正医疗行业不正之风，特制定“三生”医德医风管理办法。

### 二、适用范围

本制度适用于全院进修生、规培生、实习生。

### 三、制度内容

#### （一）“三生”医德医风管理基本原则

“三生”医德医风管理实行院、科两级管理。医院职能管理部门按业务分工负责“三生”医德医风的宏观管理；“三生”所在带教科室对其医德医风负有具体的教育和管理责任。

#### （二）“三生”医德医风管理具体规定

1. 在我院进修、学习的“三生”，在医德医风方面必须严格遵守国家卫生健康委颁发的《医疗机构从业人员行为规范》、《医务人员职业道德准则（2025 版）》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则及细则》以及我院关于医务人员行风建设、医德医风相关规定。

2. 医务部、科教部、行政人事部及相关部门要切实加强“三生”的医德医风教育和管理，对新入院的进修医师、规培生及实习生，要组织有效的医德医风专题教育培训活动。

3. 医务部、科教部、行政人事部及相关部门要充分发挥管理职能，定期

跟踪检查“三生”的学习和服务行为，通过具体、有效的检查、考核等措施，形成对“三生”加强自身医德医风建设的约束机制。

4. 临床带教科室对“三生”的教育与管理起重要作用，各科室要转变带教观念，强化对本科室“三生”职业道德、医德医风的教育和管理，要有专人负责和落实此项工作，要有具体办法和措施，加强对“三生”的规范着装、仪容仪表、言谈举止、服务态度、医德医风等方面的有效监管，切实加强“三生”医德医风教育，塑造良好的科室形象。

5. 进修生的上级带教医师负有对其进行医德医风教育和管理的责任。在院规培生业务上由科室和带教老师统一安排，带教老师负责具体指导，带教老师有对规培生医德医风方面教育的责任。带教科室及带教老师对实习学生在医德医风方面有着宣传、教育和引导的作用。实习生应按本院“实习学生医德医风规范”严格要求自己。

6. “三生”出现医德医风方面的问题，实行带教科室责任制，即若出现违反行风建设、医德医风、医务人员行为规范等相关问题，一律纳入其所在带教科室的考核管理中。

### （三）“三生”违反医德医风管理规定的处罚

#### 1. 进修生

- (1) 进修生进科上岗前，必须认真参加医德医风方面的岗前培训，否则取消在我院进修资格；
- (2) 进修人员违反医德规范、“九项准则”等医德医风管理规定，出现严重违反医疗行业纠风专项治理的不正之风及其他严重损害患者、医院利益的行为，按照我院纠正行业不正之风处罚规定予以相应处罚，同时终止其进修，并通知原单位。
- (3) 进修生因服务态度、医德医风问题经查实认定为有效投诉累计3次及以上，一律终止进修并退回原单位。
- (4) 在优秀进修生的评选条件里，须包含医德医风方面的评价。若有医德医风方面的不良记录，则一票否决。
- (5) 进修生出现医德医风、医疗服务方面的有效投诉，计入其所在的临床带

教科室考核扣分中。

(6)有效投诉的认定标准参照《客户投诉管理总则》执行，须经行风建设办公室调查核实。

## 2. 规培生

(1)规培生出现医德医风方面的问题，其带教老师应负主要责任。

(2)规培生出现医德医风、医疗服务方面的有效投诉，计入其所在的临床带教科室考核扣分中。

(3)对规培生的临床能力考核中，医德医风方面的考核作为一票否决的评价指标。

## 3. 实习生

(1)实习学生出现医德医风方面的问题，其带教老师应负主要责任。

(2)实习生出现医德医风、医疗服务方面的有效投诉，计入其所在的临床带教科室考核扣分中。

(3)科教部定期对实习生进行评估及考核，考核中应包括医德医风方面的内容，并对实习生的医德医风表现记录在案，对医德医风表现突出或违规违纪的实习生要及时上报各学校。

**四、本办法解释权归行风建设办公室。**

**五、本版本修订内容包括：**将《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》细则及《医务人员职业道德准则（2025版）》纳入考核。



文件编号：NJTR-DT2-001	制定日期：2020-03	
文件名称：南京同仁医院党委与经营班子议事决策制度	修订日期：2026-01	
适用范围：全院	修订版次：3	
制定部门：行政人事部	审核者：徐鲁妮	执行日期：2026-02
制定/修订人：王静	签发：杨庆松	

## 南京同仁医院党委与经营班子议事决策制度

### 一、目的

为加强和改善我院领导班子对全院医疗、行政工作的领导，更好的发挥院领导班子的职能，特制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院全体员工。

### 三、制定内容

#### 第一章 总则

第一条 为了进一步加强和改善我院领导班子对全院医疗、行政工作的领导，更好的发挥院领导班子的职能，全面履行工作职责，规范和监督议事决策行为，改进领导方法和领导作风，不断提高领导班子决策的民主化、科学化水平，根据《中国共产党章程》、《党内政治生活若干准则》、《党内监督条例（试行）》及有关规定，结合我院实际，制定本规则。

第二条 根据上级有关部门规定，医院实行院长负责制。党委会发挥政治核心作用和监督保证作用，参与医院重大问题的决策，支持院长在其职责范围内独立地开展工作。党委会应围绕医院发展方向、党的建设和职工权益保障等重大事项，履行政治领导、思想引领、组织保证和监督保障职能。健全职工代表大会制度，依靠职代会实行民主管理和民主监督，建立有效的监督保障机制。

第三条 领导班子实行集体领导和个人分工负责相结合的制度。医院重大问题的决策都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由医院领导班子集体讨论作出决定，领导班子议事实行民主集中制原则，实行“一把手”末位发言制度。坚持个人服从组织、少数服从多数、下级服从上级、全党服从中央。

第四条 领导班子议事形式以召开会议为主，会议类型包括院党委会，院长办公会，院周会等。根据不同的内容和议题召开不同类型的会议。

第五条 杜绝以非会议的形式决定重大事项的做法。

## 第二章 各会议议事范围及程序

### 第六条 党委会议议事内容及程序和办法

#### （一）议事内容

1. 研究制定贯彻执行党的路线、方针、政策以及省市区委及卫健委的重大决策和重要工作部署的具体实施意见。

2. 讨论决定党委工作计划、工作安排、工作总结和党内重要制度。

3. 研究分析全院党的思想、组织、作风、制度建设和党的纪检、干部、统战和群团工作情况，对其中重大问题作出决定。

4. 研究分析党员和职工的思想状况，讨论制定加强医院精神文明建设和思想政治工作的措施。

5. 讨论决定工会、共青团和职代会工作中的重大问题。

6. 审议医院“三重一大”事项，包括医院发展方向、党的建设、职工权益保障等重大问题，以及院长办公会提交的重大决策、重要人事任免、重大项目安排和大额资金使用事项。

7. 其它需要党委会集体讨论决定的重要问题。

#### （二）议事程序和办法

1. 参加人员范围：医院党委委员。

2. 党委会议由院党群办主要负责同志主持召开。实到会人员超过应到会人员的三分之二，方可开会。一般每月举行一次，因工作需要可随时召开。

3. 党委会要充分发扬民主，实行少数服从多数的原则，赞成票超过应到会人员半数以上，方可作出决定。允许个人保留意见，但会上做出的决定或决议要坚决贯彻执行，防止出现议而不决、决而不行的现象。党委会议上出现重大分歧时，应缓议或请示上级党组织裁定。

4. 党委会议前，拟定议题，党委主要领导与其他成员应交流想法，沟通意见。党委会会议的议题拟定后，要及时通知全体委员做好准备。

5. 党委会议题涉及有关科室或部门，其负责人可列席党委会议。党群办主任列席党委会，做好会议的具体组织工作并负责会议记录。列席党委会议的人员，可发表自己的意见和建议，但无表决权。

## 第七条 院长办公会议议事内容及程序和办法

### （一）议事内容

1. 重大事项决策：医院发展战略、发展规划等重大战略管理事项；变更法定代表人、公司章程，投资设立新公司等；医院组织结构的设置与调整；医院年度经营计划、预算的编制等重大运营管理事项；医院所有管理制度、重要工作流程制定与修订；医院薪酬福利绩效体系建立和调整；员工奖惩与年度评优的相关事宜；医院学科建设、人才梯队建设；重大不良安全事件、突发事件的调查处理；党风廉政建设和纪检监察工作中的重大问题、重大违纪事项的处理；经营班子提出的应该集体决策的其他重要事项。

2. 重要人事任免：学科带头人以及首席专家的引进；所有干部的任免，以及后备干部的确立；中层以上管理人员的岗位调动；经营班子提出的应该集体决策的其他重要人事任免事项。

3. 重大项目安排：重大房屋建设项目、装修项目、改造项目等工程建设项目；重大对外合作项目；经营班子提出的应该集体决策的其他重要项目安排。

4. 大额资金使用：年度预算内：单项在 5 万元以上 20 万元以下的资金款项支出，每月以目录形式在会议上通报；单项在 20 万元以上的资金款项支出，须提交会议审批。年度预算外：单项在 5 万元以上的资金使用；医院对外重大捐赠、赞助等；其他大额度资金使用。

### （二）议事程序和办法

1. 参加人员：经营班子成员参加，会议由院长主持，讨论议题相关的职能科室主任或有关人员列席参加。董事长根据议题需要参会，董事长参会时会议由董事长主持。

2. 会议召集：会议时间定于每周一次。行政人事部负责会议的议题汇总及时间安排。特殊情况下，可临时组织召开行政会。院长办公会必须有半数

以上成员到会方能举行。需要提交院长办公会讨论的问题，有关职能部门必须做好准备，认真填写议题内容，拟定解决措施的办法，经过分管经营班子成员同意，方可上会。

3. 会议决议执行：由行政人事部记录，完成纪要。重大问题的讨论意见及工作部署，由行政人事部及时向有关职能部门部署、贯彻和督办，并做好反馈信息的收集整理工作。

### （三）议事纪律

1. 讨论决定重大问题，必要时进行表决，表决可采取口头、举手、无记名投票或记名投票方式。赞成票数超过到会人数的半数为通过。未通过的事项，会后再作充分梳理再行提交会议研究决定。

2. 要严格执行保密纪律，不得泄漏会议讨论情况和会议决定的机密事项。对行政会集体讨论做出的决议，允许保留不同意见，但在行动和言论上要坚决按会议决议行事，不得在群众中自由散布个人意见。

## 第八条 院周会议事内容及程序和办法

### （一）议事内容

1. 传达、贯彻行政主管部门或医院有关文件、指示、通知或精神；
2. 下发规章制度和业务工作制度等；
3. 通报医院近期工作情况；
4. 对医院重大工作或专题工作进行讲评；
5. 院长结合医院实际工作情况进行指示、讲评。

### （二）议事程序和办法

1. 参加人员：经营班子成员，各行政部门及临床医技科室的主任、副主任（或主持工作的负责人），护士长（或主持工作的副护士长）。

2. 会议召集：会议每周五 14:00 召开，会议当日上午 9:00 前由行政人事部统一短信通知，并负责收集整理会议议题、对参会情况进行考核监督。

### （三）会议纪律

参会人员须于周会召开前 5 分钟入场签到完毕，不得无故离开会场；严格请假制度：参会人员因外出开会、学习、公差等原因不能参加者，须于会

前在行政人事部登记请假，并指定科内人员参加；严肃会场秩序：与会人员会议期间要保持会场秩序，及时静音移动电话等无线通信工具，不得随意走动，不直接打电话、相互交谈或进行与会议无关的活动；准确及时传达会议内容：参会人员认真记录会议内容，并于会后及时将周会内容传达到科室全体员工，确保周会内容得到有效落实。

### 第三章 相关要求与责任

第九条 以上各类会议要有专人负责记录，使用专用记录本。会议召开的时间、地点、议题和内容，出席和缺席的班子成员及列席人员姓名，班子成员对每个议题的意见、态度以及表决、决定等情况必须如实记录，完整准确地反映议事决策的内容和过程。会议结束时，由会议主持人、记录人签名。年末整理归档。

第十条 凡属医院“三重一大”事项，经院长办公会研究后，应将相关议题及研究结果提交党委会进行审议或通报。党委会对“三重一大”事项的审议意见，作为医院决策的重要依据。党委会审议后，由院长办公会按程序组织实施。必要时，可召开党政联席会议进一步讨论。

第十一条 要增强保密观念，严格保密纪律，在研究决定的事项未正式公布之前，任何人不得泄密，特别是有关干部的任免、奖惩等重要问题，如有泄密，视情节给予批评教育或纪律处分。与会人员要本着对事业高度负责的精神，积极参加会议，避免犯自由主义的错误。

### 第四章 附则

第十二条 本规则所涉及内容，凡党、国家以及上级卫生主管部门的政策、法规制度已有规定的，从其规定。

第十三条 重大突发事件和紧急情况来不及集体议事的，主要负责人和班子成员可临机处置，事后应及时向领导班子集体通报。

第十四条 本规则最终解释权归医院行政人事部。

第十五条 本版本修订内容包括：明确医院“三重一大”事项经院长办公会研究后，须提交党委会进行审议或通报。



文件编号: NJTR-DT2-002	制定日期: 2020-03
文件名称: 南京同仁医院管理问责制度	修订日期: 2026-01
适用范围: 全院	修订版次: 2
制定部门: 行政人事部	审核者: 徐鲁妮
制定/修订人: 王静	签发: 杨庆松
	执行日期: 2026-02

## 南京同仁医院管理问责制度

### 一、目的

为强化医院管理,进一步提高业务、行政、后勤管理水平,促进医务人员恪尽职守、依法行医,提高医疗技术水平,根据《执业医师法》、《护士管理办法》、《医务人员职业道德准则(2025年版)》等有关法律、法规,结合我院实际,特制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院全体员工。

### 三、制度内容

第一条 管理岗位问责制是对医院各类管理岗位相关负责人,主要包括领导、主管领导、直接负责人等,在所辖的部门和工作范围内因故意或者过失,不履行或者不正确履行岗位职责,导致影响医院管理质量、医疗质量、护理质量,损害患者合法权利,给医院造成不良后果的行为,进行岗位管理责任追究的制度。

第二条 管理岗位问责对象有下列情形之一的应追究其管理岗位责任:

1. 不认真执行院部、院党委的有关文件规定、决策和工作任务,不落实上级决定的事项、影响政令通畅,对科室(部门)管理不力,工作不务实,导致工作目标任务不能完成的。

2. 重要工作违反决策程序,主管盲目决策,造成重大政治影响或经济损失的。

3. 在行政工作中,不按照规定或超越权限违规办理或对符合规定不予办理的。

4. 管理不严,对下属部门或人员管理监督不力,导致其发生违法违规行

为、医疗事故、引发医疗纠纷事故后果严重、发生不正之风造成恶劣影响的。

5. 虚报、假报、迟报、漏报造成不良影响或损失的。

6. 在抵御各种自然灾害，处置重特大事故以及在防治重大疫情中未按上级有关规定和要求及时、有效处理，造成损失或严重后果的。

7. 违反医德规范，服务态度恶劣，在社会上造成不良影响的。违反行业“九项准则”纪律，在医疗服务和医药购销中存在不正之风的；在诊疗过程中出具虚假的报告、诊断及伤、病、残证明等；工作不合作，互相推诿，影响正常业务开展；闹不团结，互相诋毁，在社会上造成不良影响；违反《医师外出会诊管理暂行规定》，私自到院外参加诊疗活动的。

8. 违反《首诊负责制》的规定，不履行医院向社会承诺，造成严重后果。

9. 不严格执行《会计法》、《医院会计制度》、不认真执行医院会计核算、内部会计稽核制度，致使医院资产保值、增值失于监控的。对于医院重大投资的医疗经营活动跟踪监督措施不落实，造成经济损失的。违反物价政策，不执行《医疗服务价格》，严重损害病人利益，造成医院经济损失，在社会中造成不良影响的。

10. 其他应追究管理岗位的行为。

第三条 病人及家属投诉、职工检举、反映工作考核以及在实际工作中发现的应进行管理岗位问责行为。由院党委，行政人事部调查核实并对管理岗位问责对象进行责任追究。

第四条 在追究问责对象管理岗位责任时，应当区别初犯、重犯、屡犯及责任轻重等情况，体现“惩前毖后、治病救人”的政策。根据管理过错事实和职责情况，准确界定相关人员所应承担的具体责任，依法对直接负责人、直接领导、分管领导和主要领导给予相应的责任追究处理。责任追究方式包括诫勉谈话、绩效考核扣分、书面告诫、责令限期整改、责令做出书面检查、通报批评、年度考核为不称职、纪律处分、责令辞去领导职务、调整工作岗位、建议免职或辞退等。

第五条 被问责的对象有下列行为之一的，应当从重处理：

1. 不配合、干扰、阻碍对其管理岗位过错行为进行调查；

2. 对投诉人、检举人、控告人打击、报复、陷害的。

第六条 对情节轻微、未造成不良后果的问责行为，且责任人认错态度好并能认真整改的，可免于问责；对由于不可抗拒或不能预见的原因造成结果的，可不予问责。

第七条 问责工作由院党委负责执行，有关部门支持配合。

**四、本制度解释权归医院行政人事部。**

**五、本版本修订内容包括：**更新最新文件《医务人员职业道德准则（2025年版）》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。



文件编号: NJTR-DT2-003		制定日期: 2020-03
文件名称: 南京同仁医院党务公开制度		修订日期: 2026-01
适用范围: 全院		修订版次: 2
制定部门: 行政人事部	审核者: 徐鲁妮	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 王静	签发: 杨庆松	

## 南京同仁医院党务公开制度

### 一、目的

为加强党组织决策民主化、科学化, 加强党务工作的透明度, 促进党务公开工作规范深入开展, 特制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院全体员工。

### 三、制度内容

#### (一) 基本原则

党务公开要坚持实事求是, 面向基层、面向群众, 不回避矛盾、避重就轻, 内容真实、全面、具体。

#### (二) 公开内容

按照依法公开、真实可信的要求, 凡需要党组织班子集体研究决定的重大问题、涉及群众切身利益的问题、群众关心的热点问题、容易出现以权谋私、滋生腐败、引发不公的事项, 除涉及保密的内容外, 都要最大限度的向群众公开。包括:

1. 党组织重大决策、决定、决议的酝酿、拟定、出台及落实情况。
2. 领导班子自身建设情况。领导班子的思想建设、组织建设、作风建设、制度建设以及党风廉政建设责任制考核情况, 民主生活会征集意见、开展批评和自我批评、问题整改情况, 领导干部述廉情况, 重要情况通报和报告等。
3. 干部制度执行情况。干部考察预告、任前公示、竞聘上岗、奖惩情况以及《党政领导干部选拔任用工作条例》规定的公开事项。
4. 领导干部廉洁自律规定执行情况。领导干部购建房、办理婚丧喜庆事宜、子女出国学习、配偶和子女从业等个人重大事项报告情况, 执行不准收

送现金、有价证券、支付凭证的规定情况，执行通信工具管理规定情况，出国（境）和跨省考察情况，执行公车使用管理规定情况，使用招待费情况。

5. 组织建设情况。党代表的推荐产生情况，党员发展情况，入党积极分子情况，民主评议党员，党费收缴情况等。

6. 考核情况。党务工作考核情况和受表彰情况。

7. 监督情况。违法违纪问题查处和信访监督情况，实施党内监督程序化、制度化的具体办法和措施。

8. 有必要公开的党内其它事项。

**（三）公开程序。**按照“事前公开、征求意见、决策公开、民主讨论、结果公开、接受监督”的程序，将党务公开。工作贯穿于党内重要事务的酝酿、决策、实施的全过程。党组织在讨论决定事项、制定目标任务之前，要充分征求党员群众的意见，利用党员大会、党小组会等载体集思广益，形成初步方案，经讨论后，将最终结果向广大党员群众公开。人事任免、干部培养等内容按《党政领导干部选拔任用工作条例》要求执行。重大决策作出后要向群众公示，形成共识，赢得群众支持。

**（四）公开时间和形式。**党务公开要突出时效性，常规性工作、重大决策、目标任务常年公开，阶段性工作完成后及时公开，临时性工作随时公开，重大事项经上级党组织审批后公开。根据内容不同可采取会议公开、公告公示、网站等不同的公开形式。只适宜在党内公开的，要通过党内有关会议、文件、通报等形式进行公开；可向全社会公开的，可通过新闻媒体或在党务公开栏和政务公开栏上公开。

**（五）监督与考核。**将党务公开工作作为党风廉政建设责任制和党建工作的重要内容，切实搞好公开公示，要聘请监督员，及时了解党员群众的反映，为认真落实党务公开制度提供基础保障。

**四、本制度解释权归行政人事部。**

**五、本版本修订内容包括：**对全文内容及格式进行了梳理规范。

文件编号：NJTR-XZ2-006		制定日期：2016 年
文件名称：院长行政查房管理制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第 3 版
制定部门：行政人事部	审核者：徐鲁妮	执行日期：2026-02
制定/修订人：王芹芹	签 发：杨庆松	

## 院长行政查房管理制度

### 一、总则

1、目的：为及时掌握临床一线的工作现状，现场解决科室在实际工作中存在的困难和问题，持续改进医疗质量，保障医疗安全，提升服务效率与管理水平，构建和谐医患关系，特制定本制度；加强行政职能部门与临床、医技科室之间的沟通、协调和配合，及时发现并解决问题。

2、定义：院长行政查房是指由院级领导带队，相关职能部门负责人参加，深入临床、医技科室，针对科室管理、医疗护理质量、医疗服务、医德医风、安全生产、后勤保障等工作进行集中检查和现场办公的一种管理形式。

3、原则：坚持“深入一线、倾听心声、解决问题、促进发展”的原则，做到发现问题、研究问题、解决问题在临床一线。

### 二、适用范围

本办法适用于南京同仁医院行政查房的组织与管理。

### 三、制度内容

#### （一）院长查房主要工作内容

1、根据医院管理及科室实际运行情况，按月确定院长行政查房主题内容，如医疗安全、质量控制、行风及投诉情况、后勤运维、科研教学、人才建设等，每月 1-2 个科室，包括：基本运营情况+当月主题内容，讨论目前主要存在的问题、需要医院及各职能部门支持和协调解决的事宜等。

2、由院领导针对科室工作情况进行综合分析评价。院长行政查房与现场办公结合起来，凡能立即解决的问题就地解决，对暂不能解决的讲明原因或责任到相关部门限期解决；职能科室需积极办理查房中发现的问题，并将办理结果及时反馈给相关科室并向分管院长汇报；科室自身问题需按

医院有关规定限期整改。

## （二）组织实施

1、参加人员：副院长、院长助理；医务部、护理部、质量管理部、感染管理部、门诊部、客服部、科教部、行政人事部、品牌宣传部、社会服务部、新媒体运营部、经营管理部、医疗保险部、医学工程部、后勤部、财务部、信息部负责人；指定记录人员。

2、会议召集：每月 1-2 次，每次 1 个科室，院领导可直接确定查房对象科室，也可由职能部门根据当月主题推荐科室。行政人事部负责召集，制定月度院长行政查房日程安排表。根据日程安排，提前通知所查科室的科主任、职能科室和院领导，科主任通知相关人员（主任助理、护士长、主治（含）以上医师等）人员参加。

3、会议纪律：各行政科室在查房过程中作好记录，汇总到行政人事部统一整理；行政人事部对在查房中提出需要解决的事项进行督办，实时跟进办理进展情况，制定重要事项跟踪表，并在行政会上进行汇报。

**四、本办法解释权归行政人事部。**

**五、本版本修订内容包括：**修订院长行政查房主要组织形式，由多内容汇报、讨论修订为按每月主题集中重点汇报、讨论问题。

文件编号: NJTR-XZ2-016	制定日期: 2015 年
文件名称: 院务公开实施制度	修订日期: 2026-01
适用范围: 全院	修订版次: 第 4 版
制定部门: 行政人事部	审核者: 徐鲁妮
制定/修订人: 王芹芹	签发: 杨庆松
	执行日期: 2026-02

## 院务公开实施制度

### 一、目的

为进一步推进和规范医院院务公开工作，强化医院民主科学管理，依法执业，诚信经营，构建和谐医患关系，根据主管部门的有关文件要求，结合我院工作实际，制订我院院务公开工作制度：

### 二、适用范围

本办法适用于南京同仁医院院务公开组织及实施管理。

### 三、院务公开指导思想

调动员工参与医院发展的积极性，建设高效率的医院管理，促进医院医德医风建设。

### 四、成立院务公开工作领导小组

认真领会上级文件精神，结合我院实际情况，对公开工作做出部署并审定，确保院务公开工作有效落实。

组 长：杨庆松

副组长：张 竞 张 宁 刘绪舜 何双八 倪 通 封卫东

组 员：李 清 杨言诚 高瑞芳 刘 涛 丁振琴 徐鲁妮

崔月祥 徐 刚 朱锁芳 奚延燕 田金轩 高景川

王士森 马 静

负责院务公开的具体事宜，按照上级要求制定院务公开制度及实施办法，审定公开内容和形式，加强院务公开的指导、监督和考核评价工作；协调各部门及科室，保证工作持续改进。

下设院务公开工作办公室，地点设在行政人事部，办公室主任：徐鲁妮，秘书：王芹芹。院务公开工作领导小组办公室职责：

1、负责处理院务公开日常事务,定期向院务公开领导小组汇报工作情况,并及时通报工作情况;

2、负责对全院各职能部门院务公开、民主管理情况进行调研,发现典型,总结经验,对工作不力,加强督查;

3、每年至少组织一次院务公开、民主管理知识讲座或培训,对各职能科室从事院务公开、民主管理的人员进行培训;

4、督促指导各职能科室的院务公开工作,对涉及到的有关公开内容进行布置、落实,并按要求公开。

## 五、明确院务公开内容

### (一) 向社会公开的主要内容

1、医疗服务信息,包括诊疗科目、科室设置、门急诊就诊及住院流程等,工作人员佩戴有本人姓名职务或职务的标牌上岗;

2、医疗服务价格信息,包括常规医疗服务价格、常用药品和主要医用耗材的价格等;

3、行风建设情况,包括:加强医德医风建设的主要规定、医疗服务投诉信箱和投诉咨询电话;

4、向社会优质服务承诺的内容。

### (二) 向患者公开的主要内容

收费信息;按照《医疗机构病历管理规定》向患者提供病历资料复印或复制服务。

### (三) 向内部职工公开的主要内容

1、医院重大决策、重要人事任免、重大项目安排及大额资金使用情况;

2、医院经营情况;年度财务预、决算主要情况;

3、涉及职工切身利益重大事项,包括分配制度改革方案、福利待遇以及绩效、晋升、聘用情况等;

4、医院及员工违法违规行为;

5、医院药品、大宗医疗器械和一次性卫生用品的采购情况;

6、重大基建工程项目;

7、经营班子建设及廉政建设情况。

## 六、院务公开原则

遵循政策依据公开、程序规则公开、工作过程公开、实施结果公开。

## 七、院务公开办法及形式

院务公开分经常性工作、阶段性工作和临时性工作。其中，经常性工作定期公开，阶段性工作逐段公开，临时性工作随时公开。公开具体形式包括但不限于：通过召开院周会、职代会等各形式会议、宣传栏、网站、电子显示及触摸屏、自媒体、价格公示牌、邮件等方式向职工、患者及社会公布各类信息。

## 八、院务公开工作程序

详见《院务公开工作流程图》见附件。

1、外网及自媒体信息发布及公示程序：依据品牌宣传部对外信息发布审批流程，由相关执行人发布；电子大屏信息公示程序：依据门诊大屏管理制度，由各科室提交大屏播放申请单，经科室负责人及门诊部负责人审核后，由门诊部按要求进行播放；其他平台公布程序依据职能部门相应权限范围履行公开程序。

2、公开的内容按《南京同仁医院院务公开实施制度及程序》（NJTR-XZ2-016）的要求适时、适地公示、公布所需要公开的内容。

3、建立院务公开档案，将每次公开的时间、内容整理归档，由院务公开办公室保存备查。

## 九、院务公开文书档案管理制度

1、上级院务公开工作的文件、批复、指示；医院院务公开工作所形成的工作文件、方案等；

2、院务公开工作的会议文件、记录、讲话资料等；

3、院务公开原始记录、计划、总结、典型经验及照片、影印本、录音（像）带等；

4、职代会会议材料、记录及各种日常民主管理活动记录；

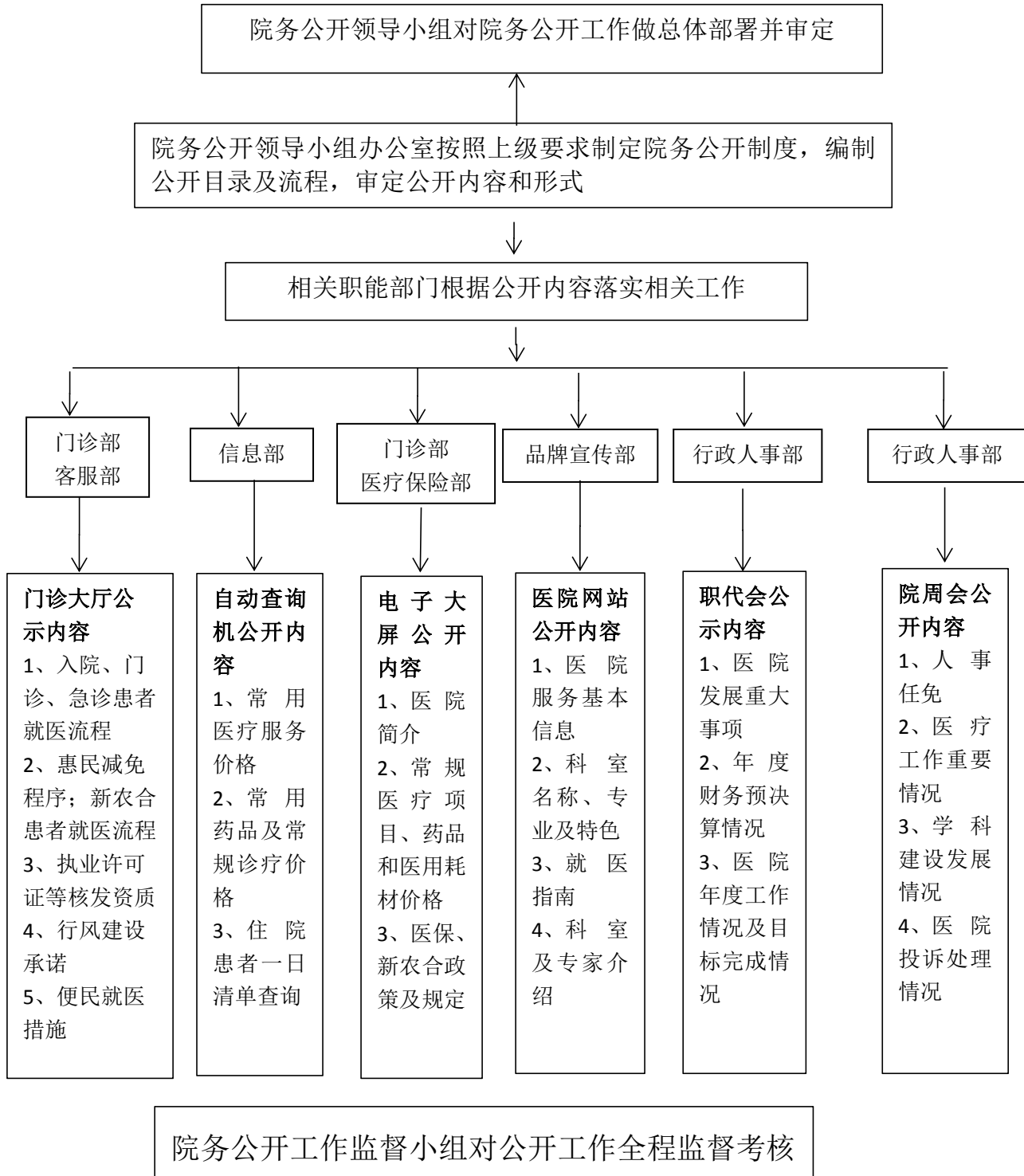
5、建立院务公开工作档案，各科室将每期公开的内容及时交院务公开

办公室，院务公开办公室将每期公开的内容归档，保存备查。

十、本办法解释权归行政人事部。

十一、本制度修订内容包括：调整院务公开工作领导小组成员。

附件：《南京同仁医院院务公开工作流程图》



文件编号：NJTR-XZ2-017		制定日期：2017 年
文件名称：“三重一大”集体决策制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第 3 版
制定部门：行政人事部	审核者：徐鲁妮	执行日期：2026-02
制定/修订人：王芹芹	签 发：杨庆松	

## “三重一大”集体决策制度

### 一、目的及意义

“三重一大”制度是指医院的重大事项决策、重要人事任免、重大项目安排和大额资金使用，必须经过集体讨论作出决定的制度。“三重一大”制度是民主集中制的一项重要制度，是决策科学化、民主化的重要保证。

为进一步健全经营班子成员科学民主决策机制，实现决策科学化、规范化和民主化，特制订本实施办法。

### 二、“三重一大”决策事项

#### (一) 重大事项决策

- 1、医院的办院方针、指导思想；医院和科室规划、人才培养目标；
- 2、医院改革、发展的重大问题及医疗、科研、行政、基建、后勤管理等  
重大事项；
- 3、科室岗位设置、调整及人员编制；
- 4、重要规章制度的制定、修改及废除；
- 5、年度财务预算、年度进人计划、年度医疗设备及固定资产采购计划；
- 6、涉及职工福利的重大事项和有关办法；
- 7、重大问题及对突发性事件的处理决策；
- 8、其他应当提交讨论的重要问题。

#### (二) 重要人事任免

- 1、全院各科室正、副主任、重点岗位管理人员的调整、聘用等；
- 2、中级及以上专业技术职务人员的聘用。

#### (三) 重大项目安排

- 1、医院发展和基本建设规划；
- 2、合同标的 50 万及以上的基建、安装工程项目；

3、物资材料、固定资产(含医疗设备及一次性医疗用品)标的单价 30 万元及以上的采购项目。

4、其他重要项目安排。

#### (四)大额资金使用

1、医院每年经费的预算、决算；

2、融资项目、融资规模和偿还计划；

3、一次性投入在 20 万元及以上的计划外资金支出。

### 三、“三重一大”事项决策程序

根据工作需要，充分做好“三重一大”集体决策的准备，严格按照会前酝酿决策、会中集体决策及会后执行决策三个阶段进行领导班子集体决策。

#### (一) 酝酿决策阶段

1、充分征求意见。“三重一大”事项决策前，应认真调查研究，分析论证，充分听取各方面意见。对涉及职工、群众切身利益的，应充分听取相关科室及职工、群众的意见，扩大职工、群众参与度；对专业性、技术性较强的事项应进行专家论证、技术咨询、决策评估；对涉及稳定方面的重大决策还应进行稳定风险评估；涉及其他科室的要主动征求见，并形成可行性方案一并提交会议讨论。

2、适当进行酝酿。决策“三重一大”事项前，经营班子成员可通过适当形式进行酝酿，但不得作出决定或影响集体决策。内容涉及多个部门的，应事先做好沟通协调；未协调或经协调仍存在较大分歧的，不得提交医院经营班子会议讨论。

3、按照程序提议。提请医院经营班子会议决策的“三重一大”事项，需经分管领导同意后，报经营班子主要负责人确定。除遇重大突发事件和紧急情况外，不得临时动议。

4、做好相关准备。除必须保密内容外，承办科室应在会议召开前向医院办公室提交议题，并将会议材料提前送达参会人员，保证其及时了解相关情况。

#### (二)集体决策阶段

1、保证出席人数。会议由医院主要领导召集并主持，会议必须有半数以上经营班子成员到会方能举行。讨论干部人事问题，应有三分之二以上经营班子成员出席，方能召开会议。

2、充分发表意见。审议“三重一大”事项，应由承办科室（部门）汇报情况、分管领导作出说明，其他班子成员充分发表意见，对不同意见认真讨论，医院主要领导集中多数人的意见后，作总结性发言。

3、逐项作出决策。会议决定多个“三重一大”事项时，应采用口头、举手、无记名或记名投票等方式逐项表决，赞成人数超过应到会人数的半数方可形成决定。对意见分歧较大或发现有重大问题尚不清楚的，应暂缓决策，待进一步调查研究后再作决定；特殊情况下，可将争议情况报告上级组织，请求裁决。

### （三）决策执行阶段

1、分工组织落实。经医院经营班子决策的“三重一大”事项，应由班子成员按职责分工组织实施；遇有职责分工交叉的，应明确一名班子成员牵头。在落实决策过程中，经营班子成员之间应当密切配合、相互支持，形成工作合力。

2、严格执行决策。医院经营班子成员不得擅自改变集体决策。如有不同意见，在坚决执行的前提下可以保留，也可以向上级报告，但不得公开发表违背集体决定的意见，不得在行动上违背集体决定。在推进工作过程中，需要改变经营班子已经作出的决策或出现新的需要集体决策事项的，应按程序重新决策。紧急突发事件未经集体研究先行处置的，主要领导干部事后应及时向班子成员通报，并有书面记录。

3、加强督查反馈。对院长办公会议决定的“三重一大”事项的执行情况，由医院行政人事部办公室负责督办检查，并及时向院领导班子及其主要领导报告。在事项实施过程中，承办科室、分管领导应及时向经营班子及主要领导反馈实施情况及结果，并认真评判决策执行的效果，对没有达到预定目标的决策，应及时分析原因，提出调整决策意见，报班子集体决策。

## 四、“三重一大”决策有关要求

1、“三重一大”事项必须列入领导集体讨论决定的事项范围。除遇到重大突发事件和紧急情况外，“三重一大”事项应由经营班子以会议形式集体讨论决定，不得以传阅、会签或个别征求意见等方式代替集体决策。

2、集体决策“三重一大”事项，应遵循以下原则：一是实事求是原则：必须尊重客观，符合实际，有利于医院的改革、发展和稳定工作。二是合法原则：不得违反国家法律、法规和政策规定。三是保密原则：对未通过和有限定范围的，不得擅自传播。

3、集体决策的会议形式：集体决策的会议形式有党委委员会、院长办公会等形式。党委委员会讨论决定党的建设、党风廉政建设、精神文明建设、干部队伍建设等工作；院长办公会讨论决定医院改革、发展的重大问题及医疗、教学、科研、行政、基建、财务、人事、后勤管理等重大事项。

4、参与议事人员范围：召开相应会议，院长办公会参加人员为院长、副院长等院领导，会议可根据需要分别请其他有关人员列席会议。

5、会议记录要求。院长办公会由指定专人负责记录。记录人员要对决策过程中的具体情况，特别是经营班子成员的发言内容、表决意见等如实记录，同时整理会议纪要，会议记录及会议纪要存档备查。

## 五、检查考核和责任追究

1、经营班子及其成员应严格执行“三重一大”制度，并将执行情况列为经营班子民主生活会和领导干部述职的重要内容。

2、医院贯彻执行“三重一大”制度的情况，应列为党风廉政责任制落实情况 and 干部考核的重要内容。

3、职代会和全体职工有权监督“三重一大”制度的贯彻落实情况，有权向各级党组织和上级部门反映意见。

4、凡属下列情况，要追究有关责任者的责任：

(1)不履行或不正确履行“三重一大”制度决策程序，不执行或擅自改变集体决定的；

(2)未经集体讨论而由个人决策、事后应通报而不通报的；

(3)未向经营班子提供真实情况而造成决策失误的；

(4) 执行决策时发现可能造成损失，能够挽回而不采取措施挽回的；

(5) 其他违反本规定的情节。

5、责任追究应当依据职责范围，明确集体责任、个人责任或直接领导责任、主要领导责任。

6、对不执行“三重一大”制度的责任人，给予诫勉谈话、通报批评直至警告处分；对不执行“三重一大”制度并给医院造成损失和严重政治及社会影响的责任人，根据事实、性质和情节轻重，依法依规追究责任。

**六、本制度解释权归行政人事部。**

**七、本制度修订内容：**根据院党委升格建制，集体决策会议室形式中的支部委员会修订为“党委委员会”。



文件编号: NJTR-RS2-008		制定日期: 2007-08
文件名称: 职务聘任管理制度		修订日期: 2026-01
适用范围: 全院		修订版次: 4
制定部门: 行政人事部	审核者: 徐鲁妮	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 王静	签发: 杨庆松	

## 职务聘任管理制度

### 一、目的

- 1、指导员工规划职业生涯及个人发展计划，并对其提供支持。
- 2、对每个岗位分别进行管理，对人力资源进行宏观战略调控管理，促进学科发展及提高综合实力，制订本办法。

### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院。

### 三、制度内容

医院实行“评聘分开”的专业技术职务聘任管理办法。“评聘分开”是指专业技术职称资格的取得与专业技术职务的聘任相分离；根据实际工作需要设置岗位，各科室专业技术人员严格按照岗位职数和聘任标准竞争上岗，择优聘任，并按所聘任岗位职务兑现待遇。

#### (一) 专业技术职务聘任管理办法

1、**人员范围**：全院专业技术人员（医、护、技、药人员，医学工程、卫生管理类人员等）。

#### 2、聘任原则

- ①**按需设岗**：行政人事部根据工作需要核准并设置各科室岗位职数。
- ②**按岗聘任**：各科室根据岗位设置制定岗位说明书，明确不同岗位的职责、权限和任职标准，在取得相应专业技术职称资格的人员中，按照德才兼备、公开平等、竞争择优的原则和规定程序，进行聘任，并在平等自愿、协商一致的基础上签订聘任书；按所聘任岗位职务兑现待遇。

③**职务资格准入制**：未取得专业技术职称资格者不能聘任相应职务。

#### 3、相关要求

- a) 科室应严格按照岗位职数的类别和等级进行聘任，不同类别和级别的职数不能互用。
- b) 执业地点未变更至医院、未取得执业资格或未转正定级人员暂不签订聘任书。
- c) 申报专业技术职务时，低一级职务的聘任期限（而不是取得相应专业技术职称资格的年限）应累计达到晋升的任职年限要求，具体标准参照《南京同仁医院职称评聘管理制度》。
- d) 管理部门工作人员（医务部、护理部除外）不聘任卫生技术职务，保留原专业技术职称资格。
- e) 聘任期限一般为三年，聘任期限不得长于劳动合同期限。
- f) 员工的聘任书须加盖公章。

#### 4、聘任标准

##### 1) 医生职务聘任

(1) 医生有以下聘任岗位：住院医师、主治医师、副主任医师、主任医师。

(2) 医生聘任标准分为考核标准(为专业理论考试成绩和年终考核结果)和资质标准，资质标准如下：

- a) 本科及以上学历；
- b) 具备医师执业资格并于当地卫生行政部门注册；
- c) 取得相应专业技术职称资格；
- d) 继续教育学分达标；
- e) 年度考核结果每年均须达到合格，至少一次优秀。
- f) 能够达到对相应专业职务的论文要求：参照《南京同仁医院职称评聘管理制度》执行。
- g) 有良好的医德医风和综合素质，医疗行为规范；近三年内无医疗事故、严重差错和重大医疗纠纷，无违纪违规行为；
- h) 熟练掌握本岗位专业理论知识和技能，胜任本岗位工作；
- i) 身体健康，能够坚持日常工作，并完成岗位要求的工作量和工作周时，

上年度病事假或因其他原因不在岗工作时间累计不超过半年。

## 2) 护理人员职务聘任

(1) 护理人员职务有以下岗位：护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师。

(2) 护理人员聘任标准分为资质标准和考核标准（根为专业理论考试成绩和年终考核结果），资质标准如下：

- a) 大专及以上学历；
- b) 具备护士执业资格；
- c) 取得相应专业技术职称资格；
- d) 继续教育学分达标；
- e) 年度考核结果每年均须达到合格，至少一次优秀。
- f) 能够达到对相应专业职务的论文要求：参照《南京同仁医院职称评聘管理制度》执行。
- g) 有良好的职业道德和护士素质，仪表端庄，温和有礼，对病人有耐心、细心、责任心，有较强的沟通能力和应急能力，近三年内无医疗事故、严重护理差错和重大护患纠纷，无违纪违规行为；
- h) 熟练掌握本岗位护理专业知识和技能，胜任本岗位工作；
- i) 身体健康，能够坚持日常工作，并完成岗位要求的工作量和工作周时，上年度病事假或因其他原因不在岗工作时间累计不超过半年；
- j) 能够达到护理部的科研、教学要求。

## 3) 技药人员职务聘任

(1) 技、药人员职务有以下岗位：技（药）士、技（药）师、主管技（药）师、副主任技（药）师、主任技（药）师。

(2) 技、药人员的聘任标准可参照护理人员聘任标准。

## 4) 其它要求

各临床、技科室可根据的聘任标准制定更细化、量化的聘任要求，报行政人事部审核备案。

## 5、聘任流程

(1) 医院成立学术委员会，所有中级及以上技术任职都需经学术委员会讨论通过决定。学术委员会由科教部按照相关章程成立。

## (2) 聘任程序

1) 个人提出申请，申报者备齐所需材料，填写《资格评价审批表》交科主任签字后，交由行政人事部进行初步审核。

2) 行政人事部组织进行科室测评，获得科室全体成员匿名投票 2/3 及以上者可参加聘任。

3) 行政人事部将符合资格评价条件者审批后报学术委员会。

4) 职称聘任采取评票制度，获得学术委员会 2/3 以上评委赞成票的视为通过。

5) 行政人事部将通过聘任的人员全院公示，无异议后发布聘任文件，并由行政人事部统一发放正式聘书。

6) 行政人事部根据聘任时间兑现待遇。

## 6、 聘后管理

1)、每年度行政人事部联合各科室对各类各级人员的岗位职责完成情况和绩效进行认真考核，年终提出书面考核意见，作为下一轮聘任的依据。

2)、在聘期内出现下列情况之一者可随时解除聘任：

(1) 解除劳动合同的；

(2) 不能胜任本岗工作，给工作带来不良影响的；

(3) 不服从科室和工作安排的；

(4) 因工作需要调离本岗位的；

(5) 本人提出解聘并与达成协议的；

(6) 聘期内达到离退休年龄的；

(7) 本年度因病事假、因私脱产培训、出国等原因离开岗位连续半年以上或两年内累计达 10 个月以上的。

## (二) 管理职务聘任管理办法

### 1、聘任规定

(1) 人员范围：管理部门的正（副）主任、临床医技科室的正（副）科

主任、护士长。

(2) 遵照“责、权、利一致”的原则，作如下聘任规定：

- a) 按需设岗：行政人事部根据工作需要核准并设置管理岗位职数，经行政会讨论确定；
- b) 按岗聘任：行政人事部根据岗位设置制定岗位说明书，明确各管理岗位的职责、权限和任职标准，在具备相应资质的人员中，按照德才兼备、公开平等、竞争择优的原则和规定程序，进行聘任，并在平等自愿、协商一致的基础上签订聘任书；
- c) 按所聘任的管理职务兑现待遇。

(3) 聘任期限一般为一年，聘任期限不得长于劳动合同期限。

(4) 所有人事任命均由下发统一红头文件。

## 2、聘任标准

聘任标准分为资质标准和考核标准（根据年终考核结果），资质标准如下：

(1) 学历：管理部门正、副主任、临床医技科室正、副主任应有本科及以上学历，护士长应有大专及以上学历；

(2) 管理工作经验：管理部门正、副主任应有五年以上本专业工作经验，临床医技科室正、副主任及护士长应有二年以上相关管理工作经验；

(3) 接受过管理培训；

(4) 具有良好的决策能力、执行能力、开拓能力、组织能力、沟通协调能力；

(5) 具有良好的综合素质，爱岗敬业，勇于负责，廉洁自律，身心健康；

(6) 能够坚持日常工作，上年度病事假或因其它原因不在岗工作时间累计不超过半年。

## 3、聘任流程

(1) 各临床医技、行政后勤科室主任推荐副主任、主任助理、主管等人选，报行政人事部；

(2) 护理部拟订护士长、副护士长聘任名单，报行政人事部；

- (3) 行政人事部拟订各科室主任、副主任、护士长、副护士长、主任助理、主管等全部聘任人员名单；
- (4) 院长办公会讨论确定拟聘人选；
- (5) 院长任命、下发聘任文件，院周会宣读；
- (6) 行政人事部留存备案。

#### 4、聘后管理

(1) 对管理人员的岗位职责完成情况和绩效进行认真考核,将考核结果作为下一轮聘任的依据。

(2) 在聘期内出现下列情况之一者可随时解除聘任：

- a) 符合解聘条件被解除劳动合同的；
- b) 不能胜任本岗工作，给工作带来不良影响的；
- c) 违纪违规并给造成不良后果或严重经济损失的；
- d) 不服从工作安排的；
- e) 因工作需要调离本岗位的；
- f) 本人提出解聘并与达成协议的；
- g) 聘期内达到离退休年龄的；
- h) 本年度因病事假、因私脱产培训、出国等原因离开岗位连续半年以上或两年内累计达 10 个月以上的。

此方案将随江苏省、南京市及的政策变化进行调整。

四、本规定解释权归行政人事部。

五、本规定自签发之日起执行，此前相关文件同时废止。

文件编号: NJTR-RS2-010		制定日期: 2007-08
文件名称: 奖惩管理制度		修订日期: 2026-01
适用范围: 全院		修订版次: 5
制定部门: 行政人事部	审核者: 徐鲁妮	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 王静	签发: 杨庆松	

## 奖惩管理制度

### 一、目的

为了加强内部管理,鼓励先进,维护正常工作秩序,保障员工的合法权益,结合实际情况,制订本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院所有员工。

### 三、制度内容

#### 第一章 总 则

**第一条** 本制度规定了对员工所提倡或激励、禁止或约束的各种行为及其奖惩办法,适用于在职的所有员工。

**第二条** 全体员工必须遵守国家的政策、法律、法规,遵守医院的各项规章制度,学习和掌握本职工作所需要的科学、文化、技术和业务知识与技能,努力完成各项工作任务,团结协作,爱岗奉献。

**第三条** 对员工扰乱社会秩序、妨碍公共安全、侵犯他人人身权利和侵犯公共财产等行为,如构成犯罪的,依照《中华人民共和国刑法》移送司法机关追究刑事责任,并予以解除劳动合同处理;尚不构成犯罪的,除依照《中华人民共和国治安管理处罚制度》由公安机关依法给予行政处罚外,凡在职期间违反本制度之规定的,依照本制度进行处罚。

#### 第二章 奖励制度

##### 第四条 奖励方式

- 1、通报表扬;
- 2、给予一次性物质奖励;
- 3、工资晋级;
- 4、职务晋升;

- 5、授予先进工作者等荣誉称号；
- 6、对有重大贡献者，经报集团批准，另予重奖。

以上奖励方式可单项使用，也可多项同时使用。对于有突出贡献的员工，除按上述规定给予奖励外，还可在培训、休假等方面给予优先或计划外安排。

**第五条** 凡有下列行为表现之一者，给予奖励：

- 1、自觉遵守党和国家的法律、法规和法令，模范遵守医院各项规章制度，出色完成本职工作和各项任务并有突出贡献的；
- 2、敢于坚持原则，同坏人坏事、违法犯罪作斗争，主动为查破案件提供证据或线索，或在关键时刻能挺身而出，不怕牺牲，勇于抓获违法犯罪分子，为维护和社会治安秩序做出重要贡献的；
- 3、大胆检举揭发或勇于查办各类人员包括经济问题、腐败行为在内的损害医院利益和声誉的行为，为医院挽回重大经济和名誉损失的；
- 4、当发生自然灾害事故或发生中毒、火灾、爆炸等治安灾害事故时，能临危不惧、奋不顾身抢救国家、集体、医院和人民生命财产的；
- 5、发现重大事故隐患（包括医疗安全隐患），主动汇报并及时排除，以及发现险情能果断采取应急措施，避免重大事故发生的；
- 6、在学科建设、人才培养、技术创新、科学研究、设备改造、对外合作、经营管理及企业文化建设等方面取得重要成果，为医院赢得显著社会和经济效益的；
- 7、对医院各项工作积极献计献策，其合理化建议经采纳后效果显著，或在改进医院经营管理，提高经济效益或医疗服务质量等方面做出显著成绩，对医院贡献较大的；
- 8、由于个人工作突出或因组织出色，个人或所在集体获得市级以上党政部门或行业专业奖项，为医院争得宝贵荣誉的；
- 9、一贯忠于职守，廉洁奉公，勤俭节约，钻研技术，勤奋工作，品德高尚，事迹或业绩突出的；
- 10、根据内部推荐制度向医院推荐优秀人才的；
- 11、其他应当给予奖励的。

### 第三章 处罚制度

**第六条** 对违反行政管理行为的处罚，按严重程度分为下列五种：

- 1、罚款；
- 2、警告；
- 3、通报批评；
- 4、降职、降薪或免职；
- 5、解除劳动合同。

以上处罚方式可单项使用，也可多项同时使用。违反本规定行为造成公司或他人经济损失的，可责令当事人予以赔偿。

**第七条** 违反内部管理制度及劳动纪律的行为及处罚规定：

- 1、上下班迟到、早退的，罚款 50 元；
- 2、违反打卡考勤制度，上班忘打卡应到行政人事部办理补卡手续，员工月度补卡不超过 3 次，3 次以上的每次予以罚款 50 元；
- 3、上班未打卡后并且未到行政人事部补卡的，按旷工处理；
- 4、请人打卡或代人打卡，双方予以警告处分并 200 元罚款；
- 5、上班时不按规定穿戴好工作服、佩戴上岗证的，罚款 50 元；
- 6、酒后上班（因接待需要不在此列）、打瞌睡、看与工作无关的书刊或做与本职工作无关的事，以及在工作场所打闹玩笑，影响他人正常工作的，罚款 50 元；
- 7、不严格执行请假制度旷工的，扣发当天工资，并予以日工资\*旷工天数\*2 的罚款，连续超过 3 天或年内累计旷工超过 5 天的予以解除劳动合同；
- 9、违反机动和非机动车辆行驶规定和不按规定停放车辆的，罚款 20 元；
- 10、擅自动用医院机动车的，罚款 100 元，情节严重的予以通报批评处分；
- 11、乱丢、乱倒、乱抛脏物、垃圾、瓜皮果壳，乱泼污水，随地吐痰和大小便的，罚款 20 元；
- 12、违反绿化管理制度，攀折花木，破坏树木、草坪，罚款 50 元；

13、在工作或休息场所开无人灯、无人扇和无人空调，以及开常流水的，罚款 20 元；

14、接到通知后不参加或不准时参加组织的会议、学习培训的予以 50 元罚款，抵制组织的各种活动的，予以警告处分；

15、不服从领导正常调动、合理指挥和工作安排，借故拒绝接受工作任务或消极怠工的，予以警告处理，情节严重的予以解除劳动合同处理；

16、上班、值班期间脱岗 30 分钟以内，未造成任何损失的罚款 50 元；造成损失的，除赔偿相应损失外，罚款 500 元，并予以解除劳动合同处理；

17、在工作中严重失职、玩忽职守，给造成经济损失的，除责令赔偿损失外，予以解除劳动合同处理。

**第八条** 扰乱内部治安秩序、违反治安管理的行为予以通报批评并罚款 500 元处理：

1、聚众起哄闹事，扰乱内部治安秩序，致使经营、服务、科研等工作 and 员工生活不能正常进行，尚未造成重大经济损失的；

2、打架斗殴、酗酒、寻衅滋事、污言秽语、侮辱妇女或进行其它流氓、违法活动，尚未造成严重影响或后果的；

3、谎报险情，蓄意制造混乱的；

4、造谣惑众，煽动他人，制造矛盾，造成一定影响的；

5、擅自移动和损坏指示标志，可能造成一定影响的。

**第九条** 侵犯医院和他人财物的行为除责令赔偿损失外，予以解除劳动合同处理：

1、偷窃、骗取、贪污少量财物的；

2、故意损坏财物，造成经济损失的；

3、私配病房、仓库、办公室、公共区域等各部位钥匙的；

4、借职务之便索贿受贿或向客户索要礼品或回扣，接受病人红包的；

5、不按照规定收费标准收费的；

6、营私舞弊，给医院造成损失，或为谋取不正当收入而损害医院利益的。

**第十条** 侵犯他人人身权利的行为予以 300 元罚款并通报批评，情节严重者予以解除劳动合同处理：

- 1、故意散布、传播谣言，或恶毒诽谤攻击他人，损害他人名誉的；
- 2、殴打他人致人轻微伤害的；
- 3、用污水、脏物等浇泼他人人身，造成严重影响的；
- 4、用其他手段侮辱他人或威胁他人人身安全，干扰正常生产生活秩序的；
- 5、隐匿、毁弃或者私自拆开、翻阅他人信件、日记、包裹、电报，未经本人同意使用他人私人财物，以及探听、传播他人隐私的；
- 6、在内外发布或传播有损于领导和医院形象的言论。

**第十一条** 违反宿舍管理制度的行为予以 100 元罚款，构成犯罪的送司法机关依法追究刑事责任并予以解除劳动合同处理：

- 1、不服从生活区管理人员的统一管理、调配与监督；
- 2、宿舍内存放或使用易燃易爆、有毒有害等危险及违禁物品；
- 3、宿舍内有豢养宠物影响他人日常生活的；
- 4、宿舍内擅自留宿外人；
- 5、宿舍内私拉乱接电线；
- 6、未经本人同意，擅自占用他人物品的；
- 7、在宿舍区内大声喧哗和打闹嬉戏，影响他人休息；
- 8、聚众赌博，抽头聚赌或为赌博提供赌具和场所；
- 9、收听、收看黄色淫秽录像、录音磁带和书刊或进行传播的；
- 10、宿舍内男女混宿，或有卖淫、嫖宿、暗娼行为的。

**第十二条** 违反保密管理制度的行为，除赔偿造成的相应损失外，予以 500 元罚款，违反本条 5-7 项的属情节严重，除赔偿造成的相应损失及罚款 2000 元外，予以解除劳动合同处理：

- 1、列入归档范围的资料不主动送交档案室归档而个人占有或转移、藏匿的；
- 2、借用的档案资料和由个人保管的涉及重要秘密的材料遗失的；

- 3、无意泄露秘密尚未造成严重后果或重大经济损失的；
- 4、已泄露秘密但及时采取补救措施的；
- 5、故意泄露商业秘密，造成严重后果或导致遭受重大经济损失的；
- 6、为他人窃取、刺探、收买或违章提供秘密的；
- 7、利用职权强制他人违反保密规定的；
- 8、违反薪酬保密制度，打听他人薪酬或向他人透露本人薪酬的；
- 9、违反保密管理其它规定的。

**第十三条** 有下列违反业务管理制度行为之一的，处以 100 元以上 2000 元以下罚款或警告、通报批评，或可并处，情节严重的可作解除劳动合同处理：

1、造成一至四级医疗事故、医疗缺陷以及引发医疗投诉等造成经济赔偿的，经过医疗投诉组织的专家鉴定委员会进行医疗事故鉴定和责任关系认定，确系违反医疗操作规程或其它违纪违规行为造成经济损失的所在科室负责人和当事人；

2、因医疗过失造成患者投诉和争议；连续 3 次（含 3 次）查出明显医疗安全隐患的科室负责人和当事人；

3、全年甲级病历率<95%；出现重度缺陷病历的科室负责人和当事人；

4、丢失、涂改、隐匿、伪造、销毁病历或违反病案管理制度者；

5、全年处方检查 3 次（包括 3 次）以上不合格者；

6、院内感染管理检查不合格的科室负责人和当事人；

7、违反医疗保险（包括农保）有关规定，收到医疗保险机构处罚的科室负责人和当事人；

8、有效投诉 1 次以上者；

9、未经同意，私自外出行医者；

10、私自召请供应商采购物资者；

11、违反“首诊医师负责制”推诿病人者；

12、违反疾病诊断证明管理规定，出具虚假证明和病假证明等医学证明者；

13、有其他违反业务管理制度的行为。

**第十四条** 有违反其它管理制度行为的，按医院的有关规定进行处理。

**第十五条** 一年内，有三次警告以上处分或二次通报批评处分的，属严重违反医院管理制度，予以解除劳动合同处理。

#### **第四章 对符合本制度奖惩行为的裁决和执行**

**第十六条** 对违反本奖惩制度行为的处理，涉及行政管理的，由行政人事部牵头，员工所在部门参与共同裁决；涉及业务管理的，由医务部或护理部牵头，行政人事部及员工所在部门参与共同裁决，裁决结果通报工会听取意见，并根据情况必要时上报领导核准或有关部门备案。涉及严重违法犯罪的，移交公安部门或司法机关处理。

**第十七条** 对违反本制度的行为人应主动接受行政、人事、业务管理等相关部门的询问和调查，相关部门在调查核实、收集取证时，所有员工均有如实反映情况的义务，不得故意隐瞒和蓄意歪曲事实。

**第十八条** 经调查核实，依照本制度有关条款裁决处理，应填写裁决书，并将裁决处理结论通知行为人，裁决书由行为人、参与裁决部门、员工所在部门及人事部门各执一份。

**第十九条** 对违反本制度者处罚款本人无异议的，可由裁决部门当场裁决。

**第二十条** 裁决部门有权对违反人处以 200 元（含 200 元）以下的罚款，处以 200 元以上 500 元（含 500 元）以下罚款需报分管院长批准，超过 500 元的罚款应报院长批准。如被处以通报批评、警告应报院长批准，处以解除劳动合同处理应报院长办公会议通过。

**第二十一条** 被处罚人对裁决处理决定不服的，可在接到裁决书五日内向裁决批准人的上一级管理层提出书面申诉，在接到申诉书后一周内须作出裁决。

**第二十二条** 对处罚决定进行申诉，在申诉期内原裁决继续执行。

**第二十三条** 裁决人员在执行本制度时应秉公行事，不得弄虚作假，不得徇私舞弊，违反者将给予严肃的行政处分和经济处罚。各单位、个人都有

监督裁决人员执法的权利。

四、本规定解释权归行政人事部。

文件编号：NJTR-RS2-016		制定日期：2007-08
文件名称：工作场所着装与仪容仪表规范管理制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：5
制定部门：行政人事部	审核者：徐鲁妮	执行日期：2026-02
制定/修订人：王静	签 发：杨庆松	

## 工作场所着装与仪容仪表规范管理制度

### 一、目的

为进一步加强全院人员着装和仪容仪表的规范化管理，提高我院全体工作人员的整体职业形象，展现我院职工的风采和良好精神风貌，创造一个文明礼貌、清洁优美的医院环境。现根据有关规定并结合本院发展实际，特制定本管理制度。

### 二、适用范围

本办法适用于全院在职员工。

### 三、着装要求

#### （一）整体要求

1. 所有员工进入工作场所后着装应以不影响患者治疗和利于开展抢救工作为原则。

1. 总体着装应端庄稳重，体现职业特点，颜色素雅大方，不穿过份暴露不雅观的时装，女士不穿露脐装、吊带装、超短裙、迷你裤；男士不穿背心、短裤，夏天不穿拖鞋和露脚趾的凉鞋。

2. 在医疗工作区均必须穿工作服并佩戴胸牌，工作服应保持清洁，如有油渍、血渍、污渍要及时清洗，有损坏时，及时修补。

#### （二）行政工勤人员着装要求

所有员工进入工作场所后着装应以不影响患者治疗和利于开展抢救工作为原则。

1. 男员工：进入工作场所时应着正式衬衫（包括短袖衬衫）或有领、有袖的 T 恤、穿着长裤。衬衫衣领、袖口应保持洁净，衬衫钮扣必须扣整齐，

不结领带时衬衫最多只可敞开领口向下第一颗钮扣。禁止男员工穿耳孔和佩戴戒指、项链，不得蓄须、留长发、染彩色头发、烫爆炸头等怪异发型；禁止暴露文身及皮肤粘贴彩绘；禁止穿短裤、中短裤、七分裤、灯笼裤等进入工作场所。

2. 女员工：进入工作场所时应着职业装、可着淡妆上岗，头发整齐干净，不染艳色，肩长发必须扎起或盘起；禁止化浓妆、使用香味浓烈的香水；禁止留长指甲及涂抹有色指甲油；禁止暴露文身及皮肤粘贴彩绘；不得佩戴夸张戒指、耳环等装饰物；不穿颜色过艳的长裤和长裙；工作时应穿低跟、软底防滑、大小合适的工作鞋，不得将五指外露，不得穿着高跟鞋、硬底鞋或带钉、带响的鞋；禁止穿拖鞋或类似拖鞋的凉鞋；禁止穿短过膝盖以上的短裙、短裤、超短裙、迷你裙以及破洞、铆钉、流苏等奇装异服。

### （三）护理人员着装要求

护士的着装要整齐得体，端庄大方，给人以信任感、安全感。

1. 护士服：服装清洁、平整、衣扣要扣齐(不可粘胶布、别大头针)衣领、腰带、袖口、衣边要平伏整齐。穿着适体，无油渍、尘污。原则上内穿衣不外露，袜子颜色协调；女护士不披发，超过肩膀的长发工作时应盘发或束在脑后，头发颜色不宜过于鲜亮，男护士不染彩色头发，不蓄长发；必须佩戴工作证，如佩戴护士表最好佩带在左胸前，表上要有短链，用胸针别好，或用胸卡别好。

2. 护士鞋：护士鞋不管其新旧，保持鞋面的清洁是第一位，必须为纯白色；不得穿着高跟鞋、硬底鞋或带钉、带响的鞋以及拖鞋或类似拖鞋的凉鞋。

3. 护士袜：护士的袜子最好大小相宜，颜色以浅色为宜。

如手术室、ICU 等需进行特殊操作的病房护士有额外要求或与上述要求相冲突的，遵循科室相关要求。

### （四）医、技人员着装要求

医、技人员的着装要求整洁、文雅、得体，让人觉得敬重和信任。

1. 工作服：服装清洁、平整、衣扣要扣齐(不可粘胶布、别大头针)衣领、腰带、袖口、衣边平伏整齐。穿着适体，无油渍、尘污。原则上内穿衣不外

露，裤脚低于鞋跟(以不拖地为宜)，裙子长度不超过工作服下摆5公分。男士夏天工作服内必须有衬衫或背心，上装不能只穿工作服，下装不能穿运动短裤，不穿艳色裤袜。

2. 工作鞋：保持鞋面的清洁，进入病区必须更换软底鞋；不穿拖鞋或类似拖鞋的凉鞋

3. 工作区域内可佩戴带秒针的手表，但不可佩戴手镯、戒指、手链等饰品。不涂鲜亮的指甲油，常剪指甲，保持手和指甲的清洁。

如临床科室有额外要求的，遵循科室相关要求。

(五) 各岗位人员着装可对照上述人员类别进行匹配，但不作为后续整改或处罚的唯一依据。

#### 四、仪容仪表要求

##### (一) 基本要求

全体员工要仪表大方、举止端庄，语言文明、态度和蔼、语气轻缓，同情、体贴患者，一切行为符合职业身份，体现人文关怀。

(二) 头发：勤洗、勤理，干净整洁无异味，需要戴帽的职工，梳理整齐不蓬乱。

(三) 眼部：及时清除眼睛的分泌物，戴眼镜的职工应随时对眼镜进行揩拭和清洗，保持眼部清洁

(四) 耳部：经常清洗，注意清除耳垢，避免当众掏耳。可佩戴耳钉，但不可戴耳环。

(五) 鼻部：注重保持鼻腔清洁，不要在公众场合擤鼻涕、挖鼻孔。

(六) 口腔：保持牙齿洁白，口腔无味。上班之前忌食气味刺鼻的东西，如烟、酒、葱、蒜、韭菜、腐乳等。

(七) 手臂：勤洗手，保持手的清洁卫生，不涂指甲油。肩部不应暴露在衣服之外，不得穿吊带裙。

(八) 腿部：不将腿部直接暴露，应配肉色或浅色的长裤袜；着裙装时，裙子切忌露于工作服之外，着长裤时，要穿着工作裤。

(九) 脚部：保持脚部的卫生，鞋袜要勤洗勤换，不要当众脱鞋；上班时不能光着脚穿鞋子，护士上班时应穿规定的工作鞋，医生不能穿带钉皮鞋或超过4公分的高跟鞋穿拖鞋、响底鞋上岗。

(十) 妆容：美观、自然、得体、协调。勿当众化妆、勿在异性或患者面前化妆；勿化浓妆、勿使妆面出现残缺、勿借用他人化妆品、勿评论他人的化妆。

(十一) 行为举止要求

1. 站立时身体端正、双臂及手自然下垂或交叉体前。男性双脚与肩并宽，女性双脚略成“V”字型，双足跟并拢。切不可双手插兜、倚墙、靠桌、靠病人床等。

2. 坐的姿态要端正，双手自然平放在膝盖或双手自然平放在桌面上，面向对方。入座离座的动作要从容和缓，要顺手整理衣裙。坐时不可坐在扶手上，不可将腿脚架在桌椅上、半躺半坐、摇腿跷脚、双腿叉开，给人以放肆无修养之感。

3. 走路时要做到脚步轻稳，不要摇晃身体，双臂自然前后摆动。多人行走时要两两并行，切忌勾肩搭背、边走边吃、嘻笑喧哗。无论在路上还是在走廊里一律靠右侧行走，非抢救时间不要跑步。

4. 乘坐电梯时，上梯要主动让他人先上，下梯要主动让他人先下；上下楼梯时，上梯时要让他人先行，下梯时要自己先行。

5. 取放物品及开关门窗动作要轻，下蹲拾取低处物品时，腿要前后错开，上体保持正直，将物品拾起。

6. 护士推治疗车、医护人员推平车、后勤人员推物品车时，要双手平行扶车，切忌一手拉车。

7. 工作中使用手势要简洁、明确。在指引方向、介绍情况、请让时，手臂要伸直，手指自然并拢，手掌朝上，指向目标，同时身体要微微前倾。

8. 不要在他人面前有不文明的举动，如掏鼻孔、挖耳朵眼、挠搔头皮、抓痒、打哈欠、伸懒腰等，不要用手指点或拍打他人。咳嗽、打哈欠时要用手遮挡。不能打响指、吹口哨。

(十二) 各岗位人员仪容仪表可对照要求进行自我约束，但不作为后续整改或处罚的唯一依据。

五、本制度解释权归行政人事部。

六、本版本修订内容包括：

1. 修改制度名称为“工作场所着装与仪容仪表规范管理制度”。
2. 修订“目的”相关内容；修改“适用范围”人员定义。
3. 完善“着装要求”行政后勤人员及医务人员的有关规定。
4. 新增“仪容仪表要求”全部相关内容。



文件编号：NJTR-RS2-019		制定日期：2007-08
文件名称：职称评聘管理制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：6
制定部门：行政人事部	审核者：徐鲁妮	执行日期：2026-02
制定/修订人：王静	签发：杨庆松	

## 职称评聘管理制度

### 一、目的

根据因事设岗、按岗聘任的用人原则，为培养造就一支符合医院发展要求的高素质专业技术人员队伍，在医院内部形成优胜劣汰的竞争机制，实现医院管理的精细化、规范化，我院实行职称评聘分开制度（即专业技术人员的资格评价与职称聘任分离）。参照江苏省卫生专业技术资格条件（试行）、及江苏省实施医院护士岗位管理的指导意见等有关政策，结合我院发展实际，特制定本管理制度。

### 二、适用范围

本制度适用于全日制入职在我院，已具备相应的执业资格或专业技术资格，并从事与执业资格或专业技术资格类别相同的医疗、预防、药学、护理、医技、卫生管理等专业技术工作的人员。非卫生类职称聘任不适用于本制度。

参聘人员取得的专业技术资格需与现任职岗位工作内容相一致。

本制度适用于取得中级及以上专业技术资格的人员，初级职称医院实行以考代聘，考试成绩的合格与否将作为待遇落实的直接依据。

### 三、职称聘任的类别

（一）高职低聘：取得专业技术资格证书，但不符合医院关于聘任该技术职务的条件或未通过医院学术委员会评审的；

（二）聘用：取得专业技术资格证书，符合医院关于聘任该技术职务的条件并通过医院学术委员会评审的；

（三）低职高聘：专业技术水平达到上一级技术职务对专业技术水平的要求，经科主任申请，并通过医院学术委员会评审后可高聘为上一级技术职

务；详见《南京同仁医院专业技术人员低职高聘管理暂行办法》。

#### 四、基本要求

（一）遵守医院各项规章，坚持依法执业，自觉践行“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的职业精神。

（二）具备良好的政治素质、协作精神、敬业精神和医德医风。

（三）身心健康，心理素质良好，能全面履行岗位职责。

#### 五、中级职称聘任条件（需同时满足以下条件）

（一）资格要求：符合报考全国中级专业资格考试条件并取得中级资格证书的各岗位人员（报考年限需符合江苏省相关政策要求，如在其他地区以不规范学历、资历取得证书的，除科室实际工作开展的切实需要外，当年一律不予参聘，直至学历、资历符合江苏省相关政策要求）。

（二）学历要求：在参聘通知下发前取得本科或以上学历(学位)，取得形式包括但不限于自考、成考、远程教育、函授、脱产等类型（具体以学信网打印的教育部学历证书电子注册备案表为审核依据）。

（三）学分要求：在参聘通知下发前修满专业课学分，各岗位、各专业人员继续教育学分均需由科教部审核确认（引进人才根据原工作地情况可适当放宽）。

（四）论文要求：在取得初级职称截止申报年度上一年底以第一作者或通讯作者在中文核心期刊或统计源核心期刊上出版、发表本专业有学术价值的论文一篇(包括论著、综述和个案报道)。

（五）名额配置：由各科室主任/护士长根据科室发展定位进行人才梯队把控，再通过组织科室述职的方式签署聘任意见。

（六）个人专业能力符合中级职称的任职要求。（此条款的个人专业能力将通过具体量化考核交由医院学术委员会进行评断）。

（七）本科及以上学历人员的主治医师聘任需取得住院医师规范化培训合格证书。

#### 六、高级职称聘任条件（需同时满足以下条件）

（一）资格要求：参加国家级或省级人事部门组织的统一考试、评审并

取得专业资格证书的各岗位人员（报考年限需符合江苏省相关政策要求，如在其他地区以不规范学历、资历取得证书的，除科室实际工作开展的切实需要外，当年一律不予参聘，直至学历、资历符合江苏省相关政策要求）。

（二）学历要求：在参聘通知下发前取得本科及以上学历(学位)，其中参聘正高级职称人员应该取得硕士研究生及以上学历（学位）。取得形式包括但不限于自考、成考、远程教育、函授、脱产等类型（具体以学信网打印的教育部学历证书电子注册备案表为审核依据）。

（三）学分要求：截止申报年度上一年底修满专业课及公共课学分，各岗位、各专业人员的继续教育学分均需由科教部审核确认（引进人才根据原工作地情况可适当放宽）。

（四）论文要求：在取得低一级职称截止参聘通知下发前以第一作者或通讯作者在中文核心期刊或统计源核心期刊上出版、发表本专业有学术价值的论文两篇（不包括个案报道、综述和译文）；或以第一作者或通讯作者发表SCI收录论文一篇或主编专著一本(主编或副主编,本人撰写10万字以上)。

（五）名额配置：符合科室发展定位（国家级、省级及市级临床重点专科可适当放宽高级职称占有比例）。

（六）个人专业能力要求（副高级职称）：

1. 副主任医师（临床、口腔、中医类别）：熟练掌握本专业基础理论和专业知识，熟悉本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并用于医疗实践，熟悉本专业相关的法律、法规、标准与技术规范。具有较丰富的本专业工作经验，能熟练正确地救治危重病人，具有指导本专业下级医师的能力。

2. 副主任医师（公共卫生类别）：熟练掌握本专业基础理论和专业知识，熟悉本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并推广应用，熟悉与本专业相关的法律、法规、标准与技术规范。具有较丰富的本专业工作经验，能独立解决复杂或重大技术问题，具有指导本专业下级医师的能力。

3. 副主任护师：熟练掌握本专业基础理论和专业知识，熟悉本专业国内

外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并推广应用，熟悉本专业相关的法律、法规、标准与技术规范。能够正确按照护理程序开展临床护理工作，熟练掌握本专科病人的护理要点、治疗原则，能熟练地配合医生抢救本专业危重病人。具有指导本专业下级护理人员的能力。

4. 副主任药师：熟练掌握本专业基础理论和专业知识；熟悉本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并推广应用。熟悉本专业相关的法律、法规、标准与技术规范。能够参与制定药物治疗方案，对临床用药结果做出准确分析，能及时发现并处理处方和医嘱中出现的各种不合理用药现象，及时提出临床用药调整意见。具有指导下级药师的能力。其中，中药专业还应具备中药验收、保管、调剂、临方炮制、煎煮等中药药学服务能力，能够提供中药药物咨询服务，具有中药处方点评工作能力，提供合理使用中药建议。

5. 副主任技师：熟练掌握本专业基础理论和专业知识，熟悉本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并推广应用，熟悉本专业相关的法律、法规、标准与技术规范。具有较丰富的本专业工作经验，能独立解决复杂或重大技术问题，具有指导本专业下级技师的能力。

6. 副研究员：具有较强的组织协调能力和综合管理能力，负责的卫生管理某一方面工作成绩突出，为单位的改革和发展作出较大贡献。有较丰富的卫生管理经验，能有效地处理本专业复杂疑难问题，深入研究卫生管理工作，能结合实际，提出管理新思路、新办法，经实践行之有效，在业内产生较大影响。

（七）个人专业能力要求（正高级职称）：

1. 主任医师（临床、口腔、中医类别）：在具备所规定的副主任医师水平的基础上，系统掌握本专业某一领域的基础理论知识与技术，并有所专长。深入了解本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并用于医疗实践。具有丰富的本专业工作经验，能独立解决复杂或重大技术问题，具有指导本专业下级医师的能力。

2. 主任医师（公共卫生类别）：在具备所规定的副主任医师水平的基础

上，系统掌握本专业某一领域的基础理论知识与技术，并有所专长。深入了解本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并用于实践。具有丰富的本专业工作经验，能独立解决复杂或重大技术问题，具有指导本专业下级医师的能力。

3. 主任护师：在具备所规定的副主任护师水平的基础上，精通护理学某一专科的基本理论知识与技能，并有所专长。深入了解本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并用于临床实践。具有丰富的本专业工作经验，能独立解决复杂或重大技术问题，具有指导本专业下级护理人员的能力。

4. 主任药师：在具备所规定的副主任药师水平的基础上，精通本专业某一领域的基本理论知识与技能，并有所专长。深入了解本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并用于实践。具有丰富的本专业工作经验，能独立解决复杂或重大技术问题，具有指导本专业下级药师的能力。其中，中药专业还应具备中药验收、保管、调剂、临方炮制、煎煮等中药药学服务能力，能够提供中药药物咨询服务，具有中药处方点评工作能力，提供合理使用中药建议。

5. 主任技师：在具备所规定的副主任技师水平的基础上，精通本专业某一领域的基本理论知识与技能，并有所专长。深入了解本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论、新知识、新技术并用于实践。具有丰富的本专业工作经验，能独立解决复杂或重大技术问题，具有指导本专业下级技师的能力。

6. 研究员：具有很强的组织协调、综合管理、科学决策等能力，主持或分管过的卫生管理工作卓有成效；有丰富的卫生管理经验，解决过本专业复杂问题和突发问题，其卫生管理经验对卫生改革具有较大的指导意义，在省内外有较大影响。

#### （八）破格条件

学历破格条件：取得本科学历并从事本专业技术工作 20 年以上，任现职期间年度考核至少有 1 次为优秀，还必须具备以下条件之一：

1. 获得市级及以上表彰的先进个人或同等级荣誉称号；
2. 市级及以上本专业科研课题的主要组织、完成者（前三名），且课题已通过鉴定或准予结题；
3. 为本科室技术骨干，医疗（护理）技术精湛，在治疗疑难、危重病症成绩突出，或在有效预防、控制和消除疾病方面做出突出贡献；
4. 积极引进先进、安全、实用的医学新技术，服务于患者，在促进科技成果转化、推广应用或在新技术、新工艺、新方法推广等方面作出突出贡献，并取得一定的经济效益和社会效益。

（九）高级职称人员的聘任结果将通过具体的量化考核及个人述职答辩由医院学术委员会讨论决定。

## 七、否决指标

- （一）政治立场不坚定、缺乏敬业精神、医德医风较差者；
- （二）近三年经查实收受红包、回扣者；
- （三）近三年年度考核结果有不合格者；
- （四）近三年内为医疗事故主要责任者；
- （五）近三年受到上级行政部门处分者；
- （六）存在伪造学历、资格证书、任职年限等，以及提供虚假业绩、虚假论文论著、剽窃他人作品和学术成果等弄虚作假行为者；
- （七）无故不服从、不按时履行科室工作安排者。

## 八、低职高聘的部分规定

- （一）低职高聘需由科室提出申请。
- （二）低职高聘申报对象不仅需要满足本专业技术职务的各项条件，而且必须为本科室业务骨干，工作业绩突出，对疑难复杂病人诊治有较深造诣，且年均工作量连续两年居科室同级人员第一位。
- （三）参与低职高聘的员工必须参加医院学术委员会答辩，并获得 2/3 以上评委赞成方可聘任。
- （四）低职高聘的员工享有聘用职称所对应的医疗权限，但该医疗权限涉及的相关责任由科主任承担。

(五) 全院低职高聘的人数控制在卫生技术人员总人数的 2%以内, 原则上低职高聘不适用于非临床工作人员。

## 九、职称聘任程序

(一) 申报者备齐所需材料, 并填写《资格评价审批表》交科主任等相关职能部门签字后, 交由行政人事部进行初步审核。

(二) 行政人事部汇总报名人员信息后进行科室测评并联系相关职能科室进行具体量化指标考核, 然后将考核分值结果报医院学术委员会。

(三) 相关申报职称聘任人员上医院学术委员会进行述职答辩, 医院学术委员会的讨论结果由行政人事部进行汇总。

(四) 行政人事部将职称聘任结果进行全院公示, 公示期为一周。

(五) 公示后由医院发布聘任文件, 相关职能部门落实具体待遇和开通相关权限。

## 十、其他事项

(一) 职称聘任是由医院根据专业技术职务岗位的需要, 自主聘任具备相应资格的专业技术人员担任专业技术职务。

(二) 职称聘任每年进行一次, 坚持客观、公正、择优聘用的原则。

(三) 本制度根据医院实际发展状况, 结合医院岗位设置规范, 由行政人事部制定和实施, 并根据医院发展情况、卫生部门或职改部门相关政策的调整作相应调整。

## 十一、本规定解释权归医院行政人事部。

## 十二、本版本修订内容包括:

- 1、增加职称聘任适用人员和专业范围;
- 2、增加基本要求, 修订否决指标;
- 3、修订职称聘任人员学历及论文发表有关要求;
- 4、删除原“中级职称聘任条件”中的第九条“所有当年待聘的从事外科、内科专业诊疗工作的医师必须在参聘前至医院急诊医学科轮转不低于三个月(从事其他专业诊疗工作的医师需在本专业急诊岗位轮值不低于三个月)”。
- 5、细化高级职称聘任条件中个人专业能力要求内容, 按人员岗位、专业

进行区分；

6、删除原“其他事项说明”中的第二条“针对本院医生转技师、护士转技师的转岗情况，原则上护理人员只聘任至主管技师，医疗人员聘相应职称但享受技师待遇”。

7、取消职称聘书统一制作的规定，如人员有现实需要再单独制作。

8、增加“高级职称聘任条件”中破格条件相关内容。

文件编号：NJTR-RS2-022		制定日期：2007-08
文件名称：医德医风考评管理制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：4
制定部门：行政人事部	审核者：徐鲁妮	执行日期：2026-02
制定/修订人：王静	签发：杨庆松	

## 医德医风考评管理制度

### 一、目的

为进一步加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，增强医务人员的责任感、使命感、荣誉感，规范执业行为，建立对医务人员规范有效的激励和约束，健全医德医风教育、监督、考评长效工作机制，现根据原卫生部、国家中医药管理局《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》等相关文件要求，结合本院实际，制定本制度。

### 二、考评范围

本制度适用范围包括全院医师、护士及其他卫生专业技术人员（以下统称医务人员）。

### 三、考评的主要内容

#### （一）救死扶伤，全心全意为人民服务

1、加强政治理论和职业道德学习，树立救死扶伤、以病人为中心、全心全意为人民服务的宗旨意识和服务意识，大力弘扬白求恩精神。

2、加强工作责任心，热爱本职工作，坚守岗位，尽职尽责。

#### （二）尊重患者的权利，为患者保守医疗秘密

1、对患者不分民族、性别、职业、地位、贫富都平等对待，不得歧视。

2、维护患者的合法权益，尊重患者的知情权、选择权和隐私权，为患者保守医疗秘密。

3、开展临床药物或医疗器械试验、应用新技术和有创诊疗活动中，遵守医学伦理道德，尊重患者的知情同意权。

#### （三）文明礼貌，优质服务，构建和谐医患关系

- 1、关心、体贴患者，做到热心、耐心、爱心、细心。
- 2、着装整齐，举止端庄，服务用语文明规范，服务态度好，无“生、冷、硬、顶、推、拖”现象。
- 3、履行医疗服务承诺，加强与患者的交流和沟通，自觉接受监督，构建和谐医患关系。

#### （四）遵纪守法，廉洁行医

- 1、严格遵守卫生法律法规、卫生行政规章制度和医学伦理道德，严格执行各项医疗护理工作制度，坚持依法执业，廉洁行医，保证医疗质量和安全。
- 2、在医疗服务活动中，不收受、不索要患者及其亲友的财物。
- 3、不利用工作之便谋取私利，不收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员给予的财物、回扣以及其他不正当利益，不以介绍患者到其他单位检查、治疗和购买药品、医疗器械等为由，从中牟取不正当利益。
- 4、不开具虚假医学证明，不参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销，不隐匿、伪造或违反规定涂改、销毁医学文书及有关资料。
- 5、不违反规定外出行医，不违反规定鉴定胎儿性别。

#### （五）因病施治，规范医疗服务行为

- 1、严格执行诊疗规范和用药指南，坚持合理检查、合理治疗、合理用药。
- 2、认真落实有关控制医药费用的制度和措施。
- 3、严格执行医疗服务和药品价格政策，不多收、乱收和私自收取费用。

#### （六）顾全大局，团结协作，和谐共事

- 1、积极参加上级安排的指令性医疗任务和社会公益性的扶贫、义诊、助残、支农、援外等医疗活动。
- 2、正确处理同行、同事间的关系，互相尊重，互相配合，取长补短，共同进步。

#### （七）严谨求实，努力提高专业技术水平

- 1、积极参加在职培训，刻苦钻研业务技术，努力学习新知识、新技术，提高专业技术水平。
- 2、强化责任意识，防范医疗差错、医疗事故的发生。

#### 四、考评的主要方法

医德考评要坚持实事求是、客观公正的原则，坚持定性考评与量化考核相结合，与医务人员的年度考核、定期考核等工作相结合，纳入医院管理体系，每年进行一次。考评工作主要分为三个步骤：

1、自我评价。医务人员各自根据医德考评的内容和标准，结合自己的实际工作表现，实事求是地进行自我评价。

2、科室评价。在医务人员自我评价的基础上，以科室为单位，由科室考评小组根据每个人日常的医德行为进行评价。

3、单位评价。由医院相关职能部门组织实施，根据自我评价和科室评价的结果，将日常检查、问卷调查、患者反映、投诉举报、表扬奖励等记录反映出来的具体情况作为重要参考依据，对每个医务人员进行评价，作出医德考评结论并填写综合评语。

#### 五、考评结果及其应用

（一）医德考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。总分达95分为优秀，80—94分为良好，60—79分为一般，59分以下为较差。

（二）医德考评要严格坚持标准，被确定为优秀等次的人数，一般在本单位考评总人数的百分之十，最多不超过百分之十五。医务人员在考评周期内有下列情形之一的，医德考评结果认定为较差：

1. 在医疗服务活动中索要患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的；
2. 临床诊疗活动中，收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员以各种名义给予的财物或提成的；
3. 违反医疗服务和药品价格政策，多记费、多收费或者私自收取费用，情节严重的；
4. 隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料的；
5. 不认真履行职责，导致发生医疗事故或严重医疗差错的；
6. 出具虚假医学证明文件或参与虚假医疗广告宣传 and 药品医疗器械促销的；

7. 医疗服务态度恶劣，造成恶劣影响或者严重后果的；
8. 违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则及细则》相关规定的；
9. 违反《医务人员职业道德准则（2025版）》相关规定的；
10. 其他严重违反职业道德和医学伦理道德的情形。

（三）每年度考评结果须在院内公示7个工作日，并医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。医德医风考评结果为优秀或良好的，年度考核方有资格评选优秀；医德考评结果为较差的，年度考核为不称职或不合格。

（四）医务人员定期考核中的职业道德评定，以医德考评结果为依据。考核周期内，有一次以上医德考评结果为较差的，认定为考核不合格，按照有关法律、法规和规章的规定处理。

（五）医院将对模范遵守医德规范、医德高尚者给予相应的表彰和奖励；对违反医德规范者，给予批评教育，严重违反医德规范，经教育不改者，分情况给予相应处分。

（六）医院将为每位医务人员建立医德医风档案，作为评价医务人员职业道德、工作作风和政治表现的重要资料，也是个人晋升、晋级、评先和奖惩的重要依据。

（七）各医、药、护、技科室负责人除填写本人的医德医风考评表外，还需撰写医德医风自我评价材料，主要针对本科室、本人在患者满意度调查、医德医风建设和重大事件等方面进行自我分析、自我评价，并提出下一步打算或改进计划，医德医风自我评价材料将存入中层干部廉政档案。

## 六、其他说明

1、医德医风考评工作由行政人事部负责，医务部、护理部、客服部、门诊部等相关职能部门参与具体实施。

2、各考评科室需成立医德医风考评小组，小组成员固定且有明确分工，保证可从各方面、各角度给予考评人综合评分，由科主任/护士长担任考评小组组长并签署科室考评意见。

3、医德医风考评工作需每年进行一次，坚持实事求是、客观公正的原则。

本制度将根据医院发展情况、卫生行政部门相关政策的调整作相应调整。

4、本办法主要适用于我院各部门医务人员，行政管理人员、工勤技能人员相关考评可参照本办法执行。

**七、本制度解释权归行风建设办公室。**

**八、本版本修订内容包括：**

1. 将《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则及细则》及《医务人员职业道德准则（2025版）》纳入医德医风考评；
2. 增加“目的”有关内容；
3. 调整部分字段用语，使语句内容更加符合逻辑。



文件编号: NJTR-RS2-023		制定日期: 2007-08
文件名称: 员工年度考核管理制度		修订日期: 2026-01
适用范围: 全院		修订版次: 5
制定部门: 行政人事部	审核者: 徐鲁妮	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 王静	签发: 杨庆松	

## 员工年度考核管理制度

### 一、目的

为了正确评价全院在职人员的德才表现和工作实绩,激励督促在职人员提高政治业务素质,认真履行职责,并为其晋升、聘任、奖惩、培训、辞退以及调整工资待遇等提供现实依据,现根据《江苏省事业单位工作人员考核实施办法(试行)》的文件要求,结合我院实际,制定本制度。

### 二、适用范围和要求

(一) 本制度适用范围包括全院各部门在职工作人员,考核坚持客观公正、民主公开、注重实绩的原则。

(二) 有下列情况之一的人员不参加本年度考核:

1. 截止考核开始时间新入职本院不满半年的;
2. 当年在院外规培(进修、学习等)超过半年的;
3. 当年因病(工伤除外)、事假累计超过半年的;
4. 未与本院签订全日制劳动合同在本院兼职的。

### 三、考核内容和标准

(一) 考核的内容包括德、能、勤、绩四个方面,重点考核工作实绩。

德:主要考核政治思想表现和职业道德表现。

能:主要考核业务技术水平,管理能力的运用发挥,业务技术提高、知识更新情况。

勤:主要考核工作态度、勤奋敬业精神和遵守劳动纪律情况。

绩:主要考核履行职责情况,完成工作的数量、质量、效率、取得成果的水平以及社会效益和经济效益。

(二)考核标准应以岗位职责及年度工作任务为基本依据,具体标准由科室负责人结合科室工作实际制定,考核标准应明确具体,不同专业和不同职务、不同技术层次的工作人员在业务水平和工作业绩方面应有不同的要求。

(三)考核结果分为优秀、良好、合格、不合格四个等次。

年度考核要严格坚持标准,符合实际,被确定为优秀等次的人数,一般掌握在科室总人数的百分之十。获得县级以上党委、政府或上级主管部门综合性系统表彰的先进集体、先进个人比例可适当提高,最多不超过百分之十五。全年病、事假超过一个月的工作人员不得定为优秀等次,凡违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》规定的工作人员当年考核等次一律定为不合格。

对德、能、勤、绩表现较差,在年度考核中难以确定等次的人员,可先予以告诫,告诫期以本部门负责人签署意见之日起计算,期限为三个月。告诫期满,要及时确定考核等次,对有明显改进的,可定为合格等次;仍表现不好的,定为不合格等次。

(四)医务人员考核各等次的基本标准是:

优秀:拥护党和国家的路线、方针、政策,模范遵守国家的法律、法规各项规章制度和职业道德,工作责任心强、勤奋敬业,专业技术能力强或提高快,工作有创新,在科研、教学、业务技术工作中成绩突出。

良好:拥护党和国家的路线、方针、政策、自觉遵守国家的法律、法规及各项规章制度和职业道德,工作负责,业务熟练,专业技术能力较强或提高较快,能够履行岗位职责、完成工作任务,无责任事故。

合格:政治、业务素质一般,遵守医院各项规章,符合岗位任职要求;或工作责任心一般,能够履行岗位职责、能按时完成工作任务,在工作中无责任事故。

不合格:政治、业务素质较低,组织纪律较差,难以适应工作要求;或工作责任心不强,履行岗位职责差、不能完成工作任务,在工作中造成严重失误或责任事故。

(五)行政管理人员考核各等次的基本标准是:

优秀:正确贯彻执行党和国家的路线、方针、政策,模范遵守国家的法律、法规和各项规章制度,廉洁奉公,精通业务,工作勤奋,有改革创新精神,成绩突出。

良好:正确贯彻执行党和国家的路线、方针、政策,自觉遵守国家的法律、法规和各项规章制度,廉洁自律,熟悉业务,工作积极,能够完成工作任务。

合格:政治、业务素质一般,遵守医院各项规章制度,符合岗位任职要求;或工作责任心一般,能够履行岗位职责、能按时完成工作任务,在工作中无责任事故。

不合格:政治、业务素质较低,组织纪律较差,难以适应工作要求;或工作责任心不强,不能完成工作任务,或在工作中造成严重失误。

(六)工勤技能人员考核各等次的基本标准是:

优秀:政治思想表现好,模范遵守法律、纪律和各项规章制度,精通业务,工作勤奋,责任心强,确保劳动安全,工作成绩突出。

良好:政治思想表现好,自觉遵守法律、纪律和各项规章制度,熟悉业务,工作积极,无责任事故,注重劳动安全,能够履行岗位职责,完成工作任务。

合格:政治、业务素质一般,遵守医院各项规章制度,符合岗位任职要求;或工作责任心一般,能够履行岗位职责、能按时完成指定的工作任务,在工作中无责任事故。

不合格:组织纪律较差,难以适应工作要求,履行岗位职责差,不能完成工作任务;或工作责任心不强,在工作中造成严重失误;或忽视劳动安全、违反工作和操作规程,发生各类事故。

#### 四、考核的方法和程序

(一)年度考核每年年末或翌年年初进行。年度考核要以平时表现为基础。

(二)医院设立年度考核委员会负责组织、指导、监督全院年度考核工作,严格控制优秀等次比例。考核委员会由医院院长、有关职能部门负责人及工作人员代表组成,考核委员会的主要职责包括:

1. 组织、指导、监督本单位年度考核工作;

2. 审核主管领导人写出的考核评语以及提出的考核等次意见;严格控制优秀等次比例;

3. 审核工作人员对考核结果不服的复核申请。

(三) 委员会下设办公室, 办公室设在行政人事部, 由行政人事部成员负责制定本年度考核计划和具体实施方案。

(四) 年度考核的基本程序是:

1. 被考核人根据平时表现, 对全年的德、能、勤、绩主要情况进行总结、述职, 填写《南京同仁医院年度考核登记表》。

2. 主管领导在广泛收取科室其他同事意见的基础上, 结合平时表现和个人总结写出评语, 提出考核等次意见。

3. 年度考核委员会对主管领导提出的考核意见进行审核。

4. 单位负责人确定每个人的年度考核等次。

5. 将考核结果以邮件形式公示一周。

6. 下发批文宣布最终考核结果。

(五) 年度考核工作结束后, 考核结果存入本人职工档案。

## 五、考核结果的应用

(一) 年度考核结果是聘用、解聘、晋职、晋级、增资、奖惩的重要依据, 年度考核被确定为优秀等次的, 按照下列规定办理:

1. 下一年度的科室绩效奖金给予一定力度倾斜;

2. 连续三年考核被确定为优秀等次的, 具有优先晋升职称的资格;

3. 对作出突出贡献的工作人员, 当年考核确定为优秀等次, 具有提前或越级晋升行政职务的资格。

(二) 年度考核被确定为不合格等次的, 按照下列规定处理:

1. 下一年度的科室绩效奖金扣除百分之二十, 并予以批评教育;

2. 下一年度职称申报不予报考, 延迟一年申报;

3. 连续两年考核被确定为不合格等次的, 根据不同情况, 予以降职、低聘、解聘或调整工作;

4. 连续两年考核被确定为不合格等次, 又不服从组织安排或重新安排后

年度考核仍不合格的,可予以辞退。

(三)对年度考核实行告诫的人员,暂不兑现考核结果,待告诫期满,视其表现,依据所定等次办理。考核结果的使用,要与评选先进活动、开展奖励表彰工作紧密结合。

## 六、考核工作其他说明

(一)年度考核工作由行政人事部负责发布实施,各职能科室参与具体实施。

(二)年度考核工作需每年进行一次,科室负责人及护士长应按考核要求严格执行,控制科室各类人员考核结果等次比例。

(三)本制度将根据医院发展情况、卫生行政部门相关政策的调整作相应调整。

七、本办法解释权归行政人事部。

## 八、本版本修订内容包括:

1. 新增“凡违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》规定的工作人员当年考核等次一律定为不合格”的规定;
2. 新增“告诫期”有关内容;
3. 修改医院年度考核委员会成员,明确考核委员会工作职责。
4. 修改年度考核的基本程序。



文件编号：NJTR-RS2-024		制定日期：2007-08
文件名称：重点岗位重点人员轮岗制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：3
制定部门：行政人事部	审核者：徐鲁妮	执行日期：2026-02
制定/修订人：王静	签 发：杨庆松	

## 重点岗位重点人员轮岗制度

### 一、目的

为进一步加强我院重点科室、重点岗位的监督管理，加强党风廉政建设和行风建设工作，同时培养和锻炼干部职工队伍，推进医院建设与健康发展，特制定我院重点岗位、重点人员定期轮岗交流制度。

### 二、适用范围

重点科室和岗位的中层干部、工作人员。重点岗位是指掌握或拥有相应的人、财、物管理或使用分配或采购权限：

- 1、人事、财务、后勤、医工、信息、药剂等重点部门负责人；
- 2、采购、人事、财务、后勤等关键敏感岗位工作人员；
- 3、其他关键岗位或人员。

### 三、制度内容

#### （一）轮岗原则

重点岗位负责人和重点岗位工作人员轮岗必须坚持量才适用、效能优先、择优上岗和个人服从组织的原则。轮岗人员必须具备新的岗位所要求的必备条件，以利培养个人业务能力、提高管理质量和工作效率。

#### （二）轮岗期限

1、对重点部门负责人，原则上实行每5年1次院内轮岗，如遇特殊情况则不超过10年；

2、对人事（招聘、薪酬）、财务（财会、出纳）、采购（医疗器械、医用耗材、后勤物资采购）、后勤（工程、招标、物资保管、对接供应商）等关键敏感岗位工作人员，原则上实行每5年1次部门内轮岗；

3、如遇特殊情况，可根据工作需要适时轮岗交流。

### （三）轮岗方式

- 1、院内职能部门间轮岗；
- 2、部门内轮岗。

### （四）具体措施

1、优先安排部门内轮岗，科室内部轮岗由科室自行安排调整，形成方案后报备行政人事部，并做好人员沟通及交接工作；

2、院内轮岗每年一月份正式启动，由行政人事处牵头，相关职能部门协同，轮岗事项由行政人事处提前1个月提交院长办公会审批后实施，重点部门负责人轮岗由院长办公会研究决定；在轮岗离任前，必须办理工作交接手续，必要时进行离任审计；

3、行政人事处组织重点岗位人员进行院内轮岗前谈话；

4、轮岗人员必须服从组织安排，执行轮岗决定，在接到轮岗书面通知后的1周内办理完交接手续，到新岗位工作。对无正当理由而拒不服从决定者，给予批评教育；对经批评教育仍不服从决定者，按医院相关规定进行处理；

5、行政人事处应加强对重点部门负责人、重点岗位人员、关键敏感岗位人员的教育、监督和管理；

6、三年内人员离职或已发生变动的岗位暂缓轮岗。

四、本办法解释权归行政人事部。

文件编号：NJTR-RS2-025		制定日期：2007-08
文件名称：医师定期考核管理制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：3
制定部门：行政人事部	审核者：徐鲁妮	执行日期：2026-02
制定/修订人：王静	签发：杨庆松	

## 医师定期考核管理制度

### 一、目的

为加强对医师执业管理，规范医师执业行为，提高医师素质，保证医疗质量和医疗安全，现根据《中华人民共和国医师法》《江苏省医师定期考核管理办法实施细则》《南京市医师定期考核方案(试行)》等有关规定，结合我院实际，特制订本制度。

### 二、考核组织机构

(一) 为保障医师定期考核工作顺利开展，医院成立医师定期考核管理委员会全面负责考核工作，以下简称“考核委员会”。考核委员会由医院院长（主要负责人）担任主任委员，分管医疗副院长任副主任委员，其他委员由具有中级以上卫生专业技术的人员组成，具体应包括行政人事部、医务部、科教部、行风办等管理部门负责人。

考核委员会下设办公室，办公室设在医院行政人事部，负责医师定期考核的组织实施。

#### (二) 考核委员会主要职责

1. 负责拟定医师考核工作制度和考核方案，确定考核指标；
2. 对医师定期考核工作进行检查、指导和考核结果的评定，保证考核工作规范进行；
3. 任命医师考核工作组成员；
4. 根据各项考核内容的结果，签署最终考核结果意见。

### 三、考核对象及内容

(一) 医师定期考核适用于依法取得医师资格（执业医师或执业助理医

师），经注册后在本院工作满三年的医师，且每三年考核一次。

（二）医师定期考核分为一般程序考核和简易程序考核。考核的内容包括业务水平测评、工作成绩和职业道德评定。从事母婴保健工作医师的考核还应包括《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法规定的考核内容。

（三）工作成绩考核内容包括：医师执业过程中履行职责、遵守规章制度、工作态度的情况；考核期内完成工作任务的数量、质量、效率的情况；服从医院工作安排，完成抢险救灾任务、突发公共卫生事件处置、城乡医院对口支援、援疆、援藏、援外等情况，以及无旷工和超规定休假的情况等。

工作成绩评定可结合医院员工年度考核工作进行。考核周期内年度考核有一次不合格的，即为工作成绩评定不合格。

（四）职业道德评定内容包括：思想品质、职业道德、法制观念、廉洁自律的情况，以及医德医风、医患关系、团结协作，依法执业、作风正派、尊重病人的人格、权利与隐私；有无以职谋私和不良行为记录及医疗纠纷档案记录等。

职业道德评定可结合医院医德医风考评工作进行。考核周期内有一次医德考评结果为较差的，即为职业道德评定不合格。

（五）业务水平测评内容包括：医师掌握医疗卫生管理相关法律、法规、部门规章和应用本专业的基本理论、基础知识、基本技能解决实际问题的能力、实践技能操作以及学习和掌握新理论、新知识、新技术和新方法的能力等。

业务水平测评应与继续医学教育相结合，考核周期内未完成规定学分的，即为业务水平测评不合格；另检查发现丙级病历的，业务水平测评也按不合格处理。

医师在考核周期内按规定通过住院医师规范化培训或通过晋升上一级专业技术职务考试的，可视为业务水平测评合格，不需再参加业务水平测评。

#### 四、考核程序

（一）一般程序考核：医师先从工作成绩、职业道德和业务水平三个方面书写述职报告，由所在科室对其进行工作成绩、职业道德评定，再分别由

医务部、行政人事部在《医师定期考核表》上签署复核意见，同步由医务部组织业务水平测评。最后由考核办公室汇总各类资料后报医师考核委员会签署考核结果意见。

（二）简易程序考核：医师从工作成绩、职业道德和业务水平三个方面书写述职报告，由所在科室对其述职报告进行评定，再由医务部、行政人事部在《医师定期考核表》上签署复核意见后，报医师考核委员会签署考核结果意见。

（三）符合下列条件之一，同时在考核周期内无不良行为记录的，执行简易程序：

1. 具有 5 年以上执业经历，在考核周期内获得区县部门以上奖励、表彰，或完成政府指令性计划成绩显著（如援外、援疆、救灾等，不含日常支援基层、农村卫生工作），或获得区县以上科技成果奖、新技术引进奖。

2. 具有 12 年以上执业经历。

不良行为记录包括因违反医疗卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范常规而受到的行政处罚、处分，以及发生的医疗事故等。

## 五、考核结果

（一）考核结果分为合格和不合格。工作成绩、职业道德和业务水平中任何一项不能通过评定或测评的，即为考核不合格；符合《医师定期考核办法》第二十七条规定的情形，认定为考核不合格。

（二）对考核不合格的医师，根据《中华人民共和国医师法》依法对医师作出暂停执业活动 3 个月至 6 个月的处罚，并接受培训和继续医学教育。

医师暂停执业活动期满，由医院针对不合格项再次考核，考核合格后方可继续执业，但该医师在本考核周期内不得评优和晋升；对考核仍不合格的，由卫生行政部门注销注册，收回医师执业证书。

（三）被考核医师对考核结果有异议的，可以在收到考核结果之日起 30 日内，向医师考核委员会提出复核申请。考核委员会应当在接到复核申请之日起 30 日内对医师考核结果进行复核，并将复核意见书面通知医师本人。

（四）医师在考核周期内有下列情形之一的，认定为工作成绩、职业道

德考核不合格：

1. 在发生的医疗事故、医疗损害事件中负有完全或主要责任的；
2. 未经所在机构或者卫生计生行政部门批准，擅自在注册地点以外的医疗、预防、保健、计划生育技术服务机构进行执业活动，情节严重的；
3. 跨执业类别进行执业活动的；
4. 代他人参加医师资格考试的；
5. 服务态度恶劣，造成恶劣影响或者严重后果的；
6. 索要或者收受患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的；
7. 违反医疗服务和药品价格政策，多记费、多收费或者私自收取费用，情节严重的；
8. 索要或者收受医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业或其工作人员给予的回扣、提成或者谋取其他不正当利益的；
9. 通过介绍病人到其他单位检查、治疗或者购买药品、医疗器械等收取回扣或者提成的；
10. 出具虚假医学证明文件，参与虚假违法医疗广告宣传和药品医疗器械促销的；
11. 隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料的；
12. 未按照规定做好医院感染预防控制工作，未有效实施消毒或者无害化处置，造成疾病传播、流行的；
13. 故意泄漏传染病病人、病原携带者、疑似传染病病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料的；
14. 未依法履行传染病和食源性疾病的监测、报告、调查、处理职责，造成严重后果的；
15. 考核周期内，有1次以上（含1次）医德考评结果为较差的；
16. 无正当理由不参加考核，或者扰乱考核秩序的；
17. 违反《中华人民共和国医师法》有关规定，被处以“暂停执业”以上行政处罚的；
18. 无正当理由未完成政府指令性任务的。

(五) 未按规定参加医师定期考核的, 认定为考核不合格。

## 六、其他说明

(一) 医师定期考核每三年进行一次, 预计每年于 10—11 月执行, 具体要求待当年市卫生健康行政部门发布的文件通知。

(二) 由医院行政人事部发布每次的考核方案, 医务部、科教部、门诊部等职能科室参与具体实施。

(三) 医师在考核周期内, 拟变更执业机构或违反《中华人民共和国医师法》相关条例但未被吊销《医师执业证书》的医师, 需提前进行医师考核的, 医师需提前 1 个月向医师考核委员会进行书面申请。拟变更执业机构的医师经考核合格后方可办理变更手续。

(四) 考核委员会的各项工作接受市卫生行政部门的监督管理。

七、本办法解释权归行政人事部。

## 八、本版本修订内容包括:

1. 修改并完善“目的”内容;
2. 明确医院定期考核委员会各委员任职要求, 工作职责;
3. 考核周期由两年一次修改为三年一次;
4. 语句调整及内容充实。



文件编号：NJTR-RS2-026		制定日期：2007-08
文件名称：医务人员依法执业管理制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：3
制定部门：行政人事部	审核者：徐鲁妮	执行日期：2026-02
制定/修订人：王静	签发：杨庆松	

## 医务人员依法执业管理办法

### 一、目的

为进一步促进我院医疗卫生工作的发展，加强医务人员依法执业管理，强化依法执业意识，规范执业行为，保证医疗质量和医疗安全。现根据《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《护士条例》《南京市医务人员不良执业行为记分管理办法（试行）》等文件要求，结合我院工作实际，特制订本办法。

### 二、适用范围

在本院参与工作的各类卫生专业技术人员（含新入职人员、进修生、研究生、实习生、规范化培训医生、外院专家及访问学者）。

### 三、制度要求

#### （一）医师依法执业管理规定

1. 医生必须依法取得执业医师资格或者执业助理医师资格后方可上岗工作。

2. 按照《中华人民共和国医师法》相关规定：执业助理医师应当在执业医师的指导下，在医疗卫生机构中按照注册的执业类别、执业范围执业。不得独立进行医学诊查、医学处置（病历、处方等）、出具相应的医学证明文件。

3. 医师上岗必须严格按照《医师执业证书》上注册的执业地点、执业类别和范围进行执业，未经注册人员不得从事医疗、预防、保健活动，从事母婴保健的执业医师应当依照母婴保健法的规定，取得相应的资格。

4. 医师在执业过程中，按照执业医师标准，要定期进行“三基”、“三

严”训练和考试。考试不合格的医师，医院有权责令其暂停执业活动三个月至六个月；暂停职业活动期满，进行考核，考核合格者，允许继续执业；对考核不合格的，可给予注销注册，收回医师执业证书。

## （二）护士依法执业管理规定

1. 护士必须依法取得护士执业证书并经过注册，方可上岗工作。

2. 护士注册的有效期为五年，未经护士注册者不得从事护士工作。中断注册三年以上者，必须按省、市相关规定参加临床培训三个月，并向注册机关提交有关证明，方可办理再次注册。

3. 见习护士只能在注册护士的指导下从事临床护理工作。

4. 护士在执业过程中要定期进行“三基”、“三严”训练和考试，对考试不合格者，医院有权令其暂停执业活动，接受培训和继续教育，再次考试合格后，方可继续执业。

5. 护士执业违反医疗护理规章制度及技术规范的，医院有权视情节予以警告，责令改正，中止注册，直至取消其注册。

## （三）药、技人员执业管理规定

1. 药、技人员（技师）必须取得相关专业技术资格证书方可上岗执业。

2. 执业期间定期参加医院相关考试与考核，成绩记入本人档案，并作为职称晋升依据。

## 四、执业资格取得程序及方式

（一）执业资格通过国家相关专业资格考试取得。在我院工作的医务人员，凡符合条件报考相关专业资格的，均应及时报名参加相关专业资格考试。

（二）医师系列人员按照《中华人民共和国医师法》的有关规定，实行医师资格考试制度。通过国家执业医师、执业助理医师资格考试，即取得执业资格，经注册后方可在注册机构进行执业。

（三）护理人员需通过国家卫健委组织的护士执业资格考试；

（四）其他药、技专业通过全国卫生专业技术资格考试，取得职称资格证书，即为执业证书。

（五）取得各种证书后到行政人事部登记备案。

## 五、管理权限

(一) 行政人事部及时办理在岗医生、护士的执业注册手续，并对本院医务人员的执业注册情况进行全面清理，严格核验医师资格证、执业证，适时调整各类医务人员岗位，做到按资格类别、注册地点、医师级别、执业范围开展诊疗活动；对执业地点、执业范围不符的，按规定予以变更；未取得执业资格及注册的医务人员，不得单独从事相关工作。

(二) 各级各类医务人员应在本人执业资格证书的执业范围内执业，严禁超范围执业，若私自超范围执业造成的一切后果由本人承担，医院将按有关规定给予处罚。

(三) 待入职的医务人员，需将已取得的资格、执业证书交行政人事部，由其负责到市卫健委或相关部门办理（变更）注册，注册后由医务部（护理部）等相关职能部门授予相关权限，并通知其开始执业。

医师从事下列活动的，可以不办理相关变更注册手续：

1. 参加规范化培训、进修、对口支援、会诊、突发事件医疗救援、慈善或者其他公益性医疗、义诊；
2. 承担国家任务或者参加政府组织的重要活动等；
3. 在医疗联合体内的医疗机构中执业。

(四) 具有执业资格的研究生、规培生、进修人员必须经过医院授权在上上级医护技人员指导下执业。

(五) 医师注册后有下列情形之一的，医师个人或者医院在当知道之日起 30 日内报告注册主管部门，办理注销注册：

1. 死亡或者被宣告失踪的；
2. 受刑事处罚的；
3. 受吊销《医师执业证书》行政处罚的；
4. 医师定期考核不合格，并经培训后再次考核仍不合格的；
5. 连续两个考核周期未参加医师定期考核的；
6. 中止医师执业活动满二年的；
7. 身体健康状况不适宜继续执业的；

8. 出借、出租、抵押、转让、涂改《医师执业证书》的；
9. 在医师资格考试中参与有组织作弊的；
10. 本人主动申请的；
11. 国家卫健委规定不宜从事医疗、预防、保健业务的其他情形的。

（六）医师注册后有下列情况之一的，医院自办理相关手续之日起 30 日内报注册主管部门，办理备案：

1. 调离、退休、辞职；
2. 被辞退、开除；
3. 省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

上述备案满 2 年的系统将自动予以注销。

## 六、对未取得资格人员的管理规定

（一）参加临床教学实践的医学生和尚未取得医师执业证书、在医疗卫生机构中参加医学专业工作实践的医学毕业生，应当在执业医师监督、指导下参与临床诊疗活动。

（二）新毕业的大中专生及其他人员，见习期满后应按国家规定按时参加执业考试，因个人原因拒不参加者，视为考试没有通过。

（三）未在规定期限内按照相关要求获得执业资格人员以见习人员身份安排工作岗位，工资待遇按医院相关规定执行。

## 七、其它规定

（一）凡在我院注册的执业医师（包括退休返聘）在外开展医疗活动，如院外会诊、手术、义诊、咨询、专家鉴定、扶贫下乡、干部保健及其它突发性或指令性医疗任务，均需经医务部指派或审核。

（二）凡在我院注册的执业医师，如利用休息日在院外合法的医疗机构或医疗场所开展定点坐诊、会诊或手术等医疗活动，必须经办理多点执业相关手续，否则为非法行医。

（三）因非法行医所引起的一切后果由其本人承担，我院不承担任何责任。医院还将根据《中华人民共和国执业医师法》和院内有关规定，对当事人按情节严重程度作出相应的处罚。

（四）院外人员进手术室手术或参观，均须经医务部批准，否则手术室将予以拒绝。

（五）外科系统开展的手术必须在医务部核准的手术范围内，超范围的手术需按新技术、新项目上报医务部，经医院医疗技术临床应用委员会批准后方可开展。否则按越级或跨科手术论处，当事医师必须承担越级或跨科手术引起的后果。

（六）科主任为本科室依法执业第一责任人，科室如发生医务人员违反上述规定造成不良后果的，将按有关规定追究科主任及当事人责任。

（七）本条规定未尽事宜，按照《南京市医务人员不良执业行为记分管办法（试行）》及相关法律法规执行。

**八、本办法最终解释权归行政人事部。**

**九、本版本修订内容包括：**

新增《南京市医务人员不良执业行为记分管办法（试行）》的相关内容。



文件编号: NJTR-RS2-031	制定日期: 2021-10
文件名称: 依法执业自查工作制度	修订日期: 2026-01
适用范围: 全院	修订版次: 2
制定部门: 行政人事部	审核者: 徐鲁妮
制定/修订人: 王静	签发: 杨庆松
	执行日期: 2026-02

## 依法执业自查工作制度

### 一、目的

根据《国家卫生健康委国家中医药管理局关于印发医疗机构依法执业自查管理工作的通知》（国卫监督发〔2020〕18号）、《医疗机构依法执业指引》等文件要求，落实依法执业自我管理主体责任，通过科学的质量管理，建立正常、严谨的工作秩序，确保医疗质量与安全，规范执业行为，杜绝医疗事故的发生，促进医院医疗技术水平、管理水平不断发展。

### 二、实施方案

#### （一）完善制度建设

1. 严格执行整改与报告。在自查中发现存在依法执业隐患的，应当立即整改，坚决消除隐患。发现重大违法执业行为，应当立即报告所在地卫生健康行政部门。

2. 执行信用承诺。在院内醒目位置长期公示《医疗机构依法执业承诺书》，自觉接受社会监督。医疗机构依法执业自查承诺信息将作为医疗机构及其医务人员信用信息归集的重要内容。

3. 建立公示制度。医疗机构应当建立依法执业自查内部公示制度，定期公示自查工作情况，接受职工监督。

4. 建立依法执业奖惩机制。对按要求开展依法执业自查、如实报告自查结果、发现问题及时整改的部门及人员，予以奖励；对未按要求开展依法执业自查、发现问题未及时整改到位、自查工作中弄虚作假的部门和人员，从严处理。

#### （二）自查内容

主要包括 12 个方面：医疗机构资质、执业及保障管理；医务人员资质

及执业管理；药品和医疗器械、临床用血管理；医疗技术临床应用与临床研究；医疗质量管理；传染病防治；母婴保健与计划生育技术服务（含人类辅助生殖技术和人类精子库）；放射诊疗、职业健康检查、职业病诊断；精神卫生服务；中医药服务；医疗文书管理；法律法规规章规定医疗机构应当履行的职责和遵守的其他要求。

### （三）自查形式

依法执业自查可以分为全面自查、专项自查和日常自查。全面自查是指医疗机构对本机构依法执业自查工作情况进行的整体检查。每年至少开展一次全面自查。专项自查是指医疗机构根据依法执业风险隐患情况、医疗纠纷或者相关部门要求等开展的针对性检查。日常自查是指医疗机构各部门（包括依法执业管理部门）在各自职责范围内自主开展的依法执业检查。每季度至少开展一次日常自查。

### （四）责任分工

医院成立依法执业办公室，办公室下设在行政人事部，统筹全院依法执业自查工作，具体分工如下：

1. 行政人事部负责组织医院各职能科室开展全面自查、专项自查与日常自查，建立依法执业奖惩机制。对按要求开展依法执业自查、如实报告自查结果、发现问题及时整改的部门及人员，予以奖励；对未按要求开展依法执业自查、发现问题未及时整改到位、自查工作中弄虚作假的部门和人员，从严处理。执行信用承诺制度，在院内醒目位置长期公示《医疗机构依法执业承诺书》，自觉接受社会监督。建立依法执业自查内部公示制度，定期公示自查工作情况，接受职工监督。负责医护人员资质及执业管理。

2. 医务部负责医疗机构资质、执业及保障管理、医疗技术临床应用与临床研究、中医药服务、母婴保健与计划生育技术服务（含人类辅助生殖技术和人类精子库）等。配合药学部及临床药学管理委员会开展药品管理，配合输血科及输血管理委员会开展临床用血管理。

2. 质量管理部负责围绕医疗质量安全核心制度（如首诊负责制、三级查房、疑难病例讨论等）的落实情况开展检查，同时对医疗文书的全过程进行

质控，包括病历书写的及时性、规范性、完整性，知情同意书的签署是否合规，以及病案归档、借阅、复印和信息安全管理的执行情况，通过将质控指标与病历内涵深度结合，确保诊疗行为在记录层面有据可查、规范闭环。

3. 公共卫生科、感染管理部负责传染病防治；

4. 医学工程部配合医疗器械管理委员会开展医疗器械管理；配合医院耗材管理委员会开展医疗耗材管理。

5. 预防保健科负责放射诊疗、职业健康检查、职业病诊断等。

### 三、开展依法执业保障工作

#### （一）健全规章制度

1. 严格执行以岗位责任制为中心内容的各项规章制度，认真履行各级各类人员岗位职责，严格执行各种诊疗护理技术操作规程。

2. 重点对以下关键性制度的执行进行监督检查：（1）病历书写制度及规范；（2）危急重症抢救制度及首诊责任制；（3）三级医师负责制及查房制度；（4）术前讨论及手术审批制度；（5）医嘱制度；（6）会诊制度；（7）值班及交班制度；（8）危重、疑难病例及死亡病例讨论制度；（9）医疗缺陷登记及过失（纠纷）报告制度；（10）传染病登记及报告制度；（11）业务学习制度；（12）查对制度等。

3. 医技科室要建立标本签收、查对、质量随访、报告双签字及疑难典型病例（理）讨论制度。逐步建立影像、病理、药剂与临床联合讨论制度。

4. 健全医院感染管理制度和传染病管理，疫情登记报告制度，严格执行消毒隔离制度和无菌操作规程。

#### （二）健全质量管理及考核组织

1. 建立院科两级质量管理组织。医院层面设立医院质量与安全委员会，由院长担任主任委员，成员包括质量管理部、医务部、护理部及主要临床、医技、药剂科室负责人。该委员会负责制定、修订全院医疗、护理、医技、药事质量管理目标、质量标准、工作制度和操作规程，对医疗、护理、教学、科研、病案质量实施全面管理，制定医疗事故防范与处理预案，对医疗缺陷、差错与纠纷进行调查处理，并制定落实质量管理奖惩制度。委

员会下设办公室，办公室设在质量管理部，负责委员会的日常事务，组织协调质量检查、考核评价、信息汇总上报等工作，督促各科室落实质量改进措施。各临床、医技、药剂科室设立质控小组，由科主任、护士长、质控医、护、技、药师等组成，负责在科室层面贯彻执行医疗卫生法律法规及各项规章制度，对本科室医疗质量进行全面管理，定期开展自查、登记、考核并上报结果。

2. 健全三级质量监督考核体系。医院成立医疗质量安全检查小组，由分管院长任组长，质控办、医务部负责人分别牵头医疗质量综合考核与临床业务规范监督，护理部牵头护理组考核工作；各科室质控小组对本科室医疗、护理质量进行日常指导与考核。由此形成医院质量与安全管理委员会、医疗质量安全检查小组、科室质控小组的三级质量监督考核体系，确保质量管理层层落实。

3. 建立相关专门委员会。医院同时设立医疗技术临床应用管理委员会、病案管理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、临床输血管理委员会、医疗事故预防及处理委员会等，分别负责相关领域的专项管理与质量控制工作，各委员会在职责范围内与医院质量与安全管理委员会协同配合。

### **（三）加强全面质量管理、教育，增强法律意识、质量意识**

1. 实行执业资格准入制度，严格按照《医师法》规定的范围执业。

2. 新进人员岗前教育，必须进行医疗卫生法律法规、部门规章制度和诊疗护理规范、常规及医疗质量管理等内容的学习。

3. 不定期举行全员质量管理教育，并纳入专业技术人员考试内容。

4. 对违反医疗卫生法律法规、规章制度及技术操作规程的人员进行个别强化教育。

5. 各科室医疗质控小组应定期组织本科的人员学习卫生法规，规章制度、操作规程及医院有关规定。

6. 医疗质量管理委员会定期对各类医务人员进行“三基”、“三严”强化培训，达到人人参与，人人过关。要把“三基”、“三严”的作用贯彻到

各项疗业务活动和质量管理的始终。医护人员人人掌握徒手心、肺复苏技术操作和常用急诊急救设施、设备的使用方法。

7. 建立医务人员医疗技术档案。

#### **(四) 建立完整的医疗质量管理监测体系**

1. 分级管理及考核：

(1) 各级医疗质量管理组织定期检查考核，对医疗、护理、医技、药品、病案、医院感染管理等的质量进行监督检查、考核、评价，提出改进意见及措施。

(2) 职能部门要定期下科室进行质量检查，重点检查医疗卫生法律、法规和规章制度执行情况，上级医师查房指导能力，住院医师“三基”能力和“三严”作风。

(3) 分管院长应组织职能部门和相关科室负责人，进行节假日前检查，突击性检查及夜查房，督促检查质量管理工作。

(4) 院医疗质量检查小组要定期和不定期组织科室交叉检查、考核。

(5) 各科室医疗质控小组应每月对本科室医疗质量工作进行自查、总结、上报。

2. 职能部门及各临床、医技、药剂科室、质控小组要制定切实可行的质量管理措施及评价方法。要建立健全各种医疗质量记录及登记。对各种质量指标做好登记、收集、统计，定期分析评价。

3. 建立质量管理效果评价及双向反馈机制

(1) 科室医疗质控小组每月自查自评，认真分析讨论，确定应改进的事项及重点，制定改进措施，并每月有医疗质管办上报业务工作月报表和科室当月的质控工作总结。

(2) 医疗质量管理委员会定期向临床医技等科室下发医疗质量管理评价表，进行交叉评价，经职能部门汇总分析，在临床、医技等科室主任联系会上通报。

(3) 医务部、护理部、质量管理部、信息部、感染管理部等职能部门应将检查考核结果、医疗质量指标等，分析后提出整改意见，及时向临床、医

技等科室质控小组反馈。科室质控小组应根据整改建议制定整改措施，并上报相关职能部门。

(4) 医疗质量管理委员会应定期召开全体会议，评价质量管理措施及效果分析，讨论存在的问题，交流质量管理经验，讨论、制定整改机会及措施。

**(五) 建立医疗质量管理奖励基金。**

制订医疗质量管理奖惩办法，奖优罚劣。医疗质量的检查考核的结果与科室、个人的效益工资、职称晋升、年度考核、劳动聘用等挂钩，与干部选拔及任用结合，实行医疗质量单项否决。

**四、本办法解释权归行政人事部。**

**五、本版本修订内容包括：**

1. 修改“目的”内容，新增相关文件要求；
2. 新增质量管理部。

文件编号：NJTR-PX2-008		制定日期：2024-01
文件名称：医务人员拍摄、直播及身份使用管理规定		修订日期：2025.12
适用范围：全院		修订版次：2
制定部门：品牌宣传部	审核者：张竞	执行日期：2026-01
制定/修订人：韩芷莘	签发：杨庆松	

## 医务人员拍摄、直播及身份使用管理规定

### 一、目的

为规范医务人员在工作场所、工作时间及网络空间的拍摄、录像、直播、身份使用等行为，保护患者隐私、维护正常医疗秩序、防范舆情风险、树立医务人员良好职业形象，依据《中华人民共和国医师法》《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国个人信息保护法》《医疗机构从业人员行为规范》《网络主播行为规范》等法律法规及规范性文件，结合《南京同仁医院新闻发言人制度》《南京同仁医院医疗广告（信息）发布制度》制定本规定。

### 二、适用范围

全院在岗医务人员，包括医师、护士、医技、进修、实习人员等。

### 三、组织管理

#### 1. 医务人员网络行为管理领导小组

成立由院长任组长，总经理、财务总监、副院长、院长助理为副组长，各职能部门负责人为组员的医务人员网络行为管理领导小组，全面负责本规定的执行、监督、考核与追责工作。

组 长：院长 杨庆松

副组长：总经理 张竞、财务总监 张宁、副院长 刘绪舜、副院长 何双八、院长助理 倪通、董事长助理 封卫东、院长助理 徐鲁妮

成 员：李 清、杨言诚、刘 涛、高瑞芳、高雪原、姜 芸、陈 剑、丁振琴、王 静、徐 刚、崔月祥、孔佳培、奚延燕、朱锁芳、田金轩、王士森、高景川、张 伟、马 静。

下设管理领导小组办公室，办公室地点设在品牌宣传部，主任：崔月祥（兼）。

## 2. 归口管理部门

品牌宣传部、医务部为联合归口管理部门，品牌宣传部负责拍摄、直播、网络发布内容的审核、备案、舆情处置工作；医务部负责医务人员执业行为监督、违规行为追责工作。

## 四、禁止行为

### （一）拍摄、录像禁止行为

1. 工作时间内不得拍摄与工作无关内容。
2. 严禁拍摄患者面部特征、病历资料、个人身份信息等隐私内容，严禁未经患者及家属书面知情同意拍摄诊疗过程。
3. 严禁拍摄医院涉密文件、核心技术、内部资料。
4. 严禁拍摄低俗、恶搞、有损职业形象的内容。

### （二）直播禁止行为

1. 严禁在医院任何区域进行娱乐、带货、闲聊直播。
2. 严禁工作时间、值班期间直播。
3. 严禁以医院名义进行虚假科普、夸大宣传、商业推广。
4. 所有医疗科普类直播，必须提前按本规定完成审批备案，严禁未经审批私自开展直播活动。

### （三）身份使用禁止行为

1. 不得以医院名义发表负面、虚假、违法言论。
2. 不得利用身份进行商业代言、带货、营利活动。
3. 不得夸大疗效、虚假宣传、违规承诺。
4. 从医院离职后，不得继续使用南京同仁医院医务人员身份、职务信息开展任何形式的宣传、推广活动。

## 五、审批与备案

1. 因工作需要开展工作拍摄、医疗科普直播的，须提前提交书面申请，明确拍摄 / 直播时间、地点、内容、平台、发布渠道等信息，经科室负责人签字、医务部审核、品牌宣传部合规审核、分管院领导审批、院长终审同意后方可开展。

2. 所有经审批通过的拍摄、直播、科普发布内容，由品牌宣传部统一存档备案。

## 六、监督与处罚

1. 违规情节较轻，未造成不良影响的：予以批评教育、院内通报、扣除当月绩效。

2. 违规情节较重，造成一定不良影响或舆情风险的：暂停执业活动、取消年度评优评先资格、全院通报批评、扣除季度绩效。

3. 违规情节严重，造成重大不良影响、医院声誉损失或法律风险的：解除劳动合同，按《南京同仁医院职工奖惩管理办法》追责，涉嫌违法的，移交司法机关处理。

## 七、奖励

举报违规行为、制止风险事件，给予 500—2000 元奖励。

## 八、附则

1. 本规定自 2024 年 1 月 1 日起执行，由医务部、品牌宣传部共同负责解释。

2. 未尽事宜，按照《中华人民共和国医师法》《中华人民共和国个人信息保护法》等法律法规及《南京同仁医院新闻发言人制度》《南京同仁医院突发事件新闻管理办法》《南京同仁医院医疗广告（信息）发布制度》等医院现行管理制度执行。



文件编号：NJTR-JG2-001		制定日期：2020-02
文件名称：控制医疗费用不合理增长管理制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第3版
制定部门：经营管理部	审核者：张竞	执行日期：2026-03
制定/修订人：朱锁芳	签发：杨庆松	

## 控制医疗费用不合理增长管理制度

### 一、目的

为认真贯彻落实国家五部委《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》及江苏省、南京市相关控费要求，进一步规范我院诊疗行为，有效控制医疗费用不合理增长，切实减轻群众医药费用负担，同时强化成本管理，提升运营效率，结合我院三级综合民营医院实际，制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院全院各科室及全体医务人员。

### 三、制度内容

#### （一）控制目标

1、医院门诊病人次均医药费用、住院病人人均医药费用年均增长幅度低于江苏省GDP年均增幅。

2、药占比（不含中药饮片）、卫生材料收入占医疗总收入比例、检查化验收入占医疗总收入比例、平均住院日等核心指标持续优化。

3、逐年降低医疗服务成本，提升运营效益，增强医院可持续发展能力。

#### （二）组织机构与职责

1、成立控制医疗费用不合理增长领导小组

组 长：院长 杨庆松

副组长：总经理 张竞、财务总监 张宁、副院长 刘绪舜

成 员：经营管理部 朱锁芳、医务部 李清、护理部 杨言诚、行政人事部 徐鲁妮、门诊部 高瑞芳、财务部 奚延燕、医疗保险部 田金轩、药学部 马静、医学工程部 王士森、客服部 姜芸、信息部 张伟等部门负责人。

2、领导小组职责：负责全院控费工作的组织、协调、监督、考核；审定控费目标与方案；触发预警时由牵头部门召开控费工作专题会议，分析费用

增长情况，研究改进措施，协调解决控费工作中的重大问题。

### 3、各部门职责分工

#### 经营管理部：

- (1) 负责全院控费工作的牵头与统筹。
- (2) 负责门诊均次费用、住院人均费用等核心费用指标的统计、分析、监测与预警。
- (3) 每季度将我院门诊、住院均次费用增幅与江苏省统计局公布的 GDP 增幅进行对比。
- (4) 当费用增幅接近或超过 GDP 增幅时，立即启动预警机制，组织相关职能部门分析原因并采取干预措施。
- (5) 协调解决控费工作中出现的跨部门问题，必要时提请分管院领导召开专题协调会。

#### 医务部：

- (1) 负责平均住院日等医疗质量相关控费指标的具体控制。
- (2) 推行临床路径管理，逐年提高入径率和完成率，规范诊疗行为。
- (3) 组织医疗质量与安全督查，落实合理检查、合理用药、合理治疗要求。

#### 门诊部：

- (1) 负责检查化验收入占比、门诊均次费用的具体控制。
- (2) 规范门诊诊疗流程，推进门诊临床路径管理，减少不必要的重复检查。

#### 药学部：

- (1) 负责药占比等控费指标的具体控制。
- (2) 建立临床药师制度，落实处方点评、抗生素分级管理、辅助用药监控等制度。
- (3) 负责药品使用监测与分析，具体落实药品费用控制措施。
- (4) 开展处方点评和抗菌药物合理使用管理。
- (5) 优先推荐使用国家基本药物和廉价有效药品。

医学工程部：

(1) 建立耗材使用点评等制度。

(2) 负责耗材比等控费指标的具体控制及耗材使用分析与管控，具体落实耗材费用控制措施。

医疗保险部：

(1) 落实医疗服务价格管理，杜绝分解收费、重复收费、自立项目收费等违规行为。

(2) 负责医保政策执行与宣传，协同 DRG 等医保支付方式改革推进。

(3) 开展医保费用监测与预警，协助做好费用控制分析。

(4) 组织收费行为审核与监督，配合控费考核工作。

行政人事部：

(1) 将控费考核结果纳入科主任年度目标责任书。

(2) 将控费成效与科室及个人的评优、评先以及任用挂钩。

客服部：

(1) 将控费纳入医德医风考评。

财务部：

(1) 强化成本控制与预算管理。

信息部：

(1) 保障费用数据采集、统计的信息系统支持，确保数据准确、及时。

(2) 配合各部门开展数据分析与监测工作。

其他临床科室及医务人员：

(1) 严格执行诊疗规范和控费要求，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

(2) 主动参与临床路径管理，优先选用国家基本药物和有效价廉药品。

(3) 自觉接受控费监测与考核，对异常费用指标配合分析整改。

### (三) 控制措施

#### 1、 规范医务人员诊疗行为

(1) 全面推行临床路径管理，逐年提高入径率和完成率，降低同病种间

费用差异。

(2) 建立临床药师制度，落实处方点评、抗生素分级管理、辅助用药监控、耗材使用点评等制度，规范临床用药和耗材使用。

(3) 实施检验检查结果互认，避免不必要的重复检查，降低患者检查费用。

(4) 加强抗菌药物临床应用管理，落实药品用量动态监测、超常预警、用药审批等机制，优先选用国家基本药物和价廉有效药品。

## 2、 强化成本控制与预算管理

(1) 建立全面预算管理制度。

(2) 推动科室成本核算，定期分析医疗成本结构，降低运行成本。

(3) 优化采购流程，降低药品、耗材采购成本。

## 3、 执行物价政策，规范收费行为

(1) 落实医疗服务价格公示制度，杜绝分解收费、重复收费、自立项目收费等违规行为。

(2) 加强收费审核，确保收费与医疗服务一致，维护患者合法权益。

## 4、 医保管理与激励机制

(1) 发挥医保对医疗费用的调控作用，积极配合医保支付方式改革(DRG)。

(2) 建立内部激励机制，将合理检查、合理用药、合理治疗作为医务人员绩效考核的重要内容，鼓励主动控费。

## 5、 医德医风建设

将控费纳入医德医风考评，树立廉洁行医、服务患者的意识，严禁开大处方、过度检查等不当行为。

## 四、目标对比与预警

每季度由经营管理部将我院门诊、住院均次费用增幅与江苏省统计局公布的GDP增幅进行对比，形成《费用预警分析报告》。若费用增幅低于GDP增幅，则继续保持现有控费措施，持续监测。若费用增幅接近或超过GDP增幅，经营管理部立即启动预警机制：3个工作日内向相关职能部门及临床科室发出预警通知；组织职能部门召开控费专题分析会；查找费用增长的主要

原因（药品、耗材、检查、住院天数等）；制定针对性整改措施，明确责任部门和整改时限；对整改效果进行跟踪验证。

## 五、附则

1、本制度自 2026 年 3 月 10 日起生效，原《控制医疗费用不合理增长管理制度》（第 2 版，2023 年 7 月 1 日生效）同时废止。

2、如国家、省市出台新的控费要求，本制度将及时修订。



文件编号：NJTR-KF2-003		制定日期：2013 年
文件名称：出院患者医疗随访制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院临床医生及护理人员		修订版次：第 5 版
制定部门：客服部	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜芸	签 发：杨庆松	

## 出院患者医疗随访制度

### 一、目的

通过随访对出院患者进行专业的指导和教育，为患者提供出院后延伸服务。

### 二、适用范围

适用于全院临床医生及护理人员。

### 三、制度内容

1、医院所有出院患者均纳入随访管理，临终患者、自动出院患者、转院患者、退住院患者及拒绝随访者除外。

#### 2、出院科室随访

(1) 各科室可通过电话、微信、网络、入户等多种形式落实，为出院患者提供延伸服务。

(2) 管床医生需在患者出院一周后实施出院随访。

(3) 重点加强四级手术、恶性肿瘤患者的随访管理，重点关注患者出院后发生并发症、非预期再入院治疗和不良转归等情况，每年不少于 1 次。

(4) 长期治疗慢性病患者或疾病恢复较慢患者适当增加随访次数。

(5) 科主任、护士长酌情参加随访。

(6) 科室应将管床医生随访率纳入科室绩效考核，并对患者随访过程中提出的医疗质量和服务质量意见与建议，组织讨论分析、落实持续改进。

(7) 出院科室随访内容包括：了解患者出院后治疗效果病情变化和恢复情况，患者用药康复、预约复诊、病情变化后处置意见等专业技术性

指导，开展患者健康教育相关内容告知和宣讲等。

3、客服部协同质量管理部、医务部、护理部及相关职能部门对各科室出院患者随访情况、随访结果及患者意见改善情况定期督查，定期通报，并纳入科室的综合目标考核。

**四、本制度解释权归客服部。**

**五、本版本修订内容包括：**明确该制度为临床科室主导的、以延续性医疗服务为核心的随访制度。

文件编号: NJTR-KF2-004		制定日期: 2013 年
文件名称: 患者满意度调查制度		修订日期: 2026-01
适用范围: 全院所有科室的患者满意度调查相关工作		修订版次: 第 5 版
制定部门: 客服部	审核者: 张 竞	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 姜芸	签 发: 杨庆松	

## 患者满意度调查制度

### 一、目的

为规范患者满意度调查工作，建立服务评估与改进机制，提升医疗服务质量与患者体验，特制定本制度。

### 二、适用范围

适用于全院所有科室的患者满意度调查相关工作。

### 三、制度内容

#### (一) 调查的组织与实施

##### 1、调查对象与周期

- (1) 调查对象: 涵盖门诊患者、住院患者、急诊患者、健康管理中心客户及其家属等群体。
- (2) 调查周期: 采用定期调查与动态监测相结合的方式。定期调查按月、季度、年度分阶段开展; 动态监测则通过日常扫码、面访等形式持续推进。

##### 2、调查方式与途径

依据《南京同仁医院患者满意度调查方案》，主要通过以下途径实施:

- (1) 第三方电话随访: 委托具备资质的专业机构，对出院患者、门诊患者等开展独立调查。
- (2) 现场扫码评价: 在门诊、住院病区等显著位置公示满意度调查二维码，引导患者自愿扫码参与。
- (3) 现场面访问卷: 由客服部工作人员按计划在院内随机进行面对面访谈调查。
- (4) 其他途径: 包括工休座谈会、出院患者电话回访、网络平台评价等。

### 3、样本量与质量控制

(1) 各项调查的月度有效样本量要求如下(具体执行以年度方案为准):

- 1) 第三方电话调查: 门诊及出院患者各不少于 350 例, 急诊患者不少于 70 例。
- 2) 医院电话调查: 健康管理中心客户调查不少于 50 例; 口腔科客户调查不少于 120 例。
- 3) 其他方式: 以问题收集与深度反馈为核心, 数量不做硬性要求。

(2) 客服部负责对调查全过程进行质量监控, 确保数据真实可靠。

### 4、问卷管理

- (1) 医院使用的调查问卷分为标准问卷与专项问卷两类: 标准问卷适用于常规满意度测评; 专项问卷则针对特定科室或服务环节开展深度调研。
- (2) 问卷内容需涵盖服务态度、医疗技术、就医流程、环境设施、医德医风、收费合理性等核心维度, 并设置开放性问题的, 用于收集患者的具体意见、表扬及批评。
- (3) 客服部负责问卷的维护与定期评审工作, 确保问卷的科学性与适用性。

## (二) 数据分析、反馈与报告

### 1、数据汇总与处理

- (1) 客服部负责统一接收、汇总各途径获取的调查数据, 并通过信息系统进行数据清洗、整理及统计分析。
- (2) 数据统计需确保准确性, 计算方法应统一、透明, 严格遵循方案规定的“满意度计算公式”。

### 2、分析与报告

建立分级分析报告机制:

- (1) 周报: 聚焦新发、紧急问题及实名表扬与批评, 于行政早交班会上通报。
- (2) 月报: 全面分析月度总体满意度、各科室得分排名、问题集中领域及趋势变化, 形成《月度患者满意度分析报告》及《月度服务问题反馈表》。

(3) 季度/年度总结报告：开展深度剖析与趋势研判，总结改进成效，提出战略性改进建议。

### 3、结果反馈

(1) 客服部负责将满意度调查结果通过书面报告、会议通报等形式，及时反馈给院领导、相关职能部门及各临床医技科室。

(2) 反馈内容需包含量化得分、排名情况、突出问题描述（匿名化处理）、患者具体意见及改进建议。

### (三) 问题整改与持续改进

### 4、整改责任与流程

(1) 各科室收到《月度服务问题反馈表》后，科室负责人为整改第一责任人，需组织科室在5个工作日内完成问题根源分析，制定明确的整改措施与计划（PDCA循环），并书面反馈至客服部。

(2) 涉及多部门或系统流程的问题，由客服部协调相关职能部门（如医务部、护理部、门诊部等）牵头成立专项小组，推动跨部门协同整改。

### 5、整改追踪与验证

(1) 客服部负责建立问题整改台账，对各项整改措施的落实情况进行跟踪、记录与督促。

(2) 通过后续周期的满意度调查、专项复查或现场检查等方式，对整改效果进行验证与评估。

### 6、考核与激励应用

(1) 患者满意度调查结果严格与《医院综合目标考核指标管理制度》挂钩，相关数据作为绩效考核的重要依据。

(2) 对患者实名提出的表扬，经核实后，按医院相关规定予以通报表扬或奖励，并作为评优评先的参考依据。

(3) 对调查中暴露的违纪违规线索，或经核实属实的有效投诉，将依据医院《奖惩管理制度》《医德医风考核管理制度》《年度考核管理制度》等相关规定进行处理。

### (四) 资料管理与保密

### 1、资料归档

所有与满意度调查相关的原始记录、统计数据、分析报告、整改反馈、会议纪要等资料，均由客服部指定专人整理，按年度、类别归档保存。电子与纸质资料的保存期限均不少于5年。

### 2、信息安全与保密

严禁泄露患者隐私及未公开的调查数据，违者将按医院相关规定处理。

## 四、本制度解释权归客服部。

文件编号: NJTR-KF2-005		制定日期: 2013 年
文件名称: 医院客户投诉管理总则		修订日期: 2026-01
适用范围: 全院		修订版次: 第 5 版
制定部门: 客服部	审核者: 张 竞	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 姜芸	签 发: 杨庆松	

## 医院客户投诉管理总则

### 一、目的

为规范医院投诉管理工作，建立“接诉即办”工作机制，及时化解医患矛盾，保障医患双方合法权益，提升医疗服务质量，依据《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗机构投诉管理办法》及医院相关文件制定本制度。

### 二、适用范围

适用于全院各科室、部门对患者及家属（以下简称“投诉人”）通过各类渠道提出投诉的接待、处理、反馈及改进工作。

### 三、制度内容

#### （一）原则

坚持“以患者为中心”原则，全面落实首诉负责、接诉即办、依法处理、源头预防、持续改进的工作要求。

#### （二）组织架构

- 1、建立医院、投诉管理部门、科室三级投诉管理机制。
- 2、医院投诉管理领导小组为全院投诉管理最高决策机构，院长为第一责任人。
- 3、客服部作为医院投诉管理部门，统筹负责全院投诉管理工作；医务部医患沟通办公室专项负责医疗纠纷类投诉处理。
- 4、各科室主任/负责人为本科室投诉管理第一责任人，须指定专人配合投诉处理工作。

#### （三）投诉受理与处理

##### 1、投诉渠道

医院统一对外公布以下投诉渠道，并在显著位置公示：

- 市政热线：12345、12320、12315 等
- 医院服务热线：400-600-0606
- 行风投诉电话：025-66988202
- 现场接待：一站式服务中心
- 网络平台：医院官网、微信公众号等在线投诉入口
- 意见箱、院长信箱

2、首诉负责制：全院实行“首诉负责制”。任何科室及工作人员首次接到投诉时，均须热情接待、耐心安抚、详细记录。对可当场协调处理的事项，应当场解决；无法当场处理的，应主动引导投诉人至客服部（非医疗类）或医务部医患沟通办公室（医疗纠纷类），严禁推诿、搪塞。

3、投诉受理：投诉管理部门统一受理各类投诉，核实投诉人身份、投诉对象及事实，如实登记。对以下投诉不予受理，但须做好解释说明：

- (1) 已进入司法程序或第三方调解的
- (2) 已由卫健、信访等部门作出处理的
- (3) 无明确投诉对象或事实的
- (4) 涉及治安、刑事案件的
- (5) 其他不属于投诉管理职权范围的

4、处理时限：

- (1) 可现场处理的事项，应当场处理并及时反馈。
- (2) 需调查核实的投诉，应在2个工作日内告知投诉人受理情况。
- (3) 一般投诉应在5个工作日内反馈处理意见。
- (4) 涉及多部门、情况复杂的投诉，应在10个工作日内反馈；

需延期的，须向投诉人说明理由。

5、医疗纠纷处理：

(1) 涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的情形，须立即采取措施，防止损害扩大。

(2) 重大医疗纠纷应按预案处置，及时上报领导小组及上级主管部门。

(3) 医疗纠纷处理应依法依规，可通过协商、调解、诉讼等途径解决。

### (四) 协同与改进

1、部门协同：各科室须积极配合投诉调查工作，按要求提供相关资料、说明具体情况。涉及多部门的投诉，由投诉管理部门组织协调，共同研究处理方案。

2、质量改进：投诉管理部门定期汇总分析投诉数据，识别系统风险点与服务短板。各科室须对投诉问题进行根源分析，制定并落实整改措施，构建投诉—整改—追踪的管理闭环，避免同类问题重复发生。

3、考核与问责：投诉处理情况纳入科室综合目标考核，以及科室负责人聘任、晋升、评优评先的评价依据。经核实属实的投诉，与涉事医务人员的绩效考核、定期考核直接挂钩。对投诉处理不力、推诿塞责、造成不良影响的，依规追究相关责任。

### (五) 档案管理：

投诉处理全过程资料须完整归档，电子与纸质资料的保存期限均不少于5年。

四、本制度解释权归客服部。

文件编号：NJTR-KF2-006		制定日期：2013 年
文件名称：医院客户投诉预防管理制度		修订日期：2026-01
适用范围：医院预防客户投诉所进行的管理		修订版次：第 5 版
制定部门：客服部	审核者：张 竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：姜芸	签 发：杨庆松	

## 医院客户投诉预防管理制度

### 一、目的

为了预防客户投诉的发生，降低客户的投诉率，特制订本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于医院预防客户投诉所进行的管理。

### 三、制度内容

1、客服部负责收集、整理以往客户投诉的资料、信息，并组织讨论、分析。

2、医院各部门在做好本职工作的同时，积极配合客服部实施客户投诉预防工作。

#### 3、客户投诉预防管控内容

(1) 研究客户情绪发展周期，在客户可能出现投诉不满的前期对客户投诉事件进行预先处理，避免客户投诉的产生。

(2) 全面收集与处理客户申述情况，尽量确保客户投诉信息的完整性和科学性，对分析与预防起到支撑作用。

(3) 定义隐患投诉客户，及时发现沉默不满意的隐性投诉客户，主动对沉默不满意的客户采取预防处理措施，减少客户投诉的发生。

(4) 协助医院各部门建立投诉预防机制，提前对可能导致客户不满意的流程与环节进行优化，减少服务流程中存在的投诉隐患环节，做好防患于未然。

#### 4、客户投诉预防管控步骤包括

(1) 全量采集：全量采集投诉，形成分析机制，开展聚类分析。

(2) 预防处理：定义投诉隐患，寻找投诉隐患，形成处理方案。

(3) 部门协同：协同相关部门，优化服务方式，预防再次发生。

5、提供全面客户服务：客服部全面负责客户服务、管理及关系维护等工作，避免因医疗服务过程无法满足客户服务需求而引起的客户投诉。

6、定期进行客户投诉规避及处理技巧等培训，降低投诉发生率。

**四、本制度解释权归客服部。**

**五、本版本修订内容包括：**

1、增加投诉处理技巧的培训，删除具体培训内容

2、调整编码由原“NJTR-KF2-009”调整为“NJTR-KF2-004”。



文件编号: NJTR-KF2-007		制定日期: 2013 年
文件名称: 首诉负责制		修订日期: 2026-01
适用范围: 医院各职能部门及临床科室的投诉接待工作		修订版次: 第 5 版
制定部门: 客服部	审核者: 张 竞	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 姜芸	签 发: 杨庆松	

## 首诉负责制

### 一、目的

为规范医疗机构投诉管理, 预防、减少医疗纠纷的发生, 提高医疗服务质量和医疗机构管理水平, 构建和谐医患关系, 特制订本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于医院各职能部门及临床科室的投诉接待工作。

### 三、制度内容

1、全院各科室和职能部门均有责任受理病人和群众(以下简称投诉人)来信、来访、来电和其他邮件等反映我院医德医风、医疗服务质量、医疗服务收费、服务态度、院务公开、医患关系、医院环境等方面问题的投诉。

2、严格“执行首诉负责制”。投诉人向有关科室和职能部门投诉的, 受理投诉的科室、部门工作人员应当予以热情接待, 耐心安抚、认真倾听、准确记录, 耐心细致地做好解释工作, 稳定投诉人情绪, 避免矛盾激化。

3、受理投诉的科室和投诉接待人员应当认真听取投诉人意见, 核实相关信息, 并如实记录投诉人反映的情况, 并与投诉人确认。

4、对于能够当场协调处理的, 应当尽量当场协调解决; 对于无法当场协调处理的, 接待的部门或者科室应当主动将患者引导到客服部, 如涉及医疗纠纷则引导至医务部医患沟通办公室, 不得推诿、搪塞。如不能处理, 向投诉人告知回复时间, 让投诉人安心。

5、科室或职能部门受理投诉后, 应当及时向当事科室和相关人员了解、核实情况, 在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见, 并向投诉人反馈。当事科室和相关人员应当予以积极配合。

6、各科室之间要做好内部的投诉移交、沟通和协调工作。对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，受理科室应当及时向分管领导汇报，并立即采取积极措施，预防和减少患者损害的发生。

7、对重要投诉事件应上报医院投诉管理领导小组，经领导小组讨论、研究事件处理意见，给予批示。

8、各类事件在规定时限内及时答复投诉人。

**四、本制度解释权归客服部。**

**五、本版本修订内容包括：**

- 1、调整文件编码由原 NJTR-KF2-022 为 NJTR-KF2-009。
- 2、将医务部明确为医务部医患沟通办公室。

文件编号: NJTR-KF2-008		制定日期: 2013 年
文件名称: 客户投诉分析管理制度		修订日期: 2026-01
适用范围: 医院各职能部门及临床科室投诉事件的分析工作		修订版次: 第 5 版
制定部门: 客服部	审核者: 张 竞	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 姜芸	签 发: 杨庆松	

## 客户投诉分析管理制度

### 一、目的

为准确分析客户投诉的原因，以便及时、有效地处理客户投诉，维护医院声誉，特制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于医院各职能部门及临床科室投诉事件的分析工作。

### 三、制度内容

1、客服部负责客户投诉的记录、分类和整理，并组织讨论、分析客户投诉的原因，随时与客户保持联系，了解客户的需求。

2、投诉类型：

(1) 医疗质量类投诉: 客户在医院就诊过程中，出现的重大安全事件，造成人身损害或经济损失等，导致客户对医院强烈不满的投诉。

(2) 服务类投诉: 因工作人员沟通方式、沟通内容、医院环境、医院流程等让客户体验感不佳的投诉。

(3) 其他类投诉: 此类投诉与医疗技术和服务质量无关，主要是由客户过高期望与现实落差导致的投诉。

3、投诉原因分析及改进

(1) 客服部接到投诉后，认真调查事件过程，了解具体原因，利于后期原因分析。

(2) 被投诉部门在投诉处理完毕后，应运用头脑风暴、5Y、鱼骨图等根本原因分析的方法组织科室内部原因分析，找出根本原因，制定改进措施。

(3) 医院定期针对全院高频、高危及重点问题，组织原因分析，制定改进措施并落实。

四、本制度解释权归客服部。

五、本版本修订内容包括：调整文件编码由原 NJTR-KF2-016 为 NJTR-KF2-010。

文件编号: NJTR-KF2-009		制定日期: 2013 年
文件名称: 客户投诉跟踪控制管理制度		修订日期: 2026-01
适用范围: 医院各类投诉事件的跟踪处理管理工作		修订版次: 第 5 版
制定部门: 客服部	审核者: 张 竞	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 姜芸	签 发: 杨庆松	

### 客户投诉跟踪控制管理制度

#### 一、目的

为了保证客户投诉得到规范合理的处理,通过投诉跟踪,确保投诉处理的及时性,使医院重获客户信任,维护医院形象和利益,特制订本制度。

#### 二、适用范围

本制度适用于医院各类投诉事件的跟踪处理管理工作。

#### 三、制度内容

1、客服部负责与客户沟通,追踪投诉事件的进展情况及客户对处理结果的满意度。

2、接受投诉案件的相关部门积极配合客服部开展投诉跟踪工作。

3、客服部工作人员根据科室投诉处理回复信息进行投诉处理结果跟踪,了解投诉过程、处理结果及客户满意度。

4、客服部工作人员收集客户投诉处理过程中各方面的信息,尤其是客户意见。

5、客服部根据收集到的客户投诉处理信息,对客户投诉处理结果进行评价,一旦发现医院环节、流程、安全隐患等存在的问题,要向医院相关部门和领导提出改进意见,降低投诉率。

6、在投诉跟踪过程中,若发现客户普通投诉有投诉升级的趋势时,应及时通知投诉处理负责人,以便医院及时采取处理方案,争取让客户投诉的问题在医院内部解决。

7、在投诉跟踪过程中,客服部应将重复投诉、有投诉升级倾向的客户作为投诉处理管控工作的重点。

8、客服部在跟踪因未遵循医院文明服务规范或发生医疗安全事件等

投诉时,应督促相关责任部门做好处理方案。

9、若跟踪的投诉发生投诉处理过程超时严重、内部多次流转却难以定位处理时,客服部应及时上报,进行预警,以防投诉升级给医院造成严重影响。

10、在跟踪投诉处理过程中,客服部若发现投诉处理责任部门存在敷衍了事、糊弄客户的情况时,应及时阻止,并且上报相关部门领导,以确保客户投诉处理的满意度。

11、在进行客户投诉处理满意度回访时,对于明确提出不满意处理结果的客户,客户服务人员应将其列入重点跟进对象,以防投诉升级。

12、对投诉跟踪过程进行总结和综合评价,总结经验,吸取教训,提出改进策略,不断完善医院的制度规范、工作流程等,提高医院客户服务的质量和服务水平,降低投诉率。

**四、本制度解释权归客服部。**

**五、本版本修订内容包括:调整文件编码由原 NJTR-KF2-017 为 NJTR-KF2-011。**

文件编号: NJTR-KF2-010		制定日期: 2013 年
文件名称: 医院社会监督制度		修订日期: 2026-01
适用范围: 全院		修订版次: 第 5 版
制定部门: 客服部	审核者: 张 竞	执行日期: 2026-02
制定/修订人: 姜芸	签 发: 杨庆松	

### 医院社会监督制度

#### 一、目的

为充分发挥社会各界和人民群众的监督作用，加强医院自我约束能力，改善服务态度，提高服务质量，为广大患者提供更加优质高效的医疗卫生服务，特制定本制度。

#### 二、适用范围

本制度适用于全院工作人员。

#### 三、制度内容

- 1、医院向社会公开监督、投诉电话（4006000606/025-66988202），投诉网络平台，客服部专人负责，做好记录，及时处理并向主管部门反馈。
- 2、医院设立意见箱，院长联系箱，专人负责，定期开启，做好记录，及时处理。
- 3、建立医院领导与所在地区联系制度，听取和了解所在地区群众的反映与意见。
- 4、全院公示满意度调查二维码，同时不定期通过电话或现场访谈征求客户意见。
- 5、定期召开公休座谈会，听取对医院工作的意见和建议。
- 6、聘请行风监督员，加强联系，定期召开行风评议员座谈会人员会议，主动听取意见与建议。
- 7、医院向社会公开以下信息，自觉接受社会监查。
  - (1) 所有工作人员挂牌上岗，胸牌内容包含姓名、职务、工号。
  - (2) 公开投诉电话，包括接待部门和医院行风纪律。
  - (3) 公开主要收费项目和药品价格，设立患者费用查询点。

(4) 住院患者提供每日清单；出院患者实行预审清单审核制；门诊患者出具药品清单。

(5) 公示挂号时间及挂号费标准。

(6) 公开专家门诊姓名、技术特长。

(7) 公开重大检查项目、时间和手术安排。

**四、本制度解释权归客服部。**

**五、本版本修订内容包括：调整文件编码由原 NJTR-KF2-020 为 NJTR-KF2-012。**

文件编号：NJTR-ZB2-002-02		制定日期：2017-01
文件名称：医用耗材管理制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：4
制定部门：医学工程部	审核者：张 宁	执行日期：2026-02
制定/修订人：王士森	签 发：杨庆松	

## 医用耗材管理制度

### 一、目的

根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械临床使用管理办法》、《医疗机构医用耗材管理办法（国卫医发【2019】43号）》及《医疗器械使用质量监督管理办法》等有关法律法规规定，特制定我院医用耗材管理制度。

### 二、适用范围：

本制度适用于南京同仁医院

### 三、制度内容

1、本制度所称医用耗材，是指经药品监督管理部门批准的使用次数有限的消耗性医疗器械，包括一次性及可重复使用医用耗材。医用耗材管理，是指以病人为中心，以医学科学为基础，对医用耗材的采购、储存、使用、追溯、监测、评价、监督等全过程进行有效组织实施与管理，以促进临床科学、合理使用医用耗材的专业技术服务和相关的医用耗材管理工作，是医疗管理工作的重要组成部分。

2、医用耗材管理委员会是医院最高决策机构，具体负责医用耗材的引进审批。

3、医学工程部负责医用耗材的遴选、采购、验收、存储、发放等日常管理工作；医务部负责医用耗材的临床使用、监测、评价等专业技术服务日常管理工作。

4、从事医用耗材管理相关工作的人员，应当具备与管理工作的相适应的学历、技术职称或者经过相关技术培训。直接接触医用耗材的人员，应当每年进行健康检查。传染病病人、病原携带者和疑似传染病病人，在治愈前或者在排除传染病嫌疑前，不得从事直接接触医用耗材的工作。

5、医学工程部负责建立本院的医用耗材供应目录，并进行动态管理。按照合法、安全、有效、适宜、经济的原则，根据集团采购要求，配合采购部遴选出本院需要的医用耗材及其生产、经营企业名单，签订采购合同，形成院内供应目录。供应目录应当及时调整。

6、医用耗材的采购相关事务由医学工程部实行统一管理。其他科室或者部门不得从事医用耗材的采购活动，不得使用非医用耗材管理部门、厂商等供应的医用耗材。同时，严禁临床医师私自自带医用耗材进行手术治疗。

7、医用耗材使用科室或部门应当根据实际需求向医用耗材管理部门提出采购申请。

8、医学工程部库房与签署合作的SPD共同负责医用耗材的验收，并对储存、发放及日常管理予以监督。相关验收人员应当熟练掌握医用耗材验收有关要求，严格进行验收操作，并真实、完整、准确地进行验收记录。验收人员应当重点对医用耗材的运输单据、包装、批次、效期等质量情况进行查验及核对。验收合格后方可入库，不符合要求的医用耗材不得验收入库。

9、医疗管理部门负责医用耗材临床使用管理工作，通过加强医疗管理，落实国家医疗管理制度、诊疗指南、技术操作规范，遵照医用耗材使用说明书、技术操作规程等，促进临床合理使用医用耗材。

10、对医用耗材临床使用逐步实施分级分类管理。

11、在使用安全风险程度较高的医用耗材时，应当与患者进行充分沟通，告知可能存在的风险。使用高值、植入类医用耗材时，应当签署知情同意书。

12、加强对医用耗材使用人员培训，提高其医用耗材使用能力和水平。在新医用耗材临床使用前，应当对相关人员进行培训。

13、加强对医用耗材临床应用前试用的管理。未经相关管理部门批准，各科室不得一律私自试用任何耗材。

14、在医用耗材临床使用过程中严格落实医院感染管理有关规定。一次性使用的医用耗材不得重复使用；重复使用的医用耗材，应当严格按照要求清洗、

消毒或者灭菌，并进行效果监测。

15、科室使用医用耗材需作好登记，使医用耗材信息、患者信息以及诊疗相关信息相互关联，保证使用的医用耗材向前可溯源、向后可追踪。

16、加强对使用后医用耗材的处置管理。医用耗材使用后属于医疗废物的，应当严格按照医疗废物管理有关规定处理。

17、发生医用耗材相关质量安全事件，应当按照规定向医疗耗材管理部门报告相关信息，并采取措施做好暂停使用、配合召回、后续调查以及对患者的医疗救治等工作。发现医用耗材不良事件或者可疑不良事件，应当按照有关规定报告。

18、加强医用耗材临床使用评价结果的应用。评价结果应当作为医疗机构动态调整供应目录的依据，对存在不合理使用的品种可以采取停用、重新招标等干预措施；同时建议将评价结果作为科室和医务人员相应临床技术操作资格或权限调整、绩效考核、评优评先等的重要依据。

19、医用耗材管理应当严格落实医疗卫生领域行风管理有关规定，做到廉洁购用。不得将医用耗材购用情况作为科室、人员经济分配的依据，不得在医用耗材购用工作中牟取不正当经济利益。对违反行风规定的医疗机构和相关人员，应当根据情节轻重，给予相应处罚和处理。

20、相关人员不得接受与采购医用耗材挂钩的资助，临床科室不准违规私自使用未经正规采购程序采购的医用耗材。

21、加强信息系统中医用耗材相关统计功能管理，严格统计权限和审批程序。严禁开展商业目的的医用耗材相关信息统计。

**四、本修订章程解释权归医学工程部。**

**五、本版本修订内容包括：修订全流程管理**



文件编号：NJTR-ZB2-002-15		制定日期：2020-09
文件名称：高值医用耗材临床应用管理制度		修订日期：2023-09
适用范围：全院		修订版次：2
制定部门：医学工程部	审核者：张 宁	执行日期：2023-10
制定/修订人：王士森	签 发：杨庆松	

## 高值医用耗材临床应用管理制度

### 一、目的

为进一步提高我院高值医用耗材临床应用管理水平，规范临床诊疗行为，提高服务质量，促进高值医用耗材安全、有效、依法应用，《医疗器械临床使用管理办法》、《医疗机构医用耗材管理办法》及《医疗器械使用质量监督管理办法》等有关法律法规规定，特制订本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院。

### 三、制度内容

1、医疗机构主要负责人是高值医用耗材临床应用管理第一责任人；临床科室成立高值医用耗材应用管理小组，科主任任组长。

2、成立高值医用耗材临床应用管理专家组，由临床、耗材采购、财务、医保和医院管理人员组成。

3、严格准入制度，将高值医用耗材使用权限与手术分级管理、医疗技术准入相结合，增强合理使用的自觉性和规范性。

4、执行手术和诊疗操作的医师必须具有相关资质，并经高值医用耗材临床应用知识培训合格后，方能使用该类高值医用耗材。

5、各级医师要认真执行疾病诊疗常规，严格手术指征和高值医用耗材应用适应症。

6、重点管理品种涵盖血管介入类、非血管介入类、骨科植入、神经外科、普外科、心胸外科、电生理类、起搏器类、体外循环及血液净化、眼科材料、口腔科等类别的植入、置入类高值医用耗材，每个类别不少于3个品种。

7、建立植入性高值医用耗材使用登记，记录住院号、姓名、条形码，由

手术医生签字确认。

8、在诊疗活动中，对单个医用耗材价格超过 2000 元，以及单次手术操作使用同一品种医用耗材累计价格超过 2000 元的患者，临床医师应履行高值医用耗材使用前告知义务，并与患者签署《知情同意书》或《变更使用知情同意书》。

9、临床医师应在手术记录中详细记录手术操作过程、病变部位、使用高值耗材的名称、规格、型号和数量，并将使用的高值医用耗材机构内统一标识码和产品条形码粘贴在手术清单记录单的反面和耗材使用记录单中，做到《知情同意书》、手术记录和《耗材使用记录单》上的耗材使用信息一致。

10、定期组织专家对高值耗材的住院病历实施专项点评，重点抽取重点管理品种、临时采购品种和使用率、使用金额排名前列的耗材使用病历，点评内容包括：高值医用耗材超目录使用情况，超权限、超适应证使用情况，知情同意执行情况，病历记录符合要求以及统一标识码与产品条形码粘贴等情况。

11、严肃查处高值医用耗材不合理使用情况。加大对高值医用耗材不合理应用的查处力度。对于存在高值医用耗材临床不合理应用问题的医师，视情形依法依规予以通报批评、暂停或取消手术权、医师定期考核不合格；对于存在高值医用耗材临床不合理应用问题的科室，视情形给予通报批评、限期整改等处理。

12、将高值医用耗材临床合理应用情况纳入科主任责任考核，并作为临床医师职称晋升、评先评优的重要指标。

**四、本修订章程解释权归医学工程部。**

文件编号: NJTR-ZB2-002-17		制定日期: 2020-09
文件名称: 医疗器械转让捐赠管理制度		修订日期: 2023-09
适用范围: 全院		修订版次: 2
制定部门: 医学工程部	审核者: 张 宁	执行日期: 2023-10
制定/修订人: 王士森	签 发: 杨庆松	

### 医疗器械转让捐赠管理制度

#### 一、目的

为进一步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, 特修订本制度。

#### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院。

#### 三、制度内容

1、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。

2、必须以法人名义接受社会捐赠资助, 捐赠资助财产必须由医院财务部门统一管理使用。其他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, 应当事先汇报单位领导集体审核同意, 并纳入单位财务部门统一管理使用。

3、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。

4、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。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。

5、接受社会捐赠资助时, 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。并由医院向捐赠资助人出具合法票据或证明。

6、当遇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。

7、医院接受的社会捐赠资助物资、设备等实物资产，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。

8、接受的社会捐赠如果涉及到医疗器械，需按照医疗器械管理相关要求执行，不符合管理要求的不能用于临床使用。

9、院方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，院方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。

10、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，不得提取管理费。捐赠资助财产一般不得用于转赠其他单位，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疗卫生机构事业发展。

11、捐赠资助项目完成后，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，应当如实答复。

12、院方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，接受职工和社会监督。

**四、本制度最终解释权归医学工程部。**

文件编号：NJTR-ZB2-002-19		制定日期：2017-01
文件名称：药械代表接待制度		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：4
制定部门：医学工程部	审核者：张 宁	执行日期：2026-02
制定/修订人：王士森	签 发：杨庆松	

## 药械代表接待制度

### 一、目的

为规范医院与药械生产、经营企业的信息与技术交流，强化工作透明度，深化行业作风建设，筑牢廉洁行医防线，严格落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》及国家、省市相关管理规定，结合医院运营实际，特修订本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于医院全院各临床科室、采购相关部门、医学工程部、行风管理部门，以及所有进入本院开展药械业务推广、洽谈、咨询等活动的药械代表。

### 三、制度内容

1、本制度所称药械代表，是指药品、医用耗材和医用仪器设备生产经营单位聘请的从事药品、医用耗材和医用仪器设备宣传、推广等事项的工作人员，包括以药品、医用耗材和医用仪器设备生产经营单位名义到医院进行业务活动的人员。

2、医学工程部常规接待时间：设备为周三上午；药品为周三下午；耗材及其它为周四下午。

3、医工部常规接待地点：四楼C 4区医学工程部办公室。

4、参加接待人员：集团采购部、医学工程部、财务部、相关临床科室主任 / 负责人、专业技术人员、行风监督人员（必要时）。

5、预约登记制。药械代表须提前扫码填写《药械代表接待登记表》。

6、涉及宣传、议价等环节时，需将相关资质证件内容（药械代表法人授权委托书；药械代表身份证明；说明书及彩页宣传资料；相关产品证照及企

业证照；产品报价单等）盖章扫描成电子版发送至相关人员工作邮箱。未经预约登记的，恕不接待。

7、涉及议价时接待当日需递交所有电子档相关资料的纸质版及一式四份产品报价单。

8、严禁私自进入工作区域：禁止药械代表未经审批进入门诊、急诊、病房、医技科室、药房、库房等区域开展产品推介、促销、拜访等活动。若有违反，一经发现并查实，立即终止本次接待及业务洽谈或立即停止采购该药械代表（厂、商）的产品。

9、各公司业务员到我院进行送货等日常相关工作，只能到指定的相关部门办理。药械代表如确有需要到科室交流，须经医工部及医院行风部门同意并备案后方可进行。

**四、本修订制度解释权归医学工程部。**

**五、本版本修订内容包括：部分内容叙述修改**

文件编号：NJTR-ZB2-002-024		制定日期：2026-03
文件名称：临时紧急医用耗材采购管理制度		修订日期：2026-03
适用范围：全院		修订版次：1
制定部门：医学工程部	审核者：张 宁	执行日期：2026-04
制定/修订人：王士森	签 发：杨庆松	

### 临时紧急医用耗材采购管理制度

#### 一、目的

为认真贯彻执行《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械使用质量监督管理办法》、《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》等法律、法规以及省、市相关管理文件要求，严格把好临时紧急医用耗材采购、使用、质量关，确保依法依规购进、合规合理使用临采耗材，特制定本制度。

#### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院。

#### 三、制度内容

##### （一）临时采购适用情形及流程

1、本制度适用于本院所有医用耗材的临时采购活动，涵盖申请、审核、审批、采购实施、后续管理等全流程。临时采购医疗耗材应当由医学工程部实行统一采购，临床科室不得自行采购。

2、医用耗材临时采购遵循临床急需、合规审核、分级审批、严控风险、动态管理的原则，严禁无合理理由的临时采购，杜绝超常、反复临时采购行为。

3、符合以下情形之一的，可申请医用耗材临时采购：

- （1）急抢救患者诊疗所需，本机构供应目录内无对应耗材的；
- （2）特殊疾病诊疗需要，且无替代耗材可用的；
- （3）临床科室开展新技术、新项目，供应目录内未纳入相关配套耗材的；
- （4）其他经院内医用耗材管理组织认定的特殊临床诊疗情形；
- （5）除以上情形，凡属重大急救任务、突发公共卫生事件等紧急情况，

按照国家、省、市相关应急政策执行临时采购，可简化流程、特事特办。

4、临床科室因诊疗需要申请临时采购的，由科室指定专人填写《医用耗材临时采购申请表》，注明耗材名称、规格型号、数量、使用理由、参考价格等信息，经科室负责人审批后进入报送审批流程。

5、按照合法合规的原则，根据集团统一要求，配合集团采购部的遴选及采购活动，原则上首选国家、省、市中标品种，特别的，国家、省、市列入集中采购清单的产品，可直接纳入采购方案，对于医疗保障行政部门推荐及实施的带量产品，予以全力配合。

6、医疗器械管理科室收到申请后，1个工作日内完成初审，重点核查耗材临床使用必要性、产品资质合规性；初审通过后，经医务部、医保部、采购部依次审核，主任委员、副主任委员审批通过后方可实施临时采购。主任委员、副主任委员需在2个工作日内完成审批。紧急情形下的临时采购，可先通过口头、线上等方式完成初步审批，采购实施后2个工作日内补办全部书面审核审批手续。

### （二）采购实施与日常管理

1、采购工作人员应做好首营企业和首营品种的审核工作，审核时应验明供方公章的证件、材料，并建立档案。临时采购的耗材到货后，库房或SPD库房需尽快完成验收，核对耗材名称、规格、数量、资质、有效期等信息，验收合格后方可入库、发放使用，相关验收记录留存备查。

2、一年内同一品种医用耗材临时采购超过5次的，由医学工程部牵头，组织相关科室开展评估，评估内容包括临床实际需求、替代耗材情况、是否需纳入常规供应目录等。经评估确有长期使用需求的，按照院内常规耗材采购程序及时纳入供应目录管理。

3、医学工程部每季度对本机构医用耗材临时采购情况进行汇总分析，重点梳理超常采购、反复采购、采购金额较高的品种及科室，形成季度分析报告，及时进行预警干预。

4、对存在以下情形的，立即启动预警干预：

- （1）同一科室、同一品种短期内反复临时采购的；
- （2）临时采购金额过高、远超临床合理需求的；

(3) 无正当理由规避常规采购流程、频繁申请临时采购的；

(4) 临时采购耗材使用效果不佳、存在质量或安全隐患的。

预警干预措施包括但不限于进行口头或书面提醒、限期整改；暂停相关品种的临时采购申请权限；对责任人进行约谈；将预警情况纳入科室和个人绩效考核等。

**四、本修订章程解释权归医学工程部。**

附：《临时紧急医用耗材采购流程》

附件

《临时紧急医用耗材采购流程》



文件编号: NJTR-ZB2-002-025		制定日期: 2026-03
文件名称: 医用耗材监测预警制度及流程		修订日期: 2026-03
适用范围: 全院		修订版次: 1
制定部门: 医学工程部	审核者: 张 宁	执行日期: 2026-04
制定/修订人: 王士森	签 发: 杨庆松	

## 医用耗材监测预警制度及流程

### 一、目的

为加强本机构医用耗材全流程管理，建立科学、高效的监测预警机制，规范医用耗材临床使用，控制不合理使用风险，根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械使用质量监督管理办法》、《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》等法律、法规以及苏卫医政〔2019〕79号、苏卫医政〔2019〕24号、宁卫药政〔2026〕1号等文件要求，结合本院实际，特制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院。

### 四、制度内容

#### （一）医用耗材监测原则及组织

1、医用耗材监测预警遵循分类管理、重点监控、智能监测、提前防控、闭环处置的原则，依托信息化统计手段，实现耗材使用的动态监测，将风险防控端口前移。

2、成立院内医用耗材监测预警管理小组，由院长任组长，医务、医保、采购、信息、纪检等科室负责人为成员，小组办公室设在医学工程部，负责监测预警日常工作的组织、协调、实施。

#### （二）医用耗材界定与目录管理

1、本制度所称高值耗材是指直接作用于人体、对安全性有严格要求、生产使用必须严格控制、价格相对较高的消耗型医疗器械，主要包括血管介入类、非血管介入类、电生理类、起搏器类、骨科、神经外科、普外科、心胸外科、眼科、口腔科、体外循环及血液净化等类别的植入、置

入类高值耗材。重点是单个医用耗材价格超过 2000 元，以及单次手术操作使用同一品种医用耗材累计价格超过 2000 元的医用耗材。

2、每年由医学工程部牵头，结合上一年度本机构医用耗材使用率、使用金额、临床需求等情况，每年制定或更新院内《高值医用耗材重点管理品种目录》，经监测预警管理小组审议通过后发布执行。《目录》实行动态调整，根据临床诊疗变化、耗材使用情况、政策调整等，确保每个类别不少于 3 个品种，必要时及时更新和发布。

3、医院逐渐完善信息化系统，并建立医用耗材便捷化、智能化管理体系，整合采购、库存、临床使用、费用等数据，实现数据互联互通。同时不断优化信息化监测功能，逐步实现耗材使用的智能分析、风险自动识别、预警自动推送，提高监测预警效率和精准度，降低人工管理成本。

### （三）监测内容与频次

建立医用耗材全维度监测体系，监测内容涵盖耗材采购、入库、发放、临床使用、费用结算、质量反馈等全流程，核心监测指标包括：

- （1）高值耗材使用量、使用金额及同比、环比变化情况；
- （2）各科室高值耗材使用频次、使用品种、使用金额；
- （3）高值医用耗材重点管理目录的使用率占比情况；
- （4）耗材质量投诉、不良事件发生情况；
- （5）其他与耗材合理使用相关的指标。

### （四）监测频次

分为日常监测、月度汇总、季度分析、年度评估：

（1）日常监测：由信息科室依托信息化系统实现实时监测，医学工程部日常核查重点指标；

（2）月度汇总：医学工程部每月对重要监测数据进行汇总，形成月度监测报表；

（3）季度分析：监测预警管理小组每季度对月度监测报表进行综合分析，识别异常趋势；

（4）年度评估：每年年底对全年监测预警工作进行全面评估，优化监测

指标和预警标准。

#### （五）预警触发条件

当医用耗材使用出现以下情形之一时，触发预警：

- （1）单个品种耗材使用量、使用金额异常增加（同比增长超 30% 或环比增长超 50%）的；
- （2）高值医用耗材重点管理品种使用率连续 3 个月位居前列，且无合理临床诊疗解释的；
- （3）同一科室使用某类耗材的频次、金额远超科室平均水平的；
- （4）耗材使用过程中出现多次质量投诉、不良事件，或与术后并发症存在明显关联的；
- （5）其他经监测预警管理小组认定的异常情形。

#### （六）预警干预措施

1、对存在耗材不合理使用的科室和个人，根据情节轻重采取以下干预措施：

- （1）口头提醒、书面警告；
- （2）组织耗材合理使用专项培训；
- （3）暂停相关耗材的使用权限；
- （4）院内通报批评；
- （5）追究相关责任人的管理责任或法律责任（情节严重时）。

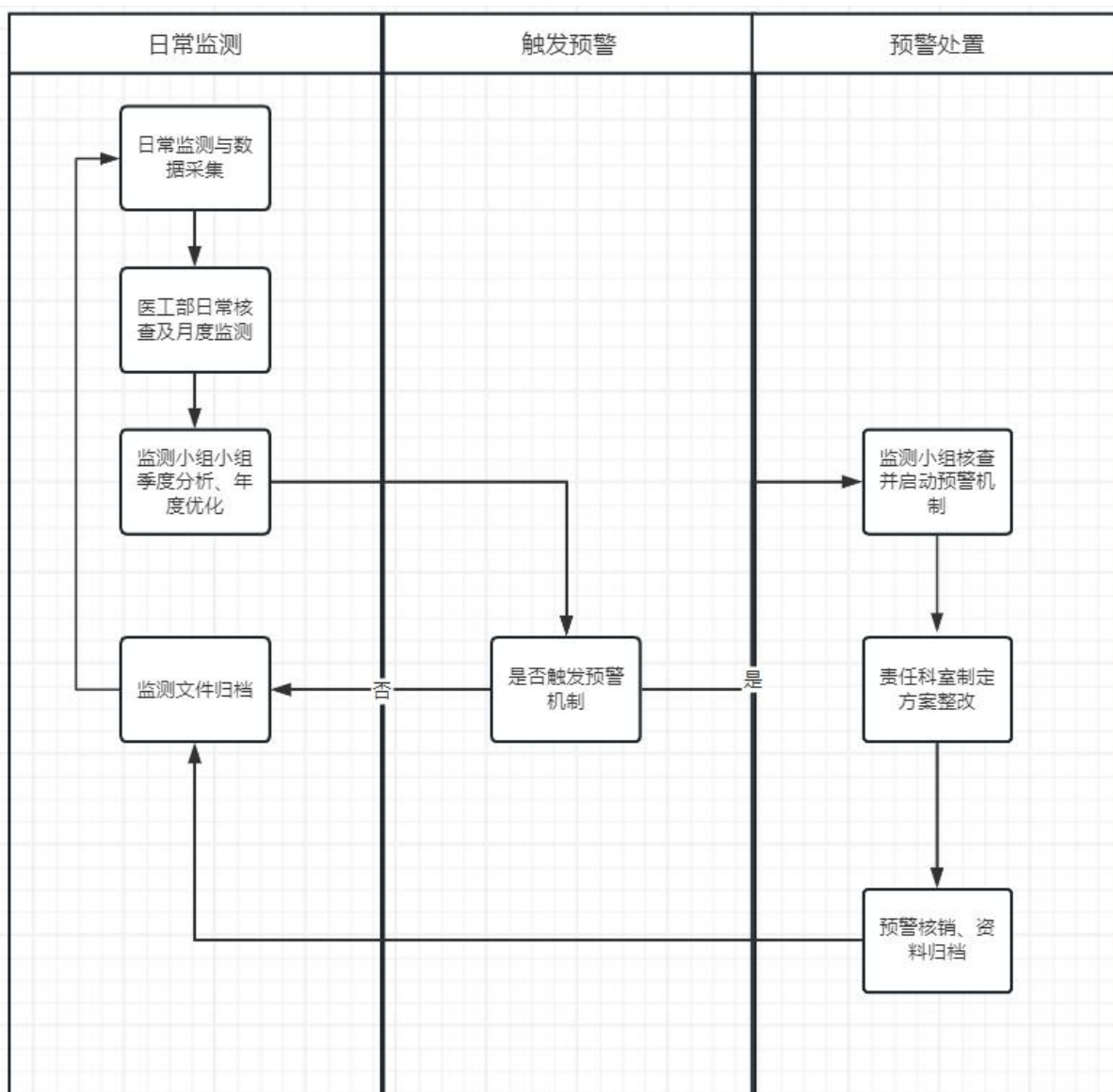
2、对上级部门研判发现的本院高值耗材不合理使用问题，同时配合建立业务管理、纪检、行风、监督联动联管机制，全面排查风险，从严从快处置。

四、本修订章程解释权归医学工程部。

附：《医用耗材监测预警制度流程图》

附件

《医用耗材监测预警制度流程图》



文件编号：NJTR-ZB2-004-01		制定日期：2015-01
文件名称：药品采购管理制度及流程		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第4版
制定部门：医学工程部	审核者：张宁	执行日期：2026-02
制定/修订人：唐萱	签发：杨庆松	

## 药品采购管理制度及流程

### 一、目的

为规范我院药品采购管理、保障临床用药安全，建立透明、高效的药品采购管理体系，依据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》等相关法律法规及政策，结合我院实际，制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院。

### 三、制度内容

1. 药品采购管理需在同仁医疗产业集团（以下简称集团）采购管理部领导的带领下，实施全院的药品采购管理供应工作，其他科室和个人不得擅自购销药品。

2. 药事管理与药物治疗学委员会（药事会）负责医院药品目录管理、审定，动态调整。新增或临时采购药品由临床科室提出需求，不得指定供应商。

3. 药学部（药剂科）负责采购执行、质量验收、入库、储存、供应、记录管理。

4. 财务、信息科参与监督、审核、付款、系统管理。

5. 药品采购人员必须严格遵守《药品管理法》，从有资质的正规药品经营企业购进药品。做到依法依规、公开透明、质量优先、价格合理、保障供应、全程可追溯。

6. 所合作供应商必须资质齐全、信用良好、无不良记录。建立供应商档案、年度评估、动态退出机制。严禁与有商业贿赂、失信、质量问题的供应商合作。

## 第七部分：医保、物价与收费管理

7. 严格执行国家/省药品集中带量采购政策，按合同量采购、确保约定采购量完成。集采药品：按集采平台采购。非集采药品：通过省平台/阳光采购平台采购。应急采购：仅限突发、短缺、抢救，事后补流程、补审批。

8. 质量与安全：到货验收，核对批号、效期、外观、冷链温度、检验报告。不合格药品拒收、隔离、上报、追溯。冷链药品全程温控记录，异常及时处置。

9. 财务与付款：按合同、验收单、发票合规付款，不得拖欠。财务审核、杜绝违规支付。

10. 记录与追溯：采购、验收、入库、出库、使用、付款全流程记录。保存期限不少于5年，可追溯、可核查。

四、本修订章程解释权归医学工程部。

五、**本版本修订内容包括：**按最新法规更新职责，并根据集团授权管理办法修改部分内容

附件：一、日常药品采购流程

二、新增药品采购流程

三、临时紧急药品采购流程

文件编号： NJTR-KJ2-012	制定日期： 2026-01
文件名称： 医院学术道德规范管理制度	修订日期： 2026-01
适用范围： 全院	修订版次： 第1版
制定部门： 科教部	审核者： 何双八
制定/修订人： 丁振琴	执行日期： 2026-02
	签发： 杨庆松

## 医院学术道德规范管理制度

### 一、目的

为了弘扬科学家精神，筑牢科研诚信底线，规范学术行为，营造风清气正的科研环境，根据国家及省市相关法律法规及政策要求，结合我院实际情况，制定本制度。

### 二、适用范围

本制度适用于我院所有从事医学科研活动的在岗职工、规范化培训人员、研究生、进修生及以我院名义发表学术成果或申报科研项目的外聘人员。

### 三、制度内容

#### （一）管理原则：

学术道德管理坚持“教育为先、预防为主、规范管理、惩戒违规”的原则，实行医院、职能部门、科室（实验室）三级责任制管理体系。

#### （二）学术道德组织管理体系

1.在学院学术委员会底下成立由主任委员、副主任委员及学术委员会代表、党群办公室主要负责人参与的学术道德管理小组，作为学院学术道德建设的最高指导和决策机构。主要职责包括：审议学术道德规章制度；指导重大科研诚信案件的调查处理；对学术不端行为人作出处理建议。

2.科教部作为学术道德日常管理机构，具体负责：组织科研诚信宣传教育与培训；受理学术不端行为的举报；组织开展科研项目、学术论文的数据核查与备案；建立并维护学院科研诚信档案。

3.各科室主任是本科室学术道德建设的第一责任人。负责建立本科室实验记录、原始数据档案，监督科研过程规范。对科室人员拟发表的学术论文、申报的成果进行初审，确保署名规范、数据真实。

### （三）学术道德规范要求

1.全体科研人员应严格遵守《医务人员职业道德准则（2025年版）》中“坚守诚信原则”的要求，坚守学术良知，遵守学术规范，坚决抵制学术不端行为。

#### 2.科研活动道德规范

(1)数据真实：科研人员应如实记录、保存实验数据，严禁编造、篡改、拼凑、虚假描述研究过程和结论。

(2)原始记录：必须使用统一编号的实验记录本，及时记录原始数据。项目结束后，原始资料归档保存，保存期限一般不少于项目结束后10年。

(3)生物安全与伦理：涉及人的生命科学和医学研究，必须通过医院伦理（审查）委员会审批，严禁先研究后审批或规避伦理审查。

#### 3.论文发表道德规范

(1)署名规范：论文署名必须基于实际贡献，严禁无实质性贡献者挂名，严禁未经他人同意擅自使用他人署名。第一作者和通讯作者对论文整体真实性负总责。

(2)“五不准”要求：严禁由第三方代写论文、严禁由第三方代投论文、严禁由第三方对论文内容进行实质性修改、严禁提供虚假同行评审人信息、严禁违反规定重复发表。

(3)投稿前审查：所有以我院为署名单位的学术论文，投稿前需提交“论文投稿申请”，由通讯作者及科室负责人签字确认，提交科教部进行发表前诚信审查备案。

#### 4.项目申报与职称申报道德规范

(1)严禁以弄虚作假方式获得科技计划（专项、基金等）项目、科研经费、奖励、荣誉、职务职称等。

(2)实行职称申报与评优评先的诚信承诺制，对通过弄虚作假、暗箱操作等违纪违规行为取得的职称，一经查实，一律予以撤销，并记入诚信档案。

#### 5.科研成果数据核查制度

(1)常规核查：科教部以3至5年为一个周期，对全院重要学术论文等科研成果开展全覆盖数据核查，重点核实数据的真实性、可重复性和原始记录

的可追溯性。

(2)专项核查：对短期内发表多篇论文、取得多项专利的人员，或对引发社会质疑的科研成果，启动专项核查机制。

#### 6.学术期刊预警制度

科教部建立预警期刊和“黑名单”期刊目录，定期通过邮箱、官网等渠道向全院公布。对在预警期刊上发表的论文，在职称评定、科研奖励、项目申报中予以减分或不予认定；严禁在“黑名单”期刊上发表论文，一经发现，取消相关奖励并通报批评。

#### (四)学术不端行为的调查与处理

医院设立反对学术不端办公室，挂靠在科教部，负责受理学术不端行为举报，办公室地址：行政办公区 46-28 房间，举报电话：025-66987104、举报邮箱：kej@njtrh.org。受理、调查、处理学术不端行为流程详见《反对学术不端管理制度》（NJTR-KJ2-013）。

#### (五)学术道德规范教育与培训

1.将科研诚信教育纳入新职工入职、研究生入学、住院医师规范化培训的必修课程。

2.每年至少组织一次全院范围的科研诚信专题讲座或警示教育活动。

3.项目负责人在课题申报前需签署《科研诚信承诺书》，论文投稿前需签署《学术论文投稿承诺书》。

(六)本制度如与国家及地方最新法律法规相抵触的，以国家和地方法规为准。

四、本制度解释权归科教部所有。



文件编号： NJTR-KJ2-013	制定日期： 2021-04
文件名称： 反对学术不端管理制度	修订日期： 2026-01
适用范围： 全院	修订版次： 第3版
制定部门： 科教部	审核者： 何双八
制定/修订人： 丁振琴	签发： 杨庆松
执行日期： 2026-02	

## 反对学术不端管理制度

### 一、目的

为规范学术行为，坚持学术诚信，维护学术道德，促进医院学术创新与繁荣，贯彻《关于进一步加强科研诚信建设的若干意见》精神、根据《中华人民共和国科学技术进步法》等法律法规及教育部、卫健委等有关规章规定，结合医院实际，制定本制度。

### 二、适用范围

本办法适用于医院所有员工以及以医院名义从事学术活动的进修生、研究生、实习生等。

### 三、制度内容

#### （一）学术不端行为行为认定

学术不端行为即科研失信行为，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，参照《科研失信行为调查处理规则》（国科发监〔2022〕221号），主要包括：(1)抄袭剽窃、侵占他人研究成果或项目申请书；(2)编造研究过程、伪造研究成果，买卖实验研究数据，伪造、篡改实验研究数据、图表、结论、检测报告或用户使用报告等；(3)买卖、代写、代投论文或项目申报验收材料等，虚构同行评议专家及评议意见；(4)以故意提供虚假信息等弄虚作假的方式或采取请托、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（专项、基金等）项目、科研经费、奖励、荣誉、职务职称等；(5)以弄虚作假方式获得科技伦理审查批准，或伪造、篡改科技伦理审查批准文件等；(6)无实质学术贡献署名等违反论文、奖励、专利等署名规范的行为；(7)重复发表，引用与论文内容无关的文献，要求作者非必要地引用特定文献等违反学术出版规范的行为；(8)其他科研失信行为。。

## （二）学术不端行为处理原则

投诉或者举报、调查学术不端行为应当遵循以事实为依据，处理学术不端行为应当坚持公平、公正、公开的原则，调查和处理应当实行回避制度。

## （三）投诉和受理

1.医院设立反对学术不端办公室，挂靠在科教部，负责受理学术不端行为为举报，办公室地址：行政办公区 46-28 房间，举报电话：025-66987104、举报电话邮箱：kej@njtrh.org。

2.任何单位和个人，有权向反对学术不端办公室投诉或者举报学术不端行为。对学术不端行为的投诉或者举报，应当实行实名制度。投诉或者举报人要求保密的，应为其保密。

2.投诉或者举报可以采用来访、信函、电话或者电子邮件等形式。投诉或者举报应当有明确的被投诉人或者被举报人，有学术不端行为的基本事实并提供相关证据材料。

3.本制度规定的学术不端行为的投诉或者举报，医院学术委员会应当受理。匿名投诉或者举报，医院学术委员会将视其投诉或者举报是否具有实质性内容决定受理与否，但不对匿名投诉或者举报人的投诉负责；网络上匿名投诉或者举报的，不对其作出回复。

4.个人或者单位提出的下列投诉或者举报，不受理：①无明确的被投诉人或者被举报人；②无具体事实和依据的投诉或者举报；③与医院员工学术不端行为无关的投诉或者举报；④属于学术争论问题的投诉或者举报。

## （四）调查与认定

1.医院学术委员会办公室接到直接投诉或者举报，或者接到其他部门转来的投诉或者举报后，应当指定学术委员会进行调查核实。

2.调查组成员，应当由不得少于 5 人的单数组成，其中同行专家不得少于 3 人。

3.调查组应当分别听取举报人和被举报人的陈述，匿名举报不能确定举报人的，听取被举报人的陈述；调查组在完成调查工作后，应当形成书面调查报告，并提交医院学术委员会。

4.学术委员会将书面调查报告送达举报人和被举报人；匿名举报的，不送达。

5.举报人和被举报人可以在书面调查报告送达之次日起15个工作日内，用书面形式提出意见。

如有异议，医院学术委员会可以要求相关单位进行补充调查，或者根据需要由医院学术委员会成立调查组，进行复查。

6.医院学术委员会、调查组成员存在下列情况之一，应当回避；举报人或者被举报人也有权向学术委员会提出回避申请：①与举报人或者被举报人存在近亲属关系；②与处理结果存在利害关系；③与举报人或者被举报人有其他关系，可能影响公正处理的。回避申请应在审议开始前以书面形式提出。学术委员会在对书面回避申请做出决定之前，暂停对有关问题的审议。

7.根据医院学术委员会章程规定，学术委员会召开全体委员会会议，对调查组提交的调查报告进行审议，以决议形式做出学术不端行为的事实认定与处理建议。

学术委员会做出决议应当以无记名方式，经到会委员的三分之二以上同意方可通过。

8.通过的学术委员会关于学术不端行为事实认定与处理建议的决议，经主任委员签署后，上报院办公会作出处理决定。

9.在受理举报、获取证据、调查处理过程中，医院及相关单位应当采取有效措施，保护举报人、证人和被举报人的合法权益。

### （五）处理与问责

1.对学术不端行为的处理，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。

2.对被认定为存在学术不端行为的人员，学术委员会视其情节及影响，提出如下处理建议：

①通报批评；②警告；③记过；④降低专业技术职务等级、撤销专业技术职务或者行政职务(降低岗位等级或者撤职)；⑤开除或者解聘；⑥终止或者撤销相关的科研项目，撤销学术奖励、荣誉称号，并在一定期限内取消申请

资格；⑦法律法规及规章规定的其他处理。

以上处理建议，可单独提出一项处理建议，也可以①至⑤之一项与⑥项合并提出处理建议；对于情节轻微、未造成严重后果的学术不端行为可以免于处理，由学术委员会以约谈形式对被举报人进行批评教育。

3.以医院名义从事学术活动的进修生、实习生、研究生等人员发生学术不端行为的，终止其进修、学习等相关资格，并将违规情况通报其所在单位。

4.对学术道德和学术规范管理不力、学术不端行为监察渎职的科室，将通报批评，限期整改，并纳入年终考核。

5.对于侵犯他人著作权、名誉权或者专利权的，依照《民法通则》、《著作权法》和《专利法》等有关法律规定处理。

6.被举报人有下列情形之一的，可以从轻处理：

- (1)主动承认错误并积极配合调查的；
- (2)主动消除或者减轻不良影响的；
- (3)其他可以从轻处罚的情形。

7.被举报人有下列情形之一的，应当从重处理：

- (1)藏匿、伪造或者销毁证据等干扰、妨碍调查工作的；
- (2)打击、报复举报人或者调查人员的；
- (3)涉及多种、多次学术不端行为的；
- (4)有组织实施学术不端行为的；
- (5)其他应当从重处罚的情形。

8.对于恶意诬告的举报人，学术委员会经调查核实，可以向有关单位提出追究责任的处理建议。

9.根据院办公会处理决定，相关部门按照行政或者组织规定程序做出具体处分事宜，处分决定书应送达被举报人和被举报人所在单位。

10.在医院做出处分或者组织处理决定前，除公开听证会外，一切程序和资料均需保密，所有涉及相关工作的人员不得泄露调查和处理情况。

11.被举报人对处分决定不服的，可以向医院有关申诉机构提出申诉或者也可以直接向上一级卫生行政机关提出申诉，申诉期内不停止处理决定的执

行。如果确有处分不当，将由给予处分的部门按照相关程序，予以纠正。

四、本制度解释权归科教部所有。

五、本版本修订内容。

- 1.规范学术不端行为定义和分类。
- 2.完善制度内容。



文件编号：	NJTR-KJ2-030	制定日期：	2017-09
文件名称：	组织学术会议管理制度	修订日期：	2026-01
适用范围：	全院	修订版次：	第4版
制定部门：	科教部	审核者：	何双八
制定/修订人：	丁振琴	签发：	杨庆松
		执行日期：	2026-02

## 组织学术会议管理制度

### 一、目的：

为加强医院学术会议的组织管理，确保活动规范、有序地开展，特制定本制度。

### 二、适用范围：

本制度适用于以下学术会议：

1.经批准的国家级、省级、市级继续医学教育项目及以学术交流为目的举行的相关研讨会、沙龙等，该类活动具有持续时间较长（超过半天）、课程多样、院外学员为主等特点（以下简称学习班）；

2.根据医院及科室发展计划要求，邀请院内外专家进行交流的学术会议，该类会议具有短暂（不超过半天）、课程主题鲜明单一、院内学员为主等特点（以下简称学术讲座）。

### 三、制度内容：

#### （一）学术会议的管理部门

1.科教部是医院学术会议的组织管理部门，负责学术会议的项目管理、学分管理和经费管理，并协助主办科室组织会议的落实包括但不限于课程的确定、专家、学员的邀请和接待、会务的组织等。

2.品牌宣传部负责学术会议的宣物料准备、现场拍照、宣传报道的发布等。

3.医院成立由科教部、财务部、主办科室组成学术会议经费管理小组，财务部主任任组长，负责学术会议的经费使用监督。

## (二) 学术会议的组织流程

### 1. 学习班组织流程

该类学术会议需提前 2 个月由项目负责人提出会议举办申请并提交会议预算。科教部接到举办申请后一周内，组织相关部门召开协调会，形成学术会议推进日程及任务分工，并定期召开日程推进反馈会，直至项目顺利召开，并指导主办科室完成项目执行情况上报和项目备案。

### 2. 学术讲座组织流程

科室提前 1 个月提出讲座计划，由科教部统筹，拟订讲座日程，组织院内医务人员参加学习、交流，并协助申请科室做好专家的接待安排。

## (三) 学术会议经费管理

1. 学术会议经费是为了保证各类学术会议顺利开展而发生的费用，包括专家讲课费、交通费、住宿费、宣传物料费、餐费、会场费、办公用品、茶歇等。

2. 学术会议经费管理小组，负责会议预决算的制定、审批、经费的使用监督。学术会议经费来源包括社会赞助、专项经费、医院成本费用等，会议预算经批准后方可执行，经费使用需秉持“专款专用、开源节流、量入为出”的原则。

3. 医院鼓励科室积极组织各类学术会议，提升学术影响力，给予主办会议的科室不超过预/决算总金额 70% 的经费支持。

### 4. 学术会议各类经费标准建议

#### (1) 专家讲课费用标准如下：

专家类别	类别释义	讲课费标准（税后）
国内知名专家	国家级学会任职、省级学会主任、副主任委员	≤5000 元/次
省内知名专家	省级学会任职，市级学会主任、副主任委员	≤3000 元/次
省内专家	高级职称、省市学会委员	≤2000 元/次

(2) 餐费标准如下：学员餐费≤30 元/每餐/人、专家餐费≤150 元/每餐/人、会餐晚宴标准≤1500-2000 元/桌。

(3)专家交通、住宿、宣传、办公用品及茶歇等费用实报实销。

5.项目结束后，项目负责人应在 15 天内按批准的预算，根据实际支出情况制定决算表，并将决算表以及相关发票、签收单等提交科教部审核，再由财务部审核，结清所有费用。

6.学术会议接受企业资助规范：

(1)接受企业资助的，必须签订书面协议，明确资助用途（场地、餐饮、物料等）；

(2)严禁以会议费、讲课费名义套现或变相输送利益；

(3)会议资料留存：会议通知、签到表、课件、照片、经费使用明细、企业相关证照等存档备查不少于 3 年。

7.学术会议禁止性规定

(1)严禁医务人员私自以医院名义与企业合作举办学术会议。

(2)严禁将学术会议委托给无资质的第三方会务公司。

(3)严禁在学术会议期间安排棋牌、景区游览等与学术无关活动。

(4)严禁以学术交流为掩护，统计、提供处方数据。

(5)严禁以学术会议、科普讲座为名进行产品引流、带货、营销。

(6)严禁在网络平台发布变相广告或以患者形象背书。

四、本制度解释权归科教部所有。

五、本版本修订内容。

1.增加“学术会议接受企业资质规范”和“学术会议禁止性规定”。

2.完善制度内容。



文件编号：NJTR-XX2-007		制定日期：2014年
文件名称：信息安全管理制度的		修订日期：2026-01
适用范围：全院		修订版次：第5版
制定部门：信息部	审核者：张竞	执行日期：2026-02
制定/修订人：张伟	签发：杨庆松	

## 信息安全管理制度的

### 目录

一、总则 .....	1212
二、信息安全范围 .....	1212
三、信息安全总体目标 .....	1212
四、信息安全方针 .....	1212
五、信息安全策略 .....	1213
(一) 安全管理制度策略 .....	1213
(二) 安全管理机构策略 .....	1214
(三) 人员安全策略 .....	1214
(四) 系统建设策略 .....	1216
(五) 系统运维策略 .....	1217
(七) 主机安全策略 .....	1219
(八) 网络安全策略 .....	1220
(九) 应用安全策略 .....	1221
(十) 数据安全和备份恢复策略 .....	1221
(十一) 监测预警与应急管理策略 .....	1222
(十二) 教育培训与考核策略 .....	1223
六、本制度解释权归信息部。 .....	1223
七、本版本修订内容包括： .....	1223

### 一、总则

为了贯彻落实《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》《医疗卫生机构网络安全管理办法》等法律法规要求，建立健全南京同仁医院的信息安全管理体系，确定信息安全方针和目标，对信息安全风险进行有效管理，确保全体职工理解并遵照信息安全管理制度的相关规定执行，改进信息安全管理制度的有效性，特制定本制度汇编。

本制度适用于全院所有信息安全管理活动。

### 二、信息安全范围

信息安全策略涉及的范围包括：

1. 南京同仁医院全体职工。
2. 各项业务系统，包括医院 HIS/EMR/PACS 系统/体检系统/手麻系统/图文系统等应用系统、基础网络系统、互联网系统、电子邮件系统、办公系统等。
3. 现有信息资产，包括与上述业务系统相关的数据、硬件、软件、服务及文档等。
4. 办公场所和上述信息资产所处的物理位置。

### 三、信息安全总体目标

通过建立健全南京同仁医院各项信息安全管理制度的、加强医院职工的信息安全培训和教育工作的、制定适合信息的安全风险控制措施，有效控制信息系统面临的安全风险，保障信息系统的正常稳定运行，确保患者诊疗信息的安全性、完整性、可用性。

### 四、信息安全方针

1. 总经理领导定期组织相关人员召开信息安全会议，对有关的信息安全重大问题做出决策。
2. 清晰识别所有资产，实施等级标记，对资产进行分级、分类管理，并编制和维护所有重要资产的清单。

3. 综合使用访问控制、监测、审计和身份鉴别等方法来保证数据、网络、信息资源的安全，并加强对外单位人员访问信息系统的控制，降低系统被非法入侵的风险。
4. 启用服务器操作系统、网络设备、安全设备、应用软件的日志功能，定期进行审计并作相应的记录。
5. 明确全体职工的信息安全责任，所有职工必须接受信息安全教育培训，提高信息安全意识。针对不同岗位，制定不同等级培训计划，并定期对各个岗位人员进行安全技能及安全认知考核。
6. 建立安全事件报告、事故应答和分类机制，确定报告可疑的和发生的信息安全事故的流程，并使所有的职工和相关方都能理解和执行事故处理流程，同时妥善保存安全事件的相关记录与证据。
7. 对用户权限和口令进行严格管理，防止对信息系统的非法访问。
8. 制定完善的数据备份策略，对重要数据进行备份。数据备份定期进行还原测试，备份介质与原信息所在场所应保持安全距离。
9. 与外单位的外包（服务）合同应明确规定合同参与方的安全要求、安全责任和相关规定等相关安全内容，并采取相应措施严格保证对协议安全内容的执行。
10. 在开发新业务系统时，应充分考虑相关的安全需求，并严格控制对项目相关文件和源代码等敏感数据的访问。
11. 定期对信息系统进行风险评估，并根据风险评估的结果采取相应措施进行风险控制。
12. 上述方针由南京同仁医院总经理批准发布，并定期评审其适用性和充分性，必要时予以修订。

## 五、信息安全策略

### （一）安全管理制度策略

1. 信息安全领导小组统一制定信息安全工作的总体方针和安全策略，说明安全工作的总体目标、范围、原则和安全框架，形成由安全策略、管理制度、操作规程等构成的全面的信息安全管理制度体系。

2. 信息部负责信息安全管理制度的制定，安全管理制度应具有统一的格式和版本控制，同时并组织相关人员对制定的安全管理制度进行论证和审定，并通过平台进行发布。
3. 信息安全领导小组负责定期组织相关部门和相关人员对安全管理制度体系的合理性和适用性进行审定，对存在不足或需要改进的安全管理制度进行修订。

### （二）安全管理机构策略

1. 成立指导和管理信息安全工作的委员会或领导小组，全面负责信息安全工作。
2. 信息部作为信息安全管理工作的职能部门，并设立安全管理员、系统管理员、网络管理员等岗位，并定义各岗位的职责。
3. 针对系统变更、重大操作、物理访问和系统接入等事项建立审批程序，按照审批程序执行审批过程，对重要活动建立逐级审批制度，并定期审查审批事项，及时更新需授权和审批的项目、审批部门和审批人等信息，并记录审批过程并保存审批文档。
4. 加强组织内部的合作与沟通，定期召开协调会议，共同协作处理信息安全问题，并加强外联单位（兄弟单位、电信、公安局、业界专家、专业安全公司、安全组织等）合作与沟通，并制定外联单位联系列表。
5. 制定安全审核和安全检查制度，规范安全审核和安全检查工作，定期按照程序进行安全审核和安全检查活动。

### （三）人员安全策略

1. 行政人事部负责员工录用，严格规范人员录用过程，对被录用人的身份、背景、专业资格和资质等进行审查，对其所具有的技术技能进行考核，并签署保密协议。
2. 信息部员工应根据岗位职责要求严格履行其安全角色和职责，主要包括：保护资产免受未授权的访问、泄漏、修改、销毁或干扰，执行特定的安全过程或活动，报告安全事件或其他风险。安全角色和职责必须清晰的传达给所有职工，确保他们能清楚各自的安全责任。

3. 建立严格的员工授权管理制度，包括内部人员授权管理、外包人员授权管理和授权变更管理。根据人员身份和岗位性质，设立严格的登录和操作权限。
4. 外包人员授权管理应由信息安全小组组长授权，做好实名登记、人员背景审查、保密协议签署等工作。临时维护需求可临时授权后补充授权记录。
5. 定期对各个岗位的人员进行安全技能及安全认知的考核，对关键岗位的人员要进行全面、严格的安全审查和技能考核。
6. 外单位人员在访问中心信息部设施前必须签署保密协议，保密协议内容包括外单位人员访问信息资产的权利、承担的安全责任、违反职责要承担的后果等。负责接待人员或部门要保证外单位人员了解保密协议的条款和内容，并同意协议规定的权利和责任。
7. 信息部主任主要领导承担管理职责，保证所有职工和外单位人员能按照安全方针、策略和程序进行日常工作。管理职责包括使所有职工和外单位人员清晰了解各自的安全角色和安全职责、提高他们的安全意识和安全技能等。
8. 定期对所有职工进行安全培训，培训内容包括安全方针、策略、程序、信息设施正确使用方法、安全意识等。根据人员的安全角色和职责制定不同的培训计划，保证所有职工和外单位人员能认识到信息安全问题和信息安全事件，并能按照各自的安全角色履行安全职责。
9. 制定正式的纪律处理过程，来严肃处理安全违规的职工，并威慑其他职工，防止他们违反安全策略、程序和其他安全违规。纪律处理要正确、公平，要根据违规的性质、重要性和对业务的影响等因素区别对待。
10. 当职工离职或调离其他岗位、外单位人员合同期满时，立即终止原来的安全角色和安全职责，并通知中心所有职工，使所有职工能及时清楚人员的变化。

11. 当职工离职或调离其他岗位、外单位人员合同期满时，及时归还其使用的资产，如设备、软件、文件、访问卡、电子资料等，防止对资产的非授权使用，及时删除其对信息和信息系统及设施的访问权限。

### （四）系统建设策略

1. 信息系统建设前，应明确信息系统的边界和安全保护等级，并明确说明信息系统为某个安全保护等级的方法和理由，同时组织相关部门和有关安全技术专家对信息系统定级结果的合理性和正确性进行论证和审定，并确保信息系统的定级结果经过相关部门的批准。
2. 信息安全领导小组负责对信息系统的安全建设进行总体规划，制定近期和远期的安全建设工作计划；根据信息系统的等级划分情况，统一考虑安全保障体系的总体安全策略、安全技术框架、安全管理策略、总体建设规划和详细设计方案，并形成配套文件。
3. 应组织相关部门和有关安全技术专家对总体安全策略、安全技术框架、安全管理策略、总体建设规划、详细设计方案等相关配套文件的合理性和正确性进行论证和审定，并且经过批准后，才能正式实施。
4. 负责安全产品的采购，确保安全产品采购和使用符合国家的有关规定，而密码产品采购和使用符合国家密码主管部门的要求，在采购前应预先对产品进行选型测试，确定产品的候选范围，并定期审定和更新候选产品名单。
5. 业务系统的开发、测试和运行设施要分离并进行控制，控制措施包括敏感数据不能拷贝到测试系统环境中、禁止开发和测试人员访问运行系统及其信息等，以减少对运行设施及其信息的未授权访问和带来的潜在风险。
6. 定期根据外包服务协议中的安全要求，监视、评审由外单位提供的服务、报告和记录，监督协议规定的信息安全条款和条件的严格执行。监视、评审内容包括监视服务执行效率，评审服务报告，审查外包服务的安全事件、操作问题、故障、失误追踪和破坏的记录。
7. 授权专门的部门或人员负责项目实施过程的管理，项目实施前应制定详细的项目实施方案控制实施过程，并要求项目实施单位能正式地执行安全项

目过程，并制定项目实施方面的管理制度，明确说明实施过程的控制方法和人员行为准则。

8. 新业务系统或升级版本在正式上线前，要进行合适的测试，并根据验收要求和标准进行正式的验收，以证实全部验收准则完全被满足。
9. 系统建设完成后应制定详细的系统交付清单，并根据交付清单对所交接的设备、软件和文档等进行清点；应提供系统建设过程中的文档和指导用户进行系统运行维护的文档，同时对负责系统运行维护的技术人员进行相应的技能培训。
10. 信息部负责管理系统定级的相关材料，并控制这些材料的使用；将系统等级及相关材料报系统主管部门和相应公安机关备案。
11. 信息部负责等级测评的管理，并在系统运行过程中，对3级信息系统应每年进行一次等级测评，应选择具有国家相关技术资质和安全资质的测评单位，发现不符合相应等级保护标准要求的及时整改；同时在系统发生变更时及时对系统进行等级测评，发现级别发生变化的及时调整级别并进行安全改造，发现不符合相应等级保护标准要求的及时整改。
12. 在选择安全服务商时应符合国家的有关规定，并与选定的安全服务商签订与安全相关的协议，明确约定相关责任，同时确保选定的安全服务商提供技术培训和承诺，必要的与其签订服务合同。
13. 按照“一个中心（安全管理中心），三重防护（安全通信网络、安全区域边界、安全计算环境）”的要求，落实网络安全保护措施。应用大数据、人工智能等新技术开展服务时，上线前应评估新技术的安全风险。

### （五）系统运维策略

1. 所有的资产要指定专人负责，并对责任人赋予相应的职责，确保所有资产都可以核查。
2. 根据资产的重要性、业务价值、依赖程度，对所有资产进行分类、分级，编制资产的清单。对资产清单妥善保管，并在资产变更时及时更新清单，确保可以对资产进行有效的保护。

3. 应对磁带、磁盘、闪存、可移动硬件驱动器、CD、DVD、打印媒体等进行有效的管理，防止非授权的使用和破坏。对可移动存储介质的管理包括所有介质应存储在符合制造商说明的安全、保密环境中，使用介质要进行授权、登记并追踪审计等。
4. 应对不再需要的介质进行安全处置，降低介质敏感信息泄漏给未授权人员的风险。
5. 应对信息系统相关的各种设备（包括备份和冗余设备）、线路等指定专门的部门或人员定期进行维护管理。
6. 应建立配套设施、软硬件维护方面的管理制度，对其维护进行有效的管理，包括明确维护人员的责任、涉外维修和服务的审批、维修过程的监督控制等，应确保信息部设备必须经过审批才能带离机房或办公地点。
7. 应对通信线路、主机、网络设备和应用软件的运行状况、网络流量、用户行为等进行监测和报警，形成记录并妥善保存；同时组织相关人员定期对监测和报警记录进行分析、评审，发现可疑行为，形成分析报告，并采取必要的应对措施。
8. 指定专人对网络和主机进行恶意代码检测并保存检测记录；定期检查信息系统内各种产品的恶意代码库的升级情况并进行记录，对主机防病毒产品、防病毒网关和邮件防病毒网关上截获的危险病毒或恶意代码进行及时分析处理，并形成书面的报表和总结汇报。
9. 应建立变更管理制度，系统发生变更前，制定变更方案，同时向主管领导申请，变更和变更方案经过评审、审批后方可实施变更，并在实施后将变更情况向相关人员通告。
10. 遵照信息安全事故报告机制，报告可能对中心的信息资产安全造成影响的不同种类的安全事故和弱点，并确保所有的职工、合同方和外单位人员都遵守执行这套报告程序。
11. 对安全事故进行分类和分级，及时对信息安全事故的类型、频率和影响等进行评估，并采取适当措施防止事故再次发生。

12. 建立应急预案，在统一的应急预案框架下制定不同事件的应急预案，应急预案框架应包括启动应急预案的条件、应急处理流程、系统恢复流程、事后教育和培训等内容；同时应从人力、设备、技术和财务等方面确保应急预案的执行有足够的资源保障。

### （六）物理安全策略

1. 运行监控室负责机房安全，并配备机房安全管理人员，对机房的出入、服务器的开机或关机等工作进行管理。
2. 信息部应定期对机房供配电、空调、温湿度控制等设施进行维护管理。
3. 建立机房安全管理制度，对有关机房物理访问，物品带进、带出机房和机房环境安全等方面的管理作出规定。
4. 在机房内设置安全防盗报警装置和监控系统来实现防盗、防毁、保障设备的安全。
5. 按照相关设计规范和技术要求，在机房设计和建设中做好静电防护设施、防雷装置和接地保护系统。
6. 必须建立警报系统，在发现擅自进入受控区域时发出警报。
7. 对于重要的数据要进行备份，备份数据的存放位置应符合 GBJ45-82 中规定的一级耐火等级，符合防火、防高温、防水、防震等要求；定期对备份数据进行检查，保证其可用性。

### （七）主机安全策略

1. 信息部应指定专人对系统进行管理，划分系统管理员角色，明确各个角色的权限、责任和风险，权限设定应当遵循最小授权原则；并建立系统安全管理制度，对系统安全策略、安全配置、日志管理和日常操作流程等方面作出具体规定；同时依据操作手册对系统进行维护，详细记录操作日志，包括重要的日常操作、运行维护记录、参数的设置和修改等内容，严禁进行未经授权的操作。
2. 应提高全体用户的防病毒意识，安装防病毒软件，及时告知防病毒软件版本，在读取移动存储设备上的数据以及网络上接收文件或邮件之前，先进

行病毒检查，对外来计算机或存储设备接入网络系统之前也应进行病毒检查。

3. 当因内外部审核、软件开发、软件安装或其他规定需求而需要特殊的访问账号时，账号必须被授权；创建的日期期限必须明确；工作结束时此账号必须删除。
4. 所有账号都必须使用分配的用户进行唯一性标识。
5. 派专人负责删除个人账号；必须将修改用户账号相关信息的过程文件化；必须定期评审现有账号的有效性，并将此过程文件化。
6. 操作系统应遵循最小安装的原则，仅安装需要的组件和应用程序，并通过设置升级服务器等方式保持系统补丁及时得到更新。
7. 应定期的对服务器和重要客户端上的每个操作系统用户和数据库用户进行审计，审计内容包括重要用户行为、系统资源的异常使用和重要系统命令的使用等系统内重要的安全相关事件。
8. 在访问操作系统过程中，对于不活动的会话必须设定在一个不活动周期后关闭，以防止未授权人员访问和拒绝服务攻击。
9. 记录系统管理员和系统操作员的操作日志，并定期评审这些日志信息。系统管理员和系统操作员的日志应包括事件发生的时间，涉及的帐号和管理员或操作员，事件或故障的信息内容等信息。

### （八）网络安全策略

1. 建立网络安全管理制度，对网络安全配置、日志保存时间、安全策略、升级与打补丁、口令更新周期等方面作出规定；同时应指定专人对网络进行管理，负责运行日志、网络监控记录的日常维护和报警信息分析和处理工作；应实现设备的最小服务配置，并对配置文件进行定期离线备份；
2. 应定期对网络系统进行漏洞扫描，对发现的网络系统安全漏洞进行及时的修补；应根据厂家提供的软件升级版本对网络设备进行更新，并在更新前对现有的重要文件进行备份。

3. 应保证所有与外部系统的连接均得到授权和批准；并依据安全策略允许或者拒绝便携式和移动式设备的网络接入；同时定期检查违反规定上网或其他违反网络安全策略的行为。
4. 计算机设备如果无人值守必须启动口令保护（屏保或注销）。
5. 网络基础设施支持一系列合理定义的、被认可的网络协议，使用任何未经认可的协议都必须经过批准。
6. 防火墙必须按照防火墙实施规范文件进行安装和配置。
7. 未经批准不可以安装路由器、交换机、集线器或者无线访问端口。
8. 在未经批准的情况下，用户不得安装网络硬件或软件提供网络服务。
9. 在网络边界、安全域之间使用防火墙或 VLAN 进行逻辑隔离和访问控制，使用网络安全审计系统对网络访问行为进行记录、监视和回放，保证对网络进行充分的管理和控制，防止威胁的发生，维护业务系统和信息的安全。
10. 记录日志的设施和日志信息应加以保护，防止被篡改和未授权访问。

### （九）应用安全策略

1. 所有访问应用的账号都必须使用分配的用户进行唯一性标识。
2. 基于各个业务应用要求，应严格限制用户对信息和应用系统功能的访问权限，防止对信息系统的未授权访问。
3. 对应用系统进行安全访问的控制。
4. 对应用系统自身产生的日志文件与系统日志进行审计，记录用户活动、异常和信息安全事件的日志信息，并保留一定的时间，以支持将来的调查和审计。

### （十）数据安全和备份恢复策略

1. 要建立备份与恢复管理相关的安全管理制度，对备份信息的备份方式、备份频度、存储介质和保存期等进行规范。
2. 应采用加密或其他保护措施实现系统管理数据、鉴别信息和重要业务数据传输和存储的保密性。
3. 制定详细的备份策略，使用足够的备份设施，定期对业务数据进行备份，确保业务数据在灾难或媒体故障后能及时进行恢复。

4. 建立患者诊疗信息保护制度，不得出售或擅自向他人提供患者诊疗信息。未经患者本人许可，不得将其疾病及相关隐私信息传播给他人。
5. 建立主数据双备份制度，重要数据同时进行本机备份和异地备份。核心业务系统数据保护 RPO $\approx$ 0 分钟，RT0 $\leq$ 30 分钟。
6. 每年对数据资产进行全面梳理，依据数据的重要程度以及遭到破坏后的危害程度建立本单位数据分类分级标准。患者诊疗信息属于敏感数据，应重点保护。
7. 加强数据收集、存储、传输、处理、使用、交换、销毁全生命周期安全管理。

数据收集：遵循合法、正当、必要的原则，明确数据收集合法性管理责任。

数据存储：重要数据在境内存储，采取备份、加密措施。

数据传输：明确不同安全级别数据的加密传输要求，加强接口安全控制。

数据使用：建立数据使用申请及批准流程，遵循“谁主管、谁审查”原则。

数据销毁：废止设备中的数据应安全处置，防止数据泄露。

### （十一）监测预警与应急管理策略

1. 建立 7×24 小时网络安全监测预警处置机制，依托国家网络安全信息通报机制，加强本单位网络安全通报预警处置力量建设。探索态势感知平台建设，及时收集、汇总、分析网络安全信息。

2. 每年开展文档核验、漏洞扫描、渗透测试等多种形式的自查，及时发现可能存在的问题和隐患，并按要求将安全自查整改情况报上级卫生健康行政部门。

3. 建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制，制定应急预案。预案应包括组织机构、工作原则、应急措施、运营应急措施等内容。

4. 每年至少组织一次覆盖多部门的实战化应急演练，检验和完善预案，提高实战能力。

5. 信息安全事故发生后，应按事件分级标准及时启动应急响应，采取隔离、阻断、恢复等措施，并按规定向主管部门和公安机关报告。

6. 应急结束后，应在 7 日内完成事件调查与总结评估，分析原因，明确

责任，提出整改措施。

## （十二）教育培训与考核策略

1. 加强数据安全教育培训，组织安全意识教育和数据安全管理制度宣传培训。新员工入职应进行信息安全培训。

2. 相关人员每年度签署保密协议，明确信息保密责任。

3. 建立信息安全事故责任管理、追溯机制。对因违规操作、管理失职导致信息安全事件的，依据医院相关规定严肃追责。

六、本制度解释权归信息部。

七、本版本修订内容包括：

信息安全策略，（十）数据安全和备份恢复策略新增数据生命周期管理条款；同时新增（十一）监测预警与应急管理策略和（十二）教育培训与考核策略。



文件编号: NJTR-HQ2-026		制定日期: 2016-03
文件名称: 太平间工作制度		修订日期: 2026-01
适用范围: 全院		修订版次: 第5版
制定部门: 后勤部	审核者: 张宁	执行日期: 2026-03
制定/修订人: 高景川	签发: 杨庆松	

### 太平间工作制度

#### 一、目的

为加强医院太平间的规范化、标准化管理, 确保遗体妥善保管与相关工作安全、有序运行, 防范各类差错及事故发生, 特制定本制度。

#### 二、适用范围

本制度适用于南京同仁医院太平间的管理。

#### 三、制度内容

1. 凡在本区医院死亡的遗体(包括外省、市)一律凭医院出具的医学死亡证明书及时通知江宁区殡仪馆接运, 特殊原因确需将遗体运回原籍地或居住地的, 应当经江宁区民政局批准, 未经批准, 任何单位和个人不得将遗体外运。

2. 医院太平间要保持干净整洁。禁止在太平间内设置灵堂, 举行悼念等殡仪活动, 严禁进行烧纸扎、烧冥币等封建迷信活动。

3. 医院太平间管理人员应遵守职业道德, 热情为死者及其家属服务, 保持遗体完好无损, 不准向丧户索取馈赠, 勒索钱物, 严禁向丧户搭售丧葬用品和强行为死者穿衣整容。

4. 太平间管理人员要做好登记、统计工作, 按时完成月报表, 认真填写报表中的各项内容, 建立死亡人员档案并长期保存。

5. 医院太平间必须服从医院行政管理部门的管理, 接受区殡葬管理部门的监督, 凡有违规行为的, 一经查实, 严肃处理。

#### 四、本制度解释权归后勤部。