

# 中共长沙市中医医院(长沙市第八医院)委员会文件

长中医党发〔2025〕34号



## 中共长沙市中医医院(长沙市第八医院)委员会 长沙市中医医院(长沙市第八医院) 关于印发《医院行风建设管理办法》等14个行风 管理核心制度的通知

各党支部、各科室：

为贯彻落实国家卫生健康委员会、国家中医药管理局、国家疾病预防控制局《关于印发全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）》（国卫医急发〔2024〕22号）文件精神，健全完善医院行风管理工作体系，强化行风核心制度建设，营造风清气正的行业氛围，结合医院实际，制定《医院行风建设管理办法》等14个行风管理核心制度，现印发给你们，请遵照执行。

附件：1.医院行风建设管理办法

- 2.党委领导下的院长负责制
- 3.利益冲突回避制度
- 4.关键岗位权力清单管理制度
- 5.大额采购监管制度
- 6.内部重大经济活动管理制度
- 7.行风情况分析研判制度（试行）
- 8.行风教育制度
- 9.专业技术人员权责管理制度
- 10.临床用药动态监控和超常预警制度
- 11.处方点评制度及实施细则
- 12.外送样本检测管理制度
- 13.转介患者管理制度
- 14.院外药品调配处方管理制度

中共长沙市中医医院(长沙市第八医院)委员会 长沙市中医医院(长沙市第八医院)

2025年9月25日

# 医院行风建设管理办法

## 第一章 总则

**第一条** 为全面贯彻落实省、市卫生健康委关于医院行风建设工作的各项决策部署及医疗机构“四合理”“九项准则”要求，进一步加强医德医风建设和“清廉医院”建设，规范医院从业人员廉洁行医，营造风清气正的行业作风，构建和谐医患关系，特制定本办法。

**第二条** 本办法适用于医院全体工作人员，包括但不限于在职职工、退休返聘人员、实习进修规培人员和劳务派遣人员。

**第三条** 医院工作人员应当严格遵守医院行风管理核心制度，承担起行风建设的责任和任务，自觉抵制行业不正之风。

## 第二章 组织机构

**第四条** 坚持医院党委对纠风工作的全面领导，充分履行党委领导下的纠风工作职责。以“四合理”“九项准则”“七条禁令”和“医疗机构从业人员行为规范”为重点，坚定不移地将“管行业必须管行风”“谁主管谁负责”的行业作风建设基本要求落到实处。

**第五条** 医院成立行风建设工作领导小组，组长由党政主要负责人担任，为医院行风建设工作第一责任人；成员由其他领导班子成员及总会计师担任。领导小组下设行风管理办公室，由内部监督审计负责人担任主任，党委办主任、医务部主任、护理部

主任任办公室成员，负责日常工作具体组织实施。

**第六条** 行风管理办公室分设医务、护理、行政后勤等3个行风建设小组，由医务部负责临床及医技药人员行风建设工作；由护理部负责护理人员的行风建设工作；由党委办负责行政后勤人员的行风建设工作。

**第七条** 设监督小组，组长由纪委副书记担任，成员由院纪委委员、各党总支、各党支部纪检委员组成。相关组织架构和职责分工见附件。

**第八条** 各科室负责人落实“一岗双责”，为科室行风建设工作第一责任人，坚持业务与行风建设工作同部署、同落实、同管理，对职责范围内的行风建设和纠风工作负主要责任。党总支书记、支部书记对所管辖总支、支部的行风工作负直接领导责任。

### **第三章 奖惩与考核**

**第九条** 行风建设奖惩基本原则

（一）奖励要严格标准，民主公开，树立典型；以精神奖励为主，精神奖励与物质奖励相结合。

（二）惩处要依据事实，惩戒恰当，惩前毖后；有错必纠，执纪必严，坚持纪律面前人人平等。

**第十条** 在行业作风、医德医风、师德师风方面表现突出，具有示范引领作用，有下列情形之一的，由行风管理办公室组织上报，经医院党委研究，给予表彰和奖励。对在医德医风建设中表现突出的科室和个人，每年度给予“医德医风（行风）先进科室”和“医德医风（行风）先进个人”进行表彰和奖励。

(一) 坚持优质服务, 以病人为中心, 大力弘扬敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆精神, 在群众中影响广泛的;

(二) 在工作中, 顾全大局, 能正确应对复杂事件, 及时采取有效措施化解矛盾, 使重大事件得到妥善处理;

(三) 敢于同违纪违法行为作斗争, 维护医院正常工作秩序, 事迹突出的;

(四) 在改善服务或管理方面献计献策且被采纳, 成效显著, 贡献突出的;

(五) 其他在行业作风、医德医风、师德师风方面表现特别突出的。

**第十一条** 医务人员经查实存在收受“红包”、回扣等行为的, 由医院对当事人、科室负责人进行约谈, 扣发当事人当月奖励性绩效, 取消当事人年度评优评先、晋职晋级资格, 取消其所在科室及党支部当年评优评先资格。造成严重后果的, 给予组织处理和党纪政纪处分。涉嫌犯罪的, 移送司法机关追究刑事责任。

**第十二条** 对师德失范、学术不端的, 视情节轻重, 给予批评教育、通报批评、诫勉谈话、取消当年评先评优资格。造成严重后果的, 给予组织处理和党纪政纪处分。涉嫌犯罪的, 移送司法机关追究刑事责任。

**第十三条** 已退休(含离休)医务人员以医院名义、品牌或标识等外出开展诊疗活动, 首次违反者由医院对当事人进行约谈, 停止其在医院执业资质; 再次违反者医院将追究当事人侵权责任。

**第十四条** 医院根据收集的行风问题立行立改, 对于限期整

改及持续整改的风险点，相关部门修订与完善规章制度与流程，杜绝隐患，防止类似的行风问题出现，从而建立行风管理长效机制。

**第十五条** 医院将行业作风、医德医风奖惩情况纳入年度考核、绩效考核、医德考评定期考核的重要内容，作为职称晋升、评先评优、干部选拔任用的重要依据。

#### **第四章 行风问题收集处理程序**

##### **第十六条 行风问题线索收集**

###### **（一）投诉举报**

1.行风问题举报电话：工作时间：0731-85259056（医务部）、0731-85259013（内部监督审计部），由专人接听并记录举报内容。非工作时间：0731-85259000，由总值班人员接听并做好记录，书面上报行风管理办公室，由行风管理办公室协同行风建设小组负责调查处理。

2.举报信箱：在医院门诊大厅设置医德医风举报信箱，定期开箱检查，确保匿名举报的安全性。

3.举报邮箱：行风管理办公室：[csszyyxf@163.com](mailto:csszyyxf@163.com)。

内部监督审计部、医务部、护理部、党委办为受理行风问题线索举报的责任部门，发现医院工作人员有违反本办法第三章规定的情形的，应立即报行风建设工作领导小组办公室处理。

###### **（二）自查与督查**

1.自查自纠：各科室管理组定期开展自查自纠活动，主动发现并纠正内部存在的医德医风问题及风险隐患点。

2.日常督查：行风建设办公室采取随机意见本、行风监督问卷调查、病友座谈会、出院病人电话回访、参与业务大查房等多种方式进行全面监督检查；相关职能部门主动到临床、医技科室及门诊诊疗场所进行督查，及时发现问题。

3.专项督查：根据问题线索及上级部门的要求，由行风管理办公室牵头组织相关部门开展医德医风暨行风问题专项督查。

### **第十七条 行风问题调查与处理**

（一）部门协作、调查取证。行风管理办公室牵头组织相关职能部门负责人进行调查。对于发现的重大或复杂的医德医风问题线索，由行风管理办公室第一时间上报领导小组。

（二）集中处理、责任追究。依法依规进行集中调查处理，对调查、收集的证据集中审核，确保证据的真实性、关联性和合法性，明确问题责任人，依法依规进行处理、责任追究。

（三）处理结果、及时通报。院领导或相关部门负责人对调查经过、处理结果及时通报，起到警示和教育作用。

## **第五章 附则**

**第十八条** 本办法自发布之日起实施。

附件：1-1.行风建设工作领导小组组织架构和职责分工

## 行风建设工作领导小组组织架构和职责分工

### 一、组织架构

#### (一) 行风建设工作领导小组

组长：党政主要负责人

成员：其他领导班子成员及总会计师

#### (二) 行风管理办公室

主任：内部监督审计部负责人

成员：医务部、护理部、党委办负责人

#### (三) 行风建设小组

##### 1. 医务行风建设小组

组长：医务部主任

责任部门：各职能科室、各临床科室、各临床党支部  
负责全院临床及医技药人员行风建设工作。

##### 2. 护理行风建设小组

组长：护理部主任

责任部门：各职能科室、各临床科室、各临床党支部  
负责全院护理人员的行风建设工作。

##### 3. 行政后勤行风建设小组

组长：党委办主任

责任部门：各职能科室、各机关党支部  
负责行政后勤人员的行风建设工作。

#### （四）行风监督小组

组长：纪委副书记

责任部门：院纪委委员、各党总支和各党支部纪检委员  
负责行风建设督导检查工作。

## 二、工作职责

### （一）领导小组职责

1.坚持党委对纠风工作的全面领导，充分履行党委领导下的纠风工作职责。

2.负责贯彻落实国家卫生健康委关于行风建设工作的决策部署，负责统筹规划医院行风建设工作的总体方向和目标，指导医院行风建设工作落实。

3.坚持业务工作与行风工作同部署。

4.定期进行行风专项工作研判和部署，对重大行风工作及时开展专题分析研究。

### （二）行风办公室职责

1.负责承担领导小组的日常事务。

2.负责行风专项行动的组织协调工作。

3.定期开展行风建设监督检查。包括医务人员的医德医风、服务态度、廉洁自律、四合理等方面。对发现的问题及时提出整改意见，并跟踪整改落实情况。

4.负责组织各小组开展医德医风（行风）的考核。

5.完成领导小组交办的其他任务。

### （三）工作小组职责

#### 1. 医务行风建设小组职责

（1）负责全院临床及医技药人员行风建设的日常事务，针对风险隐患至少每半年召开一次专题行风情况分析会议。

（2）负责组织医务人员的医德医风教育培训，增强医务人员的职业道德意识和廉洁从业意识。

（3）负责临床及医技药人员医德医风（行风）的考核。

（4）严格检查医疗行风建设“九项准则”规定的落实情况，重点查处收受红包、收取回扣、推荐患者购买院外药品或医用耗材牟取不正当利益、指定患者到药店购药（医务部备案的除外）、转介患者等损害患者权益和医院信誉的违法违规行为。

（5）负责医院用药监督，保障用药的安全性、有效性、合理性、经济性，对合理用药组织开展巡查督导，制定有针对性的临床用药管理措施。

（6）规范医用耗材购销管理，推动形成合理使用高值耗材长效管理机制。

（7）组织专家对使用高值耗材的住院病历进行专项点评，点评重点为医院确定的重点管理品种、临时采购品种和使用率、使用金额排名前10位的耗材。

（8）定期组织专家对药物使用金额排名前10位的住院病历

进行抽查，本院制剂、大输液及集采药物除外。

(9) 负责制定医保基金专项自查自纠行动方案，并组织落实。

(10) 常态化开展保障医保基金安全自查自纠，并查处医院违规使用医保基金行为，加大处罚力度，并对违规行为进行分析整改。

(11) 开展多种形式的维护医保基金安全的宣传、培训活动。

(12) 建立完善科研内部监督机制。科研合作项目应进行事前风险评估，事中定期检查，事后审计评估。监督机制应包括项目进展报告、经费使用审计、合作方资质审查等，确保科研合作的真实性和合规性。

(13) 科研合作应严格遵守国家相关法律法规，确保合作方资质合法、合同条款合规，避免法律风险。

(14) 负责临床试验项目及合同管理相关工作，做好经费日常管理和规范使用的监督工作。

(15) 建立健全学术会议活动内部管理制度。加强学术会议活动的监督检查，对有不良行为的学术会议活动及时记录上报主管部门。

(16) 加强信息安全管理，规范员工工号管理，防止医药代表利用医院员工工号登录医院相关信息系统进行商业目的的统一方。

## 2. 护理行风建设小组

(1) 负责全院护理人员行风建设的日常事务，针对风险隐患至少每半年召开一次专题行风情况分析会议。

(2) 负责组织护理人员的医德医风教育培训，增强医务人员的职业道德意识和廉洁从业意识。

(3) 负责护理人员的医德医风（行风）的考核。

### 3. 行政后勤行风建设小组

(1) 负责全院行政后勤人员行风建设的日常事务。

(2) 负责组织行政后勤人员的教育培训，增强行政后勤人员的职业道德意识和廉洁从业意识。

(3) 负责行政后勤人员的医德医风（行风）的考核。

### (四) 监督小组职责

1. 负责对医院行风建设中的重点问题、重点部门、重点岗位的监督指导工作。

2. 履行政治监督职责，压紧压实职能部门主体责任和监管职责。

3. 督促和推动职能部门落实医院行风管理核心制度。

4. 严肃查处违纪违法案件，深化推进标本兼治。

## 文件制定/修订说明

制度名称	医院行风建设管理办法	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	为全面贯彻落实省、市卫生健康委关于医院行风建设工作的各项决策部署及医疗机构“四合理”“九项准则”要求，进一步加强医德医风建设和“清廉医院”建设，规范医院从业人员廉洁行医，营造风清气正的行业作风，构建和谐医患关系，特制定本办法。				
制/修订部门	内部监督审计部	参与部门	医务部、护理部、党委办		
部门审核	饶颖	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	黎红	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	11 页		

## 党委领导下的院长负责制

为进一步加强党的领导，贯彻落实公立医院党委领导下的院长负责制，根据中共中央办公厅印发《关于加强公立医院党的建设工作的意见》、国家卫健委党组印发《〈关于加强公立医院党的建设工作的意见〉实施办法》和中共长沙市委组织部、中共长沙市卫生健康委员会党组关于印发《全市公立医院党建工作重点任务》等文件规定，结合医院实际，制定本制度。

一、医院实行党委领导下的院长负责制，院党委发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。实行集体领导和个人分工负责相结合的制度，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施，支持院长依法依规独立负责地行使职权。

二、医院党政领导班子必须以习近平新时代中国特色社会主义思想为统领，增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，全面贯彻党的卫生与健康工作方针政策，落实救死扶伤、立德树人根本任务，健全现代医院管理制度，规范议事决策行为，发挥公立医院综合绩效考核指挥棒作用，不断提高现代医院治理能力和水平，为实现人民满意医院建设目标而努力奋斗。

三、医院制定章程时，应当明确规定医院党委的设置形式、地位作用、职责权限和党务工作机构、经费保障等内容，规定党委研究讨论医院重大问题的机制，把党的领导融入医院治理各环节，使党建工作要求得到充分体现。

四、党委书记主持党委全面工作，负责组织党委重要活动，协调党委领导班子成员工作，督促检查党委决议贯彻落实。党委书记每年向医院党委报告工作。

五、院长在医院党委领导下，作为法定代表人，全面负责医院行政及业务等工作。院长每年年底向医院党委会议述职。

六、本制度自发布之日起施行。

## 文件制定/修订说明

制度名称	党委领导下的院长负责制	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	中共中央办公厅印发《关于加强公立医院党的建设工作的意见》、国家卫健委党组印发《〈关于加强公立医院党的建设工作的意见〉实施办法》和中共长沙市委组织部、中共长沙市卫生健康委员会党组关于印发《全市公立医院党建工作重点任务》。				
制/修订部门	党委办公室	参与部门	/		
部门审核	周静	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	唐勇	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	3页		

## 利益冲突回避制度

为加强医院管理，规范工作人员行为，防止公共利益与医院工作人员、配偶、子女及其配偶等亲属和其他特定关系人利益之间可能发生的冲突，促进医院廉政建设和公正执业，根据相关法律法规和政策要求，结合我院实际，制定本制度。

### 一、回避原则

1.公平公正原则：不得利用职权或者职务上的影响，为工作人员及配偶、子女及其配偶等亲属和其他特定关系人及其利益相关单位或人员谋利。

2.主动回避原则：对可能影响公正履职的行为，应主动申请回避，防止可能出现的利益冲突。

3.违规必究原则：对涉及违规违纪违法的行为，予以严肃处理。

### 二、回避情形

1.工作人员在履职时，如与当事人存在利害关系或本人认为存在利害关系的，包括讨论研究的干部任免、职称晋升及人员招录、考核、奖惩等重要事项，药品、医疗器械、基建项目、信息化建设项目招投标采购等，应当主动回避，及时说明情况，并不得以任何方式施加影响。

2.医院领导的配偶、子女及其配偶不得在本医院从事药品、医疗器械销售等营利性活动，也不得有其他违规经商办企业禁业规定的行为。

3.医院临床医技科室负责人和其他从事管理的人员及配偶、子女及其配偶，参与开办、入股或实际控制的企业不得在本院进行营利性活动。符合科技成果转化规定、在本院进行的营利性活动，应向医院纪检部门备案。

4.亲属及其他特定关系人的范围，以及其他需要回避的情形按照上级有关回避制度执行。

### **三、回避程序**

1.自行申请：工作人员在知晓存在利益冲突的情况后，应主动向所在科室和相关职能部门负责人提出回避申请，并说明理由。

2.告知义务：在涉及可能需要回避的事项时，相关职能部门在工作方案中应明确有关回避的规定和要求，提前告知工作人员。

3.审查决定：科室负责人对回避申请进行初步审查，提出意见后报医院纪检部门审核决定。对于重大事项的回避申请，需提交医院领导班子集体研究决定。

### **四、强制回避**

1.发现存在应回避而未回避的行为，应及时采取强制回避措施。

2.强制回避可采取暂停工作人员履行现职务，或制止可能发生利益冲突的行为。

## 五、监督与管理

1.工作人员及配偶、子女及其配偶等亲属和其他特定关系人在本机构从事药品、医疗器械销售等营利性活动的，要在15个工作日内主动向纪检部门进行报备。纪检部门对报备事项进行研判，对存在利益冲突的行为应视情况干预处理；对存在非法利益输送等问题，及时核查。

2.医院纪检部门负责对利益冲突回避制度的执行情况进行监督检查，定期对回避情况进行梳理和分析。对违反本制度的行为，视情节轻重给予批评教育、组织处理或纪律处分；涉嫌违法犯罪的，移送司法机关处理。

## 六、附则

1.本制度适用于医院全体干部职工。

2.本制度由医院纪检部门负责解释。

## 文件制定/修订说明

制度名称	利益冲突回避制度	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	依据国家相关法律法规及政策要求和《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）》文件制定。				
制/修订部门	内部监督审计部	参与部门	/		
部门审核	饶颖	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	黎红	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	4 页		

## 关键岗位权力清单管理制度

为构建医院廉政风险防控体系，规范关键岗位权力运行，确保权力运行的透明、规范与高效，结合医院实际，制定本制度。

### 一、关键岗位权力界定

关键岗位权力指医院在管理工作中产生的决策权、审批权、给付权、建议权、人事权、采购权、执业权等存在较高廉政风险的岗位权力。

### 二、权力清单梳理与编制

1.内部监督审计部牵头，制定实施方案，组织全院各相关科室全面梳理管理工作中的关键岗位权力，明确权力的主体、职责和边界，制定权力清单。

2.深入分析权力运行过程中的廉政风险点，对可能腐败行为的因素进行评估和分类。

3.针对识别出的廉政风险点，制定具体、可行的防范措施，降低廉政风险发生的可能性和危害程度。

### 三、编制权力清单、定期排查与动态调整

1.定期对关键岗位权力清单的廉政风险点进行排查，至少每年一次。

2.结合法律法规变化、机构改革、业务调整等情况，及时发

现新的廉政风险点和原有风险点的变化。

3.根据排查结果，对关键岗位权力清单进行动态调整和完善，确保清单的准确性和有效性。

#### **四、权力制约与监督**

1.强化关键岗位权力的制约机制，通过权力分解、流程优化、职责明确等方式，避免权力过于集中。

2.充分运用信息化手段，对关键岗位权力运行进行日常监测，建立实时预警机制，及时发现异常情况。

3.加强内部审计、专项检查等监督工作，对关键岗位权力运行情况进行定期或不定期检查。

#### **五、信息公开**

1.除涉及法律或有规定必须保密的事项之外，关键岗位的权力清单和权力运行流程图应在医院内网公开发布。

2.公开内容应包括权力名称、权力主体、运行流程、廉政风险点及防范措施等，确保各项权力运行公开透明，接受监督。

#### **六、责任追究**

1.对于违反关键岗位权力清单管理制度的行为，视情节轻重，按照有关规定对相关责任人进行责任追究。

2.对因未认真履行职责导致廉政风险发生或造成不良后果的，严肃问责。

## 文件制定/修订说明

制度名称	关键岗位权力清单管理制度	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	依据《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）》文件制定。				
制/修订部门	内部监督审计部	参与部门	/		
部门审核	饶颖	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	黎红	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	3 页		

## 大额采购监管制度

### 一、总则

#### （一）目的

为进一步规范医院大额资金使用，强化采购管理，保障采购工作合法、合规、透明、高效开展，依据国家相关法律法规及政策要求，结合医院实际情况，特制定本制度。

#### （二）适用范围

本制度适用于医院内部所有涉及大额资金的采购活动，包括但不限于药品、医用耗材、货物、服务、工程等的采购。

#### （三）基本原则

采购工作应遵循依法依规、公开透明、公平竞争、公正和诚实守信的原则，确保资金使用安全、合理、有效。

### 二、采购主体责任

责任主体明确，大额采购工作实行“谁采购、谁负责”的原则，医院对采购管理承担主体责任。主要负责同志为本院采购管理工作的第一责任人，全面领导本院的采购工作，分管领导负领导责任，采购办公室负主要责任。

### 三、采购政策执行

#### （一）集中采购要求

1.应依法采购，严格落实国家及上级部门关于药品和医用耗材采购政策。按要求通过省级集中采购平台采购所需的药品和高值医用耗材，切实承担网采主体责任，确保采购渠道规范、合法。

2.严格执行政府采购法有关规定，从采购需求管理、预算管理，到招标文件制定、专家论证，再到集中采购规定执行以及政府采购信息公开等各个环节，均需严格按照法律要求操作。

## （二）政府采购流程遵循

1.严格政府采购需求管理，结合医院实际业务需求和发展规划，科学合理确定采购需求，确保采购项目符合实际使用要求且具有必要性和可行性。

2.强化预算管理，采购预算应纳入医院整体预算体系，确保采购资金来源合规、预算编制准确合理，避免超预算采购。

3.精心制定招标文件，确保文件内容完整、准确、清晰，明确采购项目的技术规格、商务要求、评标标准等关键信息，避免出现歧义或漏洞。

4.对于重大采购项目或技术复杂的项目，应严格按照规定组织专家论证，充分听取专家意见，确保采购项目的科学性和合理性。

5.严格执行集中采购规定，属于集中采购目录以内或采购限额标准以上的项目，必须按照规定的采购方式和程序进行集中采购。

6.严格落实政府采购信息公开制度，按照规定在指定媒体及

时、准确地公开采购项目的预算、采购文件、中标（成交）结果、采购合同等信息，接受社会监督。

#### **四、内控管理机制**

##### **（一）制度体系建设**

进一步建立完善医院采购管理制度体系，明确采购工作的各项流程和规范，确保采购活动有章可循。

##### **（二）职责划分与归口管理**

采购办公室为采购工作的归口管理部门，负责统筹协调医院的采购工作，确保采购工作的一致性和协调性。明确各归口管理部门在采购工作中的职责划分，实现采购、验收、付款等岗位相互分离、相互制约，避免权力集中和利益冲突。

##### **（三）关键管控环节与措施**

1.建立政府采购需求审查机制，对采购需求的合理性、合规性进行严格审查，避免采购需求不合理或带有倾向性。

2.确定采购过程中的关键管控环节，如供应商资格审查、采购文件编制审核、开标评标监督等，并制定相应的控制措施，确保各环节规范操作。

3.通过建立健全内部审计、纪检监察等监督机制，对采购工作进行全过程监督，及时发现和纠正存在的问题。

#### **五、监督检查机制**

##### **（一）监督检查方式**

实行日常监督和专项检查相结合的机制，对采购工作进行全

面、动态地监督管理。

## （二）重点监管内容

1.采购需求确定环节，检查采购需求是否符合实际业务需要，是否存在不合理或过度采购的情况。

2.采购文件制定环节，检查文件内容是否完整、准确，是否存在排他性和指向性技术参数指标，是否设置不合理和歧视性准入条件等。

3.专家论证情况，检查专家论证程序是否合规，专家意见是否得到充分尊重和合理采纳。

4.采购活动组织情况，检查开标、评标、定标等环节是否按照规定程序进行，是否存在违规操作行为。

## （三）问题处理与整改

1.及时发现和解决苗头性、倾向性问题，对监督检查中发现的问题，要求相关部门限期整改。

2.对违规违纪行为，依法依规严肃处理，并追究相关人员的责任。同时，应将处理结果作为内部警示教育的案例，加强对全体工作人员的法律法规和职业道德教育。

## 六、附则

本制度由医院负责解释和修订，根据国家法律法规和政策的调整以及医院实际情况的变化，适时对制度进行修订和完善，确保制度的有效性和适应性。

## 文件制定/修订说明

制度名称	大额采购监管制度	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	依据国家相关法律法规及政策要求和《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）》文件制定。				
制/修订部门	内部监督审计部	参与部门	/		
部门审核	饶颖	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	黎红	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	5 页		

## 内部重大经济活动管理制度

### 第一章 总则

**第一条** 为规范医院重大经济活动的决策和运行，强化内部控制，防范经济风险，促进医院高质量发展，依据国家相关法律法规，结合我院实际，制定本制度。

### 第二章 重大经济活动的定义和范围

**第二条** 本制度所称重大经济活动，是指对医院长远发展和职工切身利益、财务状况、经营成果和资金流量有较大影响的活动。

**第三条** 纳入本制度管理的重大经济活动主要包括：

（一）大额资金支出类：重大资金使用参照《“三重一大”事项决策制度》执行。

（二）重大资产处置类：固定资产报废、报损；房屋、土地使用权等重大资产的处置。

（三）重大资金运作类：所有形式的对外投资（包括设立机构、股权投资、合作办医等）；人民币的对外借款、融资、担保、对外捐赠或赞助。

（四）重要合同协议类：对医院运营有长期影响的重大合作项目、特许经营协议、人才引进合同等。

(五)其他重大事项类: 年度预算、决算的编制与调整; 涉及重大经济利益分配的绩效考核与薪酬改革方案; 年度预算内未列明且金额重大的突发性采购或服务合同。

### 第三章 重大经济活动的原则

**第四条** 重大经济活动应坚持民主公开和集体决策的原则, 通过前期调研、确定议题、充分讨论、民主决策等程序作出决定, 并对执行进度、财务管理、执行效果等适时公开。重大经济活动管理应遵循以下原则:

(一) 合法合规: 严格遵守国家法律法规和行业政策。

(二) 集体决策: 实行科学、民主、依法的集体决策机制, 严禁个人独断。

(三) 风险导向: 全面评估和有效管控各类经济风险。

(四) 效益优先: 注重经济性、效率性和效果性, 实现资源优化配置。

(五) 全程监督: 对重大经济活动的全过程实施监督与问责。

### 第四章 重大经济活动的基本要求

**第五条** 重大经济活动应当实行权限管理、分级负责, 明确相关岗位职责权限, 确保不相容岗位相分离, 形成相互制约、相互监督的业务组织形式和职责分工模式。

**第六条** 医院应将对外投资、合作办医、大型基建等事项列为重大经济活动, 在启动前向办医主体报备, 合作办医应同步向主管卫生健康部门报备, 建立健全管理制度。

**第七条** 对重大经济活动实行专项管理，对重点重要事项和关键岗位制定风险管控措施，实行事前预防、事中监督、事后评估，并视情况进行财会监督、专项审计。

## **第五章 重大经济活动的组织实施**

**第八条** 组织实施：

（一）决策通过后，由归口管理部门负责执行，明确项目负责人。

（二）严格执行采购招标、合同签订等相关程序。

（三）财务部门根据预算和合同条款办理资金支付。

**第九条** 过程监控与变更：

（一）执行部门应定期报告项目进度和预算执行情况。

（二）审计纪检部门进行全过程跟踪监督。

（三）严禁擅自变更方案。确需重大调整的，必须重新履行论证和决策程序。

**第十条** 档案管理：重大经济活动所有环节的文件资料（申请、论证报告、会议纪要、合同、验收审计报告等）必须完整、及时归档，永久或长期保存。

## **第六章 附则**

根据国家相关政策、公立医疗机构经济活动的调整和自身条件变化，适时修订重大经济活动管理制度，调整内部控制的关键点和措施。

## 文件制定/修订说明

制度名称	内部重大经济活动管理制度	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	依据《关于印发全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024年版）的通知》（国卫医急发〔2024〕22号）制定。				
制/修订部门	财务部	参与部门	/		
部门审核	王绚	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	文锦林	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	4页		

## 行风情况分析研判制度（试行）

为进一步加强医院行业作风建设，提升医疗服务质量，树立良好的医德医风形象，构建风清气正的医疗环境，保障医院高质量发展，结合医院实际，制定本制度。

### 一、总体目标

（一）纠风正纪：预防和查处收受红包、回扣、过度医疗等不正之风。

（二）提升服务：优化患者就医体验，构建和谐医患关系。

（三）风险防控：通过数据监测和案例研判，提前干预行风问题。

### 二、执行原则

坚持以问题为导向，聚焦关键问题，运用定量和定性相结合的方法科学分析，客观公正，避免主观臆断和偏见，持续改进形成行风管理长效机制。

### 三、组织架构

#### （一）行风研判领导小组

行风研判领导小组组长由党政主要负责人担任，副组长由其他院领导班子成员及总会计师担任，成员为各职能科室负责人。

主要职责：全面领导和统筹医院行风研判工作；定期召开专

题行风情况分析会，研究解决行风建设中的重大问题与难点问题，至少每半年一次；对行风研判结果进行审核，做出最终处理决策，并监督决策执行情况。

## （二）行风研判工作小组

行风研判工作小组组长由各分管院领导担任，成员由所管部门负责人担任，各工作小组分别下设医务、护理、党委办，负责具体工作。

主要职责：组长通过座谈、调研、集体讨论等形式，收集其分管范围内行风相关信息；成员负责本科室内行风问题的自查自纠，主动上报发现的问题，积极参与行风建设，接受监督与指导；配合行风研判小组开展工作。

行风研判小组负责收集、整理、汇总各类行风信息；对收集到的行风问题线索进行初步筛查与分析，确定需要深入研判的事项；针对重点研判事项组织开展调查核实工作，撰写调查报告，提出初步处理建议；跟踪监督问题整改落实情况，定期向行风研判领导小组汇报工作进展。

## 四、研判内容

（一）医德医风建设情况：重点研判执业人员违规行为和违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《湖南省卫生健康委湖南省中医药管理局关于严明医疗机构工作人员行业作风纪律“七条禁令”的通知》（湘卫医发〔2022〕25号）等行为或疑似行为。

（二）医药购销领域和医疗服务情况：围绕国家卫生健康委等14部门印发的《纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点》进行分析研判。

（三）医疗服务行为规范：检查医务人员在诊疗过程中是否存在过度医疗、不合理用药、不合理检查等行为，评估医疗行为是否符合规范和职业道德要求。

（四）医务人员廉洁自律：关注有无收受红包、回扣、违规接受宴请等违反廉洁纪律的行为线索，分析廉政风险点和可能存在的行风隐患。

（五）患者投诉及满意度情况：对患者投诉的内容进行深入分析，梳理患者不满意的集中点。同时，结合患者满意度调查数据，从服务态度、医疗质量等维度剖析存在的问题。

（六）外部反馈信息：收集社交媒体、上级主管部门等外部渠道对医院行风的评价和反馈，分析其对医院形象和声誉可能产生的影响。

## 五、研判周期

（一）定期分析研判：行风研判小组每半年至少召开一次行风情况分析研判会议，对行风相关数据和信息进行集中分析，相关情况及时上报行风研判领导小组。

（二）不定期分析研判：遇有重大行风事件、上级专项要求或行风问题集中爆发等特殊情况，应及时组织召开临时分析研判会议，快速应对处理。

## 六、研判流程

### （一）信息分析

科室对自查的行风信息进行初步分析，行风研判工作小组对收集到的行风信息进行全面、深入分析，找出行风问题的表现形式、产生原因等，筛选出具有代表性、倾向性、严重性的问题，确定为重点研判事项。

### （二）调查核实

针对确定的重点研判事项，通过查阅资料、实地走访、访谈相关人员等方式，全面收集证据，查明问题真相，撰写行风问题汇报。

### （三）集体研判

行风研判领导小组召开专题会议，由行风研判工作小组及相关职能部门负责人进行汇报。与会成员对行风问题进行集体讨论和研判，确定问题整改措施和责任清单。重大行风问题由主要院领导及时向市卫健委请示汇报。

### （四）整改落实

行风研判工作小组将研判结果及时反馈给相关部门（科室）和责任人，并监督整改落实情况，同时，将行风研判结果在一定范围内公开通报，起到警示教育作用。相关职能部门对本部门行风问题负责落实整改。

### （五）建立长效机制

相关部门针对行风问题产生的根源，深入分析制度、管理、

监督等方面存在的漏洞和不足，及时修订完善相关制度和规定，建立健全行风建设长效机制。

## 七、结果应用

1.对研判为医疗机构内普遍存在、需要常抓不懈的问题责任到部门，要求制定行之有效的管理制度、监管流程，增加监督频次。

2.对研判为医疗技术问题的行为，以加强教育培训为主，加强专业知识培训，对个人及上级医师进行责任划分，依据医院相关制度进行处罚。

3.对研判为医疗服务态度、医疗不良工作作风等问题的，坚持“零容忍”原则，依据医院相关制度进行处罚，同时，研判结果将纳入个人年度考核、职称晋升、医德考评、医师定期考核内容；对违反行风建设相关法律法规者进行严厉查究，对存在不认真履行职责、失职、渎职等行为的科室负责人及相关工作人员依法严肃问责，院内予以通报批评、取消当年评先评优资格、扣罚绩效、待岗培训等处罚。

## 文件制定/修订说明

制度名称	行风情况分析研判制度 (试行)	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	根据工作需要制定				
制/修订部门	医务部	参与部门	/		
部门审核	龚思文	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	龙宇飞	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公 会、2025年度第二十七次 党委会	页数	6		

## 行风教育制度

为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，落实医院党风廉政建设主体责任，切实加强医院行风教育培训，强化医院干部职工服务意识，实现规范执业、廉洁从业的目的，不断提高群众看病就医满意度，保障人民群众健康权益，推进医院高质量发展，根据《国家卫生健康委办公厅关于印发大型医院巡查工作方案（2023-2026年度）的通知》（国卫办医急西〔2023〕453号）《国家卫生健康委、国家医保局、国家中医药局关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则的通知》（国卫医发〔2021〕37号）《湖南省卫生健康委关于印发湖南省大型医院巡查工作实施方案（2024-2026年度）的通知》等有关要求，结合我院实际，制定本制度。

### 一、总体要求

以社会主义核心价值观为指导，紧紧围绕医疗服务中心任务，深入开展理想信念、职业道德、党纪党规和卫生政策法规教育，引导广大医务人员树立正确的世界观、人生观、价值观，自觉抵制不正之风，为患者提供安全、高效、满意的医疗服务。

### 二、组织领导

（一）医院设立行风建设领导小组，全面负责医院行风建设

工作的领导、组织、指导和协调工作。

(二)行风管理办公室在医院行风建设领导小组的领导下开展具体工作，负责督促3个行风建设小组制定每年度行风年度教育计划，按照行风年度教育计划，开展多种形式的教育培训，定期督查考核学习效果，对考核中存在的问题进行整改，并建立医院行风教育培训台账。

(三)医院职能科室与业务科室共同协助行风教育工作的推进与实施，针对在行风上出现的问题，提出解决问题的方法和处理意见，并监督整改与落实。

### 三、教育培训内容

医院行风教育的内容与主题应紧密围绕医院的职业道德规范、法律法规、医疗安全等方面展开。具体包括但不限于：

(一)理想信念教育。深入开展党纪学习教育、廉洁教育，大力弘扬爱岗敬业精神，始终把维护人民群众的健康权益放在第一位，筑牢思想道德防线。

(二)法律法规教育。加强卫生法律法规的学习教育，提高医务人员依法行医、依法执业的意识，确保医务人员在执业过程中自觉遵守法律法规，维护患者合法权益。

(三)医德规范教育。加强职业道德、职业责任、职业纪律、社会公德，诚实守信教育，弘扬“忠于职守、爱岗敬业、乐于奉献”的行业风尚，牢固树立救死扶伤和“视患者为亲人”的服务理念，规范从医行为，用心为患者服务。

#### 四、教育形式与方法

(一)行风教育形式。以医院集中培训、科室培训及个人自学等相结合的形式进行学习，具体形式如下：

1.医院层面集中学习。根据上级主管部门的要求及医院培训计划，由院领导牵头每年开展行风教育工作，定期召开业务暨行风工作例会、重点部门和关键岗位人员廉洁教育和谈心谈话等。

2.科室学习，各科室根据情况，每月按照行风建设小组的要求开展一次行风专题学习教育并做好记录，各科室负责人为行风教育第一责任人。

3.个人自主学习。行风管理办公室利用医院内部网络平台发布医德医风教育资料和相关案例，方便医务人员随时自学。

(二)行风教育方法。通过多形式、多层次、多岗位的职业道德与医德医风教育、法律法规与规章制度教育、预防与警示教育等活动，确保行风教育全覆盖，营造良好的廉洁行医氛围。

1.专题讲座。邀请行业专家或领导进行授课。按照“分层施教”的原则，组织全体医务人员开展医德医风、学术道德、法律知识和管理知识等教育培训。

2.警示教育。组织观看反腐倡廉警示片，参观廉政教育基地等，用警示案例教育全院职工，筑牢拒腐防变思想防线。

3.其他教育方法。利用信息化手段开展在线培训，提高培训效率和覆盖面；通过院报、微信公众号等途径，大力宣传医德医风优秀事迹；在门诊大厅显示屏滚动播放“九项准则”。

## 五、监督与检查

(一) 为保证行风教育培训效果，行风评价办公室以定期和不定期相结合的方式对全院行风教育进行督导和检查。

(二) 医务部联合护理部、门急诊部对医务人员的职业道德和服务质量进行监督和评估，发现问题及时整改，确保医院行风建设的持续改进。

## 六、考评

(一) 未参加职业道德等行风教育者，按照《关于印发〈医德医风（行风）考核实施方案〉的通知》（长中医党发〔2025〕30号）予以相应处罚。

(二) 若发现科室对行风工作重视程度不够、教育培训不到位，出现行风相关问题的科室和个人，按照《关于印发〈医德医风（行风）考核实施方案〉的通知》（长中医党发〔2025〕30号）予以相应处罚。

## 七、档案管理

医疗、护理行风建设小组分别建立医务人员医德医风档案，记录教育培训、医德医风考评、奖惩情况等相关信息，为医院管理和决策提供参考依据。

## 文件制定/修订说明

制度名称	行风教育制度	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	《国家卫生健康委办公厅关于印发大型医院巡查工作方案（2023-2026年度）的通知》（国卫办医急西〔2023〕453号）、《国家卫生健康委、国家医保局、国家中医药局关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则的通知》（国卫医发〔2021〕37号）、《湖南省卫生健康委关于印发湖南省大型医院巡查工作实施方案（2024-2026年度）的通知》				
制/修订部门	医务部	参与部门	/		
部门审核	龚思文	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	龙宇飞	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	5页		

# 专业技术人员权责管理制度

## 第一章 总则

### 第一条 目的与依据

为明确医院各类专业技术人员的职责、权利与义务，规范执业行为，保障医疗质量与安全，维护患者及专业技术人员的合法权益，构建和谐稳定的工作关系，根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国医师法》《事业单位人事管理条例》及相关医疗卫生法律法规、规章，结合本院实际，制定本制度。

### 第二条 适用范围

本制度适用于与医院建立人事劳动关系或聘用关系的全体专业技术人员，包括但不限于医疗、护理、药学、医技（含检验、影像、病理、放疗、心脑电、超声等）、科研、工程、信息等系列的专业技术人员。

### 第三条 管理原则

坚持依法管理、权责对等、公平公正、激励与约束并重、保障医疗安全与质量的原则。

## 第二章 权利

### 第四条 执业保障权

依法享有进行注册执业范围内医疗、预防、保健、护理、药学、医技等活动的权利，其合法的执业活动受法律保护，任何单位和个人不得干涉、阻碍。

#### **第五条 学习与发展权**

1.享有参加政治理论、业务技术和法律法规学习培训的权利。

2.享有按国家和医院规定参加继续医学教育、学术交流、专业进修和职称评聘的权利。

3.享有参与科室及医院民主管理，对医院建设发展提出意见和建议的权利。

#### **第六条 获得报酬与福利权**

1.享有按时足额获得工资、奖金、津贴及其他合法报酬的权利。

2.享有国家及医院规定的休息、休假、社会保险、福利待遇的权利。

#### **第七条 执业环境与条件权**

1.享有在符合国家规定安全卫生标准的执业环境下工作的权利。

2.享有获得与其执业活动相适应的设备、设施、防护用品等必要条件的权利。

3.在执业活动中，人格尊严、人身安全不受侵犯。

#### **第八条 专业自主与知情同意参与权**

1.在遵循法律法规、技术规范和职业道德的前提下，享有在

职责范围内进行专业判断和采取医疗措施的专业自主权。

2.享有参与患者病情评估、诊疗方案讨论，并就诊疗方案向患者或其近亲属进行说明、取得同意的权利(在其职责范围内)。

### **第九条 申诉与救济权**

对医院作出的涉及本人切身利益的人事处理、考核结果、奖惩决定等不服的，有权按规定程序进行申诉、申请复核或提出仲裁、诉讼。

## **第三章 职责与义务**

### **第十条 遵守法律法规与职业道德**

严格遵守国家各项法律法规、部门规章、医疗卫生行业规范以及医院的各项规章制度、诊疗护理常规和技术操作规范。恪守职业道德，弘扬高尚医德，廉洁行医。

### **第十一条 保证医疗质量与安全**

1.树立高度责任心，以患者为中心，努力保证医疗技术应用的合理性、安全性和有效性。

2.严格执行查对、会诊、转诊、交接班、危重患者抢救、病历书写与管理、医院感染管理、抗菌药物使用管理等核心医疗制度。

3.及时报告医疗安全不良事件，积极参与医疗质量持续改进活动。

### **第十二条 优质服务与人文关怀**

1.尊重患者，关爱生命，保护患者隐私，维护患者的知情同

意权、选择权等合法权益。

2.态度和蔼，语言文明，沟通到位，努力为患者提供优质、高效、人性化的医疗服务。

### **第十三条 学习与提升**

1.积极参加继续医学教育和各类业务培训，不断更新知识结构，提高专业技术水平和服务能力。

2.完成规定的继续医学教育学分，并通过相应的考核。

### **第十四条 团结协作与服从管理**

1.同事间应相互尊重、团结协作、密切配合，共同完成医疗、教学、科研等任务。

2.服从医院及科室的工作安排和统一管理，认真履行岗位职责，完成各项工作任务。

3.在突发事件或紧急情况下，服从医院的调遣和指挥。

### **第十五条 节约资源与爱护公物**

树立成本意识，节约使用水、电、医用耗材等各类资源，爱护医疗器械、设备及其他公共财产。

### **第十六条 如实告知与报告**

1.如实向患者或其近亲属告知病情、医疗措施、医疗风险、替代方案等。

2.按规定及时、准确、完整地书写病历等医疗文书。

3.发现传染病、疑似职业病、医疗事故或可能引发医疗纠纷的情况时，必须按规定程序及时报告。

## 第四章 考核与监督

### 第十七条 考核机制

医院建立科学的专业技术人员考核评价体系,定期从德、能、勤、绩、廉等方面,特别是医疗质量、服务质量、工作业绩、医德医风、学术能力等方面进行绩效考核。考核结果作为岗位聘任、职务晋升、绩效分配、评优评先、奖惩的重要依据。

### 第十八条 监督机制

- 1.医院纪检监察部门、医疗质量管理部门、人事部门等依据职责对专业技术人员履行职责、行使权利的情况进行监督检查。
- 2.接受上级主管部门、行业学会、社会公众及患者的监督。

## 第五章 奖励与惩处

### 第十九条 奖励

对在医疗、教学、科研、管理及医德医风等方面表现突出、成绩显著或有其他先进事迹的专业技术人员,医院将按照相关规定给予通报表扬、表彰奖励、绩效激励、晋升优先等形式的奖励。

### 第二十条 惩处

对违反本制度规定,未能正确履行职责或滥用权利,出现医疗差错、事故,或有违反法律法规、职业道德、医院规章制度等行为的人员,视情节轻重及后果,按照医院有关规定和国家法律法规给予相应处理:

- 1.批评教育、诫勉谈话;
- 2.通报批评;

- 3.取消评优评先、职称晋升资格;
- 4.暂停处方权、操作权或暂停执业(院内);
- 5.调整岗位、降职、解聘;
- 6.经济处罚;
- 7.报请卫生行政部门依法给予行政处罚;
- 8.涉嫌犯罪的,移送司法机关依法处理。

## **第六章 附则**

### **第二十一条 制度解释**

本制度由医院人力资源管理部会同医务部、护理部等相关职能部门负责解释。各科室可根据本制度结合专业特点制定实施细则,但不得与本制度相抵触。

### **第二十二条 实施日期**

本制度自发布之日起施行。原有相关规定与本制度不一致的,以本制度为准。

## 文件制定/修订说明

制度名称	专业技术人员权责管理制度	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国医师法》《事业单位人事管理条例》				
制/修订部门	医务部	参与部门	/		
部门审核	龚思文	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	龙宇飞	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	7		

## 临床用药动态监控和超常预警制度

为加强我院对药品临床使用的管理,进一步保障患者用药安全有效,切实提高临床合理用药水平,防止医疗资源浪费,控制医疗费用的不合理增长,根据《处方管理办法》(中华人民共和国卫生部令第53号)、《抗菌药物临床应用管理办法》(2015年版)等文件要求,结合我院实际,特修订我院临床用药动态监控和超常预警制度。

### 一、概念

药品超常使用的范围包括以下几个方面:

1.用量异常:药品使用量突然连续数月排名异常靠前或增长率异常上升(环比增幅超过50%)。

2.用法异常:长期超说明书用药(未备案)、无指征用药、围术期预防用药时间过长。

3.流向异常:某科室或某医生的处方量远远超过同级平均水平30%以上。

4.结果异常:药品不良反应发生率异常增高或某些耐药菌检出率与特定抗菌药物使用量呈明显正相关。

### 二、职责

1.医院药事管理与药物治疗学委员会负责我院药物临床应

用指导原则的制定与实施,超常使用药品干预措施的制定并批准(干预措施包括:1.技术性干预,如专题培训、用药宣传、处方前置审核等;2.行政性干预,如警示谈话、绩效考评等;3.结果性干预,如药品暂停使用或退出医院药品目录等),跟踪干预效果,监督指导临床合理用药。

2.信息部门负责药品使用数据的提取统计及排名。

3.药学部负责对信息部门提供的数据进行监测、分析,形成分析报告,并提交至药事管理与药物治疗学委员会进行审议决策。

4.医务部负责行政性干预措施的落实与执行。

### 三、分级预警

#### (一) 警示谈话或绩效考评

对于药品流向异常(某科室或某医生的处方量远远超过同级平均水平50%以上)和用法异常(长期无备案超说明书用药、无指征用药、围术期预防用药时间过长等)的品种,由医务部组织对相关科室主任及责任医生进行警示谈话,视情况纳入绩效考评。

#### (二) 暂停使用

在医院药品销售金额排名统计中,年度内月销售金额首次出现排名前三位的药品,暂停使用一个月并由药学部对该药品所属配送企业进行警告约谈;年度内两次出现排名前三位的药品,停用两个月;年度内三次出现排名前三位的药品,本年度内不再购进(本院制剂、大输液、人血白蛋白及国家组织集采中选药品除外)。

### （三）限量或退出医院药品目录

1.对于药品销售金额异常增加（环比增幅超50%，下同）且处方点评不合理使用率大于10%但低于30%的：

（1）国家及院内重点监控品种，直接停用，直至下次药事管理与药物治疗学委员会审议是否退出医院药品目录。

（2）非国家及院内重点监控品种，予以限量，限量比例原则上根据合理使用率而定，如本季度处方点评某药物合理使用率为70%，后续每季度采购量限为本季度用量的70%，以此类推。

2.对于销售金额异常增加且处方点评结果不合理使用率大于30%的：

（1）国家及院内重点监控品种，直接退出医院药品目录。

（2）非国家及医院重点监控品种，报药事管理与药物治疗学委员会审议通过后，退出医院药品目录。

3.对药事会讨论通过的新药（引进一年内），季度处方点评用药合理率低于70%的品种，医院将组织临床医生对该药物合理使用进行培训，培训后下一季度临床使用合理率仍低于70%的品种，报药事管理与药物治疗学委员会审议淘汰。

4.对于结果异常（药品不良反应发生率异常增高或某些耐药菌检出率与特定抗菌药物使用量呈明显正相关）的品种，暂停使用；发生严重药品不良反应超5例/月的品种（抗肿瘤药物除外），直接退出医院药品目录。

## 文件制定/修订说明

制度名称	临床用药动态监控和超常预警制度	制订 <input type="checkbox"/>	修订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订次数	2
制/修订依据	《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第53号）、《抗菌药物临床应用管理办法》（2015年版）				
制/修订部门	医务部	参与部门	/		
部门审核	龚思文	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	龙宇飞	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	4		

## 处方点评制度及实施细则

为切实加强处方管理，提高处方质量，规范医疗行为，促进合理用药，确保医疗安全，根据《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第53号）、《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28号）、《抗菌药物临床应用指导原则》（2015年版）、《关于做好辅助用药临床应用管理有关工作的通知》（国卫办医函〔2018〕1112号）以及《抗肿瘤药物临床应用管理办法》（国卫医函〔2020〕487号）等有关规定，特修订本制度。

### 一、处方点评管理组织

处方点评工作在医院药事管理与药物治疗学委员会和医疗质量管理委员会的领导下，由处方点评工作小组组织实施。处方点评工作小组负责处方点评的具体工作，处方点评专家为处方点评工作提供技术支持。

### 二、处方点评实施

（一）点评范围：涵盖门急诊和住院处方。

（二）抽样方法：通常采用随机抽样。

1.西药及中成药门急诊处方抽样率不应少于总处方量的1%，且每月点评处方绝对数不应少于100张；病房（区）医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不应少于1%，且每月点评出院病历绝

对数不应少于30份。

2.门急诊散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂的处方抽样率应不少于中药饮片总处方量的0.5%，且每月点评散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂的处方绝对数应不少于100张。

3.病房（区）散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂的处方（医嘱）抽样率（按出院病历数计）应不少于病房（区）散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂的处方（医嘱）总处方量的5%，且每月点评出院病历绝对数应不少于30份。

（三）病区、用药医嘱的点评应当以患者住院病历为依据，实施综合点评。

（四）专项处方点评应根据医院药事管理和药物临床应用管理的现状及存在的问题，确定点评的范围和内容，对特定的药物或特定疾病的药物进行点评，应常规覆盖国家基本药物、中药饮片、中成药、质子泵抑制剂、麻醉性镇痛药、抗菌药物、抗肿瘤药物、重点监控辅助用药等几大类药物。

（五）处方点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录。

### 三、处方点评内容

#### （一）处方书写

1.患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。

2.每张处方限于一名患者的用药。

3.字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。

4.药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”“自用”等含糊不清字句。

5.患者年龄应当填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时要注明体重。

6.西药和中成药可以分别开具处方，也可以开具一张处方，中药饮片应当单独开具处方。

7.开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过5种药品。

8.药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

9.药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位。

10.处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

11.为便于药学专业技术人员审核处方，医师开具处方时，除特殊情况外必须注明临床诊断。

12.开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

13.处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

14.中药饮片处方的书写，还应当遵循以下要求：

(1) 中医诊断，包括病名和证型（病名不明确的可不写病名），应填写清晰、完整，并与病历记载相一致；

(2) 一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；

(3) 饮片名称应当按《中华人民共和国药典》规定准确使用，《中华人民共和国药典》没有规定的，应当按照本省（区、市）或本单位中药饮片处方用名与调剂给付的规定书写；

(4) 中药饮片原则上应当以克（g）为单位，“g”（单位名称）紧随数值后；

(5) 调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右下方，并加括号，如布包、先煎、后下等；

(6) 对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明；

(7) 根据整张处方中药味多少选择每行排列的药味数，并原则上要求横排及上下排列整齐；

(8) 中药饮片用法用量应当符合《中华人民共和国药典》

规定，无配伍禁忌，有配伍禁忌和超剂量使用时，应当在药品上方再次签名；

（9）中药饮片剂数应当以“剂”为单位；

（10）处方用法用量紧随剂数之后，包括每日剂量、采用剂型（水煎煮、酒泡、打粉、制丸、装胶囊等）、每剂分几次服用、用药方法（内服、外用等）、服用要求（温服、凉服、顿服、慢服、饭前服、饭后服、空腹服等）等内容；

（11）按毒麻药品管理的中药饮片的使用应当严格遵守有关法律法规和规章的规定。

## （二）处方药品费用

对照患者的临床诊断，对价格昂贵的药品使用的合理性进行分析评价，重点对大处方进行合理性分析评价。

## （三）处方合理用药评价

根据处方中患者基本信息和诊断，初步评价处方药品使用的合理性。

## 四、处方点评结果与标准

处方点评结果分为合理处方和不合理处方。不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

### （一）有下列情形之一为不规范处方：

1. 处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；

2. 医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；

3.药师未对方进行适宜性审核的处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定；

4.新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；

5.西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；

6.开具中药处方未写中医诊断或未写中医证型的；

7.未使用药品规范名称开具处方的；

8.药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚；

9.用法、用量使用“遵医嘱”“自用”等含糊不清字句；

10.处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；

11.开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；

12.西药、中成药单张门急诊处方超过五种药品的；

13.无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；

14.开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品、按毒麻药品管理的中药饮片等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的；

15.医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的；

16.中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排

列，或未按要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

(二) 有下列情况之一的，应当判定为用药不适宜处方：

- 1.适应证不适宜的；
- 2.中医辨证与用药不符的；
- 3.遴选的药品不适宜的；
- 4.药品剂型或给药途径不适宜的；
- 5.无正当理由不首选国家基本药物的；
- 6.用法、用量不适宜的；
- 7.联合用药不适宜的；
- 8.重复给药的；
- 9.有配伍禁忌或者不良相互作用的；
- 10.其他用药不适宜情况的。

(三) 有下列情况之一的，应当判定为超常处方：

- 1.无适应证用药；
- 2.无正当理由开具高价药的；
- 3.无正当理由超说明书用药的；
- 4.无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同药物的；
- 5.中药饮片处方每剂味数过大或每剂费用过大的。

## 五、点评结果应用与持续改进

(一) 处方点评小组对发现的不合理处方及时反馈给所属科室进行确认，医务部定期公布处方点评结果，通报不合理处方信

息，处方点评结果将纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标；对出现不合理处方3次以上且无正当理由的医师医务部组织警示谈话，情节严重者，将启动限制或取消其处方权的机制。

（二）根据处方点评结果，药学部对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议，并报医院药事管理与药物治疗学委员会审议决策。

（三）医务部须定期组织医务人员进行合理用药知识相关培训，并严格按制定的考核和持续质量改进措施落实到位。

（四）对不合理用药情况严重，可能造成患者损害的，医院按照相关法律法规处理。

## 文件制定/修订说明

制度名称	处方点评制度及实施细则	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第53号）、《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28号）、《抗菌药物临床应用指导原则》（2015年版）、《关于做好辅助用药临床应用管理有关工作的通知》（国卫办医函〔2018〕1112号）以及《抗肿瘤药物临床应用管理办法》（国卫医函〔2020〕487号）				
制/修订部门	医务部	参与部门	/		
部门审核	龚思文	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	龙宇飞	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	9页		

## 外送样本检测管理制度

**第一条** 为进一步规范医院外送样本检测管理,有效保证检测质量,结合我院实际,制定本制度。

**第二条** 医院外送样本检测是指医院通过各种方式,针对医院暂未开展的检验项目,将采集的样本外送至第三方检测机构进行检测,以满足临床诊疗需求的行为。

**第三条** 临床科室根据诊疗需要拟定外送检测项目具体内容,并向医务部提交申请,必要时需医学伦理委员会讨论。

**第四条** 医院根据临床需要严格依法按照相关程序选择有合法资质、检测流程规范、检测质量可靠的第三方检测机构,并与检测机构签订合作协议,明确各自权利义务后方可开展样本外送检测。合作协议应明确外送检测样本的采集、护送、交接程序、检验报告质量、报告时限、危急值报告要求、结果解释、项目收费、费用结算、发票交接流程及监管和处置规定等。

**第五条** 医院外送样本中涉及到的人体样本相关信息,应要求第三方检测机构严格遵循国家相关规定。

**第六条** 医院加强临床科室样本外送管理,严格执行样本外送检测项目遴选及质量管理,病理科和检验科建立管理台账《医疗机构样本外送检测管理台账》。

**第七条** 医院与第三方检测机构签订的协议范围内的外送检测项目，须获得患方知情同意并签订《医疗机构样本外送检测知情同意书》后，由经管医生开具医嘱，将采集样本按规定送至检验科或病理科，检验科或病理科指定专人与第三方检测机构进行样本交接。

**第八条** 《医疗机构样本外送检测知情同意书》及检测结果原件均应随病历归档保存。

**第九条** 外送样本的检测报告应根据检测项目性质和特点，以第三方检测机构名义出具。检验科和病理科应对外送样本的检测过程和结果进行质量把关。

**第十条** 外送样本检测的收费，原则上由医院按照《长沙市医疗服务价格项目目录》的收费标准向患者收取，并按协议与第三方检测机构结算。

**第十一条** 医院及其从业人员在样本外送检测时，严禁以下行为：

（一）严禁将医院能够并适合开展的临床检验项目外送至第三方检测机构进行检测。特殊情况需短期外送的，须向卫生健康行政部门进行备案登记。

（二）严禁医务人员有偿介绍患者及家属到指定检测机构进行指定项目检测。

（三）严禁临床科室、医务人员私自联系外部检验机构违规进行样本外送检测。

(四) 严禁医务人员私自接受外部检验机构与外送检验项目相关的费用，从中牟利。

(五) 严禁医务人员私自接受外部检验机构以任何名义、形式给予的回扣、提成。

本办法自公布之日起施行。

## 文件制定/修订说明

制度名称	外送样本检测管理制度	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	根据工作需要制定				
制/修订部门	医务部	参与部门	/		
部门审核	龚思文	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	龙宇飞	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公 会、2025年度第二十七次 党委会	页数	4		

## 转介患者管理制度

为保障医疗安全，维护患者合法权益，防止医务人员利用转介患者谋取不正当利益，规范转介行为，根据《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《全国医疗机构及其工作人员廉洁从业行动计划（2021-2024）》等相关规定，结合我院实际情况，特制定本制度。

### 一、转院原则

#### （一）核心原则

医务人员在转介患者时，必须严格遵守国家法律法规，恪守医疗职业道德，坚持“以患者为中心”的宗旨，秉持公正、公平、公开的原则，确保转介行为基于病情需要和医疗技术能力，不得掺杂任何个人利益。

#### （二）医疗条件限制

1.患者所患疾病的病因极为复杂，涉及多学科且超出本院的诊疗能力和现有设备条件。

2.经本院医疗团队全面评估，认定在本院继续治疗无法取得更优疗效，难以满足患者康复需求。

#### （三）患者安全优先

1.转院安排应充分考虑患者的生命体征和病情稳定性，须与

患者或委托代理人充分沟通，说明途中可能发生的危险及意外，并签署转院风险同意书（结构病历模板），谈话内容应在病程记录中详细记载。

2.应遵循合理规划原则，避免对患者身体和心理造成负面影响。

## 二、转介流程

### （一）初步评估与汇报

1.对于可能需要转诊的患者，管床医师应及时报告上级医师。上级医师需详尽了解患者病情，在确认有转诊必要后向科主任汇报。

2.科主任组织科内讨论，对患者病情进行全面评估，分析在本院继续治疗的可行性和预期效果。

### （二）多学科会诊

1.经科内讨论确认为病情复杂、治疗效果不佳的患者，应申请全院大会诊或多学科会诊（MDT）。

2.必要时，可邀请院外专家进行会诊，为患者制定最精准、有效的治疗方案。

### （三）转院申请与审批

1.若经过上述流程后患者或家属仍坚持要求转院，科室在OA系统中填写外院转诊申请，至少提前一天上报医务部，医务部对转诊申请进行审核备案。

2.紧急情况下由科主任上报医务部。非工作日则上报给总值

班，由总值班负责与医务部联系，科室需同时在OA系统中上报。

3.若发现违反以上流程私自转诊病人的情况，将按相关规定对科室负责人及责任医师予以通报并纳入医师考核记分管理。

4.医务部定期组织相关部门对转院量排名靠前的病种及科室情况进行分析总结，研究并采取针对性措施，不断优化诊疗服务，降低不必要的转院率。

#### **（四）护理登记与上报**

科室主班护士每日负责将科室转院病人的相关信息进行准确登记，并及时上报给护理部，以确保护理管理工作的连续性和规范性。

### **三、监督管理**

1.职责部门。医务部是转介患者管理工作的监督管理部门，负责对全院转介行为的全过程进行监管、抽查和评估，确保本制度得到严格执行。

2.违规处理。对于违反本制度规定的行为，一经查实，医院将依据国家相关法律法规及《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》等内部规章，对相关责任人进行严肃处理，责令限期整改，并视情节轻重给予警告、通报批评、暂停执业、直至追究党纪政纪责任。处理结果记入个人医德医风档案。

### **四、举报与保护**

医院鼓励并保护内部员工和社会公众对违规转介行为的实名举报。对提供重要线索和证据的举报人，医院将予以严格保密

和保护。对查证属实的举报，将按规定对举报人给予奖励。

## 五、附则

本制度未尽事宜，参照国家最新相关法律法规和行业规范执行。本制度由长沙市中医医院（长沙市第八医院）医务部负责解释和修订。医院将定期对本制度的执行效果进行评估，并根据国家政策要求和医疗实践发展及时予以调整优化。

## 六、本制度自发布之日起正式执行。

附件：13-1.患者转诊流程图

13-2.院外转诊上报信息单

### 患者转诊流程图



附件13-2

## 院外转诊上报信息单

(OA流程内填写)

院外转诊上报信息单			
患者姓名		住院号	
性别		年龄	
主要诊断			
转诊原因			
患者去向(医院名称)			
是否进行多学科讨论或会诊(时间)			
是否请外院专家会诊(时间)			
是否告知转院风险、家属签字			
上报科室			
上报医生			
科主任签字			
医务部签字			

## 文件制定/修订说明

制度名称	转介患者管理制度	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《全国医疗机构及其工作人员廉洁从业行动计划（2021-2024）》				
制/修订部门	医务部	参与部门	/		
部门审核	龚思文	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	龙宇飞	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	7		

## 院外药品调配处方管理制度

为规范我院外配处方管理,保障患者用药安全、有效、经济、便捷,满足临床诊疗与患者就医需求,根据国家相关法律法规,结合我院实际,特制定本制度。

### 一、外配处方开具原则

医师开具外配处方必须遵循以下原则:

(一)安全有效原则。严格掌握药品适应症、配伍禁忌和用法用量,确保用药安全。

(二)经济适宜原则。优先选择国家医保目录药品、国家基本药物、集采中选药品,控制医疗成本,减轻患者负担。

(三)简便适当原则。流程应简便,药品选择应适当,避免不必要的环节和用药。

(四)循证医学原则。严禁开具无明确循证医学证据、价格虚高的药品,严禁开具“大处方”。

### 二、外配处方开具范围与要求

#### (一)适用范围

符合以下情况之一,医师可酌情开具外配处方:

- 1.本机构未配备,但临床治疗必需的药品。
- 2.患者主动要求,并承诺在门(急)诊就诊期间自行到院外

购买的药品。

3.已纳入国家医保谈判“双通道”管理，本机构暂时未能配备的药品。

4.患者病情需要的特殊治疗方案药品。

## （二）禁止范围

出现以下情况，严禁开具外配处方：

1.为本住院患者开具本机构基本用药供应目录内已有且能正常供应的同类或药理作用相似的药品。

2.为非临床必需药品（如辅助性药物）开具外配处方。

3.麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品（按国家规定执行）。

4.无循证医学证据、价格虚高的药品。

## 三、外配处方开具流程

1.患者评估与知情同意。医师应详细评估患者病情，确认确需外配药品。开具前，必须向患者或家属详细告知外配用药的原因、存在的风险、注意事项及购药渠道选择权，并签署《外配处方用药知情同意书》，存入病历。

### 2.处方开具

所有外配处方必须统一通过医院HIS系统（支持外配处方功能模块）开具。例外情况：在HIS系统与医保电子处方中心未完全连通前，可手工开具处方。

处方书写、药品剂量与数量必须符合《处方管理办法》规定。

处方必须使用药品通用名，严禁任何形式向患者推荐具体企业的药品，不得引导或暗示患者到指定药店购药。

3.处方审核。药师应对处方的适宜性进行审核，包括临床诊断与用药相符性、剂量、用法、是否存在相互作用等。

4.处方交接与登记。对于“双通道”药品或需要配送的药品，责任医师需根据处方与配送人员进行交接登记，核对药品信息，确保药品标志清晰、信息相符、质量合格。

5.病历记录。医师必须在病历中详细记录患者就诊情况、用药理由及外配药品信息。

#### **四、注意事项**

1.患者权益保障。不得限制门诊就诊人员持处方到合规的药品零售企业购药（特殊管理药品除外），保障患者购药选择权。

2.利益冲突回避。严禁本院医务人员、药剂人员及相关管理人员利用外配处方谋取任何不正当利益。

3.合规性要求。含特殊药品复方制剂的处方量必须严格遵守国家有关规定。

4.药品安全。告知患者应从正规药店购药，注意辨别药品真伪，按医嘱使用药品，如有不适及时就医。

## 文件制定/修订说明

制度名称	院外药品调配处方管理制度	制订 <input checked="" type="checkbox"/>	修订 <input type="checkbox"/>	修订次数	
制/修订依据	根据工作需要制定				
制/修订部门	医务部	参与部门	/		
部门审核	龚思文	审核日期	2025年9月25日		
领导审批	龙宇飞	审批日期	2025年9月25日		
会议审议	2025年9月16日院长办公会、2025年度第二十七次党委会	页数	4		

---

抄送：长沙市卫生健康委员会办公室。

---

长沙市中医医院（长沙市第八医院）办公室

2025年9月25日印发

校对：饶颖