

国家卫生健康委医院管理研究所

国卫医研函〔2023〕166号

关于推荐使用《〈医疗机构管理制度〉 制定方法专家共识》（2023年版） 的通知

各有关单位：

为落实《关于建立现代医院管理制度的指导意见》《三级医院评审标准（2022年版）》相关要求，提高医疗机构制度管理规范化、现代化水平，我所组织专家制定了《〈医疗机构管理制度〉制定方法专家共识》（2023年版），现推荐给医疗机构参照使用。

联系人：医疗质量监测与控制研究室 付佳慧 尹畅

联系电话：010-81138557

联系邮箱：ncis@niha.org.cn

附件：《〈医疗机构管理制度〉制定方法专家共识》
（2023版）

国家卫生健康委医院管理研究所

2023年9月8日



附件

《〈医疗机构制度管理制度〉制定方法 专家共识》（2023年版）

一、背景和目的

《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《国务院办公厅关于建立现代医院管理体制的指导意见》要求建立权责清晰、管理科学、治理完善、运行高效、监督有力的现代医院管理制度，推动各级各类医院管理规范、精细化、科学化。2022年版三级医院评审标准（一百三十九）条要求根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。

制度是规范医院员工和医务人员的行为的重要手段和评价依据，全院统一的制度管理流程有助于完善医院及各部门、科室制度建设，提升制度有效性，形成医院特有的制度文化。通过医院制度管理制度的制定，有助于帮助员工理解制度的产生过程、制度的共性特征，促进制度的规范应用。

本共识在原2018年、2020年和2023年全国医疗质量管理骨干高质量发展暨全国医务、质管处(科)长能力提升班上联合百余家医疗机构共同制/修订的基础上，经国家卫生健康委医院管理研究所医疗质量管理研究专家智库部分专家讨论形成共识。

二、内容

文件编号	XXY-XXK-ZD-0001-03-B-2023	文件名称	医院制度管理制度	适用范围	全院
制定部门		起草、修订或核对人		内审人	

1. 目的

为规范医院各项工作，顺应精细化、同质化的管理要求和工作落实，拟规范****医院制度建设的管理，特制定《医院制度管理制度》。

2. 参考文件

2.1 国家卫生健康 委关于印发《三级医院评审标准（2022年版）》及其实施细则的通知（国卫医政发〔2022〕31号）

2.2 ISO9004:2008 标准。

2.3 其他文件：****

3. 名词定义

3.1 制度：要求相关员工共同遵守的准则，凡医院内的涉及不同员工落实执行的流程，均可用制度来保证员工行为的同质化。

3.2 制度管理制度：即管理制度的制度，是指为规范医院各类制度的起草、会签、审批、试行、公（发）布、培训、执行、监管、修订和废止等制度建设内容而统一规定的工作流程。

3.3 制度命名：为便于规范制度管理，对制度命名作如下规定：

3.3.1 ****管理制度：凡对****工作内容进行管理的制度，可称为****管理制度，实际是对****进行管理的制度，如交接班管理制度、会诊管理制度。

3.3.2 ****工作制度：凡各种组织开展工作的流程，可称为****工作制度，实际是组织开展工作的标准流程，如委员会工作制度、质量管理小组工作制度。

3.4 部门：指列入医院部门序列中的所有组织机构，包括行政后勤科室（含各级委员会和组织）、临床医技科室、护理单元、实验室等。

3.5 起草：凡是新制定的制度，从无到有的过程为起草，须指定制度起草人。

3.6 修订：对已有制度进行评估，作任何修改，则为修订，须指定制度修订人。

3.7 核对：对已有制度进行评估，不作任何修改，则为核对，须指定制度核对人。

3.8 内审：制度起草、修订或核对部门应指定制度内审人对制度内容的合法合规合理性和适用范围等进行内审，一般为部门负责人。

3.9 会签：涉及其他部门职责范围的制度，应有相应部门的审核，建议建立书面、会议、函邮、信息化办公流程等会签形式，便于制度内容沟通与交流。

3.10 审批：由部门负责人提请相关委员会或组织、医院院长办公会、党委会、团委会等进行审批，或通过相关部门审批，批准后签发生效。

3.11 文件编码：医院所有制度应有统一的文件编码，编码应包括部门、制度类型、制度序号、版本号、版本状态和制度产生年份等，建议包括医院简称。

3.12 版本状态：根据制度版本的有效性分为 A（讨论稿）、B（暂行稿）、C（实施稿）。

3.13 落实：制度主管部门为了某项制度的实施而采取的措施（包括培训和监管）。

3.14 执行：制度所涉及范围的科室或员工根据该项制度而采取的行动。

3.15 复核：根据制度落实、执行情况，定期开展制度内容的复核，包括核对（不做修改）或修订（剔除不合理的内容，并增加或完善符合实际的内容）。

3.16 制度主管部门：凡负责制度起草、修订、核对、培训、落实（执行）、监管、评估的部门即为制度主管部门。

3.17 制度管理部门：是指被医院指定，负责管理全院所有制度建设的部门。

4. 内容

4.1 制度制定原则

4.1.1 制度制定应符合国家法律、行业法规、标准以及医院使命、核心价值观、愿景及发展目标等。

4.1.2 制度内容应简明扼要，便于阅读、理解，避免产生歧义，工作流程通畅、可执行性强、权责清晰。

4.1.3 制度格式符合医院文稿管理统一格式、规范和编码的要求。

4.1.4 定期（间隔不超过三年）进行全院范围内制度修订工作，或根据行业或实际工作需要随时修订。

4.2 制度制定权责与工作流程

4.2.1 制度出台

4.2.1.1 **起草**：根据国家法律、行业法规要求，结合医院实际情况，经部门负责人同意后可起草仅限本部门职责范围内制度，部门负责人应指定制度起草人、内审人，起草人负责起草制度内容、编制文件编码、套用标准文稿格式，内审人应对制度内容的合法合规合理性、可执行性负责，并确定制度适用范围（供参考）：

4.2.1.1.1 全院员工、全院中层、党务、团务、工会等。

4.2.1.1.2 多部门：行政、后勤、临床 1（设置住院病区的临床科室）、临床 2（未设置住院病区的临床科室）、医技、护理或明确指定具体多部门名称。

4.2.1.1.3 单部门：单个部门名称。

4.2.1.2 **会签**：凡制度落实涉及其他行政职能部门的制度，应有会签流程或举行会议讨论，并有会签记录或会议记录；会签、会议完成后由制度主管部门整合会签、会议意见形成文稿，并交相关部门签字确认，由制度主管部门保存。

4.2.1.3 **批示**：凡由行政职能部门起草并涉及其他部门落实与执行的制度应请示分管院领导意见，并修改完善。

4.2.1.4 **形式审查**：由制度管理部门审查文稿格式与编码的规范性，并备案。

4.2.1.5 **征求意见**：凡制度执行涉及其他部门的制度由起草部门在医院信息平台公开征求意见，时间原则上不超过一周，并通知相关部门及员工。同时，应选择部分制度执行科室进行定向征求意见，并整合各方意见。

4.2.1.6 审批:

4.2.1.6.1 仅涉及本部门的制度经本部门集体讨论后由部门负责人批准。

4.2.1.6.2 涉及其他部门的制度由各相关委员会或组织审核并批准。无法归口的部分行政管理制由制度主管部门提出，由分管院领导指定部门或委员会（组织）进行批准。

4.2.1.6.3 超出医院单个委员会权责范围的制度，或涉及医院认为重要的制度由医院党委会、院长办公会审核并批准。

4.2.1.6.4 涉及职代会权责的制度应由职代会审核并批准。

4.2.1.7 **试行:** 新版制度应设置试行稿，设置试行期三个月，期满由制度主管部门对制度内容按照制度制定原则进行评估，必要时可修改，修改痕迹应保留；三个月后按原审批流程批准。

4.2.1.8 **公（发）布:** 医院定期修订的制度合订本采用纸质版本和电子版本公（发）布，非统一时间制定的制度，批准时仅发布电子版，必要时发纸质单行本。医院指定由制度管理部门在医院信息平台统一发布，并设置统一的查询路径便于员工查询和学习。

4.2.2 制度落实

4.2.2.1 **培训落实:** 由制度主管部门根据制度内容制定培训计划，包括培训方式、培训要求和内容（应知应会）、培训材料和培训考核，可采用线上或线下、集中或自主、书面或实操等多种形式，旨在促进相关员工掌握制度内容。

4.2.2.2 **执行监管:** 制度主管部门应制定本项制度的落实执行监管计划，对制度落实执行情况进行监管，监管频度可根据制度落实情况而定，对监管结果应及时分析反馈，形成分析小结，每个制度每年至少有一个落实监管分析小结，最终形成常态化的监管机制。

4.2.2.3 **汇总分析:** 医院制度管理部门负责量化评估各部门的制度落实监管分析工作，并形成全院性的制度监管分析报告提交至医院相关委员会。

4.2.3 制度修订

4.2.3.1 全院性制度应定期（每三年）修订一次，必要时根据医院实际情况可提前或推后，由医院制度管理部门经医院同意后启动全院性制度修订工作。

4.2.3.2 各部门应定期对本部门已公（发）布且执行的所有制度进行评估，明确制度的必要性、适用范围和可执行性，做出保留、修改、废止等决定，并落实具体修订人或核对人，并由指定的内审人复核。

4.2.3.3 根据行业要求、制度执行监管评估和相关员工反馈意见，制度主管部门可随时启动制度的修订工作。

4.2.4 制度效期

4.2.4.1 任何制度正式实施后，除有特殊规定的制度外，其他制度有效期视为长期，不作具体规定，以制度最新版本作为有效版本。

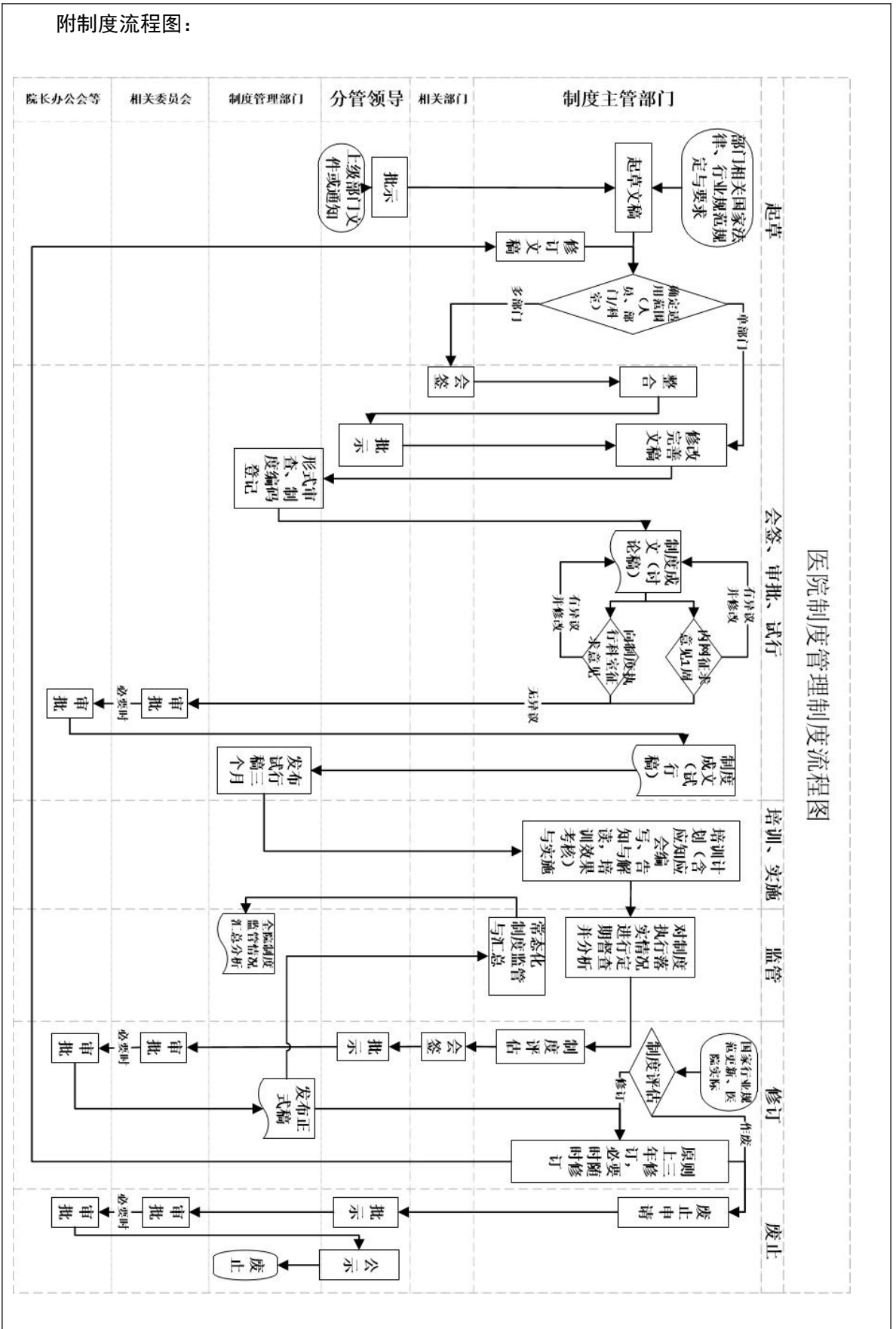
4.2.5 制度废止

4.2.5.1 根据国家法律、行业法规要求和医院实际情况，如果制度主管部门评估该制度应当废止，由制度主管部门起草废止申请，按原审批流程批准废止，并报医院制度管理部门备案、公示，并及时撤销医院信息平台上该废止制度，防止员工误用。

4.2.6 制度解释

4.2.6.1 所有制度内容由制度主管部门负责解释。

医院制度管理流程图



附制度考核要素：

医院管理制度量化考核表

序号	考核标准	测量要素	解释
1	医院有指定的部门负责全院范围的制度管理		医院应当有统一的制度管理部门，负责全院同质化的制度建设
2	制度有统一的编码，统一发布	每个制度均有独立、可识别的文件编号，有统一发布和学习的平台	文件编号，全院统一，便于存档及查询
3	制度修订有全院统一的流程	提供流程图	
4	全院制度有定期修订的规定	明确规定了全院统一的制度修订期限	制度建设应当持续改进，根据医院各项工作需要，定期修订，不排除个别制度临时修订
5	各制度应有落地的部门	落地部门负责制度的起草、修订、核对、培训、落实（执行）、监管、评估事宜	根据需要，落地部门负责制度修订的相关职责
6	制度审批有明确规定的委员会或组织	任何制度均有明确的审批组织	审批是代表制度的权威性
7	任何制度有明确的适用范围	任何制度均有明确的执行人（部门）	
8	制度出台同时备有本制度落实的培训计划	培训计划应当落地有实效	
9	制度出台同时有落实制度的应知应会便于员工掌握		
10	有本制度落实的流程图		明确员工职责相关具体事项，尽可能减少员工负担
11	制度包括多部门和单部门两种		科室内部制度也应当纳入制度管理建设
12	制度落实有明确的量化考核表	提供量化考核表	

审批委员会（组织）： _____

签发人： _____ 签发时间： _____