中共眉山市彭山区人民医院委员会文件

眉彭人医委发〔2026〕55号

中共眉山市彭山区人民医院委员会关于巡察集中整改进展情况的社会公开稿

根据区委统一部署，2025年11月10日至12月22日，区委第一巡察组对区人民医院党委开展了巡察。2026年3月4日，区委第一巡察组向区人民医院党委反馈了巡察意见。按照巡察工作有关要求，现将巡察集中整改进展情况予以公布。

一、党委及主要负责人组织整改落实情况

区人民医院党委坚持把巡察整改作为首要政治任务、压实管党治党责任的重要抓手，切实提高政治站位，端正整改态度，照单全

收巡察反馈问题。院党委专题研究部署整改工作，细化整改台账，明确整改举措、时限和责任人，做到事事有人管、件件有着落。坚持问题为导向，即知即改、立行立改，坚持当下改与长久立相结合，狠抓整改落实，注重举一反三，把巡察整改与医院党建工作、医疗业务、行风建设等各类管理深度融合，以整改实效促进医院治理能力持续提升。

区人民医院党委书记熊小刚坚决扛牢巡察整改第一责任人职责，始终把巡察整改作为坚定践行“两个维护”的具体政治实践，深刻把握巡察监督的政治属性，坚持以巡察反馈问题整改为契机，补短板、强弱项、提质效，全面推动医院高质量发展。对巡察反馈问题全盘认领、诚恳接受、照单全收，坚决做到不回避、不遮掩、不敷衍、不打折扣。一是坚持以上率下、带头示范抓整改。第一时间主持召开党委专题会议，专题传达学习巡察反馈意见和工作要求，带头开展自我检视、深刻剖析问题根源，牵头审定全院巡察整改总体方案、任务清单和工作台账。对整改重点难点问题，坚持亲自研究、亲自部署、亲自调度、亲自督办，切实把整改工作抓在手上、落到实处。二是坚持压实责任、层层传导抓落实。严格落实全面从严治党主体责任，压紧压实班子成员“一岗双责”，督促班子成员对照分管领域、分管科室主动认领问题、细化整改举措、逐项推进落实。对重点问题挂牌督办、跟踪问效，确保每项整改任务有人抓、有人管、有结果、见长效。三是坚持常态督导、从严问效抓推进。常态化听取整改进展汇报，定期召开整改工作调度会，动态掌握整

改推进情况，对整改推进滞后、落实不力的科室和责任人及时提醒、督促纠偏，坚决杜绝虚假整改、纸面整改、拖延整改。四是坚持举一反三、标本兼治促长效。既紧盯具体问题清零见底、逐项整改到位，又立足长远深挖制度短板、堵塞管理漏洞，健全常态化、长效化制度机制。坚持把巡察整改与医院党建引领、医疗质量提升、医德医风建设、行业作风整治、学科人才建设、医院精细化治理等中心工作深度融合、一体推进，充分发挥“头雁效应”，以高质量巡察整改推动全面从严治党走深走实，切实把整改成效转化为提升医院治理能力、服务能力和群众就医获得感的实际成果。

二、集中整改期内已完成的整改事项

（一）贯彻落实“三个转变、三个提高”有短板，推动医院综合实力提升紧迫感、高质量发展使命感不强。

具体问题 1：政治理论和行业政策学习虚化。政治理论学习不扎实，院党委未将习近平新时代中国特色社会主义思想、习近平总书记关于健康中国重要论述纳入学习，学习常态化、系统化不够，学用脱节。“第一议题”制度执行不严，2021 年 1 月至 2025 年 10 月召开院党委会 90 次中落实“第一议题”56 次，下辖 21 个党支部均未落实“第一议题”制度、均未传达学习习近平总书记两次来川视察重要讲话精神。

整改情况：一是院党委牵头制定《彭山区人民医院第一议题学习制度》；二是修订党建考核办法，将“第一议题”制度执行情况纳入党建考核；三是每季度对分管支部党建工作进行督导，未完成的

工作与党支部书记、党务干事 KPI 考核挂钩。2026 年在二季度党建考核中对保卫科、功能科、神经脊柱外科等三个支部书记和干事进行 KPI 考核扣分；四是牵头全面梳理近 1—2 年区委组织部下发基层党建工作任务清单，形成《未学内容清单》，要求各支部逐篇完成补学。

整改时限：第一、二、三项 2026 年 6 月 30 日前已完成整改并长期坚持；第四项 2026 年 8 月 31 日前完成。

整改结果：已完成。

具体问题 2：贯彻上级精神不及时。院党委及各党支部均未对中共中央办公厅印发的《关于加强公立医院党的建设工作的意见》和《四川省加强公立医院党的建设工作实施办法》等文件进行传达学习，各党支部未按要求参与科室业务发展、绩效分配、评优评先等重大问题决策。

整改情况：一是制定了《眉山市彭山区人民医院党支部参与科室重大问题决策制度》，2025 年 12 月起，科室凡涉及“三重一大”事项须经召开党员大会讨论通过后才能报送院党委会集中讨论审议；二是 2026 年 5 月 27 日中干会集中组织党员干部学习《关于加强公立医院党的建设工作的意见》（中办发〔2018〕35 号）和《关于加强公立医院党的建设工作实施办法》（川委办〔2019〕15 号）文件。

整改时限：第一、二项 2026 年 6 月 30 日前已完成整改并长期坚持。

整改结果：已完成。

具体问题 3：区域医疗服务主力军、领头羊作用发挥不够。发展速度慢、业务短板明显，交由省人民医院托管后借势借力不足、主动向上汇报沟通意识不强，“三乙创建”工作未下深水。2021 年在全省参评的 131 家综合医院中排名 118 名，运行效率、满意度两项指标为三级未定等的劣型典型医院，2023 年排名与下一档位 C＋＋的医院仅高 6 名。2022 年至 2024 年病例组合指数（CMI）值从 0.69 逐年下降至 0.67、0.65，缺乏有力有效提升措施。高难度手术开展能力薄弱，2023 年出院患者手术率、四级手术率分别比全省平均水平低 10.6％、9.2％。对口支援社区卫生服务中心有差距，派遣 7 名医务人员对口支援谢家街道社区卫生服务中心，但实际只有 5 人前往，只查房不坐诊，业务指导有欠缺，2025 年 7 月至 12 月期间 5 人均未实际到岗。

整改情况：一是持续按照三级医院建设标准推进医院高质量发展，对标 2026 年四川省三级医院评审标准，加强评审信息数据管理，已经完成医疗质量管理制度修订，推进医院从粗放式管理转变至精细化管理，继创建国家级胸痛、卒中中心建设后，持续深化急诊急救中心建设，发挥区域龙头医院作用，提升区域医疗救治服务能力。二是已制定《外请专家会诊与手术管理制度》，邀请省级专家带动四级手术和我院自身手术医师水平，建立院内四级手术多学科联合诊疗（MDT）常态化机制，提升四级手术医疗质量安全，本年度 1－8 月份四级手术占比已达约 18％，较上年度提升近 5 个

百分点，位居眉山地区三级医院内四级手术占比最高的医院。三是已建立《医疗质量管理制度》，实施精细化管理，加强技术能力提升和病案质量管理，提高CMI（医保口径）从1.15上升到1.27，CMI（卫健口径）从2024年0.65提升到截至2026年7月为0.75，已现明显成效。四是已完善《对口支援管理制度》修订，切实抓好工作落实。五是组织强化下派人员思想教育，重视“传帮带”的支援意识，做好指导帮扶工作，对乡镇卫生院不断下沉人员指导业务发展，开展查房、坐诊等，定向帮扶黄丰镇卫生院坐诊100余次。六是持续落实制度管理，严格按照上级关于对口支援工作的具体要求执行，完成支援时间、帮扶内容及资料存档等，院内定期督查支援人员的到岗及工作落实情况，将对口支援下乡工作与医务人员晋级、晋升和年度绩效考核挂钩。

整改时限：第一项至第六项2026年8月底前已完成整改。

整改结果：均已完成。

具体问题4：对长期发展重视不够。运营管理体制机制不健全、力量薄弱，未统计分析、动态监控运营数据，未将经济管理与医院业务管理相融合，缺乏推动医院开源节流、降本增效的办法措施。

整改情况：一是成立医院运营管理委员会，明确运营委员会工作职责；二是对企业微信“移动运营决策支持”系统，拓展多维度数据分析模型，推动管理重心从绩效核算向业务、运行数据综合分析转型，以数据驱动医疗质量提升与资源效能释放。三是已制定并印发《跨部门协同机制制度》，定期联合医务、护理、财务、设备、

药剂等科室开展数据分析，排查问题并制定整改措施，跟踪落实整改。

整改时限：第一项在2026年6月30日前完成整改；第二项在2026年3月31日前完成整改；第三项在2026年7月31日前完成整改。

整改结果：已完成。

具体问题5：科研课题和新技术新项目成效不显著。科研课题数量少、成果转化率低，2021年至2024年无SCI论文、无科研成果转化。新技术新项目含金量不高，技术项目缺乏原创性。

整改情况：一是建章立制，已完成2026年《医学科研工作管理细则》修订。二是已推进医院成立科研活动室，营造科研氛围，推动提升科研能力与水平。三是积极争取科研专项基金，借助省医院托管优势，充分利用上级资源，提供科研帮扶，争取四川省大型三甲医院科研协作，作为协作单位，已参与华西医院和省人民医院科研协作项目共3项，同时积极发挥本院研究生人才，积极争创省、市级科研项目，截至目前已在立项中科研7项和已结题科研4项，并发表SCI高质量论文2篇，中文核心期刊1篇。

整改时限：第一项至第三项2026年8月底前已完成整改。

整改结果：已完成。

具体问题6：“十四五”规划推动落地缓慢。推动落实攻坚克难意识不强、资源统筹能力不足，有8个目标任务未完成。打造智慧医院计划建设的医联体平台、医联体信息共享中心等8个系统和平

台截至巡察结束尚未开始建设。

整改情况：一是电子签名系统、医共体平台已经纳入区域医共体信息化方案之中，目前该项目已经成功入库、评审，待省级相关部门同意。专项资金发债后，在2026年11月开工建设，2027年10月前完成。二是当时制定“十四五”规划时评估不足，没有充分考虑疫情防控和医保政策等因素对医院造成的运营压力，经医院党委会研究决定并报区卫健局批准后，原定的移动输液系统和康复管理系统暂缓实施。下一步若紧密型县域医共体建设中有中心药房和集中静配中心建设计划时，视资金情况再讨论后实施。

整改时限：第一项2027年10月前完成；第二项已完成。

整改结果：未完成。

（二）面上问题：以人民健康为中心的理念筑得不牢，医疗质量有短板，医疗服务不规范。

具体问题7：为民服务意识淡薄，服务管理精细化不足。医疗行为不规范、责任心不足时有发生，2022年至2024年331起投诉中涉及医患沟通不足、医疗行为不规范责任心不够的有198起、占比59.8％。服务岗位服务意识淡薄，便民服务设施作用发挥不够有效，导诊人员没有主动宣传引导、指导患者使用自助挂号缴费设备，经常出现设备闲置、人工窗口拥堵排长队等现象。

整改情况：一是修订了《“零投诉”管理办法》《医德医风考评手册》；制定了《行风建设奖励制度》《患者投诉联席会制度》并下发，目前严格按照制度规定开展投诉联席会8次，下发《投诉处理

通报》2 期，《行风管理通报》8 期，涉及奖励 400 余分，扣罚 90 余分，奖惩结合，不断促进医务人员职业素养和服务能力，提升患者满意度。目前投诉量明显下降，患者满意度显著提升，并于 2026 年 8 月开展了全院干部职工医德医风培训和考核，进一步强化岗位职责和规矩意识。二是 2026 年 6 月重新对轮椅、充电宝、饮水机、自助机等设施梳理标识标牌，部分使用标准化大图标。2026 年 6 月对自助机制作并张贴操作要点使用流程图。三是 2026 年 4 月门诊部主任对门诊客服人员召开会议进行培训，增强主动服务意识，强化履责，对服务态度差的工作人员进行批评教育。四是 2026 年 4 月起门诊部每日安排科室 1－2 名工作人员在设施集中区流动服务，帮助操作自助机、手机结算等操作。对自助机缺纸、轮椅没电、饮水机缺水等问题实现 15 分钟内响应。门诊部雨天在出入口提供口袋装雨伞，增加防滑垫。五是 2026 年 5 月，门诊部制定奖惩措施，以强化绩效管理。

整改时限：第一项已在 2026 年 5 月完成整改并长期坚持；第二项于 2026 年 6 月完成整改；第三、四项 2026 年 5 月完成整改；第五项于 2026 年 5 月完成整改。

整改结果：已完成。

具体问题 8：“120”急救响应处置能力不足。“120”指挥中心有 3 台座机，夜班值班仅有接线员、驾驶员各 1 人且 24 小时连续在岗，突发多起紧急情况无法及时响应、派车。

整改情况：一是已修订《120 交接班制度》，重新更改排班模

式，增加“120”调度员、司机夜班值班人员和急诊急救医务人员，保障“120”调度员夜班 2 人值班和两辆救护车出车。二是已对值班人员进行急救技能培训，及时响应 120 接入，对呼救应急情况做好专业指导处置。

整改时限： 第一项至第二项 2026 年 8 月底前已完成整改。

整改结果： 已完成。

（三）面上问题：防范化解重大风险意识薄弱，底线思维和忧患意识存在差距。

具体问题 9： 应急演练防控体系建设不到位、开展有盲区。2021 年至 2024 年未组织全院开展应急演练，仅在部分科室开展，广大一线医护人员、外包人员长期是“旁观者”。应急演练走过场，多个年度演练内容、实施方案同质化。突发公共卫生事件等非医疗类应急演练流程不清晰、责任未细化，SPD 等存在安全隐患的场所未组织开展应急演练。应急管理监督管理缺位，医院缺乏对应急物资采购存储、调配发放、检查更新等环节的掌握把控，无法精准掌握物资动态。

整改情况： 一是落实并参与分管科室应急演练，截至 6 月底已完成消防、防汛、停电、医废、危化品演练。二是 2026 年 5 月完成有安办、病理科牵头完成危化品演练，参与部门包括门诊部、保卫科、总务科等。三是 2026 年 6 月总务科牵头完成医废演练，参与部门包括院感科、总务科、保卫科、第三方保洁人员。四是 2026 年 6 月由医院安全办公室牵头完成全院应急演练。

整改时限：第一项，第三项、第四项2026年6月完成整改；第二项于2026年5月完成整改。

整改结果：已完成。

具体问题10：麻精药品管控未抓严抓实。药剂科未严格执行出入库双人签字验收、卫生执法人员现场监督销毁等规定，交接不规范、申请表随意修改。多个临床科室出现麻精药品柜未上锁、交接班记录不规范、使用登记本与账务不相符等问题。

整改情况：一是已组织全院麻醉药品、第一类精神药品培训。二是每季度对科室进行麻精药品检查，对发现的问题进行全院通报处罚。三是对出入库问题已进行整改，要求双人亲笔签字确认，禁止盖章或代签，确保验收／出库过程双人全程参与；医院质控组每季度专项核查账册，将“双人亲笔签字”作为核心检查项，纳入科室和个人绩效考核。四是优化麻醉药品、第一类精神药品销毁申请表，表头注明第一类精神药品销毁申请表；在卫生主管部门监督栏增设子项“监督人员身份类型”（勾选“卫健局工作人员”“卫生执法人员”确保信息精准可追溯）。将修订后的表纳入科室标准化表单库，要求回收销毁前必须按照新模板填写。五是医疗废物交接单已注明交接内容，添加交接监督人，制作封条并签上时间加盖药剂科鲜章。六是医务、护理、药剂每季度联合质控检查毒麻药品，抽查已审批表格，对违规手写修改的情况通报追责，纳入个人绩效考核。

整改时限：第一、二、三、四项已于2026年6月30日前完成整改并长期坚持。

整改结果：已完成。

具体问题 11：平安医院建设重视不足。未按要求每季度研究部署平安医院建设工作，平安医院创建工作计划和总结敷衍了事，未结合实际安排推进。

整改情况：一是院纪委已于2026年7月15日分别对涉及分管领导李军进行谈话提醒，负责人叶茂松进行了批评教育。二是已制定2026年平安医院工作计划并通过院长办公会、党委会审议 。三是分别在第9期院长办公会和第15期党委会已完成部署二季度平安医院建设工作。

整改时限：第一项于2026年7月完成整改；第二项、第三项于2026年6月完成整改。

整改结果：已完成。

（四）面上问题：全面从严治党主体责任落实不扎实，内控和采购监督管理不够细致严谨。

具体问题12：食堂、小卖部管理不规范。发放职工餐补又允许科室签单，2021年至2024年科室签单392.27万元，即便医院在2021年、2024年亏损后也未取消。医院将科室签单作为食堂收入，食堂收入中扣除科室签单“收入”后，4年期间食堂共亏损490.4万元。食堂、小卖部普遍超合同期限继续经营。多个食材多次采购价格普遍高于价格监测价格。

整改情况：一是院纪委于2026年7月9日分别对涉及分管领导倪文萍和负责人张宇梅院进行了谈话提醒和批评教育。二是2024

年7月已取消食堂签单。三是2025年6月起，加强食堂食材管理，每日早上由医院总值班人员负责验收当日菜品，每周五总值班人员对每周菜品到菜市场进行询价。并在微信群上传验收照片。四是加强合同时效性管理，对分管科室主任提出动态管理合同时限，对预算金额超过20万元项目提前3个月提交申请，对需要前期调研或者金额巨大项目如食材、食堂劳务、保洁、安保等不少于半年提交申请。五是2026年2月收到第三方服务公司补缴餐费31530元。

整改时限：第一项、第二项于2026年7月已完成整改；第三项于2025年6月完成整改；第四项于2026年5月完成整改并长期坚持；第五项于2026年2月完成整改。

整改结果：已完成。

具体问题13：内控监管缺位。2023年至2025年将18名编制外医务人员转入保安服务公司，并由该公司代发职工工资福利，医院实现变相用工。内审工作形同虚设，人员配备力量不足、专业知识缺乏，未开展实质性内审工作。文书审核意见及签字缺失，重要文书内容雷同，档案管理不规范，10个党支部均遗失多个年度支部手册。

整改情况：一是2026年3月起全面清理在岗第三方劳务派遣人员，积极向上争取临聘人员招聘指标，截至2026年6月内完成5名医护技人员分类回流至聘用制人员，1名检验技师辞职。二是建立人员需求风险动态评估机制，每年底科室提出次年人员需求计划以后，组织医务、护理、运营等部门对需求表进行审核，然后提

交医院党委会讨论。三是制定劳务派遣人员管理办法，加强考核和日常监管，明确岗位职责、服务标准与退出机制。四是于2026年5月14日院纪委分别对涉及分管领导余海燕和负责人乔璐、干事周获进行了谈话提醒和批评教育。五是审计人员已剥离各类兼职事务，能够集中主要时间和精力开展内部审计核查、监督检查、问题排查等核心工作，审计工作的独立性、专业性逐步提升。六是已制定《年度内部审计工作计划》报院党委会审议通过，涵盖财务、基建、采购、资产等重点领域，并严格按计划落实。七是全面构建事前防控、事中管控、事后整改的全链条审计监督。针对基建项目、招标采购、财务核算等重点工作，提前介入开展合规性、风险性审核，排查流程漏洞、制度缺陷及潜在风险。加大常态化跟踪审计力度，开展重点领域动态监督，及时发现并纠正工作推进过程中的不规范问题。八是已实现审计问题闭环管理，针对排查出的问题，逐一明确整改举措、压实整改责任、跟踪整改进度，督促各责任部门限期落实整改。对已完成的整改任务及时核查验收、对账销号，对需长期整改的问题建立常态化跟踪督办，坚决杜绝流于形式、虚假整改等情况。截至目前，已完成整改事项16项，均已组织核查验收并逐项对账销号，在整改中坚决杜绝流于形式、虚假整改，确保问题整改见效。九是制定《党支部手册填写规范模板》，明确“三会一课”、主题党日、组织生活会、民主评议党员、谈心谈话、党费收缴等内容的填写要求。十是加强组织党建知识培训。十一是加强文书管理，各类审批文件须按照制度流程逐级履行签字。十二是归

口科室加强文书质控，经审核完整后方才存档。

整改时限：第一、二、三项已完成整改并长期坚持；第四项已于2026年5月30日前完成整改；第五、六、七、八项已于2026年7月前完成并长期坚持；第九、十、十一、十二项于2026年8月前已完成整改并长期坚持。

整改结果：已完成。

（五）面上问题：执行财经纪律打折扣，奖励福利发放欠科学、财务资产管理需加强

具体问题14：发放奖励欠科学，存在普惠现象。2021年至2024年每年将所有科室均评为先进集体，并向全体人员发放奖励共75.6万元。每年评定奖励先进个人173人左右，占总人数的27.2%，评选比例过高。2024年6月至12月每月定额向负责党务工作的发放绩效4.41万元，其间仅对2人扣减共32元。未经批准设置工会积极分子表彰事项并超慰问标准发放奖励。

整改情况：已于2026年6月23日制定下发《科室综合工作目标绩效考核方案（试行）》。

整改时限：2026年6月30日前已完成整改并长期坚持。

整改结果：已完成。

具体问题15：专项资金使用不规范。专项资金发放不合理，2019年至2024年医院全科医生转岗培训经费共19.26万元均用于向46名医护人员发放讲课费、管理费、带教费，未用于学员生活补贴、教学实践活动等方面，其中有21人未取得相关讲课带教资

格。滞留上级专项资金，全科医生转岗培训补助资金结余 7.03 万元。带教经费发放不严，向不符合条件的 8 名人员发放带教经费 4.59 万元。

整改情况：一是已对全科医生专项资金开展全面清查，核对资金情况，建立明细台账，医务科教联合财务、审计部门形成常态化管理机制。二是将滞留资金 4.5 万元用于购买全科医师轮岗培训所需教具。三是已修订临床教学带教管理制度，加强带教师资管理，规范师资队伍。四是持续开展师资培训工作，定期组织带教老师参加全科医学理论、教学方法等培训，以此提升教学能力和水平，保障培训高效。五是对带教资质不符合人员报上级主管部门出具相关带教资质资料。六是加强全科医生资金使用管理，严格按照眉山市卫健委发放的资金使用方案进行分配执行：临床带教 60％，集中培训 20％，班主任津贴 10％，学员奖励及补助 5％，优秀老师奖励 5％。七是持续做好全科医师专项经费管理，明确经费使用范围，并做好资金发放明细台账管理。

整改时限：第一、二项 2026 年 8 月 31 前已完成整改；第三项至第七项 2026 年 8 月底前已完成整改。

整改结果：已完成。

具体问题 16：国有资产管理、物资登记不规范。固定资产报废累积数量多原值大、处置流程漫长达到数月甚至一年以上，产生账实不符、安全隐患等问题。应收未收门市租金，医院商业门市原承租户霞非龙在租赁期限届满后，仍实际占用已达一年十一个月并

未支付租金，累积造成国有资产流失15.37万元。物资登记管理不规范，2022年接受药企公司捐赠价值20万元的荆防颗粒未做物资管理登记。

整改情况：一是已于2026年5月26日完成积压报废固定资产残值竞价处置。二是医院商业门市原承租户霞非龙拖欠租金事项，已向区卫健局汇报，暂未采取强制措施。

整改时限：第一项在2026年5月31日前完成整改；第二项在2026年12月31日前完成整改。

整改结果：未完成。

具体问题17：工会、团支部经费使用不规范。工会活动超人数设置奖项、设置奖励形式不合规，举办的2024年迎春趣味体育活动获奖1156人次，为实有工会会员数的1.75倍，同时发放奖金2.49万元。违规设置值班人员慰问并发放购物卡，向2024年除夕、初一的值班人员发放购物卡287张、价值4.31万元。团支部活动经费未据实报销，以差旅补助形式定额发放。

整改情况：一是2026年5月14日院纪委对涉及责任人乔璐进行了谈话提醒，二是已于2026年6月完成清退2024年迎春趣味体育活动奖金2.49万元，三是已完成清退28名非共青团员违规报销费用2240元。

整改时限：第一项于2026年5月14日前完成整改；第二项在2026年6月30日前完成整改；第三项在2026年7月31日前完成整改。

整改结果：已完成。

具体问题 18：违规在工资中扣除“三乙”评审保证金。在 2021 年 9 月至 2024 年 11 月期间从全院在岗职工工资中扣除“三乙”评审保证金共 176.68 万元，截至巡察结束已大部分退还完毕。

整改情况：已于 2026 年 4 月向离职人员周静、黄菲、吴志漕、李艳洁清退“三乙”评审保证金 2200 元，同时严格禁止医院各类考核任务再次以工资中扣除保证金方式办理。

整改时限：2026 年 4 月 30 日前完成整改。

整改结果：已完成。

（六）面上问题：党的全面领导落实有不足，夯实筑牢医院发展根基有弱项。

具体问题 19：研究干部人才引育用管不够用力。干部人才缺乏系统性的培养计划，对年轻干部的培养锻炼不足、成长速度较慢，难以快速填补高端岗位空缺。职称晋升考核管理混乱，评分设置不合理、资料审查不严、评审程序不规范、评分流于形式。在重要岗位、重点环节没有严格执行轮岗制度。执行抽借调规定不到位，对抽借调工作人员管理存在缺失。

整改情况：一是优化人才引进与培养机制，引进方式多元化，截至 2026 年 9 月，柔性引进兼职博士后 1 人，考试招聘研究生 4 名，校园招聘研究生 4 人，网络招聘研究生 2 人。二是建立研究生联谊会，定期开展研究生联谊会，促进大家相互学习、相互提高。三是 2026 年 6 月，对部分任职超过 10 年放射科、体检科、检验科

等三个中层岗位进行调整，2026 年新任命、提拔年轻干部 15 人。四是综合办强化抽借调人员动态管理台账，每年年底与派出单位双向函询、联合考核，将考核结果纳入干部年度综合评价，考核与评优依据，确保管理闭环。五是修订岗级调整晋升细则，增设疫情防控加分、廉洁考核评分标准，明确党纪政务处分、行业准则违反情形的量化扣分规则，实行打分全程留痕、结果公示。五是修订退休返聘工作制度，严把资格审核、岗位匹配、能力评估、履职考核关。六是自 2026 年 3 月起立即停止执行院内自聘高级职称管理办法，涉及 2023 年 9 月至 2026 年 2 月的院内自聘高级职称共计 21 人退还差额补助 209086 元。七是对编制内岗位设置进行调整，将闲置的管理岗和工勤技能岗转岗至专业技术岗位，共增加 19 个专技编制，分别是正高级 1 个、副高级 4 个、中级 12 个、初级 2 个。八是进一步强化政策执行的规范性与透明度，所有涉及人事、薪酬、编制等重大事项，严格履行“三重一大”决策程序，并同步向主管部门报备。

整改时限：第三、五、六、七项 2026 年 8 月 31 日前已完成整改；第一、二、四、八项 2026 年 7 月 31 日前已完成并长期坚持。

整改结束：已完成。

具体问题 20：党内政治生活不严肃，党建基础工作不扎实。院党委班子组织生活会开展不规范，非院党委委员在组织生活会上开展自我批评，2022 年多人查摆剖析主题为医院业务发展，以建议意见代替批评意见。21 个党支部 2021 年至 2025 年均未召开组

织生活会，个别党支部民主评议优秀党员的比例超过三分之一。21个党支部普遍未按要求开展“三会一课”，其中有9个党支部未成立支委，12个党支部2021年1月至2025年10月累计召开支委会246次，与要求相比缺少222次。支部换届延期后超期6个月，且个别党支部选举不规范。

整改情况：一是健全组织生活会制度，严把参会人员资格标准。二是提高组织生活会质量，2026年3月24日院党委召开专题民主生活会，深入查摆问题，把问题找实、根源挖深；会上坚持实事求是、直面问题、动真碰硬，开展积极健康的思想斗争，自我批评不遮掩、相互批评有“辣味”，坚决杜绝避重就轻、走过场、搞形式。三是加强党务干部党建知识培训。2026年1月14日，组织部分支部书记、党务干事60余人参加区卫健局组织的党建业务知识的培训，2026年6月23日至26日，党委副书记余海燕参加全省公立医院党务工作者示范培训班的学习。2026年8月26日至8月28日，党委副书记余海燕和综合办干事赵伊琳参加市卫健委组织的党务骨干培训。四是修订完善党委委员联系党支部工作制度，加强对联系党支部的党建工作督查，要求至少每季度督查一次。五是修订党建考核管理办法，党委办2026年6月30日对下属30个支部进行季度检查。对保卫科、功能科、神经脊柱外科等三个支部在第一议题学习和其他活动中开展不足的支部书记和干事进行绩效KPI扣分。六是按照《关于共产党党费收缴、使用和管理的规定》，财务科在建设银行设置专用商户柜台号，用于党费收缴，执行主动按

月交纳党费。

整改时限：第一、四、六项2026年6月30日前已完成整改;第二、三、五项2026年8月31日前已完成并长期坚持。

整改结果：已完成。

具体问题21：意识形态主体责任落实不到位。2021年至2025年院党委未专题研究思想政治工作，2023年、2024年未向上级党委汇报意识形态工作情况。部分党委委员没有在年度个人述责报告中对落实意识形态工作责任制的情况进行报告。2021年至2025年未在年初制定理论学习中心组学习计划、未形成年度书面总结，中心组学习方案未经院领导审签。2023年全年中心组学习与院党委会套开，学习无重点、不充分。交流发言无重点、简单化。阵地管理有差距。

整改情况：一是每季度召开一次意识形态工作、年度述职严格把关。二是严格按照中心组学习要求，制定学习会方案后，经报卫健局党委同意，2026年6月16日召开党委中心组学习会，卫健局副局长吕阳同志参加学习会并予以指导。

整改时限：第一、二项2026年6月30日前已完成整改并长期坚持。

整改结果：已完成。

具体问题22：干部选拔任用工作不够规范。选拔任用程序存在缺项，个别谈话、考察谈话、任前谈话等程序缺失或执行不到位。考察纪实材料制作归档不规范，2021年以来开展的12批次中层干

部任用过程中，考察材料均未见考察组成员签字，未落款考察时间。谈话记录、任前公示等考察资料缺失，干部考察文书档案均未按照“一人一册”要求归档管理。

整改情况：一是修订《彭山区人民医院干部选拔任用制度》，细化谈话、考察、公示、备案等各环节操作指引，明确任职条件等刚性要求。二是推行干部考察“双签字 + 双归档”制度，考察组成员须在考察材料上亲笔签名并注明日期，纸质与电子档案，实行“一人一册、一事一卷”。三是完善干部选拔全过程纪检监督，纪检监督嵌入考察谈话、民主测评、任前公示等关键环节，实行监督全程留痕、问题及时反馈、整改闭环管理。2026 年以来，新任命干部 4 人，均严格按制度执行。

整改时限：第一、二、三项 2026 年 7 月 31 日前已完成整改并长期坚持。

整改结果：已完成。

（七）审计、巡察等专项检查反馈问题整改不彻底

具体问题 23：“室内质评项目参与率低”的问题整改不足。针对 2021 年三级公立医院绩效考核通报的“室内质评项目参与率低”问题，仍未按要求落实室内质量控制和室间质量评价。

整改情况：一是按制度落实质控要求，已对全院所有检验项目必须报名参加国家级或省级临床检验中心组织的相应室间质评活动，现实现全覆盖 100％参与率，明确责任科室和责任人，确保按时上报数据和接收评价报告。二是已完善 POCT 质量管理体系，严

格人员培训、考核与授权制度，所有 POCT 操作人员 100％经过规范培训、考核合格并获得医院正式授权，人员操作标准化、规范化水平显著提高。三是依据《四川省医疗机构即时检验临床应用管理指南》等文件，已修订医院《POCT 质量管理实施细则》明确要求所有 POCT 设备和检测项目必须建立并执行系统化、文档化的日常室内质量控制程序，系统化培训与考核，所有 POCT 操作人员（包括医生、护士、医技人员）必须经过理论培训考核合格后方可上岗。

整改时限：第一项至第三项 2026 年 8 月底前已完成整改。

整改结果：已完成。

三、下一步整改工作安排

医院党委将以本轮巡察整改为新的起点，坚持整改不松劲、落实不停步、长效不反弹，坚决杜绝“过关思想”“交卷心态”，持续巩固整改成效、补齐短板弱项，以常态化、长效化整改推动医院全面建设和高质量发展提档升级。

（一）持续压实管党治党责任，全面夯实全面从严治党根基。

始终把政治建设摆在首位，深入学习贯彻新时代党的卫生健康工作方针，坚决扛牢党委主体责任、书记第一责任人责任和班子成员“一岗双责”，健全完善权责清晰、层层压实、全程督责的责任体系。常态化开展党风廉政教育、医德医风教育和警示教育，紧盯重点岗位、重点环节、重点人员，健全廉政风险防控机制，从严抓好日常监督、执纪问责，持续净化医院政治生态，彻底整改全面从严治党压力传导不够、责任落实层层递减问题。

（二）聚力补齐高质量发展短板，全面提升医院综合实力。

坚持以人民健康为中心，聚焦医院学科建设、人才队伍、科研教学、精细化管理等薄弱环节，系统谋划中长期发展规划。持续优化学科布局，做强优势专科、补齐薄弱专科，加大人才引进、培养和梯队建设力度，规范医疗质量管理体系，不断提升诊疗技术水平和核心竞争力。坚决破除管理惯性、思维惰性，以制度化、标准化、规范化建设破解发展瓶颈，推动医院高质量、可持续、内涵式发展。

（三）深耕民生服务提质增效，持续厚植为民服务底色。

始终站稳医疗卫生为民服务根本立场，针对巡察指出的为民服务用力不足、服务举措不精准、群众获得感不强等问题，常态化开展服务流程优化、就医环境改善、医患沟通提升、便民惠民举措落实。持续精简就医环节、优化诊疗流程、改善服务态度、畅通投诉渠道，用心用情解决群众就医急难愁盼问题，不断提升群众就医体验、满意度和获得感，切实把巡察整改成效转化为服务群众的实际成果。

（四）坚决守牢安全发展底线，织密筑牢医院安全防线。

牢固树立“人民至上、生命至上、安全第一”理念，常态化抓实医疗质量安全、院感安全、药品器械安全、消防安全、安全生产、舆情安全等全领域风险管控。健全风险排查、隐患整治、督导检查、闭环管理机制，做到问题动态排查、隐患动态清零。强化全员安全意识培训和应急演练，补齐安全管理漏洞和制度短板，坚决杜绝麻痹松懈思想，全面筑牢医院高质量发展安全屏障。

（五）坚持标本兼治常态长效，巩固深化巡察整改成果。

持续做好巡察整改“后半篇文章”，对已完成的整改任务常态化开展“回头看”，严防问题反弹回潮；对需要长期坚持的整改任务，持续跟踪推进、动态完善举措。坚持举一反三、建章立制，把巡察整改中行之有效的做法固化为制度机制，推动当下改向长久立转变，真正实现以整改促管理、以整改促规范、以整改促发展，全面提升医院治理体系和治理能力现代化水平。

欢迎广大干部群众对巡察整改落实情况进行监督。如有意见建议，请及时向我们反映。联系方式：电话 028-3758010；邮政地址眉山市彭山区蔡山北路西二段 195 号；电子邮箱 377317391@qq.com。

中共眉山市彭山区人民医院委员会

2026 年 11 月 24 日

中共眉山市彭山区人民医院委员会办公室　　2026年11月24日印发