

中共德州市妇幼保健院委员会关于十六届市委第五巡察组整改进展情况的通报

根据市委统一部署，2024年3月底至6月，市委第五巡察组对市妇幼保健院党委开展了常规巡察。2024年9月26日，市委巡察组向市妇幼保健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、整改工作基本情况

（一）统一思想认识。医院党委高度重视市委第五巡察组反馈意见，把巡察整改作为当前一项重大政治任务、一项重中之重工作来抓，学深悟透市委有关巡察工作精神，牢固树立“四个意识”，从讲政治、讲党性的高度，严肃认真对待，深刻剖析反思，全面举一反三，坚决贯彻推进，确保市委巡察反馈意见得到扎实有效整改落实。

（二）加强组织领导。院党委专门成立巡察整改工作领导小组，党委书记任组长，其他党委班子成员任副组长，相关科室主任任成员，领导小组下设办公室，切实加强对整改工作的组织领导、统筹协调和督促推进。

（三）明确目标措施。针对反馈意见，院党委逐条讨论，剖析根源、反思反省，从思想上进一步提高认识、端正态度，在不折不扣、全面扎实抓好整改落实上形成共识、明确目标。对反馈的38项具体问题明确了责任领导、责任科室、责任人员及整改时限，各责任领导带领责任科室及时研究整改措施，围

绕“立行立改、限期整改、制度促改”的要求，建立台账。

（四）认真督促检查。召开专题会议研究部署巡察整改工作5次。通过听取汇报、现场检查、查阅资料等方式，重点掌握相关科室整改落实情况。针对长期坚持的整改事项，通过实地走访查看问题整改进展，并现场指出存在的问题，确保问题整改改彻底、改到位。

（五）强化成果运用。注重标本兼治，建立长效机制。在整改落实中，注意分清主次，紧紧抓住重点问题、重点领域和关键环节，带动相关问题解决，提高整改效率。坚持把巡察整改与持续改进作风、改进工作、提高党建科学化水平紧密结合、统筹推进，发挥整改对医院整体工作的推动作用，注重解决体制机制方面存在的问题，把整改成果常态化、制度化。

二、市委巡察组反馈意见整改进展情况

（一）关于“学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想 and 党的二十大精神不深入问题”的整改

1.针对“学习不聚焦、不深入”的整改。

一是自2024年6月25日起，“第一议题”增加对习近平总书记关于医疗行业、健康中国重要论述和中医药重要指示精神等内容的学习，重点学习《习近平关于健康中国论述摘编》。

二是2024年11月19日已制定出“第一议题”学习计划共15期，安排专人定期整理新的讲话内容，截至目前共学习了13次。

2.针对“意识形态责任制落实不到位”的整改。

一是2024年12月6日召开本年度第二次意识形态专题会议，向各党支部、各科室通报本年度意识形态工作有关情况，

今后每年至少 2 次专题研究意识形态工作，2024 年 12 月 20 日向市卫生健康委上报本年度医院意识形态工作情况。

二是认真查找问题产生原因，严格执行《德州市妇幼保健院接受新闻媒体采访制度》，对外来新闻采访在采访前进行备案，按照流程审批。

三是稿件发布前，严格进行三审三校，对外发布稿件或视频均通过《信息新闻稿对外发布报送流程》，经科室主任、分管院长审批，必要时经院长、书记审批。其中涉及执业范围、医生简介等依法执业内容的稿件送医务科审批。2024 年 10 月至今，提交流程 53 次，涉及依法执业内容 8 次。

（二）关于“妇幼保健职能落实有差距，公共卫生职能发挥不够问题”的整改

3.针对“抢抓机遇的意识不强，推动业务转型迟缓”的整改。

一是医院已按照大部制结构设置了孕产保健部、妇女保健部（含计划生育技术服务部）和儿童保健部，各业务部内设置了相应保健科室。围绕孕产妇、妇女、儿童三大人群建立了三大业务部，医院建立了服务对象转介制度和医务人员轮转制度，进一步促进业务部内、业务部间各个临床保健科室的业务融合。

二是持续提升保健科室业务能力。倡导婚前医学检查，向群众宣传婚检的重要性。积极开展 CMA 和 NIPT-Pro 两项技术，优化实验室工作流程、强化实验室人员培训，提高实验人员的判读能力和样本检测效率。通过首都儿科研究所（以下简称“首儿所”）的入驻与带教，全面提升儿童生长发育、儿童肥胖与营养、儿童内分泌、儿童心理、儿童康复、儿童眼口腔及耳鼻

喉保健等保健科室的服务水平。

三是坚持“临床+保健+中医”发展理念，以全面提升妇女儿童全生命周期服务能力为目标，降低生育率持续下降对妇幼保健机构的影响。顺利完成东院区搬迁，改善就医环境，建立功能比较完善的一站式服务中心，为患者提供便捷服务。以妇幼公卫项目为载体，全面加强辖区各级各类医疗保健机构妇幼健康服务技术的监管与指导，通过双向转诊提升疑难危重症患者比例。制定了2025年度辖区工作计划，扎实推进辖区管理工作。

四是针对2019年以来出现的运营亏损问题，医院积极谋划，实现两院区运营，与首儿所合作共建德州儿童医学中心工作，目前专家已完成入驻。持续推动医院保健业务和临床业务的发展，包括儿童诊疗新技术及产待一体化病房、产后休养中心等新业务，力争实现医疗保健业务的较快增长。严格控制行政（后勤）支出，积极推动节能降耗等。

4.针对“护航妇幼健康短板较多，开展公共服务用力不足”的整改。

一是认真分析各项目的数据和实际工作中存在的问题，并督促整改落实。每周收集辖区高危孕产妇管理信息并进行分析，加强追踪管理。2024年11月14日组织了全市出生缺陷培训会议，从管理到业务进行了系统的培训。2024年我院孕产妇检测相关指标：孕产妇艾梅乙检测率100%，孕早期艾梅乙检测率83.52%，高危孕产妇管理率100%，妊娠风险评估率100%，巨大儿发生率3.77%。各项指标较2023年相比均有所提升，且达到目标要求。

二是加强对各县市区随访人员的培训和质控（计划 2025 年 5-6 月份组织全市筛查人员培训），提高业务人员的筛查能力，加强筛查阳性儿童家长的随访，提高筛查阳性确诊率。同时借助与首儿所合作，发挥对儿童心脏病诊断起到积极的作用。2024 年全市两癌检查完成率 100%，乳腺癌早诊率 91.59%，宫颈癌早诊率 95.41%，随访率 100%，治疗率 100%，所有监测指标较 2023 年有所提升，均达到国家和省级的目标要求。

5. 针对“督导辖区健康业务不到位，构建健康屏障有弱项”的整改。

一是制定了 2025 年度辖区督导工作计划，列出了督导项目及时间。

二是 2024 年对全市消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作进行了 9 次督导质控，10 月份德州市代表山东省迎接了消除艾梅乙母婴传播国家认证，并顺利通过山东省级认证。2025 年将继续对消除艾梅乙母婴传播项目工作进行培训和督导质控。

三是医院加强对剖宫产率进行监测（包括对剖宫产原因进行分类统计），并严格控制非医学指征剖宫产。2024 年 10—11 月份较 2023 年同期下降 8.9 个百分点；非医学指征剖宫产较 2023 年同期下降 2 个百分点。

四是持续加强促进自然分娩的宣教工作，加强妊娠期糖尿病的管理、孕期营养监测及体重管理，降低巨大儿发生率。完善分娩管理制度，合理采取分娩镇痛等措施，降低因产痛、紧张而中转剖宫产人群。

（三）关于“医疗专业技术能力不强，医疗服务短板突出

问题”的整改

6.针对“谋划发展思路不清晰，专科优势不凸显”的整改。

一是医院已制定精品特色专科整改方案，完成支撑材料的准备。待上级卫生行政主管部门下发通知后提交整改材料，务必顺利通过市级临床精品特色专科复审。

二是借智借力，与高水平医疗机构建立合作关系。妇科、内科、乳甲外科、生殖健康科、产前诊断科、特检科、放射影像科等科室均已拟定2025年度聘请上级专家名单并与专家积极沟通争取尽早来院指导。目前，与我院各专业建立稳定指导关系的专家共计30名，涵盖中医科、眼科、耳鼻喉科、外科、妇科、乳腺科、口腔科、内科、放射影像科等专业。

三是东院区顺利运营，产科已开放VIP病房20间，床位20张；LDRP病房10间，床位10张，完全可以满足孕产妇对特需床位的需求。同时产科已规划建设产后休养中心，一期计划4月开始投入使用。

四是麻醉科、产科协同努力，保持分娩镇痛率在较高水平（10月份分娩镇痛率为98.4%、11月份分娩镇痛率为100%），同时两个科室及时分析存在的问题并制定改进措施，不断提升分娩镇痛服务的品质与安全。

五是医院落实《重点专科建设方案》的同时，结合首儿所合作共建等，研究制定《科室亚专业学术带头人、学科骨干培育方案》，计划于2025年3月底之前建立切实可行的人才遴选机制和激励约束机制，大力促进学科发展。

六是通过与首儿所合作共建，争取5年内建成2-3个具有省

级水平的重点专科。

七是选择孕产期保健和新生儿保健两个能力强、优势大的专科，按照标准要求，制定创建方案，争取三年内创建成为国家级妇幼保健特色专科。

八是 2025 年 2 月 5 日，召开三甲创建全院全员动员大会，制定印发医院《三级甲等妇幼保健院创建工作实施方案》。院领导班子带领七个专项小组开展第一轮自评指导。

九是后续将按照我院《三甲创建实施方案》实施安排，稳步推进创三甲自评、持续改进、迎评准备等工作，计划于 2025 年 10 月迎接评审，完成整改。

7.针对“综合能力建设有差距，妇儿救治中心作用发挥欠缺”的整改。

一是 2024 年 12 月底，东院区开设内外科综合病区。目前，内科四名工作人员已在山东大学齐鲁医院、广医三院等重症专业完成进修。同时，积极联系外院专家来院，对消化、心血管、呼吸等专业指导，快速提升妇产科危重症的救治水平。随着东院区顺利运营，已在医院重症监护区域设置产科危重症病房（OICU），同时也开放了新生儿重症监护病房（NICU）和儿童重症监护病房（PICU），配备专业的医护团队进行管理，并选派医护骨干到上级医院进修学习，进一步提升危重症救治能力。

二是儿科作为首儿所合作共建的重点专业之一，将进一步提升儿童危重症救治能力。截至目前，儿科已派遣 4 名医护人员前往儿研所进修学习儿科重症专业。

三是产科、儿科综合施策，进一步提升我院产科、儿科影响力，提高基层转诊量。

四是各学科持续提升救治能力、扩大危重病种范围，积极组织多学科会诊，规范开展 MDT 门诊，对各专业危重症诊治提供支持。加强成人外科建设，积极招聘普外科、泌尿外科医师。

8.针对“科研投入不足，技术能力亟待提升”的整改。

一是落实科研管理规定（包括课题组奖励和人均科研产出前五名奖励、职称评聘对科研的要求等），积极发挥科研专家小组的培训、指导等作用，积极开展与上级医院的科研协作。借助首儿所等高级别医疗机构的合作，力争自 2025 年开始，每 1—2 年至少获得 1 项省部级科研立项。2024 年度医院共计立项市厅级纵向课题 10 项，立项横向课题 4 项，结题各级各类课题 15 项，发表 SCI 论文 4 篇。2024 年组织各临床业务科室开展科研业务指导和工作交流 3 次，组织科研秘书培训 1 次。本年度获科研经费资助为 323000 元，较去年同比上升 476.63%。

二是落实新技术新项目绩效奖励办法，2024 年共计开展新技术新项目 16 项，转常规 6 项。截至目前，各专业共计上报 2025 年新技术新项目开展计划 12 项。

三是落实四级手术绩效激励机制，通过改善住院条件，提升服务质量，立足专科优势，吸引妇产儿就医群体。2024 年全院手术占比 20.47%，较 2023 年增长 3.21 个百分点。

四是借助首都儿科研究所德州儿童医学中心的成立，提高儿外科相关手术占比和高级别手术占比。同时通过邀请上级医院专家团队来院坐诊、手术，选派科室骨干外出进修学习，促

进高级别手术和新技术新项目的不断提升。

9.针对“推进资源整合主动性不强，妇幼机构‘领头羊’作用未发挥”的整改。

一是推进优质医疗资源下沉，发挥我院的专业特色，持续推进医联体成员单位间的协作，着力加强与天衢新区各乡镇卫生院的紧密合作，组织各业务科室持续开展定期坐诊与帮扶工作，努力满足群众不同层次医疗卫生服务需求。截至目前，到天衢卫生院、袁桥卫生院、抬头寺卫生院、赵虎卫生院等基层医院定期坐诊共计219次；选派工作人员脱产到陵城区妇幼保健院、武城县妇幼保健院等医联体单位进行帮扶。

二是借助首都儿科研究所德州儿童医学中心挂牌的时机，组织召开医联体理事单位负责人来院总结工作会，让医联体单位了解医学中心的工作进展，在医联体内做好宣传。

三是加强自身检测能力建设，提升自身实验室业务影响力和辐射能力。定期举办培训，为辖区内妇幼保健院提供交流的平台。制定标本送检及结果反馈流程，对有外送需求的医院，为其提供标本转运通道，及时出具检测报告。

（四）关于“医疗服务质量提升推进不力，医疗安全隐患较多问题”的整改

10.针对“质控体系建设不够健全完善”的整改。

一是印发《关于调整德州市妇幼保健院医院质量与安全委员会成员的通知》，院长任医院质量与安全委员会的主任委员，负责全院质量与安全管理工作。每季度召开医院质量与安全委员会例会、孕产妇、新生儿危重症评审会会议

等，同时每半年召开多重耐药菌管理联席会议。

二是第四季度各科室开展医疗质量安全案例警示教育活动共计 20 次。指导妇科、产一科、产二科、儿科、新生儿科和手术室 5 个科室的护理质控小组开展护理安全教育会。2024 年 12 月 18 日召开全院质量与安全培训会议，对全院各科室中层以上干部进行医疗安全风险防范警示教育培训，并要求各科室负责人做好科室内学习培训。

三是 2024 年 10 月、11 月全院不良事件上报数量较去年同期分别增加 43.59%、59.46%，且均已达到国家要求的目标值（2.5 例）。

四是全面加强和规范医疗质控工作，院科两级持续加强对医疗制度落实、诊疗规范执行情况的监管，每月开展联合质控并召开质控反馈例会。强化培训，持续提升医务人员依法依规执业的意识、风险意识、人文意识和沟通能力。2022 年-2023 年医疗纠纷发生数量及赔偿金额均较 2020 年、2021 年下降。

11. 针对“医疗安全制度落实有差距”的整改。

一是对医务、护理、院感、病案、门诊管理、药事管理等 14 个重点专业医疗质量管理与控制指标数据定期进行梳理分析。

二是全面梳理相关领域内质量管理标准，印制《德州市妇幼保健院综合考评标准（2025 年版）》，并发至各科室进行培训学习。每月组织联合质控，汇总整改台账下发各科室，职能部门对其整改情况进行督导。每月完成各职能科室质控总结和质控奖惩情况的汇总工作，并通过质控简报进行公示。

三是加强临床用血管理工作，2024年10、11月份对各临床用血科室的20份运行病历、10份终末病历进行质控，发现问题反馈至临床科室，通过整改进一步规范临床用血诊疗行为。修订完善输血治疗病程记录评价标准，细化质控关键环节，10、11月份输血治疗病程记录规范率分别为98.8%、98.5%，较去年同期均有增加。

四是加强药事服务管理，强调发药药师严格遵守调剂操作规程，做到“四查十对”，严格执行双人核对制度。加强业务培训，观看发药差错警示案例等，提升发药药师工作业务能力。

五是全面加强医疗质控工作，进一步明确“十八项医疗质量安全核心制度”的责任领导和责任职能科室。扎实开展院科两级质控，重点加强对三级医师查房频次与质量、首诊推诿患者、病历内涵质控、疑难病例讨论、术前病例讨论、多学科会诊等重点环节的监管。通过信息化手段监测核心制度落实情况，对分级护理巡视落实情况、PDA扫描情况进行重点监测。持续提升院科两级质控力度与质控水平，对于科级质控不到位的及时进行指导、督促并监督改进。2024年度制定、修订医疗管理规章制度16项。

六是开展医疗专题培训10次，2024年11月28日组织了医疗核心制度专项培训，共计302人参加；12月21日利用德州市妇幼保健协会第二届医疗质量管理专业委员会换届大会及学术交流会议之机，邀请专家来院讲授医疗核心制度，医院组织本单位科室负责人、医疗质控员、业务骨干等90余人次列席听课。开展联合质控11次，累计发现并改进重点问题80余项并逐项

销号整改。借助电子病历系统更新，全面提升信息化管理水平。调整各住院科室诊疗小组医师名单，加强三级医师查房管理。加强运行病历质控，本年度抽查各住院科室 200 余份。动态分析 0—30 天非计划再入院、非计划再手术、手术并发症等特殊病例，组织院内多学科会诊 14 例，邀请院外专家会诊 5 例。修订完善《2025 年度医疗质量与安全管理工作方案》，针对质控数据、质控内容及质控方式等进行全面梳理。

七是印发《关于修订德州市妇幼保健院分级护理制度的通知》、《关于修订德州市妇幼保健院护理查对制度的通知》并传达落实。

八是 2024 年 12 月份重新修订了病历质控奖惩标准，细化了乙级病历扣罚标准，完善了奖励措施，要求科室做好科级质控，使奖惩更加合理，更符合工作实际。对未归档病历提醒，要求住院科室及时整理病历。定期召开病历质控例会，10 月份以来共计召开 2 次病历质控例会，开展病历质控问题分析与探讨，促进科室改进工作。

九是持续提升病历质控信息化水平，增加了病案首页质控功能，设置填报指标的逻辑校验，减少首页指标填写的缺项错项。通过设置系统提醒，减少知情同意书的漏签。增加了部分病历内容漏打印提醒，在一定程度上减少此类问题。

12. 针对“医疗设备维护保障不到位”的整改。

已制定临床科室每月急救生命类设备运行状况表，月中使用科室排查上报完好情况，月末器械科进行急救生命支持类设备巡检，8 月份至今 202 台急救生命支持类医疗设备均达 100%

完好。

（五）关于“落实全面从严治党责任不到位问题”的整改

13.针对“主体责任落实不力”的整改。

2024年12月召开党员干部警示教育会议，先后两次面向党支部书记、中层干部对违规违纪有关情况进行通报，以身边案警醒身边人，抓牢抓实警示教育工作，引导党员干部引以为戒，让心存敬畏、手握戒尺成为日常自觉。

14.针对“落实医药领域腐败问题集中整治不力”的整改。

医院对经商办企情况进行核实，召开经商办企劝导动员会。截至目前，企业法人的合同制职工均已转出法人身份。

15.针对“纪委监督作用不足”的整改。

一是努力拓展收集问题线索的渠道，新院区公共区域张贴了医德医风“码上监督”平台，由纪检监察室专人负责“码上监督”后台管理，及时处理患者反映的各类问题，收集违规违纪问题线索。积极提升工作人员监督执纪业务能力，组织医院纪检部门专职人员参加培训学习，提升能力素养，增强监督执纪实效。

二是在日常工作中，坚持用好“第一种形态”，自巡察以来，先后运用“第一种形态”17人次。

（六）关于“以患者为中心理念不够强，就医体验有待提升问题”的整改

16.针对“落实医疗公益性要求不到位”的整改。

一是根据我院服务功能和诊疗范围，将2024年第三季度药事会通过的临时采购转常规的4种基本药物纳入目录。为控制

非基本药物的使用，优先使用基本药物，提高基本药物使用占比，每季度召开药事会时，将药品使用金额最高的非基本药物停用一个月。每季度进行基本药物知识宣传，提高医务人员对基本药物的认识。截至 2025 年 3 月底，我院基本药物品种配备比例为 50.34%，较 2023 年提高 0.52%。

二是每月对集采完成情况进行统计分析，对中标药品在门诊及住院的总体使用量进行监控，并对完成量较差的品种进行及时反馈和督促。2024 年度我院集采任务完成情况名列全市专科医院第三名。

三是临床药师在儿科进行基本药物、国家集采药品及合理用药的宣传与培训，于科室大交班、查房时共同制定药物治疗方案，优选基本药物、集采药品、医保目录中药品等。严格执行控制处方额度，对开具超量的处方不予发药。

17. 针对“多收费、乱收费现象纠而不止”的整改。

一是医保物价科设专职物价收费管理人员，依据市医保局下发医疗价格文件，2025 年 1 月 1 日执行新的医疗价格，将所有医疗服务项目价格及内涵逐一核对，确保无遗漏。每日抽检病历进行人工临床计费审核。

二是对照市医保局下发《2023 年市内交叉检查问题清单(部分)》和《定点医疗机构违法违规使用医保基金典型问题清单(2024 版)》，全面排查收费各环节的风险隐患，举一反三，发现问题立整立改。

三是关联国家医保局智能监管系统，对全院门诊、住院各收费环节进行全方位审核监管覆盖。

四是医院 HIS 系统嵌入医保智能审核系统；将临床诊疗、药学和医保政策规范的信息，通过 AI 规则以及本地建立相关规则库，自动化审核病历数据违规行为和费用数据，通过事前预防、事中监测和事后分析，提高医保审核效率和规范性，确保医疗服务行为和费用合规。

18.针对“便捷舒心就医建设不力”的整改。

一是借助东院区启用运行，医院信息系统进行全面的重构升级，重新优化完善互联网医院功能，全面重构医院电子病历系统。包括 HIS、LIS、PACS 等业务系统一体化构建，实现数据的互联互通。与此同时我院加强对‘互联网+医疗公众号’业务的重建，‘互联网+医疗服务’更加人性化。支持在线预约、充值缴费等基础服务，针对预约挂号信息完成公众号内推送，签到完成后实现队列信息推送。检查检验报告在线下系统审核完毕后推送到公众号内，实现患者实时查报告的功能。建设启用了新版 OA，DIP 管理等系统，努力提升了医院的智慧管理水平。

二是对群众就医不便利方面进行再梳理，近期完成了患者自助端打印电子发票、打印电子病历。让患者少跑路，系统多跑路。持续关注患者就医不够便利的信息化建设，发现问题及时整改完善。

三是东院区已设立投诉接待室，及时处理投诉案例，解决患者问题。

四是食堂相关管理制度上墙公示，并遵照执行，每月对食材进行现场抽查，并查看进货登记本，确保食材新鲜、卫生。根据食堂人员配备，查看人员履职尽责情况，确保各项工作有

专人负责。在每间住院病房张贴订餐码，实现点餐不出房间、送餐到床头，方便住院患者。每月对住院患者开展用餐满意度调查，收到的意见建议建立台账及时整改。

五是制作停车减免退费流程告知牌张贴在西院区出口处。东院区推行免费停车政策，对停车区域进行精细规划，实行人车分流，优化院内交通流线，为患者营造安全、舒适的就医环境。

（七）关于“工作作风不严不实，重点领域风险高发问题”的整改

19.针对“第三方服务不够规范”的整改。

一是规范第三方服务的使用和管理，重新修订完善了《招标采购管理办法》，审计科联合纪检监察室作为责任科室，加强对招标采购第三方服务的审计监督。今后招标代理项目的服务费用均使用市场竞争价格予以进行。

二是医院认真反思总结了前期与第三方媒体合作过程中存在的问题和不足，充分与省市各主流媒体沟通，以科普文章、短视频和线上健康教育讲座等形式，聚焦婴幼儿、孕产妇，创作通俗易懂的健康科普作品，其中《儿童青少年身高管理》和《儿童青少年口腔保健》两场线上健康教育直播浏览量均超过40万。通过电视、广播、报刊和新媒体等方式，广泛传播科普作品、重点学科进展、正能量事迹等300余篇次，持续提升医院影响力。医院纪委也将第三方服务项目合规情况纳入2025年度监督重点，对于未按规范合作的第三方项目，坚决做到发现一起整改一起，确保医院第三方服务合规合法，符合政策要求和医院发展实际。

20.针对“对外合作审核把关不严”的整改。

一是对我院目前正在合作所有项目完成检查核对。第一阶段，科室提报合作项目资料；第二阶段，对科室建档情况进行现场核查并且双方签字确认；第三阶段，侧重对合作履行情况及收付款情况进行检查。从项目前审批、项目合作资料留存、收付款情况等各方面检查情况看，均符合要求。

二是审计科定期对与第三方合作的科室审核把关，做好防范工作，确保医院资金安全。对于未产生实际绩效的合作项目及时终止。对于发现的问题深究根源，加强制度建设。

21.针对“设备采购论证不科学”的整改。

一是对科室新申请购置的设备，使用科室进行科务会论证，后提交医疗设备委员会讨论，调研经集体论证小组确认后再提交医院集体研究。同时医院落实医疗设备共享管理制度，鼓励设备共享，定期公示全院设备配备、适应症及使用情况，提高设备利用率。

二是明确医用耗材采购人员及合同管理人员，2024年11月28日、12月10日、12月11日分三批次组织60余家供应商进行700余种医用耗材降价谈判事宜，已制定医用耗材采购合同模板，陆续发送至供应商进行签订。

三是持续关注大型设备配置许可相关政策法规，有采购需求时严格执行审批手续。

四是全面梳理全院医疗设备采购合同，按照东院区启用要求已全部到位并安装调试完成，今后在科室新增医疗设备采购时当人员、场地等符合条件的情况下再行采购以保障采购后投

入使用。

五是根据《关于印发德州市妇幼保健院经济合同管理办法（试行）的通知》的要求，合同承办部门为合同签订第一责任人，对合同订立、履行、结算等全过程进行管理。合同文本须审计、分管院长、院长、书记审签，属于招标范围内的经济合同项目，还须经招标办公室负责人审签。

（八）关于“内控制度不完善，财经纪律执行不严格问题”的整改

22.针对“车辆和食堂管理有短板”的整改。

一是严格执行车辆管理“四定点”制度，及时学习市机关事务保障中心定期下发的车辆“四定点”工作事项并严格执行。

二是对时任车队负责人进行了批评教育，对现任司机班全部人员进行谈话提醒，并组织司机班定期学习，严格落实车辆维修保养、车辆装具、车辆租赁审批制度，并长期坚持。

三是认真核对财务账目，查找食堂交费记录。对疫情期间免除餐厅承包人水电费问题进行整改。自2024年9月起，每月按时缴纳管理费（场地费、水电费）。

23.针对“财务管理不严格”的整改。

一是组织相关人员对财务制度、会议费、专家劳务费等相关文件进行学习，认真做好事前报销审核工作，严格按照职务职称、授课时长进行课时费用核算。

二是结合工会财务状况，已于2024年11月底上缴2023年工会经费。

三是在今后的工作中，加强财务审核，规范工会经费的使

用和管理，明确区分医院、工会、协会的业务往来，以确保最准确的账务处理。

四是进一步修改完善报销流程，对报销费用不规范的款项已退回单位账户。

24.针对“固定资产管理不到位”的整改。

一是重新梳理未经审批报废资产项目，完成了资产清查工作成文汇总表提报主管部门。现已与上级主管部门进行充分沟通，明确了后续处置流程。

二是梳理达到固定资产价值兼有低值易耗品属性的资产，在今后资产管理工作中，结合实际情况加强精细化管理，避免类似问题发生。

三是重新梳理固定资产管理情况，已通过2024年11月第207号会计凭证完成账务处理，并按规定确认为无形资产进行核算管理。已对二级耗材库重新进行盘点，做到科室账实相符。

25.针对“内控系统建而不用”的整改。

一是协调统方软件服务厂家来院检修，与医院新HIS系统完成接口对接，现系统已修复完毕，能够正常抓取统方数据。

二是充分吸取采购项目教训，今后在新系统建立前，深入开展市场调研及可行性分析，确保新建立系统符合我院实际工作需求，避免系统闲置造成的资源浪费。

（九）关于“党委领导作用发挥不到位问题”的整改

26.针对“班子引领作用有差距”的整改。

一是落实“党建查房”制度，现场发现并解决临床科室运营的困难和需求，收集问题建议等53条。2025年2月23日首都

儿科研究所德州儿童医学中心成立启用，首儿所选派5名专家常驻我院。自合作共建以来门诊就诊患者逐渐增多，单日门诊量达1500多人次，突破历史新高。

二是2025年3月1日引进全国知名专家6名，开展全国“爱耳日”主题大型义诊活动；领导班子成员分别包保县市区，3月份完成基层走访工作。形成了全院上下一盘棋，齐心协力促医院发展的浓厚氛围。

27.针对“2020年以来新院区建设、医疗合作等5次‘三重一大’事项未经党委会研究”的整改。

2024年12月9日召开的第42次党委会组织班子成员集体学习了《“三重一大”决策制度实施细则》和党委会议事规则、院长办公会议事规则等文件内容并严格落实相关要求，凡属于重大决策制定、重要人事任免、重大项目安排和大额度资金使用等事项，必须经党委会集体研究决定后才能实施，坚决杜绝先实施后研究的事项发生。已优化完善领导分工，推动医院业务顺利开展。

28.针对“政绩观有偏差”的整改。

一是党委班子认真认领问题，深刻反思问题事件产生的思想根源，严格落实十八项核心制度和查房制度，加强对危重症患者的管理和上报制度，每月对医疗质量持续督导。同时利用党委理论中心组学习、主题党日、“三会一课”等制度载体，加强对安全生产和医疗质量等内容的学习，带领全院上下严格执行安全生产和医疗质量的相关制度。

二是针对医院出现的问题事件查摆原因并进行剖析，2024

年9月-11月共开展医疗质量安全制度培训3次，开展医疗、护理、院感、病案等各类质控17次。持续提高医护人员医疗技术，提高危重孕产妇救治水平。加强医院医疗质量与安全管理，及早发现不良事件，避免严重事件发生；发挥安全生产专班效用，更加注重医院安全隐患的排查，每周开展至少一次巡查，认真落实医院安全生产的各项制度规定，避免安全事件的发生。

三是今后将加强蓄电池设备的管控，对存在安全隐患的电池及时更换处理；加强医疗设备报废审核，对科室报废的设备进行鉴定，以确保设备无法使用符合报废条件。

四是针对造成有关事件的当事人和相关科室负责人进行批评教育，在今后工作中加强工作人员的管理和教育，严格遵守诊疗规范，坚决杜绝类似事件的发生。

五是直面问题，通过这些事件在总结教训的基础上建章立制，先后制定了《德州市妇幼保健院呼吸心跳骤停患者处理应急预案》《德州市妇幼保健院高危孕产妇管理方案》《德州市妇幼保健院住院分娩查对制度》《德州市妇幼保健院医学装备临床使用安全控制与风险管理制度》《德州市妇幼保健院医学装备临床使用安全监测与报告制度》《德州市妇幼保健院医学装备维修保养制度》等多项制度，避免安全事件的发生。按照规定进行相关质控，发现问题及时整改。

29.针对“回避执行不到位”的整改。

2024年10月21日对分管组织科的领导及科室负责人分别进行了提醒。党委班子成员及组织科全体人员将加强对干部任免回避制度及相关要求的学习和落实。今后在涉及干部选拔任

用、职称评聘、评先树优等工作时严格执行回避制度。在 2025 年 3 月院党委会研究职称竞聘工作时严格落实回避制度。

(十) 关于“党建工作责任制落实不到位问题”的整改

30. 针对“党内生活不严肃”的整改。

一是通过党委理论中心组学习加强对党内政治生活各项制度的学习，提高班子成员的重视程度。在 2024 年 11 月 6 日召开的巡察整改专题民主生活会上各班子成员在互相批评环节直接点出问题，达到了红脸出汗的效果。

二是 2024 年 11 月 6 日召开的专题民主生活会对照检查材料由党办进行初审，党委书记进行复审。对存在问题的材料进行修改后印制成册。

三是对民主生活会召开的程序及各项要求进行深入学习，会前认真研读民主生活会会议方案，如实向组织进行个人事项报告。2025 年召开的民主生活会上每位班子成员均如实报告个人事项及谈话函询等情况。

31. 针对“主题党日参会率普遍较低”的整改。

一是巡察期间针对主题党日参与率低等问题已在 2024 年 6 月 17 日中层干部会议上对相关党支部书记及支部委员进行通报批评，并运用“第一种形态”进行提醒谈话；2024 年 12 月 10 日党支部均完成换届工作，由临床科室负责人担任支部书记，行政科室负责人担任副书记，持续加强党支部标准化规范化建设。

二是党办不定期列席党支部会议，重点对主题党日参与率、学习情况进行核实，确保实际参会率与灯塔上传一致。

三是每季度通过“灯塔-党建在线”平台审查各党支部参与率

情况，针对 2024 年 9 月-11 月参与情况进行统计，并在 12 月 18 日中层干部会议上进行通报。对于参与率低的支部结合党支部“评星定级”工作相应给予扣分，同时及时审核各党支部党员大会及党小组会材料完成及上传情况。

32.针对“党员管理力度不足”的整改。

一是核查了 2020 年以来发展的 49 名党员的各项材料，重点对发展程序、时间、盖章等情况进行了查验，于 2024 年 11 月 15 日形成核查报告报市卫健委。

二是强化党员的教育管理工作，开展党务干部培训。不断加强政治理论学习、政治素养和党性修养的提升，结合支部实际开展“党建应知应会”理论测试，确保理论学习入脑入心。

三是 2024 年 12 月 10 日各党支部均完成换届选举工作，各支部由临床科室和行政后勤科室组成，临床科室负责人担任党支部书记，行政后勤科室主任担任副书记，进一步将党建引领与业务发展紧密结合，落实“双培养”制度。

四是临床科室主任担任党支部书记后思想意识提高，能将党建思想认识带到临床工作中，将意识形态有关内容的学习融入科室每月学习中，临床科室主任与行政科室主任沟通更顺畅，协作更密切，干事效率有了进一步提升。

（十一）关于“长效机制建设不到位问题”的整改

33.针对“2018 年巡察市妇幼保健院反馈问题长效机制建设不到位”的整改

根据《中共德州市妇幼保健院委员会落实<关于巡察市妇幼保健院党委的反馈意见>整改方案》，梳理同类问题 14 项；于

2022年7月成立招标办，党委办公室独立运行。制定了《德州市妇幼保健院招标采购管理办法（试行）的通知》，不断规范工作流程。党办通过不定期列席支部会议、随机抽查“灯塔-党建在线”上传情况，共督导支部党内政治生活参与情况3次；总务科开展满意度调查3次，安排专人对食堂饭菜质量卫生等加强监督检查；保卫科持续做好院内院外车辆疏导与停放工作；招标办梳理招标流程的规范性，确保各项招标严格按文件要求执行。

三、下一步工作打算

（一）落实“两个责任”，推动全面从严治党向一线延伸。进一步强化全面从严治党的政治意识、大局意识和责任意识，健全完善落实“两个责任”工作机制，牢固树立党风廉政建设主体责任意识，切实履行“一岗双责”，负起全面领导责任。医院纪委聚焦主业主责、履行监督职责，用好监督执纪“四种形态”，抓早抓小，推进全面从严治党从宽松软走向严紧硬。

（二）坚持常抓不懈，确保反馈意见件件落实到位。院党委坚持目标不变、力度不减，紧扣市委第五巡察组反馈意见，持续推进整改，确保高标准、高质量全部完成整改任务。对已完成的整改事项，认真开展“回头看”，巩固已有成效，防止问题反弹；对还未整改到位的问题，紧盯不放、一鼓作气，加大力度、加快进度，以钉钉子精神抓紧整改到位；对长期整改任务，强化措施、夯实责任，确保问题整改不留死角、全部到位。同时，主动接受监督，确保巡察整改成效经得起实践和群众的检验。

(三) 加强建章立制，巩固扩大整改成果。在抓好整改的同时，深入分析问题产生的深层次原因，做到举一反三、标本兼治。建立健全各项规章制度，着眼于用制度管人管事，把解决具体问题与推进制度建设紧密结合，建立健全相关工作机制，力争做到解决一个问题、堵塞一个漏洞、形成一套机制，构建作风建设的长效机制，真正使整改的过程成为提高凝聚力、战斗力、创造力的过程。

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。德州市妇幼保健院党委联系方式：0534—2310315；邮政信箱：德州市天衢新区康博大道1368号，邮编253000；电子信箱：dzsfydb@163.com

中共德州市妇幼保健院委员会

2025年4月16日