

信丰县人民医院关键岗位权力清单（试行）

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
1		立项审批权	药剂科、器械科、临床科室	书面申请	1. 新药：申请购买新药由临床科室主要负责人提出书面申请 2. 科室临时用药：申请购买临时用药由临床医生提出书面申请 3. 一般药品、二类疫苗：一般药品的申购由药剂科提出申请，广泛征求各科室意见，制定年度一般药品采购计划 4. 医用设备：医用设备的申购由相关使用部门提出申请，广泛征求各科室意见，制定年度医用设备采购计划。	1.需求评估责任，强化市场调研，合理预估药品用量，确保预算编制合理。 2.审批流程责任，明确审批权限，提高审批效率，确保药品及时供应。 3.集体决策责任，落实科室集体决策和支部参与决策制度，确保决策合规。	1.未编制采购预算，未制定采购实施计划，未按照批准的预算执行，超预算或无预算进行采购。 2.个人独断决策，随意申请立项，导致集体决策虚化。 3.负责人简单签署“同意”作为审批意见，未在职责范围内就项目情况做出明确的意见和建议。	☆
				科室讨论	科室负责人召开科务会集体讨论，科务会须有五分之四以上科室人员出席，赞成人数达到三分之二以上方能通过；在紧急情况下，无法满足出席人数要求的，须由2人以上人员在场，通过电话等途径征询意见；科务会须详细记录有关情况，参加会议的人员须逐个充分发表意见，对是否同意给出明确意见。			☆☆
				支部决策	党支部书记组织召开支部会议，对是否同意申请采购作出最后决策，出席支部会议的党员人数须达到五分之四以上方能开会，赞成的人数须达到三分之二以上方能通过；党支部会议和科务会不得套开，未经党支部会议讨论通过的采购申请，不得提交科室负责人审批。（此项只针对新药、医用设备）			☆☆
				立项批准	1. 新药、科室临时用药、二类疫苗，医用设备、医用耗材采购申请由临床科室负责人审核批准后，再提交药剂科或器械科审批； 2. 一般药品的采购申请由药剂科审批； 3. 医用设备采购申请由临床科室负责人审核批准后，提交器械科审批。			☆
2		资格审查权	药剂科	专家初评	药剂科对提交的新药采购申请进行资格审查。不属于国家基药的购药申请，由药剂科随机抽取3名以上相关临床专家组成评审小组进行初评（此项只针对新药）。	4.评审质量责任，抽取的专家应具备该领域高级职称和临床工作经验，确保评审结果的公正性、专业性、权威性。	4.可能影响评审结果公平性和不具备评审资格的人员参与评审。	☆☆
				药事会讨论	初评通过后的购药申请提交药事管理与药物治疗学委员会（以下简称“药事会”）讨论；属于国家基药的购药申请无需初评，直接提交药事会讨论（此项只针对新药）。			☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
3	药品、医用设备采购	采购审批权	药剂科、临床科室	项目审批	1. 新药：药事会对提交的采购申请逐个进行集体讨论，出席的委员的人数达到五分之四以上方能开会，赞成数占应出席委员总数三分之二以上方能通过审批； 2. 科室临时用药：依次经过药剂科主要负责人、药剂科分管领导审批通过后，直接流转至药品采购员进行采购； 3. 一般药品、二类疫苗：药剂科主要负责人对采购计划进行审批后，经过药剂科分管领导审批； 4. 医用设备：召开院医疗设备管理委员会会议，讨论采购计划，成员应包括院领导、临床医技科室主要负责人和职能部门主要负责人等，出席委员人数应占总人数五分之四以上方能开会，赞成数超过委员总数三分之二以上方能通过。	5. 审批流程责任，规范流程执行，提高审批效率。 6. 审批人员责任，建强专家队伍，确保审批环节公正、权威。 7. 审批监管责任，如实报告可能影响审批公正的情况。	5. 拖延审批时间，随意搁置流程，导致审批时间过长。 6. 可能影响评审结果或不具备评审资格的人员参与评审；与药品供应商有利害关系的人员参与审批。 7. 在委员会讨论投票过程中实施拉票、串联、助选等行为，发表倾向性意见。	☆☆
				采购批准	1. 新药：药事会讨论通过即为采购批准； 2. 科室临时用药：药剂科分管领导审批后即为采购批准； 3. 一般药品：药剂科分管领导审批后即为采购批准； 4. 医用设备：医疗设备管理委员会讨论通过的采购计划提交院长办公会和党委会审定，审定后报上级卫生行政部门通过后正式形成年度医疗设备采购计划；单价50万元以上的医疗设备须由运营管理科进行绩效评价。			☆☆
				纪检备案	药事会审批通过后的新药品种，须交由纪委办备案（此项只针对新药）。			☆
				药品询价	药品采购员对临采药品进行询价，初步确定可选临采品种后，流转至药剂科（此项只针对科室临时用药采购）。			☆
				采购终审	药剂科、医务科审议后，交由药剂科分管领导审批（此项只针对科室临时用药采购）。			☆
				种类确认	经药剂科分管领导审批的药品临采申请，流转至药品采购员进行采购（此项只针对科室临时用药采购）。			☆☆
							8. 未按规定公开药品采购意向（小额零星采购、集中采购机构统一组织的批量集中采购和因不可预见的原因急需开展的采购项目除外）。 9. 编制采购需求时，委托或指定供应商编制招标文件，设定偏向性、排他性指标，未依法量化	

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
4		招标采购权	招标采购办、医务科、药剂科、器械科	采购实施	1. 新药：纳入本院（机构）《基本用药供应目录》，按一般药品进行采购，不再视为新药； 2. 科室临时用药：药品采购员按药剂科分管领导审批的临采药品品种进行采购； 3. 一般药品：药品采购计划经药剂科和药剂科分管领导批示同意后，由药品采购员按计划执行采购，采购执行须与计划内容一致； 4. 医用设备：使用科室拟定技术参数，招标采购办、器械科拟定商务条款，对技术参数进行审核，报院办会、党委会审核确定最高限价、采购方式、代理机构后实施； 5. 医用耗材：使用科室拟定技术参数，器械科拟定商务条款，对技术参数进行审核，并发布招标采购公告。	8. 依法依规招标责任，确保药品采购过程公平公正公开。 9. 编制招标文件责任，确保指标参数合规合法合理。 10. 杜绝围标串标责任，增加围标串标成本，如：提高投标保证金金额，要求提供详细的成本分析和报价依据等，重点关注投标文件内容相似、报价异常接近等情况。	拒回性、排他性担保，不依法量化的评审因素，未依法设定价格分值，对供应商设定不同评审标准等。 10. 组织专家评审时，随意更改采购程序，干扰专家评标，与供应商有利害关系的人员参与采购实施。 11. 确定采购方式时，一般药品和医用设备耗材采购未依照规定选用采购方式或组织形式（如：公开招标数额标准以上的项目擅自采用其他方式采购；将应当公开招标的项目化整为零或者以其他方式规避公开招标；采购纳入集中采购目录的政府采购项目，未委托集中采购机构代理采购；将不符合框架协议采购的项目，采用框架协议采购方式）。 12. 采购未经批准的药品、医用设备耗材。	☆☆☆
				评标评审	器械科从专家库中随机抽取至少3名专家进行评标，将抽取专家、市场询价等项目情况报纪委备案。政府采购项目根据结果编制政府采购实施计划和需求，提交院长办公会和党委会审议，通过后按计划委托招标代理机构依照法定程序实施（此项只针对医用设备、医用耗材）。			☆☆☆
				采购公示	招标结束后，依法依规予以公示（此项只针对医用设备、医用耗材）。			☆
				药品验收	药剂科按要求验收入库。			☆
5		处方点评权	医务科、药剂科	随机抽样	处方点评采取随机抽样和重点抽样进行，药剂科每月至少开展一次随机抽样和重点抽样。随机抽样是指按照一定的比例从门诊处方和住院医嘱中随机抽取样本。	11. 数据采集责任，设计科学合理的处方抽样方法，确保抽取的样本能够全面、真实地反映医院处方的整体情况。 12. 专业点评责任，点评人员应具备扎实的专业知识，确保点评公平公正。 13. 整改监督责任，制定切实可行的整改措施，建立有效的监督机制，跟踪整改措施的执行情况。	13. 不按规定流程操作，随意更改点评标准。 14. 不公正、带有主观臆断或个人偏见进行点评。 15. 泄露患者和医生隐私。	☆☆
				重点抽样	重点抽样是指对于某些重点药物（如抗菌药物、抗肿瘤药物、精神药品等）、重点患者群体（如老年人、儿童、孕妇等）或容易出现问题的科室（如急诊科、ICU等）进行重点抽样。			☆☆
				处方核查	药剂科组织专业人员核查，医务科组织专家复核，确定不合理用药清单。			☆☆☆
				会议研究	不合理用药清单报合理用药小组会讨论通过			☆
				结果处理	药剂科根据会议精神，依法依规提出处理意见，医务科审议确定对相关医生作出处理，并公布处理结果。			☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
6	药品与医用设备管理	重点（辅助）用药管理权	医务科、药剂科、医保物价科	多部门协同核查	医务科监督医生医嘱开具行为，药剂科监督药品调配和发放，医保物价科通过医保信息系统监测重点（辅助）用药的费用支出。	14. 目录管理责任，科学制定重点（辅助）用药目录，及时更新维护，定期对重点（辅助）用药的使用数据进行深度分析，降低重点（辅助）用药方面的不合理支出。	16. 无指征使用重点（辅助）药品，过渡使用重点（辅助）药品，不合理联合使用重点（辅助）药品。	☆☆
				梳理限量卡控清单	药剂科每月对重点（辅助）药品销售金额及数量进行排名，梳理重点（辅助）药品限量卡控清单。			☆☆
				执行限量采购	交由医院合理用药小组讨论，讨论通过后的药品采购按限量计划执行。			☆☆☆
7		统方监督权	信息科、纪委办	反统方软件监测	信息科运用多种反统方软件对临床、药剂、器械等科室统计用药情况全面监测。	15. 反统方软件管理责任，全面监测异常数据，科学分析研判数据，发现违规行为。	17. 反统方软件流于形式，不作结果运用，对相关违规行为不作为。	☆
				汇总分析	信息科每月汇总统计用药行为，开展分析研判，通报统方等违规行为。			☆☆
				监督处置	纪委办对相关违规行为查处。			☆
8		医用设备使用监督权	审计科、器械科	设备使用审计	审计科每半年开展医疗设备使用审计。	16. 使用效率监督责任，定期对医院医用设备的配置情况进行评估，建立有效的设备调度系统，提高设备使用效率。	18. 超范围使用医用设备，设备长期闲置且无正当合理理由。 19. 未及时调配使用率不高的设备，导致设备长期闲置。	☆
				执行预算缩减	对发现医疗设备的效益等数据与申购时明显不符的 应对下一年度科室医疗设备采购预算进行压减，并根据公立医疗机构有关管理办法进行处理			☆
				情况通报	每半年将医疗设备使用审计、异常波动分析等情况向上级卫生行政部门进行汇报。			☆☆
				书面申请	1. 新引进医用耗材和检验试剂： 申请引进医用耗材和检验试剂由临床医技科室主要负责人提出书面申请； 2. 科室采购临时医用耗材： 申请购买临时医用耗材由临床医生提出书面申请。			☆☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
9		立项审批权	器械科、临床科室、医技科室	科室讨论	申请科室负责人召开科务会集体讨论，科务会须有五分之四以上科室人员出席，赞成人数达到三分之二以上方能通过；在紧急情况下，无法满足出席人数要求的，须由2人以上人员在场，通过电话等途径征询意见；科务会须详细记录有关情况，参加会议的人员须逐个充分发表意见，对是否同意给出明确意见。	17. 同1-3	20.个人独断决策，随意申请立项，导致集体决策虚化。 21.负责人简单签署“同意”作为审批意见，未在职责范围内就项目情况做出明确的意见和建议。	☆☆
				支部决策	党支部书记组织召开支部会议，对是否同意申请新引进医用耗材和检验试剂作出最后决策，出席支部会议的党员人数须达到五分之四以上方能开会，赞成的人数须达到三分之二以上方能通过；党支部会议和科务会不得套开，未经党支部会议讨论通过的新引进医用耗材和检验试剂申请，不得提交科室负责人审批。			☆☆
				立项批准	新引进医用耗材和检验试剂采购申请由临床科室负责人审核批准后，再提交医保物价科、医务科和器械科审批。			
10	医用耗材和检验试剂采购	采购审批权	器械科	项目审批	1. 新引进医用耗材和检验试剂：器械科作为召集人召开院耗材管理委员会会议，讨论采购计划，成员应包括院领导、临床医技科室主要负责人和职能部门主要负责人等，出席委员人数应占总人数五分之四以上方能开会，每个项目单独表决，赞成数超过委员总数三分之二以上方能通过。 2. 科室采购临时医用耗材：由申请科室负责人、器械科、使用科室分管领导、医用耗材分管领导及主要领导按职责审批，临时医用耗材申请为一次性申请，不得重复采购。临时医用耗材采购情况应当及时向耗材管理委员会报告。	18. 审批流程责任，规范流程执行，提高审批效率。 19.审批人员责任，建强专家队伍，确保审批环节公正、权威。 20.审批监管责任，如实报告可能影响审批公正的情况。	22.拖延审批时间，随意搁置流程，导致审批时间过长。 23.可能影响评审结果或不具备评审资格的人员参与评审。 24.在委员会讨论投票过程中实施拉票、串联、助选等行为，发表倾向性意见。	☆☆☆
				采购批准	新引进医用耗材和检验试剂：院耗材管理委员会讨论通过的采购计划（其中中年采购金额超过10万元的还需提交立项委员会立项）提交院长办公会和党委会审定，审定后报上级卫生行政部门通过后正式形成年度医疗设备采购计划。			☆
				纪检备案	审批通过后的新引进医用耗材和检验试剂采购计划须交由纪委办备案			☆
				询价采购	器械科对临时医用耗材进行询价等方式采购		25. 未按规定公开采购意向（小额零星采购、集中采购机构统一组织的批量集中采购和因不可预见的原因急需开展的采购项目除外）。 26. 编制采购需求时，委托或指定供应商编制招标文件，设定偏向性、指向性、排他性指标，未依法量化评审因素，未依法设定价格分值	☆☆
				招标采购	目录外试剂耗材转常规采购由器械科组织采购。			☆☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
11		招标采购权	招标采购办、医务科、器械科	采购实施	目录外试剂耗材转常规采购的项目：申请科室拟定技术参数，器械科、招标采购办分别审定技术参数和商务条款。技术参数和商务条款确定后提交器械科组织招标采购。	21. 编制招标文件责任，确保指标参数合规合法合理，无偏向性、歧视性和指向性。 22. 依规依法招标责任，确保采购过程公平公正公开。 23. 杜绝围标串标责任，增加围标串标成本，如：提高投标保证金金额，要求提供详细的成本分析和报价依据等，重点关注投标文件内容相似、报价异常接近等情况。	对供应商设定不同评审标准等。 27. 组织专家评审时，随意更改采购程序，干扰专家评标，与供应商有利害关系的人员参与采购实施。 28. 确定采购方式时，医用耗材和检验试剂采购未依照规定选用采购方式或组织形式（如：公开招标数额标准以上的项目擅自采用其他方式采购；将应当公开招标的项目化整为零或者以其他方式规避公开招标；采购纳入集中采购目录的政府采购项目，未委托集中采购机构代理采购；将不符合框架协议采购的项目，采用框架协议采购方式）。 29. 采购未经注册的医用耗材和检验试剂。	☆☆☆
				评标评审	器械科在招标前1天在审计科监督下从专家库中随机抽取至少8名专家进行评标，招标前将抽取专家、市场询价等项目情况报纪委备案。			☆☆☆
				采购公示	招标结果依法依规予以公示。			☆
				验收入库	器械科按要求和合同核对产品名称、注册证号、批号和有效期后验收入库。			☆☆
12		合理使用点评权	医务科、器械科	随机抽样	处方点评采取随机抽样和重点抽样进行，医务科每月至少开展一次随机抽样。随机抽样是指按照一定的比例从门诊处方和住院医嘱中随机抽取样本。	24. 数据采集责任，设计科学合理的处方抽样方法，确保抽取的样本能够全面、真实地反映医院处方的整体情况。 25. 专业点评责任，点评人员应具备扎实的专业知识，确保点评公平公正。 26. 整改监督责任，制定切实可行的整改措施，建立有效的监督机制，跟踪整改措施的执行情况。	30. 不按规定流程操作，随意更改点评标准。 31. 不公正、带有主观臆断或个人偏见进行点评。 32. 泄露患者和医生隐私。	☆
				重点抽样	器械科每月至少开展一次重点抽样。重点抽样是指对于高值医用耗材、发现使用异常的医用耗材和检验试剂或容易出现问题的科室进行重点抽样。			☆☆
				病历核查	器械科组织专业人员核查病历，医务科组织专家复核，确定不合理用械清单，并听取使用科室意见。			☆☆☆
				会议研究	不合理用械清单报院长办公会和党委会讨论通过。			☆
	医用耗材和检验试剂管理							

序号	项目名称 剂官埋	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
				结果处理	医务科根据会议精神和内控制度，依法依规对相关科室和医生作出处理并通报相关结果。			☆
13		高值耗材和检验试剂监督权	医务科、器械科、医保物价科	多部门协同核查	医务科监督医生使用高值耗材和开具相关检测的必要性，器械科监督高值耗材和检验试剂的日常采购行为，医保物价科和信息科通过信息系统提取高值医用耗材和检验试剂用量数据。	27. 目录管理责任，科学制定高值耗材目录，及时更新维护，定期对全院用械的使用数据进行深度分析，降低耗占比。	33. 无指征或超适应范围使用高值耗材，使用非指定部门采购的医用耗材和检验试剂，医用耗材和检验试剂异常使用。	☆
				梳理限量卡控清单	器械科每月对医用耗材、高值耗材和检验试剂销售金额及数量进行排名，梳理重点监控清单，对排名靠前使用异常的责任科室及人员予以通报。			☆☆
				执行限量采购	交由院耗材管理委员会讨论，讨论通过后的医用耗材或检验试剂采购按限量计划执行。			☆
14		立项决策权	信息科、相关科室	立项申请	由项目发起部门（包括但不限于信息科、临床科室等）提交详尽的项目立项申请书，立项申请须经科室集体讨论，党支部参与决策。立项申请书应涵盖项目名称、项目背景、项目必要性、项目建设目标、项目预期效益、技术方案、投资估算和资金来源等内容。	28. 需求分析责任，项目发起部门有责任组织跨部门团队，包括临床医护人员、医院管理人员、信息科人员等，深入临床一线和各行行政科室进行需求调研，确保立项科学合理。 29. 预算评估责任，准确估算成本，联合财务科、信息科和相关业务部门，对医疗信息化项目的成本进行详细估算，对信息化建设项目进行效益评估，合理编制预算。 30. 合理规划责任，项目决策部门应对项目符合医院信息化建设规划数据融合运用把好关口。	34. 未按规定开展采购需求调查，或调查对象不具有代表性。 35. 未编制采购预算，未制定采购实施计划，未按照批准的预算执行，超预算或无预算进行采购。	☆
				需求调查	由相关职能部门成立项目立项评审小组，小组成员包括项目组成员、信息专家、临床专家、财务专家等。评审小组依据技术可行性、经济合理性、临床实用性等多维度标准，对项目立项申请书进行综合评审。			☆☆
				预算审核	1. 在评审初期，委托具有资质的第三方信息化造价公司，通过市场调研，收集材料价格、人工成本、运维费用等信息，并结合项目实际需求，采用科学的估算方法（如工程量清单估算、类比估算等）确定项目预期成本造价。 2. 预算造价完成后，由医院审计部门对造价报告进行审核。			☆☆☆
				立项决策	医院根据项目评审及预算造价结果，按照医院（机构）“三重一大”议事规则，由院长办公会、党委会进行集体决策。对于年度预算内批准立项的项目，应明确项目负责人、建设周期和资金安排等事项；对于年度预算内无预算项目，原则上不予立项。			☆☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
15	医疗信息化建设	信息设备、服务及软件采购权	信息科、招标采购办、相关科室	采购申请	由申请部门根据科室实际需求，提交信息设备采购申请，包括项目计划书、重大事项讨论记录、党支部参与决策记录，按审批流程逐级审批。	31. 需求调研责任，深入了解自身业务流程和信息化建设目标，准确梳理出对信息设备、服务及软件的功能、性能、兼容性等方面的详细需求。 32. 招标文件制定责任，编制准确、详细、清晰的招标文件，确保公正性和合理性。 33. 合同签订与管理责任，合同起草完成后，组织相关部门对合同进行审核，确保合同条款符合法律法规和组织利益，避免合同漏洞和风险。 34. 质量验收与售后服务责任，组织专业人员按照合同约定的验收标准和方法进行严格的质量验收，监督供应商履行售后服务承诺。 35. 风险管理与监督责任，加强对采购活动的全过程监督，定期对采购项目进行内部审计和检查，确保采购活动的合规性和有效性。	36. 编制采购需求时，委托或指定供应商编制招标文件，设定偏向性、指向性、排他性指标，未依法量化评审因素，未依法设定价格分值，对供应商设定不同评审标准等。 37. 组织专家评审时，随意更改采购程序，干扰专家评标，与供应商有利害关系的人员参与采购实施。 38. 确定采购方式时，一般药品和医用设备耗材采购未依照规定选用采购方式或组织形式，如：公开招标数额标准以上的项目擅自采用其他方式采购；将应当公开招标的项目化整为零或者以其他方式规避公开招标；采购纳入集中采购目录的政府采购项目，未委托集中采购机构代理采购；将不符合框架协议采购的项目，采用框架协议采购方式。 39. 未依法履行合同，擅自变更、中止或终止合同，追加与合同不相同的信息设备、服务、软件，追加金额超过原合同采购金额10%。 40. 未依法组织验收，未按照合同规定的技术、服务、标准组织对供应商履约情况进行实质性验收，验收结束后未出具验收书，或出具的验收书未列明各项标准的验收情况。	☆
				采购审批	项目采购申请后交由相关部门进行审核 1. 1万元以内，由信息科分管领导审批； 2. 1万元-3万元，由院长审批； 3. 3万元-30万元，报院办会审批； 4. 30万元以上报院党委会审批。			☆☆☆
				采购实施	1. 目录外2千元以内，由信息科实施采购。 2. 目录外2千元-3万元，由信息科组织询价后采购。 3. 目录外3万元-30万元，由招标采购办组织院内采购。金额在3万以上，由信息科向招标采购办提供采购需求和参数、符合三个品牌参数对比表、询价记录（三份佐证资料）。采购需求和技术参数不得出现有偏向性、指向性和设置不合理的情况。招标采购办组织询价评审小组依据信息科提供的采购需要完善市场论证及价格进行审核。报院党委会或院办会讨论确定采购方式、最高限价、代理。行办或党委办向招标采购办发抄告单。招标采购办编制文件，并在医院官网或公告栏进行公告，组织开展评标，发布中标公告，办理中标通知书。 4. 目录内30万元以内，由招标采购办向县卫健委、县财政局提交《新增预算表》、《政府采购备案表》审批，在电子卖场采购。 5. 目录内项目及30万元以上实施政府采购。招标采购办向县卫健委、县财政局提交《新增预算表》审批，江西省公共资源交易网意向公开30天，编制采购需求组织有关部门审核文件。与招标代理机构签订委托代理协议，编制招标文件，组织相关部门审核，项目挂网公示。代理公司组织开、评标。采购结果公示后，代理机构发布中标通知书。招标采购办组织签订合同，组织验收。			☆☆☆
				结果审批	招标结果由招标采购办负责审批及公示 1. 采购金额为大额资金的项目（如10万至30万元），在官网公示中标结果（公示期不少于3个自然天），公示期结束后方可签订项目合同。 2. 预算金额为高额资金的项目（如大于等于30万元），由招标代理机构在省级公共资源交易网公示中标结果（公示期不少于3个自然天），公示期结束后方可签订项目合同。 具体限额设定可依据有关规定，结合单位实际，合理设定。			☆
				合同签订	合同签署内容包括货物或服务的规格、数量、价格、交货期、付款方式、违约责任等，明确签署合同部门。建立合同审批制度审批，严格执行合同审批流程。对于合同变更，建立变更管理流程，确保变更经过评估与审批，避免出现违约风险。			☆☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
				项目验收	1. 项目验收由信息科对信息化项目进行全面、系统的评估和审查，包括功能、性能、安全性及文档验收。 2. 引入第三方信息化项目监理单位，建立规范的验收流程，明确验收标准与程序。（此项只针对大于等于50万元项目） 3. 组织信息化专家对项目进行验收，对于不符合验收要求的货物或服务，实施团队在限期内完成整改并通过安全评审后方可验收			☆☆☆
16		运维保障监督权	信息科	项目运行维护监督执行	签订、执行项目运维保障合同，监督合同条款落实情况。	36. 合同执行监督责任，确保条款、权利落到实处。		☆
17		数据管控权	信息科、相关科室	数据使用申请	数据使用部门通过办公OA系统提交数据使用申请（包括应用场景描述、所需数据描述、数据流向说明、使用周期等）。	37. 数据安全维护责任，构建医院网络安全防护体系，定期进行安全策略配置和更新。 38. 数据访问与权限管理责任，采用最小权限原则，合理设置数据访问权限。 39. 访问监管责任，定期生成数据访问审计报告，分析数据访问行为，发现异常访问模式及时进行调查和处理。	41. 泄露患者信息或医院内部敏感数据。 42. 商业目的的统方，贩卖医院数据以获取利益。 43. 篡改治疗记录，骗取医保报销，伪造病历、处方、出生证等证明材料。	☆
				数据使用审批	信息科以及相关科室基于数据授权使用原则对数据申请进行审核，判断申请资料及申请使用的合规性，并报分管领导审批。审批通过后，与数据使用部门签署保密协议。			☆☆☆
				数据使用交付	按照“谁使用，谁负责”的原则，由数据使用部门对数据的全生命周期进行安全管理。			☆☆☆
				数据审计	相关科室针对数据采集使用过程中，在数据安全、合规性、数据完整性、系统性能优化、风险管理和决策支持等方面进行全面审计，防止出现数据泄露风险。			☆☆☆
				数据销毁	数据使用完成或使用期限届满后，由数据使用部门和信息科对数据进行销毁，确保数据无法再还原。			☆
18		规划审批权	总务科	规划申请	在基础设施建设前，总务科须对项目的选址、功能、布局等进行规划，形成书面报告提交至院长办公会和党委会审议。	40. 提高规划的系统性和前瞻性。	44. 禁止规划不合理，发生与国家、行业中长远发展规划不相符以及基础设施功能布局混乱等情况。	☆
				规划许可	院长办公会和党委会对项目建设作出决定，重大项目还须通过职代会等途径广泛征求职工意见。			☆☆
				立项申请	重大项目由相关科室对拟建设的项目进行考察、调研并形成书面报告，作为“三重一大”事项提请院长办公会和党委会进行立项审批，必要的项目要按规定开展需求调查。一般项目由相关科室对拟建设的项目进行立项申请，报分管领导签批后提交至总务科，由总务科提交院长办公会和党委会会议立项审批。			☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
19		立 项 审 批 权	总务科、审计科、法务部门、招标代理机构	可行性论证（重大项目）	重大项目由总务科会同相关科室、编制单位对项目进行分析和论证，确定项目的可行性和最优方案，按照属地管理报上级主管部门审批。	41. 需求评估责任，组织多部门人员，深入开展基础设施建设需求调研。 42. 预算编制监督责任，预算编制详细、准确，涵盖项目建设的所有费用，对预算编制的依据进行审查。 43. 履行集体决策责任，不得干预工程项目和市场经济，确保公平公正。	45. 未进行需求评估，未对实际需求进行深入、细致的调研。 46. 未开展预算编制，没有充分调研市场价格，导致实际费用超出预算或者预算价格虚数过大的情况；不编制工程量清单就开展项目。 47. 未按规定履行“三重一大”集体决策，个人违规插手干预工程项目。	☆☆
				项目设计	重大项目由设计单位依据规范进行设计，总务科会同相关科室组织院内外专家对设计方案进行讨论，完善设计方案，设计完成后交由第三方图审单位进行图纸审查，根据审查意见确定用于指导造价、施工的图纸。一般项目由设计单位会同相关科室依据规范设计并确认图纸，新、改、扩建项目需将图纸交由第三方图审单位进行审查。			☆☆
				造价编制	项目由总务科委托有资质的第三方根据设计图纸进行工程预算编制，再有审计科根据预算编制金额委托有资质的第三方或报财政评审中心审核确认招标控制价。			☆☆☆
20		项 目 招 标 权	招标采购办、招标代理机构、总务科、审计科	招标公告	根据项目具体情况，由招标代理机构或招标采购办组织实施。总务科和相关科室提供参数，招标采购办、总务科、使用科室、审计科、法务部门及/或招标代理机构依据法律法规共同拟定招标文件，依法依规按程序发布招标公告。	44. 招标文件编制责任，确保项目要求清晰明确，密切关注法律法规、行业标准以及项目需求的变化，及时更新招标文件。 45. 规范招标行为责任，依规依法选择招标方式。 46. 围标串标防范责任，如提高投标保证金金额，要求投标单位提供详细的成本分析和报价依据，增加围标串标成本。同时，对投标文件进行细致分析，如发现投标文件内容相似、报价异常接近等情况，要进行深入调查。 47. 公正评标保障责任，建立评标过程的监督机制，对评标现场进行全程监控、记录，确保评标委员按照评标标准独立公正地进行评标。	48. 限制投标，以不合理条件限制或者排斥其他组织参加投标，对潜在投标人实行歧视待遇，提出与招标工程实际要求不符的过高的资质要求，设置不合理条件排斥或者限制潜在投标人。 49. 规避招标，以肢解发包、化整为零等形式规避招标。 50. 围标串标，泄露保密信息，在开标前泄露标底，与投标人串通投标，有利害关系人员未进行回避。 51. 干预评标，评标过程中发表带有倾向性、误导性的言论或者暗示性的意见建议，干扰或影响公正独立评标。	☆☆
				资格审查	根据项目具体情况，由招标代理机构或招标采购办组织资格审查，并按规定报有关部门审批。			☆☆☆
				开标评标与定标	根据项目具体情况，由招标代理机构或招标采购办组织实施。委托招标代理机构组织实施的项目，由采购代理机构在政府公共资源交易平台正式发布招标采购公告、接受报名、发布招标采购文件、开标、评标、公示、确定中标人、发布中标（成交）公告和中标（成交）通知书，招标采购办按照有关规定办理合同签订手续。由招标采购办组织实施的项目，由总务科提供项目参数，招标采购办组织实施，由招标采购办拟定招标文件，在医院（机构）官网平台发布招标采购公告，接受报名并组织招标，纪委办、审计科参与监督，按照有关规定公示招标结果，办理合同签订手续。			☆☆☆
21	基础设施	资 金 监 管	财务科、	预算编制审核	对预算编制过程及其结果进行审查，确保预算的合理性、准确性、完整性和合规性。	48. 资金使用责任，建立健全并严格落实内部控制制度，明确资金使用的审批流程和权限。 49. 成本控制责任，建立成本监控体系，定期对项目成本进行核算和分析。	52. 挪用资金，滞留资金，侵占资金，未经批准擅自改变资金用途，造成成本不合理超支。	☆☆☆
				资金分配公平性检查	对资金在不同主体、项目、区域或用途之间分配是否公正、合理的评估，确保资金分配遵循公平的原则，使资源能够得到有效和公正的利用。			☆☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
21	基础设施 建设	权	审计科			50. 财务审计责任，定期开展财务审计，审计范围应涵盖项目资金的筹集、使用、成本控制等各个方面，审计发现的问题进行认真整改，建立整改台账，明确整改责任人和整改期限。	53. 虚假申报套取资金，虚构项目、夸大项目规模和效益等，套取基础设施建设资金。	
				资金流向追踪	详细了解资金从账户支出后的去向。			
				支出合理性审查	检查资金使用是否符合法律法规、财务制度和项目合同的要求。			☆☆☆
22		变更设计权	总务科	提出变更建议	施工单位在发现需要变更设计的情况后，向监理单位提交变更建议。建议内容应包括变更的原因、内容、对工程的影响（如进度、质量、成本）等详细信息。	51. 合理管控进度延误风险。设计变更通常会对项目进度产生影响，尤其是涉及重大变更或变更程序复杂的情况，总务科应予合理管控。 52. 严格管控成本增加风险。变更设计前，要进行详细的成本估算和效益分析，严格控制变更的范围和规模，尽量减少不必要的成本增加。要加强成本核算，合理安排施工，避免浪费，确保成本增加部分能够得到合理补偿。	54. 谋取利益的变更，为迎合承建方利益而进行设计变更，导致工程成本不合理增加。 55. 降低消防等安全标准的变更，即降低消防、抗震、结构安全等相关工程标准和安全性能的设计变更。 56. 非原设计单位的擅自变更，除特殊情况并取得原设计单位同意外。	☆☆☆
				监理单位审查	监理单位对变更建议进行审查，主要审查变更的必要性、合理性以及是否符合合同和相关规范要求。			☆☆☆
				建设单位审批	建设单位接到监理单位转来的变更建议后，制定变更方案，组织设计单位、施工单位、监理单位等相关方对变更方案进行评估。			☆☆
				设计单位出图	设计单位根据建设单位的变更方案，对原设计文件进行修改，出具正式的变更设计图纸和文件。变更设计文件应明确变更的内容、范围、技术要求等信息，并标注与原设计文件的差异之处。			☆☆
				实施变更	按照合同约定及时办理变更签证，施工单位按照变更设计文件进行施工。在施工过程中要确保变更内容的实施符合设计要求。变更设计文件、审批文件、施工记录等相关资料应进行存档，以便后续的工程验收、结算和审计等工作查阅。			☆☆☆
23		质量监管权	总务科	材料质量检查	从工程材料的采购源头抓起，检查施工材料是否与设计文件一致，是否从正规的生产厂家采购，查验内容包括但不限于材质、厚度、外观、合格证、检测报告等。	53. 质量总体监督责任，定期检查施工单位和监理单位的工作质量，确保施工过程符合质量要求。 54. 人员监督监管责任，督促监理人员履职尽责，杜绝利益输送，确保工程质量。	57. 擅自改变施工工艺，未按照工程设计图纸和施工技术标准施工，擅自修改工程设计，偷工减料或使用不合格材料构配件，违反工程建设强制性标准，降低建设工程质量。 58. 串通降低质量标准，监理单位或监督人员与建设单位或施工单位串通，弄虚作假、降低工程质量。	☆☆☆
				施工工艺监督	施工单位在施工前要编制详细的施工方案，监管单位要对施工方案进行审查，在施工过程中，要对施工工艺的执行情况进行监督，通过质量检测手段对施工工艺质量进行评定。			☆☆☆
				隐蔽工程检查	隐蔽工程在隐蔽前必须经过质量检查和验收，验收过程须录制影像资料，纸质验收材料须签字确认，并由监理、建设单位、总务科确认是否需要设计变更（如需变更，要对现场施工工程量进行复核）。			☆☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
24		竣工验收权	招标采购办、总务科、相关科室、施工单位、监理单位、设计单位	隐蔽工程验收	隐蔽工程在隐蔽前，由施工单位自检合格后，报监理单位验收。监理单位要组织建设单位、施工单位等相关人员对隐蔽工程进行检查验收。验收合格后，各方在隐蔽工程验收记录上签字确认，方可进行隐蔽。	55. 组织验收责任，根据工程的规模、性质和复杂程度，制定合理的验收计划，确定验收时间、验收程序和验收组成员。 56. 质量把关责任，通过听取汇报、查阅资料、现场检查等方式，全面了解工程质量情况。 57. 验收结论责任，根据验收组的意见和检查结果，综合判断工程质量是否合格，做出最终的验收结论。	59. 提前验收，未完成合同约定内容提前组织验收，使用未经验收或验收不合格的工程。 60. 弄虚作假，伪造材料检测报告，掩盖工程质量问题。 61. 不实评价，只进行外观验收，没有对隐蔽工程、功能性设施等进行全面检查等，做出不实评价。	☆☆
				分项分部工程验收	分项工程施工完成后，由施工单位自检合格后，报监理单位验收。分部工程在各分项工程验收合格的基础上，由总监理工程师组织施工单位项目负责人和技术、质量负责人等进行验收。验收内容包括工程实体质量、质量控制资料、安全和功能检验（检测）报告等。			☆☆
				工程竣工验收	单位工程竣工后，建设单位组织勘察、设计、施工、监理等单位进行竣工验收。竣工验收要对工程的质量、功能、安全等方面进行全面检查和评定。验收合格后，建设单位方可交付使用。			☆☆☆
				制定用人计划	依据医院学科建设与科室需求，科室提交用人申请，人事科进行汇总后，由人力资源管理委员会讨论研究，拟制定年度招聘计划，并合理设定招聘岗位的学历学位、学科专业、招聘人数等条件。	制定用人计划，明确招聘岗位条件、人数及资格条件。	62. 不得设置歧视性、指向性以及不合理的限制性条件，坚决防止“萝卜招聘”、“因人画像”等问题。 63. 不得仅通过内部网站、社交媒体或者张贴布告等方式在特定人员范	☆☆
				会议研究	年度招聘用人计划经医院研究通过后报主管部门备案审批	会议研究用人计划需医院研究统一后报主管部门备案或审批。		☆
				制定招聘方案	根据年度招聘计划，结合医院实际情况实现编制内招聘和编制外自主招聘。 1、编制内人员招聘：根据学科发展及科室需求，结合年度招聘计划，经医院党委会同意后，在县委编办部门核定的编制数内，按相应岗位所需的资格条件，报上级部门进行招录。 2、编制外自主招聘：根据学科发展及科室需求，结合年度招聘计划，按相应岗位所需的资格条件进行招聘。招聘内容主要包括单位简介、招聘岗位、报考条件、报考注意事项、报名办法、资格审查、考核方式、体检、考察、公示、聘用、联系方式等，单位审核后报主管部门审核。	制定招聘方案用人单位明确岗位、条件、流程等，单位审核后报主管部门审核。		☆
				发布公告	院内自主招聘公告、补充公告等信息面向社会发布。招聘公告发布至报名结束的时间不得少于7个工作日，其中报名时间不得少于5个工作日，报名期间应保持报名渠道畅通。	面向社会发布公告，报名时间不少于5个工作日，渠道畅通。		☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
25		人员招聘	组织人事科	资格审查	自主招聘按照招聘公告明确的资格条件进行资格审查。资格审查应当对照岗位条件要求,由职能部门组织实施。符合公告所列条件的应聘人员原则上都应当允许进入下一个招聘环节,对没有通过资格审查的应聘人员,资格审查部门(单位)有义务接受其询问并告知原因。资格审查应当贯穿公开招聘全过程,任何环节发现应聘人员不符合资格条件的,均应取消应聘或者聘用资格。	资格审查分初审、现场审查、复查,贯穿全程,未通过者应告知原因。	围内发布。招聘公告一经发布,不得擅自更改;确需更改的,应当按原程序发布补充公告,相应延长报名时间。 64. 不得进行“简历筛选”。资格审查工作不得委托考试服务机构等第三方进行。 65. 参与考核的工作人员及考官应严格遵守保密规定,禁止泄露考试敏感信息。	☆☆
				考核	招聘可采取笔试、面试等方式进行,并确定拟入围人员。	明确考核方式、命题、安排等,报主管部门备案。发布考核公告用人单位在本单位网站发布考核时间、地点、人员名单等。		☆☆☆
				体检	根据考核结果,入围人员体检参照公务员体检标准执行,并需要通过心理测试,体检不合格的给予取消聘用资格,若体检对象对体检结果有疑问的,可以进行复检,复检在接到体检结论之日起7日内提出,复检只能进行一次,体检结果以复检结论为准。	体检结果有异议可申请复核。		☆
				公示	综合资格审查、考核、体检等情况,确定拟聘用人员后进行公示,公示期不少于7个工作日。	拟聘人员公示期不少于7个工作日。		☆☆
				聘用	公示期满无异议的,办理聘用手续。	办理聘用手续		☆
	人事权力			个人申报	申报人要诚信申报职称,在规定的期限内按照客观、齐全、真实、准确的要求填报和提交职称申报材料,同时在网上签订《个人承诺书》。	58. 资格审核责任,符合申报条件的送相应评委会;申报材料不完整、不规范,不符合规定条件的,应当	66. 评委和工作人员不遵守评审工作纪律,或对外泄露评审内容,或私	☆
				单位审查	用人单位要认真审查申报推荐材料,重点审查申报人员是否符合条件、申报材料是否真实有效、申报信息是否准确完整、申报推荐程序是否规范、申报专业是否与执业资格、执业范围和从事专业一致。对不符合申报条件或不符合申报要求的,注明存在问题并及时退回。			☆☆
				公示	按照“五个公开,一个承诺”要求,对职称政策、岗位职数和推荐名额、推荐方案、申报材料、推荐结果等五个方面材料在单位内部进行不少于5个工作日的公示,对单位职称推荐工作符合政策要求和对申报人员信息材料真实有效性的审核进行承诺,接受群众监督。			☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
26		职称评聘	组织人事科	单位推荐	用人单位要坚持评用结合、以用为本，充分发挥职称正向激励作用和用人单位主体作用，对申报人员的职业道德、工作量评价指标及工作业绩进行考核评估。要按照科学规范、公正公平原则制定推荐方案，推荐方案应报主管部门备案。根据考核结果，经单位领导班子集体研究，择优确定推荐评审对象。严格把好推荐关，不符合申报条件的一律不得推荐。	及时告知需要补正的全部内容。 59. 评审质量责任，按规定组织开展评审活动，确保职称评审结果公平公正。 60. 监督检查责任，对评委会开展的评审工作进行抽查、巡查，依据有关线索进行倒查、复查。	自接收评审材料，或利用职务之便谋取不正当利益。 67. 与申报人有直系亲属、三代以内旁系血亲或者其他可能影响职称评审客观公正的评委及工作人员，参与评审。	☆☆
				组织评审 (有评审权单位)	制定评审方案，内容包括评审时间、评审地点、组织程序、评委需求、参评人员情况等，并于评审会议召开5个工作日前报人力资源社会保障行政部门备案后组织实施。评委会按照国家和我省有关职称评审政策，以及各系列或者专业职称申报条件，审核申报材料，对申报人的水平、能力、业绩等进行评价。评委会经过评议，采取少数服从多数的原则投票表决，同意票数达到评委总数2/3以上的即为评审通过。坚持客观公正、好中选优原则，实行比例控制，确保评审质量。对评审结果进行公示，公示期不少于5个工作日。			☆☆
				研究聘任	经上级部门评审通过者，根据《信丰县人民医院专业技术职务聘（评）及岗位晋级管理办法》给予聘任。			☆☆
27		干部任用	组织人事科	研判动议	党委或者组织人事科根据工作需要，结合综合分析研判情况，提出启动干部选拔任用工作意见。组织人事科综合有关方面建议和平时了解掌握的情况，对领导干部进行动议分析，就选拔任用的职位、条件、范围、方式、程序和人选意向等提出初步建议。	61. 严格按照《党政领导干部选拔任用工作条例》开展干部选拔任用工作	68. 违反《党政领导干部选拔任用工作条例》规定选人用人。	☆☆
				制定方案	组织人事科将初步建议向党委主要领导成员汇报，对初步建议进行完善，在一定范围内进行沟通酝酿，形成工作方案。			☆
				民主推荐	民主推荐包括谈话调研推荐和会议推荐，推荐结果作为选拔任用的重要参考。			☆☆
				考察	确定考察对象，应当根据工作需要和干部德才条件，将民主推荐与日常了解、综合分析研判以及岗位匹配度等情况综合考虑，深入分析、比较择优，防止把推荐票等同于选举票、简单以推荐票取人。			☆☆
				征求意见	考察对象呈报单位或者所在单位党委必须就考察对象廉洁自律情况提出结论性意见。			☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
				讨论决定	拟任人选，在讨论决定或者决定呈报前，应当在党委有关领导成员中进行酝酿。党委讨论决定干部任免事项，必须有三分之二以上成员到会。与会成员对任免事项，应当逐一发表同意、不同意或者缓议等明确意见，党委主要负责人应当最后表态。在充分讨论的基础上，采取口头表决、举手表决或者无记名投票等方式进行表决。意见分歧较大时，暂缓进行表决。			☆☆
				公示	在党委讨论决定后、下发任职通知前，应当在一定范围内公示。公示内容应当真实准确，便于监督，涉及破格提拔的还应当说明破格的具体情形和理由。公示期不少于五个工作日。			☆☆
				任职	公示结果不影响任职的，办理任职手续。			☆
28		院外和院内集中采购权（限额以上属于政府采购或集中采购项目）	使用科室、总务科、运营管理部、财务科、审计科、招标采购办	立项申请	使用科室提出采购（立项）申请，使用分管科室分管领导确认审批，提交行政归口职能科室	62. 需求调研责任，深入调研梳理出总务后勤物资的性能、服务水平、价格等采购详细需求。 63. 招标文件制定责任，编制精确、详细的招标文件，确保公正合理。 64. 供应商评估责任，建立科学的供应商评估体系，从产品质量、价格、交货期、售后服务等多个维度进行评估。 65. 采购流程责任，严格遵守招标程序，依法依规发布招标公告、组织开标、评标等，防止不正当竞争，确保采购方式的公平、公正、公开	69. 科室负责人“一言堂”决策，未履行科室集体决策和支部参与决策。 70. 未科学合理编制采购文件，设定指向性或排他性条款。 71. 未依法发布采购项目信息。 72. 供应商联合操纵价格或利用独家供应的优势抬高价格。 73. 与供应商相互勾结，进行围标、串标等违法行为，操纵采购结果。 74. 在利益关系上弄虚作假进行回避。	☆
				行政审批	归口管理科室对采购（立项）进行初审，进行初步的综合评估，对预算资金的可靠性进行审核，明确提出是否采购（立项）意见。根据采购预算金额审批权限分别提交归口分管领导、院长、院办会或党委会审批立项。			☆☆☆
				运营评审	使用科室对项目的经济效益、社会效益、项目风险等进行综合分析评估，招标采购办依据限额对项目进行定性（部门自行采购、院内招标采购、院外招标采购），提交医院党委会和院长办公会审议通过，纳入医院项目储备库。500万以上的属于重点项目，还需提交医院职代会审议通过后方可纳入医院项目储备库。			☆
				财务审批	总务科牵头遴选项目储备库的项目进入项目执行库，财务科统筹编制、申报、调整年度采购预算工作，经医院党委会和院长办公会审议通过后向县卫健委报批，通过后再报县财政局备案。			☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
						66. 落实监督管理责任，加强事前事中事后监督监管，防范廉政风险。	74. 有利害关系的八只不进行回避。	
				采购实施	根据项目具体情况，由招标代理机构或招标采购办组织实施。招标采购办公开发布采购信息、组织市场论证、编制采购文件，审计科监督采购需求。30万以内由招标采购办进行院内公开招标；30万以上由第三方招标代理机构依据有关法律法规执行公开招标采购工作（具体限额根据信医字[2024]13号《关于修订<信丰县人民医院招标（采购）管理规定>的通知》文件执行）。中标结果须依法依规公示后，由招标采购办、总务科与中标单位及时签订合同。			☆☆
				项目执行及验收	归口管理科室对项目中标单位进行履约管理（项目执行），项目完成后招标采购办根据合同条款组织相关部门（归口管理科室、使用科室、审计部门、涉及的其他归口管理部门）进行验收。按照财务规定办理入账入库出库等手续。审计科对维修、工程类项目审计决算。财务科按照合同约定的比例和进度支付款项。			☆☆
		部门内部	招标采购	提出采购需求	使用科室提出采购（立项）申请。超过限额（医院内部管理制度明确）需经科务会讨论通过，党支部参与决策，提交总务科（归口管理项目）。	67. 审批流程责任，规范流程执行，提高审批效率。 68. 集体决策责任，落实科室集体决策。	75. 未充分进行集体讨论，立项说明含糊其辞、避重就轻，对不同意见置之不理，未清晰准确进行会议记录。 76. 违规决策，立项申请未经集体研究，支部未参与决策。	☆
				科室讨论	科室负责人召开科务会集体讨论，科务会须有五分之四以上科室人员出席，赞成人数达到三分之二以上方能通过；在紧急情况下，无法满足出席人数要求的，须由2人以上人员在场，通过电话等途径征询意见；科务会须详细记录有关情况，参加会议的人员须充分发表意见，对是否同意给出明确意见。			☆☆
				支部决策	党支部书记组织召开支部会议，对是否同意申请采购作出最后决策，出席支部会议的党员人数须达到五分之四以上方能开会，赞成的人数须达到三分之二以上方能通过；党支部会议和科务会不得套开，未经党支部会议讨论通过的采购申请，不得提交科室负责人审批。			☆☆
				立项批准	使用科室提交科室分管院领导审批后，由总务科按审批程序分别提交归口分管领导、院长、院办会或党委会审批立项。			☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
29	总务后勤	采购权 (限额以下采购项目)	总务办、总务科、临床科室	采购实施与审批	1. 目录外2千元以内，由归口职能科室实施采购。 2. 目录外2千元-3万元，由归口职能科室组织询价后采购。 3. 目录外3万元-30万元，由招标采购办组织院内采购。金额在3万以上，由归口职能科室向招标采购办提供采购需求和参数，符合三个品牌参数对比表、询价记录（三份佐证资料）。采购需求和技术参数不得出现有偏向性、指向性和设置不合理的情况。招标采购办组织询价评审小组依据使用科室和归口职能科室提供的采购需要完善市场论证及价格进行审核。报院党委会或院办会讨论确定采购方式、最高限价、代理。行办或党委办向招标采购办发抄告单。招标采购办编制文件，并在医院官网或公告栏进行公告，组织开展评标，发布中标公告，办理中标通知书。 4. 目录内30万元以内，由招标采购办向县卫健委、县财政局提交《新增预算表》、《政府采购备案表》审批，在电子卖场采购。 5. 目录内项目及30万元以上实施政府采购。招标采购办向县卫健委、县财政局提交《新增预算表》审批，江西省公告资源交易网意向公开30天，编制采购需求组织有关部门审核文件。与招标代理机构签订委托代理协议，编制招标文件，组织相关部门审核，项目挂网公示。代理公司组织开、评标。采购结果公示后，代理机构发布中标通知书。招标采购办组织签订合同，组织验收。	策和支部参与决策制度，确保决策的科学性和有效性。 69. 采购方式选择责任，根据适用情形，准确选择适合的采购方式。 70. 落实监督管理责任，形成全流程监督闭环，杜绝廉政风险。	77. 拖延审批，审批环节没有明确的时间节点，审批时间过长。 78. 指定供应商，凭借个人关系或私利指定或暗示特定供应商，有利害关系人员未进行回避。 79. 不按规定选择恰当的采购方式，不按规定执行采购行为。	☆☆☆
30		物资管理权	总务科	物资验收入库	仓库管理人员（物资会计、仓库保管员、物资采购员）根据物资申购报告、采购合同等相关材料，对入库物资进行查验核对。 属于固定资产管理的物资，物资会计同时办理固定资产出入库手续。	71. 准确查验责任，做到物资数量上准确和质量上完好，确保出入库管理有序。 72. 仓储管理责任，保证存储环境安全合规。	80. 不按规定流程发放物资。	☆
				物资发放	仓库管理员负责仓库物品的日常管理与发放，防止不合理损耗。仓库管理员对使用科室提出的申领计划，要认真核对申领数量、品类，由申领科室指定的专人签字后予以发放。有医院内部专门规定的物资，仓库管理员须按规定发放。物资会计配合运营管理科，定期对全院归口管理的固定资产进行盘点，做到账实相符。			☆
			总务科、器械科、	报废申请	使用科室提出固定资产（不包括未列入固定资产管理的物品）报废申请，按科室负责人审批→归口管理科室负责人审批→归口管理科室领导审批→运营管理科负责人审批→行政负责人（院长）审批的程序进行。	73. 报废审批责任，严格审批手续，确保程序合规合法。 74. 评估鉴定责任，准确判断报废条件，确保评估科学合理。 75. 处置管理责任，选择合适处置方式，确保资产价值最大回收。	81. 未经审批，擅自处置科室固定资产。 82. 无理由申请，科室无正当理由提出报废申请，在报废申请中夸大损坏程度、提供虚假信息。	☆
				报废审批	完成报废物资审批流程后，使用科室对接归口管理科室回收至报废物资仓库集中管理。	76. 账务处理责任，准确核算报废资产的账面价值、折旧情况等，确保财务数据的准确性。 77. 监督管理责任，审计等监督部门	83. 无依据审批，审批人员在缺乏充分的评估报告、鉴定意见等有效依据的情况下，随意批准报废申请。 84. 不专业鉴定，由不熟悉资产情况或无专业资质的人员进行资产价值	☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级	
31		固定资产 报废权	信息科、 运营管理 科、招标 采购办、 财务科	报废处置	运营管理部、总务科、器械科、信息科应每年根据固定资产报废情况组织开展相关工作： 1. 运营管理部对拟报废物资进行专业评估（公开招标采购具备资质的评估公司）； 2. 归口管理科室提交固定资产报废报告（含所有报废手续所需材料），经院长办公会、党委会审议通过； 3. 运营管理部按程序向上级主管部门（行政主管部门、财政部门）提交报废申请并取得批复； 4. 招标采购办根据国有资产处置有关规定，组织公开招标面向具备相应资质的公司进行竞价处置。 5. 财务科根据报废审批材料对报废资产及时进行账务处理	进行合规性监督，确保公开公平公正。	评估。 85. 违规低价处置，随意压低价格，以不合理的低价处置固定资产。	☆☆	
32		外包服务 管理监督 考核权	总务科		日常监督	78. 考核监管责任，确保考核标准的科学性，组织实施的公正性，结果反馈的有效性，服务质量的稳定性，督促外包服务单位按照合同约定提供优质服务。	86. 选择不符合医院管理规定或不具备相关资质的外包商。 87. 签订不完善或不合理的合同，条款不明确，缺乏关键性条款等。 88. 考核指标不清晰，人为主观因素过多。	☆☆	
					考核管理			监督考核小组对第三方公司进行月度考核评分，监督考核小组依据合同条款确定扣分项及分值，考核人员与第三方公司负责人须签字确认。	☆☆
					33			临床	临床路径 管理权
临床科室	医疗计划制定	根据临床路径表，结合患者情况制定诊疗服务计划，开具诊疗项目。	☆						
临床科室、 医务科	变异监测		☆						
临床科室	临床路径退出	按照退出标准实施。	☆						
临床科室、 医务科	分析变异原因		☆						
	临床科室	项目拟定	由临床科室根据诊疗需要拟定项目具体内容，并向医务科提出申请。	☆					

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
34		样本外送检测及外购药品权	医务科	项目论证	根据全院情况，组织相关临床科室、检验、病理、审计、医德医风（行风）、纪检等部门进行初步论证，提交院长办公会集体研究后决定是否准入。	82. 需求论证责任，深入调研梳理出外送检测的必要性、项目、价格等采购详细需求。 83. 合作协议制定责任，编制精确、详细的合作协议，确保医院利益。 85. 检测机构评估责任，建立科学的评估体系，从产品质量、价格、交货期、售后服务等多个维度进行评估。 86. 落实监督管理责任，加强事前事中事后监督监管，防范廉政风险。	91. 未充分进行论证，立项说明不全面客观，对不同意见置之不理，未清晰准确进行会议记录。 92. 违规决策，项目准入未经集体研究，支部未参与决策。 93. 指定外送检测机构，凭借个人关系或私利指定或暗示，有利害关系人员未进行回避。	☆☆☆
			医务科	项目准入	与检测机构签订合作协议。			☆☆☆
			临床科室	临床申请	患者知情同意下，由经诊医生根据病情需要提出申请。			☆
			临床科室	项目审批				☆
35		议题提出	归口职能部门	调研、论证	对专业性、技术性较强的重要事项,应当经过专家评估及技术、政策、法律咨 询,涉及医疗、教学、科研业务的重要事项,应当充分听取专业委员会等学术组织和管理、咨询组织的意见;对涉及职工切身利益的重要事项,应当通过基层党组织、职工代表大会或其他方式,广泛听取职工意见建议。			☆☆
			行政办或党委办	审议	其中报院长办公会讨论决定的议题由行政办负责收集,报党委会讨论决定的议题由党委办负责收集。会议议题及相关材料提前呈报与会人员。			☆☆
36	三重一大事项决策	民主决策	院班子成员	会前协商酝酿	重大问题在提交会议前,党委书记和院长要充分沟通、取得共识。对于干部任免事项,在提交院党委会议讨论决定前,应在党委书记、院长、分管干部人事工作的班子成员、纪委书记等范围内进行充分酝酿。	87. 议题评估责任，强化科学评估，确保上会议题符合医院需要。 88. 集体决策责任，落实院班子集体决策和参与决策制度，确保决策合规。 89. 落实监督监管责任，形成全流程监督闭环，杜绝廉政风险。	94. 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; 95. 紧急情况下,未经集体讨论而由个人决策、事后应通报而不通报的; 96. 未向领导班子提供全面真实情况而造成决策失误的; 97. 执行决策时发现可能造成失误或损失而不及及时采取措施纠正的,造成重大经济损失和严重后果的。	☆☆☆
			院班子成员	会议集体研究	议事和决策实行民主集中制,在充分讨论的基础上,按照少数服从多数的原则形成决议或决定。			☆
37		执行监督	院班子成员、职能部门	执行决策	党办和院办抄告督办。			☆
			纪委办、审计科	监督检查	根据职责权限对决策执行情况进行监督检查。			☆
			全院相关科室	支付申请	相关科室根据经济事项预算编制、合同条款约定、工程进度等情况，重大经济事项需经集体决策，完善发票等必要附件，并依据《信丰县人民医院费用支出管理办法》按时提交付款申请。	90. 对经济业务的真实性、合法合规性负责，支付申请及时、内容准确。	98. 不得超预算、未按工程进度、项目合同等随意申请拨付资金。 99. 无正当理由延迟申请支付款项。	☆☆

序号	项目名称	权力类型	实施主体	运行流程	运行细则	责任事项	禁止性清单	风险等级
38	资金支付	申请审批	全院相关科室、财务科、相关人员	支付审批	相关科室提交申请后，交理财小组审批和会签。	91.应当严格按照法律法规、资金预算、经济合同和有关文件标准进行审核。		☆☆
			财务科	款项支付	对已通过审批的支出事项，统筹考虑资金安排，及时支付款项。			☆
39		执行监督	纪委办、审计科	监督检查	根据职责权限对预算执行、大额资金使用、工程建设等经济活动事项进行监督检查。			☆
备注： 1. 风险等级：☆☆低☆☆中☆☆☆高 2. 利害关系：在采购活动中，采购人员与供应商有下列利害关之一的应进行回避（1）参加采购活动前3年内与供应商存在劳动关系；（2）参加采购活动前3年内担任供应商的董事、监事；（3）参加采购活动前3年内是供应商的控股股东或者实际控制人；（4）与供应商的法定代表人或者负责人有夫妻、直系血亲、三代以内旁系血亲或者近姻亲关系；（5）与供应商有其他可能影响政府采购活动公平、公正进行的关系。 3. 新药是指医院基本用药供应目录外的品种，是因临床医疗急救、突发事件或特殊需要使用基本用药供应目录以外的首次购入的药品。一般药品是指在临床治疗过程中，不需要特殊的管制措施，广泛应用于疾病治疗、预防和诊断的药品。科室临时用药是指在临床诊疗过程中，科室因突发情况、特殊患者病情需要或新的治疗方案尝试等原因，临时申请使用的药品。医用设备是指单独或者组合使用于人体的仪器、设备、器具、材料或者其他物品；医用耗材是指在医疗服务过程中使用的一次性卫生材料、人体植入物和消毒后可重复使用且易损耗的医疗器械。 4. 遇有重大急救任务、突发公共卫生事件等紧急情况，以及需要紧急救治但缺乏必要药品、医用设备、医用耗材时，医疗机构可以不受供应目录及采购流程的限制。 5. 重大项目 and 一般项目，各单位结合实际，依据单位内部“三重一大”事项进行界定。 6. 此文件处于试行阶段，各部门可依据实际情况参照执行。在试行期间，若遇到任何问题，可随时联系反馈。医院将依据试行情况适时调整完善文件内容。								