

公立医院内部审计核心制度汇编

中国医院协会内部审计专业委员会

2025 年编制

前言

为深入贯彻落实国家审计署关于2025年“科学规范提升年”行动部署，积极响应提升内部审计工作规范化、科学化水平的时代要求，中国医院协会内部审计专业委员会于2025年8月正式立项，组织开展了“公立医院内部审计制度体系建设研究”专项课题。本课题旨在系统构建一套契合公立医院改革发展需要、符合审计专业规范、具备前瞻性和实操性的内部审计制度框架，以制度赋能医院内部审计高质量发展，助力医院提升治理效能、防范风险和实现战略目标。作为课题的核心成果，课题组起草编纂了本套《公立医院内部审计核心制度汇编》。现将相关情况说明如下：

一、研究背景

当前，我国公立医院改革发展步入深水区，面临高质量发展、精细化管理、深化医改及应对各类风险等多重任务。内部审计作为医院治理体系的关键环节和内部控制的重要防线，其制度的系统性、科学性与规范性直接关系到审计监督服务的质效。然而，实践中仍存在制度体系不健全、标准不一、衔接不畅等问题。基于此，内审专委会决定开展专项研究，旨在凝聚行业智慧，搭建一个相对统一、权威、可参考的核心制度框架，为各级各类公立医院建立健全自身内审

制度体系提供基础蓝本和方向指引，共同推动卫生健康行业内部审计工作的标准化、专业化建设。

二、形成过程

本汇编的制定，立足于服务公立医院内部审计实践需要，遵循“从实践中来，到实践中去”的原则，在系统梳理国家相关政策法规和审计准则的基础上，充分考虑了公立医院的业务特点与管理实际。研究过程中，广泛参考了行业内外相关经验，并重点征询了具有丰富医院审计实践经验的专家、学者以及一线审计负责人的意见和建议。经过多轮研讨、修改与整合，最终形成了本套以实用性、规范性为导向的核心制度汇编。

三、使用建议

本汇编收录了 11 项核心制度，构成了公立医院内部审计制度体系的主干框架。各制度既相对独立，又相互关联，共同服务于内部审计工作的全流程、各领域。在使用本汇编时，我们建议：

（一）结合实际予以转化。各医院应依据自身规模、管理体制、发展阶段及具体实际情况，以此汇编为重要参考，进行本地化、精细化的修订与补充，形成适合本院的、具有可操作性的实施细则。

（二）注重体系的衔接性。在制定或修订内部审计制度时，需注重与医院现有的章程、治理结构、内部控制、风险管理、财务管理和业务规章等制度的有效衔接与融合，确保审计工作嵌入医院治理与管理流程。

（三）强化宣贯与执行。制度建设的生命力在于执行。建议医院加强制度的宣贯培训，明确责任，强化监督检查，确保各项审计制度落到实处、发挥实效。

（四）保持动态优化完善。内部审计制度体系需与时俱进。建议医院关注国家政策法规及行业标准的最新变化，结合审计实践发现的新情况、新问题，定期评估制度适用性，并及时修订更新。

四、致谢

本制度汇编的成型，凝聚了集体的智慧与心血。衷心感谢中国医院协会内部审计专业委员会全体委员、各参与调研医院及审计同仁的大力协助！特别向所有在课题研究、制度起草、论证咨询过程中付出辛勤劳动、贡献专业智慧的专家学者、实务工作者致以最诚挚的谢意！同时，我们也期盼广大同行在使用过程中提出宝贵的意见和建议，以便未来进一步修订完善。

中国医院协会内部审计专业委员会

2025年11月30日

公立医院内部审计制度体系建设研究

课题组成员：（按姓氏笔画排序）：

于建丽	王芳	王玥	尹硕	卢宁
刘平	孙钰淇	张伟旋	张惟琬	陈洁
孟珂羽	胡怡茜	洪学智	聂胜男	黄新翔
谢晓晶	蔡巧			

目 录

XX 医院内部审计工作规定	1
XX 医院审计工作计划制定实施办法	9
XX 医院委托社会中介机构审计实施办法	18
XX 医院专项审计实施办法	25
XX 医院建设项目审计实施办法	36
XX 医院内部控制风险评估实施办法	47
XX 医院内部控制评价实施办法	56
XX 医院内部审计质量控制办法	64
XX 医院审计档案管理办法	83
XX 医院审计整改实施办法	90
XX 医院审计监督与纪检监督贯通协同管理办法	102
附录	110

XX 医院内部审计工作规定

第一章 总则

第一条 为加强医院内部审计工作，规范内部审计行为，提升内部审计工作质量，充分发挥内部审计作用，根据《中华人民共和国审计法》《中华人民共和国审计法实施条例》《审计署关于内部审计工作的规定》《卫生计生系统内部审计工作规定》《进一步加强卫生健康行业内部审计工作的若干意见》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本规定。

第二条 本规定所称内部审计，是指医院审计部门和审计人员对本单位实施的一种独立客观的监督、评价和咨询活动，通过运用系统规范的方法，审查和评价业务活动、内部控制和风险管理的适当性和有效性，以促进医院完善治理，提升管理水平和服务能力。

第三条 内部审计工作坚持党的领导。医院党组织、主要负责人直接领导审计工作，对医院内部审计工作的有效实施负责。

第四条 医院内部审计工作坚持全面覆盖、应审尽审；实事求是、客观公正；凡审必严、防微杜渐；促进管理、推动改革的工作原则。

第二章 审计部门和人员

第五条 医院根据国家编制管理相关规定和医院管理需要，建立健全审计部门，合理合规配备内部审计人员。

第六条 医院应积极完善内部审计体制机制，推动建立审计委员会，加强审计队伍和素质能力建设，充分发挥审计委员会牵头抓总、统筹协调作用。

第七条 医院应根据需求和能力科学设置总审计师及职责定位，协助医院党组织、主要负责人管理内部审计工作。总审计师不得同时分管可能影响审计独立性的工作。

第八条 医院审计部门负责人应具备中级以上相关专业技术职称或 5 年以上相关工作经验，其任免征求上级主管部门的意见。

第九条 医院审计人员应遵守职业道德，在实施内部审计业务时保持应有的谨慎；应具备必需的专业胜任能力，并参加后续教育及相关专业知识培训以保持和提高。

第十条 医院审计部门和内部审计人员应保持内部审计独立性和客观性，不参与和从事可能影响独立、客观履行审计职责的工作。

第十一条 医院审计部门和审计人员从事内部审计工作，应严格遵守有关法律法规、本规定和内部审计职业规范，忠于职守，做到独立、客观、公正、保密。不得歪曲事实、隐瞒问题，不得利用职权谋取私利。

第三章 内部审计职责和权限

第十二条 医院审计部门主要职责：

- (一) 制定工作办法和流程；
- (二) 编制年度工作计划；
- (三) 重大政策执行、事业发展目标完成情况审计；
- (四) 预算执行和财务收支审计；
- (五) 工程建设、采购、国有资产管理、合同管理及其他所有经济活动事项审计；
- (六) 领导干部经济责任审计；
- (七) 内部控制评价及风险管理审计；
- (八) 协助本单位主要负责人督促落实审计发现问题的整改工作；
- (九) 国家有关规定和本单位要求办理的其他事项。

第十三条 医院审计部门和审计人员主要权限：

- (一) 查阅经济活动相关资料及电子数据；
- (二) 参加或列席与重要经济活动有关的会议；
- (三) 对有关业务活动进行现场观察、调查和记录；
- (四) 向有关部门和个人开展调查和询问；
- (五) 对可能转移、隐匿、篡改、毁弃的货币资金、会计凭证、会计账簿、财务会计报告及与经济活动有关的资料，经医院主要负责人批准，予以暂时封存；
- (六) 对违法违规的行为及时予以揭示；

(七) 提出问题整改要求和管理改进建议。

第十四条 医院审计部门认真贯彻落实重大事项请示报告制度，内部审计发展规划、年度审计项目计划、审计报告等重大事项报党组织讨论决定。

第十五条 医院审计部门和审计人员发现本单位未及时处理严重违法违规问题、本单位负责人存在严重违法违规问题的，应及时向上级主管部门反映。

第四章 内部审计程序

第十六条 医院审计部门按照党委常委会审批后的年度审计工作计划实施。临时增加的专项审计工作按照规定程序审批后实施。

第十七条 医院审计部门根据审计业务的需要，除涉密项目外，可以委托具有相应资质的社会中介机构或专业人员协助开展内部审计工作。

第十八条 医院审计部门实施审计时应遵循内部审计准则及相关规定明确的程序，主要包括：组建审计工作组、制定审计方案、送达审计通知书、获取审计证据、编制审计工作底稿、沟通审计结果、出具审计报告等。

(一) 审计部门应根据年度审计计划确定的审计项目和时间安排，选派内部审计人员开展审计工作。

(二) 审计部门应编制项目审计方案，明确审计内容、审计时间、人员分工等内容。

(三) 审计部门应在实施审计前 3 日, 向被审计对象或被审计人员送达审计通知书。特殊审计业务的审计通知书可以在实施审计时送达。

(四) 审计人员应依据不同的审计事项及其审计目标, 获取不同种类的审计证据, 获取的审计证据应具备相关性、可靠性和充分性。

(五) 内部审计人员在审计工作中应编制审计工作底稿, 审计部门应建立审计工作底稿的分级复核机制, 明确规定各级复核人员的要求和责任。

(六) 审计部门应与被审计对象、医院相应管理层进行认真、充分地沟通, 听取其意见, 取得共识。

(七) 内部审计人员应在审计实施结束后, 以经过核实的审计证据为依据, 形成审计结论、意见和建议, 及时编制审计报告, 并征求被审计对象的意见。

第十九条 医院审计部门应建立健全审计档案管理制度, 并按照档案管理的有关规定妥善保管档案资料, 确保审计档案材料真实、完整、有效、规范。

第二十条 医院审计部门应制定并实施质量控制制度与程序, 通过督导、分级复核、质量评估等方式对审计部门质量和内部审计项目质量进行控制。

第二十一条 医院审计部门应加强社会中介机构参与审计项目的质量控制, 根据适当的标准对购买的社会审计服务

质量进行客观评价，合理利用外部审计成果，审计部门对采用的审计结果负责。

第二十二条 医院应加强内部审计信息化建设，探索建设集成化的内部审计信息系统，并与其他信息系统互联互通。推动运用现代信息技术，提高审计能力、质量和效率。

第五章 审计整改

第二十三条 医院主要负责人是审计整改的第一责任人。医院承担审计整改主体责任，对审计整改结果的真实性、完整性、合规性负责。

第二十四条 医院主要负责人组织单位领导班子集体研究部署审计整改工作，建立职责明确、分工合作的审计整改联席工作机制，明确整改任务与职责。业务直接主管领导负责主管范围内审计整改工作。

第二十五条 医院建立健全清单管理机制，根据审计发现问题清单，分解审计整改任务，落实整改责任，分步形成任务清单、整改清单。

第二十六条 医院建立健全整改长效机制，针对审计发现问题分类施策推动整改，按照立行立改、分阶段整改、持续整改等要求采取不同整改措施。

第二十七条 医院应在规定时间内逐项完成审计报告反映问题的整改落实，并按时报送审计整改报告。

第二十八条 医院审计部门应对审计整改工作进展、长

效机制建设等情况实施指导和跟踪检查。

第六章 审计结果运用

第二十九条 医院建立健全审计通报制度。审计结果及审计整改情况经主要负责人批准后在适当范围内通报。

第三十条 医院审计部门加强与内部纪检监察、巡视巡察、组织人事等其他内部监督力量的协作配合，建立信息共享、结果共用、重要事项共同实施、问题整改问责共同落实等工作机制，加强内部审计结果与其他监督结果的协同运用，增强监督合力。

第三十一条 医院建立健全审计结果运用机制，将审计结果及其整改落实情况作为开展以下工作的重要参考依据：

- （一）党风廉政建设；
- （二）审计事项相关责任人的年度考核、任免、奖惩；
- （三）有关政策规章和制度机制的完善。

第三十二条 医院建立健全责任追究机制，依法依规对相关责任人严肃问责并给予相应处分。

第七章 责任与追究

第三十三条 医院审计部门和审计人员如有下列情形，将责令改正并依法依规进行追责和处理：

- （一）隐瞒审计查出的问题或提供虚假审计报告的；
- （二）泄露国家秘密、工作秘密或商业秘密的；
- （三）滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的；

(四) 违反国家规定或单位内部规定的其他情形。

第三十四条 医院被审计对象和相关人员如有下列情形，将责令改正并依法依规进行追责和处理：

- (一) 拒绝接受或不配合内部审计工作的；
- (二) 拒绝、拖延提供与内部审计事项有关资料的；
- (三) 提供资料不真实、不完整的；
- (四) 拒绝执行审计部门理意见的；
- (五) 违反国家规定或单位内部规定的其他情形。

第三十五条 医院内部审计人员因履行职责受到打击、报复、陷害的，应及时采取保护措施，对相关责任人员进行处理；涉嫌犯罪的，移送有权机关依法处理。

第八章 附则

第三十六条 本规定由审计部门负责解释。

第三十七条 本规定自 20XX 年 XX 月 XX 日起/发布之日起施行，原《XX 规定》(XX〔XXXX〕XX 号)同时废止。

XX 医院审计工作计划制定实施办法

第一章 总则

第一条 为规范医院审计工作计划的管理，提高审计工作的科学性和效率，根据《中华人民共和国审计法》《审计署关于内部审计工作的规定》《卫生计生系统内部审计工作规定》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于医院年度审计计划、项目审计方案的制定、执行与调整。

第三条 本办法所称审计计划，是指审计部门和内部审计人员为完成审计业务，达到预期的审计目的，对审计工作或具体审计项目作出的安排。主要包括年度审计计划和项目审计方案。

第四条 审计工作计划的制定应遵循以下原则：

（一）坚持党的领导。坚持和加强党的全面领导，确保正确的政治方向。实现统一规划、统一管理，避免多头审计和重复审计。

（二）坚持围绕中心服务医院发展大局。内部审计工作要服务和保障医院的战略目标与核心任务。审计计划应结合医院的实际运行情况，为医院治理和风险防控提供重要支撑。

（三）坚持风险导向，推动审计全覆盖。审计计划应建

立在对组织风险进行评估的基础上有计划地开展，逐步实现审计全覆盖，重点关注高风险领域和关键控制环节。

（四）坚持聚焦主业，优化资源配置。根据审计项目的性质、复杂程度及时间要求，合理安排审计资源。

第二章 职责分工

第五条 医院领导办公会或党组（党委）会负责批准年度审计工作计划，加强对内部审计工作规划、年度审计计划等重要事项的管理。

第六条 审计部门作为审计工作计划的归口管理部门，负责起草和编制年度审计工作计划和项目审计方案。执行经批准的审计计划，并定期报告执行情况。审计部门负责人应定期检查审计计划的执行情况。

第七条 医院各职能部门、临床、医技科室应配合审计部门，提供制定审计工作计划所需的相关信息和资料。

第三章 审计工作计划的类型与内容

第八条 审计计划按期间分为年度审计计划和项目审计方案。

（一）年度审计计划：对年度审计任务所作的整体规划。内容应包括：

- 1.年度审计工作目标；
- 2.需要执行的具体审计项目及其类别（如制度修订；项目开展：财务收支审计、经济责任审计、基建修缮工程审计、

专项审计；风险评估、内部控制评价、人才培养、继续教育、其他等）；

3.各审计项目的审计目标、范围、主要内容、重点领域；

4.各审计项目的时间安排和资源分配（包括人员、经费等）；

5.后续审计安排；

6.其他有关事项。

（二）项目审计方案：对具体审计项目实施的全过程安排。内容应包括：

1.审计项目名称；

2.审计目标与范围；

3.审计内容、重点及方法；

4.审计组成员及分工；

5.审计时间进度安排；

6.审计经费预算；

7.其他具体要求。

第九条 年度审计计划应确保在一定周期内实现对本院重要业务活动和关键部门负责人的审计全覆盖。

第四章 审计工作计划的制定流程

第十条 审计部门在编制年度审计计划前，应重点调查了解以下情况，以评估具体审计项目的风险：

（一）组织的战略目标、年度目标及业务活动重点；

(二) 对相关业务活动有重大影响的法律、法规、政策、计划和合同;

(三) 相关内部控制的有效性和风险管理水平;

(四) 相关业务活动的复杂性及其近期变化;

(五) 相关人员的能力及其岗位的近期变动;

(六) 其他与项目有关的重要情况。

第十一条 审计项目负责人在编制项目审计方案前, 应了解被审计单位的下列情况, 作为编制依据:

(一) 业务活动概况;

(二) 内部控制、风险管理体系的设计及运行情况;

(三) 财务、会计资料;

(四) 重要的合同、协议及会议记录;

(五) 上次审计结论、建议及后续审计情况;

(六) 上次外部审计的审计意见;

(七) 其他与项目审计方案有关的重要情况。

第十二条 年度审计计划由审计部门负责人编制, 报经医院主要负责人或主管院领导审核, 报院长办公会或党组(党委)会批准后实施。

项目审计方案由审计项目负责人编制, 报经审计部门负责人批准。

第五章 审计工作计划的调整

第十三条 在审计计划执行过程中, 如有必要, 应按照

规定的程序对审计计划进行调整。例如，医院年度工作目标或战略部署发生重大变化，或上级主管部门交办新的重要审计任务等。

第十四条 审计计划的调整，由审计部门提出书面申请，说明调整原因及调整方案，按照原审批程序报请批准后执行。

第六章 审计档案管理

第十五条 审计部门应按照相关档案管理要求，及时对审计计划相关文件进行收集、整理、立卷和归档，确保档案的完整、安全和有效利用。

第七章 附则

第十六条 本办法由审计部门负责解释。

第十七条 本办法自 20XX 年 XX 月 XX 日起/发布之日起施行，原《XX 办法》（XX〔XXXX〕XX 号）同时废止。

附件：《XX 医院 XX 年度审计工作计划》（供参考）

附件

XX 医院 XX 年度审计工作计划

(供参考)

为深入贯彻落实国家卫生健康政策及医院 XX 年度工作部署，切实履行内部审计职责，提升医院治理水平和风险防控能力，根据《中华人民共和国审计法》《审计署关于内部审计工作的规定》及《卫生计生系统内部审计工作规定》等规定，结合医院年度工作重点与风险评估结果，制定本年度审计工作计划。

一、年度审计工作目标

本年度内部审计工作旨在紧紧围绕医院改革发展中心任务，依法独立行使审计监督权。通过系统、规范的审计活动，严肃财经纪律，规范经济行为，提高资源使用效益，强化干部经济责任履行，推进内部控制体系建设与完善，为医院稳健运营和高质量发展提供坚实保障。

二、具体审计项目安排

(根据实际情况补充时间分配和资源分配(包括人员、经费等))

本年度计划开展以下各类审计项目，确保审计工作点面结合，重点突出：

(一) 预算执行及财务收支审计

检查预算编制的科学性、执行的严肃性，分析预算执行差异，提出改进建议。对医院年度财务报表的真实性、完整性及合规性进行审计，确保会计信息质量。

（二）经济责任审计

根据医院组织人事部门委托，计划对 XX 科室负责人开展任期经济责任审计,对其任期内重大经济决策、国有资产管理、预算执行、廉洁自律等情况进行全面审计,重点关注其职责范围内经济活动的真实性、合法性和效益性。

（三）专项审计与审计调查

1.大型医用设备绩效审计：选取大型医用设备，对其立项决策、采购成本、使用效率、运营维护及社会经济效益进行综合审计与评价，促进设备资源优化配置与高效利用。

2.高值医用耗材管理专项审计：针对采购、仓储、领用、结算等环节，审查内控有效性及管理效益，揭示风险。

3.合同管理专项审计：对医院经济合同的订立、履行、变更及终止等全过程进行审计，检查合同内容的合法性、程序的规范性及管理的有效性，防范合同风险。

4.采购业务专项审计：针对药品、耗材、设备及后勤物资等的采购流程进行全链条审计，重点关注采购计划的合理性、审批授权的合规性、招标程序的规范性以及供应商管理的科学性。

5.科研经费管理专项审计调查：选取部分在研或结题项目，检查经费使用的合规性、真实性与效益性，促进科研经费规范管理。

6.信息系统专项审计调查：评估核心业务系统（如 HIS、ERP）的访问控制、数据安全与备份恢复机制的健全性与有效性。

7.基建修缮工程项目跟踪与结算审计：对“XX 工程项目”进行全过程跟踪审计，对“XX 维修工程”等项目进行结算审计，控制工程成本，规范工程管理。

（四）风险评估及内部控制评价

组织开展医院年度风险评估工作。通过访谈、问卷、数据分析等方式，系统识别和评估医院在财务、业务（如医疗、采购、科研）和外部环境等方面面临的重要风险。对医院层面及业务流程（如采购、资产、合同管理）的内部控制设计及运行有效性进行评价，识别管理漏洞，提出优化建议。

（五）后续审计

对上年度审计发现的“XX 问题”及“XX 问题”的整改落实情况开展后续审计，监督审计建议的采纳与执行，确保审计成效落地。

三、保障措施

（一）加强组织领导：坚持党对审计工作的集中统一领导，重大事项及时向医院党委报告，确保审计方向正确。

(二) 依法文明审计：严格遵守审计职业道德和审计准则，规范审计行为，保证审计过程独立、客观、公正。

(三) 强化沟通协作：加强内部审计与纪检、财务、人事等部门的联动协作，形成监督合力，提升整体监督效能。

(四) 运用科技强审：积极推广运用审计软件与数据分析技术，提高审计发现问题的深度、精度和效率。

本计划经医院院长办公会或党组（党委）会批准后执行。执行过程中，如因工作需要确需调整，将按规定程序报批。

审计部门

20XX年XX月XX日

XX 医院委托社会中介机构审计实施办法

第一章 总则

第一条 为规范医院委托社会中介机构审计业务，贯彻公开、公正、公平原则，提高审计质量和效率，维护医院利益，根据《中华人民共和国审计法》《卫生计生系统内部审计工作规定》《第 2309 号内部审计具体准则—内部审计业务外包管理》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称委托社会中介机构审计业务，是指医院审计部门将审计业务委托给医院外部具有一定资质的中介机构进行审计的行为。

第三条 本办法所称中介机构，是指国家批准成立的、依法独立承办审计业务、咨询业务，具有独立法人资格的组织，包括会计师事务所、工程造价公司、咨询公司等专业机构。

第二章 一般原则

第四条 除涉密事项外，审计部门可以根据具体情况，考虑下列因素，对内部审计业务实施委托：

- (一) 审计部门现有的资源无法满足工作目标要求；
- (二) 内部审计人员缺乏特定的专业知识或技能；

(三) 聘请中介机构符合成本效益原则;

(四) 其他因素。

第五条 审计部门需要将内部审计业务委托给中介机构实施的, 应确定委托的具体项目, 并经过组织批准。

第六条 审计部门应对中介机构开展的审计业务进行指导、监督、检查和评价, 并对采用的审计结果负责。

第三章 选择中介机构

第七条 审计部门选择中介机构时, 应重点考虑以下条件:

(一) 依法设立, 合法经营, 无违法、违规记录;

(二) 具备国家承认的相应专业资质;

(三) 从业人员具备相应的专业胜任能力;

(四) 拥有良好的职业声誉。

第八条 审计部门可以根据审计项目需要和实际情况, 提出对选择中介机构的具体要求。相关部门按照医院采购管理办法组织采购, 确定实施审计项目的中介机构。

第四章 签订审计业务合同 (业务约定书)

第九条 按照医院合同管理的权限和程序, 审计部门可以负责起草或参与起草审计业务合同 (业务约定书), 正式签订前应将合同文本提交医院的法律部门审查, 或征求法律顾问或律师的意见, 以规避其中的法律风险。

第十条 医院与中介机构签订书面的审计业务合同 (业

务约定书），主要内容应包括：

- （一）工作目标；
- （二）工作内容；
- （三）工作质量要求；
- （四）成果形式和提交时间；
- （五）报酬及支付方式；
- （六）双方的权利与义务；
- （七）违约责任和争议解决方式；
- （八）保密事项；
- （九）双方的签字盖章。

第十一条 如业务委托过程中涉及主合同之外其他特殊权利义务的，医院可以与中介机构签订单独的补充协议进行约定。

第十二条 审计部门应按照医院合同管理有关规定，严格履行审计业务合同（业务约定书）的审批程序。

第五章 审计业务实施

第十三条 中介机构派出项目审计组，实行项目主审负责制，指定项目主审，项目主审及成员须具备相应资质。

第十四条 中介机构制定项目审计方案，明确审计目标、审计范围、审计内容、审计程序及方法，开展审计工作。

第十五条 审计过程中，审计部门定期或不定期听取中介机构工作汇报、询问了解审计项目实施情况、帮助解决工

作中遇到的问题等，确保中介机构业务实施过程的顺利。

第十六条 中介机构审计完成后，向审计部门提交审计报告，同时提交审计工作底稿等审计证据材料复印件及相关电子文件。

第十七条 审计部门将审计报告等审计结果报送分管领导，送达被审计部门和相关部门。被审计部门在规定时间内对审计报告提出的问题进行整改落实，并在收到审计报告之日起按照审计整改管理办法的要求将整改结果书面报告送交审计部门。

第十八条 开展经济责任审计时，不得将项目整体委托中介机构独立实施；中介机构人员不得担任审计组组长，不得独立开展外部调查或承担现场廉政监督、经费管理、涉密资料保管等工作。

第六章 委托审计项目的质量控制

第十九条 在审计实施过程中，审计部门应着重监控下列工作环节：

（一）项目审计方案，审计部门应充分参与、了解中介机构编制的项目审计方案的详细内容，确保项目审计方案的科学性，重点关注审计人员分工和时间安排是否合理、审计重点、拟采用的审计程序和方法是否恰当等内容；

（二）审计人员履职情况，核查中介机构审计人员的到位和履职情况，对不胜任的人员向中介机构提出更换意见；

（三）审计工作程序，督促检查中介机构是否严格按照内部审计准则要求、合同约定内容和项目审计方案开展审计，重点检查事实是否清晰、取证是否充分，对于事实不清、取证不充分的，应要求中介机构完善审计程序；

（四）审计结果质量，对中介机构提交的审计结果进行抽查或审核，重点审核定性是否准确、结论是否正确，对于定性不准确、结论有偏差的，应提出审核意见，要求中介机构予以纠正；

（五）及时召开业务会，研究过程监管和质量监控中的问题，审核中介机构修正后的审计结果，审计结果应经审计部门审核后，方能送交相关部门进行后续审计流程；

（六）审核审计报告，审计部门应对中介机构提交的审计报告初稿进行复核并提出意见，确保审计报告的质量；

（七）审计工作档案，督促中介机构及时提交审计项目档案，并对中介机构完成审计项目情况进行总体验收，确认项目完成、质量合格，正式审计结果（含电子版）和相关审计资料已移交完毕。

第二十条 中介机构未能全面有效履行审计业务合同（业务约定书）规定的义务，有下列情形之一的，审计部门可以终止合同，拒付或酌情扣减审计费用：

（一）未按合同的要求实施审计，随意简化审计程序；

（二）审计程序不规范，审计报告严重失实，审计结论

不准确，且拒绝进行重新审计或纠正；

（三）存在应披露而未披露的重大事项等重大错漏；

（四）违反职业道德，弄虚作假、串通作弊、泄露被审计单位秘密；

（五）擅自将受托审计业务委托给第三方；

（六）其他损害委托方或被审计单位的行为。

第七章 评价中介机构的工作质量

第二十一条 审计部门可以针对具体的审计项目对中介机构的工作质量进行评价，也可以针对中介机构一定时期的工作质量进行总体评价。

第二十二条 审计部门对中介机构工作质量的评价，一般包括：

（一）履行审计业务合同（业务约定书）情况；

（二）审计人员配备和到位情况；

（三）审计项目的质量；

（四）审计档案移交的及时性和完整性；

（五）专业胜任能力和职业道德遵守情况；

（六）其他方面。

第二十三条 审计部门可以采用定性、定量或定性定量相结合的方式对中介机构的工作质量进行评价。

第二十四条 审计部门要严明纪律，明确责任，加强审计质量控制和评价，不得出现以权谋私和舞弊作假行为，否

则提请有关部门追究其行政责任。对严重违法违纪，涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究其刑事责任。

第八章 附则

第二十五条 本办法由审计部门负责解释。

第二十六条 本办法自发布之日起施行。此前医院发布的有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

XX 医院专项审计实施办法

第一章 总则

第一条 为规范本单位专项审计工作，提高审计质量，防范运营风险，根据《审计署关于内部审计工作的规定》《卫生计生系统内部审计工作规定》《进一步加强卫生健康行业内部审计工作的若干意见》《卫生健康行业内部审计基本指引（试行）》《中国内部审计协会内部审计具体准则》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称专项审计，是指医院审计部门依据工作职责和权限，对医院经济运行活动中关键业务和重点环节开展的审计项目，包括但不限于设备绩效审计、药品耗材审计、采购管理审计、合同管理审计、科研管理审计、后勤服务审计、信息化项目审计、专项资金审计及其他专项审计。

第三条 专项审计工作应严格遵守有关法律法规和内部审计职业规范，忠于职守，遵循独立、客观、公正、保密原则，采用系统化、规范化的方法，以事实为依据，以法律法规和制度为准绳，促进单位完善治理、提升价值和实现目标。

第二章 职责分工

第四条 审计部门是专项审计工作的组织实施部门。

（一）将专项审计纳入年度审计计划。

- (二) 成立审计组，实施审计程序。
- (三) 编制审计工作底稿，出具审计报告。
- (四) 督促检查审计发现问题的整改落实。
- (五) 归档专项审计档案。

第五条 被审计对象应按要求提供真实、完整的资料和数据，并对所提供的资料做出书面承诺。

积极配合审计组开展工作，及时提供审计资料。

对审计发现的问题按时进行整改，并书面反馈整改结果。

第三章 工作流程与要求

第六条 专项审计工作流程主要包括审计准备、审计实施、审计报告和审计整改四个阶段。

第七条 审计准备

(一) 纳入年度计划。专项审计项目原则上实行计划管理。审计部门应围绕医院年度工作重点确定专项审计项目，纳入年度审计计划，并报请本单位党委（党组）及单位主要负责人批准后实施。临时增加的专项审计项目按照程序审批后实施。

(二) 组建审计组。科学配置审计力量，确定组长、主审及成员。

审计项目实行组长负责制。

审计人员与被审计对象或被审计事项存在应回避情形的，应主动回避。

除涉密事项外，审计部门可以根据工作需要向社会中介机构购买审计服务或聘请外部专家参与。

（三）开展审前调查。收集项目资料，评估工作量，统筹审计资源，评估风险水平。根据实际情况调查了解审计项目情况，为编制审计实施方案作准备。审计组组长应组织审计组成员根据调查了解到的被审计项目情况，评估其存在重大问题的可能性，确定审计的应对措施。

（四）编制审计实施方案。应包括：被审计单位、项目的名称；审计目标和范围；审计内容和重点；审计程序和方法；审计组成员的组成及分工；审计起止日期；对专家和外部审计工作结果的利用；其他有关内容。

审计实施方案需经审计部门负责人批准后实施。审计过程中，如需对审计实施方案明确的事项作出调整的，应报审计部门负责人审批。

第八条 审计实施

（一）送达审计通知书。审计通知书应包括：审计项目名称；被审计部门名称或被审计人员姓名；审计依据、审计范围和审计起止时间；需要被审计部门或被审计人员提供的资料以及其他必要的协助要求；审计组组长及其他成员名单；审计部门的印章和签发日期。

审计部门实施审计项目应根据批准的年度审计计划和其他授权或委托文件编制审计通知书，在实施审计3日前送

达被审计部门或被审计人员。遇有特殊情况，审计部门经单位主要负责人批准，可以直接持审计通知书实施审计。审计通知书必要时可以抄送单位内部有关部门。

（二）召开审计进点会。审计项目可根据实施需要，由审计分管领导或审计部门负责人主持召开审计进点会，主要内容包括：审计组介绍审计的依据、范围、内容和程序，提出审计纪律要求，明确被审计部门或被审计人员配合审计工作的责任；被审计部门相关人员介绍与审计事项有关的情况，作出提供审计所需资料（含电子数据）真实性、完整性的承诺。

（三）获取审计证据。审计证据主要包括：书面证据；实物证据；视听证据；电子数据；口头证据；环境证据。

按照审计方案明确的审计分工，依据规定的职责、权限和程序，根据不同的审计事项及其审计目标，获取不同种类的审计证据。

审计证据应具备相关性、可靠性和充分性。相关性，即审计证据与审计事项及其具体审计目标之间具有实质性联系。可靠性，即审计证据合法、真实可信。充分性，即审计证据足以支持审计结论、意见和建议。

依据项目特点和审计目标综合运用恰当的审计方法，包括：审核；观察；监盘；访谈；调查；函证；计算；分析程序，来发现审计线索，获取审计证据。

按照规定的权限和程序获取审计证据，并应准确、完整记录审计证据的名称、来源、内容、获取时间等信息。

向有关单位和个人调查取得的证明材料，应取得提供者的签名、盖章确认，确实无法取得的，内部审计人员应注明原因并签名确认。

审计事项比较复杂或取得的审计证据数量较大的，可以对审计证据进行汇总分析，编制审计取证单，由证据提供者签名、盖章。

审计发现的问题应如实取证，不得隐瞒。在审计工作中发现重大的问题线索，应及时按程序向单位党组织、主要负责人请示报告。

（四）编制审计工作底稿。审计工作底稿应内容完整、记录清晰、结论明确，客观地反映项目审计方案的编制及实施情况，以及与形成审计结论、意见和建议有关的所有重要事项。主要包括下列要素：

- 1.被审计部门名称；
- 2.审计事项；
- 3.期间或截止日期；
- 4.审计程序的执行过程以及结果记录；
- 5.审计结论、意见以及建议；
- 6.审计人员姓名和审计日期；
- 7.复核人员姓名、复核日期和复核意见。

底稿内容需客观地反映实施情况，以及与形成审计结论、意见和建议有关的所有重要事项。

应对审计实施方案确定的审计事项，逐一编制审计工作底稿，记录实施审计的步骤和方法、取得审计证据的名称和来源、审计认定的事实及审计结论等内容。一个审计事项可以根据需要编制多份审计工作底稿，做到一事一稿或一事多稿。

应对审计取证记录进行分析和归纳，按照与审计事项的相关程度进行分类、排序，附在相应的审计工作底稿之后；不能附在审计工作底稿之后的视听资料和电子数据资料等，应注明制作方法、制作时间、制作人和电子数据资料的运行环境、系统以及存放地点、存放方式等。必要时，电子数据资料能够转换成书面材料的，应将其转换成书面材料。

审计取证记录反映的情况应足以支持审计工作底稿的审计结论。

审计工作底稿应按照审计实施方案所列审计事项对应的顺序统一编号，作为审计工作底稿的索引号。相关审计工作底稿之间如存在勾稽关系，应予以清晰反映，相互引用时应交叉注明索引编号。

在编制每一审计事项审计工作底稿的基础上，审计组应编制审计工作底稿汇总表，反映审计报告所列事项与审计工作底稿的对应关系。

审计工作底稿应由审计组组长进行复核。如发现审计工作底稿存在问题，应在复核意见中加以说明，并要求相关人员补充或修改。

（五）沟通审计结果。在审计实施过程中，审计部门与被审计对象就审计概括、审计依据、审计发现、审计结论、审计意见和审计建议进行讨论与交流，以提高审计结果的客观性、公正性。

结果沟通一般采用书面或口头方式。

第九条 审计报告

（一）审计报告阶段主要工作包括：编制审计报告、征求意见、审核与审议审计报告、出具审计报告。

（二）编制审计报告。审计报告应内容完整、事实清楚、结论正确、用词恰当、格式规范。审计报告主要包括下列要素：标题；收件人；正文；附件；签章；报告日期；其他。

审计报告正文主要包括下列内容：

1. 审计概况，包括立项依据、背景介绍、整改情况、审计目标与范围、审计内容和重点等；

2. 审计依据，即实施审计所依据的相关法律法规、内部审计准则、组织内部规章制度等规定。；

3. 审计结论与发现，即对被审计部门的业务活动、内部控制、风险管理等实施审计过程中所发现的主要问题的事实、问题定性、问题的原因、后果或影响（定性和定量）；

4. 审计意见与建议，即针对审计发现的主要问题提出处理意见。并基于分析原因和影响的基础上，提出改进业务活动、内部控制、风险管理等有价值的建议。

（三）征集意见。审计组组长应召集审计组成员对编制的审计报告进行讨论研究，报经审计部门负责人审核后，形成审计报告征求意见稿，书面征求被审计部门或被审计人员的意见。

被审计部门或被审计人员自收到审计征求意见稿之日起 10 日内，可以向审计组提出书面意见；逾期未提出书面意见的，视为无异议。

（四）审核与审议审计报告。被审计部门或被审计人员提出书面意见的，审计组应进行研究和核实，出具采纳情况说明，并对审计报告进行必要的修改或补充，连同该书面意见一并提交审计部门。

审计部门应对审计组提交的审计报告以及相关审计事项进行复核、审理。有条件的可以在审计部门内部进行交叉复核。

对涉及重大事项、重大问题、与被审计部门或被审计人员存在较大分歧的，审计部门可以提请单位主要负责人召开专项会议进行审议。

审计工作报告需经本单位党组织讨论决定。

（五）出具审计报告。审计部门应将经过复核、审理或审议的审计报告报请单位主要负责人审批签发。

经审定的审计报告按规范格式成文后以审计部门名义出具，发送被审计部门，呈报单位主要负责人或单位决策机构，并视情况抄送单位相关部门。

已经出具的审计报告如果存在重要错误或遗漏，审计部门应及时更正，并将更正后的审计报告提交给原审计报告接收者。

对审计发现的不宜在审计报告中反映的重要事项或本单位存在的苗头性、普遍性、倾向性问题，审计部门可以以审计信息、审计建议等形式向单位主要负责人或单位决策机构报告。

对审计发现的重大违纪违法问题线索，移送有权机关依法处理。

第十条 审计整改

（一）单位应按照审计整改制度要求，明确被审计部门主要负责人为审计整改的第一责任人，促进审计发现的问题全面整改。

（二）审计组要承担审计整改的督促检查责任。审计报告送达被审计部门后，应跟踪检查被审计部门所采取的整改措施，并督促被审计部门在规定的时限内报送审计整改结果。

对立行立改类问题，审计部门应提出具体、可操作的整改要求，整改时限一般为审计报告送达之日起 60 日内；对分阶段整改类问题，应要求被审计部门明确各阶段具体目标任务、完成时间节点，整改时限原则上为审计报告送达之日起 1 年内；对持续整改类问题，应要求被审计部门制定整改时间表、路线图，并严格审核把关整改方案和整改措施，结合实际确定具体整改时限，原则上最长为审计报告送达之日起 5 年内完成整改。

（三）被审计部门报送的整改结果内容应包括对审计发现问题采取整改措施的情况，未整改或未全面整改的事项、原因及下一步整改计划等。

（四）审计部门要建立内部审计发现问题清单，实行台账管理，逐项销号。对于被审计部门未整改或未全面整改的事项，审计部门负责人应充分听取被审计部门意见，了解情况，分析原因，可以整改的应督促及时整改。对被审计部门不能整改的，应要求其作出书面说明，并向单位主要负责人或单位决策机构报告。

（五）审计部门每年应将被审计部门整改情况汇总向单位主要负责人或单位决策机构报告。

（六）整改情况应作为考核、任免、奖惩干部和相关决策的重要依据。

第十一条 审计部门应按照单位内部审计项目档案管理制度，确定档案管理人员，做好专项审计档案收集、整理、保管、利用、移交、销毁等管理工作。

第十二条 单位应按照内部审计质量控制制度要求，将专项审计质量控制贯穿内部审计业务工作全过程、各环节。

第四章 附则

第十三条 本办法由审计部门负责解释。

第十四条 本办法自 20XX 年 XX 月 XX 日起/发布之日起施行，原《XX 办法》（XX〔XXXX〕XX 号）同时废止。

XX 医院建设项目审计实施办法

第一章 总则

第一条 为加强对医院建设项目的监督与管理，提高建设资金的使用效益，规范建设项目审计工作，保证建设项目审计质量，完善内部控制，根据《卫生计生系统内部审计工作规定》《基本建设财务规则》《建设工程价款结算暂行办法》《XX 医院内部审计工作规定》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称建设项目，是指医院使用财政资金、自有资金等作为投资主体或建设主体，在自有土地或新征用地上新建、改扩建、迁建、修缮等各类工程项目。

第三条 本办法所称建设项目审计，是指医院审计部门依据有关法律及政策规定，对医院建设项目管理活动的合法性、合规性、适当性和有效性进行监督、咨询、确认和评价活动。

第二章 部门职责

第四条 建设项目审计由审计部门负责组织实施，医院工程管理部门（各医院根据自身组织架构填写部门名称）及相关部门、单位应积极配合。

第五条 审计部门负责建设项目审计工作，具体职责包括：

- （一）负责医院建设项目审计制度建设。
- （二）根据工程管理部门建设项目实施与送审计划，结合医院实际情况制定医院年度建设项目审计计划。
- （三）督促工程管理部门按计划送审建设项目资料。
- （四）开展建设项目审计工作，对审计结果负责；
- （五）督促工程管理部门及相关单位落实审计整改；
- （六）对建设项目审计过程中形成的资料、成果进行归档；
- （七）医院交办的其他相关工作。

第六条 医院工程管理部门负责建设项目的实施和管理，配合开展建设项目审计工作，具体职责包括：

- （一）负责编制建设项目实施与送审计划。
- （二）负责按要求提供审计所需的资料，并对资料的及时性、真实性、完整性负责。
- （三）负责组织编制或审核需送审的概算、招标控制价（施工预算）、竣工结算等造价资料。
- （四）支持和配合审计工作。
- （五）负责落实审计整改。
- （六）医院交办的其他相关工作。

第七条 审计部门可以根据工作需要，委托社会中介机构开展建设项目审计，社会中介机构应执行国家有关规定，遵守审计工作纪律，接受审计部门的管理和监督。

第三章 审计内容

第八条 审计部门应遵照国家及属地管理要求，结合医院实际，可选择建设项目全部过程开展全面审计，也可选择部分阶段、重要环节、重点内容等开展专项审计。

第九条 建设项目全面审计是指审计部门采用全过程跟踪审计的方式，对建设项目前期决策、勘察设计、招标投标、合同签订、施工管理、竣工结算、竣工财务决算等环节的合规性、适当性、有效性实施独立、客观的监督、评价和建议。需开展全面审计的建设项目包括：

- （一）经医院审批立项的总投资在 XX 万元及以上的建设项目；
- （二）施工周期 XX 年/月以上的建设项目；
- （三）医院党委常委会或院长办公会审议列为重点监督的建设项目。

第十条 建设项目前期决策审计重点关注内容：

- （一）项目立项决策程序是否合规，决策过程是否形成完整的书面记录。

(二)项目建议书、可行性研究报告编制依据是否充分，内容是否完整，资料来源是否真实，是否经过医院内部充分研究、讨论。

(三)建设规模测算、投资估算是否合理，资金来源是否明确，投资估算编制是否满足项目建议书批复意见。

(四)建设项目是否取得行政许可文件，办理程序是否合规，是否存在办理进度缓慢导致项目不能按计划投入使用等情况。

第十一条 建设项目勘察设计审计重点关注内容：

(一)设计方案编制依据、资料来源、内容是否充分、合规，要素及内容是否完整，是否符合可行性研究报告或项目申请报告所确定标准和规模，医疗专项设计是否符合相关规定。

(二)施工图设计文件是否完整、规范、准确，施工图预算编制依据是否充分、内容是否完整，是否严格按照核定的投资概算实行限额设计。

(三)报经批准的初步设计方案和概算是否符合经批准的可行性研究报告及估算。

第十二条 建设项目招标投标审计重点关注内容：

(一)招标方式、范围是否合规；招标文件内容是否符合《中华人民共和国招标投标法》第十九条等规定；是否存

在将依法须进行招标的项目化整为零或以其他任何方式规避招标的行为。

(二) 招标工程量清单项目及特征描述是否完整、准确, 是否存在漏项; 工程计量是否准确, 是否存在多算、漏算、错算等情况; 招标控制价定额子目套用是否正确, 各项费率计取、主要材料价格取定是否合规, 暂列金额、暂估价测算是否合理, 是否在批复的设计概算范围内。

(三) 开标、评标程序是否合规, 是否存在招标人非法限制投标人竞争、招标事项涉嫌串通等情况; 是否未按照招标文件规定的标准进行评审; 是否违法进行实质性谈判; 是否未按规定确定中标人; 是否在规定渠道公开发布中标结果。

第十三条 建设项目合同签订审计重点关注内容:

合同要素是否齐全, 是否按照采购文件、中标通知书等确定的事项签订合同; 是否履行相关审核审批、授权委托手续; 履约保证金、质量保证金收取和退还是否合规, 收取比例是否符合国家及属地规定。

第十四条 建设项目施工管理审计重点关注内容:

(一) 工程预付款、进度款支付是否符合申报程序, 所报进度是否与实际完成工程进度相符, 预付款是否按照合同约定进行抵扣。

(二) 工程变更、签证办理是否及时、合理, 内容是否真实、完整、准确; 是否履行审核审批程序, 是否存在工程

管理部门、监理单位未出具审核意见、重复计算不同施工单位签证内容和工作量等情况；施工单位是否按照审批后变更、签证等要求施工；合同变更是否履行审核审批程序。

（三）材料设备验收程序是否合规，是否按照合同约定的品种、规格、数量、质量标准、交货时间等交付使用。

（四）隐蔽工程施工是否与施工图、设计变更、施工规范等内容一致；验收程序是否合规，是否存在先隐蔽后通知等情况；隐蔽材料的质量检测资料是否齐全；是否存在偷工减料、以次充好、替换材质等情况。

（五）工程索赔程序是否合规，索赔理由和索赔证据是否充分，索赔费用的计算是否准确。

（六）竣工验收程序是否合规，验收资料是否齐全，竣工档案是否完整、规范，是否在建设部门备案并取得备案文件；竣工试运行期间发现的问题是否整改。

第十五条 建设项目竣工结算审计重点关注内容：

（一）竣工结算资料是否真实、完整、规范，工程结算编制依据是否充分。

（二）工程量计算是否符合计量规范，是否准确。

（三）工程造价是否准确，各项费率、税金是否按规范计取。

（四）工程变更、签证、索赔费用、奖励及违约费用的计算是否正确，材料价差调整依据是否充分。

(五) 合同涉及工程质量、工期、安全文明施工奖罚等内容是否执行到位。

第十六条 建设项目竣工财务决算审计重点关注内容:

(一) 竣工财务决算报表是否真实、完整, 编制依据是否充分, 是否按规定时间编制。

(二) 项目费用核算是否合规、准确, 是否按合同约定或经审核确定的金额支付。

(三) 待摊投资归类是否正确, 分摊是否准确合理。

(四) 是否存在超概算、擅自提高建设标准和扩大建设规模、挤占或虚列工程成本等情况, 是否履行变更审批程序。

第十七条 建设项目专项审计是指审计部门选取建设项目的部分阶段、重要环节、重点内容等开展审计, 一般包括建设项目投资立项审计、招标投标审计、施工管理审计、工程造价审计、财务付款及决算审计或医院要求开展的其他建设项目专项审计。

第四章 审计实施

第十八条 审计计划阶段。

审计部门根据工程管理部门报送的建设项目实施与送审计划, 结合医院发展和重点工作安排, 制定建设项目审计年度工作计划, 报医院相关流程审批后实施。

第十九条 审计准备阶段

(一) 实行全面审计的建设项目，工程管理部门应在项目立项阶段，联系审计部门提供相关资料。

(二) 实施专项审计的建设项目，工程管理部门应在项目建设相应环节开始实施后，联系审计部门提供相关资料。

第二十条 审计实施阶段

(一) 审计人员按照相关文件规定审核送审资料，通过资料审核、现场查验、工程量核算、市场询价、分析性复核等审计方法，形成初步审计结果。

(二) 审计人员根据初步审计结果，书面征求工程管理部门、采购管理部门、合同管理部门、财务部门、设计单位、施工单位等相关单位意见，根据反馈意见完善审计报告。

第二十一条 审计完成阶段

(一) 审计部门按医院相关程序完成建设项目审计，出具正式审计报告。

(二) 审计部门负责将建设项目审计有关资料按档案管理规定收集、整理和归档。

第二十二条 审计整改阶段

(一) 工程管理部门及相关单位应根据审计意见和建议积极进行整改，及时提交整改报告材料。

(二) 审计部门对整改落实情况实行跟踪检查，督促相关被审计单位完成审计整改。

第五章 建设项目委托审计

第二十三条 审计部门负责医院建设项目审计业务委托的组织实施，按照法律法规和医院相关采购管理办法，确定实施委托审计的社会中介机构，并对社会中介机构开展的受托业务进行指导、监督、检查和评价。

第二十四条 建设项目委托审计业务包括：

（一）全过程跟踪审计。项目总概算在 XX 万元（含）以上的工程项目（含新建、改扩建、修缮等项目），或实施周期 XX 年（含）及以上的重要工程项目，需委托社会中介机构实施全过程跟踪审计。

（二）预算/招标控制价审计。预算金额在 XX 万元（含）以上的建设项目（含新建、改扩建、修缮等项目），需委托社会中介机构实施预算/招标控制价审计。

（三）竣工结算审计。竣工结算送审金额在 XX 万元（含）以上的建设项目（含新建、改扩建、修缮等项目），经医院内部审计后，需委托社会中介机构实施竣工结算审计。

（四）其他需委托第三方审计机构开展的建设项目相关专项审计。

第二十五条 委托审计费用。

（一）委托审计费用按照 XX 省有关工程造价咨询服务的文件规定计算，具体以审计部门和社会中介机构经采购与招标程序签订的委托咨询合同为准。

(二) 竣工结算审计费中涉及施工单位承担审计费的规定、承诺、具体分摊比例等的，应在建设项目招标文件和施工合同中载明相关细则。

第二十六条 审计部门应加强对委托审计业务的监督和质量控制：

(一) 审计部门指导并审核项目审计方案的编制，明确审计目标、审计范围、审计内容、审计程序及方法，确保项目审计方案的科学性及可行性。

(二) 在审计项目实施过程中，审计部门应定期或不定期听取社会中介机构工作汇报、询问了解审计项目实施情况、帮助解决工作中遇到的问题、协调社会中介机构与被审计单位（部门）或其他管理部门之间的沟通事宜，确保社会中介机构业务实施过程的顺利。

(三) 审计部门应督促社会中介机构建立健全审计质量控制机制，依据行业标准做好审计取证、过程记录、编制审计工作底稿、资料保管等工作。

(四) 审计部门应对社会中介机构提交的审计报告初稿进行复核并提出意见，确保审计报告的质量。

(五) 社会中介机构完成委托审计业务后，审计部门应督促其按照审计档案管理相关规定汇集整理并及时移交审计项目的全部档案资料。

第六章 审计结果运用

第二十七条 审计部门对于建设项目造价审计（进度款审计、工程竣工结算审计等）出具审计意见或审计报告的，医院财务部门按照审计意见或审计报告及施工合同载明的付款方式支付相关款项。

第二十八条 审计部门对于审计中发现的管理不规范的问题，应向相关部门出具建设项目管理审计意见书，相关部门按照审计意见和建议认真整改，并及时向审计部门反馈整改结果。

第二十九条 建设项目审计中发现的重大问题线索，审计部门应按规定向医院审计委员会/党委/主要负责人报告。应由纪检监察等相关部门处理的问题线索，由审计部门依规依纪依法移送处理。

第七章 附则

第三十条 本办法由审计部门负责解释。

第三十一条 本办法自 20XX 年 XX 月 XX 日起/发布之日起施行，原《XX 办法》（XX〔XXXX〕XX 号）同时废止。

XX 医院内部控制风险评估实施办法

第一章 总则

第一条 为建立健全医院风险评估机制，规范医院内部控制风险评估工作，根据《行政事业单位内部控制规范（试行）》《关于印发公立医院内部控制管理办法的通知》《关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所指内部控制风险评估，是指医院全面、系统和客观地识别、分析医院经济活动及相关业务活动中存在的风险，确定相应的风险承受度及风险应对策略的过程。

第三条 风险评估至少每年进行一次；当外部环境、业务活动、经济活动或管理要求等发生重大变化时，医院应及时对经济活动及相关业务活动的风险进行重新评估。

第四条 医院应加强风险评估的针对性，在开展单位层面风险评估的基础上，重点对涉及资金规模较大、廉政风险较高、业务模式较新、影响可持续发展等业务领域进行风险评估。

第二章 风险评估组织机构

第五条 医院开展风险评估应成立风险评估工作小组，医院领导担任组长。风险评估工作小组对医院风险评估工作进行指导，包括：

(一) 审议医院风险评估工作制度、工作计划及评估方案；

(二) 审议风险评估报告；

(三) 审议风险清单及风险应对方案；

(四) 协调和解决医院跨部门风险评估工作中出现的重大事项。

第六条 医院确定牵头部门（以下简称“评估部门”）负责医院风险评估工作，具体职责如下：

(一) 编制年度风险评估计划；

(二) 制定风险评估工作方案；

(三) 召开风险评估工作启动会；

(四) 实施风险评估，建立风险清单；

(五) 编制风险评估报告；

(六) 督促风险整改。

医院根据需要可以委托具有相应资质的社会中介机构协助实施风险评估工作。

第七条 医院各职能部门和业务部门是风险评估的参与部门，应根据风险评估方案的要求积极配合风险评估工作。

第三章 风险评估内容

第八条 单位层面的风险评估应重点关注以下方面：

(一) 内部控制组织建设情况。包括是否建立领导小组，是否确定内部控制职能部门或牵头部门；是否建立部门间的

内部控制沟通协调和联动机制等。

（二）内部控制机制建设情况。包括经济活动的决策、执行、监督是否实现有效分离；权责是否对等；是否建立健全议事决策机制、岗位责任制、内部监督等机制。

（三）内部控制制度建设情况。包括内部管理制度是否健全，内部管理制度是否体现内部控制要求，相关制度是否有效执行等。

（四）内部控制队伍建设情况。包括关键岗位人员是否具备相应的资格和能力；是否建立相关工作人员评价、轮岗等机制；是否组织内部控制相关培训等。

（五）内部控制流程建设情况。包括是否建立经济活动及相关业务活动的内部控制流程；是否将科学规范有效的内部控制流程嵌入相关信息化系统；内部控制方法的应用是否完整有效等。

（六）其他需要关注的内容。

第九条 业务层面的风险评估应重点关注以下方面：

（一）预算管理情况。包括在预算编制过程中医院内部各部门之间沟通协调是否充分；预算编制是否符合本单位战略目标和年度工作计划；预算编制与资产配置是否相结合、与具体工作是否相对应；是否按照批复的额度和开支范围执行预算，进度是否合理，是否存在无预算、超预算支出等问题；决算编报是否真实、完整、准确、及时等。

（二）收支管理情况。包括收入来源是否合法合规，是否符合价格和收费管理相关规定，是否实现归口管理，是否按照规定及时提供有关凭据，是否按照规定保管和使用印章和票据等；发生支出事项时是否按照规定程序审核审批，是否审核各类凭据的真实性、合法性，是否存在使用虚假票据套取资金的情形等。

（三）政府采购管理情况。包括是否实现政府采购业务归口管理；是否按照预算和计划组织政府采购业务；是否按照规定组织政府采购活动和执行验收程序；是否按照规定保管政府采购业务相关档案等。

（四）资产管理情况。包括是否实现资产归口管理并明确使用责任；是否定期对资产进行清查盘点，对账实不符的情况是否及时处理；是否按照规定处置资产等。

（五）建设项目管理情况。包括是否实行建设项目归口管理；是否按照概算投资实施基本建设项目；是否严格履行审核审批程序；是否建立有效的招投标控制机制；是否存在截留、挤占、挪用、套取建设项目资金的情形；是否按照规定保存建设项目相关档案并及时办理移交手续等。

（六）合同管理情况。包括是否实现合同归口管理；是否建立并执行合同签订的审核机制；是否明确应签订合同的经济活动范围和条件；是否有效监控合同履行情况，是否建立合同纠纷协调机制等。

（七）医疗业务管理情况。包括医院是否执行临床诊疗规范；是否建立合理检查、合理用药管控机制；是否建立按规定引进和使用药品、耗材、医疗设备的规则；是否落实医疗服务项目规范；是否定期检查与强制性医疗安全卫生健康标准的相符性；是否对存在问题及时整改等。

（八）科研项目和临床试验项目管理情况。包括是否实现科研或临床试验项目归口管理；是否建立项目立项管理程序，项目立项论证是否充分；是否按照批复的预算和合同约定使用科研或临床试验资金；是否采取有效措施保护技术成果；是否建立科研档案管理规定等。

（九）教学管理情况。是否实现教学业务归口管理；是否制定教学相关管理制度；是否按批复预算使用教学资金，是否专款专用等。

（十）互联网诊疗管理情况。包括实现互联网诊疗业务归口管理；是否取得互联网诊疗业务准入资格；开展的互联网诊疗项目是否经有关部门核准；是否建立信息安全管理制

度；电子病历及处方等是否符合相关规定等。

（十一）医联体管理情况。包括是否实现医联体业务归口管理；是否明确内部责任分工；是否建立内部协调协作机制等。

（十二）信息系统管理情况。包括是否实现信息化建设归口管理；是否制定信息系统建设总体规划；是否符合信息

化建设相关标准规范；是否将内部控制流程和要求嵌入信息系统，是否实现各主要信息系统之间的互联互通、信息共享和业务协同；是否采取有效措施强化信息系统安全等。

（十三）生物安全管理情况。包括是否规范生物医学新技术临床研究管理；是否强化实验室生物安全风险管控，加强人类遗传资源采集、保藏、利用、对外提供等活动的管理和监督；是否健全生物安全相关管理制度，筑牢公立医院生物安全防线等。

第四章 风险评估工作程序

第十条 医院年度风险评估工作计划由评估部门负责编制，经风险评估工作小组审议、批准后发布实施。

第十一条 评估部门结合上级部门要求及医院实际，制定内部控制评估工作方案，明确评估范围、工作任务、人员组织、进度安排等相关内容，报医院风险评估工作小组审议通过，正式组织实施。

第十二条 评估部门组织召开内部控制评估启动会，部署评估工作的具体要求、时间安排、部门职责分工等，并下达《风险评估通知书》和《风险评估资料清单》。

第十三条 各部门根据风险评估工作方案要求，对照风险评估内容开展风险自评，编制自评报告并提交评估部门。

第十四条 确定评估人员。评估部门根据经批准的评估方案，遴选具备独立性、业务胜任能力及较高职业道德素养

人员担任评估人员。

第十五条 各部门需指定专人担任风险评估工作联络员，负责统筹本部门评估配合事宜，包括但不限于对接评估需求、协调内部资料收集、反馈沟通疑问等。同时，各部门须严格按照《风险评估资料清单》要求，确保提供资料的准确性、完整性与时效性。

第十六条 评估人员结合医院职能职责、业务特点，综合运用询问访谈、调查问卷、专题讨论、实地查验等方法，查找医院经济活动和业务活动中的风险。

第十七条 评估人员根据现场实际评估情况，对风险进行初步认定，完整记录评估工作底稿。风险按其影响程度和发生的概率分为重大风险、重要风险和一般风险，风险的具体认定标准由评估部门制定。

第十八条 评估部门在各部门自评报告及评估人员提交的风险评估工作底稿基础上，对初步认定的风险、表现形式和影响程度进行综合分析，汇总形成风险清单。风险清单至少应包括风险点描述、风险等级及风险应对策略。

第五章 风险评估报告

第十九条 评估部门以评估人员提交风险清单为基础，综合医院实际，编制风险评估报告，报医院风险评估工作小组审批，审批通过后提交医院决策机构讨论决定。

第二十条 风险评估报告至少应包含以下内容：风险评

估工作的总体情况、风险评估的依据、风险评估的范围、风险评估的程序和方法、风险清单和风险应对建议。

第六章 质量控制与档案管理

第二十一条 风险评估工作应形成工作底稿，详细记录执行评估工作的过程和结果，包括评估方法、具体评估内容、风险描述及其认定、评估人员等，确保工作底稿内容真实、要素齐全、逻辑清晰，可追溯、可核查。

第二十二条 评估工作应建立评估质量交叉复核机制，评估小组组长应对评估工作底稿进行复核并书面确认；评估部门负责人应对风险评估结果进行审核并书面确认。

第二十三条 在风险评估过程中，评估人员要确保评估数据的安全性和保密性。与风险评估的有关文件资料、工作底稿和证明材料等由评估部门负责整理归档，按医院档案管理制度进行管理。

第七章 评估结果应用

第二十四条 根据风险评估工作中反映的突出风险和薄弱环节，各责任部门应强化风险应对，明确具体应对措施，完善内部控制。

第二十五条 评估部门对风险应对情况进行跟踪落实，督促责任部门按要求完成整改。必要时可以对重大和重要风险应对措施的有效性进行复查。

第二十六条 医院应强化风险评估结果应用，将审议通

过后的风险评估报告作为完善医院内部控制的依据。

第八章 相关责任

第二十七条 被评估部门应及时提供全面和准确的资料，积极配合评估人员完成调查问卷、访谈等评估程序，确保评估工作的顺利开展，因迟报、漏报、瞒报等影响评估工作的顺利进行或重大风险妥善处置的，应追究有关部门负责人及相关人员的责任。

第二十八条 未经授权批准或许可，任何个人或部门不得对外公布风险评估结果。凡擅自公布风险评估结果给医院声誉和经济造成损害的，应追究有关人员的责任。

第二十九条 对于存在无正当理由逾期未建立风险应对措施或风险应对措施流于形式未能有效规避风险的责任部门及人员，医院将依据情节严重程度，追究其相应责任。

第九章 附则

第三十条 本办法由评估部门（由医院按照业务分工确定部门）负责解释。

第三十一条 本办法自 20XX 年 XX 月 XX 日起/发布之日起施行，原《XX 办法》（XX〔XXXX〕XX 号）同时废止。

XX 医院内部控制评价实施办法

第一章 总则

第一条 为规范公立医院内部控制评价工作，促进内部控制的持续改进，不断提升内部控制的有效性，根据《行政事业单位内部控制评价办法》《行政事业单位内部控制规范（试行）》《关于印发公立医院内部控制管理办法的通知》《关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见》《国家卫生健康委办公厅关于印发卫生健康行业内部审计基本指引（试行）等 7 个工作指引的通知》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所指内部控制评价是指内部控制评价部门对医院内部控制建立与实施情况进行综合评价、形成评价结果、出具评价报告的过程。

第三条 医院实施内部控制评价应遵循以下原则：

（一）全面性原则。评价工作应贯穿内部控制建立与实施各个环节，涵盖各类经济活动、相关业务活动和内部权力运行，综合反映医院的内部控制水平。

（二）重要性原则。评价工作应在全面评价的基础上，重点关注重要经济活动和业务活动及高风险领域，特别是权力集中、资金密集、资源富集的重点领域和关键岗位。

（三）客观性原则。评价工作应以国家法律法规、制度规范以及医院内部管理制度等为依据，结合医院实际情况，如实反映内部控制建立与实施情况，采用定性和定量相结合的方式，客观公正地评价内部控制水平。

（四）可操作性原则。评价工作应结合医院实际情况因地制宜地开展，评价指标应简单易行、务实管用。

（五）持续性原则。评价工作应形成实施评价、问题整改、结果应用、持续优化的管理闭环，不断提升医院内部控制水平。

第四条 医院应在年度终了对上一年度内部控制建立与实施情况进行评价。

第五条 医院是内部控制评价的责任主体，医院主要负责人对内部控制评价报告的真实性和完整性负责。

第二章 内部控制评价组织机构

第六条 内部控制领导小组是内部控制评价工作的决策机构，对内部控制评价工作进行指导，包括：

（一）审议内部控制评价工作制度、工作计划及评价方案；

（二）审议内部控制评价报告；

（三）审议内部控制缺陷整改方案及整改结果；

（四）协调和解决医院跨部门的内部控制评价过程中出现的重大事项。

第七条 医院审计部门或医院指定的其他部门（以下简称“评价部门”）负责组织实施医院内部控制评价工作。评价部门应与内部控制建设牵头部门相互分离。其主要职责包括：

- （一）编制年度内部控制评价计划；
- （二）制定内部控制评价工作方案；
- （三）召开内部控制评价启动会；
- （四）实施内部控制评价，检查医院内部控制的有效性；
- （五）编写年度内部控制评价报告；
- （六）督促内部控制缺陷整改。

医院根据需要可以委托具有相应资质的社会中介机构协助实施内部控制评价。为医院提供内部控制建设服务的社会中介机构，不得同时为医院提供内部控制评价服务。

第八条 医院各职能部门和相关部门应根据评价方案的要求积极配合内部控制评价工作。

第三章 内部控制评价内容

第九条 内部控制评价的主要内容包括：

（一）单位层面内部控制情况。包括议事决策机制、规范权力运行情况、内部控制组织架构设置及运行情况、会计核算和财务报告情况、内部控制信息系统建立与实施情况，以及其他补充情况；

（二）业务层面内部控制情况。包括预算管理、收支管理、政府采购管理、资产管理、建设项目管理、合同管理、

医疗业务管理、科研项目与临床试验项目管理、教学管理、互联网诊疗管理、医联体管理、信息系统管理、生物安全管理等各类经济活动和相关业务活动内部控制制度、流程的建立与实施情况。

(三) 内部监督情况。包括医院内部监督制度的建立和实施情况。

第四章 内部控制评价工作程序

第十条 医院内部控制评价工作计划由评价部门负责编制，经内部控制领导小组审议后实施。

第十一条 评价部门结合上级部门要求及医院实际，制定内部控制评价工作方案，明确评价范围、工作任务、人员组织、进度安排等相关内容，报医院内部控制领导小组审议通过后，正式组织实施。

第十二条 评价部门根据经批准的评价方案，组成内部控制评价小组。评价小组成员须严格执行回避制度，不得参与对本人所在部门或曾直接负责业务领域的评价工作。

第十三条 评价部门组织召开内部控制评价启动会，部署评价工作的具体要求、时间安排、部门职责分工等，并下达《内部控制评价通知书》和《内部控制评价资料清单》。

第十四条 被评价部门指定专人担任内部控制评价工作联络员，负责统筹本部门评价配合事宜，包括但不限于对接评价部门需求、协调内部资料收集、反馈沟通疑问等。同时，

被评价部门须严格按照《内部控制评价资料清单》要求，及时、完整、准确地提供相应资料。

第十五条 评价人员应根据内部控制有关要求和医院职能职责、业务特点，综合运用询问、访谈、调查问卷、专题讨论、穿行测试、重新执行、实地查验、抽样和比较分析等方法，充分收集有效证据，对医院内部控制进行全面客观评价。

第十六条 评价人员根据现场测试获取的证据，找出影响内部控制有效性的问题或缺陷。对照上级单位下发的内部控制评价指标体系和标准，分别对单位层面和各业务层面的内部控制建立与实施情况进行评价打分，形成初步评价结果。

第十七条 评价小组在各评价人员提交的《内部控制评价工作底稿》基础上，对初步评价结果进行综合分析，对医院整体内部控制建立与实施情况进行评价打分。初步评价结果经相关部门及分管院领导确认后提交内部控制领导小组审议。

医院内部控制评价结果采取定性与定量相结合的方式，划分为优、良、中、差四个档次。90（含）至100分为“优”、80（含）至90分为“良”、60（含）至80分为“中”、60分以下为“差”。

第五章 内部控制评价报告

第十八条 评价部门根据内部控制领导小组审议通过的

内部控制评价得分和评价结果等材料，编制内部控制评价报告，报经医院决策部门讨论通过后按上级主管部门要求提交复核。

第十九条 内部控制评价报告内容包括但不限于：评价工作组织实施情况、评价程序和方法、评价依据、评价得分情况、评价结果、发现的问题及整改情况等内容。

第二十条 医院收到上级主管部门的复核意见书后，根据复核发现的问题补充整改措施。经上级主管部门复核调整后的得分，为医院内部控制评价最终得分。

第二十一条 医院应在报送年度内部控制报告时，一并报送年度内部控制评价报告及复核意见书。

第六章 质量控制与档案管理

第二十二条 评价工作应形成工作底稿，详细记录执行评价工作的全过程，包括评价方法及各项评价指标的内容、得分情况、扣分原因、评价结果及其认定依据、评价人员等，确保工作底稿内容真实、要素齐全、逻辑清晰，可追溯、可核查。

第二十三条 评价工作应建立评价质量交叉复核机制，评价小组组长应对评价工作底稿进行复核并书面确认；评价部门负责人应对医院内部控制评价结果进行审核并书面确认。

第二十四条 在内部控制评价过程中，评价人员要确保

评价数据的安全性和保密性。与内部控制评价的有关文件资料、工作底稿和证明材料等由评价部门负责整理归档，按医院档案管理制度进行管理。

第七章 整改及评价结果应用

第二十五条 针对内部控制评价中反映的突出问题和薄弱环节，各责任部门应认真查找问题原因，制定整改措施，明确整改时限，建立问题整改台账，及时进行整改，进一步完善医院内部控制体系。

第二十六条 评价部门应对内部控制缺陷的整改情况进行跟踪，督促责任部门按要求完成整改工作。

第二十七条 医院应加强内部控制评价结果的分析应用，将评价结果作为完善内部管理制度、改进预算管理、绩效管理、财会监督的依据，作为年度考核、监督问责、领导干部选拔任用的参考。

第二十八条 医院应加强内部控制评价与财会监督、纪检监察、审计监督等其他工作有机贯通、相互协调和信息共享，形成监督合力，提高内部控制评价结果应用的效率和效果。

第八章 相关责任

第二十九条 各相关部门应及时提供全面、准确的资料，积极配合评价人员完成调查问卷、访谈、穿行测试等评价程序，确保评价工作的顺利开展，因迟报、漏报、瞒报等影响

评价工作的顺利进行或重大风险妥善处置的，应追究部门负责人及相关人员的责任。

第三十条 未经授权批准或许可，任何个人或部门不得对外公布医院内部控制评价报告。凡擅自公布内部控制评价报告给医院声誉或经济造成损害的，应追究有关人员的责任。

第三十一条 对于存在无正当理由逾期未完成整改、整改措施流于形式未能解决实际问题、拒绝或拖延提供整改资料、同类问题屡次发生等整改不力情形的责任部门及人员，医院将依据情节严重程度，追究其相应责任。

第九章 附则

第三十二条 本办法由评价部门负责解释。

第三十三条 本办法自 20XX 年 XX 月 XX 日起/发布之日起施行，原《XX 办法》（XX〔XXXX〕XX 号）同时废止。

XX 医院内部审计质量控制办法

第一章 总则

第一条 为规范内部审计行为，保证内部审计质量，有效防范审计风险，根据《审计署关于内部审计工作的规定》《卫生计生系统内部审计工作规定》《进一步加强卫生健康行业内部审计工作的若干意见》《卫生健康行业内部审计基本指引（试行）》《第 2306 号内部审计具体准则——内部审计质量控制》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称内部审计质量控制，是指医院为保证内部审计质量符合内部审计准则的要求而制定和执行的制度、程序和方法。

第三条 内部审计质量控制的主要目标是：

- （一）确保内部审计活动依法依规、客观公正、独立有效；
- （二）保障审计证据充分适当，审计结论准确可靠，审计建议切实可行；
- （三）提升审计工作效率与效果，防范审计风险；
- （四）促进审计成果有效转化，增加组织价值，服务医院高质量发展。

第四条 内部审计质量控制分为审计部门质量控制和内部审计项目质量控制。

第五条 审计部门负责人对制定并实施系统、有效的质量控制制度与程序负主要责任。

第二章 审计部门质量控制

第六条 审计部门负责人对审计部门质量负责。

第七条 审计部门质量控制需要考虑下列因素：

- (一) 审计部门的领导体制、组织形式及授权范围；
- (二) 内部审计人员的专业胜任能力、职业道德水平与团队结构；
- (三) 审计业务的范围、复杂程度与风险特征；
- (四) 成本效益原则；
- (五) 信息化建设水平与数据安全要求；
- (六) 其他影响审计质量的相关因素。

第八条 审计部门质量控制主要包括下列措施：

- (一) 建立健全内部审计人员职业道德守则，定期开展廉洁从业教育与警示教育；
- (二) 制定并实施年度培训计划，持续提升审计人员专业能力；
- (三) 科学编制年度审计计划，合理配置审计资源，优先保障重大风险领域审计需求；
- (四) 建立覆盖审计计划、实施、报告、整改、归档全

过程的标准化作业流程；

（五）实行审计项目三级复核制度（审计组成员互审、审计组组长复核、机构负责人审定）；

（六）定期开展内部审计质量自我评估或引入外部评价；

（七）建立审计报告使用效果反馈机制，推动审计成果落地；

（八）对审计质量进行考核与评价。

第三章 内部审计项目质量控制

第一节 一般原则

第九条 审计部门和内部审计人员实施审计项目时，应对涉及的审计计划、审计实施、审计报告、审计整改、审计档案管理等全过程、各环节实行质量控制。

第十条 审计部门负责人和审计项目负责人通过督导、分级复核、质量评估等方式对内部审计项目质量进行控制，加强审计过程质量控制，落实审计组成员、审计组组长、机构负责人的业务工作职责，建立分级复核制度，明确复核要求。

第十一条 审计组成员的业务工作职责包括：

（一）遵守内部审计准则规定，保持审计独立性；

（二）按照项目审计方案要求和审计组的分工完成审计取证；

(三) 如实完整记录审计实施情况并报告工作结果;

(四) 完成审计组分配的其他工作。

遇有方案确定的审计事项已发生重大变化、发现重大违法违规问题线索、收到重要信访举报材料、出现重大廉政保密安全问题、出现严重影响审计工作开展的情形等重大事项或紧急情况, 审计组成员应及时向审计组组长汇报, 必要时可直接向审计部门负责人汇报。

第十二条 审计组组长的业务工作职责包括:

(一) 编制或审核项目审计方案;

(二) 组织实施审计工作;

(三) 适时检查和评估项目审计方案的执行情况, 按照项目审计方案和审计组的分工完成审计任务;

(四) 督导审计组的工作;

(五) 从事实是否清楚、证据是否充分、结论是否恰当、责任是否明确、程序是否规范、法规制度引用是否正确等方面审核审计工作底稿及审计证据, 如果发现存在问题, 应在审核意见中加以说明, 并要求相关人员补充或修改;

(六) 组织起草审计报告、审计移送处理书等文书;

(七) 配置和管理审计组的资源;

(八) 审计项目归档工作;

(九) 单位规定的其他职责。

审计组组长应对项目审计方案确定的审计事项是否完

成、需补充证据的审计事项是否进行了补充、需补充修改的审计工作底稿是否进行了完善、需被审计对象签章的审计证据是否签章、除涉密外的重大事项查证结果是否与有关人员进行了充分沟通、调阅的资料和借用的设备是否如数归还、涉密资料和数据是否按规定处理等事项进行确认。

第十三条 审计部门负责人业务工作职责包括：加强对审计组审计实施过程的督导，指导重大审计事项的查证，审核重要事项审计证据、审计取证记录、审计工作底稿、审计报告等审计项目材料，组织、协调项目审计方案的落实和审计结果汇总，及时发现、纠正、解决审计组工作中存在的重大问题。

第十四条 审计部门对其他组织或人员接受委托或聘用，承办或参与的内部审计项目，应从以下方面进行指导、监督和检查，确保其遵守内部审计准则规定：

（一）充分参与、了解其他组织和人员编制的项目审计方案的详细内容，明确审计目标、审计范围、审计内容、审计程序及方法，确保项目审计方案的科学性；

（二）在审计项目实施过程中，定期或不定期听取其他组织和人员汇报，询问了解审计项目实施情况，帮助解决工作中遇到的问题等，确保其他组织和人员业务实施过程的顺利；

（三）对其他组织和人员提交的审计报告初稿进行复

核，对采用的审计结果负责，并以审计部门名义出具正式审计报告，确保审计报告的质量；

（四）督促其他人员在审计结束后将全部审计材料原件移交审计项目立卷责任人立卷归档；指导其他组织在审计结束后对审计项目形成的全部材料原件按照内部审计档案工作准则装订立卷并移交审计部门。

第二节 审计计划

第十五条 内部审计项目实行计划管理。审计部门根据批准后的审计计划组织实施内部审计项目。

第十六条 审计计划包括年度审计计划和项目审计方案。年度审计计划是对年度预期要完成的审计任务所作的工作安排。项目审计方案是对实施具体审计项目的审计目标、内容重点、审计步骤方法、人员分工、审计时间等作出的安排。

第十七条 审计部门应围绕医院年度工作重点，编制年度审计计划，报经医院党委会批准后实施。

第十八条 审计部门编制年度审计计划，应重点调查了解被审计对象下列情况：

（一）被审计对象的发展规划、年度工作目标及主要业务活动；

（二）对相关业务活动有重大影响的法律、法规、政策、计划和合同；

(三) 相关内部控制的有效性和风险管理水平;

(四) 相关业务活动的复杂性及其近期变化, 重要岗位及人员的变动情况;

(五) 其他与项目有关的重要情况。

第十九条 审计部门应根据调查了解的情况, 结合单位内部管理需要和审计资源情况, 确定具体审计项目, 编制年度审计计划, 必要时征求医院财务、纪检等相关部门意见。

经济责任审计年度计划编制应按照干部管理权限由组织人事部门提出计划安排, 并征求纪检等有关部门意见后, 纳入年度审计计划。

第二十条 年度审计计划应包括下列基本内容:

(一) 年度审计工作目标;

(二) 具体审计项目及实施时间;

(三) 各审计项目需要的审计资源。

第二十一条 审计部门负责人应根据年度审计计划确定审计项目的审计组组长及审计组成员, 并定期检查审计计划的执行情况, 确保计划实施。确需对审计计划进行调整的, 应按照审计计划审批的程序进行报批。

第二十二条 审计组应在审计项目实施前调查了解被审计对象的下列情况, 为编制项目审计方案作准备:

(一) 被审计对象基本情况;

(二) 内部控制、风险管理体系的设计及执行情况;

- (三) 财务及相关业务资料;
- (四) 重要的合同、会议记录;
- (五) 信息系统基本情况;
- (六) 以前年度审计结论、建议及后续审计情况;
- (七) 以前年度外部审计的审计意见;
- (八) 其他与项目审计方案有关的重要情况。

第二十三条 审计组组长应组织审计组成员讨论研究调查了解到的被审计对象情况，编制项目审计方案，并报经审计部门负责人批准后实施。

第二十四条 项目审计方案应包括下列基本内容：

- (一) 被审计对象、项目的名称;
- (二) 审计目标和范围;
- (三) 审计内容和重点;
- (四) 审计步骤和方法;
- (五) 审计组成员的组成及分工;
- (六) 审计起止日期;
- (七) 对相关专业技术人员和外部审计工作结果的利用;
- (八) 其他有关内容。

第二十五条 项目审计方案如需对审计范围、内容、人员等进行调整，应报经审计部门负责人批准。

第三节 审计实施

第二十六条 审计部门实施审计项目应根据批准的年度审计计划和其他授权或委托文件编制审计通知书，在实施审计3日前送达被审计对象。遇有特殊情况，经医院主要负责人批准，审计通知书可以在实施审计时送达。审计通知书必要时可以抄送医院内部有关部门。

经济责任审计项目的审计通知书送达被审计领导干部及其履职所在单位，并抄送同级纪检、组织人事等部门。

第二十七条 审计通知书应包括下列内容：

- (一) 审计项目名称；
- (二) 被审计对象名称；
- (三) 审计范围和审计内容；
- (四) 审计实施时间；
- (五) 需要被审计对象提供的资料及其他必要的协助要求；
- (六) 审计组组长及审计组成员名单；
- (七) 审计部门的印章（或单位代章）和签发日期。

第二十八条 审计项目实施，可由审计部门负责人主持召开审计进点会，主要内容包括：审计组介绍审计的依据、范围、内容和程序，提出审计纪律要求，明确被审计对象配合审计工作的责任；被审计对象介绍与审计事项有关的情况，作出提供审计所需资料（含电子数据）真实性、完整性的承诺。

第二十九条 内部审计人员应按照项目审计方案明确的审计分工，依据法定的职责、权限和程序，根据不同的审计事项及其审计目标，获取不同种类的审计证据。审计证据主要包括书证、物证、视听资料、电子数据、证人证言、当事人的陈述鉴定意见、勘验笔录、现场笔录。

第三十条 内部审计人员获取的审计证据应具备相关性、可靠性和充分性。

相关性，即审计证据与审计事项及其具体审计目标之间具有实质性联系。

可靠性，即审计证据合法、真实可信。

充分性，即审计证据足以支持审计结论、意见和建议。

第三十一条 内部审计人员在获取审计证据时，应考虑下列基本因素：

（一）审计事项的重要性。应从数量和性质两个方面判断审计事项的重要性，以获取适当的审计证据。

（二）可以接受的审计风险水平。应按照可以接受的审计风险水平，获取所需的审计证据。

（三）成本与效益的合理程度。获取审计证据应考虑成本与效益的对比，但对于重要审计事项，应深入查证。

（四）适当的审计抽样方法。应根据审计目标和审计对象特征，选择合适的审计抽样方法。

第三十二条 内部审计人员向有关单位和个人获取审计

证据时，可以采用方法有审核、观察、监盘、访谈、调查、函证、计算和分析程序。

第三十三条 内部审计人员在审计实施过程中选择不同的取证方法获取审计证据应满足下列要求：

（一）通过审核文件、资料获取审计证据的，取得与审计事项有关的文件、资料的原件或复制件；

（二）通过观察、监盘、计算获取审计证据的，记载审计取证的时间、地点、方法、事项、内容、结果等情况，并注明审计取证人员的姓名；

（三）通过询问、访谈获取审计证据的，记载询问访谈的时间、地点、事项、内容、答复等情况，并注明被询问人员的姓名和审计取证人员的姓名；

（四）通过调查、函证获取审计证据的，取得第三方关于被调查事项的书面说明、相关资料的原件或复制件等证据；

（五）通过分析获取审计证据的，记载数据来源、分析方法、结果等情况，并注明审计取证人员的姓名。

（六）采集被审计对象电子数据作为审计证据的，记载电子数据的采集和处理过程，详细记录数据来源、处理过程以及最终分析结果，由数据分析人员签字确认；对重大问题和有关事项需要组织现场核查的，还要进行现场核查并取证。

通过审核或观察获取审计证据的，可以采用文字、照片、视频等形式记载；通过询问或调查获取审计证据的，可以采

用调查询问记录、座谈会记录、问卷调查表等形式记载。

第三十四条 审计部门根据审计项目实施需要，可以聘请其他专业机构或专业人员对审计项目的某些特殊事项进行鉴定，并将鉴定结论作为审计证据。

第三十五条 内部审计人员应对取得的审计证据进行分类、筛选、汇总，在此基础上编制审计取证记录，并由证据提供者签名或盖章、内部审计人员签名。

对于证据提供者有异议的审计证据，内部审计人员应认真研究，必要时补充取证。

对于证据提供者拒绝签名或盖章，内部审计人员应注明原因和日期，并由两名或两名以上内部审计人员签字，该审计证据有效。

第三十六条 内部审计人员应按照项目审计方案确定的审计事项编制审计工作底稿，记录实施审计的步骤和方法、取得审计证据的名称和来源、审计认定的事实及审计结论。每一审计事项均应分别编制审计工作底稿，复杂的审计事项可以编制多份审计工作底稿。

第三十七条 内部审计人员应对审计取证记录进行分析和归纳，按照与审计事项的相关程度进行分类、排序，附在相应的审计工作底稿之后；不能附在审计工作底稿之后的视听资料和电子数据资料等，应注明制作方法、制作时间、制作人和电子数据资料的运行环境、系统以及存放地点、存放

方式等。必要时，电子数据资料能够转换成书面材料的，应将其转换成书面材料。

审计取证记录反映的情况应足以支持审计工作底稿的审计结论。

第三十八条 内部审计人员编制的审计工作底稿应内容完整、记录清晰、结论明确，其内容主要包括下列要素：

- （一）被审计对象的名称；
- （二）审计事项及其期间或截止日期；
- （三）审计程序的执行过程及结果记录；
- （四）审计结论、意见和建议及相关标准；
- （五）审计人员姓名和审计日期；
- （六）复核人员姓名、复核日期和复核意见；
- （七）索引号及页次。

第三十九条 审计工作底稿应按照项目审计方案所列审计事项对应的顺序统一编号，作为审计工作底稿的索引号。相关审计工作底稿之间如存在勾稽关系，应予以清晰反映，相互引用时应交叉注明索引号。

第四节 审计报告

第四十条 审计组组长根据审计工作底稿以及相关证明材料，在综合分析、归类整理的基础上，编制审计报告。

根据工作需要，内部审计人员可以在审计过程中提交期

中报告、管理建议书等，以利医院及时采取有效的纠正措施改善业务活动、内部控制和风险管理。

第四十一条 审计报告的编制应符合下列要求：

- （一）要素齐全、格式规范；
- （二）逻辑清晰、用词准确、简明扼要、易于理解；
- （三）实事求是地反映被审计事项的事实，真实完整地反映审计发现的重要问题并提出处理意见；
- （四）充分考虑审计项目的重要性和风险水平，对于重要事项应重点说明；
- （五）对被审计对象业务活动、内部控制和风险管理中存在的主要问题或缺陷提出具有针对性和可行性的改进建议。

第四十二条 审计报告主要包括下列要素：

- （一）标题；
- （二）文号；
- （三）被审计对象名称；
- （四）审计项目名称；
- （五）正文；
- （六）附件；
- （七）签章；
- （八）报告日期；
- （九）其他。

第四十三条 审计报告正文主要包括下列内容：

（一）审计概况，包括审计依据、审计目标、审计范围、审计内容及重点、审计方法、审计程序、审计时间等；

（二）基本情况，简要表述被审计对象主要经济业务活动情况，被审计事项涉及的资金或项目的相关情况；

（三）审计评价，即围绕审计目标，依照有关法律法规、政策制度，对审计涉及的被审计对象业务活动、内部控制和风险管理所作的评价，既包括正面评价，也包括对审计发现的主要问题的简要概括；

（四）审计发现的问题，即对被审计对象的业务活动、内部控制、风险管理等实施审计过程中所发现的主要问题的
事实、问题定性（定责）及依据、处理意见及依据；

（五）审计建议，即针对审计发现的主要问题提出改进业务活动、内部控制、风险管理等的建议。

第四十四条 审计组组长应召集审计组成员对编制的审计报告进行讨论研究，形成审计报告征求意见稿，以审计组名义征求被审计对象意见。经济责任审计报告应同时征求被审计领导干部个人意见。

第四十五条 审计组应要求被审计对象于收到审计报告征求意见稿 10 日内向审计部门书面反馈意见。逾期未反馈意见的，视为无意见。

被审计对象对审计报告征求意见稿有异议的，审计组应

进行核实，并对采纳和不采纳意见的情况和原因作出书面说明，必要时应修改审计报告，形成审计报告送审稿。

第四十六条 审计组应将审计报告送审稿连同被审计对象的反馈意见及采纳意见情况的书面说明及时报送审计部门负责人复核。

审计报告送审稿经审计部门负责人复核，按医院规定的程序审核后，报请单位主要负责人审批签发。

第四十七条 审计部门对发现的重大违纪违法问题线索，经批准后移送有权机关依法处理。

第五节 审计整改

第四十八条 审计部门应建立审计整改工作制度，明确被审计对象主要负责人为审计整改的第一责任人，督促审计发现的问题全面整改。

第四十九条 审计组在审计实施过程中，应督促被审计对象及时整改审计发现的问题。

审计报告送达被审计对象后，应跟踪检查被审计对象所采取的整改措施，并督促被审计对象在 60 日内报送审计整改结果。

第五十条 被审计对象报送的整改结果内容应包括对要求自行纠正事项采取措施的情况、根据审计建议采取措施的情况、对移交处理事项采取措施的情况、未整改或未全面整

改的事项及原因等。

第五十一条 对于被审计对象未整改或未全面整改的事项，审计部门负责人应充分听取被审计对象意见，弄清情况，分析原因，可以整改的应督促及时整改。对被审计对象不能整改的，应要求其作出书面说明，并向单位主要负责人或单位决策机构报告。

第六节 审计档案

第五十二条 审计部门应建立审计档案管理制度，确定档案管理人员，加强内部审计档案收集、整理、保管、利用、移交、销毁等管理工作。

第五十三条 项目审计组应确定立卷责任人，及时收集审计项目材料，并按项目立卷，归档保存。一般在项目审计结束后5个月内完成立卷归档工作。跨年度的审计项目在项目终结的年度立卷，跟踪审计项目按年度分别立卷。

第五十四条 审计档案卷内材料应按结论类材料、证明类材料、立项类材料、备查类材料四个部分进行排列，主要包括以下内容：

（一）结论类材料，按逆审计程序并结合材料的重要程度进行排列。包括：单位领导对审计报告的批示、审计报告、被审计对象反馈意见、审计报告征求意见书、复核意见书、审计文书送达回证等；

(二) 证明类材料，按项目审计方案所列审计事项顺序排列。包括：被审计对象承诺书及资料交接清单、审计工作底稿及相应的审计取证记录、审计证据等；

(三) 立项类材料，按材料形成的时间顺序，并结合材料的重要程度进行排列。包括：单位委托书或有关会议决议，年度审计计划、项目审计方案及有关材料，审计通知书及通知书送达回证等；

(四) 备查类材料，按材料形成的时间顺序，并结合材料的重要程度进行排列。包括：被审计对象问题整改情况，项目审计过程中产生的、相关的但不属于前三类的其他材料。

第五十五条 审计档案卷内每份或每组材料之间的排列规则：

(一) 正件在前，附件在后；

(二) 定稿在前，修改稿在后；

(三) 批复在前，请示在后；

(四) 批示在前，报告在后；

(五) 重要材料在前，次要材料在后；

(六) 汇总材料在前，原始材料在后。

第五十六条 审计项目结束后，审计人员应将全部审计资料移交审计项目立卷责任人。审计项目立卷责任人应对审计项目形成的全部材料按立卷方法和规则进行归类整理、鉴别和筛选，对确定立卷归档的材料，应检查其有关程序、签

批、认定手续是否完备，不符合要求的应及时修正补充。

第五十七条 审计项目材料立卷后，应以审计项目案卷为单位进行交接，经审计组组长审核、档案管理人员验收后，按规定进行编目和归档，并及时移交医院内部档案管理部门。

第五十八条 借阅、查阅、复制内部审计档案或要求出具内部审计档案证明的，应按医院档案管理规定履行报批手续。内部审计档案到期后，应按照医院档案管理规定程序进行销毁。

第四章 附则

第五十九条 本办法由审计部门负责解释。

第六十条 本办法自发布之日起施行。此前医院发布的有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

XX 医院审计档案管理办法

第一章 总则

第一条 为规范医院内部审计档案管理，维护审计档案的完整与安全，提高审计档案质量。根据《中华人民共和国档案法》《第 2308 号内部审计具体准则——审计档案工作》《卫生计生系统内部审计工作规定》《进一步加强卫生健康行业内部审计工作的若干意见》《卫生健康行业内部审计基本指引（试行）》《XX 医院档案管理办法》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法所称审计档案，是指医院审计部门和内部审计人员在审计工作（含委托社会审计机构开展的审计服务）中直接形成的具有保存价值的各种文字、图表、声像等不同形式的历史记录，包括纸质材料和电子材料等。

审计档案是医院档案的重要组成部分。

第三条 本办法所称审计档案管理，是指医院审计部门对应纳入审计档案管理的材料（以下简称审计档案材料）进行收集、整理、立卷、移交、保管和利用的活动。

第四条 审计档案实行集中统一管理，医院在人员、经费、场地、设备等方面需给予保证。

第五条 审计部门应设立档案管理人员负责审计档案管

理，包括归档整理、日常借阅、档案移交等管理工作，以及和医院档案管理部门的日常对接，对审计档案的丢失、损坏负直接责任。审计部门负责人对审计档案的管理和质量负主要责任。

第六条 本办法适用于医院审计部门、内部审计人员及其从事的医院内部审计活动。社会审计机构、其他单位（部门）或人员接受委托、聘用，承办或参与内部审计项目，形成的审计档案材料应交回医院审计部门，并遵守本准则。

第二章 审计档案的收集和整理

第七条 内部审计人员在审计项目结束后，项目主审人员应在 30 个工作日内完成审计档案的整理，并移交内部审计档案管理员。收集审计档案材料按照立卷原则和方法进行归类整理，传统载体文件编目装订、组合成卷，电子文件编目存储，定期归档。

第八条 审计档案管理施行谁审计、谁立卷的原则，做到审结卷成、定期归档。

第九条 审计档案质量基本要求：审计档案材料应真实、完整、有效、规范，并做到遵循档案材料的形成规律和特点，保持档案材料之间的有机联系，区别档案材料的重要程度，便于保管和利用。

第十条 内部审计人员立卷时，应遵循按性质分类、按单元排列、按项目组卷原则。不同审计项目不得合并立卷。

跨年度的审计项目，在项目审计终结的年度立卷。

第三章 审计档案的归档范围

第十一条 内部审计人员应及时收集在审计工作开展中形成的文件材料和与审计工作有关的其他审计档案材料，根据审计档案材料的保存价值和相互之间的关联度，整理鉴别和选用需要立卷的审计档案材料，并归集形成审计档案。

第十二条 审计档案分为审计项目档案、日常审计监督工作档案和其他审计档案。

第十三条 审计项目应归档的文件材料主要包括：

（一）立项类材料：与审计项目相关的上级主管部门或医院的指令性文件、会议纪要和请示批示，审计委托书、审前调查记录、审计通知书、审计方案等；

（二）证明类材料：审计承诺书、审计工作底稿及相应的审计取证单、审计证据等；

（三）结论类材料：相关领导对审计结论的批示意见、会议记录、纪要，审计报告、审计报告征求意见稿、审计决定书、管理建议书、审计移送处理书等结论类材料，被审计对象的书面反馈意见等；

（四）备查类材料：审计整改报告、清单台账，审计整改相关会议记录、纪要，与审计项目联系紧密且不属于前三类的其他材料等。

第十四条 日常审计监督工作应归档的文件材料主要包

括：

（一）审计监督中形成的审计往来函件、审计审核结论性文书、会签单等相关材料；

（二）审计监督事项相关会议资料、审计意见、会议记录、纪要等；

（三）在形成审计意见中的过程性记录，询价、市场调研等工作记录；

（四）统计分析类台账或报告，审计发现问题清单、整改清单和整改材料；

（五）日常审计中发现的重大风险、违规问题清单；

（六）与日常监督工作紧密相关且不属于上述类的其他材料。

第十五条 其他审计档案材料：

（一）上级主管部门和医院领导对审计工作的指示、讲话、批复及有关规定、办法、通知和文件；

（二）医院有关审计工作的规章制度、工作计划、工作总结、请示、报告等文件；

（三）审计整改专题会等审计工作相关会议记录、纪要，代表医院审计出席上级单位、部门组织的工作会议发言稿、会议文件；

（四）医院审计部门设置、岗位职责、人事任免、领导分工等文件；

- (五) 有关审计项目的情况报告、通报;
- (六) 审计调查报告及有关文件材料;
- (七) 各种调查取证材料和群众来信来访记录;
- (八) 其他与审计有关的档案。

第十六章 内部审计人员按医院档案管理部门要求将审计档案装订、立卷、归档。

第四章 电子审计档案的建立

第十七条 医院审计部门应积极推进电子审计档案建设,并确保电子审计档案的真实、完整、可用和安全。电子审计档案与传统载体审计档案具有同等效力,可以以电子形式作为凭证使用。

第十八条 电子审计档案应采用符合国家标准文件存储格式,确保能够长期有效读取,主要包括文字型或表格型文件、图像文件、多媒体文件、音频文件等电子文件。

第五章 审计档案的保管和利用

第十九条 内部审计档案归医院所有,审计工作结束后应按照医院的档案管理要求进行移交和保管。

第二十条 归档与纸质文件相同的电子文件时,应在彼此之间建立准确、可靠的标识关系,并注明含义、保持一致。

第二十一条 审计档案的保管期限原则上不低于 10 年,由内部审计按照国家法律法规和医院档案管理相关规定确定保管期限。可分为永久、定期两种,定期分为 30 年、10

年。

审计档案的保管期限自归档年度开始计算。

(一) 永久保管的档案，主要包括上级主管部门交办并有批示的审计事项或上级主管部门对审计结果批示的审计事项、上级主管部门对医院开展的专项审计事项等档案。

(二) 保管 30 年的档案，主要包括开展的专项审计工作、日常审计监督中涉及的重要审计事项及其他查考价值较大的档案。

(三) 保管 10 年的档案，主要指一般审计调查事项相关的档案。

第二十二条 涉及保密事项的审计项目，内部审计应根据审计工作保密事项范围和规定会商医院档案管理部门或保密管理部门确定密级和保密期限。

第二十三条 审计档案一般情况下不对外借阅，医院其他部门或外单位确因工作需要查阅、复制审计档案或要求出具审计档案证明的，须经医院审计部门负责人审批，重大审计事项的档案须经分管领导审批，但一般限定在审计档案管理部门内进行。国家有关部门依法进行查阅的除外。

第二十四条 对超过保管期限的审计档案，应由档案保管部门和审计部门安排专人逐卷审查鉴定，确定存毁。对无保存价值的审计档案编造清册，报审计分管领导批准后按医院档案销毁相关规定销毁。

第二十五条 损毁、丢失、涂改、伪造、出卖、转卖或擅自提供审计档案的，经核实后应依照有关规定追究相关人员的责任；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

第六章 附则

第二十六条 本办法由审计部门负责解释。

第二十七条 本办法自发布之日起施行。此前医院发布的有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

XX 医院审计整改实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步加强审计结果运用,切实落实审计整改工作责任,建立健全审计查出问题整改长效机制,推动审计整改工作制度化、规范化,充分发挥审计“治已病、防未病”的作用,根据《中华人民共和国审计法》《中华人民共和国审计法实施条例》《关于建立健全审计查出问题整改长效机制的意见》《审计署关于内部审计工作的规定》《卫生计生系统内部审计工作规定》《进一步加强卫生健康行业内部审计工作的若干意见》《卫生健康行业内部审计基本指引(试行)》等法律法规和相关规定,结合医院实际,制定本办法。

第二条 本办法所称审计整改,是指审计整改单位对国家审计机关、上级主管部门、医院审计部门或受委托的社会审计组织出具的审计报告、审计决定书、审计意见书、审计整改通知书、审计建议书等审计结果文书(以下简称“审计文书”)指出的问题、作出的决定及提出的建议,采取措施进行纠正、改进、处理和落实的行为及结果。

本办法所称审计整改单位,即承担审计整改责任的主体,依据审计文书确定的被审计对象予以明确。

第三条 本办法适用于以下工作中发现问题的整改工作:

(一) 国家审计机关、上级主管部门对医院实施的审计项目;

(二) 医院审计部门组织开展的审计项目;

(三) 上级主管部门或医院党委、行政组织开展的巡察、监督检查等工作中发现的, 要求依据审计整改程序办理的经济管理方面的问题。

第四条 审计整改工作应遵循依法依规、权责对等、分级负责、立审立改、真抓实干、举一反三、标本兼治、分工协作、及时高效的原则。

第二章 组织领导与职责分工

第五条 健全落实审计整改责任制

(一) 医院整体作为被审计对象时, 医院是落实审计整改的责任主体, 医院党政主要负责人是审计整改工作的第一责任人。医院的部门科室作为被审计对象时, 部门科室是落实审计整改的主体, 其主要负责人是审计整改工作的第一责任人。

院级领导干部作为经济责任审计对象时, 医院是落实整改的责任主体, 现任党政主要负责人是第一责任人; 医院内部管理的干部作为被审计对象时, 其所在部门科室为整改责任主体, 现任主要负责人为第一责任人。

(二) 各被审计单位要提高政治站位，深刻把握新时代审计整改工作总体要求，加强组织领导，全面压实审计整改责任。

(三) 审计整改涉及多个部门的，应明确牵头整改责任部门和协办部门，协同联动落实整改。

第六条 医院建立职责明确、分工合作的审计整改工作机制

(一) 审计部门：负责审计整改的日常协调、督促检查和跟踪管理；建立审计整改台账，实行对账销号管理；向医院党委、审计管理委员会及上级主管部门报告整改进展和结果；组织开展“回头看”或后续审计；通报审计整改情况。

(二) 组织人事部门：负责将审计结果及整改情况作为干部考核、任免、奖惩、评优评先等重要依据；将经济责任审计整改情况纳入被审计领导干部所在领导班子民主生活会对照检查内容及个人述责述廉内容。

(三) 纪检部门：负责对审计移送的违纪违法问题线索进行调查处理；将审计整改情况纳入党风廉政建设责任制检查考核内容；对整改追责问责工作进行监督。

(四) 其他相关职能部门：在职责范围内协助、督促审计整改单位落实审计整改要求；对审计反映的普遍性、倾向性问题，及时研究完善相关制度，并同步纳入内部控制体系建设。

第三章 整改的内容、方式与流程

第七条 审计整改的主要内容

- (一) 审计文书反映的问题和相关结论的纠正落实情况;
- (二) 审计部门理处罚决定的执行情况;
- (三) 审计移送处理事项的办理情况;
- (四) 审计建议的采纳及改进措施落实情况;
- (五) 健全规章制度、建立长效机制情况;
- (六) 对相关责任部门和人员的责任追究处理情况;
- (七) 其他需要整改的事项。

第八条 审计整改的主要方式

- (一) 立即停止、纠正相关违法违规行为;
- (二) 退还、追缴违规资金或资产;
- (三) 对造成单位损失或产生不良影响的,依法依规追究相关人员责任;
- (四) 建立健全或修订完善相关规章制度、优化业务流程;
- (五) 其他必要的纠正和改进措施。

第九条 审计整改工作要求

- (一) 审计整改单位在收到审计文书后,应及时启动整改工作,成立审计整改工作小组,组织专题会议研究部署。重大问题整改须经医院领导班子集体研究决定。

(二) 针对审计问题，研究制定切实可行的整改工作方案，编制《审计发现问题整改清单》，明确整改任务、责任部门、责任领导、责任人、整改措施、整改时限和目标要求。该清单作为审计部门建立台账和销号管理的基础依据。

(三) 领导干部经济责任审计的整改方案，应在制定后按相关规定同步报送具有干部管理权限的上级主管部门的纪检、组织部门备案。

(四) 审计整改单位应深入分析问题成因，制定具体整改计划并组织实施。涉及多部门的问题，由牵头部门统筹协调、汇总报告，协办部门按职责落实任务。

(五) 按照“立行立改、分阶段整改、持续整改”三类情形分类施策，具体时限要求如下：

1.立行立改类：对事实清楚、措施明确、可立即纠正的问题，应在收到审计文书之日起 60 日内完成整改；

2.分阶段整改类：对成因复杂、需多方协调或流程再造的问题，应制定详细计划，明确阶段性目标，全部整改工作原则上不超过 1 年；

3.持续整改类：对涉及体制机制改革或历史遗留问题，应设定总体目标和年度任务，整改周期一般不超过 3 年，最长不得超过 5 年。

(六) 整改期限与结果报送：

对上级审计机关或主管部门的审计，按其要求时限，经单位决策机构审定后报送；

对医院内部审计，原则上应在收到审计文书后 30 日内报送整改方案，60 日内报送整改结果报告；

分阶段及持续整改事项，应每半年向审计部门报送一次进展，重大情况随时报告。

整改报告须经主要负责人审签，内容包括：整改组织情况、问题整改结果、建议采纳情况、责任追究情况、未整改问题原因及后续计划、制度完善情况及相关证明材料。

（七）确因特殊情况无法按期完成整改的，应至少提前 5 个工作日向审计部门提交书面延期申请，说明原因并提出新时限，经审计部门审核、报分管院领导批准后执行。涉及政策障碍或多部门协调的，应主动商请审计部门及相关职能部门共同研究解决。

第四章 审计整改工作的指导、跟踪督查与销号管理

第十条 审计部门负责对整改工作提供指导和帮助，督促在规定期限内完成整改；对典型性、普遍性、倾向性问题，及时向归口职能部门提出管理改进建议。

第十一条 审计部门建立整改跟踪督查机制：

（一）建立整改台账：依据《审计发现问题整改清单》统一编号，动态记录问题摘要、责任部门、整改措施、进度、时限、销号状态等。

(二) 实行对账销号：

1.销号标准：问题已纠正、处理到位、佐证齐全、达到审计要求；

2.销号流程：审计部门逐项比对“问题清单”与“整改结果清单”，核实无误后予以销号；整改不彻底的，责令继续整改；

3.动态管理：对分阶段及持续整改事项持续跟踪，直至最终销号。

(三) 检查与回访：通过审阅材料、实地检查、座谈访谈、后续审计等方式，核实整改真实性和完整性。

(四) 督办与约谈：对整改不力、进度滞后、逾期未报的单位，发出《审计整改督办通知书》；对无正当理由敷衍整改的，约谈主要负责人，并视情况提请院领导或纪检、组织人事部门介入；经约谈仍不整改，启动问责程序。

第十二条 审计部门应定期开展审计整改“回头看”，重点检查是否存在整改后反弹、屡审屡犯等问题，巩固整改成效，推动长效机制建设。

第五章 审计整改问责问效

第十三条 存在下列情形之一的，依规依纪依法严肃问责：

(一) 拒绝或拖延整改：拒不执行审计决定、无正当理由不采取整改措施、经催办仍不整改、拒不配合检查等；

(二) 敷衍或虚假整改：弄虚作假、谎报整改完成、临时应付后恢复原状等。

(三) 整改不到位：措施不力导致问题反复发生、未堵塞管理漏洞、未按计划推进阶段整改等。

第十四条 问责程序：

(一) 审计部门在督查中发现应问责情形，应及时提出问责建议。

(二) 按干部管理权限，移送纪检、组织人事或相关主管部门。

(三) 相关部门应及时调查核实，依规处理，并将结果书面反馈审计部门。

第十五条 对积极主动、整改彻底、成效显著的单位和个人，可予以通报表扬，并推广先进经验。

第六章 审计整改结果运用与公开

第十六条 强化部门协同联动，推动信息共享、结果共用、重要事项共同实施、整改问责共同落实，形成监督整改合力，实现闭环管理。

第十七条 审计结果及其整改情况应作为以下工作的重要参考依据：

(一) 党风廉政建设责任制检查考核；

(二) 干部考核、任免、奖惩、评优评先；

(三) 个人年度考核；

(四) 医院重大决策、预算安排、绩效分配、资源配置及风险防控;

(五) 完善内部管理、健全制度、优化流程;

(六) 内部控制评价与风险防控体系建设。

审计整改中发现的内部控制缺陷,相关职能部门须在整改期内修订或新建制度,并报医院内部控制领导小组备案。

第十八条 领导干部经济责任审计报告和整改结果报告应存入其本人人事档案。

第十九条 推进审计整改结果适度公开。在遵守《中华人民共和国保守国家秘密法》《中华人民共和国个人信息保护法》及医疗数据安全规定的管理的前提下,对不涉密、不涉及患者隐私和商业秘密的整改结果,可通过医院内网、院务公开栏、职代会或专题通报会等形式,在院内一定范围内公开,接受干部职工监督。重大整改事项可按上级要求向社会公开。

第七章 附则

第二十条 上级审计机关、卫生健康主管部门对审计整改工作有新规定的,从其规定。本办法未尽事宜,参照国家及行业最新政策执行。

第二十一条 审计整改全过程资料(包括整改方案、佐证材料、会议纪要、销号记录等)应规范整理归档,其中电

子档案需随纸质档案同步或按期形成，确保内容真实完整、与纸质档案一致。

第二十二条 本办法由审计部门负责解释。

第二十三条 本办法自发布之日起施行。此前医院发布的有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

附件：1.审计发现问题整改清单（样表）

2.审计整改工作台账（审计部门用）

附件 1：审计发现问题整改清单（样表）

审计发现问题整改清单

审计项目名称：

审计文书编号：

单位名称：（盖章）

联系人：

联系电话：

序号	问题摘要	整改 责任 部门	牵 头 责 任 人	协 办 部 门	问题性质分 类（立行立改 /分阶段/持 续）	整 改 措 施	计 划 完 成 时 间	实 际 完 成 时 间	整 改 结 果 简 述	佐 证 材 料 清 单	是 否 销 号	审 计 部 门 审 核 意 见

附件 2：审计整改工作台账（审计部门用）

审计整改工作台账

问题 编号	审计项 目名称	被审计 单位	问题描述	整改 责任 部门	整改 类型	整改方 案报送 日期	整改计 划完成 时限	当前整 改状态	最新进展 (每月更 新)	销号 日期	销号依据	备注

XX 医院审计监督与纪检监察贯通协同管理办法

第一章 总则

第一条 为建立健全医院审计监督与纪检监察（以下简称“两类监督”）贯通协同机制，形成监督合力，提升监督效能，根据《中华人民共和国审计法》《中国共产党纪律检查机关监督执纪工作规则》等法律法规和相关规定，结合医院实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于医院审计部门与纪检部门（以下简称“两部门”）在履行各自监督职责过程中，加强协作配合、信息沟通、成果共享、线索移送等一系列贯通协同活动。

第三条 “两类监督”贯通协调工作应遵循以下原则：

- （一）依法依规，客观公正；
- （二）优势互补，协同高效；
- （三）信息共享，成果互用；
- （四）严格保密，安全可靠。

第二章 职责分工与协同机制

第四条 建立联席工作组，定期或不定期召开会议，通报情况、研判问题、部署工作，形成会议纪要。联席工作组设在审计部门或纪检部门，负责日常联系与协同。

第五条 审计部门职责：

（一）在制定年度审计项目计划时，可听取纪检部门的建议，将纪检监察关注的重点领域、重点部门、重点人员纳入审计监督重点；

（二）在审计工作中，发现涉嫌违纪违法的问题线索，应及时、全面、规范地向纪检部门移送；

（三）根据纪检监察工作需要，提供相关审计报告、审计工作底稿等专业支持；

（四）推动审计发现问题的整改落实，并将整改情况及时通报纪检部门。

第六条 纪检部门职责：

（一）向审计部门提出审计重点建议，将审计移交的问题纳入监督范围；

（二）依规依纪依法受理、处置审计移送的涉嫌违纪或职务违法、职务犯罪等问题线索；

（三）对审计发现问题的整改落实情况进行监督问责，

对整改不力、敷衍塞责的，提出处理意见；

（四）为审计工作开展提供纪律保障，对审计中发现的干扰、阻碍审计工作的行为进行调查处理。

第三章 贯通协同的主要内容与程序

第七条 计划协同。审计部门编制年度审计计划前，应书面征求纪检部门意见。纪检部门应结合信访举报、日常监督、审查调查等情况，在5个工作日内提出书面建议。两部门应共同研判，将管理薄弱、风险较高、反映较多的领域确定为年度监督重点。

第八条 信息沟通与资源共享。两部门应打破信息壁垒，在遵守保密规定的前提下，逐步实现监督信息的互通共享。

（一）审计部门可商请纪检部门提供被审计单位（部门）相关人员涉及党风廉政建设方面的有关情况；

（二）纪检部门可调阅相关审计报告、审计工作底稿等资料，审计部门应予积极配合。

第九条 线索移送

（一）审计部门在审计工作中，凡发现被审计对象涉嫌下列情形之一的，应作为问题线索及时移送纪检部门：

1.涉嫌贪污受贿、滥用职权、玩忽职守、权力寻租、利益输送等职务违法、职务犯罪问题的；

2.违反中央八项规定精神及其实施细则的；

3. 其他需要移送的问题线索。

（二）移送应填写《审计发现问题线索移送表》（附件），附相关证据材料，履行审批程序（经审计部门处长审核，报分管院领导审批）后移送。情况紧急的，可先口头通报，再履行书面手续。

（三）纪检部门对移送的线索应优先处置，并在受理后3个月内向审计部门反馈处理情况。

第十条 协同监督与支持

（一）对重大审计项目或专项调查，纪检部门可应审计部门商请，提前介入或派员参与，提供纪律支持和政策指导，对可能存在的阻挠、干扰审计工作的行为进行震慑。

（二）审计部门在审计过程中，可邀请纪检部门共同对重要事项进行核查、对相关人员进行询问，增强监督的权威性和有效性。

第十一条 成果共用与整改督办

(一) 审计部门应及时将正式审计报告、审计建议书等结论性文书抄送纪检部门。

(二) 纪检部门应将审计结果及整改情况作为政治生态分析、党风廉政建设考核、干部管理监督的重要参考。

(三) 两部门应强化审计整改联合督办。审计部门负责跟踪检查整改情况，纪检部门负责对整改中的失职失责行为进行问责，共同推动问题彻底整改。

第四章 保密与纪律要求

第十二条 两部门工作人员应严格遵守保密纪律和廉洁规定，不得泄露在贯通协同工作中知悉的国家秘密、工作秘密、商业秘密和个人隐私。

第十三条 对在“两类监督”贯通协同工作中不担当、不作为、推诿扯皮，或泄露秘密、以权谋私的，依规依纪依法严肃追究责任。

第五章 附则

第十四条 本办法由审计部门与纪检部门共同负责解释。

第十五条 本办法自发布之日起施行。此前医院发布的有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

附件：《审计发现问题线索移送表》

附件：

审计发现问题线索移送表

移送编号：

移送日期： 年 月 日

移送部门： 审计部门

接收部门： 纪检部门

紧急程度： 普通 加急

被反映人（线索涉 及对象）	姓名	职务/职称	工号
审计项目名称：			
审计时间：	年 月 日		

线索主要内容及初步核实情况：

（可另附页详细说明）

发现的主要问题线索性质（可多选）
<input type="checkbox"/> 涉嫌贪污贿赂、滥用职权、玩忽职守、权力寻租、利益输送等职务违法犯罪
<input type="checkbox"/> 违反中央八项规定精神及其实施细则
<input type="checkbox"/> 其他（请注明）：

移送材料清单（请勾选并注明份数、页数）：

材料名称	份数	页数	备注
<input type="checkbox"/> 审计报告（相关部分）			
<input type="checkbox"/> 审计工作底稿			
<input type="checkbox"/> 审计取证单			
<input type="checkbox"/> 相关凭证、发票、合同等证据复印件			
<input type="checkbox"/> 相关电子数据（清单）			
<input type="checkbox"/> 其他需要说明的材料			

审计部门意见:

本线索根据《XX医院审计监督与纪检监察贯通协同管理办法》规定，经初步核实，认为涉嫌违纪/违法，现按规定移送贵部门处理。

（审计部门印章）

审计部门负责人签字: _____

日期: _____

分管院长签字: _____

日期: _____

纪检部门接收意见:

经核对，共接收上述表格_____份，附件材料_____件。

（纪检部门印章）

接收人签字: _____

日期: _____

(以下由纪检部门填写)

线索处理情况反馈(根据办法第十条第三款):

反馈日期	处理情况摘要	反馈人	接收人
	<input type="checkbox"/> 已立案 <input type="checkbox"/> 正在初核 <input type="checkbox"/> 谈话函询 <input type="checkbox"/> 予以了结		

附录

制度清单

1. 《中华人民共和国审计法》（2021年修正）
2. 《中华人民共和国审计法实施条例》（2010年修订）
3. 《审计署关于内部审计工作的规定》（审计署令第11号）
4. 《卫生计生系统内部审计工作规定》（国家卫生计生委令第16号）
5. 《国家卫生健康委关于印发进一步加强卫生健康行业内部审计工作若干意见的通知》（国卫财务发〔2022〕9号）
6. 《国家卫生健康委办公厅关于印发卫生健康行业内部审计基本指引（试行）等7个工作指引的通知》（国卫办财务函〔2023〕416号）
 - 6.1 《卫生健康行业内部审计基本指引（试行）》
 - 6.2 《大型医用设备绩效专项审计指引（试行）》
 - 6.3 《高值医用耗材专项审计指引（试行）》
 - 6.4 《采购管理专项审计指引（试行）》
 - 6.5 《建设项目专项审计指引（试行）》
 - 6.6 《合同管理专项审计指引（试行）》
 - 6.7 《内部控制评价工作指引（试行）》
7. 中国内部审计协会内部审计准则及实务指南
 - 7.1 《第1101号——内部审计基本准则》
 - 7.2 《第1201号——内部审计人员职业道德规范》
 - 7.3 《第2101号内部审计具体准则——审计计划》
 - 7.4 《第2102号内部审计具体准则——审计通知书》
 - 7.5 《第2103号内部审计具体准则——审计证据》
 - 7.6 《第2104号内部审计具体准则——审计工作底稿》
 - 7.7 《第2105号内部审计具体准则——结果沟通》
 - 7.8 《第2106号内部审计具体准则——审计报告》
 - 7.9 《第2107号内部审计具体准则——后续审计》
 - 7.10 《第2108号内部审计具体准则——审计抽样》

- 7.11 《第 2109 号内部审计具体准则——分析程序》
- 7.12 《第 2201 号内部审计具体准则——内部控制审计》
- 7.13 《第 2202 号内部审计具体准则——绩效审计》
- 7.14 《第 2203 号内部审计具体准则——信息系统审计》
- 7.15 《第 2204 号内部审计具体准则——对舞弊行为进行检查和报告》
- 7.16 《第 2205 号内部审计具体准则——经济责任审计》
- 7.17 《第 2301 号内部审计具体准则——内部审计机构的管理》
- 7.18 《第 2302 号内部审计具体准则——与董事会或者最高管理层的关系》
- 7.19 《第 2303 号内部审计具体准则——内部审计与外部审计的协调》
- 7.20 《第 2304 号内部审计具体准则——利用外部专家服务》
- 7.21 《第 2305 号内部审计具体准则——人际关系》
- 7.22 《第 2306 号内部审计具体准则——内部审计质量控制》
- 7.23 《第 2307 号内部审计具体准则——评价外部审计工作质量》
- 7.24 《第 2308 号内部审计具体准则——审计档案工作》
- 7.25 《第 2309 号内部审计具体准则——内部审计业务外包管理》
- 7.26 《第 3101 号内部审计实务指南——审计报告》
- 7.27 《第 3201 号内部审计实务指南——建设项目审计》
- 7.28 《第 3204 号内部审计实务指南——经济责任审计》
- 7.29 《第 3205 号内部审计实务指南——信息系统审计》
8. 《行政事业单位内部控制规范（试行）》（财会〔2012〕21 号）
9. 《关于印发公立医院内部控制管理办法的通知》（国卫财务发〔2020〕31 号）
10. 《关于印发<关于进一步加强公立医院内部控制建设的指导意见>的通知》
（财会〔2023〕31 号）
11. 《关于印发<行政事业单位内部控制评价办法>的通知》（财会〔2025〕24 号）
12. 《基本建设财务规则》（财政部令第 81 号）
13. 《关于印发<建设工程价款结算暂行办法>的通知》（财建〔2004〕369 号）
14. 《中华人民共和国档案法》（中华人民共和国主席令第四十七号）
15. 《关于建立健全审计查出问题整改长效机制的意见》（中办发〔2021〕30 号）
16. 《中国共产党纪律检查机关监督执纪工作规则》