江苏省三级综合医院评审标准实施细则

（2023 版）

江苏省卫生健康委员会
2023年9月

编制说明

为进一步提高医院科学管理水平，按照国家卫生健康委《三级医院评审标准（2022年版）》《三级医院评审标准（2022年版）实施细则》（以下简称“国家版”）要求，结合我省实际情况，制定《江苏省三级综合医院评审标准（2023年版）实施细则》（以下简称“实施细则”）。本细则共三个部分，总分1000分，适用于三级综合医院，二级综合医院可参照使用。

一、第一部分 前置要求

1. 本部分共3节25条，内容包括：依法设置与执业、公益性责任和行风诚信、安全管理与重大事件等。

2. 评审周期为四年，三级未定等医院及其他情形的三级医院评审周期按照《江苏省医院评审办法》相关要求确定。医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

3. 省卫生健康委在收到医院提交的评审申请材料后，向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在违反前置要求的情况，征询时间不少于7个工作日。

二、第二部分：医疗服务能力与质量安全监测数据

（一）基本概况

本部分共设置6章类、228个项目、578个指标，总分600分，包含资源配置与运行数据指标、医疗服务能力与医院质量安全指标、重点专业质量控制指标、单病种（术种）质量控制指标、重点医疗技术临床应用质量控制指标、经济运营指标等6章内容。其中第六章“经济运营指标”为新增内容，共有资源效率、收支结构、费用控制、财务管理等4个一级指标，数据主要来源于卫生健康财务年报、国家三级公立医院绩效考核上报系统、病案首页等相关数据收集系统。

（二）指标遴选原则

1. 维度全面。数据包括质量、安全、能力、效率、运行等维度。

2. 专业均衡。对于综合医院，18个重点专业质量控制指标和51个单病种（术种）质量控制标准全部纳入监测。

3. 质量优先。优先选择数据质量普遍较高的监测指标。

4. 突出特色。继续对省级限制类技术、41个专科一般技术和重点技术情况开展评价，促使医疗机构加强自身建设，紧紧围绕提高医疗技术水平，带动

医疗服务质量提升，保障医疗质量和患者安全。

5. 动态调整。结合国家和我省卫生健康工作重点、医院管理实际等，监测指标将进行动态调整。

（三）数据采集原则

1. 指标数据采集为全评审周期。

2. 行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。

3. 按日、月、季获取的数据，采用均值计算当年的年度数据。按年度获取的数据，直接采用。

4. 需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据时，按照以下规则：

（1）规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达标。

（2）连续监测指标，数据趋势呈与管理目标方向一致的或呈波动型的，采用中位数或平均数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

（四）数据来源

1. 卫生资源统计年报及相关报表

2. 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

3. 全国医院质量监测系统（HQMS）

4. 国家公立医院绩效考核管理平台

5. 国家单病种质量监测平台

6. 国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统

7. 全国卫生健康财务年报

8. 中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）

9. 各器官移植专业质控中心相关系统

10. 江苏省全民健康信息平台

11. 江苏省卫生统计直报系统

12. 江苏省卫生健康人力资源管理系统

13. 江苏省各重点专业质量控制中心质控系统

14. 暂不能通过信息化方式直接采集的指标由医疗机构在江苏省医院评审系统上进行填报。

（五）评分规则

1. 规模类和配比类指标。执行“全或无”规则，达到标准予以“给分”（或“满分”），否则计“零分”。

2. 连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

(六) 数据核查原则

1. 现场检查时，应当对本部分数据进行复核，复核数据比例不少于医院上报数据的 20%。

2. 医院应当根据现场评审专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

3. 医院提供值与核查真实值差距在 10%以上（含正负）、无法提供原始数据或被评审专家组认定为虚假数据的均视为错误数据。

4. 所有错误数据，应当按核查后的数据结果再次计算。并根据错误数据占现场核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

错误数据比例	惩罚性扣分比例
1%（含）-2%	5%
2%（含）-5%	10%
5%（含）-10%	20%
10%（含）以上	不予通过

(七) 数据核查准备指引

1. 医院应当准备所有纳入本轮评审标准的“第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据”和“第三部分现场评审”标准中涉及的数据目录清单。

2. 该清单应当包含每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴，采集结果等要素，数据应当有负责部门，有条件的应当设置汇总部门。

3. 对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

(八) 疾病、手术名称与编码

本细则中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用国家卫生健康委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用《手术操作分类代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。

三、第三部分：现场评审

(一) 基本概况

本部分共设置 3 章 24 节 189 条 540 款，共计 400 分。包含医院功能与任务、临床服务质量与安全管理、医院管理相关内容。

(二) 评审方法

评审员可采用下列方法对细则内容逐款进行符合程度判断：

【文件查阅】：查看医院和科室发布的文件类资料，如职责、制度、规范、流程、计划、报告、总结等资料。

【记录查看】：查看医院和科室的工作记录，如会议记录、签到、培训记录，考试记录、各种讨论记录等资料，不包括患者个人相关的资料。

【员工访谈】：指现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括开会集体访谈等。

【现场检查】：评审现场通过检查医院和科室的设备设施、环境、标识标牌，员工行为和合作，对照评审标准和医院要求评判符合程度。

【员工操作】：评审现场要求员工完成特定操作的内容。

【患者访谈】：评审员对患者或家属开展访谈。

【病历检查】：评审现场对运行病历进行检查。

【病案检查】：评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

【数据核查】：同第二部分。

四、关于不适用条款的说明

1. 医疗机构执业许可证中未登记的诊疗科目，评审时可申请为不适用条款。医疗机构执业许可证中已登记而实际未开展的诊疗科目，评审时不能申请为不适用条款。

2. 评审医院提出的不适用条款，须在提交评审申请材料中提出，并经省医院评审委员会同意、省卫生健康委员会医政处批准后，方可列为不适用条款。

3. 选择不适用条款后的计分方式：

$$\text{第二部分最终得分} = \frac{\text{实际得分}}{\text{实际总分}} \times 600 \text{ 分}$$

$$\text{第三部分最终得分} = \frac{\text{实际得分}}{\text{实际总分}} \times 400 \text{ 分}$$

五、评审结果判定原则

采用总分和现场检查得分相结合的方式。总分为第二部分与第三部分评审得分之和。

1. 判定为甲等的，总分不得低于 900 分且第三部分得分不得低于 360 分。

2. 判定为乙等的，总分不得低于 800 分且第三部分得分不得低于 320 分。

3. 判定为丙等的，总分不得低于 700 分且第三部分得分不得低于 280 分。

第一部分 前置要求

一、依法设置与执业

（一）医院规模和基本设置未达到《医疗机构管理条例》《医疗机构基本标准（试行）》所要求的医院标准。

（二）违反《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》，伪造、变造、买卖、出租、出借《医疗机构执业许可证》；医院命名不符合《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定，未按时校验、拒不校验或有暂缓校验记录，擅自变更诊疗科目或有诊疗活动超出诊疗科目登记范围；政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构，与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；公立医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

（三）违反《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《护士条例》，使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。

（四）违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。

（五）违反《中华人民共和国母婴保健法》，未取得母婴保健技术服务执业许可证开展相关母婴保健技术。

（六）违反《人体器官移植条例》，买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动，未经许可开展人体器官获取与移植技术。

（七）违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液，非法组织他人出卖血液，出售无偿献血的血液。

（八）违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大违法违规事件，造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。

（九）违反《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》，篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料，造成严重后果。

（十）违反《医疗技术临床应用管理办法》，将未通过技术评估与伦理审查的医疗新技术、禁止类医疗技术应用于临床，造成严重后果。

（十一）违反《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化学品管理条例》《处方管理办法》，违规购买、储存、调剂、开具、登记、销毁麻醉药品和第一类精神药品，使用未取得处方权的人员或被取消处方权的医师开具处方，造成严重后果。

（十二）违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作或未履行其他法定职责，造成严重后果。

（十三）违反《中华人民共和国职业病防治法》，未依法开展职业健康检查或职业病诊断、未依法履行职业病与疑似职业病报告等法定职责，造成严重后果。

（十四）违反《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办法》，违规发布医疗广告，情节严重。

（十五）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

（一）应当完成而未完成对口支援帮扶、中国援外医疗队、突发公共事件医疗救援、公共卫生任务等政府指令性工作。

（二）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

（三）医院领导班子发生 3 起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件（≥3 人/起），造成重大社会影响。

（四）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

（五）违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》《医学科研诚信和相关行为规范》相关要求，提供、报告虚假住院病案首页等医疗服务信息、统计数据、申报材料 and 科研成果，情节严重。

三、安全管理与重大事件

（一）发生定性为完全责任的一级医疗事故或直接被卫生健康行政部门判定的重大医疗事故。

（二）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

（三）发生因重大火灾、放射源泄漏、有害气体泄漏等被通报或处罚的重大安全事故。

（四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（五）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

目录

第一章 资源配置与运行数据指标	5
一、床位配置	5
二、卫生技术人员配备	6
三、相关科室资源配置	错误! 未定义书签。
四、运行指标	11
五、科研指标	12
六、教育教学	12
七、满意度	14
第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标	15
一、医疗服务能力	15
二、医院质量指标	16
三、医疗安全指标	19
第三章 重点专业质量控制指标	20
一、急诊专业医疗质量控制指标	20
二、重症医学专业医疗质量控制指标	21
三、临床检验专业医疗质量控制指标	23
四、病理专业医疗质量控制指标	25
五、医院感染管理医疗质量控制指标	27
六、产科专业医疗质量控制指标	29
七、呼吸内科专业医疗质量控制	30
八、神经系统疾病医疗质量控制指标	32
九、肾病专业医疗质量控制指标	34
十、护理专业医疗质量控制指标	36
十一、药事管理专业医疗质量控制指标	38

十二、病案管理质量控制指标	40
十三、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标	41
十四、超声诊断专业医疗质量控制指标	44
十五、康复医学专业医疗质量控制指标	45
十六、临床营养专业医疗质量控制指标	46
十七、麻醉专业医疗质量控制指标	47
十八、临床用血质量控制指标	49
第四章 单病种（术种）质量控制指标	51
一、55 个病种目录	51
二、考核指标	56
第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标	58
一、限制性医疗技术质控指标	58
二、人体器官捐献、获取与移植技术	59
三、其他重点医疗技术质量控制指标	60
四、41 项临床专科医疗服务能力	61
第六章 经济运营指标	63
一、资源效率	63
二、收支结构	63
三、费用控制	66
四、财务管理	67

第一章 资源配置与运行数据指标（129分）

项目	指标	指标释义
一、床位配置（小计 4 分）		
（一）核定床位数	1.1.1.1 核定床位数	由卫生健康行政部门核定的医院编制床位数。
（二）实际开放床位数	1.1.2.1 实际开放床位数	医院实际开放床位数，指年底固定实有床位数量，包括正规床、简易床、监护床、超过半年加床、正在消毒和修理的床位。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人陪侍床。
（三）平均床位使用率	1.1.3.1 平均床位使用率	平均床位使用率 = 期内实际占用总床日数 / 同期实际开放总床日数 × 100%
二、卫生技术人员配备（小计 29 分）		
（一）卫生技术人员数与开放床位数比	1.2.1.1 卫生技术人员数与开放床位数比	年度卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数的比值。
（二）全院护士人数与开放床位数比	1.2.2.1 全院护士人数与开放床位数比	年度全院注册护士人数与实际开放床位数的比值。
（三）病区护士人数与开放床位数比	1.2.3.1 全院病区护士人数与开放床位数比	年度病区护士人数与同期病区实际开放床位数的比值。
（四）医院感染管理专职人员数与开放床位数比	1.2.4.1 医院感染管理专职人员数与开放床位数比	$\text{医院感染管理专职人员数} = 4 + (\text{医院实际开放床位数} - 500) / 200$ 医院感染管理专职人员是指专门从事医院感染管理的工作人员，是经过省级以上卫生健康行政部门指定的医院感染管理培训单位的培训，并取得省级卫生健康行政部门颁发的《医院感染管理专业岗位培训证书》的医院感染管理专业技术人员。
（五）卫生技术人员结构	1.2.5.1 麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比	医院注册的麻醉（儿科、重症、病理、中医）在岗医师数与全院同期医师总数的比例。 重症医师指注册在综合 ICU 的医师。

项目	指标	指标释义
	1.2.5.2 从事公共卫生工作的专职人员数	统计科室为“公共卫生科”的专职人员数。
	1.2.5.3 医护比	年度医院注册执业（助理）医师数与全院同期注册护士总数的比值。
	1.2.5.4 卫生技术人员职称结构	卫生技术人员职称结构=年度医院具有副高级职称及以上的卫生技术人员（医、药、护、技）/全院同期卫生技术人员总数×100% 参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。
	1.2.5.5 卫生技术人员人数占全院总人数的比例	卫生技术人员人数占全院总人数的比例=卫生技术人员数/全院总人数×100% 参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。
	1.2.5.6 医师与实际开放床位的比例	医师与实际开放床位的比值。 参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。
	1.2.5.7 临床科室科主任高级职称比例	临床科室科主任正高级职称比例=临床科室科主任正高级职称人数/全部临床科室数×100%
	1.2.5.8 医技科室科主任高级职称比例	医技科室科主任正高级职称比例=医技科室科主任正高级职称人数/全部医技科室数×100%
	1.2.5.9 硕士及以上医师比例	硕士及以上医师比例=取得硕士及以上学位医师人数/全院医师人数×100% 参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。硕士及以上学位指硕士、博士。
（六）药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	1.2.6.1 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比=医院药学专业技术人员人数/医院卫生专业技术人员数×100%
	1.2.6.2 每百张病床药师人数	每百张病床药师人数=（医院药师总人数/医院实际开放床位数）×100
三、相关科室资源配置（小计 23 分）		

项目	指标	指标释义
(一) 急诊医学科	1.3.1.1 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例	固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例=注册的固定在急诊科的在岗医师人数/同期急诊科在岗医师总数×100%
	1.3.1.2.固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例	固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例=注册的固定在急诊科的在岗护士人数/同期急诊科在岗护士总数×100%
	1.3.1.3 急诊医学科开放床位数	包括观察床、急诊病房、抢救床和 EICU 病房。
(二) 重症医学科	1.3.2.1 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例=重症医学科开放床位数/同期全院实际开放床位数×100% 重症医学科床位指独立设置的综合 ICU 病区床位。
	1.3.2.2 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比	注册的重症医学科在岗医师人数与同期重症医学科实际开放床位数的比值。
	1.3.2.3 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比	注册的重症医学科在岗护士人数与同期重症医学科实际开放床位数的比值。
(三) 麻醉科	1.3.3.1 麻醉科医师数与手术间数比	麻醉科在岗注册医师人数与同期手术间数的比值。
	1.3.3.2 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比	注册的麻醉科在岗医师人数与同期日均全麻手术台次的比值。
	1.3.3.3 麻醉科医师和手术科室医师比	注册的麻醉科在岗医师人数与手术科室医师人数的比值。

项目	指标	指标释义
	1.3.3.4 手术室护士与手术床（台）比	手术室护士与手术床（台）的比值。
	1.3.3.5 手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比	手术间麻醉护士人数与实际开放手术台的比值。
	1.3.3.6 麻醉后恢复室护士与实际开放恢复室床位比	麻醉后恢复室护士与实际开放恢复室床位的比值。
（四）中医科	1.3.4.1 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例	中医科实际开放床位数占医院开放床位数的比例。 中医科包含中西医结合科。
	1.3.4.2 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比	注册的中医科在岗中医类别医师人数与同期中医科实际开放床位数的比值。
	1.3.4.3 中医科护士人数与中医科开放床位数比	中医科在岗护士人数与中医科实际开放床位数的比值。
（五）康复医学科	1.3.5.1 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例	康复科开放床位数占医院开放床位数的比例=康复科实际开放床位数/同期全院实际开放床位数×100%
	1.3.5.2 康复科医师人数与康复科开放床位数比	注册的康复科在岗医师人数与同期康复科实际开放床位数的比值。
	1.3.5.3 康复科康复师人数与康复科开放床位数比	康复科在岗康复师人数与同期康复科实际开放床位数的比值。

项目	指标	指标释义
	1.3.5.4 康复科护士人数与康复科开放床位数比	注册的康复科在岗护士人数与同期康复科实际开放床位数的比值。
(六) 感染性疾病科	1.3.6.1 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例	固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例 = 注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数 / 同期感染性疾病科在岗医师总数 × 100%
	1.3.6.2 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例	固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例 = 注册的固定在感染性疾病科的在岗护士人数 / 同期感染性疾病科在岗护士总数 × 100%
	1.3.6.3 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例	感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例 = 感染性疾病科实际开放床位数 / 同期全院实际开放床位数 × 100%
	1.3.6.4 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例	可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例 = 可转换感染性疾病开放床位数 / 同期全院实际开放床位数 × 100% 可转换床位指制定工作预案和改造方案，一旦发生群体性感染性疾病可在 48 小时之内按照传染病要求改造到位的床位。
四、运行指标 (小计 34 分)		
(一) 相关手术科室年手术人次占其出院人次比例	1.4.1.1 出院患者手术占比	出院患者手术占比 = 出院患者手术台次数 / 同期出院患者总人次 × 100%
	1.4.1.2 出院患者微创手术占比	出院患者微创手术占比 = 出院患者微创手术台次数 / 同期出院患者手术台次数 × 100%
	1.4.1.3 出院患者四级手术比例	出院患者四级手术比例 = 出院患者四级手术台次数 / 同期出院患者手术台次数 × 100%

项目	指标	指标释义
	1.4.1.4 日间手术占择期手术比例	$\text{日间手术占择期手术比例} = \frac{\text{日间手术台次数}}{\text{同期出院患者择期手术总台次数}} \times 100\%$ 日间手术按医院实际开展数统计。
(二) 危重患者占比	1.4.2.1 危重患者占出院人次比例	$\text{危重患者比例} = \frac{\text{危重患者人数}}{\text{同期出院患者总人数}} \times 100\%$
(三) 疑难患者占比	1.4.3.1 疑难患者占出院人次比例	$\text{疑难患者比例} = \frac{\text{疑难患者人数}}{\text{同期出院患者总人数}} \times 100\%$ 疑难：指入院一周内没有明确诊断，或住院期间诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等情况。
(四) 工作负荷	1.4.4.1 每名执业医师日均住院工作负担	$\text{每名执业医师日均住院工作负担} = \frac{\text{全年实际占用总床日数}}{\text{年度医院执业(助理)医师人数} / 365}$ <p>(1) 全年实际占用总床日数，是指全年医院各科室每日 24 时实际占用的病床数总和，包括实际占用的临时加床在内，不包括家庭病床占用床日数。患者入院后于当日 24 时前死亡或因故出院的病人，作为实际占用床位 1 天进行统计。</p> <p>(2) 参加社会化规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。</p>

项目	指标	指标释义
	1.4.4.2 每名医师日均门诊服务量	<p>医师日均担负门诊人次数=期内门诊诊疗人次数/同期执业（助理）医师数/同期工作日数</p> <p>（1）门诊诊疗人次，指门诊挂号并已就诊的人次数，包括普通门诊、专家门诊、特需门诊、方便门诊，不包括急诊人次、健康体检和核酸检测人次。</p> <p>（2）参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。</p> <p>（3）同期工作日按 250 天/年计。</p>
（五）服务效率	1.4.5.1 出院患者平均住院天数	出院患者平均住院天数=出院患者占用总床日/同期出院患者人数
	1.4.5.2 门诊患者平均预约诊疗率	门诊患者平均预约诊疗率=预约诊疗人次数/总诊疗人次数×100%
	1.4.5.3 门诊患者预约后平均等待时间	<p>门诊患者预约后平均等待时间=$\sum$[进入诊室诊疗的时钟时间-到达分诊台或通过信息系统（自助机、APP 等）报到的时钟时间]/预约诊疗人次数。</p> <p>进入诊室诊疗的时钟时间可以取医生通过分诊叫号系统呼叫患者的时间。</p>
五、科研指标（小计 11 分）		
（一）每百名卫生技术人员科研成果转化金额	1.5.1.1 每百名卫生技术人员科研成果转化金额	每百名卫生技术人员科研成果转化金额=（本年度科技成果转化总金额/同期医院卫生技术人员总数）×100
（二）取得临床相关国家发明专利数量	1.5.2.1 每百名卫生技术人员获国家发明专利数	年度每百名卫生技术人员获临床相关国家专利数=年度国家发明专利数/年度卫生技术人员数×100

项目	指标	指标释义
(三) 省级及以上科研项目数量或省级及以上医学科技奖励	1.5.3.1 省卫生健康委医学新技术引进奖	统计每年度获得省卫生健康委医学新技术引进奖和省医学会医学科技奖数量(项)。
	1.5.3.2 市、厅级及以上科研课题	统计每年市、厅级及其以上级别课题数量。无经费的指导性课题不统计。
	1.5.3.3 省政府及以上科技进步奖	评审周期内获得省政府及以上科技进步奖项等次。
六、教育教学(小计 22 分)		
(一) 人才培养	1.6.1.1 医院住院医师首次参加医师资格考试通过率	医院住院医师首次参加医师资格考试通过率=本年度首次参加医师资格考试并通过的住院医师人数/同期首次参加医师资格考试的住院医师总人数×100%
	1.6.1.2 医院接受其他医院(尤其是对口支援医院、医联体内医院)进修并返回原医院独立工作人数占比	1.医院接受其他医院进修人员并返回原医院独立工作人员占比=(对口支援医院进修人数+医联体内医院进修人数+其他医院进修人数)/医院同期招收进修总人数×100%

项目	指标	指标释义
		2.医院每年接受 5 名以上基层医疗卫生机构人员跟班学习
	1.6.1.3 医院承担培养医学人才的工作成效	<p>1.医院在医学人才培养方面的经费投入占比=（院校医学教学经费投入+毕业后医学教育经费投入+继续医学教育经费投入）/ 医院当年总费用× 100%</p> <p>2.临床带教老师和指导医师接受教育教学培训占比=临床带教老师和指导医师接受省级及以上教育教学培训且取得培训合格证书人数/临床带教老师和指导医师人数× 100%</p> <p>3.医院医学教育专职管理人员数与医院教育培训学员数之比=（本年度院校医学教育专职管理人员数+毕业后医学教育专职管理人员数+继续医学教育专职管理人员数）/同期医院教育培训学员数× 100%</p> <p>4.发表教学文章数与卫生技术人员数之比=本年度发表的教学文章数/同期卫生技术人员总数× 100%</p>
	1.6.1.4 承担继续医学教育项目数	每年承担省级及以上继续医学教育项目数。
	1.6.1.5 40 岁以下青年人才入选比例	<p>40 岁以下青年人才入选比例=40 岁以下青年人才总数/医院人才总数× 100%</p> <p>医院院级人才项目指医院本院实施的人才工程，包含人才培养和人才引进，有院内人才工程方案、遴选办法、培养对象名单。</p>
	1.6.1.6 人才工作专项经费占比	<p>人才工作专项经费占比=本年度人才工作专项经费总额/上一年度医院总支出× 100%</p> <p>人才工作专项经费指医院本院实施的医院院级人才项目审批的经费。</p>
（二）学科建设（近三年）	1.6.2.1 是否为住院医师规范化培训基地医院	住院医师规范化培训基地医院指省级以上卫健委批复的规培基地，不包括协同基地。

项目	指标	指标释义
	1.6.2.2 国家级临床重点专科和医学重点学科数（个）	统计评审周期内医院取得的国家级临床重点专科和医学重点学科数（个）。
	1.6.2.3 省级临床重点专科和重点学科数（个）	统计评审周期末医院取得的省级临床重点专科和重点学科数（个）（不含妇幼和中医条线）。
	1.6.2.4 国家医疗器械和药物临床试验机构（专业）数	统计评审周期内医院取得的国家医疗器械和药物临床试验机构（专业）数量。
七、满意度（小计，分）		
（一）患者满意度	1.7.1.1 门诊患者满意度	门诊患者满意度调查得分。
	1.7.1.2 住院患者满意度	住院患者满意度调查得分。
（二）医务人员满意度	1.7.2.1 医务人员满意度	医务人员满意度调查得分。

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标（60分）

项目	指标	指标释义
一、医疗服务能力(小计 10 分)		
(一) 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)	2.1.1.1 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)	根据 ICD-10 四位亚目, 从病案首页中统计所有诊断数量。
(二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)	2.1.2.1 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)	从病案首页中统计所有手术术种 (ICD-9-CM-3) 数量。
(三) DRG-DRGs 组数	2.1.3.1 DRG-DRGs 组数	医院收治病例经过 DRG 分组器的测算, 能够分入 “k” 个 DRG, 即为该医院的 DRG 组数量, 用于统计医院收治疾病范围。
(四) DRG-CMI	2.1.4.1 DRG-CMI	医院收治病例通过 DRG 分组器测算产生的 CMI 值 (病例组合指数), 用于评价医院疾病收治难度。
(五) DRG 时间指数	2.1.5.1 DRG 时间指数	医院收治病例通过 DRG 分组器测算产生的时间消耗指数, 用于评价在同等诊疗难度水平下的效率运行情况。
(六) DRG 费用指数	2.1.6.1 DRG 费用指数	医院收治病例通过 DRG 分组器测算产生的费用消耗指数, 用于评价在同等诊疗难度水平下的效率运行情况。

项目	指标	指标释义
(七) “互联网+医疗健康”开展情况	2.1.7.1 互联网医疗服务业务开展项目数	统计经批准设置并同意开展互联网诊疗，完成互联网诊疗活动的执业登记。
	2.1.7.2 互联网诊疗服务占门急诊复诊比例	互联网诊疗服务人次与同期医院线下门急诊复诊总人次的比例。
二、医院质量指标（小计 45 分）		
(一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况（以评审周期四年内国家发布的安全目标改进指标为准，体现每个指标的持续改进）	2.2.1.1 提高急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）再灌注治疗率	发病 12 小时内给予 PCI 或静脉溶栓治疗（首选 PCI 治疗）的 STEMI 患者数与同期发病 12 小时内的 STEMI 患者总数的比例。
	2.2.1.2 提高急性脑梗死再灌注治疗率	发病 6 小时内接受静脉溶栓和（或）血管内治疗的急性脑梗死患者数与同期发病 6 小时内的急性脑梗死患者总数的比例。
	2.2.1.3 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率	住院肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估例数与同期住院肿瘤患者人次的比例。
	2.2.1.4 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率	使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数与同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。 检验项目：包括细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素-6 检测、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测（G 试验）等。

项目	指标	指标释义
	2.2.1.5 提高静脉血栓栓塞症规范预防率	采取 VTE 规范预防措施的出院患者总人次与 VTE 风险评估为高危和中危的出院患者人次的比例。
	2.2.1.6 感染性休克 3 小时集束化治疗(3h bundle)完成率	入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3hbundle 的患者数与同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。
	2.2.1.7 提高医疗质量安全（不良）事件报告率	每百名出院人次医院内部（不良）事件报告系统中收集的事件例数。
	2.2.1.8 降低手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率	手术患者手术后 31 天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术例数与同期出院患者手术例数的比例。
	2.2.1.9 降低住院患者静脉输液使用率	使用静脉输液的住院患者数与同期出院人数的比例。 静脉输液：包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。同一患者使用多种静脉输注药物（含中药注射剂）按 1 人次计算。
	2.2.1.10 降低阴道分娩并发症发生率	产妇阴道分娩并发症发生人数与同期阴道分娩产妇总人数的比例。

项目	指标	指标释义
(二) 患者住院总死亡率	2.2.2.1 患者住院总死亡率	住院总死亡患者人数与同期出院患者总人次的比例。
(三) 新生儿患者住院死亡率	2.2.3.1 新生儿患者住院死亡率	新生儿住院死亡人数与同期新生儿出院患者人次的比例。
(四) 手术患者住院死亡率	2.2.4.1 手术患者住院死亡率	手术患者住院死亡人数与同期手术患者出院人次的比例
(五) 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	2.2.5.1 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	出院后 0-31 天非预期再住院患者人次与同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。
(六) 手术患者术后 48 小时/31 天内非预期重返手术室再次手术率	2.2.6.1 手术患者术后 48 小时/31 天内非预期重返手术室再次手术率	手术患者手术后 48 小时/31 天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术例数与同期出院患者手术例数的比例。
(七) ICD 低风险病种患者住院死亡率	2.2.7. 1115 个低风险病种患者住院死亡率	医院出院患者中低风险病种出现的死亡人数与同期低风险病种出院人数的比例。统计第一诊断为 115 个低风险病种（ICD-10（2019v2.0）编码）的患者，可以同时存在其他诊断。
(八) DRG 低风险组患者住院死亡率	2.2.8.1 低风险组患者住院死亡率	低风险组病例死亡人数与同期低风险组出院人数的比例。

项目	指标	指标释义
三、医疗安全指标（小计 s 分）		
（一）手术介入操作并发症、新生儿产伤等 32 个并发症发生率	2.3.1.1 并发症发生率	手术介入操作并发症、新生儿产伤等 32 个并发症发生例数与相关手术、分娩等病人数的比例。

第三章 重点专业质量控制指标（116分）

项目	指标	指标释义
一、急诊专业医疗质量控制指标（小计 7 分）		
（一）急诊科医患比	3.1.1.1 急诊科医患比	<p>急诊科医患比=急诊科在岗医师（人事关系隶属于急诊科以及在急诊科轮值的本院内外科医师）总数/同期急诊内外科患者总数（人次）</p> <p>（1）分子：急诊科在岗医师总数=1 月份急诊科在岗医师总数+2 月份急诊科在岗医师总数...+12 月份急诊科固定在岗医师总数。</p> <p>（2）急诊科轮值是指和人事关系隶属于急诊科的医师排班相同。</p> <p>（3）内外科是指医院大内科和大外科，不包括儿科、妇产科、耳鼻喉、口腔科、眼科</p>
（二）急诊科护患比	3.1.2.1 急诊科护患比	<p>急诊科护患比=急诊科在岗护理人员（人事关系隶属于急诊科以及在急诊科轮值的本院护士（师））总数/同期急诊内外科患者总数（人次）</p> <p>（1）分子：急诊科在岗护理人员总数=1 月份急诊科在岗护理人员总数+2 月份急诊科在岗护理人员总数...+12 月份急诊科在岗护理人员总数。</p> <p>（2）急诊科轮值是指和人事关系隶属于急诊科的护士（师）排班相同。</p> <p>（3）内外科是指医院大内科和大外科，不包括儿科、妇产科、耳鼻喉、口腔科、眼科。</p>
（三）信息系统中对急诊患者分级标识	3.1.3.1 急诊各级患者比例数据信息化	<p>查看获取急诊各级患者比例数据的信息系统。</p> <p>急诊患者病情分级：I 级是濒危患者，II 级是危重患者，III 级是急症患者，IV 级是非急症患者。</p>

项目	指标	指标释义
(四) 急诊抢救室患者死亡率	3.1.4.1 急诊抢救室患者死亡率	急诊抢救室患者死亡率=急诊抢救室患者死亡总数/同期急诊抢救室抢救患者总数×100% 急诊抢救室患者死亡是指患者从进入急诊抢救室开始 72 小时内死亡(不包含院外死亡者)。
(五) 急诊留观时间≥72 小时病例率	3.1.5.1 急诊留观时间≥72 小时病例率	急诊留观时间≥72 小时病例率=留观时间≥72 小时病例数/同期总留观病例数×100% 急诊留观时间是指从患者进入留观室开始到转出的时间(如无留观室, 则从入抢救室开始计算时间)。
(六) 严重创伤的平均术前时间	3.1.6.1 严重创伤的平均术前时间	严重创伤的平均术前时间=严重创伤的术前准备时间(分钟)/同期严重创伤手术台数。 严重创伤的术前准备时间是指提出紧急手术医嘱的时间至手术开始时间。严重创伤是指 ISS 评分(创伤严重程度评分)>15 分。
(七) 心肺复苏术后自主循环恢复成功率(在 3.1.7.1 和 3.1.7.2 中任选一条)	3.1.7.1 肺复苏术后自主循环恢复(ROSC)总成功率	ROSC 总成功率=ROSC 成功总例次数/同期急诊心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数×100% ROSC 成功是指急诊心脏骤停患者, 心肺复苏术(CPR)后自主循环恢复超过 20 分钟。同一患者 24 小时内行多次心肺复苏术, 记为“一例次”。
	3.1.7.2 可电击心律 ROSC 成功率	可电击心律 ROSC 成功率=初始为可电击心律 ROSC 成功总例次数/同期初始为可电击心律急诊心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数×100% (1) ROSC 成功是指急诊心脏骤停患者, CPR 后自主循环恢复超过 20 分钟。 (2) 初始可电击心律是指首次心电分析显示为无脉性室性心动过速、心室扑动或心室颤动。 (3) 同一患者 24 小时内行多次心肺复苏术, 记为“一例次”。
二、重症医学专业医疗质量控制指标 (ICU 指综合 ICU 及专科 ICU , 小计 7 分)		
(一) ICU 患者收	3.2.1.1 ICU 患者收治率	ICU 患者收治率=ICU 收治患者总数/同期医院收治患者总数×100%

项目	指标	指标释义
治率和 ICU 患者收治床日率	3.2.1.2ICU 患者收治床日率	ICU 患者收治床日率=ICU 收治患者总床日数/同期医院收治患者总床日数×100% 同一患者同一次住院多次转入 ICU，记为“多人次”。
(二) 急性生理与慢性健康评分 (APACHEII 评分) ≥15 分患者收治率 (入 ICU24 小时内)	3.2.2.1APACHEII 评分) ≥15 分患者收治率 (入 ICU24 小时内)	APACHEII评分≥15 分患者收治率=APACHEII评分≥15 分患者数/同期 ICU 收治患者总数×100%
(三) ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率	3.2.3.1ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率	ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率=ICU 使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100% 病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6 等感染指标的血清学检验。
(四) ICU 深静脉血栓 (DVT) 预防率	3.2.4.1ICU 深静脉血栓 (DVT) 预防率	DVT 预防率=DVT 预防的 ICU 患者数/同期 ICU 收治患者总数×100%
(五) ICU 标化病死指数	3.2.5.1ICU 标化病死指数	ICU 标化病死指数=ICU 患者实际病死率/ICU 患者预计病死率×100%

项目	指标	指标释义
(六) ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率	3.2.6.1 ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率	ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率 = 气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数 / 同期 ICU 患者气管插管拔管总例数 × 100% 不包括非计划气管插管拔管后再插管。
(七) 转出 ICU 后 48h 内重返率	3.2.7.1 转出 ICU 后 48h 内重返率	转出 ICU 后 48h 内重返率 = 转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数 / 同期转出 ICU 患者总数 × 100%
(八) ICU 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发病率	3.2.8.1 ICU 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发病率	VAP 发病率 = VAP 发生例数 / 同期 ICU 患者有创机械通气总天数 × 1000‰
(九) ICU 血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发病率	3.2.9.1 ICU 血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发病率	CRBSI 发病率 = CRBSI 发生例数 / 同期 ICU 患者血管内导管留置总天数 × 1000‰
(十) ICU 质控指标信息化提取率	3.2.10.1 质控指标信息化提取率	质控指标信息化提取率 = 国家质控指标能通过信息化提取的项数 / 同期需要提取的总项数 × 100%
三、临床检验专业医疗质量控制指标 (小计 6 分)		
(一) 检验前质量控制指标	3.3.1.1 血培养污染率	血培养污染率 = 血培养污染标本数 / 血培养标本总数 × 100%

项目	指标	指标释义
	3.3.1.2 急诊检验项目检验前周转时间中位数	<p>急诊检验项目检验前周转时间中位数</p> <p>(1) 检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间（以分钟为单位）。</p> <p>(2) 检验前周转时间中位数是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数。</p> <p>(3) $X_{(n+1)/2}$，n 为奇数；</p> <p>(4) $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$，n 为偶数；</p> <p>(5) n 为检验标本数，X 为实验室内周转时间。</p>
(二) 检验后质量控制指标	3.3.2.1 室内质控项目开展率	室内质控项目开展率 = 开展室内质控项目数/检验项目总数 × 100%
	3.3.2.2 室内质控项目变异系数不合格率	室内质控项目变异系数不合格率 = 室内质控项目变异系数不合格数/已开展室内质控项目总数 × 100%
	3.3.2.3 室间质评项目参加率	室间质评项目参加率 = 国家临检中心室间质评项目参加数/已有国家临检中心室间质评项目总数 × 100%
	3.3.2.4 室间质评项目合格率	室间质评项目合格率 = 每年参加国家临检中心室间质评合格项目数/参加国家临检中心室间质评项目总数 × 100%
	3.3.2.5 实验室间比对率 (用于无室间质评计划检验项目)	实验室间比对率 = 执行实验室间比对的检验项目数/同期无室间质评计划检验项目总数 × 100%
	3.3.2.6 急诊检验项目实验室内周转时间中位数	<p>急诊检验项目实验室内周转时间中位数</p> <p>(1) 实验室内周转时间指从实验室接收到标本到发送报告的时间（以分钟为单位）。</p> <p>(2) 实验室内周转时间中位数是指将实验室内周转时间由长到短排序后取中位数。</p>

项目	指标	指标释义
		(3) $X(n+1)/2$, n 为奇数; (4) $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$, n 为偶数; (5) n 为检验标本数, X 为实验室内周转时间。
(三) 检验中质量控制指标	3.3.3.1 危急值通报率	危急值通报率 = 已通报的危急值检验项目数/需要通报的危急值检验项目总数 × 100%
	3.3.3.2 危急值通报及时率	危急值通报及时率 = 危急值通报时间满足规定时间的检验项目数/同期需要危急值通报的检验项目总数 × 100% 危急值通报时间指从结果确认到与临床医生交流的时间。
四、病理专业医疗质量控制指标 (小计 6 分)		
(一) 每百张病床病理医师和技术人员数量	3.4.1.1 每百张病床病理医师数	每百张病床病理医师 = (病理医师数量/同期医疗机构实际开放床位数) × 100
	3.4.1.2 每百张病床病理技术人员数	每百张病床病理技术人员数量 = (病理技术人员数量/同期医疗机构实际开放床位数) × 100
(二) 标本规范化固定率	3.4.2.1 标本规范化固定率	标本规范化固定率 = 规范化固定的标本数/同期标本总数 × 100% 标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开, 以足量 10% 中性缓冲福尔马林充分固定。有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。
(三) 免疫组化染色切片优良率	3.4.3.1 免疫组化切片优良率	免疫组化切片优良率 = IHC 染色优良切片数/同期 IHC 染色切片总数 × 100% 免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的 IHC 染色切片。

项目	指标	指标释义
(四) 病理报告及时率	3.4.4.1 常规小标本组织病理报告及时率	<p>常规小标本组织病理报告及时率 = 在规定时间内完成常规活检小标本组织病理诊断报告的标本数/同期所有常规活检小标本组织病理诊断标本总数 × 100%</p> <p>规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤3 个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组织化学染色、分子检测的病例按照有关行业标准增加相应的工作日。</p>
	3.4.4.2 常规大标本组织病理报告及时率	<p>常规大标本组织病理报告及时率 = 在规定时间内完成常规切除大标本组织病理诊断报告的标本数/同期所有常规切除大标本组织病理诊断标本总数 × 100%</p> <p>规定时间是指各类型大标本自接收标本起，≤5 个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组织化学染色、分子检测的病例按照有关行业标准增加相应的工作日。</p>
	3.4.4.3 细胞病理报告及时率	<p>细胞病理报告及时率 = 在规定时间内审核完成细胞学标本病理诊断报告的标本数/同期所有细胞学病理诊断标本总数 × 100%</p> <p>规定时间是指细胞学标本，自接收标本起，≤2 个工作日发出细胞病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组织化学染色、分子检测的病例按照有关行业标准增加相应的工作日。</p>
	3.4.4.4 术中快速病理诊断及时率	<p>术中快速病理诊断及时率 = 在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数/同期术中快速病理诊断标本总数 × 100%</p> <p>规定时间是指单例标本术中快速病理诊断报告在收到标本后 30 分钟内完成。</p>
(五) 病理室间质评参加率	3.4.5.1 病理室间质评参加率	<p>病理室间质评参加率 = 病理室间质评参加项目数/同期发布病理室间质评总项目数 × 100%</p> <p>(1) 分子：科室常规开展项目参加病理室间质评项目数。</p> <p>(2) 分母：同期发布相关项目病理室间质评总项目数。</p> <p>(3) 病理室间质评参加项目数，是指科室常规开展项目参加省级和国家病理质控中心/临床检验中心的相关项目病理室间质评的项目数。</p> <p>(4) 病理室间质评覆盖范围：组织病理、细胞病理、常规技术、特殊染色、基于原位杂交和 PCR 等平台</p>

项目	指标	指标释义
		的分子病理、免疫组化项目等。
(六) 病理室间质评合格率	3.4.6.1 病理室间质评合格率	<p>病理室间质评合格率=病理室间质评合格项目数/同期参加病理室间质评总项目数×100%</p> <p>(1) 病理室间质评合格, 是指参加省级及以上级别病理质控中心/临床检验中心组织的各项病理室间质评, 并达到合格标准。</p> <p>(2) 病理室间质评覆盖范围: 组织病理、细胞病理、常规技术、特殊染色、分子病理、免疫组化项目等。</p>
(七) 细胞学病理诊断质控符合率	3.4.7.1 细胞学病理诊断质控符合率	<p>细胞学病理诊断质控符合率=细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数/同期抽查质控标本总数×100%</p>
(八) 术中快速病理诊断与术后常规病理诊断符合率	3.4.8.1 术中快速病理诊断与术后常规病理诊断符合率	<p>术中快速病理诊断与术后常规病理诊断符合率=术中快速病理诊断与术后常规病理诊断符合标本数/同期术中快速病理诊断标本总数×100%</p> <p>术中快速病理诊断与术后常规病理诊断符合是指二者在良恶性病变的定性诊断方面且对临床治疗方案选择方面的一致。</p>
五、医院感染管理医疗质量控制指标 (小计 7 分)		
(一) 医院感染发病 (例次) 率	3.5.1.1 医院感染发病 (例次) 率	<p>医院感染发病率=医院感染新发病例 (例次) 数/同期住院患者总数×100%</p>
(二) 抗菌药物治疗前病原学送检率	3.5.2.1 医院感染诊断相关病原学送检率	<p>医院感染诊断相关病原学送检率=完成医院感染诊断相关病原学送检的病例数/同期发生医院感染病例总数×100%</p> <p>医院感染诊断相关病原学送检指住院期间开具《常见病原学检验相关项目目录》中微生物培养及药敏试验、显微镜检查、免疫学检测以及分子快速诊断检验项目并完成标本采集。</p>

项目	指标	指标释义
	3.5.2.2 联合使用重点药物前病原学送检率	<p>联合使用重点药物前病原学送检率=接受两个或以上重点药物联合使用前病原学送检病例数/同期住院患者中接受两个或以上重点药物联合使用病例数×100%</p> <p>(1) 联合使用重点药物前病原学送检是指在联合使用重点药物治疗前开具病原学检验项目并完成相关标本采集(包括细菌培养、真菌培养;降钙素原检测、白介素-6检测、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测(G 试验)等)。</p> <p>(2) 重点药物是指碳青霉烯类(亚胺培南、美罗培南、帕尼培南、比阿培南和厄他培南)、糖肽类(万古霉素、替考拉宁)、替加环素、利奈唑胺、多黏菌素、头孢哌酮舒巴坦、抗真菌类(伏立康唑、伊曲康唑、卡泊芬净)。</p>
(三) 多重耐药菌感染检出率	3.5.3.1 多重耐药菌感染检出率	<p>多重耐药菌检出率=多重耐药菌检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数×100%</p> <p>(1) 多重耐药菌主要包括:耐碳青霉烯类大肠埃希菌(CREC)、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐碳青霉烯肺炎克雷伯菌(CRKP)、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌(CRABA)、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌(CRPAE)。</p> <p>(2) 根据去重原则,同一患者首次检出的同一菌种(含耐药与非耐药)纳入分母,同一患者首次检出的同一耐药菌种纳入分子,不考虑耐药表型的变化。</p> <p>(3) 不同的多重耐药菌分别计算。</p> <p>(4) 医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据÷CMI)后,与标准对比。</p>
(四) 多重耐药菌发生率	3.5.4.1 多重耐药菌医院感染发生率	<p>多重耐药菌医院感染发生率=(多重耐药菌医院感染患者数/同期住院患者总数×100%</p> <p>(1) 多重耐药菌种类同 3.5.3.1。</p> <p>(2) 医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据÷CMI)后,与标准对比。</p>

项目	指标	指标释义
(五) 血管内导管相关血流感染发病率	3.5.5.1 血管内导管相关血流感染发病率	血管内导管相关血流感染发病率=血管内导管相关血流感染例次数/同期患者使用血管内导管留置总天数×1000% (1) 分母是以患者为统计单位的血管内导管留置总天数,而非患者每根血管内导管留置总天数。 (2) 医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据÷CMI)后,与标准对比。
(六) 呼吸机相关肺炎发病率	3.5.6.1 呼吸机相关肺炎发病率	呼吸机相关肺炎发病率=呼吸机相关肺炎例次数/同期患者使用有创呼吸机总天数×1000% 医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据÷CMI)后,与标准对比。
(七) 导尿管相关泌尿系感染发病率	3.5.7.1 导尿管相关泌尿系感染发病率	导尿管相关泌尿系感染发病率=导尿管相关泌尿系感染例次数/同期患者使用导尿管总天数×1000% 医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据÷CMI)后,与标准对比。
六、产科专业医疗质量控制指标(小计 7 分)		
(一) 剖宫产率	3.6.1.1 总剖宫产率	剖宫产率=剖宫产分娩产妇人数/同期分娩产妇总人数×100% 分娩产妇:分娩孕周≥28 周的产妇。
	3.6.1.2 初产妇剖宫产率	初产妇剖宫产率=初产妇剖宫产人数/同期初产妇总人数×100% 初产妇:妊娠≥28 周初次分娩的产妇,既往无 28 周及以上孕周分娩史。
(二) 巨大儿发生率	3.6.2.1 巨大儿发生率	巨大儿发生率=巨大儿数/同期活产儿数×100% 巨大儿:出生体重≥4000g。
(三) 严重产后出血发生率	3.6.3.1 严重产后出血发生率	严重产后出血发生率=严重产后出血产妇人数/同期分娩产妇总人数×100% (1) 严重产后出血:分娩 24 小时内出血量≥1000ml。 (2) 分娩产妇:分娩孕周≥28 周的产妇。

项目	指标	指标释义
(四) 产后或术后非计划再次手术率	3.6.4.1 产后或术后非计划再次手术率	<p>产后或术后非计划再次手术率=产后或术后发生非计划再次手术人数/同期分娩产妇总人数×1000%</p> <p>(1) 分子指产妇在同一次住院期间, 产后或术后因各种原因导致患者需重返手术室进行计划外再次手术(含介入手术)的人数。</p> <p>(2) 分娩产妇: 分娩孕周≥28 周的产妇。</p>
(五) 足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 <7 分发生率	3.6.5.1 足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 <7 分发生率	<p>足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 <7 分发生率=足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 <7 分人数/同期足月活产儿总数×1000%</p> <p>足月新生儿: 分娩孕周≥37 周出生的新生儿。</p>
(六) 阴道分娩椎管内麻醉使用率	3.6.6.1 阴道分娩椎管内麻醉使用率	<p>阴道分娩椎管内麻醉使用率=阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数/同期阴道分娩产妇总人数×100%</p> <p>阴道分娩人数: 不含中转剖宫产产妇人数。</p>
(七) 可避免的孕产妇死亡活产比	3.6.7.1 可避免的孕产妇死亡活产比	<p>可避免的孕产妇死亡活产比=可避免的孕产妇死亡人数/同期活产数×100000/100000</p> <p>可避免: 经省级孕产妇死亡评审, 结果为“可避免”者。</p>
七、呼吸内科专业医疗质量控制 (小计 7 分)		
(一) 急性肺血栓栓塞症 (诊断编码: I26.900X010、I26.900X011)	3.7.1.1 急性肺血栓栓塞症 (PTE) 患者确诊检查比例	<p>急性 PTE 患者确诊检查比例=急性 PTE 患者行确诊检查人数/同期急性 PTE 患者总数×100%</p> <p>确诊检查指 CT 肺动脉造影或放射性核素肺通气灌注扫描或磁共振肺动脉造影或肺动脉造影。</p>

项目	指标	指标释义
I26.900X012 、 I26.900X001 、 I26.900X005 、 I26.900X006)	3.7.1.2 急性PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例	急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例=急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查人数/同期急性 PTE 患者总数×100% 深静脉血栓相关检查包括：静脉超声、CT 静脉造影、放射性核素静脉显象、磁共振静脉造影、静脉造影中任一项。
	3.7.1.3 住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例	住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例=住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者数/同期行溶栓治疗的急性 PTE 患者总数×100% (1) 高危急性 PTE 指患者出现休克或者持续性低血压。 (2) 休克或者持续性低血压是指收缩压<90mmHg 和 (或) 下降≥40mmHg，并持续 15 分钟以上，排除新发心律失常、血容量下降、脓毒血症。 (3) 分母不包含无痛胃肠镜麻醉。
(二) 慢性阻塞性肺疾病 急性加重 (诊断编码： J44.900 、 J44.900X002 、 J44.900X003 、 J44.900X004 、 J44.900X005 、 J44.800、J44.100、 J44.000)	3.7.2.1 慢阻肺急性加重患者入院病情评估比例	慢阻肺急性加重患者入院病情评估比例=住院期间对慢阻肺急性加重患者进行病情程度评估例数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100% 病情评估包括动脉血气分析，胸部影像学检查等。
	3.7.2.2 慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例	慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例=住院期间进行超声心动图检查慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%
	3.7.2.3 慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例=住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%

项目	指标	指标释义
	3.7.2.4 慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例	慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例=住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%
(三) 住院成人社区获得性肺炎(诊断编码: J15.902、J15.903、J18.900、J18.903、J18.100、J15.900、J18.000)	3.7.3.1 住院成人社区获得性肺炎(CAP)患者进行CAP严重程度评估的比例	住院 CAP 患者进行 CAP 严重程度评估的比例=进行了 CAP 严重程度评估的住院 CAP 患者数/同期住院 CAP 患者总数×100% 评估指使用 CURB-65 评分, PSI 评分等评分系统。
	3.7.3.2 CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例=抗感染治疗前行病原学送检的住院 CAP 患者数/同期住院 CAP 患者总数×100%
八、神经系统疾病医疗质量控制指标(小计 7 分)		
(一) 癫痫	3.8.1.1 癫痫患者病因学检查完成率	癫痫患者病因学检查完成率=完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100% (1) 神经影像学检查指头颅 CT、核磁共振等。 (2) 脑电图学相关检查指普通脑电图、视频长程脑电图等。

项目	指标	指标释义
	3.8.1.2 抗癫痫药物规范服用率	抗癫痫药物规范服用率=近 3 月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）数/同期住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）总数×100% 规范使用抗癫痫药物指患者依照发作类型服用恰当的抗癫痫药物，按照规范剂量，规律服用抗癫痫药物 3 月及以上。
	3.8.1.3 癫痫患者精神行为共患病筛查率	癫痫患者精神行为共患病筛查率=进行精神行为共患病（抑郁症、焦虑症）筛查的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100%
	3.8.1.4 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率	惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率=院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%
(二) 脑梗死	3.8.2.1 脑梗死患者神经功能缺损评估率	脑梗死患者神经功能缺损评估率=入院时行神经功能缺损 NIHSS 评估的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100% 分子指首次病程记录中使用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）进行神经功能缺损评估的人数。
	3.8.2.2 发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率	发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率=发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数/同期发病 4.5 小时到院的脑梗死患者总数×100% 分子指首次病程记录中记录发病 4.5 小时内急诊行溶栓治疗的脑梗死患者人数
	3.8.2.3 静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于 60 分钟的比例	静脉溶栓的脑梗死患者 DNT 小于 60 分钟的比例=静脉溶栓 DNT 小于 60 分钟的脑梗死患者数/同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数×100% 分子指绿色通道节点表显示静脉溶栓 DNT 小于 60 分钟的脑梗死患者数。

项目	指标	指标释义
	3.8.2.4 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率 = 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺在 90 分钟内人数 / 同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数 × 100%
(三) 颈动脉支架置入术	3.8.3.1 颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率	颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率 = 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数 / 同期颈动脉支架置入术患者总数 × 100% 颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率 = 颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡人数 / 同期颈动脉支架置入术患者完成术后 30 天随访人数 × 100%
(四) 脑血管造影术	3.8.4.1 脑血管造影术严重并发症发生率	脑血管造影术严重并发症发生率 = 脑血管造影术发生严重并发症的患者数 / 同期行脑血管造影术的患者总数 × 100%
(五) 帕金森病	3.8.5.1 住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率	住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率 = 进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数 / 同期住院帕金森病患者总数 × 100% 急性左旋多巴试验可以选择包括复方左旋多巴类药物在内的多种多巴胺能药物进行。
	3.8.5.2 住院帕金森病患者进行临床分期的比例	住院帕金森病患者进行临床分期的比例 = 进行临床分期的住院帕金森病患者数 / 同期住院帕金森病患者总数 × 100% 临床分期是指 Hoehn-Yahr 分期。1 期：累及单侧肢体；2 期：双侧肢体症状但无平衡障碍；3 期：轻至中度双侧症状，姿势不稳，不能从后拉试验中恢复，但可自理；4 期：重度病残，不需要帮助仍能站立和行走；5 期：坐轮椅或卧床，完全依赖别人帮助。
九、肾病专业医疗质量控制指标（小计 7 分）		
(一) 慢性肾脏病和泌尿系统感染	3.9.1.1 IgA 肾病肾活检严重并发症发生率	IgA 肾病肾活检严重并发症发生率 = 肾活检发生严重并发症的 IgA 肾病患者数 / 同期完成肾活检术的 IgA 肾病患者总数 × 100%

项目	指标	指标释义
		(1) IgA 肾病的 ICD10 编码: N02.801。 (2) “肾穿刺术”的 ICD10 编码: 55.921。
	3.9.1.2 IgA 肾病患者肾素-血管紧张素系统 (RAS) 阻断剂的使用率	IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率 = 使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数 / 同期适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数 × 100% (1) RAS 阻断剂是指血管紧张素转化酶抑制剂和血管紧张素受体拮抗剂, 适应证为 24h 尿蛋白定量 > 1g 且病人可耐受、无 RAS 阻断剂应用禁忌症。禁忌症为双侧肾动脉狭窄或只有单侧肾脏而肾动脉狭窄或重度肾功能不全 (GFR < 45ml/min) 或低血压状态。 (2) IgA 肾病的 ICD10 编码: N02.801。
	3.9.2.1 血液透析患者每 6 个月血源性传染病标志物检验完成率	血液透析患者每 6 个月血源性传染病标志物检验完成率 = 完成血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数 / 同期所有维持性血液透析患者总数 × 100%
	3.9.2.2 血液透析患者肾性贫血控制率	维持性血液透析患者肾性贫血控制率 = 血红蛋白 ≥ 110g/L 的维持性血液透析患者数 / 同期维持性血液透析患者总数 × 100%
	3.9.2.3 血液透析患者慢性肾脏病矿物质与骨异常 (CKD-MBD) 控制率	维持性血液透析患者 CKD-MBD 控制率 = (2.50mmol/L ≥ 血钙 ≥ 2.10mmol/L 且 1.78mmol/L ≥ 血磷 ≥ 1.13mmol/L 且 600pg/ml ≥ 血 iPTH ≥ 130pg/ml) 的维持性血液透析患者数 / 同期维持性血液透析患者总数 × 100%
	3.9.2.4 维持性血液透析患者自体动静脉内瘘使用率	自体动静脉内瘘使用率 = 使用自体动静脉内瘘进行维持性血液透析患者数 / 同期维持性血液透析患者总数 × 100%
(三) 维持性腹膜透析	3.9.3.1 腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成	腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率 = 6 个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数 / 同期腹膜透析患者总数 × 100%

项目	指标	指标释义
	率	分子指分子：每 6 个月，完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者的总人数。
	3.9.3.2 腹膜透析患者肾性贫血控制率	维持性腹膜透析患者肾性贫血控制率 = 血红蛋白 $\geq 110\text{g/L}$ 的维持性腹膜透析患者数 / 同期维持性腹膜透析患者总数 $\times 100\%$
	3.9.3.3 腹膜透析患者慢性肾脏病矿物质与骨异常 (CKD-MBD) 控制率	维持性腹膜透析患者 CKD-MBD 控制率 = (2.50mmol/L $\geq$ 血钙 $\geq 2.10\text{mmol/L}$ 且 1.78mmol/L $\geq$ 血磷 $\geq 1.13\text{mmol/L}$ 且 600pg/ml $\geq$ 血 iPTH $\geq 130\text{pg/ml}$) 的维持性腹膜透析患者数 / 同期维持性腹膜透析患者总数 $\times 100\%$
	3.9.3.4 腹膜透析患者尿素清除指数 (Kt/V) 及总内生肌酐清除率 (Ccr) 控制率	腹膜透析患者尿素清除指数 (Kt/V) 及总内生肌酐清除率 (Ccr) 控制率 = Kt/V ≥ 1.7 /周且总 Ccr $\geq 50\text{L}/1.73\text{m}^2$ /周的腹膜透析患者数 / 同期腹膜透析患者总数 $\times 100\%$
十、护理专业医疗质量控制指标 (小计 7 分)		
(一) 护患比	3.10.1.1 白班平均护患比	白班平均护患比(1: X) = 1: (每天白班护理患者数之和/同期每天白班责任护士数之和)
	3.10.1.2 夜班平均护患比	夜班平均护患比 (1: X) = 1: (每天夜班护理患者数之和/同期每天夜班责任护士数之和)
(二) 不同级别护士配置占比	3.10.2.1 医院 5 年以下护士占比	医院 5 年以下护士占比 = 医院工作年限 < 5 年的执业护士人数 / 同期医院执业护士总人数 $\times 100\%$

项目	指标	指标释义
	3.10.2.2 医院 20 年及以上护士占比	医院 20 年及以上护士占比=医院工作年限≥20 年的执业护士人数/同期医院执业护士总人数×100%
(三) 住院患者跌倒发生率	3.10.3.1 住院患者跌倒发生率	住院患者跌倒发生率=住院患者跌倒例次数/同期住院患者实际占用床日数×1000‰
	3.10.3.2 住院患者跌倒伤害占比	住院患者跌倒伤害占比=住院患者跌倒伤害总例次数/同期住院患者跌倒总例次数×100%
(四) 住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率	3.10.4.1 住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率	住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率=住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数×100%
(五) 置管患者非计划拔管率	3.10.5.1 气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率	气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率=住院患者气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管例次数/同期住院患者气管导管（气管插管、气管切开）留置总日数×1000‰
	3.10.5.2 胃肠管（经口/鼻）非计划拔管率	胃肠管（经口/鼻）非计划拔管率=住院患者胃肠管（经口/鼻）非计划拔管例次数/同期住院患者胃肠管（经口/鼻）留置总日数×1000‰
	3.10.5.3 导尿管非计划拔管率	导尿管非计划拔管率=住院患者留置导尿管非计划拔管例次数/同期住院患者导尿管留置总日数×1000‰

项目	指标	指标释义
	3.10.5.4 中心静脉导管（CVC）非计划拔管率	CVC 非计划拔管率=住院患者 CVC 非计划拔管例次数/同期住院患者 CVC 留置总日数×1000‰
	3.10.5.5 经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率	PICC 非计划拔管率=住院患者 PICC 非计划拔管例次数/同期住院患者 PICC 留置总日数×1000‰
十一、药事管理专业医疗质量控制指标（小计 7 分）		
（一）处方/医嘱质量评价（审核率、点评）	3.11.1.1 门诊处方审核率	门诊处方审核率=药品收费前药师审核门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%
	3.11.1.2 急诊处方审核率	急诊处方审核率=药品收费前药师审核急诊处方人次数/同期急诊处方总人次数×100% 急诊处方：仅统计急诊患者处方，急诊留观和抢救患者除外。
	3.11.1.3 住院用药医嘱审核率	住院用药医嘱审核率=药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数/同期住院患者用药医嘱总条目数×100% 住院患者用药医嘱（总）条目数均以出院患者用药医嘱（总）条目数计算。
	3.11.1.4 门诊处方点评率	门诊处方点评率=点评的门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%
	3.11.1.5 门诊处方合格率	门诊处方合格率=合格的门诊处方人次数/同期点评门诊处方总人次数×100% 不合格处方：包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

项目	指标	指标释义
(二) 住院患者药学监护率	3.11.2.1 住院患者药学监护率	<p>住院患者药学监护率 = 实施药学监护的住院患者数 / 同期住院患者总数 × 100%</p> <p>(1) 药学监护主要包括药学查房、制订监护计划、患者用药教育、药学会诊等在病历中记录的工作。</p> <p>(2) 实施药学监护的住院患者数和同期住院患者总数均以出院患者的人数计算。</p>
(三) 严重或新的药品不良反应上报率	3.11.3.1 严重或新的药品不良反应上报率	<p>严重或新的药品不良反应上报率 = 严重或新的药品不良反应上报人数 / 同期用药患者总人数 × 100%</p> <p>(1) 严重药品不良反应：是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：A. 导致死亡。B. 危及生命。C. 致癌、致畸、致出生缺陷。D. 导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤。E. 导致住院或者住院时间延长。F. 导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。</p> <p>(2) 新的药品不良反应：是指药品说明书中未载明的不良反应。说明书中已有描述，但不良反应发生的性质、程度、后果或者频率与说明书描述不一致或者更严重的，按照新的药品不良反应处理。</p> <p>(3) 同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。</p>
(四) 静脉用药集中调配医嘱干预率	3.11.4.1 静脉用药集中调配医嘱干预率	<p>静脉用药集中调配医嘱干预率 = 医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数 / 同期静脉用药集中调配不适宜医嘱总条目数 × 100%</p>
(五) 住院患者抗菌药物使用情况	3.11.5.1 住院患者抗菌药物使用率	<p>住院患者抗菌药物使用率 = 住院患者使用抗菌药物人数 / 同期医疗机构住院患者总数 × 100%</p> <p>住院患者使用抗菌药物人数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。</p>
	3.11.5.2 住院患者抗菌药物使用强度	<p>住院患者抗菌药物使用强度 = 住院患者抗菌药物使用量 (累计 DDD 数) / 同期收治患者人天数 × 100</p> <p>(1) 住院患者抗菌药物使用量 (累计 DDD 数)，指住院患者在院期间抗菌药物应用情况，不包括住院患者出院带药。</p> <p>(2) 人天数：指所有出院者占用总床日数。</p>

项目	指标	指标释义
	3.11.5.3 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比	住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比=住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计 DDD 数）/同期住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）×100%
	3.11.5.4 I类切口手术抗菌药物预防使用率	I类切口手术抗菌药物预防使用率=I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数/同期I类切口手术患者总数×100%
十二、病案管理质量控制指标（6分）		
（一）人力资源配置指标	3.12.1.1 住院病案管理人员月均负担出院患者病历数	住院病案管理人员月均负担出院患者病历数=出院患者病历总数/同期住院病案管理人员实际工作总月数
（二）病历书写时效性指标	3.12.2.1 入院记录 24 小时内完成率	入院记录 24 小时内完成率=入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数/同期住院患者病历总数×100%
	3.12.2.2 手术记录 24 小时内完成率	手术记录 24 小时内完成率=手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100%
	3.12.2.3 出院记录 24 小时内完成率	出院记录 24 小时内完成率=出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100%
（三）病历归档质量指标	3.12.3.1 出院患者病历 2 日归档率	出院患者病历 2 日归档率=2 个工作日内完成归档的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%
	3.12.3.2 出院患者病历归档完整率	出院患者病历归档完整率=归档病历内容完整的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%

项目	指标	指标释义
	3.12.3.3 主要诊断填写正确率	主要诊断填写正确率=病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%
	3.12.3.4 主要诊断编码正确率	主要诊断编码正确率=病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%
	3.12.3.5 主要手术填写正确率	主要手术填写正确率 =病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%
	3.12.3.6 主要手术编码正确率	主要手术编码正确率 =病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%
十三、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（7分）		
（一）急性心肌梗死医疗质量控制指标	3.13.1.1 发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率	发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率=发病 24 小时内急性 STEMI 患者接受再灌注治疗的患者数/同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数×100%
	3.13.1.2 发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗（PCI）的比例	发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接 PCI 的比例=发病 24 小时内急性 STEMI 患者中到院至导丝通过靶血管（DTD）的时间小于等于 90 分钟的患者数/同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数×100% 分子指发病 24 小时内来院就诊，且“到达医院急诊大门的 90 分钟内，导丝通过靶病变”的急性 STEMI 患者数。
	3.13.1.3 发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例	发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例 =发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTN 时间小于等于 30 分钟的患者数/同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性

项目	指标	指标释义
	分钟内给予静脉溶栓治疗的比例	STEMI 患者总数×100%
	3.13.1.4 急性 STEMI 患者住院期间应用超声心动图（UCG）评价左心室射血分数（LVEF）的比例	急性 STEMI 患者住院期间应用 UCG 评价 LVEF 的比例 = 住院期间通过超声心动图评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100% （1）分子指住院期间通过二维超声心动图评价左心室射血分数（LVEF）的急性 STEMI 患者数。 （2）分母指同时期内，所有诊断为急性 STEMI 的患者总数（病案首页上为“急性前壁心肌梗死”、“急性下壁心肌梗死”等）。
	3.13.1.5 急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率	急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率 = 出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%
（二）心房颤动医疗质量控制指标	3.13.2.1 非瓣膜性心房颤动（房颤）患者血栓栓塞风险评估率	非瓣膜性心房颤动（房颤）患者血栓栓塞风险评估率 = 同期行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤患者总数×100% 血栓栓塞风险评估推荐采用 CHA2DS2-VASc 评分。
	3.13.2.2 房颤患者出血风险评估率	房颤患者出血风险评估率 = 行出血风险评估的房颤患者数/同期房颤患者总数×100% 出血风险评估推荐采用 HAS-BLED 评分、ORBIT 评分或 ABC 评分等。
（三）心力衰竭医疗质量控制指标	3.13.3.1 心力衰竭心脏超声心动图检查率	心力衰竭心脏超声心动图检查率 = 心力衰竭的患者行心脏超声心动图检查的人数/同期心力衰竭患者总人数×100% 心力衰竭指诊断包含以下之一者：心功能 III 或 IV 级、KILLIPS II 级或 III 级或 IV 级、心功能不全、急性心力衰竭、慢性心力衰竭、心肌病。

项目	指标	指标释义
	3.13.3.2 心力衰竭出院β受体阻滞剂应用率	心力衰竭β受体阻滞剂应用率=射血分数降低心力衰竭的患者应用β受体阻滞剂的人数/同期射血分数降低心力衰竭患者总人数×100% 射血分数降低心力衰竭诊断指超声心动图检查中射血分数（EF）<40%的患者。
（四）高血压医疗控制指标	3.13.4.1 住院高血压患者出院血压达标率	住院高血压患者出院血压达标率=当月住院的高血压患者出院血压低于 140/90mmHg 的人数/同期住院的高血压患者总人数×100% 高血压指出院诊断包含高血压者。血压低于 140/90mmHg 指收缩压低于 140mmHg 同时舒张压低于 90mmHg）。
（五）先心病介入治疗技术	3.13.5.1 先心病介入治疗成功率	先心病介入治疗成功率=当月行先心病介入治疗成功的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100% （1）分子：先心病包括房间隔缺损（ASD）、室间隔缺损（VSD）、动脉导管未闭（PDA）、卵圆孔未闭（PFO）及肺动脉瓣狭窄（PS）。 （2）治疗成功指通过介入手段治疗先心病后，达到治愈原先天性畸形或明显改善其血流动力学，且未发生严重并发症。
（六）心律失常介入治疗技术医疗质量控制指标	3.13.6.1 心脏植入型电子器械（CIED）植入术住院死亡率	CIED 植入术住院死亡率=行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数/同期行 CIED 植入术的患者总数×100%
	3.13.6.2 阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率	PSVT 导管消融治疗成功率（CVD-CAIT-04）=行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数/同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数×100% PSVT 包括房室折返性心动过速（AVNRT）和房室折返性心动过速（AVRT）。

项目	指标	指标释义
	3.13.6.3 导管消融治疗住院死亡率	导管消融治疗住院死亡率 = 行导管消融治疗住院期间死亡的患者数/同期行导管消融治疗的患者总数×100% 死亡原因包括心脏压塞、出血、感染、电风暴、心衰、心房食道瘘等。
十四、超声诊断专业医疗质量控制指标（s分）		
（一）住院超声检查 48 小时内完成率	3.14.1.1 住院超声检查 48 小时内完成率	住院超声检查 48 小时内完成率 = 单位时间内在临床开具住院超声检查申请 48h 内完成检查并出具超声检查报告的例数/同期临床开具住院超声检查申请单总数×100%
（二）超声危急值 10 分钟内通报完成率	3.14.2.1 超声危急值 10 分钟内通报完成率	超声危急值 10 分钟内通报完成率 = 单位时间内 10 分钟内完成通报的超声危急值例数/同期超声危急值总例数×100%
（三）超声报告质量	3.14.3.1 超声报告书写合格率	超声报告书写合格率 = 单位时间内超声检查报告书写合格的数量/同期超声检查报告总数×100%
	3.14.3.2 超声诊断符合率	超声诊断符合率 = 单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数/同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数×100%
	3.14.3.3 乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统（BIRADS）分类率	乳腺病变超声报告进行 BI-RADS 分类率 = 单位时间内进行 BI-RADS 分类的乳腺病变超声报告数/同期乳腺病变超声报告总数×100%
（四）超声筛查中胎儿重大致死性	3.14.4.1 超声筛查中胎儿重大致死性畸形的漏诊	每年度在产前超声筛查中，漏诊胎儿重大致死性畸形的情况。 胎儿重大致死性畸形包括无脑畸形、无叶型前脑无裂畸形、严重脑膜脑膨出、严重的开放性脊柱裂伴脊髓

项目	指标	指标释义
畸形的漏诊情况	情况	脊膜膨出、单心室、单一大动脉、严重的胸腹壁缺损并内脏外翻、双肾缺如、四肢严重短小的致死性骨发育不良。
(五) 超声介入相关主要并发症发生率	3.14.5.1 超声介入相关主要并发症发生率	<p>超声介入相关主要并发症发生率=单位时间内超声介入相关主要并发症发生的例数/同期超声介入总例数×100%</p> <p>(1) 纳入统计的超声介入包括穿刺活检、抽吸、引流、插管、注药治疗、消融等超声引导下的穿刺与治疗。</p> <p>(2) 主要并发症包括：出血、感染、邻近脏器损伤、神经损伤、针道种植等。</p>
十五、康复医学专业医疗质量控制指标 (s 分)		
(一) 住院患者早期康复介入率	3.15.1.1 住院患者早期康复介入率	<p>住院患者早期康复介入率=单位时间内接受早期康复人数/同期住院患者康复治疗人数×100%</p> <p>(1) 统计范围包括医疗机构内所有符合相关条件的住院患者。</p> <p>(2) 脑卒中早期康复介入首次诊疗时间应当在患者生命体征稳定、神经功能缺损症状稳定后 48 小时内，包括急诊、急救科室收治病人，临床专科住院病人，以及本科室收治的急性期病人。</p>
(二) 住院患者功能评定率	3.15.2.1 住院患者功能评定率	<p>住院患者功能评定率=住院患者功能评定人数 / 住院患者康复治疗人数×100%</p> <p>(1) 分子：住院患者功能评定人数是指单位时间内本科室的住院患者，以及在临床专科住院并接受康复诊疗的患者中，接受功能评定的总人数。</p> <p>(2) 分母：住院患者康复治疗人数是指单位时间内本科室的住院患者，以及在临床专科住院并接受康复诊疗的患者中，接受康复治疗的总人数</p> <p>(3) 说明：功能评定包括但不限于意识、认知、言语、吞咽、运动、感觉、自主神经系统、情绪、日常生活活动能力、ICF 等。</p>

项目	指标	指标释义
(三) 并发症和不良事件发生率及预防率	3.15.3.1 住院患者静脉血栓栓塞症发生率	住院患者静脉血栓栓塞症发生率 = 单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数 / 同期康复医学科住院患者总数 × 100% 静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。
	3.15.3.2 住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率	住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率 = 单位时间内进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数 / 同期康复医学科住院患者总数 × 100%
十六、临床营养专业医疗质量控制指标 (s 分)		
(一) 营养科专业人员配置率	3.16.1.1 营养科医床比	营养科医床比 = 营养科医师总数 / 同期医疗机构实际开放床位数 (1) 分子: 营养科医师总数即取得 (临床/公卫/中医等) 执业医师资格证书, 医院按照医师技术职称聘任的营养科医师, 以营养科全职在岗人员计。 (2) 分母: 同期医疗机构实际开放床位数, 即当月医疗机构实有床位数量 (实际开放床位)。
	3.16.1.2 营养科技床比	营养科技床比 = 营养科技师总数 / 同期医疗机构实际开放床位数 (1) 分子: 营养科技师总数即取得营养师证书, 医院以技师聘任的营养科专职在岗工作人员, 包括技师和技士, 以营养科全职在岗人员计。 (2) 分母: 同期医疗机构实际开放床位数, 即当月医疗机构实有床位数量 (实际开放床位)。
	3.16.1.3 营养科护床比	营养科护床比 = 营养科护士总数 / 同期医疗机构实际开放床位数 营养科护士总数指取得或将取得相应护士执业证书的营养科全职在岗职工, 以营养科全职在岗人员计。

项目	指标	指标释义
(二) 住院患者营养风险筛查率	3.16.2.1 住院患者营养风险筛查率	住院患者营养风险筛查率 = 完成营养风险筛查住院患者数 / 同期住院患者总数 × 100%
(三) 住院患者营养评估率	3.16.3.1 住院患者营养评估率	住院患者营养评估率 = 本月住院患者营养评估例数 / 本月出院患者总数 × 100% 分子指当月住院患者中, 由受过培训的营养医师、营养技师及营养专科护士通过膳食调查、体格检查、营养缺乏病检查、生物化学检查等方法, 进行综合性营养评估的总人数。
(四) 住院患者营养治疗率	3.16.4.1 住院营养风险患者营养治疗率	住院患者营养治疗率 = 营养治疗患者总例数 / 同期住院患者营养风险筛查阳性总例数 × 100% (1) 分子指住院患者中, 接受营养治疗 (通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素, 以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的) 的患者总例数。 (2) 分母指住院患者中, 使用经验证的营养风险筛查工具评估为营养风险阳性/存在营养风险的患者总例数。
	3.16.4.2 医疗膳食实际就餐率	医疗膳食实际就餐率 = 医疗膳食订餐的住院患者人数 / 同期被下达医疗膳食医嘱的患者人数 × 100% 患者人数以累计值计算。
十七、麻醉专业医疗质量控制指标 (小计 7 分)		
(一) 麻醉科医护比	3.17.1.1 麻醉科医护比	麻醉科医护比 = 固定在麻醉科岗配合开展围手术期工作的麻醉护士总数 / 固定在临床麻醉医生岗的医师总数

项目	指标	指标释义
(二) 麻醉科门诊评估率	3.17.2.1 麻醉科门诊评估率	麻醉科门诊评估率=麻醉门诊进行麻醉前评估例次数/同期麻醉科完成日间手术、门诊舒适化医疗麻醉总例次数×100% 门诊舒适化医疗包括无痛胃肠镜、无痛支气管镜、无痛人流、无痛膀胱镜等。
(三) 择期手术麻醉前访视率	3.17.3.17 择期手术麻醉前访视率	择期手术麻醉前访视率=择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数/同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数×100% 分子指单位时间内，择期手术患者在进入手术室（含麻醉操作单元）前完成麻醉前访视（不等同于麻醉前签字）的例次数。
(四) 入室后手术麻醉取消率	3.17.4.1 入室后手术麻醉取消率	入室后手术麻醉取消率=患者入室后至麻醉开始前，手术麻醉取消的例次数/同期入室后拟手术麻醉总例次数×100% (1) 入室是指患者进入手术室（包括术前等待区）或手术室外麻醉单元准备实施麻醉。 (2) 入室后拟手术麻醉总例次数包括取消和已施手术麻醉的 (3) 总例次数（同一患者多次手术，以多例次计）。
(五) 麻醉术中体温监测率	3.17.5.1 麻醉术中体温监测率	麻醉术中体温监测率=手术麻醉期间接受体温监测（连续监测或间断监测）的麻醉例次数/同期麻醉总例次数×100%
(六) 非计划二次气管插管率	3.17.6.1 非计划二次气管插管率	非计划二次气管插管率=非计划二次气管插管患者数/同期术后气管插管拔除患者总数×100%
(七) 麻醉科术后镇痛率	3.17.7.1 麻醉科术后镇痛率	麻醉科术后镇痛率=麻醉科开展实施术后镇痛患者数/同期麻醉手术患者总数×100%

项目	指标	指标释义
(八) 麻醉科术后镇痛满意率	3.17.8.1 麻醉科术后镇痛满意率	麻醉科术后镇痛满意率 = 麻醉科开展实施的术后镇痛随访 VAS ≤ 3 分患者数 / 同期麻醉科开展实施的术后镇痛患者总数 × 100%
(九) 麻醉后麻醉相关严重并发症发生率	3.17.9.1 麻醉后麻醉相关严重并发症发生率	麻醉后麻醉相关严重并发症发生率 = 麻醉后麻醉相关严重并发症发生例数 / 同期麻醉总例数 × 100% 麻醉后麻醉相关严重并发症包括麻醉期间心跳骤停、严重过敏反应、区域阻滞麻醉后严重神经并发症、深静脉穿刺严重并发症、术中牙齿损伤、严重反流误吸、全麻术中知晓、麻醉后心肌梗塞、麻醉后新发昏迷、麻醉后肺栓塞、麻醉后 24 小时内患者死亡等。
(十) 超声引导穿刺（限深静脉、动脉及神经阻滞穿刺）覆盖率	3.17.10.1 超声引导穿刺覆盖率	超声引导穿刺覆盖率 = 超声引导穿刺例次数 / 同期深静脉、动脉及神经阻滞穿刺总例数 × 100% 超声引导穿刺指深静脉、动脉及神经阻滞穿刺。
(十一) 危重患者（ASAIII级以上）有创监测率	3.17.11.1 危重患者有创监测率	危重患者有创监测率 = 进行有创血流动力学监测的危重患者例次数 / 同期危重患者麻醉手术总例数 × 100% 危重患者指 ASAIII级以上患者。
十八、临床用血质量控制指标（小计 6 分）		
(一) 每千单位用血输血专业技术人员数	3.18.1.1 每千单位用血输血专业技术人员数	每千单位用血输血专业技术人员数 = 输血科（血库）专职专业技术人员数 / （医疗机构年度用血总单位数 / 1000） 医疗机构年度用血总单位数指医疗机构一年时间使用全血、红细胞成分和血浆的总单位数，全血 200 毫升为 1 单位，血浆 100 毫升为 1 单位。

项目	指标	指标释义
(二)《临床输血申请单》合格率	3.18.2.1《临床输血申请单》合格率	《临床输血申请单》合格率=填写规范且符合用血条件的申请单数/同期输血科(血库)接收的申请单总数×100%
(三)受血者标本血型复查率	3.18.3.1受血者标本血型复查率	受血者标本血型复查率=受血者血液标本复查血型数/同期接收的受血者血液标本总数×100%
(四)输血相容性检测项目室内质控率	3.18.4.1输血相容性检测项目室内质控率	输血相容性检测项目室内质控率=开展室内质控的输血相容性检测项目数/医疗机构开展的输血相容性检测项目总数×100%
(五)输血相容性检测室间质评项目参加率	3.18.5.1输血相容性检测室间质评项目参加率	输血相容性检测室间质评项目参加率=参加室间质评的输血相容性检测项目数/所参加的国家和省级室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数×100% 输血相容性室间质评检测项目包括5项:ABO正定型、ABO反定型、RhD血型,不规则抗体筛查和交叉配血。
(六)输血相容性检测室间质评项目合格率	3.18.6.1输血相容性检测室间质评项目合格率	输血相容性检测室间质评项目合格率=参加室间质评的输血相容性检测合格项目数/所参加的国家和省级室间质评输血相容性检测室间质评项目总数×100% 输血相容性室间质评检测项目包括5项:ABO正定型、ABO反定型、RhD血型,不规则抗体筛查和交叉配血。
(七)千输血人次输血不良反应上报例数	3.18.7.1千输血人次输血不良反应上报例数	千输血人次输血不良反应上报例数=输血不良反应上报例数/(输血人次/1000) 分子包括:非溶血性发热输血反应例数、溶血性输血反应例数、输血过敏反应例数、大量输血并发症例数、输血相关急性肺损伤例数、细菌污染性输血反应例数、经血传播疾病例数、输血相关移植物抗宿主病例数和其它输血不良反应例数。 输血人次包括输红细胞、输血浆、输血小板、输冷沉淀总人次,同一病人同一时间段内输注多种血液成分须分开累加。

项目	指标	指标释义
(八) 手术患者自体输血率	3.18.8.1 手术患者自体输血率	<p>手术患者自体输血率=手术患者自体输血总单位数/(同期手术患者异体输血单位数+自体输血单位数)×100%</p> <p>贮存式和稀释式自体输血以 200 毫升全血为 1 单位，术中回收式自体输血以回输血量计算，100 毫升红细胞为 1 单位。</p>

第四章 单病种（术种）质量控制指标（90 分）

第四章单病种（术种）质量控制指标 55 节 220 条，医院上报 55 个病种，各监测 4 条指标（病例上报例数、平均住院日、次均费用、病死率），病历上报例数仅用于筛选参与评审的单病种。其中评价考核 30 个病种，10 个病种为三级公立医院绩效考核中“单病种质量控制”指标中所涉及的单病种，以“★”表示，剩下 20 个病种由各医院单病种上报例数从高到低排列，取前 20 个病种。各病种评价指标为平均住院日、次均费用、病死率，每项分值分别为 1 分，共计 90 分。其中，国家监测的 10 个单病种若某一病种未开展，该病种按“0”分计算。

一、55 个病种目录

一、心血管系统疾病/手术	
(一) 急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）（STEMI）★	主要诊断 ICD-10 编码：I21.0 至 I21.3 的出院患者的出院患者
(二) 心力衰竭★	主要诊断 ICD-10 编码：I05 至 I09，或 I11 至 I13，或 I20 至 I21，或 I40 至 I41，或 I42 至 I43 伴第二诊断为 I50 的出院患者
(三) 冠状动脉旁路移植术★	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：36.1 的手术出院患者
(四) 房颤（AF）	主要诊断或第二诊断 ICD-10 编码：I48 的出院患者
(五) 主动脉瓣置换术（手术治疗）	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.0，35.2 的手术出院患者
(六) 二尖瓣置换术（手术治疗）	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.02，35.12，35.23，35.24 的手术出院患者
(七) 房间隔缺损手术（手术治疗）	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.51，35.52，35.61，35.71 的手术出院患者
(八) 室间隔缺损手术（手术治疗）	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.53，35.55，35.62，35.72 的手术出院患者
二、神经系统疾病/手术	

(一) 脑梗死 (首次住院) ★	主要诊断 ICD-10 编码: I63.0 至 I63.9 的出院患者
(二) 短暂性脑缺血发作	主要诊断 ICD-10 编码: G45.0 至 G45.9 的出院患者
(三) 脑出血主要诊断	ICD-10 编码: I61.0 至 I61.9 的出院患者
(四) 脑膜瘤 (初发, 手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C70.0, C70.9, D32.0, D32.9, D42.9, 且伴 ICD-9-CM-3 编码: 01.51, 01.59 的手术出院患者
(五) 胶质瘤 (初发, 手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C71, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 01.52 至 01.59 的手术出院患者
(六) 垂体腺瘤 (初发, 手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: D35.2, C75.1, D44.3, E22.0, E23.6, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 07.61 至 07.69, 07.71, 07.72, 07.79 和 01.59 的手术出院患者
(七) 急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血 (初发, 手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: I60.0 至 I60.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM 编码: 01.3, 02.2, 02.3, 38.3, 38.4, 38.6, 39.5 的手术出院患者
(八) 惊厥性癫痫持续状态	主要诊断 ICD-10 编码: G41.0, G41.8, G41.9 的出院患者
(九) 帕金森病	主要诊断 ICD-10 编码: G20.x00 的出院患者
三、呼吸系统疾病	
(一) 社区获得性肺炎 (成人, 首次住院) ★	主要诊断 ICD-10 编码: J13 至 J16, J18; 年龄≥18 岁的出院患者
(二) 社区获得性肺炎 (儿童, 首次住院) ★	主要诊断 ICD-10 编码: J13 至 J16, J18; 2 岁≤年龄< 18 岁的出院患儿
(三) 慢性阻塞性肺疾病 (急性发作, 住院) ★	主要诊断 ICD-10 编码: J44.0, J44.1 的出院患者
(四) 哮喘 (成人, 急性发作, 住院)	主要诊断 ICD-10 编码: J45, J46; 年龄≥18 岁的出院患者
(五) 哮喘 (儿童, 住院)	主要诊断 ICD-10 编码: J45, J46; 2 岁≤年龄<18 岁的出院患儿
四、运动系统疾病/手术	
(一) 髋关节置换术 ★	主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 00.7, 81.51 至 81.53 的手术出院患者
(二) 膝关节置换术 ★	主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 00.80 至 00.84, 81.54, 81.55 的手术出院患者
(三) 发育性髋关节发育不良 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: Q65.0 至 Q65.6, Q65.8, Q65.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 79.85, 77.25, 77.29; 18 个月≤年龄≤8 岁 (旧称先天性髋关节脱位) 的手术出院患儿
五、生殖系统疾病/手术	

(一) 剖宫产 (CS) ★	主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的手术出院患者
(二) 异位妊娠 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: 主要诊断 ICD-10 编码: O00 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 65.01, 66.01, 66.02, 66.62, 66.95, 74.3x 的手术出院患者
(三) 子宫肌瘤 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码与名称: D25 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 68.29, 68.3 至 68.5, 68.9 的手术出院患者
六、肿瘤 (手术治疗)	
(一) 肺癌 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C34 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 32.2 至 32.6, 32.9 的手术出院患者
(二) 甲状腺癌 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C73 开头, 且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.6 的手术出院患者
(三) 乳腺癌 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C50 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 85.2, 85.4 的手术出院患者
(四) 胃癌 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C16 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 43.4 至 43.9 的手术出院患者
(五) 宫颈癌 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C53 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 67.2 至 67.4, 68.4 至 68.8 的手术出院患者
(六) 结肠癌 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C18; 且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码: 17.31 至 17.36, 17.39, 45.4, 45.73 至 45.79, 45.8 的手术出院患者
七、泌尿系统疾病/操作	
(一) 糖尿病肾病	主要诊断和其他诊断 ICD-10 编码: E10 至 E14, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 55.23 的非产妇出院患者
(二) 终末期肾病血液透析	主要诊断 ICD-10 编码: N18.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 38.95, 39.27, 39.42, 39.95 的血液透析患者
(三) 终末期肾病腹膜透析	主要诊断 ICD-10 编码: N18.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 54.98 的腹膜透析患者
八、口腔系统疾病/手术	

(一) 舌鳞状细胞癌 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C01, C02, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 25.1 至 25.4, 40.4 的手术出院患者
(二) 腮腺肿瘤 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: D10.5, D11.0, D33.2, C07, C10.2, C71.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 26.2, 26.3 伴 04.03, 04.04, 04.42, 40.29 的手术出院患者
(三) 口腔种植术	主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 23.5, 23.6 的门诊患者或者 76.09, 76.91, 76.92, 22.79 的手术出院患者
九、眼科系统疾病/手术	
(一) 原发性急性闭角型青光眼 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: H26.2, H40.0, H40.2, H40.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 10.1, 10.49, 10.6, 10.91, 10.99, 12.11, 12.12, 12.64, 12.66, 12.67, 12.71 至 12.73, 12.79, 12.83, 12.85, 12.87, 12.91, 12.92, 12.99, 13.19, 13.3, 13.41, 13.59, 13.70, 13.71, 13.90, 14.73, 14.74, 14.79 的手术出院患者
(二) 复杂性视网膜脱离 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: E10.3, E11.3, E14.3, H33.0 至 H33.5, H59.8, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.72, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 14.74, 14.75, 14.9 的手术出院患者
十、其他疾病/手术	

<p>(一) 围手术期预防感染</p>	<p>主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者： 1.甲状腺叶切除术：06.2 至 06.5 2.膝半月软骨切除术：80.63.晶状体相关手术：13.0 至 13.9 4.腹股沟疝相关手术：17.11 至 17.13, 17.21 至 17.24, 53.00 至 53.17 5.乳房组织相关手术：85.2 至 85.4 6.动脉内膜切除术：38.17.足和踝关节固定术和关节制动术：81.1 8.其他颅骨切开术：01.24 9.椎间盘切除术或破坏术：80.50 至 80.59 10.骨折切开复位+内固定术：03.53, 21.72, 76.72 至 76.79, 79.31 至 79.39 11.关节脱位切开复位内固定术：76.94, 79.8 12.骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除：78.5 至 78.6 13.卵巢相关手术：65.2 至 65.6 14.肌腱相关手术：83.11 至 83.14 15.睾丸相关手术：62.0 至 62.9 16.阴茎相关手术：64.0 至 64.4, 64.9 17.室间隔缺损修补术：35.62 18.房间隔缺损修补术：35.61 19.髋关节置换术：00.7, 81.51 至 81.53 20.膝关节置换术：00.80 至 00.83, 81.54, 81.55 21.冠状动脉旁路移植术：36.1 22.剖宫产：74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99</p>
<p>(二) 围手术期预防深静脉血栓栓塞</p>	<p>主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者： 1. 闭合性心脏瓣膜切开术：35.00 至 35.04 2.心脏瓣膜切开和其他置换术：35.20 至 35.28 3.脊柱颈融合术：81.04 至 81.08 4.脊柱再融合术：81.34 至 81.38 5.胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术：43.6 6.胃部分切除术伴胃空肠吻合术：43.7 7.其他胃部分切除术：43.8 8.胃全部切除术：43.9 9.开放性和其他部分大肠切除术：45.7 10.腹会阴直肠切除术：48.5 11.直肠其他切除术：48.6 12.肝叶切除术：50.3 13.部分肾切除术：55.4 14.全部肾切除术：55.5 15.部分膀胱切除术：57.6 16.全部膀胱切除术：57.7 17.卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术：65.2 18.单侧卵巢切除术：65.3 19.单侧输卵管-卵巢切除术：65.4 20.双侧卵巢切除术：65.5 21.双侧输卵管-卵巢切除术：65.6 22.子宫病损或组织的切除术或破坏术：68.2 23.经腹子宫次全切除术：68.3 24.经腹子宫全部切除术：68.4 25.阴道子宫切除术：68.5 26.经腹根治性子宫切除术：68.6 27.根治性阴道子宫切除术：68.7 28.盆腔脏器去除术：68.8 29.髋关节置换术：00.7, 81.51 至 81.53 30.膝关节置换术：00.80 至 00.83, 81.54, 81.55 31.冠状动脉旁路移植术：36.1</p>
<p>(三) 住院精神疾病</p>	<p>主要诊断 ICD-10 编码：F00-F99 的出院患者</p>
<p>(四) 中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症</p>	<p>需要落实预防静脉血栓措施的重点患者： 1.入住 ICU 的患者 2.中高危风险患者</p>

(五) 感染性休克早期治疗	主要诊断/其他诊断 ICD-10 编码: A02.1, A22.7, A32.7, A40.0 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, A42.7, A54.8, B37.7, R57.2, R57.8, R65.9 的出院患者
(六) 儿童急性淋巴细胞白血病 (初始诱导化疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C91.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 03.92, 99.25; 年龄 < 18 岁的出院患儿
(七) 儿童急性早幼粒细胞白血病 (初始化疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C92.4, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 03.92, 99.25; 年龄 < 18 岁的出院患儿
(八) 甲状腺结节 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: D34, E04.0, E04.1, E04.2, E04.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.5 的手术出院患者
(九) HBV 感染分娩母婴阻断	主要诊断 ICD-10 编码: O98.4, Z22.5+ O80 至 O84+Z37; 且伴①阴道分娩操作 ICD-9-CM-3 编码 72.0 至 72.9, 73.0, 73.1, 73.21, 73.4 至 73.6, 73.9; 或伴②剖宫产手术 ICD-9-CM-3 编码: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的出院患者
(十) 急性呼吸窘迫综合征 ARDS	主要诊断 ICD-10 编码: J80.X, J81.X, O99.5, J95.8
(十一) 主动脉腔内修复术 EAR	主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 39.73, 39.78, 39.71
(十二) 急性肺血栓栓塞症	主要诊断 ICD-10 编码: I26.9
(十三) 急性重症胰腺炎 (初始治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: K85.0-K85.9

二、考核指标

项目	指标	指标释义
各单病种	4.1.1.1 平均住院日	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数
	4.1.1.2 次均费用	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
	4.1.1.3 病死率	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标（144分）

项目	指标	指标释义
一、限制性医疗技术质控指标（小计 27 分）		
(一)限制性医疗技术的开展情况	5.1.1.1 限制性医疗技术的开展情况	限制性医疗技术的开展情况=开展的限制性医疗技术项目数/国家和省级限制性医疗技术项目总数×100% “开展”指完成限制技术备案，且每年需开展不得少于5例/项技术。
	5.1.2.1 质控数据上报的完整率	质控数据上报的完整率=上报的限制性医疗技术的质控数据量/应填报的质控数据量×100%
	5.1.2.2 质控数据上报的及时率	质控数据上报的及时率=及时上报的限制性医疗技术的质控数据量/应填报的质控数据量×100%
(二) 限制性医疗技术数据质量控制	5.1.2.3 质控数据上报的准确率	质控数据上报的准确率=准确上报的限制性医疗技术的质控数据量/应填报的质控数据量×100%
	5.1.3.1 异基因造血干细胞移植技术	每个技术临床应用质量控制指标先按照满分5分计算，对医院所开展的各项技术的得分加总，然后计算医院每个技术临床应用质量控制指标的平均值，即为该指标得分。 《国家限制类技术临床应用管理规范（2022版）》中，各技术临床应用质量控制指标。
5.1.3.2 同种胰岛移植技术		
5.1.3.3 同种异体运动系统结构性组织移植技术		
5.1.3.4 同种异体角膜移植技术		
5.1.3.5 性别重置技术		
5.1.3.6 质子和重离子加速器放射治疗技术		
5.1.3.7 放射性粒子植入治疗技术		
5.1.3.8 肿瘤消融治疗技术		
5.1.3.9 心室辅助技术		
5.1.3.10 人工智能辅助治疗技术		
(三) 国家限制类医疗技术		

	5.1.3.11 体外膜肺氧合（ECMO）技术	
	5.1.3.12 自体器官移植技术	
（四）省级限制性医疗技术	5.1.4.1 同种异体皮肤移植技术	<p>每个技术临床应用质量控制指标先按照满分 10 分计算，对医院所开展的各项技术的得分加总，然后计算医院每个技术临床应用质量控制指标的平均值，即为该指标得分。</p> <p>《江苏省限制类技术临床应用管理规范（2023 版）》中，各技术临床应用质量控制指标。</p>
	5.1.4.2 肿瘤深部热疗和全身热疗	
	5.1.4.3 颅颌面畸形颅面外科矫治	
	5.1.4.4 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治	
	5.1.4.5 心血管疾病介入诊疗技术	
	5.1.4.6 自体造血干细胞移植	
	5.1.4.7 全身高能 X 线（及钴 60 γ 线）照射技术	
	5.1.4.8 人工耳蜗植入术	
	5.1.4.9 神经血管介入诊疗技术	
	5.1.4.10 呼吸内镜诊疗技术（四级）	
	5.1.4.11 鼻科内镜诊疗技术（四级）	
	5.1.4.12 咽喉科内镜诊疗技术（四级）	
	5.1.4.13 消化内镜诊疗技术（四级）	
二、人体器官捐献、获取与移植技术（器官移植医院与非器官移植医院分别适用不同条款，各 30 分）		
（一）非移植医院及其医务人员参与的人体器官捐献工作	5.2.1.1 向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比	向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比=年度向 OPO 报送的潜在器官捐献者人数/同期院内死亡人数×100%
	5.2.1.2 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比	实现器官捐献的人数与院内死亡人数比=年度院内完成器官捐献的人数/同期院内死亡人数×100%
（二）移植医院及其医务人员参与的人体器官	5.2.2.1 向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比	向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比=年度向 OPO 报送的潜在器官捐献者人数/同期院内死亡人数×100%

	5.2.2.2 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比	实现器官捐献的人数与院内死亡人数比=年度院内完成器官捐献的人数/同期院内死亡人数×100%
	5.2.2.3 器官移植质控数据上报完整度	器官移植质控数据上报完整度=实际填报的器官移植质控数据量/应填报的器官移植质控数据量×100%
	5.2.2.4 器官移植质控数据上报的及时率	器官移植质控数据上报的及时率=及时填报的器官移植质控数据量/应填报的器官移植质控数据量×100%
	5.2.2.5 器官移植质控数据上报的准确性	器官移植质控数据上报的准确性=准确填报的器官移植质控数据量/应填报的器官移植质控数据量×100%
	5.2.2.6 器官移植（心脏、肝脏、肾脏、肺脏）术后感染发生率	器官移植术后感染发生率=器官移植术后发生感染的人数/同期器官移植总人数×100%
	5.2.2.7 器官移植（心脏、肝脏、肾脏、肺脏）术后早期死亡率	器官移植术后早期死亡率=器官移植术后30天内受者全因死亡人数/同期器官移植总人数×100%
三、其他重点医疗技术质量控制指标（小计 s 分）		
（一）消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标	5.3.1.1 上消化道内镜检查完整率	单位时间内上消化道内镜检查完整的例次数/同期上消化道内镜检查总例次数×100%。上消化道内镜检查完整是指对食管上段、中段、下段，贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门，十二指肠球部、降段等部位完整观察并留图。
	5.3.1.2 结肠镜检查肠道准备优良率	单位时间内肠道准备优良的结肠镜检查例次数/同期结肠镜检查总例次数×100%。肠道准备优良是指根据波士顿量表，每段肠道的评分≥2分。
	5.3.1.3 结肠镜盲肠插镜成功率	单位时间内，结肠镜检查到达盲肠例次数/同期结肠镜检查总例次数×100%。结肠镜盲肠插镜成功是指内镜到达盲肠并留图。本指标适用于无解剖变异或结直肠外科手术史的受检者。
	5.3.1.4 消化内镜相关严重并发症发生率	单位时间内，发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数/同期消化内镜诊疗总例次数×100%

	5.3.1.5 消化道早癌内镜黏膜下剥离术(ESD) 完整切除率	单位时间内，消化道早癌 ESD 完整切除的例次数/同期消化道早癌 ESD 总例次数×100% ESD 完整切除是指 ESD 达到 R0 切除，即整块切除标本术后病理学诊断达到水平切缘和垂直切缘均阴性。高级别上皮内瘤变行 ESD 的患者应当纳入统计。
--	----------------------------------	---

四、41 项临床专科医疗服务能力（省级临床重点专科必须按照重点科室技术参评，非省级临床重点专科可自主申请按照重点科室指标或一般科室指标参评。41 个临床专科满分值为 82 分，如均按照一般科室指标参评，则最高只能得 61.5 分。）

(一) 心血管内科医疗服务能力	(二) 呼吸与危重症学科医疗服务能力	(三) 消化内科医疗服务能力	(四) 血液内科医疗服务能力
(五) 内分泌科医疗服务能力	(六) 肾脏内科医疗服务能力	(七) 神经内科医疗服务能力	(八) 风湿免疫内科医疗服务能力
(九) 老年医学科医疗服务能力	(十) 普通外科医疗服务能力	(十一) 胸外科医疗服务能力	(十二) 心脏大血管外科医疗服务能力
(十三) 骨科医疗服务能力	(十四) 神经外科医疗服务能力	(十五) 烧伤科医疗服务能力	(十六) 泌尿外科医疗服务能力
(十七) 整形外科医疗服务能力	(十八) 血管外科医疗服务能力	(十九) 麻醉科医疗服务能力	(二十) 妇科医疗服务能力
(二十一) 产科医疗服务能力	(二十二) 儿科医疗服务能力	(二十三) 感染性疾病科医疗服务能力	(二十四) 眼科医疗服务能力
(二十五) 耳鼻喉头颈外科医疗服务能力	(二十六) 口腔科医疗服务能力	(二十七) 皮肤科医疗服务能力	(二十八) 急诊医学科医疗服务能力
(二十九) 重症医学科医疗服务能力	(三十) 肿瘤科医疗服务能力	(三十一) 康复医学科医疗服务能力	(三十二) 疼痛科医疗服务能力
(三十三) 医学影像科医疗服务能力	(三十四) 超声医学科医疗服务能力	(三十五) 介入放射科医疗服务能力	(三十六) 核医学科医疗服务能力
(三十七) 医学检验科医疗服务能力	(三十八) 输血科医疗服务能力	(三十九) 药剂科医疗服务能力	(四十) 病理科医疗服务能力

(四十一) 营养科医疗服务能力			
-----------------	--	--	--

临床专科医疗服务能力考核指标:

指标	指标释义
5.4.1.1 一般科室技术开展率	一般科室技术开展率=开展的技术种类数/科室的医疗技术水平标准中技术种类数×100%
5.4.1.2 重点科室技术开展率	重点科室技术开展率=开展的技术种类数/科室的医疗技术水平标准中技术种类数×100%

第六章 经济运营指标（61分）

说明：

第六章设置4类20个指标，共61分：（1）资源效率，3个指标，8分；（2）收支结构，9个指标，29分；（3）费用控制，5个指标，18分；（4）财务管理，3个指标，6分。

三级公立医院绩效考核指标的计算方法和指标说明参照《国家三级公立医院绩效考核操作手册》

所有评分标准在四舍五入的基础上计算，即建议将原始指标值经赋分原则计算后的结果四舍五入。

举例如下：某医院资产负债率为47.6%，较赋分原则的47%上升0.6%，达到1个0.5%，故扣0.2分。而不是将47.6%直接四舍五入为48%，较47%上升1%，达到2个0.5%，扣0.4分。（属于国考指标，取国考值及国家平均值作为评分标准）

项目	指标	指标释义
一、资源效率（小计 8 分）		
（一）资产负债率	6.1.1.1 资产负债率	资产负债率=负债合计/资产合计×100%
（二）百元固定资产医疗收入（不含药品、卫生材料收入）	6.1.2.1 百元固定资产医疗收入（不含药品、卫生材料收入）	百元固定资产医疗收入（不含药品、卫生材料收入）=医疗收入（不含药品、卫生材料收入）/[（期初固定资产+期末固定资产）/2]×100
（三）每职工平均医疗收入（不含药品、卫生材料收入）	6.1.3.1 每职工平均医疗收入（不含药品、卫生材料收入）	每职工平均医疗收入（不含药品、卫生材料收入）=医疗收入（不含药品、卫生材料收入）/平均在职职工人数 （1）医疗收入（不含药品、卫生材料收入）是指医院开展医疗服务活动取得的不含药品、卫生材料的收入。 （2）平均在职职工人数是指考核期间在职职工人数各月的平均数。
二、收支结构（小计 29 分）		

项目	指标	指标释义
(一) 门诊收入占医疗收入比例	6.2.1.1 门诊收入占医疗收入比例	<p>门诊收入占医疗收入比例=门诊收入/医疗收入×100%</p> <p>(1) 分子指医院开展门急诊医疗服务活动取得的收入，包括门诊、急诊、健康体检收入等。</p> <p>(2) 分母指医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门急诊收入、住院收入和结算差额。</p>
(二) 住院收入占医疗收入比例	6.2.2.1 住院收入占医疗收入比例	<p>住院收入占医疗收入比例=住院收入/医疗收入×100%</p> <p>(1) 分子指医院开展住院医疗服务活动取得的收入</p> <p>(2) 分母指医院同期开展医疗服务活动取得的收入，包括门急诊收入、住院收入和结算差额。</p>
(三) 医疗服务收入(不含药品、卫生材料、检查检验收入)占医疗收入比例	6.2.3.1 医疗服务收入(不含药品、卫生材料、检查检验收入)占医疗收入比例	<p>医疗服务收入(不含药品、卫生材料、检查检验收入)占比=医疗服务收入(不含药品、卫生材料、检查检验收入)/医疗收入×100%</p> <p>(1) 医疗服务收入包括挂号收入、床位收入、诊察收入、治疗收入、手术收入、护理收入等，不包括药品、卫生材料、检查检验收入。</p> <p>(2) 分母指医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门急诊收入、住院收入和结算差额。</p>
(四) 药品收入占比	6.2.4.1 药品收入占比	<p>药品收入占比=药品收入/医疗收入×100%</p> <p>(1) 药品总收入包括门急诊、住院药品收入。</p> <p>(2) 分母指医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门急诊收入、住院收入和结算差额。</p>
(五) 卫生材料收入占比	6.2.5.1 卫生材料收入占比	<p>卫生材料收入占比=卫生材料收入/医疗收入×100%</p> <p>(1) 卫生材料总收入包括门急诊、住院卫生材料收入。</p> <p>(2) 分母是指医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门急诊收入、住院收入和结算差额。</p>

项目	指标	指标释义
(六) 人员支出占业务支出比重	6.2.6.1 人员支出占业务支出比重	<p>人员支出占业务支出比重=人员经费/医疗活动费用×100%</p> <p>(1) 人员经费包括医院全部人员发生的费用。财政项目拨款经费和科教项目经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员经费不在本指标计算范围内。</p> <p>(2) 分母包括业务活动费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、单位管理费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用、其他费用。</p>
(七) 万元收入能耗支出	6.2.7.1 万元收入能耗支出	<p>万元收入能耗支出=年总能耗支出/年总收入×10000</p> <p>(1) 年总能耗指年度医院发生的水、电、气、热等能耗支出之和。</p> <p>(2) 年总收入包括财政拨款收入、事业收入、上级补助收入、附属单位上缴收入、经营收入、非同级财政拨款收入、投资收益、捐赠收入、利息收入、租金收入、其他收入等全部收入。</p>
(八) 百元医疗收入(不含药品收入)消耗卫生材料费用	6.2.8.1 百元医疗收入(不含药品收入)消耗卫生材料费用	<p>百元医疗收入(不含药品收入)消耗卫生材料费用=卫生材料费用/医疗收入(不含药品收入)×100</p> <p>(1) 分子指医院卫生材料的总支出,包含财政项目、科教项目经费形成的卫生材料费用。</p> <p>(2) 分母指医院开展医疗服务活动取得的不含药品的收入,包括门急诊收入、住院收入和结算差额。</p>
(九) 医疗盈余率	6.2.9.1 医疗盈余率	<p>医疗盈余率=医疗盈余/医疗活动收入×100%</p> <p>(1) 医疗盈余=“财政拨款收入”下“财政基本拨款收入”+“事业收入”下“医疗收入”+“上级补助收入”+“附属单位上缴收入”+“经营收入”+“非同级财政拨款收入”+“投资收益”+“捐赠收入”+“利息收入”+“租金收入”+“其他收入”-“业务活动费用”下“财政基本拨款经费”和“其他经费”-“单位管理费用”项目下“财政基本拨款经费”和“其他经费”-“经营费用”-“资产处置费用”-“上缴上级费用”-“对附属单位补助费用”-“所得税费用”-“其他费用”</p> <p>(2) 分母包括财政基本收入、医疗收入、上级补助收入、附属单位上缴收入、经营收入、非同级财政拨款收入、投资收益、捐赠收入、利息收入、租金收入、其他收入,不包括财政项目拨款收入和科教收入。</p>

项目	指标	指标释义
三、费用控制（小计 18 分）		
（一）医疗收入增幅	6.3.1.1 医疗收入增幅	<p>医疗收入增幅 = (本年度医疗收入 - 上一年度医疗收入) / 上一年度医疗收入 × 100%</p> <p>医疗收入是指医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门急诊收入、住院收入和结算差额。</p>
（二）门诊次均费用增幅	6.3.2.1 门诊次均费用增幅	<p>门诊次均费用增幅 = (本年度门诊患者次均费用 - 上一年度门诊患者次均费用) / 上一年度门诊患者次均费用 × 100%</p> <p>门诊患者次均费用 = 门诊收入 / 门诊人次</p> <p>(1) 门诊收入是指医院开展门急诊医疗服务活动取得的收入，包括门诊、急诊、健康体检收入等。</p> <p>(2) 门诊人次为门急诊总诊疗人次，包括门诊、急诊、健康体检人次等。</p>
（三）门诊次均药品费用增幅	6.3.3.1 门诊次均药品费用增幅	<p>门诊次均药品费用增幅 = (本年度门诊患者次均药品费用 - 上一年度门诊患者次均药品费用) / 上一年度门诊患者次均药品费用 × 100%</p> <p>门诊患者次均药品费用 = 门诊药品收入 / 门诊人次</p> <p>(1) 门诊药品收入是指医院开展门急诊医疗服务活动取得的药品收入。</p> <p>(2) 门诊人次为门急诊总诊疗人次，包括门诊、急诊、健康体检人次等。</p>

项目	指标	指标释义
(四) 住院次均费用增幅	6.3.4.1 住院次均费用增幅	<p>住院次均费用增幅 = (本年度出院患者次均费用 - 上一年度出院患者次均费用) / 上一年度出院患者次均费用 × 100%</p> <p>出院患者次均费用 = (住院收入 / 实际占用总床日数) × (出院者实际占用总床日数 / 出院人数)</p> <p>(1) 住院收入是指医院开展住院医疗服务活动取得的收入。</p> <p>(2) 出院者实际占用总床日数指出院者 (包括正常分娩, 未产出院, 住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者) 住院日数的总和。</p> <p>(3) 实际占用总床日数是指医院各科室每日夜晚 12 点实际占用的病床数 (即每日夜晚 12 点住院患者人数) 总和, 包括实际占用的临时加床在内, 不包括家庭病床占用床日数。</p> <p>(4) 出院人数反映医院所有住院后出院的人数, 包括出院病人数, 正常分娩, 未产出院, 住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者。</p>
(五) 住院次均药品费用增幅	6.3.5.1 住院次均药品费用增幅	<p>住院次均药品费用增幅 = (本年度出院患者次均药品费用 - 上一年度出院患者次均药品费用) / 上一年度出院患者次均药品费用 × 100%</p> <p>住院患者次均药品费用 = (住院药品收入 / 实际占用总床日数) × (出院者实际占用总床日数 / 出院人数)</p> <p>住院药品收入是指医院开展住院医疗服务活动取得的药品收入。其余参见指标 6.3.4.1 住院次均费用增幅。</p>
四、财务管理 (小计 6 分)		
(一) 预算执行率	6.4.1.1 预算收入执行率	<p>预算收入执行率 = 本期实际收入总额 / (本期预算收入总额 ± 预算收入调整额) × 100%</p> <p>(1) 分子指财务报表收入费用表中的本期收入。</p> <p>(2) 分母指部门预算批复的本期预算收入加减批复的预算收入调整额。</p>

项目	指标	指标释义
	6.4.1.2 预算支出执行率	<p>预算支出执行率=本期实际支出总额/(本期预算支出总额±预算支出调整额)×100%</p> <p>(1) 分子指财务报表收入费用表中的本期费用。</p> <p>(2) 分母指部门预算批复的本期预算支出加减批复的预算支出调整额。</p>
(二) 管理费用率	6.4.2.1 管理费用率	<p>管理费用率=单位管理费用/医院总费用×100%</p> <p>(1) 分子指医院费用支出明细表中的单位管理费用，包括财政项目拨款经费和科教经费形成的单位管理费用。</p> <p>(2) 分母指医院本期费用总额，包括“业务活动费用”、“单位管理费用”、“经营费用”、“资产处置费用”、“上缴上级费用”、“对附属单位补助费用”、“所得税费用”和“其他费用”项目。</p>

第三部分 医院管理（现场检查）

目录

第一章 医院功能与任务	70
一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划	70
二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务	70
三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务	71
四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治	73
第二章 临床服务质量与安全管理	77
一、医疗质量管理体系和工作机制	77
二、医疗质量安全核心制度	86
三、医疗技术临床应用管理	108
四、医疗安全风险防范	108
五、诊疗质量保障与持续改进	121
六、护理质量保障与持续改进	157
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	169
八、检查检验质量保障与持续改进	180
九、输血管理与持续改进	188
十、医院感染管理与持续改进	193
十一、中医诊疗质量保障与持续改进	201
第三章 医院管理	204
一、管理职责与决策执行机制	204
二、人力资源管理	207
三、财务和价格管理	213
四、信息管理	222
五、医学装备管理	225
六、后勤保障管理	233
七、应急管理	233
八、科研教学与图书管理	248
九、行风与文化建设管理	253

第一章 医院功能与任务

一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划（国家、省区域医疗中心及高水平建设医院应对照相应标准）

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>（一）医院功能与任务，符合本区域发展规划。（1分）</p> <p>【概述】 医院的功能是指医院所具有的对社会提供特定价值的的能力，包括但不限于医疗、教学、科研和预防保健。医院的任务是用这些能力完成政府、社会需要的或指定的事项、工作。医院应当根据本区域的卫生发展规划，理清医院的功能和任务。</p>			
1.1.1.1 医院有明确的功能和任务，符合本区域发展规划。	具有提供全面连续的医疗护理、预防保健、康复医疗、临床教学及科研等能力；完成政府、社会需要的指定事项、工作或年度政府指令性任务；医院功能和任务与本地区发展规划相一致，分解落实到相对应的职能部门。	1	文件查阅、记录查看。 不具有提供全面连续的医疗护理、预防保健、康复医疗、临床教学及科研等能力、未完成政府、社会需要的指定事项、工作或年度政府指令性任务、医院功能和任务与本地区发展规划不一致或医院功能和任务未分解落实到相对应的职能部门，各扣 0.25 分。
<p>（二）制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。（1分）</p> <p>【概述】 医院应当立足于医院的功能和任务，建立和完善医院的愿景和发展目标，制定医院中长期规划，并细化分解到年度计划；医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。</p>			
1.1.2.1 医院制定中长期规划及年度计划，经院长办公会、党委会讨论，并由职工代表会议通过。	立足于医院的功能和任务，建立和完善医院的愿景和发展目标，并制定医院中长期发展规划，将规划任务分解细化到年度计划；中长期规划及年度计划的制定征求职工意见、各部门参与，经过院长办公会议、党委会讨论，并由职工代表大会审议通过。	0.5	文件查阅、记录查看。 1.未制定医院中长期发展规划或未将规划任务分解细化到年度计划，扣 0.25 分。 2. 中长期规划及年度计划的制定未征求职工意见、各部门参与，经过院长办公会议、党委会讨论，并由职工代表大会审议通过
1.1.2.2 医院规模和发展目标与医院功能任务一致。	科室设置与发展目标、功能任务相一致，设备配置与医院规模相一致；	0.5	文件查阅、记录查看。 科室设置与发展目标、功能任务不一致或设备配置与医院规模不一致，各扣 0.25 分。

<p>(三) 医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。(4分)</p> <p>【概述】提供急危重症和疑难疾病诊疗是三级医院的基本功能任务。医院应当针对本区域内常见的急危重症和疑难疾病来配置设施设备、技术梯队,并通过持续学习和继续教育等方式,提升员工服务能力。</p>			
1.1.3.1 医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗设备和技术梯队。	急诊科、重症医学科诊疗设施设备配置、技术人员配备均符合《急诊科建设与管理指南(试行)》《重症医学科建设与管理指南(试行)》要求。	1	现场检查 诊疗设施设备配置或技术人员配备不符合,扣0.5分。
1.1.3.2 医院具备承担服务区域内急危重症和疑难疾病的处置能力,提供24小时急危重症诊疗服务。	1.掌握《急诊科建设与管理指南(试行)》《重症医学科建设与管理指南(试行)》要求的知识技能与诊疗技术,有承担区域内急危重症和疑难疾病的处置能力,能提供24小时急危重症的诊疗服务。	0.6	现场检查、记录查看、员工操作。 未掌握要求的知识技能与诊疗技术、不能承担区域内急危重症和疑难疾病的处置能力或不能提供24小时急危重症的诊疗服务,各扣0.2分。
	2.按照《急诊科建设与管理指南(试行)》《重症医学科建设与管理指南(试行)》,完成继续医学教育任务。	0.4	记录查看。 未能按照要求完成继续医学教育任务,扣0.4分。
1.1.3.3 医院有区域危重和疑难病症救治中心(取最高等级,不重复得分)。	有设区市及以上卫生健康行政部门认定的创伤、卒中、胸痛、危重孕产妇、新生儿救治中心。	2	文件查阅。 五大中心缺1个,扣0.4分。

二、坚持医院的公益性,把社会效益放在首位,履行相应的社会责任和义务

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(四) 坚持医院的公益性,履行相应的社会责任和义务。(2.5分)</p> <p>【概述】医院的公益性包括但不限于保障广大人民群众的健康需要,为人民群众提供公平可及、优质高效的医疗卫生服务,以保障人民群众的健康需要和增强社会效益。</p>			
1.2.4.1 公共信用综合评价等级。	评审期间内年度医疗卫生信用主体评价等级不低于“A”。	1	查阅国家公共信用信息中心或政府有关文件。 医疗卫生信用主体评价等级低于“A”,扣1分。
1.2.4.2 制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范。	1.有保障基本医疗卫生服务的管理制度与规范,并有指定部门、人员负责保障基本医疗卫生服务工作,熟悉制度和规范。	0.3	文件查阅,员工访谈,记录查看。 无管理制度与规范,并有指定部门、无人员负责保障基本医疗卫生服务工作或负责人员不熟悉制度和规范,各扣0.15分。

	2.有控制公立医院特需服务规模措施与动态管理机制，特需服务量占比≤10%。	0.2	文件查阅、记录查看。 未达到要求，扣 0.2 分。
1.2.4.3 参加并完成政府部门指定的社会公益性任务。	参加并完成政府部门指定的社会公益性活动；组织或参与社会团体开展社会公益性活动，资料完整，有资金支持。	0.5	记录查看、数据核查。 1.未参加、未完成政府部门指定的社会公益性活动，扣 0.25 分。 2.无相应资料或资料不完整，扣 0.25 分。
1.2.4.4 医院住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本省 GDP 年均增幅。	有降低成本、控制医疗费用不合理增长的制度，门诊病人人均医药费用、住院病人人均医药费用年均增长幅度低于本省 GDP 年均增幅。	0.5	文件查阅、数据核查。 1.无有降低成本、控制医疗费用不合理增长的制度或制度不完善，扣 0.25 分。 2. 门诊病人人均医药费用、住院病人人均医药费用年均增长幅度未能低于本省GDP 年均增幅，扣0.25 分。
<p>（五）根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。（2 分）</p> <p>【概述】承担传染病、食源性疾病的防治是医院的法定责任，也体现了医院的社会责任。建立全流程的传染病、食源性疾病的防治体系，并对医务人员开展相关的知识和技能培训，定期开展演练和检查，确保员工掌握、落实。</p>			
1.2.5.1 制定传染病、食源性疾病预防、救治、报告、预防等制度、流程和规范。	有传染病、食源性疾病预防、救治、报告、预防等制度、流程和规范；有指定部门和人员负责传染病、食源性疾病的预防、救治、报告、预防等管理，资料完整。	1	文件查阅、记录查看。 1.无相应的制度、流程和规范或制度、流程和规范不完整，扣 0.5 分。 2.无指定部门和人员负责传染病、食源性疾病的预防、救治、报告、预防等管理，资料不完整，扣 0.5 分。
1.2.5.2 定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。	1.有传染病、食源性疾病预防知识和技能培训计划，并组织定期培训，组织全体医务人员参加传染病、食源性疾病预防和处置演练。	0.6	记录查看。 1.无培训计划，扣 0.3 分。 2.未组织定期培训或演练，扣 0.3 分。
	2.医务人员对传染病、食源性疾病的处置流程和规范知晓率达 100%。	0.4	员工访谈。 1 人不知晓，扣 0.2 分。
<p>（六）按照《国家基本药物临床应用指南》和《中国国家处方集》及医院药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。（1.5 分）</p> <p>【概述】各类医院应当按照国家相关规定将基本药物作为首选药物并达到一定使用比例，加强合理用药管理，确保规范使用基本药物。</p>			

1.2.6.1 制定优先使用基本药物的相关规定。	有优先使用基本药物的相关规定，基本药物采购品种数占比、基本药物使用金额占比符合省卫生健康行政部门规定。	0.6	文件查阅、数据核查。 1.无优先使用基本药物的相关规定，扣 0.3 分。 2.基本药物采购品种数占比、基本药物使用金额占比不符合规定，扣 0.3 分。
1.2.6.2 定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈，规范医师处方行为。	1.科室根据医院优先使用基本药物的规定，对使用国家基本药物情况定期自查，门诊患者基本药物处方占比、住院患者基本药物使用率符合省卫生健康行政部门规定。	0.6	记录查看、病历检查、病案检查。 1.对使用国家基本药物情况未定期自查，无记录，扣 0.3 分。 2. 门诊患者基本药物处方占比、住院患者基本药物使用率不符合规定，扣 0.3 分。
	2.职能部门定期对使用国家基本药物情况有检查、分析、反馈、考核。	0.3	记录查看。 未定期对使用国家基本药物情况有检查、分析、反馈、考核，扣 0.3 分。

三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务

细则内容	评审要点	分值	评审方法
(七) 加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医院服务能力。(4分)			
【概述】 建设和发展医联体，实行分级诊疗制度，是深化医疗医保医药联动改革、合理配置资源，使基层群众享受优质便利医疗服务，促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措，医院当建立双向转诊机制，同时鼓励和落实医疗技术力量下沉基层，提升基层医疗机构服务能力。			
1.3.7.1 根据医联体建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。	根据医联体建设要求，参与医联体建设，并且有医联体章程或协议、规划、实施方案，有指定部门、人员负责医联体工作，台账资料完整。	0.5	文件查阅、记录查看。 1.未参与医联体建设，或无医联体章程或协议、规划、实施方案，扣 0.5 分。 2.无指定部门、人员负责医联体工作或台账资料不完整，各扣 0.25 分。
1.3.7.2 实行分级诊疗，建立并实施双向转诊制度与相关服务流程。	1.有实行分级诊疗、双向转诊的制度和相关服务流程，组织实施并台账记录完整。	0.3	文件查阅、记录查看。 未实行分级诊疗、双向转诊的制度和相关服务流程或台账记录不完整，扣 0.3 分。
	2.医院建立工作落实机制，预留不低于 20%的专家门诊号源并稳步增加，足额保障由基层医疗卫生机构预约分配。	0.3	记录查看、现场检查。 1.未建立工作落实机制，扣 0.3 分。 2.预留号源达不到规定要求,扣 0.2 分。

			3.不能满足基层机构预约分配需要扣 0.2 分。
	3. 医院建立工作落实机制，预留不低于 10%的检验检查服务并稳步增加，足额保障由基层医疗卫生机构预约分配。	0.3	记录查看、现场检查。 1.未建立工作落实机制，扣 0.3 分。 2.预留检验检查达不到规定要求,扣 0.2 分。 3.不能满足基层机构预约分配需要扣 0.2 分。
	4. .医院建立工作落实机制，预留不低于 10%的住院床位并稳步增加，足额保障由基层医疗卫生机构预约分配。	0.3	记录查看、现场检查。 1.未建立工作落实机制，扣 0.3 分。 2.预留住院床位达不到规定要求,扣 0.2 分。 3.不能满足基层机构预约分配需要扣 0.2 分。
	5.医院调控普通门诊规模，每年普通门诊总人次下降 2% 以上。	0.3	记录查看、现场检查。 下降比例不足 2%,每减少 0.1%，扣 0.3 分。
	6.医院建立下转机制，将急性病、手术后恢复期患者以及危重症稳定期等患者，及时下转至有承接能力的基层医疗卫生机构继续治疗、康复，下转患者比例应保持逐年增长 3%并高于全省上一年度的平均水平。	0.5	记录查看、现场检查。 下转比例低于全省平均水平，不得分。 每年增长比例不足 3%，每降低 1%，扣 0.1，扣完为止。
1.3.7.3 落实优质资源下沉，提升医联体内基层医疗机构服务能力。	1.有帮扶医联体内基层医疗机构的实施方案，职能部门对被帮扶的基层医疗机构的工作定期进行评价、分析及整改，提升基层医疗机构服务能力有成效。	0.5	文件查阅、记录查看。 1.无实施方案或帮扶工作无台账记录，各扣 0.25 分。 2.无定期进行评价、分析及整改，扣 0.3 分。
	2.医院至少在 10 个以上基层医疗卫生机构常态化开设专家工作室，每周开诊 2 次，每次不少于 3 小时	0.5	记录查看、现场检查。 每少 1 个常态化专家工作室，扣 0.5 分。
	3. 医院至少与 10 个以上基层医疗卫生机构共建联合病房，实际开放床位不少于 20 张，帮扶专家（团队）每周至少 1 次下沉联合病房查房	0.5	记录查看、现场检查。 每少 1 个联合病房，扣 0.5 分。
（八）将对口支援下级医院和支援基层医疗卫生工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。（2 分） 【概述】 对口支援工作是医院公益性的体现，医院纳入院长目标责任制和医院年度工作计划，显著提升受援医院对常见病、多发病、部分危急重症的诊疗能力。基层医疗卫生服务是卫生健康的重要组成部分，是实现人人享有基本医疗卫生服务目标的基础环节。			
1.3.8.1 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理	1.医院年度工作计划体现对口支援下级医院和支援基层医疗卫生服务工作、慢性病管理工作。	0.2	文件查阅。 年度工作计划未能体现相应工作，扣 0.2 分。

工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划内容。	2.有对口支援下级医院和支援基层医疗卫生服务工作、慢性病管理工作的具体实施方案。	0.3	文件查阅。 无具体实施方案，扣 0.3 分。
	3.医院通过远程会诊、远程查房、远程教学、远程心电图检查等形式，提高优质医疗资源可及性，远程医疗服务量逐年提高。	0.3	记录查看、现场检查。 远程医疗服务量未能逐年提高，扣 0.3 分。
	4.医院至少有 20 名以上高级职称的专家加入基层医疗卫生机构家庭医生团队，对签约的家庭医生提供常态化的技术支持	0.3	记录查看、现场检查。 每少 1 名专家提供支撑服务的，扣 0.3 分。
1.3.8.2 有专人负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作。	1.医院指定科室、人员负责与下级医院、基层医疗卫生服务机构协调工作，并知晓考核结果的应用，推进工作计划完成，工作台账完整；对外派对口支援医师进行检查和考核，结果纳入绩效分配，并与医师定期考核、晋升、聘任、任用、评优等挂钩。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未推进工作计划完成，工作台账不完整，扣 0.2 分。 2.未对外派对口支援医师进行检查和考核，未将结果纳入绩效分配，扣 0.2 分。
	2.医院严格落实医师专业技术职称晋升前必须到基层执业的工作要求	0.5	记录查看、现场检查、员工访谈。 1.无工作制度的，扣 0.5 分。 2.执行不严格、落实不到位的，扣 0.3 分。
（九）承担援疆援藏援青援陕、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。（1 分） 【概述】援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务是体现医院公益性的途径和要求，医院应当制定相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。			
1.3.9.1 承担援疆援藏援青援陕、健康扶贫等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。	根据援疆援藏援青援陕、健康扶贫等指令性任务制定相关制度，有具体的实施方案；对承担指令性任务的人员，同等条件下在评优评先、职称晋升等方面给予政策支持；员工知晓外派对口支援的相关制度与政策。	0.5	文件查阅、员工访谈。 1.无具体的实施方案或未制定相应的政策支持，各扣 0.15 分。 2.1 人不知晓，扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。
1.3.9.2 承担为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制定相关制度、方案，并有具体保障措施。	承担受援医院培养下级医院卫生技术人员的政府指令性任务，有制度、方案并组织实施，有提供培训的条件及资金支持。	0.5	文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查。 无制度、方案或未落实，扣 0.25 分。 无培训的条件、资金支持，扣 0.25 分

四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(十) 遵守国家法律、法规, 严格执行各级政府制定的应急预案, 按照“平急结合、防治结合”的要求加强建设, 承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。(1分)</p> <p>【概述】 突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治是医院必须具备的能力和 responsibility, 医院根据各级政府的应急预案制定本院的突发公共卫生事件和重大事故灾害应对方案, 积极参与政府相关指令性工作, 对救治救援不得推诿。</p>			
<p>1.4.10.1 遵循各级政府制定的应急预案, 承担公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。</p>	<p>遵循政府制定的应急预案, 承担公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。</p>	<p>0.3</p>	<p>文件查阅, 记录查看。 未遵循政府制定的应急预案, 承担公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治, 扣 0.3 分。</p>
<p>1.4.10.2 完善应对突发公共事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案。</p>	<p>根据政府各类应急预案, 制定医院对应的紧急医疗救援、紧急救治应急预案。</p>	<p>0.3</p>	<p>文件查阅。 未制定医院对应的紧急医疗救援、紧急救治应急预案或预案不完善, 扣 0.3 分。</p>
<p>1.4.10.3 定期组织应急预案培训与演练。</p>	<p>开展突发公共卫生事件、重大事故灾害的应急救援知识的培训, 并定期组织演练, 确保员工掌握本专业急救操作流程与规范。</p>	<p>0.4</p>	<p>记录查看、现场检查、员工访谈、员工操作。 1. 未开展培训或组织演练, 扣 0.4 分。 2. 1 人不合格, 扣 0.2 分, 最多扣 0.4 分。</p>

第二章 临床服务质量与安全管理

一、医疗质量管理体系和工作机制

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(十一) 有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。(1分)</p> <p>【概述】根据《医疗质量管理办法》建设覆盖全院、全程和全员的医疗质量管理体系，包括组织架构、制度规范、部门分工、运行机制等。各部门根据职责分工制定工作计划并落实，定期开展检（督）查、数据采集与分析反馈，通过风险管理和绩效奖惩等措施推动医疗质量持续改进，并明确医疗质量管理的院级、科级责任范畴。</p>			
2.1.11.1 有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，落实医疗质量管理院、科两级责任制。	1.实行院科两级责任制；医院有完整的医疗质量管理制度和运行机制，且分工明确；有组织架构图，能清楚反映医疗质量管理组织架构。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未实行院科两级责任制，扣0.1分。 2.医疗质量管理制度和运行机制，分工不明确，扣0.1分。 3.无组织架构图，或不能清楚反映医疗质量管理组织架构，扣0.1分。
	2.设置独立的质量与安全管理部门，负责医疗质量管理各部门有管理制度、工作计划；负责人知晓本人职责	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 未设置独立的质量与安全管理部门或负责人不知晓本人职责，各扣0.15分。
	3 工作计划有记录；定期开展检（督）查、数据采集、分析与反馈。	0.4	文件查阅、现场检查。 无工作计划记录或未定期开展检（督）查、数据采集、分析与反馈，各扣0.2分。
<p>(十二) 设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。(1分)</p> <p>【概述】医疗质量管理委员会是本院医疗质量管理工作的负责组织，其人员组成、职责应当符合《医疗质量管理办法》要求，并组织开展本院质控工作，工作内容有记录且可追溯。同时，医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。</p>			

2.1.12.1 设立医院质量管理相关委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求，并承接、配合各级质控组织开展工作，发挥统筹协调作用。	1.医院质量管理专业委员会符合《医疗质量管理办法》和相关文件要求，委员会至少包括：医院质量与安全管理委员会、医疗质量与安全管理委员会、护理质量与安全管理委员会、医院感染管理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、临床用血管理委员会、病案管理委员会、伦理委员会、医疗技术临床应用管理委员会和医学装备管理委员会；人员组成要符合相关职责要求。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.每少成立 1 个委员会，扣 0.2 分。 2.人员组成不符合要求，扣 0.2 分。
	2.各质量管理委员会有工作职责、工作制度、工作计划；质控组织工作有成效，且有工作记录，可追溯。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1 项不符合要求，扣 0.15 分。
	3.各质量管理委员会要负责承接、配合各级质控组织开展工作；医院质量与安全管理部门负责该项工作组织协调。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1 项不符合要求，扣 0.15 分。
<p>(十三) 各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。(2分)</p> <p>【概述】科室医疗质量管理小组是业务科室自我管理的重要体现形式，科室员工应当明确科室层面自我管理的意义，鼓励员工层面的自我管理。科室医疗质量管理小组职责应当包括《医疗质量管理办法》所规定的全部内容，提倡自我检查和自我改进。</p>			
2.1.13.1 各业务科室应成立本科室医疗质量管理工作小组，人员构成和职责符合国家要求，根据工作计划完成本科室质量管理活动。	1.各科室成立医疗质量管理小组，组长由科室主要负责人担任；人员组成合理；设有质控员并分工明确，有分工职责；负责日常具体工作。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未成立管理小组，扣 0.2 分。 2.每缺 1 个科室，扣 0.1 分。 3.质控小组组成不符合要求，扣 0.1 分； 4.分工不明确、职责不明确，扣 0.1 分。
	2.有科室质量管理工作计划、工作制度、技术规范、质量指标、诊疗常规及指南、检查标准；按月开展自查；有工作记录。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未组织自查或无工作记录，各扣 0.5 分。 2.其余 1 项不符合要求，扣 0.1 分，最多扣 0.5 分。
	3.科室质量管理小组负责按时、准确、完整上报各级卫生行政部门规定的医疗质量信息。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未按时上报省级质控中心质量信息或未按时上报单病种质控信息，扣 0.5 分。 2.其余 1 项不符合要求，扣 0.1 分。

<p>(十四) 建立健全医疗质量管理培训考核制度, 充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。(1分)</p> <p>【概述】 医疗质量管理具有专业和管理双重属性, 其中专业人员在医疗质量管理工作中起着主体作用。因此从事医疗质量管理需要接受专门的管理技能培训, 包括管理学知识培训、管理工具应用培训, 数据管理和必要的统计分析培训等。医院应当建立相关培训考核制度, 通过进修、专班培训和在工作中自学、上级带教等措施提升专业人员在医疗质量管理中的作用。</p>			
2.1.14.1 建立健全医疗质量管理培训考核制度, 充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。	1. 医院有医疗质量管理培训考核制度: 医院领导、职能部门管理人员、科室质量管理小组人员接受质量管理知识培训, 有培训计划、培训通知、签到表、培训课件和考核资料。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1. 未开展培训, 扣 0.3 分。 2. 其余 1 项不符合要求, 扣 0.1 分, 最多扣 0.5 分。
	2. 医院有相关制度和措施调动专业人员参与质量管理的积极性。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1. 未开展工作, 扣 0.3 分。 2. 工作成效不显著, 扣 0.2 分。
<p>(十五) 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。(2分)</p> <p>【概述】 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作是保障医疗质量安全的基础。医疗机构应当监督、指导员工在诊疗工作中依照相关规范开展医疗服务; 在机构层面遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展培训和督查工作, 并指导临床科室开展自查。</p>			
2.1.15.1 医务人员严格依照临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准要求开展临床诊疗工作。	各科室根据本专业临床诊疗指南和行业标准制定科室诊疗、技术操作规范和临床路径, 并落实。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1. 未制定科室诊疗、技术操作规范和临床路径, 扣 0.5 分。 2. 每缺 1 项, 扣 0.2 分。
2.1.15.2 遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展培训和督查工作, 并指导临床科室开展自查。	1. 对医务人员开展临床诊疗指南和技术操作规范的培训; 医务人员遵循指南、规范和行业标准等开展诊疗活动。	0.5	员工访谈、现场检查。 抽考 3 人, 抽查 5 份运行病历。 1. 未开展培训, 扣 0.2 分。 2. 1 人抽考不合格, 扣 0.1 分。 3. 发现 1 例不符合诊疗规范要求, 扣 0.2 分。
	2. 科室质量管理小组每月组织落实上述指南、规范、标准和临床路径工作情况的自查; 职能部门定期组织督查并指导临床科室开展自查; 督查、自查均有记录。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1. 科室无定期自查, 扣 0.3 分/科室。 2. 无定期督查, 扣 0.5 分。 3. 记录不完整, 扣 0.5 分。

	3. “临床路径”监测指标包括但不限于以下：入组率、入组后完成率、死亡率、重返率、平均住院日、平均住院费用、出院患者经临床路径管理的占比等；各项指标符合国家、省级卫生行政部门要求。	0.5	文件查阅、查看资料、现场检查员工访谈。 1项不符合要求，扣0.1分。
<p>(十六) 开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。(2分)</p> <p>【概述】为保障患者生命权、健康权、选择权、知情权、隐私权等权利，医院和医务人员开展医疗服务应当履行告知义务，按照相关规定取得患者或/和家属同意认可，手术、特殊检查、特殊治疗还应当获得患者或/和家属明确同意的资料(包括但不限于书面同意、录音录像和律师公证等)。告知是让患者或/和家属理解医疗服务的局限性，了解各种诊疗方式的成本、获益和风险，方便患方自主选择。同时，保护患者隐私应当成为医院员工在各种医疗活动中必需遵守的共性要求。</p>			
2.1.16.1 尊重患者隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，对患者的隐私保密；诊疗活动中遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权；有保护患者隐私的设施和管理措施。	1.诊疗活动中遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者自主选择，在实施手术、麻醉、有创诊疗操作、特殊检查、特殊治疗(如化疗、放疗)、使用血液制品、贵重药品、高值耗材前，履行书面同意手续；知情同意书内容要包含诊疗方式的成本、获益和风险，方便患者自主选择；知情同意书随病历归档。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。 检查在院和出院病历各5份。 1.发现1例未签署知情同意书、或1份知情同意书未随病历归档，扣1.0分。 2.其余1项不符合要求，扣0.5分。
	2.医院有尊重患者隐私权、保护患者隐私的保密制度和管理措施；诊疗现场有保护患者的隐私措施。	0.5	文件查阅、现场检查。 1.无制度、无措施，扣0.5分。 2.1处现场不符合要求，扣0.3分。
	3.尊重民族习惯和宗教信仰，对于语言、宗教、民族等有差异的患者的知情沟通，医院有相应的解决对策。	0.5	文件查阅、现场检查。 1.无解决对策，扣0.5分。 2.对策未落实，扣0.3分。
<p>(十七) 建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。(1分)</p> <p>【概述】医疗质量管理与控制涉及医院全院、临床诊疗服务全过程，医院应当将所有人员、设施设备、环境纳入医疗质量管理和控制的范围，并制订相关制度。</p>			
2.1.17.1 医院建立有全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制	1.根据卫生行政主管部门相关文件和规章制度要求，制定覆盖全院、诊疗活动全流程、全员参与的质量管理工作制度；评审周期内定期更新。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.制度不完整，每缺1项，扣0.1分。 2.评审周期内未更新，扣0.1分。

制度。	2.有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）管理制度与措施；及时更新。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.制度不完整，每缺 1 项，扣 0.1 分。 2.评审周期内未更新，扣 0.1 分。
	3.有重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症监护室、产房、新生儿病房、消毒供应中心等）的管理制度与措施；及时更新。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.制度不完整，每缺 1 项，扣 0.1 分。 2.评审周期内未更新，扣 0.1 分。
	4.将设施设备、环境管理纳入医疗质量管理和控制的范围，并制订相关制度；及时更新。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未将设施设备、环境（如：环境卫生、布局、标识标牌等）管理纳入管理，扣 0.3 分。 2.制度不完整，每缺 1 项，扣 0.1 分。 3.评审周期内未更新，扣 0.1 分。
<p>（十八）熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。（s 分）</p> <p>【概述】运用管理工具是提升医疗质量管理工作效率和效率的有效方法。质控指标是开展医疗质量管理工作的基础性工具，医院应当建立适合本院实际情况的指标体系，明确相关指标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式，质量管理部门应当掌握医院医疗质量基础数据。</p>			
2.1.18.1 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价。	1.医院有负责质量管理工具运用管理的主管部门；有全面质量管理、PDCA 循环、品管圈、DRGs 质量评价、单病种管理与临床路径管理、根本原因分析等医疗质量管理工具的培训计划；并落实。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未应用管理工具，扣 0.2 分。 2.其余 1 项不符合要求，扣 0.1 分。
	2.医院领导、职能部门管理人员、科室质量管理小组人员，以及医院医疗质量管理网络成员，掌握 1 种以上医疗质量管理常用工具；有记录可追溯；有案例可说明。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无案例，扣 0.8 分。 2.其余 1 项不符合要求，扣 0.1 分。
	3.职能部门管理人员及科室质量管理小组成员能够运用质量管理工具统计分析医院、科室质量安全指标及风险数据、重大质量缺陷等；分析原因，评价质量现状；制定改进措施并落实。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、核对数据、现场检查。 1.无指标分析/未运用工具分析，扣 1 分。 2.其余 1 项不符合要求，扣 0.2 分。
2.1.18.2 完善本院医疗质量管理相关指标体系，包括但不限于国家、省级发布的医疗质量控制指标和“国家医	1.建立并完善医院各临床及医技科室质量安全管理指标体系，要明确指标的定义，数据采集、汇总、分析、反馈和应用方法。指标体系要完整，要满足国家、省级卫生健康行政部门质量管理的要 求，指标至少包含：医疗、护理、医院感染、药学、输血、病	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无指标体系，扣 1 分。 2.指标体系说明不完整，扣 0.2 分。 3.缺 1 类指标，扣 0.4 分。

疗质量安全改进目标”相关指标。	案、伦理、病种质量、临床研究、设施设备、耗材管理、均次医疗费用等方面，按省级质控中心要求准确、及时上报质量数据。		4.不按要求上报质量数据，扣 4 分。
	2.有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）的质控指标。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无指标，扣 0.5 分。 2.指标不完整，扣 0.3 分。
	3.有重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症监护室、产房、新生儿病房、消毒供应中心等）的质控指标。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无指标，扣 0.5 分。 2.指标不完整，扣 0.3 分。
2.1.18.3 相关人员应当掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。	院、科两级质量管理组织负责人和相关质量管理人员，掌握其职责范围内的医疗质量基础数据。	1	文件查阅、查看数据、人员抽考。 1.发现 1 人不知晓，扣 1 分。 2.掌握不全面，扣 0.3 分/人。
<p>（十九）加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。（1.5 分）</p> <p>【概述】临床专科服务能力是医疗质量的核心，随着人口老龄化、疾病谱的改变，“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式成为系统性解决患者疾病，提高诊疗效果的有效途径。</p>			
2.1.19.1 制订切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际情况的专科建设发展规划，并组织实施。	1.医院有专科建设发展规划，包括：优势专科、培育专科、潜力专科的发展方案、配套支持政策、考核标准、考核办法等。	0.3	文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.无规划，扣 0.3 分。 2.每缺 1 项内容，扣 0.2 分。
	2.科室根据医院总体规划制定本科室专科建设发展规划，并落实。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无规划，扣 0.2 分。 2.内容不完整，缺 1 项内容，扣 0.1 分。 3.有规划未落实，扣 0.1 分。
2.1.19.2 重视专科协同和中西医共同发展，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。	医院有进一步完善医院专科协同和中西医共同发展相关制度、目标和具体措施；建立“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式，将中医纳入多学科会诊体系，落实并有会诊记录。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈。 提供 5 份有中医科参加 MDT 会诊归档病历或 MDT 门诊病历。 1.无相关制度、目标等，扣 0.5 分。 2.未落实，扣 0.3 分。 3.病历中无中医科参加 MDT 会诊记录，扣 0.5 分

			/份。
<p>(二十) 加强单病种质量管理与控制工作, 建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系, 促进医疗质量精细化管理。(2.5 分)</p> <p>【概述】单病种质量管理是国际上通用的医疗质量管理方式, 通过收集、分析病种诊疗全过程的核心信息, 进行纵向和横向比较, 有助于规范医务人员的行为, 提高医疗质量同质化程度。医院应当根据国家层面的单病种管理指标信息, 建立本院的单病种质量管理指标, 促进医疗质量的精细化管理。</p>			
2.1.20.1 将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理体系; 及时、全面、准确上报国家单病种质量管理与控制平台数据。	1.依据国家颁布的相关单病种管理要求, 结合本院实际, 制定医院单病种管理制度、实施方案, 将单病种质量管理纳入医院医疗质量管理体系中, 并落实。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1 项不符合要求, 扣 0.1 分。
	2. 院、科两级有专人负责上报单病种指标信息, 有具体措施确保上报信息的及时、准确, 实现单病种指标上报的信息化管理。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、病案检查。 1.无专人负责, 扣 0.5 分。 2.信息上报不及时、不符合要求, 扣 0.2 分/病种。 3.未开展信息化管理, 扣 0.2 分。
2.1.20.2 建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系, 并开展应用。	1.依据国家单病种管理指标信息, 建立本院单病种质量管理指标及指标的参考标准体系, 并开展应用。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未建立指标, 扣 1 分。 2.未开展应用或应用效果不显著, 扣 0.5 分。
	2. 院、科两级定期对单病种过程与结果质量指标进行汇总, 分析负向指标发生原因, 提出改进措施。	0.5	记录查看、员工访谈、数据核查、病案检查。 1 项不符合要求, 扣 0.2 分。
<p>(二十一) 制订满意度监测指标并不断完善, 定期开展患者和员工满意度监测, 改善患者就医体验和员工执业感受。(2 分)</p> <p>【概述】满意度管理有助于改善患者就医体验和员工执业感受, 促进员工或医患互动, 以提升医院社会效益。医院定期开展患者和员工满意度监测, 可以发现医院实际情况与患者和员工的期望之间存在的差距, 有助于医院针对性的实施改进。</p>			
2.1.21.1 开展患者满意度监测管理, 有相关的制度、流程及适宜的评价内容, 不断改善患者就医体验。	1. 医院建立患者满意度测评管理制度, 包括: 工作流程、监测指标及评价内容, 并有指定的主管部门负责本项工作, 职责明确。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无制度, 扣 0.2 分。 2. 内容不完整, 扣 0.1 分。 3.无指定的主管部门负责本项工作或职责不明确, 扣 0.1 分。

	2.定期开展患者满意度院内自我监测和第三方调查评价，并充分运用调查数据进行分析、评价、改进医疗服务工作，有数据显示患者就医体验得到改善。	0.7	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、患者访谈。 1.1项不符合要求，扣0.2分。 2.改进效果不显著，扣0.5分。
2.1.21.2 建立员工满意度评价体系，改善员工执业感受。	1.医院建立员工满意度评价体系及相关制度；有指定的主管部门负责本项工作，职责明确；有定期收集员工对医院服务及管理意见和建议。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无制度、无评价体系，扣0.5分。 2.其余1项不符合要求，扣0.1分。
	2.对存在问题有分析并提出改进措施；对整改效果有追踪；员工满意度逐步提高。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1项不符合要求，扣0.2分。
<p>(二十二) 建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。(4分)</p> <p>【概述】 内部现场检查是医院开展医疗质量自我管理的重要手段，公开质量信息是督促员工自我改进的重要方法，两者结合使用有助于调动相关科室和人员实现自我改进的积极性。</p>			
2.1.22.1 建立院、科两级医疗质量内部现场检查制度并落实。	1.医院有院、科两级医疗质量内部现场检查管理制度，包括：检查方案、检查标准和操作手册，至少每2年更新1次，有指定主管部门负责，职责明确。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无制度或制度不完整，扣0.2分。 2.其余1项不符合要求，扣0.1分。
	2.主管部门定期组织全院性的医疗质量检查，有汇总、有分析、有总结、有整改，并保留质量检查的原始记录。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无记录，扣0.8分。 2.其余1项不符合要求，扣0.3分。
	3.科室质量管理小组定期开展科室医疗质量与安全现场检查；检查内容完整；对存在的问题有分析、有整改；并保留质量检查的原始记录。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.无记录，扣0.8分。 2.其余1项不符合要求，扣0.2分。
2.1.22.2 建立本院医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情	1.医院有医疗质量公示制度；有明确的医疗质量公示内容与范围。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1项不符合要求，扣0.2分。

况予以内部公示。	2.主管部门能够利用公示结果对全院各科室开展质量分析、评价与考核。	1.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未开展质量分析，扣 0.5 分。 2.分析内容不完整，每缺 1 个科室，扣 0.3 分。
<p>(二十三) 强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。(2分)</p> <p>【概述】 医疗质量管理相关数据信息是开展医疗质量管理与控制工作的基础，随着医疗质量管理工作科学化、精细化程度的提高，传统的数据采集方法已经不能满足当前三级医院医疗质量管理工作的需要。利用信息化手段快速准确的获取相关数据是适应现代医院管理要求的必要条件。</p>			
2.1.23.1 基于电子病历的医院信息平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求，功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求，技术符合《医院信息化建设应用技术指引(2017版)》的要求。	建成院内信息系统集成平台和数据中心，实行院内门(急)诊、护理、药学、手术、麻醉、检验、影像、病理、超声、心电、输血、日间病房、互联网医院等医疗流程闭环管理。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未建立平台和中心，扣 1 分。 2.有 1 项医疗流程未闭环管理，扣 0.2 分。
2.1.23.2 医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所需的数据信息，数据符合《全国医院数据上报管理方案》、《全国医院上报数据统计分析指标集》、《江苏省健康信息平台共享数据集》的要求。	1.医院能够利用信息系统开展医疗质量管理与控制工作，建立数据中心，数据中心至少能为各项质量管理与控制工作提供指标数据。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查。 1.未建立数据中心，扣 0.5 分。 2.提供数据不完整，每缺 1 项，扣 0.1 分。
	2.医院信息平台提供的指标数据符合《全国医院数据上报管理方案》、《全国医院上报数据统计分析指标集》、《江苏省健康信息平台共享数据集》的要求。	0.5	现场检查、病历检查、员工访谈。 1 项不符合要求，扣 0.5 分。
<p>(二十四) 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改进。(3分)</p> <p>【概述】 医疗质量管理是一个连续的、持续改进的过程，需要定期进行评估，以便明确当前工作情况，及时调整下一步工作方向和重点，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施。对医疗质量信息数据开展内部验证，是保障质量信息数据真实、可信、有效、可用的重要方法，是为医院决策层提供科学支持的基础。</p>			

2.1.24.1 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。	1.医院有医疗质量执行情况定期评估制度、医疗安全风险预警、干预的制度，并落实。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查。 未建立制度或未落实，扣 0.5 分。
	2.主管部门定期开展质量安全评估，每季度完成医院医疗质量管理通报，根据存在的质量安全风险，提出风险预警，同时采取有效干预措施，有干预效果评价总结。	1	查阅记录、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未定期开展质量安全评估，扣 0.2 分。 2.每季度未完成医院医疗质量管理通报，扣 0.2 分。 3.未根据存在的质量安全风险，提出风险预警，扣 0.2 分。 4.未针对风险预警采取有效干预措施扣 0.2 分。 5.缺少干预效果评价总结。扣 0.2 分。
	3.主管部门定期组织典型质量安全问题剖析会，分析原因，预防类似事件的再次发生或降低类似事件发生频率，有数据支撑。	1	查阅记录、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未开展剖析会，扣 1 分。 2.会议未按要求召开，扣 0.2 分。 3.无数据支持，扣 0.5 分。
2.1.24.2 对医疗质量信息数据开展内部验证，并及时分析和反馈。	对医疗质量信息数据开展内部验证，并及时分析和反馈。	0.5	查阅记录、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未开展验证，扣 0.3 分。 2.无分析/未反馈，各扣 0.1 分。

二、医疗质量安全核心制度

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(二十五) 医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。(3.5分)</p> <p>【概述】《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》(以下简称《要点》)是医院开展医疗质量管理的主要依据。医院应当根据《要点》和本机构实际制定、完善本机构核心制度和相关配套制度，细化工作流程，加强对医务人员的培训、教育和考核，使核心制度真正融入诊疗活动和全院工作流程中。</p>			

2.2.25.1 落实《医疗质量管理 办法》《医疗质量安全核心 制度要点》要求，制定发布 本院医疗质量安全核心制 度。	1.医院根据本院实际，制定符合国家、省要求的医疗质量安全核 心制度。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 制定的医疗质量安全核心制度不符合国家、省要 求或不符合本院实际，各扣 0.5 分。
	2.科室对制度执行与落实情况有自查与整改；职能部门对制度执 行与落实情况有检查与监管。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.科室对制度执行与落实情况无自查与整改，扣 0.5 分。 2.职能部门对制度执行与落实情况无检查与监 管，扣 0.5 分。
2.2.25.2 开展针对医疗质量 安全核心制度的全员培训。	有医疗质量安全核心制度的培训，有计划、签到、材料和考核记 录；参加培训人员要全员、全覆盖。各类人员知晓其职责范围相 关的医疗质量安全核心制度。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.培训计划、签到、材料和考核记录不完善，各 扣 0.2 分。 2.培训工作未能做到全员、全覆盖，扣 0.3 分。 3.抽考相关工作人员 5 名，每有 1 名不知晓，扣 0.1 分。
2.2.25.3 有针对新员工的专 项培训，确保新员工尽快知 晓其职责范围相关的医疗质 量安全核心制度。	有针对新员工的专项培训。新员工知晓其职责范围相关的医疗质 量安全核心制度。	0.7	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无专项培训，扣 0.2 分。 2.分别抽考 5 名新员工，每有 1 名不知晓，扣 0.2 分。
<p>（二十六）建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。（2分）</p> <p>【概述】首诊负责制是指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前全面负责该患者诊疗的制度。为强化医疗质量和安全，在患者就诊时，医院应明确患者所有诊疗过程的负责人，落实到个人，并延伸到科室。体现为明确、连续的全流程诊疗管理，医院内所有医疗行为都应当有相应的记录和明确的责任人以便追溯。</p>			
2.2.26.1 建立首诊负责制度。 明确在诊疗过程不同阶段的 责任主体，确保患者的所有 诊疗过程都有人负责。	院、科两级均有明确的首诊负责制度，明确在诊疗过程中不同阶 段的主体责任，各级医务人员熟悉首诊负责制度。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病 历检查、病案检查。 1.院、科两级无相关制度，扣 0.3 分。 2.诊疗过程中不同阶段的主体责任不明确，扣 0.2 分。 3.访谈 5 个科室共 10 名医务人员，有 1 名员工不 知晓，扣 0.1 分。

2.2.26.2 各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性。	各项诊疗过程、项目转接平顺有效，符合首诊负责制度要求。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 现场追踪检查门（急）诊和住院患者诊疗转接流程；抽查门（急）诊和住院患者病历各 5 份；访谈 5 个科室共 10 名医师。有 1 处不符合，扣 0.1 分。
2.2.26.3 医疗行为有记录，可追溯。	在各类记录中能体现首诊负责制度，便于追溯。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 抽查门（急）诊和住院患者病历各 5 份。有 1 处不符合，扣 0.1 分。
<p>（二十七）建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。（2 分）</p> <p>【概述】三级查房制度是指医院实施科主任领导下的三个不同级别的医师开展查房的制度。科主任可以根据科室/病区床位、工作量、医师的专业资质和能力等要素组建若干个医疗团队（或称主诊医师制、医疗组长制、主任医师制等），指定医疗团队的负责人（含主诊医师、医疗组长和带组的主任医师等），中间级别和最低级别的医师可参照职称、个人技术能力等因素选拔和认定，报医疗管理部门审核和相关委员会批准并定期调整。医院应当按照《要点》要求明确各级医师的查房周期、医疗决策和实施权限。</p>			
2.2.27.1 实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。	1.有明确的科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度和要求。3 个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。 访谈 5 个科室各 3 名各级医师。 有 1 处不符合，扣 0.2 分。
	2.科主任指定的医疗团队负责人，有审核、批准并动态管理。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.无科主任指定的医疗团队负责人，扣 0.2 分 2.无审核、批准及动态管理，扣 0.3 分。
2.2.27.2 严格明确查房周期。工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房 2 次，中间级别的医师每周至少查房 3 次。术者必须亲自在术前	各级医师查房周期符合要求。工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房 2 次，中间级别的医师每周至少查房 3 次。术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。 询问 5 名住院患者；抽查 30 份运行和归档病历（其中手术和非手术病历各 15 份）；访谈 5 个科室各 3 名各级医师。 有 1 处不符合，扣 0.1 分。

和术后 24 小时内查房。			
2.2.27.3 明确各级医师的医疗决策和实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整。	各级医师的医疗决策和实施权限明确，有员工相关权限的授权目录，有落实、定期调整。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。 1.医疗决策和实施权限不明确，扣 0.2 分。 2.无相关权限的授权目录，扣 0.2 分。 3.无落实、未定期调整，各扣 0.1 分。
<p>(二十八) 建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。(2.5 分)</p> <p>【概述】会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。为保障会诊意见和会诊服务得到充分理解，会诊请求人员应当陪同完成会诊。当患者罹患疾病超出了本科室诊疗范围和处置能力，且经评估可能随时危及生命，需要院内其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救，此种情形可以发出急会诊申请，并要求受邀科室 10 分钟内到位。</p>			
2.2.28.1 明确各类会诊的具体流程和时间要求，急会诊必须在 10 分钟之内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成。	建有会诊制度、明确各类会诊的具体流程和时间要求，急会诊必须在 10 分钟之内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成，相关人员知晓并严格落实到位。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无会诊制度、未明确各类会诊的具体流程和时间，扣 0.5 分。 2.访谈医师 5 名，有 1 人会诊制度或时间要求不知晓，扣 0.5 分。
2.2.28.2 会诊请求人员应当陪同完成会诊。	会诊请求人员应当陪同完成会诊。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 每发现 1 例会诊请求人员未陪同完成会诊，扣 0.1 分。
2.2.28.3 医院统一会诊单格式及填写规范，员工知晓。	医院统一会诊单格式及填写规范；请求会诊原因、目的明确，填写规范。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.查看电子病历模板；抽查运行和归档有会诊的病历各 5 份。有 1 处不符合，扣 0.1 分。 2.抽考 5 名医师；随机抽查急会诊和普会诊病历各 5 份。有 1 处不符合，扣 0.1 分。

2.2.28.4 会诊情况和处置按规定进行记录，有定期的自查与督查。	会诊情况和处置按规定进行完整记录，科室、医疗管理部门有定期自查与督查，及时反馈、处理、改进。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.抽查运行和归档有会诊的病历各 5 份，有 1 处不符合，扣 0.1 分，最多扣 0.4 分。 2.无定期的自查与督查，扣 0.4 分。
<p>（二十九）建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。（2 分）</p> <p>【概述】 分级护理制度是指医护人员根据患者的病情和自理能力对患者进行分级别护理的制度。目的是保障患者得到适宜照护。医院应当按照分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的工作内容。合理动态调整护理级别，并明确标识。</p>			
2.2.29.1 依据《综合医院分级护理指导原则（试行）》《护理分级》（WS/T431-2013）制定护理分级制度。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。	1.依据《综合医院分级护理指导原则（试行）》《护理分级》（WS/T431-2013）的原则和要求，制定符合医院实际的护理分级制度。	0.5	文件查阅、员工访谈。 护理分级制度未依据《综合医院分级护理指导原则（试行）》《护理分级》（WS/T431-2013）的原则和要求制定，扣 0.5 分。
	2.根据患者病情与自理能力确定护理级别，根据病情变化及时调整护理级别。	1	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查 1.未根据病情与自理能力确定护理级别，扣 0.5 分。 2.未及时调整护理级别，扣 0.5 分。
	3.护理级别应当实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查。 标识不全，扣 0.5 分。
<p>（三十）建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。（3 分）</p> <p>【概述】 值班与交接班是为了保障医院医疗活动的连续性，明确值班岗位职责、值班人员资质，并根据职责内容，工作强度和需要安排人数，常态运行，值班活动有记录可追溯。医院总值班人员应当经过培训并考核合格以满足总值班岗位要求。值班岗位和值班时间应统一院内公开，便于查阅。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。</p>			
2.2.30.1 有全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的	有全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，建立值班与交接班制度，并明确值班岗位职责，保证员工知晓。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查、现场检查。访谈不同职能部门和科室的员工共 5 名。

后勤部门，明确值班岗位职责并纳入职责汇编，员工知晓。			1.未建立全院性值班体系，扣 0.2 分。 2.建立值班与交接班制度，扣 0.2 分。 3.有 1 人不知晓值班岗位职责，扣 0.1 分。
2.2.30.2 值班人数应满足岗位职责需要，并保证常态运行。	值班人数应满足岗位职责需要，并保证常态运行。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查 查看评审周期内值班表、访谈 5 名值班人员。 发现值班人数未满足岗位职责需要，扣 0.5 分。
2.2.30.3 实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。	实行医院总值班制度，总值班人员上岗前需接受培训并考核合格。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查。 查看评审周期内医院总值班表和人员培训考核记录。 未达到要求，扣 0.5 分。
2.2.30.4 医院及科室值班表应当定期提前全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。	医院及科室值班表应当定期提前全院公开，值班表涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查。 查看评审周期内值班表及公开情况。 1.未达到要求，扣 0.5 分。 2.未定期进行自查和与督查，扣 0.2 分。
2.2.30.5 值班人员资质和值班记录应当符合规定，非本机构执业医务人员不得单独值班。	值班人员资质和值班记录应当符合规定，非本机构执业医务人员不得单独值班。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 查看评审周期内值班表和值班人员资质，现场检查。 发现 1 例未达到要求，扣 0.5 分。
2.2.30.6 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历，有定期的自查与督查。	值班期间所有的诊疗活动及时记入病历，临床科室、各相关管理部门有定期的（季度）自查与督查。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 查看科室交接班记录本；抽查 10 份运行病历；查看临床科室和职能部门自查和督查记录。 1.未及时记入病历，扣 0.3 分； 2.未及时自查、督察，扣 0.2 分。
<p>（三十一）交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。（2 分）</p> <p>【概述】值班与交接班记录本是科室必备记录本之一，需要交班的内容应规范记录，当日四级手术和急危重患者必须增加床旁交班，并在值班记录上注明。如医院使用电子交接班记录，系统应具备自动生成交班病人目录、交接双方共签字、智能提醒、查询修改记录等功能。</p>			

2.2.31.1 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。	交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.交接班内容未专册记录，扣 0.5 分。 2.交接班人员未共同签字，扣 0.5 分。
2.2.31.2 四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。	四级手术的患者手术当日和急危重患者必须床旁交班，并在交接班记录中予以体现。	1	文件查阅、现场检查。 询问 5 名相关住院患者；查看科室交接班记录本。未达到要求，扣 1 分。
<p>(三十二) 建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。(2.5 分)</p> <p>【概述】 疑难病例讨论是提高疑难病例诊疗效果，保障医疗质量安全的重要途径。明确本医院和本科室疑难病例的范围是规范疑难病例管理的第一步，为保障疑难病例讨论质量和效果，医院应当明确参与讨论人员范围、组成和流程要求，讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。</p>			
2.2.32.1 医院和科室应当确定疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。	建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 查阅职能部门和临床科室文件，并抽查 10 份疑难患者病例。 1.无疑难病例讨论制度或文件，扣 0.5 分。 2.疑难病例讨论结果未记入病历，扣 0.2 分。 3.未见讨论原始记录及主持人审签，扣 0.3 分。
2.2.32.2 明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有 2 人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。	明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有 2 人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 查阅职能部门和临床科室文件。 1.未明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求，扣 0.2 分。 2.讨论人员不符合要求，扣 0.3 分。

2.2.32.3 疑难病例讨论内容 专册记录，主持人需审核并 签字。	疑难病例讨论内容专册记录，主持人需审核并签字。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病 案检查。 随机抽查 5 个临床科室疑难病例讨论记录本。 无专册记录或无主持人审签，扣 0.5 分。
2.2.32.4 疑难病例讨论结论 记入病历，定期自查与督查。	疑难病例讨论结论记入病历，临床科室、相关管理职能部门有定 期自查与督查。	1	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病 案检查。 抽查疑难病例运行和归档病历各 5 份；查看临床 科室和职能部门自查和督查记录。 1.疑难病例讨论结论未记入病历，扣 0.5 分。 2.未定期自查与督查，扣 0.5 分。
<p>（三十三）建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历。（3 分）</p> <p>【概述】急危重患者是医疗活动中应当重点关注的人群，应当优先救治以争取最佳诊疗效果。为充分利用有限的资源，医院和科室应当明确急危重患者的范围，建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。为保障医疗行为可追溯，抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历。</p>			
2.2.33.1 医院和科室应当确 定急危重患者的范围，包括 但不限于出现以下情形的患 者：病情危重，不立即处置 可能存在危及生命或出现重 要脏器功能严重损害；生命 体征不稳定并有恶化倾向 等。	1.有急危重患者抢救制度，并执行到位，体现出持续整改有成效。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员 工操作、病历检查、病案检查。 1.查阅职能部门和临床科室文件。 2.无制度，扣 0.2 分。
	2.医院和科室确定急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情 形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要 脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员 工操作、病历检查、病案检查。 查阅职能部门和临床科室文件。 未达到要求，扣 0.3 分。
2.2.33.2 建立抢救资源配置 机制。抢救资源包括但不限 于抢救人员、抢救药品、抢 救设备和病区抢救区域、抢 救床位。	医院建立抢救资源配置机制，并有指定的管理部门。抢救资源包 括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢 救床位。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、病 历检查、病案检查、现场检查 3 个科室。 1.无指定的管理部门或机制，扣 0.2 分。 2.抢救资源未达到要求，扣 0.2 分。

2.2.33.3 建立抢救资源紧急调配机制。紧急调配机制可以包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。	建立抢救资源紧急调配机制。紧急调配机制可以包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 未达到要求，扣 0.5 分。
2.2.33.4 医院建立急危重患者相关绿色通道，明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。	医院建立急危重患者相关绿色通道，明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。	0.5	文件查阅、记录查看、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查、现场检查。 抽考 5 名医务人员，询问 5 名绿色通道患者。 未达到要求，扣 0.5 分。
2.2.33.5 抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历，有定期自查与督查。	抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历，临床科室、相关管理职能部门有定期自查与督查。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 抽查抢救患者的运行和归档病历各 5 份；查看自查和督查记录。 有一份未按时书写抢救记录或未定期自查与督查，各扣 0.5 分。
<p>（三十四）建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。（2.5 分）</p> <p>【概述】术前讨论是防范手术风险的重要关口，所有手术必须完成术前讨论。根据手术难度、风险采取适宜形式的术前讨论是保障术前讨论效果、提高术前讨论效率的重要途径。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。</p>			
2.2.34.1 明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。	医院建立术前讨论制度。明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 访谈 5 名医务人员、抽查 10 份手术患者病历。 未达到要求，扣 0.5 分。
2.2.34.2 明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。	明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 查看 10 份手术患者电子病历中相关医疗文书完成时间。 未达到要求，扣 0.5 分。

2.2.34.3 科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。	科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 抽查 5 个手术科室台账资料。 未达到要求，扣 0.5 分。
2.2.34.4 术前讨论的结论记入病历，有定期自查与督查。	术前讨论的结论记入病历，临床科室、相关管理职能部门有定期自查与督查、持续改进。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 抽查 10 份手术病历。 1.术前讨论未记录病历，扣 0.5 分。 2.未定期自查与督查，扣 0.5 分。
<p>(三十五) 建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。(2.5 分)</p> <p>【概述】死亡是发生在患者身上的最差诊疗结果，医院应当高度重视，采取措施减少或延迟其发生。医院应当建立全面的死亡病例管理机制，监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，规范开展死亡病例讨论以提出改进措施。为保障讨论效果，医院应当对死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录作出明确规定。</p>			
2.2.35.1 医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。	建立死亡病例讨论制度，并有指定的管理部门监测全院死亡病例发生情况并至少每季度进行一次汇总分析，提出持续改进意见。	1	文件查阅、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。 1.未建立死亡病例讨论制度，扣 0.5 分。 2.未有指定的管理部门监测，扣 0.2 分。 3.未每季度进行汇总分析，提出持续改进意见，扣 0.3 分。
2.2.35.2 死亡病例讨论在全科范围内完成，由科主任主持死亡病例讨论。	死亡病例讨论在全科范围内完成（必须包括但不限于全体医师、护士长参加；必要时邀请相关科室、管理部门参加），由科主任主持。	0.5	文件查阅、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。 随机抽查 5 个科室死亡病例讨论记录本。 1.参加人员范围未达到要求，扣 0.3 分。 2.科主任未主持死亡病例讨论，扣 0.2 分。
2.2.35.3 死亡病例讨论在患者死亡 1 周内完成，尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次讨论。	死亡病例讨论在患者死亡 1 周内完成，尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次讨论。	0.5	文件查阅、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。 抽查 10 份死亡患者病历（含尸解病历）。 未达到要求，扣 0.5 分。

2.2.35.4 死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专册记录。	死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专册记录、讨论主持人审签。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。 抽查 10 份死亡患者病历。 1.死亡病例讨论结果未记入病历，扣 0.2 分。 2.未见讨论原始记录及主持人审签，扣 0.3 分。
<p>（三十六）建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。（2 分）</p> <p>【概述】查对能够有效减少医疗差错，是保障患者安全的重要措施。包括保障行为措施与预期作用对象一致，保障行为过程与预期行为过程一致，保障药品、设备设施等客观事物的实际情况与相关规定和标准一致等。</p>			
2.2.36.1 医院建立患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对。	医院建立患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未按要求建立制度，扣 0.5 分。 2.抽考 5 名医务人员并现场操作，每发现 1 起不知晓或操作不符合要求，扣 0.1 分。
2.2.36.2 有临床诊疗行为的查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节。	有针对不同临床诊疗行为的查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节，员工知晓并严格执行。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.缺 1 项具体环节查对制度，扣 0.5 分。 2.抽考 5 名医务人员并现场操作，每发现 1 起不知晓或执行不力，扣 0.1 分。
2.2.36.3 建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。	建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.未按要求建立制度，扣 0.5 分。 2.抽考 5 名医务人员并现场操作，每发现 1 起不知晓或执行不力，扣 0.1 分。
2.2.36.4 药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。	药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行，对收集的标本及使用的药品及耗材能够溯源。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 未按规定和标准执行，扣 0.5 分。

（三十七）建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。（2分）

【概述】手术是有创医疗行为，必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术安全核查和标准化手术流程是保障手术得以正确实施、防止额外医疗损害的基本方法。此外，分娩涉及孕妇和新生儿双方安全，应当予以更高关注。

<p>2.2.37.1 建立手术安全核查制度和标准化流程，手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。</p>	<p>医院建有手术安全核查制度和标准化流程，手术安全核查过程和内容符合国家有关规定。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 抽考 5 名医务人员并现场演示。 1.未建立手术安全核查制度和标准化流程，扣 0.2 分。 2.手术安全核查过程和内容未按国家有关规定执行，扣 0.3 分。</p>
<p>2.2.37.2 建立产房分娩核查制度和标准化流程。</p>	<p>建有产房分娩核查制度和标准化流程，相关人员知晓并严格落实。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 抽考 5 名医务人员并现场演示。 1.无制度或流程，扣 0.2 分。 2.相关人员不知道或落实不到位，扣 0.3 分。</p>
<p>2.2.37.3 手术安全核查表和产房分娩安全核查表纳入病历，有定期自查与督查。</p>	<p>手术安全核查表和产房分娩安全核查表纳入病历，临床科室、相关管理职能部门有定期的（季度）自查与督查、持续改进。</p>	<p>1</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 抽查 10 份手术患者病历。 1.手术安全核查表未纳入病历，扣 0.3 分。 2.产房分娩安全核查表未纳入病历，扣 0.2 分。 3.未定期自查与督查，扣 0.5 分。</p>

（三十八）建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。（2.5分）

【概述】手术分级管理包括医院根据手术难度和风险进行对本院开展的所有手术的分级管理及根据医师技术能力对手术医师进行手术授权管理两个方面。医院对手术进行分级管理一方面保障高难度、高风险手术得到更多关注，尽量避免手术相关不良事件；一方面便于调动医师积极性，保障医师开展与其技术能力相适应的手术，合理调配医疗资源。

<p>2.2.38.1 建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。</p>	<p>医院建有手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>查阅医院专项管理制度、手术分级管理目录；访谈相关职能部门员工 1 名、手术科室低年资主治医师 1 名。</p> <p>1.无手术分级管理工作制度，扣 0.3 分。 2 无手术分级管理目录，扣 0.2 分。</p>
<p>2.2.38.2 制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。</p>	<p>建有手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>查阅手术医师资质与授权申请、审核等相关程序的通知；抽取外科医师 3~5 名，并调取所在诊疗单元相关病历各 3 份。</p> <p>1.无手术医师资质与授权管理制度及规范文件，扣 0.3 分。 2 无授权或未按照手术名称授权，扣 0.2 分。</p>
<p>2.2.38.3 手术分级授权管理制度必须落实到本机构每 1 位医师，确保每 1 位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。</p>	<p>根据医师技术能力对每位手术医师进行手术授权。每位手术医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查。</p> <p>抽取开展内镜技术的内科科室主治医生 2 名，外科主治医师 3 名，分别抽取所在诊疗单元四级手术病历 3 份。</p> <p>不能确保每 1 位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致，扣 0.2 分。</p>
<p>2.2.38.4 建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等。</p>	<p>有手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等内容，且技术档案保管良好、及时更新、实现电子化。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>查阅评审周期内手术医师技术档案。</p> <p>1.未建立手术医师技术档案，扣 0.2 分。 2.手术医师技术档案缺少医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况等项目，每缺 1 项，扣 0.1 分。 3.未实现电子化，扣 0.1 分。</p>

<p>2.2.38.5 定期对手术医师的手术能力进行再评估，动态调整医师手术权限。</p>	<p>技术管理部门定期对手术医师的手术能力进行再评估，动态调整医师手术权限。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>查阅评审周期内手术医师技术档案，对手术分级管理过程中的申请、审核、授权流程进行文件查阅、员工访谈。</p> <p>1.未定期评估，扣 0.3 分。</p> <p>2 未能实现动态调整医师手术权限，扣 0.2 分。</p>
<p>（三十九）建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。（2 分）</p> <p>【概述】新技术和新项目是指在本院范围内首次应用于临床的诊断和治疗技术，旨在促进医学发展、科学进步，但不可避免给患者带来安全风险。医疗技术临床应用目录是常规开展的医疗活动，目录外项目均应纳入新技术新项目的管理范围。所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。</p>			
<p>2.2.39.1 建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。</p>	<p>建有本院医疗技术临床应用目录，涵盖所有常规开展的临床诊疗项目并定期更新。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p> <p>查阅医疗技术临床应用目录，重点查看限制类医疗技术目录是否与卫生行政部门限制类医疗技术备案目录一致，有无及时更新。</p> <p>1.未建立本院医疗技术临床应用目录或目录不全，扣 0.3 分。</p> <p>2.未定期更新，扣 0.2 分。</p>
<p>2.2.39.2 建立符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程并落实。</p>	<p>建立符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程并落实。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、员工访谈、现场检查，查阅评审周期内新技术和新项目目录或立项文件，抽取 3 项技术，调阅申请、审核、立项开展的文件依据；访谈职能部门人员 1 名。</p> <p>1.无新技术和新项目管理文件，扣 0.2 分。</p> <p>2.无审批流程，扣 0.3 分。</p>
<p>2.2.39.3 所有新技术和新项目必须通过本院伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。</p>	<p>所有新技术和新项目必须通过本院伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。</p>	<p>1</p>	<p>文件查阅、员工访谈、现场检查。</p> <p>查阅评审周期内新技术和新项目的伦理审查台账；访谈伦理办公室人员 1 名。</p> <p>新技术和新项目未通过本院伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应</p>

			用，每发现 1 项未经审核，扣 0.2 分。
<p>(四十) 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。(2 分)</p> <p>【概述】新技术新项目属于创新、探索性的工作，减少不安全的风险在于限定具备相应能力的人员实施，最大限度发现安全隐患和技术风险，并制定相应的预案等。对新技术新项目开展全程追踪管理，质量控制和动态评估以明确新技术临床应用的质量安全情况，评估当前管理措施的有效性，及时对存在的问题进行改进。</p>			
2.2.40.1 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权。	明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权。	0.5	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>查阅评审周期内新技术和新项目目录或立项文件、临床应用专业人员规定，抽 3 项进行病历查阅，每项技术抽查 5 份病历。</p> <p>1. 临床应用专业人员范围不明确，扣 0.2 分。</p> <p>2. 每 1 人未授权，扣 0.1 分。</p>
2.2.40.2 对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。	对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定有相应预案。	0.5	<p>文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>查阅评审周期内新技术和新项目立项目录，抽查 5 项技术立项档案。</p> <p>1. 未针对安全隐患或技术风险开展论证，扣 0.2 分。</p> <p>2. 未针对安全隐患或技术风险制定相应预案，扣 0.3 分。</p>
2.2.40.3 建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。	1. 建有新技术和新项目临床应用动态评估制度。	0.3	<p>文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>1. 根据评审周期内新技术和新项目立项目录，抽查 3 项技术，检验是否全流程管理。有 1 项技术或项目未达到，扣 1 分。</p> <p>2. 未建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，扣 0.3 分。</p>

	2.医疗技术管理部门对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。	0.7	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未对新技术和新项目实施全程追踪管理，扣 0.3 分。 2.未进行质量控制，扣 0.2 分。 3.未进行动态评估，扣 0.2 分。
<p>(四十一) 建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。(3分)</p> <p>【概述】危急值是提示患者处于生命危急状态的检验检查结果，医技部门应以最快的速度通知临床和患者，以采取及时的措施抢救生命和避免造成不良后果。住院和门急诊均应当建立适合各自患者的危急值报告流程，并通畅落实。危急值信息应有专册登记并可追溯。</p>			
2.2.41.1 制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。	1.建立危急值报告制度，制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值制度及清单，包括疾病危急值清单。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无医学检验、病理、医学影像等检查、检验结果危急值报告制度，扣 0.2 分。 2.无危急值清单，扣 0.3 分。
	2.职能部门每年至少 1 次组织相关专家对危急值清单进行分析讨论、进行必要的更新、调整。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 未定期进行讨论、更新、调整，扣 0.5 分
2.2.41.2 建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。	建有住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程，扣 0.3 分。 2.医技科室、临床科室的危急值的报告接受处置记录不规范，扣 0.2 分。
2.2.41.3 确保危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟。	危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟。有信息系统提供支撑。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 1.医技科室、临床科室未在第一时间报告接受处置危急值，扣 0.3 分。 2.医技科室、临床科室的危急值的报告接受处置

			记录时间未精准到分钟，扣 0.2 分。 3.未能通过信息系统自动识别、报告危急值、危急值的接受提醒和监督，确保报告、接受、处置及时，扣 0.5 分。
2.2.41.4 临床危急值信息专册登记，患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等关键要素可追溯。	临床危急值信息专册登记，患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等关键要素可追溯；相关科室、医疗管理部门定期（季度）对危急值报告工作进行自查和督察、评估，提出改进意见。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.医技科室、临床科室未建立危急值的报告接受处置等信息专册、登记项目不全，数据不可追溯，扣 0.2 分。 2.职能部门、医技科室、临床科室每月对危急值报告工作未能进行检查与自查，扣 0.3 分。
<p>（四十二）建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。（3 分）</p> <p>【概述】病历是患者诊疗信息的集中体现，“客观、真实、准确、及时、完整和规范”的要求应当贯彻整个病历书写过程。医院应当建立医务人员培训、运行病历实时监管、归档病历及时检查的闭环质量管理体系，保证病历内容记录与修改信息可追溯。</p>			
2.2.42.1 建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，建立病历质量检查、评估与反馈机制。	建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，病历质量检查、评估与反馈机制。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，扣 0.5 分。 2.未建立病历质量检查、评估与反馈机制，扣 0.5 分。
2.2.42.2 病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限，内容记录与修改信息可追溯。	医务人员按病历书写基本规范要求（《病历书写基本规范》、江苏省《病历书写规范》（第 2 版））书写病历，应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，书写质量达到规范的基本要求。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。抽查门诊、住院病历各 10 份。 1.发现 1 处不合要求，扣 0.1 分，最多扣 1 分。 2.每发现 1 份丙级病历，扣 0.5 分。
2.2.42.3 建立病案管理体系，落实分类编码的相关规定，并有保护病历、病案和信息安全的相关制度。	1.有病案管理体系。配备专（兼）职人员，负责病历和病案管理工作，人员设施配置满足工作需要；有从事医疗或管理高级职称的人员负责病案科（室）；有保护病历、病案和信息安全的相应制度。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未设置病案管理部门，扣 0.2 分。 2.未配置相应的人员、设施、设备，各扣 0.1 分。

			3.无分类编码的相关规定，扣 0.2 分。 4.无相关制度，扣 0.1 分。
	2.能落实分类编码的相关规定。在电子病历中，明确病历书写的格式、内容和时限。病历内容记录与修改信息可追溯。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无分类编码的相关规定，扣 0.2 分。 2.抽查 5 份病历，1 项不符合要求，扣 0.1 分，最多扣 0.5 分。 3. 电子病历内容记录与修改信息不可追溯，扣 0.3 分。
<p>(四十三) 实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。(2 分)</p> <p>【概述】 电子病历是医院信息化的重要组成部分，利用电子病历信息开展各种医疗活动监管成为趋势，对电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等有全方位的管理和流程并落实。</p>			
2.2.43.1 实施电子病历的医院，建立电子病历的建立、记录、修改、使用等管理制度。	1. 电子病历系统符合《电子病历应用管理规范》、《医疗机构病历管理规定》、《病历书写基本规范》、江苏省《病历书写规范》(第 2 版)，设置有病历查阅权限，并保证医务人员查阅病历的需要，能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1. 电子病历系统不符合相关要求，扣 0.2 分。 2.无查阅权限设置，扣 0.2 分。 3.不能完整呈现患者的电子病历资料，扣 0.1 分。
	2.对电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等有管理制度。	0.3	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未建立相关制度，扣 0.2 分。 2.无规程或应急预案，扣 0.1 分。 3.制度、规程与应急预案未执行落实，扣 0.1 分。
2.2.43.2 实施电子病历的医院，建立电子病历的存储、传输等管理制度。	有电子病历的存储、传输等管理制度，电子病历系统采用可靠的电子签名与权威可靠时间源。	0.6	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无相关制度，扣 0.2 分。 2.无可靠的电子签名或权威可靠时间源，扣 0.4 分。

2.2.43.3 实施电子病历的医院，建立电子病历的质控、安全等级保护等管理制度。	1.有电子病历的质控、安全等级保护等管理制度，电子病历系统具备病案质量控制功能，满足医院病案基本信息采集、病历质控与数据统计与分析。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无相关制度，扣 0.2 分。 2.无病历质控功能或无统计分析功能，各扣 0.1 分。
	2.具备电子病历的安全管理体系和安全保障机制。严格管理患者信息和诊疗数据，防控患者医疗信息泄露风险，做好医疗数据安全存储和容灾备份。	0.3	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无相应体系及机制，扣 0.2 分。 2.相应体系及机制未执行落实，扣 0.1 分。 3.无相关存储和备份，扣 0.1 分。
<p>（四十四）建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。（3分）</p> <p>【概述】规范使用抗菌药物是医院管理的重点内容，也是国家高度重视和世界普遍关注的问题。医院应当按照国家有关规定建立抗菌药物的分级目录，对抗菌药物使用建立全流程监管机制。</p>			
2.2.44.1 建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程。	1.建立本院抗菌药物的遴选、采购管理制度、操作流程和目录；抗菌药物采购目录向卫生健康行政部门备案。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无相关文件内容，扣 0.5 分。 2.文件内容不完善，扣 0.1 分。 3.未备案，扣 0.1 分。
	2.有临床采购《基本用药供应目录》外抗菌药物的制度和程序，并落实执行。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无相关制度，扣 0.5 分。 2.有制度无落实，扣 0.2 分。
2.2.44.2 建立本院抗菌药物临床应用的管理制度和具体操作流程。	1.医院药事管理组织设立抗菌药物管理工作组和临床应用管理专业技术团队，人员构成、职责任务、管理工作，符合《抗菌药物临床应用管理办法》相关要求。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无组织架构，扣 0.2 分。 2.组织架构不合理，扣 0.1 分。

	<p>2.依据抗菌药物管理相关的法律法规及规章，制定抗菌药物管理制度，有抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度，有评价标准；有围手术期预防性应用抗菌药物管理制度，全院各类手术及围术期预防性应用抗菌药物管理措施落实到位，重点关注I类切口手术的预防用药。</p>	0.2	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无相关制度，扣 0.2 分。 2.制度不完善，每缺 1 条，扣 0.1 分。</p>
	<p>3.参加省市或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。有检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析对策报告，至少每半年 1 次。职能部门针对临床科室抗菌药物合理用药工作落实情况有检查与监管。</p>	0.6	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 不参加监测网，扣 0.2 分；无分析报告，扣 0.2 分；检查、监管落实不到位，扣 0.2 分。</p>
<p>2.2.44.3 确定抗菌药物分级管理目录，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。确定医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。</p>	<p>1.有抗菌药物分级管理制度，有明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序。</p>	0.3	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无相关制度程度，扣 0.3 分。 2.不完善，扣 0.1 分。</p>
	<p>2.确定医生抗菌药物处方权限和医生会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。</p>	0.3	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.权限无分级管理，扣 0.3 分。 2.管理不到位，扣 0.2 分。</p>
	<p>3.抗菌药物处方权限有检查、有监督，有持续改进，对监测结果有评价分析，对不合理使用有检查、干预和改进措施。</p>	0.4	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无监督干预，扣 0.4 分。 2.监管不到位，扣 0.2 分。</p>
<p>（四十五）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医院临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。（2分）</p> <p>【概述】输血是医疗活动中难以替代的治疗手段。限于血液资源的稀缺性和临床用血的安全性，医院应当按照国家有关规定完善本院临床用血机制，保障临床用血的安全、有效、及时性，并有规范的临床用血评价，持续改进临床用血效果。对急救用血医院应当极力保障。</p>			

2.2.45.1 建立临床用血管理委员会或工作组，有职责、工作计划、工作记录。	医院建立临床用血管理委员会，成员由医务部门、输血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部门、手术室等部门负责人组成，有工作职责、制度和记录。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无委员会，扣 0.6 分。 2.委员会工作未落实到位，扣 0.3 分。
2.2.45.2 制定临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。	1.开展无偿献血宣传教育，提倡无偿献血。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无宣教，扣 0.2 分。 2.宣教不到位，扣 0.1 分。
	2.有临床输血管理相关制度和实施细则，内容覆盖本机构临床输血管理的全过程（包括有医院临床用血计划、临床用血申请和申请审核制度等）。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无相关制度，扣 0.2 分。 2.制度不完善，扣 0.1 分。
	3.对医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度培训，有考核；职能部门监测、分析临床用血情况，推进临床合理用血。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无培训考核或无监管，各扣 0.2 分。 2.培训考核不到位，扣 0.1 分。 3.监管不到位，扣 0.1 分。
2.2.45.3 建立保障急救用血治疗的机制。	1.有输血相关应急预案：内容包括紧急用血的应对、控制输血严重危害（SHOT）、超常规血量、关键设备故障的应急措施等。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无应急预案，扣 0.3 分。 2.应急预案不完善，扣 0.2 分。
	2.职能部门对紧急用血的执行情况（重点夜间、节假日）和输血严重危害事件发生进行抽查或演练。应急管理相关措施落实到位，无输血严重危害事件发生。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。 1.无应急演练及抽查，扣 0.3 分。 2.落实不到位，扣 0.2 分。
<p>（四十六）建立信息安全管理。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和保障体系。（2分）</p> <p>【概述】随着信息技术的广泛应用，在为医疗和管理工作带来便利的同时，也带来了信息安全问题。保障信息安全既是医院的管理内容，又涉及患者权</p>			

利、医疗活动便捷、质量控制和监管、员工行为的可追溯等方面。医院应当建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系。			
2.2.46.1 建立信息安全管理 制度。	1.明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 第一责任人非医疗机构主要负责人，扣 0.5 分。
	2.建立全面的信息安全管理制度，从组织结构、责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等方面建立制度体系。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.未建立制度，扣 0.5 分。 2.管理部门不明确，扣 0.2 分。 3.未达到有关要求，扣 0.2 分。
2.2.46.2 有患者诊疗信息全 流程管理的制度和技術保障 体系。	1.建立完整的信息安全技术体系，从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.无完整的信息安全技术体系，扣 0.5 分。 2.无环节安全管理，扣 0.2 分。
	2.建立应急响应机制，定期评估信息安全风险，定期开展信息安全应急演练。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.无安全风险评估，扣 0.2 分。 2.无应急预案，扣 0.2 分。 3.未定期开展应急演练，扣 0.2 分。
<p>（四十七）确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。（2分）</p> <p>【概述】患者诊疗信息管理涉及患者权利保护、诊疗服务的可靠落实，医院信息系统具备符合信息系统管理要求的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。员工获取患者诊疗信息应与其职责和实际工作相符，并被授权。员工知晓权利责任。</p>			
2.2.47.1 确保实现本院患者 诊疗信息管理全流程的安全 性、真实性、连续性、完整 性、稳定性、时效性、溯源 性。	1.有涵盖本院患者诊疗信息管理全流程的相关制度并培训落实，确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无相关制度，扣 0.4 分。 2.制度落实不到位，扣 0.2 分。
	2.定期开展患者诊疗信息安全自查工作，建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无自查，扣 0.3 分。 2.自查后无整改，扣 0.1 分。

	3.在发生或者可能发生患者诊疗信息泄露、毁损、丢失的情况时，应当立即采取补救措施，按照规定向有关部门报告。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未及时补救，扣 0.2 分。 2.未及时汇报，扣 0.1 分。
2.2.47.2 对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责。为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。	1.有对员工使用患者诊疗信息实行授权管理的制度与流程，明确责权。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无制度及流程，扣 0.3 分。 2.制度流程不完善，扣 0.1 分。
	2.实行信息系统操作权限分级管理，采用身份认证、权限控制、病人数据使用控制等举措，保障网络信息安全和保护病人隐私。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.信息授权不能保证安全，扣 0.3 分。 2.信息授权不能保证便利，扣 0.3 分。
	3.医疗机构应当为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障，因个人授权信息保管不当造成的不良后果由被授权人承担。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 产生不良后果，扣 0.4 分。

三、医疗技术临床应用管理

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(四十八) 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。(2分)</p> <p>【概述】 医疗技术能力是医疗机构提供安全、有效医疗服务的基础，包括但不限于医务人员的诊疗技术、设备设施、医疗环境等。医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，以避免为患者带来额外的风险和医疗资源浪费，而科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理是国家通用的医疗技术临床应用原则。</p>			
2.3.48.1 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。	医务人员的技能、相应的药品、设备设施功能、环境等符合技术开展的要求。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 抽取医院开展的医疗技术 3 项，核检其人员资质、教育培训、技术档案，核验其药品、设备、环境。相关要求 1 项不符合，扣 0.1 分。

2.3.48.2 医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济原则，并在实际工作中予以体现。	评估医疗技术临床应用，符合科学、安全、规范、有效、经济原则。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 相关要求每 1 项不符合，扣 0.1 分。
2.3.48.3 医院开展医疗技术服务符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则。	评估医疗技术服务，符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 相关要求每 1 项不符合，扣 0.1 分。
<p>（四十九）医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。（2 分）</p> <p>【概述】《医疗技术临床应用管理办法》规定二级以上医院应当在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织负责医院医疗技术临床应用的全面管理，并就人员组成提出了明确要求。</p>			
2.3.49.1 在医疗质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业组成。	医院在医疗质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业组成，职责明确，委员会负责人应为医疗机构主要负责人。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无专门组织，扣 0.5 分。 2.职责不清，扣 0.3 分。 3.委员会负责人非医疗机构主要负责人，扣 0.2 分。 4.每缺 1 个专业部门或人员，扣 0.1 分。
2.3.49.2 医疗技术临床应用管理专门组织履行医疗技术临床应用管理职责，有工作计划、工作记录，可追溯。	1.医院制定医疗技术临床应用管理委员会工作制度、工作计划，有工作记录，可追溯。明确医院医务管理部门负责医疗技术日常管理工作，有统一、明确的审核、管理流程。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未建立工作制度、工作计划，无工作记录，各扣 0.2 分。 2.工作记录不完善，每项扣 0.1 分。
	2.建立医院医疗技术临床应用管理制度体系，主要包括手术目录管理、手术分级管理、医师授权管理、质量控制管理、技术档案管理、动态评估等制度。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未建立管理制度体系，扣 0.5 分。 2.管理制度体系不完善，每项扣 0.1 分。
<p>（五十）医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。（3.5 分）</p> <p>【概述】医院应当依法依规开展医疗技术临床应用，配备合格有资质的人员、适宜的设备设施和环境要求，并有质量控制体系监测医疗技术临床应用的质量安全情况。</p>			

2.3.50.1 医院开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。	医疗技术服务项目符合《医疗机构执业许可证》中诊疗科目范围，与功能任务相适应。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。 1.存在超诊疗科目开展医疗技术，扣 0.5 分。 2.诊疗科目与功能不适应，每项扣 0.1 分。
2.3.50.2 开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。	开展医疗技术的人员具备相应的技术资质、权限。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。 每 1 项不符合要求，扣 0.1 分。
2.3.50.3 开展相关医疗技术的设备、设施功能完好、符合要求。	开展医疗技术的相关设备、设施功能完好、符合要求。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。 每 1 项不符合要求，扣 0.1 分。
2.3.50.4 建立医疗技术临床应用质量控制体系，有重点医疗技术实施路径或操作规范，有重点医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈，持续改进。	有完整的医疗技术临床应用质量控制体系，有医院重点医疗技术实施路径或操作规范，有重点医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈，持续改进并留有管理档案数据资料。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。 1.未建立医疗技术临床应用质量控制体系、重点医疗技术实施路径或操作规范、无重点医疗技术临床应用质量管理的指标，各扣 0.5 分。 2.不完善，每项扣 0.1 分。 3.定期分析和反馈不完善，或无持续改进材料，每项扣 0.1 分。
2.3.50.5 遵守相关技术临床应用管理规范。	开展医疗技术临床应用需符合相关管理规范。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。 每 1 项不符合要求，扣 0.1 分。
<p>（五十一）医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。（2 分）</p> <p>【概述】 国家对限制类技术实施备案管理，医院开展限制类技术应承担主体责任，按照《医疗技术临床应用管理办法》在开展限制类技术前进行自我评估，及时向卫生健康行政部门完成备案。</p>			
2.3.51.1 医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对	医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，包括医院、人员、技术、设备设施和环境等方面是否符合基本要求。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。 1.无自我评估，扣 0.5 分。 2.评估内容和材料不完备，每项扣 0.1 分。

医院、开展人员，技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求。			
2.3.51.2 自我评估结果报医疗技术临床应用管理专门组织审核。	医疗技术临床应用管理专门组织对自我评估结果进行审核，并留有审核报告。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。 论证材料不完善，每项扣 0.1 分。
2.3.51.3 开展首例临床应用后 15 个工作日内向卫生健康行政部门完成备案程序。	严格按照规定及时进行限制类医疗技术备案，程序完备、无违规越权开展限制类医疗技术。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。 1.未及时进行备案，每项技术扣 1 分。 2.程序不完备，扣 0.5 分。
<p>(五十二) 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。(2 分)</p> <p>【概述】 伦理审查是保护患者权利的必要手段，医院所有医疗技术均应当通过伦理审查。</p>			
2.3.52.1 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，不得应用于临床。	1.有伦理委员会，医院对需经伦理审查的医疗技术类别进行明确界定，并建立相应伦理审查审批流程。	0.8	文件查阅、员工访谈、现场检查、伦理委员会记录。 1.无界定，扣 0.5 分。 2.无流程、无监管记录，扣 0.1 分。
	2.开展医疗技术前严格执行伦理审查手续，并建档留存。	0.7	文件查阅、员工访谈、现场检查、抽查 5 项限制类医疗技术。 存在 1 项审核手续不完整，扣 0.3 分。
	3.有伦理审查的回避程序(重点是涉及伦理问题的限制类技术与诊疗新技术等审核)、职能部门和伦理委员会对医疗技术的实施全程监管，对问题及时反馈。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未建立该程序，扣 0.5 分。 2.无监管，扣 0.1 分。 3.无反馈，扣 0.1 分。
<p>(五十三) 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。(2 分)</p> <p>【概述】 建立医疗技术临床应用管理目录是医院开展医疗技术临床应用管理的基础。医院应当梳理本院正在开展的各项医疗技术，编制成医疗技术临床应用管理目录，并根据技术的复杂程度、风险性等对目录内的手术进行分级管理。</p>			

2.3.53.1 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。	有本机构医疗技术临床应用管理目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术，并根据国家级、省级目录动态调整医院目录。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无目录，扣 1 分。 2. 目录未包括本院开展临床应用的所有医疗技术，扣 0.5。 3.未动态调整，扣 0.5 分。
2.3.53.2 对医疗技术临床应用管理目录内的手术进行分级管理，有手术分级目录，并根据手术开展情况定期调整。	医院有各类手术分级目录，符合国家、省市等主管部门相关要求，并进行动态调整。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无目录，扣 0.5 分。 2.未动态调整或不符合要求，各扣 0.2 分。
<p>（五十四）建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。（2.5 分）</p> <p>【概述】医师手术授权与动态管理制度是根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，结合手术难度、风险性等因素对所有医师进行个体化手术授权的制度，是医院精细化、科学化管理的体现。</p>			
2.3.54.1 建立医师手术授权制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。	1.有医师手术授权组织、制度、流程、管理办法及相关目录。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未建立制度、目录，扣 0.4 分。 2.制度不完善，扣 0.2 分。
	2.有医师手术权限授予、级别变更、取消的标准和权限，其标准包括医师专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况等。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 查阅 5~10 名医师手术授权档案。 授权不规范 1 例，扣 0.1 分。
	3.严格执行手术分级授权制度，职能部门定期检查督导，无医务人员越级或未经授权实施手术的案例。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 查看 5~10 台手术完成情况。 主刀医师是否具备授权相应手术级别，不符合 1 例，扣 0.4 分。

2.3.54.2建立动态管理制度，明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。	有医师手术授权动态管理制度，有医师手术权限增加、修改、取消等标准和依据，有动态调整记录。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无管理制度，扣 0.5 分。 2.动态调整记录不完善，每项扣 0.2 分
2.3.54.3 建立医师手术质量监测机制，供定期调整授权时参考、决策。	有手术医师授权动态管理的数据资料，建立医师手术质量安全数据库，为手术授权提供参考。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无手术质量安全数据库，扣 0.4 分。 2.与手术分级分类标准不一致，每项扣 0.2 分。 3.数据资料不完善，每项扣 0.1 分。
<p>(五十五) 医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。(2.5 分)</p> <p>【概述】医院应正确评估医务人员的专业能力，明确每一位医务人员的医疗技术实施范围，建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，作为其专业技术档案的一部分。</p>			
2.3.55.1 建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于：准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。	医院建有医务人员医疗技术临床应用管理档案。且有专门部门负责医务人员医疗技术临床应用管理档案的管理和维护；档案内容涵盖准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。	2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.无医务人员医疗技术临床应用管理档案，扣 2 分。 2.个人技术档案不完整，每项扣 0.5 分。 3.未指定专门部门对技术档案进行管理、维护，扣 0.5 分。
2.3.55.2 医疗技术临床应用管理档案纳入个人专业技术档案管理。	医疗技术临床应用管理记录纳入个人专业技术档案，包含医师资格、执业证、职称证、学历学位证、进修和培训证明、年度考核结果、执业范围以及各类证书变更情况等。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.无临床应用管理档案，扣 0.3 分。 2.个人技术档案不完整，扣 0.2 分。
<p>(五十六) 建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。(2.5 分)</p> <p>【概述】医疗技术的实施需要相应的技术能力和安全保障能力，医院应当建立医疗技术临床应用论证制度。首次在本院实施的医疗技术应当通过医疗技术临床应用论证。</p>			

2.3.56.1 建立医疗技术临床应用论证制度。	1.有医疗技术临床应用论证制度，环节包括立项、论证、风险评估、审批、追踪、评价、转入或废止等。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未建立论证制度，扣 0.5 分。 2.流程不完善，每项扣 0.2 分。
	2.有医疗技术临床应用论证工作总结，持续改进有成效，诊疗医疗新技术阶段总结、定期评估与监管等资料完整。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无工作总结，扣 0.5 分。 2.无持续改进记录，扣 0.2 分。 3.资料不完善，每项扣 0.1 分。
2.3.56.2对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证。	1.对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术的临床技术能力和安全保障能力进行论证，有论证报告或证明。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 查阅医院 3~5 项新技术档案。 1.均未开展论证，扣 0.5 分。 2.1 例不完善，扣 0.1 分；3 例及以上扣 0.5 分。
	2.对每项进入临床应用的医疗新技术建立档案，全程记录新技术运用过程、开展情况、不良反应等，实施动态全程追踪评估管理。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 查阅医院 10 项新技术。 1.有 1 项未建立档案，扣 0.5 分。 2.无动态追踪评估管理记录，每项扣 0.1 分。
2.3.56.3 本院首次应用的医疗技术通过伦理审查。	每项医疗新技术有临床应用伦理审查记录和批件。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 查阅医院 3~5 项新技术档案。 1.均未开展伦理审查，扣 0.5 分。 2.1 例不完善，扣 0.1 分；3 例及以上扣 0.5 分。
<p>（五十七）建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。（2.5 分）</p> <p>【概述】开展医疗技术临床应用评估，是保证医疗技术安全、有效、经济和符合伦理的重要手段，对限制类技术开展重点评估，评估内容包括但不限于：实施该项医疗技术的医务人员能力评估、该项医疗技术的患者评估、环境评估、设备设施和辅助条件等评估。评估结果用于及时调整医疗技术临床应用管理目录、医师的相关权限等。</p>			

2.3.57.1 建立医疗技术临床应用评估制度。	有完整的医疗技术临床应用评估组织、制度、流程。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。 1.未建立组织、制度、流程，扣 0.5 分。 2.流程不完善，扣 0.2 分。
2.3.57.2 对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估（适应证和禁忌证、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故）、环境评估和设备设施评估等。	职能部门定期对限制类技术进行质量安全和技术保证能力评估，评估内容涵盖：接受该项医疗技术的患者评估（适应证和禁忌证、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故）、环境评估和设备设施评估等。	1	文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。 查阅限制类技术 3~5 项。 1.未定期按质控标准开展评估，扣 0.5 分。 2.评价不完善、不及时，每项扣 0.1 分。
2.3.57.3 遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，评估指标量化。	遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理医疗技术评估原则，建立评估量化指标体系。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。 1.未建立评估量化指标体系，扣 0.5 分。 2.评估原则不完善，扣 0.2 分。
2.3.57.4 根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限、医疗技术临床应用管理要求。	动态调整医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限、医疗技术临床应用管理要求。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。 未进行动态调整，每项扣 0.1 分。
<p>（五十八）建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量。（3分）</p> <p>【概述】医院应当建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定医疗技术临床应用质量控制指标，有信息收集、分析、反馈和持续改进的机制。</p>			

2.3.58.1 医院建立医疗技术临床应用质量控制制度及工作流程，定期质控、动态调整。	1.医院建立医疗技术临床应用质量控制组织、办法、工作流程、信息平台。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 上述要素每缺 1 项，扣 0.1 分。
	2.参照国家、省市上级主管部门要求制定符合本院实际的限制类医疗技术质量控制指标，定期对技术开展质控，并有完整记录，对技术临床应用存在的问题进行收集、分析、反馈、持续改进。	0.7	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 查阅限制类技术档案 3~5 例。 1.未建立质量控制指标，扣 0.4 分。 2.质控指标不完善，扣 0.2 分。 3.无质控管理，扣 0.3 分。 4.无案例证实技术质量持续改进，扣 0.2 分。
2.3.58.2 以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，需符合国家和省管理要求。	1.有可执行的限制类医疗技术质量控制指标体系；指标设置符合国家、省市上级主管部门要求。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无质量控制指标体系，扣 0.5 分。 2.指标设置不完善，每项扣 0.1 分。
	2.职能部门定期实施质量控制，对医疗技术及限制性技术全流程监管，动态管理资质授权无违规开展医疗技术案例。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.职能部门无监管，扣 0.5 分。 2.管理不完善，每项扣 0.1 分。
2.3.58.3 各科室根据开展的医疗技术，制定科室医疗技术临床应用质控指标，关注日常开展的医疗技术。	有完整的科室医疗技术临床应用质控指标，职能部门对各临床科室日常开展的医疗技术进行质控。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.科室无质控指标管理办法，每科扣 0.2 分。 2.职能部门对科室质控不完善，每科扣 0.2 分。
2.3.58.4 加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。	有完整的信息收集、分析与反馈机制，持续改进医疗技术临床应用质量。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 持续改进不完善，每项扣 0.2 分。
<p>（五十九）建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。（1.5 分）</p> <p>【概述】医疗技术临床应用的规范化培训是保障医疗技术临床应用质量的重要措施。医院应当建立医疗技术临床应用规范化培训机制，重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。</p>			

2.3.59.1 建立医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习。	1.有完整的医疗技术临床应用规范化培训制度、工作流程。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未建立制度、流程，扣 0.4 分。 2.制度、流程不完善，扣 0.2 分。
	2.职能部门制定完整的培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容涵盖法律法规、规章规范以及专项技术等知识的学习。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.培训大纲、计划、标准，缺 1 项扣 0.2 分。 2.培训内容不完整，每项扣 0.1 分。
2.3.59.2 重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养，进行管理学理论及方法的培训，强化自我管理意识，提高管理水平和技能。	对医疗技术管理人员定期开展培训，包括医院和科室两个管理层级人员并有完整记录。	0.7	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未定期开展培训，扣 0.4 分。 2.接受培训人员不全，扣 0.2 分。 3.资料不完善，扣 0.2 分。
<p>(六十) 医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。(1.6 分)</p> <p>【概述】限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。</p>			
2.3.60.1 限制类技术目录、手术分级管理目录纳入医院院务公开范围，接受社会监督。	1.将限制类技术目录、手术分级管理目录纳入医院院务公开范围，向社会公开，接受社会监督，动态调整目录内容。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.未公开，扣 0.4 分。 2.未动态调整，每项扣 0.1 分。
	2.确保患者知情同意(书)内容中包含拟开展技术是否系限制类技术、手术分级等相关内容。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 查阅相关知情同意书、访谈 3 名手术患者或家属。发现未包含和不知晓相关内容，每 1 例扣 0.1 分。
2.3.60.2 限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。	1.限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，向社会公开，并留有公开可查询记录，进行动态调整。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.未公开，扣 0.4 分。 2.未动态调整，每项扣 0.1 分。
	2.科室术前向患者宣教本科室限制类技术应用情况，确保患者知晓。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 访谈 3 名手术患者或家属。不知晓公开情况，每 1 例扣 0.1 分。

<p>(六十一) 医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用, 并按规定履行报告程序。(1.6 分)</p> <p>【概述】 医疗技术临床应用项目的评估应根据国家和省级卫生健康行政部门规定落实, 医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用, 并按规定履行报告程序。</p>			
<p>2.3.61.1 按照规定, 出现以下情形时应立即停用: 被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术; 从事该项医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备设施及其他辅助条件发生变化, 不能满足相关技术临床应用管理规范要求, 或者影响临床应用效果的; 该项医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或伦理问题; 或者发生与技术相关的严重不良后果的; 发现该项医疗技术临床应用效果不确切, 或存在重大质量、安全、伦理缺陷的。</p>	<p>1.有完整的停止医疗技术临床应用标准、流程和报告程序, 并持续改进。</p>	0.6	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>1.无停用标准, 扣 0.6 分。</p> <p>2.标准、流程或报告程序不完善, 扣 0.2 分。</p>
	<p>2.职能部门定期对医院开展的医疗技术临床应用情况进行评估(限制类技术须包括不定期评估), 一旦发现前列相关情形, 必须立即予以停止并按规定履行报告程序。</p>	0.6	<p>文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>查阅医院相关资料, 抽查 4 项医疗技术。</p> <p>1.对各类医疗技术未进行定期的临床应用评估, 扣 0.6 分; 每缺 1 项扣 0.1 分。</p> <p>2.对限制类技术未开展不定期评估, 扣 0.2 分。</p>
<p>2.3.61.2 前款停用的医疗技术, 属于限制类技术的, 上报卫生健康行政部门, 主动申请撤销备案, 并向社会公示。</p>	<p>属于限制类停用的医疗技术, 及时上报备案的卫生健康行政部门, 主动申请撤销备案, 并向社会公示。</p>	0.4	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p> <p>1.已停用的限制类技术未及时报告, 1 例扣 0.2 分。</p> <p>2.未向社会公示, 1 例扣 0.2 分。</p>
<p>(六十二) 医院按照要求, 及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。(1.2 分)</p> <p>【概述】 限制类技术是国家医疗技术临床应用管理的重点内容, 及时、准确、完整上报相关数据便于国家做好医疗技术临床应用评估, 也作为医院规范开展相应工作的依据。</p>			

2.3.62.1 有上报机制，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。	有完整的限制类技术报送全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台的制度与流程。	0.4	记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 无相关制度或者无流程，扣 0.4 分。
2.3.62.2 建立数据信息内部验证机制，确保数据真实，符合上报要求。	有数据信息内部验证机制，及时完成国家级和省级限制类技术开展情况数据上报工作。	0.4	记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无数据信息内部验证机制，扣 0.4 分。 2.评审周期内有 1 起未按要求上报案例，扣 0.2 分。 3.上报数据不及时、完整，每项扣 0.1 分。
2.3.62.3 对上报情况定期进行分析反馈，持续改进上报质量。	职能部门定期自查信息上报工作，信息报送之前由负责人审核，对存在问题有总结、分析、反馈，提出整改意见并检查落实情况。	0.4	记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.科室无自查，扣 0.2 分。 2.职能部门无检查，扣 0.2 分。 3.无情况总结、分析报告、未落实整改，每项扣 0.1 分。
<p>（六十三）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。（2 分）</p> <p>【概述】限制类技术临床应用必须经过规范化培训，承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院应当符合国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，有科学的培训方案，完成备案。</p>			
2.3.63.1 承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，应当满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件。	承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，培训条件满足相应的技术临床应用管理规范要求。	1	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.不具备培训条件，扣 1 分。 2.培训条件不完备，扣 0.5 分。

<p>2.3.63.2 制定培训方案，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，及时履行备案程序，并向社会公开。</p>	<p>有完整的培训方案及培训内容要求，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，及时履行备案程序，并向社会公开。</p>	<p>1</p>	<p>文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无培训方案，扣 0.2 分。 2.培训内容不完整，每项扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。 3.培训方案未公开，扣 0.2 分。 4.未备案，扣 0.4 分。</p>
<p>（六十四）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量（1.6 分）</p> <p>【概述】医院建立限制类技术规范化培训的机制，明确相关的职责制度并落实，学员管理到位，按照培训方案和计划开展培训，培训质量有监测、分析和持续改进，确保达到培训目标。</p>			
<p>2.3.64.1 为限制类技术临床应用规范化培训工作制定规章制度及流程，明确相关职责和管理要求。</p>	<p>有完整的限制类医疗技术临床应用规范化培训规章制度及流程，明确相关职责和管理要求。</p>	<p>0.4</p>	<p>文件查阅、记录查看、现场检查、员工操作。 1.未建立制度及流程，扣 0.4 分。 2.制度流程不完善，每项扣 0.1 分。</p>
<p>2.3.64.2 按照培训方案和计划开展培训工作，按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，制定培训方案和计划，培训教材和大纲要满足培训要求，保障培训质量。</p>	<p>有符合国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准 and 要求的培训教材和大纲，制定保障培训质量的制度及具体措施，确保培训质量与效果。</p>	<p>0.4</p>	<p>文件查阅、记录查看、现场检查、员工操作。 资料不完善，每项扣 0.1 分。</p>
<p>2.3.64.3 考核包括过程考核和结业考核，过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践</p>	<p>参加培训的医师应符合相关医疗技术临床应用管理规范要求；完成培训后应接受考核，考核包括过程考核和结业考核。</p>	<p>0.4</p>	<p>文件查阅、记录查看、现场检查、员工操作。 无过程考核或结业考核，各扣 0.2 分。</p>

能力考核。			
2.3.64.4 加强学员管理，建立学员培训档案，档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。	有完整的学员管理制度并建立学员培训档案。档案内容须包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查、员工操作。 1.未建立学员培训档案，扣 0.4 分。 2.档案内容不全面，每缺 1 项扣 0.1 分。

四、医疗安全风险防范

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(六十五) 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。（3 分）</p> <p>【概述】不良事件管理是医疗安全的核心内容，医院应当建立医疗质量（安全）不良事件管理制度，并通过对医疗质量（安全）不良事件的分析，促进医疗质量提高。</p>			
2.4.65.1 建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，明确相关部门职责。	医疗成立由医务、护理、院感、各临床科室等部门组成的专项工作小组；建有医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度。明确统一牵头职能部门，牵头和相关职能部门职责分工明确。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未成立专项工作小组，扣 0.4 分。 2.报告制度不完善，每项扣 0.2 分。 3.无统一牵头部门，扣 0.4 分。 4.相关职能部门职责不明确，扣 0.2 分。
2.4.65.2 有不良事件分类目录，员工知晓。	医院有不良事件分类的相关规定和目录（概念、范围、类别、分级、判定标准等）。员工知晓分级、判定标准。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.没有规定和目录，扣 0.4 分。 2.抽查 3~4 名相关人员，有 1 名不知晓，扣 0.1 分。

2.4.65.3 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，鼓励主动上报医疗质量（安全）不良事件，建立激励机制。	建有鼓励主动上报医疗质量（安全）不良事件的制度机制（系统性、非惩罚性、保密性），并落实到位。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 无鼓励、激励机制或未落实，各扣 0.2 分。
2.4.65.4 对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享。	医院专项工作小组按季/年度对不良事件及管理缺陷进行统计分析，及时反馈部门和临床科室做到信息共享。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 检查职能部门/科室有关台账资料。 无分析、反馈，各扣 0.2 分。
2.4.65.5 建立持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制。	1.建有体现系统观念的医疗质量（安全）持续改进的机制；利用根本原因分析法（RCA）等管理工具，着重从警讯事件中发现系统（包括制度、规定、流程、规范）中的潜在缺陷，及时改进。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.无持续改进机制，扣 0.4 分。 2.未体现系统观念，扣 0.2 分。
	2.有院、科两级对不良事件相关因素及管理缺陷持续改进的案例（制度、规定、规范、流程等）。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 佐证案例（院级每年不少于 3 例，各相关科室评审周期内不少于 2 例），每少 1 例，扣 0.2 分。
<p>（六十六）落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。（2分）</p> <p>【概述】医疗风险管理是医疗质量管理不可或缺的部分，医疗机构应当及时消除影响患者安全、员工安全、医院运营和发展的隐患。</p>			
2.4.66.1 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，有医疗风险管理方案并定期修订。	有医疗风险防范和管控组织，明确其管理职责；有院级医疗风险管理方案并定期修订。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未建立组织，扣 0.3 分。 2.未制定风险管理方案，扣 0.2 分。 3.未定期修订，扣 0.1 分。
2.4.66.2 识别、评估医院内部存在的医疗风险点，根据负性事件发生的概率、严重性等指标对医疗风险进行分级。	识别、梳理、评估医院内部存在的医疗风险点。有根据负性事件发生的概率、严重性等指标制定的医疗风险分级标准；对医疗风险进行分级。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未识别、梳理、评估医疗风险点，扣 0.3 分。 2.无分级标准、未对风险进行分级，各扣 0.2 分。

2.4.66.3 员工知晓本部门及本岗位医疗风险，并有针对性的风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、预警、控制、避让和风险分担等措施。	1.将医疗风险防范知识培训列为员工岗前培训必备项目；医院和科室定期开展医疗风险防范知识培训。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1 项做不到，扣 0.1 分。
	2.医院员工知晓本部门、岗位医疗风险点，知晓针对性的风险防控措施（包括但不限于医疗风险的预警、控制、避让和风险分担等）。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 抽查不同岗位 3 名工作人员。 每有 1 位不知晓，扣 0.1 分。
2.4.66.4 定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。	牵头职能部门定期检查相关部门和科室医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 查院科两级消除隐患情况。 每有 1 例未落实，扣 0.2 分。
<p>（六十七）建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。（2 分）</p> <p>【概述】医患沟通是医疗服务的组成部分，医疗机构应当按照《医疗机构投诉管理办法》相关要求建立顺畅的沟通渠道，建立首诉负责制，避免强化患者负面感受，改进医疗服务质量。</p>			
2.4.67.1 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程。	制定医患沟通机制和投诉管理制度、有投诉处置流程。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。 每缺 1 项，扣 0.2 分。
2.4.67.2 设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开。	1.医院设立或指定专门的投诉管理部门统一接受、处理并答复投诉人；向社会公布投诉处理程序、地点、接待时间和联系方式及上级部门监督投诉电话。投诉接待室配备有录音录像设施。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。 每缺 1 项，扣 0.1 分。
	2.实行“首诉负责制”，相关部门、科室工作人员接到投诉应尽量及时协调解决，或引导到投诉管理部门，不得推诿、搪塞。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。 1.未实行首诉负责制，扣 0.2 分。 2.有推诿、搪塞现象，每发现 1 起，扣 0.1 分。
2.4.67.3 对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。	及时处理投诉并按照规定时限要求向患者反馈相关处理情况或者处理意见。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。 处理、反馈不及时（要求：情况较复杂≤5 个工作日，涉及多个科室≤10 个工作日），每例扣 0.1 分。

<p>2.4.67.4 定期分析相关投诉信息并制定防范措施，以共性的投诉问题开展警示教育，持续改进医疗质量安全。</p>	<p>主管职能部门定期分析（季、年度）相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育；从系统层面持续改进质量安全。</p>	<p>1</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。 1.未做到定期分析、反馈，扣 0.2 分。 2.无持续系统改进案例（2 例/年），每少 1 例，扣 0.5 分。</p>
<p>（六十八）建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。（2 分）</p> <p>【概述】药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告是医疗质量管理的组成部分，定期分析评估相关事件有助于避免同类事件发生。医院有义务按照国家有关规定及时上报相关信息，为政府部门及时调整管理政策提供依据。</p>			
<p>2.4.68.1 建立药品不良反应（ADR）、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，有报告流程并落实，涉及患者的内容记入病历。</p>	<p>1.建立 ADR、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，有报告流程。</p>	<p>0.4</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.缺 1 个报告制度，扣 0.1 分。 2.制度不完善、流程不合理，各扣 0.1 分。</p>
	<p>2.设立 ADR 监测机构并指定专门人员负责 ADR 监测工作；建立院内 ADR 报告组织网络；有信息化的 ADR 报告系统；做到及时报告。有专门部门负责医疗器械不良事件监测报告，及时处理、调配、分析、改进。</p>	<p>0.3</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未指定专人负责或未建立 ADR 报告组织网络，各扣 0.1 分。 2.未建立信息化 ADR 报告系统，扣 0.1 分；报告不及时，扣 0.1 分。 3.无专门部门负责医疗器械不良事件监测管理、工作不落实，扣 0.1 分。 4.每发现 1 例漏报，扣 0.1 分。</p>
	<p>3.有严重 ADR 应急预案，做好培训；出现严重 ADR 临床医师要及时救治并将不良反应、救治过程记录在病历之中。</p>	<p>0.3</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.缺少预案、未进行培训，各扣 0.1 分。 2.救治不及时、记录不完善，每发现 1 例，扣 0.1 分。</p>

2.4.68.2 定期评估相关事件并及时反馈临床。	定期（季度）评估相关事件并及时反馈临床。组织相关专业人员对发生严重 ADR 的药品进行分析评价，必要时采取相应措施。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未做到定期评估，扣 0.3 分。 2.未及时反馈，扣 0.2 分。
2.4.68.3 按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。	按照国家有关规定及时向相关部门报告，制定报告流程，可追溯。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未及时向有关部门报告，扣 0.5 分。 2.无报告流程或无法追溯，各扣 0.2 分。
<p>（六十九）有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。（2 分）</p> <p>【概述】深静脉血栓影响患者安全，是导致患者非预期死亡的重要原因，容易造成医患矛盾和纠纷。及时识别深静脉血栓高危患者并采取规范的预防措施是提升医疗质量、保障患者安全的重要措施。</p>			
2.4.69.1 制定深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实。	1.成立由医务、临床科室、护理等部门组成的静脉血栓栓塞症（VTE）管理工作小组，建立 VTE 防治工作制度和机制。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 1.未建立工作小组，扣 0.2 分。 2.未制定院 VTE 防治工作制度，扣 0.2 分。
	2.制定 VTE 中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实；建立急危重症患者 VTE 处理的应急预案，建立 VTE 相关患者会诊与转诊机制等。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 1.无制度流程，扣 0.1 分。 2.抽查两个科室，有 1 个科室 VTE 预防落实不到位，扣 0.1 分。 3.未建立预案和相关机制，各扣 0.1 分。
2.4.69.2 开展全员相关培训，员工知晓。	1.开展全员（医护人员）相关知识培训，院级专题培训每年至少 2 次，员工知晓。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 1.未开展全员培训，扣 0.2 分。 2.部分员工不知晓，扣 0.1 分/人。
	2.建立 VTE 质量监测及评价机制。按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理。运用质量管理工具，查找、分析影响因素，提出改进措施并落实。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 1.无监测、评价机制，扣 0.2 分。 2.未及时分析反馈、未将目标改进情况纳入绩效

			管理, 各扣 0.2 分。 3.未运用管理工具进行持续改进, 扣 0.2 分。
<p>(七十) 关注院内安全, 有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制, 保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。(2 分)</p> <p>【概述】心跳骤停、昏迷和跌倒等高风险事件严重危及患者生命安全, 医院应保障全院范围内紧急救治和生命支持服务。</p>			
2.4.70.1 有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。	1.医院指定专门的管理部门对高风险意外事件进行统一管理; 有针对高风险意外事件的应急预案、防控机制, 包括心跳骤停、昏迷、跌倒等。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.缺统一的管理部门, 扣 0.2 分。 2.每缺 1 项应急预案, 扣 0.1 分。
	2.有针对不同场景(门诊大厅、病房大厅、各类候诊区、电梯间等公共区域)的具体应急措施、流程(警示标识、走廊和卫生间扶手、床挡、无障碍通道、残疾人服务设施、地面防滑措施等)。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 每缺 1 项, 扣 0.1 分。
	3.院内生命支持类设备(包括专业除颤仪含 AED、抢救车含药品、器械)有专门部门统一管理和监督; 生命支持类设备合理布放、药、械齐备有效, 有紧急调配措施, 性能、维保完好。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.缺统一的管理部门, 扣 0.1 分。 2.每发现 1 处布放、配备不合理, 扣 0.1 分。
2.4.70.2 定期开展应对高风险意外事件的应急演练, 确保员工掌握处置要求, 对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。	医院对员工高风险意外事件的处置能力进行培训、考核、定期(半年)开展综合应急演练。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.未开展培训、考核或应急演练, 各扣 0.1 分。 2.抽查 3 名相关员工, 每发现 1 名不掌握处置要求, 扣 0.1 分。
2.4.70.3 保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	建有全院范围内紧急救治和生命支持服务体系包括快速反应小组(RRT), 提供全时段生命支持。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.未建立 RRT, 扣 0.2 分。 2.未能提供全时段生命支持, 扣 0.2 分。
<p>(七十一) 关注分娩安全, 有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。(2 分)</p> <p>【概述】分娩安全是人民健康的重要组成部分, 控制分娩疼痛和减少分娩损伤对增强人民群众获得感、安全感、幸福感具有重要意义, 医院应当按照国家有关规定落实相关措施。</p>			

2.4.71.1 制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。	有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的管理制度并落实；规范进行分娩前评估和产房安全核查。	0.7	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未建立管理制度并落实，扣 0.4 分。落实不到位，扣 0.2 分。 2.未规范进行分娩前评估或产房安全核查，扣 0.2 分。
2.4.71.2 根据法律法规和行业规范要求，制定分娩技术规范及流程，以控制分娩疼痛和减少分娩损伤。	医院建立分娩技术规范及流程，减少分娩疼痛和损伤。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未建立相关规范流程，扣 0.6 分。 2.制度不完善，扣 0.2 分。
2.4.71.3 制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，分析相关因素并持续改进。	1.组建由医务、产科、新生儿科、护理等部门组成的专项工作小组，利用 PDCA 等质量管理工具，设计方案，推动、指导和监督项目实施。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未建立工作小组，扣 0.3 分。 2.未使用管理工具持续改进，扣 0.2 分。
	2.开展分娩疼痛与减少分娩损伤相关知识培训，产房医护人员经培训考核合格并有记录（每年有至少 1 次）。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未开展培训，扣 0.2 分。 2.每发现 1 人未参加培训，扣 0.1 分。
	3.无痛分娩率持续提高、分娩损伤率持续降低。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无痛分娩率低于 40%，扣 0.2 分。 2.未做到年度持续改善，扣 0.1 分。 3.分娩损伤率未持续降低，扣 0.1 分。

五、诊疗质量保障与持续改进

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>（七十二）门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。（2 分）</p> <p>【概述】 门、急诊是医院第一道窗口，应统筹规划，严格落实法定要求，体现“以患者为中心”的理念并满足临床管理需求。同时，建立全覆盖的门急诊管理制度和 workflows，针对门急诊容易出现的高风险意外事件，建立应急预案并落实。</p>			

2.5.72.1 门、急诊布局科学、合理，体现“以患者为中心”的理念，并符合相关规定，能满足临床管理工作。	1. 门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。针对门诊重点区域和高峰时段有措施保障门诊诊疗的秩序和连贯性。有独立设置、符合建设规范的发热门诊和肠道门诊。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 1. 门诊布局流程有不符合相关要求，扣 0.1 分。 2. 发热门诊建设不符合要求，扣 0.1 分。 3. 肠道门诊建设不符合要求，扣 0.1 分。
	2. 急诊科按照相关要求独立设置，其功能、布局、流程符合要求。急诊相关的辅助检查、药房、收费等区域的距离利于急诊抢救。	0.2	现场检查。 1. 急诊功能布局流程不符合建设规范及相关要求，扣 0.1 分。 2. 急诊相关辅助单元设置不符合要求，扣 0.1 分。
2.5.72.2 急诊科入口应当通畅，有醒目的路标和标识，并设有救护车通道和专用停靠处。	急诊设有专用通道，有措施保障入口畅通，并有醒目的路标及标识；设有救护车专用通道和停靠处。	0.5	记录查看、现场检查。 1. 急诊无专用通道，扣 0.1 分。 2. 急诊入口管理不规范或不畅通，扣 0.1 分。 3. 急诊标识、路标显示不醒目、指引不清晰，扣 0.1 分。 4. 无救护车专用通道或通道管理不规范，扣 0.1 分。 5. 无救护车专用停靠处或停靠处管理不规范，扣 0.1 分。
2.5.72.3 建立门、急诊管理制度和工作流程，并落实。	1. 有门诊服务管理制度、流程。制度、流程符合门诊工作实际情况。	0.2	文件查阅、现场检查。 1. 相关制度、流程不完善，扣 0.1 分。 2. 制度及流程设置不符合工作实际情况或落实不到位，扣 0.1 分。
	2. 有完善的急诊管理制度，有统一规范的急诊（含抢救）服务流程。有各部门、各科室职责分工与服务时限要求。	0.3	文件查阅、现场检查。 1. 相关制度、流程不完善，扣 0.2 分。 2. 制度及流程落实不到位，扣 0.1 分。
2.5.72.4 制定门、急诊突发应急事件处置预案并组织实施。	有门、急诊各类相关突发事件处置应急预案，包括建立组织、设备配置、人员技术培训、通讯保障、后勤保障等。有确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施。抢救设施设备、物（药）品处于备用状态。工作人员能够熟练掌握各种突发事件报告和处流程。	0.5	文件查阅、员工访谈、现场检查： 1. 突发应急事件处置预案制定不完善或未定期修订，扣 0.2 分。 2. 应急演练未有效开展或处置不规范，扣 0.2 分。 3. 员工掌握不熟练，扣 0.1 分。

（七十三）加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。（2分）

【概述】足够的门、急诊专业人员是保证门、急诊医疗服务质量安全的基础，医院应统筹调配资源，在保障门、急诊服务质量的基础上，提高资源利用效率。同时加强人员培训，提高门、急诊人员诊疗能力，特别是应对突发紧急情况的能力。

2.5.73.1 根据门、急诊就诊患者流量配备适宜数量的门、急诊专业人员和技术力量，满足门、急诊患者诊疗需求。	1. 门诊医务人员安排合理，实行专家门诊全日制，按时出诊，规范停换诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。	0.2	文件查阅、员工访谈、现场检查。 1. 门诊人员配置不符合要求或未实行专家门诊全日制，扣 0.1 分。 2. 停换诊替代方案落实不到位或未及时告知患者，扣 0.1 分。
	2. 当日门、急诊的急诊医师、急诊护理人员分别不少于在岗相应人员的 75%，重点保障抢救单元护士人力配备。	0.3	文件查阅、现场检查。 1. 急诊人员配置不符合要求，医师不足或护士不足，各扣 0.1 分。 2. 未根据急诊患者需求情况及时调整人员保障抢救单元运行，扣 0.1 分。
2.5.73.2 对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。	制定门急诊医务人员技术和技能培训计划并实施，相关人员技术和技能考核合格。	0.5	文件查阅、记录查看、现场考核、员工访谈。 1. 未制定相关计划，扣 0.1 分。 2. 培训实施情况执行不到位，扣 0.1 分。 3. 抽考门、急诊各 5 名医务人员，每 1 人考核不合格，扣 0.1 分，最多扣 0.3 分。
2.5.73.3 有针对门、急诊就诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制及应急预案。	1. 有门、急诊流量实时监测措施，有针对门诊高峰时段和急诊突发事件医疗资源调配方案并进行人员培训、组织实施。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1. 未动态监测门急诊患者流量，扣 0.1 分。 2. 相关预案制定不完善或培训不到位，扣 0.1 分。 3. 应急处置或演练及效果评价不到位，扣 0.1 分。
	2. 人员、设备、药品等调配机制合理，流程畅通，及时到位。	0.3	文件查阅、现场检查、员工操作。 1. 调配机制制定不完善，扣 0.1 分。 2. 调配流程不合理、不顺畅，扣 0.1 分。 3. 应急调配不能及时到位，扣 0.1 分。

2.5.73.4 定期分析门、急诊流量和突发事件情况，及时调整门、急诊医疗资源配备。	定期分析门、急诊流量和突发事件情况，并根据相关情况和分析结果及时调整门、急诊医疗资源配备。	0.4	文件查阅、记录查看。 1.未定期分析相关情况，扣 0.2 分。 2.未根据分析结果及时调整资源配置，扣 0.2 分。
<p>(七十四) 实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。(2分)</p> <p>【概述】预检分诊是优化资源配置、提高门、急诊医疗服务效率的重要途径。</p>			
2.5.74.1 制定预检分诊制度，完善预检分诊流程。对急诊患者进行分级管理，实施分类救治。	1.制定预检分诊相关制度，完善预检分诊流程。 2.有急诊检诊和分诊制度，有专人负责急诊检诊、分诊工作；具备有效分流非急危重症患者措施；有分诊记录。急诊患者得到及时救治，时间节点记录清晰，有去向登记。转送急危重症患者均有病情资料交接。登记资料能够对患者的来源、去向以及急救全过程进行追溯。	0.2	文件查阅、现场检查。 1.相关制度不完善，扣 0.1 分。 2.实施流程不合理或实施不顺畅，扣 0.1 分。
		0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.急诊检诊分诊制度不完善，扣 0.1 分。 2.未实施分区分级分类救治，扣 0.1 分。 3.登记、交接记录不完善，扣 0.1 分。 4.不能体现全过程追溯，扣 0.1 分。
2.5.74.2 通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。	有传染病预检、分诊制度，对传染病患者、疑似传染病患者引导至相对隔离的分诊点进行初诊，门急诊、住院诊疗信息登记完整。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.相关制度不完善，扣 0.2 分。 2.相关措施执行不到位，扣 0.1 分。 3.登记信息不完整，扣 0.1 分。
2.5.74.3 规范设置预检分诊场所，通风良好，相对独立，标识导向醒目易懂。	预检分诊场所设置符合相关规范要求，通风良好，相对独立，分诊后去向标识导向醒目易懂，患者流向规范有序。	0.4	现场检查、患者访谈。 1.分检场所设置不规范，扣 0.1 分。 2.场所的通风、独立性等不能满足感控要求，扣 0.1 分。 3.标识导向不醒目易懂，或流向秩序混乱，扣 0.2 分。
2.5.74.4 分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品，工作人员采取必要的防护措施，配置快速鉴别病情的相关医疗设备。	分诊台消毒隔离条件符合要求，医务人员防护用品配备到位，有为患者预备的防护用品，工作人员采取必要的防护措施；急诊预检分诊相关医疗设备齐全，满足快速鉴别患者病情的需要。	0.6	现场检查。 1.分诊台消毒隔离条件不符合要求，扣 0.1 分。 2.现场防护用品配备不符合要求，扣 0.1 分。 3.未为患者预备防护用品，扣 0.1 分。 4.现场防护措施不到位，扣 0.1 分。

			5.分诊台设备配置不符合要求，扣 0.2 分。
<p>(七十五) 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容。(2 分)</p> <p>【概述】 门、急诊工作的主体是临床各科室医务人员，门、急诊服务是住院服务的开始和延伸，把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围符合疾病诊疗规律和管理要求，有助于提高门、急诊诊疗质量。</p>			
2.5.75.1 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围。	1.把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，包括但不限于急危重症患者优先处置的相关制度与程序、开展多学科诊疗门诊、有医院间检验检查结果互认制度等。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.相关管理规范制定不完善，扣 0.1 分。 2.常规开展不足 4 种以上多学科联合诊疗项目门诊，扣 0.1 分。 3.医院间检验检查结果互认执行不到位，扣 0.1 分。 4、其他相关质量指标执行不到位，每有 1 项，扣 0.1 分。
	2.制定完善的门急诊工作质量指标并执行。	0.5	文件查阅、员工访谈。 1.质量指标制定不完善，扣 0.2 分。 2.质量考核实施不到位，扣 0.3 分。
2.5.75.2 把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。	把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。	1	文件查阅、员工访谈、现场检查。 考核相关制度完善并组织实施，未纳入考核，扣 1 分。
<p>(七十六) 有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。(2 分)</p> <p>【概述】 急危重患者是医疗活动中应当重点关注的人群，应当优先救治以争取最佳诊疗效果。为充分利用有限的资源，医院和科室应当明确急危重症患者的范围，建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制，并定期对实施效果进行评价和持续改进。</p>			
2.5.76.1 建立针对急危重症患者的院内急诊、住院(含处置)和转诊的绿色通道机制，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。	1. 建立针对急危重症患者的院内急诊、住院(含处置)和转诊的绿色通道机制，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。加强急诊检诊、分诊，有效分流非急危重症患者，及时救治急危重症患者；有急危重症抢救患者优先住院的制度与措施，保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房；针对重大突发事件应急医疗救援，制定大规模抢救工作流程，保证绿色通道畅通。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.绿色通道相关机制不完善，扣 0.2 分。 2.绿色通道执行不到位，扣 0.2 分。

	2.急诊服务及时、安全、便捷，建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务工作流程，提高急诊服务能力。	0.2	文件查阅、现场检查。 1.保障连贯性医疗服务的制度、流程、标识等不完善，扣 0.1 分。 2.执行不到位，扣 0.1 分。
2.5.76.2 员工知晓绿色通道的实施范围及流程，并落实。	员工知晓绿色通道的实施范围及流程，并落实。	0.5	现场检查、员工考核。 抽考 5 名员工。 有 1 名考核不合格，扣 0.1 分。
2.5.76.3 有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。	1. 为保障急危重症患者及时手术、住院，应建有备应急床、应急手术室的机制并执行。有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。急诊手术及时、安全，管理规范，措施落实到位。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.相关机制不完善，扣 0.1 分。 2.未备有满足需求的床位和手术室，扣 0.1 分。 3.措施执行不到位，扣 0.1 分。
	2.医院指定专门部门管理备床，动态了解备床使用情况，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.未指定部门动态管理的，扣 0.1 分。 2.未定期统计分析，扣 0.1 分。 3.未根据统计分析结果按需求定期调整，扣 0.1 分。
2.5.76.4 定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。	医院定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。	0.3	文件查阅、记录查看。 1.未定期汇总分析反馈，扣 0.1 份。 2.不能体现持续改进，扣 0.2 分。
<p>（七十七）有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。（2 分）</p> <p>【概述】创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇和新生儿等急危重症病种和重点人群是医疗服务的关注重点，医院应建立服务规范和流程以保障相关急危重症病种和重点人员的救治效果。</p>			
2.5.77.1 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种的服务规范和流程。	有胸痛、卒中、创伤救治诊疗指南、规范和操作流程，包括现场评估、病情评估、患者转运与交接、院内急救等环节。制定有明确的胸痛、卒中和创伤各重点环节救治时间节点要求，并执行。有急诊服务体系中相关部门（包括急诊科、各专业科室、各医技检查科室、药剂科以及挂号与收费等）职责，尤其对复杂多病共患的患者诊治职责有明确要求，建立指标分析和持续改进机制。	1	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.每有 1 项服务流程不够规范，扣 0.4 分。 2.未定期分析相关流程、指标，扣 0.2 分。 3.未能体现持续改进，扣 0.4 分。

	重点病种患者，尤其是合并有多科疾病的患者得到连贯、及时、有效救治，无推诿现象。		
2.5.77.2 有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程。	制定并落实高危孕产妇及新生儿等重点人群的急诊服务规范和流程，包括现场评估、病情评估、患者转运与交接、院内急救等环节。对危急重症孕产妇和新生儿，尤其是合并有多种疾病的患者，建立由产安办牵头、相关科室协同的救治工作体系，建立指标分析和持续改进机制。	1	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.每有 1 项服务流程不够规范，扣 0.4 分。 2.未定期分析相关流程、指标，扣 0.2 分。 3.未能体现持续改进，扣 0.4 分。
（七十八）优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。（2 分）			
【概述】 预约诊疗、公开出诊信息、开展多学科诊疗是提高门诊医疗服务效率和医疗质量的重要方式。			
2.5.78.1 实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。	1.有职能部门负责统一预约管理和协调工作。有预约诊疗工作制度和规范流程。专家门诊、专科门诊、普通门诊、复诊均开展预约诊疗服务，所有门诊号源全部开放预约。与合作的社区卫生服务中心、基层医院合作开展预约诊疗服务，有规范、流程、协议。门诊实行分时段预约诊疗服务，患者可按需选择相应时段的预约号，可实时按专科、专家等条件查询预约率。	0.5	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.相关工作制度和流程不完善，扣 0.2 分。 2.未全部开放号源预约，扣 0.1 分。 3.未实现分时段预约，扣 0.1 分。 4.未与社区卫生服务中心、基层医院合作开展预约诊疗服务，扣 0.1 分。
	2.至少开展四种形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场、诊间等预约形式，各种预约形式实现信息整合。逐步提高患者预约就诊比例。	0.5	文件查阅、员工操作、患者访谈、现场检查。 1.每少提供 1 种预约诊疗服务形式，扣 0.1 分。 2.患者预约就诊率未达到要求，扣 0.1 分。 3.考核周期内患者预约就诊比例未逐步提高，扣 0.1 分。
2.5.78.2 及时公开出诊信息。	有方便患者获取的门诊和预约服务公开的医疗信息。有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理 with 动态调配。	0.2	文件查阅、患者访谈、现场检查。 1.未及时公开医师出诊信息，扣 0.1 分。 2.无信息化预约管理平台动态管理号源，扣 0.1 分。
2.5.78.3 开展多学科诊疗，有多学科诊疗的规范流程，提高患者就医质量。	1.制定医院多学科联合诊疗管理相关制度、流程等，并组织实施，常规开展多学科联合诊疗工作，开设多学科联合诊疗门诊。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.规范流程制定不完善，扣 0.1 分。 2.未常规开展多学科诊疗，扣 0.1 分。 3.未开设多学科联合诊疗门诊，扣 0.1 分。

	2.具有 5 个以上多学科联合诊疗团队。设置多学科联合诊疗中心。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.多学科联合诊疗团队不足 5 个，扣 0.1 分。 2.未设置多学科联合诊疗中心，扣 0.1 分。
2.5.78.4 优化门、急诊服务，有明确的服务流程、质量指标，定期分析，持续改进。	优化门、急诊服务，有明确的服务流程、质量指标，并定期分析门急诊服务流程、指标，持续改进。	0.3	文件查阅、记录查看。 1. 门诊或急诊服务流程、质量指标无优化提高记录，扣 0.1 分。 2.未定期分析相关流程、指标，扣 0.1 分。 3.未能体现持续改进，扣 0.1 分。
<p>(七十九) 优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。(2 分)</p> <p>【概述】就诊环境是医疗服务的重要组成，医院就诊环境应“以患者为中心”，既能满足功能性需求，又能提升患者就医体验。</p>			
2.5.79.1 优化就诊环境，就诊环境清洁、舒适、安全，定期检查，及时维护。	医院建筑布局符合患者就诊流程要求和医院感染管理需要；环境优化、清洁，提升舒适感，组织实施禁止吸烟的宣传教育，并定期检查，及时维护。	0.5	查阅记录、访谈患者、现场检查。 1.就诊环境未达要求，扣 0.2 分。 2.检查维护不及时、记录不完善，扣 0.3 分。
2.5.79.2 有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性。	有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性。包括但不限于就诊工作区满足患者就诊需要，有配备适宜座椅的等候休息区，有候诊排队提示系统。住院病房整洁、安静，床单元面积符合相关标准要求。有卫生洗浴设施，有防止跌倒的安全设施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑，并配备应急呼叫及防滑扶手装置等。	0.5	文件查阅、访谈患者、现场检查。 1.质量量化标准不完善，扣 0.3 分。 2.环境舒适不符合要求，扣 0.2 分。
2.5.79.3 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。	为患者提供就诊接待、引导、咨询服务，包括但不限于诊疗、药物、营养、健康教育等。	0.5	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.未提供便捷服务，扣 0.2 分。 2.提供服务内容涵盖不够，扣 0.3 分。
2.5.79.4 急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。	急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。有就诊指南、建筑平面图、清晰易懂的服务标识、说明患者权益与义务的图文介绍资料等，有专人为患者提供咨询服务，相关人员熟知服务流程。	0.5	现场检查、员工访谈。 1. 门急诊候诊区、医技部门等标识不全，扣 0.2 分。 2.标识系统不符合要求，扣 0.1 分。 3.无专人提供咨询服务，扣 0.1 分。

			4.相关人员不熟悉服务流程，扣 0.1 分。
<p>(八十) 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。(3 分)</p> <p>【概述】 患者在医院流动是为了更好地接受医疗服务，医院应明确患者在院全环节医疗流程和规范，保障医疗服务和质量。</p>			
2.5.80.1 有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程。	有入院、出(转)院、转科管理制度与流程，并落实提供 24 小时服务。能分时段或床边办理出(转)院。能为特殊患者(如新生儿、残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等)提供多种服务及便民措施。有部门或专人负责协调全院床位，提供住院床位、日间手术预约服务，体现“以患者为中心”，增加入院患者管理的透明度。	0.4	文件查阅、现场检查、访谈患者。 1.服务管理制度及流程不完善，扣 0.2 分。 2.制度或流程执行不到位，扣 0.2 分。
2.5.80.2 患者转运前，有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范；对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。	1.患者转运前，有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范。	1	文件查阅、记录查看、员工操作、现场检查。 1.相关制度、流程、标准制定不完善，扣 0.2 分。 2.相关陪同人员资质不符合要求，扣 0.1 分。 3.执行不符合要求，扣 0.2 分。 4.风险评估记录不完善，扣 0.1 分。 5.风险防范措施不明确，扣 0.2 分。 6.风险防范措施执行不到位，扣 0.2 分。
	2.对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。	0.2	文件查阅、现场检查。 1.无医务人员陪同，扣 0.1 分。 2.相关设备配置不全，扣 0.1 分。
2.5.80.3 有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。	有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。	0.4	文件查阅、记录查看。 1.未定期实施评估，扣 0.2 分。 2.发现问题未及时改进，扣 0.2 分。
2.5.80.4 为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。	有急、危重症患者优先及时办理入院的制度与程序，危重患者应先抢救并及时办理入院手续，不断优化急危重症患者入院服务流程，方便患者。	0.6	文件查阅、访谈员工、访谈患者。 1.未制定相关制度流程，或制度流程不够合理，扣 0.2 分。

			<p>2.人员知晓情况，抽查每有 1 人知晓不够，扣 0.1 分，共 0.2 分。</p> <p>3.执行不到位，扣 0.2 分。</p>
2.5.80.5 加强转科、转院患者的交接管理，有交接流程和交接清单，过程有记录，可追溯。	加强转科、转院患者的交接管理，有转科、转院流程，实施患者的评估，履行知情同意。有病情和病历等资料交接。相关医务人员熟悉并执行上述流程。保障转科（院）患者获得连续性医疗服务，有交接清单，过程有记录，可追溯。	0.4	<p>文件查阅、员工访谈、员工操作、现场检查。</p> <p>1.相关管理制度、流程不完善，扣 0.2 分。</p> <p>2.记录不全或不够完善，扣 0.1 分。</p> <p>3.相关人员知晓情况不符合要求，扣 0.1 分。</p>
<p>（八十一）加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。（1.5 分）</p> <p>【概述】 出院患者管理是医疗服务的延伸，对促进患者康复和预防疾病具有重要意义。医院应通过加强健康教育、规范出院医嘱和康复指导、建立随访制度等措施落实、完善医疗服务体系。</p>			
2.5.81.1 加强出院患者健康教育，普及相关健康知识。	有出院患者健康教育相关制度，并落实。经治医师为出院患者提供出院医嘱和康复指导。包括：服药指导、营养指导、康复训练指导及出院注意事项等。患者或近亲属能知晓出院后医疗、护理和康复措施。	0.2	<p>记录查看、患者访谈、现场检查。</p> <p>未开展相关工作，扣 0.2 分。</p>
2.5.81.2 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，在出院记录中体现。	出院患者的出院医嘱和康复指导意见应在出院记录中较完整记录。	0.3	<p>文件查阅、病案检查。</p> <p>病案中未记录或记录不全，每有 1 份，扣 0.1 分。</p>
2.5.81.3 建立出院患者随访制度并组织实施，有患者随访记录，便于医务人员医疗服务流程和医疗措施的持续改进。	1.有出院患者随访管理相关制度，利用电话、电子邮件、信函和必要的面谈等多种形式开展随访；有患者随访记录。	0.5	<p>文件查阅、记录查看。</p> <p>1.未制定相关制度或制度不完善，扣 0.1 分。</p> <p>2.未按制度要求组织实施，扣 0.2 分。</p> <p>3.相关随访记录不完善，扣 0.2 分。</p>
	2.根据随访反映情况定期统计分析，针对系统性问题及时整改，便于医疗服务流程和医疗措施的持续改进。	0.5	<p>文件查阅、记录查看。</p> <p>1.未定期统计分析，扣 0.2 分。</p> <p>2.无持续改进相关指标及案例，扣 0.3 分。</p>
<p>（八十二）有为老年人就医提供方便，对老年人就医予以优先的举措。</p> <p>【概述】 《中共中央、国务院关于加强新时代老龄工作的意见》 要求加快建设老年友善医院，方便老年人看病就医。医院应当为老年人就医提供方便，有对老年人就医予以优先的举措。</p>			

2.5.82.1 有构建适老化就医环境的举措，优化老年人进入医院的预检流程。	有构建适老化就医环境的举措（如：无障碍通道和设施、无障碍卫生间，门宽适宜轮椅进出、老年人上下车的临时停车点等）。提供老年优先窗口，出入院快捷服务，咨询、预约、导医等服务，自助服务人工指导，现金收费等。优化老年人进入医疗机构的预检流程。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1、适老化就医环境的举措大于5项（包括但不限于要求所列），少1项扣0.1分。 2、未优化老年人进入医院的预检流程（优先、人工协助），扣0.1分
2.5.82.2 提供多渠道预约挂号服务，提供方便老年人预约挂号的方式，优化线上线下服务流程。	提供多渠道预约挂号服务方便老年人，如代为老年人挂号的渠道、提供一定比例的现场号源、为基层医疗卫生机构提前开放一部分号源，优先用于老年人挂号等。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 有1项未做到扣0.1分。
<p>（八十三）建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。（3分）</p> <p>【概述】诊疗规范和技术操作流程是保证医疗同质化的手段，医院应建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，落实相关法律法规对诊疗人员的要求，同时，对特殊人群必要时实施多学科评估和综合诊疗，以保证特殊人员的医疗质量。</p>			
2.5.83.1 根据法律法规和行业指南，建立临床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程，员工知晓并落实。	根据法律法规和行业指南，建立临床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程，组织培训，员工知晓并落实。	1.2	文件查阅。 1.相关流程制定不完善或未及时修订，扣0.5分。 2.培训计划未制定，扣0.2分。 3.员工知晓情况，每1人知晓不够，扣0.1分，最多扣0.2分。 4.落实执行不到位，每1份病案扣0.1分，最多扣0.3分。
2.5.83.2 诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。	诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。有患者评估管理制度，至少包括：患者评估项目及内容、评估人及资质、评估时限及记录要求等。患者评估结果作为诊疗方案的依据。	0.4	文件查阅、病案检查。 诊疗规范和操作流程制定不符合要求，扣0.4分。
2.5.83.3 根据法律法规和行业指南的变化，及时更新各各科室的诊疗规范和技术操作流程。	根据法律法规和行业指南的变化，及时更新各各科室的诊疗规范和技术操作流程。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈。 未及时更新相关规范和流程，扣0.4分。

2.5.83.4 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。	由具有资质的医务人员按照医院现行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南等为患者制订适宜的住院诊疗计划与方案。	0.4	文件查阅、病案检查。 1.人员资质不符合要求，扣 0.2 分。 2.评估、制定诊疗计划不规范，扣 0.2 分。
2.5.83.5 对疑难危重患者、恶性肿瘤患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。	有疑难危重患者、恶性肿瘤患者多学科综合诊疗的相关制度与程序，并落实。	0.6	文件查阅、病案检查。 1.制度、标准制定不完善，扣 0.3 分。 2.执行不到位，扣 0.3 分。
<p>(八十四) 对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。(2分)</p> <p>【概述】 营养治疗是诊疗的重要组成部分，对提高诊疗效果、促进患者康复、保障患者安全具有重要作用。医院应当对住院患者实施营养评估，并提供适宜的营养治疗。</p>			
2.5.84.1 开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径，依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对其效果开展评价。	1.设置营养科(室)，并配备与其规模相适应的(医师、技师、护士、厨师、护理员等)营养专业人员，有各级各类人员岗位职责。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况。	0.3	文件查阅、记录查看、病案检查。 1.相关工作未常规开展，扣 0.1 分。 2.患者营养状况了解不够，扣 0.1 分。 3.结果应用不到位，扣 0.1 分。
	2.营养医师定期查房，完成重点患者营养评估，建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径。	0.2	文件查阅、记录查看、病案检查。 1.未建立规范化路径，扣 0.1 分。 2.未严格按路径实施，扣 0.1 分。
	3.依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对其效果开展评价。	0.4	文件查阅、病案检查。 1.未规范开展营养治疗，扣 0.2 分。 2.未进行效果评价，扣 0.2 分。
2.5.84.2 为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。	对有需求的住院患者实施营养评估，并提供相应的营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。	0.5	文件查阅、病案检查。 1.未提供膳食指导，扣 0.2 分。 2.未提供营养配餐，扣 0.2 分。 3.未提供治疗饮食，扣 0.1 分。

2.5.84.3 营养科积极参与多学科诊疗，组建营养支持团队；接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊；按需提供营养支持方案，按规定记入病历。	营养科积极参与多学科诊疗，组建营养支持团队；医师参与临床病例讨论，接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊；经讨论确定并提供的营养支持方案，按规定记入病历。	0.6	文件查阅、记录查看、病案检查。 1.营养科未参与多学科诊疗或未组建营养支持团队，扣 0.1 分。 2.未开展相关患者营养会诊，扣 0.2 分。 3.未按要求将营养支持方案记入病历，扣 0.2 分。
<p>（八十五）实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。（2分）</p> <p>【概述】手术是有创医疗行为，必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术患者评估是保障手术得以安全实施、防止额外医疗损害的基本方法。医疗机构应当对风险高、难度大或涉及伦理风险等的重大手术实施报告审批管理，对无法按照常规手术管理的急诊手术建立单独管理措施，保障急诊手术得以及时、安全的实施。</p>			
2.5.85.1 建立手术患者评估制度，在患者评估的基础上，完成手术患者的术前讨论，合理制定手术方案。	有手术患者评估制度，内容包括：术前病史、体格检查、影像与实验室资料等。在患者评估的基础上，完成手术患者的术前讨论，合理制定手术方案。术前讨论内容包括：患者术前病情评估的重点范围、手术风险、术前准备、临床诊断、拟施行的手术方式、手术风险与利弊、明确是否需要分次完成手术等。	0.5	文件查阅、记录查看、病案检查。 1.相关制度不完善，扣 0.2 分。 2.未按要求开展术前讨论，扣 0.2 分。 3.未在评估基础上合理制定手术方案，扣 0.1 分。
2.5.85.2 患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。	患者评估内容应包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。	0.5	文件查阅、记录查看、病案检查。 患者评估涵盖内容不符合要求，有 1 项不完善，扣 0.1 分，扣完 0.5 分为止。
2.5.85.3 建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程，明确重大手术的范围，员工知晓。	有重大手术（包括急诊情况下）报告审批管理的制度与流程。有重大手术的审批目录。相关人员知晓上述制度与流程。	0.5	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未制定相关制度，扣 0.1 分。 2.流程不合理，扣 0.1 分。 3.员工知晓度不够，扣 0.1 分。 4.执行不到位，扣 0.2 分。
2.5.85.4 有急诊手术管理措施，落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制，有量化的急诊手术质控指标，保	1.有急诊手术管理的相关制度与流程；有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制；相关人员知晓上述制度和流程；急诊手术室 24 小时开放。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未明确相关机制，扣 0.1 分。 2.管理措施不够具体可行，扣 0.1 分。 3.落实执行不到位，扣 0.1 分。

障急诊手术安全。	2.有量化并实施考核的急诊手术质控指标，包括但不限于急诊手术患者死亡率、急诊手术后并发症发生率、急诊手术后重返率等，保障急诊手术安全。	0.2	文件查阅、记录查看。 1.未量化质控指标，扣 0.1 分。 2.质控指标优化情况，未在原基础有所优化的，扣 0.1 分。
<p>(八十六) 手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。(2分)</p> <p>【概述】 术后管理对保障手术患者康复具有重要意义，关系手术是否成功，相关记录是医院开展手术质量管理的基础。病理学检查是明确诊断的关键依据，手术的离体组织必须做病理学检查。</p>			
2.5.86.1 手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录，由一助完成手术记录的，手术主刀医师有审核签名。	手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师当日当班完成，特殊情况下可由第一助手书写，主刀医师审核签名。对前述特殊情况需有明确规定并实施。	0.4	文件查阅、病案检查。 1.手术记录不完善，扣 0.2 分。 2.相关制度要求不明确，扣 0.1 分。 3.医师审签不符合要求，扣 0.1 分。
2.5.86.2 术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。	手术主刀医师或第一助手在术后及时完成术后首次病程记录，第一助手记录的，须有主刀医师审核签名。术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项等，并落实。	0.4	文件查阅、病案检查。 1.术后病程记录不完善，扣 0.1 分。 2.记录人员不符合要求或未及时审签，扣 0.1 分。 3.按记录事项落实不到位，扣 0.2 分。
2.5.86.3 术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。	有术后患者诊疗护理管理相关制度与流程。手术后医嘱必须由手术主刀医师授权委托的医师开具。每位患者手术后的生命指标监测结果记录在病历中。在术后适当时间，依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、或再手术或放化疗等措施。对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。	0.4	文件查阅、病案检查。 相关记录情况不完善，有 1 项扣 0.1 分。
2.5.86.4 对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，其结果有记录。	对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，其结果有记录。快速病理建立绿色通道，手术科室与病理科沟通顺畅；相关科室落实执行，并记录结果。	0.8	文件查阅、记录查看、病案检查。 1.相关规定与程序不完善，扣 0.4 分。 2.落实执行制度及记录情况，不符合要求，扣 0.4 分。

<p>(八十七) 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。(2分)</p> <p>【概述】 日间手术有助于提高医院运营效率、改善患者体验，但治疗的模式改变可能会给患者带来新的风险。医院应当加强日间手术管理，尽可能消除相关风险，保证手术质量与安全。</p>			
2.5.87.1 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。	有开展日间手术相关管理制度与目录。日间手术纳入手术信息管理。完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.工作机制不完善，扣0.2分。 2.未指定管理部门，扣0.1分。 3.管理部门职责不明确，扣0.1分。 4.未达到日间手术开展率要求，扣0.1分。
2.5.87.2 制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。	制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。	0.4	文件查阅、记录查看。 1.未制定相关目录，扣0.2分。 2.目录未按要求公开，扣0.1分。 3.公开效果不明确，扣0.1分。
2.5.87.3 制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。	制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。	0.4	文件查阅、记录查看。 相关规范不明确，扣0.4分。
2.5.87.4 加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访，有随访记录，可追溯。	加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访，有随访记录，可追溯。	0.3	文件查阅、记录查看、病案检查。 1.病历管理不规范，扣0.1分。 2.患者宣教不到位，扣0.1分。 3.随访及记录不到位或不能追溯，扣0.1分。
2.5.87.5 制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。	制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。	0.4	文件查阅、记录查看。 1.未制定质控指标，扣0.2分。 2.未开展定期评估，扣0.2分。
<p>(八十八) 手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行。(3分)</p> <p>【概述】 麻醉科是体现医疗机构综合能力的重要临床专科，医院应当按照相关文件要求合理配置人员。麻醉前评估和麻醉复苏管理是保障麻醉安全，降低麻醉相关不良事件发生率的有效措施。同时，制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行，改善手术患者感受。</p>			

2.5.88.1 手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。	手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。麻醉医师人数与手术台比例应不低于 2:1。每张手术台配备 1 名麻醉住院医师及 1 名主治及以上的麻醉医师。手术室护理人员人数与手术台比例应不低于 2.5:1。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 人员配置不符合要求，扣 0.3 分。
2.5.88.2 实行患者麻醉前病情评估制度，所有患者在麻醉前完成病情评估、脏器功能评估和其他必要的评估。	建立完善并实施麻醉前访视和评估制度。内容包括但不限于：明确患者麻醉前病情评估的重点范围、手术风险评估、术前麻醉准备、对临床诊断、拟施行的手术、麻醉方式与麻醉的风险、利弊进行综合评估。有麻醉前讨论制度，对高风险择期手术、新开展手术或麻醉方法等进行麻醉前讨论。	0.5	文件查阅、病案检查。 1.相关制度不完善，扣 0.3 分。 2.落实评估不到位，扣 0.2 分。
2.5.88.3 预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通，术前应告知患方，明确术中的授权委托人。	有麻醉前由麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人进行知情同意的制度。向患者、近亲属或授权委托人说明所选的麻醉方案及术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案。预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通，术前应告知患方，明确术中的授权委托人。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.制度要求不明确，扣 0.3 分。 2.未按制度严格执行，扣 0.2 分。
2.5.88.4 有麻醉后复苏室，人员、设备设施配置满足临床需求，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。	麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1:3。麻醉复苏室配备医护人员满足临床需要，至少有 1 位能独立实施麻醉的麻醉医师。复苏室每床配备吸氧设备、无创血压和血氧饱和度等监护设备，配备呼吸机、抢救车等设备，定期维护设施设备，有维护记录及设备使用前的检查记录。有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.床位、设备配置不符合要求，扣 0.1 分。 2.人员配备不足，扣 0.1 分。 3.设备不全或维保不及时，扣 0.1 分。 4.监测与记录不完善，扣 0.2 分。
2.5.88.5 建立麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测、分析与反馈，并持续改进。	建立完善相关制度明确麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测、定期分析与反馈，并持续改进。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未建立制度及相关预防措施，扣 0.2 分。 2.并发症监测、分析与反馈执行不到位，扣 0.2 分。 3.不能体现持续改进，扣 0.2 分。
2.5.88.6 制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行。	有术后患者镇痛治疗管理规范和流程；对参与疼痛治疗的相关医护人员进行定期培训与考核，麻醉医师掌握术后镇痛治疗规范与流程，并能在镇痛治疗中认真执行，镇痛治疗效果正确评价，有记录；相关器械与药品使用合理。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。 1.规范流程制定不够完善，扣 0.2 分。 2.落实执行不到位，扣 0.2 分。

			3.相关器械、药品使用存在不合理，扣 0.2 分。
<p>（八十九）根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。（2.5 分）</p> <p>【概述】医院承担应对传染病的社会责任，应当根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求规范传染病相关管理。</p>			
2.5.89.1 根据相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范，医疗设备和设施、人员应符合国家有关规定。	1.设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律、法规要求。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.建筑、布局、流程不符合感控要求，扣 0.5 分。 2.有关设备、设施配置不全，扣 0.2 分。 3.人员配备不符合要求，扣 0.3 分。
	2.发热门诊应当根据相关要求，在医院内相对独立的区域，与普通门（急）诊相对隔离，满足“三区两通道”设置。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 未按要求设置，扣 0.5 分。
2.5.89.2 对感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊工作人员进行岗前及在岗培训。	制定传染病防治相关培训和考核制度并落实，可追溯。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.无培训考核制度，扣 1 分。 2.未定期或实时开展培训考核，扣 0.5 分。 3.抽问 5 名医护人员，是否知晓相关内容。每 1 例不知晓，扣 0.1 分。
<p>（九十）实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。（2 分）</p> <p>【概述】实施精神类疾病诊疗具有特殊性，医院应按照国家相关要求，同时重点做好提供医疗保护措施的知情同意和教育。</p>			
2.5.90.1 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。	实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 无该诊疗科目开展相应诊疗活动或无诊疗资质开展相应治疗，取消评审资格。

2.5.90.2 医院明确精神类治疗服务范围，根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范。	根据法律法规和行业指南制订本院经治的精神类疾病诊疗规范，建立患者入院评估、住院说明、诊疗规范、疗效评估以及病历书写等相关制度，相关工作人员知晓并落实相应制度规范。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.无相应制度规范等，扣 0.5 分。 2.工作人员不知晓，扣 0.5 分。 2.制度规范不完善或落实不到位，各扣 0.2 分。
2.5.90.3 制定规范的患者安全保护措施并落实。	为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育；执行医疗保护制度与流程并在病历中记录。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未提供相应措施及教育，扣 0.2 分。 2.落实不到位，扣 0.1 分。 3.无记录，扣 0.2 分。 4.记录不完善，扣 0.1 分。
<p>（九十一）实施精神类疾病治疗的医院为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神残障者提供出院康复指导与随访。（1.5 分）</p> <p>【概述】精神残障患者治疗时间长、沟通交流能力较差，对躯体疾患的症状表述存在困难和偏差，需要多学科联合诊疗以准确识别病情，予以适宜治疗。实施精神类疾病治疗的医院应当加强精神残障者诊治的全环节管理，梳理精神残障者的常见并发症和医疗风险，制定规范的预防流程和防范措施，针对医务人员、患者家属或授权委托人开展相关培训教育，指导预防措施的落实，建立标准的出院康复指导与随访机制。</p>			
2.5.91.1 为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务。	有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神残障者的其他躯体疾病开展诊疗服务，及时、规范和全面的开展精神残障者的躯体疾病的诊疗。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。 1.未建立联合诊疗模式，扣 0.5 分。 2.无流程，未及时、规范、全面，扣 0.2 分。
2.5.91.2 有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。	有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育，员工知晓。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。 1.无规范及流程，扣 0.5 分。 2.无培训教育，扣 0.2 分。 3.培训有缺陷，扣 0.1 分。
2.5.91.3 为精神残障者提供出院康复指导与随访。	为精神残障者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。 1.未提供出院康复指导，扣 0.2 分。 2.无随访或无记录，扣 0.3 分。

（九十二）医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。（2分）

【概述】介入诊疗技术属于有创技术，需要加强管理，为此国家制定了一系列制度规范，医院开展介入诊疗技术应按照相关要求进行了。

2.5.92.1 人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。介入医师具备相应的资质和授权，并定期学习和培训。	1.所开展的介入诊疗技术项目与卫生健康行政部门核准的临床诊疗科目一致，有关介入诊疗项目获取准入资格，并定期校验。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 1.无该诊疗科目开展相应诊疗活动，取消评审资格。 2.未定期校验，扣 0.3 分。
	2.介入医师具备相应的资质和授权，接受定期学习和培训。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 1.无诊疗资质开展相应治疗，取消评审资格。 2.未能定期学习和培训，扣 0.3 分。
	3.人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 每有 1 条不符合规范要求，扣 0.1 分。
2.5.92.2 根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范并定期修订，按照技术适应证规范技术操作并开展介入诊疗全流程质量控制。建立介入诊疗质控指标体系，优化介入诊疗操作流程，定期分析、评价、反馈与改进。对介入诊疗器械实施全流程管理，有介入诊疗器械登记制度，一次性器械条码归档病历中，保证器械来源可追溯。	1.根据卫生健康行政部门制定的介入诊疗技术管理规范，制定实施细则与流程，对介入诊疗器械实施全流程管理，有介入诊疗工作制度、技术操作常规、介入诊疗器械使用登记制度，严格执行并定期修订。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 1.无相应规范流程或无全流程管理，各扣 0.2 分。 2.有规范未落实或制度落实不到位，扣 0.1 分。
	2.建立介入诊疗质控指标体系，优化介入诊疗操作流程，定期分析、评价、反馈与改进。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 1.无质控体系，扣 0.2 分。 2.质控体系不完善，未起到作用，扣 0.1 分。
	3.一次性器械条码纳入病历，保证器械来源可追溯。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。 条码未贴入病历，每发现 1 例，扣 0.1 分。

（九十三）开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。（2分）

【概述】血液净化技术（包括血液透析、血液滤过、血液灌流、血浆置换、免疫吸附等）需要严格的管理和标准的规程以降低感染风险，医院开展血液净化技术应当按照国家相关要求进行。

2.5.93.1 根据《血液净化标准操作规程（2021版）》《江苏省血液净化技术管理规范（2019版）》和《江苏省血液净化中心（室）建设管理规范》（苏卫医政〔2019〕26号）等相关要求，血液透析中心/室人员、设备、空间及院感控制流程均符合行业管理要求。	1.血液净化中心建筑布局流程合理，满足工作需要和感染控制要求。每个透析治疗单元不少于 3.2 平方米，床间距不小于 1 米。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 布局流程不合理或透析单元面积、床间距不达标，扣 0.2 分。
	2.血液净化中心/室负责人应当由具备肾脏病学副高以上专业技术职务任职资格的执业医师担任。至少有 2 名执业医师，其中至少有 1 名具有肾脏病学中级以上专业技术职称任职资格。20 台血液透析机以上，每增加 10 台血液透析机至少增加 1 名执业医师。血液净化中心/室护士长或护理组长应由具备一定透析护理工作经验的中级以上专业技术职务任职资格的注册护士担任。护士与透析单元比≥1:2，当班护士与透析单元数之比为 1:5~6。至少配备 1 名熟悉血液透析机和水处理设备性能结构、工作原理和维修技术的技师。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 1.血液净化中心/室负责人资质不符合要求或护士长或护理组长资质不符合要求，扣 0.2 分。 2.执业医师人数不达标、护士人数不达标或未配备专职技师，扣 0.1 分。
	3.配备满足工作需要的血液透析机、水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等基本设备；急救设备齐全；职业防护用品完备。	0.1	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 1 项不达标，扣 0.1 分。
	4.有针对血液净化的医院感染防控的相关各项制度并严格落实：（如传染病患者隔离制度、血透患者血源性传播病原体筛查和管理制度、环境卫生学监测和管理制度、血透机和环境清洁消毒管理制度等、医院感染病例聚集与暴发的处置制度等）。	0.1	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 无相关制度、措施未落实或落实不到位，扣 0.1 分。
	5.院、科两级对医院感染防控相关制度落实情况有自查和督查，对存在问题有分析、反馈和整改建议。	0.1	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 科室无自查或主管部门无督查反馈，扣 0.1 分。

2.5.93.2 根据法律法规和行业指南，有血液净化操作流程并定期更新，建立全流程的血液净化质量管理和控制制度。并根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作。	1.建立全流程的血液净化质量管理和控制制度，并落实。根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作。科室有质量管理小组，根据相关医疗质量控制指标定期开展质控工作。有质量管理工作制度和岗位职责。按照血液净化标准操作规程开展血液净化质量及相关工作；定期召开质量分析会议，对血液净化质量进行评估，并记录。年终进行年度总结，并形成年度质量评价和分析报告。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 1.未建立质量管理和控制制度、未成立质控小组、质控小组未开展工作或质量控制指标监测不全，扣 0.2 分。 2.未定期分析评估或无年度总结报告，扣 0.1 分。
	2.有血液净化患者接诊、登记的相关制度，实施患者实名制管理。拥有江苏省血液净化质控平台账户且有近 3 个月的填报记录。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 无相关管理制度、无省质控平台账户或无近 3 个月记录，扣 0.2 分。
	3.应配备血液净化信息管理系统，并与医院 HIS 系统对接。	0.1	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 未配备信息系统或无自动抓取 HIS 系统数据功能，扣 0.1 分。
	4.院、科两级对血透中心/室医疗质量管理与控制工作进行监管，有检查、分析、反馈，对存在问题有改进建议。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 科室层面无检查、分析、整改或主管部门无检查、分析、整改，扣 0.2 分。
2.5.93.3 有保障患者和员工安全的措施和紧急情况处理预案，并定期演练。	1.建立保障患者安全的措施和紧急情况处理预案，并组织演练。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 未建议保障患者安全的措施和紧急情况处理预案或未组织演练，扣 0.2 分。
	2.建立医务人员职业安全防护和健康管理工作制度、预防职业暴露的措施和应急预案，并组织演练，对相关制度、流程和应急预案有培训，相关人员均能知晓并熟练掌握。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。 1.未建立相关制度、应急预案或未组织演练，扣 0.1 分。 2.未进行培训或相关人员不知晓，扣 0.1 分。

(九十四) 血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器不得复用。
(2分)

【概述】为保障血液透析安全，应当按规定对血液透析机、水处理设备等进行质检，对透析液、透析用水进行相关检测，保障相关器械、药品符合国家规定。

2.5.94.1 血液透析机与水处理设备符合要求。	1.透析机有国家食品药品监督管理局颁发的注册证。每 1 台透析机应建立档案，并有记录。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 透析机无注册证；透析机未建立档案。有 1 项不达标，扣 0.2 分。
	2.使用中的透析机应当运转正常，超滤准确，监测系统和报警系统工作正常。按照设备说明书进行定期校验，有校验记录。	0.1	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 使用中透析机未定期校验，扣 0.1 分。
	3.水处理设备符合国标要求，供应充足的反渗水。水处理设备有档案与记录，至少包括水处理设备的出厂信息（技术信息和操作信息）、消毒和冲洗记录、出现的问题和定期维修记录。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 设备不符合国标要求；设备未建档、未记录。有 1 项不达标，扣 0.2 分。
	4.每年对水处理设备进行一次全面的维护、保养和检测，滤芯、活性炭、树脂、反渗膜等应根据水质检测结果或设备制造商的规定进行调试、维护、保养和更换，有记录。维护保养后水处理设备的产水水质须符合《血液透析及相关治疗用水》（YY0572-2015）的要求。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 未按要求进行全面维护的；维护保养后水质不达标。有 1 项不达标，扣 0.2 分。
	5.血液透析中心工程师应熟知水处理设备与水质量控制管理要求，熟练掌握透析用水处理设备的工作原理和日常维护。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 现场提问工程人员，不熟悉、回答不全面，扣 0.2 分。
2.5.94.2 透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达	1.A 液、B 液成品浓缩液、透析粉，均应具备国家食品药品监督管理局颁布“准”字号注册证。存放环境符合要求。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 无“准”字号注册证，扣 0.2 分。

标。不得复用血液透析器。	2.有透析液配制相关制度、操作流程与质量控制措施。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未建立相关制度；无配制流程。有 1 项不达标，扣 0.2 分。 2.无质量控制措施，扣 0.2 分。
	3.透析液和透析用水中总氯、硬度、化学污染物、透析液细菌、内毒素等检测频率和质量均达标。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.检测频率不符合要求，1 项扣 0.1 分。 2.检测结果异常，未做好持续质量改进，扣 0.2 分。
	4.采用集中供液系统的血液透析中心须符合国家卫健委《血液净化操作规程》2021 版第二篇第八章对集中供浓缩透析液系统和集中供透析液的相关要求。选址、设备安装、验收及维护、浓缩透析液和透析液配置质量管理和感染控制均符合相关标准和规范要求。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1 项不符合要求，扣 0.2 分。
	5.禁止任何血液透析器复用。		文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 存在血液透析器复用，扣除本条款（2.5.94.2）1.1 分。
<p>（九十五）开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行。（2 分）</p> <p>【概述】放射治疗不仅关乎患者诊疗效果和安全，还涉及公共安全，是需要进行重点关注和管理的特殊技术，医院应当按照国家相关要求进行严格管理。</p>			
2.5.95.1 依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。	具有卫生健康行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。相关执业文件核准与校验均在有效期内。	0.5	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.不具有核准的“放射治疗”诊疗科目，扣 0.5 分。 2.无许可证书，扣 0.5 分。 3.相关执业文件不在效期内，1 项扣 0.2 分。

<p>2.5.95.2 布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和相关国家标准。</p>	<p>机房建筑、布局、放射治疗设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 无机房建筑国家验收合格证书，扣 0.5 分。 2. 具备开展放射治疗的基本设备，有基本设备清单（直线加速器≥1 台、后装治疗机≥1 台，（CT）模拟定位机≥1 台、三维（调强）治疗计划系统≥2、剂量验证设备≥1 台等）。放射治疗场所应当按照相应标准设置多重安全联锁系统、剂量监测系统、影像监控、对讲装置和固定式剂量监测报警装置；配备放疗剂量仪、剂量扫描装置和个人剂量报警仪等设备不具备开展放射治疗的以上基本设备。每少 1 项扣 0.1 分。 3. 医院对放射治疗设备的核准与校验有检查与监管，缺少记录，扣 0.2 分。
<p>2.5.95.3 有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度，并严格执行。</p>	<p>有放射治疗装置操作和维护维修制度与质量保证和检测制度。符合《医用电子直线加速器质量控制检测规范》（WS 674-2020）要求。</p>	<p>0.6</p>	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 未建立相关制度，扣 0.1 分。 2. 无专人负责放射治疗装置的维护、维修与检测，扣 0.1 分。 3. 无使用、维护、检测、维修记录或记录不完整，扣 0.1 分。 4. 放射部门在相关的放射场所未设置明显的警示标识，扣 0.1 分。 5. 放射治疗机器使用有操作指南、规范的程序及必要的联动设置，每缺少 1 项扣 0.1 分。 6. 抽查 2 名放射治疗技师和 1 名维修工程师是否知晓上述制度及流程。每 1 名知晓内容低于 50%，扣 0.2 分；知晓内容低于 75%，扣 0.1 分。
<p>2.5.95.4 有放射防护制度并严格，并严格执行。</p>	<p>按照《放射治疗防护要求》（GBZ 121-2020），建立患者与工作人员放射防护制度并落实。</p>	<p>0.4</p>	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 未建立患者与工作人员放射防护制度，扣 0.1 分。 2. 工作人员未按期参加放射防护培训，无相应证

			书和培训记录，扣 0.1 分；放射防护培训证书。每缺少 1 人扣 0.1 分。 3.工作人员未正确佩戴个人放射剂量计，每发现 1 名扣 0.1 分。
<p>(九十六) 实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。(2.5 分)</p> <p>【概述】放射治疗本身具有一定的风险性，医院应加强放射治疗管理，保证治疗质量和安全。</p>			
2.5.96.1 根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范，定期修订规范，并落实。	1.有放射治疗质量管理体系、放射治疗计划前讨论制度和放射治疗效果评价的规范与流程，保障质量和安全。	0.2	文件查阅，员工访谈，现场检查。 未建立相关制度、规范和流程，扣 0.2 分。
	2.根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范，定期修订规范。有对放射治疗效果和毒副作用的评价，定期开展疑难、危重症病例讨论。	0.2	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.未制定相应诊疗规范，扣 0.1 分；未定期修订规范，扣 0.1 分。 2.每年提供 5 份放射治疗病历。未开展放射治疗效果和毒副作用的评价，每 1 例扣 0.1 分；未定期开展疑难、危重症病例讨论、记录不完整，每例扣 0.1 分。
	3.职能部门和科室对放射治疗质量有检查，对存在问题有整改。	0.2	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.职能部门或科室对放射治疗质量未开展检查，各扣 0.1 分。 2.科室对存在问题整改没有成效，每项扣 0.1 分。
2.5.96.2 有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。	有确保放射治疗精确定位与计量准确的相关制度及程序。职能部门和科室对放射治疗相关制度的落实有督查和自查，对存在问题有整改。	0.9	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.无相关制度及程序，扣 0.2 分。 2.放射治疗前无主管医生、物理师共同制订放射治疗计划，扣 0.1 分；放射治疗过程中未根据患者情况及时调整放疗计划的相关流程，扣 0.1 分。 3.抽查 1 名物理师、2 名医师是否知晓放射治疗过程中根据患者情况及时调整放疗计划的相关流程。每 1 名知晓内容低于 50%，扣 0.1 分。

			<p>4.科室未开展相关自查，扣 0.1 分。</p> <p>5.职能部门未开展督查，扣 0.1 分。</p> <p>6.科室对存在问题整改没有成效，每项扣 0.1 分。</p>
2.5.96.3 有放射治疗意外应急预案及处置措施，有能够执行的流程。	1.加强对放射治疗意外事件管理，有放射治疗意外应急预案及处置措施。相关工作人员对放射治疗意外应急预案、应急演练及处置措施熟练掌握。	0.4	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1.无预案和处置措施，各扣 0.1 分。</p> <p>2.对相关工作人员未进行相关培训，扣 0.1 分。</p> <p>3.未开展放射治疗意外应急演练，扣 0.1 分。</p> <p>4.无放射治疗与核医学工作场所监测记录，扣 0.1 分；记录不完整，扣 0.1 分。</p> <p>5.抽查 3 名工作人员（1 名医师、1 名放疗技师、1 名物理师）询问是否熟知放射治疗意外应急预案、应急演练及处置措施。每 1 例知晓内容低于 50%，扣 0.2 分；知晓内容低于 75%，扣 0.1 分。</p>
	2.工作区域配置有相关抢救药品、器材、氧气等，相关配置（药、械）方便、可及。放射诊疗工作人员能掌握心肺复苏基本技能。	0.4	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1.未配置相关抢救药品、器材、氧气等，扣 0.1 分。</p> <p>2.相关配置（药、械）未满足方便、可及要求，扣 0.1 分。</p> <p>3.抽查 3 名工作人员（1 名医师、1 名放疗技师、1 名物理师）进行心肺复苏基本技能现场口述考核。1 名不合格，扣 0.1 分；2 名不合格，扣 0.4 分。</p>
	3.放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平符合有关规定。职能部门和科室加强对放射诊疗工作场所的监管。	0.2	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1.未制定放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的安全管理制度，扣 0.1 分。</p> <p>2.职能部门及科室未定期对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平进行检测并记录，扣 0.1 分。</p> <p>3.工作场所辐射水平监测，1 项不符合要求，扣 0.1 分。</p>

			4.放射治疗设备和场所未设置醒目的警示标志，扣 0.1 分。
<p>（九十七）医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。（执业许可证无核医学、脑电及脑血流图诊断、神经肌肉电图专业诊疗科目的医院可选）（2 分）</p> <p>【概述】根据医院的功能任务设置特殊检查室，为患者提供满足临床诊疗需求诊断核医学（放射性分析、体内检测）、内镜检查室、呼吸功能检查室、脑电图、肌电图等特殊诊疗服务技术，应符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。</p>			
2.5.97.1 医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。	根据医院的功能任务设置特殊检查室，满足临床科室诊疗需求。特殊诊疗科目与服务项目经卫生健康行政部门核准，与执业许可证一致。各特殊诊疗技术科室人员配置符合要求。	0.8	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.存在未经许可的诊疗科目或项目，每项扣 0.2 分。 2.特殊诊疗技术科室人员配置不符合相关要求，扣 0.2 分。 3.特殊检查室不能满足临床科室诊疗需求，扣 0.2 分。
2.5.97.2 根据法律、法规和行业指南，制定并定期修订本院诊断核医学的诊疗方案及操作流程，建立质控标准，并有效落实。	1.制定并定期修订本院诊断核医学的诊疗方案及操作流程。核医学科制定并定期修订放射性分析管理制度及流程。放射性分析有书面质量控制流程：包括背景计数、仪器校准、污染排除的安全检测、处理放射性核素、处理放射活性的垃圾、放置放射活性的材料、监测放射区域等。	0.4	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.未制定并定期修订放射性分析管理制度，扣 0.1 分。 2.无相关程序，扣 0.1 分。 3.无书面质控流程，缺 1 项扣 0.1 分。 4.记录不完整，每 1 项扣 0.1 分。
	2.体内检测的实验室须使用合适的质量控制方法。实验室须保留放射性核素和放射性药物从进入实验室到投药和最后被销毁的全程记录：提供部门记录的文件，注明放射性核素的标识、收到日期、接收方法、活性、储存、制备、处理、容器的性质、投药日期、销毁的情况。	0.4	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.无记录，扣 0.4 分。 2.记录项目不全，每缺 1 项扣 0.1 分。 3.记录内容不完整，扣 0.1 分。
	3.开展诊断核医学活动应符合《核医学放射防护要求》（GBZ 120-2020），职能部门对特殊检查室有检查和监管。	0.4	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.无保证使用放射性同位素时患者和工作人员安全的措施，扣 0.2 分。 2.放射防护措施有缺陷，扣 0.1 分。

			3.无检查和监管，扣 0.2 分。
<p>（九十八）特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。（2分）</p> <p>【概述】 依照国家相关法律法规，特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定，医院应按要求规范区域，制定突发意外事故管理规范与应急预案，以保障患者和医务人员安全。</p>			
2.5.98.1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。	诊断核医学（放射性分析、体内检测）、内镜检查室、呼吸功能检查室、脑电图、肌电图等特殊检查室设计及空间区域符合特殊检查需求。	0.4	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1.核医学科对工作场所的分级和分区、放射防护、放射性物质贮存和操作、辐射监测及放射性废物处理不符合临床核医学卫生防护国家标准要求，有 1 项，扣 0.2 分。</p> <p>2.其他特殊检查室的设计及空间区域划分不符合特殊检查需求，有 1 项，扣 0.1 分。</p>
2.5.98.2 保证检查质量，避免医务人员及其他人员接触有害物质。	通过多种手段和方法确保检查质量，能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围。特殊检查室所用设备、仪器、药品必须符合国家相关标准，并经验证合格后方能使用，以保证检查质量和患者安全。无医务人员及其他人员出现接触有害物质的事件发生。	0.8	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1.设备、仪器、药品等无相关验证报告，每 1 项扣 0.1 分。</p> <p>2.无特殊检查室工作人员有管理制度、诊疗规范和操作流程等，有 1 项扣 0.1 分。</p> <p>3.“临床诊断报告”签发人不符合资质，有 1 例扣 0.1 分。</p> <p>4.无针对特殊检查室工作人员开展管理制度、诊疗规范和操作流程的培训记录，扣 0.1 分；无考核，扣 0.1 分。</p> <p>5.每发生 1 例意外接触有害物质事件，扣 0.3 分。</p>
2.5.98.3 有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行，保障患者及员工的安全。	有突发意外事故管理规范与应急预案，有应急演练，有培训，职能部门有督查有落实。参照《核和辐射事故医学应急演练导则》（WST 636-2018）等文件放射性操作区应展示简明的意外事故管理规范 and 应急救援措施指南，指定该区域的防护负责人。	0.8	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1.无管理规范和指南，扣 0.2 分；无区域防护负责人，扣 0.1 分。</p> <p>2.无明确的事应急急预案，责任分工不明确，扣</p>

			<p>0.1 分。</p> <p>3.科室未对相关人员进行培训及演练，扣 0.1 分；培训记录不完善，扣 0.1 分。</p> <p>4.工访谈 3 名工作人员。未知晓和掌握突发意外事故管理规范与应急预案、科室应急演练，每发现 1 例知晓内容低于 50%，扣 0.2 分；知晓内容低于 75%，扣 0.1 分。</p>
<p>(九十九) 开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。(2.5 分)</p> <p>【概述】 日间化疗服务是医院改善服务质量，提高医疗服务效率的新举措，医院应加强日间化疗管理，保证化疗质量与安全。</p>			
2.5.99.1 医院明确规定日间化疗服务适用范围。	开展日间(放)化疗服务，并配套有管理制度，有日间(放)化疗的适用范围，包括适用病种、适用项目、适用人群等。医院设置有相对固定的日间化疗病房，病房空间适宜，布局合理。基础设施设备齐全。	0.6	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1.未开展日间(放)化疗，扣 0.6 分；无服务适用范围，扣 0.1 分。</p> <p>2.无日间(放)化疗单病种的收费标准，扣 0.1 分；标准未公示，扣 0.1 分。</p> <p>3.无固定日间化疗病房，扣 0.1 分。</p> <p>4.呼叫系统和必要的抢救设备等基础设施设备不齐全，扣 0.1 分。</p> <p>5.无保护患者的隐私设施和管理措施，扣 0.1 分。</p>
2.5.99.2 医院建立日间化疗的操作流程及质量控制指标，定期监测、分析并反馈持续改进。	1.医院建立健全日间化疗的规范管理与规章制度；有针对日间化疗开展相关激励机制或扶持政策；建立质量评价指标、服务效率评价指标，并实施质控。	0.6	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1.未明确日间化疗业务管理部门、管理人员及职责；未建立日间病房收治标准和转出标准；未建立日间化疗的诊疗及操作流程；无患者的出院指导与随访制度；无完善的医疗安全措施与应急预案等。有 1 项，扣 0.1 分。</p> <p>2.医院无针对日间化疗开展相关激励机制或扶持政策，扣 0.1 分。</p> <p>3.未建立质量评价指标(如并发症发生率、药物不良反应例数、投诉率、化疗药物外渗发生率、各种原因改为住院患者比例、患者满意度等)，</p>

			扣 0.1 分。 4.未建立服务效率评价指标（如入院前等待时间、预约取消率、化疗床位使用率、出院人次、随访率、均次费用等），扣 0.1 分。 5.质量评价指标或服务效率评价指标未实施质控，质控指标记录不完善，各扣 0.1 分。
	2.医院建立统一的表格化日间病房电子病历，制定各病种临床路径，规范诊疗行为。	0.2	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.医院未建立统一的表格化日间病房电子病历，扣 0.1 分。 2.未在 MDT 基础上制定各病种临床路径，规范诊疗行为，保障日间化疗诊疗的同质化和规范化，扣 0.1 分。
	3.职能部门运用质量管理工具针对日间化疗进行监管，建立培训、考核和持续改进机制，持续改进日间化疗服务质量。	0.2	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.无监管记录、培训记录，扣 0.1 分。 2.无持续改进案例，扣 0.1 分。
2.5.99.3 医院集中配置化疗药物，建立日间化疗集中配置化疗药物安全管理制度并落实。	1.建立集中配置化疗药物安全管理制度。参照国家卫健委《静脉用药调配中心建设与管理指南（试行）》（2021 版）、《静脉用药集中调配质量监测技术规范》、《静脉用药集中调配技术规范》，建立集中配置化疗药物安全管理制度。医院获得省级卫生主管部门认定的式静脉用药集中调配中心（PIVAS）资质，有条件的单位可建立日间化疗 PIVAS。	0.5	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.无省级资质，扣 0.2 分；未开展化疗药物集中调配，扣 0.2 分。 2.未建立集中配置化疗药物制度，扣 0.1 分。
	2.医院有对接触化疗药物操作者的安全防护保障措施，建立日间化疗工作流程，制定集中配置化疗药物的质控标准并严格执行；通过信息化手段实现全程化药学服务管理模式。	0.4	文件查阅，员工访谈，现场检查。 1.医院对接触化疗药物操作者的安全防护保障措施不完善，扣 0.1 分。 2.医院未建立日间化疗 PIVAS 工作流程，未制定集中配置化疗药物的质控标准，扣 0.1 分。 3.各质控记录不完善，扣 0.1 分。 4.药学服务未实现信息化手段，实现全程化药学服务管理，扣 0.1 分。

六、护理质量保障与持续改进

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百) 建立扁平高效的护理管理体系，建立护理管理委员会，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关 部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者 分管护理工作的负责人担任。依据法律法规、行业指南、标 准，制定本单位护理工作发展规划、护理制度、常规和操作规程，实施护理管理、质量改进等工作。(2 分)</p> <p>【概述】扁平化护理管理体系可有效提高管理效率。医院应当建立与医院规模、任务和组织目标相适应的护理管理体系，实行三级或者两级管理层级；通过护理管理委员会，定期研究护理质量问题、推进护理质量改进；根据国家法律法规、行业标准、指南，制定护理制度、工作常规和操作规程，持续更新护理质量评价标准，对医院护理质量实行全程管控。</p>			
<p>2.6.100.1 建立简捷高效的护理管理体系。在本单位护理管理委员会的指导下，实行三级或二级管理层级，明确各级护理管理岗位任职条件。有护理工作发展规划、年度计划，符合医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行，有总结评价。</p>	<p>1.建立简捷高效的护理管理体系，有院长（或副院长）任主任委员、有、人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成的护理管理委员会，有相关职责，制定、审核护理工作发展规划、计划，明确各级护理管理岗位任职条件。</p>	0.1	<p>文件查阅。 护理管理委员会架构不完整，职责不明确或各级护理管理岗位任职条件不明确，扣 0.1 分。</p>
	<p>2.有护理工作中长期规划、年度计划，符合医院总体规划和护理学科发展方向，贯彻江苏省《转发国家卫生健康委等十一部门关于印发促进护理服务业改革与发展的指导意见的通知》《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》及国家、省护理事业发展规划及医院发展规划的相关要求。</p>	0.2	<p>文件查阅。 未结合国家、省及医院护理事业发展规划的相关要求制订护理工作中长期规划、年度工作计划未体现中长期规划落实情况，扣 0.2 分。</p>
	<p>3.有措施保障落实护理中长期规划、年度计划，并有总结。主管部门、科室对规划、目标和计划落实情况有督查。管理体系有效运行。</p>	0.2	<p>文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无措施保障落实护理中长期规划、年度计划，无总结，扣 0.1 分。 2.科室或主管部门对规划、目标和计划落实情况无监管及督查，扣 0.1 分。</p>
<p>2.6.100.2 建立护理质量与安全管理委员会，有院-科-病区或院-病区护理质量与安全管理组织体系，职责明确，落实到位。</p>	<p>1.有护理质量与安全管理委员会，定期讨论护理质量与安全工作，有工作职责与制度，制定护理质量与安全管理工作计划及护理质量监测指标；有院-科-病区或院-病区护理质量与安全管理组织体系，科或病区有护理质量与安全管理小组，负责落实护理质量与安全管理工作。</p>	0.2	<p>文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无护理质量与安全管理委员会、无职责、制度，未定期讨论护理质量与安全管理工作，未制定护理质量与安全管理工作计划及护理质量监测指标，扣 0.1 分。 2.无院-科-病区或院-病区护理质量与安全管理组</p>

			织体系，科或病区无护理质量与安全管理小组，或活动不规范，扣 0.1 分。
	2.科室或病区、主管部门护理质量安全管理小组每月对护理质量与安全管理有督导、分析、反馈，并对护理质量问题有整改，并对护理质量做到基于数据的质量指标管理，及时、准确上报质量监测平台并分析。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.科室、主管部门未对护理质量与安全管理有督查、分析，未对护理质量问题有整改，扣 0.1 分。 2.未分析护理质量指标，扣 0.1 分。 3 未及时、准确上报护理质量指标，扣 0.1 分。
	3.有数据显示护理质量改进有成效，应用信息化手段，保障护理质量数据完整、准确。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无数据支持护理质量改进有成效，扣 0.2 分。 2.未应用信息化手段，扣 0.1 分。
2.6.100.3 依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程等，定期修订。并根据科室执行落实情况，开展护理质量管理工作，有监测、分析、反馈，指导改进。	1.依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，有制定修订护理制度、常规、操作规程等相关文件的规定与程序，并定期修订，制定修订后的文件有试行-修改-批准-培训-执行的程序，并有修订标识。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无制定修订护理制度、常规、操作规程等相关文件的规定与程序，修订后的文件无试行-修改-批准-培训-执行的程序，扣 0.1 分。 2.未依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，未定期修订，扣 0.2 分。
	2.对相关人员有护理制度、常规、操作规程等方面的培训、考核，并落实；科室、主管部门对护理制度落实情况有定期督导检查、分析、反馈，有效果追踪。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈、考核。 1.无培训、考核，扣 0.1 分。 2.未落实，扣 0.1 分。 3.未定期督导、分析、反馈、整改及效果追踪，扣 0.2 分。
<p>（一百零一）护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。临床护理岗位护士占全院护士数量不低于 95%，有紧急状态下调配护理人力资源的预案。（2 分）</p> <p>【概述】合理的护士人力资源配置，是保障患者安全和质量的基础。医院应按照国家相关规定，结合医院规模、功能和任务，合理配备护理人力，并结合收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况等制订护理单元人力配备原则及弹性调配方案。有人力资源调配的应急预案。</p>			
2.6.101.1 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，临床护理岗位护士数	1.建立护士人力资源管理制度，有护理人力配置原则，保障临床护理需求。采取有效措施优先保障临床护士人力配置到位，临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于 95%。	0.5	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无护士人力资源管理制度及配置原则，扣 0.2 分。 2.未优先保障临床护士人力配置到位，扣 0.1 分。

量 占全 院 护 士 数 量 不 低 于 95%。			3. 临床护理岗位护士数量占全院护士数量低于95%，扣 0.2 分。
	2.全院护士配比及病区护士配比符合要求。各护理单元护士基数根据专科特点实行差别化配置，符合《医院各科护士基数配置参考标准（试行）》。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.护理单元的人力配置未根据专科特点进行差别化配置，扣 0.2 分。 2.护士基数配置不符合《医院各科护士基数配置参考标准》，扣 0.1 分。
	3.主管部门对护理人员配置情况、护理人员资质有监督、检查，对问题有追踪分析。	0.2	文件查阅、现场检查。 主管部门未定期督导、分析、反馈，扣 0.2 分。
2.6.101.2 有人力资源调配的应急预案并有演练。	1.有护理人力资源动态调配的方案。实行护理人力资源动态调配，结合专科特点、护理级别比例、床位使用情况、护理工作量实行多种形式的弹性排班。排班体现患者病情与护士能力相适应。	0.6	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无院及专科护理人力资源动态调配的方案，扣 0.1 分。 2.未实行护理人力资源动态调配、弹性排班，扣 0.2 分。 3.排班未体现患者病情与护士能力相适应，扣 0.3 分。
	2.有机动护理人力资源（N2 及以上）储备、调配的方案，并执行。对储备人员有培训和考核，可供紧急状态或特殊情况下调配使用。科室、主管部门对人力资源动态调配工作有检查、分析及整改。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无机动护理人力资源（N2 及以上）储备、调配方案，或人力资源库成员能级不符合标准，扣 0.1 分。 2.未执行储备、调配方案，无储备人员的培训和考核，扣 0.1 分。 3.科室、主管部门对人力资源动态调配工作无检查与监管、分析、整改，扣 0.1 分。
	3.护理人力资源管理有信息化支持。	0.1	现场检查。 护理人力资源管理无信息化支持，扣 0.1 分。

(一百零二) 护理人员依法执业, 实行分层级管理, 有护理人员管理规定、实行岗位管理制度, 明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划, 保障措施到位, 并有实施记录。(2分)

【概述】根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等规定, 对护士实行依法执业管理, 保障患者安全和护士的合法权益。根据国家卫生健康委办公厅《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》等要求, 按照“因需设岗、以岗择人、按岗聘用、科学管理”的原则, 实施护理岗位管理。

2.6.102.1 依法执业, 有护理人员管理规定, 对各级护理人员资质进行严格管理, 实行分层级管理。	1.有护理人员执业准入、特殊护理岗位资质、技术能力要求、有审核规定与程序。	0.1	文件查阅、现场检查、员工访谈。 无护理人员执业准入、特殊护理岗位资质、技术能力要求、无审核规定与程序, 扣 0.1 分。
	2.实施护理人员分层级管理, 明确各层级岗位技术能力要求和培养方案, 有统一的护理人员分级管理档案。建立并实施以临床实际工作能力为主导的晋级考核制度和评价标准, 明确晋级路径, 实行动态管理。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未实施护理人员分层级管理, 无不同层级专科岗位技术能力要求和培训方案, 扣 0.1 分。 2.无统一的护理人员分级管理档案, 扣 0.1 分。 3.未建立与实施以临床实际工作能力为主导的晋级考核制度和评价标准、晋级路径不明确、未实行动态管理, 扣 0.1 分。
	3.科室对护士资质及分层级管理有自查、分析、整改。主管部门有督查、追踪分析整改。	0.1	文件查阅。 科室、主管部门对落实情况无检查、分析、整改、无效果追踪, 扣 0.1 分。
2.6.102.2 医院有护理岗位管理实施方案, 明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。	1.有护理岗位管理实施方案, 护理岗位设置符合《医院护理岗位设置名录(2013版)》, 明确岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准; 相关人员知晓本部门、本岗位职责要求, 并按照规定执行。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.无护理岗位管理实施方案, 扣 0.1 分。 2.未明确岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准, 扣 0.1 分。 3.相关人员不知晓本部门、本岗位职责要求, 执行不规范, 扣 0.2 分。
	2.科室、主管部门定期对相关工作有督导检查、分析、反馈、效果追踪。	0.1	文件查阅。 科室、主管部门无督导检查、分析、反馈、效果追踪, 扣 0.1 分。

2.6.102.3 有护理人员在岗继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。各层级护理人员岗位培训落实《江苏省实施医院护士岗位管理的指导意见》的要求，实施临床护士能力考核。	1.建立护士岗位培训制度，建立以岗位需求为导向、以岗位胜任力为核心的护士培训制度，包括护士规范化培训、不同层级护士核心能力培训、护士继续教育、专科护士培训等并落实。	0.1	文件查阅。 未建立护士岗位培训制度、或制度不健全、落实不到位，扣 0.1 分。
	2.有分层级护理人员在岗继续教育培训与考评制度，有培训计划和相应保障政策，并落实。培训内容结合临床需求，体现不同岗位、不同专业、不同层次护理人员岗位特点，体现岗位需求，并落实。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无分层级护理人员在岗教育培训与考评制度，无培训计划，无经费投入、目标考核等保障制度且未落实，扣 0.1 分。 2.培训内容未结合临床需求，未体现不同专业、不同层级岗位特点，扣 0.1 分。
	3.对各层级护理人员岗位培训效果情况进行考评。科室、主管部门定期对相关工作有督查、分析、反馈、效果追踪。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.对各层级护理人员岗位培训情况未进行考评，扣 0.1 分。 2.科室、主管部门未定期督查、分析、反馈、追踪效果，扣 0.1 分。
2.6.102.4 积极开展专科护理培训，落实《专科护理领域护士培训大纲》，加大培养专科护理人才，并合理使用。	1.根据护理学科发展及医院功能需要，制定并落实本院专科护理人才培养计划，合理使用专科护理人才，可任职临床 N3 以上岗位或临床护理管理岗位，并有相应的待遇等配套措施，发挥其业务专长。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无专科护理人才培养计划，扣 0.1 分。 2.未合理使用专科护理人才，扣 0.2 分。
	2.有保障开展专科护理人员培训所需的师资、设备设施、经费等资源 and 培训措施，并落实。科室、主管部门对专科护理人才培养和使用有检查，对问题有整改及效果追踪。	0.2	文件查阅、现场检查。 1.无保障的师资、设备设施等资源和培训措施，未落实，扣 0.1 分。 2.科室、主管部门对相关工作无督查、分析、整改，未追踪效果，扣 0.1 分。
<p>（一百零三）建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。（2 分）</p> <p>【概述】绩效考核是医院管理部门基于护理工作目标和绩效标准而采取的一种管理方式，建立符合医院护理工作目标，基于工作量、护理质量、患者满意度、护理难度、技术要求等为要素的绩效考核制度。并将考核结果与护理人员评优、晋升、薪酬分配相结合，促进工作改进，达到充分调动护理人员积极的目的。</p>			
2.6.103.1 建立基于护理工作	1.有基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求	1.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。

量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核方案，考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩。	的绩效考核制度、有具体的绩效考核实施方案。绩效考核结果与评优、晋升晋级、薪酬挂钩，并落实。绩效考核方案制定征求护理人员意见，护理人员知晓绩效考核方案。		1.无绩效考核实施方案，扣 0.2 分。 2.绩效考核实施方案未结合临床要求，扣 0.2 分。 3.绩效考核结果未与评优、晋升晋级、薪酬挂钩，扣 0.2 分。 4.未落实，扣 0.2 分。 5.方案制定未征求护理人员意见，扣 0.2 分。 6.护理人员不知晓绩效考核方案，扣 0.2 分。
	2.建立科学合理的护士薪酬分配机制，薪酬分配重点向高风险、高强度、任务重的临床一线护士岗位倾斜。落实护理人员同岗同薪同待遇。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.护士薪酬分配机制无倾斜体现，扣 0.2 分。 2.未落实护理人员同岗同薪同待遇，扣 0.2 分。
	3.主管部门对绩效考核方案落实情况有检查与监管，对问题有追踪分析。	0.4	文件查阅、现场检查。 1.主管部门无定期督导、分析、反馈，扣 0.2 分。 2.未检查科室整改落实情况，扣 0.2 分。
<p>(一百零四) 依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。(2分)</p> <p>【概述】 以《护士条例》等相关法律法规、行业标准等为依据，结合医院实际，规范实施以患者为中心的护理，针对患者从入院、住院、出院等不同阶段的护理需求，提供涵盖生理、心理和社会等方面的专业化、人性化的责任制整体护理。</p>			
2.6.104.1 依据《护士条例》等法律法规，规范护理工作，优质护理服务落实到位。	1.有推进开展优质护理服务的保障措施及激励机制，有优质护理服务实施方案，并落实。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无保障措施及激励机制，扣 0.1 分。 2.无优质护理实施方案，扣 0.1 分。 3.未落实，扣 0.1 分。
	2.优质护理服务覆盖到门（急）诊、血液净化中心、手术室、导管室等非住院部门；对具有较高再入院率或护理需求的出院患者提供延续护理服务。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.优质护理服务覆盖面不全，扣 0.1 分。 2.未提供延续护理服务，扣 0.1 分。
	3.开展以技术为核心的专科护理，有相应的专科护理技术规范；实施特色护理，制定有专科特色的优质护理服务项目，并落实到位。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无专科护理技术规范，扣 0.1 分。 2.无专科特色护理项目，扣 0.2 分。

	4.科室、主管部门与后勤保障、信息支持情况有沟通、协调，对优质护理落实情况有检查与监管。	0.2	文件查阅、现场检查。 1.科室、主管部门与后勤保障、信息支持情况无沟通、协调，扣 0.1 分。 2.对优质护理落实情况无检查与监管，扣 0.1 分。
2.6.104.2 实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。	1.实施责任制整体护理工作模式。普通病房日间每位责任护士平均负责患者数≤8 人，夜班和各科室高峰时段，当危重病人比例超过 20%，排双班。	0.5	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未实施责任制整体护理工作模式，扣 0.2 分。 2.日间每位护士平均负责患者数大于 8 人，扣 0.1 分。 3.夜班排班人数不符合要求，扣 0.2 分。
	2.根据患者病情和自理能力情况实施基础及专科护理。按照护理实践指南和技术规范要求，实施护理技术操作，规范护理服务行为，确保护理质量和患者安全。增强主动服务和人文关怀意识，加强与患者的沟通交流，尊重和保护患者隐私，关注患者的不适和诉求，并及时提供帮助。	0.4	文件查阅、现场检查。 1.未根据患者病情和自理能力情况实施基础及专科护理，扣 0.1 分。 2.未按照护理实践指南和技术规范要求，实施护理技术操作，规范护理服务行为，扣 0.2 分。 3.未主动服务，人文关怀不够，与患者的沟通交流欠缺，未尊重和保护患者隐私，不能及时提供帮助，扣 0.1 分。
	3.科室、主管部门定期对上述工作有督查、分析、反馈及效果追踪。	0.1	文件查阅、现场检查。 科室、主管部门无定期督查、分析、反馈及效果追踪，扣 0.1 分。
<p>（一百零五）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T 431-2013）的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。（2 分）</p> <p>【概述】按照《综合医院分级护理指导原则》及《护理分级》（WS/T 431-2013）要求，对患者进行分级护理。依据疾病护理常规和技术操作规范等，结合不同级别患者实际状况，实施分级护理。有医院危重患者护理常规及工作规范，并落实到位。</p>			
2.6.105.1 依据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T431-2013）落实分级护理措施的原则和要	1.根据医院护理分级制度，制定各专科护理分级制度；根据病人的护理级别，落实分级护理，护理措施到位。	0.8	文件查阅、现场检查。 1.无专科护理分级制度，扣 0.3 分。 2.未落实分级护理制度，扣 0.3 分。 3.护理措施不到位，扣 0.2 分。

<p>求，进行护理分级，按护理级别实施分级护理，护理措施符合患者实际需要并落实。</p>	<p>2.科室、主管部门对分级护理制度落实情况有督查、分析、整改及效果追踪。</p>	<p>0.2</p>	<p>文件查阅、现场检查。 科室、主管部门无定期进行督查、分析、反馈、整改及效果追踪，扣 0.2 分。</p>
<p>2.6.105.2 有危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范措施，并落实。</p>	<p>1.有危重患者护理常规及技术规范、工作流程、风险评估、应急预案及安全防范措施。</p>	<p>0.3</p>	<p>文件查阅。 无护理常规及技术规范、工作流程、风险评估、应急预案及安全防范措施，扣 0.3 分。</p>
	<p>2.有护士危重症相关知识与技能培训。护士具有危重患者护理的理论知识与操作技能，如：生命支持设备操作、患者病情及风险评估与处理、紧急处置能力等。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无护士危重症相关知识与技能培训，扣 0.3 分。 2.护士不具有危重患者护理的理论知识与操作技能，特别是风险预测能力，扣 0.2 分。</p>
	<p>3.科室、主管部门定期督查、分析、反馈、效果追踪。</p>	<p>0.2</p>	<p>文件查阅。 科室、主管部门无定期督查、分析、反馈、效果追踪，扣 0.2 分。</p>
<p>(一百零六) 护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。(2分) 【概述】护理文书是护士按照患者护理计划，在实施护理措施过程中形成的文字、符号、图表等资料，是护士观察病情、执行医嘱、实施护理措施的客观记录。医院应对护理文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理。护理会诊是对本科室难以解决的护理问题，需要其它科室或医院的护士协助提出意见或提供护理的活动。对疑难病例或疑难护理问题可通过建立护理查房、护理会诊、护理病例讨论等方式解决。</p>			
<p>2.6.106.1 根据《病历书写基本规范》和《医疗质量安全核心制度要点》中相关内容，制定护理记录书写规范及书写质量考核标准。</p>	<p>1.有护理文书书写规范及书写质量考核标准。</p>	<p>0.1</p>	<p>文件查阅、现场检查。 无护理文书书写规范，无书写质量考核标准，扣 0.1 分。</p>
	<p>2.执行《病历书写基本规范》、江苏省《病历书写规范》(第 2 版)。简化护理记录，使用结构化电子表格格式护理记录。护理记录及时，体现病人病情变化动态过程和措施效果。</p>	<p>0.3</p>	<p>查阅病历、查看病人。 1.未执行《病历书写基本规范》和江苏省《病历书写规范》(第 2 版)，未实施结构化护理记录，扣 0.1 分。 2.护理记录不及时，扣 0.1 分。 3.未体现病人病情变化动态过程和措施效果，扣 0.1 分。</p>

	3.科室、主管部门对护理文书书写质量有督查、分析、反馈、效果追踪。	0.1	文件查阅。 科室、主管部门未进行定期督查、分析、反馈及效果追踪，扣 0.1 分。
2.6.106.2 根据护理管理制度并参照《医疗质量安全核心制度要点》，建立三级护理查房制度。	1.建立护理三级业务查房制度，明确各级查房周期。护理部、大科、科室有明确的年度护理查房计划，实施并有记录，科室三级业务查房在护理病历中有体现。	0.4	文件查阅、员工访谈。 1.无护理查房制度、或科室业务查房未体现三级查房，扣 0.1 分。 2.无年度护理查房计划，扣 0.1 分。 3.未实施，扣 0.1 分。 4.科室三级业务查房无记录，扣 0.1 分。
	2.科室、主管部门对护理查房执行情况和质量有定期检查、总结分析与反馈整改。	0.1	文件查阅、员工访谈。 科室、主管部门无定期进行检查、分析、反馈，对存在问题无整改，扣 0.1 分。
2.6.106.3 参照《医疗质量安全核心制度要点》中相关内容，建立护理疑难病例讨论制度和会诊制度。	1.建立护理疑难病例讨论、会诊制度。有明确的护理会诊申请流程及会诊人员资质要求，有记录，疑难病例讨论及会诊由护理部组织、协调相关工作；主管部门定期督导、分析、反馈。	0.5	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无护理疑难病例讨论制度，扣 0.1 分。 2.无护理会诊制度，扣 0.1 分。 3.无明确的护理会诊申请流程及会诊人员资质要求、无记录，扣 0.1 分。 4.护理部未组织、协调护理疑难病例讨论及会诊工作，扣 0.1 分。 5.主管部门无定期进行督导、分析、反馈，扣 0.1 分。
	2.护理参与院内 MDT，体现多学科合作开展疑难病例讨论，发挥护理在诊疗过程中作用，为患者制定科学的护理方案，解决疑难护理问题的对策在护理病历中有记录。	0.5	文件查阅、病历检查、员工访谈。 1.未体现多学科合作，扣 0.2 分。 2.病历中无相关记录，扣 0.1 分。 3.疑难病例讨论未体现疑点、难点，扣 0.2 分。
<p>(一百零七) 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。(2分)</p> <p>【概述】规范临床护理技术操作，预防和处理并发症，是确保患者安全的基础。医院应制定临床护理技术并发症预防规范。制定紧急意外情况下的护理应急处理流程，护士知晓本岗位相关的护理技术并发症和紧急意外情况的预防和处理流程。</p>			

2.6.107.1 制定临床护理技术操作常见并发症的预防及处理规范。	1.有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范，并落实。有护理技术操作培训和考核计划，并落实到位；护理人员熟练掌握本岗位常见技术操作及并发症预防、处理流程。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.无临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范，未落实，扣 0.1 分。 2.无护理技术操作培训和考核计划，未落实，扣 0.1 分。 3.护理人员不能熟练掌握本岗位常见技术操作及并发症预防、处理流程，扣 0.2 分。
	2.科室、主管部门对护理人员技术操作定期检查、分析、反馈、效果追踪。	0.1	文件查阅、现场检查、员工访谈。 科室、主管部门未定期进行检查、分析、反馈、效果追踪，扣 0.1 分。
2.6.107.2 制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程，定期实施相关培训与演练。	1.有重点环节应急管理制度。制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无重点环节应急管理制度，扣 0.1 分。 2.无紧急意外情况应急预案、处理流程，扣 0.2 分。
	2.对相关应急预案有培训及演练，对紧急意外情况处置规范；科室、主管部门对护理应急预案及演练情况有检查、分析、反馈、效果追踪。	0.2	文件查阅、员工访谈。 1.对相关应急预案无培训及演练，对紧急意外情况处置不规范，扣 0.1 分。 2.科室、主管部门对护理应急预案及演练情况无检查、分析、反馈、效果追踪，扣 0.1 分。
2.6.107.3 有护理风险防范措施，预防跌倒、压力性损伤、管路滑脱、用药错误、转运意外等护理不良事件发生。	1.有压力性损伤风险评估、报告制度及护理规范，护士据此落实各项措施，动态评估并记录。对住院患者进行跌倒风险评估，根据病情、用药变化再评估，并记录。有防范患者跌倒的相关制度，体现多部门协作。有预防非计划拔管、用药错误、保障转运安全等护理风险评估防范制度，并落实。	0.6	文件查阅、病历检查、现场检查、员工访谈。 1.无风险评估、报告制度及护理规范，扣 0.1 分。 2.未落实各项措施，未动态评估，未记录，扣 0.1 分。 3.无跌倒风险评估，未动态评估，扣 0.1 分。 4.无防范患者跌倒的相关制度，未体现多部门协作，扣 0.1 分。 5.无预防非计划拔管、用药错误、保障转运安全等护理风险评估防范制度，扣 0.1 分。 6.未落实，扣 0.1 分。

	2.有发生护理不良事件报告、成因分析讨论相关制度、处置预案与流程，相关人员知晓并执行。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无制度、处置预案与流程，扣 0.1 分。 2.相关人员不知晓，或未执行护理不良事件报告和成因分析制度、处置预案与流程，扣 0.1 分。
	3.科室、主管部门对护理风险防范管理、不良事件报告情况及护理不良事件有定期督查、分析、反馈、效果追踪。	0.2	文件查阅。 科室、主管部门无定期进行检查、分析、反馈、效果追踪，扣 0.2 分。
<p>(一百零八) 按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医疗机构新生儿安全管理制度(试行)》，完善手术部(室)、消毒供应中心(室)和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。(4分)</p> <p>【概述】依据《医院手术部(室)管理规范(试行)》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医院新生儿安全管理制度(试行)》等规定，结合专业特点，完善护理质量管理体系、指标监测及分析反馈等，持续改进。</p>			
2.6.108.1 按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》，完善手术部(室)护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	1.有手术室各项工作制度、工作职责、护理常规、专业技术规范和操作常规等。有手术患者安全相关的制度、流程。如手术患者转运交接、安全核查、手术物品清点、安全用药、体位安全、电外科安全、标本管理等制度以及常见的工作流程并落实。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无手术室各项管理制度、工作职责、护理常规、专业技术规范和操作常规等，扣 0.2 分。 2.无手术患者转运交接、安全核查、手术物品清点、安全用药、体位安全、电外科安全、标本管理等安全制度，无相关核心制度与流程，或未落实以上制度，扣 0.2 分。
	2.有手术物品清点不清、手术患者或者手术部位错误、手术标本遗失等应急预案，有火灾、停电等应急预案，并有培训和演练。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 无手术物品清点不清、手术患者或者手术部位错误、手术标本遗失等应急预案，无培训和演练，扣 0.4 分。
	3.有手术患者深静脉血栓、压力性损伤的评估、护理措施及效果评价；有手术患者预防低体温的措施及效果评价。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 无手术患者深静脉血栓、压力性损伤的评估、护理措施及效果评价，无手术患者预防低体温的措施及效果评价，扣 0.4 分。

	<p>4.开展手术室护理专科化建设，有专科特色的手术室护理技术与内涵。</p>	0.4	<p>文件查阅、员工访谈。 未开展手术室护理专科化建设，无专科特色的手术室护理技术与内涵，扣 0.4 分。</p>
	<p>5.有手术室护理质量监测指标及要求，主管部门按规范持续监测指标完成情况，有分析反馈并有记录。科室、主管部门对手术室质量管理与监测情况有检查与监管，并督导改进情况。</p>	0.4	<p>文件查阅、员工访谈。 1.无手术室护理质量监测指标及要求，未按规范持续监测指标完成情况，无分析反馈，未记录，扣 0.2 分。 2.科室、主管部门未进行定期督导、分析、反馈，未检查科室整改落实情况，扣 0.2 分。</p>
<p>2.6.108.2 按照《医院消毒供应中心管理规范》，完善消毒供应中心（室）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。</p>	<p>1.消毒供应中心（室）通过验收且在有效期内。全院采取集中管理模式，采用信息系统管理，并纳入全院医疗质量管理体系，护理部、感染管理科等相关部门在各自职权范围内履行职责，定期进行检查与评价，确保医疗安全。</p>	0.2	<p>文件查阅、现场检查。 1.未通过验收或不在有效期内，扣 0.1 分。 2.全院未实现集中管理，扣 0.1 分。 3.职能部门履职不到位，扣 0.1 分。 4.无数字化信息系统管理，扣 0.1 分。</p>
	<p>2.根据医院规模、工作量及各岗位需求，合理配置具有执业资格的护士、消毒员和其他工作人员，落实岗位培训制度，人员经过岗位系统培训，消毒员持证上岗。</p>	0.2	<p>文件查阅。 1.人员未按岗位要求配置，扣 0.1 分。 2.消毒员未持证上岗或证书不全，扣 0.1 分。 3.未落实岗位培训制度，扣 0.1 分。</p>
	<p>3.有物品回收、清洗、检查、包装、灭菌和无菌物品储存、发放制度，有设备管理、器械管理、职业防护、科室联系、外来器械管理等制度并落实。有各级人员岗位职责、操作规程，有突发事件应急预案如停水电汽或灭菌器故障等应急预案，并有培训和演练。</p>	0.2	<p>文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无各项管理制度、工作职责、操作规程，扣 0.1 分。 2.外来医疗器械管理不规范，质量不符合要求，扣 0.1 分。 3.无停水电汽或灭菌器故障等应急预案，无培训和演练，扣 0.1 分。</p>
	<p>4.有专人负责质量监测工作，有监测记录并符合监测标准要求并可追溯。有消毒供应中心护理质量监测指标，科室、主管部门定期自查、督查、分析、整改落实。</p>	0.3	<p>文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.每年未对清洗消毒设备、灭菌设备进行检测校验，扣 0.1 分。 2.无清洗、消毒、灭菌的监测记录或不符合要求，</p>

			扣 0.1 分。 3.质量控制、改进措施各环节未实现可追溯，并至少保留 3 年，扣 0.1 分。 4.未建立护理质量监测指标，未体现质量持续改进，扣 0.1 分。
	5.消毒供应中心（室）开展对外服务，依据相关规范及标准管理在信息追溯、运送服务及应急处置等方面进行相关论证。有对外服务的管理制度、应急预案、协议等。科室、主管部门有定期自查或督查记录，对存在问题有分析、整改；及时向服务机构反馈质量验收、评价及使用过程存在的问题，并要求落实改进措施。	0.1	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无对外开展服务的制度、应急预案、协议等，扣 0.1 分。 2.未签订协议，无交接记录，未进行监管、督查反馈，扣 0.1 分。
2.6.108.3 按照《新生儿病区建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，完善新生儿病室护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	1.有新生儿病区各项管理制度、工作职责、护理常规、专业技术规范和操作常规及各类应急预案等，并及时更新；护理人员知晓上述相关要求，有培训并按要求落实。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 无新生儿病区各项管理制度、工作职责、护理常规、专业技术规范和操作常规及各类应急预案等，未及时更新，护理人员不知晓上述相关要求，或无培训、演练，未并按要求落实，每 1 项扣 0.4 分。
	2.落实新生儿双腕带身份识别制度；对传染病、疑似传染病的新生儿采取隔离措施，有专人负责新生儿室的医院感染防控工作，定期进行消毒灭菌效果及环境卫生学监测，有记录。建立新生儿专科护理质量考核标准。有新生儿护理质量监测指标及要求，按规范持续监测指标完成情况，有分析反馈并有记录。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未落实新生儿双腕带身份识别制度，扣 0.2 分。 2.传染病、疑似传染病的新生儿未采取隔离措施，标识不清晰，无专人负责新生儿室的医院感染防控工作，未定期进行消毒灭菌效果及环境卫生学监测，无记录，扣 0.1 分。 3.未建立新生儿专科护理质量考核标准，无新生儿护理质量监测指标及要求，扣 0.1 分。
	3.新生儿病室、主管部门有日常和定期监测督查、分析、整改、效果追踪。	0.2	文件查阅。 新生儿病室、主管部门无日常和定期监测督查、分析、整改，扣 0.2 分。

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百零九) 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。（2分）</p> <p>【概述】 《医疗机构药事管理规定》对医院药事管理、药学部门设置与人员配备、药事管理组织有明确的规定；国家卫生健康委等6部门《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》给出了加强医院药事管理，完善临床药学服务的主要任务，提出了合理用药的目标，医院应当按照法规的要求具体落实。</p>			
<p>2.7.109.1 建立与完善医院药事管理组织，有工作职责、制度和计划，并落实。</p>	<p>1.按照《医疗机构药事管理规定》等相关要求，设立药事管理与药物治疗学委员会及若干相关的药事管理工作组，人员组成规范，制度完善、职责明确。</p>	0.3	<p>文件查阅、员工访谈。</p> <p>1.未按要求设立药事管理与药物治疗学委员会及相关药事管理工作组，人员组成不符合要求，扣0.1分。</p> <p>2.工作制度及职责不全，扣0.1分。</p> <p>3.医务药学分工不明确、无协调机制，无有效组织实施药事管理与临床药学服务相关工作，扣0.1分。</p>
	<p>2.定期召开工作会议，有完整的相关资料。药事管理工作组对各自小组工作进行督导检查。</p>	0.2	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p> <p>1.每年会议少于4次或无会议纪要等相关资料，扣0.1分。</p> <p>2.下设各工作小组开展活动并记录，记录不完整，扣0.1分。</p>
	<p>3.有年度计划和工作总结，有数据及结果分析，体现药事管理工作的落实及持续改进。</p>	0.5	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p> <p>1.无药事管理工作年度计划、工作总结，扣0.1分。</p> <p>2.无相关药事管理工作组督查工作落实与持续改进，扣0.1分。</p> <p>3.无针对各级卫生行政部门检查中发现问题的整改措施并完善计划，扣0.1分。</p> <p>4.未运用质量管理工具开展药事质量管理工作，无数据及结果分析、未体现持续改进，扣0.2分。</p>

2.7.109.2 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求。	1.药学部门设置、面积、设施设备及药学专业技术人员满足工作需要，药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的 8%。	0.2	文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未独立设置药学部门、药品调剂服务外包本项全扣。 2.药学部门设置、面积、设施设备不符合药事管理规范、不能满足工作要求，扣 0.1 分。 3.药学专业技术职务任职资格的人员未达到 8%，扣 0.1 分。
	2.人才梯队合理，药学部门负责人应是学科带头人，具有高等学校药学专业或者临床药学专业本科及以上学历及本专业高级技术职务任职资格。	0.2	文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.本科及以上学历低于药学专业技术人员的 30%，副高级以上药学专业技术职务任职资格人员低于 13%，扣 0.1 分。 2.药学部门负责人非高等学校药学专业或者临床药学专业本科及以上学历、未取得药学专业高级技术职务任职资格，扣 0.1 分。
	3.各级药学专业技术人员职责明确，有人员培养、考核等相关规定，制订培训计划，各级药学人员熟悉并履行本岗位职责。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无培养计划、未按计划开展培训及考核，扣 0.1 分。 2.无岗位职责、相关人员知晓率低、不履责，扣 0.1 分。
2.7.109.3 完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。	1.根据国家药事管理法律法规，建立相应的药事管理及临床药学服务工作制度、职责、操作规程并及时修订；有药事法律法规、相关制度和合理用药知识的宣传、教育、培训，医务人员熟悉相关内容。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.医院、药学部无药事管理及药学服务相关制度、职责、流程，未及时修订，扣 0.1 分。 2.无相关培训、宣教，相关人员知晓率低，扣 0.1 分。
	3.有保证制度、流程落实的相关措施，有药事管理和药学服务质量控制、改进措施及干预办法。	0.2	文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.无保证制度、流程落实的相关措施，无临床药学服务的评价方法，扣 0.1 分。 2.无药事管理和药学服务质量控制，无持续改进，扣 0.1 分。
<p>(一百一十) 加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。(3分)</p> <p>【概述】 对药品遴选和药品在医院内部的采购、储存、转运全过程进行管理，确保药品的质量与供应。对药品的调配过程进行管理，防止调配差错，保障患者用药安全。静脉药物调配中心工作符合有关规定。</p>			

2.7.110.1 加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂、召回工作，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。	1.药品遴选、采购制度健全，管理规范，开展药品临床综合评价，科学遴选药品，定期评估药品采购、储备情况，有分析报告及改进措施。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.无药品遴选、采购供应管理制度与流程、无临时采购药品管理制度，扣 0.1 分。 2.未定期使用药品遴选与临床应用评价指标体系开展药品目录遴选及应用评价，扣 0.1 分。 3.无药品处方集及基本药品供应目录，目录不符合“一品两规”（国谈、集采等特殊情况除外），有违规采购药品，扣 0.1 分。 4.未做到 85%以上药品库存周转率少于 10~15 日，扣 0.1 分。 5.无药品采购、储备分析、评估，未体现持续改进，扣 0.1 分。
	2.药品验收、储存管理制度健全，功能区域设置符合规定，药品按规定分类定位存放。高警示药品、相似药品管理；药品效期管理；病区备药、急救药品管理规范。	0.7	文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.管理制度不完善，扣 0.1 分。 2.药品库未按规定设置相应功能区域，药品储存设施设备不符合规定，未定期检查维护，未按规定分类定位存放，1 项不符合扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。 3.无高警示药品、相似药品管理制度，无高警示药品目录、目录未及时修订、无统一警示标识，扣 0.1 分。 4.无药品有效期管理制度及处理流程，无追踪、控制措施，无统一警示标识，无拆零药品效期管理制度、操作流程并严格落实，无退药管理制度并严格落实，不符合 1 项扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。 5.无病区备药管理使用制度，全院各科室急救药品备药未按要求统一管理，备药无督查，未体现持续改进，扣 0.1 分。
	3.药品调剂制度和操作规程健全，差错报告制度完善，调剂流程规范、合理，对特殊患者进行用药指导。医务、药学、门诊部等职能部门对调剂工作有督导检查、追踪评价，持续改进有成效。	0.6	1. 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.病区药房口服制剂未实行单剂量发药，急诊未实现 24 小时药学服务，扣 0.1 分。

			<p>2.无药品调剂制度和操作规程，未及时修订扣 0.1 分。</p> <p>3.调剂过程无第二人核对，未做到“四查十对”，发出的药品无用法用量和特殊注意事项，对患者无用药指导，1 项不符扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。</p> <p>4.无差错报告制度、差错登记分析，扣 0.1 分。</p> <p>5.职能部门对调剂工作无督导检查、追踪评价，未能体现调剂工作持续改进，扣 0.1 分。</p>
	4.药品召回管理制度与处置流程健全，有应急预案。	0.3	<p>文件查阅、员工访谈、员工操作、现场检查。</p> <p>1.无召回管理制度及处置流程，未及时修订制度，扣 0.1 分。</p> <p>2.无患者服用假、劣药品或调剂错误药品导致人身损害处置应急预案与流程，无预案演练，扣 0.1 分。</p> <p>3.无召回记录，召回后缺少原因分析、整改措施，扣 0.1 分。</p>
	5.建立健全全流程药品质量监测系统，有药品质量管理相关制度和药品质量报告途径与流程，加强环节管理，保障用药安全。	0.4	<p>文件查阅、员工访谈、现场检查。</p> <p>1.无药品质量监测系统、无药品质量管理相关制度、无药品质量问题报告途径与流程，扣 0.1 分。</p> <p>2.未定期对库存药品进行养护和质量检查，无分析、总结，扣 0.1 分。</p> <p>3.未定期盘点，盘点误差率不符合要求，扣 0.1 分。</p> <p>4.药品管理资料缺失、无法追溯体现持续改进，扣 0.1 分。</p>
2.7.110.2 静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。	1.静脉用药调配中心有卫生行政部门颁发的许可证或批复件，管理制度健全，职责、流程规范，有工作人员岗位培训制度和培训计划，并执行。	0.3	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、现场检查。</p> <p>1.无静脉用药调配中心或未取得许可证，扣 0.1 分。</p> <p>2.缺管理制度、职责、流程，无培训计划或未按计划执行相关培训，扣 0.1 分。</p> <p>3.肠外营养液和静脉用危害药物未由药学部集中调配，其他静脉用药在病房（区）分散调配的未参照相关规范执行，扣 0.1 分。</p>

	2.有输液质量问题和输液不良反应报告相关规定，有不合理用药干预、分析报告、改进措施。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无用药干预、分析、总结，无输液质量、输液不良反应报告，无处置措施与持续改进，扣 0.1 分。 2.无输液使用合理性分析报告，未体现合理用药持续改进，扣 0.1 分。
<p>(一百一十一) 实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。(2分)</p> <p>【概述】 临床药师是指具有系统的药学、药物治疗学以及相关医学专业知识与技能，了解疾病与药物治疗原则，与医疗团队成员合作，参与临床药物治疗工作，为患者提供药学专业技术服务的卫生技术人员。加强临床药师队伍建设，提高临床药学服务能力和水平，对促进临床合理用药，保障患者用药安全具有重要意义。</p>			
2.7.111.1 实施临床药师制，按相关规定配备药师，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。	1.医院成立临床药师制工作领导小组，按要求配备临床药师，全职从事临床药物治疗工作。	0.6	文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.医院未成立临床药师制工作领导小组，扣 0.1 分。 2.医院配备临床药师(获得培训证书)按以下标准评分(扣分不超过 0.5 分)： 每 100 张病床与临床药师配比少于 0.8，扣 0.6 分； 每 100 张病床与临床药师配比少于 1.0，扣 0.4 分； 每 100 张病床与临床药师配比少于 1.2，扣 0.2 分； 临床药师工作未满足覆盖 5 类药物，扣 0.1 分； 临床药师工作未覆盖 5 个以上临床专业科室，扣 0.1 分。
	2.临床药师应积极参与临床药物治疗，按规定开展相关工作、体现相应作用，促进合理用药，拓展药学服务范围，各项工作记录完整。	0.7	文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、现场检查。 1.临床药师未按规定参与药学查房、患者教育、药物重整等服务，工作记录不完整，每人每月对重点患者实施药学监护少于 10 份、建立药历少于 2 份，扣 0.1 分； 2.每月不少于 4 份疑难重症会诊、病例讨论并提出用药意见，未达标扣 0.1 分； 3.未参与用药医嘱/处方审核与点评，每人每月合理用药干预记录少于 6 份，扣 0.1 分； 4.每月开展治疗药物监测报告解读、提出个体化药物治疗建议少于 10 份，扣 0.1 分； 5.未提供药品相关信息及咨询服务，每年合理用药培训

			少于 6 次扣 0.1 分； 6.未开展药学门诊、用药教育，每人每月合理用药指导少于 10 份，扣 0.1 分； 7.未参与临床多学科团队，扣 0.1 分。
	3.积极参与临床路径与 DRG 等相关工作，不断拓展药学服务范围。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、现场检查。 1.未参与医院临床路径工作，扣 0.1 分。 2.未参与 DRG 等相关工作，扣 0.1 分。
2.7.111.2 加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。	1.医院有临床药师培养计划，并纳入医院医疗技术人员培养计划，药学部有临床药师继续教育培训计划并落实。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.每百张床位临床药师配比未达标的医院，每年应派出药师参与临床药师培训，2~3 年未达到配备要求，扣 0.1 分；每百张床位临床药师配比已达标的医院，根据学科发展及工作需求，每 2 年应派出不少于 1 名药师参与临床药师培训，少于规定人数，扣 0.1 分。 2.药学部无临床药师继续教育培训计划并落实，扣 0.1 分。
	2.临床药学工作开展有计划、督查、总结，存在问题有反馈及改进措施，医院合理用药指标持续改进。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查，现场检查。 1.临床药学工作开展无计划、督查、总结，存在问题无反馈及改进措施，扣 0.1 分。 2.医院合理用药指标无持续改进，扣 0.2 分。
（一百一十二）按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。（2.5 分） 【概述】 国家对抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物及基本药物的管理均制定了相关管理制度，医院应当认真贯彻落实。重点监控药物、中药注射剂等药品不合理用药的情况，应当加强管理。			
2.7.112.1 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强抗菌药物临床应用规范化管理。	1.有健全的抗菌药物管理组织架构，抗菌药物管理制度，抗菌药物临床应用和管理实施细则，签署责任状，医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.抗菌药物组织架构、管理制度不健全，扣 0.1 分。 2.无抗菌药物临床应用管理、监测与评价，扣 0.1 分。 3.未签署责任状、责任状指标不合理，扣 0.1 分。 4.未将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标，扣 0.1 分。

	<p>2.建立抗菌药物临床应用管理专业技术团队，职责明确，定期开展相关活动；对医务人员进行抗菌药物合理应用培训、考核，授予相应的处方权。</p>	0.2	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p> <p>1.未建立团队，人员结构不合理、职责不明确，未开展临床合理用药技术指导、咨询等活动，扣 0.1 分。</p> <p>2.未定期对医务人员进行抗菌药物合理应用培训、考核、授权，相关人员不知晓，执行不到位，扣 0.1 分。</p>
	<p>3.抗菌药物管理工作小组对抗菌药物管理定期联合督查，对存在问题有反馈，体现持续改进。</p>	0.2	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查，数据核查、病历检查。</p> <p>1.职能部门对抗菌药物购用、分级、使用管理无定期联合督查，对管理中存在问题未实施监控和干预，未体现持续改进，扣 0.1 分。</p> <p>2.抽查处方不少于 20 份、医嘱不少于 5 份，合理率低于 90%，扣 0.1 分。</p>
<p>2.7.112.2 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品临床应用规范化管理。</p>	<p>1.“特殊管理药品”按照法律法规、行政规章制定相应的管理制度，组织架构健全，制度完善，有应急预案，有培训、考核，授予相应处方权。</p>	0.2	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p> <p>1.麻醉药品、精神药品、医用毒性药品、放射性药品、药品类易制毒化学品等“特殊管理药品”相关制度不完善，流程不规范，制度未及时修订，无应急预案、未演练，扣 0.1 分。</p> <p>2.无定期培训、考核、授权，相关人员不知晓，执行不到位，扣 0.1 分。</p>
	<p>2.“特殊管理药品”有安全设施，存放区域、标识和贮存方法符合相关规定，管理各环节措施得当，开具的药品可溯源到患者。</p>	0.2	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p> <p>1.“特殊管理药品”储存安全设施，存放区域、标识和贮存方法不符合相关规定，扣 0.1 分。</p> <p>2.“麻醉、精一”药品未实行“三级”、“五专”及全程批号管理，“精二”药品未执行四专管理，原始记录不完整，无法溯源到患者，扣 0.1 分。</p>
	<p>3.职能部门对管理工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施，持续改进有成效。</p>	0.2	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查，病历检查。</p> <p>1.职能部门未督查，无改进措施，未体现持续改进成效，扣 0.1 分。</p> <p>2.抽查处方不少于 20 份、医嘱不少于 5 份，合理率低于 90%，扣 0.1 分。</p>

2.7.112.3 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强抗肿瘤药物、激素类药物临床应用规范化管理。	1.抗肿瘤药物管理组织架构完善，制度健全。	0.2	文件查阅、现场检查。 1.医院抗肿瘤药物管理组织架构不完善，扣 0.1 分。 2.医院无抗肿瘤药物临床使用管理办法、分级管理制度，无分级管理目录、目录未及时修订、未备案，扣 0.1 分。
	2.建立抗肿瘤药物、激素临床应用管理知识培训、考核，并授予抗肿瘤药物处方权；有抗肿瘤药物临床应用管理、监测与评价制度，有合理应用考核指标。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无抗肿瘤药物、激素临床应用知识培训、考核，无抗肿瘤药物使用授权，人员知晓率低，执行不到位，扣 0.1 分。 2.无抗肿瘤药物临床应用管理、监测与评价制度，未将临床科室抗肿瘤药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标，扣 0.1 分。
	3.职能部门对抗肿瘤药物、激素类药物管理工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查。 1.职能部门未进行督查，无改进措施，扣 0.1 分。 2.抽查抗肿瘤药处方、激素处方不少于 20 份、医嘱不少于 5 份，合理率低于 90%，扣 0.1 分。
2.7.112.4 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。	1.建立重点监控药品管理制度，药品使用符合医院功能任务需求；有优先使用国家基本药物的管理措施，基药使用符合国家相关规定；建立中药注射剂临床应用管理规范，有临床应用知识培训。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无重点监控药品管理制度、无重点监控药品目录、未及时进行动态调整，重点监控药品使用与医院或科室功能任务需求不符，扣 0.1 分。 2.医院无优先使用国家基本药物的相关规定、无监督考评机制，基药品种及金额使用占比不符合相关规定，扣 0.1 分。 3.未建立中药注射剂临床应用管理规范、无培训、人员知晓率差、执行不到位，扣 0.1 分。
	2.职能部门对重点监控药物、基本药物、中药注射剂管理工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	0.2	文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查。 1.职能部门无督查，无改进措施，扣 0.1 分。 2.抽查处方不少于 20 份、医嘱不少于 5 份，合理率低于 90%，扣 0.1 分。

（一百一十三）依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。（1.5分）

【概述】 处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。处方点评是根据相关法规、技术规范，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应症、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。医院应依照《医疗机构处方审核规范》、《医院处方点评管理规范（试行）》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进，促进临床合理用药，保障患者用药安全。

2.7.113.1 依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核、处方点评，并持续改进。	1.制定医院处方审核、处方点评制度，组织健全，职责明确，有处方点评实施细则和执行记录，临床用药合理；有适宜的合理用药监控软件系统，能为处方审核提供技术支持，并定期更新。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.医院未制定处方审核、点评制度及实施细则，点评专家小组、工作小组组织不健全，职责不明确，扣0.1分。 2.点评记录、报告不完善，未能运用信息化手段进行处方点评和数据分析，扣0.1分。 3.医院无合理用药监控软件系统、不能及时更新，扣0.2分。
	2.在计价收费前对处方/用药医嘱的合法性、规范性、适宜性进行审核。	0.3	文件查阅、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.医院未能在计价收费前对处方/用药医嘱进行审核，扣0.2分。 2.参与审方的药师，未取得相应资质，扣0.1分。
	3.按相关要求对处方医嘱进行点评，促进临床合理用药。	0.4	文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.未能每年开展4项以上专项药物临床应用评价，每年每项评价少于4次，扣0.2分。 2.每月至少抽查100张门急诊处方和30份出院病历进行点评，有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，少1项扣0.1分，最多扣0.2分。
	4.定期发布处方评价指标与评价结果，点评结果纳入医院质量考核指标，处方合格率≥99%。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查，病历检查。 1.医院未定期发布处方评价指标与评价结果、未定期进行点评结果通报和超常预警，扣0.1分。 2.处方医嘱点评未纳入医院质量考核目标，扣0.1分。 3.未根据点评结果，落实整改措施，体现合理用药持续改进成效，扣0.1分。 4.处方合格率小于99%，扣0.1分。

(一百一十四) 建立药物监测和警戒制度, 观察用药过程, 监测用药效果, 按规定报告药物不良反应并反馈临床, 不良反应情况应记入病历。

【概述】 医院应当开展药物监测和警戒工作, 包括药品不良反应及其他有害反应的监测、用药错误监测。发生药品严重不良事件、用药错误后, 应当积极救治患者, 做好用药过程的观察与记录, 并进行药品追溯和质量评估, 查清原因, 必要时暂停使用所涉药物, 并按有关规定及时报告。

<p>2.7.114.1 建立药物监测和警戒制度, 实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。观察用药过程, 监测用药效果, 按规定报告药物不良反应并反馈临床。</p>	<p>1.建立健全药品临床使用监测与评价制度, 有药品不良反应与药害事件监测报告与警戒制度, 对用药过程进行监测; 严重不良事件处置有应急预案, 有培训, 有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施。</p>	<p>0.4</p>	<p>文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.无相关制度, 未针对重点新进药品开展监测与评价, 扣 0.1 分。 2.医院未建立药品不良反应与药害事件监测报告与警戒制度, 对严重药品不良反应或药害事件未积极进行临床救治, 做好医疗记录, 保存好相关药品, 未进行及时的调查、分析, 未及时反馈临床, 扣 0.1 分。 3.新发现的、严重的药品不良反应未及时上报, 上报比例不满足要求, 扣 0.1 分。 4.对严重不良事件没有处置应急预案, 人员分工不明确, 无相关培训, 相关人员不熟悉预案流程及岗位职责, 未进行预案演练, 缺少鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施, 扣 0.1 分。</p>
	<p>2.医院建立药品不良事件报告信息平台, 与医疗安全(不良)事件统一管理, 药品不良反应按要求上报国家药品不良反应监测中心。</p>	<p>0.2</p>	<p>文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.医院未建立药品不良事件报告信息平台, 医疗安全(不良)事件无统一管理部门, 扣 0.1 分。 2.药品不良反应未按要求上报国家药品不良反应监测中心或上报数量不符合相关要求, 扣 0.1 分。</p>
<p>2.7.114.2 不良反应情况应记入病历。</p>	<p>患者发生的药品不良反应情况如实记录, 并有处理结果。</p>	<p>0.1</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查。 患者发生的药品不良反应及处理结果未如实记录, 扣 0.1 分。</p>
<p>2.7.114.3 发现药品质量问题时, 药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估, 查清原因, 必要时可立即暂停使用相关药品。</p>	<p>1.有用药安全与风险防范监测管理规定和相关措施、用药安全与风险防范处置流程及应对措施, 能实施全程监控。</p>	<p>0.2</p>	<p>文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.无用药安全与风险防范监测管理规定和相关措施, 扣 0.1 分。 2.对于用药安全与风险防范问题, 药学部门未及时进行药品追溯和评估, 未及时反馈临床, 处置记录不完整,</p>

			扣 0.1 分。
	2.定期召开用药安全与风险防范管理会议，总结分析，实现持续改进。	0.1	文件查阅、员工访谈、现场检查。 未定期召开用药安全与风险防范管理会议，无分析总结报告，未体现持续改进，扣 0.1 分。

八、检查检验质量保障与持续改进

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百一十五) 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。(2 分)</p> <p>【概述】 根据医院发展规划和临床需求建设临床检验、病理和医学影像部门，其空间布局、服务流程、人员配置、设备设施、诊疗项目分别符合国家和行业规范标准，并根据临床需求持续完善。临床检验和医学影像应提供 24 小时急诊诊断服务。</p>			
2.8.115.1 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局符合相应规范标准，服务满足临床需要。	1.部门设置、布局符合相应规范标准：临床检验部门按照《医疗机构临床实验室管理办法》规定，实验室布局合理，专业设置完整；病理部门科室设置、布局符合《病理学科建设与管理指南（试行）》的要求；医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门设置、布局符合《放射诊疗管理规定》的要求。	0.6	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1.临床检验部门布局不合理，扣 0.1 分；专业设置完整（至少包括但不除外临床血液学、临床体液学、临床化学、临床免疫学、临床微生物学、细胞与分子遗传学），缺 1 项，扣 0.1 分。 2.病理部门科室设置符合要求（至少包括但不除外接诊工作室、标本检查室、常规技术室、病理诊断室、细胞学制片室和病理档案室、标本存放室、快速冰冻切片病理检查与诊断室、免疫组织化学室和分子病理检测室等），缺 1 项扣 0.1 分。 3.医学影像部门设置不符合要求，扣 0.1 分；布局不符合要求，扣 0.1 分。

	<p>2.服务满足临床需要</p> <p>(1) 检验部门</p> <p>①常规开展至少 400 项临床检验收费项目，不得开展法定已淘汰的项目和方法。</p> <p>②全院检验外送项目应统一委托有资质的其他医疗机构检测，并应签署委托服务协议，并有质量保证条款，由检验科集中送检。</p> <p>③至少每半年一次向临床征求对项目设置合理性意见，持续改进，确保检验项目满足临床需求。</p> <p>(2) 病理部门</p> <p>①服务项目满足临床工作需求，至少开展石蜡切片、术中快速冰冻切片、特殊染色、免疫组织化学染色、荧光原位杂交（FISH）、分子病理和细胞学诊断。</p> <p>②全院病理相关外送项目应统一委托有资质的其他医疗机构检测，并应签署委托服务协议，有质量保证条款，由病理科集中送检。</p> <p>(3) 医学影像部门</p> <p>①有明确的服务项目、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告，能遵循执行。</p> <p>②科室人员熟悉紧急意外抢救流程，相关人员经过培训。指定专人负责应急管理，有演练，急救药品器材具有可及性和质量保证。</p>	0.4	<p>文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。</p> <p>1.检验部门（最多扣 0.2 分）</p> <p>(1) 开展项目每少 1%，扣 0.1 分。</p> <p>(2) 无协议，扣 0.1 分；未集中送检，扣 0.1 分。</p> <p>(3) 未按计划时间，扣 0.1 分；无整改意见，扣 0.1 分。</p> <p>2.病理部门（最多扣 0.1 分）</p> <p>(1) 每少 1 项，扣 0.1 分。</p> <p>(2) 无协议，扣 0.1 分；未集中送检，扣 0.1 分。</p> <p>3.医学影像部门（最多扣 0.1 分）</p> <p>(1) 未公示，扣 0.1 分；时限完成率不足 98%，扣 0.1 分。</p> <p>(2) 培训覆盖率<95%，扣 0.1 分；器具不全，扣 0.1；无演练，扣 0.1 分。</p>
2.8.115.2 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设备设施符合相应规范标准，服务满足临床需要。	<p>1.临床检验部门、病理部门、医学影像部门设备设施满足《国家三级综合医院医疗服务能力指南（2016 版）》项目开展要求。</p> <p>2.临床检验部门、病理部门、医学影像部门有完善的电子信息系统，实现院内信息互联互通。</p>	0.4	<p>文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。</p> <p>每缺 1 个必备设备设施，扣 0.1 分。</p> <p>文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。</p> <p>1.缺 1 个信息系统，扣 0.1 分。</p> <p>2.有 1 个科室未实现互联互通，扣 0.1 分。</p>

2.8.115.3 临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。	1.明确急诊检验报告时间，临检项目≤30 分钟出报告，生化、免疫项目≤2 小时出报告。	0.1	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1 份报告单不符合要求，扣 0.1 分。
	2.X 线摄影、超声检查、CT 提供 24 小时×7 天的急诊（包括床边急诊）检查服务。	0.1	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1 份报告单不符合要求，扣 0.1 分。
<p>（一百一十六）从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。（2 分）</p> <p>【概述】建立临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的岗位职责，所涉及岗位人员应该具备必要的专业知识，技术人员应具有相应的执业证书，取得任职资格，工作有授权，定期接受培训。</p>			
2.8.116.1 从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员应该具备必要的专业知识和能力，具有相应专业技术职务任职资格。	1.医疗机构临床检验专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职称任职资格。	0.4	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1 人资质不符合要求，扣 0.1 分。
	2.出具病理诊断报告的医师应当具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职称任职资格。	0.4	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1 人资质不符合要求，扣 0.1 分。
	3.出具影像诊断报告的医师应当具有临床执业医师资格并具备初级以上影像学专业技术职称任职资格。	0.4	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1 人资质不符合要求，扣 0.1 分。
2.8.116.2 分子生物学、特殊岗位（HIV 初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员等国家有特殊规定的，应具备符合国家规定的资质方可独立工作。	1.临床检验、病理等部门的分子生物学实验室技术人员具有省临床检验中心颁发的临床基因检测岗位培训合格证。	0.4	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1 人资质不符合要求，扣 0.1 分。
	2.HIV 初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等检验人员具有相关部门颁发的岗位培训合格证。	0.4	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1 人资质不符合要求，扣 0.1 分。

<p>(一百一十七) 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。(2分)</p> <p>【概述】 医疗机构应当建立临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，重点关注生物安全、放射防护。相关制度定期修订，建立培训机制，有可追溯的工作记录。</p>			
2.8.117.1 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序，遵照实施并准确记录。	1.临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所符合生物安全的要求，污染区、缓冲区和清洁区划分明确。	0.5	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1个场所不符合要求，扣0.1分。
	2.有水电气、消防、危化品、信息等安全管理制度，有实施和核查记录。	0.5	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1.每缺1个制度，扣0.1分； 2.每缺1个核查记录，扣0.1分。
2.8.117.2 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。	1.有符合相关法律法规和规范的临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所的标准操作流程和技术操作规范。	0.5	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 按项目统计，每缺1个标准操作流程或技术操作规范，扣0.1分。
	2.开展有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权，相关人员知晓本岗位的履职要求。	0.5	文件查阅，员工访谈（每科室3人），数据核查，现场检查。 1.培训计划及实施记录每缺1个，扣0.1分。 2.未授权的人员，1人扣0.1分。 3.未知晓人员，1人扣0.1分。
<p>(一百一十八) 临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。(2分)</p> <p>【概述】 临床检验、病理和医学影像报告质量是医疗质量的重要组成部分，相关科室应建立质控制度确保报告质量及时、准确和规范。建立和临床的沟通机制，解决临床服务需求和临床诊疗困难，根据临床需求开展相应服务，提供便捷、及时的报告信息检索查询服务。</p>			
2.8.118.1 临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。	1.有检验报告双签字管理制度（急诊和特殊项目除外），制定复检制度并保留相关的复检记录，检验报告格式及内容和报告时限有明确要求，有报告审核制度及记录，有危急值报告制度及记录。	0.4	文件查阅，员工访谈，数据核查。 现场检查各专业各5份报告单。 1.每发现1份无双签报告单，扣0.1分；无复检记录，扣0.1分。扣完0.2分为止。 2.无危急值报告制度，扣0.1分。无病区及实验室危急值记录，扣0.1分。 3.未做到临检常规项目≤30分钟出报告；生化、免疫常

			规项目≤1 个工作日出报告；微生物常规项目≤4 个工作日，扣 0.1 分。
	2.对病理诊断报告内容与格式和报告时限有明确规定；病理诊断报告应在 5 个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外；有科内疑难病例会诊制度（2 名以上高级职称人员参与），并有相应的记录和签字；补充或更改的病理报告应遵循病理报告补充或更改的制度与审核批准流程，并需在病理档案中有完整记录。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。 现场检查各类型各 5 份报告单。 1.无内容与格式和报告时限规定，扣 0.1 分。 2.会诊记录不符合要求，每份扣 0.1 分，扣满 0.2 分为止。 3.制度执行规范性记录，每缺 1 份扣 0.1 分，扣满 0.2 分为止。
	3.有影像诊断报告书写规范、审核制度与流程；影像报告由具备资质的医学影像诊断专业医师出具，有审核医师签名；有影像报告时限要求，每份报告书有精确的报告时间，普通报告精确到“时”，急诊报告精确到“分”。	0.4	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查各类型各 5 份报告单。 1.无制度，扣 0.1 分。 2.流程控制记录，每缺 1 份扣 0.1 分，扣满 0.2 分为止。 3.报告时限未按要求书写，每 1 份扣 0.1 分，扣满 0.2 分为止。
2.8.118.2 建立和临床的沟通机制，根据临床需求开展相应服务，由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。	1.检验科、病理科、医学影像科与临床科室建立有效的沟通机制，通过多种形式和途径（如电话或网络等），及时接受临床咨询与解答临床对结果的疑问。参加临床疑难病例讨论。	0.2	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1.未建立有效的沟通机制，扣 0.1 分。 2.未参加临床疑难病例讨论，扣 0.1 分。
	2.病理科有重点病例随访与误诊分析制度。定期（每季度）举办临床病理联合病例讨论会。	0.1	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 未建立重点病例随访与误诊分析制度或未定期（每季度）举办临床病理联合病例讨论会，扣 0.1 分。
	3.影像科有疑难病例随访与反馈制度。定期召开疑难病例讨论与读片会。疑难病例讨论与读片会由科主任或副主任医师以上人员主持。重点病例的随访与反馈、疑难病例分析读片会有完整资料。	0.1	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 未建立疑难病例随访与反馈制度或未疑难病例讨论与读片会不符合要求，扣 0.1 分。

2.8.118.3 提供便捷、及时的检验、检查信息服务。	1.提供自助取报告单系统（检验、影像、病理）。	0.2	现场检查。 每缺 1 个科室，扣 0.1 分。
	2.可通过网络、手机 App 等形式提供检查检验信息服务。	0.2	文件查阅，现场检查。 1.每缺 1 个科室，扣 0.1 分。 2.每缺 1 种形式，扣 0.1 分。
<p>（一百一十九）落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测。（2分）</p> <p>【概述】临床检验、病理和医学影像部门建立全面质量管理和持续改进机制，开展室内质量控制和室间质量评价，记录可追溯，非临床检验部门人员开展室内质控，应得到培训和授权，确保质控到位。</p>			
2.8.119.1 落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。	<p>1.临床检验部门</p> <p>（1）制定《检验项目医生手册》和《标本采集运输手册》。对标本能全程跟踪，采集、接收、报告等时间点明确真实，检验结果回报时间（TAT）明确可查。（2）所有专业的检测项目均常规开展用外对照质控物进行的室内质控工作，室内质控项目数占开展的总项目的 85%以上，定量项目常规条件变异（RCV）符合省推荐要求；须参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。参加江苏省临床检验中心组织的各专业全项目的室间质评活动，参评率 100%，合格率大于 90%。</p>	0.4	<p>文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。</p> <p>1.手册缺 1 项，扣 0.1 分；记录缺 1 个时间节点，扣 0.1 分；TAT 统计数据每缺 1 个专业，扣 0.1 分。（0.2 分）</p> <p>2.室内质控开展率<1%，扣 0.1 分；RCV 符合率不达标 1 项，扣 0.1 分；室间质评参评率每少 1%，扣 0.1 分；合格率不达标 1 项，扣 0.1 分。（0.2 分）</p>
	<p>2.病理部门</p> <p>（1）有病理申请书书写的相关规定要求；有标本采集、送达、固定时间记录（时间精确到分钟）及标本交接的相关规定与程序；有标本交接登记资料，记录完整。（2）标本检查和取材应按照有关的操作规范进行，取材结束后必须核对组织块。（3）科室每月对诊断报告质量检查，对存在的问题有改进措施。（4）病理诊断及技术每年全项参加省级室间质控，成绩合格。</p>	0.5	<p>文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。</p> <p>1.无申请手册，扣 0.1 分；记录缺 1 个时间节点，扣 0.1 分。（0.2 分）</p> <p>2.每缺 1 个月的检查记录，扣 0.1 分。（0.1 分）</p> <p>3.每缺 1 项，扣 0.1 分；1 项成绩不合格，扣 0.1 分。（0.2 分）</p>

	3.医学影像部门 (1) 科室每月对诊断报告质量检查, 对存在的问题有改进措施。(2) 有图像质量评价小组, 采取多种形式, 开展图像质量评价活动。	0.5	文件查阅, 员工访谈, 数据核查, 现场检查。 1.每缺 1 个月的检查记录, 扣 0.1 分。(0.2 分) 2.无质评小组, 扣 0.2 分; 活动无针对性内容, 扣 0.1 分; 无记录, 扣 0.1 分。(0.3 分)
2.8.119.2 相关检查检验设备 (含床旁检查检验设备) 按照要求定期检测并有记录。	1.检验部门的仪器、校准品、质控品、试剂、耗材三证齐全, 性能参数经验证符合国家有关部门标准和准入范围。检验仪器设备年度校准率达 95%。床旁快速检验 (POCT) 项目 (如快速血糖、血气、心肌标志物等) 全院设备比对率达 85%。	0.2	文件查阅, 员工访谈, 数据核查, 现场检查。 1.1 个项目缺三证, 扣 0.1 分。(0.1 分) 2.1 个项目未做性能验证, 扣 0.1 分。(0.1 分) 3.1 台仪器未做校准, 扣 0.1 分。(0.1 分) 4.POCT 比对每少 1 项, 扣 0.1 分; 比对率每降 5%, 扣 0.1 分。(0.1 分)
	2.病理部门应有仪器、试剂的质控管理制度和完善的记录。检测仪器的年度校准率达 95%。	0.2	文件查阅, 员工访谈, 数据核查, 现场检查。 1.每缺 1 项制度、检查记录, 扣 0.1 分。 2.1 台仪器未做校准, 扣 0.1 分。
	3.影像部门应有仪器设备的维护保养、质控管理制度和完善的记录。仪器的年度计量检测达 100%。	0.2	文件查阅, 员工访谈, 数据核查, 现场检查。 1.每缺 1 项制度、检查记录, 扣 0.1 分。 2.1 台仪器未做计量检测, 扣 0.1 分。
(一百二十) 按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度, 遵照实施并准确记录。(1.5 分) 【概述】按照国家法律法规和行业规范, 保障临床检验、病理和医学影像部门的环境安全、生物安全和消防安全; 按照国家法律法规和行业规范做好员工的职业安全和患者安全。			
2.8.120.1 按照国家法律法规和行业规范, 建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程, 保障环境安全、生物安全和消防安全。	按照国家法律法规和行业规范, 建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程, 保障环境安全、生物安全和消防安全。	0.5	文件查阅, 员工访谈, 数据核查, 现场检查。 每缺 1 项制度、检查记录, 扣 0.1 分。
2.8.120.2 定期对医学影像 (放射) 机房及环境进行放射防护检测, 保证辐射水平符合国家规定或者标准。	定期对医学影像 (放射) 机房及环境进行放射防护检测, 保证辐射水平符合国家规定或者标准。	0.3	文件查阅, 员工访谈, 数据核查, 现场检查。 1 项不符合国家规定或者标准, 扣 0.1 分。

2.8.120.3 按照国家法律法规和行业标准建立员工的职业安全保障制度，并落实。	按照国家法律法规和行业标准建立员工的职业安全保障制度，并落实。	0.2	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 每缺 1 项制度、检查记录，扣 0.1 分。
2.8.120.4 病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。	病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。	0.2	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 每缺 1 项制度、检查记录，扣 0.1 分。
2.8.120.5 从事病原微生物实验活动应在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。	从事病原微生物实验活动应在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。	0.3	文件查阅，员工访谈，数据核查，现场检查。 1.每个未备案场所，扣 0.1 分。 2.无警示标识，每处扣 0.1 分。
<p>(一百二十一)建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。(0.5 分)</p> <p>【概述】开展检查检验结果互认工作有助于减少不必要的重复检查检验。按照国家法律法规和行业标准，建立机构内的检查检验结果互认工作管理制度，包含人员培训、工作流程等内容，并落实。能够为医务人员进行检查检验互认提供必要的设备设施及保障措施。</p>			
2.8.121.1 按照国家法律法规和行业标准，建立检查检验结果互认工作管理制度。	建有检查检验结果互认工作管理制度，结合本院具体情况明确互认规则和质控要求。已标注互认标识的检查检验项目参加相应质量评价的频次不得少于半年 1 次。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1、无制度，扣 0.2 分。 2、规则、要求不具体，扣 0.1 分。 3、参加质评频次不达标，扣 0.1 分。
2.8.121.2 组织员工进行培训，并有规范的工作流程及记录。	医务管理职能部门定期对互认工作要进行有效引导、监督、定期（半年）评价；应当组织员工进行培训，并有规范的工作流程及记录。	0.2	文件查阅、记录查看、病历检查、员工访谈、现场检查。 1、职能部门未定期进行监督评价，扣 0.1 分。 2、未组织员工进行培训，扣 0.1 分。
2.8.121.3 配置有与互认工作相匹配的，有效、便捷的设备和设施，并定期反馈使用情况。	配置有与互认工作相匹配的，有效、便捷的设备和设施（如医师工作站实现数据、图片、影像的院际间互联或存储信息阅读接口），并定期反馈使用情况。	0.1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 没有配置与互认工作相匹配、有效、便捷的设备和设施，扣 0.1 分。

九、输血管理与持续改进

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百二十二) 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供 24 小时输血服务的能力，满足临床工作需要。(2 分)</p> <p>【概述】 医院按照相关法律法规规范建设输血科或血库，人员配置、布局和设施设备应达到相关标准，建立相关制度和规范，建立储血供血机制，提供 24 小时输血服务。</p>			
<p>2.9.122.1 落实《中华人民共和国献血法》《医院临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定法律和规范，成立临床用血管理委员会，制定本院临床用血管理制度并落实。</p>	<p>1.依据输血管理的法律、法规和临床输血技术规范制定完善输血管理制度，对医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度培训，并有考核。</p>	<p>0.2</p>	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1. 无临床输血管理制度和实施细则，扣 0.1 分。</p> <p>2.未对医务人员培训和考核，扣 0.1 分。</p>
	<p>2.设立临床用血管理委员会，负责本机构临床合理用血管理工作。临床用血管理委员会定期召开会议，记录完整。制定本院临床用血管理制度并落实。</p>	<p>0.3</p>	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1. 临床用血管理委员会无文件支撑，成员组成不合理，工作职责不明确，扣 0.1 分。</p> <p>2.每年临床用血管理委员会工作记录不完整，扣 0.1 分。</p> <p>3.临床用血管理委员会每年开会≤2 次，，扣 0.1 分。</p>
<p>2.9.122.2 按照法律法规和规范要求，设置输血科或血库，人员配置、布局和设备设施满足医院输血工作需要。</p>	<p>1.独立设置输血科或血库。</p> <p>2.人员配备、建筑设施及仪器设备应与医院功能任务和临床科室诊疗需求相适应，符合《江苏省医疗机构输血科建设管理规范》要求：年用血量大于 10000 单位，≥8 人；5000~10000 单位，≥6 人，有条件应配备临床医学专业人员 1 名；5000 单位以下的，≥4 人，其中临床医学专业至少 1 人。</p> <p>3.输血科实验室建筑与设施符合实验室生物安全通用要求，输血科布局合理，业务用房面积符合要求；输血科功能室应至少设有值班室、储血室、配血室、发血室、办公室、洗涤室及资料保存室。配备储血专用冰箱、储血专用低温冰箱、标本储存冰箱、试剂冰箱、快速血浆融化仪、水浴箱、血型血清学专用离心机、普通离心机、微量移液器、普通光学显微镜、热合机、血小板恒温振荡保存箱、</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p> <p>1.未设置独立的输血科，扣 0.1 分。</p> <p>2.人员配备、建筑设施或仪器设备的配置不符合要求，各扣 0.1 分。</p> <p>3.职能部门对设备使用情况无检查、分析、反馈，扣 0.1 分。</p>

	生物安全柜等。 4.职能部门对设备使用情况开展检查、分析、反馈		
2.9.122.3 输血科各岗位职责明确，员工履职能力符合要求。	输血科各岗位职责明确并执行到位，输血科工作人员履职能力符合要求，开展相关理论和实践技能培训。输血科主任具有高级专业技术职称资格，从事临床医疗或医技工作满5年以上，输血科工作人员需取得相应医疗、检验、护理等执业证书，定期开展培训。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.输血科主任岗位职责不清晰或工作人员岗位职责不清晰，各扣0.1分。 2.输血科主任或工作人员职称不符合要求，各扣0.1分。 3.工作人员有影响履行输血专业职责的疾病，扣0.1分。
2.9.122.4 具有提供24小时输血服务的能力，满足临床需要。	1.输血科具备为临床提供24小时供血服务的能力。根据临床用血需求制定合理的用血储备计划和血液库存量管理要求，保障临床需求。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未制定临床用血储备计划或血液库存量管理要求，扣0.1分。 2.输血科不能24小时值班，扣0.1分。
	2.医院有各项输血相关应急预案，如急救用血的应急预案、Rh(D)阴性患者输血应急预案、关键设备故障应急预案、紧急用血后勤保障制度等。职能部门能定期对紧急用血的执行情况进行抽查和演练，对演练有分析和反馈记录。定期对医务人员和后勤保障人员进行培训考核，对紧急用血的执行情况进行抽查和演练，不断持续改进，确保急诊抢救用血，满足临床需要。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.应急预案缺失或不健全，扣0.1分。 2.演练无分析或反馈记录，扣0.1分。 3.未进行培训考核或员工不知道应急预案处置流程，扣0.1分。
<p>(一百二十三) 加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术规范，促进临床安全、有效、科学用血。(2分)</p> <p>【概述】根据法律法规和行业规范制定临床用血质量管理标准，强化人员培训，加强过程管理，严格按照输血适应证开展临床用血，根据行业规范制定符合本院实际的输血技术规范并落实，建立合理用血指标体系，规范输血前后评估记录和不良反应报告，促进临床安全、有效、科学用血。</p>			
2.9.123.1 加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应证开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。	1.根据输血相关法律法规和行业规范，制定临床用血质量管理标准。强化人员培训和考核，定期进行临床用血相关知识培训考核，临床医师合理用血的评价结果与个人业绩考核和用血权限挂钩。	0.2	文件查阅，员工访谈，现场检查，病历检查、病案检查。 未制定医院临床用血质量管理标准或未定期进行培训考核，各扣0.1分。
	2.落实临床用血申请分级管理和审核制度。履行用血报批手续。对抢救生命垂危的患者等特殊情况下紧急输血有相关规定与批准流程。输血申请单书写规范、信息记录完整，大量用血报批审核率达100%。	0.3	文件查阅，员工访谈，现场检查，病历检查、病案检查。 1.无临床用血申请分级管理和审核制度，或未制定紧急输血相关规定与批准流程，各扣0.1分。 2.输血申请单书写不规范或信息记录不完整，扣0.1分。

			3.大量用血报批审核率未达 100%，扣 0.1 分。
	3.有临床用血前评估和用血后效果评价制度、临床医学用血文书管理制度、不良反应报告制度并有效落实，有不良反应报告制度，输血治疗病程记录完整详细。有输血评价指标（如血常规、常规凝血检测、血栓弹力图（TEG）等），并结合临床体征进行输血前评估。输血治疗病程记录包括输血原因，输注血型、种类和数量，输注起止时间，输血过程观察情况，有无输血不良反应等内容；输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。	0.3	文件查阅，员工访谈，现场检查，病历检查、病案检查。 1.未制定相关制度或未落实，扣 0.1 分。 2.输血评价指标不完整或未进行输血前评估，扣 0.1 分。 3.输血治疗病程记录不规范，扣 0.1 分。
	4.输血科参与疑难输血病例的诊断、会诊与治疗，职能部门和输血科对临床科室合理用血有检查、分析、反馈，并持续改进。	0.2	文件查阅，员工访谈，现场检查，病历检查、病案检查。 1.输血科未参与疑难输血病例的诊断、会诊与治疗，扣 0.1 分。 2.职能部门和输血科无检查、分析、反馈，扣 0.1 分。
2.9.123.2 严格掌握输血技术规范，促进临床安全、有效、科学用血。	输血科工作人员和临床工作人员严格掌握输血技术规范，执行输血前相关检测规定，签署输血治疗知情同意书。输血前血型和病毒感染筛查检测率达 100%，输血前医患双方输血知情同意书签署率达 100%。每位患者输血全过程管理规范。促进临床安全、有效、科学用血。血液领取有血液专用运输箱；由医务人员或经专门培训人员负责取血；病区内无储血现象；严格执行输血前核对制度；严格执行血液输注时限；输血前做到 2 名工作人员在床边准确核对受血者和血液信息；供血能追踪溯源。	1	文件查阅，员工访谈，现场检查，病历检查、病案检查。 1.不符合要求，扣 0.1 分。 2.检测率或知情同意书签署率未达到 100%，扣 0.2 分。 3.无血液专用运输箱、取血人员不符合要求、病区内出现储血现象、未严格执行输血前核对制度、未严格执行血液输注时限、未有 2 名工作人员在床边准确核对受血者和血液信息、供血不能追踪溯源，各扣 0.1 分，扣至 0.7 分为止。
<p>（一百二十四）建立与麻醉科和手术科室有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。（2 分）</p> <p>【概述】加强手术用血管理，积极开展并推广自体输血，建立自体输血标准和规范，开展自体输血质量控制。严格掌握术中输血适应证，合理安全用血。</p>			
2.9.124.1 建立与麻醉科和手术科室有效沟通，制定自体输血的流程与规范，积极开	1.针对不同自体输血方式建立自体输血管理制度，流程和规范，建立围手术期自体输血管理制度和自体输血质量考核标准、医院自体输血采集、储存、回输流程和操作规范、	0.3	文件查阅，员工访谈，现场检查，病历检查、病案检查。 不符合要求，每条扣 0.1 分。

展自体输血。	<p>血液热合操作规程，开展自体输血质量控制。</p> <p>2.针对不同自体输血方式有相应培训资料，定期对麻醉科及手术科室医师等相关医务人员进行自体输血操作培训及考核。</p> <p>3.自体输血人员设备操作要领，耗材安装要点，药品配置比例等操作过程按规范执行。</p>		
	<p>2.医院制定输血科与麻醉科和手术科室沟通的规范流程，成立手术室输血管理小组，工作人员分工明确。输血科配备开展血液保护技术的设备和医护人员，常规开展血液回收和等容稀释等血液保护工作。输血科和临床科室适时全面评估患者及其血液功能状态，开展患者围术期血液管理，施行个体化输血策略，并主动对患者进行自体输血宣教。</p>	0.5	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查，病历检查、病案检查。</p> <p>1.无规范流程、未成立小组或人员分工不明确，扣 0.1 分。</p> <p>2.未配备相应人员或未开展血液保护工作，各扣 0.1 分。</p> <p>3.未开展患者围术期血液管理或未进行宣教，各扣 0.1 分。</p>
	<p>3.职能部门对自体输血质量进行评价，并持续改进。手术患者自体输血率不断提高，达 25%。</p>	0.2	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查。</p> <p>1.职能部门对自体输血质量控制未检查、考核、分析，扣 0.1 分。</p> <p>2.手术患者自体输血率未达到要求，扣 0.1 分。</p>
2.9.124.2 严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。	<p>1.医院制定自体输血方式的适应证和禁忌证，能严格掌握自体输血适应证和禁忌证，自体输血全过程实施监测，保证输血安全。制订自体输血申请单、自体输血记录单、自体输血治疗知情同意书。手术间自体输血治疗时对患者全程监测 Hb、HR、BP 等。医患双方共同签署自体输血知情同意书，自体输血记录完善。</p>	0.5	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查，病历检查、病案检查。</p> <p>1.未制定适应证和禁忌证或未制订自体输血申请单、自体输血记录单、自体输血治疗知情同意书，扣 0.1 分。</p> <p>2.未监测 Hb、HR、BP 等，扣 0.2 分。</p> <p>3.未签署自体输血知情同意书或自体输血记录不完善，扣 0.2 分。</p>
	<p>2.严格掌握术中输血适应证，对患者输血量个体化评估，确保合理、安全输血。手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量一致，输血量与发血量一致。</p>	0.5	<p>文件查阅，员工访谈，现场检查，病历检查、病案检查。</p> <p>1.未掌握输血适应证，扣 0.1 分。</p> <p>2.未个体化评估患者术中输血量，扣 0.2 分。</p> <p>3.出血与输血量不一致或输血量与发血量不一致，扣 0.2 分。</p>

<p>(一百二十五) 开展血液质量管理监控, 制订、实施控制输血严重危害(输血传染疾病、严重不良反应) 的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求, 确保输血安全。(2分)</p> <p>【概述】 根据行业规范要求制定血液质量管理全流程监控机制并落实, 对输血不良反应进行监测、统计和分析, 制定防范输血严重危害的预案。制定和落实输血相容性检测制度流程, 能有效开展血型评判方式, 确保输血安全。</p>			
2.9.125.1 开展血液质量管理监控, 制订、实施控制输血严重危害(输血传染疾病、严重不良反应) 的方案。	1. 根据行业规范要求制定血液质量管理全流程监控机制并落实。建立输血管理信息系统, 功能齐全。对血液预订、接收、入库、储存、出库及库存预警等有制度, 并进行管理。	0.3	文件查阅, 员工访谈, 现场检查。 未制定监控机制或制度、输血管理信息系统功能不全或记录不完善, 各扣 0.1 分。
	2. 制定实施防范输血严重危害的方案及流程, 内容包括输血不良反应监控、调查及处理程序, 输血传染疾病处理程序及血液输注无效管理措施等并落实。临床科室积极救治输血不良反应, 观察和记录详细, 输血不良反应及时上报, 有输血反应处理预案报告与流程。严重输血不良反应病案中有输血病例讨论。	0.5	文件查阅, 员工访谈, 现场检查, 病历检查、病案检查。 1. 未指定方案及流程或未落实, 扣 0.1 分。 2. 输血不良反应未及时上报或无报告, 扣 0.2 分。 3. 无讨论记录或讨论不具体, 扣 0.2 分。
	3. 职能部门和输血科加强不良事件监管, 及时向行政主管部门报告输血不良反应。调查分析临床用血不良事件及不良反应, 提出干预和改进措施。	0.2	文件查阅, 员工访谈, 现场检查 未及时报告输血不良反应或未进行调查分析和反馈, 扣 0.1 分。
2.9.125.2 落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求, 确保输血安全。	1. 各输血前相容性检测项目均有相应的操作规程(SOP), 且内容与实验室实质内容相一致, 能有效落实, 确保输血安全。有输血史、妊娠史或短期内接受多次输血的患者, 开展不规则抗体筛检率达 100%。输血相容性检测方法除盐水法外, 至少建立 1 种能够检测出不完全抗体的实验室方法。	0.3	文件查阅, 员工访谈, 现场检查 1. 无操作规程或内容不一致, 扣 0.1 分。 2. 不规则抗体筛检率未达到要求或输血相容性检测方法不符合要求, 各扣 0.1 分。
	2. 成立科主任为组长的质控小组, 每月召开 1 次质控会议并有记录, 对存在的问题能及时分析解决; 职能部门定期检查分析, 反馈。所有检测项目全部都有室内质控措施, 质控频率合理, 有效处理失控流程、失控分析记录及纠偏措施。参加国家级(或省级)输血相容性室间质评活动, 质控成绩合格。运用质量管理工具(如 PDCA)对输血质	0.7	文件查阅, 员工访谈, 现场检查。 1. 未定期检查分析, 反馈或记录不完整, 扣 0.2 分。 2. 无质控措施或措施不完整、无效, 扣 0.2 分。 3. 未参加室间质评活动、质控成绩不合格、未运用质量管理工具持续改进、未按照省质控中心要求按时上报质控数据或上报数据造假, 各扣 0.1 分, 最多扣 0.3 分。

	量进行持续改进。按照省质控中心要求按时上报质控数据，上报数据造假。		
--	-----------------------------------	--	--

十、医院感染管理与持续改进

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百二十六) 按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度(试行)》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育（4分）。</p> <p>【概述】医院感染预防与控制是医院在依法开展诊疗执业活动，提供医疗服务中必须开展的工作，是医院的基本职责。医院做好医院感染预防与控制工作，必须建立体系完整、功能完善、职责明确、运转高效的医院感染防控组织体系、运行操作规范以及感染相关突发事件应急预案等制度。同时，为使整个体系运行顺畅，能够发挥应有的作用，需要对医院全员进行相关内容的培训和教育。</p>			
2.10.126.1 建立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。	根据《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》要求，建立医院感染管理委员会。委员会主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。建立感染管理、医务、护理、公共卫生管理、药事管理、检验、设备及后勤管理、临床科室等多部门协调机制，明确各部门感控职责，并落实工作方案。委员会会议每季度召开一次。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈等。 1.未根据要求建立医院感染管理委员会，扣0.1分。 2.医院院长或者主管医疗工作的副院长未担任主任委员、无委员会工作制度，未按要求召开会议或流于形式，扣0.2分。 3.未建立多部门协调机制、未落实工作方案，扣0.2分。
	2.2.医院感染管理部门人员配备符合要求、专业构成合理。主要负责人应具有高级技术职称，专职从事感控工作3年以上。	0.3	文件查阅、员工访谈等。 1.院感文件查阅专职人员构成应当包括医师、护士，可以包括药学、医技以及有卫生专业背景的管理人员等其他人员。按每150~200张实际使用病床，至少配备1名医院感染管理专职人员。专业构成不合理、人员配备不足的，扣0.2分。 2.主要负责人非高级技术职称或专职从事感控工作不足3年，扣0.1分。
	3.医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标。并依据卫生行政部门与医院感染管理的有关要求，制定工作计划并落实。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈等。 未将医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标，未制定和落实工作计划，扣0.2分。

2.10.126.2 根据国家法律法规、标准要求以及《医疗机构感染预防与控制基本制度》，制定并及时完善医院感染管理和控制制度并落实。	1.院、科两级有根据国家法律法规、标准等要求，制定符合本医疗机构实际情况的医院感染预防与控制各项制度，定期修订和完善，并落实。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查等。 1.未结合实际制定感控制度，扣 0.2 分。 2.未落实，扣 0.2 分。
	2.院感专职人员及全体员工知晓本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及相关要求，并执行。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈等。 1.至少提问 2 个部门 1~3 名员工，不知晓或知晓内容低于 50%，扣 0.1 分。 2.未执行或执行不到位，扣 0.1 分。
	3.院、科有对医院感染管理工作的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈等。 1.无自查，扣 0.2 分。 2.无分析、整改，扣 0.2 分。
2.10.126.3 医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。	1.有医院感染暴发事件报告流程与处置预案。有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。相关人员知晓医院感染暴发事件报告流程和处置预案。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈等。 1.未制定预案，扣 0.1 分。 2.不能及时获得信息，扣 0.1 分。 3.提问 1~3 名医务人员，不知晓或知晓内容低于 50%，扣 0.2 分。
	2.院、科根据医院感染暴发事件制定各类演练方案，并进行演练。每年至少组织一次演练，有演练记录和效果评价。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈等。 1.无演练方案、未组织演练，扣 0.2 分。 2.对演练结果未进行评价，扣 0.2 分。
	3.主管部门对医院感染暴发处置预案及演练进行检查、分析、反馈，对演练中存在的问题进行督促整改。	0.2	文件查阅、记录查看等。 1.无检查、分析、反馈，扣 0.1 分 2.未落实整改，扣 0.1 分。
2.10.126.4 医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实。包括但不限于手卫生、标准预防、应急预案教育等。医院员工（含外聘及来院进修、实习人员等）掌握有关预防与控制医院感	1.建立健全院感专职人员人才培养及考核机制。依据《关于建立并实施江苏省医疗机构医院感染防控长效机制的通知》（苏卫医政〔2021〕44 号）等相关文件，2021 年以后，须参加省级以上感控专职人员培训基地开展的理论培训及实践基地培训，并取得岗位培训证书。工作满 1 年的院感专职人员每年参加院感相关的继续教育学习，每年继续教育学习时长不得低于 16 学时。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈等。 1.未参加培训或未取得证书，扣 0.2 分。 2.工作满 1 年的院感专职人员每年未参加院感相关的继续教育学习，扣 0.1 分。 3.培训时长不足 16 学时，扣 0.1 分。

染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用。	2.有针对各级各类人员制定的全员医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容，培训内容包括但不限于手卫生、标准预防、医院感染和消毒隔离知识等。院、科两级落实感控分级培训制度，开展有针对性的培训及考核。	0.3	文件查阅、记录查看等。 1.未制定培训计划、培训内容等，扣0.1分。 2.未落实制度或未开展培训及考核，扣0.2分。
	3.临床各科室工作人员掌握院感相关知识与技能，达到岗位要求。	0.3	员工访谈、员工操作等。 提问或现场检查1~3名医务人员，不知晓院感相关知识，扣0.3分。
<p>(一百二十七) 按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测，控制并降低医院感染风险。(3分)</p> <p>【概述】开展医院感染监测工作是做好感控管理科学化、精准化的基础与前提。医院应采取全院综合性监测和目标性监测，长期、系统、连续地收集、分析医院感染的发生、分布及其影响因素等相关数据，建立有效的医院感染监测与通报制度，及时将监测结果反馈科室和报送有关部门，为医院感染的预防和控制提供科学依据。</p>			
2.10.127.1 医院对重点部门、重点环节、重点人群有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。对监测结果进行分析，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。	1.按照《医院感染监测规范》等相关规范要求并结合医院实际，开展医院感染监测工作(含全院综合性监测和目标性监测)。根据重点部门、重点环节、重点人群与高危因素制定监测计划，包含监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求等并组织实施。指标体系符合国家规范要求 and/或省院感质控中心要求。	1	文件查阅、记录查看、数据核查、员工访谈。 1.未制定监测计划或未组织实施，扣0.5分。 2.指标体系不符合要求，扣0.5分。
	2.科室对感染监测数据有自查，对存在的问题有总结、有分析。	0.5	文件查阅、数据核查、员工访谈。 无自查、分析、改进措施，扣0.5分。
	3.主管部门对监测情况进行定期核查指导，对存在的问题及时反馈，并提出整改建议，降低医院感染风险。	0.5	记录查看、员工访谈。 对存在问题无反馈、无整改建议，扣0.5分。
2.10.127.2 产房、新生儿病房、内镜室、导管室、口腔科等部门诊疗活动符合医院感染管理相关规范要求。	1.布局流程合理，符合医院感染防控要求。	0.5	文件查阅、现场检查。 1个部门布局流程不合理，扣0.1分。
	2.环境卫生学监测方法正确，监测频次符合医院感染防控要求。	0.3	文件查阅、现场检查。 1个部门环境卫生学监测方法及频次不合理，扣0.1分。
	3.监测结果有分析反馈，持续改进。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 异常结果无分析改进，1个部门扣0.1分。

（一百二十八）医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。（2分）

【概述】医院有责任和义务承担本机构医院感染监测和报告的职责。医院要明确各级医院感染防控组织职责分工，设计科学规范的监测方案，分析监测结果，并对监测和报告制度的执行情况进行定期监督、检查，针对检查中发现的问题，提出整改措施并督促临床科室整改到位。

2.10.128.1 定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程，有相关报告或反馈记录。	1.医院信息系统能满足医院感染监测和国家院感质控指标要求，包括但不限于全院综合性监测、手术部位感染（SSI）、“三管”、多重耐药菌监测等，实现临床、管理部门信息互联互通，对医院感染预防及控制决策提供支持作用。	0.5	文件查阅、现场检查、数据核查。 1.医院信息系统不能满足医院感染监测需求，扣0.3分。 2.不能实现信息互联互通，扣0.2分。
	2.医院感染管理部门定期（至少每季度）对医院感染率及其变化趋势等数据进行统计分析，对医院感染危险因素要采取有效的干预措施。	0.5	记录查看、数据核查、员工访谈。 1.未定期对医院感染结果相关数据进行统计、分析，扣0.3分。 2.未采取有效的干预措施，扣0.2分。
	3.根据监测数据定期开展院、科两级医院感染风险评估，针对感染较高风险的科室制定针对性的预防控制措施，体现质量持续改进。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未开展风险评估，扣0.2分。 2.感染较高风险的科室未制定针对性感染防控措施，扣0.3分。 3.抽查20份住院时间超过30天的病例，每漏判1例扣0.1分。发病率>全省P90分位，抽查20份感染病例，每误判1例扣0.1分。
2.10.128.2 按照本院医院感染控制制度规定的周期向全院发布全院感染监测数据，并加强横向比较；及时将感染监测的数据和分析反馈临床科室。	定期（至少每季度）对医院感染监测数据（含国家、省、市院感质控中心或全国医院感染监测中心横向比较等）进行分析、总结、比较，并向全院及相关科室反馈。按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。	0.5	文件查阅、记录查看、数据核查。 1.未定期分析、总结或反馈监测数据，扣0.3分。 2.未按照要求上报医院感染监测信息，扣0.2分。

（一百二十九）消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。（2分）

【概述】消毒、灭菌和隔离工作是医院感染预防与控制的重要措施。消毒与防护用品是医务人员职业安全的重要保障，工作人员应当能正确使用符合国家标准的消毒与防护用品。重点部门、重点部位的管理符合要求。

2.10.129.1 医院按照 国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。	1.根据相关标准和规范要求制定院、科两级消毒隔离制度，包括但不限于重症医学科、消毒供应中心、手术室、新生儿病房、产房、导管室、内镜室、血液净化中心/室、感染性疾病科等，并落实到位。有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂，符合国家的有关要求，质量和来源可追溯。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未制定院、科两级消毒隔离制度，扣 0.1 分。 2.制度未及时更新或不符合医院实际，扣 0.1 分。 3.消毒灭菌产品、设备证件不齐全，扣 0.1 分。 4.消毒供应为外包，无合格的消毒灭菌外包协议和监管记录，扣 0.2 分。
	2.根据医疗物品危险性选择正确的消毒、灭菌方法，确保消毒、灭菌效果。	0.4	现场检查、记录查看、员工访谈。 1.消毒、灭菌方法不正确，扣 0.3 分。 2.无菌物品存放不正确，扣 0.1 分。
	3.按规范、产品说明书要求定期对消毒设备设施、消毒剂的消毒或灭菌效果进行监测，并有记录，内容包括消毒液的浓度监测、紫外线灯的强度监测等。主管部门和使用部门协作管理，对消毒工作存在问题与缺陷分析、总结，并提出改进措施。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.监测方法不正确，扣 0.2 分。 2.无定期监测及记录，扣 0.1 分。 3.未对有关问题进行分析并提出改进措施，扣 0.1 分。
2.10.129.2 医院提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员能够正确使用消毒与防护用品。	1.消毒隔离设施及物品配备能满足临床需要，医务人员能正确使用。消毒与防护用品符合国家的有关要求。	0.4	记录查看、数据核查、人员操作。 1.防护用品不符合要求，扣 0.2 分。 2.现场考核 1~3 名医务人员，不能正确使用防护用品，扣 0.2 分。
	2.有对医务人员进行相关消毒隔离知识、消毒技术的教育与培训，并有培训与考核记录（至少应包含总体感控知识培训内容）。	0.2	文件查阅、记录查看。 无培训及考核记录，扣 0.2 分。
	3.医务人员掌握消毒隔离的原则、标准、技术，正确采取防护措施。	0.4	人员操作、员工访谈。 1.不知晓，扣 0.2 分。 2.未执行，扣 0.2 分。
<p>(一百三十) 按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。(2分)</p> <p>【概述】手卫生是预防与控制医院感染，保障患者和医务人员安全最重要、最简单、最有效和最经济的措施。配备便捷的手卫生设施，为执行手卫生制度提供必要条件，加强手卫生效果监测，提高工作人员手卫生的依从性。</p>			

2.10.130.1 根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。	1.制定手卫生管理相关制度，并严格落实。	0.5	文件查阅、记录查看、员工操作。 1.无制度，扣 0.2 分。 2.现场抽查 1~3 名工作人员手卫生知晓情况，不知晓或未落实，扣 0.3 分。
2.10.130.2 充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性的监测与反馈。	1.根据手卫生规范要求配置有效、齐全、便捷、适宜的手卫生设施，满足医疗安全需要。有相关手卫生（洗手、卫生手消毒和外科手消毒）流程图。	0.5	现场检查。 1.手卫生设施配置不符合要求，扣 0.4 分。 2.无相关手卫生流程图，扣 0.1 分。
	2.为医务人员提供手卫生培训。医务人员能落实手卫生规范。有数据显示医务人员的手卫生依从性、正确性不断改进。	0.5	文件查阅、记录查看、员工操作。 1.无培训记录，扣 0.2 分。 2.现场抽查 1~3 名科室医务人员手卫生执行情况，未达要求，扣 0.3 分。
	3.有院、科两级对手卫生规范执行情况的监测，对存在问题有分析、反馈和整改建议。主管部门定期对整改落实情况进行追踪。	0.5	文件查阅、记录查看。 1.无院、科两级监测，扣 0.2 分。 2.无主管部门定期总结、反馈和对整改落实情况进行追踪，扣 0.3 分。
<p>（一百三十一）有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。（3 分）</p> <p>【概述】多重耐药菌是引起医院感染的重要病原体，建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序是预防和控制多重耐药菌引发的感染及其传播的重要措施。多重耐药菌感染管理涉及医院感染防控、抗菌药物应用与管理、微生物检测、感染诊疗及护理等多个专业，应建立多部门共同协调管理制度。通过应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导，促进临床合理使用抗菌药物。</p>			
2.10.131.1 根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序。针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防与控制等环节，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协调机制。	1.按照国家相关、根据本机构特点开展多重耐药菌监测，制定监测计划。结合医院实际，制定多重耐药菌医院感染管理制度和集束化防控措施并落实。医务人员掌握相关知识和技能。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未开展多重耐药菌感染监测；未制定制度及防控措施。有 1 项扣 0.2 分。 2.现场检查 2~3 个科室并提问，未知晓、未落实，扣 0.3 分。
	2.建立多部门（感控、医务、护理、药学、微生物实验室、后勤管理等部门以及临床科室等）联席会议机制，有牵头部门，各部门职责明确。每季度召开联席会议。各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有改进	1.0	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未建立多部门联席会议机制或各部门职责不明确，扣 0.2 分。 2.未定期召开联席会议，扣 0.4 分。

	建议。		3.各部门无信息沟通渠道；主管部门无定期检查总结、分析反馈，无改进建议。有 1 项扣 0.4 分。
	3.院、科两级对多重耐药菌医院感染集束化防控措施落实情况有自查和督查，对存在问题有分析、反馈和整改。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 无定期自查、督查、分析、整改，扣 0.5 分。
2.10.131.2 定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。	1.微生物实验室能为医院感染控制及合理用药提供微生物检验项目支持。开展多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性分析。对全院和重点部门多重耐药菌感染趋势有定期分析和反馈及年度统计。	0.5	文件查阅、现场检查、病历检查、员工访谈。 1.不能开展微生物检测相关项目，扣 0.2 分。 2.不能提供多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性分析，扣 0.2 分。 3.未定期分析、反馈，扣 0.1 分。
	2.规范病原微生物标本送检。对治疗性抗菌药物使用前微生物送检率有监测。感控部门定期向临床推送和反馈医院感染数据信息、多重耐药菌统计及抗菌药物敏感性分析，指导临床合理使用抗菌药物。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未对治疗性抗菌药物使用前微生物送检率监测，扣 0.3 分。 2.未定期向临床推送和反馈医院感染数据信息、多重耐药菌统计及抗菌药物敏感性分析，扣 0.2 分。
<p>（一百三十二）建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。（2 分）</p> <p>【概述】侵入性器械/操作相关感染防控制度指诊疗活动中与使用侵入性诊疗器械相关的感染预防与控制活动的规范性要求。医院通过建立侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，便于快速找到对应解决的防范措施。</p>			
2.10.132.1 医院有建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。	1.根据医院实际开展的诊疗活动，建立侵入性诊疗器械、外科手术及其他侵入性操作（包括但不限于“三管”、手术操作、介入诊疗操作、内镜诊疗操作等）相关感染预防与控制制度。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未建立制度，扣 0.2 分。 2.制度未结合医院开展的诊疗活动制定，扣 0.1 分。
	2.院、科两级对防控制度进行培训和考核，相关人员知晓。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 无培训考核，扣 0.2 分。

2.10.132.2 医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。	1.建立本机构诊疗活动中使用的侵入性诊疗器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作的名录。重点关注本机构开展的风险高的侵入性器械和手术。	0.3	文件查阅、数据核查、员工访谈。 1.未建立名录，扣 0.2 分。 2.名录与实际工作不相符，扣 0.1 分。
	2.建立医疗、护理、感控等多部门协作机制，保持沟通和信息畅通，操作名录有变化时及时告知各相关部门。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 各部门信息不畅通，扣 0.2 分。
2.10.132.3 根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。	1.开展侵入性器械和手术及其他侵入性诊疗操作相关感染病例的监测和相关感染防控措施执行依从性监测。定期统计分析监测数据，并依据监测数据和风险评估结果及时调整操作名录和制定针对性的感染防控措施。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未开展监测，扣 0.2 分。 2.未根据监测数据进行调整，扣 0.3 分。
	2.院、科两级定期对防控措施执行情况进行自查和督查。对存在问题有分析和整改，能体现持续质量改进。	0.5	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.科室无自查，扣 0.2 分。 2.主管部门未定期督查，扣 0.2 分。 3.对存在问题未及时整改，扣 0.1 分。
<p>（一百三十三）按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训。（2分）</p> <p>【概述】实现医疗废物无害化、减量化、资源化是医疗废物管理的目标。医院应建立医疗废物管理责任制、健全组织架构、完善制度流程，规范管理医疗废物的分类收集、运送和暂存，落实职业防护，保障安全。</p>			
2.10.133.1 按照有关法律法规，建立医院医疗废物管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作流程，落实岗位职责。加强对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理等相关人员培训。	1.根据有关法律法规建立健全医院医疗废物、废液管理组织架构、岗位职责，并落实。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.无管理组织架构，扣 0.2 分。 2.各相关部门职责不明确，扣 0.1 分。
	2.采用信息系统实现对医疗废物实时、全程闭环管理。各相关管理部门应对医疗废物/废液处理工作进行全流程监管，并定期检查和反馈。	0.4	现场检查、员工操作、记录查看。 1.无医疗废物管理信息系统，扣 0.3 分。 2.未定期检查、反馈，扣 0.1 分。
	3.建立相关岗位培训制度。根据岗位需要定期开展有关法律法规、规范性文件以及各种制度流程、意外事故的应急处理等方面的培训和考核。相关人员知晓相关工作职责并严格执行。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.无培训制度，扣 0.1 分。 2.无培训及考核，扣 0.1 分。 3.相关人员不知晓相关工作职责，扣 0.1 分。

2.10.133.2 医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范，对从事分类收集、运送、暂存等工作人员采取的职业防护措施符合规范。	1.医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记和交接符合要求，污水处理系统通过环保部门评价，设施设备运转正常，有运行日志，并定期开展各类监测，原始记录完整。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.医疗废物处置环节存在问题，扣 0.3 分。 2.相关记录不完整，扣 0.1 分。
	2.有从事分类收集、运送、暂存等工作人员职业防护措施并执行。配备合格防护用品。工作人员应定期进行健康体检。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无职业防护措施和防护用品，扣 0.2 分。 2.未定期进行健康体检，扣 0.1 分。
	3.有主管部门定期对制度与医疗废物处置全流程落实情况履行监管职责，针对发现问题有分析、反馈与改进。	0.3	文件查阅、现场检查、记录查看。 1.无主管部门定期监管，扣 0.2 分 2.无分析、反馈、改进，扣 0.1 分

十一、中医诊疗质量保障与持续改进

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百三十四) 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。(2分)</p> <p>【概述】医院应当按照《综合医院中医临床科室基本标准》等文件要求规范中医科室设置，配置合格的人员，满足临床需求，规范建设中药房与中药煎药室，建立中药管理制度确保药品安全。</p>			
2.11.134.1 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求。	1. 中医科作为医院的一级临床科室，设有独立的中医病区，且设立中医门诊，开设专业≥3 个；门诊诊室的净使用面积不少于 90 平方米；病房每床建筑面积不少于 40 平方米，或不低于医院临床科室平均每床建筑面积；每床净使用面积不少于 6 平方米，或不低于医院临床科室每床平均净使用面积。	0.5	文件查阅，现场检查。 1.医疗机构执业许可证上无中医诊疗科目，扣 0.1 分。 2.未按照规定设立独立中医病区，扣 0.2 分。 3.无独立中医门诊或中医门诊开设专业<3 个，扣 0.2 分。 4. 门诊诊室净使用面积、病房每床建筑面积或每床净使用面积未达到标准，扣 0.2 分。
	2. 中医科医护人员配备符合《综合医院中医临床科室基本标准》。	0.5	文件查阅。 1.科主任应具有中医类别副主任医师及以上专业技术职务任职资格，从事中医临床专业 10 年以上。不符合要求，扣 0.2 分。 2.所有的中医师应具备中医类别任职资格。不符合要

			求，扣 0.1 分。 3.护士长应当具备主管护师及以上任职资格，从事中医临床护理 5 年及以上，接受过中医药知识技能岗位培训。不符合要求，扣 0.2 分。
2.11.134.2 中药房与中药煎药室设置符合相关法律法规要求。	1.医院规范设置中药房，中药房或中药房设置应远离污染源；中药饮片调剂室的面积≥100 平方米，中成药调剂室的面积≥60 平方米；中药房应设有中药饮片库房、中药饮片调剂室、中成药库房、中成药调剂室、周转库、中药煎药室。	0.3	文件查阅，现场检查。 1.面积不符合要求，扣 0.2 分。 2.中药房未设有中药饮片库房、中药饮片调剂室、中成药库房、中成药调剂室、周转库或中药煎药室，扣 0.1 分。
	2.制定相关制度并严格执行中医药行业标准规范；职能部门及科室对药品质量和中药房管理有自查，并及时进行整改。	0.3	文件查阅，现场检查。 1.未制定人员岗位职责、药品采购制度、药品管理制度、中药技术操作和管理规范等，扣 0.1 分。 2.无监管或未及时进行分析整改，扣 0.2 分。
	3.医院规范设置中药煎药室，煎药室人员配置、设施设备、煎药操作方法和煎药室的管理符合《医疗机构中药煎药室管理规范》等文件要求；规范设置中药煎药室或中药煎药室设施设备，配备储药设施、冷藏设施以及量杯（筒）、过滤装置、计时器、贮药容器、药瓶架等。煎药室负责人应具有中药师以上专业技术任职资格；煎药人员须为中药学专业或经培训取得相应资格的人员。煎药室有相关操作方法和流程规范，管理制度健全。	0.4	文件查阅，现场检查。 1.人员配置、设施设备不符合要求，各扣 0.1 分。 2.无管理制度或制度不健全。不符合要求，扣 0.2 分。
（一百三十五）建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。（2 分） 【概述】根据国家法律法规和行业规范要求，制定中医诊疗规范并实施质量控制，根据医院实际，因地制宜，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。			
2.11.135.1 建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	1.中医科工作制度；建立科室中医特色诊疗规范；开展中医康复特色诊疗项目；制定优势病种中医诊疗方案；定期对优势病种诊疗方案的实施情况和中医临床疗效进行分析、总结和评价；持续改进有成效。	0.8	文件查阅，现场检查。 1.未制定中医科相关工作制度及中医特色诊疗规范，扣 0.2 分。 2.至少开展 1~2 项中医康复特色诊疗项目，不符合要求，扣 0.2 分。 3.未制定优势病种中医诊疗方案，扣 0.2 分。

			4.定期对优势病种诊疗方案的实施情况和中医临床疗效进行分析、总结和评价，并持续改进。不符合要求，扣 0.2 分。
	2.制定中医护理常规及操作规程，体现中医特色；定期开展中医护理质量评价；制定中医康复及护理宣教手册，对患者进行宣教和指导。	0.8	文件查阅，现场检查。 1.未制定中医护理常规及操作规程，或未能体现辨证施护和中医特色，扣 0.3 分。 2.未定期开展中医护理质量评价，扣 0.3 分。 3.未制定中医康复及护理宣教手册，未对患者进行宣教和指导，扣 0.2 分。
	3.职能部门对相关工作定期进行督查，有记录；对存在的问题进行分析，并及时反馈科室；科室有针对性措施；持续改进成效显著。	0.4	文件查阅，现场检查。 每 1 项不符合要求，扣 0.1 分。

第三章 医院管理

一、管理职责与决策执行机制

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百三十六) 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。(2.5分)</p> <p>【概述】章程是医院依法自主办院、实施管理、履行公益性的基本纲领和行为准则。医院应当以章程为依据，制定内部管理制度及规范性文件、提供医疗卫生服务、建立管理机制，不断满足人民群众的健康需求，增强人民群众看病就医的获得感和医务人员职业荣誉感。</p>			
3.1.136.1 制定医院章程，建立健全医院内部治理体系、议事规则、办事程序，提高医院运行效率。	有医院章程，建立健全医院内部治理体系、议事规则、办事程序。	2.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.无医院章程，扣1分。 2.无医院内部决策机制，扣1.5分。
<p>(一百三十七) 公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。(2分)</p> <p>【概述】切实加强党对公立医院的领导，是健全现代医院管理制度，推动实施健康中国战略的重要举措，公立医院应当在章程中明确党委职责，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施，支持院长依法依规独立负责地行使职权。院长在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。</p>			
3.1.137.1 在章程中明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用。	党委会议议事决策规则明确；在章程中党委职责明确、全面；党委坚持党管干部原则，按照干部管理权限负责医院干部的选拔任用工作；坚持党管人才原则，建立医院领导班子成员联系服务高层次人才制度，实施党支部书记“双带头人”培育工程，建立健全“双培养”机制。	0.7	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.没有明确的党委会议议事规则，扣0.1分。 2.章程中的党委职责不明确或不全面，各扣0.1分。 3.党委未能负责医院干部选拔任用工作，扣0.2分。 4.未落实“双带头人”培育工程或未建立健全“双培养”机制，各扣0.2分。
3.1.137.2 实施党委领导下的院长负责制。	1.医院党委等院级党组织发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。	0.3	文件查阅、记录查看。 医院党委等院级党组织未发挥五个方面的领导作用，每少1个方面扣0.1分。

	2.院长办公会议议事规则明确，院长能在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。	0.4	文件查阅、记录查看。 1.没有明确的院长办公会议议事规则，扣 0.2 分。 2.院长未全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作，扣 0.2 分。
3.1.137.3 健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	党委会议、院长办公会议按议事决策规则进行，坚持科学决策、民主决策、依法决策。	0.6	文件查阅、记录查看。 1.党委会议未按议事决策规则进行，扣 0.2 分。 2.院长办公会议未按议事决策规则进行，扣 0.2 分。 3.重大问题未取得党委书记和院长共识情况下上院长办公会、党委会，扣 0.2 分。
<p>（一百三十八）医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。（3.5 分）</p> <p>【概述】医院应当根据其功能、任务，设置合理的管理机构，满足管理工作需要，部门职能、职责划分明确，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定并动态完善各项规章制度，理清员工在落实制度时的职责。各级管理人员按分工履职，部门、科室之间有连贯的、畅通的沟通和协调机制。各部门和科室命名符合相关要求</p>			
3.1.138.1 根据其功能、任务，设置合理的管理机构，部门职能、职责划分明确。	医院管理机构设置合理，有组织架构图；部门职能、职责划分明确，与医院运行状况相符，并能依据要求及时更新调整。	0.7	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.医院管理机构设置不合理或部门职能职责划分不明确，各扣 0.2 分。 2.部门职能、职责未能按要求及时更新调整，扣 0.3 分。
3.1.138.2 各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制，履行协调职能，提高工作效率。	1.各级管理人员有清晰的工作职责，各级管理人员知晓并履行；有部门、科室间沟通与协调机制并落实。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.各级管理人员职责不明或履行不力，各扣 0.1 分。 2.部门、科室间沟通与协调机制未落实，扣 0.2 分。
	2.有多部门共同参与的联席会议或扩大的院长办公会议，会议有明确议题，有协调结果，有明确牵头部门并落实。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 牵头部门未落实，扣 0.3 分。
3.1.138.3 各部门和科室命名规范，与医院文件一致。	各部门、科室命名规范，与《医疗机构执业许可证》登记一致。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 部门、科室命名不规范，扣 0.6 分。
3.1.138.4 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制	有规章制度制定、审核、批准、发布、修订、作废等统一的管理规定和程序；有符合本院实际的各项规章制度，并及时修订完善。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.没有规章制度的管理规定或程序，各扣 0.2 分。 2.规章制度不符合本院实际且未及时更新，扣 0.4 分。

度，并及时修订完善。			
3.1.138.5 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各个岗位职责，并及时修订完善。	有符合本院实际的各级各类岗位职责，并及时修订完善。	0.7	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 岗位职责不符合本院实际且未及时更新，扣 0.7 分。
（一百三十九）医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。（2 分） 【概述】 树立全员学习、终身学习理念，鼓励员工通过多种形式和渠道参与终身学习，积极推动学习型医院建设，将终身学习作为医院文化建设的重要组成部分。健全医院培训制度，定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。			
3.1.139.1 医院建立全员学习机制，强化学习文化。	有全员学习机制，有经费投入等保障措施并落实。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈。 无全员学习机制或无经费保障，各扣 0.3 分。
3.1.139.2 定期对员工进行政策法规、管理能力培训与教育，有考核机制，员工知晓。	按照相关要求对员工进行政策法规、管理能力培训与教育，有考核机制。新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.对员工的政策法规、管理能力培训与教育不够或考核机制未落实，各扣 0.2 分。 2.未对新员工进行卫生法律法规培训与考核，扣 0.2 分。 3.抽考 5 名员工，政策法律知晓率小于 80%的，扣 0.2 分。
3.1.139.3 定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。	有员工专业技能、质量安全培训与教育计划，并落实；培训与教育形式多样，有考核机制。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.员工专业技能、质量安全培训与教育计划未落实，扣 0.4 分。 2.培训与教育形式单一或无考核，各扣 0.1 分。
（一百四十）加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。（2.5 分） 【概述】 院务公开是构建和谐医患关系、促进医院科学管理和解决群众就医热点难点问题的一项重要措施。医院应当按照国家有关规定加强院务公开管理，落实职工群众知情权、参与权、表达权、监督权。			
3.1.140.1 加强院务公开管	1.有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

理，有指定部门、工作制度与程序。	2.有院务公开管理制度与程序，明确公开内容、形式、程序和时限。		1.没有专门的部门负责院务公开工作或工作职责不明确，各扣 0.1 分。 2.院务公开的内容、形式、程序和时限，每缺 1 项目，扣 0.1 分。 3.未落实院领导接待日制度或院务公开投诉信箱，各扣 0.2 分。
	3.院务公开的方式以主动公开为主、提供咨询服务为辅的方式，要建立院领导接待日制度、设立院务公开投诉信箱等。		
3.1.140.2 按照国家有关规定向社会及员工公开信息。有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。	1.有院务公开目录，院务公开内容完整，有信息发布登记。向社会及患者公开信息内容符合规定。	1.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无院务公开目录、院务公开内容不完整或信息发布未登记，各扣 0.2 分。 2.向社会、患者或员工公开信息内容不符合规定，各扣 0.2 分。 3.未以多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，扣 0.3 分。
	2.有多种途径征求和收集职工对公开信息的建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。		
(一百四十一) 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。(1.5 分)			
【概述】对外委托服务是医院根据自身条件和发展方向，将有限的资源关注于医院重点发展方向，对一些非医疗专业性的工作实施外包，从而节约相关资源。医院应当对外包服务商的能力，服务质量有全面的评估，同时对与本院医疗服务有连续性关联的委托项目有着严格的质量监控措施。			
3.1.141.1 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理，有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。	1.有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理；有项目的遴选、评估、审核、管理等相关制度和办法并执行。对外委托服务项目招投标符合规范，合同内容全面。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无主管部门或专人负责对外委托服务项目管理，各扣 0.1 分。 2.对外委托服务项目的遴选、评估、招标、审核等制度不全或落实不符合规定，各扣 0.1 分。 3.对外委托服务项目未规范招投标，合同到期未重新招投标或合同内容不全，各扣 0.2 分。
	2.有对外委托服务项目的监督考核机制，有考核记录，对违约事实根据合同落实违约责任。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.对外委托服务项目无考核记录，扣 0.2 分。 2.对违约事实未追究违约责任，扣 0.3 分。

二、人力资源管理

细则内容	评审要点	分值	评审方法
------	------	----	------

<p>(一百四十二) 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。(2分)</p> <p>【概述】 人力资源管理是医院管理的重要内容, 管好人才, 在于定岗科学, 职责明确, 充分发挥人的主观能动性, 让员工能够在医院发展的同时, 感受到个人的能力成长, 同时医院的人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要</p>			
3.2.142.1 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度, 设置人力资源管理部门。	1.设置人力资源管理部门, 职能职责清晰, 并规范填报人力资源管理信息系统。	0.6	文件查阅、现场检查。 1.未设置人力资源管理部门, 扣0.5分。 2.未制定岗位职责, 扣0.1分。 3.未规范填报人力资源信息系统, 扣0.3分。
	2.建立健全规范完整的人力资源管理制度, 全员聘用制度和岗位管理制度, 满足临床服务与医院管理需要。	0.9	文件查阅。 未制定人力资源管理制度, 全员聘用制度或岗位管理制度, 各扣0.3分。
3.2.142.2 人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。	人力资源配备满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未制定人力资源配置年度计划, 扣0.3分。 2.未将备案制人员、编外人员纳入人力资源配置方案并有效落实, 扣0.2分。
<p>(一百四十三) 有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系, 建立专业技术人员档案。(2.5分)</p> <p>【概述】 卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系应当以公开透明为基本原则。医院采用科学的评估机制, 为专业技术人员建立档案。</p>			
3.2.143.1 有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系。	1.有卫生专业技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关制度和流程。	0.5	文件查阅、现场检查。 无卫生技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关制度和流程, 扣0.5分。
	2.医院有专门的管理部门, 负责卫生专业技术人员执业资格的准入、认定、变更等动态监管, 监督管理体系完善。	0.5	文件查阅、记录查看。 1.未明确相应的管理部门, 扣0.3分。 2.不能进行完整、持续、有效的监督管理, 扣0.2分。
3.2.143.2 建立卫生专业技术人员档案, 包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。	建立卫生专业技术人员技术档案, 包括但不限于: 经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。	0.5	文件查阅、记录查看。 1.未建立卫生专业技术人员档案, 扣0.5分。 2.未动态管理、及时更新档案, 扣0.2分。 3.未定期维护国家医疗机构医师、护士电子化注册系统, 扣0.2分。

3.2.143.3 根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。	1.医院按照制度规定，定期开展卫生专业技术人员考核评价工作，对专业技术人员执业资格聘用、授权和再授权管理进行动态管理、持续改进。	0.3	文件查阅、记录查看。 1.未定期开展考核评价及聘用工作，扣 0.3 分。 2.未进行动态管理、持续改进，扣 0.2 分。
	2.考评及聘用工作程序公开、公平、公正，考评及聘用工作记录完善。相关涉及科室对于聘任、授权等有明确的岗位职责。	0.7	文件查阅、记录查看。 1.人员资质认定、聘用、考核、评价等工作不公开透明，扣 0.4 分。 2.无相关工作记录，扣 0.3 分。
<p>（一百四十四）贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。（1分）</p> <p>【概述】 公立医院应当加强行政领导人员的职业化培训，建设一支高素质领导人员队伍。</p>			
3.2.144.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》。	贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》。	0.4	文件查阅、记录查看。 未贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，扣 0.4 分。
3.2.144.2 加强公立医院行政领导人员职业化培训。	制定领导人员职业化培训教育制度，开展多种形式的职业化培训（如任职培训、岗位培训、专题培训等）。	0.6	文件查阅、记录查看。 1.未制定领导人员职业化培训教育制度，扣 0.2 分。 2.未制定领导人员职业化培训计划，扣 0.2 分。 3.领导人员培训未达到每年 1 次，扣 0.2 分。
<p>（一百四十五）有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分，推动员工的全面发展。（4分）</p> <p>【概述】 教育培训是建设一支素质能力优良的人才队伍，营造良好的人才发展环境，保障医院高质量发展的重要措施。医院应当加强岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育等教育培训工作，完成政府指令性培训任务，把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。</p>			
3.2.145.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。	有新员工岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度，并组织实施新员工岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务。	1	文件查阅、记录查看。 1.未制定相关制度，扣 0.5 分。 2.未组织实施，扣 0.5 分。 3.相关记录不完善，扣 0.3 分。

3.2.145.2 有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。	1.有住院医师规范化培训制度，培养计划合理并规范实施，提供培训条件及规范使用财政专项补助经费。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.培训管理规章制度不健全，培养计划制定不合理或未按计划实施，扣 0.2 分。 2.培训基地或专业基地基本条件不达标，未配备临床技能中心，财政专项补助经费使用不规范，扣 0.2 分。
	2.有继续医学教育管理组织，管理制度和继续医学教育规划、年度实施方案，并提供培训条件及专项经费支持。	0.3	文件查阅、记录查看。 1.未设立专门部门，或未明确部门和具体人员负责继续医学教育工作，扣 0.3 分。 2.未制定继续医学教育规章制度，扣 0.3 分。 3.未制定继续医学教育工作计划或有计划未有效落实，扣 0.1 分。 4.未设置专项经费，扣 0.1 分。
	3.有完善的继续医学教育学分管理档案。	0.3	文件查阅、记录查看。 1.未建立继续医学教育学分管理信息系统，扣 0.2 分。 2.继续医学教育学分档案材料不完善，扣 0.1 分。
3.2.145.3 把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。	建立新员工岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育等教育培训师资队伍，并把培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。	1	文件查阅、记录查看。 1.未建立相关师资队伍，扣 0.5 分。 2.培训质量与数量未与师资绩效考核、职称晋升、评优评先内容相结合，扣 0.5 分。
3.2.145.4 把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分，落实“两个同等对待”要求。	1.医院有人才发展规划，并针对员工能力建设，有相应引才、育才实施方案和激励措施	0.8	文件查阅、记录查看。 1.未建立人才发展规划，扣 0.3 分。 2.未建立高层次人才引进办法，扣 0.1 分。 3.未建立人才培养办法或未落实人才激励措施，各扣 0.2 分。
	2.制定措施，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待；面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待。	0.2	文件查阅、记录查看。 无措施或措施未落实，各扣 0.1 分。

（一百四十六）贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。（1.5分）

【概述】 员工安全是医院发展的基础，保障员工安全是医院的基本义务。医院应当梳理可能发生职业危险的场所、过程，通过员工培训，配置相应的设施设备防范职业工作对员工的伤害，制定相应的应急预案。

<p>3.2.146.1 按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等，职工上岗前进行职业安全防护教育。</p>	<p>建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案，开展职业暴露处理应急预案演练工作，并按职业危险性程度制定分级防护的规定，配备防护设施设备和用品。</p>	<p>0.6</p>	<p>文件查阅、记录查看、现场检查、员工访谈。 1.未制定或及时更新职业安全防护相关制度与措施及职业暴露处理应急预案，扣 0.2 分。 2.无职业暴露登记、处置、随访及阶段分析等，扣 0.1 分。 3.职能部门未对职业暴露和职业防护检查、分析、反馈，扣 0.1 分。 4.未开展职业暴露处理应急预案演练工作，扣 0.2 分。 5.相关人员不知晓职业暴露的应急预案及处置流程，扣 0.1 分。 6.职业暴露处理不规范，扣 0.1 分。 7.未按职业危险性程度制定分级防护的规定，扣 0.2 分。 8.未配备防护设施设备和用品或配备不全，扣 0.1 分。</p>
<p>3.2.146.2 上岗前有职业安全防护教育，有培训和考核制度。</p>	<p>制定职工上岗前职业安全防护培训和考核制度，职工上岗前接受职业安全防护培训与考核。</p>	<p>0.4</p>	<p>文件查阅、记录查看、现场检查、员工访谈。 1.未制定职工上岗前职业安全防护培训和考核制度，扣 0.2 分。 2.职工上岗前未接受职业安全防护的培训与考核，扣 0.2 分。</p>
<p>3.2.146.3 医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。</p>	<p>设立职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。</p>	<p>0.5</p>	<p>文件查阅、记录查看。 1.未设立职业卫生管理机构或组织，扣 0.3 分。 2.未配备专职或兼职人员，扣 0.1 分。 3.职业病防治工作未落实，扣 0.2 分。</p>

（一百四十七）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。（1.5分）

【概述】 医院应积极关心员工的身体和心理健康状态，及时开展对员工身体和心理健康的评估，落实保障员工健康权益的措施。

3.2.147.1 关注员工身体和心理健康。	1.有部门负责员工身心健康，通过热线电话、网络平台和精神卫生、心理健康及社会工作服务资源等线上、线下多种方式，开展员工心理健康评估，并采取心理援助措施，疏解员工心理压力。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.无负责员工身心健康部门，扣 0.3 分。 2.无员工心理健康评估相关台账资料，扣 0.2 分。 3.访谈员工，不知晓心理健康评估相关内容，扣 0.1 分。 4.未落实员工心理干预和疏导措施，扣 0.2 分。
3.2.147.2 保障员工合法健康权益。	1.定期进行员工健康体检，建立员工健康档案。	0.5	记录查看、员工访谈。 1.未定期进行员工健康体检，扣 0.5 分。 2.未建立员工个人健康档案或员工健康档案不全，各扣 0.25 分。
	2.结合岗位特点和工作强度，合理设置工作岗位、配备工作人员，科学安排工作班次，保障员工合理休息、休假时间。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查、员工访谈。 1.未结合岗位特点和工作强度合理设置工作岗位、配备工作人员，扣 0.1 分。 2.工作班次安排不合理，扣 0.1 分。 3.员工合理休息、休假时间未得到保障，扣 0.1 分。
	3.员工按国家规定享受带薪年假。	0.2	文件查阅、记录查看。 1.无带薪年假制度，扣 0.1 分。 2.带薪年假制度未落实，扣 0.1 分。
<p>（一百四十八）医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。（1.5 分）</p> <p>【概述】 落实院科两级管理，制定科室目标责任状，根据医院、科室发展要求和科室现状，对科室医疗质量管理提出量化的具体要求，并作为科室主任聘任、晋升、评先评优的重要指标，同时作为医生定期考核晋升的重要依据。</p>			
3.2.148.1 将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。	1.医疗质量管理作为科室综合目标考核方案的重要内容之一。	0.5	文件查阅。 综合目标考核实施方案未体现科室医疗质量管理，扣 0.5 分。
	2.科室医疗质量管理情况作为科室负责人聘任、晋升、评先评优的重要指标。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.科室医疗质量管理情况未与科室负责人聘任、晋升、评先评优挂钩，扣 0.3 分。 2.科室负责人不知晓上述内容，扣 0.2 分。

3.2.148.2 将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。	医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.医疗质量管理情况未作为医师定期考核、晋升的重要依据，扣 0.3 分。 2.医师不知晓上述内容，扣 0.2 分。
---	---------------------------	-----	---

三、财务和价格管理

细则内容	评审要点	分值	评审方法
(一百四十九) 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度。(2分)			
【概述】医院财务管理是医院业务管理的重要组成部分，涉及到医院的各个业务环节，加强医院财务管理对促进医院健康发展具有重要作用。			
3.3.149.1 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，会计核算规范。	1.医院设置专门财务管理部门，实行“统一领导，集中管理”的财务管理制度，并及时根据相关法律、法规修订并健全医院财务管理制度，严格执行政府会计制度，财务会计与预算会计科目使用规范。配置财务核算系统，满足业务需求。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈、员工操作。 1.医院未设置专门财务管理部门或财务管理体制不科学、不合理，各扣 0.1 分。 2.医院财务管理制度更新不及时或存在明显缺失，扣 0.1 分。 3.4.财务会计与预算会计科目使用不规范，扣 0.1 分。 4.未配置财务核算系统或财务核算系统无法满足业务需求，扣 0.1 分。
	2.定期编制财务报告，年度财务报告按规定经过事务所审计；有月度、季度、年度财务分析报告，满足管理决策需求。	0.2	文件查阅，现场检查。 1.未定期编制财务报告，或年度财务报告未经过事务所审计，扣 0.1 分。 2.无月度、季度、年度财务报告，或财务分析报告未能支撑管理决策，扣 0.1 分。
	3.财务监督实行事前、事中、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，并接受上级有关部门监督。	0.1	文件查阅，现场检查。 财务监督未实行事前、事中、事后监督相结合；日常监督未与专项检查相结合；财务监督未接受上级有关部门监督。出现上述任一情形，扣 0.1 分。

3.3.149.2 人员配置合理，岗位职责明确。	1.财务部门各级人员管理完全符合相关要求，人员配置合理，岗位职责明确，财务部门负责人具备高级会计师以上专业技术职称且至少从事五年以上财务工作经历；各级各类人员知晓本部门、本岗位的制度和职责。	0.3	文件查阅，员工操作，现场检查。 1.财务人员配置不合理或岗位职责不明确，扣 0.1 分。 2.财务部门负责人配置不符合要求，扣 0.1 分。 3.未提供证明材料，扣 0.1 分。
	2.建立财务岗位轮转机制，并严格落实，做好轮岗前上岗培训和交接记录；职能部门对相关人员岗位配置和轮岗情况有检查与监督。	0.2	文件查阅，员工访谈。 1.未建立轮岗机制或未按要求实施轮岗并做好记录，扣 0.1 分。 2.职能部门未对相关人员岗位配置和轮岗情况检查与监督，扣 0.1 分。
3.3.149.3 三级公立医院实行总会计师制度	医院落实江苏省卫生健康委《关于加快推进三级公立医院建立总会计师制度的实施意见》（苏卫财务〔2018〕57号），设置总会计师，并按规定履行总会计师的职责和权利；总会计师知晓本岗位的履职要求，对医院财务管理与监督发挥作用。	0.3	文件查阅，员工访谈。 1.总会计师未参与医院领导班子职责分工或未参与经济活动决策，扣 0.1 分。 2.未设置总会计师或总会计师不知晓本岗位的履职要求，扣 0.1 分。 3.未提供证明材料，扣 0.1 分。
3.3.149.4 建立与完善医院内部控制，有审计工作制度与计划，对医院经济运行进行定期评价与监控，审计结果对医院主要负责人负责。	1.落实《江苏省卫生健康行业内部审计工作实施细则》（苏卫财务〔2022〕37号）要求，合理设置内部审计机构，配备内部审计人员，制定内部审计实施办法，认真履行内审职责。	0.1	文件查阅，现场检查。 医院没有内部审计部门和专职审计人员或没有审计制度或岗位职责，扣 0.1 分。
	2.按照年度审计工作计划，对单位重大事项、重大项目投资决策、大额资金使用、财务预算管理等实施内部审计监督，落实《关于进一步加强我省卫生健康行业审计整改工作的通知》（苏卫财务〔2022〕34号）要求，建立健全审计查出问题长效机制，审计结果及整改情况经批准后在适当范围内通报。	0.4	文件查阅，现场检查。 1.无年度审计工作计划；年度审计计划未按规定执行；未对单位重大事项、重大项目投资决策、大额资金使用、财务预算管理等实施内部审计监督。出现上述任一情形，扣 0.1 分。 2.未按照文件要求建立健全长效机制，扣 0.1 分。 3.审计结果及整改情况未进行通报，扣 0.1 分。
<p>（一百五十）按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评（2分）。</p> <p>【概述】建立健全全面预算管理是现代医院管理制度的重要组成部分，预算管理有助于规范公立医院经济运行，提高资金使用和资源利用效率，医院应当规范编制预算，落实预算相关工作，加强预算管理、监督和绩效考评。</p>			

3.3.150.1 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	1.建立健全医院预算管理组织体系，按规范程序进行预算编制、审批和调整；配置预算管理系统，满足管理需求。	0.5	文件查阅、现场检查、员工操作、员工访谈。 1.预算管理体系不健全，预算管理委员会、预算管理办公室和预算归口管理部门，每缺 1 项扣 0.1 分。 2.预算编制审批程序不规范，扣 0.1 分。 3.预算调整程序不规范，扣 0.1 分。 4.未配置预算管理系统或无法满足预算管理需求，扣 0.1 分。
	2.执行批复的预算，预算落实到责任科室和责任人；将年度预算考核结果作为内部业务综合考核、绩效考核、资源配置、内部收入分配的依据之一，不断提高预算管理水平。	0.5	文件查阅、员工操作、员工访谈。 1.未严格执行批复的预算或预算责任不清晰，每发现 1 例扣 0.1 分。 2.年度预算考核结果无应用，扣 0.2 分。 3.未提供证明材料，扣 0.1 分。
3.3.150.2 建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。	建立健全医院预算管理制度，实现全面预算管理；按规定及时编制年度决算报告报财政部门审核；职能部门定期对预算制度执行情况进行检查、分析、评价和反馈。	0.7	文件查阅、员工操作、员工访谈。 1.医院制定并及时更新预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度，每缺 1 项扣 0.1 分。 2.年度决算报告不规范、不及时，或未按规定报财政部门审核，扣 0.1 分。 3.职能部门未定期对预算制度执行情况进行检查、分析、评价和反馈，扣 0.1 分。
3.3.150.3 实行全面预算管理，医院所有经济活动全部纳入预算管理。	医院所有经济活动全部纳入预算管理，包括财务预算、业务预算、资金预算、专项预算等。	0.3	文件查阅、现场检查、员工操作。 医院所有经济活动未全部纳入预算管理，每少 1 项扣 0.1 分。
<p>(一百五十一) 实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。(2 分)</p> <p>【概述】全成本核算管理通过细分的项目来分析收支，不仅能够帮助单个医院找到成本控制点、优化资源配置，也有助于分析亏损原因，为财政补偿提供依据，降低财务风险，提高医疗资源利用效率。</p>			
3.3.151.1 实行全成本核算管理，控制运行成本，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。	1.建立健全医院成本管理体系和相关制度，成立成本核算领导小组和成本核算部门，明确工作职责，配备专职成本核算人员。	0.3	文件查阅、员工访谈。 1.医院成本核算管理体系不健全，扣 0.1 分。 2.医院成本管理相关制度不健全，扣 0.1 分。 3.未配备专职成本核算人员，扣 0.1 分。

	<p>2.配置成本核算系统，根据政策规范持续动态更新，满足业务需求。开展科室成本、诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本、DRG/DIP 成本核算，按相关规定出具成本核算报表。</p>	0.5	<p>文件查阅、员工操作、员工访谈。 1.未配置成本核算系统，扣 0.1 分。 2.成本核算系统未动态更新，不能满足业务需求，扣 0.1 分。 3.有科室成本、诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本、DRG/DIP 成本核算及报表，每缺 1 项扣 0.1 分，扣完 0.3 分为止。</p>
	<p>3.实施科室成本监控管理，尤其是大额卫生材料、药品成本的监控。</p>	0.2	<p>文件查阅、员工访谈、记录查看。 1.完全未实施科室成本监控管理，扣 0.2 分。 2.未实施科室大额卫生材料或药品成本监控，扣 0.1 分。</p>
	<p>4.定期开展成本核算结果分析，有季度、半年度、年度成本分析报告，相关分析报告运用于服务和支撑经济运营管理、绩效考核等，促进优化投入产出比，提高资源利用效率。</p>	0.2	<p>文件查阅、员工操作、员工访谈、数据核查。 1.未按季度、半年度、年度定期开展成本核算结果分析，扣 0.1 分。 2.成本核算分析结果未运用于服务和支撑运营管理、绩效考核等，扣 0.1 分。</p>
<p>3.3.151.2 控制医院债务规模，降低财务风险，加强资产管理，优化资源配置。</p>	<p>1.建立健全医院资产管理制度，包括流动资产、固定资产和无形资产管理以及负债管理等，并开展固定资产购置事前论证工作，对资产出租出借、对外投资、资产处置经充分论证并规定进行审批，科学合理配置医院资产。</p>	0.6	<p>文件查阅、员工访谈。 1.医院资产管理制度不健全，流动资产、固定资产和无形资产管理以及负债管理，每缺 1 项，扣 0.1 分。 2.未开展固定资产购置事前论证，扣 0.2 分。 3.资产出租出借、对外投资、资产处置未按规定进行论证审批，出现上述任一情形，扣 0.1 分。</p>
	<p>2.定期对医院资产管理进行分析评价，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内，国有资产保值增值。</p>	0.2	<p>文件查阅，员工访谈。 1.未定期开展资产管理分析评价，扣 0.1 分。 2.资产负债率、流动比率、速动比率出现明显异常波动，扣 0.1 分。</p>
<p>（一百五十二）落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。（2分）</p> <p>【概述】加强医院内部价格行为管理，有助于促进卫生健康事业改革和发展，维护患者与医疗机构的合法权益，医院的医疗服务价格遵循相关规定并向社会公开，确保价格信息准确，新增医疗服务价格项目有规范的管理流程。</p>			

3.3.152.1 确保医院内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。	合理配置价格管理部门和人员，并明确职责。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未合理配置部门和人员，扣 0.1 分。 2.未明确工作职责，扣 0.1 分。
3.3.152.2 全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。	全面落实价格公示制度，并有提供咨询和投诉价格的通道，有价格投诉处理机制和处理流程。	0.4	文件查阅、现场检查、员工操作、员工访谈。 1.未进行价格公示，扣 0.2 分。 2.无咨询与投诉通道，扣 0.1 分。 3.无价格投诉处理流程，扣 0.1 分。
3.3.152.3 完善医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录，及时纠正不规范收费行为。	健全和落实价格管理机制、价格管理制度、医药收费复核管理制度，无违规收费。	0.6	文件查阅、记录查看、员工操作、现场检查。 1.价格管理制度或收费复核管理制度不完善，扣 0.1 分。 2.价格管理制度或收费复核管理制度落实不到位，扣 0.1 分。 3.有不规范收费，扣 0.2 分。
3.3.152.4 确保医药价格管理系统信息准确。	有医药价格信息管理系统并落实国家有关规定调整价格，保障价格信息真实、准确。	0.2	文件查阅、员工操作、员工访谈。 1.无医药价格信息管理系统，扣 0.1 分。 2.医药价格信息管理系统未按规定及时维护，价格信息不真实、不准确，扣 0.1 分。
3.3.152.5 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。	有新增医疗服务价格项目管理制度，有内部申请、审核、复核、申报流程，程序规范，相关人员知晓并落实。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无新增医疗服务价格项目管理制度，扣 0.1 分。 2.新增医疗服务价格项目管理制度未有效落实，扣 0.1 分。
3.3.152.6 积极开展并不断改进医院内部价格管理工作。	向各部门、各科室进行价格执行情况宣讲、分析、监督及整改追踪；科室有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无价格宣讲培训、无价格分析和监督、无价格管理改进管理，各扣 0.1 分。 2.科室无定期自查、总结分析，扣 0.1 分。 3.科室对存在问题无整改，扣 0.1 分。
<p>(一百五十三) 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。(2分)</p> <p>【概述】 医院的货物、服务和工程等采购行为，应当遵守相关法律、规定，集中采购有规范的流程。</p>			

3.3.153.1 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、工程、基建、货物、服务等采购制度和流程。	1.建立健全采购管理相关制度并严格落实，定期对采购项目进行质控管理，建立整改台账。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未建立健全采购管理制度，药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，每缺1项或每发现1项落实不到位，扣0.1分。 2.上述采购管理制度每发现1项落实不到位，扣0.1分。 3.未定期进行质控管理及整改，扣0.1分。
	2.采购项目需求论证合规性。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未按要求进行采购项目需求论证，扣0.1分。 2.需求论证未按相关要求论证、内容不全面或进行论证的专家组人数不符合相关规定，扣0.1分。
	3.采购项目采购方式合规性：政府采购项目严格按照规定进行本级财政部门备案、公示、采购等流程；院内自主采购项目严格执行院内采购实施流程。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 政府采购或院内采购项目方式或流程不合规，每发现1例扣0.1分。
3.3.153.2 有采购管理和监督部门，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，加强集中采购管理。	1.设置专门的采购管理部门，明确职能职责，制定年度采购计划、建立工作台账等；年度采购预算方案上报“三重一大”会议（或党委会）审议，严格执行采购预算。	0.5	文件查阅、员工操作、现场检查。 1.未设置专门的采购管理部门，扣0.1分。 2.未制定年度采购计划，扣0.1分。 3.未建立工作台账，扣0.1分。 4.存在年度采购预算方案未上报“三重一大”会议（或党委会）审议的情况，扣0.1分。 5.采购预算执行率未控制在95%~105%，扣0.1分。
	2.设置采购监督部门，如医院审计部门对采购项目进行审计，跟踪相关反馈及整改情况。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.无采购监督部门，扣0.1分。 2.存在未对采购项目有效审计意见进行反馈及整改的情况，扣0.1分。
	3.医院按照“决策、实施、监督”相分离原则，明确采购范围、采购方式、采购流程、质疑与投诉流程等，严格执行管理和审批程序，无违规事件。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未实行采购业务的决策、实施、监督相分离或采购审批不规范，每发现1例扣0.1分。 2.有违规采购事件，扣0.1分。

3.3.153.3 按照相关规定建立医院招标制度和流程，并能得到落实。	有招标管理和监督部门，建立健全招标管理制度和流程，并严格落实，无违规事件。	0.3	文件查阅、现场检查、员工访谈。 无招标管理和监督部门、未建立健全招标管理制度和流程、招标管理制度落实不到位或有违规招标事件，扣 0.1 分。
<p>（一百五十四）医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。（2分）</p> <p>【概述】建立公益性为导向的绩效分配制度，坚持同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配原则，有步骤合理提高员工待遇。</p>			
3.3.154.1 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。	1.医院绩效分配要体现医、护、技、药、管等不同岗位差异，体现知识、技术、劳务、管理等要素的价值，同工同酬，多劳多得，优绩优酬。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.绩效分配未体现岗位差异和要素价值，或差异体现不充分，扣 0.1 分，扣完 0.2 分为止。 2.绩效分配未做到同工同酬、多劳多得、优绩优酬分别，分别扣 0.1 分，扣完 0.2 分为止。
	2.医院绩效工资向关键和紧缺岗位、高风险和高强度岗位、高层次人才、业务骨干和做出突出成绩的医务人员倾斜，向急需且专业人才短缺的专业倾斜。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 绩效工资未向特殊岗位或急需短缺专业倾斜，各扣 0.1 分。
3.3.154.2 以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。	以综合绩效考核为依据，突出服务质量、服务数量，合理确定医院薪酬水平和绩效工资总量，建立动态调整机制，稳步提高医务人员薪酬水平，调动医务人员积极性。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.综合绩效考核评价指标考核未突出服务质量或数量，分别扣 0.1 分。 2.薪酬水平和绩效工资总量不合理，扣 0.1 分。 3.薪酬和绩效工资未建立动态调整机制，扣 0.1 分。
3.3.154.3 医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。	1.绩效和医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 存在严禁内容，每发现 1 项扣 0.1 分。
	2.绩效考核与分配方案经过职工代表大会或医院绩效管理委员会讨论通过。	0.2	文件查阅、现场检查、员工访谈。 绩效考核与分配方案未经过职工代表大会或医院绩效管理委员会讨论通过，扣 0.2 分。
3.3.154.4 建立科学合理的绩效考核评价机制。	绩效考核评价应与国家三级公立医院绩效考核、医保支付方式改革等相结合，有效落实绩效考核方案，并坚持问题导向、动态调整，职能部门有检查、分析、反馈，调动员工积极性，促进医院发展。	0.6	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.考核评价指标未与三级公立医院绩效考核等宏观政策相结合或考核评价指标未动态调整，各扣 0.1 分。 2.职能部门无检查、分析、反馈，扣 0.2 分。

			3.未提供证明材料，扣 0.2 分。
<p>（一百五十五）落实《关于推动公立医院高质量发展的意见》、《关于加强公立医院运营管理的指导意见》等，推动公立医院发展方式从规模扩张向提质增效转变，运行模式从粗放管理向精细化管理转变，资源配置从注重物质要素向更加注重人才技术要素转变，提升运营管理精细化水平，坚持高质量发展和内涵建设。（2分）</p> <p>【概述】大力推动公立医院核心业务工作与运营管理工作深度融合，将现代管理理念、方法和技术融入运营管理的各个领域、层级和环节，完善管理制度、再造业务流程、优化资源配置、强化分析评价、加强信息化管理水平，有效提升运营管理效益效率。</p>			
3.3.155.1 建立健全运营管理体系和管理制度。	1.医院应成立运营管理委员会，单独设置运营管理部门或确定牵头负责运营的内设机构，推行运营助理员等，明确职责分工，加强内部运营管理制度落实。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未成立运营管理委员会，扣 0.1 分。 2.未单独设置运营管理部门，无确定牵头负责运营的内设机构，扣 0.1 分。 3.无运营助理员等协助落实运营管理制度落实，扣 0.1 分。 4.医院运营管理职责分工不明确或缺失，扣 0.1 分。
	2.建立健全医院运营管理制度体系，包括人力资源管理、空间和设施设备管理、绩效管理、财务管理、资产管理、信息化管理等。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 每缺 1 项制度体系，扣 0.1 分。
3.3.155.2 健全运营管理落实机制，加强运营机制落实。	1.优化运营管理流程，将运营活动各环节的人、财、物、技术通过流程管理有机结合，形成统一的管理体系。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 落实运营管理流程优化任务，包括梳理、评价、优化、推进流程管理标准化和信息化等，缺 1 项扣 0.1 分。
	2.加强信息支撑，充分利用现代化信息技术，加强医院运营管理信息集成平台标准化建设。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 1.未建立运营管理信息系统，扣 0.1 分。 2.业务系统与运营管理系统未互联互通，扣 0.2 分。 3.未构建运营管理数据仓库，扣 0.1 分。
	3.加强运营管理，支撑决策应用，将运营管理转化为价值创造。	0.4	文件查阅、现场检查、员工访谈。 运营管理分析结果完全未能发挥支撑管理决策作用，扣 0.4 分。一定程度提供酌情扣分，需提供材料证明。
<p>（一百五十六）严格执行医院医疗保障管理相关制度，有便捷的服务流程，保障各类基本医疗保障制度参加人员的权益，强化参保者知情同意。（2分）</p> <p>【概述】：医疗机构应严格执行医院医疗保障管理相关制度，为患者提供便捷的医保服务流程，维护各类基本医疗保障制度参保人员的权益，并提供相关信息的咨询服务，保障参保人的知情同意权。</p>			

3.3.156.1 严格执行医院医疗保障管理相关制度，有便捷的服务流程，保障各类基本医疗保障制度参保人员的权益，强化参保人员知情同意权。	1.严格执行医疗保障制度。	0.8	文件查阅、记录查看。 1 无医院医疗保障管理相关制度，扣 0.4 分。 2.未严格执行医疗保障管理制度，扣 0.4 分。
	2.参保人员就医服务流程合理。	0.6	文件查阅、记录查看。 1.医保待遇办理、审批结算等服务流程不合理，扣 0.4 分。 2.医保待遇办理、审批结算等服务不便捷优质，扣 0.2 分。
	3.保障各类参保人员的权益，强化参保人员知情同意。	0.6	文件查阅、记录查看。 1.未维护参保人员的权益，提供基本医疗保障相关信息的公示与咨询服务，扣 0.4 分。 2.未按照地方医保要求，履行协议管理中要求的知情同意权益，扣 0.2 分。
<p>（一百五十七）建立完善的医保服务行为与费用运行管理制度，依据医保相关法律、法规、条例等要求，推进院内医保服务与费用运行管理工作。（2分）</p> <p>【概述】医疗机构应建立完善的医保服务行为与费用运行管理制度，依据医保相关法律、法规、条例等要求，开展院内医保行为与费用运行的联动管理工作，保障医保基金的安全，保护患者权益。</p>			
3.3.157.1 建立完善的医保服务行为与费用运行管理制度，依据医保相关法律、法规、条例等要求，推进院内医保服务与费用运行管理工作。	1.制定院内医保行为管理相关管理制度，定期开展院内医保服务行为管理工作，并落实考核。	0.6	文件查阅、记录查看。 1.未制定院内医保服务行为管理制度，扣 0.2 分。 2.未开展院内医保服务行为检查、分析、反馈，扣 0.2 分。 3.未制定并落实医保行为管理考核评价制度，扣 0.2 分。
	2.制定院内医保费用运行相关管理制度，实时监测医保费用运行情况，并落实考核。	0.6	文件查阅、记录查看。 1.未动态监测医保费用运行相关指标，扣 0.2 分。 2.未制定医保费用运行监测指标，扣 0.2 分。 3.未制定并落实医保费用运行考核评价制度，扣 0.2 分。

	3.定期开展院内医保相关政策培训、考核，建立医保费用与行为的联动机制，推进医保管理的进程。	0.8	文件查阅、记录查看。 1.未开展院内医保相关培训，无记录，扣 0.2 分。 2.未开展院内医保相关考核，无记录，扣 0.2 分。 3.无院内医保费用与行为联动的机制，扣 0.2 分。 4.未开展院内医保费用与行为联动工作或无记录，扣 0.2 分。
--	---	-----	---

四、信息管理

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>（一百五十八）建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制定信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。（2分）</p> <p>【概述】信息化建设是现代医院管理不可或缺的部分。医院应当不断提升信息化建设水平，完善信息化建设管理组织架构，根据信息化建设标准与相关规定，制定与医院发展相适应的信息化建设规划，加强各部门之间的信息化协同联动。</p>			
3.4.158.1 建立以院长为组长的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，承担信息化建设和管理的行政管理职能。	1.建立以院长为组长的医院信息化建设领导小组，全面领导推进医院信息化建设工作，并定期召开会议。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未建立以院长为组长的医院信息化建设领导小组，扣 0.3 分。 2.未设置医院信息安全领导小组，扣 0.3 分。 3.未定期召开并落实会议精神，扣 0.1 分。（共 0.3 分，扣完为止）
	2.医院专职的信息管理部门负责医院信息化建设工作，承担信息化建设规划和管理的行政职能。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 未设置负责信息管理的专职部门或未承担信息化建设规划和管理的行政职能，各扣 0.1 分。
	3.信息管理专职部门信息化专业人员应达到每百张开放床位 1 人。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 信息管理专职部门全日制信息化专业人员未达到每百张开放床位 1 人，扣 0.5 分。
3.4.158.2 建立各部门间的组织协调机制。	建立各部门间的组织协调机制，由各部门提出信息化需求，信息管理的专职机构实现需求信息化。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 未建立或未落实各部门间的组织协调机制，扣 0.2 分。

3.4.158.3 制订信息化发展总体规划，强化顶层设计，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。	制定与医院信息化水平相符的医院信息化建设中长期发展规划，并制定与医院信息化建设中长期规划相符的年度工作计划，计划应包括实施方案、信息化建设、运行维护以及年度预算占医院平均业务收入 1.5%的信息化投入等，充分考虑计划的科学性与可行性，并落实。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未制定医院信息化发展中长期发展规划，扣 0.5 分。 2.未制定医院信息化建设年度工作计划，扣 0.2 分。 3.计划内容未包括实施方案、信息化建设、运行维护以及年度预算占医院平均业务收入 1.5%的信息化投入等，或有以上内容但未落实，扣 0.3 分。
3.4.158.4 制定信息化建设配套的相关管理制度。	制定并及时修订信息系统建设、管理的规章制度，制度至少应包括信息化工作制度、信息部门岗位制度、网络安全制度、机房管理制度、数据安全制度、信息设备管理制度、软硬件采购制度、软件功能需求管理制度等，严格落实规章制度，并取得成效。	0.3	文件查阅、记录查看、执行内容、员工访谈。 1.未制定并及时修订信息系统建设、管理的规章制度，扣 0.3 分。 2.未严格落实规章制度，扣 0.2 分。
<p>(一百五十九) 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。(s 分)</p> <p>【概述】随着信息技术的发展及医院运行机制的转变，医院信息系统已成为现代化医院必不可少的重要基础设施与支撑环境。医院应当依托信息平台，加强信息系统标准化、规范化建设，强化数据的协同共享，实现临床与管理系统的互联互通。</p>			
3.4.159.1 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息。	1. 电子病历系统应用水平达到较高水平，能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息。	1.5	文件查阅、系统查验、员工访谈。 1. 电子病历系统应用水平未达到五级，扣 1.5 分； 2. 电子病历系统应用水平未达到六级，扣 0.5 分。
	2. 门急诊电子病历全部实现结构化。住院电子病历开展结构化改造，采用调取江苏省标准化医疗术语的方式进行书写，病历数据能实时上传省级、市级结构化电子病历数据中心。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。 1.未实现门急诊电子病历结构化，扣 0.2 分。 2.未开展住院电子病历结构化改造，扣 0.2 分。 3.未采用调取江苏省标准化医疗术语的方式进行书写，扣 0.3 分。 4.病历数据能实时上传省级、市级结构化电子病历数据中心，扣 0.3 分。
3.4.159.2 医院信息系统能够为医院管理、临床医疗	1.积极推进“互联网+医疗健康”工作，在江苏省互联网医院监管平台的安全规范基础上建设互联网医院，并有效推广运	0.5	文件查阅、记录查看、系统查验、员工访谈。 1.未取得江苏省互联网医院执业许可，扣 0.3 分；

和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。	营；开展互联网+诊疗、互联网+护理、远程会诊、远程影像、远程超声或远程病理服务、健康管理、诊后随访等项目。		2.未常态化推广运营，扣 0.2 分。 3.未能提供互联网医疗服务项目，每缺一项扣 0.1 分，最多扣 0.3 分。
	2.建设满足医院管理、临床医疗决策支持的数据中心。	0.5	文件查阅、记录查看、系统查验、员工访谈。 无临床和运行数据中心，扣 0.5 分。
3.4.159.3 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	1.医院信息互联互通标准化成熟度测评达到较高水平。	1	文件查阅、平台查验、员工访谈。 未通过医院信息互联互通标准化成熟度测评四级甲等测评，扣 1 分。
	2.按照江苏省卫健委要求，数据及时、准确上传至江苏省全民健康信息平台。	0.5	文件查阅、平台查验、员工访谈。 上传平台数据合格率未达到 85%，扣 0.5 分。
<p>（一百六十）根据《中华人民共和国网络安全法》、《中华人民共和国数据安全法》、《中华人民共和国个人信息保护法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性，落实法律规定的数据安全和个人隐私保护要求。（2分）</p> <p>【概述】信息安全是医院管理和医疗质量管理的核心内容。医院应当根据相关法律法规，制定本院信息管理制度，建立和完善突发事件处置相应机制，规范信息系统运行，保护患者个人信息、敏感信息、隐私权。</p>			
3.4.160.1 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。	1.电子病历、集成平台、互联网医院等核心应用系统应通过信息系统安全等级保护三级测评（测评系统具体名称可整合），并每年进行 1 次；医院网站等其他非核心应用系统应通过信息系统安全等级保护二级测评，并每两年进行 1 次。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.按要求应该进行等级保护测评的系统，缺测评 1 项，扣 0.2 分； 2.评审周期内未持续进行等级保护测评的系统，1 个扣 0.2 分。
	2.建立医院数据安全全流程管理制度，并落实，包括但不限于数据调阅、数据变更、数据存储、数据脱敏等制度。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 未制订或未落实，扣 0.3 分。
3.4.160.2 推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	有院级层面信息系统突发事件应急预案，每年至少进行 1 次应急演练，针对发现的问题要进行整改并及时修订应急预案。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.未制订或未及时修订，扣 0.1 分； 2.缺 1 次演练，扣 0.2 分。
3.4.160.3 医院定期对信息系统开展信息网络检查，保障信息安全。	信息系统定期开展安全巡检，并对巡检发现的安全问题进行整改。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈。 未定期巡检或未整改，各扣 0.2 分。

<p>(一百六十一) 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。(1分)</p> <p>【概述】 医院应当按照有关行政部门要求，及时、准确上报相关数据，并确保数据真实可靠，上报工作有记录可追溯。</p>			
3.4.161.1 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作。	按规定完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息数据报送工作。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 有1项未按规定完成数据报送，扣0.1分。
3.4.161.2 有内部数据核查制度，确保数据真实可靠、可追溯。	建立数据核查制度并严格落实，未发生统计数据上报信息错误、未发生瞒报或报送虚假数据现象。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.无制度或未落实，扣0.3分； 2.发生统计数据上报信息错误或瞒报或报送虚假数据，扣0.2分。

五、医学装备管理

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百六十二) 根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。(2分)</p> <p>【概述】 规范和加强医疗卫生机构医学装备管理，有助于促进医学装备合理配置、安全与有效利用，充分发挥使用效益，保障医疗卫生事业健康发展。</p>			
3.5.162.1 根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理。	1.建立医学装备三级管理体系，设立由院领导负责的医学装备管理委员会，承担指导医疗器械临床使用管理和监督工作。	0.2	文件查阅、记录查看。 1.未建立体系，扣0.1分。 2.未对医学装备发展规划、年度装备计划、采购活动、质量控制、使用考核等重大事项进行评估、论证和监督，扣0.1分。
	2.医学装备管理部门根据医院功能和任务需求，配备专业管理人员和专业技术人员，并制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责，严格执行。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.人员配备未达到要求，扣0.1分。 2.未制定制度、工作流程或未执行岗位职责，扣0.1分。
	3.配置合理维修人员和维修场地，涉及有毒有害作业应有合	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。

	适的维修场所和有效防护；医学装备委员会对医学装备管理部门工作计划进展和人员管理有检查、分析、反馈。		1.未配备维修人员和场地或有毒有害作业无合适的维修场所或防护未达到，扣 0.1 分。 2.医学装备委员会未对医学装备管理部门工作计划进展和人员管理进行检查、分析、反馈，扣 0.1 分。
3.5.162.2 制定常规与大型医学装备配置方案。	1.根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求，制定符合医院功能定位和发展规划的常规与大型医学装备配置方案。	0.1	文件查阅。 未制定常规与大型医学装备配置方案，扣 0.1 分。
	2.有医学装备论证、决策、购置、验收、培训、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与工作流程，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，有记录。	0.1	文件查阅、记录查看。 未制定工作制度、流程，未实行采购业务分离并记录，扣 0.1 分。
	3.有医学装备管理各项制度落实情况的监管和考核机制，有监管和考核记录。	0.2	文件查阅、记录查看。 无监管和考核机制或无记录，各扣 0.1 分。
	4.医学装备配置方案和管理要求得到有效落实，职能部门有监管、分析、反馈报告，并有落实举措。	0.2	文件查阅、记录查看。 方案和要求未有效落实，缺少职能部门监管、分析、反馈报告及落实举措等，扣 0.2 分。
3.5.162.3 应用信息化技术实施医学装备可视化、全流程的管理。	1.应用信息化技术实施医学装备全流程的管理，有医学装备论证、决策、购置、验收、培训、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关工作的全程记录，信息真实、完整、准确。	0.4	文件查阅、现场检查。 未应用信息化技术实施医学装备全流程的管理，扣 0.4 分。
	2.根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 未建立医学装备分类、分户电子账目，未实行信息化管理，扣 0.2 分。
	3.医学装备管理部门对制度建设、档案资料、账目、设备管理和使用情况等有自查。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 无自查，扣 0.2 分。
（一百六十三）根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价（1 分）。 【概述】 大型医用设备配置需符合区域卫生规划原则，充分兼顾技术的先进性、适宜性和可及性，实现区域卫生资源共享，不断提高设备使用率。			
3.5.163.1 根据医院功能定位和发展规划，鼓励与规范大型医用设备使用、功	1.有医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在 50 万元及以上的医学装备有可行性论证，甲乙类设备严格实行配置论证管理制度。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无制度与程序，单价在 50 万元及以上的医学装备未进行可行性论证，扣 0.1 分。

能开发。	2.建立医学装备档案管理制度，相关档案资料齐全。单价在5万元及以上的医学装备档案集中统一管理，对使用期限长的大型医疗器械，应当逐台建立使用档案，记录其使用、维护等情况。	0.1	2. 甲乙类设备无配置证，扣0.1分。 文件查阅、记录查看。 医学装备档案管理制度不完善、档案资料不齐全，单价5万元及以上医学装备档案未集中管理，使用期限长的大型医疗器械未每台建立使用档案，扣0.1分。
3.5.163.2 开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。	1.有医学装备使用评价相关制度，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价，甲乙类大型医用检查设备检查阳性率。	0.2	文件查阅、记录查看。 1.无评价制度，大型医用设备无分析评价，扣0.1分。 2.按照国家三级公立医院绩效考核要求，未达到检查阳性率定量监测指标逐年提升，扣0.1分。
	2.医学装备管理部门对医学装备配置、审计结果、分析报告，提出改进建议，及时报送医学装备委员会，经委员会审核后持续整改。	0.1	文件查阅、记录查看。 医学装备管理部门无监管、无改进建议、未报送医学装备委员会审核后持续整改，扣0.1分。
3.5.163.3 配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。	配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。	0.4	文件查阅、现场检查。 1.大型医用设备配置不符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，扣0.1分。 2.大型医用设备配置与医院的功能定位、临床服务需求不适应或无相应的技术条件、配套设施和相应资质、能力的专业技术人员，扣0.2分。 3.大型医用设备配置未经省级以上卫生健康主管部门批准，未取得许可证，扣0.1分。
<p>(一百六十四) 加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制(2分)。</p> <p>【概述】医院应当建立医疗器械临床使用风险管理制度，实行使用安全监测与报告制度，对大型医疗器械以及植入和介入类医疗器械开展临床使用评价，对存在安全隐患的医疗器械立即停止使用，直至隐患消除。</p>			
3.5.164.1 加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风	建立医学装备安全管理与监管制度，遵从安全操作使用流程，加强对装备警报提示系统的管理，如医疗设备故障报警的及时处理、信息化与物联网技术支持下的在线监测、有报警的	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无制度、流程，无警报提示系统管理，扣0.1分。 2. 无医学装备质量保障要求或暂停或终止使用的高

	2.技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求，有行政监管部门检测报告，对不合格情况有分析/整改落实措施；使用科室对放射诊疗设备使用情况有自查，管理部门对放射和诊断性影像等设备定期检查、维护和校准有监管，所有放射诊疗设备监测均符合要求。	0.3	文件查阅、记录查看。 1.技术指标和安全、防护性能不符合有关标准与要求，无监管部门检测报告，对不合格情况无分析/整改落实措施，扣 0.1 分。 2.使用科室对放射诊疗设备使用情况无自查，扣 0.1 分。 3.管理部门未对放射和诊断性影像等设备无定期检查、维护和校准监管，或存在放射诊疗设备监测不符合要求，扣 0.1 分。
3.5.164.5 加强计量设备检测管理。	1.有计量设备检测管理的相关制度，并落实。	0.1	文件查阅、记录查看。 无计量设备检测管理的相关制度，并落实，扣 0.1 分。
	2.统一设置计量设备清单，清单上所列计量设备必须进行检测；有两年内计量设备清单、定期检测记录和计量不合格设备的维修记录等相关资料。	0.1	文件查阅、记录查看。 无统一计量设备清单，无两年内计量设备清单、定期检测记录和计量不合格设备的维修记录等相关资料，扣 0.1 分。
	3.经检测的计量器具有计量检测合格标志，标志显示检测时间与登记记录一致。	0.1	记录查看、现场检查。 经检测的计量器缺少计量检测合格标志，标志显示检测时间与登记记录不一致，扣 0.1 分。
	4.使用科室对计量设备使用情况有自查，有记录，医学装备管理部门对计量设备定期自查和检测，有记录，有分析报告及改进措施，计量设备使用均符合规范。	0.1	记录查看、现场检查。 使用科室无自查或医学装备管理部门无自查、检测、改进，扣 0.1 分。
（一百六十五）加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务（1 分）。 【概述】 医院应当组织开展医疗器械管理法律、法规、规章和合理使用相关制度、规范的业务知识培训，宣传医疗器械临床使用安全知识，指导临床合理使用，并提供咨询与指导。			
3.5.165.1 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，有考核。	1.有保障常用仪器、设备和抢救物品使用者培训的制度、培训计划及具体课程安排。培训内容涵盖使用中可能出现的意外情况处理预案及措施。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查、员工操作。 1.缺少保障常用仪器、设备和抢救物品使用者培训的制度、培训计划及具体课程安排，扣 0.1 分； 2.培训内容未涵盖使用中可能出现的意外情况处理预案及措施，扣 0.1 分。

	2.对设备操作人员的培训情况有考核，并有记录；科室对培训情况和效果有自查；职能部门有检查、分析、反馈；全院仪器设备使用人员操作和维护规范，无人为因素导致医疗事故。	0.5	文件查阅、记录查看。 1.设备操作人员的培训情况无考核，缺少记录，扣0.1分。 2.科室对培训情况和效果无自查，扣0.1分。 3.职能部门无检查、分析、反馈，扣0.1分。 4.由人为因素导致医疗事故，扣0.2分。
3.5.165.2 为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	医学装备管理部门为临床使用的医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务，有相关实施记录；职能部门有检查、分析、反馈。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.医学装备管理部门不能为临床使用的医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务，缺少相关实施记录，扣0.2分。 2.职能部门无检查、分析、反馈，扣0.1分。
<p>(一百六十六) 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制（2分）。</p> <p>【概述】 医院应当制订与其规模、功能相匹配的生命支持医疗器械和相关重要医疗器械核查制度，保障医学装备处于完好状态，并对急救的医疗器械建立全院应急调配机制，保证临床急救工作正常开展。</p>			
3.5.166.1 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范。	1.有保障医学装备使用管理相关制度和规范，有临床使用记录。医学装备管理部门对医学装备保养、维修、校验等实施统一管理，并指导操作人员履行日常保养和维护。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.无保障医学装备使用管理相关制度和规范，无临床使用记录，扣0.1分。 2.医学装备管理部门未能对医学装备保养、维修、校验等实施统一管理，未能指导操作人员履行日常保养和维护，扣0.1分。
	2.有使用部门和医学装备管理部门对医学装备保障情况的登记资料。其中急救生命支持类设备巡检/预防性维护/质控等记录齐全，大型医用设备预防性维护/质控/维修等记录齐全。	0.1	文件查阅、记录查看、现场检查。 缺少使用部门和医学装备管理部门对医学装备保障情况的登记资料，相关记录不全，扣0.1分。
	3.医学装备管理部门对医学装备年度故障维修情况有分析报告，根据医学装备年度使用监管分析结果提出整改措施。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.对医学装备年度故障维修情况没有分析报告，扣0.1分。 2.未能根据医学装备年度使用监管分析结果提出整改措施，扣0.1分。

3.5.166.2 急救、生命支持系统仪器装备应始终保持在待用状态。	1.有急救类、生命支持类医学装备调配方案，各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态，在用/待用急救类、生命支持类装备完好率 100%，保障紧急救援工作需要。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无急救类、生命支持类医学装备调配方案，扣 0.1 分。 2.各科室急救类、生命支持类装备不能时刻保持待用状态，扣 0.1 分。 3.现场检查，在用/待用急救类、生命支持类装备有 1 台故障，扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。
	2.医学装备部门应用信息化技术对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行全程监管。	0.1	文件查阅、记录查看、现场检查。 医学装备部门未应用信息化技术对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行全程监管，扣 0.1 分。
3.5.166.3 建立全院应急调配机制。	1.有医学装备日常管理工作和应急管理等相关制度，建立应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。	0.1	文件查阅、记录查看。 无医学装备日常管理工作和应急管理等相关制度，未建立应急管理程序，装备故障时无紧急替代流程或未能优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配，扣 0.1 分。
	2.医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序；职能部门对医学装备应急调配有演练和监管。	0.4	文件查阅、员工访谈、现场检查。 1.医务人员不知晓医疗装备应急管理与替代程序，扣 0.2 分。 2.职能部门对医学装备应急调配无演练和监管，扣 0.2 分。
	3.全院医学装备应急调配有保障，建立 24h 独立运转应急设备调配部门，配备相应技术人员，15 分钟内完成院内调配与临床使用。	0.5	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.全院医学装备应急调配无保障机制，扣 0.1 分； 2.未建立 24h 独立运转应急设备调配部门并配备相应技术人员，扣 0.2 分； 3.15 分钟内不能完成院内调配与临床使用，扣 0.2 分。
<p>(一百六十七) 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理 (2 分)。</p> <p>【概述】 医院应当按照有关法律法规、规范、标准要求，使用经批准的药品、医疗器械、耗材开展诊疗活动，并建立不良事件监测报告制度，按照国家有关规定，及时向相关部门报告。</p>			

3.5.167.1 建立耗材管理制度	依据国家相关规定，有高值医用耗材、一次性使用无菌器械及其他医用耗材管理制度及实施细则，且制度应完善、具备可行性	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.未制定高值医用耗材、一次性使用无菌器械及其他医用耗材管理制度，缺 1 类扣 0.1 分。 2.管理制度不完善、缺乏可行性，扣 0.1 分。
3.5.167.2 建立高值耗材工作流程	有高值耗材临床应用遴选、采购、储存、使用、监测、评价、监督等管理程序，并有记录。	0.6	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.高值耗材管理程序不完善，扣 0.3 分； 2.记录不全面，每缺 1 项扣 0.1 分。
3.5.167.3 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源管理。	1.依据国家相关规定，植入类医用耗材实现全生命周期溯源管理。	0.3	文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查。 植入类医用耗材未实现全生命周期信息化管理、未能溯源，扣 0.3 分。
	2.医用耗材出入库应采用信息化措施，实现三级库管理。	0.3	文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查。 医用耗材出入库未实现信息化管理，扣 0.3 分；管理至一级库，扣 0.2 分；管理至二级库，扣 0.1 分。
3.5.167.4 医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。	医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。	0.6	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1.医用耗材/医疗器械不良事件监测与报告制度不健全，扣 0.1 分。 2.医用耗材不良事件上报流程不规范，扣 0.1 分。 3.上报国家食药监总局医疗器械不良事件报告数量及质量不符合相关规定，扣 0.1 分/每份，最多扣 0.4 分。
<p>(一百六十八) 医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理。(2 分)</p> <p>【概述】医学装备管理实行机构领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备管理委员会。医学装备使用部门设专职或兼职管理人员，在医学装备管理部门的指导下，具体负责本部门的医学装备日常管理工作。</p>			
3.5.168.1 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。	1.医院、使用部门应分别建立明确的质量与安全指标，并开展定期评价活动，解读评价结果。	0.1	文件查阅、记录查看。 医院、使用部门未分别建立明确的质量与安全指标，未开展定期评价活动，扣 0.1 分。
	2.医学装备使用科室（或部门）设专职或兼职人员管理科室医学装备，进行医学装备质量管理基本知识和基本技能培训与教育。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.医学装备使用科室（或部门）未设专职或兼职人员管理科室医学装备，扣 0.1 分。

			2.从事医学装备质量和安全管理的员工未接受医学装备质量管理基本知识和基本技能培训与教育，扣 0.1 分。
	3. 医学装备部门对医学装备使用质量与安全管理情况有检查、分析、反馈；医学装备管理规范、使用科室满意度不断提高，现场抽查设备完好率达 100%。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.医学装备部门对医学装备使用质量与安全管理情况无检查、分析、反馈，扣 0.1 分。 2.医学装备管理欠规范、使用科室满意度未能不断提高，扣 0.1 分。 3.现场抽查设备完好率未达 100%，扣 0.1 分。
3.5.168.2 医学装备部门建立质量安全小组。	医学装备部门建立质量安全小组，制定并执行医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责，实际运行中有职责、流程、会议议题及讨论事项。	0.7	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.未成立质量安全小组，扣 0.2 分。 2.未制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责并执行，扣 0.2 分。 3.质量安全小组未实际运行职责、流程、会议议题及讨论事项，缺 1 项扣 0.1 分，最多扣 0.3 分。
3.5.168.3 医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。	1.使用部门有医疗设备使用、医疗器械不良事件报告与监测管理制度和流程，并执行。	0.2	文件查阅、记录查看。 使用部门无医疗设备使用、医疗器械不良事件报告与监测管理制度和流程，扣 0.1 分；未执行，扣 0.1 分；
	2.医学装备管理部门按照相关规定，考核医疗器械不良事件上报数量和质量，定期汇总分析指导临床使用。	0.5	文件查阅、记录查看。 三级综合医院不足 300 份/年，严重报告数量占比 $\geq 10\%$ ，未达到扣 0.3 分； 未定期汇总分析指导临床使用，扣 0.2 分。

六、后勤保障管理

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百六十九) 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。(1分)</p> <p>【概述】 后勤保障管理组织应当全面、系统、连续对后勤各项工作开展管理和监督落实，从满足医疗服务流程需要来设计、规划、实施和评价后勤保障工作，重视员工合理需求。</p>			

3.6.169.1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。	后勤保障管理组织健全、制度完善、职责明确，后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动；根据医院发展需求制定年度工作计划和工作总结；提供基于信息化的后勤“一站式”服务，包含后勤报修、饭卡充值、门禁管理等服务。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.组织机构不健全或制度不完善或职责不明确，扣 0.1 分。 2.员工不知晓职责制度或无定期培训记录，扣 0.1 分。 3.无年度工作计划或工作总结，扣 0.1 分。 4.未提供基于信息化的后勤“一站式”服务，扣 0.1 分。
3.6.169.2 坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。	后勤服务流程满足患者就医需求，患者对医院餐饮、保洁、环境等后勤服务的满意度不断提高，为患者提供优质、高效的后勤服务；对业务范围内各项服务工作进行检查监督。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.后勤服务流程不满足患者就医需求，扣 0.1 分。 2.未向患者提供优质、高效的后勤服务，扣 0.1 分。 3.后勤服务无检查督查并记录，扣 0.1 分。 4.对患者进行餐饮、保洁、环境等后勤服务进行访谈，有 1 项满意度降低，扣 0.1 分。
3.6.169.3 对员工的合理需求，应当尽力予以满足。	有为解决员工合理需求的具体举措并得到落实，员工对医院餐饮、保洁、环境、维修等后勤服务的满意度不断提高。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无为员工解决合理需求具体举措，扣 0.1 分。 2.对员工进行餐饮、保洁、环境、维修等后勤服务进行访谈，有 1 项满意度降低，扣 0.1 分。
<p>(一百七十) 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。(1 分)。</p> <p>【概述】根据法律法规要求，对后勤专业人员开展必要安全教育和技能培训。特种设备操作人员必须持证上岗，严格遵照技术操作规程开展工作。</p>			
3.6.170.1 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。	有后勤相关人员持证上岗管理制度和岗位人员分布目录，后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，非专业特殊工种，经相关级别培训合格后上岗。	0.5	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无后勤相关人员持证上岗制度或无岗位人员分布目录，扣 0.1 分。 2.后勤专业人员及特种设备操作人员未持证上岗，扣 0.2 分。 3.非专业特殊工种人员，未经培训上岗，扣 0.2 分。
3.6.170.2 按技术规范开展工作。	1.后勤重点设备有明确操作规范，操作人员按规范操作，后勤所有岗位人员管理要求落实到位。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查、员工访谈、员工操作。 1.后勤重点设备无明确操作规范扣 0.1 分； 2.操作人员不规范操作，扣 0.1 分。 3.现场检查后勤岗位人员未落实管理要求，扣 0.1 分。

	2.定期开展安全教育、技术操作规范培训和继续教育。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查、员工访谈。 未定期开展安全教育、技术操作规范培训和继续教育，缺 1 项扣 0.1 分。
<p>(一百七十一) 控制与降低能源资源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。(3 分)</p> <p>【概述】加强水电气热、物资供应等后勤管理，优化服务流程，规范管理机制，强化能耗管控，满足医院运行需要。</p>			
3.6.171.1 控制与降低能源消耗。	1.设立节约能源资源领导组织，管理机构健全、制度完善、职责清晰。	0.1	文件查阅、记录查看。 未设立节约能源资源领导机构，管理机构不健全或制度不完善或职责不清晰，扣 0.1 分。
	2.有月度能源资源消耗统计台账（水、电、气、热等），定期进行万元收入能耗支出分析。	0.3	文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查。 无月度能源资源消耗统计台账，扣 0.1 分；未定期进行万元收入能耗支出分析，扣 0.2 分。
	3.有重点用能设备清单，有节能技改方案或计划，并组织实施。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无重点用能设备清单，扣 0.1 分。 2.无节能技改方案或计划并组织实施，扣 0.1 分。
	4.利用信息化手段对能源资源消耗情况实施智能化监管，具备分析、汇总、预警功能。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无信息化手段对能源资源消耗情况实施智能化监管，扣 0.1 分。 2.未进行分析、汇总、预警，扣 0.1 分。
3.6.171.2 水、电、气、热供应满足医院运行需要。	1.有明确的故障报修、处理流程，有夜间、节假日值班维修机制。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 无明确的故障报修、处理流程，扣 0.1 分；无夜间、节假日值班维修机制，扣 0.1 分。
	2.机房有清晰的标识，重点设备设施日常巡检、定期维护，并且有记录。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 机房无清晰标识，扣 0.1 分；重点设备未进行日常巡检并记录，扣 0.1 分；未定期维护并记录，扣 0.1 分。
	3.特种设备有清单和档案资料，按规定定期检测并按要求张贴检测标签。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 无特种设备清单或无档案资料，扣 0.1 分；特种设备未按规定定期检测，扣 0.1 分；未张贴检测标签，扣 0.1 分。

	4.有突发事件应急预案，并定期组织培训演练。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 无突发事件应急预案并组织培训演练，扣 0.2 分。
	5.定期开展安全教育、技术培训和继续教育。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 未定期开展安全教育、技术培训和继续教育，缺 1 项扣 0.1 分。
3.6.171.3 物资供应满足医院运行需要。	1.有专职部门和人员负责后勤物资供应。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 无专职部门和人员负责后勤物资供应，扣 0.2 分。
	2.有物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程不完善，缺 1 项扣 0.1 分。
	3.实行采购业务的决策、实施、监督相分离，有记录。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 采购业务的决策、实施、监督未分离，扣 0.2 分。
	4.依据使用部门业务需求和意见，制定物资采购需求。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 无年度采购计划扣 0.1 分，采购需求未依据使用部门意见，扣 0.1 分。
	5.临床一线物资物品下收下送。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 临床一线物资物品未下收，扣 0.1 分；未下送，扣 0.1 分。
<p>（一百七十二）为员工、患者提供膳食服务，保障饮食卫生安全。（2 分）</p> <p>【概述】 食品安全是医院后勤管理的重点，保障患者和员工身体健康，是维护医院运行的关键前提。后勤管理部门应当按照国家食品卫生要求，切实履行相应职责。</p>			
3.6.172.1 为员工、患者提供膳食服务。	1.根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务，膳食供应人员应持健康证上岗，相关人员应知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无专职部门、人员负责医院膳食服务，扣 0.1 分。 2.膳食供应人员未持证上岗，扣 0.2 分。 3.访谈相关工作人员不知晓基本安全相关法律法规和食品卫生知识，扣 0.1 分。
	2.有食品安全与卫生管理制度和膳食经营管理制度（财务管理、经营核算、设备维护、食品索证、消防安保等）、膳食供应工作人员岗位职责以及职业道德、行为规范与考核制度。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无食品安全与卫生管理制度或膳食经营管理制度，扣 0.1 分。 2.无膳食供应工作人员职责及职业道德、行为规范、

			考核制度，缺 1 项扣 0.1 分。
	3.有配送餐饮服务的措施并落实，持续改进膳食水平具体举措，患者和员工对膳食服务满意度不断提升。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 无配送餐饮服务，扣 0.1 分；无持续改善膳食水平具体举措，扣 0.1 分；访谈患者和员工对膳食服务满意度调查，满意度降低，扣 0.1 分。
3.6.172.2 保障饮食卫生安全。	1.需确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求，有供应商清单及供货记录。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无证明供应商符合国家食品卫生相关要求的材料，扣 0.1 分； 2.院内分送场所的设备设施与卫生条件不符合国家食品卫生相关要求，扣 0.1 分。 3.无供应商清单，扣 0.1 分， 4.无供货记录，扣 0.1 分。
	2.食品生产制作符合卫生管理要求；有食品留样等保障食品卫生管理相关制度和规范，并落实；有食品卫生事件应急预案，定期组织培训、演练	0.5	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.食品生产制作不符合国家食品卫生相关要求，扣 0.1 分。 2.无落实食品留样等保障食品卫生管理相关制度和规范或未落实，各扣 0.1 分。 3.无食品卫生事件应急预案或未定期组织培训演练，各扣 0.1 分。
（一百七十三）医疗废物、废液管理符合法律法规和医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。（2.5 分） 【概述】 有健全的医疗废物、废液管理制度及应急预案。医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。污水管理和处置符合规定。使用后未被污染的一次性塑料（玻璃）输液瓶（袋）的回收与处置符合要求。			
3.6.173.1 医疗废物、废液管理符合法律法规和医院感染管理要求。	1.有专门机构负责医疗废物、废液处理工作。对从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作的人员和管理人员进行相关法律和专业技术、安全防护及紧急处理等知识的培训，定期考核。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 无专门机构负责医疗废物、废液处理工作，扣 0.1 分；未对从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作的人员和管理人员进行相关法律和专业技术、安全防护及紧急处理等知识的培训，并定期考核，扣 0.1 分。
	2.使用医疗废物管理信息系统，并符合《江苏省“医疗废物管理（监管）系统”基本功能规范（试行）》相关要求，实现对医疗废物实时、全程在线监控。	0.5	现场检查。 未使用符合《江苏省“医疗废物管理（监管）系统”基本功能规范（试行）》要求的信息系统，对医疗废

			物实时、全程在线监控，扣 0.5 分。
	3.医疗废物暂存点设置要符合规范，设施设备运转正常，有运行日志，交接记录完整受委托处置医疗废物、废液的单位应具备相应资质。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.医疗废物暂存点设置不符合规范，扣 0.1 分； 2.设施设备未运转正常，无运行日志，扣 0.1 分； 3.交接记录不完整，扣 0.1 分； 4.受委托处置医疗废物、废液的单位不具备相应资质，扣 0.1 分。
	4.使用后未被污染的一次性塑料（玻璃）输液瓶（袋）的回收与处置符合要求。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 使用后未被污染的一次性塑料（玻璃）输液瓶（袋）的回收与处置不符合要求，扣 0.2 分。
	5.有医疗废物、废液处置的应急预案，定期组织培训、演练。	0.2	文件查阅、记录查看。 无医疗废物、废液处置的应急预案，扣 0.1 分；未组织演练，扣 0.1 分。
3.6.173.2 污水管理和处置符合规定。	1.医疗污水处理系统通过环保部门评价。	0.2	文件查阅。 医疗污水处理系统未通过环保部门评价，扣 0.2 分。
	2.受委托处置污水的单位应具备相应资质。	0.2	文件查阅。 受委托处置污水单位不具备相应资质，扣 0.2 分。
	3.污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.污水处理系统设施设备运转不正常，扣 0.1 分； 2.无运行日志及原始记录，扣 0.1 分。
	4.实时监测医疗机构水污染排放状况，并上报至相关行政部门要求的信息系统。	0.3	记录查看、现场检查。 1.未实时监测医疗机构水污染排放状况，扣 0.2 分； 2.未上报至相关行政部门要求的信息系统，扣 0.1 分。
	5.定期将医院污水送第三方检测。	0.1	文件查阅、记录查看。 未定期将医院污水送第三方检测，扣 0.1 分。
（一百七十四）落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全，为医患双方营造良好诊疗环境。（2分）			
【概述】安全稳定的医院环境是人民群众看病就医、医务人员治病救人的必要条件，医院应当不断提升医院安全秩序管理法治化、专业化、智能化水平，营造安全稳定的诊疗环境。			

3.6.174.1 医院安全秩序管理组织机构健全，制度建设完善。	1.建立主要领导负总责、分管领导具体抓、专职保卫机构组织实施、相关职能部门密切配合，责任分工明确的工作体系。	0.2	文件查阅、记录查看。 未建立主要领导负总责、分管领导具体抓、专职保卫机构组织实施、相关职能部门密切配合的工作体系，扣 0.1 分；责任分工不明确，扣 0.1 分。
	2.医院领导班子定期听取安全秩序管理工作情况汇报，研究推进措施，将医院安全秩序管理工作与医疗服务工作同谋划、同部署、同推进、同考核。	0.2	文件查阅、记录查看。 1.医院领导班子未定期听取安全秩序管理工作情况汇报，扣 0.1 分； 2.未研究推进措施，将医院安全秩序管理工作与医疗服务工作同谋划、同部署、同推进、同考核，扣 0.1 分。
	3.安全保卫管理部门岗位职责明确，人员配备结构合理；有全院安全保卫部署方案和管理制度，保障医务人员人身安全有关制度和保障措施；有措施并落实创建“平安医院”九点要求。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无安全保卫管理部门、人员配备结构不合理或岗位职责不明确，扣 0.1 分。 2.无全院安全保卫部署方案和管理制度或无保障医务人员人身安全有关制度和具体保障措施，扣 0.1 分。 3.未落实“平安医院”九点要求，扣 0.1 分。
3.6.174.2 医院保卫队伍建设完善。	根据人流量、地域面积等情况，配齐配强专职保卫人员，人数按照不低于在岗医务人员总数的 3%或 20 张病床 1 名保安或日均门诊量的 3‰的标准配备。	0.1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 未按照不低于在岗医务人员总数的 3%或 20 张病床 1 名保安或日均门诊量的 3‰的标准配备保安员，或保卫员配备未考虑人流量、地域面积等情况，扣 0.1 分。
3.6.174.3 医院重点要害部位物防设施建设完备。	1.医院为在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设施和防护器械，有供水、供电、易燃易爆物品存放等重点要害部位安装安全防护设施。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.在岗保卫人员和保安员未配备必要的通讯设施和防护器械，扣 0.1 分。 2.医院供水、供电、易燃易爆物品存放等重点要害部位未安装安全防护设施，扣 0.1 分。
3.6.174.4 医院技防系统建设完善。	1. 建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，设置安全监控中心，重点区域视频监控全覆盖。	0.1	文件查阅、记录查看、现场检查。 未建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，未设置安全监控中心，重点区域视频监控未全覆盖，1 项不符合，扣 0.1 分。

	2.有全院安全设备设施清单，安全保卫设备设施配置完好。	0.1	文件查阅、记录查看、现场检查。 无全院安全设备设施清单，或安全保卫设备设施配置不完好，扣 0.1 分。
	3.有包含门禁、高清监控、停车管理等智能化技防设施。在重点区域如门诊、急诊、病区安装一键式报警装置，与安全监控中心联网。	0.1	文件查阅、记录查看、现场检查。 无包含门禁、高清监控、停车管理等智能化技防设施，或未在重点区域如门诊、急诊、病区安装一键式报警装置，与安全监控中心联网，扣 0.1 分。
	4.重点环境、重点部位（如财务、仓库、档案室、计算机中心、新生儿室、麻醉药品库房、重要设备等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统，视频监控系统的技术要求应符合公安部《视频安防监控系统技术要求》，并实现院内高清监控全覆盖。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.未在重点环境、重点部位安装视频监控设施，或防盗监控系统不完善，扣 0.1 分。 2.视频监控系统不符合公安部《视频安防监控系统技术要求》，扣 0.1 分。 3.未实现院内高清监控覆盖，扣 0.1 分。
	5.视频监控系统满足安全保卫需求，进行 24 小时图像记录，保存时间≥30 天，系统应具有时间、日期的显示、记录和调整功能，时间误差≤30 秒；合理使用视频监控资源，有视频监控资源使用制度与程序，有视频监控资源使用审批和使用记录。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.不能 24 小时图像记录，或保存时间低于 30 天，或系统不具有时间和日期的显示、记录和调整功能，或时间误差超过 30 秒，扣 0.1 分。 2.视频监控资源使用制度与程序不完善，无审批和使用记录，扣 0.1 分。
3.6.174.5 建设医院警务室。	设立警务室，配备必要警力。	0.1	文件查阅、记录查看、现场检查。 未设立警务室并配备警力，扣 0.1 分。
3.6.174.6 有序开展安检工作。	建立安全检查制度，配备金属探测门、微量 X 射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备。	0.1	文件查阅、记录查看、现场检查。 未建立安全检查制度，或未配备金属探测门、微量 X 射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备，扣 0.1 分。
（一百七十五）医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。（4 分） 【概述】医院应当根据相关法律法规，加强安全防范系统建设，提高安全防范能力，配置必要防护装备，健全制度，严格管理。			
3.6.175.1 医院消防系统管理符合国家法律法规和标准。	1.消防管理职能部门健全、制度完善，岗位职责清晰，科室消防安全职责管理落实到人。	0.2	文件查阅、记录查看。 消防管理部门不健全、制度不完善、职责分工不清晰，1 项扣 0.1 分。

	2.规范建立微型消防站及高层消防避难所，成立兼职消防队，定期组织演练。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.未建立微型消防站，扣 0.1 分。 2.未定期组织演练，扣 0.1 分。
	3.消防通道畅通，防火器材（灭火器、消防栓等）完好。重点部门、重要部位防范有监管，有记录。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.消防通道不畅或防火器材存在损坏，扣 0.1 分。 2.重点部门无消防安全监管并记录，扣 0.1 分。
	4.对院内基建维修等施工项目进行消防安全监管，所有部门及建筑、通道均符合消防安全要求。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.未对院内基建维修等施工项目进行消防安全监管，扣 0.1 分。 2.存在部门及建筑、通道不符合消防安全要求，扣 0.1 分。
	5.科室、部门对消防通道、员工消防知识和技能、防火器材等有自查，且责任到人。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.科室、部门对消防通道、员工消防知识和技能、防火器材等未进行自查，扣 0.1 分。 2.消防安全责任未到人，扣 0.1 分。
3.6.175.2 医院消防系统定期开展检查、培训等。	1.开展年度、季度性、专项检查等，每年至少进行一次消防安全重点部门的消防演练，每月至少组织一次消防安全检查，有记录。	0.3	文件查阅、记录查看。 1.未开展年度、季度性、专项检查，扣 0.1 分。 2.每年未至少进行 1 次消防安全重点部门的消防演练，扣 0.1 分。 3.每月未至少组织 1 次消防安全检查，扣 0.1 分。
	2.新员工培训考核有消防安全教育内容，至少每年一次进行全院职工的消防安全教育，包括：报警、初起火灾处理程序和方法，灭火器材使用，自救、互救和逃生，按照预案疏散患者等相关知识。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 新员工培训考核不包含消防安全内容，扣 0.1 分；每年未至少 1 次对全院职工进行消防安全教育，扣 0.1 分；安全教育内容不全，扣 0.1 分。
	3.定期对全院消防安全管理有检查、分析、反馈。	0.2	文件查阅、记录查看。 未定期对全院消防安全管理检查、分析、反馈，扣 0.2 分。
	4.全体职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能。	0.2	员工访谈、现场检查。 职工不知晓消防安全知识或不掌握基本消防安全技能，各扣 0.1 分。

3.6.175.3 医院特种设备管理符合国家法律法规和标准。	1.有特种设备管理的相关制度、操作规范和岗位职责；使用部门对所拥有的特种设备制度落实、维护等自查。	0.2	文件查阅、记录查看。 1.相关制度、操作规范、岗位职责不完善，扣 0.1 分。 2.使用部门未对所拥有的特种设备制度落实、维护等自查，扣 0.1 分
	2.专人负责，持证上岗，有相关操作记录，有培训及三级安全教育卡。	0.3	文件查阅。 无相关操作记录、无培训或无三级安全教育卡，各扣 0.1 分。
	3.有维护、维修、验收记录。	0.3	记录查看。 无维护记录、无维修记录或无验收记录，各扣 0.1 分。
	4.年检合格，并公示年检标签。	0.2	文件查阅、现场检查。 未进行年检或未公示年检标签，各扣 0.1 分。
3.6.175.4 医院危险品管理符合国家法律法规和标准。	1.危险品采购渠道正规、使用符合规定，危险品废物处置符合规定。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 危险品采购非正规渠道、使用不符合规定、危险品废物处置不符合规定，1 项扣 0.1 分。
	2.有危险品采购、存储、使用、处置情况记录，指定专门的危险品储存地点和危险品废物暂存点，有应急预案并组织演练	0.8	记录查看、现场检查。 1.危险品采购、存储、使用或处置情况记录不完善，各扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。 2.未指定专门的危险品储存地点或危险品废物暂存点、各扣 0.2 分。 3.无应急预案或未组织演练，扣 0.2 分。
<p>(一百七十六) 为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。(1 分)</p> <p>【概述】 良好的医院环境不但能够保障医疗秩序，促进患者康复，而且能够更好地体现“以人为本”医院文化。医院应当为患者提供清洁、温馨、舒适的就医环境，符合爱国卫生运动等相关要求。</p>			
3.6.176.1 深入开展爱国卫生运动，落实好医院病媒生物防制、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务，为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫	深入开展爱国卫生运动，落实好医院病媒生物防制、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务，为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求。	0.6	文件查阅、现场检查。 1.无爱国卫生运动委员会，扣 0.2 分。 2.未指定部门和人员负责医院环境卫生工作，扣 0.1 分。 3.未制定环境卫生工作计划并组织实施，扣 0.1 分。 4.不能提供清洁、温馨、舒适就医环境，扣 0.2 分。

生运动相关要求。			
3.6.176.2 美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	医院美化、硬化、绿化符合相关要求。	0.4	文件查阅、现场检查。 1.有裸露空地，扣 0.2 分。 2.未对院内绿化维护保养，可绿化面积覆盖率<100%，新建医院绿地率<35%，扣 0.2 分。
<p>（一百七十七）有健全的基本建设管理组织机构、规章制度、管理职责，基本建设规划科学、布局合理、设施完善。新建、改建和扩建项目各项主要建设指标符合相关要求。（1.5 分）</p> <p>【概述】基本建设是医院一切工作的基础，医院的基本建设须满足病人就医和职工工作的需求，优化布局，改善设施，适应医疗服务的发展。新建、改建和扩建项目主要建设指标符合国家相关标准要求。</p>			
3.6.177.1 有健全的基本建设管理组织机构、规章制度、管理职责。	基本建设管理组织健全，有完善的规章制度，基建管理岗位明确，分工合理，工程建设推行“四制”管理（项目法人责任制、工程监理制、招投标制、合同管理制）；基建管理人员熟悉医院基本情况，掌握基本建设程序和相关规定。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查、员工访谈。 1.基本建设管理组织机构不健全或规章制度不完善或岗位分工不明确，扣 0.1 分。 2.工程建设未推行“四制”管理，缺 1 项，扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。 3.访谈基建管理人员不熟悉医院基本情况、不掌握基本建设程序和相关规定，扣 0.1 分。
3.6.177.2 基本建设规划科学、布局合理、设施完善。	基本建设总体规划符合医院发展思路和发展目标，得到政府或上级主管部门的批准；经过各方专家论证并切实可行，并根据建设项目情况，有持续和建设项目使用科室沟通，征求意见，使项目设计更合理，更优化。	0.7	文件查阅、现场检查、记录查看。 1.医院基本建设总体规划未得到政府或上级主管部门的批准，扣 0.2 分。 2.医院基本建设总体规划不符合医院发展思路和发展目标，扣 0.2 分。 3.医院总体规划未经过各方面专家论证并切实可行，扣 0.2 分。 4.基本建设未与使用部门沟通并改进，扣 0.1 分。
3.6.177.3 新建院区各项主要建设指标符合相关要求。	建筑密度、容积率符合相关要求，床均占地面积、建筑面积符合建设标准，医疗、教学和科研用房面积≥医院总建筑面积 80%，机动车停放的泊位与医院实际开放床位数之比≥0.8。	0.4	文件查阅、现场检查。 1.综合医院建筑密度>35%，容积率>2.0，扣 0.1 分。 2.床均建筑面积<112 m ² ，扣 0.1 分。 3.医疗、教学和科研用房面积<医院总建筑面积 80%，扣 0.1 分。 4.机动车停放的泊位与医院实际开放床位数之比<

			0.8, 扣 0.1 分。
--	--	--	---------------

七、应急管理

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百七十八) 成立医院应急工作领导小组, 建立医院应急指挥系统, 落实责任, 建立并不断完善医院应急管理的机制。(2分)</p> <p>【概述】 应急管理是医院应对可能出现危险灾害的专项工作, 包括在突发应急事件的事前预防、事发应对、事中处置和善后恢复过程。应急工作充分的准备、快捷的反应、专业的水平和妥善的处置直接关系到人民的生命健康, 医院应当建立必要的应对机制, 采取一系列必要措施, 应用科学、技术、规划与管理等手段, 提高医院应急能力, 保障公众生命、健康和财产安全。</p>			
3.7.178.1 成立医院应急工作领导小组, 建立医院应急指挥系统。	1.建立医院应急指挥系统, 成立医院应急工作领导小组, 并有部门牵头负责应急管理工作, 院长是医院应急管理的第一责任人。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.未建立医院应急指挥系统和成立医院应急工作领导小组, 扣 0.3 分。 2.医院无部门牵头负责应急管理工作或落实不到位, 各扣 0.2 分。 3.院长不是医院应急管理的第一责任人, 扣 0.3 分。
3.7.178.2 落实责任, 建立并不断完善医院应急管理的机制。	1.医院应急工作应对机制健全, 有信息报告和信息发布相关制度采取一系列必要措施。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.医院应急工作应对机制不健全, 扣 0.2 分。 2.无信息报告和信息发布相关制度, 扣 0.1 分。 3.信息发布人不明确, 扣 0.1 分。
	2.应用科学、技术、规划与管理等手段, 提高医院应急能力, 保障公众生命、健康和财产安全。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 应用科学、技术、规划与管理等手段不够, 扣 0.4 分。
	3.职能部门对应急管理有检查与监管, 持续改进有成效, 应急管理责任落实到位。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.职能部门对应急管理无检查与监管, 扣 0.1 分; 2.医院应急管理持续改进成效不明显, 应急管理责任落实不到位, 扣 0.1 分。
<p>(一百七十九) 明确医院需要应对的主要突发事件策略, 制定和完善各类应急预案, 提高快速反应能力。(2分)</p> <p>【概述】 医院根据可能出现的突发事件和既往发生的事件, 制定完善各类应急预案, 并将突发事件预防纳入日常工作管理中。</p>			
3.7.179.1 明确医院需要应对的主要突发事件策略。	1.医院应有需要应对的主要突发事件策略。并将突发事件预防纳入日常工作管理中。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.医院应对突发事件的策略不完整, 扣 0.2 分。

			2.未将突发事件预防纳入日常工作管理中，扣 0.2 分。
	2.制定院级层面的灾害脆弱性分析报告。职能部门定期进行灾害脆弱性分析、评估，有监管。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.未建立院级层面的灾害脆弱性分析报告，扣 0.2 分。 2.职能部门未定期进行灾害脆弱性分析、评估和监管，扣 0.2 分。
	3.有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人。危机沟通渠道通畅，上下级及院内的联络及各方面的协调沟通通畅。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.未建立院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，无明确的协调部门和协调人，扣 0.1 分。 2.危机沟通渠道不通畅，扣 0.1 分。
3.7.179.2 制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。	1.应急管理工作预案应包括在突发应急事件的事前预防、事发应对、事中处置和善后恢复过程。制定各部门、各科室负责人和医院总值班在应急工作中的具体职责与任务。相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.应急管理工作预案不完整，扣 0.2 分。 2.未制定各部门、各科室负责人和医院总值班在应急工作中的具体职责与任务，扣 0.1 分。 3.抽查 2~3 名相关人员的本部门、本岗位的履职要求，有 1 位不知晓，扣 0.1 分。
	2.至少组建 4 个应急救护小组，由院应急领导小组根据突发事件性质，指派相应的应急救护小组。各类预案应急队伍建设，人员组成动态更新。制定应急纪律制度。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.应急救护小组数量不足 4 个，扣 0.2 分。 2.未动态调整应急队伍，或未制定应急纪律制度，各扣 0.1 分。
	3.承担并完成上级指令性任务。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 未承担或未完成上级指令性任务，扣 0.2 分。
<p>(一百八十) 开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。(3 分)</p> <p>【概述】 医院应当通过定期培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。同时，演练也有助于考察预案的连续性、落地性，帮助医院持续改进预案内容。</p>			

3.7.180.1 有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实（	1.对各级、各类应急队员有年度技能培训、演练及考核计划。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 无对各级、各类应急队员的年度技能培训及考核计划，扣 0.2 分。
	2.落实定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 未落实定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训，扣 0.2 分。
	3.医院开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练，每年至少组织 1 次。各科室（部门）每年至少组织 1 次系统的应急演练。考察预案的连续性、落地性。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.医院未开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练，扣 0.1 分。 2.未组织各科室（部门）每年系统的应急演练，扣 0.1 分。 3.预案的连续性、落地性不足，扣 0.2 分。
	4.强化对各级、各类人员进行应急培训和演练计划的落实和完善，持续改进有成效。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 对各级、各类人员进行应急培训和演练计划的落实和完善不够，持续改进成效不明显，扣 0.2 分。
3.7.180.2 有考核，员工知晓，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	1.医院定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力组织考核。培训考核内容涵盖了本地区、本院需要应对主要公共突发事件。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.应急培训和演练考核不到位，扣 0.2 分。 2.培训考核内容涵盖面不够，扣 0.2 分。
	2.相关人员掌握主要应急技能和防灾技能，应急预案知晓率 100%。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 抽查 2~3 名员工，应急预案知晓率不达标，扣 0.2 分。
	3.职能部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管。各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力提高，持续改进有成效，医院应急能力不断提升。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1.职能部门对应急培训和演练中存在的问题检查与监管不到位，扣 0.2 分。

			2. 医院应急能力提升不明显，持续改进成效不明显，扣 0.2 分。
3.7.180.3 有停电、信息系统故障等相关应急预案，并定期监督检查。	1. 医院有停电、信息系统故障的总体对策，职能部门及重点科室有应急预案。停电应急管理和信息系统管理工作落实到位，预案具有前瞻性和可操作性。员工知晓停电、信息系统故障时的对策程序。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1. 医院无停电、信息系统故障的总体对策，扣 0.1 分；预案的前瞻性和可操作性不强，扣 0.1 分。 2. 抽查 2~3 名员工，有 1 位员工对发生停电、信息系统故障时的对策程序回答不清楚，扣 0.2 分。
	2. 对本院配置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。定期检查接地系统，对手术室、ICU、医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1. 本院未配置应急发电装置，扣 0.1 分。管理不到位，扣 0.1 分。 2. 重点部位接地常规维护不到位，扣 0.1 分；记录不到位，扣 0.1 分。
	3. 职能部门定期检查与监管，持续改进有成效。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。 1. 职能部门定期检查与监管不到位，扣 0.1 分。 2. 持续改进成效不明显，扣 0.1 分。
（一百八十一）合理进行应急物资和设备的储备。（1 分）			
【概述】 医院应当制订应急物资和设备储备计划，有适量应急物资储备，有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。			
3.7.181.1 合理进行应急物资和设备的储备。	1. 有应急物资和设备的管理制度、储备计划和审批程序；有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记；有定期维护，确保有效，自查有记录；有固定的物资储存地。	0.3	记录查看、员工访谈、现场检查。 1. 无应急物资和设备的管理制度、储备计划和审批程序，扣 0.1 分。 2. 无必备物资储备目录、应急物资和设备的使用登记和定期维护记录，扣 0.1 分； 3. 无固定的物资储存地，扣 0.1 分。
	2. 职能部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管，持续改进有成效，应急物资和设备储备管理能够满足医院应急需求。	0.2	记录查看、员工访谈、现场检查。 1. 职能部门无定期对应急物资和设备储备的检查与监管记录，扣 0.1 分。

			2. 应急物资和设备储备管理不能够满足医院应急需求，扣 0.1 分。
3.7.181.2 有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。	1. 有院内、院外供应商应急物资和设备短缺的紧急采购渠道，院外供应商不少于 2 个，并与其他医院应急物资和设备短缺的紧急调节方案。	0.5	记录查看、员工访谈、现场检查。 1. 无院内或院外供应商应急物资和设备短缺的紧急采购渠道，各扣 0.2 分； 2. 院外供应商少于 2 个，扣 0.1 分。 3. 无其他医院应急物资和设备短缺的紧急调节方案，扣 0.1 分。

八、科研教学与图书管理

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百八十二) 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果转移转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。(2 分)</p> <p>【概述】 科研水平是衡量医院核心竞争力和未来发展能力的重要参考指标，在医院发展过程中起着举足轻重的作用。医院应当建立鼓励全员参与科研工作的制度和办法，并在资源投入上予以实际支持。</p>			
3.8.182.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。	1. 有科研工作管理制度，制定具体措施鼓励医务人员参与科研工作，有反对学术不端的制度和举措。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 无科研工作管理制度或无学术不端的制度和举措，各扣 0.1 分。
	2. 设立专职管理部门和人员对医务人员参与科研工作进行管理，有监管，有追踪和评估反馈。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1. 未设立专职管理部门对医务人员参与科研工作进行管理，扣 0.1 分。 2. 无监管，无追踪和评估反馈，扣 0.1 分。
3.8.182.2 有促进科研成果转化的制度和激励措施。	1. 有科研成果转化的制度和激励措施并落实。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 1. 无科研成果转化的制度和激励措施，扣 0.2 分。 2. 科研成果转化的制度和激励措施未落实，扣 0.3 分。
	2. 五年内医院有 5 项(含)以上适宜技术得到推广或科技成果转化案例。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。 推广或科技成果转化案例缺 1 项，扣 0.1 分，最多扣

			0.5 分。
3.8.182.3 提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。	1. 医院有市级以上科研创新平台和设施，有科研支持经费或鼓励性经费落实。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1. 无科研支持经费或鼓励性经费落实，扣 0.2 分。 2. 无市级以上科研创新平台和设施，扣 0.1 分。
	3. 近三年（含评审当年）有国家自然科学基金或国家科技重大专项或行业专项项目。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1. 无国家自然科学基金，扣 0.2 分。 2. 无国家科技重大专项或行业专项项目，扣 0.1 分。
<p>（一百八十三）开展药物、医疗器械临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》；开展研究者发起的临床研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法(试行)》等相关规定。（2 分）</p> <p>【概述】开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究，应当充分考虑受试者权益保护，加强对相关试验产品以及干预手段的管理，保证研究方案科学、符合伦理，研究过程规范，结果真实、科学和可追溯。</p>			
3.8.183.1 开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。	1. 开展药物临床试验需有临床试验机构和专业组 PI 备案资质，制定药物临床试验的管理制度与流程，并执行。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 应备案未备案机构 1 项、专业组 PI 未备案、药物临床试验缺少管理制度与 SOP，缺 1 项扣 0.1 分，扣完 0.2 分为止。
	2. 建立药物临床试验的质量管理体系；近三年参与过至少 1 项国际多中心药物临床试验，或作为组长单位发起过 1 项药物临床试验。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 1. 缺少质量控制措施或缺少质量保证措施，各扣 0.1 分。 2. 未参加国际多中心项目，且未有组长单位项目，扣 0.1 分。
	3. 有保存药物临床试验必备文件的场所和条件，研究者手册管理规范完整，试验用药品的供给、使用、储藏及剩余实物的处理过程有记录。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 不满足保存药物临床试验必备文件的场所和条件、研究者手册管理存在不规范现象、试验用药品管理存在不到位现象，发现 1 项扣 0.1 分，扣完 0.2 分为止。
3.8.183.2 开展医疗器械临床试验应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范》的相关规定。	1. 开展医疗器械临床试验需有临床试验机构和专业组 PI 备案资质，制定医疗器械临床试验的管理制度与流程，并执行。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 应备案未备案机构 1 项、专业组 PI 未备案、医疗器械临床试验缺少管理制度与 SOP，每缺 1 项扣 0.1 分，扣完 0.2 分为止。

	2.建立医疗器械临床试验的质量管理体系。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.缺少质量控制措施，扣 0.1 分。 2.缺少质量保证措施，扣 0.1 分。
	3.有保存器械临床试验必备文件的场所和条件，研究者手册管理规范完整，试验用医疗器械的供给、使用、储藏及剩余实物的处理过程有记录。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 不满足保存器械临床试验必备文件的场所和条件，扣 0.1 分；研究者手册管理存在不规范现象，发现 1 项扣 0.1 分；试验用医疗器械管理存在不到位现象，发现 1 项扣 0.1 分；扣完 0.2 分为止。
3.8.183.3 开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。其中，纳入医疗卫生机构临床研究规范管理试点省份的医疗卫生机构，应当符合《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》的相关规定。	1.医院制定临床研究管理办法与流程，并执行。	0.3	文件查阅、记录查看、现场检查。 1.无临床研究管理办法及流程，扣 0.1 分； 2.未执行扣 0.2 分。
	2.医院有专职部门及人员进行临床研究管理。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 无专职部门及人员进行临床研究管理，扣 0.2 分。
3.8.183.4 开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。	1.作为组长单位、临床试验及临床研究在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。	0.2	文件查阅、记录查看、现场检查。 作为组长单位或参与单位的临床试验及临床研究未完成国家医学研究登记备案信息系统备案，各扣 0.1 分。
<p>（一百八十四）开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。（2分）</p> <p>【概述】伦理委员会应当建立伦理审查工作制度或者操作规程，人员组成、日常管理和审查工作应当符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定，保证伦理审查过程独立、客观、公正。</p>			

3.8.184.1 开展涉及人的生物医学研究应当经伦理委员会审查。	1.开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查；开展任何涉及人的生物医学研究，应当获得受试者自愿签署的知情同意。	1	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.对本单位承担的以及在本单位内实施的涉及人体的医学、科学技术研究未进行独立、称职和及时的审查，扣 0.5 分。 2.对于准备开展的任何涉及人的生物医学研究，未获得受试者自愿签署的知情同意就自行进行研究，扣 0.5 分。
3.8.184.2 医院应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程。	1.医院应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程，并根据相关政策及实际情况调整、更新操作规程。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.没有专门的审查工作制度及标准操作规程，扣 0.4 分。 2.未根据相关政策及实际情况及时调整、更新操作规程，扣 0.1 分。
3.8.184.3 伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应当符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。	伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应当符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1.伦理委员会人数不少于 7 人，有生物医学领域、伦理学、法学、社会学等领域的专家和非本机构的社会人士组成，应当有不同性别委员，少数民族地区应当考虑少数民族委员。不符合要求，扣 0.3 分。 2.每年未按要求组织伦理委员会成员参加院内外、线上线下的伦理审查培训，扣 0.2 分。
（一百八十五）承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。（2.5 分） 【概述】 医学教育是卫生健康事业发展的重要基石，承担临床医学教育任务的医院应当重视教学师资的培训，形成专门的管理体系，投入适宜的设备、设施资源，符合教育教学标准要求，并取得相应资质认可。			
3.8.185.1 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。	1.承担临床教育和实习任务，独立承担≥1 个班级的临床理论教学任务。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 未承担临床理论授课或未承担实习教学任务，各扣 0.2 分。
	2.能独立培养博士、硕士研究生，硕士培养学科≥10 个，博士培养学科≥5 个。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 不能独立培养博士，扣 0.1 分；不能独立培养硕士，扣 0.2 分；硕士培养学科不达标，扣 0.1 分/学科；博士培养学科不达标，扣 0.1 分/学科。按三级学科计算，扣完为止。

	3.具有高等学校教师资质的师资数量符合教育部对教学医院的规定要求，各承担理论授课专业师生比 $\leq 16:1$ 。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 理论授课师资数量，内、外科以三级学科为考核单元，其他学科以二级学科为考核单元，按检查当年在院学生数以师生比 16:1 计算师资数量，每少 1 人扣 0.1 分；扣完为止。
	4.教学组织架构完整，有分管院领导、专职部门和专职人员、专业教研室，专职教学管理人员 ≥ 5 人。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.组织架构不完整，扣 0.2 分。 2.专职教学管理人员不达标，每少 1 人扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。
3.8.185.2 设备、设施等资源 配置符合有关教育教学 标准要求。	1.设施设备条件符合教育部对教学医院的规定要求。	0.8	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 医院无独立的教室、教室面积 $< 50m^2$ 、无多媒体教学设备、无学生专用图书阅览室、无学生课余活动场所、无专职学生宿舍管理人员、学生宿舍管理制度不健全、无供学生就餐食堂，各扣 0.1 分。
	2.有关于教学设施设备的资金投入并落实。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.无年度教学设施、设备投入计划，扣 0.1 分。 2.年度无新增教学设施、设备，扣 0.1 分。
<p>（一百八十六）根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。（1.5 分）</p> <p>【概述】医学及相关学科的图书和文献是临床、教学、科研和管理的重要参考资料，医院图书馆应当有计划、有重点地收集、存贮、加工、传递医学文献信息，承担医学信息的支持、保障和引导功能，通过对临床医学知识信息资源进行加工、整理，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。</p>			
3.8.186.1 根据临床、教学、 科研和管理的需要，有计 划、有重点地收集国内外 各种医学及相关学科的图 书和文献。	1.有单独的医学图书馆（室），并有专职工作人员管理，并有相应的工作制度、管理制度及信息服务制度。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 1.检查现场，医学图书馆（室）或专职工作人员管理不符合要求，扣 0.1 分。 2.无工作制度、管理制度等，扣 0.1 分。
	3.有计划、有重点的收集、存贮、加工、传递国内外各种医学相关学科的图书和文献，藏书数量（含电子资源）符合要求不低于 3000 册/百名卫技人员。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 藏书数量（含电子资源）低于 2000 册/百名卫技人员，扣 0.1 分，低于 1000 册/百名卫技人员，扣 0.2 分。

3.8.186.2 开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。	1.有数字图书馆平台和数据库，并能提供网上文献检索和文献传递及下载。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 数字图书馆平台和数据库不符合要求，扣 0.2 分
	2.开展定题检索、课题预查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作，满足临床、教学、科研、管理和员工的文献信息需求。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。 查阅台账资料、检查现场，信息服务工作不符合要求，扣 0.2 分。

九、行风与文化建设管理

细则内容	评审要点	分值	评审方法
<p>(一百八十七) 医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。(2.5 分)</p> <p>【概述】 医务人员的职业道德，是医务人员应具备的职业品质和行为规范。医院应深入开展医务人员职业道德、法制纪律教育，切实提高医务人员医德医风水平，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。</p>			
3.9.187.1 加强医务人员职业道德教育	1. 医疗机构职业道德教育管理制度、体系健全，有年度工作计划及实施相关资料。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。 制度不健全、体系不健全、无年度工作计划或无实施相关资料，各扣 0.1 分。
	2. 全员开展职业道德、法律法规廉洁自律和警示教育，加强重点岗位、重点人员教育，培训率 100%。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。 1. 员工访谈，未开展全员教育，扣 0.1 分。 2. 未加强重点岗位、重点人员教育，扣 0.1 分。
	3. 职能部门对医务人员文明规范服务有检查与监管，持续改进有成效，改进措施落实到位。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。 1. 无检查与监管，扣 0.2 分。 2. 有检查与监管，无改进或改进措施落实不到位，各扣 0.1 分。
3.9.187.2 弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，在医院工作中予以体现。	1. 医疗机构制度及流程及年度工作计划体现新时代医疗卫生职业精神，弘扬社会主义核心价值观。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。 1. 制度、流程未能体现，扣 0.3 分。 2. 年度工作计划未体现，扣 0.2 分。
	2. 选树先进典型，宣传优秀事迹，体现弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，职能部门定期有总结。	0.5	文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。 1. 无典型案例，扣 0.2 分； 2. 无定期总结，扣 0.3 分。

3.9.187.3 坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。	1.医疗机构各项制度、流程、规范落实措施能体现“以患者为中心”。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。 制度、流程未体现“以患者为中心”，扣0.2分。
	2.医务人员熟悉医疗机构文明规范服务要求，并执行。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。 员工访谈，医务人员对医疗机构文明规范服务要求不知晓或执行不到位，发现1例扣0.1分，最多扣0.3分。
	3.职能部门有监管，持续改进有成效。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。 无监管扣0.2分，持续改进未能体现，扣0.1分。
<p>（一百八十八）重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。（1.5分）</p> <p>【概述】 医院文化是医院生存和发展的内在推动力，是提高医院核心竞争力的动力源泉。优秀的医院文化能够凝聚人心、促进创新，提高医院的服务质量和服务效率，推动医院可持续发展，从而提升医院员工和人民群众的获得感。医院应当将医院文化建设以愿景、使命和价值观为核心，延伸至医院的发展战略和长远目标，贯穿于医疗服务、队伍建设、学科建设、制度建设、学术研究、党建群团工作、安全生产、品牌形象、健康宣教等方面。</p>			
3.9.188.1 重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力。	1.医院文化建设纳入医院建设发展规划，有建设方案。	0.3	文件查阅、记录查看。 无医院文化建设方案，扣0.3分。
	2.医院应将医院文化建设上升为医院的发展战略和长远目标，并将文化建设贯穿于医疗服务、队伍建设、学科建设、制度建设、学术研究、党建群团工作、安全生产、品牌形象、健康宣教等方面。	0.4	文件查阅、记录查看。 1.医院文化建设未能融入发展战略和长远目标，扣0.2分。 2.无体现科室文化、党建文化、群团文化、品牌建设等方面的相关举措，扣0.2分。
3.9.188.2 逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。	1.医院网站、院报等平台有体现医院服务理念、价值观等内容的板块和内容。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查、员工访谈。 医院网站、院报等平台无体现医院服务理念、价值观等方面的板块和内容，扣0.4分。
	2.建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。	0.4	文件查阅、记录查看、现场检查、员工访谈。 未建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准，扣0.4分。
<p>（一百八十九）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。（2分）</p> <p>【概述】 行风建设关系到医疗行业面貌，关系到医疗服务水平和服务质量，同时也关系到广大人民群众基本健康权益。医院建立并完善行风建设与管理的制度体系和工作机制，加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，建立对医务人员规范有效的激励和约束机制。</p>			

3.9.189.1 贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》。	1. 医德考评与管理组织体系、管理制度完善，职能部门职责明确，分工协作；医德考评方案完善，量化标准科学，有多部门共同参与的医德考评及结果共享机制，落实有成效，医德考评电子档案规范。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈。 制度不健全、体系不健全、职能部门职责分工不明确、医德考评方案不完善、多部门参与未落实或电子档案不规范，各扣 0.1 分，最多扣 0.4 分。
	2. 年度医德考评结果与医务人员晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效考核、定期考核等直接挂钩。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 医德考评未与相关指标挂钩，缺 1 项扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。
	3. 相关职能部门年度工作有计划，日常工作有监管；持续改进有成效，改进措施落实到位。	0.4	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1. 相关职能部门无计划，扣 0.1 分；无监管，扣 0.1 分；缺 1 个职能管理部门计划，扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。 2. 无持续改进，扣 0.1 分。 3. 缺 1 个职能管理部门台账，扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。
3.9.189.2 建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制，落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。	1. 有完善的行风建设组织体系，有行风管理的专门机构，有行风工作专（兼）职人员，有行风建设管理职能部门间的协调工作机制，职能部门职责明确，分工协作。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1. 组织体系不完善，无行风专门管理机构及专（兼）职人员，扣 0.1 分。 2. 职能部门职责分工不明确，扣 0.1 分。
	2. 有行风建设教育、监督、考核和奖惩等管理制度，年度工作有计划，实施有成效，建立规范有效的激励和约束机制。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 制度不完善、年度工作无计划、有计划实施无总结或缺 1 个职能管理部门台账，各扣 0.1 分。最多扣 0.3 分。
	3. 有制度与相关措施监管和约束医院员工不得通过职务便利谋取不正当利益，落实“九项准则”规定。	0.2	文件查阅、记录查看、员工访谈。 未落实“九项准则”，扣 0.2 分。
	4. 职能部门对行风工作有检查、有考核，并定期进行评价、分析及整改，改进措施有成效；认真查办行风案件，依法依规处理医务人员收受“红包”“回扣”等损害群众利益的行为。	0.3	文件查阅、记录查看、员工访谈。 1. 无监管，扣 0.2 分。 2. 有监管无改进或缺 1 个职能管理部门台账，各扣 0.1 分，最多扣 0.2 分。 3. 未认真查办行风案件，扣 0.1 分。