

江苏省三级口腔医院评审标准实施细则（2020版）

江苏省卫生健康委员会

2020年7月

目录

（一）第一章至第六章各章节的条款分布.....	1
（二）评价采用A、B、C、D、E五档表述方式.....	2
（三）标准条款的性质结果.....	3
（四）评审结果的判定.....	3
第一章 医院功能与任务.....	5
1-1 加强医院党的建设。（公立医院必选）.....	5
1-2 建立健全现代医院管理制度，科学制定并执行医院章程.....	6
1-3 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.....	7
1-4 医院符合三级口腔医院基本标准.....	8
1-5 坚持医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应社会职责义务.....	11
1-6 承担突发公共事件的医疗救援与公共卫生事件的防控工作.....	15
1-7 临床教育、科研及成果推广.....	16
1-8 看病就医流向分析.....	18
第二章 医院服务.....	18
2-1 门诊服务管理.....	18
2-2 预约诊疗服务.....	21
2-3 入院、出院、转科、转院服务流程管理.....	23
2-4 基本医疗保障服务管理.....	25
2-5 医患合法权益.....	25
2-6 投诉与医疗纠纷管理.....	28
2-7 就诊环境管理.....	29
2-8 医务社工和志愿者服务.....	31
第三章 医疗技术应用及管理.....	32
3-1 依法依规开展医疗技术.....	32
3-2 医疗技术临床应用管理.....	33
3-3 医疗技术水平和服务能力.....	35
第四章 医疗质量安全管理与持续改进.....	44
4-1 质量与安全组织.....	44
4-2 医疗质量管理与持续改进.....	47
4-3 临床路径与单病种质量管理与持续改进.....	51
4-4 口腔门诊管理与持续改进.....	52
4-5 住院诊疗管理与持续改进.....	59
4-6 手术治疗管理与持续改进.....	66
4-7 麻醉管理与持续改进.....	73

4-8 急诊管理与持续改进.....	80
4-9重症医学科管理与持续改进（有此科室的医院选用）.....	86
4-10感染性疾病管理与持续改进.....	88
4-11 药事和药物使用管理与持续改进.....	91
4-12 临床检验管理与持续改进.....	102
4-13 病理管理与持续改进.....	109
4-14 医学影像管理与持续改进.....	122
4-15 修复工艺质量管理与持续改进.....	126
4-16 输血管理与持续改进.....	131
4-17 医院感染管理与持续改进.....	138
4-18 临床营养管理与持续改进.....	146
4-19 其他特殊诊疗管理与持续改进.....	149
4-20 病历（案）管理与持续改进.....	151
第五章 护理管理与质量持续改进.....	156
5-1 护理垂直管理体系.....	156
5-2 护理人力资源管理.....	158
5-3 临床护理质量管理与改进.....	160
5-4 护理安全管理.....	164
5-5 口腔门诊临床护理管理.....	166
5-6 特殊护理单元管理.....	173
第六章 医院管理.....	177
6-1 依法执业.....	177
6-2 明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制.....	180
6-3 人力资源管理.....	183
6-4 临床医学教育管理（可选）.....	187
6-5 科研管理.....	188
6-6 信息与图书管理.....	189
6-7 财务与价格管理.....	194
6-8 医德医风管理.....	199
6-9 后勤保障管理.....	201
6-10 医学装备管理.....	209
6-11 院务公开管理.....	216
6-12 医院社会评价.....	216
6-13 应急管理.....	217
第七章 口腔医院质量监测指标.....	220
一、概述.....	220

二、医院基本信息.....	221
三、运行指标.....	224
四、质量管理指标.....	225
五、疾病病种管理.....	235
1. 疾病相关指标(七类代表性疾病).....	235
2. 手术相关指标(七类代表性手术).....	235
(一) 七类住院重点病种.....	235
六、合理用药监测指标.....	244

(一) 第一章至第六章各章节的条款分布

章	节	条	款
第一章 医院功能与任务	8	20	31
第二章 医院服务	8	31	32
第三章 医疗技术应用及管理	3	19	49
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	20	105	240
第五章 护理管理与质量持续改进	6	24	37
第六章 医院管理	13	58	93
第七章 口腔医院质量监测指标			
合计	58	257	482

（二）评价采用A、B、C、D、E五档表述方式

A-优秀

B-良好

C-合格

D-不合格

E-不适用，是指卫生行政部门根据医院功能任务未批准的项目，或同意不设置的项目。如医院没有住院医师规范化培训任务，即可在此项打E；又如有些医院的功能任务与标准不相适用的条款即可打E。判定原则是要达到“B-良好”档者，必须先符合“C-合格”档的要求，要到“A-优秀”，必须先符合“B-良好”档的要求。

（三）标准条款的性质结果

评分说明的制定遵循PDCA循环原理，P即plan，D即do，C即check，A即action，通过质量管理计划的制订及组织实施的过程，实现医疗质量和安全的持续改进。

有持续改进且成效良好	职能部门有监管、有结果	有制度且能有效执行	仅有制度或规章或流程，未执行
PDCA	PDC	PD	仅P或全无

（四）评审结果的判定

第一章至第六章评审结果

项目类别	第一章至第六章条款		
	C级	B级	A级
甲等	≥95%	≥65%	≥25%

乙等	$\geq 85\%$	$\geq 55\%$	$\geq 15\%$
----	-------------	-------------	-------------

评价采用A、B、C、D、E 五档表述方式

A-优秀 B-良好 C-合格 D-不合格 E-不适用

C 档中任一条款未达标，即视为 C 档不达标；B 档满分为 5 分，达 4 分即视为B 档达标；A 档满分为 5 分，达 4 分即视为 A 档达标。

第一章 医院功能与任务

1-1 加强医院党的建设。（公立医院必选）					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
1-1-1 加强医院党的建设。	1-1-1-1 发挥公立医院党委的领导作用	各项指标符合要求：	C	查看台账、资料，经费预算。	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院实行党委领导下的院长负责制。			
		2、医院党委职责明确。			
		3、有党委与行政领导班子议事决策制度。			
		4、有健全的党务工作机构，党建工作经费列入医院年度经费预算。			
		5、有党建工作计划、党员教育管理、全员警示教育常态化方案、精神文明建设要求。			
		6、落实党风廉政建设、行风建设主体责任和医院纪委监督责任，建立领导班子和领导干部、职能部门负责人、科室负责人等责任追究制。			
		7、制定全廉洁风险防控手册，严堵廉洁风险制度漏洞。			
		8、评审周期内，医院无纪检监察委处理人员、无贪污、收受贿赂等违法犯罪人员，无违反“九不准”人员。			
		符合“C”，并：			
	1、党务部门对各项工作落实情况有督查、有分析。	B	查看台账、资料，人员访谈	5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：	A	查看台账、资料	5分，未达到不得分	
1、对违法违规违纪典型，做到举一反三、持续改进。					
1-1-1-2 党委讨论和决定医院重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大），实行党务、院务公开，强化民主管理与监督。	各项指标符合要求：	C	查看党委会、行政会议记录，职代会记录，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
	1、党委会研究和决定医院重大事项，由院长办公会议按照分工组织实施，并实行管理问责制。				
	2、实施前按制度提交职代会审议通过，并在决议中有记载。				
3、相关重大事项事前有论证，按管理权限和规定报批，并依党务、院务公开的要求予以公示。					
符合“C”，并：	B	查看台账，人员访谈	5分，未达到不得分		
1、有职工民主管理与民主监督制度。					
符合“B”，并：				A	查看台账，人员访谈
1、全体员工均知晓医院“三重一大”等事项。					

1-1-1-3 党委支持院长依法依规独立负责行使职权，医院行政领导认真履职。	各项指标符合要求： 1、院长在党委领导下全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。 2、院领导深入科室，开展行政与质量查房。 3、院领导定期将工作情况向职代会或全体员工述职，接受员工的评议。	符合“C”，并：	C	查看台账、资料（2个科室行政查房记录），人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”									
						符合“B”，并：	B	查看台账、资料，人员访谈	5分，未达到不得分					
										符合“B”，并：	A	查看台账、资料，人员访谈	5分，未达到不得分	
														1、院长充分授权，员工参与医院管理得到体现。
						1-1-1-4 提升医院基层党建水平	各项指标符合要求： 1、医院内设机构党组织健全，人员配备符合要求。 2、医院内设机构党支部工作职责明确，落实“一岗双责”。 3、实现党组织和党的工作全覆盖。 4、党支部有党员发展、教育、管理等落实措施。	符合“C”，并：	C	查看文件、台账、资料（5个左右支部），人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”			
												符合“B”，并：	B	查看台账、资料
	符合“B”，并：	A	查看台账、资料	5分，未达到不得分										
					1、持续改进并取得成效，党员中无违法违纪记录、无受到党纪处分或行政处分。									
	1-2 建立健全现代医院管理制度，科学制定并执行医院章程													
	项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法							评档标准		
	1-2-1 贯彻落	1-2-1-1 科学制定	各项指标符合要求：	C	查阅医院章程									
	实现现代医院管理制度	并执行医院章程	1、根据医院类型，按照对应程序制订医院章程。			任何一项指标未达到，不得“C”								
2、医院章程有关事项齐全，并报登记机关备案。														
3、有明确的医院内部管理组织结构。														
4、有明确的医院党委书记、院长的职责、权力清单，有明确的职能部门、科室职责清单。														
5、有医院自主管理的议事规则和办事程序。														
符合“C”，并：														
	1、领导班子、各部门、科室等严格执行医院章程。	B	查看台账、现场查看	2分，未达到不得分										

		2、职能部门对章程执行情况有检查、有监督、有反馈。			3分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看台账、资料	
		1、能够根据职能部门反馈情况持续改进。			5分，未达到不得分
1-3 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					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
1-3-1 医院发展规划符合区域卫生规划和医院功能任务。	1-3-1-1 医院发展规划符合医院功能和区域卫生规划。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院制定发展规划，规划能体现医院功能与任务，并符合区域卫生发展规划，以及卫生健康行政部门管理要求。			
		2、发展规划和管理目标能体现医院宗旨与愿景，与当地社会发展趋势相适应。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、台账	2.5分，未达到不得分
		1、医院规划及目标任务由全院各部门和职工共同讨论参与制定。			
		2、医院应用多种途径向全体员工、患者及社会宣传医院规划目标和功能任务。			
		符合“B”，并：	A	查看资料、台账，人员访谈	2.5分，未达到不得分
		1、不断完善医院功能，各项工作围绕发展规划及目标任务开展，并有成效。			
2、员工知晓医院规划及发展目标（包括医院宗旨、愿景），知晓率≥80%。并能被患者感受。					
1-3-2 医院年度计划目标符合医院发展规划。	1-3-2-1 根据医院的功能任务和中长期规划，制定医院年度计划。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、根据医院发展规划制定年度目标和工作计划。内容具体，包括：目标、实施方法、实施步骤、工作分工、经费预算安排等，以及年度实施计划。			
		2、各部门、科室根据医院年度工作目标制定年度计划。			
		3、医院年度计划征求职工意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。			
		4、医院年度目标和工作计划经过职工代表大会讨论通过。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、台账，人员访谈	
1、各部门管理人员、各科室负责人对医院的规划目标以及本部门、本科室的计划任务知晓率≥90%。					

		2、定期组织对年度目标和工作计划完成情况进行分析、总结，并提出改进措施。		谈	2.5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看资料、台账	5 分，未达到不得分
		1、年度计划任务完成并持续改进，持续完成规划目标。			
1-4 医院符合三级口腔医院基本标准					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
1-4-1 医院有承担符合医院功能和任务的规模、设施、设备。	1-4-1-1 医院保持适度规模。	各项指标符合要求：	C	查阅医疗机构执业许可证、资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院符合卫生健康行政部门规定的三级医院设置标准，执业满 3 年。			
		2、医院床位设置≥50 张。			
		3、医院椅位设置≥100 张。			
		4、医院有控制规模的具体措施。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	2 分，未达到不得分
		1、 年床位使用率在 85%-95%。			
		2、 年椅位使用率≥90%或者每张椅位日均接诊患者数≥8			
	3、年床位使用率未达到或超过上述范围时，有变更核定床位的书面申请。			1 分，未达到不得分	
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5 分，未达到不得分	
	1、年床位使用率在 90% -95%。				
	1-4-1-2 医院设施满足医院功能和任务要求。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、房屋总面积≥1.5 万平方米			
		2、每床建筑面积占医院总建筑面积≥75 平方米			
3、每椅位净使用面积≥9 平方米					
符合“C”，并：		B	查阅资料、台账	2.5 分，未达到不得分	
1、医院设施不能满足医院基本标准时，有确保医院功能和任务落实，并有确保医疗安全有效措施。					
2、医院基础设施、诊疗环境不断优化。		A	查阅资料、台账	2.5 分，未达到不得分	
符合“B”，并：					
1、持续改进并取得成效。					
2、符合江苏省建设用地指标（2018年版）。（床位≥300张，单位用地≥81平			2 分，未达到不得分		
				1.5分，未达到不得分	

		方米/床或12.15亩/百床；床位100~299张，单位用地 \geq 90平方米/床或13.5亩/百床)；床位 $<$ 100张，单位用地 \geq 100平方米/床或15亩/百床。			
		3、椅位与汽车停车位之比不少于1:0.5，新建医院椅位与汽车停车位之比不少于1:1.5。			1.5分，未达到不得分
	1-4-1-3 医院设备符合三级口腔医院基本标准。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、基本设备符合三级口腔医院基本标准。			
		2、病房每床单元设备满足标准。			
		3、有开展诊疗科目的其它设备。	B	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
1、专科设备满足专科设置和建设发展要求。					
符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分		
1、设备的配置符合区域卫生规划及配置规范。					
1-4-2 医院有承担符合医院功能和任务的诊疗科目、人员梯队。	1-4-2-1 医院诊疗科目设置符合卫生健康行政部门设置批准。	各项指标符合要求：	C	查阅医疗机构执业许可证、资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、临床科室设置符合诊疗科目登记范围，满足三级口腔医院基本标准及业务需要。			
		2、医技科室设置符合诊疗科目登记范围，满足三级口腔医院基本标准及临床需求。			
		符合“C”，并：	B	查阅医疗机构执业许可证	5分，未达到不得分
		1、按规定进行医疗机构年度校验，医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，能及时完成变更登记。			
		符合“B”，并：	A	查阅医疗机构执业许可证	5分，未达到不得分
	1、按要求完成定期校验并合格。				
	1-4-2-2 医院人员配备能满足医院功能任务需要。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、人事信息系统	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、卫技人员与开放椅位之比 \geq 1.03: 1。。			
		2、病房护士与开放床位之比 \geq 0.4: 1。			
3、在岗护士人数与卫技人员之比 \geq 40%					
4、各专业科室的主任应具有副高以上职称。					
5、全院工程技术人员（技师、助理工程师及以上人员）占卫技人员总数的比例 \geq 1%。					
6、临床营养师 \geq 1人。					

		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账			
		1、临床科主任具有正高职称的比例≥90%。			3分，未达到不得分		
		2、有一定数量的机动护理人员资源储备。			2分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账			
		1、各专业科室的主任均具有正高职称。			2分，未达到不得分		
		2、人员梯队结构持续改进，成效明显。			2分，未达到不得分		
3、实际在岗病房护士与开放床位之比≥0.45:1。			1分，未达到不得分				
1-4-3 医院有保障功能、任务落实的各项规章制度和规范。	1-4-3-1 有完整的医院管理规章制度和岗位职责，并能及时修订完善，员工熟悉本岗位职责及相关法律法规、	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、制定完整的医院管理规章制度、岗位职责、诊疗规范。					
		2、开展全员培训教育，提高员工执行规章制度及履行本岗位职责的自觉性。					
		3、员工知晓本部门、本岗位规章制度，岗位职责、履职要求，知晓率≥80%。					
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、人员访谈	2.5分，未达到不得分		
		1、员工知晓本部门、本岗位规章制度，岗位职责、履职要求，知晓率≥90%。					
	规章制度。	2、规章制度，岗位职责定期修订及时更新。	A	查阅资料、台账、人员访谈	2.5分，未达到不得分		
		符合“B”，并：					
		1、有对员工违规、违章典型案例分析。					
		2、职能部门及科室对规章制度、岗位职责、诊疗规范加强监管，对存在问题及时反馈，持续改进有成效。					
		3、员工知晓本部门、本岗位规章制度，岗位职责、履职要求，知晓率≥100%			1分，未达到不得分		
1-4-4 医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病的诊疗能力。	1-4-4-1 医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病的诊疗能力。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、医疗信息系统	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、医院具备本区域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。					
		2、有临床科室负责全院重症患者的诊治。					
		3、提供 24 小时急危重症的诊疗服务。					
		4、危重病人占比得到提升。					
		5、医院限制类技术及四级手术占比得到提升。					
				符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、医疗信息系统	2.5分，未达到不得分
				1、职能部门对急危重症和疑难疾病诊疗服务有监管。			
		2、评审周期中每年每项均递增或每年总占比在全省平均值以上。	2.5分，未达到不得分				

		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，医院对急危重症和疑难疾病诊治服务能力不断提升。	A	查阅资料、台账、医疗信息系统	5分，未达到不得分	
1-5 坚持医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应社会职责义务						
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	
1-5-1 依据相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告和预防等任务。	1-5-1-1 有健全的传染病防治组织架构，承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务。	各项指标符合要求： 1、有传染病防治组织架构，有专门部门负责传染病管理工作。				
		2、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，患者信息登记完整。	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”	
		3、按照传染病防治有关规定及时报告疫情，有指定人员负责传染病疫情监控、报告以及传染病预防工作。				
		4、对发现的法定传染病患者、病原携带者、疑似患者的密切接触者有转运流程及必要的防护措施。				
		5、对本单位内被传染病原体污染的场所、物品有实施消毒和无害化处置的措施。				
		符合“C”，并： 1、职能部门对传染病管理定期监督检查、总结分析。	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，传染病防治管理工作规范，无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散事件。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
		1-5-1-2 定期对全体医务人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。	各项指标符合要求： 1、有传染病防治知识和技能培训计划，并组织相关培训。 2、医务人员知晓传染病防治相关知识，并能遵循。 3、根据传染病疫情，适时开展传染病处置演练。	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
			符合“C”，并： 1、职能部门对培训、演练有管理，对培训和演练效果有评价分析。	B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分
			2、相关科室传染病处置技能的全面掌握率达100%。			2.5分，未达到不得分

		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，全院职工对传染病处置的知晓率达 100%。	A	查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
1-5-2 根据《统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信	1-5-2-1 完成医院基本运行状况、医疗技术诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送，数据真实可靠。	各项指标符合要求： 1、有向卫生健康行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药等相关信息报送工作。	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。			
		符合“C”，并： 1、落实信息报送前的审核程序，执行信息报告问责制。	B	查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	
息和临床用药监测信息等相关数据报送，数据真实可靠。		1、当地卫生健康行政部门或统计部门提供信息显示，近三年内：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。			5 分，未达到不得分
1-5-3 完成政府指令性援助任务（非营利性医院必选）。	1-5-3-1 完成对口支援任务将对口支援县医院和乡镇卫生院（以下简称受援医院）和支援社区卫生服务工作、口腔健康管理优化纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，专人负责。	各项指标符合要求： 1、将对口支援下级医院工作纳入院长目标责任制管理，根据受援医院的实际情况，双方制定具体的技术指导、人才培养及管理帮扶目标和实施方案，签订协议书。	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、将受援医院考核结果纳入绩效考核与医师定期考核，并与晋升、聘任、任用、评优等挂钩。			
		符合“C”，并： 1、职能部门对计划、方案和协议的落实有检查、分析、反馈。	B	查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，实现对口支援责任目标。	A	查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
	1-5-3-2 完成援疆、援藏和援外等任务。	各项指标符合要求： 1、根据指令性任务制定具体的实施方案，明确目标、任务和措施。	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有主管该项工作的领导和科室（部门），有具体管理的措施。			
符合“C”，并：					

	1-5-3-3 建立和实施医联体制度，助力基层医疗卫生机构服务能力提升。	1、职能部门有管理措施的落实记录，台帐资料完整。	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、援助目标完成进度良好，持续改进有成效。			
		各项指标符合要求：	C	查阅双方协议、资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、按省、市卫生健康行政部门医联体建设规划建立医联体。			
		2、有医联体章程或协议，有实施方案，明确各成员单位的责、权、利关系。			
		3、明确主管领导，有职能部门负责管理，有管理措施及督查记录，台帐资料完整。			
		4、有双向转诊标准与程序，并有完整的台帐资料；下转患者人次数（门急诊、住院）符合省级卫生健康行政部门规定。	B	查阅双方协议、资料、台账，现场调阅有关数据	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有监督、检查，台帐资料完整。			
符合“B”，并：					
1、持续改进并取得成效，面向基层开展远程医疗服务，实现对医疗服务、财务管理、人事管理和绩效管理的一体化支撑	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分		
1-5-4 开展健康教育与科普宣传，普及疾病预防等相关知识。	1-5-4-1 开展健康教育与科普宣传，普及疾病预防等相关知识。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、实行医防结合，有健康教育与科普宣传制度。			
		2、医院与科室采取多种形式开展健康教育与科普宣传，普及疾病预防等知识。			
		3、有医院自发组织或与社会团体合作开展的健康教育与科普宣传社会公益活动。	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对健康教育与科普宣传工作有检查与监管。健康教育与科普宣传工作落实到位。			
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分		
1-5-5 控制 特需服务规	1-5-5-1 控制公立医院特需服务规模。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账，查看现	任何一项指标未达到，不
		1、有控制公立医院特需服务规模措施与动态管理机制。			

模 (公立医院 必选)。		2、特需服务规模(椅位数、住院床位)占全院服务规模≤10%。		场	得“C”
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账，查看	
		1、特需椅位数量占总椅位数≤7%。		现场	2.5分，未达到不得分
		2、住院特需床位数量占开放床位数≤7%。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账，查看现场	
		1、特需椅位数量占总椅位数≤5%。			2.5分，未达到不得分
		2、住院特需床位数量占开放床位数≤5%。			2.5分，未达到不得分
1-5-6 认真履行行业规范，“以病人为中心”，维护人民群众健康权益。	1-5-6-1 优先合理使用基本药物。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账，查看采购、库存资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，有优先使用国家基本药物的相关规定及监督体系。			
		2、《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”，有相应的采购、库存量。			
		3、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。			
		4、基本药物采购品种数占比符合省卫生健康行政部门规定。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、科室对医师使用国家基本药物情况有自查。			
		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。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，国家基本药物在医院能够优先合理使用。			
	1-5-6-2 优化质量，改进服务，降低成本，有效控制医疗费用不合理增长。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有优化质量、改进服务的方案。			
		2、有降低成本，控制医疗费用不合理增长的具体措施。			
		3、科室有具体落实计划。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	2分，未达到不得分
	1、控费各项措施有落实。	3分，未达到不得分			
		2、控费监测指标(门诊病人均费用、住院病人均费用)达省卫生健康行政部门及所属卫生健康行政部门要求。			

1-5-6-3 优化诊疗服务流程，缩短患者门诊诊疗等候时间和住院天数。	符合“B”，并： 1、持续改进有成效。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
	各项指标符合要求： 1、对医疗服务流程中存在的问题有系统调研。 2、对影响医院平均住院日的瓶颈问题有系统调研。 3、有根据调研结果采取缩短诊疗等候时间和住院天数的措施。 4、平均住院日≤8天。	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
	符合“C”，并： 1、医院从系统管理、流程再造等方面通过多部门协作，落实整改措施，优化服务流程，提高工作效率，缩短患者诊疗等候时间和住院时间。 2、医技科室特殊项目检查预约时间（报告时间）不断缩短，并持续改进。 3、平均住院日小于（等于）全省同类别医院均值。	B	查阅资料、台账	2分，未达到不得分 2分，未达到不得分 1分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、平均住院日≤7天。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分

1-6 承担突发公共事件的医疗救援与公共卫生事件的防控工作

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准			
1-6-1 医院承担突发公共事件的医疗救援工作。	1-6-1-1 建立健全突发公共事件医疗救援管理组织和指挥系统，负责突发公共事件的医疗救援工作。	各项指标符合要求： 1、根据各级政府制定的各类突发公共事件应急预案及医院在应对突发公共事件中的功能和承担任务，制定本单位应急总预案及专项预案。 2、有突发公共事件的医疗救援指挥系统，院长是第一责任人。 3、有负责突发公共事件医疗救援工作的职能部门及负责人，职责、任务明确。 4、有突发公共事件医疗救援队伍，有总预案和专项预案，并组织培训。 5、有突发公共事件医疗救援人员集合召唤系统及快速反应措施。 6、医院总值班有受命、启动医疗救援的流程。	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”			
		7、定期组织预案的演练，对演练中存在的问题有检查、分析、整改措施。						
		符合“C”，并： 1、有成批病人救治联动机制，各科室（部门）配合、高效运行。有接诊、检伤分类、诊疗处置、分流的流程与操作规范。						2分，未达到不得分

		2、各科室（部门）负责人明确医疗救援的具体职责和任务。	B	查阅资料、台账	2分，未达到不得分
		3、有口腔医疗救援物资和设备的存储、管理制度。定期维护、确保有效期，有自查记录。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账，查看现场	
		1、建立院前、院内医疗救治联运系统，掌握现场抢救与转送情况，实现院前与院内的信息对接。			2.5分，未达到不得分
		2、持续改进有成效，医疗救援能力不断增强。			2.5分，未达到不得分
1-6-2 医院承担突发公共卫生事件的防控工作。	1-6-2-1 执行各级政府制定的应急预案，承担公共卫生事件的防控工作。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账，查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、严格执行各级政府制定的突发公共卫生事件应急预案，根据卫生健康行政部门的指令，承担突发公共卫生事件防控任务。			
		2、根据各级政府制定的防控预案及医院在应对突发公共卫生事件中的功能和承担任务，制定本单位的防控、救治预案。			
		3、有本院突发卫生事件的应急防控预案与执行流程。			
		4、有负责突发公共卫生事件应急处理的职能部门及负责人，职责、任务明确。			
		5、有应对突发性公共卫生事件的病人诊治、转运、消毒隔离、个人防护、医疗废物处理、防止院内交叉感染和污染等相关制度、流程和操作规范。			
		6、有应对突发公共卫生事件的设备、物资及储备、管理制度，定期维护、确保有效期，有自查记录。			
		7、有信息报告和信息发布相关制度。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	
		1、有突发公共卫生事件防控知识的培训与预案演练。			2.5分，未达到不得分
		2、职能部门及相关人员熟悉防控预案与医院执行流程，并进行监督。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	
		1、对参与的每起突发性公共卫生事件防控工作都有总结分析，持续提高应急防控能力。			5分，未达到不得分
1-7 临床教育、科研及成果推广					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
1-7-1 能独立	1-7-1-1 师资、设施	各项指标符合要求：			

承担临床医学教育任务。	设备发挥医学院校教学要求。	1、医院具有能够承担医学院校教学的教学师资、设施设备，符合教育部对三级医院的教学要求。	C	查阅资料、台账，查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、医院教学用房建筑总面积≥500 平方米，多媒体设备能满足教育和培训实际需要。			
		3、医院建有独立的图书馆，有数字化医学信息检索系统和手段。			
		符合“C”，并：	B	查阅批文、资料、台账，查看现场	2.5 分，未达到不得分
		1、具备参与或承担高等学校教材（教科书）编撰能力，并已出版，或被指定为省级临床专科技术培训中心或基地。			
		2、医院建有临床技能模拟训练中心，教具、模拟训练器材使用方便、可及，能满足教育和培训实际需要。			
		符合“B”，并：	A	查阅批文、资料、台账	2.5 分，未达到不得分
		1、为国家级临床专科技术培训中心或基地。			
2、能够独立承担研究生学历教育，有研究生学位授权点，并已有毕业学员。					
1-7-2 能开展临床研究，发挥本区域临床医学研究中心的作用。	1-7-2-1 有开展临床医学研究必备的条件和设施设备，并能独立开展临床医学研究。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有专职的医学研究管理人员，设施设备满足临床医学研究需要。			
		2、有主管领导和专职部门，有专（兼）职的医学研究队伍。			
		3、近三年有市级临床医学研究项目及成果	B	查阅批文、资料、台账、基金设立	1 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、医院设立科研基金。			
		2、近三年有省级临床医学研究项目及成果。	A	查阅批文、资料、台账	1 分，未达到不得分
		3、有省级重点学科或省级重点实验室。			
4、是国家药物临床试验机构。					
符合“B”，并：	A	查阅批文、资料、台账	2.5 分，未达到不得分		
1、有省级重点学科和省级重点实验室。。					
2、有部级、国家级研究成果。	C	查阅资料、台账	2.5 分，未达到不得分		
2、近十年医院有自主创新的适宜技术得到推广或院级成果转化实践应用的案例。					
1-7-3 推广适宜卫生技术和推进科研成果转化。	1-7-3-1 医院将研究成果转化为实践应用，并取得成效。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院有将研究成果转化为实践应用的措施。			
		2、近十年医院有自主创新的适宜技术得到推广或院级成果转化实践应用的案例。			

		符合“C”，并： 1、近五年医院至少有 1 项省部级研究成果转化并取得明显成效实践应用案例。	B	查阅批文、资料、台账	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、近十年医院至少有 2 项国家级研究成果推广至全国医院应用的案例，并取得显著成效。	A	查阅批文、资料、台账	5 分，未达到不得分
1-8 看病就医流向分析					
基本要求	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
1-8-1 建立看病就医流向分析制度	1-8-1-1 建立看病就医流向分析制度	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、建立院内看病就医流向分析制度。			
		2、明确专门部门负责看病就医流向分析工作，并有专人负责。			
		3、按照卫生健康行政部门要求报送相关数据信息。			
		符合“C”，并：			
		1、定期对院内看病就医流向相关数据进行统计分析。	B	查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
符合“B”，并：		查阅资料、台账			
1、能够根据分析结果有针对性加强看病流出较多病种所属科室建设，并取得成效。	A		5 分，未达到不得分		

第二章 医院服务

2-1 门诊服务管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-1-1 有门诊服务管理制度与流程。	2-1-1-1 有门诊服务管理制度与流程，并落实。	各项指标符合要求：	C	查阅台账、现场访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有门诊服务管理制度、流程。			
		2、有实名制就诊的制度。			
		符合“C”，并：			
1、制度、流程符合门诊工作实际落实情况。	B	查阅资料	2.5 分，未达到不得分		

		2、严格执行实名制就诊制度。			2.5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料	
		1、门诊服务管理工作有分析评价、持续改进措施。			5 分，未达到不得分
2-1-2 优化门诊布局结构，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验。	2-1-2-1 优化门诊布局结构，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验。	各项指标符合要求：	C	跟踪门诊患者就诊流程	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。		现场检查	
		2、有各种便民措施，能为患者提供人性化服务，医疗服务区配有饮水等便民措施；门诊配有残疾人无障碍的服务设施；厕所设施良好，清洁卫生，无异味。门诊候诊区配备有电教设施或图文宣传，开展健康教育；能为患者提供检验检查结果查询途径。		跟踪门诊患者就诊流程	
		3、有缩短患者等候时间的措施，有专家门诊限号制度，保证诊治时间充分，诊室秩序良好。			
		4、门诊设有电子叫号系统，各诊室秩序良好。			
		符合“C”，并：			
		1、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。	B	跟踪门诊患者就诊流程，查看台账资料	1 分，未达到不得分
		2、实行门诊分层挂号或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务，规范窗口服务，挂号、取药时间一般不超过 15 分钟。		跟踪门诊患者就诊流程，实地检查信息支持系统	2 分，未达到不得分
		3、有减少就医环节的信息支持系统，为患者提供线上服务、移动支付、就诊提醒、结果查询、信息推送等便捷服务。			2 分，未达到不得分
				符合“B”，并：	A
		1、持续改进有成效，患者对门诊就医环境和就医过程满意。			5 分，未达到不得分
2-1-3 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应当提前告知患者，提供咨询服务	2-1-3-1 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应当提前告知患者，提供咨询服务	各项指标符合要求：	C	现场检查，查看台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。			
		2、医务人员出诊安排合理，实行专家门诊全日制，按时出诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并有相应措施保障能够及时告知患者。			
		3、推行“一站式”服务模式，开展导医导诊，有咨询服务，帮助患者有效就诊。			
		符合“C”，并：		跟踪门诊患者就诊流程	
		1、医务人员完成本岗位诊疗工作后能主动指导患者进入下一诊疗环节。			3 分，未达到不得分

务, 帮助患者 就诊		2、开展满意度调查等措施, 不断完善门诊服务; 有奖惩措施和考核机制, 不断提高医务人员按时出诊率。	B	查阅资料	2 分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:	A	查阅资料	3 分, 未达到不得分
		1、医务人员出诊情况有登记与分析评价, 持续改进出诊服务 2、开展满意度调查, 依据调查结果, 不断完善门诊服务。			2 分, 未达到不得分
2-1-4 根据门 诊就诊患者流 量 合理调配医 疗 资源, 做好 门诊和各科室 之间 的协调 配合。	2-1-4-1 根据门 诊患者流量合理调配 医疗资源, 做好门 诊和各科室之间的协调 配合。	各项指标符合要求:	C	现场检查	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1、有门诊流量实时监测措施。		现场模拟检查	
		2、有医疗资源调配方案。		现场检查, 查阅资料	
		3、有门诊之间、门诊与临床医技科室之间的协调机制, 医技科室简化流程, 提高工作效率, 公开承诺服务事项, 并有持续改进的相关措施。	B	跟踪门诊患者就诊流程	3 分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:			2 分, 未达到不得分
		1、门诊满足患者就诊需要, 无因医院原因出现退号现象。	A	现场检查, 查阅资料	5 分, 未达到不得分
		2、普通医技检查能满足门诊需要, 当日完成检查和报告, 全面推行各种检查报告及时发放制度; 有自助打印或查询检验报告的设置设施。			
符合“B”, 并:					
1、有门诊就诊情况分析评价, 持续改进门诊工作。					
2-1-5 有门诊 各类相关突发 事件处置应急 预案, 并有效 实施。	2-1-5-1 有门诊各 类相关突发事件 处置应急预案, 并有效 实施。	各项指标符合要求:	C	查阅资料	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1、有门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。		模拟检查	
		2、有确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施。		现场检查	
		3、抢救设施设备、物(药)品处于备用状态。	B	现场检查, 查阅资料	3 分, 未达到不得分
		4、工作人员能够熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。			2 分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:	A	模拟检查	2 分, 未达到不得分
		1、科室对抢救设施设备、物(药)品备用状态有自查、记录。			查阅资料
2、职能部门对抢救器械、药品、物品的保管及使用进行督查。					
符合“B”, 并:					
1、根据突发事件, 及时启动应急预案, 有案例证实在启动应急预案后, 相关部门能积极响应。					
2、有突发事件应急分析评价, 持续改进应急管理。					

2-1-6 开展多学科综合门诊，方便患者就医。	2-1-6-1 开展多学科综合门诊，方便患者就医。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	未达到要求不得“C”
		1、有相关制度与流程支持开展多学科综合门诊，诊疗范围明确。			
		符合“C”，并：	B	查看措施落实情况	5分，未达到不得分
		1、有保障多学科综合门诊出诊医师数量和质量的措施。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分
1、有多学科联合诊疗工作的成效分析评价，持续改进诊疗质量。					
2-1-7 有检验检查结果互认制度。	2-1-7-1 有检验检查结果互认制度。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	未达到要求不得“C”
		1、有医院间检验检查结果互认制度。			
		符合“C”，并：	B	抽查出院病历	3分，未达到不得分
		1、检验检查结果互认制度能够落实。			
		2、职能部门定期检查执行情况。			
		3、对检查发现的问题有反馈、有处理。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、有改进措施并落实，持续改进有成效。					
2-1-8 有急危重症患者优先处置的制度与程序，在日常工作中能落实。	2-1-8-1 有急危重症患者优先处置的制度与程序，在日常工作中能落实。	各项指标符合要求：	C	现场模拟检查	未达到要求不得“C”
		1、有急危重症患者优先处置的相关制度与程序。			
		符合“C”，并：	B	现场模拟检查	2.5分，未达到不得分
		1、切实落实急危重症患者优先处置制度，强化患者身份识别。			
		2、职能部门定期检查执行情况。	A	查阅资料、现场跟踪患者	2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、有持续改进措施并落实。					
2-2 预约诊疗服务					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-2-1 有预约诊疗工作制度、规范、操作流程，逐步提高	2-2-1-1 有预约诊疗工作制度、规范、操作流程，逐步提高患者预约就诊比例	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场检查	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有专门部门和专职人员负责统一预约管理和协调工作。			
		2、有预约诊疗工作制度和规范流程。			
3、有方便患者及时获取的门诊和预约服务公开的医疗信息对变动出诊时间提前公告。					

患者预约就诊比例		符合“C”，并：	B	现场模拟检查	
		1、有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理与动态调配。			3分，未达到不得分
		2、医务人员熟知预约诊疗制度与流程。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分
2-2-2 实施多种形式的分时段预约诊疗服务，对门诊和出院复诊患者实行中长期预约。	2-2-2-1 实施多种形式的分时段预约诊疗服务，对复诊患者实行中长期预约。	各项指标符合要求：	C	现场模拟检查	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、推进预约诊疗服务，医院至少开展三种以上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。			
		2、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。	B	现场模拟	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、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。			
		2、大力推行分时段预约诊疗和预约检查，预约时段精确到1小时以内。	A	查阅资料、现场检查	2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、出院复诊患者按需预约。					
2、住院患者分时段预约检查比例达到90%。					
2-2-3 扩大预约比例，实名制预约，逐步提高患者预约就诊率。	2-2-3-1 扩大预约比例，实名制预约，逐步提高患者预约就诊率。	各项指标符合要求：	C	现场检查	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有信息化预约管理平台，至少开展一种以上预约诊疗实时支付服务，降低爽约率，如手机支付、银联卡支付、第三方支付等支付形式。			
		2、有措施引导患者实名预约就诊，预约诊疗率 $\geq 30\%$ （预约诊疗率=预约诊疗人次/总诊疗人次）。			
		3、支持多种证件的患者身份认证（如居民身份证、户口簿、军官证、港澳居民来往通行证、台湾居民来往大陆通行证、护照、外国人居留证等）。			
		4、院内外各类挂号方式在本院号源池共享。			
		5、支持分时段预约挂号，预约时间可精确到1小时以内。			
		符合“C”，并：			
		1、定期检查、反馈、分析。			

		2、预约诊疗率 \geq 40%。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料	
		1、预约诊疗率 \geq 50%，复诊预约率 \geq 90%。			2.5分，未达到不得分
		2、患者可根据预约直接到医院诊室或检查、治疗等部门接受服务，无需二次排队			2.5分，未达到不得分
2-2-4 加强与社区、基层医院的合作，建立与基层医疗机构的预约转诊服务机制。	2-2-4-1 加强与社区、基层医院的合作，建立与基层医疗机构的预约转诊服务机制。	各项指标符合要求：		查阅资料、现场检查	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、与合作的社区、基层医院合作开展预约诊疗服务，有规范、流程、协议。			
		2、规范开展社区、基层医院转诊预约工作。			
		3、医院号源不低于20%投放至预约诊疗服务平台基层转诊预约通道			
		4、有转诊预约相关制度和流程。			
		符合“C”，并：			
		1、执行转诊预约相关制度和流程，落实转诊预约患者优先就诊、优先检查、优先住院。			
		2、有提高转诊质量的相关培训指导。			
		3、医院信息系统支持预约转诊、病历资料协同传输。			
		符合“B”，并：		查阅资料、现场检查	3分，未达到不得分
		1、有完善的预约转诊情况分析评价，持续改进转诊工作。			1分，未达到不得分
				查阅资料	1分，未达到不得分
					5分，未达到不得分
2-3 入院、出院、转科、转院服务流程管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-3-1 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，改进服务流程，方便患者。	2-3-1-1 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，改进服务流程，方便患者。	各项指标符合要求：	C	查阅台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、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。			
		2、能分时段或床边办理出（转）院。			
		3、能为特殊患者（如幼儿、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。			
		4、有部门或专人负责协调全院床位，体现“以患者为中心”，增加入院患者管理的透明度。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	3分，未达到不得分
		1、职能部门对入院、出院、转科、转院工作有检查与监管。			2分，未达到不得分
2、落实计划性出院，保障病房诊疗秩序。					

		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，全院床位做到信息化统筹管理，优化服务流程，方便患者。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
2-3-2 为急诊患者制定合理、便捷的入院相关制度与流程。急诊、危重患者应优先及时办理入院手续。	2-3-2-1 为急危重症患者提供办理入院手续的个性化服务和帮助。	各项指标符合要求： 1、有急、危重症患者优先及时办理入院的制度与程序。 2、危重患者应先抢救并及时办理入院手续。	C	查阅台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、职能部门对急危重症患者入院工作有检查与监管。	B	查阅台账资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，优化急危重症患者入院服务流程，方便患者。	A	查阅台账资料	5分，未达到不得分
2-3-3 加强转科、转院患者的交接管理，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。	2-3-3-1 加强转科、转院患者的交接，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。	各项指标符合要求： 1、有转科、转院流程，实施患者评估，履行知情同意。 2、有病情和病历等资料交接。 3、相关医务人员熟悉并执行上述流程。	C	查阅知情同意书 查阅台账资料 现场检查	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。	B	查阅台账资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，保障转科（院）患者获得连续性医疗服务。	A	查阅台账资料	5分，未达到不得分
2-3-4 加强出院患者健康教育和随访预约管理，提高患者健康知识和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度。	2-3-4-1 加强出院患者健康教育和随访管理，提高患者健康知识和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度。	各项指标符合要求： 1、有出院患者健康教育相关制度，并落实。 2、有出院患者随访管理相关制度，利用社交软件、电话、电子邮件、信函和必要的面谈等多种形式开展随访。 3、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。	C	查阅台账资料，现场走访	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、职能部门对上述工作有检查、分析、反馈。	B	查阅台账资料	
		符合“B”，并： 1、职能部门对上述工作有检查、分析、反馈。			5分，未达到不得分

		1、定期对随访有效性进行总结和评估，对问题与缺陷有改进意见。	A	查阅台账资料	5分，未达到不得分
		2、持续改进有成效，出院患者随访率不断增加。			

2-4 基本医疗保障服务管理

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-4-1 有各类基本医疗保障管理制度和相应保障措施，严格服务收费管理。	2-4-1-1 有各类基本医疗保障管理制度和相应保障措施，严格服务收费管理。	各项指标符合要求：	C	现场核查、查阅文档	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有基本医疗保障管理制度和相应措施。			
		2、有专门部门负责基本医疗保障管理工作。			
		3、相关人员熟悉并遵循上述制度和措施。			
		符合“C”，并：	B	查阅文档	
		1、职能部门对上述工作进行检查和监督。			
		符合“B”，并：	A	模拟核查，查阅文档	
	1、持续改进有成效，基本医疗保障管理制度得到有效落实。	5分，未达到不得分			
	2-4-1-2 保障各类参加基本医疗保障人员的权益，公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目，强化参保人员知情同意。	各项指标符合要求：	C	现场核查，查阅文档	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、公开基本医疗保障服务收费标准。			
		2、公开医疗保险支付项目和标准。			
		3、向各类参保患者提供基本医疗保障相关信息和咨询服务，对于在基本医疗保障服务范围外的诊疗项目，应事先征得参保患者的知情同意。	B	查阅文档	
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对医疗保障管理情况有检查，分析，反馈。	5分，未达到不得分		
符合“B”，并：		A	现场核查，查阅文档		
1、持续改进有成效，基本医疗保险费用信息及时准确，参保患者权益得到保障。	5分，未达到不得分				

2-5 医患合法权益

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-5-1 医院有相关制度保障	2-5-1-1 患方对病情、诊断、医疗措施和	各项指标符合要求：			
		1、有保障患者合法权益的相关制度并落实。			

患方（患者或其近亲属、授权委托人）充分了解其权利。	医疗风险等具有知情选择的权利，院方有相关制度保证医务人员履行告知义务。	2、对患方病情、诊断、医疗措施、医疗风险和替代医疗方案、费用、高值耗材进行告知。	C	查阅台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		3、患方对医务人员的告知情况能理解并在病历中体现。		抽查病历，现场走访	
		符合“C”，并：	B	查阅台账资料，现场走访	5分，未达到不得分
		1、有职能部门对医务人员履行告知义务进行检查与监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅台账资料	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，患者合法权益得到保障。					
2-5-2 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代治疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者近亲属或授权委托人说明，并取得其书面同意。	2-5-2-1 及时向患者说明医疗风险、替代治疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者近亲属或授权委托人说明，并取得其书面同意。	各项指标符合要求：	C	查阅台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、对医务人员有知情同意和告知技能的培训。		现场查看	
		2、医务人员能根据医患沟通的制度、流程，用患者易懂的方式、语言与患方进行沟通，并履行书面同意手续。		抽查病历	
		3、实施手术、全身麻醉、高危诊疗操作、特殊检查、特殊治疗（如化疗）、使用血液制品、贵重药品、高值耗材等，医务人员能够使用患者易懂的方式、语言，与患方进行沟通并履行书面知情同意手续。	B	查阅台账资料	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、科室有自查，对存在问题有改进措施。			
		2、职能部门对患方知情同意工作的管理有检查、分析、反馈。	A	查阅台账资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，患方知情同意权益得到维护，满意度逐渐提高。					
2-5-3 保护患	2-5-3-1 保护患者的	各项指标符合要求：			

者的隐私权， 尊重民族习惯 和宗教信仰。	隐私权，尊重民族习惯 和宗教信仰。	1、有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。	C	查阅台账资料，现场走访	任何一项指标未达到，不得“C”	
		2、有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。				
		3、医务人员熟悉相关制度，了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。				
		4、医务人员自觉保护患者隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。				
		符合“C”，并：	B	查阅台账资料		5分，未达到不得分
		1、职能部门对患者隐私保护有检查与监管。				
		符合“B”，并：	A	查阅台账资料		5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，患者隐私保护落实到位。				
2-5-4 有保护患者隐私的设施和管理措施。	2-5-4-1 有保护患者隐私的设施和管理措施。	各项指标符合要求：	C	现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有私密性的诊疗环境。				
		2、在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施；各诊疗牙椅之间设有符合保护患者隐私的隔断，高度 ≥1.60 米。				
		3、多人病室各病床之间有间隔设施。				
		符合“C”，并：	B	现场查看		2.5分，未达到不得分
		1、有私密性的医患沟通及知情告知场所。				
		2、职能部门对保护患者隐私的设施和管理措施有检查与监管。	A	查阅台账资料		2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：				
1、持续改进有成效，保护患者隐私的设施和管理措施健全，并落实到位。						
2-5-5 创建平安医院，构建和谐	2-5-5-1 贯彻《执业医师法》《护士	各项指标符合要求：	C	查阅台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、开展医疗责任保险。				
医患关系。 (该节是否需要，建议协商)	条例》，建立医务人员开展正常诊疗活动的保障措施，落实四部委《关于进一步做好维护医疗秩序工作的通	2、对重点科室、重点部位的保安巡查有督查、跟踪记录。	B	查阅台账资料	3分，未达到不得分	
		符合“C”，并：				
		1、成功创建市级及以上“平安医院”。				
		符合“B”，并：	现场调查			
1、一线员工对医院安全满意度>90%。						

	知》，维护医务人员合法权益，创建平安医院，构建和谐医患关系。	2、开展医疗意外保险或医师执业责任保险。	A	查阅台账资料	2分，未达到不得分
2-6 投诉与医疗纠纷管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-6-1 贯彻落实《医疗机构投诉管理办法》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者投诉，及时处理并答复投诉人。	2-6-1-1 设立或指定专门部门统一接受、处理并答复投诉人。	各项指标符合要求：	C	现场查看，查阅台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有投诉管理相关制度及明确的处理流程。		查阅资料，现场走访	
		2、有专门部门统一受理、处理投诉。		查阅台账资料	
		3、应当及时处理投诉并按照规定的时限要求向患者反馈相关处理情况或者处理意见。			
		4、实行“首诉负责制”，患者向有关部门、科室投诉的，接待投诉的部门、科室工作人员应当热情接待，对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或者科室应当主动将患者引导到投诉管理部门，不得推诿、搪塞。。	B	现场查看，查阅台账资料	1分，未达到不得分
		符合“C”，并：			2分，未达到不得分
		1、投诉接待室配备有录音录像设施。			2分，未达到不得分
		2、职能部门对投诉工作的管理有检查、分析、反馈。			
		3、建立医疗机构、投诉管理部门、科室三级投诉管理机制，医疗机构各部门、各科室应当指定至少1名负责人配合做好投诉管理工作。	A	查阅溯源资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，各种投诉及时有效处理，患方满意度不断提升。					
2-6-2 公布投诉管理部门、地点、接待时间及联系方式，同时公布上级部门监督投诉	2-6-2-1 畅通患者投诉渠道，公布投诉管理部门、地点、接待时间及联系方式，同时公布上级部门监督投诉电话，建立健全投诉档	各项指标符合要求：	C	现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式及上级部门监督投诉电话。		查看制度，查阅台账资料	
		2、有投诉管理制度和投诉处理程序，有记录，体现投诉处理的全过程。		查看台账资料	
		3、建立健全投诉档案。			
		4、有投诉季度分析及整改措施；将投诉与绩效考核相结合。			

诉电话，建立健全投诉档案，规范投诉处理程序。	案，规范投诉处理程序，持续改进医疗服务。	符合“C”，并：	B	查阅台账资料	5分，未达到不得分
		1、职能部门对投诉管理工作有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	查阅溯源资料	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效、投诉管理规范。			
2-6-3 贯彻落实国家、江苏省《医疗纠纷预防与处理条例》，妥善处理医疗纠纷。	2-6-3-1 贯彻落实国家、江苏省《医疗纠纷预防与处理条例》，妥善处理医疗纠纷。	各项指标符合要求：	C	查看台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有学习培训、贯彻落实国家、江苏省《医疗纠纷预防与处理条例》的活动记录及具体举措，按照文件要求，制定相关制度。			
		2、有医疗纠纷范围界定、防范和处理的制度、预案、操作流程。			
		3、有法律顾问、律师提供相关法律支持。			
		4、相关人员熟悉流程并履行相应职责。	B	查阅台账资料	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门定期检查、分析、反馈。			
		2、医疗纠纷每千就诊人次发生数较上年有所下降	A	查阅溯源资料	2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，将国家、江苏省《医疗纠纷预防与处理条例》落到实处。	A	查阅溯源资料	3分，未达到不得分
2、无因医疗纠纷处置不当导致的严重社会事件。					
2-6-4 对员工进行投诉和医疗纠纷防范及处理的专门培训。	2-6-4-1 对员工进行投诉和医疗纠纷防范及处理的专门培训。	各项指标符合要求：	C	查看台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有专门部门，配备专（兼）职人员，对员工进行投诉和医疗纠纷防范及处理的培训，有完整的相关资料（每年至少一次）。			
		2、开展多种形式典型案例教育。	B	查看台账资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对培训效果有检查和监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅溯源资料，走访医务人员	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，员工对投诉和纠纷防范及处理的能力不断提升。					
2-7 就诊环境管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-7-1 为患者	2-7-1-1 为患者提供	各项指标符合要求：			

提供就诊接待、引导、咨询服务。	就诊接待引导、咨询服务。	1、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，有专人对患者提供咨询服务，相关人员熟知服务流程。	C	跟踪门急诊患者就诊流程	任何一项指标未达到，不得“C”		
		2、有各种便民措施与服务，如：有残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车等设备；为老年人、有困难的患者提供导医和帮助；提供饮水、电话、健康教育宣传等服务或设施；有适宜的供患者停放车辆的区域。		现场跟踪			
		3、有卫生、清洁、无味、防滑的卫生间，包括专供残疾人使用的卫生设施。		现场查看			
		4、有预防意外事件的警示标识与措施。		现场抽查工作人员			
		5、工作人员着装整洁规范、佩戴标识清晰，便于患者识别。	B	跟踪门急诊患者就诊流程	3分，未达到不得分		
		符合“C”，并： 1、实行“首问负责制”。		查阅台账资料	2分，未达到不得分		
		2、职能部门定期检查与监管。		A	查阅台账资料	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，标识规范，“首问负责制”落实到位。					
		2-7-2 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。	2-7-2-1 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。	各项指标符合要求：	C	现场查看	未达到要求不得“C”
				1、有清晰、规范、醒目、易懂的标识，尤其与急救相关的科室与路径。			
符合“C”，并： 1、根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。	B			现场查看	5分，未达到不得分		
符合“B”，并： 1、持续改进有成效，标识与服务区域功能或路径完全相符。	A			现场查看	5分，未达到不得分		
2-7-3 就诊、住院的环境安全、整洁、舒适。	2-7-3-1 就诊、住院的环境安全、整洁、舒适。	各项指标符合要求：	C	现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、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。					
		2、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。					
		3、住院病房整洁、安静，床单元面积符合相关标准要求。					
		4、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。					
		5、有安全的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。					
		6、特殊部门（手术室等）建筑布局流程符合国家、省有关要求。					
		符合“C”，并：					

		1、职能部门对医院环境状况有检查与监管。	B	查阅台账资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	现场查看	
		1、持续改进有成效，就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。			5分，未达到不得分
2-7-4 执行《无烟医疗卫生机构标准（试行）》《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》及《江苏省禁止吸烟警语和标志制作标准与张贴规范》。	2-7-4-1 执行《无烟医疗卫生机构标准（试行）》《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》及《江苏省禁止吸烟警语和标志制作标准与张贴规范》。	各项指标符合要求：	C	查阅台账资料 查阅宣教计划 现场查看 询问患者	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有执行《无烟医疗卫生机构标准（试行）》《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》及《江苏省禁止吸烟警语和标志制作标准与张贴规范》的具体措施。			
		2、组织实施禁止吸烟的宣传教育。			
		3、有禁止吸烟的醒目标识。			
		4、对有吸烟史的住院患者进行戒烟健康教育。	B	查阅台账资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有检查与监管。	A	现场查看	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，完全符合无烟医院标准。					

2-8 医务社工和志愿者服务

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-8-1 有医务社工和志愿者制度并开展工作。	2-8-1-1 有医务社工和志愿者制度并开展工作。	各项指标符合要求：	C	查阅台账资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有医务社工制度。			
		2、有志愿者制度。			
		3、有职能部门负责医务社工与志愿者工作，并对志愿者进行培训。	B	现场查看、人员访谈 查阅台账资料	3分，未达到不得分 1分，未达到不得分 1分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、医务社工和志愿者开展了相应工作。			
		2、职能部门每月对医务社工和志愿者工作进行检查。			
		3、医院每年都有工作计划、工作总结，对先进人员进行表彰。			2分，未达到不得分
符合“B”，并：					
1、设有医务社工岗位并配有专职人员。					

	2、医院有专门的职能部门负责医务社工与志愿者工作。	A	现场查看、人员访谈查阅台账资料	1分，未达到不得分
	3、开通患者服务呼叫中心，统筹协调解决患者相关需求。			1分，未达到不得分
	4、志愿者服务累计时长超过 3000 人次*小时。			1分，未达到不得分

第三章 医疗技术应用及管理

3-1 依法依规开展医疗技术							
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准		
3-1-1 医院医疗服务符合法律法规、部门规章和行业规范的要求，并符合医院诊疗科目范围，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。	3-1-1-1 依据法律法规开展医疗服务。	各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、台帐	未达到要求不得“C”		
		1、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。					
		符合“C”，并：	B			5分，未达到不得分	
		1、职能部门对相关工作有监管，及时根据工作开展情况变更执业许可证内容。					
	符合“B”，并：	A	5分，未达到不得分				
	1、持续改进有成效，相关技术管理资料完整，均在有效期内。						
	3-1-1-2 医学伦理委员会承担医疗技术伦理审核工作。	各项指标符合要求：	C		查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、医学伦理管理委员会承担医疗技术伦理审核工作，有涉及伦理问题的限制类技术与诊疗新技术等的审核。					
		2、有医学伦理审核的回避程序。					
		符合“C”，并：	B				5分，未达到不得分
		1、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。					
		符合“B”，并：	A				5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，医院开展的医疗技术经过伦理委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术案例。							
3-1-2 建立医疗技术管理制度，医疗技术	3-1-2-1 建立医疗技术管理制度，医疗技术管理符合	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、	任何一项指标未达到，不		
		1、有医疗技术管理制度。					
		2、开展限制类医疗技术，必须向相应卫生计生行政部门履行相应的备案手续。					

管理 符合《医疗技术临床应用管理办法》、《医疗质量管理办法》规定。	《医疗技术临床应用管理办法》、《医疗质量管理办法》规定。	3、有医院医疗技术分类目录。		台帐	得“C”
		4、有完整的医疗技术管理档案数据资料。			
		符合“C”，并：	B		5分，未达到不得分
		1、职能部门对医院开展的医疗技术临床应用情况有检查与监管。			
		符合“B”，并：	A		5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，医疗技术临床应用做到分类、准入、中止有动态管理。					
3-2 医疗技术临床应用管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
3-2-1 医疗技术组织管理完善，流程合理。	3-2-1-1 医疗技术组织管理完善，流程合理。	各项指标符合要求：	C	查看现场、考核管理及医务人员，查阅资料、台帐	未达到要求不得“C”
		1、医疗技术管理组织的组织架构健全，成立医疗技术临床应用管理委员会或医疗质量管理委员会下设的医疗技术临床应用管理小组			
		符合“C”，并：	B		3分，未达到不得分
		1、有相关部门负责医疗技术临床应用管理工作，有统一的审核、管理流程。			
		2、管理人员和医务人员知晓医疗技术管理要求，医疗技术管理组织开展相关工作。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A		5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，医疗技术管理流程合理，体现各级组织作用。					
3-2-2 限制类医疗技术准入、备案、授权与再授权管理。不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。	3-2-2-1 限制类医疗技术准入、备案、授权与再授权管理，无禁止类医疗技术应用。	各项指标符合要求：	C	查看现场、考核管理及医务人员，查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有限制类医疗技术培训、考核、评估、准入、备案、授权与再授权相关管理规定，及时修订，相关人员知晓要求内容。			
		2、无禁止类医疗技术开展。	B		5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对限制类技术的授权、开展情况定期督查，及时备案经准入的限制类医疗技术。			
		符合“B”，并：	A		5分，未达到不得分
1、无违规越权开展限制类医疗技术情况。					
3-2-3 临床应	3-2-3-1 临床应用新	各项指标符合要求：			

用新技术准入管理 (新技术和新项目准入制度) 对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价。	技术准入管理 (新技术和新项目准入制度) 对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价。	1、有诊疗新技术项目准入管理制度，包括立项、论证、风险评估、审批、追踪、评价等管理程序。	C	查阅资料、台帐	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并：	B		5分，未达到不得分
		1、职能部门定期对诊疗新技术项目实施情况进行动态的全程追踪评估管理。	A		5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，诊疗新技术阶段总结、定期评估与监管等资料完整。			
3-2-4 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并实施。	3-2-4-1 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并实施。	各项指标符合要求：	C	考核管理及医务人员， 查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有医疗技术风险处置与损害处置预案。			
		2、当可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）发生变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。			
		3、管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。			
符合“C”，并：	B	5分，未达到不得分			
1、职能部门对预案起草和处置程序可行性有检查与监管。	A	5分，未达到不得分			
符合“B”，并：					
1、持续改进有成效，医疗技术风险防范与处置管理规范，监管资料完整。					
3-2-5 对实施手术、全身麻醉等高风险技术操作的卫生技术人员实行“授权”管理，定期进行技术能力与质量绩效的评价。	3-2-5-1 医院建立医务人员的医疗技术资格许可授权制度、程序及考评标准，对资格许可授权实施动态管理。	各项指标符合要求：	C	考核管理及医务人员， 查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有医务人员医疗技术资格许可授权组织、制度、流程及目录。根据《医疗技术临床应用管理办法》的规定，主动向社会公开并接受监督。			
		2、有医疗技术资格初评、复评、取消及级别变更的标准。			
		3、医务人员知晓自身医疗技术资格许可的授权。			
		4、有医疗技术档案与授权动态管理的数据资料。	B		3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			2分，未达到不得分
		1、科室有自查，对存在问题有改进措施。			
2、职能部门对医疗技术资格授权有检查与监管。					
符合“B”，并：					

		1、持续改进有成效，无医务人员越级或未经授权实施医疗技术的案例。	A		5分，未达到不得分
	3-2-5-2 手术、全身麻醉、口腔种植等技术实行重点管理。	各项指标符合要求：	C	考核管理及医务人员，查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有手术、全身麻醉、口腔种植等技术的医务人员授权目录。			
		2、实施人员与授权名单一致。			
		符合“C”，并：	B		
		1、科室对权限使用有自查。			
		2、职能部门对医疗技术实施权限实施全程监管。			
		符合“B”，并：	A		2分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，对资质授权的权限做到动态管理。			3分，未达到不得分
					5分，未达到不得分
3-2-6 实施信息化技术管理手段。	3-2-6-1 实施信息化技术管理手段。	各项指标符合要求：	C	现场查看信息系统	未达到要求不得“C”
		1、采用信息化手段进行医疗技术临床应用管理。			
		符合“C”，并：	B		
		1、医务人员技术档案信息化管理完善，及时动态管理医疗技术。			
		符合“B”，并：	A		
1、建立技术管理信息系统，合理管理医务人员技术权限。			5分，未达到不得分		

3-3 医疗技术水平和服务能力

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	
3-3-1 医疗服务覆盖面、双向转诊等与医院功能定位相符。	3-3-1-1 近三年出院患者中外埠患者占一定比例（设区市以外区域）。	各项指标符合要求：	C	数据平台	未达到要求不得“C”	
		1、≥10%；（参考省医疗服务综合监管平台中三级医院平均值调整）				
		符合“C”，并：	B			
		1、≥20%；（C+10%）				
		符合“B”，并：	A			
	1、≥30%；（C+20%）					5分，未达到不得分
	3-3-1-2 近三年前往外院开展专科会诊情况。	各项指标符合要求：	C		未达到要求不得“C”	
	1、≥0.2 例次/年/医生人数（年度外院会诊总例数/医生总人数）；有同级别医疗机构会诊；					
		符合“C”，并：				

		1、 ≥ 0.25 例次/年/医生人数；同级别医疗机构会诊比例 $\geq 10\%$ ；	B	查看记录、台账	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、 ≥ 0.3 例次/年/医生人数；有省域以外会诊。	A		5 分，未达到不得分
3-3-1-3 近三年接受进修人员情况。		各项指标符合要求：	C	查看记录、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、制定医院进修人员管理相关规定，并组织实施。			
		2、每年接受进修人员数量与椅位比例 $\geq 10\%$ ；接受进修人员专业比例 $\geq 20\%$ ；			
		符合“C”，并：	B		2.5 分，未达到不得分
		1、每年接受进修人员数量与椅位比例 $\geq 15\%$ ；			2.5 分，未达到不得分
		2、每年接受进修人员专业比例 $\geq 50\%$ ，应含口腔颌面外科病房；	A		2.5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：			2.5 分，未达到不得分
1、每年接受进修人员数量与椅位比例 $\geq 20\%$ ；					
		2、每年接受进修人员专业比例 $\geq 70\%$ ，应含口腔颌面外科病房；接受外省、市进修人员。			
3-3-1-4 近三年出院患者 DRG 组数较高。		各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C”
		1、 $\geq X-10$ 组，X 为省平台统计全省三级口腔医院 DRG 组数平均值增加 10%。			
		符合“C”，并：	B		5 分，未达到不得分
		1、 $\geq X$ 组。			5 分，未达到不得分
符合“B”，并：	A	5 分，未达到不得分			
1、 $\geq X+5$ 组。					
3-3-1-5 近三年下转患者例数持续提高。		各项指标符合要求：	C		未达到要求不得“C”
		1、向基层医疗卫生机构、慢性病医疗机构转诊的人数年增长率在 10%以上；			
		符合“C”，并：	B		5 分，未达到不得分
		1、向基层医疗卫生机构、慢性病医疗机构转诊的人数年增长率在 15%以上；			5 分，未达到不得分
符合“B”，并：	A	5 分，未达到不得分			
1、向基层医疗卫生机构、慢性病医疗机构转诊的人数年增长率在 20%以上；					
3-3-2 具有较强的危重、疑难疾病诊治能力。	3-3-2-1 入出院诊断符合率较高。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监	未达到要求不得“C”
		1、 $\geq 92\%$ 。			
		符合“C”，并： 1、 $\geq 95\%$ 。	B		5 分，未达到不得分

		符合“B”，并：	A	管系统查看	5分，未达到不得分	
		1、 $\geq 98\%$ 。				
	3-3-2-2 急危重症患者抢救成功率较高。	各项指标符合要求：	1、 $\geq 80\%$ 。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C” 5分，未达到不得分 5分，未达到不得分
			符合“C”，并：	B		
			1、 $\geq 85\%$ 。			
			符合“B”，并：	A		
			1、 $\geq 90\%$ 。			
	3-3-2-3 住院患者中疑难危重患者比例较高。	各项指标符合要求：	1、 $\geq 30\%$ 。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C” 5分，未达到不得分 5分，未达到不得分
			符合“C”，并：	B		
			1、 $\geq 35\%$ 。			
			符合“B”，并：	A		
			1、 $\geq 40\%$ 。			
	3-3-2-4 三、四级手术比例较高。	各项指标符合要求：	1、 $\geq 30\%$ ，其中四级手术 $\geq 10\%$ 。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C” 5分，未达到不得分 5分，未达到不得分
			符合“C”，并：	B		
			1、 $\geq 50\%$ ，其中四级手术 $\geq 20\%$ 。			
			符合“B”，并：	A		
			1、 $\geq 70\%$ ，其中四级手术 $\geq 40\%$ 。			
	3-3-2-5 近三年出院患者CMI值较高。	各项指标符合要求：	1、 $\geq X-0.2$ ，X为省平台统计全省三级口腔医院CMI平均值。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C” 5分，未达到不得分 5分，未达到不得分
			符合“C”，并：	B		
			1、 $\geq X$ 组。			
符合“B”，并：			A			
1、 $\geq X+0.1$ 。						

3-3-3 建有一批技术水平较高、在区域范围内享有一定知名度的临床专科。	3-3-3-1 建有一批技术水平较高、在区域范围内享有一定知名度的临床专科。	各项指标符合要求：	C	查看资料、记录、台账	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、制定医院重点专科管理相关规定，并组织实施。						
		2、有省级临床重点专科。	B			5分，未达到不得分		
		符合“C”，并： 1、有省级临床重点专科 $\geq X$ ，X为省平台统计全省三级口腔医院省级临床重点专科数平均值。。						
符合“B”，并： 1、承担省级专科质控中心工作，或有省专科（专病）诊疗中心，或承担国家级专科质控中心工作，或有国家临床重点专科建设项目，并通过总结评估。	A	5分，未达到不得分						
3-3-4 具有一批技术水平较高、在区域范围内享有一定知名度的临床专家。	3-3-4-1 具有一批技术水平较高、在区域范围内享有一定知名度的临床专家。	各项指标符合要求：	C	查看资料、记录、台账	未达到要求不得“C”			
		1、4人以上在省一级学会专业委员会任职。						
		符合“C”，并： 1、4人以上在国家级一级学会专业委员会任职，或担任省口腔医学会常委以上任职。	B			5分，未达到不得分		
		符合“B”，并： 1、4人以上牵头或参与制定已发布的国家级诊疗规范、指南等。	A			5分，未达到不得分		
3-3-5-1 口腔颌面外科医疗服务能力符合相关要求。	3-3-5-1 口腔颌面外科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”			
		1、能常规开展80%以上一般科室技术。						
		符合“C”，并： 1、能独立开展90%以上一般科室技术和50%以上重点科室技术。	B			5分，未达到不得分		
	符合“B”，并： 1、能独立开展70%以上重点科室技术。	A	5分，未达到不得分					
	3-3-5-2 牙体牙髓病科医疗服务能力符合相关要求。	3-3-5-2 牙体牙髓病科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求：			C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
			1、能常规开展90%以上一般科室技术。					
符合“C”，并： 1、能独立开展95%以上一般科室技术和60%以上重点科室技术。			B	5分，未达到不得分				
符合“B”，并： 1、能独立开展70%以上重点科室技术。	A	5分，未达到不得分						
3-3-5-3 牙周病科科	3-3-5-3 牙周病科科	各项指标符合要求：						

3-3-5 临床专科医疗服务能力符合《江苏省三级口腔医院医疗技术水平标准（2018 版）》	医疗服务能力符合相关要求。	1、能常规开展 80%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并：	B		5 分，未达到不得分
		1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 70%以上重点科室技术。			A
		符合“B”，并：			
	3-3-5-4 儿童口腔科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
		1、能常规开展 90%以上一般科室技术。	B		5 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			A
		1、能独立开展 95%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			
	3-3-5-5 口腔黏膜病科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
		1、能常规开展 80%以上一般科室技术。	B		5 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			A
		1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 60%以上重点科室技术。			
	3-3-5-6 口腔修复科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
		1、能常规开展 90%以上一般科室技术。	B		5 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			A
		1、能独立开展 95%以上一般科室技术和 70%以上重点科室技术。			
	3-3-5-7 口腔正畸科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
		1、能常规开展 80%以上一般科室技术。	B		5 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 65%以上重点科室技术。			
	符合“B”，并：				

		1、能独立开展 75%以上重点科室技术。	A		5 分，未达到不得分
3-3-5-8 种植科医疗服务能力符合相关要求		各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
		1、能常规开展 80%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并：	B		5 分，未达到不得分
		1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 70%以上重点科室技术。			
		符合“B”，并：	A		5 分，未达到不得分
1、能独立开展 80%以上重点科室技术。					
3-3-5-9 口腔预防保健科医疗服务能力符合相关要求。		各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
		1、能常规开展 90%以上一般科室技术。			
3-3-5-10 麻醉科医疗服务能力符合相关要求。		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	5 分，未达到不得分
		1、能独立开展 95%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			
		符合“B”，并：	A		5 分，未达到不得分
		1、能独立开展 80%以上重点科室技术。			
3-3-5-11 口腔急诊科、口腔全科医疗服务能力符合相关要求。		各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
		1、能常规开展 85%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并：	B		5 分，未达到不得分
		1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 70%以上重点科室技术。			
符合“B”，并：	A	5 分，未达到不得分			
1、能独立开展 80%以上重点科室技术。					
3-3-5-12 重症医学科医疗服务能力符合相关要求。（可选）		各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C”
		1.能常规开展50%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并：	B		5分，未达到不得分
		1.能独立开展60%以上一般科室技术和1项重点科室技术。			

	符合“B”，并： 1. 能独立开展80%以上一般科室技术和3项重点科室技术。	A		5分，未达到不得分
3-3-5-13 技工中心医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求： 1、能常规开展 70%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
	符合“C”，并： 1、能独立开展 80%以上一般科室技术	B		5 分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、能独立开展 90%以上一般科室技术	A		5 分，未达到不得分
3-3-5-14 医学影像科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求： 1、能常规开展 80%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
	符合“C”，并：	B		
	1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 70%以上重点科室技术。	A	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	5 分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、能独立开展 80%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分
	各项指标符合要求： 1、能常规开展 80%以上一般科室技术。	C		未达到要求不得“C”
	符合“C”，并： 1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 70%以上重点科室技术。	B		5 分，未达到不得分
3-3-5-15 医学检验科医疗服务能力符合相关要求。	符合“B”，并： 1、能独立开展 80%以上重点科室技术。	A	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	5 分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、能独立开展 80%以上重点科室技术。	A		5 分，未达到不得分
3-3-5-16 输血科（或血库）医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求： 1、能常规开展 70%以上一般科室技术或根据医院的资源情况，与有资质的医疗机构或血液中心签署协议或合同，有明确的服务形式与质量保障条款，保证临床正常用血等。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
	符合“C”，并： 1、能独立开展 80%以上一般科室技术和 60%以上重点科室技术。	B		5 分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、能独立开展 70%以上重点科室技术。	A		5 分，未达到不得分
3-3-5-17 药剂科医疗	各项指标符合要求：			

	服务能力符合相关要求。	1、能常规开展 85%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”	
		符合“C”，并：	B		5分，未达到不得分	
		1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			A	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	1、能独立开展 65%以上重点科室技术。			
3-3-5-18 口腔病理科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求：	1、能常规开展 80%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看或查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”	
		符合“C”，并：	B			
		1、能独立开展 80%以上一般科室技术和 55%以上重点科室技术。	A	查看现场、资料、记录、台账	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
		1、能独立开展 65%以上重点科室技术。			5分，未达到不得分	
	3-3-5-19 亚专科设置及亚专科技术应用。	各项指标符合要求：	1、有亚专科设置，明确亚专科技术开展分工。		查看现场、资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
			符合“C”，并：			
			1、开设亚专科门诊。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			5分，未达到不得分	
		1、30%以上科室设置亚专科。				
3-3-6 开展多学科联合诊疗。	3-3-6-1 开展多学科联合诊疗。	各项指标符合要求：	C	查看现场、资料、记录、台账	任何一项指标未达到，不得“C”	
		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。			B	5分，未达到不得分
		2、常规开展多学科联合诊疗工作，开设多学科联合诊疗门诊。				A
		符合“C”，并：	1、具有 3 个以上多学科联合诊疗团队。			
		符合“B”，并：	1、设置多学科联合诊疗中心。			
3-3-7 具备较强的国家和省限制类医疗技术开展能力。	3-3-7-1 具备较强的国家和省限制类医疗技术开展能力。	各项指标符合要求：	C	查看病历资料、记录、	未达到要求不得“C”	
		1、根据国家《限制类医疗技术目录 2015 版》和江苏省《限制类医疗技术目录 2017 版》，能开展其中口腔相关共 50%的项目。			B	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：	1、能开展国家和省口腔相关限制类医疗技术共 60%的项目。			

		符合“B”，并： 1、能开展国家和省口腔相关限制类医疗技术共 80%的项目。	A	台账等	5 分，未达到不得分		
3-3-8 能开发/开展填补空白的成熟、适用、	3-3-8-1 能开发/开展填补空白的成熟、适用、先进医	各项指标符合要求：	C	查看资料、记录、台账	未达到要求不得“C”		
		1、近三年开发/开展省内先进项目 3 项。					
		符合“C”，并：	B				
先进医疗技术。	疗技术。	1、近三年开发/开展国内先进项目 3 项。	A		5 分，未达到不得分		
		符合“B”，并：					
		1、近三年有发明专利 2 项。			5 分，未达到不得分		
3-3-9 主持医疗学术交流活	3-3-9-1 主持医疗学	各项指标符合要求：	C	查看资料、记录、台账	未达到要求不得“C”		
		1、近三年每年主持设区市级以上学术交流活动。					
		符合“C”，并：	B				
		1、近三年每年主持全省学术交流活动。					
		符合“B”，并：				A	
1、近三年每年主持全国性学术交流活动。	5 分，未达到不得分						
3-3-10 能开展与医疗技术水平相适应、符合医疗技术发展需要的临床科学研究。	3-3-10-1 开展与省级临床重点专科水平相应的临床科学研究。	各项指标符合要求：	C	查看资料、记录、台账	未达到要求不得“C”		
		1、在研省级以上项目≥6 项。					
		符合“C”，并：	B				
		1、在研国家级项目≥6 项。					
	符合“B”，并：	A					
	1、承担在研国家重大科研项目。	5 分，未达到不得分					
	3-3-10-2 近三年获医疗技术相关奖项。	各项指标符合要求：	C			查看资料、记录、台账	未达到要求不得“C”
		1、近三年获省卫生健康委新技术引进奖或江苏医学奖。					
		符合“C”，并：	B				
		1、近三年获省卫生健康委新技术引进奖或江苏医学奖 2 项以上。					
符合“B”，并：	A						
1、近三年获中华医学奖或省级科技进步奖三等奖以上奖项。	5 分，未达到不得分						
3-3-10-3 近三年发表医疗技术相关临床科学	各项指标符合要求：	C		未达到要求不得“C”			
	1、近三年在公开出版期刊发表的论文数≥医院中级以上技术人员总数的 40%。						

	研究论文。	符合“C”，并：	B	查看资料、记录、台账	
		1、近三年在公开出版期刊发表的论文数≥医院中级以上技术人员总数的 50%。			5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A		
		1、近三年在公开出版期刊发表的论文数≥医院中级以上技术人员总数的 60%。			5 分，未达到不得分
3-3-11 具有较强的临床教学及研究生培养能力。	3-3-11-1 具有较强的临床教学及研究生培养能力。	各项指标符合要求：	C	查看资料、记录、台账	
		1、能承担高等医学院校临床教学任务。			任何一项指标未达到，不得“C”
		2、医学院校附属医院经教育和卫生行政主管部门联合批准，临床教学基地、实习基地通过省教育厅和省卫计委联合评估并发文确认，承担高等医学院校临床教学任务。			
		符合“C”，并：	B		
		1、能独立培养硕士研究生。			2 分，未达到不得分
		2、具有硕士点。			
		符合“B”，并：	A		
1、能独立培养博士研究生。	3 分，未达到不得分				
2、已有毕业学员。		2 分，未达到不得分			

第四章 医疗质量安全管理与持续改进

4-1 质量与安全管理组织					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-1-1 认真贯彻落实《医疗质量管理实施办法》、《江苏省医疗质量管理实施办法》，有质量与安全管理体制，实行院、科两级负责制	4-1-1-1 有质量与安全管理体制，实行院、科两级负责制。院长是第一责任人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保质	各项指标符合要求：	C	查阅医院文件、资料，现场抽查临床、医技、门急诊等科室台帐，现	
		1、有医院质量管理组织架构图，能清楚反映医院质量管理组织结构，体现院长是医院质量管理第一责任人，科主任是科室质量管理第一责任人。			

<p>任制。院长是第一责任人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保质量与安全管理所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。</p>	<p>量与安全管理体系所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。</p>		<p>场访谈5名不同层级人员。质控中心考核结果以卫生计生行政部门或其委托的管理部门数据为准。</p>	<p>任何一项指标未达到，不得“C”</p>		
	<p>2、院、科二级质量管理组织健全，医院质量管理组织主要包括：医院质量与安全管理委员会、各质量相关委员会（医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会等）、质量管理部门、各职能部门、科室质量与安全管理小组等。</p>					
	<p>3、有医院质量管理方针和目标，有年度实施计划和重点工作。</p>					
	<p>4、院、科二级质量管理组织定期专题研究医疗质量和医疗安全工作，在质量与安全管理中发挥决策作用，有案例说明。</p>					
	<p>5、如为经卫生计生行政部门认定的省、设区市或县（市）级质控中心，需制定专业质控目标与年度质控计划。中心年度考核结果为合格。</p>					
	<p>符合“C”，并：</p>					
	<p>1、各相关管理委员会制定年度工作计划、重点工作项目并组织实施，有分析总结，有改进措施，有记录。</p>	B			<p>查阅文件、资料，现场访谈5名相关委员会人员。质控中心考核结果以卫生计生行政部门或其委托的管理部门数据为准。</p>	2分，未达到不得分
	<p>2、各相关委员会制定重点工作质量考核指标与标准，定期收集、汇总、分析，发现问题，提出改进措施。</p>					2分，未达到不得分
	<p>3、各相关委员会运用质量管理工具开展质量管理，有案例说明。</p>					1分，未达到不得分
	<p>4、如为经卫生计生行政部门认定的省、设区市或县（市）级质控中心，需按计划开展辖区内专业质控活动，中心年度考核成绩为优秀。</p>					
<p>符合“B”，并：</p>						
<p>1、各医院质量与安全管理委员会人员组成合理，职责分工明确；有记录说明委员会体现质量管理决策层、控制层和执行层三个层次的质控作用。</p>	A	<p>查阅文件、资料，不同委员会5名人员访</p>	3分，未达到不得分			

	2、委员会组成部门各司其职，积极讨论解决质量管理难点问题。		谈。	2 分，未达到不得分
4-1-1-2 职能部门履行策划、指导、检查、监督、考核、评价和控制职能。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看 5 个职能部门	任何一项指标未达到，不得“C”
	1、根据医院质量方针与目标，制定并实施相应的质量与安全管理工作计划与管理方案。			
	2、各职能部门履行指导、检查、监督、考核、评价和控制管理职能。有履行职责的工作记录。			
	符合“C”，并：	A	查阅文件、资料，访谈 5 名职能部门相关人员	5 分，未达到不得分
	1、职能部门能运用管理工具统计分析质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料，对质量与安全工作实施监控，并定期总结、分析、反馈，有记录。			
	符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，质量管理工作落实到位。				
4-1-1-3 科室负责人是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理第一责任人。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
	1、科室主任是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理小组工作，QC 小组组成人员合理，分工明确，有分工职责。			
	2、制定科室质量目标，质量与安全工作计划，定期召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题，有记录。			
	符合“C”，并：	B	查阅 3 个临床、医技科室文件、资料，3 名人员访谈	5 分，未达到不得分
	1、管理小组对科室质量与安全进行定期检查、能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施与落实执行。			
	符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，科室对质量与安全工作计划、问题改进落实到位。	A	查阅 3 个临床、医技科室文件、资料，3 名人员访谈	5 分，未达到不得分	
4-1-1-4 充分发挥质控中心专业质控的指导作用，制定本级本专业医疗质量管理	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料，2 名科	任何一项未达到，不得“C”
	1、科室有专（兼）职人员负责质控中心工作，有年度质控工作计划与方案，制定质控信息收集、汇总、分析、上报工作并实施。		室人员访谈	

理相关制度、规范、标准和指南；制定质控方法和程序；编写医疗质量管理的培训教材、计划，培养师资，开展培训；依托相关质控网络系统收集、分析接受医疗质量控制与管理 的医疗机构的医疗 质量数据，科学、客观评价、反馈，并进行纠偏与指导（质控中心单位必选）	2、各专业质控中心人员结构、数量适应工作需要；建立健全全省本专业质控组	B	查阅文件、资料	2分，未达到不得分
	织网络组织，确定质控病种，确定质控指标；制定质控信息收集汇总、统计分析、评价反馈、监控与指导纠偏等规章制度，并实施。			
	3、各专业质控中心制定年度质控工作计划目标明确，措施有力，切实可行			
	4、各专业质控中心按季收集、汇总、分析、评价质控对象的质控信息，按时向省质控办上报专业质控报告。			
	5、质控中心每年至少组织一次质控对象有关质量控制专业知识的培训，有记录。			
	符合“C”，并：			
	1、质控对象对本科室质控工作有自查、分析和整改，有记录。			
	2、质控中心依据质控数据，运用趋势性分析等工具，客观真实地分析评价本中心质控工作成效			
	3、质控中心对照本专业质控指标，指导偏离质控标准的质控对象及时纠正偏离，并对纠偏情况实施监控，有记录			
	符合“B”，并：			
1、质控中心每年至少指导一个质控对象运用 PDCA 的管理方法，完成本专业质控改进，有案例说明。				
2、质控中心制定或修订的单病种管理或临床路径管理规范，在全省执行				
3、专业质控工作有成效，年度行政部门对质控中心的考核成绩不低于 90 分。				

4-2 医疗质量管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-2-1 有医疗质量管理 和持续改进方案，并组织实施。	4-2-1-1 医院制订有质量管理方案，包括：质量管理目标、	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院有医疗质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度。			
		2、有院科两级医疗质量管理与监督工作流程。			

	质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度。	符合“C”，并：	B	查阅 3 个职能部门，3 个临床、医技科室文件、资料，6 名人员访谈	3 分，未达到不得分	
		1、科室对质量指标考核项目自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。				
		2、职能部门对考核存在的问题有检查、分析、反馈。				
		符合“B”，并：	A	查阅台帐、资料	5 分，未达到不得分	
	1、院科二级持续改进有成效，医疗质量实现目标管理。					
	4-2-1-2 有医疗质量关键环节重点部门管理制度与措施。	各项指标符合要求：	C	抽查 3 个重点部门文件、台帐；3 名人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、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、措施和考核标准。				
		2、有重点部门（急诊科、手术室、复苏室、消毒供应中心等）的管理制度、措施和考核标准。				
		3、相关人员知晓本岗位相关质量管理体系及措施，并落实。	符合“C”，并：	B	抽查 3 个重点部门文件、台帐；3 名人员访谈	3 分，未达到不得分
		1、科室有自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。				
2、职能部门定期对各项管理制度与措施的落实情况有检查、分析、反馈。		符合“B”，并：	A	抽查 3 个重点部门文件、台帐；3 名人员访谈	5 分，未达到不得分	
1、持续改进有成效，重点部门、关键环节医疗质量不断提高。						
4-2-2 建立与执行医疗质量管理体系、操作规范、诊疗指南。		4-2-2-1 建立并执行医疗质量管理体系，重点是医疗质量安全核心制度。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、台帐、临床、医技科室人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
	1、有医疗质量管理体系。					
	2、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。					
	3、科室根据专科特点细化医院医疗质量管理体系。					
	4、执行与落实各项医疗质量管理体系，重点是 18 项医疗质量安全核心制度。	符合“C”，并：	B	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	3 分，未达到不得分	
	1、科室对制度执行与落实情况有自查与整改。					
	2、职能部门对制度执行与落实情况有检查与监管。	符合“B”，并：	A	查阅文件、台帐、临床、	2 分，未达到不得分	
	1、科室对制度执行与落实情况有自查与整改。					
2、职能部门对制度执行与落实情况有检查与监管。						
符合“B”，并：	A	查阅文件、台帐、临床、				

		1、持续改进有成效，科室对核心制度要求内容落实到位。		医技科室人员访谈	5分，未达到不得分		
	4-2-2-2 应用临床诊疗指南和规范，指导和规范临床医务人员的诊疗行为。	各项指标符合要求：	C	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、科室有临床诊疗指南和规范。					
		2、开展临床诊疗指南和规范的培训。					
			3、相关人员掌握临床诊疗工作的指南/规范。				
			符合“C”，并：	B	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分	
			1、科室对临床诊疗指南和规范执行情况有自查。				
			2、职能部门对执行情况有监管，对落实中存在的问题进行分析和反馈。				
		符合“B”，并：	A	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	5分，未达到不得分		
		1、持续改进有成效，科室医务人员均能按照规范或指南开展医疗活动，无违法、违规诊疗行为。					
4-2-3 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度”，强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核。	4-2-3-1 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度（三严）”，强化“基础理论、基本知识、基本技能（三基）”培训与考核。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”		
						1、医院有“三基”培训管理制度与方案。	
						2、有根据不同层次及专业的卫生技术人员的“三基”培训计划。	
				3、有与培训相适宜的技能培训设施、设备及经费保障。			
				4、有相关部门负责实施“三基”培训。			
		符合“C”，并：	B	查阅台帐、访谈	5分，未达到不得分		
		1、医院对“三基”培训有考核，考核结果有记录。					
		符合“B”，并：	A	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分		
		1、持续改进有成效，全体参加“三基”考核的人员考核合格。					
4-2-4 建立医疗风险防范机制，针对医疗风险制定相应制度、流程与医疗风险管理	4-2-4-1 医院针对医疗风险制定相应制度、流程与医疗风险管理方案。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”		
						1、医院针对医疗风险制定相应制度与流程。	
						2、有医疗风险管理方案，包括医疗风险识别、评估、分析、处理和监控等内容。	
						3、落实相关制度和流程。	
						4、参加所在地人民政府建立的医疗责任风险分担制度。	
方案，确保患者		符合“C”，并：					

安全。		1、科室有自查，对存在问题有改进措施。	B	查阅台帐、访谈	3分，未达到不得分	
		2、职能部门对医疗风险的防范有检查、分析、反馈。			2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅台帐、访谈现场查看	3分，未达到不得分	
		1、有跨部门的防范医疗风险的协调机制。			2分，未达到不得分	
		2、有信息化的医疗风险监控与预警系统。				
	4-2-4-2 落实患者安全目标。	各项指标符合要求：	1、医院及科室将实施“患者安全目标”作为推动患者安全管理的基本任务。	C	查阅文件、资料访谈，人员抽查	任何一项指标未达到，不得“C”
			2、为实施“患者安全目标”提供所需的人力与物力资源。			
			3、组织“患者安全目标”相关制度的员工培训与考核。			
			4、员工对患者安全目标的知晓率≥90%。			
			符合“C”，并：			
		1、职能部门对患者安全目标落实情况进行检查、分析、反馈，有改进措施。	B	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料，抽查3名员工	3分，未达到不得分	
		1、患者安全目标在医院日常工作流程中得到完全落实。			3分，未达到不得分	
	2、员工有较强的患者安全服务意识，医院逐步形成人人参与的安全文化。					
	4-2-4-3 开展防范医疗风险相关知识、技能的教育与培训。	各项指标符合要求：	1、医院有医疗风险防范培训的计划。	C	查阅台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
2、定期进行防范医疗风险的相关教育与培训。						
3、有针对共性及各科室专业特点，制定相关教育与培训的课程内容。						
符合“C”，并：		B	查阅台帐、访谈	5分，未达到不得分		
1、职能部门对培训效果有检查与监管。						
符合“B”，并：		A	查阅台帐、访谈	5分，未达到不得分		
1、培训计划落实到位，医务人员防范医疗风险知识普遍提升。						
4-2-5 定期进	4-2-5-1 定期进行	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、访谈		
行全员医疗质量和安全教育，强化医疗质量和安全意识，提高	全员医疗质量和安全教育，强化医疗质量和安全意识，提高	1、根据年度患者安全目标，制定教育培训计划。			任何一项指标未达到，不得“C”	
		2、定期开展形式多样的院、科两级质量与安全教育和培训，有记录。				
		符合“C”，并：				

识,提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。	全员医疗质量管理与改进的参与能力。	1、职能部门对教育和培训效果有检查与监管。	B	查阅台帐、访谈	5分,未达到不得分
		符合“B”,并:	A	查阅台帐、访谈	5分,未达到不得分
		1、员工能够主动参与质量与安全管理,科室患者安全持续改进案例数逐年增加。			
4-3 临床路径与单病种质量管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-3-1 开展临床路径与单病种质量管理作为推动医疗质量持续改进的重点项目、规范临床诊疗行为的重要内容之一,实施临床路径与单病种质量管理。	4-3-1-1 实施临床路径管理。	各项指标符合要求:	C	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐,现场考核	任何一项指标未达到,不得“C”
		1、有对临床路径管理的组织、实施的相关制度和工作职责。			
		2、根据本院实际情况制定进入临床路径病种目录和文本。			
		3、临床路径实施有多部门和科室间的协调配合。			
		符合“C”,并:	B	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐,核实季报、年报	2分,未达到不得分
		1、临床路径入组率(实施临床路径管理的病例数/本院出院病例数)≥50%, 入组后完成率≥70%。			
		2、科室对临床路径有管理和对存在问题的整改。			
		3、职能部门有监管,每季度对监测指标进行汇总与分析,问题及时反馈。			
	符合“B”,并:	A	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐,现场考核	2分,未达到不得分	
	1、实施临床路径管理的病例数占本院出院病例数比≥60%,入组后完成率≥80%。				
	2、实现临床路径信息化管理,用信息化手段统计、分析、上报临床路径数据。				
3、根据病种收治结构、路径实施情况,及时调整病种、修订文本、优化路径。	1分,未达到不得分				
4-3-1-2 实施单病种管理。		C	查阅医院、3个临床科室、		
	种管理。	1、结合本院实际情况制定单病种管理要求和措施。		计算机中心文件、资料、台帐,现场考核	任何一项指标未达到,不得“C”
		2、有专人按规定负责上报单病种质量管理信息。			
		符合“C”,并:	B	查阅医院、3个临床科室、	3分,未达到不得分
	1、科室对单病种管理中存在的问题有整改。				

		2、职能部门有监管，每季度对监测指标进行汇总与分析，问题及时反馈。		计算机中心文件、资料、台帐，核实季报、年报	2分，未达到不得分			
		符合“B”，并：	A	查阅台账，现场考核	5分，未达到不得分			
		1、上报信息准确、可靠、及时。						
4-4 口腔门诊管理与持续改进								
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准			
4-4-1 应当按照《卫生部关于修订口腔科二级科目的通知》的要求，建立符合规范的口腔二级专业科室。	4-4-1-1 建立符合规范的口腔门诊二级专业科室。	各项指标符合要求：	C	查阅台账，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、有符合卫生行政部门规定的二级诊疗科目并独立建制的口腔门诊专业科室，获得批准至少一年以上。						
		2、各专业科室椅位数应当满足患者诊疗需要。牙体牙髓病科、牙周病科、儿童口腔科、口腔颌面外科、口腔修复科、口腔正畸科椅位数各不得低于10台；口腔黏膜病科、口腔种植科椅位数各不得低于4台，口腔预防科椅位数不得低于2台。						
		符合“C”，并						
	4-4-1-1 建立符合规范的口腔门诊二级专业科室。	4-4-1-1 建立符合规范的口腔门诊二级专业科室。	1、牙体牙髓病科、牙周病科、儿童口腔科、口腔颌面外科、口腔修复科、口腔正畸科椅位数各不得低于15台。	B	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，现场考核	2分，未达到不得分		
			2、保持适宜的椅位使用率≥85%（不含教学椅位）。			2分，未达到不得分		
			3、保持每椅位日均接诊不低于8人次。			1分，未达到不得分		
			4-4-1-1 建立符合规范的口腔门诊二级专业科室。	4-4-1-1 建立符合规范的口腔门诊二级专业科室。	符合“B”，并	A	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，现场考核	2分，未达到不得分
					1、牙体牙髓病科、牙周病科、儿童口腔科、口腔颌面外科、口腔修复科、口腔正畸科椅位数各不得低于20台；口腔黏膜病科、口腔种植科椅位数各不得			2分，未达到不得分
					低于6台，口腔预防科椅位数不得低于4台。			
4-4-1-1 建立符合规范的口腔门诊二级专业科室。	4-4-1-1 建立符合规范的口腔门诊二级专业科室。	2、保持每椅位日均接诊不低于10人次。			2分，未达到不得分			
		3、开放椅位大于执业登记椅位时，有增加椅位的申请记录。			1分，未达到不得分			
		各项指标符合要求：						
	4-4-1-2	各项指标符合要求：						

	人员设置与梯队结构合理	1、门诊医师人数与椅位数之比应不低于 0.6:1。	C	查阅台账，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、门诊护士人数与门诊开放椅位数之比应不低于 0.6:1。			
		3、护士长具有 5 年以上专业护理工作经验并具备护士及以上职称。			
		4、由具备本专业主治医师及以上职称的医师担任诊疗组长或诊室负责人。			
	符合“C”，并	B	查阅医院、3 个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，核实季报、年报	1 分，未达到不得分	
	1、门诊医师人数与椅位数之比应不低于 0.7:1。			1 分，未达到不得分	
	2、门诊护士人数与门诊开放椅位数之比应不低于 0.7:1。			1 分，未达到不得分	
	3、临床科室主任具有正高职称≥90%。			1 分，未达到不得分	
	4、由具备本专业副主任医师及以上职称的医师担任诊疗组长或诊室负责人。			0.5 分，未达到不得分	
	5、护士长具有主管护师及以上职称≥70%。			0.5 分，未达到不得分	
	6、门诊护士中具有大专及以上学历者≥40%。	A	查阅台账，现场考核	5 分，未达到不得分	
	符合“B”，并				
	科室功能、任务和定位符合医院规划及发展要求。				
	4-4-1-3	各项指标符合要求：	C	查阅台账，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
科室布局合理，工作制度齐全，人员岗位职责明确，医疗设备设置满足诊疗需要。	1、科室布局合理，接诊流程清晰。				
	2、有与科室管理相关的各项工作制度（含工作计划），人员岗位职责明确。				
	3、医疗设备设置应当满足开展诊疗科目和相关技术项目的需要。				
符合“C”，并	B	查阅台账，现场考核	2 分，未达到不得分		
1、有工作制度与岗位职责的培训并记录。			2 分，未达到不得分		
2、医疗设备、口腔诊疗器械有明确的人员分工与管理制度并有记录。			1 分，未达到不得分		
3、职能部门开展监管工作，对存在问题与缺陷有改进措施。	A	查阅台账，现场考核	1 分，未达到不得分		
符合“B”，并					
4-4-2 应用疾病诊	4-4-2-1 按照医院现	1、科室人员知晓各项工作制度，岗位职责。			2 分，未达到不得分
		2、有与科室工作制度、岗位职责、医疗设备及器械等基础管理相关的信息化管理。			2 分，未达到不得分
		3、职能部门监管工作有成效，对存在问题及时整改。			1 分，未达到不得分
4-4-2 应用疾病诊	4-4-2-1 按照医院现	各项指标符合要求：			

疗规范和药物临床应用指南, 规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和口腔卫生材料的行为。	行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南、临床路径, 规范诊疗行为。	1、医院有适用的疾病诊疗规范和药物临床应用指南等文件, 能用于指导医师的诊疗活动。	C	查阅台帐、访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”			
		2、规范临床检查、诊断、治疗, 使用药物和植(介)入类医疗器械的行为有依据有措施。						
		3、积极开展临床路径管理, 病种数量 ≥ 10 种, 覆盖全院40%以上的临床医疗科室。						
		4、对使用这些指南和临床路径的人员进行培训与教育, 知晓与应用。						
	符合“C”, 并		B	查阅台帐、资料, 现场考核	2分, 未达到不得分			
	1、评价重点病种是卫生健康行政部门颁布的临床路径有关病种。	3分, 未达到不得分						
	2、职能部门开展监管工作, 对存在问题与缺陷有改进措施。							
	符合“B”, 并		A	查阅台帐、访谈	5分, 未达到不得分			
	1. 职能部门监管工作有成效。							
	4-4-2-2 开展适宜的 临床检查。	各项指标符合要求:		C	查阅台帐、资料, 现场考核	任何一项指标未达到, 不得“C”		
		1. 医院有适用的临床检验、影像检查、病理检查指南。						
		2. 临床检验、影像、病理等各种检查符合适应证。						
		3. 进行检查前向患者充分说明, 征得患者同意。有创检查应当有患者书面签字同意。						
		4. 有紧急情况下、节假日、夜间等门诊八小时之外开展各项检查的工作流程。						
5. 依据检查结果对诊疗计划及时进行变更与调整。对阳性检查结果及重要的检查阴性所见的分析与评价意见应当记录在病历中。								
符合“C”, 并		B	查阅台帐、资料, 现场考核				3分, 未达到不得分	
1. 评价重点病种是卫生健康行政部门颁布的临床路径有关病种。							2分, 未达到不得分	
2. 职能部门开展监管工作, 对存在问题与缺陷有改进措施。								
符合“B”, 并		A	查阅台帐、访谈	5分, 未达到不得分				
1. 职能部门监管工作有成效。								
4-4-2-3 规范地使用 与管理抗菌药物。	各项指标符合要求:							
	1、有规范使用与管理抗菌药物的相关制度。							
	2、抗菌药物使用符合《抗菌药物临床应用指导原则》等规范。							

		3、实行三级管理，临床医师经过培训、考核合格后方可授予相应级别的处方权。	C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”		
		4、定期开展抗菌药物临床应用监测与评估，按细菌耐药的信息调整抗菌药物使用。					
		符合“C”，并	B	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分		
		1. 落实抗菌药物处方点评制度，改进抗菌药物使用。					
		符合“B”，并	A	查阅台帐、资料，现场考核	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分		
		1、抗菌药物使用率和使用强度控制在合理范围内，符合相关规定。 2、医院信息系统支持抗菌药物管理。					
	4-4-2-4 规范地使用与管理 口腔卫生材料。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、医院有规范地使用与管理口腔卫生材料的相关制度。					
		2、口腔卫生材料使用实行医院、科主任/护士长、医师三级管理。					
		3、口腔卫生材料使用符合医院感染管理有关要求。					
		4、口腔卫生材料使用病历记录完整详实。					
		5、有职能部门（医务处、护理部、设备供应、院感管理等）监管。					
符合“C”，并		B				查阅台帐、资料，现场考核	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
1、有定期检查、评价、追踪、调整口腔卫生材料使用的记录。							
2、职能部门对存在问题与缺陷有改进措施。							
符合“B”，并		A				查阅医院、3个临床科室、 计算机中心文件、资料、台帐，	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
职能部门监管工作有成效。 医院信息系统支持卫生材料管理。							
4-4-3 由上级医师负责评价与核准门诊诊疗（检查、治疗、手术、新技术等）计划/方案的适宜性，并记入病历。	4-4-3-1 有适宜的诊疗组织管理门诊诊疗活动。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1. 医院有明确的门诊临床科室三级指导制度。					
		2. 诊疗活动在科主任领导下完成，实行高、中、初三级指导制管理。					
		3. 应根据椅位、工作量、医师资质分成若干诊疗小组。					
		4. 诊疗组长由主治医师及以上人员担任，对本组患者的诊疗活动的质量与安全负责。					
		5. 对各级医师、护士的诊疗活动有明确的技能要求。					

		6. 有职能部门监管。	B	查阅台帐、资料，现场考核	3 分，未达到不得分	
		符合“C”，并				
		1. 诊疗组长由副主任医师及以上人员担任。				
		2、职能部门对存在问题与缺陷有改进措施。				
		符合“B”，并				
	职能部门监管工作有成效。	A	查阅台帐、资料，现场考核	5 分，未达到不得分		
	4-4-3-2 每一位门诊患者均有适宜的诊疗计划，必要时由上级医师负责评价与核准。	各项指标符合要求：		C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 每一位门诊患者均有适宜的诊疗计划或方案，并记载在门诊病历中。				
		2. 诊疗计划或方案包括检查、诊断、治疗、口腔健康指导等。				
		3. 应向患者说明诊疗计划及口腔健康指导。				
		4. 调整诊疗计划或方案时，应在病历记录中分析和记录调整原因。				
		5. 复杂疑难病例的诊疗计划由上级医师负责评价与核准签字。				
		符合“C”，并		B	查阅台帐、资料，现场考核	3 分，未达到不得分
		1、有保证诊疗计划适宜性的多种措施，并落实。				
		2、有院科两级的质量监督管理制度，对存在问题及时反馈。				
符合“B”，并		A	查阅台帐、资料，现场考核	5 分，未达到不得分		
1. 监管检查有成效，上级医师对复杂疑难病例诊疗方案核准率 100%。						
4-4-3-3 规范地开展与管理诊疗新技术，由上级医师负责评价与核准。	各项指标符合要求：		C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”	
	1. 有开展诊疗新技术的制度和申报流程。					
	2. 为每一位患者开展的诊疗新技术制定可行的诊疗计划或方案，并记于病历中。					
	3. 应当向患者说明使用新技术的风险并征得患者同意签字。					
	4. 对诊疗新技术的应用应当在诊疗中加以分析判断，准确记录新技术使用中的不良反应以及处置措施。					
	5. 上级医师负责诊疗新技术的评价与必要的核准签字。					
	符合“C”，并		B	查阅台帐、资料，现场考核	3 分，未达到不得分	
	1、有保证新技术安全实施的多种措施，并落实。					
	2、有院科两级的质量监督管理制度，对存在问题及时反馈。					
	符合“B”，并		A	查阅台帐、资料，现场考	5 分，未达到不得分	
1. 监管检查有成效。						

				核	
4-4-4 规范门诊会诊管理，提高会诊质量和效率。	4-4-4-1 有院内会诊管理制度与流程。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有院内会诊管理相关制度与流程，包括：会诊医师资质与责任、会诊时限、会诊记录、记录书写要求，并落实。			
		2、对重症与疑难患者实施多学科联合会诊。			
		符合“C”，并	B	查阅台帐、资料，现场考核	3分，未达到不得分
		1、有会诊制度落实情况的追踪和评价，保证会诊质量。			
		2、主管职能部门履行监管职责。对会诊相关科室间沟通、会诊及时性和有效性定期评价，对问题与缺陷进行反馈，并提出整改建议。			
	符合“B”，并	A	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分	
	1.持续改进有效果，保证患者诊治连续性和质量。				
	4-4-4-2 有医师外出会诊管理制度与流程。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有医师外出会诊管理的制度与流程，包括：本院医师外出会诊、会诊医师资质与责任。			
		2、建立医师外出会诊管理档案。			
		符合“C”，并	B	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分
1.职能部门对外出医师会诊制度落实情况监督管理。					
符合“B”，并		A	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分	
1.加强医院间沟通，追踪外出医师会诊质量。					
4-4-5 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，全程监控质量与定期评价；对诊疗程超过临床路径标准的患者，进行管理评价，优化医疗服	4-4-5-1 由科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量与安全工作小组，并有开展工作的记录。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组负责本科医疗质量和安全管理。			
		2、有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。			
		3、有适用的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程、诊疗规范。			
		符合“C”，并	B	查阅台帐、访谈	3分，未达到不得分
		1、质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析、整改。			
		2、职能部门履行监管职责，定期进行评价、分析和反馈。			
		2、职能部门履行监管职责，定期进行评价、分析和反馈。			

务系统与流程，促进持续改进。		符合“B”，并有完整的质量管理资料体现持续改进成效。	A	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分			
	4-4-5-2 医院对科室有明确的质量与安全指标，医院与科室能定期评价，有持续改进的效果。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1. 医院对科室有明确的质量与安全指标：（1）门诊重点疾病/重点技术项目： 总例数、未达治疗效果的再治疗例数。 （2）患者安全类指标。 （3）单病种质量监测指标。 （4）医院感染控制质量监测指标。 （5）门诊手术科室有合理用药监测指标。						
		2. 定期分析质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的医疗服务能力与质量水平。						
		符合“C”，并						
		1. 根据医院与科室质量与安全管理需要，建立本科室的质量与安全指标并定期分析，对有针对性的改进措施。				B	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分
		符合“B”，并				A	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分
	1. 各项质量与安全指标呈正向变化趋势。							
	4-4-5-3 根据《病历书写基本规范》，对门诊病历质量实施监控与评价。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、有病历书写基本规范与门诊病历质量监控管理规定。						
		2、将病历书写基本规范作为医师岗前培训的基本内容之一，医师知晓率 100%。						
		3、病历书写为临床医师“三基”训练主要内容之一。						
		4、将病历质量评价结果用于临床医师技能考核，并有反馈。						
		5、有院科两级病历质控人员，定期开展质控活动，有记录。						
符合“C”，并								
1、有门诊病历质量监控与评价的信息化系统。	B	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，核实季报、年报	3分，未达到不得分					
2、职能部门履行监管职责，有评价、分析、反馈及整改措施。			2分，未达到不得分					
符合“B”，并		查阅医院、3个临床科						

		甲级病历率≥90%，无丙级病历。	A	室、计算机中心文件、资料、台帐，核实季报、年报	5分，未达到不得分
4-4-5-4 医院对门诊临床科室患者诊疗流程有明确的管理要求。		各项指标符合要求：	C	查阅台帐、资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 医院对各门诊临床科室患者诊疗流程有明确的管理要求。			
		2. 有对医疗服务系统改进与流程优化的具体措施。 (1) 有解决影响诊疗流程的各个瓶颈环节等候时间的措施（如患者检查、院内会诊、检查结果等）。			
		(2) 有提升医院信息化建设,合理配置和利用现有医疗资源的措施。			
		3. 科主任与质控小组用“临床路径”方法管理与控制患者诊疗流程。	B	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分
		符合“C”，并 相关管理人员与医师均知晓缩短诊疗流程的要求，并落实各项措施。			
		符合“B”，并 诊疗流程达到控制目标。	A	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分
4-4-5-5 对诊疗流程超过临床路径标准的患者，进行管理评价		各项指标符合要求：	C	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，核实季报、年报	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 医院对诊疗流程超过临床路径标准的患者有明确的管理要求。			
		2. 有科主任与质控小组将诊疗流程超过临床路径标准的患者进行质量管理重点监控，有管理措施，有评价分析记录。			
		3. 有解决影响诊疗流程超过临床路径标准的措施。			
		4. 有提升医院信息化建设,合理配置和利用现有医疗资源的措施。	B	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分
		符合“C”，并 相关管理人员与医师均知晓缩短诊疗流程的要求，并落实各项措施。			
		符合“B”，并 诊疗流程达到控制目标。	A	查阅台帐、资料，现场考核	5分，未达到不得分
4-5 住院诊疗管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-5-1 由具有法	4-5-1-1 由具有	各项指标符合要求：			

定资质的医务人员按照制度、程序进行患者评估，为患者提供规范的同质化服务。	法定资质的医务人员对患者进行评估。	1、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。	C	查阅资料、台帐，检查归档及运行病历共 20 份	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有对医务人员进行患者评估的相关内容培训及记录。			
		3、患者评估结果作为诊疗方案的依据。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料与现场考核	2 分，未达到不得分
		1、科室对患者评估执行情况有自查，存在问题有改进。			
		2、职能部门对患者评估落实情况有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料	5 分，未达到不得分
1、持续改进有成效，患者评估规范，质量不断提升。					
4-5-2 按照医院现行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南来规范临床诊疗行为；对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施多学科综合诊疗，为患者制订适宜的住院诊疗计划与方案。	4-5-2-1 按照医院现行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指导原则来规范临床诊疗行为。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医师的诊疗活动应遵从临床诊疗指南、疾病诊疗规范和药物临床应用指导原则等。			
		2、对医务人员进行相关培训与教育。			
		3、规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和植（介）入类医疗器械的行为。	B	查阅资料与现场考核	5 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对临床诊疗工作有检查与监管。			
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，医务人员诊疗行为规范，诊疗能力和水平不断提升。				
	4-5-2-2 根据病情，选择适宜的临床检查。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、检查归档及运行病历共 20 份	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、根据病情，按照临床检验、影像学检查、腔镜检查、各种功能检查、电生理、病理等各种检查项目的适应证与禁忌证，选择适宜的临床检查。			
	查。	2、进行有创检查前，向患者充分说明，征得患者或家属同意并签字认可。	B	查阅相关科室资料、	3 分，未达到不得分
		3、依据检查、诊断结果对诊疗计划及时进行变更与调整。对重要的检查、诊断阳性与阴性结果的分析与评价意见应记录在病程记录中。			
符合“C”，并：					
1、科室对大型设备检查的阳性率及临床检查适宜性有定期分析和评价。					

		2、职能部门对临床技术应用情况有检查与监管。		台账，现场考核	2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分	
		1、持续改进有成效，临床技术使用规范，患者满意度不断提升。				
	4-5-2-3 对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施多学科综合诊疗，为患者制订适宜的住院诊疗计划与方案。	各项指标符合要求： 1、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。 2、为患者制订适宜的住院诊疗计划与方案。	符合“C”，并：	C	查阅资料、台帐，检查归档及运行病历共20份	任何一项指标未达到，不得“C”
			1、科室对多学科综合诊疗有自查，存在问题有改进。			
			2、职能部门对疑难危重患者、恶性肿瘤患者诊疗工作有检查、分析、反馈。	A	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
			符合“B”，并：			A
			1、持续改进有成效，多学科综合诊疗管理措施落实到位。			
			4-5-3 确立特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。	4-5-3-1 在住院患者的常规诊疗活动中，应以书面方式下达完整的医嘱。	各项指标符合要求：	C
	1、有开具医嘱相关制度与规范。					
	2、医务人员对模糊不清、有疑问的医嘱，有明确的澄清流程。					
	3、处方合格率≥98%。	B			查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
符合“C”，并：						
1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	A	电脑随机抽查10名住院患者的医嘱和100张门诊处方		5分，未达到不得分		
符合“B”，并：						
1、处方合格率达100%。						
4-5-3-2 有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度与流程。	各项指标符合要求： 1、有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程。 2、医师下达的口头医嘱，执行者需复述确认，双人核查后方可执行。 3、下达口头医嘱应在抢救结束后及时补记。	符合“C”，并：	C	查阅资料、台帐，随机抽查死亡病历10份，抽考急诊抢救室、临床、医技科室医护人员5人	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。				B
		符合“C”，并：				
		1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。				

		符合“B”，并： 1、医嘱制度规范执行，持续改进有成效。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
4-5-4 临床“危急值”管理。	4-5-4-1 根据医院实际情况确定“危急值”项目，建立“危急值”管理制度与工作流程。	各项指标符合要求： 1、有临床危急值报告制度与工作流程。	C	查阅资料、台帐，随机抽查 2 个医技科室的危急值登记记录本并抽考相应的医务人员各 2 名	任何一项指标未达到，不得“C”		
		2、医技部门(含临床实验室、病理、医学影像部门等)有“危急值”项目表。					
		3、相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。					
		符合“C”，并： 1、根据临床需要和实践总结，更新和完善危急值管理制度、工作流程及项目表。	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
		符合“B”，并： 1、职能部门定期(每年至少一次)对“危急值”报告制度的有效性进行评估。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
		4-5-4-2 严格执行“危急值”报告制度与流程。	各项指标符合要求： 1、医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容，能够有效识别和确认“危急值”。 2、接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录患者识别信息、危急值内容和报告者的信息，按流程复核确认无误后，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。 3、医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。	C	查阅资料、台帐，随机抽查有危急值的归档及运行病历共 5 份，2 个临床科室的危急值登记记录本并抽考相应的医务人员各 2 名	任何一项指标未达到，不得“C”	
	符合“C”，并： 1、信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。	B	现场查看运行情况				5分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。 2、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	A	查阅资料、台帐，现场查看运行情况				3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
	4-5-5 住院诊疗工作实行分级负责	4-5-5-1 住院诊疗工作实行分级负责	各项指标符合要求： 1、在科主任领导下完成住院诊疗活动，实行分级管理。				

制，加强住院诊疗工作质量管理。	制，加强住院诊疗工作质量管理。	2、根据床位、工作量、医师的资质层次分成诊疗小组。	C	查阅资料、抽查 2 个科室的医疗组的不同层级医师访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
		3、诊疗小组的组长由副主任医师及以上人员担任，对本组收治患者的诊疗工作承担责任。				
		符合“C”，并：				
		1、科室对诊疗工作有自查，对存在问题有整改。	B	查阅资料、台帐	3 分，未达到不得分	
		2、职能部门对分级管理有检查与监管。			2 分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，分级管理措施得到有效落实。					
	4-5-5-2 根据《病历书写基本规范》，对住院病历质量实施监控与评价。	各项指标符合要求：	1、有住院病历质量管理制度。	C	查阅资料、台帐、现场抽查归档及运行病历共 10 份，抽考医师 3 人对相关知识的知晓程度	任何一项指标未达到，不得“C”
			2、病历书写基本规范是医师岗前培训的必备培训内容，医师知晓其内容。			
			3、将患者病情、重要检查结果、诊疗计划变更与调整等记录在病程记录中。			
			4、病历质量评价结果用于临床医师技能考核内容之一。			
			5、甲级病历率≥90%。			
符合“C”，并：						
1、科室、职能部门对病历质量进行自查及检查，有分析、有反馈、有改进措施。	B	查阅资料、台帐	3 分，未达到不得分			
2、甲级病历率≥95%			2 分，未达到不得分			
符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场抽	5 分，未达到不得分			
4-5-5-3 住院患者有适宜的诊疗方案，由诊疗小组组长负责审阅签名。	1、持续改进有成效，病历书写规范，质量不断提升，甲级病历率为 100%。	C	查阅资料、台帐，现场抽查归档及运行病历共 10 份，	任何一项指标未达到，不得“C”		
	各项指标符合要求：					
	1、按照诊疗规范/指南为患者制订适宜的诊疗方案，包括：检查、治疗、护理内容等。					
	2、根据患者病情与检查结果，及时调整诊疗方案，并将调整的客观原因录入病程记录中。					
3、诊疗方案由诊疗小组组长负责检查审阅签名，并在病历中体现。						

		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
		1、科室有自查，对存在的问题及时整改。			2分，未达到不得分
		2、职能部门对患者诊疗方案书写规范有检查与监管。	A	查阅资料、抽查归档及运行病历涉及的诊疗共10例	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，每例诊疗方案均有上级医师审阅签字。					
4-5-6 用制度与程序管理院内、外会诊，明确院内会诊任务，对重症与疑难患者实施多学科联合会诊活动，提高会诊质量和效率。	4-5-6-1 有院内会诊管理制度与流程。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有院内会诊管理相关制度与流程。包括：会诊医师资质（主治医师以上）与责任、会诊时限、会诊记录书写要求，并落实。			
		2、根据病情对急危重症与疑难患者实施多学科联合会诊。			
		3、相关人员知晓并执行。			
		符合“C”，并：			
		1、科室有自查，对存在的问题及时整改。			
	2、职能部门对院内会诊管理有检查与监管。	B	查阅资料	3分，未达到不得分	
	符合“B”，并：			2分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，院内会诊制度得到有效落实。	A	查阅资料，现场查看	3分，未达到不得分	
	2、院内有多学科联合会诊工作专家指导委员会，各专科有多学科联合会诊团队，并能够长年开展工作。			2分，未达到不得分	
	符合“C”，并：				
	4-5-6-2 有院间医师会诊管理制度与流程。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
1、有本院医师外出会诊管理的制度与流程。包括：本院医师外出会诊医师资质（副主任医师以上或医院认定的高年资主治医师）与责任。					
2、有请外院医师来院会诊管理的制度与流程。包括：请会诊原因，拟解决问题，会诊医师姓名、资质、医院，会诊意见。					
3、建立院间医师会诊管理档案。					
4、相关人员知晓并执行。					
符合“C”，并：					

		1、职能部门对院间会诊管理有登记与备案。	B	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，院间会诊制度得到有效落实。			
4-5-7 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。	4-5-7-1 出院患者有出院记录，主要内容记录完整，与住院病历记录内容保持一致。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、患者出院记录主要内容完整，与住院病历记录内容一致，有经治医师签名。			
		2、向患者告知出院记录中主要内容。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	3分，未达到不得分
		1、科室有自查，对存在问题有改进措施。			2分，未达到不得分
		2、职能部门对病历书写有检查、分析、反馈。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
	1、持续改进有成效，每份出院记录符合规范。				
	4-5-7-2 医院对患者的出院指导与随访有明确的制度，对特定患者（根据临床/科研需要）采用多种形式定期随访。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有出院指导与随访工作管理相关制度。对特定患者随访形式包括：书面随访、电话随访等，并有记录。			
		2、经治医师为出院患者提供出院医嘱和康复指导。	B	查阅资料	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			2分，未达到不得分
		1、科室对随访工作落实情况有记录，为患者提供连续性服务。			
		2、职能部门对出院指导及随访工作落实情况有检查、分析、反馈。	A	查阅资料、台帐	
符合“B”，并：					
1、持续改进有成效，患者随访质量不断提高。				1分，未达到不得分	
2、首次随访由主治医师及以上医师负责。				1分，未达到不得分	
3、有对特定患者(根据临床/科研需要)定期随访制度，并有记录。				1分，未达到不得分	
4、定期对随访有效性进行总结和评估，对问题与缺陷有改进意见。	1分，未达到不得分				
5、对随访工作有追踪。	1分，未达到不得分				
4-5-8 对平均住院日、住院时间超过30天等医	4-5-8-1 对各临床科室出院患者平均住院日有明	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不
		1、有缩短平均住院日的管理目标，对各临床科室平均住院日有明确的要求。			
		2、有解决影响缩短平均住院日的各个瓶颈环节等候时间的措施。			

院管理评价指标，实施管理与评价，优化医疗服务，提高工作效率。	确的要求。	3、相关管理人员与医护人员均知晓缩短平均住院日的要求。			得“C”	
		符合“C”，并：	B	查阅资料		
		1、科室每月对平均住院日完成情况进行自查。			2分，未达到不得分	
		2、职能部门定期对平均住院日完成情况进行分析，有反馈。			2分，未达到不得分	
		3、有提升医院信息化建设，合理配置和利用现有医疗资源的措施。			1分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐		
	1、持续改进有成效，平均住院日达到控制目标。	5分，未达到不得分				
	4-5-8-2 对住院时间超过 30 天的患者进行管理与评价。	各项指标符合要求：	1、对住院时间超过 30 天的患者有明确管理规定，并有措施。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
			2、科室将住院时间超过 30 天的患者作为大查房重点，有评价分析记录。			
			符合“C”，并：			
		符合“B”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分	
						1、职能部门对住院时间超过 30 天的患者履行监管职责，有定期监督检查、分析、反馈。
A			查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
4-5-9 主动邀请患者参与医疗安全活动，如身份识别、手术部位确认、药物使用等。	4-5-9-1 主动邀请患者参与医疗安全活动。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、鼓励患者主动参与医疗安全管理，尤其是患者在接受介入或手术等有创诊疗前、或使用药物治疗前、或输液输血前，并有具体措施与流程。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分	
		1、职能部门患者参加医疗安全活动有定期的检查与监管，并督促相关部门整改。				
		符合“B”，并：				
		A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，患者主动参与医疗安全活动措施有效落实。						
4-6 手术治疗管理与持续改进						
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	

4-6-1 实行手术患者评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范，制订诊疗和手术方案。依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案。实行手术医师资格准入制度和手术分级授权管理制度。	4-6-1-1 有手术患者评估与术前讨论制度。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账；抽查 10 份手术病历，访谈 30 名各级医师；	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、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。				
		2、有术前讨论制度，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。				
		3、对术前讨论有明确的时限要求并记录在病历中。				
		4、择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。				
		符合“C”，并：				
	4-6-1-1 有手术患者评估与术前讨论制度。	4-6-1-1 有手术患者评估与术前讨论制度。	1、科室对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有自查、分析、整改。	B	查看现场，查阅资料、台账	3 分，未达到不得分
			2、职能部门履行监管职责，对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有定期的检查、分析、反馈。			2 分，未达到不得分
			符合“B”，并：			
			1、持续改进有成效，术前手术患者评估、讨论规范，记录完整。			
	4-6-1-2 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。	4-6-1-2 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
			1、医院有手术医师资格分级授权管理制度。			
			2、手术分级授权管理落实到每一位手术医师。			
			3、手术医师的手术权限与其资格、能力相符。			
4-6-1-2 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。		4-6-1-2 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。	4、医院有具体的措施保障规定与程序的执行。	B	查看现场，查阅资料、台账；访谈 3 名各级医师	3 分，未达到不得分
			符合“C”，并：			2 分，未达到不得分
			1、医院有手术医师能力评价与再授权的制度与程序。			
4-6-1-2 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。		4-6-1-2 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。	2、手术医师知晓率 100%。	A	查看现场，查阅资料、台账	3 分，未达到不得分
			符合“B”，并：			
			1、手术医师资格分级授权管理执行良好，经专业委员会审核，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。			

		2、手术医师资格动态管理，对授予高年资医师越级手术权限，可以降低或取消审核不合格医师手术权限，对实施评价后再授权有记录。			2 分，未达到不得分
4-6-1-3 根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。	各项指标符合要求：		C	抽查 10 份手术病历	任何一项指标未达到，不得“C”
	1、为每位手术患者制订手术治疗计划或方案。				
	2、手术治疗计划记录于病历中，包括术前诊断、拟施行的手术名称、可能出现的问题与对策等。				
	3、根据手术治疗计划或方案进行手术前的各项准备。		B	查看现场，查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
	符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管并有记录。				
	符合“B”，并： 1、持续改进有成效，手术方案完善。		A	查看现场，查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
4-6-1-4 在患者手术前履行知情同意。	各项指标符合要求：		C	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视；抽查10 份手术病历，访谈 3 名各级医师	任何一项指标未达到，不得“C”
	1、有落实患者知情同意管理的相关制度与程序。				
	(1) 手术前谈话由手术医师进行，知情同意结果记录于病历之中。				
	(2) 手术前应向患者或近亲属、授权委托人充分说明手术指征、手术风险与利弊、高值耗材的使用与选择、可能的并发症及其他可供选择的诊疗方法等，并签署知情同意书。				
	(3) 肿瘤手术应以病理诊断为决定手术方式的依据，根据术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者、近亲属、授权委托人充分说明，征得患方同意并签署知情同意书。				
	(4) 手术前应向患者、近亲属、授权委托人充分说明使用血与血制品的必要性，使用的风险和利弊及其他可选择方法等。				
	2、对术前履行知情同意有明确的时限要求，并记录。				
	3、知情同意书应由手术医师先签署，然后由患者或近亲属、授权委托人签署。				
4、对临床科室手术医师进行相关教育与培训。		B	查看现场，查阅资料、台账、病历	3 分，未达到不得分	
符合“C”，并： 1、针对患者采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果。					
2、职能部门履行监管职责并记录，有分析反馈和整改措施。					

		符合“B”，并： 1、患者或近亲属、授权委托人对知情同意内容充分理解。 2、知情同意书签署规范，内容完整，合格率 100%。	A	查看现场，查阅资料、台账、病历；询问 3 名住院患者；现场追踪访视	3 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分				
4-6-2 医院建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。	4-6-2-1 有重大手术报告审批制度。	各项指标符合要求： 1、有重大手术（包括急诊情况下）报告审批管理的制度与流程。 2、有重大手术的审批目录。 3、相关人员知晓上述制度与流程。 4、对临床科室手术医师进行相关教育与培训。	C	查阅资料、台账；访谈 3 名医师	任何一项指标未达到，不得“C”				
		符合“C”，并： 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。每月有案例分析报职能部门备案。 2、职能部门履行监管职责，有检查、分析、反馈记录。				B	查看现场，查阅资料、台账	3 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，重大手术审批资料完整规范。 2、无违规案例。					A	查看现场，查阅资料、台账	3 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分
		4-6-2-2 有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。				各项指标符合要求： 1、有急诊手术管理的相关制度与流程并培训。 2、相关人员知晓上述制度和流程。 3、有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。		C	查看现场，查阅资料、台账；访谈 2 名急诊科医师
						符合“C”，并： 1、职能部门有监管，对急诊手术管理措施落实情况有检查、分析、问题反馈和改进建议。 2、有急诊手术绿色通道，并有保障措施和协调机制。	B		
	符合“B”，并： 1、持续改进有成效，急诊手术及时、安全，管理规范，措施落实到位。 2、有多部门协调机制。		A	查看现场，查阅资料、台账；访谈 3 个相关职能部门管理人员	3 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分				
	4-6-3 手术的全过		4-6-3-1 按照《病	各项指标符合要求：					

程情况和术后注意事项及时、准确地记录在病历中；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。手术预防性抗菌药物应用的选择与使用时机符合规范。	历书写基本规范》完成手术记录与术后首次病程记录。	1、手术主刀医师在术后 24 小时内完成手术记录（特殊情况下由第一助手书写，主刀医师签名）。	C	查看现场，查阅资料、台账；访谈 3 名手术医师；抽查电子病历记录	任何一项指标未达到，不得“C”	
		2、参加手术医师在术后即时完成术后首次病程记录。				
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账；查阅相关病历	3 分，未达到不得分	
		1、科室对手术记录与术后首次病程记录落实情况有自查、分析、及整改。			2 分，未达到不得分	
		2、职能部门对手术与术后记录书写落实情况有检查与监管。	A	查看现场，查阅资料、台账	2.5 分，未达到不得分	
		符合“B”，并：			2.5 分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，手术记录和病程记录书写规范。					
	2、手术记录和病程记录及时、完整，合格率 100%。					
	4-6-3-2 手术离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断，并记录。	各项指标符合要求：	1、有手术后标本的病理学检查的规定与流程。	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
			2、手术室有具体措施保障规定与程序的执行。			
			3、快速病理建立绿色通道，手术科室与病理科沟通顺畅。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账	2 分，未达到不得分	
		1、职能部门履行监管职责，有分析、反馈和整改措施。			2 分，未达到不得分	
		2、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。			1 分，未达到不得分	
		3、肿瘤手术切除组织送检率 100%。				
		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台账	2 分，未达到不得分	
		1、持续改进有成效，病理学检查的规定与流程落实到位。			2 分，未达到不得分	
	2、手术离体组织送检率 100%。	1 分，未达到不得分				
3、建立相关组织库。						
4-6-3-3 有手术预防性抗菌药物临床应用的制	各项指标符合要求：	1、根据《抗菌药物临床应用指导原则》，结合本院实际，制定手术预防性抗	C	查看现场，查阅资料、台账；访谈 5 名手术科	任何一项指标未达到，不	
		菌药物临床应用管理的相关制度、规范。				

	度。	2、对相关人员进行培训。	B	查看现场，查阅资料、台账	得“C”		
		3、相关人员知晓并执行上述制度与规范。					
		符合“C”，并：					
				1、I类切口(手术时间≤0.5-1小时、无人工植入物)手术，预防性抗菌药使用比例≤30%。	A	查看现场，查阅资料、台账；抽查20份手术病历	3分，未达到不得分
				2、职能部门履行监管职责，并有分析反馈和整改措施。			
				符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台账；抽查20份手术病历	2分，未达到不得分
				1、手术预防性抗菌药使用符合相关规范。			
4-6-4 做好患者手术后治疗、观察与护理工作，并记录在相应的医疗文书中。	4-6-4-1 制订患者术后医疗、护理和其他服务计划。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账；访谈3名各级医师；抽查10份手术科室病历	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、有术后患者诊疗护理管理相关制度与流程。					
		2、手术后医嘱必须由手术医师或由手术者授权委托的医师开具。					
				3、每位患者手术后的生命指标监测结果记录在病历中。	B	查看现场，查阅资料、台账	5分，未达到不得分
				符合“C”，并：			
				1、职能部门对手术后患者管理有检查与监管。	A	查看现场，查阅资料、台账；有典型案例	3分，未达到不得分
				符合“B”，并：			
	1、术后有医疗、护理、转送等多部门协调服务计划。	A	查看现场，查阅资料、台账；有典型案例	2分，未达到不得分			
	2、计划内容完整统一，有连续性。						
	4-6-4-2 手术后并发症的风险评估和预防措施到位。	各项指标符合要求：	1、医务人员熟悉手术后常见并发症。	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”	
							2、手术后并发症的预防措施落实。
							3、对大型手术、高危手术患者有风险评估、有预防并发症发生的常规与措施。
				符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账	5分，未达到不得分
				1、职能部门对术后患者并发症预防有检查、分析、反馈。			
符合“B”，并：				A	查看现场，查阅资料、台账	3分，未达到不得分	
1、术后并发症预防有效。							
2、并发症降低。	A	查看现场，查阅资料、台账	2分，未达到不得分				
4-6-5 定期分析	4-6-5-1 医院对手术	各项指标符合要求：					

影响围术期质量与安全管理的因素，对“非计划再次手术”与“手术并发症”等医院管理评价指标，实施管理与评价，改进手术质量与安全。	科室有明确的质量与安全指标，医院与科室能定期评价，有能够显示持续改进效果的记录。	1、医院对手术科室有明确的质量与安全指标，建立手术质量管理的数据库，内容包括：住院重点手术总例数、死亡例数、术后非计划重返再次手术例数、手术后并发症例数、手术后感染例数、围术期预防性抗菌药的使用、手术切口信息。	C	查看现场，查阅资料、台账；访谈 3 名各级医师	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、定期分析本科室手术质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的手术治疗能力与质量水平。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
		1、职能部门对手术质量与安全指标有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，各项质量与安全指标呈正向变化趋势。			
	4-6-5-2 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐；培训课件、签到	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有“非计划再次手术”相关管理制度与流程。			
		2、将控制“非计划再次手术”作为对手术科室质量评价的重要指标。			
		3、把“非计划再次手术”指标作为对手术医师资格评价、再授权的重要依据。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐；选取 3 名医师访谈	3 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分
		1、科室对“非计划再次手术”有自查、分析、整改。 2、职能部门对“非计划再次手术”有检查、分析、反馈。			
4-6-6 有手术部位识别标示、手术安全核查、手术风险评估制度和流程。	4-6-6-1 有手术部位识别标示制度与工作流程。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐；培训课件、签到	5 分，未达到不得分
		1、有手术部位识别标示相关制度与流程。			
		2、对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。		查阅制度、到手术室现场查看 5 例手术患者或询问手术后患者 5 人	任何一项指标未达到，不得“C”
		3、患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位，执行率 100%。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分
		1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。			

		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
		1、持续改进有成效，手术部位识别和标示规范，合理、科学，措施落实到位。				
	4-6-6-2 有手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程。	各项指标符合要求：	1、有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 2、手术安全核查项目填写完整。	C	现场查看，抽考相关人员各2名	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅台帐、查阅相关科室运行病历5份、到手术室现场查看5例手术患者或询问手术后患者5人	5分，未达到不得分	
		1、手术核查、手术风险评估执行率100%。				
4-6-7 开展日间手术，提高医疗卫生资源的利用，缩短住院患者等待时间。	4-6-7-1 开展日间手术，提高医疗卫生资源的利用，缩短住院患者等待时间。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有开展日间手术相关管理制度与目录。				
		2、日间手术纳入手术信息管理。				
		3、对日间手术患者有随访。				
		4、相关人员知晓日间手术的制度与目录。				
		5、日间手术开展率 $\geq 2\%$ 。日间手术开展率=日间手术量/（住院手术量+日间手术量）。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料	1分，未达到不得分	
1、科室、职能部门对日间手术有定期自查和评价，对存在问题有整改。	4分，未达到不得分					
2、日间手术开展率5%-10%。日间手术开展率=日间手术量/（住院手术量+日间手术量）。						
符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分			
1、持续改进有成效，日间手术开展率 $\geq 10\%$ 。日间手术开展率=日间手术量/（住院手术量+日间手术量）。						
4-7 麻醉管理与持续改进						
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	

4-7-1 麻醉医师有专业理论和技能培训，手术麻醉人员配置合理。	4-7-1-1 实行麻醉医师资格分级授权管理，并有明确的制度。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有麻醉医师资格分级授权管理制度与程序。			
		2、麻醉分级授权管理落实到每一位麻醉医师，权限设置与其资格、能力相符。			
		3、独立实施麻醉的医师须具备中级以上专业技术职务任职资格。			
		4、麻醉医师知晓率 100%。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账	2 分，未达到不得分
		1、职能部门对授权情况实施动态管理，有监督检查记录。			2 分，未达到不得分
		2、有反馈措施。			1 分，未达到不得分
		3、有处理。	A	查看现场，查阅资料、台	5 分，未达到不得分
	符合“B”，并：				
	1、麻醉医师资格分级授权管理执行良好，无超权限操作情况。		账		
	4-7-1-2 由具有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制定麻醉计划。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、由具有资质和授权的麻醉医师为每一位手术患者制订麻醉计划。			
		2、麻醉计划记录于病历中，包括拟施行的麻醉名称、可能出现的问题与对策等。			
		3、根据麻醉计划进行麻醉前的各项准备。			
4、按照计划实施麻醉，变更麻醉方法要有明确的理由，并获得上级医师的指导和同意，家属知情，记录于病历/麻醉单中。					
符合“C”，并：		B	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视	2 分，未达到不得分	
1、科室对变更麻醉方案的病例进行定期回顾、总结、分析。				2 分，未达到不得分	
2、职能部门履行监管职责并记录。				1 分，未达到不得分	
3、有定期监管检查分析反馈，有改进措施。		A	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视	3 分，未达到不得分	
符合“B”，并：				2 分，未达到不得分	
1、对措施落实情况进行追踪评价。					
2、有持续改进。					
4-7-1-3 麻醉医师经过严格的专业理	各项指标符合要求：				
	1、有定期对麻醉医师进行专业理论和技能培训的制度。				

	论和技能培训，完成继续教育。	2、麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。	C	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视	任何一项指标未达到，不得“C”	
		3、麻醉医师定期（至少每年）接受继续教育知识更新。				
		4、每一位麻醉医师均经心肺复苏高级教程培训，能熟练掌握跟踪最新指南，及时更新心肺复苏流程。				
		符合“C”，并：				
		B	查看现场，查阅资料、台账	5分，未达到不得分		
	1、职能部门对培训效果有检查与监管。					
		A	查看现场，查阅资料、台账	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分		
	1、持续改进有成效，麻醉医师专业理论和专业技能不断提升。 2、麻醉医师继续学分达标率≥90%。					
	4-7-1-4 手术麻醉人员配置合理。	各项指标符合要求：	1、麻醉科主任具有副高级及以上、护士长具有中级及以上专业技术职务任职资格。 2、有明确的岗位职责，相关人员知晓本岗位的履职要求。 3、手术室护理人员人数与手术台比例应不低于 2.5：1。	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
1、职能部门对麻醉人员配置情况有检查监管。						
			B	查看现场，查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
符合“B”，并：						
1、麻醉医师人数与手术台比例应不低于 2：1。每张手术台配备一名麻醉住院医师及一名主治及以上的麻醉医师。			A	查看现场，查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
4-7-2 实行患者麻醉前病情评估制度，风险评估结果记录在病历中。	4-7-2-1 有患者麻醉前访视、评估和麻醉前讨论制度。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有患者麻醉前访视和评估制度。内容包括：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。				
		2、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。				
		符合“C”，并：				
	B	查看现场，查阅资料、	3分，未达到不得分			
1、科室有自查，对存在问题有改进措施。						

		2、职能部门对患者麻醉管理工作有检查与监管。		台账	2 分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，麻醉前评估和讨论制度落实到位。病历记录完整性 100%。	A	查看现场，查阅资料、 台账	5 分，未达到不得分
4-7-2-2 有麻醉意外与并发症处理规范。		各项指标符合要求： 1、有麻醉意外与并发症处理规范与流程。有及时报告的流程；处理过程应该得到上级医师的指导；处理过程记录于病历/麻醉单中。 2、麻醉医师知晓规范和流程，知晓率 100%，落实并记录各项处理措施。 3、变更麻醉方法有明确的适应证，获得上级医师同意，家属知情，并记录。	C	查阅资料、台账；现场考核 3 名麻醉科医护人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、科室定期对麻醉意外和并发症有自查。 2、职能部门对科室自查落实情况有检查与监管。有改进措施。	B	查阅资料、台账	3 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，麻醉意外、并发症、麻醉变更管理规范，质量不断提升。	A	查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
4-7-2-3 麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。		各项指标符合要求： 1、按规定内容书写麻醉单，麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。 2、执行手术安全核查。	C	查阅资料、台账；抽查 20 份手术病历	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、科室有专门质控人员对麻醉相关医疗文书有定期自查、分析、整改。 2、职能部门对麻醉相关文书管理有检查与监管。	B	查阅资料、台账	3 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，麻醉单及相关记录真实、准确、完整，符合规范，合格率 100%。 2、麻醉医师参加手术安全核查并签字达 100%。	A	查阅资料、台账；抽查 20 份手术病历；现场考核 3 名麻醉科医护人员	3 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分
4-7-2-4 有麻醉效果评价。		各项指标符合要求： 1、有麻醉效果评价的规范与流程，并落实。	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并：			

		1、职能部门有检查、分析、反馈。	B	查阅资料、台账	3分，未达到不得分
		2、科室能定期对麻醉效果资料记录。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	
		1、持续改进有成效，麻醉效果评价规范。			2分，未达到不得分
		2、定期开展分析、评价、总结。有改进措施，并落实。			2分，未达到不得分
		3、麻醉效果优良率达100%。		1分，未达到不得分	
4-7-3 有麻醉后复苏室，实施规范的全程监测，记录麻醉后患者的恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。	4-7-3-1 履行麻醉知情同意。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台	
		1、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相关制度。		账；人员访谈，现场追踪访谈；抽查20份手术病历	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、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。			
		3、签署麻醉知情同意书并存放在病历中。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台	账；人员访谈，现场追踪访谈
	1、针对不同患者，采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果。				
	符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、	台账；人员访谈，现场追踪访谈；抽查20份手术病	3分，未达到不得分
	1、患者对知情同意内容充分理解。				
	2、知情同意书内容完整性100%。		2分，未达到不得分		
	4-7-3-2 麻醉后复苏室合理配置，管理措施到位。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、	台账
1、麻醉后复苏室床位与手术台比不低于1:3。					
2、麻醉复苏室配备医护人员满足临床需要，至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师。					
3、对麻醉复苏室的医护人员进行定期培训。					
4、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。					

		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账；现场考核 3 名麻醉科医护人员	
		1、科室对麻醉后患者管理工作有自查、分析、整改。			2 分，未达到不得分
		2、职能部门对麻醉复苏室配置和管理制度落实情况有检查与监管。			2 分，未达到不得分
		3、对设施设备进行定期维护。	1 分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台账	
		1、持续改进有成效，麻醉后复苏全程管理规范，并发症减少，质量不断提升。			3 分，未达到不得分
	2、配置符合规定要求，管理措施到位。	2 分，未达到不得分			
	4-7-3-3 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台	
	1、有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程。	账；现场追踪访视；抽查20 份手术病历	任何一项指标未达到，不得“C”		
	2、转出的患者有评价标准（Steward 评分或 Aldrete 评分等），评价结果有记录。				
	3、有患者进入、转出麻醉术后复苏室的交接流程与内容记录。				
	4、患者在复苏室内的监护结果和处理均有记录。				
	5、准确记录患者进、出麻醉术后复苏室的时间。				
	符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视		
1、科室对麻醉复苏患者出入标准执行有自查、分析、整改。	3 分，未达到不得分				
2、职能部门对麻醉复苏患者标准落实情况有检查与监管。	2 分，未达到不得分				
符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视；抽查20 份手术病历			
1、持续改进有成效，患者的监护和处理记录真实、准确、完整，病历记录完整率 100%。			5 分，未达到不得分		
4-7-4 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。	4-7-4-1 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账；抽查 5 名相关科室医护人员	任何一项指标未达到，不得“C”
1、有术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗规范。					
2、对参与疼痛治疗的相关医护人员进行定期培训与考核。					
3、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。					
4、相关器材与药品使用合理。	符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、		
1、科室对术后镇痛治疗规范执行有自查，对存在的问题有分析和整改。					3 分，未达到不得分

		2、职能部门有检查与监管。		台账	2分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台账			
		1、持续改进有成效，术后镇痛治疗管理规范。			5分，未达到不得分		
4-7-5 建立麻醉科与手术科室和输血科	4-7-5-1 建立麻醉科与手术科室和输血科（或血库）的有效沟通，严格掌握术中输血适应症，合理、安全输血。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视；抽查20份输血病历；访谈5	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、有手术中用血的相关制度与流程，手术用血有严格的指征。					
		2、有麻醉科与输血科（或血库）沟通的流程并落实，保障术中输血及时、合理、安全。					
				3、有术前用血评估和用血疗效评价制度。		个科室共5名医护人员	
				4、相关人员知晓术中用血的制度与流程，并严格执行。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视	2分，未达到不得分		
		1、科室定期对手术中用血有自查、分析、整改。			2分，未达到不得分		
		2、职能部门对手术用血管理有检查与监管。			1分，未达到不得分		
				3、麻醉科与手术科室和输血科（或血库）等人员能有效沟通，保障术中输血及时、合理、安全。	A	查看现场，查阅资料、台账；现场追踪访视；抽查20份输血病历；访谈5 个科室共5名医护人员	3分，未达到不得分
		符合“B”，并：	2分，未达到不得分				
		1、持续改进有成效，手术用血管理规范。					
				2、术中合理用血率达≥100%。			
4-7-6 定期分析麻醉管理评价指标，开展麻醉质量评价，确保患者麻醉安全。	4-7-6-1 定期分析麻醉管理评价指标，开展麻醉质量评价，确保患者麻醉安全。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、有麻醉质量监测指标并采集相关数据。(1)麻醉工作量：各种麻醉例数、心肺复苏例数、麻醉复苏室例数等；(2)严重麻醉并发症：麻醉意外死亡、误咽、误吸引发梗阻、出麻醉复苏室全身麻醉患者 steward 评分≥4分的例数等；(3)各类术后患者自控镇痛(PCA)。					
		2、将麻醉并发症的预防措施与控制指标作为科室质量与安全管理与评价的重点内容。					
		3、定期评价“手术安全核查与手术风险评估制度”的执行情况。					

	符合“C”，并： 1、科室定期开展麻醉质量评价，根据评价结果，进行分析、总结，针对存在的问题采取改进措施。 2、职能部门对麻醉质量有检查、分析、反馈。 3、建立麻醉质量数据库。 4、定期分析指标的数据变化趋势和原因，有年度麻醉质量安全报告。	B	查看现场，查阅资料、台账	2分，未达到不得分
				1分，未达到不得分
				1分，未达到不得分
				1分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、持续改进有成效，监测指标健全，数据资料收集规范、完整。 2、通过运用监控指标分析，有效落实各项针对性的改进措施，麻醉质量与安全水平提高。	A	查看现场，查阅资料、台账	3分，未达到不得分
				2分，未达到不得分

4-8 急诊管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-8-1 急诊科布局、急诊服务支持部门设置、人力配备、仪器设备及药品配置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》相关要求。	4-8-1-1 急诊科布局、急诊服务支持部门设置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、访谈现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、急诊科按照相关要求独立设置，其功能、布局、人员和设备配备及药品配置符合要求。			
		2、急诊科的辅助检查、药房、收费等区域的距离利于急诊抢救。	B	查阅资料现场查看	2分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、急诊科分设普通急诊患者、危重伤病患者和救护车出入口通道，并有醒目的路标及标识。			
		2、有独立的留观室，且≥2张留观床，每个留观床位配备独立的监护设备。			
		3、职能部门有检查与监管。			
		符合“B”，并：			
1、急诊抢救室具备设施完善的抢救单元。	A	查阅文件现场查看	3分，未达到不得分		
2、设有保护病人隐私的分诊区域。			2分，未达到不得分		
4-8-1-2 急诊科应		各项指标符合要求：			

当配备足够数量，受过专门训练，掌握口腔急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医护人员。	1、急诊科固定的急诊医师、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。	C	查阅文件、资料、访谈 现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
	2、急诊科主任由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的医师担任；急诊科护士长由主管护师及以上任职资格和2年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。			
	3、急诊室由专职医师与护理人员负责、排班、值班。			
	4、急诊抢救室有专职护理人员统一管理。			
	符合“C”，并：	B	查阅文件、资料、 访谈现场查看	3分，未达到不得分
	1、急诊科独立值班医师应在本院执业注册登记，具有三年以上临床工作经验。			
	2、就诊区护士与患者比例1:10；留观护士与患者比例1:2。			
	3、职能部门对急诊医护人员配置、任职资格、知识技能有检查与监管。	A	查阅文件、证书，现场 查看	3分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、急诊科主任由主任医师担任，医院有中华口腔医学会口腔急诊专委会委员及以上任职，或省口腔医学会急诊专委会常委及以上任职。			
2、急诊科护士长由副主任护师及以上技术人员担任，从事急诊工作2年以上。	C	查阅文件、台帐、访谈 现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
4-8-1-3 仪器设备 & 药品配置符合急诊科建设与管理的基本标准。急救设备处于应急备用状态，有应急调配机制。				
各项指标符合要求：				
1、仪器设备 & 药品配置符合急诊科建设与管理的基本标准。				
2、保障急救用的仪器设备 & 药品满足急救需要。				
3、各种抢救设备操作规程随设备存放，方便使用。				
4、急救设备有专人保养维护，急救药品有专人管理，急救设备处于应急备用状态，有应急调配制度。				
符合“C”，并：				

		1、科室对应急设备状态有自查，问题及时整改，记录完整。	B	查阅文件、台帐现场查看	3分，未达到不得分		
		2、职能部门对急诊设备药品配置和维护情况有检查与监管。			2分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A	查阅文件、台帐现场查看	3分，未达到不得分		
		1、配备心肺复苏设备。			2分，未达到不得分		
		2、随急诊救治病种变化增加相应仪器设备及药品。					
		4-8-2 急诊医务人员按计划进行技术和技能专业培训，能够熟练、正	4-8-2-1 急诊医务人员经过专业培训，考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料、访谈现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
				1、有急诊医务人员技术和技能的年度培训计划，并组织落实。			
				2、急诊医护人员全部经过专业培训，有考核记录。			
				符合“C”，并：	B	查阅台帐、访谈	5分，未达到不得分
				1、职能部门对培训效果有检查与监管。			
符合“B”，并：	A			查阅资料、访谈	3分，未达到不得分		
1、职能部门对急诊人员诊疗水平有动态管理。			2分，未达到不得分				
2、持续改进有成效，医护人员诊疗水平不断提升。							
4-8-2-2 医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，掌握各种抢救技能，包括高级心肺复苏技能。	各项指标符合要求：		1、医护人员具备心肺复苏基础理论、基本知识和操作技能。	C	查阅资料、现场查看、现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”	
			2、急诊医师具备独立抢救常见急危重症患者的能力，熟练掌握心肺复苏、简易呼吸器（或机）的使用、电除颤等技能。				
		3、急诊护理人员除具备常用的护理技能外，还应具有配合医师完成上述操作的能力。					
		符合“C”，并：	B	查阅资料、访谈	5分，未达到不得分		
		1、职能部门对医护人员抢救技能有检查与监管。					
		符合“B”，并：	A	现场考核	2分，未达到不得分		
		1、住院医师规范操作口腔急症处理、颌面外伤救治及简易呼吸器、除颤器的使用。					
		2、主治医师规范操作简易呼吸器、心电监测、及口腔大出血和严重颌面外伤的救治等技能。			2分，未达到不得分		

		3、有记录表明医务人员抢救技能不断提升。			1 分，未达到不得分	
4-8-3 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。	4-8-3-1 急诊服务及时、安全、便捷，提高急诊服务能力。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、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。				
		2、医院能提供“24 小时×7 天”连续不间断的急诊服务，包括：口腔内、外科专业科室；药学、医学影像（普通放射、CBCT、超声等）、临床检验、用血等部门；医疗器械部门及保障部门。				
		符合“C”，并：				
		1、职能部门对急诊抢救工作有检查与监管。				
		2、急诊科区域内有独立的急诊抢救场地。				
	符合“B”，并：	B	查阅资料、现场查看	3 分，未达到不得分		
					1、持续改进有成效，急诊抢救流程顺畅，诊疗服务满足急诊患者救治需求。	
					2 分，未达到不得分	
	4-8-3-2 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。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
						1、有院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务工作流程。
						2、有急诊患者病情分级分区相关管理规定。
						3、按照患者病情实施分级、分区救治。
		4、有多部门、多科室的协调机制，保障多发伤、复合伤、疑难病例的抢救治疗。				
符合“C”，并：		B	查阅台帐、访谈	3 分，未达到不得分		
1、科室有自查，对存在的问题及时整改。						
2、职能部门对急救实施情况有检查、分析、反馈。						
符合“B”，并：		A	查阅资料、现场查看	2 分，未达到不得分		
1、急诊有信息系统支持，事先获取院前急救转诊患者信息，提高抢救成功率。						
2、有急诊网络支持系统，实现急诊与院内各相关科室的信息对接。						
3、有部门定期评价医院对院内外紧急事件的反应能力，对存在问题有持续改进措施并得到落实。			1 分，未达到不得分			

4-8-4 建立急诊“绿色通道”，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。	4-8-4-1 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。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有急诊检诊和分诊制度，有专人负责急诊检诊、分诊工作；有有效分流非急危重症患者措施；有分诊记录。				
		2、检诊、分诊人员经过培训。				
		3、急诊患者得到及时救治，时间节点记录清晰，有去向登记。				
		4、急诊患者病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。				
		符合“C”，并：				
	4-8-4-2 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。	4-8-4-2 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。	各项指标符合要求：	B	查阅资料、现场查看、人员访谈	2分，未达到不得分
			1、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。			
			2、职能部门对急诊检诊、分诊制度落实情况有检查与监管。			
			3、对存在的问题有持续改进措施并得到落实。			
			符合“B”，并：			
			1、持续改进有成效，急诊患者有效分流，急危重症患者及时有序地得到救治。			
	4-8-4-2 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。	4-8-4-2 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。	各项指标符合要求：	A	查阅资料、现场查看、人员访谈	2分，未达到不得分
			1、持续改进有成效，急诊患者有效分流，急危重症患者及时有序地得到救治。			
2、急危重症患者急诊就诊等候时间有效缩短。						
符合“B”，并：						
1、持续改进有成效，急诊患者有效分流，急危重症患者及时有序地得到救治。						
2、急危重症患者急诊就诊等候时间有效缩短。						
4-8-4-2 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。	4-8-4-2 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。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有急危重症抢救患者优先住院的制度。				
		2、急危重症患者实行“先抢救、后付费”。				
		3、有拟收住院科室无床位时的应急保障措施，滞留急诊观察患者比例下降。				
		4、急危重症抢救患者经处置后，需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。				
		符合“C”，并：				
4-8-4-2 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。	4-8-4-2 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。	1、急危重症患者急诊留观滞留时间小于 72 小时。	B	查阅资料、现场查看、人员访谈	3分，未达到不得分	
		2、职能部门对急危重症患者住院管理制度落实情况有检查与监管。				
		符合“B”，并：				
		1、急诊需住院病人均能及时通过绿色通道入住相关科室。				
		2、无急诊住院病人滞留急诊留观。				
		符合“B”，并：				
4-8-5 针对重大突	4-8-5-1 针对重大	各项指标符合要求：				

发事件应急医疗救援，制定重大抢救工作流程，保证绿色通道畅通。	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。	1、急诊科有根据重大突发事件应急医疗救援特点制定的大规模抢救方案和工 作流程。	C	查阅资料、现场查看、 人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有重大突发事件应急医疗救援计划与演练。			
		3、相关部门组织实和协调应急医疗救援，有记录。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、人员访谈	3分，未达到不得分
		1、科室对重大突发事件应急抢救有总结分析，对存在问题有持续改进措施并 得到落实。			
		2、职能部门对应对重点突发急诊医疗救援工作有检查、演练存在问题有分析、 有改进建议。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、现场查看、 人 员访谈	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，急诊应急医疗救援工作流程科学、合理，绿色通道畅 通有保障。					
4-8-6 建立创伤、口腔大出血、颌面部重症间隙感染等重点病种的急诊服务流程与规范。	4-8-6-1 对创伤、口腔大出血、颌面部重症间隙感染等重点病种的急诊服务流程与服务时限有明文规定，能落实到位。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看、 人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、对急性创伤、口腔大出血、颌面部重症间隙感染等重点病种的急诊服务流 程与服务时限有明文规定，并且在技术、设施方面提供支持。			
		2、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。			
		3、有培训与教育，措施落实到位。			
		4、职能部门管理人员知晓任职要求。			
		5、急诊服务体系相关责任部门人员知晓任职要求。	B	查阅资料、现场查看、 人员访谈	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门用关键质量指标与服务时限来管理与协调各个相关科室的服 务。			
		2、职能部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、缩短救治时间，提升救治成功率。			3分，未达到不得分		

		2、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。	A	查阅资料、现场查看、人员访谈	2分，未达到不得分
4-8-6-2 建有创伤急诊服务流程与服务时限有明文规定，能落实到位。		各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、急诊科医护人员参与医院应急抢救。			
		2、有创伤救治诊疗指南、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。			
		3、有明确的颌面创伤等各重点环节救治时间节点要求。			
		4、有培训与教育，相关医护人员知晓并执行。	B	查阅资料、现场查看、人员访谈	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、通过信息化支撑，职能部门开展救治时间节点管理，对存在的问题有反馈、有改进措施。			
		2、建立包含微信群、手机短信、传真等多种形式为一体的院内信息共享平台，确保患者得到及时的诊断与鉴别诊断。			
符合“B”，并：	A	查阅文件	5分，未达到不得分		
1、实现信息的互联互通，使院前救治与院内救治无缝连接。					
4-8-6-3 有保证相关人员及时参加急诊抢救和急会诊的相关制度。相关人员应当在规定时间内进行急诊会诊。		各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院有首诊负责、急诊抢救和急会诊的相关制度。			
		2、有明确的会诊时限规定。			
		3、相关科室与人员均能知晓与执行。	B	查阅资料、现场查看、人员访谈	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、科室有自查，对存在的问题有分析和整改。			
		2、职能部门对急诊救治相关制度有检查，存在问题有分析和问题反馈，有改进建议。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、现场查看	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，急诊抢救和急会诊制度落实到位，患者得到及时有效救治。					
4-9重症医学科管理与持续改进（有此科室的医院选用）。					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-9-1重症医学科布	4-9-1-1重症医学科布	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅文件、资	

局、设备设施、专业人员资质与能力、设置及医院感染控制符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。	局、设备设施、床位设置与人力资源配置符合重症医学科建设与管理的基本要求。 (可选)	1. 重症医学科布局符合要求，床位占医院总床位的比例至少达到3%。每床使用面积不少于15平方米，床间距大于1米。		料、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”					
		2. 最少配备一个单间，每天至少应保留1张空床以备应急使用。								
		3. 设备设施符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》要求，有专人负责设备维护，设备、设施处于备用完好状态。								
		4. 信息系统有检验、影像等医技检查信息的及时传递。								
		5. 重症医学科医师人数与床位数之比 $\geq 0.8:1$ ，固定医师与床位数之比 $\geq 0.5:1$ ；护士人数与床位数之比 $\geq 3:1$ 。								
		6. 科主任具有副高级专业技术职务任职资格。								
		7. 护士长具有中级及以上专业技术职务任职资格。								
		符合“C”，并：								
		1. 重症医学床位占医院总床位的比例大于3%且小于6%。								
		2. 信息系统有支持医疗质量管理和医院感染监控的功能。								
4-9-2有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”，定期评价收住患者的适宜性及临床诊疗质量，并能以此评价改进措施的有效性。 (可选)	4-9-2-1有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”。 (可选)	3. 科主任具有主任医师资格。	B	查看现场、查阅文件、资料、人员访谈	1分，未达到不得分 2分，未达到不得分					
		4. 职能部门对重症医学科设备设施、床位及人力资源管理有检查与监管。								
		符合“B”，并：								
		1. 重症医学床位占医院总床位的比例达到6%。								
		2. 持续改进有成效，患者得到及时有效救治。								
		4-9-3对重症疑难患者实施多学科联合查房制度，患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与				4-9-3-1建立多学科协作机制。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
							1. 有重症医学科规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，并执行。			
							2. 有重症医学科收住患者的范围、转入和转出标准及转出流程。			
							3. 对入住重症医学科的患者实行疾病严重程度评估并执行，转入（出）符合标准，评分规范。			
							4. 按要求上报省级质控中心信息报表，内容真实、完整。			
5. 抗菌药物应用、储备药品、一次性耗材使用合理、规范。										
符合“C”，并：										
1. 科室按照国家重症医学质控指标、科室质控标准履行日常监管，定期进行自查，运用质量管理工具对存在问题分析整改；并有记录。										
2. 职能部门对重症医学科制度落实有检查、分析、反馈。										
符合“B”，并：										
1. 有数据提示：质量与安全持续改进。										
4-9-3对重症疑难患者实施多学科联合查房制度，患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与	4-9-3-1建立多学科协作机制。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅文件、资料、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”					
		1. 有落实多学科协作相关规定与措施。								
		2. 以重症医学科与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持。								
		符合“C”，并：		查看现场、查阅资料、台						

负责。 (可选)		1. 职能部门对多学科协作与支持有检查与监管。	B	帐人员访谈	5分, 未达到不得分		
		符合“B”, 并:	A	查看现场、查阅资料、台帐人员访谈	5分, 未达到不得分		
		1. 持续改进有成效, 重症疑难患者能够得到多学科联合诊治。					
4-10感染性疾病管理与持续改进							
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准		
4-10-1 执行 《传染病防治法》 及相关法律、法规、 规章和规范承担本单 位和责任区域内的传 染病预防工作, 设 立疾病预防控制专 职部门及医院感染 管理委员会, 建立 健全规章制度并组 织实施, 规范传 染病处理措施预防 和控制传染病的传 播和医 源性感染。	4-10-1-1 健全传染 病防治与医院感染 管理组织架, 完善 管理制度并组织实 施。	各项指标符合要求:	C	查阅文件、资料, 台帐	任何一项指标未达到, 不得“C”		
		1、有健全的传染病防治与医院感染管理组织架构且职责明确。(1)有传染病防治与医院感染管理职能部门。 (2)有医院感染管理委员会。 (3)有传染病防治工作领导小组。					
		2、依据《传染病防治法》、《医院感染管理办法》及相关法律、法规、规章和 规范, 完善感染管理相关的制度、流程、岗位职责、诊疗规范等。					
		3、承担本单位传染病预防与控制工作。					
				4、开展相关制度、规范的培训。			
				符合“C”, 并:	B	查阅资料, 现场考查	5分, 未达到不得分
				1、传染病防治与医院感染管理部门管理人员知晓并遵守相关制度, 履行岗 位 职责。			
				符合“B”, 并:	A	查阅资料, 现场查看	5分, 未达到不得分
		1、有职能部门间协调机制和协调流程, 共同支持传染病防治与医院感染管 理工作。					
4-10-2 根据标准 预防的原则, 采 取标准防护措	4-10-2-1 为医务 人员提供符合国家 标准的消毒与防护	各项指标符合要求:					
		1、有根据医务人员在 工作时的危险性程度 采取分级防护的规 定, 防护措施适 宜。					

施，为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品。	用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。	2、医务人员使用的消毒与防护用品应当符合国家医用级标准，配置完整、充足，便于医务人员获取和使用。	C	查阅文件、资料，现场查看、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		3、有职业防护和职业暴露相关知识培训，对职工定期体检，建立职工健康档案。			
		4、医务人员掌握职业暴露处置流程，能正确使用防护用品，凡接触血液、体液、分泌物、排泄物等物质以及被其污染的物品时应当戴手套。			
		符合“C”，并：	B	查阅文件、资料，现场查看、人员访谈	2分，未达到不得分
		1、有职业暴露的应急预案，处置流程明确，并组织演练。			2分，未达到不得分
		2、有职业暴露的完整登记、处置、随访等资料，并根据案例或阶段分析改进职业防护工作。			1分，未达到不得分
		3、职能部门履行监管职责，定期对落实情况监督检查。			
		符合“B”，并：	A	查阅文件、资料，现场查看、人员访谈	3分，未达到不得分
		1、相关人员对职业防护和职业暴露处置知晓率 100%。			2分，未达到不得分
		2、对制度落实情况进行追踪与成效评价，有持续改进。			
4-10-3 开展对传染病的监测和报告工作有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作，并按照规定进行网络直报。	4-10-3-1 有专门部门或专职人员负责传染病疫情报告与管理工作，突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告规范，实行网络直报。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
	1、根据《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)》制定突发公共卫生事件和传染病疫情信息监测报告的制度与流程。				
	2、按照国家相关规定，实行传染病网络直报。				
	3、有专门部门及专职人员负责传染病疫情报告与管理工作。				
	4、有传染病疫情报告、登记、核对以及奖惩等相关制度并组织培训，相关人员知晓有关规定。				
	5、传染病报告责任落实到每一位医务人员。				
	6、专职管理人员负责传染病报告卡的收集、汇总登记、核对以及监管等工作。				

		符合“C”，并： 1、落实传染病报告责任奖惩制度。 2、传染病网络信息管理符合相关规定，明确疫情查询、使用权限，未经授权不得发布传染病信息。 3、职能部门对突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告履行监管，对存 在问题与缺陷及时整改。	B	查阅资料，现场查看	2分，未达到不得分 2分，未达到不得分 1分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、传染病报告登记项目完整，传染病报告率100%，传染病报告及时率100%。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
4-10-4 定期对医务人员进行传染病防治知识和技能以及有关传染病疫情监测信息报告工作的培	4-10-4-1 定期对全体医务人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病 处置演练。	各项指标符合要求： 1、有全员传染病防治知识和技能培训的计划定期开展传染病防治知识和技能 培训，内容包括： (1) 传染病防治的法律、法规、规章、技术操作规范。 (2) 传染病流行动态、诊断、治疗、疫情报告、预防。 (3) 传染病的处置规范与处置流程。 (4) 职业暴露的预防和处理等。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
训，做好院内及责任区域内的预防传染病的健康教育工作的。		符合“C”，并： 1、根据传染病疫情，适时开展传染病处置演练，根据演练总结改进传染病管 理，提高应急处置能力。	B	查阅资料，现场查看， 人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、医务人员传染病防治知识与技能考核合格率100%。 2、医务人员传染病处置流程知晓率100%。	A	现场查看，人员考查	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
		4-10-4-2 向公众 开展传染病预防 知识的教育、咨 询。	C	查阅文件、资料，现场 查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		各项指标符合要求： 1、采用多种形式向公众开展传染病预防知识的教育和咨询，有教育、咨询相 关资料。 2、针对艾滋病等重大传染病开展预防教育咨询。 3、科室有完整的教育、咨询资料。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料，现场访谈	

		1、职能部门有检查、分析、反馈。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场访谈	
		1、持续改进有成效，健康宣传和健康促进工作到位。			5分，未达到不得分
4-11 药事和药物使用管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-11-1 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。	4-11-1-1 医院设立药事管理与药物治疗学组织，健全药事管理体系。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、设立药事管理与药物治疗学相关组织，职责明确，有相应的工作制度。医院负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）主任委员，药学和医务部门负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）副主任委员。			
		2、药学部门负责药学专业技术服务与相关药事管理工作。			
		3、医务部门指定专人，负责药物治疗相关的行政事务协调管理工作。医务管理部门与药学部门有协调机制。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
	1、科室对药事管理工作制度、年度计划有自查，问题有分析和整改措施，并落实。				
	符合“B”，并：				
1、持续改进有成效，有医院药事管理工作计划和年度工作总结，能够体现药事管理的持续改进。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
4-11-1-2 有药事管理工作制度。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
	1、有药事管理相应的工作制度、操作规程，并组织实施。				
	2、有药品遴选制度和程序，动态管理医院“基本用药供应目录”。				
	3、开展药事管理法律、法规及相关制度的宣传、教育、培训工作。				
	4、医务人员熟悉药事管理法律法规及相关制度。				
	5、每季度评估用药金额排序前十位的药品，对变化有分析评价说明。				
	6、制定医院重点监控药品目录，并实行动态监管。				
符合“C”，并：					

		1、有临床用药具体评价方法，有改进措施和干预方法。	B	查阅资料、台帐、考查	5 分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
		1、持续改进有成效，药事管理工作规范、药品使用与医院功能任务相符合。				
	4-11-1-3 根据医院功能任务及规模，配备药学专业技术人员，岗位职责明确。	各项指标符合要求：	1、药学专业技术人员满足工作需要，按有关规定取得相应药学专业技术任职资格。	C	查阅资料、现场考查	任何一项指标未达到，不得“C”
			2、各级药学专业技术人员职责明确。			
			3、各级药学人员熟悉并履行本岗位职责。			
			4、有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定，并有效执行。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2 分，未达到不得分	
		1、药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的 1%。药学部门副高级以上药学专业技术职务任职资格人员，应当不低于 5%，教学医院应当不低于6%。				
		2、承担相关的临床药学教育或药物临床应用研究。				1 分，未达到不得分
		3、职能部门对药学专业技术人员配备和任职情况有检查与监管。				1 分，未达到不得分
	4-11-2-1 有药品采购供应管理制度与流程，有适宜的药品储备。	4、药学部门负责人应具有药学专业本科及以上学历、本专业高级技术职务任职资格。	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	1 分，未达到不得分
1、持续改进有成效，药学人员配备、培养、考核和管理符合规范。						
各项指标符合要求：		1、有药品采购供应管理制度与流程，供药渠道合法；药学部门统一负责药品采购供应；药品采购规范，储备量与功能、任务和服务量相适应。	C	查阅资料、现场核查	任何一项指标未达到，不得“C”	
						2、抗菌药物采购目录向卫生计生行政部门备案，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。
4-11-2 加强药品管理，规范采购、储存、调剂，有效控制药品质量，保障药品供应。	4-11-2-1 有药品采购供应管理制度与流程，有适宜的药品储备。	3、根据药品用量金额评估药品储备情况，库存药品金额月周转 1 次以上。	B	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
		符合“C”，并：				
		1、职能部门对药品采购供应及药品储备有检查与监管。				

	符合“B”，并： 1、持续改进有成效，药品采购供应及药品储备管理规范。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
4-11-2-2 有药品贮存制度，贮存药品的场所、设施与设备符合有关规定。	各项指标符合要求： 1、有药品贮存管理制度，定期对库存药品进行养护和质量检查，定期盘点、账物相符。 2、药品贮存设施与设备满足药品质量要求。 3、设置冷藏库、阴凉库、常温库，化学药品、生物制品、中成药分类定位存放。按规定设置验收、退药、发药等功能区域。 4、药库管理由药学专业人员负责，科室或病区备用药品指定专人管理。执行药品有效期管理相关制度与处理流程，有控制措施和记录。	C	查阅资料、台账、现场考查	任何一项指标未达到，不得“C”	
	符合“C”，并： 1、职能部门对药品贮存管理有检查与监管。	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
	符合“B”，并： 1、持续改进有成效，药品供应、质量和数量管理制度落实到位。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
	4-11-2-3 依据法律法规，建立和完善“麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品”等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用与管理规章制度。	各项指标符合要求： 1、依法建立麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用管理制度。 2、执行麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的存放区域、标识和贮存方法的相关规定。 3、对相关人员进行规范培训，并遵循管理要求。	C	查阅资料、台账、现场考查	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、职能部门定期对特殊管理药品的使用与管理有检查与监管。	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，特殊管理药品的管理与使用规范。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
4-11-2-4 对“麻醉药品、第一类精神药	各项指标符合要求： 1、药库设置有“麻醉药品、第一类精神药品”专用库（柜），配有安全监控				

品”等特殊管理药品实施全程管理。	及自动报警设施；放射性药品按有关规定执行。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
	2、在门诊、急诊、住院等药房设置麻醉药品、第一类精神药品周转库（柜），库存不得超过本机构规定的数量。周转库（柜）应当每天结算。			
	3、对“麻醉药品、第一类精神药品”实行批号管理；开具的药品可溯源到患者。			
	4、有特殊管理药品的应急预案。			
	符合“C”，并：	B	查看现场、查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
	1、药学部门定期对特殊管理药品进行检查，至少每月1次。			2分，未达到不得分
	2、职能部门对各相关科室特殊管理药品的制度执行情况有检查与监管。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、持续改进有成效，特殊管理药品的管理规范、措施落实到位，原始记录完整。			
	4-11-2-5 对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐
1、存放于急诊科、病房（区）急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救备用药品有管理和使用制度。				
2、各相关科室有急救备用药品目录及数量清单，实行基数管理，专人负责；使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。				
3、各科室备用急救等药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。				
4、药学部门每月对各科室备用药品的管理与使用情况进行检查。		B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
符合“C”，并：				
1、职能部门对急救等备用药品管理情况有检查与监管。		A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
符合“B”，并：				
1、持续改进有成效，医院急救备用药品管理规范。				
4-11-2-6 落实药品	各项指标符合要求：			

调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂的准确性。	1、制定药品调剂制度和操作规程。药品调剂时，认真审核处方或用药医嘱后 调剂配发药品。有发药差错报告制度、差错分析登记。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
	2、发出的药品标示有用法、用量和特殊注意事项；发药时对患者进行用药交代和用药指导，必要时为患者提供书面用药指导资料。调剂过程有第二人核对，独立值班时双签字核对。			
	3、对因病情变化、医嘱调整而产生的病房（区）退药进行有效管理。			
	4、药品如需分装调剂，应有操作规程和记录。分包装上有药品名称、规格、剂量、批号、有效期、分装日期等信息。对病房（区）口服药品实行单剂量配发，注射剂按日剂量发药。			
	符合“C”，并：	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	1、职能部门对药品调剂质量管理有检查与监管。			
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，药品调剂管理规范，制度得到落实，药品调剂质量得到保障；有静脉用药调配中心（室），实行集中调配供应。				
4-11-2-7 制剂的配制与使用符合有关规定。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
	1、医院配置制剂，应持有《医院制剂许可证》，取得制剂批准文号。			
	2、有保证制剂质量的设施、设备和管理制度，按规定配备药学专业技术人员。			
	3、执行医疗机构制剂配制、使用规定。经省级药品监督管理部门批准后，制剂方可在医院之间调剂使用。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	符合“C”，并：			
	1、职能部门对制剂配制和使用管理有检查与监管。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，制剂管理规范。				
4-11-2-8 建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、	
	1、有药品质量管理组织，药品质量管理相关制度，职责明确。			
	2、有药品验收管理制度与程序，保证各环节符合质量要求。			

		3、对药品质量抽查结果及科室备用药品管理检查情况进行分析、总结，落实整改措施。		台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、职能部门对药品质量管理工作有检查与监管。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，药品质量相关制度落实到位，保障临床用药安全。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	4-11-2-9 有药品召回管理制度。	各项指标符合要求： 1、制定药品（含医院制剂）召回管理制度；召回药品，妥善保存，保留原始记录。 2、有针对患者用药召回的处置预案与流程。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、职能部门对药品召回管理工作有检查与监管。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，药品召回管理规范。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	4-11-2-10 建立完善药品管理信息系统，与医院整体信息系统联网运行。	各项指标符合要求： 1、药品管理信息系统与医院信息系统联网运行，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。 2、有完善药品查询功能。相关药品信息及时更新。 3、有药库和调剂室药品进、销、存、使用等的实时管理系统，实行药品定额和数量化管理，包括药品帐物和统计、处方点评分析统计等。 4、有适宜的合理用药监控软件系统，并定期升级、更新。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、职能部门对药品管理信息有检查与监管。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，有抗菌药物、麻醉、精神药品等处方权限与用药时限管理的监控功能。药品管理信息系统满足临床查询、监管和决策需求。	A	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
4-11-3 依照	4-11-3-1 医师开	各项指标符合要求：			

《处方管理办法》，实行处方点评，促进合理用药。	具处方应按照《处方管理办法》的要求执行。	1、制定医院处方管理制度，对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”			
		2、医师处方签名或签章式样，分别在职能部门、药学部门留样备案。医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。						
		3、对医务人员进行处方管理法规及相关管理制度培训。						
		4、处方开具规范、完整，使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。						
		符合“C”，并：						
		1、职能部门定期对处方质量进行评价，评价结果作为考核依据。				B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：				A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	4-11-3-2 药师应严格按照《处方管理办法》对处方进行适宜性审核，对临床不合理用药进行有效干预。医院有可行的监督机制与措施。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”			
	1、依据《处方管理办法》的相关规定，药师及以上资质人员承担处方或医嘱的审核工作，对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通。							
	2、门诊药房设有用药咨询窗口（台），有主管药师及以上人员提供合理用药咨询服务，有咨询记录，并针对患者咨询的常见问题开展合理用药宣传工作。							
	符合“C”，并：							
	1、职能部门对处方审核、不合理处方干预管理情况有检查与监管。	B				查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：	A				查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，处方开具规范。							
	4-11-3-3 开展处方点评，建立药物使用评价体系。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”			
	1、制定医院处方点评制度及实施细则，处方点评组织健全，责任明确，对不合理用药进行干预。							
	2、每月定期对门、急诊处方和出院病历进行点评。							

		3、有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，每年至少开展 2 项。			
		4、有超说明书用药管理的规定与程序。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况；点评结果纳入医院质量考核评价。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，运用信息化手段进行处方点评和数据分析，临床用药规范合理。	A	查看现场、查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分
4-11-4 根据相关临床诊疗指南和疾病诊疗规范，制定肠道外营养疗法、激素类药物、肿瘤化学治疗等药物临床应用指南，规范临床用药。	4-11-4-1 根据相关临床诊疗指南和疾病诊疗规范，制定肠道外营养疗法、激素类药物、肿瘤化学治疗等药物临床应用指南，规范临床用药。	各项指标符合要求：			
		1、按照指南和规范使用肠道外营养药、激素类药物和肿瘤化学治疗药，对临床用药情况有评价记录。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有肠道外营养疗法、激素类药物使用和肿瘤化学治疗等危害药物的使用指南或规范，对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训，相关人员知晓。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对肠道外营养药、激素类药物和肿瘤化学治疗药使用和管理有检查与监管。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，肠道外营养药、激素类药物和肿瘤化学治疗药临床使用情况评价资料完整，使用规范。	A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分
4-11-5 医师、药师、护理人员按照法律法规、卫生行政主管部门要求及行业规范，合理使用抗菌药物，并	4-11-5-1 依据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，建立抗菌药物临床合理应用	各项指标符合要求：			
		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。			
		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、抗菌	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”

有监督机制。	用的组织，制定章程和管理制度，明确职责，确保抗菌药物临床应用管理得到有效行政支持。	药物目录和目录外抗菌药物临时采购程序并实施。	B	查看现场、查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
		3、抗菌药物管理工作组由医务、药学、感染性疾病、临床微生物、护理、医院感染管理等部门负责人和具有相关专业高级技术职务任职资格的人员组成，负责临床科室技术指导、咨询和专业培训。			
		4、医务、药学等部门共同负责日常管理工作。			
		5、对医务人员进行抗菌药物合理应用相关知识培训。			
		符合“C”，并：			
		1、按照卫生行政部门规定，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。			
		2、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。			
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，抗菌药物采购合法、使用规范合理，监管措施到位，无违规处方。					
4-11-5-2 结合本院	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台		
实际情况制定抗菌药物临床应用和管理实施细则，对抗菌药物使用实施分级管理。	1、有抗菌药物临床应用和管理实施细则及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。	B	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”	
	2、有抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度，有评价标准；有细菌耐药预警和通报机制，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。				
	3、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，至少一年一次。				
	符合“C”，并：				
	1、药学部门对抗菌药物使用管理指标达标情况及处方点评结果有检查、分析、反馈。				
	2、相关部门对抗菌药物分级管理和使用情况进行全程联合监管，对存在问题				
				2分，未达到不得分	

		有反馈，并实施监控和干预。						
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，抗菌药物追踪评价、用药指标均达到相关规定。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分			
4-11-5-3 严格执行国家有关围手术期预防性应用抗菌药物管理的相关规定，落实各类手术（特别是Ⅰ类清洁切口）预防性应用抗菌药物的有关规定。		各项指标符合要求： 1、有围手术期预防性应用抗菌药物管理制度，重点关注Ⅰ类切口手术的预防用药。	C	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分			
		符合“C”，并： 1、科室对抗菌药物预防应用符合规范要求，对存在问题整改。				B	查看现场、查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
		2、职能部门对全院各类手术及围术期抗菌药物临床应用情况有检查、分析、反馈。	A	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分			
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，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，抗菌药物使用规范。					5分，未达到不得分	
4-11-6 高警示药品的管理，提高用药安全。	4-11-6-1 对高警示药品，听似、看似等易混淆药品的贮存	各项指标符合要求： 1、针对高警示药品有标识和贮存方法的规定并执行。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”			
		2、对包装相似、听似、看似药品、一品多规格或多剂型药品的存放，全院有						
		统一的“警示标识”。						
	与识别有严格要求，确保药品发放和使用安全。	3、相关员工知晓警示标识含义和管理要求，能够识别和使用。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分			
		符合“C”，并： 1、职能部门定期对高警示药品，听似、看似等易混淆药品有检查与监管。						
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，高警示药品及各类易混淆药品的贮存管理规范。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分			
	4-11-6-2 处方或用药医嘱在转抄（录）和执行时有严格的	各项指标符合要求： 1、有用药处方或用药医嘱管理的相关制度，内容涵盖特殊情况下患者自带药						
		品的相关规定并执行。						

	核对程序，并由转抄和执行者签名确认。	2、开具与执行注射剂的处方或用药医嘱时应注意药物配伍禁忌，按药品说明书应用。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”			
		3、有药物过敏性休克及输液反应的应急预案和演练记录。						
		4、护士执行给药医嘱，执行核查制度，签字确认。						
		5、住院患者治疗确需使用自带药品应符合医院相关规定。						
		6、护士按照给药时间分次为患者发放口服药，并说明用法。						
		符合“C”，并：						
		1、职能部门对处方或用药医嘱执行有检查与监管。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分			
		1、持续改进有成效，处方及医嘱执行规范。						
4-11-7 有药物安全性监测管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应，并将不良反应记录在病历之中。	4-11-7-1 有完善的突发事件药事管理应急预案，药学人员可熟练执行。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、有药物严重不良反应应急预案及医疗救治药品目录。组织结构和人员职责具体明确，对突发事件善后工作及应急能力有明确规定。						
		2、应急药品储备数量和质量能够满足救治需求。						
		3、有药物不良反应应急预案培训，相关人员熟练掌握。						
		符合“C”，并：				B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		1、职能部门对存在问题有检查与监管。						
符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分					
4-11-8 配备临床药师，参与临床药物治疗，提供用药咨询服务。	4-11-8-1 按《医疗机构药事管理规定》配备临床药师，开展以患者为中心、以合理用药为核心的临床药学工作。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、建立临床药师制，临床药师配备符合国家相关规定，为临床合理用药提供药学专业技术服务。						
		2、结合临床药物治疗实践，为患者提供药学监护。						
		符合“C”，并：				B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		1、职能部门对临床药师工作模式及成效有检查与监管。						
		符合“B”，并：						

		1、持续改进有成效，临床合理用药服务的能力和水平不断提高。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
4-11-8-2 临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药物治疗。		各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、临床药师按相关规定参与用药相关的临床工作。为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询，对患者进行用药教育。			
		2、开展药学查房，对重点患者实施药学监护和建立药历，工作记录完整。			
		3、参加病例讨论，提出用药意见和个体化药物治疗建议，参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治。			
		4、临床药师审核患者用药医嘱，对不合理用药进行干预，有记录。			
		符合“C”，并：	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		1、职能部门有检查与监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，临床药师参与临床路径及单病种质量控制药学工作，临床科室及患者对临床药师所提供的临床药物治疗服务满意度不断提升。					

4-12 临床检验管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-12-1 临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床诊疗需要，能提供24小时急诊检验服务。	4-12-1-1 临床检验项目满足临床需要。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、全院临床实验室集中设置，统一管理，资源共享，符合相关规定。			
		2、检验项目应覆盖医院各临床科室所诊治的病种。			
		3、开展检验项目满足临床需要			
		4、对委托其他机构所开展的检验项目，应签署委托服务协议，并有质量保证条款。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	3分，未达到不得分
		1、能为医院感染控制及合理用药提供微生物检验项目支持。			
		2、新开展项目审批流程规范、资料完整。			2分，未达到不得分
符合“B”，并：					

		1、以书面或网络形式定期（至少每季）向临床科室通报细菌耐药情况。	A	查阅资料、台账、访谈	5分，未达到不得分
4-12-1-2 能提供24小时急诊检验服务。		各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、能提供2小时急诊检验服务。			
		2、明确急诊检验报告时间，临检项目≤30分钟出报告，生化项目≤2小时出报告。			
		3、急诊项目设置充分征求临床科室意见，使检验项目既能满足危急情况下诊断治疗的需求，又不过度浪费急诊资源。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	3分，未达到不得分
		1、急诊检验项目在规定时间内报告。			
		2、检验项目满足危急情况下诊疗需求，开展必须的常规检查。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	2分，未达到不得分
		1、服务时间和项目均能满足24小时服务，无试剂质量事故发生。		场	5分，未达到不得分
4-12-1-3 检验项目、设备、试剂管理符合现行法律法规及卫生计生行政部门标准的要求。		各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、现场考查	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、检验项目符合卫生行政部门准入范围。			
		2、检验仪器、试剂三证齐全，符合国家有关部门标准和准入范围。			
		3、检验收费经过物价部门核准，相关人员知晓履职要求。	B	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、进行恰当的方法学验证以保证准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围设定等各项技术参数均能符合临床使用需求。			
符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分		
		1、项目收费规范，无违规收费。仪器、试剂三证均在有效期内。			
4-12-2 有实验室质量安全流程，制度及相应的标准操作流程，遵照实施并记录。	4-12-2-1 有实验室质量安全管理制度和流程。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、科室主任为实验室安全责任人。			
		2、有实验室质量安全管理制度和流程，包括各个场所、各工作流程及不同工			
		作性质人员的质量安全准则。			
		3、培训各岗位人员，使其知晓本岗位质量安全管理要求。			

		符合“C”，并： 1、按照国家卫生健康委《检验专业质控指标》开展科室质量控制，数据完整，有分析、有整改。	B	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1、参加省、市专业质控中心考核，成绩优秀。	A	查阅资料、台账、查看现场、人员访谈	5分，未达到不得分	
4-12-2-2 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。		各项指标符合要求： 1、实验室生物安全分区合理，标识明确。 2、工作流程应避免交叉污染。 3、实验室需安装相关门禁识别装置	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”	
		符合“C”，并： 1、进入微生物实验区域需通过相关门禁识别装置后方可进入	B	查看现场、人员访谈	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1、实验室无安全违规情况。	A	查阅资料、台账、查看现场、人员访谈	5分，未达到不得分	
	4-12-2-3 实验室配置充足的安全防护设施。		各项指标符合要求： 1、针对不同工作性质，按照行业规范制定个人防护管理制度。 2、配备洗眼器、及其他急救设施，并处于正常工作状态。 3、对生物安全、易燃易爆危险化学品等有警示标识。 4、有相关防护设施使用及安全防护培训。	C	查阅资料、台账、查看现场、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
			符合“C”，并： 1、根据实验等级设置个人防护，能执行。 2、实验室出口处设有手部消毒设施。	B	查阅资料、台账、查看现场	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
			符合“B”，并： 1、实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。	A	查阅资料、台账、查看现场、人员访谈	5分，未达到不得分
4-12-2-4 实验室建立化学危险品的管理制度。			各项指标符合要求： 1、建立化学危险品的管理制度。 2、指定专门的储存地点，专人管理，对使用情况做详细记录。 3、有化学危险品溢出与暴露的应急预案。 4、相关人员对制度和预案的知晓率 100%。	C	查阅资料、台账、查看现场、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”

		符合“C”，并： 1、有职能部门监管的记录。	B	查阅资料、台账、访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、有根据监管情况，持续改进危险品管理工作。	A	查看现场、查阅资料、 台帐	5分，未达到不得分
4-12-3 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解释检查结果。	4-12-3-1 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。	各项指标符合要求： 1、临床检验工作的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务任职资格。	C	查阅批文、资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、特殊岗位（H I V初筛实验）检验人员经培训考核后，持有卫生行政部门核发的上岗证方可独立工作。			
		符合“C”，并： 1、生化室≥80%的员工持大型生化分析仪上岗证。	B	查阅批文、资料、现场查看	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。	A	查阅资料、台账、访谈	5分，未达到不得分
		符合“C”，并： 1、有采用量值溯源，校准验证，能力验证或室间质评，实验室间的比对等方式，保证每一项检验结果的准确性。	C	查阅资料、台账、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、开展室内质控与室间质评，保障检验质量。			
4-12-4 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。	4-12-4-1 保证每一项检验结果的准确性。	符合“B”，并： 1、室内质控与室间质评结果达到质量控制目标。	A	查阅资料、台账、访谈	5分，未达到不得分
		符合“C”，并： 1、严格执行检验报告双签字制度（急诊除外） 2、指定经验丰富，技术水平和业务能力较高的人员负责检验报告的审核。	C	查阅资料、台账、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、审核重点识别分析前阶段，由于标本不规范所带来的结果错误。			
	4-12-4-2 严格执行检验报告双签字制度。	符合“B”，并： 1、制定复检制度并保留相关的复检记录。	B	查阅资料、台账、访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、制定复检制度并保留相关的复检记录。	A	查阅资料、台账、访谈	5分，未达到不得分

	4-12-4-3 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、定期评估检验结果的报告时间。			
		2、明确规定“特殊项目”清单。特殊项目的检测，原则上不应超过 2 周时间；提供预约检测			
		3、严格遵守国家或地方卫生行政管理部门的相关规定，制定明确的检验报告时限			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、现场查看，人员访谈	3 分，未达到不得分
		1、临检常规项目≤30 分钟出报告。			
		2、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。			2 分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、访谈	5 分，未达到不得分
	1、时限符合率≥90%。				
	4-12-4-4 检验报告格式规范、统一。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、检验报告单格式规范、统一，有书写制度。			
		2、报告单提供中文或中英文对照的检测项目名称，并符合相关规定。			
		符合“C”，并：	B	查看现场、查阅资料、台账	3 分，未达到不得分
		1、检验报告采用国际单位或权威学术机构推荐单位，并提供参考范围。			
2、检验报告单包含充分的患者信息，标本类型、样本采集时间、样本接收时间、结果报告时间。				2 分，未达到不得分	
符合“B”，并：		A	查看现场、查阅资料、病历	5 分，未达到不得分	
1、检验报告合格率 100%。					
4-12-5 有试剂与校准品管理规定，保证检验结果准确合法。	4-12-5-1 有管理试剂与校准品制度，保证检验结果准确合法。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有试剂与校准品管理的相关制度。			
		2、专人管理，有明确的岗位职责。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	3 分，未达到不得分
		1、试剂与校准全部符合法规规定的标准。			
		2、医院统一采购，途径合法。			2 分，未达到不得分
符合“B”，并：					

		1、试剂全部符合国家标准，获得相应的批准文号。	A	查阅资料、台账	3分，未达到不得分
		2、无因试剂和校准品管理问题影响检验结果的准确性的情况发生。			2分，未达到不得分
4-12-6 为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。	4-12-6-1 实验室与临床建立有效的沟通方式。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、实验室与临床科室有多种形式和途径的沟通，满足临床科室对检验项目的咨询			
		2、对新开展项目有宣传途径，解答临床对结果的疑问。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、访谈	5分，未达到不得分
		1、定期对咨询情况和沟通信息进行总结分析，针对共性问题开展培训。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、访谈	5分，未达到不得分
		1、建立检验与临床的科间协调会议制度，每年1~2次，共同改进检验工作 和服务质量。			
4-12-7 开展室内质控、参加室间质评；对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。	4-12-7-1 有完整的标本采集运输指南，交接规范，检验回报时间控制等相关制度。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、实验室、护理部和医院感染控制部门共同制订标本采集运输指南，临床相关工作人员可以方便获取。			
		2、实验室有标本接收、拒收标准与流程，保留标本接收和拒收的记录。			
		3、检验结果回报时间（TAT）明确可查。			
		4、对标本运输过程的相关人员进行规范培训。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、访谈	5分，未达到不得分	
	1、对存在的问题及时与临床沟通并积极整改				
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、现场查看	5分，未达到不得分	
	1、标本采集、运送规范，标本合格率≥95%，标本交接记录完整，标本保存符合规范。				
	4-12-7-2 常规开展室内质控。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
1、室内质控覆盖实验室80%检测项目及不同标本类型。					
2、制定实验室室内质控规则					
		3、室内质控报告有负责人签字。			

		符合“C”，并： 1、定期评估室内质控各项参数及失控率。 2、有效处理失控，应详细分析失控原因，处理方法及评估临床影响，提出预防措施。	B	查阅资料、台账、访谈	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分				
		符合“B”，并： 1、室内质控文件齐全，记录完整。根据失控原因分析，持续改进检验质量。	A	查阅资料、台账、现场查看	5分，未达到不得分				
	4-12-7-3 参加室间质评或能力验证计划。	各项指标符合要求： 1、参加省级或省以上室内质量评价计划或能力验证计划。 2、有无法参加评价计划项目的目录或清单，并有替代评估方案。	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”				
		符合“C”，并： 1、室间质评或能力验证应覆盖 70%实验室内检测项目及不同标本类型 2、职能部门对室间质评工作有检查与监管。				B	查阅资料、台账、访谈	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1、室间质评计划成绩合格率 $\geq 80\%$ 。 2、室间质评结果反馈的分析整改。	A	查阅资料、台账	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分				
		4-12-7-4 保证检测系统的完整性和有效性。				各项指标符合要求： 1、制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作、维护规程。 2、使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。 3、对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。	C	查阅资料、台账、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
			符合“C”，并： 1、科室有仪器保养、维护记录。 2、有专人负责仪器设备保养、维护与管理。	B	查阅资料、台账、现场查看	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分			
			符合“B”，并： 1、仪器设备规范操作合格率 100%。						
			4-12-7-5 实验室	各项指标符合要求：					

信息管理完善。	1、建立实验室信息管理系统，与医院信息系统联网。 2、实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理。	C	查阅资料、台账、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、现场查看	3分，未达到不得分	
	1、提供自助取化验报告单系统。 2、标本使用条形码管理。			2分，未达到不得分	
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、现场查看	5分，未达到不得分	
	1、实验室数据至少保留3年以上在线查询资料。				
	4-13 病理管理与持续改进				
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-13-1 病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，服务项目满足临床诊疗需要。	4-13-1-1 病理科应具有与其功能和任务相适应的服务项目。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台账、现场	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、病理科设置满足医院功能任务需要。			
		2、服务项目满足临床工作需求，至少开展石蜡切片、特殊染色、免疫组织化学染色、术中快速冷冻切片诊断。			
		3、收费服务项目符合现行国家法律法规及卫生行政部门规章、标准的要求。			
		4、根据医院的资源情况，部分病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构签订外包服务协议或合同，有明确的外包服务形式与质量保障条款。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对服务项目和外包服务有监管。	B	查看资料、台账、访谈	2分，未达到不得分
		2、病理学诊断服务项目的外包服务应签署有院际委托服务协议或合同，委托程序合法。			2分，未达到不得分
		3、委托协议或合同的质量与安全保证条款内容清晰并落实。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看资料、台账、访谈	5分，未达到不得分
1、病理科集中设置，统一管理。					
4-13-1-2 病理科	各项指标符合要求：				

应具有适宜的工作场所。	1、病理科布局合理，符合生物安全的要求，设置接诊工作室、标本检查室、标本存放室、常规技术室、病理诊断室、病理档案室、快速冷冻切片病理检查与诊断室等。	C	现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
	2、污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒及核查制度。			
	3、标本接收室、取材室有紫外线灯等消毒设备。			
	符合“C”，并：	B	查看资料、台账、访谈	2分，未达到不得分
	1、职能部门有检查、分析、反馈。			
	2、有免疫组织化学室。			
	3、有独立的淋浴间和淋浴设备。	A	查看资料、台账、访谈	1分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、持续改进有成效。			
	2、病理科用房面积满足工作需要，环境达到安全防护标准。	C	查看资料、台账、访谈	3分，未达到不得分
	符合“C”，并：			
	1、持续改进有成效。			
2、病理科用房面积满足工作需要，环境达到安全防护标准。	B	查看资料、台账、访谈	2分，未达到不得分	
符合“B”，并：				
1、持续改进有成效。				
4-13-1-3 病理科有必需的专业技术设备、设施，使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台账、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
1、有专业技术设备、设施，并有目录表。				
(1) 石蜡切片机、冰冻切片机或快速石蜡设备、自动脱水机、组织包埋机、通风橱、染色设备、冰箱、一次性刀片或磨刀机、恒温箱、烘烤箱或烤片设备、空调和排风设备等。				
(2) 病理科医师每人配备双目光学显微镜 1 台。				
(3) 病理取材室：有直排式专业取材台、大体照相设备、冷热水、溅眼喷淋龙头、紫外线消毒灯、空调等。				
(4) 免疫组化室：实验台、微波炉、高压锅、冰箱等。				
(5) 标本存放室：专用标本存放柜。				
2、病理科使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。	B	查看资料、台账、访谈	3分，未达到不得分	
3、对需要校准的仪器设备进行定期校准和维护，有记录。				
4、以上设备缺少 2 项。				
符合“C”，并：	B	查看资料、台账、访谈	3分，未达到不得分	
1、科室对专业技术设备、设施的维护保养，试剂和耗材的使用有自查，发现				

		问题及时整改。				
		2、设备缺少 1 项。			2 分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
		1、持续改进有成效，病理科设施设备管理和使用完全符合国家标准，满足临床需求。	A	查看资料、台账、访谈	3 分，未达到不得分	
		2、全部符合要求，且配备免疫组化自动染色机。			2 分，未达到不得分	
4-13-2 从事病理诊断工作和技术工作的人员资质符合《病理科建设与管理指南（试行）》要求，诊断与制片质量符合相关规定。	4-13-2-1 人员配备和岗位设置应满足工作需要，岗位职责明确。	各项指标符合要求：				
		1、病理科的人员配置合理，满足工作需要，有各级各类人员岗位职责。	C	查看文件、资料、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
		2、相关人员知晓并履行本岗位工作职责。				
		符合“C”，并：				
		1、科室对履行本岗位工作职责有自查。	B	查看资料、台账、访谈	5 分，未达到不得分	
	符合“B”，并：					
	1、持续改进有成效，病理科医师按照每百张病床 1~2 人配备，技术人员和	A	查看资料、台账、现场访谈	5 分，未达到不得分		
	辅助人员按照每百张病床 1 人配备。					
	4-13-2-2 由具备病理学诊断所规定资质的医师从事病理的诊断工作，由具备病理专业资质的技术人员制作各种病理切片和各种分子检测。	4-13-2-2 由具备病理学诊断所规定资质的医师从事病理的诊断工作，由具备病理专业资质的技术人员制作各种病理切片和各种分子检测。	各项指标符合要求：			
			1、出具病理诊断报告的医师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务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习 1-3 年。	C	查看文件、资料、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
2、快速病理诊断医师应当具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有 5 年以上病理阅片诊断经历。						
3、无病理执业证书和非病理专业技术任职资格的医师，不得出具病理报告。						
4、科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。						
5、由具备病理专业资质的技术人员制作各种病理切片和各种分子检测，有质量要求与完成时限。						
6、有病理技术人员资格与分级授权管理制度与程序。						
7、未经授权的工作人员不得独立或越级从事各项病理技术。						

		符合“C”，并：	B	查看文件、资料、访谈	
		1、科室有完善的医师授权动态管理制度，并落实，有记录。			3分，未达到不得分
		2、职能部门对病理诊断人员资质管理情况有检查与监管。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看文件、资料、访谈	
		1、持续改进有成效，人员资质达到国家标准，人才培养能够满足临床服务需求。			2分，未达到不得分
		2、有正高级病理学专业技术职务任职资格的病理医师，病理诊断经验丰富（10年以上），在学术界有一定影响及担任省级以上病理学术团体常委以上职务。			2分，未达到不得分
	3、对授权的病理技术人员有再评价、再授权。		1分，未达到不得分		
	4-13-2-3 病理科有 病理科医师人才培养计划，以及病理技术人员继续教育与技能培训。	各项指标符合要求：	C	查看文件、资料、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有病理科医师人才培养计划，并落实。			
		2、有医师专业水平定期考核制度。			
		3、病理技术人员应当具有相应的专业学历，并接受继续教育与技能培训。			
		4、对技能培训考核不合格人员，有再培训的记录。			
符合“C”，并：		B	查看资料、台账、现场访谈	5分，未达到不得分	
1、职能部门对人才培养、继续教育与技能培训落实有监管。					
符合“B”，并：	A	查看资料、台账、现场访谈	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，人才培养计划得到有效落实，技术人员能力满足临床服务需求。					
4-13-3 有医院感染控制与环境安全管理程序与措施，遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。	4-13-3-1 有医院感染控制与环境安全管理程序与措施，遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。	各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、现场查看、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有定期对取材室、切片室等进行甲醛、二甲苯浓度的检测报告，保证有害气体浓度在规定许可的范围，每年至少有一次院外年度检测报告。			
		2、有对工作中产生的废弃有害液体统一回收的制度与程序，确保用专用仪器回收处理或具有资质的机构回收处理，严禁随意倾倒入下水道。			
		3、严格区分污染区、非污染区。			
		4、有完善的危险化学品（易燃品和剧毒化学品等）的登记和管理规范。			
		5、有单独的洗手池和溅眼喷淋设备。			

		6、接触有害品的工作人员定期体检。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、台账、现场查看	3分，未达到不得分
		1、病理取材室符合“P2”级实验室要求。			2分，未达到不得分
		2、职能部门履行监管职责，对存在问题与缺陷的提出改进措施。	A	查阅批文、资料、现场查看、访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，无环境污染事件和职业损害事件发生。			
4-13-4 及时提供规范的病理诊断报告，有严格审核制度。	4-13-4-1 病理诊断应按照相应的规范，有复查制度、科内会诊制度。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台账、现场访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有规范病理诊断的相关制度与流程。			
		2、病理医师进行诊断前，核对申请单和切片核查是否相符。			
		3、阅读申请单上所有填写的内容，对于不清楚的内容及时联系送检医师。			
		4、阅片时必须全面，不要遗漏病变。			
		5、有上级医师会诊制度，并有相应记录。			
		6、因特殊原因迟发报告，应向临床医师说明迟发的原因。			
		7、疑难病例，应由上级医师复核，并签署全名。			
		8、病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明。			
		9、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。			
	10、常规诊断报告准确率≥95%。				
		B	查看资料、台账、现场访谈	3分，未达到不得分	
	符合“C”，并：				
	1、科室有自查，对存在的问题进行整改。				
2、职能部门对相关制度落实有监管，重点是肿瘤手术标本的冷冻与石蜡诊断质量。常规诊断报告准确率≥97%。					
	A	查看资料、台账、现场访谈	5分，未达到不得分		
符合“B”，并：					
	4-13-4-2 病理诊	各项指标符合要求：			

断报告书应准时、规范、文字准确，字迹清楚。	1、对病理诊断报告内容与格式有明确规定。 (1) 病理号、送检标本的科室、患者姓名、性别、年龄、标本取材部位、门诊号和(或)住院号。 (2) 标本的大体描述、镜下描述和病理诊断。 (3) 其他需要报告或建议的内容。 (4) 报告医师签名(盖章)，报告时间。 (5) 病理诊断报告内容的表述和书写应准确和完整，用中文或者国际通用的规范术语。	C	查看资料、台账、现场访谈	任何一项指标未达到，不得“C”			
	2、有病理诊断与临床诊断不符合时，涉及病变部位或病变性质，进行重点核实确认。						
	3、严禁伪造病理诊断报告，不得向临床医师和患方提供有病理医师签名的空白病理学报告书。						
	4、原始样品过小或在采集过程中挤压严重，或取材代表性不够，影响正确诊断的，均需在报告中说明。						
	5、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。						
	6、病理诊断报告在 5 个工作日内发出≥85%。						
	符合“C”，并：						
	1、科室有自查，对存在的问题进行整改。病理诊断报告在 5 个工作日内发出≥90%。病理报告书内容与格式书写合格率≥90%。				B	查看资料、台账、现场访谈	3 分，未达到不得分
	2、职能部门对病理诊断报告有监管，并有记录。						2 分，未达到不得分
	符合“B”，并：				A	现场查看、查阅资料	5 分，未达到不得分
1、持续改进有成效，病理诊断报告在 5 个工作日内发出≥95%，病理报告书写内容与格式全部符合规范。							
4-13-4-3 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。	各项指标符合要求：		现场查看、查阅资料台账				

			C		
		<p>1、有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度和处理程序。</p> <p>(1) 病理报告发出后，如发现非原则性的问题，可以补充报告的形式进行修改。</p> <p>(2) 病理报告发出后，如发现原则性的问题则需做出更改并立即通知临床医生。</p> <p>(3) 每一份补充或更改的病理报告均遵循了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。</p> <p>(4) 由于某些原因（包括深切片、补取材检测、特殊染色、免疫组织化学染色、脱钙、疑难病例会诊或传染性标本延长固定时间等）延迟取材、制片，或是进行其他相关技术检测，不能如期签发病理学诊断报告书时，需以口头或书面告知有关临床医师或患方，说明迟发病理学诊断报告书的原因。</p>			任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并：			
		1、科室对补充、更改或迟发病理诊断报告有自查，分析和记录。	B	现场查看、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，病理诊断报告管理制度落实到位，报告发出管理规范。	A	现场查看、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	4-13-4-4 建立规范的院际病理切片会诊制度。	<p>各项指标符合要求：</p> <p>1、有院际病理切片会诊的相关制度与流程。</p> <p>(1) 具有高级职称的病理医师方能接受院际病理会诊。</p> <p>(2) 对诊断时间较久的病例，应考虑到当时对疾病的认知程度、当时的技术条件和诊断标准，对疾病进行一定的解释。</p> <p>(3) 诊断意见必须有会诊病理医师的签字。</p> <p>(4) 需要补做免疫组化、特殊染色及分子病理检查才能明确诊断时，应当向患方说明收费标准、检查需要的时间，并征得患方的同意。</p> <p>(5) 电话咨询中只负责告知会诊报告是否已经签出，不得透露报告的内容，以保护患者的隐私。对接受院际病理切片会诊的病理医师有明确的授权，落实到人。</p>			
		符合“C”，并：			
		1、科室有自查，对存在的问题进行整改。	B	查阅资料、台帐、访谈	3分，未达到不得分

		2、职能部门对病理科院际会诊执行情况有检查与监管。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅批文、现场查看、访谈	
		1、持续改进有成效，持续改进院际会诊完全达到规定要求。			3分，未达到不得分
		2、为卫生计生行政部门授权的本区域病理会诊中心或牵头组织单位。			2分，未达到不得分
4-13-5 临床病理医师能够解读临床病理检查结果，为临床诊断提供支持服务。	4-13-5-1 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，解释病理检查结果，为临床诊断与外科手术方案提供支持。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，并落实。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、访谈	3分，未达到不得分
		1、职能部门对制度落实有监管，有记录。			2分，未达到不得分
		2、每季度至少召开一次临床病理联合病例讨论会。	A	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，临床科室对病理科的满意度高。					
4-13-6 科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。	4-13-6-1 病理检查的质量管理措施到位。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、由科主任与具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，负责本科室医疗质量与安全管理工作。			
		2、有保障医疗质量与安全的规章制度、岗位职责、病理技术规范、病理诊断规范和操作常规等质量管理文件。			
		3、有科室医疗质量与安全控制指标。			
		4、有医疗废物、危险化学品和生物安全管理制度。			
		5、有明确的科室内部全面质量管理及持续改进的方案与控制流程。			
		6、有新增病理诊断技术应用的审批与管理制度。			
		7、有开展质量与安全管理培训教育的相关制度与程序。			
		8、相关人员知晓本岗位相关制度与流程。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、访谈	3分，未达到不得分
		1、科室对质量管理工作有自查，对存在的问题有分析和改进措施。			2分，未达到不得分
		2、职能部门对制度落实有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、访谈	
1、持续改进有成效，技术诊疗规范，质量管理措施落实到位。			5分，未达到不得分		

	4-13-6-2 病理检查申请单必须完整填写患者相关的资料,字迹清晰、内容完整。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	任何一项指标未达到,不得“C”	
		1、有病理申请书书写的相关规定要求。 (1) 患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室和日期。 (2) 患者临床病史和其他(检验、影像)检查结果、手术所见及临床诊断。 (3) 取材部位、标本件数。 (4) 既往曾做过病理检查者,需注明病理号和病理诊断结果。 (5) 结核、肝炎、HIV 等传染性标本,需注明。				
		2、相关人员知晓,并正规填写。				
		符合“C”,并:				
		1、病理科对申请单书写质量进行监督,将存在的问题上报职能部门。				
		2、职能部门有监管,定期对不合格申请单发生原因进行总结分析,反馈到任科室和个人。				
	符合“B”,并:	B	查阅资料、台帐、访谈	3分,未达到不得分		
	2、职能部门有监管,定期对不合格申请单发生原因进行总结分析,反馈到任科室和个人。			2分,未达到不得分		
	符合“B”,并:			A	现场查看	5分,未达到不得分
	1、信息系统支持病理科医师方便调取申请病理检查患者的相关病历资料。					
4-13-6-3 有制度保证从病理标本采集到标本运送到病理科不出现差错,除特别要求外,标本需用10%中性甲醛缓冲液固定。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	任何一项指标未达到,不得“C”		
	1、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。 (1) 标本和申请单的核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人应有登记和相关人员的签字。有标本和申请单交接等相关制度。 (2) 标本使用10%中性甲醛缓冲液固定,固定液的量不少于组织体积的3~5倍(要确保标本全置于固定液之中),特殊要求除外。 (3) 标本从离体到固定的时间不宜超过半小时。 (4) 原则上不接收口头申请的标本,特殊情况下,可先按流程接收和处理标本,需在限定的时间内(如24小时)补充书面病理申请单,否则不应出具书面病理报告。					

	<p>2、有不合格标本处理的制度与程序。</p> <p>(1) 不合格标本包括，申请单与相关标本未同时送达病理实验室；申请单中填写的内容与送检标本不符合；标本上无有关患者姓名、科室等标志；申请单内填写的字迹潦草，不清；申请单中漏填重要项目；标本严重自溶、腐败、干涸等；标本过小，不能或难以制作切片；其他可能影响病理检查可行性和诊断准确性的情况。</p> <p>(2) 不能接收的申请单和标本需当即退回申请医师，不予存放，并记录。</p> <p>(3) 曾被拒收的标本再次送检合格，需在申请单上标注。</p>			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	3分，未达到不得分
	1、病理科对标本进行检查，将存在的问题上报职能部门。			2分，未达到不得分
	2、职能部门对不合格标本有检查、分析、反馈。	A	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、持续改进有成效，病理标本全程管理措施落实到位，无标本差错。			
4-13-6-4 病理标本检查和取材规范、有质控措施和记录。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
	1、有病理医师承担标本的检查和取材的相关制度与流程。			
	(1) 取材前阅读申请单中的内容，初步判断病变的性质。			
	(2) 核对申请单的编号与标本的编号、标本的份数是否相符，申请单与标本应有双标志和双核对。			
	(3) 标本检查和取材应按照有关的操作规范进行。			
	(4) 有标本观察的文字记录。			
	(5) 有取材工作记录单，取材结束后必须核对组织块。			
	(6) 组织块的编号应该每块分别编号，一一对应。			
(7) 取材后剩余的标本在标本柜中妥善保存至病理报告发出后的2周。				
2、剩余的病理标本按“医疗废物”的规定处理，不可随意丢弃。				
	符合“C”，并：			
	1、科室定期对取材质量有自查与改进等记录。	B	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	3分，未达到不得分
	2、职能部门对标本全程管理有检查、分析、反馈。			2分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	5分，未达到不得分
	1、持续改进有成效，标本检查和取材规范，质控措施到位，整资完整。			

4-13-6-5 常规病理制片应按照相应的规范、有质量控制措施和记录。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
	1、有对蜡块、切片、取材工作记录单三相核对的规定与程序。 (1) 针对不同组织（如小活检、骨组织、淋巴结等），优化制片、染色流程，保证切片质量。 (2) 制片过程中如出现异常，应立即与有关的病理医师联系，并报告科主任，查清事实，采取相应的补救措施。常规制片应在取材后 1~2 个工作日内完成。			
	2、内镜小的活检、穿刺等需连续切片不少于 6 片。			
	3、常规切片的优良率应≥90%。			
	符合“C”，并：			
	1、科室对制片过程有自查，问题有分析和改进措施。常规切片的优良率应≥95%。	B	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	5 分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A	查阅批文、现场查看	5 分，未达到不得分
	1、持续改进有成效，行业质评常规切片质量均达到优良级。常规切片的优良率应≥98%。			
	4-13-6-6 有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、访谈、现场查看
1、有保证术中快速病理诊断合理使用指征的规定与程序。				
2、有单件标本的冰冻切片制片应在 15 分钟内完成的规定与程序。				
3、有病理诊断报告在 30 分钟内完成的规定与程序。				
4、术中快速病理诊断准确率应≥90%。				
5、有术中快速病理诊断的操作规定与程序。 (1) 在术前向患者或近亲属告知术中快速病理诊断的局限性，签署术中快速病理诊断知情同意书。 (2) 对于难以明确诊断、交界性病变、送检组织不适宜等状况，病理医师可以不作出明确诊断，等待石蜡切片报告。 (3) 术中快速病理诊断报告必须采用书面形式（可传真或网络传输），为防止误听和误传，严禁采用口头或电话报告的方式。 (4) 从标本接收到发出报告的时间，应在病理申请单上注明。术中快速病理诊断报告书应由病理医师签署全名。				
符合“C”，并：				

		1、对术中快速病理（含快速石蜡）诊断有自查，对诊断不准确病例有分析资料。术中快速病理诊断准确率应 $\geq 95\%$ 。	B	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	3分，未达到不得分			
		2、职能部门有检查、反馈、提出整改意见。			2分，未达到不得分			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	5分，未达到不得分			
	1、持续改进有成效，术中快速病理诊断准确率不断提高。							
	4-13-6-7 有制度保证特殊染色操作规范。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、有特殊染色技术员经过专门培训与授权的规定与程序。 (1) 每一批次的特殊染色必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。 (2) 每种特殊染色，必须有本实验室的操作规范和技术规程。 (3) 更换新的染色试剂后，必须使用染色阳性和阴性组织进行验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留2年。 (4) 特殊染色时所产生的有毒的污染性液体应专门回收，严禁随处倾倒。 (5) 特殊染色结果不能作为最终诊断，必须由病理医师结合形态学综合判断。 (6) 特殊染色质量达到室间质评的合格标准，有相关操作规定与流程。						
		符合“C”，并：				B	查看资料、台帐	
		1、科室对特殊染色有自查，问题及时改进。通过实验室室内质控与室间质控，提高特殊染色的质量。					5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				A	查看资料、台帐	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，特殊染色技术操作规范，质量不断提升。						
4-13-6-8 有制度保证免疫组织化学	各项指标符合要求：							
	1、有免疫组化技术员经过专门培训与考核授权的相关规定与程序。							

染色操作的规范和准确。	2、有相关操作规定与程序文件。 (1) 每一批次的免疫组化染色必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。 (2) 必须建立本实验室每种免疫组化染色的操作规程，并及时更新。 (3) 更换抗体后，需要有阳性组织和阴性组织进行有效性验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留 2 年。 (4) 免疫组化染色过程中产生的有毒液体（如 DAB）应专门回收，严禁随处倾倒。 (5) 病理医师必须熟悉各种抗体染色结果，阳性信号表达部位、其诊断应用范围，以期做到正确的结果判读。 (6) 单纯的免疫组化染色结果不能作为最终诊断，必须由病理医师结合形态学综合判断。	C	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
	3、免疫组化染色的质量要达到室间质评的合格标准。 符合“C”，并：	B	查看资料、台帐、访谈	5 分，未达到不得分
	1、科室对免疫组织化学染色有自查。通过实验室室内质控与室间质控，提高免疫组化染色的质量。 符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，免疫组化染色操作规范和准确，质量不断提升。	A	查看资料、台帐、访谈
4-13-6-9 病理实验室应有仪器、试剂的质控管理制度和完善的记录。	各项指标符合要求： 1、有仪器、试剂和耗材管理的相关规定。 (1) 仪器、试剂和耗材采购、使用符合国家有关规定，达到相关的技术标准，无违规使用未经批准的仪器、试剂和耗材。 (2) 有仪器设备的运行、维修档案。 (3) 有完整的试剂登记、有效期和使用档案。 (4) 有因病理仪器、试剂所致安全事件报告、调查和处理流程。 (5) 有冰箱运行温度记录。 (6) 有仪器设备、试剂使用制度与程序。	C	查看资料、台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
	符合“C”，并： 1、有完整资料证实上述制度得到有效执行。	B	查看资料、台帐、访谈	5 分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、执行无责自愿仪器、试剂所致安全（不良）事件报告制度。	A	查看资料、台帐、访谈	5 分，未达到不得分

	4-13-6-10 参加卫生主管部门（或其委托组织）的各种实验室质控活动。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有各种实验室质控活动计划与执行。				
		2、有质控活动项目的目录/清单。	B		查看资料、台帐、访谈	2分，未达到不得分
		符合“C”，并：				
		1、按照国家卫生计生委《病理科质控指标》开展科内质控自查，数据完整，有分析、有整改。				
		2、职能部门对实验室质控活动有检查与监管。				
		3、有参加省级室间质量评价计划或能力验证计划，并落实。				
		符合“B”，并：	A		查看资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，实验室质控指标改进有成效，室间质评成绩全部合格。						
4-14 医学影像管理与持续改进						
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	
4-14-1 医学影像（普通放射、CBCT、超声等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供24小时急诊影像服务。	4-14-1-1 医学影像服务通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。	各项指标符合要求：	C	查阅批文、查阅资料、排	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、医学影像服务与医疗机构执业诊疗科目许可登记项目相符合，执业文件全并在有效期内。	B	班表，现场查看		
		2、X线摄影、超声检查、CBCT 提供 24 小时×7 天的急诊检查服务。				
		3、有明确的服务项目、报告时限规定，公示并能遵循执行。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、现场查看，人员访谈	2分，未达到不得分	
		1、有完善的 PACs 系统。			2分，未达到不得分	
		2、科室对诊疗服务开展的项目和服务情况有自查，整改，记录完整。			1分，未达到不得分	
		3、职能部门对服务项目执业资质、服务内容和报告时限有检查、分析、反馈。	A	查阅资料、现场查看	3分，未达到不得分	
符合“B”，并：	2分，未达到不得分					
1、各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。						
2、PACs 系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，至少具备 3 年在线查询，3 年以上离线存储功能。						

	4-14-1-2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。			
		2、根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组，各专业组设置合理，人员梯队结构合理。各级各类人员具有相应资质和执业资格。			
		3、科主任具备副主任医师及以上专业技术任职资格。			
		符合“C”，并：			
	1、科室有人员梯队结构和能力培训计划并实施。	B	查阅资料、现场查看，人员访谈	3分，未达到不得分	
				2、职能部门对专业组设置与人员梯队结构和能力有检查与监管。	2分，未达到不得分
				符合“B”，并：	
	1、科主任具有较强的学术和管理影响力。	A	查阅文件、现场查看，人员访谈	3分，未达到不得分	
				2、具有2名以上的中青年学术带头人，具备副高级以上专业技术职称，并按计划培养、考核。	2分，未达到不得分
4-14-1-3 科室有必要的紧急意外抢救	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
	1、科室有紧急意外抢救预案，科室配备有急救药品器材。				
用的药品器材，相关人员具备紧急抢救能力。	2、科室相关人员经过急救培训，具备紧急处理的能力。	B	查阅资料、现场查看，人员访谈	3分，未达到不得分	
	3、有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。				
	符合“C”，并：				
	1、科室指定专人负责应急管理，有演练，有记录。急救药品器材具有可及性和质量保证。				
	2、职能部门对科室应急管理有检查与监管。				
	符合“B”，并：				
1、持续改进有成效，科室应急药品和器材准备规范，相关人员急救救治能力达到要求。	A	5分，未达到不得分			
4-14-2 建立规章制度，落实岗位职责，执行技术规范，提供规范	4-14-2-1 建立健全各项规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展	各项指标符合要求：	C	查阅资料，人员访谈	2分，未达到不得分
		1、有各项规章制度和技术操作规范。			2分，未达到不得分
		2、有各级各类人员岗位职责。			1分，未达到不得分
		3、科学合理设置科室质量控制指标。			

服务, 保护患者隐私, 实行质量控制, 定期进行图像质量评价。	质量控制。	符合“C”, 并:	B	查阅资料、现场查看、抽考医护技各 1 人	
		1、定期收集质控指标数据, 有汇总、有分析, 有改进建议。			2 分, 未达到不得分
		2、科室有自查, 对存在的问题有分析和整改。			2 分, 未达到不得分
		3、职能部门对科室制度建设和落实有检查、分析、反馈。	1 分, 未达到不得分		
		符合“B”, 并:	A	查阅资料	
		1、持续改进有成效, 根据国家相关要求和工作需要, 及时对各项规章制度、岗位职责和技术操作规范进行完善和修订。			5 分, 未达到不得分
	4-14-2-2 采用多种形式, 开展图像质量评价活动。	各项指标符合要求:	C	查阅资料, 人员访谈	
		1、采取多种形式, 开展图像质量评价活动。			任何一项指标未达到, 不得“C”
		2、有图像质量评价小组, 定期对图像质量进行评价。			
		符合“C”, 并:	B	查阅资料, 现场查看, 人员访谈	
		1、科室对图像质量管理有自查、评价和整改。			3 分, 未达到不得分
		2、职能部门对图像质量管理情况有检查与监管。	2 分, 未达到不得分		
	符合“B”, 并:	A	查阅资料		
	1、持续改进有成效, 省(市)级专业质控组织每年度图像质量评价结果优秀。			5 分, 未达到不得分	
4-14-3 提供规范的医学影像诊断报告, 有审核制度, 有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。	4-14-3-1 医学影像诊断报告及时、规范, 有审核制度与流程。	各项指标符合要求:	C	查阅资料, 人员访谈	
		1、科室有诊断报告书写规范、审核制度与流程。			任何一项指标未达到, 不得“C”
		2、影像报告由具备资质的医学影像诊断专业医师或口腔医师出具, 有审核医师签名。			
		3、有影像报告时限要求。每份报告时间到“分”。			
		符合“C”, 并:	B	查阅资料, 现场查看, 人员访谈	
		1、PACs 系统能为影像诊断提供诊断格式、流程以及审核、质量监管支持。			2 分, 未达到不得分
	2、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 分, 未达到不得分			
	3、职能部门对诊断报告质量管理情况有检查、分析、反馈。	1 分, 未达到不得分			
	符合“B”, 并:	A	查阅资料		
	1、质量评价结果纳入对科室服务质量与诊断医师技术能力评价内容。			3 分, 未达到不得分	
2、持续改进有成效, 省(市)级专业质控组织每年度报告评价结果优秀。	2 分, 未达到不得分				
4-14-3-2 有影像	各项指标符合要求:				

	疑难病例随访与反馈制度，有疑难病例讨论与读片会。	1、有影像疑难病例随访与反馈制度。	C	查阅资料，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、定期召开疑难病例讨论与读片会。			
		3、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。			
		4、重点病例的随访与反馈、疑难病例分析读片会有完整资料。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料，人员访谈	3分，未达到不得分
		1、科室对影像疑难病例管理制度的落实有自查。			
		2、职能部门对影像疑难病例管理制度的落实有检查与监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料，人员访谈	3分，未达到不得分
		1、疑难病例分析与读片会参加人员覆盖科室80%人员。			
		2、有案例说明：通过重点病例随访分析评价，改进诊断工作，提高诊断质量。			2分，未达到不得分
4-14-4 有医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护及工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记录。	4-14-4-1 有医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。	各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有放射安全管理相关制度。			
		2、有医学影像设备、场所定期检测制度和定期放射设备、场所检测报告。			
		3、有放射废物处理的相关规定，放射废物处理有登记和记录。			
		4、在影像检查室门口设置电离辐射警告标志。			
		5、医学影像科通过环境评估。	B	查阅资料，人员访谈	2分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、有定期放射设备、场所检测报告并对超过标准的设备或场所及时处理的完整资料。			
		2、科室至少每季度有一次常规安全检查，对存在的问题进行整改。	A	查阅资料	1分，未达到不得分
		3、职能部门对放射安全管理制度落实有检查与监管。			
	符合“B”，并：			5分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，放射管理相关制度落实到位，患者和员工安全得到保障。				
	4-14-4-2 有受检者和工作人员防护措施。	各项指标符合要求：			
1、有完整的放射防护器材与个人防护用品。					
2、影像检查前医务人员告知患方辐射对健康的影响，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护。					

		3、对员工有放射安全防护培训，对新员工进行放射防护器材及个人防护用品使用方法培训。	C	查阅资料，现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		4、相关人员按照规定佩戴个人放射剂量计。			
		5、相关人员按照规定每年进行健康检查，有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。			
		符合“C”，并：			
		1、有专人负责对放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。	B	查阅资料，现场查看，人员访谈	2分，未达到不得分
		2、科室有员工放射剂量监测数据分析和针对超标原因的改进措施。			2分，未达到不得分
		3、职能部门对相关人员培训效果和放射防护制度落实有检查与监管。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看，人	
		1、有员工定期进行放射安全防护培训证书或资料。		员访谈	2分，未达到不得分
		2、有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。			2分，未达到不得分
		3、无放射安全(不良)事件。			1分，未达到不得分
	4-14-4-3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看、抽考 2 名相关人员相关内容	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有放射安全事件应急预案。			
		2、有辐射损伤的具体处置流程和规范。			
		3、各相关科室和人员熟悉应急预案和具体处置流程。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、抽考 2 名参加演练人员	5分，未达到不得分
		1、对于放射安全事件应急预案进行综合演练。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，演练存在问题得到及时整改，相关人员熟练掌握应急处置流程。			
4-15 修复工艺质量管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
	4-15-1-1	各项指标符合要求：			

4-15-1 修复工艺部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构基本标准（行）》有关规定，服务项目满足临床诊疗需要，人员梯队与设备配置合理。	建立符合规范的口腔修复工艺专业科室。 提供的医疗服务项目符合国家法律、法规及规章的要求，并能满足临床诊疗需要。	1、医院建立符合规范的口腔修复工艺专业科室。可提供与医院修复专业规模、功能、任务相匹配的可摘局部义齿、固定义齿、全口义齿的基本诊疗服务，能满足临床诊疗需要。	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”					
		符合“C”，并	B	查阅资料，现场查看，人员访谈	3分，未达到不得分					
		1、提供的修复工艺技术项目类别齐全。			2分，未达到不得分					
		2、开展修复工艺新技术：计算机辅助设计和辅助制作技术（CAD/CAM）；全瓷修复技术；种植修复技术。								
		符合“B”，并	A	查阅资料，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分					
	1 有数据证实，服务数量与质量均处于国内一流水平，无外包外送项目。									
	4-15-1-2 医疗设备配置合理。	各项指标符合要求： 1、配备具有资质的、合理的修复工艺所需医疗设备，能够满足修复工	2、艺技术项目和临床诊疗需要。配备必要的辅助或支持操作的工具或设备。 3、技工人员工作台与技师比为 1:0.8。 4、设备运转良好，有专职人员维修保养有记录。	C	查阅资料、现场查看、抽考 2 名相关人员相关内容	任何一项指标未达到，不得“C”				
							符合“C”，并	B	查阅资料，现场查看，人员访谈	3分，未达到不得分
							1、主流设备功能先进，有更新计划和设备保养工作流程。 2、有开展修复工艺新技术的数字化设备。			2分，未达到不得分
							符合“B”，并	A	查阅资料，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分
		1、有信息化管理系统支持修复工艺技术开展。								
		4-15-1-3 人员设置满足临床需要，梯队结构合理稳定。	各项指标符合要求： 1、修复工艺技术员与修复医师之比为 1:1。 2、技术人员具有相应资质。建立技术人员档案和考核评价制度并有记录。 3、根据修复临床诊疗需要，设置专业技术组，由专业技术人员负责。 4、有技术人员运行和调配机制，有梯队培养计划并能得到遵循。		C	查阅资料、现场查看、抽考 2 名相关人员相关内容	任何一项指标未达到，不得“C”			

		符合“C”，并	B	查阅资料，现场查看， 人员访谈	
		1、各类专业技术组设置齐全，人员结构合理。			3分，未达到不得分
		2、各专业技术组负责人具有中级以上专业技术职务。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并	A	查阅资料	
	1、具有2名以上副高级职称中青年学术带头人。	5分，未达到不得分			
4-15-2 按照医嘱和模型进行修复体制作；执行技术规范，实行质量控制，定期进行模型质量和修复体质量检查与评价，开展病例讨论。	4-15-2-1 建立健全规章制度、工作规范、技术流程并遵守与执行。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看、 抽考2名相关人员相关内容	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、建立各项规章制度、工作规范与技术操作规程。			
		2、有工作人员培训制度，有记录。			
		3、工作人员知晓各项规章制度，工作规范与技术流程，能够认真遵守与执行。			
		符合“C”，并	B	查阅资料，现场查看， 人员访谈	
		1、根据质控要求，不断完善修订规章制度。			3分，未达到不得分
		2、有新技术、新工艺准入管理制度并能执行。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并	A	查阅资料，现场查看， 人员访谈	
		1、由职能部门监管，有存在问题与缺陷的持续改进。			5分，未达到不得分
	4-15-2-2 按照医嘱和模型进行修复体制作；定期进行模型质量和修复体质量检查与评价，有相关管理制度并遵守与执行	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看， 人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、按照医嘱和模型进行修复体制作。			
		2、有修复模型与修复体质量检查与评价制度并能遵守与执行。			
		3、有定期开展的修复模型质量检查与评价活动并有记录。			
		4、有定期开展的修复体质量检查与评价活动并有记录。			
		5、有修复体制作的时限要求及考核记录。			
		6、有修复体返工制作制度与记录。			
		符合“C”，并	B	查阅资料，现场查看， 人员访谈	
	1、修复体返工有专人管理、有分析评价制度与记录。	3分，未达到不得分			
	2、有科室对存在问题与缺陷的持续改进。			2分，未达到不得分	
	符合“B”，并	A	查阅资料，现场查看， 人员访谈		
	1、有修复模型、修复体讨论制度并能执行与记录。			3分，未达到不得分	
	2、有职能部门监管，有存在问题与缺陷的持续改进。			2分，未达到不得分	
	各项指标符合要求：		查阅资料，现场查看，	任何一项指标未达到，不	

	4-15-2-3 有病例讨论制度，并能执行落实	1、有修复工艺专业与修复临床专业病例讨论制度并能遵守与执行，有记录。	C	人员访谈	得“C”			
		符合“C”，并	B	查阅资料，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分			
		1、有专人负责并定期开展疑难病例分析讨论会，并有记录。						
		符合“B”，并	A	查阅资料，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分			
1、由职能部门监管，有存在问题与缺陷的持续改进。								
4-15-3 工作场所环境保护与人员职业安全防护符合规定	4-15-3-1 有开展对工作场所环境管理与职业防护检测的制度，并能遵守执行	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看、抽考2名相关人员相关内容	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、修复工艺制作场所布局合理，干净整洁，通风设施符合职业防护有关管理规定。						
		2、有工作场所环境管理制度和定期对修复工艺场所进行职业防护检测的制度，能遵守执行并有记录。						
		3、对腐蚀物、易燃物、毒性物质有合理的保管与使用制度，并能执行，有记录。						
		4、技工操作台附有吸尘设施，具备有效降低工作场所粉尘的措施并执行。						
		符合“C”，并						
		1、工作人员均知晓工作场所环境管理有关制度并能执行。				B	查阅资料，现场查看，人员访谈	3分，未达到不得分
		2、有专人负责工作场所检测并有记录。						2分，未达到不得分
	符合“B”，并	A	查阅资料，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分				
	1、由职能部门监管，有存在问题与缺陷的持续改进。							
	4-15-3-2 有开展对工作人员职业防护检测的制度并能遵守执行。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、有定期对工作人员进行职业防护检测的制度并能遵守执行，有记录。						
		2、有开展对工作人员职业防护培训的制度并能执行，有记录。						
		3、个人防护用品配备齐全，并能有效进行防护。						
符合“C”，并		B	查阅资料、现场查看、抽考2名相关人员相关内容	3分，未达到不得分				
1、工作人员均知晓自身职业防护制度并能执行。					2分，未达到不得分			
2、有专人负责员工职业防护检测并有记录。								

		符合“B”，并 1、由职能部门监管，有存在问题与缺陷的持续改进。	A	查阅资料，现场查看， 人员访谈	5分，未达到不得分
4-15-4 科主任与具备资质的质量控制人员能用质量与安全管理核心制度，岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动并有记录	4-15-4-1 由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量管理小组，有开展工作记录。	各项指标符合要求： 1、具有由科主任及具备中级技术职称及以上人员资质的质量控制人员组成的 质量控制小组或专业技术组，有相应的工作制度。	C	查阅资料，现场查看， 人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有上级技师对下级技术人员的工作指导制度，有执行并有记录。			
		3、有质量控制小组或专业技术组开展活动的记录。			
		符合“C”，并 1、工作人员知晓质量控制小组或专业技术组开展的工作。	B	查阅资料、现场查看、 抽考 2 名相关人员相关内容	3分，未达到不得分
		2、有科主任对上级技师指导下级技术人员工作的评价与监督。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并 1、由职能部门监管，有存在问题与缺陷的持续改进。	A	查阅资料，现场查看， 人员访谈	5分，未达到不得分
	4-15-4-2 科室和质控小组及各专业技术组的质量控制活动，要以各项规章制度、岗位职责、技术规范、操作规程为核心内容。	各项指标符合要求： 1、科室具有与质量控制相关的规章制度、岗位职责、技术规范、操作规程。	C	查阅资料，现场查看， 人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、工作人员知晓上述相关制度、职责、规范与流程。			
		3、各级质控活动以上述制度、职责、规范与流程为核心内容。			
		符合“C”，并 1、有对工作人员进行上述制度规范培训的制度并有记录。	B	查阅资料，现场查看， 人员访谈	3分，未达到不得分
		2、有对上述制度规范及时修订的工作记录。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并 1、由职能部门监管，有存在问题与缺陷的持续改进。	A	查阅资料，现场查看， 人员访谈	5分，未达到不得分
		各项指标符合要求：			

	4-15-4-3 科室能够开展质量控制定期评价活动。医院能够履行质控监管职责。	1、科室能定期开展质量评价活动，有评价结果的分析与记录。 (1) 各级技术人员的自我检查。 (2) 质控小组或各专业技术组的质控活动。	C	查阅资料，现场查看， 人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有临床医师反馈意见管理制度，反馈渠道通畅，有调查、答复与整改记录。			
	3、有对修复体质量不合格发生后的报告、检查、处理、整改的制度与流程， 并有记录。				
	4、有对员工的医疗质量与医疗安全培训制度，并有记录。				
	5、有模型及修复体消毒管理制度并能执行。				
	符合“C”，并	B	查阅资料，现场查看， 人员访谈	5分，未达到不得分	
	1、科主任能够定期分析评价科室质控活动，能对问题与缺陷进行整改，并有记录。				
符合“B”，并	A	查阅资料，现场查看， 人员访谈	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分		
1、有与质量控制工作相关的信息化管理。					
2、由职能部门监管，有存在问题与缺陷的持续改进。					
4-16 输血管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-16-1 落实 《中华人民共 和国献血法》	4-16-1-1 依据输血管理的法律、法规和 临床输血技术规范	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有临床输血管理相关制度和实施细则。内容涵盖本机构输血管理的全过程。开展无偿献血宣传教育，提倡无偿献血。			

《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范。	制定输血管理文件。	2、对医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度培训。				
		符合“C”，并：				
		1、血库和临床医务人员对输血相关制度知晓率 100%。	B	查看台账	2分，未达到不得分	
		2、各科室按照输血管理制度的要求，开展输血管理工作，对存在问题有改进措施并得到落实。			2分，未达到不得分	
		3、职能部门进行督导检查，对存在问题进行追踪与改进成效评价，有记录。			1分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查看台账		
1、输血管理制度得到有效落实。			5分，未达到不得分			
4-16-1-2 制定医院用血计划，实行动用血申请分级管理，建立临床用血评价公示制度。	4-16-1-2 制定医院用血计划，实行动用血申请分级管理，建立临床用血评价公示制度。	各项指标符合要求：	C	查看台账及检查临床公示记录以医师评价记录	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、制订本医疗机构临床用血计划。				
		2、医疗机构建立临床用血申请分级管理制度。				
		符合“C”，并：	B	查看记录及台账公示	3分，未达到不得分	
		1、输血科(或血库)对临床用血和计划的符合性进行分析、评价。				
		2、每季度对科室及医师用血评价公示。			2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查看台账	5分，未达到不得分	
1、用血分级管理规范，用血评价纳入科室、个人的全面考核						
4-16-2 医院有输血科(或血库)，具备为临床提供 24 小时服务的能力，满足临床工作需要，无非法自采、自供血液行为。	4-16-2-1 设置输血科(或血库)，职责明确并执行到位，开展质量与安全管理工作，持续改进输血工作。	各项指标符合要求：	C	查看病程记录及培训记录，检查台账	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、输血科(或血库)设置与医院功能和临床科室诊疗需求相适应。				
		2、有工作制度、岗位职责、相关技术规范与操作规程，并对相关人员进行培训。				
		符合“C”，并：	B	查看病程记录及培训记录，检查台账	3分，未达到不得分	
		1、输血科(或血库)主动征求临床科室对输血管理工作的意见和建议，对问题有自查。				
	2、职能部门对输血科管理有检查、分析、反馈。			2分，未达到不得分		
	符合“B”，并：	A	检查台账			
	1、临床对输血科(或血库)相关工作满意。			5分，未达到不得分		
	4-16-2-2 输血科(或血库)人员结构、	4-16-2-2 输血科(或血库)人员结构、	各项指标符合要求：			
			1、根据医院的功能任务设置输血科(或血库)，与临床科室诊疗需求相称。			

	房屋设施和仪器设备均符合规定要求。	2、输血科(或血库)负责人具有副高职称并有输血技术工作五年以上工作经历, 工作人员无影响履行输血专业职责的疾病。	C	现场检查及查看台账	任何一项指标未达到, 不得“C”
		3、配备2℃~6℃储血专用冰箱、2℃~8℃试剂冰箱等必备的基本设备。			
		符合“C”, 并:	B	查看现场及台账记录	3分, 未达到不得分
		1、输血科(或血库)实验室建筑与设施符合实验室生物安全通用要求, 业务区与生活区域分开。			
		2、必备基本设备: 储血专用冰箱、试剂冰箱、标本冰箱、解冻箱、血型血清学离心机、标本离心机、恒温水浴箱、显微镜、专用取血箱、计算机及输血管理信息系统等。			
		符合“B”, 并:	A	查看现场及台账记录	5分, 未达到不得分
	1、人员数量符合规定要求: 输血科(或血库)人员配置与床位数或与年输血量参考比例为 1:100(床)或 1:1000 单位(以红细胞成分计算)。				
	4-16-2-3 具备为临床提供 24 小时供血服务的能力, 满足临床工作需要。	各项指标符合要求:	C	查看台账, 看现场及追踪流程	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1、与指定供血单位签订供血协议。能 24 小时×7 天供血			
		2、有输血信息管理系统。			
3、有应急用血的后勤(通信、人员、交通)保障能力。					
符合“C”, 并:		B	查看台账及记录	5分, 未达到不得分	
1、有特殊用血的应急协调机制。					
符合“B”, 并:		A	查看台账及记录	5分, 未达到不得分	
1、能与血站建立电话沟通机制, 及时掌握血源信息, 协调临床用血, 临床对输血管理工作满意					
4-16-3 加强临床用血过程管理, 严格掌握输血适应证, 促进临床安全、有	4-16-3-1 开展对临床医师输血知识的教育与培训, 开展临床用血评价, 促进临床合理用血。	各项指标符合要求:	C	查看台账及记录	任何一项指标未达到, 不得“C”
1、每年至少一次为临床用血医护人员提供输血知识的教育与培训。					
2、临床医师合理用血的评价结果用于个人与用血权限的认定有管理规定。					
		符合“C”, 并:			

效、科学用血。		1、临床用血科室每季度对医师合理用血有自查。	B	查看台账及记录	3分，未达到不得分
		2、输血科(或血库)每季度对用血科室合理用血情况进行评价。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看台账及记录	5分，未达到不得分
		1、每季度对各临床科室及医师合理用血情况进行评价，并用于科室质量管理 评定和医师个人用血权限的认定。			
	4-16-3-2 执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗知情同意书”。	各项指标符合要求：	C	现场查看及记录并查看病历	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、具备为准备输血的患者进行血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）的相关检测能力，并开展相关检测。			
		2、有输血前医患双方共同签署的输血治疗知情同意书。			
		3、输血治疗知情同意书保存在病历中。	B	现场查看及记录并查看病历	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、医务人员熟悉并严格执行该规定。			
		2、患者输血前检测率100%。			
	符合“B”，并：	A	病历抽查	5分，未达到不得分	
	1、输血治疗知情同意书签署率 100%。				
	4-16-3-3 有临床用血前评估和用血后效果评价制度，严格掌握输血适应证，做到安全、有效、科学用血。	各项指标符合要求：	C	现场查看及记录并查看病历	任何一项指标未达到，不得“C”
1、有临床用血前评估和用血后效果评价管理制度，内容应包括根据患者病情和实验室检测结果，进行输血指征综合评估的指标。					
符合“C”，并：		B	现场查看及记录并查看病历	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分	
1、检测指标落实情况 100%。					
2、成分输血率 100%。					
符合“B”，并：	A	查看台账及记录	5分，未达到不得分		
1、输血前评估指征及用血后效果评价 100%符合规范要求，用血适应证合格率 100%均达到相关标。					
4-16-3-4 医院应当积极开展血液保护相关技术，建立	各项指标符合要求：	C	现场查看及记录并查	任何一项指标未达到，不	
	1、对开展自身输血、围手术期血液保护等输血技术有管理规定。				
	2、有支持开展血液保护相关技术的设备条件。				

	围手术期血液保护等输血技术管理制度。	3、有开展血液保护相关技术的人员并能开展工作。		看病历	得“C”
		符合“C”，并：	B	查看现场及记录	3分，未达到不得分
		1、异体输血量与上年度用血量比较，其增长率低于住院患者（或手术台数）增长率。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看现场及记录	5分，未达到不得分
	1、异体输血患者人均输血量与上年度用血量相比“零”增长				
	4-16-3-5 输血治疗病程记录完整详细。	各项指标符合要求：	C	现场查看及记录并查看病历	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有临床用血医学文书管理制度，并执行。			
		2、输血治疗病程记录至少包括输血原因，不同输血方式的选择，输注成分、			
血型 and 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。					
3、输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。					
符合“C”，并：		B	查看现场及记录	5分，未达到不得分	
1、手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录和术后记录中输血量与发血量要一致。					
符合“B”，并：	A	查看现场及记录	5分，未达到不得分		
1、输血治疗病程记录完整、规范。					
4-16-4 开展临床用血全程管理，执行输血前核对制，做好血液入库、贮存和发放管理。	4-16-4-1 落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、抽查10份输血过的住院病历	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有临床用血申请和申请审核制度，包括：申请备血量和医师权限、审核程序及紧急用血报批手续等，并执行。			
		2、用血的申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。			
		3、对临床单例患者用全血或红细胞超过1600ml（8U）有职能部门审核并批准。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分	
	1、职能部门有检查记录。				
	符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分	
	1、用血申请和审核制度落实到位。				
4-16-4-2 建立输血管理信息系统，	各项指标符合要求：				
	1、有输血管理信息系统，有制度对血液预订、接收、入库、出库等进行管理。				

	做好血液入库、贮存和发放管理。	2、血液运送符合国家有关标准和要求。全血、红细胞的储藏温度应当控制在2~6℃，血小板的储藏温度应当控制在 20~24℃。有血液储藏温度的 24小时监测记录。	C	查阅资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		3、用血的发血单、输血记录单格式和书写规范、信息记录完整。			
		符合“C”，并：	B	现场查看	3分，未达到不得分
		1、血液的出入库和效期内使用情况记录完整（出入库记录完整率 100%，血液有效期内使用率为 100%）。			2分，未达到不得分
		2、冷链控制有自动温控系统。	A	现场查看	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、血液出入库及配发血工作符合规范。					
4-16-5 开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（SHOT）（输血传染疾病、输血不良反应、输注无效）的方案，严格执行输血技术操作规范。	4-16-5-1 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，抽查 10 份输血过的住院病历、抽查医护人员各 2 名	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院有输血全过程的血液管理制度。			
		2、血液发出后，受血者和供血者标本于 2℃~6℃保存至少天。			
		3、从发血到输血各个交接环节要有记录，时间应精确到分钟。			
		4、所使用的输血器和辅助设备符合国家标准、操作规范与流程。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料		
	1、输血中实施全程监护，有输血反应处理预案报告与流程，输血不良反应发现和处理时间应精确到分钟记录在病历中。			5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分	
	1、科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。				
	4-16-5-2 医院有输血相关应急预案，并能得到落实。	各项指标符合要求：	C	查台账、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
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）、超常规用量、关键设备故障等。					
2、有关键设备故障的应急措施，包括电话、负责人及替代方式。					
3、相关人员知晓应急预案处置流程，并能执行。					
符合“C”，并：		B			
1、相关人员知晓应急预案处置流程，并能执行。					

		符合“B”，并： 1、应急管理相关措施落实到位，无输血严重危害事件发生。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
4-16-6 落实输血相容性检测的管理制度，做好相容性检测实验质量管理，确保输血安全。	4-16-6-1 有输血相容性检测实验室的管理制度。	各项指标符合要求： 1、有输血相容性检测实验室的管理制度，能提供输血前检验项目包括：血型BO 反正定型、RH(D)、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物及不规则抗体等项目。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、能够提供需要输血的患者输血 相容性检测检查。			
		3、用于输血相容性检测的试剂应符合相应标准。			
		符合“C”，并：			
		1、输血相容性检测报告内容完整性 100%。。			
	2、交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。	B	查阅资料	3分，未达到不得分	
	符合“B”，并： 1、输血相容性检测相关制度得到落实。	A	查阅资料	5分，未达到不得分	
	4-16-6-2 做好相容性检测质量管理，开	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不
		1、有室内质控室间质评的管理规定。			

	展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。	符合“C”，并： 1、室内质控有记录，室间质评有反馈分析。 2、参加国家级或省级室间质量评价机构组织的输血前相关血液检测室间质量评价，成绩合格。	B	查阅资料	得“C” 3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、近三年室间质量评价结果全部合格。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
4-17 医院感染管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-17-1 有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》等规范要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。	4-17-1-1 依据《医院感染管理办法》建立医院感染管理组织，负责医院感染管理工作。	各项指标符合要求： 1、建立“医院感染管理委员会-医院感染管理部门-临床科室”三级医院感染监控体系，有制度及职责。 2、医院感染管理部门配备专（兼）职人员，每50张床位和200台椅位配备专（兼）职人员1人；临床科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。 3、医院感染管理纳入医院总体规划和质量与安全管理目标。并依据上级部门与医院感染管理的有关要求，制定工作实施计划并落实。 4、有相关人员岗位职责，并履行。 5、无重大医院感染责任事件。	C	查看医院相关文件，访谈委员会成员	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、有对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况的监督检查，定期召开专题会议，对感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈及改进措施。 2、对上级主管检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容。			
		符合“B”，并： 1、院科两级医院感染组织机构健全，人员配置满足需求。感染管理科人员专业构成合理，人员稳定	B	查看会议纪要及督查记录；查看上级检查问题的改进情况记录	3分，未达到不得分
					2分，未达到不得分
			A	查看资料	5分，未达到不得分

		2、有经过省级“感控医师临床研修项目”或国家“细菌真菌感染诊治培训项目(培元计划)”的人员。持续改进有成效。				
	4-17-1-2 制订相应的规章制度，将医院感染的预防与控制贯彻于所有医疗服务中。	各项指标符合要求：	C	查看制度并考核人员	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有根据相关法律法规不断修订和完善医院感染的预防与控制制度。				
		2、有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的具体措施，并落实。				
		3、医院感染管理相关人员熟知相关制度、工作流程及所管辖部门院感特点。				
		4、全体员工熟知本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并执行。				
		符合“C”，并：	B	查看督查记录及分析反馈	3分，未达到不得分	
		1、职能部门对科室医院感染管理工作有检查、分析、反馈。				
		2、科室感染管理小组对科内感染管理工作有自查，有持续改进措施。				
	符合“B”，并：	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分		
	1、持续改进有成效，医院感染管理工作落实到位。					
4-17-2 开展医院感染防控知识的培训与教育。	4-17-2-1 医院有感染管理培训计划、培训大纲和培训教材，实施全员培训。	各项指标符合要求：	C	查看资料	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容。				
		2、按计划开展相关培训并有考核。				
			3、相关人员掌握相关知识与技能。			
			符合“C”，并：	B	查看资料	5分，未达到不得分
			1、职能部门对培训效果进行追踪与成效评价，提出改进措施。			
	符合“B”，并：	A	现场考核20人	5分，未达到不得分		
	1、持续改进有成效，培训后的医务人员医院感染预防与控制知识与技能达到岗位要求。					
4-17-3 按照《医院感染管理办法》等相关	4-17-3-1 口腔诊疗工作符合医院感染管理相关法律法规	各项指标符合要求：	C	现场查看现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、根据《医院感染管理办法》《口腔诊疗器械消毒技术操作规范》等规章要求制订相关制度、流程。				

法律法规，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监管，控制并降低医院感染风险。	和《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》的要求。 *	2、消毒隔离工作符合规范要求；医务人员能够获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品。			
		3、医疗器械的清洁灭菌符合国家规范，提供安全的诊疗操作。			
		4、环境整洁、布局流程合理，符合规范。			
		符合“C”，并：			
		1、科室有自查，对存在问题有改进措施。	B	查看资料及访谈	3分，未达到不得分
		2、职能部门对口腔科的医院感染管理有检查、分析、反馈。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
	1、持续改进有成效，诊疗工作符合医院感染管理要求。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分	
	4-17-3-2 内镜诊疗工作符合医院感染管理相关法律法规和《内镜清洗消毒技术操作规范》的要求。	各项指标符合要求：			
		1、根据《医院感染管理办法》《内镜清洗消毒技术操作规范》等规章要求制订相关制度、流程。			
		2、消毒隔离工作符合规范要求；医务人员能够获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品。	C	查看所有内镜清洗消毒情况，现场考核清洗人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并：			
		1、科室有自查，对存在问题有改进措施。	B	查看监测记录并考核监测方法	3分，未达到不得分
		2、职能部门对内镜清洗消毒流程有检查、分析、反馈。			2分，未达到不得分
符合“B”，并：					
1、持续改进有成效，内镜诊疗工作符合医院感染管理规范。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分		
4-17-3-3 医院有感染暴发报告流程与处置预案。	各项指标符合要求：				
	1、有医院感染暴发报告流程与处置预案。				
	2、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。				
	3、有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施，按要求上报。				
	4、相关人员知晓医院感染暴发报告流程和处置预案。				
	5、根据医院感染可能发生的暴发情况制定各类演练方案，并进行演练。	C	查看资料及现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”	

		符合“C”，并：	B	查看资料及访谈	
		1、有医院感染暴发处置演练效果评价报告，对存在问题有改进措施，相关资料可查询。			3分，未达到不得分
		2、有医院感染暴发报告的信息核查机制。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看近2年的改进案例	
		1、持续改进有成效，演练中问题得到整改，医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。			5分，未达到不得分
4-17-4 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；根据医院感染风险、医院感染发病率和（或）患病率及其变化趋势改进诊疗流程；将医院感染情况与其他医疗机构进行比较；定期通报医院感染监测结果。	4-17-4-1 医院感染专职人员和监测设施配备符合要求，有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T 312-2009）开展目标性监测、全院综合性监测等监测工作并记录。	各项指标符合要求：	C	现场查看现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。			
		2、有医院监测计划，按照医院感染监测规范要求开展监测工作，监控应覆盖高风险科室和环节，监测的目录/清单范围符合要求。			
		3、科室能按照制度和流程要求，监测《医院感染监测规范》要求的全部项目，并有记录。			
		4、有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。			
	符合“C”，并：	B	查看资料及访谈	5分，未达到不得分	
	1、有医院感染监测记录与分析报告，定期（至少每季度）对监测信息进行分析讨论、总结与反馈，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议。				
	2、有医院感染预警等过程监测软件。				
	符合“B”，并：	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，医院感染监测指标和医院信息系统能够提供对医院感染危险因素监测及分析，满足目标性监测和全院综合性监测等管理需求。				
4-17-4-2 实施重点环节、重点人群与高危因素因素的监测。对下呼吸道、手术部	各项指标符合要求：	C	现场查看及考核，查阅10份病历	任何一项指标未达到，不得“C”	
	1、有针对重点环节、重点人群与高危因素管理与监测计划，并落实。				
	2、有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施。				

	位、导尿管相关尿路等主要部位感染有具体预防控制措施并实施。	3、有对手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。			
		符合“C”，并：	B	查看资料及访谈	3分，未达到不得分
		1、科室有自查，对存在的问题有总结、分析、报告机制，有改进措施。			2分，未达到不得分
		2、职能部门对科室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。			
		符合“B”，并：	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分
	1、持续改进有成效，医院信息系统能够对重点环节、重点人群与高危因素监测及分析，医院感染得到有效控制。				
	4-17-4-3 按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。	各项指标符合要求：	C	现场查看现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。			
		符合“C”，并：	B	查看10份医院感染病例，核实诊断	3分，未达到不得分
		1、有指定专人负责上报医院感染监测信息，信息经过审核，保障真实、准确。			2分，未达到不得分
2、职能部门针对省市医院感染质量控制中心发布本地区的医院感染监测信息，分析比较，提出改进建议。					
符合“B”，并：	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，医院感染感染管理水平不断提高。					
4-17-5 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，对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。	4-17-5-1 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，对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。	各项指标符合要求：	C	追踪1名多重耐药菌患者	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合实际工作，制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施及流程。			
		2、有对多重耐药菌控制落实的有效措施，包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、合理使用抗菌药物、保洁与环境消毒的制度等。			
		3、能开展临床对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性分析。			
		4、有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面的协作机制，并有具体落实方案。			
	符合“C”，并：	B	查看资料及访谈	3分，未达到不得分	
1、各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措					

改进。		施。	A	查看近 2 年的改进案例	2 分, 未达到不得分
		2、职能部门对多重耐药菌医院感染情况有检查、问题分析及改进建议。			
		符合“B”, 并:			
		1、持续改进有成效, 多部门合作机制建立, 每半年向全院公布一次临床常见分离细菌菌株 及其药敏情况, 包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。			
4-17-6 应用感染管理信息与指标, 指导临床合理使用抗菌药物。	4-17-6-1 有细菌耐药监测及预警机制, 各重点部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。	各项指标符合要求:	C	查看资料及访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1、有细菌耐药监测及预警机制, 并每半年进行反馈。			
		2、各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。			
		3、有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。			
		4、有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。	B	查看资料及访谈	2 分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:			
		1、痰标本占有送检标本 70%以下			
		2、有上述细菌耐药监测变化趋势图。	A	查看资料及访谈	2 分, 未达到不得分
		3、职能部门、药事管理组织联合对细菌耐药监测和预警, 有干预措施。			
		符合“B”, 并:			
1、持续改进有成效, 多部门对细菌耐药情况联合干预措施得到有效落实。					
2、有针对感染病例的多学科会诊或讨论	A	查看资料及访谈	2 分, 未达到不得分		
3、血培养及其他无菌部位标本达到送检标本 5%					
4-17-7 消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作	4-17-7-1 根据国家法规, 结合医院的具体情况, 制定全院和不同部门的消毒制度, 并落实。	各项指标符合要求:	C	现场查看现场考核	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1、有全院和重点部门(如手术室、消毒供应室、牙周病科、口腔颌面外科、口腔种植科等)的消毒工作制度, 并执行。			
		2、有对医务人员进行相关知识、消毒技术的教育与培训, 有培训考核记录。			
		3、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。			
		4、能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。			

规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务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。		5、定期针对消毒开展常规监测，包括消毒液的浓度监测、紫外线灯的强度监测以及必要的消毒后生物监测等，并有记录。				
		6、相关人员知晓上述内容并落实。				
		符合“C”，并：				
		1、有多部门与科室协作管理机制，对消毒工作存在问题与缺陷分析、总结，提出改进措施。	B	查看资料及访谈	3分，未达到不得分	
		2、职能部门对全院消毒工作进行监管，对存在的问题进行分析、总结、反馈，及时整改。			2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
	1、持续改进有成效，消毒工作制度落实到位，无因消毒不合格导致的感染事件发生。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分		
	4-17-7-2 隔离管理符合要求，医务人员防护用品使用正确，针对不同传播途径疾病的隔离与预防措施得当。	各项指标符合要求：	1、有针对免疫低下、感染性疾病等患者的隔离制度及操作流程。	C	现场查看及考核	任何一项指标未达到，不得“C”
			2、医务人员掌握隔离的原则、标准、技术。			
			3、隔离设施及物品配备能满足临床需要。			
符合“C”，并：						
1、职能部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题及时整改。		B	查看资料及访谈	5分，未达到不得分		
符合“B”，并：						
1、持续改进有成效，隔离工作持续改进有成效。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分			
4-17-8 执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求	4-17-8-1 按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施。	各项指标符合要求：	C	现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、根据手卫生规范要求配置有效、齐全、便捷的手卫生设施。				
		2、有手卫生相关要求（洗手方法、外科洗手操作规程等）的宣教图示。				
		3、重点科室遵循相关标准要求，配置非手触式水龙头及相关手卫生设施。				
		符合“C”，并：				
		1、职能部门对手卫生设施设备配置情况进行检查与监管。	B	查看资料及访谈	5分，未达到不得分	
符合“B”，并：						
		1、持续改进有成效，隔离工作持续改进有成效。	A	查看近2年的改进案例		

		1、持续改进有成效，全院手卫生设施配置满足 医疗安全需要。			5 分，未达到不得分	
	4-17-8-2 医务人员在临床诊疗活动中遵循《医务人员手卫生规范》有关要求	各项指标符合要求：	C	现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、根据手卫生规范要求制定手卫生管理相关制度				
		2、各相关部门为医务人员提供手卫生培训。				
			3、医务人员能落实手卫生规范。	B	查看资料及访谈	5 分，未达到不得分
		符合“C”，并：				
			1、科室对手卫生执行情况有自查。			
			符合“B”，并：	A	查看近 2 年的改进案例	5 分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，手卫生依从性、正确性不断提高。				
4-18 临床营养管理与持续改进						
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	
4-18-1 营养科具备与其功能和任务相适应的场所、设备、设施和人员条件。由有资质的人员从事临床营养工作，执行《食品安全法》等相关法律法规。	4-18-1-1 设营养科（室），并配备与其规模相适应的（医师、技师、护士、厨师、营养师、护理人员等）营养专业人员，开展临床营养工作。	各项指标符合要求：	C	查看批文，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、设置营养科（室）。				
		2、配备与其规模相适应的营养专业人员（营养医师、技师、护士、厨师等）。				
		3、营养医师具有执业医师证书，具备相应的基本技能。营养师具有专业资质证书。				
		4、营养护士具有执业护士证书，具备相应的基本技能。				
		5、有各级各类人员岗位职责。				
		6、各级各类人员熟悉并履行本岗位职责。				
			符合“C”，并：	B	查阅资料、现场查看	2 分，未达到不得分
			1、营养科（室）设有治疗膳食配置室、肠内营养配置室。			
			2、临床营养医师或技师与床位比不少于 1：150。			
		3、营养医师占专业人员的比例≥50%，有完整的人才梯队。	1 分，未达到不得分			
		4、科室负责人应具备营养专业或医学专业学历背景及副主任医师以上职称。		1 分，未达到不得分		

		符合“B”，并： 1、营养食堂有A级资质证书。 2、科室主任为高级技术职称。	A	查阅资料	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
	4-18-1-2 开展临床营养工作。	各项指标符合要求： 1、开展营养风险筛查和营养评定。 2、治疗膳食配制部门按操作区配备基本使用设备。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并 1、营养膳食种类不少于10种。	B		5分，未达到不得分
		符合“B”，并 1、开设健康体检营养咨询服务。	A		5分，未达到不得分
	4-18-1-3 营养科 (室)建立健全并落实临床营养工作管理制度，并对各级人员进行岗位培训。	各项指标符合要求： 1、各项规章制度齐全。如查房、会诊制度及值班、交接班制度，食品卫生相关制度，医院感染管理制度，设备维护维修制度，工作人员职业道德、行为规范与考核制度等。 2、监督指导营养食堂财会和成本核算、财务管理、库房管理制度以及卫生制度等。 3、开展营养对外委托服务的，医院需确认供应商生产、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，并有医院委托协议。 4、对各级人员进行岗位培训。	C		任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并 1、制定食品操作(准备、处理、贮存、运送)标准与程序。 2、配送食品有保温措施，在盛装后能在40分钟内送至病房。 3、若用统一餐具，能在病人用餐后30分钟内回收餐具撤离病房。 4、制定食物残渣、餐具清洗消毒贮存的操作标准与程序。	B		2分，未达到不得分 1分，未达到不得分 1分，未达到不得分 1分，未达到不得分
		符合“B”，并 1、有主管职能部门定期对营养管理进行督导检查，持续改进营养管理工作。	A	5分，未达到不得分	
4-18-2 有“住	4-18-2-1 医院现行	各项指标符合要求：	C	查阅资料	

院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”，为住院患者提供适合其治疗需要的膳食。	的规章制度，有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”。	1、有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”。			任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		1、有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”手册，并落实。			
		符合“B”，并	A	查阅资料	3分，未达到不得分
		1、有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”效果评价，并持续改进。			
	2、有独特的治疗膳食种类及制备技术。				
	4-18-2-2 住院医师遵循规章制度，执行膳食医嘱。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、住院医师遵循规章制度，执行膳食医嘱。			
		符合“C”，并	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		1、有完整明晰的膳食医嘱执行路径。			
符合“B”，并	A	查阅资料	5分，未达到不得分		
1、有重点病房治疗膳食医嘱的效果评价。					
4-18-3 对住院患者实施营养评价，接受特殊、疑难、危重及大手术患者的营养会诊，提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案，按照《病历书写基本规范》的要求进行记录。	4-18-3-1 对住院患者实施营养评估，接受营养会诊，提供营养支持方案，按照《病历书写基本规范》的要求进行记录。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、营养师定期查房，参与临床病历讨论，完成重点患者营养病历记录。			
		2、对住院患者实施营养评估，接受特殊、疑难、危重及大手术患者的营养会诊。			
		3、提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案。			
		4、按照《病历书写基本规范》的要求进行记录。	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并			
1、有营养科与临床各科的协作机制。	A	查阅资料，现场查看			
符合“B”，并					
1、有重点病房进行营养风险筛查。					

历书写基本规范》的要求进行记录。					5分，未达到不得分
4-18-4 开展营养与健康宣传教育服务，在出院时提供膳食营养指导；为临床医护人员提供临床营养学信息；参加住院患者座谈会，听取并征求患者及家属的意见。	4-18-4-1 为住院患者提供适合其病情治疗需要的膳食，住院患者治疗膳食就餐率≥80%以上。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、能提供各种诊断及治疗膳食服务。			
		2、对有诊疗特殊需要的患者提供诊疗膳食等服务。			
		3、进行营养与健康宣传教育服务。			
		4、在出院时提供膳食营养指导。			
		5、为临床医护人员提供临床营养学信息。			
		符合“C”，并	B	查阅资料	2分，未达到不得分
		1、有多种形式的疾病营养指导、营养健康教育资料。			2分，未达到不得分
		2、定期召开各种形式座谈会，征求临床医务人员和患者、家属的意见，及时进行总结分析。			1分，未达到不得分
		3、住院患者治疗膳食就餐率≥60%。			
符合“B”，并	A	查阅资料	3分，未达到不得分		
1、有持续性的改进措施。			2分，未达到不得分		
2、住院患者治疗膳食的就餐率≥80%。					
4-18-5 科室有质量与安全管理小组或专人负责质量管理工作，能用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规	4-18-5-1 科室有质量管理小组或专人负责质量管理，开展质量与安全管理。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”
1、科室有质量管理小组或专人负责质量管理，开展质量与安全管理。					
2、有明确的质量与安全指标。		B	查阅资料	5分，未达到不得分	
符合“C”，并					
1、科室能运用适宜的评价方式与质量管理工具，定期评价营养管理工作，对重点患者全程营养诊疗服务进行追踪评价。					
符合“B”，并		A	查阅资料	5分，未达到不得分	
1、根据评价情况，持续改进营养管理，各科室和患者对营养工作满意度高。					

范与质量安全指标，加强重点患者全程营养诊疗服务的监控管理，定期评价质量，促进持续改进。					
4-19 其他特殊诊疗管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-19-1 为患者提供满足临床诊疗需求的其他特殊诊疗服务项目，符合国家法律、法规及卫生计生行政部门规章标准的要求。	4-19-1-1 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。	各项指标符合要求：	C	查阅批文及相关证件、抽查相关部门人员各 1 名	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、根据医院的功能任务设置特殊检查室，符合国家法律、法规及卫生计生行政部门规章标准的要求，满足临床科室诊疗需求。			
		2、诊疗科目与服务项目经卫生计生行政部门核准，与执业许可证一致。			
		3、使用经核准、可适用的技术。			
		4、服务项目收费经物价部门批准。			
		5、有职能部门监管。			
		6、相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	3 分，未达到不得分
1、科室要对存在问题与缺陷改进的措施落实情况评价。					
2、职能部门按照制度和流程落实监督检查，并记录问题与缺陷。	A	现场查看	2 分，未达到不得分		
符合“B”，并：					
1、无违规执业，无超范围执业。			5 分，未达到不得分		
4-19-2 由被	4-19-2-1	各项指标符合要求：	C	查阅资料	

授权的、具备法定资质的卫生技术人员实施其他特殊诊疗服务。	特殊检查室卫生技术人员应依法获得资质，负责日常管理及医疗业务工作。	1、对特殊检查部门的各级各类人员均有明确的资质与能力要求。 (1) 特殊检查室人员按照相关规定接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格与授权的人员、专业技术人员，应有专业资格证书。 (2) 人员数量、人员梯队与所承担的任务相适应，能完成日常工作中常规操作及疑难病例处理。 (3) 特殊检查室负责人应当由具备特殊检查专业或经过特殊检查技术培训的中级及以上医师担任。 (4) 所有人员经过岗前培训。			任何一项指标未达到，不得“C”			
		2、特殊检查部门出具“临床诊断报告”由经过授权、具备执业医师资质的人员签发。						
		3、有主管的职能部门监管。						
		4、相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。						
		符合“C”，并 职能部门按照规定和制度实行监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施。				B	查阅资料、现场查看、人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并 1、职能部门对整改情况进行追踪与成效评价，有记录				A	查阅资料，现场查看，人员访谈	3分，未达到不得分
		2、无非卫生技术人员执业或执业范围与注册项目不符。						2分，未达到不得分
4-19-3 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果；建立质量管理与患者安全相关制度并进行质量控制活动。	4-19-3-1 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果。	各项指标符合要求：			任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、有出具诊疗报告，解读检验结果的相关规定。						
		2、各种诊疗报告签署和发出均由具备专业资质（授权）的执业医师执行。						
		符合“C”，并 职能部门按照规定和制度实行督查，对存在问题与缺陷提出整改措施。				B	查阅资料，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并 1、职能部门对整改情况进行追踪与成效评价，有记录。				A	查阅资料，现场查看，人员访谈	3分，未达到不得分
		2、无不具备资质人员签发报告。						2分，未达到不得分
4-19-4 科主	4-19-4-1	各项指标符合要求：	C					

任、护士长与具备资质的质量控制人员组成团队或由专人负责，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，按规定开展质量控制活动，并有记录。	科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组或由专人负责，开展质量与安全管理，有明确的质量与安全管理指标。	1、科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量管理小组或由专人负责，开展医疗质量和安全管理，并有工作记录。	查阅资料，现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”			
		2、有保证医疗服务质量的相关制度，至少应有： (1) 核心制度、岗位职责及继续教育制度。 (2) 诊疗规范与操作常规，相关适应证、禁忌证以及诊疗报告规范。 (3) 应急预案，包括处置流程与措施。 (4) 仪器管理、使用、维修制度。 (5) 医院感染管理、安全防护管理等相关制度。					
		3、有明确的质量与安全管理计划和指标。					
		4、有质量与安全培训，对轮转医师、护士培训后上岗。					
		5、相关人员知晓本部门、本岗位职责和质量与安全管理目标。					
		符合“C”，并					
		1、科室落实质量与安全计划，定期开展质量与安全管理检查，对质量与安全指标进行解读与评价，对存在问题与缺陷及时整改。			B	查阅资料，现场查看，人员访谈	2分，未达到不得分
		2、根据有关要求对有关制度、规范进行修订，并组织再培训。					2分，未达到不得分
3、职能部门对科室质量与安全管理监督指导，对存在问题与缺陷提出整改措施。	1分，未达到不得分						
符合“B”，	A	查阅资料，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分				
科室能运用质量管理工具，开展定期评价活动，解读评价结果，持续改进医疗服务质量。							

4-20 病历（案）管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-20-1 病历（案）管理符合《中华人民	4-20-1-1 按照法律、法规及相关规定制订病案管理制度，	各项指标符合要求： 1、设置病案管理部门，配备专(兼)职人员，负责病历和病案管理工作，人员配置满足工作需要。	C	现场查看，查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”

共和国侵权责任法》《医疗事故处理条例》《病历书写基本规范》和《医疗机构病历管理规定》、《电子病历应用管理规范》等有关法规、规范。	人员配备合理，设备设施符合要求。	2、有病案管理相关工作制度与流程、工作人员岗位职责。	B	查阅资料、台账	3分，未达到不得分
		3、有病案管理人员培训计划并落实。			
		4、配设计算机等相应的设施、设备，有独立的病案管理系统。			
		符合“C”，并：	A	查阅资料，现场查看	3分，未达到不得分
		1、职能部门对病案管理工作有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：			
		1、有从事医疗或病案管理高级职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科(室)。			
2、非相关专业的人员应不高于20%。	C	查阅资料，现场核查，抽查门(急)诊病历10份	任何一项指标未达到，不得“C”		
各项指标符合要求：					
4-209-2 按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历，病历书写符合规范。加强住院病案首页管理。	4-20-2-1 按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历，病历书写符合规范。	1、对来院就诊患者(门诊、急诊、住院)记录基本信息，书写和建立相关病历(包括急诊留观患者的急诊留观病历)。	B	查阅资料、台账	3分，未达到不得分
		2、住院患者有姓名索引系统，内容至少包括：病案号、姓名、性别、出生日期(或年龄)、有效身份证号。			
		3、为同一患者病历建立唯一的标识号码，通过同一患者的病历编号可获得其所有以前的住院病历资料。			
		符合“C”，并：	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
		1、科室对患者基本信息的记录与病历建立有自查，对存在的问题与缺陷有整改。			
		2、职能部门有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，患者就诊信息填写和病历书写项目规范，错误发生现象逐渐减少。	C	查阅资料，现场考核	任何一项指标未达到，不		
各项指标符合要求：					
4-20-2-2 病历书写应当客观、真实、准	1、有病历书写制度以及相关管理规定。				

	确、及时、完整、规范，符合《病历书写基本规范》，确保病历质量。	2、病历书写作为医师岗前培训的主要内容之一，院级及科室均应有培训，有记录。			得“C”			
		3、医务人员按病历书写基本规范要求书写病历，书写质量达到规范的基本要求。						
		4、病历中各种手术与操作并发症、使用药物、器材所致不良反应、病程记录或检查化验报告所获得的诊断应规范地填写在病案首页中，无遗漏。						
		5、病程记录应根据病情观察、查房情况并结合检查结果进行分析、判断，记录体现三级医师的诊断思路和处理方案。						
		6、电子病历账号管理规范，各类医师有自己的病历账号。						
		符合“C”，并						
		1、科室定期对病历质量进行自查，对存在的问题与缺陷有整改。				B	查阅资料、台账	3分，未达到不得分
		2、职能部门有检查、分析、反馈。						2分，未达到不得分
		符合“B”，并				A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，病历书写质量逐渐提高，符合病历书写规范。						
4-20-2-3 按照《住院病案首页数据填写质量规范》的要求，加强住院病案首页填写质量的管理，为DRG的施行打下坚实基础。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账。合格率及首页上报情况通过省医疗服务综合监管系统查看。	任何一项指标未达到，不得“C”				
	1、建立病案质量管理制度，确保住院病案首页质量。							
	2、住院病案首页填写完整，首页填写合格率达到90%。							
	3、住院病案首页数据每月15日前上报相关卫生健康行政部门，有专人负责上报工作。	B	查阅资料、台账。合格率通过省医疗服务综合监管系统查看。	3分，未达到不得分				
	符合“C”，并							
	1、住院病案首页填写完整，首页填写合格率达到95%。	A	现场查看	5分，未达到不得分				
	2、职能部门有监管，每季度有对住院病案首页填写质量的抽查、问题分析及改进建议。							
符合“B”，并	A	现场查看	5分，未达到不得分					
1、探索开展DRG工具的应用，利用住院病案首页数据进行绩效分析。								
4-20-3 采用	4-20-3-1 采用国际	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看				

<p>国家卫生计生委发布的疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM-3, 对出院病案进行分类编码; 建立科学的病案库管理体系, 包括病案编号及示踪系统, 出院病案信息的查询系统。</p>	<p>疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM3, 对出院病案进行分类编码。</p>	<p>1、对出院病案进行疾病分类编码, 编码符合疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM3 规定。</p>			<p>任何一项指标未达到, 不得“C”</p>	
		<p>2、疾病分类编码人员有资质与技能要求, 编码人员均要接受编码培训并获得培训证书。</p>				
		<p>符合“C”, 并:</p>	B	查阅资料, 现场查看		<p>5 分, 未达到不得分</p>
		<p>1、职能部门有检查、分析、反馈。</p>				
		<p>符合“B”, 并:</p>	A	查阅资料, 现场查看		<p>5 分, 未达到不得分</p>
		<p>1、在医院管理中能够探索、运用 DRGs 评估方法, 编码管理规范, 编码与病历质量保持一致, 保障相关数据准确性与真实性。</p>				
	<p>4-20-3-2 建立出院病案信息的查询系统。</p>	<p>各项指标符合要求:</p>			<p>任何一项指标未达到, 不得“C”</p>	
		<p>1、有出院病案信息的查询系统, 病案首页全部资料信息全部录入, 至少能为检查提供 2 年以上完整信息。</p>	C	查阅资料, 现场考查		
		<p>2、病案首页内容填写完整、准确, 符合相关规定与要求。</p>				
		<p>3、根据病案首页内容的任意项目, 单一条件查询住院患者的病案信息; 两个或两个以上的项目, 复合查询住院的病案信息。</p>				
		<p>符合“C”, 并:</p>	B	查阅资料, 现场考查		<p>5 分, 未达到不得分</p>
		<p>1、职能部门有检查、分析、反馈, 使病案信息能提供 3 年内的完整病历首页信息。</p>				
<p>4-20-4 按《医疗机构病历管理规定》、《电子病历应用管理规范》</p>	<p>4-20-4-1 按《医疗机构病历管理规定》保存病历资料, 以保证病历及时归档, 保障病历安全。</p>	<p>各项指标符合要求:</p>			<p>任何一项指标未达到, 不得“C”</p>	
		<p>1、采用病案示踪系统等方式, 控制每份病案的去向。</p>	C	查阅资料, 现场访谈病案科工作人员		
		<p>2、有 3 年病案存放的发展空间, 病历保存符合管理要求。</p>				
		<p>3、病案查阅、借阅和归档期限有明确的规定, 未归的病案有催还记录。</p>				
<p>4、患者出院后, 住院病历 3 个工作日之内归档率达≥90%。</p>			<p>5 分, 未达到不得分</p>			

等保存病历资料，以保证病历及时归档，保障病历安全。加强安全管理，保护病案及信息的安全措施到位。		5、医院有病历归档的方案与规定。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	3分，未达到不得分	
		1、科室对病历归档有自查，对存在问题有改进措施。			2分，未达到不得分	
		2、职能部门有检查、分析、反馈。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
	1、持续改进有成效，病历归档与保存管理规范，保障病历安全。					
	4-20-4-2 医院有保护病案及信息安全的相关制度，有应急预案。	各项指标符合要求：	1、有保护病案及信息安全的相关制度和应急预案。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
			2、病案库有防火、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施。			
			3、配置相应的消防器材，消防安全符合规范。			
			4、指定专人负责安全管理，工作人员知晓应急预案及处置流程。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看	3分，未达到不得分	
		1、科室定期进行安全培训与检查，对存在问题和缺陷及时改进。			2分，未达到不得分	
		2、职能部门有检查与监管。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
1、持续改进有成效，保护病案及信息安全的相关制度落实到位，病案及信息安全得到保障。						
4-20-5 执行借阅、复印或复制病历资料制度，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。	4-20-5-1 有病案服务管理制度，为医院医务人员及管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有病案服务管理制度，有明确的服务规范与流程，病案服务限于相关医务人员及管理人员、患者及其授权委托人、公安机关、检察院、法院等有关司法机关、医疗保障部门、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门。				
		2、依照法律、法规和规章为患者及其授权委托人、司法机关和医疗保障部门、保险以及负责医疗事故技术鉴定的人员提供病案服务，履行查阅、借阅、复制申请核查与病案信息核查程序。				
		3、有回避与保护患者隐私的规范与措施。				
		4、有完整的病案服务登记信息，包括：查阅、借阅人、借阅与归还时间、借				

		阅目的以及复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有检查与监管。保障病案依法借阅、调取、复印便捷，防止病案丢失、损毁、篡改，保护患者隐私。	B	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，病案服务管理规范，能够满足患方、司法、保险等多方需求。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
4-20-6 加强电子病历规范管理，符合《电子病历应用管理规范（试行）》的要求。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。	4-20-6-1 加强电子病历规范管理，符合《电子病历应用管理规范（试行）》的要求。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。	各项指标符合要求：			
		1、建立符合规范的电子病历系统，具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。	C	查阅资料，现场考查	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、电子病历个人信息有严格的安全管理制度，有保护措施，并执行。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有检查与监管。	B	查阅资料，现场考查	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，电子病历完全符合《电子病历应用管理规范（试行）》，个人信息安全有保障。	A	查阅资料，现场考查	5分，未达到不得分

第五章 护理管理与质量持续改进

5-1 护理垂直管理体系					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
5-1-1 院领导履行对护理工作	5-1-1-1 有在院长（或副院长）领导下	各项指标符合要求： 1、有在院长（或副院长）领导下的三级护理垂直管理体系，有院长指导、协调和研究护理工作的制度，并落实。			

作领导责任，医院建立垂直管理体系，对护理工作实施目标管理。	的护理组织管理体系，对护理工作实施目标管理。	2、有护理工作中长期规划、年度计划，贯彻我省《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》及省护理事业发展规划的相关要求。	C	查阅资料（发展规划、协调机制），访谈，现场查看落实	任何一项指标未达到，不得“C”
		3、有措施保障落实护理中长期规划、年度计划，并有总结。			
		符合“C”，并：	B	查阅文件、记录及有关资料，访谈相关人员 实地查看软硬件设施	3分，未达到不得分
		1、职能部门、科室对护理目标落实情况有监管及督查。 2、护理目标管理有信息化支持。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看，访谈	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，护理管理体系有效运行，护理规划与计划有效落实。			
5-1-2 护理管理队伍素质能力过硬，业务水平较高，接受过较为系统的管理知识培训。	5-1-2-1 三级护理管理人员达到任职要求，具备较高的业务水平，并定期参加管理相关知识培训。	各项指标符合要求：	C	查阅原始资料、台账，并现场查看落实情况。	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、护理部主任、科护士长具备本科及以上学历，副高及以上职称。 2、护士长具备本科及以上学历，中级及以上职称，从事本专科3年以上工作经历。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、实地查看	2分，未达到不得分
		1、科护士长、护士长取得省级或市级护士长岗位培训合格证书。 2、特殊部门（手术室、消毒供应室等）护士长经过系统的专科培训。			3分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料（护士长及以上人员培训记录）、实地查看	5分，未达到不得分
		1、护理管理人员管理知识不断更新，每年参加省级以上护理管理相关培训1-2次，适应岗位发展需求。			
5-1-3 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	5-1-3-1 依据法律法规、行业指南、标准，制定并落实护理制度、常规和操作规程。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看执行情况	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程等，定期修订。			
		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。 3、落实护理制度、常规及操作规范。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、实地查看科室及职能部门的改进措施的落实情况	3分，未达到不得分
		1、科室对护理制度、护理常规、操作规程的落实情况有自查、分析、整改，措施落实有效。 2、职能部门对护理制度、护理常规、操作规程的落实情况有检查与监督，措施落实到位。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：		查阅资料、追踪改进成	

		1、持续改进有成效，各项护理制度、常规、操作规范落实到位。	A	效	5分，未达到不得分		
5-2 护理人力资源管理							
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准		
5-2-1 实施护理人员分层级管理。	5-2-1-1 对护理人员实行分层级管理，明确并落实岗位设置、岗位职责、工作标准和岗位技术要求。各层级护理人员比例构成合理。	各项指标符合要求：	C	查阅分层级管理制度、岗位设置、岗位职责、分级管理档案等；追踪护士晋级考核的落实；岗位职责落实；访谈护士各岗位层级上下流动情况。	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、医院有护理岗位管理制度，护理岗位符合《医院护理岗位设置名录（2013版）》，明确岗位职责和工作标准。					
		2、实施护理人员分层管理，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。					
		3、各级各类护理人员落实相关岗位职责和工作要求。					
				4、建立并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，实行动态管理。	B	查阅资料	5分，未达到不得分
				符合“C”，并： 1、职能部门对岗位职责、护理人员分层级管理有检查与监管。			
				符合“B”，并： 1、持续改进有成效，N1：N2：N3：N4级护理人员比例构成合理，护理分层级管理落实。护理人员年离职率<5%。	A	查阅资料、个案追踪、现场访谈	5分，未达到不得分
				符合“C”，并：			
5-2-2 护理人员资源实行弹性调配。	5-2-2-1 对护理人员资源实行动态调配，有机动护理人力资源储备，人员调配和临床排班满足临床工作需要。排班机制灵活。	各项指标符合要求：	C	查阅护理人员名册、排班表，了解护理人员配置；追踪现场查看科室护理人员配置、护士分管床位是否能级对应；白班、夜班的护士结构和数量是否合理，满足临床需要等	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、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）》。					
		2、实行护理人力资源动态调配，结合专科特点、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。					
		3、有机动护理人力资源（N2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。					
		4、当日四级手术或I级护理病人比例超过20%，双排班。					
		5、护理人力资源管理有信息化支持。					
		符合“C”，并：		访谈护士长和查阅科室			

		1、职能部门对人力资源动态调配工作有检查与监管。	B	排班表了解护理人力资源是否动态调配和能级对应；查阅督查资料	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料、个案追踪、现场访谈	5分，未达到不得分	
		1、持续改进有成效，人力资源动态调配工作落实到位。				
5-2-3 建立科学合理的护士薪酬分配机制，实施护理绩效考核制度。	5-2-3-1 薪酬分配重点向临床一线倾斜，绩效分配考核方案体现护理风险与技术难度、护理工作量、质量、医德医风及患者满意度。落实护理人员同岗同薪同待遇。	各项指标符合要求：	C	查阅人事、护理部门绩效分配和考核相关资料、实地访谈合同制护士	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、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。				
		2、有基于护理风险与技术难度、护理工作量、质量、医德医风及患者满意度的绩效分配和考核方案，绩效考核结果与评优、晋升晋级、薪酬挂钩，并落实。				
		3、落实编制内外的护理人员同岗同薪同待遇。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、现场访谈	1、护理人员绩效分配、考核有信息化支持。	2分，未达到不得分
		2、职能部门对绩效分配、考核方案落实情况有检查与监管。			3分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料和现场访谈	1、持续改进有成效，实施优劳优得、多劳多得，充分调动护理人员积极性。	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，实施优劳优得、多劳多得，充分调动护理人员积极性。						
5-2-4 护理人员在职教育培训与考评落实到位。	5-2-4-1 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。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，临床个案追踪；查阅护理部上一年度常规培训经费的预算及执行情况。	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有分层级护理人员在职教育培训与考评制度，有培训计划，并落实。				
		2、培训内容结合临床需求，体现不同岗位、不同专业、不同层次护理人员的特点。				
		3、通过实施临床护士能力考核，对各层级护理人员岗位培训情况进行考评。				
		4、护理人员在职教育培训经费列入医院年度预算并执行。	B	查阅资料、现场查看与访谈	符合“C”，并：	2分，未达到不得分
		1、职能部门、科室对护理人员在职教育培训情况进行检查与监管。			3分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	临床个案追踪	2、护士在职教育培训和管理有信息化支持，能开展在线培训。	5分，未达到不得分
2、持续改进有成效，护理人员技术能力和水平不断提升。						
	5-2-4-2 落实《专科	各项指标符合要求：				

	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。提高护理人员在职教育培训的层次和质量。专科护理技术水平较高。	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。	C	查阅资料；个案追踪，评价 N3、N4 级护士和特殊科室护理人员培训计划的落实和效果，评价专科护理人员的使用情况。	任何一项指标未达到，不得“C”			
		2、每年外派专科护理骨干培训人数占护士总数的 1-2%（包括省级以上口腔专科培训、省级以上专科护士培训、国内外该专科护理水平较高的医院进修学习1 人次累计 3 个月及以上或出国（境）培训 1 个月以上）。						
		3、特殊科室（手术室、消毒供应室等）护理人员须经专业培训并考核合格方可上岗。						
		4、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，发挥其业务专长。						
		符合“C”，并：						
		1、重点专科护士长、专科护理骨干符合《江苏省省级临床重点专科评分标准（2017 版）》有关要求。				B	查阅资料 临床个案追踪	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：				A	查阅资料	5 分，未达到不得分
1、护理临床技术应用有重大突破，近三年取得市级以上医学新技术引进评估奖项 1 项。								
5-2-5 具有一批技术水平较高、享有一定学术影响力的临床护理专家。	5-2-5-1 具有一批技术水平较高，在区域范围内享有一定学术影响力的临床护理专家。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、3 人及以上在省一级学会专业委员会或质量控制中心任职。						
		符合“C”，并：				B	查阅资料	5 分，未达到不得分
		1、1 人及以上在国家一级学会专业委员会或质量控制中心任职。						
符合“B”，并：	A	查阅资料	5 分，未达到不得分					
		1、1 人及以上参与制定已发布的国家级诊疗规范、指南、评价标准等。						
5-3 临床护理质量管理与改进								
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准			
5-3-1 落实分级护理。	5-3-1-1 根据《综合医院分级护理指导原则》的要求，实施分级护理，落实护理措施。	各项指标符合要求： 1、依据《护理分级》（WS/T 431-2013），制定符合医院与专科实际的分级护理制度。 2、落实分级护理制度，根据患者病情与自理能力确定护理级别，护理措施到位。密切观察患者生命体征和病情变化，及时采取措施。根据病情变化及时调整护理级别。	C	查阅资料；临床个案追踪 实地查看患者（重点是	任何一项指标未达到，不			

	<p>3、生活护理较重的临床科室配置护理员。护理员不得承担护士工作内容。护理员管理执行我省《关于进一步加强医疗机构护理员管理的指导意见》。</p>	<p>危重患者)护理措施落实情况。</p>	<p>得“C”</p>
	<p>4、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。护士掌握危重患者护理相关知识和技能，如生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。</p>	<p>实地查看护理员管理、收费是否自愿等情况。</p>	

		符合“C”，并： 1、护理级别与患者病情、生活自理能力相符。 2、职能部门、科室对分级护理制度落实情况、危重症知识技能培训有检查与监管，并评价、分析存在的问题。	B	临床个案追踪、查阅资料	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分				
		符合“B”，并： 1、分级护理（重点危重患者）护理质量持续改进有成效。	A	临床个案追踪、访谈	5分，未达到不得分				
5-3-2 全面开展优质护理服务。	5-3-2-1 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，患者对优质护理服务满意度高。	各项指标符合要求： 1、实施责任制整体护理工作模式。 2、根据患者生理、心理、社会等特点，全面评估患者病情与需求，实施个性化、专业化、连续性的护理措施，为患者提供心理与健康指导、饮食指导、康复指导和出院指导。 3、优质护理内涵深化，开展以技术为核心的专科护理，有相应的护理规范、指南，并落实。 4、实施特色护理。制定有专科特色优质护理服务项目，并落实到位。	C	结合追踪，实地查看排班表，是否体现责任制；提供优质护理服务不少于5个典型举措； 实地查看亚专科护理开展情况、特色护理及护理结局。	任何一项指标未达到，不得“C”				
		符合“C”，并： 1、职能部门、科室对优质护理相关内容的落实情况有检查与监管。				B	实地查看	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1、护士能用专科护理知识和技能对患者进行综合评估、分析，护理行为细腻、人性化，措施落实有效。 2、患者满意度高，优质护理服务第三方满意度90%以上。				A	查阅上一年度全省三级医疗机构患者满意度第三方调查结果	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分	
		5-3-3 临床护理质量管理与持续改进。	5-3-3-1 有院-大科-科室护理质量管理组织体系，职责明确，落实到位。	各项指标符合要求： 1、有护理质量管理委员会，定期讨论护理质量与安全工作，制定护理质量与安全管理工作计划及口腔科护理质量监测指标。 2、大科、病区（单元）设有护理质量管理小组，并能组织临床专业骨干参与质量控制。 3、临床护理质量与安全管理，有信息化支持。	C	查阅资料、台账，并现场查看落实情况；实地查看护理单元原始资料，访谈护理人员	任何一项指标未达到，不得“C”		

		符合“C”，并： 1、职能部门对大科、科室护理质量管理工 作有检查与监管。 2、有护理新技术、新方法、新设备临床 应用管理制度，并落实。	B	查阅相关资料；追踪	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、推行基于大数据的临床护理质量持续 改进，有成效。	A	查阅相关资料、相关信息系统，追踪	5分，未达到不得分
	5-3-3-2 护理基础管理落实到位。	各项指标符合要求： 1、有保障常用仪器、设备和抢救物品有 效使用的制度和流程，专人负责并落实。 应急时取用方便。 2、护理人员熟练使用输液泵、注射泵、 监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等 常用仪器和抢救设备。 3、执行《病历书写基本规范》。简化护 理记录，使用表格式护理文件，归档护 理文件、非归档护理文件种类与省卫计 委备案相符合。	C	现场查看； 查阅护理文件， 访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、护理记录及时，体现病人病情变化 动态过程和措施效果。 2、职能部门、科室对护理人员常用仪 器和抢救设备操作能力、护理文件书写 有检查、分析、整改，对存在问题有改 进措施。	B	查阅相关资料， 实地查看， 追踪	2分，未达到不得分 3分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，护理人员对仪器 设备能规范使用，护理文件书写规范。	A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
	5-3-3-3 定期进行护理查房、护理病例讨论，对疑难护理问题组织护理会诊。	各项指标符合要求： 1、有护理查房、疑难病例讨论、护 理会诊的制度。 2、有上述工作制度的规范流程及内 容并落实。	C	查阅相关资料，临床个案追踪	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1、职能部门对护理查房、疑难病例 讨论和护理会诊的落实情况有检查和 监管。	B	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，解决临床疑 难护理问题的能力和水平不断提升。	A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
	5-3-3-4 建立护理质	各项指标符合要求：	C	查阅相关资料，	任何一项指标未达到，不

	量监测指标，有信息化支持，及时上报省监管系统。	1、建立护理质量监测指标（包括临床护理指标，详见第七章），有信息化支持，及时上报省监管系统。		查看信息系统，访谈相关人员	得“C”
		2、相关护理人员能够根据要求掌握数据收集方法。			
		符合“C”，并：	B	查阅相关资料，追踪	3分，未达到不得分
		1、临床护理指标和口腔专科护理指标的种类（除第七章所列以外），结合本单位工作实际和质量管理需要，进一步完善和健全。			
		2、职能部门对监测指标结果定期收集和指导，对存在的问题进行分析，并提出改进建议。			
		符合“B”，并：	A	查阅相关资料，追踪	2分，未达到不得分
1、对监测指标分析报告有检查、整改，持续改进和提高。					
5-4 护理安全管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
5-4-1 护理各项查对制度。	5-4-1-1 正确识别患者身份，落实护理各项查对制度，并使用“腕带”作为识别患者身份的标识，确保对正确的患者实施正确的操作。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，随机进行现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食及诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。			
		2、住院患者、急诊留观患者、急诊抢救室患者均使用“腕带”，对传染病、药物过敏等特殊患者有标识（腕带与床头卡），且有明确制度规定。			
		3、相关人员熟悉上述制度和流程并执行。			
符合“C”，并：	B	查阅相关资料，临床个案追踪	5分，未达到不得分		
1、职能部门、科室对各项查对制度的落实情况有检查、分析、整改。					
符合“B”，并：	A	查阅相关资料，临床个案追踪	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，无患者身份识别错误事件发生。					
5-4-2 重点环节管理和护理风险防范	5-4-2-1 有护理风险防范措施，预防跌倒、坠床、压力性损伤	各项指标符合要求：	C	查阅资料和相关患者的住院病历10份	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有预防压力性损伤的设备材料。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，动态评估并有记录。			

范。	伤、管路滑脱、用药错误、转运意外等发生。	2、有防范患者跌倒、坠床的相关制度。护士主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施，对高风险患者如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等，采取适当措施（如警示标识、语言提醒、搀扶、床挡等）防止意外，动态评估并有记录。						
		3、有发生患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与流程，相关人员知晓并执行。						
		4、有预防管路滑脱、用药错误、保障转运安全等护理风险防范制度，并落实。						
		符合“C”，并：						
		1、职能部门、科室对各类护理风险管理有检查、分析、整改。				B	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：				A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
5-4-3 护理并发症和紧急意外情况的预防处理	5-4-3-1 临床护理技术操作常见并发症和紧急意外情况的有预防及处理规范并落实。	各项指标符合要求：	C	查阅相关资料；并结合临床个案追踪，设计情境，访谈责任护士相关情况。	任何一项指标未达到，不得“C”			
		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。						
		2、护理人员熟练掌握本专业常见技术操作，熟悉并发症预防措施及处理流程。						
		3、患者用药、输血、治疗、标本采集、管道护理、围手术期管理等重点环节的紧急意外情况有应急处置预案。						
		4、对相关应急预案有培训及演练，对紧急意外情况处置规范。						
		符合“C”，并：				B	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
1、职能部门、科室对对上述工作有检查、分析、整改。	A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分					
5-4-4 护理安全（不良）事件报告管理	5-4-4-1 有主动报告护理安全（不良）事件与隐患信息的制度，改进措施到位。	各项指标符合要求：	C	临床个案追踪，随机访谈护士，查看相关制度，是否有利于主动报告；查看相关信息系统	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、有非惩罚性护理安全（不良）事件报告制度，有护理人员主动报告的激励机制。有护理安全（不良）事件有成因分析和讨论制度。						
		2、应用护理安全（不良）事件案例成因分析结果，修订护理工作制度或完善工作流程并落实。						
		3、定期对护理人员进行安全警示教育。						

		4、护理安全(不良)事件有信息化支持。			
		符合“C”，并：	B	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
		1、职能部门、科室对主动报告护理安全（不良）事件管理有检查、分析、整改。			
		符合“B”，并：	A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，护理安全(不良)事件报告系统的敏感性不断提升，相关制度流程不断完善。			
5-5 口腔门诊临床护理管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
5-5-1 规范口腔门诊护理工作，制定门诊护理工作制度。	5-5-1-1 制定相关制度和各级护理人员岗位职责。	各项指标符合要求：	C	查阅相关资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、建立门诊护理质量管理组织，有护理质量管理制度（门诊日常护理管理、医院感染管理、护理操作技术管理、护理应急管理、护理教学科研管理等）并执行。			
		2、有科室护理质量管理人员，管理组织设置合理，分工及职责明确并执行。成员知晓其职责。			
		3、有各级护理人员岗位职责。			
		4、有对制度、职责的培训与记录，护理人员知晓。	B	查阅相关资料，现场查看	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		有科室对护理质量的检查与记录，有改进措施并落实。有医院护理质量管理组织定期检查工作记录，质量相关问题及时反馈科室，有改进措施并落实。职能部门有监管并有记录。			
		符合“B”，并：			
1、定期修订护理质量管理制度与岗位职责。	A		3分，未达到不得分		
2、职能部门有改进建议与评估，并有效落实。					
5-5-2 各科室	5-5-2-1	各项指标符合要求：	C		

根据本科室常见口腔疾病、行业指南、标准，制定护理常规、操作流程和 相关调拌技术操作标准。	制定本科室护理工作常规与流程。	1、根据本科室常见口腔疾病、行业指南、标准，制定护理常规与流程。突出重点和专业特色。		查阅相关资料，现场查看 访谈护士	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、护理工作流程符合标准要求，过程流畅，动作敏捷，主动配合。			
		3、有护理人员培训与考核。护理人员知晓并执行。			
		符合“C”，并：	B	查阅相关资料	3分，未达到不得分
		1、科室对护理常规和流程执行情况的自查记录并整改。			
		2、职能部门对科室执行情况的检查与反馈，有科室整改记录。	A	查阅相关资料	2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
	1、能根据学科和专业技术发展（如新技术新疗法等）及时修订本科室护理工作常规和流程。	A	查阅相关资料	3分，未达到不得分	
	2、职能部门有改进建议与评估，并有效落实。				
	5-5-2-2 根据本科室常用口腔治疗材料制定相关调拌技术操作标准并执行。	各项指标符合要求：	C	查阅相关资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有根据口腔专业制定的常用口腔治疗材料调拌技术标准（各类印模材、粘接材料、充填材料、牙周保护剂等）。			
		2、操作标准涵盖用物的准备、材料的取放及比例、调拌时间及方法、成形材料质量等主要内容，符合材料特性要求。			
		3、调拌完成的材料符合按需取量、质地细腻、稠度适宜、无气泡、无浪费等要求。			
		4、护理人员材料调拌操作方法正确、步骤符合标准，调配完成的材料符合临床使用要求。			
5、有培训，有记录。					
符合“C”，并：		B			
1、护理人员知晓材料用途、性能、存放方式、操作步骤、使用中注意事项。					
2、有科室对操作标准执行情况的考核记录并整改。					

		3、有职能部门对科室执行情况的检查与反馈，有科室改进措施并落实。		查阅相关资料， 现场查看	1分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A		
		1、有根据临床工作需要和材料特性变化对操作标准及时修订、改进并记录。		查阅相关资料	3分，未达到不得分
		2、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。		查阅相关资料	2分，未达到不得分
5-5-2-3 根据本科室口腔疾病治疗特点制定隔离技术操作标准并执行。		各项指标符合要求：	C		
		1、有根据本科室口腔疾病治疗特点制定隔离技术操作标准（棉卷隔湿、吸唾器隔湿、橡皮障隔湿等）。		查阅相关资料， 现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、操作标准主要涵盖吸唾器的握持方法、吸唾器的就位顺序及放置的基本原则、橡皮障用物准备及使用方法等，符合临床治疗要求。			
		3、护理人员隔离技术操作方法正确，步骤符合标准。			
		4、隔离技术有培训，有记录。			
		符合“C”，并：			
			B	查阅相关资料， 现场查看	2分，未达到不得分
		1、护理人员操作规范、敏捷、过程流畅，与临床治疗要求相适宜。			2分，未达到不得分
		2、有科室对操作标准执行情况的考核记录并整改。			1分，未达到不得分
		3、有职能部门对科室执行情况的检查与反馈，有科室改进措施并落实。			
	符合“B”，并：	A			
	1、有根据临床工作需要及专业技术的发展对操作标准及时修订、改进并记录。		查阅相关资料	3分，未达到不得分	
	2、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。			2分，未达到不得分	
5-5-2-4 根据本科室常见口腔疾病制定口腔健康教育计划。		各项指标符合要求：	C	查阅相关资料， 现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有根据本科室常见口腔疾病制定的健康教育计划，有落实措施。			
		2、健康教育计划突出重点和专业特色。			
		3、护理人员知晓并能主动进行口腔健康教育。			
	符合“C”，并：	B			

		1、能够根据患者需求采取多种宣教方式，如配合使用视频或教具指导等。		查阅相关资料， 现场查看 追踪结局	2分，未达到不得分		
		2、科室对口腔健康宣教有效果评价，有记录。			2分，未达到不得分		
		3、有职能部门对科室执行情况的检查与反馈，有科室改进措施并落实。			1分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A				
		1、口腔健康教育内容能够及时更新。				查阅相关资料	3分，未达到不得分
		2、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。				查阅相关资料	2分，未达到不得分
5-5-3 护 理 质量 管 理 与 持 续 改 进。	5-5-3-1 制 定 护 理 质 量 管 理 的 工 作 计 划 及 口 腔 科 护 理 质 量 监 测 指 标。	各项指标符合要求：	C				
		1、制定护理质量管理的工作计划及口腔科护理质量监测指标。				查阅相关资料， 现场调查	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、大科、门诊各科有护理质量管理小组，落实相关工作，有自查、分析和整改。	B	查阅相关资料， 现场调查	2分，未达到不得分		
		符合“C”，并：				A	查阅相关资料， 追踪
		1、职能部门对大科、科室护理质量管理工作有检查与监管。以专业骨干为主 组织检查与监管。	5分，未达到不得分				
		2、有护理新技术、新方法、新设备临床应用管理制度，并落实。					
		符合“B”，并：					
	1、门诊护理质量持续改进，有成效。						
5-5-3-2	各项指标符合要求：		C			查阅相关资料， 现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
有口腔门诊护理安全 (参见本章第四节) 与应急管理制度及流 程，有执行与落	1、有口腔门诊护理突发事件应急处理制度与流程。门诊各项应急处置措施及 物品、设施齐全，管理规范。	2、护理人员熟练掌握本专业常见技术操作，熟悉护理突发事件预防措施及处 理流程。					

	实。	3、患者口腔治疗中用药、误吞误咽、晕厥、坠椅等重点环节的紧急意外情况有应急处置预案				
		4、对护理人员有培训，有记录，培训合格率 100%。				
		符合“C”，并：				
		1、有突发事件应急演练及记录，突发事件处理果断有效。				
		2、科室有对应急管理落实情况的检查、分析、总结、反馈，并提出改进措施。				
		符合“B”，并：				
		1、有定期对门诊护理突发事件应急处理制度的修订，修订标准科学合理。				
		2、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。				
	5-5-3-3 紧急意外情况的预防处理及处理规范并落实，各项急救物品、设施齐全，做到有效执行并落实。	各项指标符合要求：	C			查阅相关资料， 现场查看
		1、有门诊急危重症患者急救制度、措施及流程。				
		2、门诊各项急救物品、设施齐全，管理符合要求。				
		3、护理人员有培训、有记录，并能够实施急救措施。				
		符合“C”，并：				
		1、有护理工作急救演练及记录，急救措施正确有效。				
2、护理急救工作有检查及反馈，有改进及落实记录。						
符合“B”，并：						
1、有定期对门诊护理急救工作制度的修订，修订标准科学合理。	A		查阅相关资料	3分，未达到不得分		
2、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。				2分，未达到不得分		
5-5-3-4 有口腔门诊器械、仪器保养与管理的制	各项指标符合要求：	C			查阅相关资料， 不现场查看，访谈护士。	
	1、有口腔门诊精密器械、仪器的维护、保养制度并执行。					任何一项指标未达到，不得“C”
	2、有对护理人员进行精密器械、仪器正确使用保养的培训并知晓。					

	度并执行。	3、精密器械、仪器做到定期保养，有记录。			
		符合“C”，并：	B	现场查看	3分，未达到不得分
		1、护理人员对口腔精密器械、仪器的用途、性能及日常保养方式熟练掌握。			
		2、科室有检查有改进记录。	A	查阅相关资料， 现场查看，访谈相关人员	2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。			5分，未达到，不得分
	5-5-3-5 有口腔门诊材料使用与管理的制度并执行。	各项指标符合要求：	C	查阅相关资料， 现场查看、访谈护士	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有口腔门诊材料使用与管理制度并执行。			
		2、医院有对护理人员进行口腔材料正确使用的培训，有记录。			
		3、护理人员知晓口腔材料的用途、性能、使用、储存和保管方式，能正确使用。			
		符合“C”，并：	B	查阅相关资料，现场查看	2分，未达到不得分
		1、有科室对口腔贵重材料登记与管理制度，并执行。			
		2、有科室对口腔新材料使用的定期培训记录。			
		3、有科室对口腔材料使用、储存、保管的定期检查与改进记录。	A	查阅相关资料	1分，未达到不得分
符合“B”，并：					
1、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。		A	查阅相关资料，现场访谈	3分，未达到不得分	
2、医院对口腔材料做到信息化管理并覆盖门诊各科室，信息做到持续更新。	现场查看				2分，未达到不得分
5-5-4 护理配合开展并推进四手操作。人员配备合理，技术培		5-5-4-1 医院有开展并推进四手操作技术的制度，人员配备合理。	各项指标符合要求：	C	
	1、医院有开展四手操作技术的制度并能落实。				
	2、诊室环境布局合理，基本设备、设施齐全，利于四手操作技术的开展。				
	3、人员配备合理，四手操作开展≥60%（不含教学用椅）。				
现场查看		2分，未达到不得分			
现场查看		1分，未达到不得分			

训到位		符合“C”，并：	B				
		1、医院有推进四手操作技术开展的措施并能落实。		现场查看	2分，未达到不得分		
		2、四手操作开展≥70%（不含教学用椅）。		现场查看	3分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A				
		1、四手操作开展≥80%（不含教学用椅）。		现场查看	2分，未达到不得分		
		2、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。		查阅相关资料，访谈相关人员	3分，未达到不得分		
	5-5-4-2 有开展四手操作技术培训的制度和措施，有监督与协调机制。	各项指标符合要求：	1、有开展四手操作技术培训的制度和措施，有培训计划。 2、能够按照计划完成四手操作技术培训，培训率不低于70%。 3、护理人员知晓四手操作相关知识并能够执行。	C		任何一项指标未达到，不得“C”	
					查阅相关资料，对带教老师和护士访谈		
					查阅相关资料		
					现场查看、护士访谈		
		符合“C”，并：	1、四手操作技术培训率不低于80%，护理人员熟悉相关知识并熟练掌握四手操作技术。 2、培训内容与方式完整全面，分别为理论培训、模拟练习、实际操作等，培训有效果。 3、科室有对四手操作技术质量的定期检查与改进记录。	B			
					查阅相关资料，护士访谈	2分，未达到不得分	
					查阅相关资料，护士及带教老师访谈	2分，未达到不得分	
			符合“B”，并：	1、四手操作技术培训率100%，体现持续改进。 2、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。	A		
						查阅相关资料，追踪	3分，未达到不得分
访谈相关人员						2分，未达到不得分	
5-5-5 门诊全面开展优质护理服务。	5-5-5-1 护理服务体现连续性，建立优质护理工作模式 实施责任制整体护理，为患者	各项指标符合要求： 1、有门诊导医、分诊、治疗配合、健康宣教、回访等的工作制度与流程，体现护理服务连续性。 2、分诊护士熟练掌握本科室专家专业特点，主动协调患者就诊，维护良好就诊秩序，方便患者顺利就诊。对特殊患者（如老年人、孕妇、行动不便患者等）	C				
				结合追踪，实地查看；提供优质护理服务不少于3个典型举措；	2分，未达到不得分		
					1分，未达到不得分		

	提供全面、全程、专业、人性化的护理服务，患者对优质护理服务满意度高。	提供多种方式服务（如轮椅、平车、预约就诊等），协调提前就诊。		实地查看特色护理及护理结局。	2分，未达到不得分
		3、患者满意度高，患者或家属对护士服务满意度≥90%。			
		符合“C”，并：	B	实地查看	3分，未达到不得分
		1、护士能用专科护理知识和技能对患者进行综合评估、分析，护理行为细腻、人性化，措施落实有效。			
		2、职能部门、科室对优质护理落实情况有检查与监管。	A	查阅相关资料，追踪	2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、实施特色护理。制定有专科特色优质护理服务项目，并落实到位。		现场调查	5分，未达到不得分		
5-5-6 规范护理配合中预防交叉感染的各项措施	5-5-6-1 医院有护理配合中预防交叉感染的各项措施并严格执行。	各项指标符合要求：	C	现场查看医用垃圾的分类、护理配合中的消毒隔离、标准预防、预防交叉感染措施的执行情况；查阅感控培训和考核记录并访谈相关人员。	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院有护理配合中预防交叉感染的各项措施并严格执行。			
		2、护理人员护理配合中能实施标准预防措施，能够落实个人防护、消毒隔离、牙科手机一人一用一灭菌及防回吸等各项预防交叉感染措施。			
		3、有对护理人员进行预防交叉感染防控知识培训，有考核记录。			
		4、医用垃圾分类存放符合要求。			
		5、无医院感染爆发事件发生。	B	查阅相关资料，访谈护士	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、科室对预防交叉感染措施落实情况定期检查、评价、分析与反馈，制定改进措施并落实。			
符合“B”，并：	A	查阅相关资料，访谈护士长、感控组成员、护士和职能部门。	5分，未达到不得分		
1、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。					
5-6 特殊护理单元管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准

5-6-1 手术室	5-6-1-1 按照《医院手术部（室）管理规范》的要求，有手术室护理质量与安全建设，有手术室护理专科化建设。	各项指标符合要求：	C	1、现场查看手术隔离技术核心制度与流程的执行情况；2、现场查看手术患者深静脉栓塞和压力型损伤的评估和护理措施；3、现场查看手术患者预防低体温措施落实以及保温效果；4、查阅应急预案的演练记录并访谈相关人员。	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有手术患者转运交接、安全核查、手术物品清点、手术标本管理、手术体位摆放、电外科安全等制度与流程，并落实。			
		2、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。			
		3、有手术室物品清点不清、手术患者或者手术部位错误、手术标本遗失或损坏等应急预案，有火灾、停电等应急预案并有演练记录。			
		4、有手术隔离技术规范并落实。	B	1、查阅手术室专科化建设相关资料与记录，并访谈专科组成员；2、查阅相关资料，访谈护士长、质控组成员、护士和职能部门。	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、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。			
		2、职能部门、科室对各项制度、流程、规范、应急预案的执行以及专科护理质量指标定期有检查、分析。			
符合“B”，并：	A	查阅相关资料，访谈护士长。	3分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，患者安全有保障。					
2、手术室护理专科质量有成效。					
5-6-2 消毒供应中心	5-6-2-1 按照《消毒供应中心管理规范》有消毒供应中心（室）护理质量管理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。	各项指标符合要求：	C	1、现场查看设备设施的配置、运行情况；2、查看消毒供应中心内、外环境；布局、流程、采光、通风等符合规范；3、查看验收合格证原件；	任何一项指标未达到，不得“C”
1、消毒供应中心的建设规划与医院的任务、发展相适应，周围环境和建筑布局符合国家行业标准，通过消毒供应中心（室）验收。					

		<p>2、采取集中管理模式，医院可重复使用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心统一回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应；植入物与外来医疗器械处置及管理符合规范；内镜、口腔诊疗器械的清洗消毒灭菌依据国家相关标准。</p>		<p>1、现场查看消毒供应中心可重复使用物品清洗、消毒和灭菌的种类和处置情况； 2、抽查手术室、内镜、口腔科诊疗等器械清洗消毒情况 3、外来器械处理符合流程；</p>	
		<p>3、根据工作性质、岗位需求及相关要求配备护理人员、消毒员和其他工作人员；消毒员持证上岗</p>		<p>1、查看实际开放床位数、人事及护理部门相关资料 2、查看最近 3 个月科室排班 3、查看消毒员相关资质</p>	
		<p>4、依据国家规范建立消毒供应中心工作制度、岗位职责、操作规程、突发事件应急预案等，有培训并落实；落实清洗、包装和灭菌效果的监测工作，及时核查、正确判定各类监测结果；定期检测清洗消毒和灭菌设备；水、蒸汽、包装材料符合行业标准。</p>		<p>1、查看制度、职责、规范、培训内容，培训记录 2、查看突发事件应急预案培训演练记录，体现专科特色 3、现场提问 4、查阅资料</p>	
		<p>5、日常管理和质量追溯管理有信息化支持。</p>		<p>1、通过信息系统查看1-2个灭菌包的追溯信息，实现闭环管理 2、通过信息系统查看</p>	

				物资请领、人员管理、质量控制等功能	
		符合“C”，并：			
		1、消毒供应中心（室）规模符合医院发展需要，对外开展社会化消供服务的，执行《江苏省区域化集中消毒供应机构评价标准（试行）》。	B	现场查看，查阅资料	2分，未达到不得分
		2、重复使用的物品集中管理，各职能部门有检查、反馈、分析和整改；清洗、消毒、灭菌效果监测结果异常有分析，提出改进措施。			2分，未达到不得分
		3、信息系统对质量控制进行数据分析，改进措施，实现可追溯，追溯信息至少保留3年。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续质量改进，对接受社会化消供服务的医疗机构定期质量评价。	A	现场查看，查阅资料	2.5分，未达到不得分
		2、开展社会化服务的医院消毒供应中心（室），定期开展质量评价，确保提供服务的医疗机构医疗质量安全。			2.5分，未达到不得分
	5-6-2-2 口腔门诊科室独立器械处理区有相关工作制度、流程并严格执行	各项指标符合要求：			
		1、设立器械处理区的口腔门诊科室，要求区域划分明确合理，符合医院感染防控要求。	C	现场查看环境、设施、复用物品处置情况、灭菌监测情况；抽查诊疗器械清洗消毒质量。查阅制度、流程、岗位职责并访谈护士。	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有相关工作制度、流程及工作人员职责，护理人员知晓并执行。			
		3、按《口腔诊疗器械消毒灭菌技术规范》要求，对器械进行相应处置（分类、预处理）。			
		符合“C”，并：			
		1、科室对口腔诊疗器械清洗、消毒、灭菌质量定期进行检查、反馈并改进。	B	查阅相关资料，护士访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、职能部门有检查改进建议与评估，并有效落实。		查阅相关资料、访谈相关人员	5分，未达到不得分
5-6-3 急诊科	5-6-3-1 按照《医院急诊医学科建设管理规范》有口腔急诊科（室）护理质量管理	各项指标符合要求：			
		1、口腔急诊科护士具备护师以上职称的占科室护士数70%以上。	C	查阅相关资料，不现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、护理人员掌握各种急救技能，能按照急危重病的抢救流程正确实施救治。			

理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。	3、开展团队合作训练，护理人员全部经过基础生命支持（BLS）训练且合格。			
	4、有针对灾害批量伤员救治的护理应急预案，定期开展相关培训和演练。			
	5、急诊各区域配备足够数量且方便可取的个人防护用品，定期对急诊护理人员开展职业防护培训。有急诊工作场所暴力的应急预案和相关培训及演练。			
	符合“C”，并：	B	查阅相关资料，访谈护士长和职能部门	3分，未达到不得分
	1、急诊护理人员每季度演练考核急救技能，合格率 100%。			2分，未达到不得分
	2、职能部门、科室对制度、流程、应急预案及培训落实情况有检查与监管，并评价、分析。	A	查阅相关资料，现场查看	5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，各项制度、操作、规范落实到位。				

第六章 医院管理

6-1 依法执业					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-1-1 依法取得《医疗机构执业许可证》，按照卫生健康行政部门核定的诊疗科目执业，	6-1-1-1 医院符合卫生健康行政部门规定相应级别设置标准，在国家医疗卫生法律、法规、规章、诊疗护理规	各项指标符合要求：	C	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院及科室命名规范，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目全部相符。医疗机构名称不得对外出借，《医疗机构执业许可证》不得转让、出借。			
		2、医疗信息发布的和医疗广告管理符合法规要求。			
		3、评审周期内无卫生健康行政部门查实的医疗机构不良行为记录或发生一级			

医院及科室命名规范。	范的框架内开展诊疗活动，按照卫生健康行政部门规定按时完成医疗机构校验，发布的医疗信息真实可靠。	主责以上医疗事故。未发生群体性、组织性违规违纪事件。			
		符合“C”，并：	B	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	5分，未达到不得分
		1、职能部门对发布医疗信息、医疗广告进行监管，对诊疗活动进行全程管理，有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	5分，未达到不得分
	1、持续改进有成效，医疗机构校验完全符合要求。				
	6-1-1-2 临床和医技科室诊疗科目或项目设置、人员梯队与技术能力符合省级卫生健康行政部门规定的标准。	各项指标符合要求：	C	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、临床科室诊疗科目符合卫生健康行政部门规定的相应级别医院设置标准并获得执业许可登记。一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术能力符合省级卫生健康行政部门规定的标准。			
		2、医技科室、保障科室和部门人员编制、设备设施、技术能力符合省级卫生健康行政部门标准。			
		3、医技科室实验室项目达到集中设置、统一管理、资源共享。	B	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
1、职能部门有检查、分析、反馈。		A	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	5分，未达到不得分	
符合“B”，并：					
1、持续改进有成效，科室设置和人员配置符合相关标准且满足临床工作需求。					
6-1-2 医院开展法律法规教育，有教育评价。	6-1-2-1 医院开展法律法规教育，有教育评价。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有法律法规教育计划、课程安排及相关资料。			
		2、每年开展法律法规全员教育。			
	3、新员工经卫生法律法规教育，考核合格后方可上岗。	B	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	2分，未达到不得分	
	符合“C”，并：				
	1、将法律知识纳入医疗卫生技术人员资格准入、在职培训、年度考核，比例不低于10%。	A	查阅文件、资料，人员	3分，未达到不得分	
	2、职能部门对教育实施情况有检查、分析、反馈。				
符合“B”，并：					

		1、持续改进有成效，员工均知晓与岗位有关的法律法规知识。		访谈	5分，未达到不得分
6-1-3 由具备资质的卫生专业技术人员为患者提供诊疗服务，不超执业范围。	6-1-3-1 在医院执业的卫生技术人员全部具有执业资格，注册执业地点在本院或符合卫生健康行政部门相关规定（如多点执业、对口支援等），具有执业资格的研究生、进修人员在上级带教人员（含护理、医技）指导下执业。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定，无卫生技术人员违规执业、超范围执业。。			
		2、各级各类卫生技术人员均取得执业资格，注册地点在本院或符合卫生健康行政部门相关规定（如多点执业或对口支援等），按照本人执业范围开展治疗活动。			
		3、具有执业资格的研究生、进修人员经过医院授权在上级医护技人员指导下执业。			
		4、卫生技术人员（含实习生、研究生、进修生、规范化培训医生）执业管理资料完善。	B	现场查看、查阅资料、台帐，现场考核	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对全院卫生技术人员执业情况有检查与监管。			
符合“B”，并：	A	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	5分，未达到不得分		
1、无卫生技术人员违规执业、超范围执业及非卫生技术人员从事诊疗活动。					
6-1-4 对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。	6-1-4-1 制订对外委托服务项目管理制度。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有职能部门与专人负责对外委托服务项目，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。			
		2、所有项目有合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。			
		3、对服务项目招投标符合规范。			
		4、有年度对外委托服务项目管理的质量安全评估报告。	B	现场查看、查阅资料、台帐，现场考核	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对服务项目有检查、分析、反馈。			
符合“B”，并：	A	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，所有对外委托服务项目管理符合要求。					

6-1-5 根据法律法规、规章规范以及相关标准,结合本院实际,制订各项规章制度和岗位职责,并及时修订完善。定期对员工进行培训与教育,提高职工认真履行本岗位职责及执行相关规章制度自觉性。	6-1-5-1 根据法律法规、规章规范以及相关标准,结合本院实际,制订各项规章制度和岗位职责,并及时修订完善。定期对员工进行培训与教育,提高员工认真履行本岗位职责及执行相关规章制度自觉性。	各项指标符合要求:	C	查阅文件、资料,人员访谈	任何一项指标未达到,不得“C”
		1、各项规章制度的制订、审核、批准、发布、修订、作废等有统一的管理规定和管理程序。			
		2、医院制度符合法律法规、规章规范及相关标准,且符合本院实际情况。其中,各级各类员工的岗位职责中,有医德医风的要求。			
		3、有全员岗位职责与行为规范的教育培训。			
		4、各部门员工知晓相关的规章制度、岗位职责和履职要求。	B	查看、查阅资料、台帐,现场考核	5分,未达到不得分
		符合“C”,并: 1、职能部门对制度建设有自查,有分析。			
符合“B”,并: 1、持续改进有成效,制度修订和更新及时。	A	现场查看、查阅资料、台帐	5分,未达到不得分		

6-2 明确管理职责与决策执行机制,实行管理问责制

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-2-1 医院管理组织机构设置合理,部门职能划分明确,各级管理人员认真履行职责。	6-2-1-1 医院管理组织机构设置合理,部门职能划分明确,各级管理人员认真履行职责。	各项指标符合要求:	C	现场查阅文件、台帐、人员访谈	任何一项指标未达到,不得“C”
		1、有组织架构图,医院运行状况与组织架构相符。			
		2、部门职能划分明确,部门之间管理有沟通与协调。			
		3、各级管理人员知晓本岗位职责,并执行。	B	查看、查阅资料、台帐,现场考核	5分,未达到不得分
		符合“C”,并: 1、主管领导对所管部门执行情况有检查与监管。			
		符合“B”,并: 1、根据管理需要,及时调整组织架构和部门职能。	A	查阅台帐、资料	5分,未达到不得分
6-2-1-2 加强全院各科室(部门)效	6-2-1-2 加强全院各科室(部门)效	各项指标符合要求:	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到,不
		1、有目标管理责任制实施方案。			

	能建设，实行目标管理责任制。	2、有指定部门负责效能建设和实施。	B	查阅台帐、人员访谈，现场考核	得“C”
		3、相关人员知晓本科室（部门）管理责任目标，并落实。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对目标管理责任制落实有检查与监管。			
		5分，未达到不得分			
		符合“B”，并：	A	查阅台帐，追踪访视	
		1、持续改进有成效，实现责任目标，取得良好成效。			5分，未达到不得分
6-2-2 建立科室（部门）间沟通与协调机制，履行协调职能。	6-2-2-1 建立沟通协调机制，履行协调职能，提高工作效率。	各项指标符合要求：	C	查阅资料（查阅联席会议记录并追踪相关部门科室记录）、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、建立沟通协调机制，召开多部门工作会（如职能部门—临床—护理—医技—后勤等），并有会议记录。			
		2、每次会议有明确议题和牵头部门，相关工作有落实。			
		符合“C”，并：			
		1、牵头部门对相关工作任务执行情况有追踪评价，有反馈。			
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，科室（部门）对相关工作任务落实到位。	B	查阅台帐、资料，人员访谈	5分，未达到不得分
			A	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分
6-2-3 医院与科室领导定期参加管理培训，掌握现行的有关法律、部门规章，并能够运用质量管理工具，提高管理水平。	6-2-3-1 医院与科室领导定期参加管理培训，掌握现行的有关法律、部门规章，并能够运用质量管理工具，提高管理水平。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院定期组织各级管理人员参加法律法规、管理知识教育与技能的培训。			
		2、管理人员均接受管理相关培训，培训时数每人每年≥12个学时。			
		符合“C”，并：			
		1、相关管理人员能运用质量管理改进的方法及质量管理常用技术工具分析、评估管理问题，提出改进建议。			
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，管理人员能够运用工具分析解决管理问题。	B	查阅台帐、资料，人员访谈	5分，未达到不得分
			A	查阅台帐、资料，人员访谈	5分，未达到不得分
6-2-4 建立医院运行基本统计指标数据库，保障信息准确、	6-2-4-1 建立医院运行与医疗业务指标体系，定期进行分析、检查、改进	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	未达到要求不得“C”
		1、有明确的部门或人员负责医院运行与医疗业务指标数据收集，根据医院工作需要定期报告。			
		符合“C”，并：			

可追溯。	管理工作。	1、相关部门能够使用适当的方法和管理工具对医院运行和医疗业务指标进行检查、分析、反馈。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，基于数据的医院管理决策能力和水平不断提升。			
6-2-5 根据“健康中国”战略和上级卫生健康行政部门五年规划，制定医院五年发展规划。	6-2-5-1 制定医院五年发展规划,明确总体目标、发展规模、重点任务、实施保障等内容，引领医院发展方向。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、根据“健康中国”战略和上级卫生健康行政部门五年规划，制定医院五年发展规划。			
		2、医院五年发展规划体现医院功能任务、适应当代医学变革。			
		符合“C”，并：	B	查阅台帐、人员访谈	2.5分，未达到不得分
		1、医院五年发展规划广泛征求意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。			
		2、医院五年发展规划明确总体目标、发展规模、重点任务、实施保障等内容。			
		符合“B”，并：	A	查阅台帐、人员访谈，现场查看	5分，未达到不得分
1、医院五年规划经过职工代表大会讨论通过。					
6-2-6 对照医院五年发展规划，制定年度工作计划。	6-2-6-1 制订年度工作计划，确保五年发展规划有序实施。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、制定医院年度工作计划。			
		2、定期总结分析医院年度工作进展情况。	B	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、根据医院年度计划制定各科室年度计划。	A	查阅台帐、资料，人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、医院年度计划经过职工代表大会讨论通过。					
6-2-7 在五年发展规划基础上,医院制订相应的专项规划	6-2-7-1 在五年发展规划基础上，针对医院发展中的重点工作、难点问题，	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	未达到要求不得“C”
		1、制定医院发展专项规划（分规划）。			
		符合“C”，并：	B	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		1、积极落实医院发展专项规划（分规划）并有相应举措。			

(分规划)。	制订相应的专项规划(分规划), 补齐短板项目, 厚积发展优势。	符合“B”, 并:	A	查阅台帐、人员访谈, 现场查看	
		1、医院发展专项规划(分规划)实施后, 相关工作取得明显成效。			5分, 未达到不得分
6-3 人力资源管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-3-1 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。	6-3-1-1 设置人力资源管理部门, 人事管理制度健全。	各项指标符合要求:	C	查阅有关资料, 现场考查	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1、设置专职人力资源管理部门, 职责明确。			
		2、有人力资源管理制度与程序, 并能够根据有关部门要求及时更新。			
		3、人力资源管理制度及规定有多种渠道公布, 方便职工查询。			
		4、全员聘用制度和岗位管理制度与满足医院发展需求同步实施。	B	查阅有关资料, 现场考查	5分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:			
		1、部门有定期检查与监督。	A	查阅有关资料, 现场考查	5分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:			
	1、持续改进有成效, 人力资源聘任和管理规范。				
	6-3-1-2 医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案, 各类人员配置及其结构适应医院任务需求。	各项指标符合要求:	C	查阅有关资料, 现场考查	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1、有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案, 并符合医院功能任务和整体发展规划要求。			
		2、医院各类卫生技术人员配置符合国家有关规定, 并满足工作需求。			
		3、有人力资源配置调整方案与调整程序并得到落实。			
		4、备案制人员、编外人员纳入人力资源配置方案并有效落实。	B	查阅有关资料, 现场考查	5分, 未达到不得分
符合“C”, 并:					
1、有落实人力资源发展规划的具体措施并得到落实。		A	查阅有关资料, 现场考查	5分, 未达到不得分	
符合“B”, 并:					
1、持续改进有成效, 人才梯队建设、人力资源配置符合相关要求, 满足医院					

		发展与医疗工作需求。							
6-3-1-3 专业技术人员具备相应岗位的任职资格。	各项指标符合要求： 1、在院执业的卫生技术人员具备相应岗位的任职资格，医师如行多点执业需符合政府职能部门有关规定。 2、专业技术人员按照卫生健康行政部门的执业规定实施资格准入管理。 3、有专业技术人员任职资格审核程序及档案资料（经过审核认证的复印件）。 符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，无超范围执业现象。		C	查阅资料，抽查 5-8 个科室，每个科室 10 人的资格证书及注册证书	任何一项指标未达到，不得“C”				
			B	查阅有关资料及监管记录	5 分，未达到不得分				
			A	查阅有关资料及监管记录	5 分，未达到不得分				
		6-3-1-4 有人员紧急替代机制，以保证诊疗活动的连贯性。	各项指标符合要求： 1、有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案。 2、有紧急替代人员的有效联络方式。 3、相关人员知晓相应的紧急替代程序。 符合“C”，并： 1、职能部门对替代人员情况有检查与监管。 符合“B”，并： 1、持续改进有成效，紧急情况替代人员及时到位，保障医疗工作的正常运行。		C	查阅有关资料，现场考查	任何一项指标未达到，不得“C”		
					B	查阅有关资料及监管记录	5 分，未达到不得分		
					A	查阅有关资料，现场考查	5 分，未达到不得分		
				6-3-2 有卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术档案。	6-3-2-1 卫生专业技术人员资质的认定与聘用。 各项指标符合要求： 1、有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；建立技术考评档案，包括：经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。 2、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，尤其对高风险、特殊岗位实施人员授权和再授权管理。 3、相关人员知晓上述规范和流程并落实。 符合“C”，并：		C	查阅考评档案、资质文件、岗位职责等资料；抽查相关人员对岗位职责的知晓情况和履职情况	任何一项指标未达到，不得“C”
							B	查阅资料、台帐，人员	

		1、职能部门对人员管理和资质认定有检查与监管。		访谈	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
		1、持续改进有成效，技术人员评聘程序规范、制度落实到位、档案资料完整。				
	6-3-2-2 外来（国内外、境内外）工作人员的技术资质管理。	各项指标符合要求：		C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、按照国家法律法规和卫生健康行政部门现行规定，有对外来技术人员资质管理的规定、规范与程序。				
		2、外来技术人员直接从事患者临床各种有创诊疗时，事先取得患者书面知情同意。				
		符合“C”，并：		B	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		1、职能部门对管辖范围内的外来技术人员的资质有检查与监管。				
		符合“B”，并：		A	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
	1、持续改进有成效，无外来工作人员违规执业。					
6-3-3 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。	6-3-3-1 开展卫生专业技术人员继续医学教育工作。	各项指标符合要求：		C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、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。				
		2、有完善的继续医学教育学分管理档案。				
		3、将继续医学教育与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。		B	查阅有关资料，现场考查	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：				
		1、职能部门有检查、分析、反馈。		A	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：				
	1、持续改进有成效，员工继续医学教育工作得到落实。					
	6-3-3-2 加强学科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。	各项指标符合要求：		C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有重点学科（或专科）建设发展规划。有学科带头人选拔与激励机制。				
2、有重点学科（或专科）以及学科人才的培育与支持措施，包括经费投入等，人才梯队合理。						
符合“C”，并：		B	查阅有关资料，现场考			

		1、职能部门有检查、分析、反馈。	A	查	2.5分，未达到不得分	
		2、有学科带头人定期考核机制			2.5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
		1、持续改进有成效，学科建设规划得到有效落实。			5分，未达到不得分	
	6-3-3-3 规范住院医师规范化培训工作。	各项指标符合要求：		C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有住院医师规范化培训制度，培养规划、实施方案，提供培训条件及专项经费支持。				
		2、有完善的住院医师规范化培训学员管理档案。				
		3、将参加住院医师规范化培训与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。		B	查阅有关资料，现场考查	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：				
		1、职能部门有检查、分析、反馈。				
符合“B”，并：		A	查阅有关资料，现场考查	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，住院医师首次参加结业考核理论通过率≥90%。（通过率=上一年度首次参加结业考核理论通过的人数/上一年度首次参加结业考核总人数）。						
6-3-4 贯彻与执行《劳动法》等国家法律法规的要求，建立与完善职业安全防护与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	6-3-4-1 贯彻与执行《劳动法》等国家法律法规的要求，建立与完善职业安全防护与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	各项指标符合要求：		C	查阅有关资料，现场考查	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有职业安全防护的培训并建立员工的个人健康档案。				
		2、相关人员知晓职业暴露的应急预案，处置流程，并落实。				
		3、建立并及时更新职业安全防护的相关措施、处置流程及应急预案。		B	查阅台帐、人员访谈	2.5分，未达到不得分
	符合“C”，并：					
	1、对职业暴露有登记、处置、随访，有阶段分析等资料。					
	2、职能部门对职业暴露和职业防护有检查、分析、反馈。					
	符合“B”，并：		A	查阅台帐、人员访谈，现场查看	5分，未达到不得分	
1、持续改进有成效，职业暴露处理规范，职业防护管理到位。						

6-4 临床医学教育管理（可选）							
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准		
6-4-1 师资、设施设备符合医学院校教学要求，独自承担临床医学教育任务。	6-4-1-1 师资、设施设备符合医学院校教学要求，独自承担本科临床医学教育任务。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、医学院校教学师资、设施设备，符合教育部对教学医院的规定要求。					
		2、有主管院领导，专门部门和专职人员、专业教研组、专（兼）职教师负责教学管理工作。有教学规划、资金投入和保障制度，并落实。					
				3、完成本科临床教学与实习任务，资料完整。	B	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：					
		1、职能部门有检查与监管。					
				符合“B”，并：	A	查阅台帐、人员访谈，现场查看	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，师资、设备设施、资金投入到位，教学管理规范。							
6-4-2 承担医务人员规范化培训和县级医院骨干医师培训任务。	6-4-2-1 按照规范开展住院医师和护士等规范化培训工作和承担县级医院骨干医师培养任务。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、有住院医师规培和专业学位硕士临床培训基地，具备护士规范化培训资质，有专职人员负责培训工作。					
		2、有规范化培训和县级医院骨干医师培训相关管理制度措施，培训方案，课程设计、培训内容、考核等符合相关要求。					
		3、对规范化培训等项目提供所需的经费、师资、设备设施等资源保障。					
		4、有承担住院医师和护士等规范化培训档案（如学科、数量）管理等相关资料。					
				5、能够接收外院和社会住院医师规范化培训任务。每年招收社会化学员和外院委培学员5人以上。	B	查阅台帐、人员访谈，现场查看	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：					
		1、职能部门有检查、分析、反馈。					
		符合“B”，并：	A	查阅台帐、人员访谈，现场查看	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，所承担培训任务管理规范、相关资料完整。							

6-5 科研管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-5-1 建立健全的创新激励、成果转化、技术推广的科研管理制度，加强创新平台建设，构建创新活力更强、临床转化效率更高、产业化与普惠化更紧密衔接的创新体系。	6-5-1-1 建立健全的科研创新管理制度，建设创新平台和构建创新体系。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有科研工作管理制度，有鼓励医务人员参与创新激励、成果转化、技术推广等具体措施，以及有省市科教强卫工程和反对学术不端等制度和举措。			
		2、有科研创新基地/平台及相应的规章制度。			
		3、有科技成果转化和技术推广应用制度。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2.5 分，未达到不得分
		1、科研管理部门有检查、分析、反馈。			2.5 分，未达到不得分
		2、有市级以上科研平台，近 5 年有科技成果转化和技术推广应用案例 2 例以上。			2.5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	2.5 分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，科研项目数量和科研经费与医院发展同步增加。			2.5 分，未达到不得分
		2、有省级以上科研平台，近 5 年有科技成果转化和技术推广应用案例 4 例以上。			2.5 分，未达到不得分
6-5-2 开展医疗器械、药物临床试验应依法取得相关资质，并按医疗器械、药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。	6-5-2-1 开展药物临床试验应符合《药物临床试验质量管理规范》（GCP）。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、开展医疗器械、药物临床试验需有国家医疗器械、药物临床试验机构资质或按照国家规定进行备案。			
		2、有医疗器械/药物临床试验的管理制度与 SOP，并执行。			
		3、有参加临床试验受试者安全保障措施，保证受试者在试验期间出现不良事件得到恰当的处理。			
		4、临床试验用药品/医疗器械管理规范。试验用药品/医疗器械的供给、分发、使用、储藏及剩余药物的处理过程有记录并能反映试验过程。			
		5、研究者将数据真实、准确、完整、及时、合法的载入病历和病例报告表。			
		6、有临床试验质量控制措施。			

		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐，人员访谈		
		1、医院应设有对临床试验专门的管理部门，有检查与监管的记录。			2分，未达到不得分	
		2、对相关单位与部门稽查和视察所发现的问题有改进，有记录。			1分，未达到不得分	
		3、临床试验资料完整，管理规范。			1分，未达到不得分	
		4、参与过由研究者发起的多中心临床研究或作为主要研究者发起过一项多中心临床研究。			1分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
	1、建立临床试验质量保证体系，并持续改进有成效。	A	查阅资料、台帐，人员访谈	3分，未达到不得分		
	2、作为主要研究者发起过一项多中心临床研究。			2分，未达到不得分		
	6-5-2-2 有临床科研项目中 使用医疗技术的管理制度与 审批程序，充分尊重患者的 知情权和选择权。	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐，人员访谈， 现场抽查	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有临床科研项目中使用医疗技术的相关管理制度与审批程序。				
		2、临床科研项目中使用医疗技术应有充分的可能性与安全性论证，有保障患者安全的措施和风险处置预案。				
		3、临床科研项目中使用医疗技术应有医学伦理审批。				
		4、尊重患者选择权，签署知情同意书。				
		5、相关人员知晓开展临床科研项目的管理制度与审批制度。				
符合“C”，并：						
1、职能部门有检查与监管。						
符合“B”，并：		B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，临床科研项目全程管理规范、档案资料完整。						
符合“B”，并：		A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，临床科研项目全程管理规范、档案资料完整。						

6-6 信息与图书管理

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-6-1 建立以院长为核心的医院信息化建	6-6-1-1 建立医院信息化建设领导小组和专职管理机	各项指标符合要求： 1、有院级网络安全及信息化领导机构，有明确的职责并定期召开会议；并依据医院规模，设置信息管理专职机构和人员。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”

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，制订信息化发展规划，有与信息化建设相关管理制度。	构，建立各部门间组织协调机制，制定信息化发展规划，有信息化建设相关管理制度。	2、有保障信息系统建设、管理的规章制度。	B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
		3、建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制。			
		4、有医院信息化建设中长期规划和年度工作计划，内容包括实施方法、实施步骤、信息化建设及运行维护的年度预算等，并落实。			
		5、医院网络安全及信息化建设的每年度预算应不低于业务收入的1.0%。			
		符合“C”，并：			
	符合“B”，并：	1、院网络安全及信息化领导机构每年至少召开一次多部门的信息化建设专题会议。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		2、根据医院管理需要和信息化建设发展要求及时修订相关规章制度。			
		3、针对年度计划执行情况，有追踪评价，有改进措施。			
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，年度计划落实和调整符合中长期规划目标。			
	6-6-1-2 信息系统专职技术人员配置合理并有专业培训。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有人员档案，有教育培训、授权审批、岗位交接等考核制度，并落实。	B	查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
1、职能部门有检查、评估、分析、反馈。		A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
2、专职人员每年专业技术培训时间不低于20学时。					
符合“B”，并：		A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
1、持续改进有成效，人员配置和专业技能满足医院发展需求。					
6-6-2 医院信息系统能够连续、准确地采集、存储、传递、处理相关的信	6-6-2-1 医院信息系统应用满足医院管理、医疗和科研工作需求。	各项指标符合要求：	C	现场查看。电子病历系统水平依据国家卫生计生委医院管理研电子病历系统分级评价数据	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、依据《电子病历系统功能规范（试行）》《基于电子病历的医院信息平台技术规范》《医院信息平台应用功能指引》《电子病历系统应用水平分级评价标准（试行）》等一系列标准、规范要求，规范建设医院电子病历系统。			
		2、有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台，平			

息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持的技术支撑。		台主要包括医嘱处理系统、医生工作站系统、实验室系统、影像系统、药物咨询、抗生素监测、处方点评分析、感染管理、床边系统、输血管理等，用于支持医护人员的临床活动，丰富和积累临床医学知识，并提供临床咨询、辅助诊疗、辅助决策等，以提高医疗质量。			
		3、电子病历系统应用水平达 4 级。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料，人员访谈，现场抽查。电子病历系统用水平依据国家卫生计生委医院管理研电子病历系统分级评价数据	5 分，未达到不得分
		1、职能部门对信息系统满足临床需求情况有检查、评估、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账，现场查看运行情况	5 分，未达到不得分
		1、电子病历系统应用水平达 5 级。			
	6-6-2-2 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，人员访谈。电子病历系统用水平依据国家卫生计生委医院管理研电子病历系统分级评价数据	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院信息系统具备信息集成与交互共享功能。			
		2、医院信息系统的各子系统能够通过信息集成平台实现信息交互与共享。			
		符合“C”，并：	B	现场查看运行情况	1 分，未达到不得分
		1、职能部门对具备与基本医疗保障系统、卫生健康行政部门等系统的信息交换有管理。			
		2、与城乡居民医疗保险实时信息交互。			
3、接入省医疗服务综合监管系统。			3 分，未达到不得分		
符合“B”，并：	A	查阅资料、台账，现场查看运行情况	2 分，未达到不得分		
1、实现院内各诊疗环节信息互联互通，信息集成平台通过《医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评标准》四级测评。					

		2、持续改进有成效，区域医疗信息共享和交换（电子数据上报、医疗机构间的临床数据共享、省医疗服务综合监管系统）质量不断提升。			3 分，未达到不得分
6-6-2-3 建立医疗质量与安全管理信息相关的数据中心，为质量与安全管理决策和持续改进提供依据。		各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有医疗质量与安全管理相关数据库，并有提取数据的管理制度。			
		2、信息部门能为职能部门与临床科室提供质量与安全管理的有关数据。			
		3、信息部门负责收集和处理相关信息，数据实行集中管理，职能部门能够调阅使用有关数据。	B	查阅资料、台帐，现场查看	2.5 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、建立的数据中心除医院运行基本监测指标数据外，还应包括下列有关数据：合理使用抗菌药物和其他药品、病历质量管理、手术分级管理、围手术期管理、麻醉管理、医院感染管理、检验质量管理、医学影像质量管理、病理质量管理、医疗安全不良事件管理、住院重点疾病、住院重点手术、特定单病种管理、患者满意度等。			
		2、职能部门与临床科室能够运用数据库开展质量管理活动。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场查看	3 分，未达到不得分
1、数据库能满足医学统计与质量管理需要，能自动根据质量管理相关指标要求生成质量统计。					
2、职能部门能够利用数据库开展数据研发、数据处理，为临床提供各种服务。		2 分，未达到不得分			
6-6-3 实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的	6-6-3-1 加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。	各项指标符合要求：	C	查阅资料（查阅联席会议记录并追踪相关部门科室记录）、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、按照国家信息安全等级保护规定和国家标准，有信息安全保护制度。			
		2、有信息系统应急处理预案。			
		3、信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，应用系统的后台主机设备容灾机制完善，具有数据系统灾难快速恢复机制，实现远程备份，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施，具有网络版防病毒系统，病毒库定期升级。			
		4、实行信息系统操作权限分级管理，信息安全采用身份认证、权限控制（包括数据库和应用系统）、病人数据使用控制、保障网络信息安全和保护病人			

规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。		隐私。					
		符合“C”，并：	B	查阅台帐、资料，人员访谈			
		1、职能部门有安全监管记录，定期分析，及时处理安全预警。			1分，未达到不得分		
		2、有信息安全应急演练，每年最少执行一次。			1分，未达到不得分		
		3、医院信息系统通过三级等级保护测评，外网网站等级保护测评不低于二级。		3分，未达到不得分			
	符合“B”，并：	A	查阅台帐、资料				
	1、持续改进有成效，每年持续进行信息系统安全等级保护测评，并根据测评意见进行改进。			5分，未达到不得分			
	6-6-3-2 加强信息系统运行维护。	各项指标符合要求：	1、有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
							2、有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。
							3、有信息值班、交接班制度，有完整的日常运维记录和值班记录，及时处置安全隐患。
4、有信息系统运行事件（如系统瘫痪）应急预案并组织演练，保障运行。							
符合“C”，并：							
1、职能部门定期检查、分析、评估、反馈。		B	查阅台帐、资料，人员访谈	5分，未达到不得分			
符合“B”，并：		A	查阅台帐、资料，人员访谈				
1、有完善的监控制度与监控记录，及时处理预警事件，定期进行信息系统运行维护评价，进行持续性的改进有成效，信息系统保证全院工作运行并有效应对突发事件。	5分，未达到不得分						
6-6-4 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、	6-6-4-1 根据国家统计法与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、有向卫生健康行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成相关信息报送工作。					
		2、有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。					
	符合“C”，并：	B	查阅台帐、人员访谈				
1、职能部门对信息报告有监管，信息报送前有审核。	5分，未达到不得分						

医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等数据报送工作，数据真实可靠。	监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。	符合“B”，并：	A	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，所有报送信息真实、可靠、完整，无统计数据上报信息错误。			
6-6-5 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。	6-6-5-1 图书馆基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求，实施支持网上预约、催还、续借和馆际互借，能提供网络版医学文献数据库检索服务。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有医学图书馆工作制度和信息服务制度，能提供文献查询服务。			
		2、图书馆要由专人管理。藏书(中外文图书)数量符合要求(包括电子图书)不低于500册/百名卫技人员。			
		3、可提供网络版医学文献数据库(中文、外文期刊库等)检索服务。	B	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、具有知识库查询检索功能。			
符合“B”，并：	A	查阅台帐、人员访谈，现场查看	5分，未达到不得分		
1、开展定题检索、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。					
6-7 财务与价格管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-7-1 执行《会计法》、《预算法》、《审计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等	6-7-1-1 执行相关法律法规，财务管理制度健全，财务管理体制和机构设置合理。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场查看，人员访谈等	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、根据相关法律法规制订医院财务管理制度，并根据政策法规变动情况及时更新。 2、设立专门财务管理部门，实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，包括成本核算等财务活动均由医院财务部门集中管理。无违法违规案件，无“小金库”。			

相关法律法规， 财务机构设置 合理、人员配置 到位，财务管理 体制、经济核算 规范，财务制度 健全，财务管理 部门集中统一管 理经济活动。		3、有月度、季度、年度财务报告。					
		4、年度财务报告按规定经过注册会计师审计。					
		5、定期开展财务管理制度的培训与教育，对更新后财务管理制度有培训的记录。					
		符合“C”，并：					
		1、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。					
		符合“B”，并：					
	1、持续改进有成效，财务管理分析报告满足决策需求。	A	查阅资料、台帐，现场查看，人员访谈等	5分，未达到不得分			
	6-7-1-2 财务管理 人员配置合理，岗 位职责明确。	各项指标符合要求： 1、财务人员配置合理，会计人员应当具备从事会计工作所需要的专业能力。 2、各级各类人员知晓本部门、本岗位的制度和职责。 3、财务部门负责人有会计师以上专业技术职务资格或至少从事会计工作3年以上经历。 4、重要岗位有轮转机制，轮岗前进行新岗位上岗培训。		C	查阅资料、台帐，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”	
							符合“C”，并：
							1、职能部门对相关岗位配置和轮岗情况有检查与监督。
							符合“B”，并：
		1、持续改进有成效，财务部门各级人员管理完全符合相关要求。	A	查阅资料台帐，现场考核	5分，未达到不得分		
		6-7-1-3 医院实行 总会计师制。	各项指标符合要求： 1、实行总会计师制度，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。		C	查阅资料、台帐，人员访谈	未达到要求不得“C”
			1、医院对总会计师履职有保障机制（应由上级部门评估）	B	查阅资料、台帐，人员访谈	5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：		A	查阅资料、台帐，人员访谈	5分，未达到不得分		
	1、持续改进有成效，总会计师对医院财务管理与监督发挥作用。						

	6-7-1-4 建立与完善医院内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对医院经济运行进行定期评价与监控，审计结果对院长负责。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场询问专职审计人员的岗位职责	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有医院内部审计部门及专职审计人员，有医院内部审计制度和岗位职责。				
		2、有年度审计计划，对医院有关部门和项目进行内部审计；对政府采购项目全过程、重大经济事项进行专项审计与监督。				
			3、向职工代表大会报告审计工作情况。	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：				
		1、职能部门落实审计报告相关意见和建议，有整改和成效追踪。				
			符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，财务管理规范，审计中各类问题完全得到落实。						

6-7-2 按照《预算法》和财政部门、职能部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算，严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考核。	6-7-2-1 按照预算管理制度，编制医院年度预算。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、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。			
		2、医院所有收支全部纳入预算管理；实行全面预算管理，除了财政预算，还要有业务预算、专门决策预算。			
		3、按规范程序进行预算编制、审批和调整。	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门定期对预算制度执行情况进行检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	1、持续改进有成效，预算管理水平不断提高。				
	6-7-2-2 严格执行预算，加强预决算管理和监督。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、执行批复的预算，无预算不支出；预算落实到责任科室和责任人。			
2、定期进行预算执行结果的分析和考核，将预算考核结果、成本控制目标纳入内部业务综合考核的依据之一。					
3、按照规定及时编制年度决算报财政部门审核。					
4、根据财政部门对决算批复意见及时调整有关数据。		B	查阅资料、台帐，现场		
符合“C”，并：					

		1、职能部门定期检查、评估、分析、反馈。		询相关人员	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场 询相关人员	5分，未达到不得分	
		1、持续改进有成效，预算执行结果良好。				
6-7-3 实行成本核算，降低运行成本。控制医院债务规模，降低财务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。	6-7-3-1 实现成本核算，降低运行成本。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有成本管理相关制度。				
		2、建立健全成本定额管理、费用审核等相关制度，采取有效措施，控制成本费用支出。				
		3、有专职成本核算人员负责成本核算工作，有岗位职责。				
		4、按时完成成本核算月报表，有季度、半年和年度成本分析报表。				
	符合“C”，并：	B	查看资料、台帐，人员访谈	5分，未达到不得分		
	1、建立科学精细的成本核算，开展医疗服务项目成本核算、病种成本核算。					
	符合“B”，并：				A	查看资料、台帐，人员访谈
	1、职能部门根据成本分析报告，定期检查、分析、反馈。					
	6-7-3-2 控制医院债务规模，加强资产管理，提高国有资产使用效益。	各项指标符合要求：	1、对外投资的管理制度和流程，对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
2、有流动资产，固定资产和无形资产管理以及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。						
1、职能部门定期进行专项监督管理，分析、评价。						
符合“B”，并：		A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，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。						
6-7-4 全面落实价格公示制度，提高收费透明度；完	6-7-4-1 全面落实价格公示制度，提高收费透明度；完	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、按照有关政策规定，合理配置价格管理部门和人员，职责明确。				
		2、健全、完善医院内部价格管理机制和价格管理制度，并落实。				

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。	善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确。	3、有保障价格信息关系系统，价格信息真实、准确的措施，根据国家有关规定调整价格，准确维护价格数据库信息。			
		符合“C”，并： 1、职能部门有检查、分析、反馈。	B	查阅资料、台帐，现场查看	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，无违规收费。	A	查阅资料、台帐，现场查看	5分，未达到不得分
6-7-5 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，逐步实施管采分离，对药品、耗材、大宗物品、设备、基建等规范采购或招标行为。	6-7-5-1 按照相关规定建立相关药品、耗材采购制度和流程，有严格管理和审批程序。	各项指标符合要求： 1、按照规定建立药品及医用耗材采购制度及流程，并落实。	C	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		符合“C”，并： 1、职能部门和监管部门对上述工作的执行情况有检查、分析、反馈。	B	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，采购管理规范，无违规事件。	A	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	5分，未达到不得分
	6-7-5-2 按照相关规定建立医院招标制度和流程，并能得到落实。	各项指标符合要求： 1、按照规定建立设备和基建招标制度和流程，并落实。	C	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有招标管理和监督部门，实行招标的决策、实施、监督相分离。			
		符合“C”，并： 1、职能部门和监管部门有检查与监管。	B	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，招标管理规范，无违规事件。	A	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	5分，未达到不得分
6-7-6 医院探索薪酬制度改革，实行绩效工资管理，调动员工积极性。以综合绩效考核为	6-7-6-1 实施绩效工资管理，明确规定个人收入不与业务收入直接挂钩。	各项指标符合要求： 1、有实行绩效工资管理的制度，个人收入不与业务收入直接挂钩。	C	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、综合绩效考核体现医德医风、技术能力、服务质量和数量等。			
		3、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。			
		符合“C”，并： 1、职能部门有检查、分析、反馈。	B	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	5分，未达到不得分

依据，突出服务、质量、数量，规定个人收入不与业务收入直接挂钩。		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，绩效考核方案有效落实，调动员工积极性，促进医院发展。	A	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	5分，未达到不得分
6-7-7 落实《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》的要求，控费有成效	6-7-7-1 落实《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》的要求，控费有成效	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、医院有控制医疗费用不合理增长的制度。			
		2、有控制医疗费用不合理增长的具体举措。	B	查阅资料、报表、台账	3分，未达到不得分 2分，未做到不得分
		符合“C”，并：			
		1、门诊病人次均医药费用、住院病人人均医药费用年增长幅度符合地区卫生健康行政部门要求。			
		2、职能部门对控制医疗费用不合理增长有分析与总结。	A	查阅资料、台账	5分，未做到不得分
符合“B”，并：					
1、持续改进有成效。					

6-8 医德医风管理

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-8-1 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，有医德医风管理的组织体系，尊重、关爱患者，文明服务、严禁	6-8-1-1 医院有负责医德建设与管理的组织体系，有明确的职能部门负责医德监管与考核。建立相关制度、奖惩措施并确保落实。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有医德建设与管理组织体系，有专（兼）职人员负责管理与考评，并有职能部门与其他职能部门的协调机制。			
		2、有医德建设、考评、奖惩和公示等制度，有医德考评方案和量化标准，并落实。			
		3、医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。			
4、有规范的医德考评电子档案。有多部门共同参与的医德考评及结果共享机制。					

推诿、拒诊患者。		符合“C”，并： 1、职能部门有检查、分析、反馈。	B	查阅资料	5分，未达到不得分				
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，改进措施落实到位。	A	查阅资料	5分，未达到不得分				
		6-8-1-2 文明服务，严禁推诿、拒诊患者。	C	模拟核查，查阅资料，现场抽查	任何一项指标未达到，不得“C”				
		各项指标符合要求： 1、医院有文明服务的管理制度，并落实；无推诿、拒诊患者。 2、加强窗口服务，医务人员（含保洁和工勤人员）按规定着装，佩戴胸牌，准时到岗到位。 3、员工知晓文明服务规范要求，并执行。							
	符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。	B				查阅资料	5分，未达到不得分		
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，改进措施落实到位。	A	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分				
	6-8-2 医院员工不得利用职务便利谋取不正当利益，医院有相关监管制度与约束措施。	6-8-2-1 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“行风建设九不准”规定。	各项指标符合要求： 1、有廉洁自律的工作规范和相关制度，并落实。 2、对全体员工，尤其重点部门、重点人员进行廉洁自律及警示教育，有廉洁自律工作的自查和督查。 3、有重点岗位、重点人员轮岗机制，并落实。 4、有措施并落实“行风建设九不准”规定。	C	查阅资料、台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”			
			符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。				B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
			符合“B”，并： 1、持续改进有成效，无违法违规违纪案例。				A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
			6-8-3 逐步建立起以患者为中心，根植于本	6-8-3-1 开展医院文化建设。	各项指标符合要求： 1、医院文化建设纳入医院建设发展规划，有建设方案，能够体现以患者为中心导向、根植于本院服务理念。	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”	

院理念并不断物化的特殊价值趋向、行为标准的医院文化。		2、有指定部门负责，开展医院文化调研活动。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		1、职能部门有检查与监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，医院文化氛围和员工行为体现医院文化特色。					
6-9 后勤保障管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-9-1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。	6-9-1-1 后勤保障管理组织机构健全、规章制度完善，人员岗位职责明确。后勤保障服务坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、后勤保障管理组织机构健全、规章制度完善，岗位职责明确。体现“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。			
		2、后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。			
		3、后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有检查与监管。			
符合“B”，并：	A	查阅资料，满意度调查	5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效，患者和员工对后勤服务的满意度不断提高。					
6-9-2 后勤相关人员持证上岗，按技术操作规程工作。	6-9-2-1 遵守国家法律、法规要求，相关岗位操作人员应具有上岗证、操作证，且操作人员应掌握技术操作规程。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有后勤相关人员持证上岗管理制度和岗位人员分布目录。			
		2、相关岗位操作人员有上岗证、操作证，非专业特殊工种，经相关级别的培训合格。	B	查阅资料、台账	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有检查与监管。			
		2、定期对工勤技能岗位技术人员开展专业培训和继续教育	A	查阅资料，现场查看	2分，未达到不得分
符合“B”，并：					
1、持续改进有成效，后勤所有岗位人员管理要求落到实处。			5分，未达到不得分		

6-9-3 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。	6-9-3-1 水、电、气等后勤保障满足医院运行需要。能利用信息化技术严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有水、电、气、电梯等人员岗位配置、岗位职责和操作规范。			
		2、水、电、气供应机房有标识，有 24 小时应急值班制。			
		3、机房有日常运行检查、定期维护保养记录，特种设备按规定定期检测并按相关要求张贴检测标签。			
		4、有明确的故障报修、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。			
		5、有水、电、气等后勤保障应急预案，有演练。			
		6、有节能降耗的改造计划或方案。			
	7、有对每百元业务收入能源费用支出的统计（主要包括水、电、燃气、蒸汽等）。				
	符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看	2 分，未达到不得分	
	1、主管职能部门有特种设备清单和档案资料。				
	2、对医院能耗实施智能化监管，并有汇总、分析及应对措施				
	3、职能部门有检查、分析、反馈。	A	查阅资料，现场查看	1 分，未达到不得分	
	符合“B”，并：				
	1、持续改进有成效，后勤保障工作满足全院工作需要。	C	查阅资料，现场查看	5 分，未达到不得分	
6-9-3-2 有完善的物流供应系统，物资供应满足医院需要。	各项指标符合要求：				
1、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，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，有记录。					
2、依据使用部门业务需求和意见，制定物资采购计划，配送到所需科室（部门）。					
3、保障临床一线物资物品下收下送。					
符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	2.5 分，未达到不得分		
1、职能部门有检查、分析、反馈。					
2、物流系统建设满足临床工作需求；有职能部门负责。					

		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，临床科室和部门对物资供应满意度不断提高。	A	查阅资料，现场查看， 满意度调查	5分，未达到不得分									
6-9-4 为员工提供膳食服务，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，保障饮食卫生安全。	6-9-4-1 有专门或专人负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位职责。	各项指标符合要求： 1、根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务，有工作人员岗位职责、职业道德、行为规范与考核制度；相关人员应知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识并符合食品安全上岗健康要求。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”									
		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、消防安保等等）。												
		3、医院需确认供应商生产、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。												
		4、有配送餐饮服务的措施并落实。												
		符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。				B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分						
	6-9-4-2 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。	各项指标符合要求： 1、有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，符合卫生管理要求。 2、有食品留样相关制度，并落实。 3、相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 4、有措施保障食品卫生管理相关制度和规范的落实。	符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。	A	查阅资料，现场查看， 满意度调查	5分，未达到不得分								
							符合“B”，并： 1、持续改进有成效，患者和员工对膳食服务满意度不断提高。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”				
											符合“C”，并： 1、职能部门有检查与监管。	B	查阅资料，台帐	5分，未达到不得分
		6-9-4-3 有突发食	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看									

	品安全事件应急预案。	1、有食品安全事件应急预案，定期组织培训、演练，相关人员知晓。			未达到要求不得“C”
		符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
		1、职能部门对应急演练有检查与监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，无食品安全事件发生。					
6-9-5 有健全的医疗废物、废液管理制度。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。	6-9-5-1 建立健全医疗废物、废液处理管理规章制度和人员岗位职责。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、有医疗废物、废液处理管理规章制度和相关人员岗位职责。			
		2、医疗废物、废液处理系统符合相关法律法规的要求。			
		3、有专人负责医疗废物、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。			
		4、医院各科室按要求进行医疗废液处置并有记录。			
	5、具备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。				
	符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
	1、职能部门定期对医疗废物、废液处置有检查、分析、反馈。				
	符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，医疗废物、废液管理规范，均符合要求。				
6-9-5-2 能利用信息化技术对医疗废物处置进行监管，污水处理符合规定。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
	1、医疗废物处置暂存点、设施设备运转正常，有运行日志，交接记录完整。				
	2、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。				
	3、医疗废物处理符合环保要求，医疗污水处理系统通过环保部门评价。				
	4、无环保安全事故。				
5、应实时监测医疗机构水污染排放状况，定期将医院污水送第三方检测。					

		符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看		
		1、能对医疗废弃物的收集、运送实施智能化监管，并有详实的与第三方交接手续和记录。			2.5分，未达到不得分	
		2、职能部门定期检查、分析、反馈。			2.5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看		
		1、持续改进有成效，医疗废物处置和污水处理均达到要求。			5分，未达到不得分	
6-9-6 安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。	6-9-6-1 安全保卫组织健全，制度完善；保卫科人员配备结构合理，岗位职责明确，落实创建“平安医院”。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有安全保卫管理部门，人员配备结构合理，岗位职责明确。				
		2、有全院安全保卫部署方案和管理制度，医务人员人身安全有关制度和保障措施。				
		3、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。				
		4、相关人员对岗位职责和相关制度知晓，并执行。				
		5、有措施并落实创建“平安医院”九点要求。				
		符合“C”，并：				
	1、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。	B	查阅资料，现场查看	2.5分，未达到不得分		
	2、职能部门有检查与监管。			2.5分，未达到不得分		
	符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看			
	1、持续改进有成效，医务人员对安全保卫管理满意度提高。			5分，未达到不得分		
	6-9-6-2 安全保卫设备设施完好，有包含门禁、高清监控、停车管理等智能化技防设施，重点环境、重点部	各项指标符合要求：	1、有全院安全设备设施清单，安全保卫设备设施配置完好，满足要求。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
			2、有包含门禁、高清监控、停车管理等智能化技防设施。			
3、有视频监控系统应用解决方案，在重点环境、重点部位(如财务、仓库、档案室、计算机中心、麻醉药品库、重要设备等)安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。						

	位安装视频监控设施，监控室符合相关标准，合理使用视频监控资源。	4、有视频监控资源和使用制度与程序，有视频监控资源使用审批和使用记录。进行 24 小时图像记录，保存时间≥90 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。监控系统出现故障时，维护能在 1 小时内现场响应。						
		5、视频监控室符合相关标准，有管理制度，有完整的监管记录和维护记录，并执行。						
		6、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》。						
		符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看	5 分，未达到不得分			
		1、职能部门有检查与监管。						
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看	5 分，未达到不得分			
1、持续改进有成效，重点环境、重点部位监控完全达到要求，逐步实现院内高清监控覆盖。								
6-9-7 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。	6-9-7-1 消防安全管理。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责，科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工。						
		2、有消防安全管理制度、培训制度和应急预案；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。						
		3、消防通道畅通，消防器材（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。						
		4、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，消防器材使用，自救、互救和逃生，按照预案疏散患者等相关知识。						
		5、建立微型消防站和兼职消防队，定期组织演练						
		6、对院内基建维修等施工项目进行消防安全监管						
		符合“C”，并：						
		1、科室、部门对消防通道、员工消防知识和技能、消防器材等有自查，且责				B	查阅资料，现场查看	2.5 分，未达到不得分

		任到人。	A	查阅资料，现场查看	2.5分，未达到不得分	
		2、职能部门对全院消防安全管理有检查、分析、反馈。				
		符合“B”，并：				
		1、持续改进有成效，所有部门及建筑、通道均符合消防安全要求；全体职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能；演练中存在问题得到改进。				
	6-9-7-2 加强特种设备管理。	各项指标符合要求：	1、有特种设备管理的相关制度、操作规范和岗位职责。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
			2、有专人负责，相关人员持证上岗，有相关操作记录；有培训及三级安全教育卡。			
			3、有维护、维修、验收记录。			
			4、年检合格，并公示年检标签。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看	2.5分，未达到不得分	
		1、科室对所拥有的特种设备制度落实、维护等自查。				
2、职能部门对特种设备清单、科室自查和档案资料等管理有检查、分析、反馈。						
符合“B”，并：						
1、持续改进有成效，特种设备管理规范，无违规使用现象。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分			
6-9-8 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。	6-9-8-1 环境卫生相关要求，环境美化、绿化、道路硬化，做到优美、整洁、舒适。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1、有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责医院环境卫生工作，制定环境卫生工作计划并组织实施。				
		2、医院环境优美、整洁、舒适，符合爱国卫生运动委员会要求。	B	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
		符合“C”，并：				
		1、职能部门有检查与监管。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
1、持续改进有成效，工作计划落实到位，完全符合爱国卫生运动相关要求。						
6-9-9 对外包服	6-9-9-1 制订外包	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看		

务质量与安全 实施监督管理。	业务管理制度。	1、有主管职能部门与专人负责外包业务管理，制订外包业务的遴选、管理等相关制度和办法。			任何一项指标未达到，不得“C”			
		2、所有外包业务都应有明确的、详细的合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。						
		3、有外包业务的项目评估和审核制度与程序。						
		符合“C”，并：						
		1、有外包业务的评价、考核等监督机制。				B	查阅资料，现场察看	2分，未达到不得分
		2、有考核有记录，对违约事实根据合同落实违约责任。						2分，未达到不得分
		3、如政策法规、需求任务变化，能根据实际情况与外包业务承包者进行沟通和协商，必要时修订外包合同。						1分，未达到不得分
		符合“B”，并：				A	查阅资料，现场察看	2分，未达到不得分
		1、有年度外包业务管理质量安全评估报告。						2分，未达到不得分
		2、有年度外包业务管理的内部审计报告。						1分，未达到不得分
3、持续改进有成效，符合外包业务管理要求。								
6-9-10 基本建设 规划管理和 制度建设。	6-9-10-1 医院基本建设有经过论证和政府或上级主管部门批准的总体规划，总体规划正在计划实施中。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”			
		1、医院基本建设总体规划符合医院发展思路和发展目标。						
		2、医院总体规划经过各方面专家论证并切实可行。						
	符合“C”，并：	B	查看文件	5分，未达到不得分				
	1、医院基本建设总体规划得到政府或上级主管部门的批准。							
	符合“B”，并：	A	查阅资料，查看现场	5分，未达到不得分				
1、医院在建基本建设项目符合总体规划。								
6-9-10-2 基本建设管理组织机构健全，规章制度完善，管理职责明确。	各项指标符合要求：	C	查看资料	任何一项指标未达到，不得“C”				
1、基本建设管理组织机构健全，有完善的规章制度，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)，基建管理岗位明确，分工合理。								

		2、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。			
		符合“C”，并：	B	查看资料	2.5分，未达到不得分
		1、基本建设管理人员有定期学习和培训活动。			2.5分，未达到不得分
		2、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。	A	查看资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，符合基建工作的要求。			

6-10 医学装备管理

项 目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-10-1 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，建立和完善医学装备管理部门，人员配置合理，制订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。	6-10-1-1 建立和完善医学装备管理体系、医学装备管理制度和岗位职责。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场考核两名相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、建立医学装备三级管理体系，设立由院领导负责的医疗器械管理委员会，承担指导医疗器械临床使用管理和监督工作。委员会由医疗行政管理、医学工程、临床医学及护理、医院感染管理部门、医保、信息等专业人员组成，明确各部门及人员责任。负责对医院医学装备发展规划、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，有记录。			
		2、医学装备管理部门根据医院功能和任务需求，配备专人管理。			
		3、遵循“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则，制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责，并执行。			
		4、配置合理维修人员和维修场地，涉及有毒有害作业应有合适的维修场所和有效防护；			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、职能部门对医学装备委员会工作计划进展和人员管理有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，医学装备发展规划落实到位。			

6-10-1-2 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，制订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。	各项指标符合要求： 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。 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。 3、医学装备使用部门设专职或兼职管理人员。医学装备使用人员有培训和考核，合格后方可上岗操作。	符合“C”，并：	C	查阅资料、台帐，人员资质，培训记录；现场考核两名相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”				
						符合“B”，并：	B	查阅资料、台帐、人员资质；现场考核两名相关人员	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，台帐	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分				
						符合“B”，并：	A	查阅资料，台帐	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，台帐	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分				
						符合“B”，并：	A	查阅资料，台帐	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
符合“B”，并：	A	查阅资料，台帐	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分						

6-10-2 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。	6-10-2-1 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。	各项指标符合要求： 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。 2、有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。 3、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。 4、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。 5、甲乙类设备严格实行配置证管理制度。	C	查阅资料、台帐，人员 访谈	任何一项指标未达到，不 得“C”												
						C	查阅资料、台帐，人员 访谈	任何一项指标未达到，不 得“C”									
									C	查阅资料、台帐，人员 访谈	任何一项指标未达到，不 得“C”						
												C	查阅资料、台帐，人员 访谈	任何一项指标未达到，不 得“C”			
															C	查阅资料、台帐，人员 访谈	任何一项指标未达到，不 得“C”

		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐，人员访谈	
		1、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。			2.5分，未达到不得分
		2、医学装备管理部门对医学装备配置、审计结果、分析报告有监管，提出改进建议，及时报送医学装备委员会。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，台帐	
		1、持续改进有成效，医学装备管理工作得到落实。			5分，未达到不得分
6-10-3 按照患者安全管理目标和医疗核心制度要求，加强医学装备安全管理，对医疗器械临床使用安全控制与风险管理有明确的工作制度和流程，建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	6-10-3-1 按照患者安全管理目标和医疗核心制度要求，有医学装备临床使用安全控制与风险管理、医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度和流程。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场考核两名相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、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。			
		2、有医学装备质量保障要求，如：操作开机自检，医学装备计（剂）量准确、安全防护、性能指标符合要求。对暂停或终止使用的高风险器械有记录。			
		3、有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。			
		4、临床及医技科室使用部门与医学装备管理部门人员知晓上述要求。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐，人员访谈		
	1、使用部门和医学装备管理部门对医学装备、医疗器械安全管理有自查，有风险程度分析和使用情况的分析，有记录。			2.5分，未达到不得分	
	2、职能部门有监管、分析、反馈。			2.5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：	A	查阅资料，台帐		
	1、持续改进有成效，医学装备安全管理措施到位，保障临床工作安全使用。			5分，未达到不得分	
6-10-3-2 放射等医学装备相关机房环境安全符合要求。	各项指标符合要求：	1、放射等医学装备的机房设计、建设、防护装修和设施符合安全、环保等有关要求。	C	查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、机房显著位置有规范的警示标志。			
		3、医学装备管理部门与机房的工作人员知晓防护有关要求和措施。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、监测	

		1、医学装备管理部门对机房环境有自查和监测，并有记录。	A	报告，人员访谈	2.5 分，未达到不得分	
		2、职能部门有检查与监管。			2.5 分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
		1、持续改进有成效，机房安全管理措施落实到位。			5 分，未达到不得分	
	6-10-3-3 加强特种设备和特殊医学装备安全管理。	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、高压容器等特种设备和放射装置等特殊医学装备具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明。				
		2、特种设备和特殊医学装备管理人员与操作人员经过培训，具有上岗资格。				
		3、放射与放疗等医学装备相关机房环境安全符合要求。医学装备管理部门对机房环境有自查和监测，并有记录。				
		符合“C”，并：		B	查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈	2.5 分，未达到不得分
		1、医学装备管理部门对特殊装备定期自查和监测，有记录。				2.5 分，未达到不得分
		2、医学装备管理部门有检查、分析、反馈。		A	查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：				
	1、持续改进有成效，特种设备和特殊医学装备安全措施得到有效落实。					
	6-10-3-4 定期校正放射诊疗设备及其相关设备，技术指标、安全和防护性能符合有关标准与要求。	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
1、有放射和诊断影像设备的管理制度，并落实。						
2、定期检查、维护、校准和监测，有记录。						
3、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。						
符合“C”，并：		B	查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈	2.5 分，未达到不得分		
1、使用科室对放射诊疗设备使用情况有自查。				2.5 分，未达到不得分		
2、职能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。		A	查阅资料、台帐、监测报告，人员访谈	5 分，未达到不得分		
符合“B”，并：						
1、持续改进有成效，所有放射诊疗设备监测均符合要求。						
6-10-3-5 加强计	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐、监测		

	量设备检测管理。	1、有计量设备监测管理的相关制度，并落实。		报告，现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		3、经检测的计量器具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。			
		4、相关人员知晓上述内容。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、监测报告，现场查看，人员访谈	2.5分，未达到不得分
		1、使用科室对计量设备使用情况有自查，有记录。			2.5分，未达到不得分
		2、医学装备管理部门对计量设备定期自查和监测，有记录。	A	查阅资料、台帐、监测报告，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，计量设备使用均符合规范。					
6-10-4 加强医疗仪器设备使用人员的操作培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	6-10-4-1 建立医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度，职能部门加强监管，提供咨询服务与技术指导。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、培训记录，现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		2、医学装备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。			
		3、有医疗设备操作手册并随设备存放，方便查阅。	B	查阅资料、台帐、培训记录，人员访谈	2.5分，未达到不得分
		4、对设备操作人员的培训情况有考核，并有记录。			2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：	A	查阅资料、台帐、培训记录，人员访谈	5分，未达到不得分
		1、科室对培训情况和效果有自查。			
2、职能部门有检查、分析、反馈。					
符合“B”，并：					
1、持续改进有成效，全员仪器设备使用人员操作和维护规范。					
6-10-5 建立保	6-10-5-1 建立保障	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场	

障医学装备处于完好状态的制度与规范，应用信息化技术实施医学装备可视化、全流程的管理，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。	医学装备处于完好状态的制度与规范，应用信息化技术实施医学装备全流程的管理，急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，逐步建立全院应急调配机制。	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。		查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
		2、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。				
		3、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。				
		4、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、加培训、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。				
		符合“C”，并：				
		6-10-5-2 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。	1、医学装备部门对医学装备重大故障维修情况有分析报告。	B	查阅资料、台帐，现场查看，人员访谈	2.5分，未达到不得分
			2、职能部门根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施。			
			符合“B”，并：			
			1、持续改进有成效，全院医学装备实现全生命周期信息化管理且管理规范，满足临床使用需求。			
		6-10-5-2 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场查看，抽查设备状态	任何一项指标未达到，不得“C”
			1、有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。			
			2、各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。			
			符合“C”，并：			
			1、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实时监管。			
			符合“B”，并：			
	6-10-5-3 建立全院保障装备应急调配机制。	1、持续改进有成效，急救类、生命支持类装备完好率 100%。	A	查阅资料、台帐，现场查看，抽查设备状态	5分，未达到不得分	
		各项指标符合要求：				
		1、有医学装备日常管理工作和意外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。				
	6-10-5-3 建立全院保障装备应急调配机制。	2、优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。	C	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”	
		3、医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。				

		符合“C”，并： 1、职能部门对医学装备应急调配有演练和监管。	B	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，全院医学装备应急调配有保障。	A	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	5分，未达到不得分
6-10-6 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。	6-10-6-1 依据国家相关规定，加强高值医用耗材、一次性使用的无菌器械和其他医用耗材的管理。	各项指标符合要求： 1、依据国家相关规定制订高值医用耗材、一次性使用的无菌器械及其他医用耗材管理制度及实施细则，并执行。	C	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”
		2、有高值医用耗材临床应用遴选、采购、储存、使用、监测、评价、监督等管理的程序，并有记录。			
		3、有高值医用耗材使用程序与记录。			
		4、有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行。			
		符合“C”，并： 1、科室对高值医用耗材使用情况有自查。	B	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	2.5分，未达到不得分
		2、医学装备部门对高值医用耗材管理的全过程有检查、评估、分析、反馈。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，医用耗材实施全程管理，并符合相关要求。	A	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	5分，未达到不得分
		6-10-7 根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗卫生机构医学装备管理办法》和《医疗器械使用质量监督管理办法》，对医学装	6-10-7-1 按照三级管理体系，分别建立全院性、医学装备部门以及临床使用科室的医学装备质量与安全管理组织。	各项指标符合要求：	C
1、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。					
2、从事医学装备质量和安全管理员工接受医学装备质量管理基本知识和基本技能培训与教育。					
3、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。					

备使用质量管理的要求，落实医学装备全面质量管理与改进制度。		4、有医疗设备使用不良事件报告与监测管理流程并执行。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	5分，未达到不得分
		1、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。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，医学装备管理规范、使用科室满意度不断提高。					
6-11 院务公开管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-11-1 按照国家有关规定，医院向社会及员工公开信息。	6-11-1-1 医院有向社会及员工公开信息管理部门、工作制度与程序。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1、(不删除，保留)有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。			
		2、有院务公开工作制度与流程，有公开内容、形式、程序和时限。			
		3、院务公开形式多样，方便社会与员工获取相关信息。			
		4、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。	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对公开的信息进行监管，及时更新相关信息。			
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效，社会和员工对公开方式与公开内容满意。					
6-12 医院社会评价					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-12-1 按照患者的服务流程，	6-12-1-1 按照患者的服务流程，设计	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不
		1、建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动，确保社会评价结果的			

社会及其要求 满足程度的感 受,设计与确定 医院社会满意 度测评指标体 系,实施社会评 价活动。	与确定医院社会满 意度测评指标体 系,实施社会评价 活动。	客观公正。			得“C”
		2、有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度与流程,且有多种 渠道。			
		符合“C”,并:	B	阅资料、台帐,人员访 谈	5分,未达到不得分
		1、职能部门对所收集的意见、建议和社会评价活动结果进行分析和反馈,有 持续改进措施并得到落实。			
		符合“B”,并:	A	查阅省或所在市第三 方满意度调查结果	5分,未达到不得分
		1、持续改进有效,不断提高满意度,患者满意度高于全省平均值。			
6-13 应急管理					
项 目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-13-1 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。	6-13-1-1 建立健 全医院应急管理组 织和应急指挥系 统,负责医院应急 管理工作。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐;人员 访谈;现场追踪访视	任何一项指标未达到,不 得“C”
		1、有医院应急指挥系统,院长是医院应急管理的第一责任人。			
		2、有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。			
		3、医院总值班有应急管理的明确职责和流程。			
		4、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。			
		5、相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。			
		6、有信息报告和信息发布相关制度。			
		符合“C”,并:	B	查阅资料、台帐;人员 访谈;现场追踪访视	5分,未达到不得分
1、职能部门对应急管理有检查与监管。	A	查阅资料、台帐;人员 访谈;现场追踪访视	5分,未达到不得分		
符合“B”,并:					
1、持续改进有成效,应急管理责任落实到位。					
6-13-2 明确医 院需要应对的 主要突发事件	6-13-2-1 开展灾 害脆弱性分析,明 确医院需要应对的	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐;人员 访谈;现场追踪访视	任何一项指标未达到,不 得“C”
		1、在灾害脆弱性分析报告,制定医院应对各类突发事件的总体预案和部门预 案,明确各个部门及相关人员职责以及应急反应行动的程序。			

策略,制定和完善各类应急预案,提高快速反应能力。	主要突发事件及应对策略。	符合“C”,并:	B	查阅资料、台账,人员访谈	5分,未达到不得分	
		1、职能部门定期进行灾害脆弱性分析、评估,有监管。				
		符合“B”,并:	A	查阅资料、台账;人员访谈;现场追踪访视	5分,未达到不得分	
		1、持续改进有成效,及时完善应急预案和调整应对策略。				
6-13-3 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。	6-13-3-1 开展全员应急培训和演练,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账;人员访谈;现场追踪访视,不应急考核	任何一项指标未达到,不得“C”	
		1、医院有应急技能培训及考核计划,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,组织考核。				
		2、各科室(部门)每年至少组织一次系统的应急演练。				
		3、开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。				
		4、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。				
		5、相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。				
	符合“C”,并:	B	查阅资料、台账;人员访谈;现场追踪访视	5分,未达到不得分		
	1、职能部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管。					
	符合“B”,并:	A	查阅资料、台账;人员访谈;现场追踪访视	5分,未达到不得分		
	1、持续改进有成效,医院应急能力不断提升。					
	6-13-3-2 医院有停电事件的应急对策。	各项指标符合要求:	1、医院有停电的总体对策,职能部门及重点科室有应急预案。	C	现场查看,查阅台账、资料,追踪访视	任何一项指标未达到,不得“C”
			2、明确应急供电范围、实施应急供电的演练,确保手术室、ICU等主要场所应急用电。			
3、员工知晓停电时的对策程序。						
4、供电部门24小时值班制,有完整的交接班记录。有停电及应急处理的完整记录,记录时间精确到分,有处理人员的签名。						
符合“C”,并:						
1、对本院备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。		B	现场查看,查阅台账、资料,追踪访视	2分,未达到不得分		
2、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。					
		3、职能部门定期检查与监管。			1分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视			
		1、持续改进有成效，停电应急管理工作落实到位，预案有可操作性。			5分，未达到不得分		
6-13-4 合理进行应急物资和设备储备。	6-13-4-1 制定应急物资和设备储备计划，且有严格的管理制度及审批程序，有适量应急物资储备，有对应应急物设备短缺的紧急供应渠道。	各项指标符合要求：	C	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1、有应急物资和设备的储备计划与紧急供应保障措施。					
		2、有应急物资和设备的管理制度、审批程序。					
				3、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。			
				符合“C”，并：	B	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视	
				1、职能部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视			
		1、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。			5分，未达到不得分		

第七章 口腔医院质量监测指标

一、概述

（一）指标内容界定与分类：

医院管理统计指标是以定量的方式,反映医院管理现象总体发展水平概念与范畴,说明总体现象综合数量特征的具体数值。本章医院管理统计指标根据指标的性质与特性进行了适当分类,指标共分为医院基本信息、运行指标、质量管理指标以及病种管理四大类,适用于口腔专科医院。

（二）统计指标来源：

本章医院管理统计指标是按照口腔专科医院功能任务,选用我国卫生行政管理部门公布的相关统计指标进行评价,统计指标来源如下: 1. 国家卫生计生委,卫统表 1-1,医院基本运行情况表
2. 国家卫生计生委,卫统表 4-1,住院病历首页
3. 口腔医院评审标准,卫医管发(2012)16号
4. 麻醉专业质量指标(2015年版)国卫办医函(2015)252
5. 重症医学专业质量指标(2015年版)国卫办医函(2015)252号
6. 急诊专业质量指标(2015年版)国卫办医函(2015)252号
7. 临床检验专业质量指标(2015年版)国卫办医函(2015)252号
8. 病理专业质量指标(2015年版)国卫办医函(2015)252号
9. 医院感染管理质量指标(2015年版)国卫办医函(2015)252号
10. 重症医学专业质量指标(2015版)国卫办医函(2015)252号

（三）数据采集与应用：

本章涉及医疗、病种统计指标采集目前均是通过《住院病案首页》采集或通过数据挖掘技术获得。鉴于目前国内医院管理数据无统一要求,故部分指标医院信息管理系统无法获取,医院还需结合医院实际情况,研究获得指标数据的最佳方法与途径,并根据数据信息产生过程与流向合理建立相应分类数据库才能获得。

鉴于部分指标的性质和能充分利用指标的应用价值,指标监测单位分为医院部门和科室两个层面,在表格中均有提示。医院各部门与科室应按照相关条款要求,再结合表格中指定的指标监测单位与具体指标类别进行指标监测和分析,并用于医院管理工作中。

医院管理统计指标按每季、每年进行统计分析。

二、医院基本信息

医院基本信息是特指医院内各类与医院服务有关的统计数据。定期分析评价相关数据，对医院合理配置人力、物力和医疗卫生资源利用，保障医院服务，最大限度地向社会提供优质高效的医疗服务均具有重要的现实意义。包括：资源配置、人力资源、科研成果、临床教学与患者诊治费。

项目类别	指标名称	指标监测单位
资源配置	医院医用建筑面积 其中：医院医用建筑面积（业务用房面积）（平方米）	医院层面
	编制床位数量（核定床位） 实有床位数量（实际开放床位） 其中：特需服务床位 急诊留观床位 重症医学科实际开放床位（可选）	
	编制牙椅数量（核定椅位） 实有牙椅数量（实际开放椅位） 其中：特需服务椅位 急诊椅位	
	特需医疗服务占比	
人力资源	在编人数 在岗职工数（全院员工总数） 卫生技术人员数（医师数、护理人员数、医技人数） 卫生技术人员职称构成比 麻醉人员职称构成比 药学专业技术人员构成比 急诊科固定的医师、护理人员占比	医院层面

	每百张病床药师人数 麻醉、儿童口腔科、病理医师占比 医护比	
科研成果 (评审前五年)	国内论文数 ISSN、国内论文数及被引用数次(以中国科技核心期刊发布信息为准)、SCI 收录论文数/每 50 张开放床位/每百张开放牙椅位	医院层面
	承担与完成国家科研课题数/每 50 张开放床位/每百张开放牙椅位、承担与完成省级科研课题数/每 50 张开放床位/每百张开放牙椅位	
	获得国家科研基金额度每 50 张开放床位/每百张开放牙椅位、获得省级科研基金额度每 50 张开放床位/每百张开放牙椅位	
	省部级及以上科技进步奖及新技术引进奖	
临床教学 (评审前五年)	是否为行政部门确定的住院医师规范化培训基地医院 主编高等学校教材(教科书)数(本) 国家级临床医学中心数(个) 国家临床重点专科数(个) 国家级临床重点学科数(个) 省级临床重点专科数(个) 省医学重点学科数(个) 国家级质量控制中心数(个) 省级质量控制中心数(个) 国家药物临床试验机构(基地)数 国家级或省级的实验室数	医院层面
患者诊治费	每门诊人次费用(元) 其中:药费(元) 每住院人次费用(元)	医院层面

	其中：药费（元）	
	医疗收入增幅	
	门诊次均费用增幅	
	门诊次均药品费用增幅	
	住院次均费用增幅	
	住院次均药品费用增幅	

三、运行指标

医院运行指标是医院营运活动后产生的结果。运行指标的监测分析、比较对提高医院经济管理水平，增强医疗服务能力，走优质、高效、低耗的可持续发展之路具有十分重要的意义。运行指标包括：工作负荷、工作效率、资产运营、DRGs（诊断相关分组）评价。

项目类别	指标名称	
工作负荷	年门诊人次	
	健康体检人次	
	年急诊人次	
	留观人次	
	年住院患者入院例数	
	出院患者实际占用总床日	
	年住院患者出院例数	
	年住院手术例数 其中：三级手术人次数 四级手术人次数	
	年门诊手术例数	
	年日间手术例数	
	危重抢救例数	
	工作效率	出院患者平均住院日
		平均每张床位工作日
床位使用率（%）、椅位使用率（%）		
床位周转次数		
资产运营	净资产 其中：事业基金	

	专用基金
	流动比率（流动资产/流动负债）
	速动比率（速动资产/流动负债）
	医疗收入/百元固定资产
	业务支出/百元业务收入
	资产负债率
	医疗收入中药品收入比率
	医疗收入中医用材料收入比率
	门诊收入占医疗收入比例
	门诊收入中来自医保基金的比例
	住院收入占医疗收入比例
	住院收入中来自医保基金的比例
	医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例
	人员支出占业务支出比重
	收支结余

四、质量管理指标

DRGs（诊断相关分组）评价	DRGs 组数
	CMI 值（病例组合指数）
	时间效率指数
	费用效率指数
	低风险组死亡率
	DRGs 总权重
	病种平均住院日(排名前10病种)
	住院时间超过 30 天出院人数

建立科学的医疗质量评价指标是实施医疗机构科学评价的基础。通过持续性的医疗质量评价监测，可以对医疗机构质量管理过程进行追踪评价，运用基于客观衡量数值的定量指标，对医院过程质量和结果质量进行评价是促进医疗质量持续改进的重要手段。

根据医院管理的实际情况、指标产生范围及指标可及性，本质量管理指标群由基本监测指标、患者安全管理、疾病或手术管理、医院感染管理、药事管理监测、临床路径管理、专科质量控制指标、输血科（或血库）的指标（见下表）组成。此分类目的主要是便于实际操作。

指标类别		指标名称
基本监测指标	非手术患者	住院患者总例数、死亡例数、当日再住院例数、平均住院日与住院费用
	手术（或操作）患者	总台次、死亡例数、术后非预期再手术例数、非计划再次手术、术前住院日与住院费用
患者安全管理	住院患者	住院患者当天出院再住院率患者出院 2-31 天内再住院率
	非手术患者并发症	肺部感染、压疮发生、跌倒/坠床发生、人工气道意外脱出例数
	手术（或操作）患者相关术后并发症	手术患者术后并发症的总例数、择期手术后、急诊手术后及围手术期手术后并发症总例数，包括：伤口裂开、手术过程中异物遗留、医源性气胸、医源性意外穿刺伤或撕裂伤、肺部感染、肺栓塞、深静脉血栓发生例数、出血或血肿、生理与代谢紊乱、呼吸衰竭、败血症等
		根管治疗断针发生例数、治疗牙位错误发生例数、误吞或误吸异物发生例数、种植体脱落发生例数、门诊手术并发症、口腔软组织损伤发生例数
信息上报	不良事件上报例数、输血反应发生例数、输液反应发生例数	
疾病或手术管理	代表性（重点）病种	代表性疾病（重点）的总例数、死亡例数、再住院例数、平均住院日与住院费用， 肺部感染、压疮发生、跌倒/坠床发生等并发症
	代表性（重点）手术或操作	代表性（重点）手术或操作的总台次、死亡例数、术前住院日、住院日与住院费用、手术后并发症例数、非计划再次手术
医院感染管理		医院感染发病（例次）率
		医院感染现患（例次）率

	医院感染病例漏报率
	多重耐药菌感染发现率
	多重耐药菌感染检出率
	医务人员手卫生依从率
	住院患者抗菌药物使用率
	抗菌药物治疗前病原学送检率
	I 类切口手术部位感染率
	I 类切口手术抗菌药物预防使用率
	呼吸机相关肺炎发病率 (‰)
	留置导尿管相关泌尿系感染发病率 (‰)
	血管导管相关血流感染率 (‰)

药事管理监测	抗菌药物处方数/每百张门诊处方 (%)
	注射剂处方数/每百张门诊处方 (%)
	药费收入占医疗总收入比重 (%)
	抗菌药物占西药出库总金额比重 (%)
	常用抗菌药物种类与可提供药敏试验种类比例 (%)
	药物不良反应例数

临床路径管理	医院临床路径总病种数
	医院临床路径总入组例数、入组后完成例数、平均住院日、平均住院费用、死亡率
	各病种临床路径入组例数、入组后完成例数、平均住院日、平均住院费用、死亡率
输血科（或血库）指标	自体输血比率
	成份输血比率
	室内质控项目开展率
	室内质控项目数
	室间质评合格率

口腔专科类别医疗质量控制指标 9 个指标	门诊病人数
	门诊病历书写合格率（%）
	处方合格率（%）
	口腔诊疗器械消毒或灭菌执行率（%）
	门诊患者抗菌药物处方比例（%）
	入出院诊断符合率（%）
	手术前后诊断符合率（%）

	无菌手术切口甲级愈合率 (%)
	出院病人数
牙体牙髓病科医疗质量控制指标 1 个指标	根管治疗合格率 (%)
儿童口腔科医疗质量控制指标 1 个指标	乳牙根管治疗合格率 (%)
牙周病科医疗质量控制指标 4 个指标	牙周炎治疗例数
	牙周炎根面平整例数
	牙龈炎治疗例数
	牙龈炎治疗好转例数
口腔黏膜病科医疗质量控制指标 2 个指标	口腔扁平苔藓治疗例数
	口腔扁平苔藓治疗好转例数
口腔颌面外科医疗质量控制指标 3 个指标	术后非计划再手术例数
	拔牙后出血率 (%)
	拔牙后干槽率 (%)
修复科医疗质量控制指标	义齿返工率 (%)

3 个指标	义齿基牙预备数
	义齿基牙预备合格数
正畸科医疗质量控制指标 2 个指标	正畸治疗计划与实际完成符合率 (%)
	正畸医疗文件完整率 (%)
放射科医疗质量控制指标 1 个指标	牙片甲片率 (%)

病理专业医疗质量控制指标 (2015 年版, 国卫办医函 (2015) 252 号) 13个指标	每百张病床病理医师数
	每百张病床病理技术人员数
	标本规范化固定率 (%)
	HE染色切片优良率 (%)
	免疫组化染色切片优良率 (%)
	术中快速病理诊断及时率 (%)
	组织病理诊断及时率 (%)
	细胞病理诊断及时率 (%)
	各项分子病理检测室内质控合格率 (%)
	免疫组化染色室间质评合格率 (%)
	各项分子病理室间质评合格率 (%)

	细胞学病理诊断质控符合率 (%)
	术中快速诊断与石蜡诊断符合率 (%)

临床检验专业医疗质量控制指标 (2015 年版, 国卫办医函 (2015) 252 号) 15个指标	标本类型错误率
	标本容器错误率
	标本采集量错误率
	血培养污染率
	抗凝标本凝集率
	检验前周转时间中位数
	室内质控项目开展率
	室内质控项目变异系数不合格率
	室间质评项目参加率
	室间质评项目不合格率
	实验室间比对率 (用于无室间质评计划检验项目)
	实验室内周转时间中位数
	检验报告不正确率
	危急值通报率
	危急值通报及时率

<p>麻醉专业医疗质量控制指标（2015年版，国卫办医函〔2015〕252号）</p> <p>17个指标</p>	麻醉科医患比
	各ASA分级麻醉患者比例
	急诊非择期麻醉比例
	各类麻醉方式比例
	麻醉开始后手术取消率
	麻醉后监测治疗室（PACU）转出延迟率
	PACU入室低体温率
	非计划转入ICU率
	非计划二次气管插管率
	麻醉开始后24小时内死亡率
	麻醉开始后24小时内心跳骤停率
	术中自体血输注率
	麻醉期间严重过敏反应发生率
	椎管内麻醉后严重神经并发症发生率
	中心静脉穿刺严重并发症发生率
	全麻气管插管拔管后声音嘶哑发生率
	麻醉后新发昏迷发生率

	ICU患者收治率和ICU患者收治床日率
	急性生理与慢性健康评分（APACHE II评分）≥15分患者收治率（入ICU24小时内）

重症医学专业医疗质量控制指标 (2015 年版, 国卫办医函 (2015) 252 号) 15个指标	感染性休克3h集束化治疗 (bundle) 完成率
	感染性休克6h集束化治疗 (bundle) 完成率
	ICU抗菌药物治疗前病原学送检率
	ICU深静脉血栓 (DVT) 预防率
	ICU患者预计病死率
	ICU患者标化病死指数 (Standardized Mortality Ratio)
	ICU非计划气管插管拔管率
	ICU气管插管拔管后48h内再插管率
	非计划转入ICU率
	转出ICU后48h内重返率
	ICU呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发病率
	ICU血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发病率
	ICU导尿管相关泌尿系感染 (CAUTI) 发病率

五、疾病病种管理

三级口腔医院应有病种质量管理。病种质量管理是以病种为管理单元，是全过程的质量管理，可以进行纵向（医院内部）和横向（医院之间）比较，在诊断、治疗、转归方面具有共性，某些具有医疗质量特性的统计指标可用于进行质量管理评价。针对三级口腔专科医院包括：七类住院重点病种、七类住院重点手术或操作、门诊重点病种、门诊重点技术与操作、特定（单）病种质量监测、限制类医疗技术等医院统计病种。

1. 疾病相关指标(七类代表性疾病)

住院：按每季、每年，统计每种病种期内总例数、死亡例数、15 日内再住院率、31 日内再住院率、平均住院日和病种次均费用等监测指标，了解住院患者医疗质量的总体情况。分母：全部因某疾病出院总例数。

分子（符合分母的标准，且符合以下一项者）：①某病种的“死亡”出院患者；②属于同一疾病出院后当天、2-15 天与 16-31 天内再住院患者。

门诊：门诊重点疾病总例数、再就诊例数

2. 手术相关指标(七类代表性手术)

住院：按每季、每年，统计每类手术总例数、死亡率、术后非预期的重返手术室再手术率两项监测指标、平均住院日、术前平均住院日、次均住院费用、药品占住院费用比和耗材占住院费用比，了解住院患者重点手术治疗质量的总体情况。

分母：特定手术例数。

分子（符合分母，且符合以下一项者）：①死亡例数；②术后非预期的重返手术室再手术数。

门诊：门诊重点手术与操作总例数、再治疗例数

（一）七类住院重点病种

疾病名称	编码范围
1. 先天性唇裂	主要诊断 ICD-10 编码：Q36
2. 腮腺浅叶多形性腺瘤	主要诊断 ICD-10 编码：D11.001， 形态学编码 M8940/0
3. 舌癌	主要诊断 ICD-10 编码：C01-C02
4. 牙颌面畸形	主要诊断 ICD-10 编码：K07
5. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	主要诊断 ICD-10 编码：G47.302
6. 上颌骨骨折	主要诊断 ICD-10 编码：S02.4
7. 口腔颌面部间隙感染	主要诊断 ICD-10 编码：K12.2

（二）七类住院重点手术或操作

手术及操作名称	编码范围
1. 唇裂修复术	ICD-9-CM-3 编码：27.54

2. 腮腺肿物及浅叶切除+面神经解剖术	ICD-9-CM-3 编码: 26.29/26.31 + 04.04	
3. 舌癌扩大切除术+颈淋巴清扫术	ICD-9-CM-3 编码: 25.3/25.4+40.3/40.4	
4. 口腔颌面部肿瘤切除整复术	ICD-9-CM-3 编码: 25.59, 27.55-27.59, 27.69-27.99, 76.43-76.44, 86.74,	
5. 牙颌面畸形矫正术	ICD-9-CM-3 编码: 76.6	
6. 放射性粒子组织间植入术	ICD-9-CM-3 编码: 92.27	
7. 恶性肿瘤根治术, 伴ICD-9-CM-3 “某器官全切除术”、或大部分(或部分)切除术	主要诊断 ICD-10 编码: C00-C14 伴 ICD-9-CM-3 编码: 21-29, 76 的“某器官全切除术”、或大部分(或部分)切除术	

(三) 门诊重点病种

疾病名称	编码范围	
1. 颞下颌关节紊乱病	门急诊诊断 ICD-10 编码: K07.6	
2. 三叉神经痛	门急诊诊断 ICD-10 编码: G50.0	
3. 下颌第三磨牙阻生	门急诊诊断 ICD-10 编码: K01.1	
4. 急性牙髓炎	门急诊诊断 ICD-10 编码: K04.0	
5. 慢性根尖周炎	门急诊诊断 ICD-10 编码: K04.5	
6. 慢性牙周炎(中重度)	门急诊诊断 ICD-10 编码: K05.3	
7. 年轻恒牙牙齿外伤	门急诊诊断 ICD-10 编码: K08.1	

8. 口腔扁平苔藓	门急诊诊断 ICD-10 编码:L43.9	
9. 牙列缺损	门急诊诊断 ICD-10 编码:K08.1	
10. 牙列缺失	门急诊诊断 ICD-10 编码:K08.1	
11. 骨性类畸形（矢向骨性错位）	门急诊诊断 ICD-10 编码: K07	
12. 深覆（Ⅲ°）	门急诊诊断 ICD-10 编码: K07.2	

（四）门诊重点技术与操作

技术与操作名称	编码范围	
1. 三叉神经半月节射频温控热凝术	ICD-9-CM-3 编码:04.2	
2. 阻生牙拔除术	ICD-9-CM-3 编码:23.19	
3. 显微根管治疗术	ICD-9-CM-3 编码: 23.7	
4. 根管再治疗术	ICD-9-CM-3 编码: 23.7	
5. 慢性牙周炎的系统治疗	ICD-9-CM-3 编码: 96	
6. 年轻恒牙牙外伤治疗术	ICD-9-CM-3 编码: 23.2/23.7/23.3/23.4/23.5	
7. 镇静/ 全身麻醉下儿童牙病治疗术	ICD-9-CM-3 编码: 94.32/23.7/23.2/23.4	
8. 全瓷冠修复技术	ICD-9-CM-3 编码: 23.41	

9. 牙列缺失 ICD-10:K08.1 行全口义齿修复技术	ICD-9-CM-3 编码:23.3	
10. 牙列缺损 ICD-10:K08.1 行磁性固位体义齿修复技术	ICD-9-CM-3 编码: 23.3	
11. 矢向骨性错(骨性II类、骨性III类)的矫治技术	ICD-9-CM-3 编码: 24.7	
12. 垂直向骨性错(III°深覆/开)的矫治技术	ICD-9-CM-3 编码: 24.7	
13. 中重度牙槽骨缺损自体块状骨植骨重建术	ICD-9-CM-3 编码: 76.91	

(五) 特定(单)病种质量监测

特定(单)病种	病种质量控制指标
1. 唇裂修复术质量监测指标	<ul style="list-style-type: none"> (1) 唇裂病情评估分类。 (2) 手术方案选择。 (3) 预防性抗菌药物选择与应用时机。 (4) 手术后并发症治疗。 (5) 健康教育。 (6) 切口甲级愈合。 (7) 住院日与住院总费用
2. 舌癌手术质量监测指标	<ul style="list-style-type: none"> (1) TNM 分期与评估。 (2) 手术方案选择。 (3) 预防性抗菌药物选择与应用时机。 (4) 手术后并发症治疗。

	<p>(5) 输血量。</p> <p>(6) 健康教育。</p> <p>(7) 切口甲级愈合。</p> <p>(8) 住院日与住院总费用。适用病种与 ICD-10 编码</p> <p>舌癌 ICD-10: C01-C02</p> <p>适用手术与 ICD-9-CM-3 编码: 舌部分切除术 ICD-9-CM-3: 25.2 舌全部切除术 ICD-9-CM-3: 25.3</p> <p>根治性舌切除术 ICD-9-CM-3: 25.4</p> <p>颈淋巴结根治性切除术 ICD-9-CM-3: 40.4</p>
<p>3. 腮腺多形性腺瘤摘除术质量监测指标</p>	<p>(1) 腺瘤部位与手术选择。</p> <p>(2) 预防性抗菌药物选择与应用时机。</p> <p>(3) 手术前与手术后病理诊断符合。</p> <p>(4) 术后面神经功能评估。</p> <p>(5) 输血量。</p> <p>(6) 手术后并发症治疗。</p> <p>(7) 健康教育。</p> <p>(8) 切口甲级愈合。</p> <p>(9) 住院日与住院总费用。适用病种与 ICD-10 编码</p>

（六）限制类医疗技术

1、国家卫健委公布的《限制临床应用的医疗技术（2015 版）》

序号	医疗技术项目名称
1	造血干细胞移植治疗技术
2	同种胰岛移植技术
3	同种异体运动系统结构性组织移植技术
4	同种异体角膜移植技术
5	同种异体皮肤移植技术
6	性别重置技术
7	质子和重离子加速器放射治疗技术
8	放射性粒子植入治疗技术
9	肿瘤深部热疗和全身热疗技术
10	肿瘤消融治疗技术
11	心室辅助技术
12	人工智能辅助诊断技术
13	人工智能辅助治疗技术
14	颅颌面畸形颅面外科矫治技术
15	口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术

2、江苏省限制临床应用的医疗技术目录（2017 版）

序号	医疗技术项目名称
1	心血管疾病介入诊疗技术
2	血液净化技术（含血液透析、血浆置换、腹膜透析等技术）
3	体表器官再造技术，含全鼻再造术、耳廓再造术、乳房再造术、指再造术（足趾游离移植法）、眼窝再造术等
4	白内障超声乳化技术
5	准分子激光角膜屈光手术
6	医用高压氧治疗技术
7	下颌角、下颌骨各型截骨术
8	游离皮瓣移植技术
9	人工肝支持系统
10	各型脊柱侧凸以及后突畸形的矫形手术
11	人工椎体植入手术
12	无抽搐性电休克治疗
13	自体造血干细胞移植
14	口腔颌面部软组织缺损游离瓣移植修复术
15	口腔颌面部骨缺损游离骨瓣移植修复术
16	全身麻醉技术
17	特殊类型神经阻滞治疗技术

18	经食道超声心动图监视技术
19	体外循环技术
20	纵膈肿物切除术
21	肺自体移植术
22	鞍区肿瘤切除术
23	全身高能 X 线（及钴 60 γ 线）照射技术
24	肉毒毒素注射技术
25	体外膜氧合技术（ECMO）
26	冠状动脉旁路移植术
27	单肺通气技术
28	人工耳蜗植入术
29	气管成形术
30	全喉切除术
31	脊髓型颈椎病治疗术
32	巨结肠根治术
33	胆道重建技术
34	基因芯片诊断技术
35	口腔种植诊疗技术

36	人工髋关节置换技术
37	人工膝关节置换技术
38	综合介入诊疗技术
39	外周血管介入诊疗技术
40	神经血管介入诊疗技术
41	呼吸内镜诊疗技术（三、四级）
42	消化内镜诊疗技术（三、四级）
43	普通外科内镜诊疗技术（三、四级）
44	泌尿外科内镜诊疗技术（三、四级）
45	妇科内镜诊疗技术（三、四级）
46	胸外科内镜诊疗技术（三、四级）
47	关节镜诊疗技术（三、四级）
48	脊柱内镜诊疗技术（三、四级）
49	儿科呼吸内镜诊疗技术（三、四级）
50	儿科消化内镜诊疗技术（三、四级）
51	小儿外科内镜诊疗技术（三、四级）
52	鼻科内镜诊疗技术（三、四级）
53	咽喉科内镜诊疗技术（三、四级）

六、合理用药监测指标

- (一) 围手术期使用预防性抗菌药物
- (二) 手术前期使用预防性抗菌药物选用符合规范
- (三) 预防性抗菌药物在手术前 0.5-2 小时内开始使用。
- (四) 手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml，术中可给予第二剂。
- (五) 择期手术在结束后 24、48、72 小时内停止预防性抗生素使用的时间。
- (六) 手术野皮肤准备与手术切口愈合。适用手术与操作 ICD-9-CM-3 编码：

手术与操作名称	编码范围
1. 上颌 Le Fort I 型截骨术+双侧下颌升支劈开截骨术	ICD-9-CM-3: 76.6+76.65
2. 颧成形术（颧前徙术）	ICD-9-CM-3:76.67-76.68
3. BSSRO（下颌前徙术）	ICD-9-CM-3:76.43
4. 上颌 Le Fort I 型截骨术+BSSRO（双颌前徙术）	ICD-9-CM-3:76.65
5. 下颌骨牵引成骨术	ICD-9-CM-3:76.65
6. 下颌前部截骨	ICD-9-CM-3:76.6
7. 舌骨下肌群切除悬吊术	ICD-9-CM-3: 25.59
8. 上颌骨骨折复位内固定术	ICD-9-CM-3:76.7
9. 牙齿复位或拔出	ICD-9-CM-3:76.77, 23.19
10. 牙弓夹板（或颌间螺钉）颌间固定	ICD-9-CM-3:76.78
11. 上颌骨骨折复位（Le Fort I 型复位、Le Fort II型复位、整体复位、分块复位）	ICD-9-CM-3:76.7
12. 上颌骨骨折固定	ICD-9-CM-3:76.7
13. 上颌骨骨折缺损植骨	ICD-9-CM-3:76.9
14. 口腔颌面部间隙感染脓肿切开引流	ICD-9-CM-3:27.0
15. 口腔颌面部肿瘤切除整复术	ICD-9-CM-3: 86.74
16. 上颌骨切除术+上颌骨缺损即刻修复重建术	ICD-9-CM-3: 76.44

17. 部分、次全上颌骨切除术+上颌骨缺损即刻修复重建术	ICD-9-CM-3: 76.39/76.46
18. 上颌骨全切除术+上颌骨缺损即刻修复重建术	ICD-9-CM-3: 76.44/76.43
19. 下颌骨切除术+下颌骨缺损即刻修复重建术	ICD-9-CM-3:76.4
20. 部分、次全下颌骨切除术+下颌骨缺损即刻修复重建术	ICD-9-CM-3: 76.31/76.43
21. 下颌骨全切除术+下颌骨缺损即刻修复重建术	ICD-9-CM-3: 76.42/76.43
22. 放射性粒子组织间植入术	ICD-9-CM-3: 92.27

以上数据中凡是涉及手术编码的均以国家卫生健康委医政医管局手术操作编码（ICD-9-CM-3）2017 维护版为准。凡是涉及疾病编码的均以国家卫生健康委医政医管局疾病分类编码 ICD-10(GB/T143g-z016)维护版为准。