

# 江苏省三级精神病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

第一章至第六章各章节的条款分布.....	7
（一）总体条款情况.....	7
（二）可选条款情况.....	8
（三）完全适用于精神病院的条款情况.....	9
第一章至第六章评审结果.....	10
第一章医院功能与任务.....	11
1-1 加强医院党的建设（公立医院必选）.....	11
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.....	13
1-3 依据医院的功能任务，确定医院的发展目标、中长期发展规划和年度计划.....	13
1-4 医院有承担符合医院功能和任务的基本规模、设施、设备.....	14
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.....	18
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.....	25
1-7 临床教育、科研及成果推广.....	26
1-8 看病就医流向分析，优化科室建设.....	28
第二章医院服务.....	29
2-1 门诊服务管理.....	29
2-2 预约诊疗服务.....	32
2-3 入院、出院、转科、转院服务流程管理.....	34

2-4 基本医疗保障服务管理.....	36
2-5 医患合法权益.....	37
2-6 投诉与医疗纠纷管理.....	42
2-7 就诊环境管理.....	44
2-8 医务社工和志愿者服务.....	46
第三章医疗技术应用及管理.....	47
3-1 依法依规开展医疗技术.....	47
3-2 医疗技术临床应用管理.....	48
3-3 医疗技术水平和服务能力.....	50
第四章医疗质量安全管理与持续改进.....	70
4-1 质量与安全管理组织.....	70
4-2 医疗质量管理与持续改进.....	72
4-3 临床路径与单病种质量管理与持续改进.....	76
4-4 住院诊疗管理与持续改进.....	77
4-5 病历（案）管理与持续改进.....	86
4-6 医院感染管理与持续改进.....	91
4-7 无抽搐电休克治疗（MECT）管理与持续改进.....	100
4-8 急诊管理与持续改进.....	103
4-9 康复治疗管理与持续改进.....	110
4-10 临床营养管理与持续改进.....	113
4-11 药事和药物使用管理与持续改进.....	115

4-12 临床检验管理与持续改进.....	129
4-13 医学影像管理与持续改进.....	139
4-14 司法精神医学服务管理与持续改进.....	144
4-15 其他特殊诊疗管理与持续改进：本标准用于心电图检查室、肌电图检查室、呼吸功能检查室、心电图检查室、内镜检查室、诊断核医学（放射性分析、体内检测）等.....	146
4-16 重症医学科管理与持续改进（有此科室的医院选用）.....	151
4-17 手术治疗管理与持续改进（有手术科室的医院选用）.....	152
4-18 麻醉管理与持续改进（有此科室的医院选用）.....	161
4-19 病理管理与持续改进（有此科室的医院选用）.....	169
4-20 输血管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）.....	179
4-21 疼痛诊疗管理与持续改进（开展此项业务的医院选用）.....	187
4-22 介入诊疗管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）.....	188
4-23 血液净化管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）.....	194
4-24 医用氧舱管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）.....	199
4-25 放射治疗管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）.....	204
4-26 肿瘤科管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）.....	208
4-27 感染性疾病管理与持续改进（有此科室的医院选用）.....	219
4-28 中医管理与持续改进（有此科室的医院选用）.....	223
第五章 护理质量安全管理与持续改进.....	226
5-1 护理垂直管理体系.....	226
5-2 护理人力资源管理.....	227

5-3 临床护理质量管理与改进.....	230
5-4 护理安全管理.....	234
5-5 特殊护理单元管理.....	237
第六章 医院管理.....	242
6-1 依法执业.....	242
6-2 明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制.....	245
6-3 人力资源管理.....	248
6-4 临床医学教育管理.....	252
6-5 科研管理.....	253
6-6 信息与图书管理.....	255
6-7 财务与价格管理.....	261
6-8 医德医风管理.....	266
6-9 后勤保障管理.....	268
6-10 医学装备管理.....	277
6-11 院务公开管理.....	284
6-12 医院社会评价.....	285
6-13 应急管理.....	285
第七章 医院管理统计指标.....	289
第一部分 医院基本信息.....	290
第二部分 运行指标.....	292
第三部分 质量管理指标.....	296

第四部分 疾病病种管理.....	303
一、精神科疾病病种管理.....	305
二、十七类代表性疾病（可选）.....	305
三、十八类代表性手术（可选）.....	307
四、特定病种（11个）（可选）.....	308
五、限制类医疗技术（可选）.....	314
（一）国家卫生健康委公布的《限制临床应用的医疗技术（2015版）》（可选）.....	314
（二）江苏省限制临床应用的医疗技术目录（2017版）（无抽搐性电休克治疗必选，其它可选）.....	315
六、江苏省日间手术病例统计范围（可选）.....	317

## 第一章至第六章各章节的条款分布

### (一) 总体条款情况

章		节	条	款
第一章	医院功能与任务	8	21	34
第二章	医院服务	8	36	40
第三章	医疗技术应用及管理	3	22	77
第四章	医疗质量安全管理与持续改进	28	142	306
第五章	护理质量安全管理与持续改进	5	19	24
第六章	医院管理	13	60	98
合计		65	300	579
第七章	医院管理统计指标	4	22	339

## (二) 可选条款情况

	章	节	条	款
第一章	医院功能与任务			
第二章	医院服务			
第三章	医疗技术应用及管理		3	34
第四章	医疗质量安全管理与持续改进	13	67	163
第五章	护理质量安全管理与持续改进		1	1
第六章	医院管理		1	1
	合计	13	72	199
第七章	医院管理统计指标		5	153



### (三) 完全适用于精神病院的条款情况

章		节	条	款
第一章	医院功能与任务	8	21	34
第二章	医院服务	8	36	40
第三章	医疗技术应用及管理	3	19	43
第四章	医疗质量安全管理与持续改进	15	75	143
第五章	护理质量安全管理与持续改进	5	18	23
第六章	医院管理	13	59	97
合计		52	228	380
第七章	医院管理统计指标	4	17	186

## 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	$\geq 95\%$	$\geq 65\%$	$\geq 25\%$
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	查看台帐、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、职工党建知识教育、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。					
符合“B”，并：	A	查看台帐、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	管理问责制。	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			

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。	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	查看台帐, 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	查看台帐, 人员访谈	5分, 未达到不得分	
	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。	C	查看台帐、资料(2个病区行政查房记录), 人员访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”	
	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:	B	查看台帐、资料, 人员访谈	5分, 未达到不得分		
1. 鼓励全体员工参与医院管理, 提出建议和意见。					
符合“B”, 并:	A	查看台帐、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 提升医院基层党建工作水平。	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。	C	查看文件、台帐、资料(5个左右支部), 人员访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”		
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:	B	查看台帐、资料	5分, 未达到不得分		
1. 党务部门对基层党组织各项工作有检查、有考核。					
符合“B”, 并:	A	查看台帐、资料			

		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。			5分，未达到不得分
<b>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。</b>					
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 贯彻落实现代医院管理制度。	1-2-1-1 科学制定并执行医院章程。	各项指标符合要求：	C	查阅医院章程	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 根据医院类型，按照相应程序制订医院章程。			
		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。	B	查看台帐、现场查看	2分，未达到不得分 3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1. 领导班子、各部门、科室等严格执行医院章程。 2. 职能部门对章程执行情况有检查、有监督、有反馈。			
符合“B”，并：	A	查看台帐、资料	5分，未达到不得分		
1. 能够根据职能部门反馈情况持续改进。					
<b>1-3 依据医院的功能任务，确定医院的发展目标、中长期发展规划和年度计划。</b>					
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、台帐	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、台帐	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： 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。	A	查看资料、台帐， 人员访谈	2.5分，未达到不得分  2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分					
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期规划，制定医院年度计划。	各项指标符合要求： 1. 根据医院发展规划制定年度目标和工作计划。 2. 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。 3. 各部门、科室根据医院年度工作目标制定年度计划。 4. 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。 5. 医院年度目标和工作计划经过职工代表大会讨论通过。	C	查看资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”					
		符合“C”，并： 1. 各部门管理人员、各科室负责人对医院的年度目标以及本部门、本科室的计划任务知晓率≥90%。 2. 定期组织对年度计划落实情况的督查，跟踪问题持续改进。				B	查看资料、台帐， 人员访谈	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分		
		符合“B”，并： 1. 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，向职工代表大会报告。 2. 年度计划任务完成并持续改进，持续完成规划目标。						A	查看资料、台帐	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		<b>1-4 医院有承担符合医院功能和任务的基本规模、设施、设备。</b>								
		<b>项目</b>				<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>
		1-4-1 医院有承担符合医院功能和任务	1-4-1-1 医院保持适度规模。	各项指标符合要求： 1. 医院符合卫生健康行政部门规定的三级精神病医院设置标准，执业满3年。	C	查阅医疗机构执业许可证、资料、	任何一项指标未达到，			

的规模、设施、设备。	2. 医院床位设置 $\geq 300$ 张。		台帐	不得“C”
	3. 医院有控制规模的具体措施。			
	符合“C”，并：			
	1. 年床位使用率在97%-100%。	B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
	2. 年床位使用率超过上述范围时，有变更核定床位的书面申请。			2.5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1. 年床位使用率在93%-97%。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	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：		
	1. 房屋总面积不少于2.5万平方米。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
	2. 每床建筑面积不少于58平方米。			
	3. 日平均每门诊人次占用门诊建筑面积不少于4平方米。			
	4. 病人室外活动的场地平均每床不少于5平方米。			
	符合“C”，并：			
	1. 医院基础设施、诊疗环境不断优化。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，并有确保医疗安全的有效措施。	B	查阅资料、台帐	4分，未达到不得分
2. 医院停车位与床位之比 $\geq 0.4: 1$ 。			1分，未达到不得分	
符合“B”，并：				
1. 符合江苏省建设用地指标（2018年版）。（床位 $\geq 500$ 张，单位用地 $\geq 105$ 平方米/床或15.75亩/百床；床位300~499张，单位用地 $\geq 132$ 平方米/床或19.8亩/百床）。	A	查阅资料、台帐	4分，未达到不得分	
2. 医院停车位与床位之比 $\geq 0.5: 1$ ，新建医院停车位与床位之比 $\geq 1.5: 1$ 。			1分，未达到不得分	
1-4-1-3 医院设备符合三级精神病医院基本标准。	各项指标符合要求：			
1. 基本设备符合三级精神病医院基本标准。	C	查阅资料、台帐、查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”	
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。				
		符合“C”，并： 1. 专科设备满足专科设置和建设发展要求。	B	查阅资料、台帐、 查看现场	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1. 设备的配置符合区域卫生规划及配置规范。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
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、台帐	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，满足三级精神病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，满足三级精神病医院基本标准及临床需求。				
		符合“C”，并：				
		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。	B	查阅医疗机构执业许可证	5分，未达到不得分	
		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、台帐、 人事信息系统	任何一项指标未达到，不得“C”
			1. 卫技人员与开放床位之比 $\geq 0.60$ ：1。			
			2. 病房护士与开放床位之比 $\geq 0.40$ ：1。			
3. 全院在岗护士人数与全院在岗卫技人员之比 $\geq 50\%$ 。						
4. 各专业科室的主任应具有副高及以上职称。						
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、台帐				



		1. 临床科主任具有正高职称。			3分, 未达到不得分
		2. 病房护士实际在岗床护比 $\geq 0.5: 1$ , 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:			
		1. 各专业科室的主任均具有正高职称。	A	查阅资料、台帐	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. 病房护士实际在岗床护比 $\geq 0.6: 1$ 。			1分, 未达到不得分
1-4-3 有保障医院功能、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、规章制度。	各项指标符合要求:			
		1. 制定完整的医院管理规章制度、岗位职责、诊疗规范。	C	查阅资料、台帐、人员访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”
		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 $\geq 80\%$ 。			
		符合“C”, 并:			
		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 $\geq 90\%$ 。	B	查阅资料、台帐、人员访谈	2.5分, 未达到不得分
		2. 规章制度, 岗位职责定期修订及时更新。			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。	A	查阅资料、台帐、人员访谈	2.5分, 未达到不得分
		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。			2.5分, 未达到不得分
1-4-4 医院有承担服务区域内精神科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精神科急危重症和疑难疾病的诊疗能力。	各项指标符合要求:			
		1. 医院具备本区域精神科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。	C	查阅资料、台帐、医疗信息系统	任何一项指标未达到, 不得“C”
		2. 提供24小时急危重症的诊疗服务。			
		3. 医院能开展限制类技术。			
		符合“C”, 并:	B	查阅资料、台帐、	

		1. 职能部门对急危重症和疑难疾病诊疗服务有监管。		医疗信息系统	2.5分, 未达到不得分		
		2. 评审周期中每年每项皆递增或每年总占比在全省精神病医院平均值以上。			2.5分, 未达到不得分		
		符合“B”, 并:	A	查阅资料、台帐、 医疗信息系统			
	1. 持续改进有成效, 成为区域精神病救治或诊疗中心。				2.5分, 未达到不得分		
	2. 上述各项指标近三年皆列同类别医院前 1/3 水平。				2.5分, 未达到不得分		
<b>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。</b>							
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重性精神病的发现、救治、报告和预防等任务。	1-5-1-1 履行公共精神卫生服务职能, 制定相关的制度和方案, 开展精神疾病和心理行为问题的预防与健康教育, 承担三级精神专科医院相应的重性精神疾病管理治疗任务。	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. 有专门部门、指定人员依据法律法规和规章、规范负责该项工作。					
		2. 精神卫生和社区防治服务技术管理和指导部门设置合理, 岗位职责明确; 设施配置符合《重性精神疾病管理治疗工作规范》并适应当地开展公共精神卫生服务工作的要求。					
		3. 重性精神病管理、上报符合行政部门要求。					
				4. 建立精神卫生预防和康复服务工作质量控制组织。有质量控制方案和计划, 方案和计划有定期评估和修正。	B	查阅资料、台帐	2.5分, 未达到不得分
		符合“C”, 并					
		1. 有专项工作经费。					
				2. 有专职或者兼职人员指导下级精神卫生防治机构与社区工作, 指导对社区精神疾病患者的管理与治疗。	A	查阅资料、台帐	2分, 未达到不得分
		符合“B”, 并					
		1. 有地市级及以上精神疾病预防控制中心相应的公共精神卫生服务质量管理制度(例会制度、信息报送制度、资料管理制度、质量评估制度, 持续改进制度等)。					
		2. 相关人员熟知管理制度并遵照执行。			1分, 未达到不得分		
		3. 有对开展精神卫生预防控制和重性精神疾病管理工作的督导、检查、反馈和整			2分, 未达到不得分		

		改，并取得成效。			
1-5-2 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。	1-5-2-1 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:	C	查阅资料、台帐、查看现场	任何一项指标未达到,不得“C”
		1. 有传染病防治组织架构,有工作领导小组、重点传染病防治和突发公共卫生事件救治专家组,有专门部门负责传染病管理工作。			
		2. 有专门科室或部门承担本单位和责任区域内的传染病预防与控制。			
		3. 有传染病预检、分诊制度,对传染病患者、疑似传染病患者引导至相对隔离的分诊点进行初诊,门诊、住院诊疗信息登记完整。			
		4. 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。			
		5. 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处置流程及必要的治疗和控制措施。			
		6. 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:	B	查阅资料、台帐	5分,未达到不得分
		1. 职能部门对传染病管理定期监督检查、总结分析。			
		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,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。					
1-5-2-2 定期对全体医务人员开展传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。	1-5-2-2 定期对全体医务人员开展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:	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到,不得“C”
		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。			
		符合“C”,并:	B	查阅资料、台帐	2.5分,未达到不得分
		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。			
2. 相关科室传染病处置技能的全面掌握率达100%。					

		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、台帐	5 分，未达到不得分
1-5-3 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、医疗技术等数据报送，数据真实可靠。	1-5-3-1 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。 2. 有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		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、台帐	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并： 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。	A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分
1-5-4 完成政府指令性援助任务（非营利性医院必选）。	1-5-4-1 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、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，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。 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。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1. 职能部门对计划、方案和协议的落实有检查、分析、反馈。	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，实现对口支援责任目标。	A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分
	1-5-4-2 完成援疆、援藏和援外任务。	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。 2. 有主管该项工作的领导和科室（部门），有具体管理的措施。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”

	符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	
	1. 职能部门有管理措施的落实记录，台帐资料完整。			5分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	
	1. 援助目标完成进度良好，持续改进有成效。			5分，未达到不得分
1-5-4-3 承担政府分配的为社区、农村培养人才的指令性任务，制定相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。	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. 对政府指令的社区、农村人才或下级精神卫生机构培养任务，有相关制度和具体措施予以保障。			
	2. 有每年为社区、农村或下级精神卫生机构培养人才项目的实施计划，并组织实施。			
	3. 有“医师晋升主治或副主任医师职称前到农村或下级精神卫生机构累计服务一年”的明确规定。			
	4. 有完整的项目培养资料，包括学员名单、授课课件、学时、考核和评价等。			
	5. 到农村、社区或下级精神卫生机构服务的医师人数占符合晋升条件人数比例 $\geq$ 60%。			
	符合C，并：	B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
	1. 主管职能部门加强对农村、社区或下级精神卫生机构人才培养工作监督管理，对培养效果有检查、分析、反馈。			
	2. 到农村、社区或下级精神卫生机构服务的医师人数占符合晋升条件人数比例 $\geq$ 70%。			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. 到农村、社区或下级精神卫生机构服务的医师人数占符合晋升条件人数比例 $\geq$ 90%。				
2. 持续改进有成效，培养任务有效完成，培训效果达到相关要求。			2.5分，未达到不得分	
1-5-4-4 建立和实施医联	各项指标符合要求：	C	查阅双方协议、资	

	体制度（包括专科联盟），助力基层医疗卫生机构服务能力提升。	1. 有医联体章程，有实施的规划和方案，具体目标和任务明确。		料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”		
		2. 明确主管领导，设立医联体办公室（科室），有管理措施及督查记录，台帐资料完整。					
		3. 有医联体实施措施，分级诊疗制度落实。					
		4. 实施双向转诊制度，并有完整的台帐资料。					
		符合“C”，并：					
		1-5-4-5 落实优质护理资源下沉，发挥区域辐射作用，提升基层护理能力。	1. 技术指导协作的任务、人员、措施明确并落实到位。	B	查阅双方协议、资料、台帐，现场调阅有关数据	1.5 分，未达到不得分	
			2. 将社区慢病管理纳入医院目标管理，有宣传及管理实施方案，并组织落实。			1.5 分，未达到不得分	
			3. 医联体内各医疗机构落实信息共享、互认，可随时调阅各种数据资料。			2 分，未达到不得分	
			符合“B”，并：				
			1. 持续改进有成效。			5 分，未达到不得分	
	1-5-5 开展健康教育与科普宣传，普及疾病预防等相关知识。	1. 持续改进帮扶方案，被帮扶的基层医疗机构护理水平提升。	A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分		
		符合“C”，并：					
		1. 职能部门对被帮扶的基层医疗机构的护理工作定期进行评价、分析及整改。			B	查阅相关资料，追踪	5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：					
		1. 持续改进帮扶方案，被帮扶的基层医疗机构护理水平提升。			A	查阅相关资料，实地查看	5 分，未达到不得分
	1-5-5-1 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、台帐	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、器官组织捐献、无偿献血等知识。					

		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。			
		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。	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。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
1-5-6 控制特需服务规模（公立医院必选）。	1-5-6-1 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、台帐， 查看现场	任何一项指标未达到， 不得“C”
		1. 有控制公立医院特需服务规模措施与动态管理机制。			
		2. 特需服务规模（门诊量、住院床位）占全院服务规模≤10%。	B	查阅资料、台帐， 查看现场	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1. 特需门诊总量占总门诊量≤7%。	A	查阅资料、台帐， 查看现场	2.5分，未达到不得分 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%。			
		符合“B”，并：			
1. 特需门诊总量占总门诊量≤5%。					
2. 住院特需床位数量占开放床位数≤5%。					
1-5-7 认真履行行业规范，“以病人为中心”，维护人民群众健康权益。	1-5-7-1 优先合理使用基本药物。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐， 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. 享有基本医疗服务对象使用国家基本药物（门诊、住院）的比例符合省级卫生健康行政部门的规定。	B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
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。			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，国家基本药物在医院能够优先合理使用。			5分，未达到不得分
1-5-7-2 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、台帐	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、台帐	2分，未达到不得分
		1. 控费各项措施有落实。			
		2. 控费监测指标（门诊病人人均医药费、住院病人人均医药费）达省卫生健康行政部门及所属卫生健康行政部门要求。			3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。			
	1-5-7-3 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。		各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐
		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≤45天。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	1.5分，未达到不得分
		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。			2分，未达到不得分	



		符合“B”，并： 1. 平均住院日≤42天。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
<b>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。</b>					
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：	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		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（组建有应急医疗处置组以及突发公共卫生事件或灾后心理援助、心理危机干预队伍，设立有应急医疗处置专用电话）。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。			
		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。			
		8. 有医疗救援物资和设备的储备、管理制度。定期维护、确保有效期，有自查记录。			
		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。	2.5分，未达到不得分				
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐， 查看现场	2.5分，未达到不得分
		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. 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、台帐，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、病人转运、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：			
		1. 有突发公共卫生事件防控知识的培训与预案演练。			
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：					
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。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
<b>1-7 临床教育、科研及成果推广。</b>					
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>
1-7-1 能独立承担临床医学教育任务。	1-7-1-1 师资、设施设备发挥医学院校教学要求。	各项指标符合要求： 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、台帐，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≥200 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。			
		4. 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“C”，并：			
		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。医院教学用房建筑总面积≥500 平方米。	B	查阅批文、资料、台帐，查看现场	2.5 分，未达到不得分
		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。			2.5 分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1. 为国家级住院医师规范化培训基地或协同基地。	A	查阅批文、资料、台帐	2.5 分，未达到不得分
		2. 为国家级临床专科技术培训中心或基地。			2.5 分，未达到不得分
1-7-2 能开展临床医学研究，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：			
		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。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		2. 有主管领导和专职部门，有专（兼）职的医学研究队伍。			
		3. 近三年有临床医学研究项目及成果。			
		符合“C”，并：			
		1. 医院设立科研基金。	B	查阅批文、资料、台帐、基金设立	1 分，未达到不得分
		2. 有省级研究成果。			2 分，未达到不得分
		3. 有省级重点专科或省级重点实验室。			2 分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1. 拥有国家级重点专科或国家级重点实验室。	A	查阅批文、资料、台帐	2 分，未达到不得分
		2. 有国家级研究成果。			2 分，未达到不得分
		3. 是国家药物临床试验机构。			1 分，未达到不得分

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、台帐	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平台。(激励政策)			
		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。	B	查阅批文、资料、台帐	5分,未达到不得分
		符合“C”,并:			
		1. 近十年医院至少有3项省部级研究成果转化并取得明显成效实践应用案例。	A	查阅批文、资料、台帐	5分,未达到不得分
		符合“B”,并:			
1. 近十年医院至少有3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。					
<b>1-8 看病就医流向分析,优化科室建设。</b>					
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>
1-8-1-1 对看病就医流向情况进行分析,进行合理化建设。	1-8-1-1 对看病就医流向情况进行分析,进行合理化建设。	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。	B	查阅资料、台帐	5分,未达到不得分
		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。	A	查阅资料、台帐	5分,未达到不得分
符合“B”,并:					
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。					

## 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。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、现场访谈	未达到要求不得“C”
		1. 有门诊服务管理制度、流程。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		1. 制度、流程符合门诊工作实际情况。			
符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分		
1. 门诊服务管理工作有分析评价、持续改进措施。					
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	现场检查 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。			
		2. 有各种便民措施，能为患者提供人性化服务，能为患者提供检验检查结果查询途径。			
		3. 有缩短患者等候时间的措施，实行弹性工作制，诊治时间充分，诊室秩序良好。			
		4. 有急危重症患者、残疾人、军人等特殊患者优先处置制度、措施。	B	跟踪门诊患者就诊流程，查看台帐资料 跟踪门诊患者就诊流程，实地检查信息支持系统	2.5分，未达到不得分
		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。			
		2. 有减少就医环节的信息支持系统，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。			
符合“B”，并：	A	查阅台帐、资料			

		1. 门诊管理工作有分析评价，持续改进门诊工作。			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。	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。	各项指标符合要求：	C	现场检查，查看台帐资料	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。	B	跟踪门诊患者就诊流程	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：					
		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。	A	查阅资料	2.5分，未达到不得分		
		2. 有奖惩措施和考核机制，不断提高医务人员按时出诊率。					
				符合“B”，并：	A	查阅资料	2.5分，未达到不得分
1. 开展满意度调查等措施，不断完善门诊服务。							
		2. 医务人员出诊情况有登记与分析评价，持续改进出诊服务。			2.5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。	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。					
		2. 有医疗资源调配方案。					
				3. 有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	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：					
		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。					
				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	符合“C”，并：	2.5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。			2.5分，未达到不得分	
		2. 工作人员能够熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。			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。	A	模拟检查	符合“B”，并：	2分，未达到不得分
		2. 有突发事件应急分析评价，持续改进应急管理。			查阅资料	2分，未达到不得分
		3. 职能处室对抢救器械、药品、物品的保管及使用进行督查。			查阅资料	1分，未达到不得分
		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
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	1. 有保障多学科综合门诊出诊医师数量和质量的措施。	2分，未达到不得分
2. 常规开展多学科联合诊疗工作。					3分，未达到不得分	
符合“B”，并：	A			查阅资料	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。	5分，未达到不得分
2. 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 建立精神科亚专科门诊及分诊制度，对门诊疑难患者	2-1-7-1 建立精神科亚专科门诊，对门诊疑难患者有开展多个亚专科综合	各项指标符合要求：	C	查阅资料	未达到要求不得“C”	
		1. 开设精神科亚专科门诊。				
		2. 对疑难患者有开展多个亚专科综合门诊的制度，并有相关流程。				

有开展多个亚专科综合门诊的制度与流程。	门诊的制度与流程。	符合“C”，并	B	查看措施落实情况	5分，未达到不得分
		1. 有保障多个亚专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. 有多个亚专科综合门诊成效分析评价，持续改进综合门诊质量。
2-1-8 有检验检查结果互认制度及流程。	2-1-8-1 有检验检查结果互认制度及流程。	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. 有医院间检验检查结果互认制度。			
	2. 有医院间检验检查结果互认流程。	B	抽查出院病历查阅资料	3分，未达到不得分	
	符合“C”，并：				
	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	1分，未达到不得分	
	符合“B”，并：				
1. 有年度总结，有改进措施并落实。	5分，未达到不得分				
2-1-9 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。	2-1-9-1 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。
					符合“B”，并：
1. 有持续改进措施并落实。	A	查阅资料、现场跟踪患者	5分，未达到不得分		
<b>2-2 预约诊疗服务。</b>					
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>
2-2-1 有预约诊疗工	2-2-1-1 有预约诊疗工作	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场检	



作制度、规范、操作流程。	制度、规范、操作流程。	1. 有职能部门负责统一预约管理和协调工作。		查	任何一项指标未达到，不得“C”			
		2. 有预约诊疗工作制度和规范流程。						
		3. 有方便患者获取的门诊和预约服务公开的医疗信息。						
		4. 有出诊医师管理措施，变动出诊时间提前公告。						
		5. 医务人员熟知预约诊疗制度与流程。						
符合“C”，并：	B	现场模拟检查	5分，未达到不得分					
1. 职能部门对预约工作有督查。								
符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分					
1. 对预约诊疗情况进行分析评价并持续改进。								
2-2-2 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。	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. 推进预约诊疗医院至少开展四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。						
		符合“C”，并：				B	现场模拟	5分，未达到不得分
		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。						
		符合“B”，并：				A	查阅资料、现场检查	2.5分，未达到不得分
		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100%。	A	查阅资料、现场检查	2.5分，未达到不得分					
2. 住院患者分时段预约检查比例达到100%。								
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 $\geq 20\%$ （预约诊疗率=预约诊疗人次						

		/总诊疗人次)。					
		符合“C”，并：	B	查阅资料			
		1. 定期检查、反馈、分析。			2分，未达到不得分		
		2. 预约诊疗率≥30%。			3分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A	查阅资料			
		1. 预约诊疗率≥50%，专家门诊预约就诊率达85%以上。			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：	C	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. 提醒转诊预约患者携带转诊全面病历资料。					
		4. 专家号源不低于20%投放至省预约诊疗服务平台基层转诊预约通道。					
		5. 有转诊预约相关制度和流程。					
				符合“C”，并：	B	查阅资料、现场检查	
				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。			3分，未达到不得分
				2. 有提高转诊质量的相关培训指导。			1分，未达到不得分
				3. 信息系统支持病历资料协同传输。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料			
		1. 有完善的预约转诊情况分析评价，持续改进转诊工作。			5分，未达到不得分		
<b>2-3 入院、出院、转科、转院服务流程管理。</b>							
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>		
2-3-1 完善患者入	2-3-1-1 完善患者入院、	各项指标符合要求：	C	查阅台帐资料			

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。	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。	1. 有入院、出（转）院、转科管理制度与流程，并落实提供 24 时服务。	现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
		2. 能分时段或床边办理出（转）院。			
		3. 能为特殊患者（如新生儿、残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等）提供多种服务及便民措施。			
		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：	A	查阅资料	5 分，未达到不得分		
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。					
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：	C	查阅台帐资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		符合“C”，并：	B	查阅台帐资料	5 分，未达到不得分
		1. 职能部门对急危重症患者入院工作有检查与监管。			
		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	查阅台帐资料	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：	C	查阅知情同意书	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 有转科、转院流程，实施患者评估，履行知情同意。		查阅台帐资料	
		2. 有病情和病历等资料交接。		现场检查	
		3. 相关医务人员熟悉并执行上述流程。	B	查阅台帐资料	
		符合“C”，并：			

		1. 职能部门有检查与监管。			5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，保障转科（院）患者获得连续性医疗服务。			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：	C	查阅台帐资料，现场走访	任何一项指标未达到，不得“C”		
		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，利用电话、电子邮件、信函和必要的面谈等多种形式开展随访。					
				3. 患者或近亲属能知晓出院后医疗、护理和康复措施。			
				符合“C”，并：	B	查阅台帐资料	5分，未达到不得分
				1. 职能部门对上述工作有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	查阅台帐资料			
		1. 持续改进有成效，出院患者随访率不断增加。			5分，未达到不得分		
<b>2-4 基本医疗保障服务管理。</b>							
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	5分，未达到不得分
				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	5分，未达到不得分		
		1. 持续改进有成效，基本医疗保障管理制度得到有效落实。					
	2-4-1-2 保障各类参加基	各项指标符合要求：	C	现场核查，查阅文			

	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。	1. 公开基本医疗保障服务收费标准。	档		任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		符合“C”，并：	B	查阅文档	5分，未达到不得分
		1. 职能部门对医疗保障管理情况有检查，分析，反馈。			
		符合“B”，并：	A	现场核查，查阅文档	5分，未达到不得分
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。					
<b>2-5 医患合法权益。</b>					
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 医院有相关制度规范患者自愿与非自愿住院。	2-5-1-1 医务部门、伦理办公室等职能部门应定期与不定期对非自愿住院患者进行“住院”适宜性检查与评价，按照评价结果进行持续改进。	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. 医务部门、伦理办公室等职能部门定期与不定期对非自愿住院患者进行“住院”适宜性检查与评价，每年不少于2次。			
		2. 有指定的部门负责收集相关信息。			
		符合“C”，并	B	查阅台帐资料	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
	1. 对检查结果有跟踪和分析。				
	2. 职能部门能够运用评价结果进行持续改进。				
	符合“B”，并	A	查阅台帐资料	5分，未达到不得分	
	1. 非自愿住院患者“住院”适宜性检查工作效果好，对不适宜继续住院的非自愿住院患者的处理方式得当，患者满意度在90%以上。				
2-5-1-2 明确规定非自愿住院医疗措施的适用条件与程序、入院后的诊断	各项指标符合要求：	1. 制定非自愿住院医疗措施的适用条件与程序并遵照执行。	C	查阅台帐资料 查阅台帐资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		2. 制定入院后诊断复核程序并遵照执行。			

	复核程序,保障患者能获得适宜的治疗和安全保护,并有治疗经过的记录。	3. 医务人员对程序熟悉, 详细记录治疗经过。		现场查看	
		符合“C”, 并:	B	查阅台帐资料	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	查阅台帐资料	5分, 未达到不得分
	1. 持续改进有成效。				
	2-5-1-3 对医护人员进行非自愿措施相关知情同意和告知方面的培训, 主管医师能够使用患者易懂的方式、语言, 与患者、近亲属或监护人、授权委托人进行沟通, 并履行书面同意手续。	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. 对医务人员进行精神疾病诊断和出入院程序、约束隔离等非自愿措施, 以及知情同意和隐私保护方面的培训。			
		2. 医务人员掌握告知技巧, 采用患者易懂的方式进行医患沟通。	现场查看		
		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。	B	查阅台帐资料	
符合“B”, 并:					
1. 持续改进有成效。	A	查阅台帐资料	5分, 未达到不得分		
2-5-2 医院有相关制度保障患方(患者或其近亲属、授权委托人)充分了解其权利。	2-5-2-1 患方对病情、诊断、医疗措施和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。	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. 有保障患者合法权益的相关制度并落实。			
		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。			
		3. 患方对医务人员的告知情况能理解并在病历中体现。			
	符合“C”, 并:	B	查阅台帐资料, 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	查阅台帐资料	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。				
2-5-2-2 及时向患者说明	各项指标符合要求:	C	查阅台帐资料		

	病情及医疗措施、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监护人或授权委托人说明，并取得其书面同意。	1. 对医务人员有知情同意和告知技能的培训。		现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		3. 实施高危诊疗操作、特殊检查、特殊治疗、使用血液制品、贵重药品、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。			
		符合“C”，并：	B	查阅台帐资料	2.5分，未达到不得分
		1. 科室有自查，对存在问题有改进措施。			2.5分，未达到不得分
		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	查阅台帐资料	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 采取有效的住院环境改善与风险控制策略，减少住院期间约束和隔离等措施的使用率。	2-5-3-1 采取有效的住院环境改善与风险控制策略，减少住院期间约束和隔离等措施的使用率。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐资料，现场走访	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 制定住院环境改善与风险控制策略，对入院患者进行风险评估。			
		2. 制定住院期间约束和隔离等措施使用规定，并规范记录。	B	查阅台帐资料	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	查阅台帐资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1. 持续改进有成效。					
2-5-4 保护患者的隐私权。	2-5-4-1 有保护患者隐私权制度并落实。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐资料，现场走访	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。			
		2. 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。	B	查阅台帐资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
1. 职能部门对患者隐私保护有检查与监管。					

		符合“B”，并：	A	查阅台帐资料	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。				
	2-5-4-2 有保护患者隐私的设施和管理措施。	各项指标符合要求：	1. 有私密性的诊疗环境。	C	现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
			2. 在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。			
			3. 心理咨询和治疗的环境充分考虑患者隐私权的保护。			
		符合“C”，并：	1. 有私密性的医患沟通及知情告知场所。	B	现场查看	2.5分，未达到不得分
					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。	查阅台帐资料
			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。	A	查阅台帐资料
2-5-5 尊重民族习惯和宗教信仰。	2-5-5-1 尊重民族习惯和宗教信仰。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐资料，现场走访	任何一项指标未达到，不得“C”	
				1. 有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。		
		2. 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。	B	查阅台帐资料	5分，未达到不得分	
		符合“C”，并：				
		1. 职能部门对尊重民族习惯和宗教信仰有检查与监管。	A	查阅台帐资料	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
1. 持续改进有成效，尊重民族习惯和宗教信仰落实到位。						
2-5-6 建立实行精神科伦理与法律相关问题讨论机制与制度。	2-5-6-1 制定精神科伦理与法律相关问题讨论机制与制度，并有效实施。	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. 有精神科伦理与法律相关问题讨论制度与机制。
						2. 有精神科伦理与法律相关问题讨论记录。
						3. 相关人员能知晓本部门、本岗位的管理要求。



		符合“C”，并	B	查阅台帐、资料		
		1. 伦理委员会的活动符合国家相关政策，及时调整伦理委员会。			3分，未达到不得分	
		2. 有伦理委员会成员的技能及资质数据库，定期更新。	2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，相关资质得到认可，符合国际规范。	5分，未达到不得分				
	2-5-6-2 对院内医生和护士进行精神医学伦理与法律相关教育培训。	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. 有对院内医生和护士进行精神医学伦理与法律相关教育培训组织。				
		2. 有相关培训课件。				
		3. 有培训内容、签到等记录。		B	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并				
1. 明确职能部门履行培训职责，培训率达到100%。						
符合“B”，并		A	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分		
1. 有针对热点问题的分析及每年不同员工有针对性的、具体的培训计划，并适时更新。						
2-5-7 创建平安医院，构建和谐医患关系。	2-5-7-1 贯彻《执业医师法》《护士条例》，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。	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. 开展医疗责任保险。				
	2. 对重点科室、重点部位的保安巡查有督查、跟踪记录。		B	查阅台帐资料	5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”。		A	现场查看	2.5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：					
	1. 一线员工对医院安全满意度>90%。					
2. 开展医疗意外保险或医师执业责任保险。		查阅台帐资料	2.5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《医院投诉管理办法（试行）》，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，查阅台帐资料	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。		查阅台帐资料		
		3. 有明确的投诉处理时限并得到严格执行。				
		4. 实行“首诉负责制”，科室和职能部门处理投诉的职责明确，有投诉协调处置机制。		B	现场查看，查阅台帐资料	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：				
		1. 投诉接待室配备有录音录像设施。				
		2. 职能部门对投诉工作的管理有检查、分析、反馈。		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 畅通患者投诉渠道，加强投诉管理。	2-6-2-1 畅通患者投诉渠道，加强投诉管理。	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，查阅台帐资料		
		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。		查看台帐资料		
		3. 建立健全投诉档案。				
		4. 将投诉与绩效考核相结合。		B	查阅台帐资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：				
		1. 职能部门对投诉管理工作有检查、分析、反馈。				
		符合“B”，并：		A		

		1. 持续改进有成效、投诉管理规范。		查阅溯源资料	5分，未达到不得分
2-6-3 贯彻落实《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《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	查看台帐资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 有学习培训、贯彻落实《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。			
		5. 以多种形式对相关员工进行医疗纠纷案例教育。	现场了解		
		符合“C”，并：			
		1. 职能部门定期检查、分析、反馈。	B	查阅台帐资料	3分，未达到不得分
		2. 持续改进有成效，将《医疗纠纷预防与处理条例》落到实处。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅溯源资料	2分，未达到不得分
1. 医疗纠纷发生数较上年有所下降。	3分，未达到不得分				
2. 无因医疗纠纷处置不当导致的严重涉医案事件。					
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	查看台帐资料	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	查看台帐资料	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。	A	查阅溯源资料，走访医务人员	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
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 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。	2-7-1-1 为患者提供就诊接待引导、咨询服务。	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. 有就诊指南、建筑平面图、清晰易懂的服务标识、说明患者权益与义务的图文介绍资料等，有专人为患者提供咨询服务，相关人员熟知服务流程。			
		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。			
		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。			
		4. 有预防意外事件的警示标识与措施。			
		5. 工作人员着装整洁规范、佩戴标识清晰，便于患者识别。	B	现场抽查工作人员	
		符合“C”，并：			
		1. 实行“首问负责制”。			
		2. 职能部门定期检查与监管。			
		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。	A	现场查看	5分，未达到不得分		
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：	B	现场查看	5分，未达到不得分
		1. 根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。			
		符合“B”，并：	A	现场查看	5分，未达到不得分
1. 持续改进有成效，标识与服务区域功能或路径完全相符。					
2-7-3 就诊、住院的	2-7-3-1 就诊、住院的环	各项指标符合要求：	C	现场查看	

环境安全、整洁。	境安全、整洁。	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。			任何一项指标未达到，不得“C”			
		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、新生儿室、产房等）建筑布局流程符合国家、省有关要求。						
		符合“C”，并：				B	查阅台帐资料	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》。	1. 职能部门对医院环境状况有检查与监管。		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，就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。						
		符合“C”，并：						
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	查阅台帐资料	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		查阅台帐资料	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	现场查看	5分，未达到不得分					
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	查阅台帐资料	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 查阅台帐资料	3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。	A	现场查看、人员访谈 查阅台帐资料	1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。			
		3. 开通患者服务呼叫中心，统筹协调解决患者相关需求。			
		4. 志愿者服务累计时长超过 4000 人次*小时。	2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 医院医疗技术服务符合法律法规、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技术服务。	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：	1. 医学伦理管理委员会承担医疗技术伦理审核工作，有医学伦理审核的回避程序，重点是器官移植及涉及伦理问题的限制类技术与诊疗新技术等审核。		C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		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	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，		
		1. 有医疗技术管理制度。					

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。	符合《医疗技术临床应用 管理办法》、《医疗质量 管理办法》规定。	2. 开展限制类医疗技术，必须向相应卫生健康行政部门履行相应的备案手续。	B	查看现场、考核管 理及医务人员，查 阅资料、台帐	不得“C”	
		3. 有医院医疗技术分类目录。			5分，未达到不得分	
		4. 有完整的医疗技术管理档案数据资料。				
		符合“C”，并： 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。			A	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，医疗技术临床应用做到分类、准入、中止有动态管理。				
<b>3-2 医疗技术临床应用管理。</b>						
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>	
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： 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，科室成立技术管理小组并承担相应职责。	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”	
		符合“C”，并： 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。				
		符合“B”，并： 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。	B		3分，未达到不得分 2分，未达到不得分	
		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： 1. 有限制类医疗技术准入、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。	C
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						
	B			5分，未达到不得分		



		医疗技术。			
		符合“B”，并：	A		
		1. 无违规越权开展限制类医疗技术情况。			5分，未达到不得分
3-2-3 临床应用新技术准入管理（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。	3-2-3-1 临床应用新技术准入管理（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。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐	未达到要求不得“C”
		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。			
		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。			
		符合“B”，并：	A		5分，未达到不得分
		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。			
		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、介入、麻醉等高风险技术操作的卫生技术人员实行“授权”管	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	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。			
		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。			

理, 定期进行技术能力与质量绩效的评价。 (可选)	施动态管理。	4. 有医疗技术档案与授权动态管理的数据资料。				
		符合“C”, 并:	B		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. 职能部门对医疗技术资格授权有检查与监管。				
		符合“B”, 并:	A		5分, 未达到不得分	
	1. 持续改进有成效, 无医务人员越级或未经授权实施医疗技术的案例。					
	3-2-5-2 手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等技术实行重点管理。 (可选)	各项指标符合要求:	1. 有手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等技术的医务人员授权目录。	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”
			2. 实施人员与授权名单一致。			
		符合“C”, 并:	B	2分, 未达到不得分		
		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。		A	3分, 未达到不得分			
符合“B”, 并:						
1. 持续改进有成效, 对资质授权的权限做到动态管理。		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		5分, 未达到不得分	
		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		5分, 未达到不得分	
1. 建立技术管理信息系统, 合理管理医务人员技术权限。						
<b>3-3 医疗技术水平和服务能力。</b>						
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>	
3-3-1 医疗技术服务	3-3-1-1 近三年出院患	各项指标符合要求:	C	通过省医疗服务		

覆盖面、双向转诊等与医院功能定位相符。	者中外埠患者占一定比例（设区市以外区域）。	1. $\geq 5\%$ ;		综合监管系统查看	未达到要求不得“C”	
		符合“C”，并：	B		5分，未达到不得分	
		1. $\geq 15\%$ ；（或参考省医疗服务综合监管平台中三级精神病医院平均值+10%）				
		符合“B”，并：	A		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：	1. $\geq 0.5$ 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。	C	查看记录、台帐	未达到要求不得“C”
			符合“C”，并：	B		5分，未达到不得分
			1. $\geq 0.7$ 例次/年/医生人数；同级别医疗机构会诊比例 $\geq 10\%$ 。			
			符合“B”，并：	A		5分，未达到不得分
	3-3-1-3 近三年接受进修人员情况（累计）。	各项指标符合要求：	1. 制定医院进修人员管理相关规定，并组织实施。	C	查看记录、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
			2. 接受进修人员数量与床位比例 $\geq 3\%$ ；接受进修人员专业比例 $\geq 10\%$ ；接受外市进修人员。			
			符合“C”，并：	B		5分，未达到不得分
			1. 接受进修人员数量与床位比例 $\geq 6\%$ ；接受进修人员专业比例 $\geq 30\%$ ；3个以上专科接受外市进修人员。			
	3-3-1-4 近三年出院患者DRG组数较高。（精神	各项指标符合要求：	1. 接受进修人员数量与床位比例 $\geq 9\%$ ；接受进修人员专业比例 $\geq 50\%$ ；接受外省进修人员。	A		5分，未达到不得分
			1. $\geq X-3$ 组，X为省平台统计全省三级精神病院医院DRG组数平均值增加10%。	C	通过省医疗服务综合监管系统查	未达到要求不得“C”

3-3-2 具有较强的危重、疑难疾病诊治能力。	科)	符合“C”，并：	B	看			
		1. ≥X 组。			5 分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A				
		1. ≥X+3 组。			5 分，未达到不得分		
	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管系统查看			
					1. ≥92%。	未达到要求不得“C”	
			符合“C”，并：		B		
			1. ≥95%。			5 分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A				
		1. ≥98%。			5 分，未达到不得分		
		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：		C	通过省医疗服务综合监管系统查看	
							1. ≥80%。
符合“C”，并：					B		
1. ≥85%。							5 分，未达到不得分
符合“B”，并：		A					
1. ≥90%。			5 分，未达到不得分				
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：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看				
				1. ≥30%。	未达到要求不得“C”		
		符合“C”，并：		B			
		1. ≥35%。			5 分，未达到不得分		
符合“B”，并：	A						
1. ≥40%。		5 分，未达到不得分					
3-3-2-4 三、四级手术比	各项指标符合要求：	C		通过省医疗服务			

	例较高。 (可选)	1. $\geq 50\%$ , 其中四级手术 $\geq 10\%$ 。		综合监管系统查看	未达到要求不得“C”
		符合“C”, 并:	B		5分, 未达到不得分
		1. $\geq 60\%$ , 其中四级手术 $\geq 20\%$ 。			
		符合“B”, 并:	A		5分, 未达到不得分
	1. $\geq 70\%$ , 其中四级手术 $\geq 30\%$ 。				
	3-3-2-5 近三年出院患者 CMI 值较高。	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. $\geq X-0.1$ , X 为省平台统计全省三级精神病医院 CMI 平均值。			
		符合“C”, 并:	B		5分, 未达到不得分
		1. $\geq X$ 。			
	符合“B”, 并:	A	5分, 未达到不得分		
	1. $\geq X+0.1$ 。				
	3-3-2-6 近三年低风险组死亡率较低。	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. $\leq X*110\%$ , X 为省平台统计全省三级精神病医院低风险组死亡率平均值。					
符合“C”, 并:		B	5分, 未达到不得分		
1. $\leq X$ 。					
符合“B”, 并:	A	5分, 未达到不得分			
1. $\leq X*90\%$ 。					
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、台帐	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 $\geq 1$ 个。			
		符合“C”, 并:	B		5分, 未达到不得分
		1. 有省级临床重点专科 $\geq X*120\%$ 。(X 为全省三级精神病医院临床重点专科平均数量。)			

		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。	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： 1. 3人次及以上在省一级学会专业委员会任职。	C	查看资料、记录、台帐	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并： 1. 2人次及以上在国家一级学会专业委员会任职，或担任省医学会常委及以上任职。	B		5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 1人及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 临床专科医疗服务能力符合《江苏省三级精神病医院医疗技术水平标准》。	3-3-5-1 普通精神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100%一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并： 1. 能独立开展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80%以上重点科室技术。	A		5分，未达到不得分
	3-3-5-2 老年精神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	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并： 1. 能独立开展100%以上一般科室技术和33%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66%以上重点科室技术。	A		5分，未达到不得分
	3-3-5-3 医学心理科医	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务	

	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。		综合监管系统查看	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 100%以上一般科室技术和 55%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 81%以上重点科室技术。				
	3-3-5-4 儿童精神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 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 55%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 77%以上重点科室技术。				
	3-3-5-5 精神康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	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 100%以上一般科室技术和 57%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 85%以上重点科室技术。					
3-3-5-6 司法鉴定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	未达到要求不得“C”	
	1. 能常规开展 77%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 88%以上一般科室技术和 60%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。					

3-3-5-7 社区防治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				
	1. 能常规开展 83%以上一般科室技术。						
	符合“C”，并:						
	1. 能独立开展 100%一般科室技术和 33%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 67%以上重点科室技术。	A			5 分，未达到不得分		
	3-3-5-8 抑郁症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		
		1. 能常规开展 77%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 88%以上一般科室技术和 55%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 77%以上重点科室技术。						
3-3-5-9 物质依赖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				
	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 70%以上一般科室技术和 60%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。							
3-3-5-10 急诊医学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				
	1. 能常规开展 54%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 70%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。						
	符合“B”，并:	A					



		1. 能独立开展 75%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分
3-3-5-11 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 75%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 91%以上一般科室技术和 60%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 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:	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 67%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 75%以上重点科室技术。					
3-3-5-13 医学检验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	未达到要求不得“C”
		1. 能常规开展 77%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 85%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 83%以上重点科室技术。					
3-3-5-14 药学部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	未达到要求不得“C”
		1. 能常规开展 84%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 92%以上一般科室技术和 50%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	
	3-3-5-15 病理科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)	各项指标符合要求： 1. 能常规开展 72%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C”	
		符合“C”，并： 1. 能独立开展 88%以上一般科室技术和 40%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 60%以上重点科室技术。	A		5分，未达到不得分	
		各项指标符合要求： 1. 能常规开展 50%以上一般科室技术。	C		未达到要求不得“C”	
	3-3-5-16 营养科医疗服务能力符合相关要求。	符合“C”，并： 1. 能独立开展 60%以上一般科室技术和 42%以上重点科室技术。	B	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1. 能独立开展 57%以上重点科室技术。	A		5分，未达到不得分	
		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。	C		查看现场、资料、记录、台帐	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并： 1. 开设亚专科门诊。	B			5分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1. 50%以上科室设置亚专科。	A	5分，未达到不得分			
	各项指标符合要求： 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。 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。	C	查看现场、资料、记录、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”		
3-3-6 亚专科设置及亚专科技术应用。	3-3-6-1 亚专科设置及亚专科技术应用。					
3-3-7 开展多学科联合诊疗。	3-3-7-1 开展多学科联合诊疗。					

		符合“C”，并： 1. 具有2个及以上多学科联合诊疗团队。	B		5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 设置多学科联合诊疗中心。	A		5分，未达到不得分
3-3-8 具备的较强的国家和省限制类医疗技术开展能力。	3-3-8-1 具备的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： 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》，能开展其中相关专业50%的项目。	C	查看现场、资料、记录、台帐	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并： 1. 能开展国家和省限制类医疗技术相关专业60%的项目。	B		5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 能开展国家和省限制类医疗技术相关专业80%的项目。	A		5分，未达到不得分
3-3-9 能开发/开展填补空白的成熟、适用、先进医疗技术。	3-3-9-1 能开发/开展填补空白的成熟、适用、先进医疗技术。	各项指标符合要求： 1. 近三年开发/开展省内先进项目1项。	C	查看现场、资料、记录、台帐	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并： 1. 近三年开发/开展国内先进项目1项。	B		5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 近三年有发明专利1项。	A		5分，未达到不得分
3-3-10 举办医疗学术交流活动的。	3-3-10-1 举办医疗学术交流活动的。	各项指标符合要求： 1. 近三年每年举办设区市级及以上学术交流活动。	C	查看现场、资料、记录、台帐	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并： 1. 近三年举办全省学术交流活动。	B		5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 近三年举办全国性学术交流活动。	A		5分，未达到不得分

3-3-11 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。	3-3-11-1 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	查看现场、资料、记录、台帐		
		1. 在研省级及以上项目 $\geq$ 1项。			未达到要求不得“C”	
		符合“C”，并:	B		5分，未达到不得分	
		1. 在研国家级项目 $\geq$ 1项。				
	3-3-11-2 近三年获医疗技术相关奖项。	各项指标符合要求:	C	查看现场、资料、记录、台帐		
		1. 近三年获省卫生健康委新技术引进奖或省医学科技奖1项以上。			未达到要求不得“C”	
		符合“C”，并:	B		5分，未达到不得分	
		1. 近三年获中华医学奖或省级科技进步奖三等奖及以上奖项。				
	3-3-11-3 近三年发表医疗技术相关临床科学研究论文。	各项指标符合要求:	C	查看现场、资料、记录、台帐		
		1. 近三年在公开出版期刊发表的论文数 $\geq$ 医院中级及以上技术人员总数的40%。			未达到要求不得“C”	
		符合“C”，并:	B		5分，未达到不得分	
		1. 近三年在公开出版期刊发表的论文数 $\geq$ 医院中级及以上技术人员总数的50%。				
3-3-11-3 近三年发表医疗技术相关临床科学研究论文。	符合“B”，并:	A		5分，未达到不得分		
	1. 近三年获省级科技进步奖二等奖及以上奖项。					
	3-3-12 具有较强的临床教学及研究生培养能力。	3-3-12-1 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、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
	1. 能承担高等医学院校临床教学任务。					
2. 是经教育和卫生行政主管部门联合批准的医学院校附属医院，或是通过省教育厅和省卫健委联合评估并发文确认的临床教学基地、实习基地。						
	符合“C”，并:	B				

		1. 具有 1 个以上硕士点。			2 分，未达到不得分	
		2. 能独立培养博士研究生。			3 分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
		1. 临床医学博士后流动站，能够独立承担博士后教育工作。	A		3 分，未达到不得分	
		2. 已有毕业学员。			2 分，未达到不得分	
3-3-13 其他起支撑作用的非精神科临床专科（开设病区收治住院患者）医疗服务能力符合《江苏省三级综合医院医疗技术水平标准》。（可选）	3-3-13-1 心血管内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 60%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 88%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 93%以上一般科室技术和 66%以上重点科室技术。			
	3-3-13-2 呼吸与危重症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 60%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 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 95%以上一般科室技术和 67%以上重点科室技术。			
3-3-13-3 消化内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 60%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 88%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 93%以上一般科室技术和 71%以上重点科室技术。				

3-3-13-4 血液内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			
	1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			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 50%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分		
	符合“B”，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。			5 分，未达到不得分		
	3-3-13-5 内分泌科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)	各项指标符合要求:		C		
		1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。				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 50%以上重点科室技术。				5 分，未达到不得分
	3-3-13-5 内分泌科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)	符合“B”，并:		A		
		1. 能独立开展 95%以上一般科室技术和 68%以上重点科室技术。				5 分，未达到不得分
3-3-13-6 肾脏内科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)		各项指标符合要求:	C			
		1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			未达到要求不得“C”	
	符合“C”，并:	B				
	1. 能独立开展 88%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分		
3-3-13-6 肾脏内科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)	符合“B”，并:	A				
	1. 能独立开展 93%以上一般科室技术和 78%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分		
	3-3-13-7 神经内科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)	各项指标符合要求:	C			
		1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			未达到要求不得“C”	
符合“C”，并:		B				
1. 能独立开展 86%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。				5 分，未达到不得分		
3-3-13-7 神经内科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)	符合“B”，并:	A				

		1. 能独立开展 91%以上一般科室技术和 65%以上重点科室技术。			5 分, 未达到不得分
3-3-13-8 风湿免疫内科 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 60%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 89%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 94%以上一般科室技术和 70%以上重点科室技术。					
3-3-13-9 老年医学科医 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 60%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 77%以上一般科室技术和 40%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 82%以上一般科室技术和 49%以上重点科室技术。					
3-3-13-10 普通外科医 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 60%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 89%以上一般科室技术和 60%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 94%以上一般科室技术和 85%以上重点科室技术。					
3-3-13-11 心胸外科医 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 60%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 77%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			

		符合“B”，并： 1.能独立开展82%以上一般科室技术和67%以上重点科室技术。	A		5分，未达到不得分
3-3-13-12 骨科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)		各项指标符合要求： 1.能常规开展60%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并： 1.能独立开展91%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96%以上一般科室技术和82%以上重点科室技术。	A		5分，未达到不得分
		各项指标符合要求： 1.能常规开展60%以上一般科室技术。	C		未达到要求不得“C”
3-3-13-13 神经外科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)		符合“C”，并： 1.能独立开展85%以上一般科室技术和50%以上重点科室技术。	B	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1.能独立开展90%以上一般科室技术和60%以上重点科室技术。	A		5分，未达到不得分
		各项指标符合要求： 1.能常规开展60%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88%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
3-3-13-14 烧伤科医疗服务能力符合相关要求。 (可选)		符合“B”，并： 1.能独立开展93%以上一般科室技术和63%以上重点科室技术。	A	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分
		各项指标符合要求： 1.能常规开展60%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88%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93%以上一般科室技术和63%以上重点科室技术。	A		5分，未达到不得分
3-3-13-15 泌尿外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60%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	未达到要求不得“C”
		符合“C”，并：	B		



	(可选)	1. 能独立开展 89%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。	A	通过省医疗服务综合监管系统查看	5 分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:			
		1. 能独立开展 94%以上一般科室技术和 68%以上重点科室技术。			5 分, 未达到不得分
	3-3-13-16 整形外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	
		1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			未达到要求不得“C”
		符合“C”, 并:			
		1. 能独立开展 86%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			5 分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:			
	1. 能独立开展 91%以上一般科室技术和 63%以上重点科室技术。	5 分, 未达到不得分			
	3-3-13-17 血管外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	
		1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			未达到要求不得“C”
		符合“C”, 并:			
		1. 能独立开展 83%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			5 分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:			
	1. 能独立开展 88%以上一般科室技术和 66%以上重点科室技术。	5 分, 未达到不得分			
	3-3-13-18 麻醉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	
1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。		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 50%以上重点科室技术。		5 分, 未达到不得分			
符合“B”, 并:					
1. 能独立开展 95%以上一般科室技术和 76%以上重点科室技术。	5 分, 未达到不得分				
3-3-13-19 妇产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		
	1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			未达到要求不得“C”	

	(可选)	符合“C”，并：	B	看	
		1. 能独立开展 89%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A		
		1. 能独立开展 94%以上一般科室技术和 68%以上重点科室技术。			5分，未达到不得分
	3-3-13-20 儿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	
		1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			未达到要求不得“C”
		符合“C”，并：	B		
		1. 能独立开展 88%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			5分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A			
	1. 能独立开展 93%以上一般科室技术和 69%以上重点科室技术。		5分，未达到不得分		
	3-3-13-21 感染性疾病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	
		1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			未达到要求不得“C”
		符合“C”，并：	B		
		1. 能独立开展 84%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			5分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A			
	1. 能独立开展 89%以上一般科室技术和 62%以上重点科室技术。		5分，未达到不得分		
3-3-13-22 眼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		
	1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			未达到要求不得“C”	
	符合“C”，并：	B			
	1. 能独立开展 84%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			5分，未达到不得分	
符合“B”，并：	A				
1. 能独立开展 89%以上一般科室技术和 65%以上重点科室技术。		5分，未达到不得分			
3-3-13-23 耳鼻咽喉科	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务		

	医疗服务能力符合相关要求。 (可选)	1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。		综合监管系统查看	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 86%以上一般科室技术和 45%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 91%以上一般科室技术和 57%以上重点科室技术。				
	3-3-13-24 口腔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 60%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 86%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 91%以上一般科室技术和 65%以上重点科室技术。				
	3-3-13-25 皮肤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 60%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 85%以上一般科室技术和 45%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 90%以上一般科室技术和 59%以上重点科室技术。					
3-3-13-26 肿瘤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 60%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 85%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 90%以上一般科室技术和 67%以上重点科室技术。					

	3-3-13-27 康复医学科 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	
		1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并:	B		
		1. 能独立开展 84%以上一般科室技术和 45%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分
		符合“B”，并:	A		
		1. 能独立开展 89%以上一般科室技术和 58%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分
	3-3-13-28 输血科医疗 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	
		1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并:	B		
		1. 能独立开展 84%以上一般科室技术和 50%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分
		符合“B”，并:	A		
		1. 能独立开展 89%以上一般科室技术和 69%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分
3-3-13-29 核医学科 (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		
	1. 能常规开展 60%以上一般科室技术。				
	符合“C”，并:	B			
	1. 能独立开展 74%以上一般科室技术和 30%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分	
	符合“B”，并:	A			
	1. 能独立开展 79%以上一般科室技术和 41%以上重点科室技术。			5 分，未达到不得分	
3-3-14 具备较强的 微创手术开展能力 (指内镜诊疗技术及 神经血管介入、外周 血管介入及综合介	3-3-14-1 具备较强的微 创手术开展能力。(指内 镜诊疗技术及神经血管 介入、外周血管介入及综 合介入)。	各项指标符合要求:	C	通过省医疗服务 综合监管系统查 看	
		1. 医院开展腔镜等微创手术，数量占住院手术总量的 20%以上。			
		符合“C”，并:	B		
		1. 医院常规开展微创手术，数量占住院手术总量的 40%以上。			5 分，未达到不得分
符合“B”，并:	A				

入)。(可选)	(可选)	1. 医院常规开展微创手术, 数量占住院手术总量的 60%以上。			5 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《医疗质量管理办法》，有质量与安全管理体系，实行院、科两级管理体系，实行院、科两级责任制。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。科室负责人是本科室医疗质量与安全管理第一责任人。	4-1-1-1 有质量与安全管理体系，实行院、科两级责任制。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。	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，现场访谈5名不同层级人员。质控中心考核结果以卫生健康行政部门或其委托的管理部门数据为准	任何一项未达到，不得“C”
		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。			
		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：医院质量管理委员会、各质量相关委员会、质量管理部门、各职能部门、科室质量管理小组等。			
		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。			
		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。			
		5. 有职能部门负责协调省级质控中心日常工作，有相关管理制度。			
		6. 如为经卫生健康行政部门认定的省、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。			
		符合“C”，并：			
		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。			
		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。			
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。					
4. 如为经卫生健康行政部门认定的省、设区市或县（市）级质控中心，需按计划					
			B	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健康行政部门或其委托的管理部门数据为。	1分，未达到不得分
					2分，未达到不得分
					1分，未达到不得分
					1分，未达到不得分

		开展辖区内专业质控活动，评审周期内质控中心年度考核成绩取得过优秀。			
		符合“B”，并：	A	查阅文件、资料，不同委员会5名人员访谈	2分，未达到不得分
		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。			1分，未达到不得分
		2. 委员会组成部门各司其职，使用协调，积极讨论解决质量管理难点问题。			2分，未达到不得分
		3. 有数据表明，各质量委员会重点工作持续改进有成效，并达到卫生健康行政部门工作要求。			
4-1-1-2 各主管部门与职能部门履行策划、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. 各主管部门与职能部门履行指导、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。	B	查阅资料、现场查看 5 个职能部门	2分，未达到不得分
		符合“C”，并：			3分，未达到不得分
		1. 各主管部门与职能部门结合实际工作开展质量管理工具、数据分析统计方法的培训，有培训计划、培训签到、培训材料和培训考核。			
		2. 各主管部门与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：	A	查阅文件、资料，访谈5名职能部门相关人员	2分，未达到不得分
		1. 质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷资料完整，提示与质量决策和质量改进相关。			3分，未达到不得分
		2. 持续改进有成效，质量管理工作落实到位，达到相关工作要求。			
	4-1-1-3 科室负责人是本科室的医疗质量与安全		各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料，人员访谈
		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			

	管理第一责任人,负责本科室质量与安全管理工作的。	管理小组工作, QC 小组组成人员合理, 分工明确, 有分工职责。			“C”			
		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。						
		3. 积极参加医院组织的质量管理方法和工具运用基本知识培训会。						
		4. 按省级质控中心质控要求主动开展专业质控活动。						
		符合“C”, 并:						
		1. 针对本科室存在的质量问题, 设立科学合理的科室质量管理指标。				B	查阅 5 个临床、医技科室文件、资料, 5 名人员访谈	2 分, 未达到不得分
		2. 将质量管理工具知识培训列入科室业务学习计划, 有培训记录。						1 分, 未达到不得分
		3. 管理小组对科室质量与安全进行定期自查、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并落实执行。						2 分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:				A	查阅 5 个临床、医技科室文件、资料, 5 名人员访谈	
		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, 达到年初制定的工作目标。						2 分, 未达到不得分
2. 有与本科室质量缺陷内容相关的质量改进案例。	3 分, 未达到不得分							
<b>4-2 医疗质量管理与持续改进。</b>								
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>			
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、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等, 以及相配套制度。	各项指标符合要求:	C	查阅文件、资料	任何一项未达到, 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。						
		符合“C”, 并:						
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。	B	查阅 3 个职能部门, 5 个临床、医技科室文件、资料, 10 名人员访谈	2.5 分, 未达到不得分					
2. 职能部门对考核存在的问题有检查、分析、反馈。			2.5 分, 未达到不得分					



		符合“B”，并： 1. 院科二级持续改进有成效，医疗质量实现目标管理。	A	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分
	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： 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、无抽搐电休克等）管理制度、措施和考核标准。（有相关关键环节的制定，不涉及的则不需要制定） 2. 有重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症监护室、产房、新生儿病房、消毒供应中心等）的管理制度、措施和考核标准。（有相关重点部门的制定，没有的则不需要制定） 3. 相关人员知晓本岗位相关质量管理体系及措施，并落实。	C	抽查5个重点部门文件、台帐；5名人员访谈	任何一项未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 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。	B	抽查5个重点部门文件、台帐；5名人员访谈	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，重点部门、关键环节医疗质量不断提高。	A	抽查5个重点部门文件、台帐；5名人员访谈	5分，未达到不得分
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： 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，重点是十八项医疗核心制度。	C	查阅文件、台帐、临床、医技科室人员访谈	任何一项未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 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。	B	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分

		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，科室对核心制度要求内容落实到位。	A	查阅文件、台帐、 临床、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： 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。	C	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	任何一项未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 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。	B	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 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。	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
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： 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。	C	查阅台帐、访谈	任何一项未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1. 医院对“三基”培训有考核，考核结果有记录。 2. 职能部门对培训完成情况和培训考核结果有分析和总结。	B	查阅台帐、访谈	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，全体参加“三基”考核的人员考核合格。	A	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分
4-2-4 贯彻落实《医	4-2-4-1 医院针对医疗风	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、访谈	

疗纠纷预防与处理 条例》，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 管理方案，确保患者 安全。	险制定相应制度、流程与 医疗风险管理方案。	1. 医院针对医疗风险制定相应制度与流程。			任何一项未达到，不得 “C”	
		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。				
	符合“C”，并：	B	查阅台帐、访谈	1. 科室有自查，对存在问题有改进措施。	2.5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。			2.5分，未达到不得分		
	符合“B”，并：	A	查阅台帐、访谈现 场查看	1. 有跨部门的防范医疗风险的协调机制。	2.5分，未达到不得分	
	2. 有信息化的医疗风险监控与预警系统。			2.5分，未达到不得分		
	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，人员抽考	任何一项未达到，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：	B	查阅台帐、资料	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。	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：				
	1. 患者安全目标在医院日常运行的工作流程中得到完全落实。	A	查阅资料，抽考3 名员工	2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。			3分，1人做不到扣1分		
4-2-4-3 开展防范医疗风 险相关知识、技能的教育	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	任何一项未达到，不得	

	与培训。	2. 定期进行防范医疗风险的相关教育与培训。			“C”
		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，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。	4-2-5-1 定期进行全员医疗质量和安全教育，强化医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、访谈	任何一项未达到，不得“C”
		1. 根据年度患者安全目标，制定教育培训计划。			
		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：	B	查阅台帐、访谈	5分，未达到不得分
		1. 职能部门对教育和培训效果有检查与监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅台帐、访谈	2.5分，未达到不得分
		1. 科室I、II级不良事件主动报告率达90%以上。			
		2. 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。			2.5分，未达到不得分
<b>4-3 临床路径与单病种质量管理与持续改进。</b>					
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>
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	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、5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. 对“临床路径”监测指标包括：患者的管理率、入组率、入组后完成率、变异率、平均住院日、平均住院费用。			
		4. 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、5个临	

病种质量管理。		1. 实施临床路径管理的病例数/本院出院病例数 $\geq 50\%$ ，入组后完成率 $\geq 70\%$ 。		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. 科室对临床路径有管理和对存在问题的整改。			1分，未达到不得分
		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。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅医院、5个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，现场考核	
		1. 实施临床路径管理的病例数占本院出院病例数比 $\geq 60\%$ ，入组后完成率 $\geq 80\%$ 。			1.5分，未达到不得分
		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。			1.5分，未达到不得分
	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。		2分，未达到不得分		
	4-3-1-2 实施单病种管理。	各项指标符合要求：	C	查阅医院、5个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，现场考核	
	1. 结合本院实际情况制定单病种管理要求和措施。	任何一项指标未达到，不得“C”			
	2. 建立有单病种质量指标数据库。				
		3. 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、5个临床科室、计算机中心文件、资料、台帐，核实季报、年报	
	1. 科室对单病种管理中存在的问题有整改。	2分，未达到不得分			
	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。	3分，未达到不得分			
	符合“B”，并：	A	查阅台帐，现场考核，查看国家单病种上报年度报告		
	1. 上报信息准确、可靠、及时。			2分，未达到不得分	
	2. 单病种管理达到卫生健康行政主管部门要求。实现单病种信息化管理，用信息化手段统计、分析、上报单病种数据。			3分，未达到不得分	
<b>4-4 住院诊疗管理与持续改进。</b>					
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>
4-4-1 由具有法定资	4-4-1-1 由具有法定资质	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，	

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。	的医务人员对患者评估。	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。		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。	A	查阅资料	3 分，未达到不得分		
		符合“B”，并：					
1. 持续改进有成效，患者评估规范，质量不断提升。			5 分，未达到不得分				
4-4-2 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。	4-4-2-1 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。（没有植（介）入类医疗器械可不作）					
		符合“C”，并：					
		1. 职能部门对临床诊疗工作有检查与监管。				B	查阅资料与现场考核
	符合“B”，并：						
	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。			A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
	4-4-2-2 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、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。				
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。							
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：	B	查阅相关科室资料、台帐，现场考核	2分，未达到不得分	
		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。			3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。				
	4-4-2-3 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：	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”	
		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。（无恶性肿瘤可不制定）				
		2. 为患者制订适宜的住院诊疗计划与方案。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分	
		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。			3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，多学科综合诊疗管理措施落实到位。				
4-4-3 确立特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。	4-4-3-1 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	查阅资料、台帐，现场抽查5名医务人员演示流程	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1. 有开具医嘱（或电子医嘱）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%。			
			符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
			1. 开具的电子医嘱有质量监管功能。			
	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。			3分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A	电脑随机抽查 10		

		1. 处方合格率达 100%。		名住院患者的医嘱和 100 张门诊处方	5 分，未达到不得分
4-4-3-2 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。		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”
		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：			
		B	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
		A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
		1. 医嘱制度规范执行，持续改进有成效。			
4-4-4 临床“危急值”管理。	4-4-4-1 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。 2. 医技部门（含临床实验室、病理、医学影像部门、电生理检查与内窥镜、血药浓度监测等）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。	C	查阅资料、台帐，随机抽查 5 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 5 名	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		符合“B”，并：			
		B	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
		A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
		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。			
	4-4-4-2 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	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，



		急值”。			不得“C”
		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。			
		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。	A	查阅资料、台帐，现场查看运行情况	2分，未达到不得分
		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。			3分，未达到不得分
4-4-5 住院诊疗工作实行分级负责制，加强住院诊疗工作质量管理。	4-4-5-1 住院诊疗工作实行分级负责制，加强住院诊疗工作质量管理。	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。			
		2. 根据床位、工作量、医师的资质层次分成诊疗小组。			
		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。	C	查阅资料、抽查5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”
		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	2分，未达到不得分
		2. 职能部门对分级管理有检查与监管。			3分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1. 持续改进有成效，分级管理措施得到有效落实。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	4-4-5-2 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。			
		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。	C	查阅资料、台帐、现场抽查归档及运行病历共20份，	任何一项指标未达到，不得“C”

		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。		抽考医师 10 人对相关知识的知晓程度		
		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：	B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分	
		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。			3分，未达到不得分	
		2. 甲级病历率≥95%。	A	查阅资料、台帐，现场抽查终末病历 50 份。	2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：			3分，未达到不得分	
		1. 有病历质量监管与评价的信息化管理系统。				
		2. 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%。				
	4-4-5-3 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。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场抽查归档及运行病历共 20 份。	任何一项指标未达到，不得“C”	
		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。	B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
			符合“C”，并：			3分，未达到不得分
			1. 科室有自查，对存在的问题及时整改。	A	查阅资料、抽查归档及运行病历涉及的诊疗共 20 例	5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。			
			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。			
4-4-6 用制度与程序管理院内、外会诊，明确院内会诊任务，		4-4-6-1 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（主治医师及以上）与责任、会诊时限、会诊记录书写要求，并落实。					

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。		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。							
		符合“B”，并：							
		1. 持续改进有成效，院内会诊制度得到有效落实。							
		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。							
		4-4-6-2 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、会诊医师资质（副主任医师及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。									
符合“B”，并：									
1. 持续改进有成效，院间会诊制度得到有效落实。									
4-4-7 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。	4-4-7-1 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	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。								

	保持一致。	符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看		
		1. 科室有自查，对存在问题有改进措施。			2.5分，未达到不得分	
		2. 职能部门对病历书写有检查、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，每份出院记录符合规范。	5分，未达到不得分				
	4-4-7-2 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：	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、召回、家访等，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。包括：服药指导、营养指导、康复训练指导及出院注意事项等。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。	B	查阅资料	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		
					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，随访形式包括：书面随访、电话随访、召回、家访等，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				
4-4-8 对平均住院日、住院时间超过（非精神科 30 天、精神科 24 周）等医	4-4-8-1 对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求。	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。						
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。						

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。		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。			1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。			2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
	4-4-8-2对长期住院的患者进行管理与评价。	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. 对住院时间超过（非精神科30天、精神科24周）的患者有明确管理规定，并有措施。			
		2. 科室将住院时间超过（非精神科30天、精神科24周）的患者作为大查房重点，有评价分析记录。	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
1. 职能部门对住院时间超过（非精神科30天、精神科24周）的患者履行监管职责，有定期监管检查、分析、反馈。					
符合“B”，并：		A			
1. 持续改进有成效，住院时间超过（非精神科30天、精神科24周）患者的管理达到改进住院管理质量目标。					
4-4-9 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。	4-4-9-1 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。					

4-5 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
4-5-1 病历（案）管理符合《中华人民共和国侵权责任法》《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。	4-5-1-1 按照法律、法规及相关规定制订病案管理制度，人员配备合理，设备设施符合要求。	各项指标符合要求：	C	现场查看，查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		2. 有病案管理相关工作制度与流程、工作人员岗位职责。			
		3. 有病案管理人员培训计划并落实。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		1. 职能部门对病案管理工作有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
		1. 有从事医疗或管理高级职称，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%。			
		4-5-2 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。	4-5-2-1 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。	各项指标符合要求：	C
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）。					
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。	B			查阅资料、台帐	2分，未达到不得分 3分，未达到不得分
符合“C”，并：					
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：	A	查阅资料，现场查			

		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。		看	5分，未达到不得分
4-5-2-2 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范，符合《病历书写基本规范》，确保病历质量。	各项指标符合要求：		C	查阅资料，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
	1. 有病历书写制度以及相关管理规定。				
	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。				
	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。		B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
	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。				
	2. 职能部门有检查、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，病历书写质量逐渐提高，符合病历书写规范。					
4-5-2-3 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、台帐。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. 按照国家卫生健康委下发的《住院病案首页数据填写质量规范》，在全院及临床科室开展住院病案首页填写培训。				
	3. 住院病案首页填写完整，首页填写合格率达到90%。				
	4. 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、台帐。	
	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%。		合格率通过省医疗服务综合监管系统查看。	2 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。			2 分，未达到不得分
		3. 科室对住院病案首页填写存在的问题和缺陷有整改。			1 分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	现场查看	
		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。			5 分，未达到不得分
4-5-3 采用国家卫生健康委发布的疾病分类 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。	4-5-3-1 采用国际疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM3，对出院病案进行分类编码。	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. 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。			
		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。			
		3. 有疾病分类与手术操作分类编码培训计划并落实。			
		符合“C”，并：			
	4-5-3-2 建立出院病案信息的查询系统。	1. 科室定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提高编码质量。	B	查阅资料，现场查看	3.5 分，未达到不得分
		2. 职能部门有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：			
		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。			
		符合“B”，并：			
4-5-3-2 建立出院病案信息的查询系统。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场考查	任何一项指标未达到，不得“C”	
	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。				
	2. 病案首页内容填写完整、准确，符合相关规定与要求。				
		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。			



		符合“C”，并： 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。	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，病案信息查询功能不断提升，能提供5年内完整病案首页信息。	A	查阅资料，现场考查	5分，未达到不得分	
4-5-4 按《医疗机构病历管理规定》、《电子病历应用管理规范》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。	4-5-4-1 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。	各项指标符合要求： 1. 采用病案示踪系统等方式，控制每份病案的去向。 2. 有3年病案存放的发展空间，病历保存符合管理要求。 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。 4. 患者出院后，住院病历3个工作日之内归档率≥90%。 5. 医院有病历归档的方案与规定。	C	查阅资料，现场访谈病案科工作人员	任何一项指标未达到，不得“C”	
		符合“C”，并： 1. 科室对病历归档有自查，对存在问题有改进措施。 2. 职能部门有检查、分析、反馈。	B	查阅资料、台帐	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，病历归档与保存管理规范，保障病历安全。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
		4-5-4-2 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。 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。	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. 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。	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	5分，未达到不得分
		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。			
4-5-5 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。	4-5-5-1 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、台帐	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、人力资源社会保障、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、司法机关和人力资源社会保障、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。	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。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。			
		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，病案服务管理规范，能够满足患方、司法、保险等多方需求。			
4-5-6 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。	4-5-6-1 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	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场考查	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		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。			

电子病历个人信息有严格的安全保护措施。	息有严格的安全保护措施。	符合“C”，并：	B	查阅资料，现场考查	
		1. 职能部门有检查与监管。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场考查	
		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。			5分，未达到不得分
<b>4-6 医院感染管理与持续改进。</b>					
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 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。	4-6-1-1 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：	C	查看医院相关文件，访谈委员会成员	
		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。			任何一项未达到不得“C”
		2. 医院感染管理部门配备专职人员，专职人员：编制床位数≥1：300；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工作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。			
		符合“C”，并：	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	
		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。			4分，未达到不得分
		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。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：			A
1. 医院感染管理部门人员专业构成合理，人员稳定。医院感染管理部门负责人具备感染诊治及防控专业能力。	2分，未达到不得分				
2. 参加医院疑难复杂危重、多重耐药院内感染病例多学科联合诊疗，参与指导临		1分，未达到不得分			

		床抗菌药物合理使用。				
		3. 感染管理部门能针对医院或区域暴发的新发病或医院感染事件，研究制订科学的感染控制措施并落实。			1分，未达到不得分	
		4. 医院有经过省级“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）”等感染相关专业培训的人员，并在实际中发挥作用。			1分，未达到不得分	
	4-6-1-2 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	查看医务处、护理部及感染管理科的督查记录及分析反馈	5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。				
	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。					
4-6-2 开展医院感染防控知识的培训与教育。	4-6-2-1 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	查看教育部门及感染管理科资料	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。			
4-6-3 按照《医院感染管理办法》等相关法律法规，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。	4-6-3-1 产房诊疗工作符合医院感染管理相关法律法规要求。 (可选)	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. 产房根据《医院感染管理办法》等法律法规要求制订医院感染管理制度及流程。			
		2. 产房周围环境必须清洁、无污染源，应与母婴室和新生儿室相邻近，相对独立。			
		3. 产房布局合理，分区明确，设有隔离待产室隔离分娩室，用后的产房、产床应清洁消毒。			
		4. 有医务人员职业防护制度及必要防护用品，并能正确使用。			
		符合“C”，并：			
		1. 科室有自查，对存在问题有改进措施。			
	2. 职能部门对产房的医院感染管理有检查、分析、反馈。	B	查看资料及访谈	3分，未达到不得分	
	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，产房诊疗工作符合医院感染管理要求。				
	4-6-3-2 口腔诊疗工作符合医院感染管理相关法律法规和《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》的要求。 (可选)	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《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。			
		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. 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			
2. 职能部门对口腔科的医院感染管理有检查、分析、反馈。	3分，未达到不得分				
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，口腔诊疗工作符合医院感染管理规范。					

4-6-3-3 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。 (可选)	各项指标符合要求:	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”	
	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消毒与防护用品。	B	查看监测记录并考核监测方法	4分,未达到不得分 1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。	A	查看近2年的改进案例	5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。				
	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,内镜诊疗工作符合医院感染管理规范。				
	4-6-3-4 新生儿室工作符合医院感染管理相关法律法规和《新生儿病室建设与管理指南(试行)》的要求。 (可选)	各项指标符合要求:	C	现场查看及考核	任何一项指标未达到,不得“C”
		1. 有新生儿消毒隔离制度,并落实。			
		2. 有新生儿沐浴、配奶操作工作流程及新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴清洁消毒规范,并落实。			
		3. 有传染病患儿消毒隔离制度,对高危新生儿及疑似传染病的新生儿采取隔离措施,标识清晰。			
4. 有专人负责新生儿室的医院感染防控工作,定期进行消毒灭菌效果及环境卫生学监测,有记录。		B	现场查看及访谈	3分,未达到不得分 2分,未达到不得分	
符合“C”并:					
1. 科室对各项消毒隔离制度、流程及消毒规范有检查,有分析及整改。		A	查看近2年的改进案例	5分,未达到不得分	
2. 职能部门对新生儿室医院感染管理有检查,定期监测,有分析评价。					
符合“B”并:		A	查看近2年的改进案例	5分,未达到不得分	
1. 科室各项消毒隔离措施、流程及规范持续改进有成效。					
4-6-3-5 医院有感染暴发	各项指标符合要求:	C	查看资料及现场		

	报告流程与处置预案。	1. 有医院感染暴发报告流程与处置预案。	考核	一项指标未达到，不得“C”	
		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。			
		符合“C”，并：	B	查看资料及访谈	4分，未达到不得分
		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。			
		2. 有医院感染暴发报告的信息核查机制。			
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，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。					
4-6-4 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	4-6-4-1 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。	B	查看资料及访谈	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
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。					

院感染监测结果。		符合“B”，并： 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。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分	
	4-6-4-2 实施重点环节、重点人群与高危因素 的监测。对下呼吸道、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有具体预防控制措施并实施。	各项指标符合要求： 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。 3. 重症医学科开展导管相关性血源感染（CRBSI）千日感染率；呼吸机相关肺炎（VAP）千日感染率；尿路感染（UTI）千日感染率的监测与防控。 4. 有对下呼吸道、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。	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”	
		符合“C”，并： 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. 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。	B	查看资料及访谈	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，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。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分	
		4-6-4-3 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： 1. 按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。	C	现场查看现场考核	未达到不得“C”
			符合“C”，并： 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. 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。	B	查看10份医院感染病例，核实诊断	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，医院感染管理水平不断提高。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分		
4-6-5 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。	4-6-5-1 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： 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。 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. 医院临床微生物实验室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。	C	追踪1名多重耐药菌患者	任何一项指标未达到，不得“C”		
		符合“C”，并： 1. 各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措施。 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。				B	查看资料及访谈
		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。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分		
		符合“C”，并： 1. 痰标本占有送检标本70%以下。			B	查看资料及访谈	2分，未达到不得分
		4-6-6 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。	4-6-6-1 有细菌耐药监测及预警机制，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。	各项指标符合要求： 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。			C
				符合“C”，并： 1. 痰标本占有送检标本70%以下。	B	查看资料及访谈	

		2. 有上述细菌耐药监测变化趋势图。			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。			1分, 未达到不得分	
		符合“B”, 并:	A	查看资料及访谈		
		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。			1分, 未达到不得分	
		2. 有针对感染病例的多学科会诊或讨论。			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 50%。			2分, 未达到不得分	
4-6-7 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消毒与防护用品; 重点部门、重点部位的管理符合要求。	4-6-7-1 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(如重症医学科、消毒供应中心、检验科、静配中心、门急诊等)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。				
		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。				
			符合“C”, 并:	B	查看资料及访谈	
			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。			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	

	4-6-7-2 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:	C	现场查看及考核	任何一项指标未达到, 不得“C”		
		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。					
		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。	B	查看资料及访谈	5分, 未达到不得分
		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。					
		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, 隔离工作持续改进有成效。							

  

4-6-8 执行手卫生规范, 落实医院感染控制的基本要求。	4-6-8-1 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。	B	查看资料及访谈	5分, 未达到不得分
		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。					
			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, 全院手卫生设施配置满足医疗安全需要。						

  

	4-6-8-2 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			

		1. 持续改进有成效，手卫生依从性、正确性不断提高。		案例	5分，未达到不得分		
4-6-9 按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、《医疗废物分类目录》开展医疗废物管理。	4-6-9-1 有医疗废物管理制度，成立医疗废物管理组织，各成员分工明确，有培训和督查；医疗废物分类收集、院内转运、暂存及交接符合规范要求。	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. 有医院医疗废物管理组织，各成员分工明确，法人代表为第一责任人。					
		2. 医疗废物管理制度完善。					
				3. 主管部门有培训和督查。	B	现场查看	2分，未达到不得分
		符合“C”，并：					
		1. 医疗废物分类收集、院内转运、暂存及交接符合规范要求。					
		2. 对二甲苯、甲醛等化学性废物实施回收无害化处置；病理性废物处置符合要求。					
		3. 运用医疗废物信息化管理系统，实现医疗废物院内闭环管理。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分		
符合“B”，并：							
		1. 持续改进有成效。					
<b>4-7 无抽搐电休克治疗（MECT）管理与持续改进。</b>							
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>		
4-7-1 由具有法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。	4-7-1-1 由具有法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。	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. 由具有资质和授权的医师为每一位手术患者制订 MECT 计划。					
		2. 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。					
				3. 由具有资质的护士从事 MECT 室护理工作。	B	查阅台帐、资料	2分，未达到不得分
		符合“C”，并					
		1. MECT 室的医师为固定医师。					
		2. 职能部门定期评价有关人员工作情况并授权。					
		符合“B”，并	A	查阅台帐、资料	2分，未达到不得分		
		1. MECT 室的医师、麻醉师、护士皆为固定人员。					

		2. 科室人员结构合理，独立运行。			3 分，未达到不得分
4-7-2 有无抽搐电休克治疗治疗前准备的制度与工作流程。	4-7-2-1 有无抽搐电休克治疗治疗前准备的制度与工作流程。	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. 有无抽搐电休克治疗治疗前准备的相关管理制度。			
		2. 无抽搐电休克治疗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治疗医嘱。	B	查阅台帐、资料	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	查阅台帐、资料	5 分，未达到不得分		
符合“B”，并					
		1. 治疗前准备制度落实，执行率 100%。			
4-7-3 有无抽搐电休克治疗患者的核对制度与工作流程。	4-7-3-1 有无抽搐电休克治疗患者的核对制度与工作流程。	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. 有每次无抽搐电休克治疗患者的核对制度与工作流程。			
		2. 对不合作的患者有专人核对，并且陪伴送往治疗室。	B	查阅台帐、资料	5 分，未达到不得分
		3. 在患者被送往治疗室或治疗准备室前核对完成疗前各项准备工作。			
符合“C”，并	A	查阅台帐、资料	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			
		1. 所有治疗前准备的核对执行率 100%。			
4-7-4 有无抽搐电休克治疗安全核查与风险评估制度与流程。	4-7-4-1 有无抽搐电休克治疗安全核查与风险评估制度与流程。	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. 有每次无抽搐电休克治疗安全核查与风险评估制度与流程。			
		2. 第一次治疗前依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、知情同意情况、麻醉安全检查、静脉通道建立情况、患者过敏史、禁食要求、各项疗前检查资料及影像学资料等内容；此后的治疗前按要求做好相应的核对工作。			
		3. 开展治疗风险评估，并且做好预警准备工作。			
		4. 治疗中各项内容记录正确和完整。			

		符合“C”，并	B	查阅台帐、资料	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	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分
		1. 治疗核查和风险评估执行率100%。			
4-7-5 有突发事件防范和处理预案。	4-7-5-1 有突发事件防范和处理预案。	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. 突发事件应急救援。			
		(1) 有明确的应急预案、责任分工。			
		(2) 有应急救援具体措施，实施应有专职或兼职防护人员负责。平时要有训练。			
		(3) 操作区应展示简明的应急救援措施指南，并指定该区域的防护负责人。			
		(4) 检查与治疗室设有必要的急救药品和设备。			
		2. 相关人员知晓本科室的履职要求。	B	查阅台帐、资料	1分，未达到不得分
		符合“C”，并			
		1. 对相关人员有培训与教育的记录。			
		2. 至少每年演练一次，有记录。			
3. 有记录证实管理职能部门履行监管的责任，对问题与缺陷有记录。	A	查阅台帐、资料	1分，未达到不得分		
4. 有定期监管检查的结果。					
符合“B”，并					
1. 职能部门要对问题与缺陷有持续改进与成效评价，有记录。			5分，未达到不得分		
4-7-6 由具备资质的质量控制人员组成的团队或小组，并有开展工作的记录。有保证医疗服务质量的保证文件。	4-7-6-1 由具备资质的质量控制人员组成的团队或小组，并有开展工作的记录。有保证医疗服务质量的相关文件。	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. 由科主任、护士长与质量控制小组负责医疗质量和安全管理或由专人负责，开展医疗质量和安全管理，并有工作记录。			
		2. 有保证医疗服务质量的相关文件，有培训与教育的记录，至少应有：			
		(1) 岗位职责及继续教育制度。			

的相关文件。		(2) 仪器管理、使用、维修制度。						
		(3) 安全防护管理制度。						
		(4) 患者的适应证、禁忌证标准及查对制度。						
		(5) 诊疗操作常规。						
		(6) 诊疗结果的书写、记录及报告制度，做到准确、完整、及时。						
		3. 有轮转的医师与护士培训与教育计划，实施并记录。						
		4. 有明确的质量与安全管理计划和指标。						
		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				B	查阅台帐、资料	1分，未达到不得分
		1、有记录证实职能部门履行监管的责任，有定期监管检查的结果（问题与缺陷）						2分，未达到不得分
		2. 有对各项规章、制度、规范等管理文件有定期研讨与修订的记录。						1分，未达到不得分
		3. 对新的或更新后的管理文件有培训、试用、再完善的程序。						1分，未达到不得分
		4. 在申请评审前已执行一年以上。				A	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：						
1. 持续改进有成效。								
<b>4-8 急诊管理与持续改进。</b>								
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）》、	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）》和《江苏省 “十三五”院前急救医疗 事业发展规划》的要求。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、访谈现 场查看	任何一项未达到，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	查阅台帐、访谈现 场查看	3分，未达到不得分			
		符合“C”，并：						
1. 有独立的抢救室且≥2张抢救床，设有精神科留观室。								

《江苏省“十三五”院前急救医疗事业发展规划》的要求。	2. 职能部门有检查与监管。			2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅文件现场查看	
		1. 三级精神病医院急诊科面积>400 m <sup>2</sup> ；急诊抢救室具备≥2张床位的抢救单元，其中包括≥2张床位的复苏单元。			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 急诊科应当配备足够数量，受过专门训练，掌握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。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料、访谈现场查看	任何一项未达到，不得“C”
		1. 急诊科有固定的急诊医师；急诊科固定护理人员不少于在岗护理人员的75%，重点保障抢救单元护士人力配备。			
		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5年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。			
		3. 急诊抢救室由专职医师与护理人员负责，单独排班、值班。			
		4. 急诊手术室有专职手术护理人员或由病房手术室统一管理。（有急诊手术室的医院选用）	B	查阅文件、资料、访谈现场查看	1.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1. 急诊科独立值班医师应在本院执业注册登记，具有三年以上工作经历。			
		2. 就诊区护士与患者比例1:10；留观护士与患者比例1:2；监护室护士与患者比例2:1。	A	查阅文件、证书、访谈现场查看	2.5分，未达到不得分
		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。			
		符合“B”，并：	A	查阅文件、证书、访谈现场查看	2.5分，未达到不得分
1. 急诊科主任由主任医师担任，博士生导师或硕士生导师，省级质控中心主任或副主任，或省医学会急诊医学分会主任委员或副主任委员。					
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5年以上。					
4-8-1-3 仪器设备及药品	各项指标符合要求：	C	查阅文件、台帐、		



	配置符合急诊科建设与管理的标准。急救设备处于应急备用状态,有应急调配机制。	1. 仪器设备及药品配置符合急诊科建设与管理的标准。		访谈现场查看	任何一项未达到,不得“C”
		2. 保障急救用的仪器设备及药品满足急救需要。			
		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:	B	查阅文件、台帐现场查看	2分,未达到不得分
		1. 科室对应急设备状态有自查,问题及时整改,记录完整。			
		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。			
		符合“B”,并:	A	查阅文件、台帐现场查看	5分,未达到不得分
1. 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、正确使用各种抢救设备,掌握各种抢救技能。	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急诊专业培训,考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”,有考核记录。			
		3. 急诊监护室固定医师与护理人员均经ICU专业培训,技能考核合格。(有急诊监护室的医院选用)			
		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. 持续改进有成效,医护人员诊疗水平不断提升。	C	查阅资料、现场查看、现场考核	2分,未达到不得分
		各项指标符合要求:			
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,	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,熟练掌握应对病人暴力攻击、				

	包括高级心肺复苏技能。	洗胃、气管插管、动脉穿刺、电复律、呼吸机使用、心电监护仪等技能。				
		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	3分，未达到不得分	
		1. 急诊医师熟练掌握高级心肺复苏、深静脉穿刺、血液净化和创伤急救等技能。 2. 有记录表明医务人员抢救技能不断提升。			2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：医院开展的临床专业；药学、医学影像（普通放射、CT、超声等）、临床检验、输血等部门；医疗器械部门及保障部门。				
		3. 妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科和口腔专业等医师承担本专业急诊工作。（有相应科室的医院选用）				
		符合“C”，并：				
		1. 职能部门对急诊抢救工作有检查与监管。				
	4-8-3-2 建立院前急救、院内急诊与住院或转诊	各项指标符合要求：	1. 职能部门对急诊抢救工作有检查与监管。	B	查阅资料、现场查看	2分，未达到不得分
			2. 急诊科区域内有独立的急诊手术室。（有相应科室的医院选用）			2分，未达到不得分
			3. 有供急诊科专用的医技检查部门（放射、检验、B超、CT）。			1分，未达到不得分
			符合“B”，并：			
4-8-3-2 建立院前急救、院内急诊与住院或转诊	各项指标符合要求：	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。	A	查阅资料、现场查看	5分，未达到不得分	
		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。	C	查阅资料、现场查看	任何一项未达到，不得	

	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。			“C”			
		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：						
		1. 科室有自查，对存在的问题及时整改。				B	查阅台帐、访谈	2.5分，未达到不得分
		2. 职能部门对急救实施情况有检查、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	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分，未达到不得分
		2. 有急诊网络支持系统，实现急诊与院内各相关科室、急诊与卫生健康行政部门的信息对接。						1分，未达到不得分
		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。						
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：						
		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。				C	查阅资料、现场查看、人员访谈	任何一项未达到，不得“C”
		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：				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。						1.5分，未达到不得分
		2. 职能部门对急诊检诊、分诊制度落实情况有检查与监管。						1.5分，未达到不得分
		3. 对存在的问题有持续改进措施并得到落实。				A	查阅资料、现场查	
		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。		看、人员访谈	2.5分，未达到不得分	
		2. 急危重症患者急诊就诊等候时间有效缩短。			2.5分，未达到不得分	
	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：	1. 有急危重症抢救患者优先住院的制度。	C	查阅资料、现场查看	任何一项未达到，不得“C”
			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：		B	查阅资料、现场查看、人员访谈	2.5分，未达到不得分
		1. 急危重症患者急诊留观滞留时间小于72小时。				
		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。		A	查阅资料、现场查看、人员访谈	2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：				
1. 急诊需住院病人都能及时通过绿色通道入住相关科室。		A	查阅资料、现场查看、人员访谈	2.5分，未达到不得分		
2. 无急诊住院病人滞留急诊留观。						
4-8-5 建立精神药物中毒，严重暴力攻击及自伤自杀、记性创伤、急性心肌梗死、脑卒中、急性呼吸衰竭、高危孕产妇等重点病种的急诊服务流程与规范。	4-8-5-1 对精神药物中毒、严重暴力攻击及自伤自杀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	任何一项未达到，不得“C”	
		1. 对精神药物中毒，严重暴力攻击及自伤自杀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. 急诊科医护人员参与医院精神药物中毒，严重暴力攻击及自伤自杀为核心的创伤救治团队，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. 急诊服务体系相关责任部门人员知晓任职要求。				
		符合“C”，并：				B
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。			2.5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. 缩短救治时间，提升救治成功率。			2.5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。			2.5分，未达到不得分	
4-8-5-2 对急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭、高危孕产妇等急诊服务流程与服务时限有明文规定，能落实到位。 (可选)		各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查看、人员访谈		
		1. 对急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭、高危孕产妇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。			任何一项未达到，不得“C”	
		2. 急诊科医护人员参与医院胸痛、卒中诊疗团队；建立以急诊外科为核心的创伤救治团队。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. 有明确的胸痛、卒中和创伤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。			
			符合“C”，并：	B	查阅资料、现场查看、人员访谈	
			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分，未达到不得分
			2. 实现信息的互联互通，使院前救治与院内救治无缝连接。			1分，未达到不得分
			3. 建立包含远程实时传输心电图、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。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅文件		
		1. 被确定为省或区域救治中心或救治中心建设单位。			5分，未达到不得分	
4-8-5-3 有保证相关人员		各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查		

	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。	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。		看、人员访谈	任何一项未达到，不得“C”
		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。	B	查阅资料、现场查看、人员访谈	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 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。	A	查阅资料、现场查看	5分，未达到不得分
4-8-6 针对重大突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。	4-8-6-1 针对重大突发事件应急医疗救援，制定大规模抢救工作流程，保证绿色通道畅通。	各项指标符合要求： 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。 2. 有重大突发事件应急医疗救援计划与演练。 3. 相关部门组织实施和协调应急医疗救援，有记录。	C	查阅资料、现场查看、人员访谈	任何一项未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 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。	B	查阅资料、人员访谈	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 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。	A	查阅资料、现场查看、人员访谈	5分，未达到不得分
<b>4-9 康复治疗管理与持续改进。</b>					
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>

4-9-1 进行康复治疗必要性的评估, 并给予规范指导。	4-9-1-1 有康复诊疗指南/规范, 康复医师对每位康复患者有明确诊断与功能评估, 制订康复治疗计划。开展了临床早期康复介入服务。	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. 有康复科建设与管理制度的技术规范, 并执行。			
		2. 对每个康复患者有明确诊断与功能评估并制订康复治疗计划; 需要康复治疗的住院患者由康复医师会诊, 并与主管医生共同确定康复治疗计划或方案。			
		3. 开展临床早期康复介入服务, 选派康复医师和治疗师深入临床科室, 与科室建立协作的工作模式, 为需要康复治疗的患者, 提供早期、专业的康复医疗服务。			
		4. 康复治疗计划由康复医师、治疗师、护士、患者及家属共同落实。			
		5. 科室对康复计划落实情况有自查、分析、整改。	B	查阅资料、台帐	5 分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:			
		1. 职能部门对科室建设和管理有检查与监管, 对存在的问题督促整改。			
		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, 患者康复计划按时完成。			
4-9-2 功能康复的过程与训练的效果有记录, 康复治疗训练的人员具备相应的资质。	4-9-2-1 由具备相应资质的康复治疗训练人员实施康复治疗与训练。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、抽查专业人员	任何一项指标未达到, 不得 C
		1. 有康复医学专业人员和康复医疗专业设备, 由康复科统一管理。			
		2. 开展康复治疗训练人员掌握康复治疗训练相关的理论与技能。			
		3. 由具备资质的康复治疗师负责实施康复治疗和训练。			
		4. 对转入专业康复机构、社区及家庭的患者提供转诊后康复训练指导方案, 保障康复训练的连续性。			
		5. 科室对落实情况有自查、分析、整改。	B	查阅资料、台帐	5 分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:			
		1. 职能部门对人员资质有检查与监管, 对存在的问题督促整改。			
		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, 康复训练质量不断提高。			
4-9-2-2 康复治疗训练过	各项指标符合要求:	C	查阅资料、访谈并		

	程有规范、有记录。	1. 有康复治疗诊疗标准、训练流程与记录规范。		抽查 10 份相关病历	任何一项指标未达到，不得 C	
		2. 有综合应用作业疗法、物理疗法、语言疗法、音乐治疗等的规范。				
		3. 康复治疗情况在病历中有记录。				
		4. 有康复患者及家属满意度评价的制度与流程，并组织实施。				
		5. 相关人员知晓上述规范和流程并落实到位。				
		6. 科室对落实情况有自查、分析、整改。				
		符合“C”，并：				
		1. 职能部门对科室执行情况有检查、分析、反馈，对存在的问题督促整改。				B
	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，康复诊疗质量得到保障，患者满意度不断提高。					
	4-9-2-3 制定康复意外紧急处置预案。	各项指标符合要求：	1. 有康复意外紧急处置预案与流程。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得 C
			2. 对相关人员进行紧急处置预案培训与考核。			
			3. 相关人员均熟知预案处置内容，并能遵循。			
			4. 科室对预案内容培训效果有自查、分析、整改。			
符合“C”，并：		B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
1. 职能部门对科室紧急处置预案能力有检查与监管。						
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，相关人员对康复意外紧急处置内容熟练掌握，并有效落实。						
4-9-3 评估康复治疗的效果。	4-9-3-1 有定期的康复治疗与训练效果评定标准与程序。	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. 有定期康复治疗与训练效果评定、无效中止康复训练的标准与程序。				
		2. 有康复科诊疗活动评价指标，每一个患者都进行定期系统的效果评定。				
		3. 其他科住院患者应由康复医师与临床医师共同进行康复训练与治疗效果评价，				



		并记录。				
		4. 相关人员知晓效果评定的标准与程序并落实。				
		5. 科室对康复效果评价落实情况有自查、分析、整改。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
		1. 职能部门对科室执行康复评价标准有检查、分析、反馈，对存在的问题督促整改。				
		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，康复治疗与训练效果不断提升。				
	4-9-3-2 对并发症、预防二次残疾等有评价。 (可选)	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. 对康复患者并发症、预防二次残疾等有评价。				
		2. 有落实预防并发症、预防二次残疾的具体措施。				
			3. 科室对康复治疗训练效果、并发症、预防二次残疾等有自查、分析、整改。			
			符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
			1. 职能部门有自查、分析、反馈。			
			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，无二次致残发生。			
<b>4-10 临床营养管理与持续改进。</b>						
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 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	4-10-1-1 设营养科(室)，并配备与其规模相适应的(医师、技师、护士、厨师、护理员等)营养专业人员，开展临床营养工	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)，并配备与其规模相适应的(医师、技师、护士、厨师、护理员等)营养专业人员，有各级各类人员岗位职责。				
		2. 营养医师和护士分别具有执业医师证书和执业护士证书，并具备相应的基本技能。				

临床营养工作，执行《食品安全法》等相关法律法规。		3. 具备开展临床营养的设施、设备、空间等基本条件，并开展营养风险筛查和营养评估、健康体检的营养咨询服务。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、现场查看	2.5分，未达到不得分
		1. 营养医师占专业人员的比例≥30%，有完整的人才梯队。			2.5分，未达到不得分
		2. 科室负责人应具备营养专业或医学专业学历背景，具有副主任医师及以上职称，且为专职。	A	查阅资料	2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			2分，未达到不得分
		1. 医院有肠外营养配置室（可在药学部设置）。			1分，未达到不得分
	4-10-1-2 营养科（室）有临床营养工作管理制度，并落实。	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. 临床营养工作管理制度健全，进行岗位培训并落实相关制度。			
		2. 制定“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”等规章制度。			
		3. 有膳食医嘱执行路径。			
		4. 有治疗膳食种类及制备技术。	B	查看资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
1. 科室对“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”制度有定期抽查，对问题有分析及改进措施。	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，“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”能够有效落实。					
4-10-2 对住院患者实施营养评估，接受特殊、疑难、危重及	4-10-2-1 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，	各项指标符合要求：	C	查阅资料，营养会诊记录5份及营养处方50份	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 营养医师定期查房，参与临床病历讨论，完成重点患者营养评估。			
		2. 对有需求的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			

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, 开具营养处方。	开具营养处方。	养会诊, 并提供相应的营养治疗方案和膳食。					
		3. 为各类营养不良/营养失衡患者提供营养支持方案, 开具营养处方。					
		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、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, 临床营养管理相关医疗文书管理规范, 符合要求。					
		4-10-3 开展营养与健康宣传教育服务, 为住院患者提供膳食营养指导, 定期评价营养诊疗质量与服务质量, 促进持续改进。	4-10-3-1 开展营养与健康宣传教育服务, 为住院患者提供膳食营养指导, 定期评价营养诊疗质量与服务质量, 促进持续改进。	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. 采取多种形式开展营养与健康宣传教育。					
		2. 为住院患者提供疾病营养指导。					
		3. 定期听取并征求患者及家属的意见。					
		4. 有营养诊疗质量与服务质量指标。					
		符合“C”, 并:	B	查阅资料	2分, 未达到不得分		
		1. 科室对营养诊疗质量与服务质量有自查。			3分, 未达到不得分		
		2. 职能部门有检查、分析、反馈。					
		符合“B”, 并:	A	查阅资料	2分, 未达到不得分		
		1. 持续改进有成效, 营养诊疗质量逐步提升。			3分, 未达到不得分		
		2. 住院患者治疗膳食的就餐率≥80%。					
<b>4-11 药事和药物使用管理与持续改进。</b>							
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>		
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、	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: 1. 按照《医疗机构药事管理规定》的相关要求, 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。药事管理与药物治疗学委员会人员组成符合规范, 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	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到, 不得“C”		

法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织。		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. 药学部门负责药品管理、药学专业技术服务和药事管理工作。				
		3. 药事管理工作有年度计划和总结。				
		4. 医务部门指定专人，负责与医疗机构药物治疗相关的管理工作。医务部门与药学部门职责明确，有协调机制。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐		
		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。			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，医院药事管理有数据及结果分析，整改建议得到有效落实。			3分，未达到不得分	
		2. 有医联体内药学服务标准，有对基层医疗机构的药物服务指导措施并执行。			2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	
			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：	B	查阅资料、台帐、考查		
	1. 职能部门对药事管理工作制度执行情况有检查与监管。	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，药事管理工作规范、药品使用与医院功能任务相符合。			5分，未达到不得分		
4-11-1-3 根据医院功能任务及规模，配备药学专		各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场考查		
		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职务任职			任何一项指标未达到，	

	业技术人员，岗位职责明确。	资格。			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。			
		5. 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“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8%。药学部门副高级及以上学专业技术职务任职资格人员，应当不低于10%，教学医院应当不低于12%。			
		2. 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。			
		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。			
2. 承担相关的临床药学本科及以上教育和市级及以上药物临床应用研究性课题。	5分，未达到不得分				
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。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场核查	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		2. 抗菌药物采购目录向卫生健康行政部门备案，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。			
		3. 保障临床一线药品单剂量摆放并下送。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
		1. 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。			
		2. 职能部门对药品采购供应及药品储备有检查与监管。	A	查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
		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。	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:	C	查阅资料、台帐、现场考查	任何一项指标未达到, 不得“C”		
		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(柜)、阴凉库、常温库, 化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分类定位存放。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。					
		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:	A	查阅资料、台帐	5分, 未达到不得分			
	1. 持续改进有成效, 药品供应、质量和数量管理制度落实到位。						
	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:	C	查阅资料、台帐、现场考查	任何一项指标未达到, 不得“C”		
		1. 依法建立麻醉药品、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管理制度。					
		2. 执行麻醉药品、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。							
符合“C”, 并:		B				查阅资料、台帐	5分, 未达到不得分
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。							
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, 特殊管理药品的管理与使用规范。							
4-11-2-4 对“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊	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,			
	1. 药库设置有“麻醉药品、第一类精神药品”专用库(柜), 配有安全监控及自						

	管理药品实施全程管理。	动报警设施；放射性药品按有关规定执行。			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：				
		1. 药学部门定期对特殊管理药品进行检查，至少每月1次。	B	查看现场、查阅资料、台帐		2.5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。				2.5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。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
	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：				
		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。				任何一项指标未达到，不得“C”
		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。	C	查看现场、查阅资料、台帐		
	3. 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。					
	符合“C”，并：					
	1. 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。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
	2. 职能部门对急救等备用药品管理情况有检查与监管。					
	符合“B”，并：					
	1. 持续改进有成效，医院急救备用药品管理规范。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
4-11-2-6 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作	各项指标符合要求：					
	1. 制定药品调剂制度和操作规程。药品调剂，必须设置处方、医嘱审核环节。有	C	查看现场、查阅资料、台帐		任何一项指标未达到，	

规程,保障药品调剂的准确性。	发药差错报告制度、差错分析登记。			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。				
	4-11-2-7 制剂的配制与使用符合有关规定。 (可选)	各项指标符合要求:			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。		C	
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。					
符合“C”,并:		B	查看现场、查阅资料、台帐	5分,未达到不得分	
1.职能部门对制剂配制和使用管理有检查与监管。					
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,制剂管理规范。					
4-11-2-8 有肠外营养液和危害药物等静脉用药的调配规定,并执行。	各项指标符合要求:			任何一项指标未达到,不得“C”	
	1.参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》制定病房(区)分散调配一般静脉用药的管理制度,并执行。		C		查看现场、查阅资料、台帐



	(可选)	2. 有静脉用药调配人员岗位培训制度和培训计划，并执行。			
		3. 有配制质量问题和严重不良反应报告相关规定，药学部对临床出现的输液质量问题和患者应用输液后的严重不良反应有分析报告。			
		符合“C”，并：	B	查看现场、查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
		1. 肠外营养液和静脉用危害药物由药学部集中调配，调配条件符合当地卫生健康行政部门的准入要求。			3分，未达到不得分
		2. 职能部门对肠外营养液和危害药物等静脉用药管理有检查与监管。	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，肠外营养液和危害药物等静脉用药管理规范。				
	4-11-2-9 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、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1. 职能部门对药品质量管理工作有检查与监管。	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，药品质量相关制度落实到位，保障临床用药安全。				
4-11-2-10 有药品召回管理制度。	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。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
	符合“C”，并：				
	1. 职能部门对药品召回管理工作有检查与监管。	A	查阅资料、台帐		
符合“B”，并：					

		1. 持续改进有成效，药品召回管理规范。			5分，未达到不得分
	4-11-2-11 建立完善的药品管理信息系统，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。	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. 有适宜的合理用药监控软件系统，并定期升级、更新。 2. 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	2分，未达到不得分 3分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 建立药师工作站，实现临床药师工作信息化，建立药师全面开展处方/医嘱的事前审方，促进临床合理用药，同时完善院内药品质量精细化管理，为临床和患者提供优质药学服务。 2. 持续改进有成效，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	2分，未达到不得分 3分，未达到不得分
4-11-3 依照《处方管理办法》，实行处方点评，促进合理用药。	4-11-3-1 医师开具处方应按照《处方管理办法》的要求执行。	各项指标符合要求： 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。 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。	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： 1. 持续改进有成效，处方质量管理体系得到有效落实。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
4-11-3-2 药师应按照《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： 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。	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： 1. 持续改进有成效，处方开具规范。	A	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	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： 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。	C	查看现场、查阅资料、台帐
	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	A	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分

		理。					
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。（可选）	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。（可选）	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. 设立肠道外营养药、激素、肿瘤化学等特殊药物治疗管理小组，人员配置与岗位职责与医院功能和任务相符合，并执行。					
		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。					
				3. 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。			
				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。			
		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，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。					
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，并有监督机制。	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的组织，制定管理制度，明确职责，确保抗菌药物临床应用管理得到有效行政支持。	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、抗菌药物目录和目录外抗菌药物临时采购程序并实施。					
		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. 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。	B	查看现场、查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
		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。			3分，未达到不得分
		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。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
4-11-5-2 结合本院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。	各项指标符合要求：	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。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		2. 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。			
		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，至少每半年一次。			
	符合“C”，并：	1. 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。	B	查看现场、查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
		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，对存在问题有反馈，并实施监控和干预。			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，抗菌药物追踪评价、用药指标均达到相关规定。			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	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。			
		符合“C”，并：	B	查看现场、查阅资	

	别是 I 类清洁切口)预防性应用抗菌药物的有关规定。 (可选)	1. 科室对抗菌药物预防应用有自查, 对存在问题整改。	A	料、台帐	2.5 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。			2.5 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 高警示药物的管理, 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与识别有严格要求, 确保药品发放和使用安全。	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. 针对高警示药品有标识和贮存方法的规定并执行。			
		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”。			
		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。			
		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。			
4-11-7 处方或用药医嘱在转抄(录)和执行时有严格的核对程序, 并由转抄和执行者签名确认。	4-11-7-1 处方或用药医嘱在转抄(录)和执行时有严格的核对程序, 并由转抄和执行者签名确认。	各项指标符合要求:	A	查看现场、查阅资料、台帐	5 分, 未达到不得分
		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。			
		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。			
		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。			
4-11-7 处方或用药医嘱在转抄(录)和执行时有严格的核对程序, 并由转抄和执行者签名确认。	4-11-7-1 处方或用药医嘱在转抄(录)和执行时有严格的核对程序, 并由转抄和执行者签名确认。	6. 护士按照给药时间分次为患者发放口服药, 并说明用法。	A	查看资料、台帐	5 分, 未达到不得分
		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。			
4-11-7 处方或用药医嘱在转抄(录)和执行时有严格的核对程序, 并由转抄和执行者签名确认。	4-11-7-1 处方或用药医嘱在转抄(录)和执行时有严格的核对程序, 并由转抄和执行者签名确认。	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。			
		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。			
		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。		料、台帐	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, 处方及医嘱执行规范。			5分, 未达到不得分		
4-11-8 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。	4-11-8-1 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			
		1. 持续改进有成效, 药学人员不良反应事件应对能力不断提升。			5分, 未达到不得分		
4-11-9 配备临床药师, 参与临床药物治疗, 提供用药咨询服务。	4-11-9-1 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:	A	查阅资料、台帐		
		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。			5分, 未达到不得分		
	4-11-9-2 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	2.5分，未达到不得分		
		1. 临床药师参与临床路径及单病种质量控制药学工作。			2.5分，未达到不得分		
		2. 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。					
4-11-10 根据医疗资源情况，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。（可选）	4-11-10-1 根据医院规模和临床需要，所设置的中药房与中药煎药室符合《医院中药房基本标准》《医疗机构中药煎药室管理规范》等要求。（可选）	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料、现场访谈	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1. 根据医院规模和临床需要，设置规范的中药房与中药煎药室。					
		2. 有中药质量管理的相关制度，对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。					
		3. 煎药室的位置、环境、通风、消防、煎药设施设备、容器及环境维护等符合相关规定。					
				4. 相关人员知晓本岗位的履职要求。			
				符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、现场查看	2分，未达到不得分
				1. 科室对药品质量和中药房管理有自查。			2分，未达到不得分
				2. 职能部门依据合同对外包服务实行监管。			1分，未达到不得分
				3. 职能部门对中药房与中药煎药室工作有检查与监管。			
				符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、现场查看	5分，未达到不得分
		1. 持续改进有成效，中药房与中药煎药室管理规范。					



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、台帐、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. 开展的检验项目满足临床基本需要。				
		3. 根据临床各学科诊治病种需求，及时增加新项目。				
		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、台帐、查看现场	2.5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。			2.5分，未达到不得分	
	2. 新开展项目审批流程规范、资料完整。	A	查阅资料、台帐、访谈	1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，根据细菌耐药数据对医院感染控制及合理用药相关要求，每半年向临床科室通报细菌耐药情况。			2分，未达到不得分		
	2. 接受其他医疗机构的标本检测，有完整相关协议并得到医院相关部门批准。	C	查阅资料、台帐、查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”		
	3. 开展检测项目数（以检测报告项目计算项目数）≥400项。					
	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、台帐、查看现场	任何一项指标未达到，不得“C”
			1. 能提供24小时急诊检验服务。			
2. 对急诊临检项目（报告时间≤30分钟）、急诊生化和免疫项目（报告时间≤2小时）（复检、复查结果除外）所能提供具体项目有明确规定，并执行。						
3. 能提供急诊心肌损伤标志物、凝血功能、D-二聚体和C反应蛋白等指标的测定。			B	查阅资料、台帐、查看现场	2.5分，未达到不得分	
符合“C”，并：					2.5分，未达到不得分	
1. 科室对开展项目质控有自查。						
2. 职能部门对急诊检验服务工作情况有检查与监管。						

		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、 查看现场	
		1. 持续改进有成效，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。			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健康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. 检验项目符合准入范围，检验仪器、试剂符合国家有关标准和准入范围的相关资料。			
		2. 对检验项目、设备和试剂管理所涉及现行法律法规及卫生健康行政部门标准的要求，有培训。			
		3. 对各项技术参数，包括准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围有规定。			
		4. 多台同类仪器检测同一项目定期进行比对，有比对记录。			
		符合“C”，并：			
		1. 科室定期对开展项目和仪器、试剂管理有自查。	B	查阅资料、台帐、 查看现场	2.5 分，未达到不得分
		2. 职能部门对检验项目、设备、试剂管理情况有检查与监管。			2.5 分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、 查看现场		
	1. 持续改进有成效。仪器、试剂三证均在有效期内。			5 分，未达到不得分	
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、台帐、 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。各实验室设置质控员，负责质量安全工作。			
		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：	B	查阅资料、台帐、 查看现场	1 分，未达到不得分
		1. 科室定期进行质量安全自查，保存完整的各项安全相关活动记录。			2 分，未达到不得分
		2. 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。			

		3. 职能部门对实验室质量安全工作有检查与监管。			2分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:	A	查阅资料、台帐、 查看现场、人员访谈	
		1. 持续改进有成效, 质控指标得到改善。			2分, 未达到不得分
		2. 参加省、市专业质控中心考核, 成绩优秀。			2分, 未达到不得分
		3. 取得生物安全实验室备案证书, 并在有效期内。			1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:	C	查阅资料、台帐、 查看现场	
		1. 实验室生物安全分区合理, 标识明确。			任何一项指标未达到, 不得“C”
		2. 工作流程应避免交叉污染。			
		3. 分子生物学实验室和 HIV 初筛实验室需安装相关门禁识别装置。			
		4. 结核检测实验室应至少达到 P2 实验室标准。(可选)			
		符合“C”, 并:	B	查看现场、人员访谈	
		1. 进入所有检测实验区域需通过相关门禁识别装置后方可进入。			2.5分, 未达到不得分
		2. 职能部门对实验室生物安全管理工作有检查与监管。		2.5分, 未达到不得分	
		符合“B”, 并:	A	查阅资料、台帐、 查看现场、人员访谈	
		1. 持续改进有成效, 实验室生物安全分区合理、流程规范, 符合预防交叉感染的要求。			2.5分, 未达到不得分
	2. 无违规情况。	2.5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:	C	查阅资料、台帐、 查看现场、人员访谈	
		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。			任何一项指标未达到, 不得“C”
		2. 配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施, 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。			
		5. 实验室出口处设有手部消毒设施。			

		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、 查看现场	
		1. 科室对相关安全设施有自查。			2.5分，未达到不得分
		2. 职能部门对实验室配置的安全防护设施有检查与监管。		2.5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、 查看现场、人员访谈	
		1. 有实验室工作人员健康档案（包括免疫接种状态）管理。			2.5分，未达到不得分
		2. 持续改进有成效，实验室安全防护设施配备合理，员工安全有保障。		2.5分，未达到不得分	
	4-12-2-4 实验室应建立微生物菌种、毒株的管理规定，并安排专人进行监督。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、 查看现场、人员访谈	任何一项指标未达到， 不得“C”
		1. 有微生物菌种、毒株的管理规定与流程。			
		2. 微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。			
		3. 有样品收集、取用的过程记录。			
		4. 有相应的应急预案。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、 访谈	
1. 科室对微生物菌种、毒株管理有自查。	2.5分，未达到不得分				
2. 职能部门有检查、分析、反馈。		2.5分，未达到不得分			
符合“B”，并：	A	查看现场、查阅资料、台帐			
1. 持续改进有成效，实验室微生物菌种、毒株管理工作落实到位。			5分，未达到不得分		
4-12-2-5 实验室建立化学危险品的管理制度。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、 查看现场、人员访谈	任何一项指标未达到， 不得“C”	
	1. 建立化学危险品的管理制度。				
	2. 建立化学危险品清单和安全数据表。				
	3. 指定专门的储存地点，专人管理，对使用情况做详细记录。				
	4. 有化学危险品溢出与暴露的应急预案。				
	5. 相关人员对制度和预案的知晓率 100%。				
符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、			

		1. 有职能部门监管的记录。		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					
		1. 有根据监管情况, 持续改进危险品管理工作。			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:	C	查阅批文、资料、现场查看	任何一项指标未达到, 不得“C”				
		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。							
		2. 分子生物学、特殊岗位 (HIV 初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等) 检验人员经培训考核后, 持有卫生行政管理部门核发的上岗证方可独立工作。(可选)							
		符合“C”, 并:							
		1. 科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。							
		2. 职能部门对临床检验专业技术人员资质进行动态监管, 有记录。							
	4-12-3-2 不同实验室组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核, 对通过考核的人员予以适当授权。	符合“B”, 并:	1. 持续改进有成效, 临床检验专业技术人员资质管理规范, 无违规上岗情况。	A	查阅资料、台帐、访谈	5分, 未达到不得分			
			符合“C”, 并:				C	查阅资料、台帐、访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”
			1. 有相应人员管理制度, 包括: 上岗、轮岗、培训、考核、授权, 并落实。						
			2. 依据资质、经验、技能确定检验质量控制及结果解释的负责人员。						
符合“C”, 并:	B	查阅资料、台帐、访谈	2.5分, 未达到不得分						
1. 科室对人员资质和权限实施动态管理。									
2. 职能部门对实验室人员资质和权限有检查与监管。									
符合“B”, 并:				A	查阅文件、资料、现场查看	5分, 未达到不得分			
1. 培训及考核记录完整, 有授权人员的定期评价, 工作人员无超权限范围操作。									
4-12-4 检验报告及时、准确、规范, 严	4-12-4-1 保证每一项检验结果的准确性。	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,	
		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,							

格审核制度。		保证每一项检验结果的准确性。			不得“C”	
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分	
		1. 职能部门对开展室内质控与室间质评，保障检验质量有检查与监管。				
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分	
	1. 持续改进有成效，室内质控与室间质评结果达到质量控制目标。					
	4-12-4-2 严格执行检验报告双签字制度。		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. 有检验报告双签字管理制度（包括日常、急诊和特殊时段管理）和复检制度。			
			2. 有检验报告审核者的资质、技术水平和业务能力标准，并执行。			
			3. 审核时，重点识别标本分析前阶段由于标本不规范所带来的结果错误。			
			4. 识别并保留分析前不合格标本和复检标本的相关记录。			
			符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
	1. 职能部门对检验报告管理有检查与监管。					
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分		
	1. 持续改进有成效，相关制度得到落实。					
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、台帐、现场查看，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1. 有检验报告出具的管理制度和时限（TAT）要求，包括常规检测项目和特殊检查项目。				
		2. 临检常规项目≤30分钟出报告（住院病人的非急诊标本除外、形态学复检、计数复查结果除外）。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。				
		3. 有“特殊检验项目”清单，报告时限原则上不超过1周时间；提供预约检测。	B	查阅资料、台帐、现场查看，人员访谈	2.5分，未达到不得分	
		符合“C”，并：				
		1. 科室对检验结果的报告时间有定期自查、分析与整改。				
2. 职能部门对检验报告时限管理有检查与监管。			2.5分，未达到不得分			

		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，检验报告时限管理工作落实到位。	A	查阅资料、台帐、 访谈	5分，未达到不得分
	4-12-4-4 检验报告格式 规范、统一。	各项指标符合要求： 1. 有医院检验报告书写管理制度，格式规范、统一。 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。 3. 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。 4. 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。	C	查阅资料、台帐、 现场查看，人员访 谈	任何一项指标未达到， 不得“C”
		符合“C”，并： 1. 科室定期自查。 2. 职能部门对检验报告书写管理有监管。	B	查看现场、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： 1. 持续改进有成效，检验报告管理规范。	A	查看现场、查阅资 料、病历	5分，未达到不得分
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： 1. 有试剂与校准品管理的相关制度，试剂与校准品符合国家标准，并有批准文号。 2. 试剂与校准品有专人管理，有岗位职责及使用登记。 3. 医院统一采购，渠道合法。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到， 不得“C”
		符合“C”，并： 1. 科室对试剂与校准品管理定期进行自查。 2. 职能部门对检验试剂及校准品的管理使用有监管。	B	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： 1. 试剂全部符合国家标准，获得相应的批准文号。 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。	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

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、台帐、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、台帐、访谈	2.5分，未达到不得分
		1. 每年组织召开1-2次检验与临床的沟通协调会议，持续改进检验工作质量和服务质量。 2. 职能部门对咨询情况和沟通信息有检查与监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
		1. 持续改进有成效，临床科室满意度不断提升。			
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、台帐、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. 对标本进行全程跟踪，检验结果回报时间（TAT）明确可查。			
		4. 标本处理和保存专人负责，标本废弃有记录，储存标本冰箱有温度24小时监控。			
		5. 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、台帐、访谈	2.5分，未达到不得分	
	1. 检验科对交接情况有自查。 2. 职能部门对标本采集运输管理有检查与监管，对存在问题的整改，记录完整。				
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、现场查看	5分，未达到不得分	
	1. 持续改进有成效，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。	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、台帐、访谈	任何一项指标未达到，
		1. 实验室全部检测项目及不同标本类型均有室内质控管理制度。			



		2. 每检测批次至少保证有 1 次室内质控结果，并有负责人签字。			不得“C”
		3. 重点室内质控流程，包括临床化学、免疫学、血液学和凝血试验；血涂片评价和分类计数；细菌、分枝杆菌和真菌检测；尿液分析和临床显微镜检查的质量控制流程。			
		4. 用质量控制鉴别病毒鉴定试验中的错误检验结果，病毒鉴定的实验室须保留相关记录。（可选）			
		5. 对于需要报告滴度的血清学检测，须同时进行已知滴度的血清阳性质控和阴性质控。			
		符合“C”，并：			
		B	查阅资料、台帐、访谈	1. 科室定期评估室内质控各项参数及失控率。	2.5 分，未达到不得分
				2. 职能部门对室内质控工作有检查与监管。	2.5 分，未达到不得分
				符合“B”，并：	
		A	查阅资料、台帐、现场查看	1. 持续改进有成效，室内质控文件齐全、记录完整；失控原因追踪，改进有成效。	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。	C	查阅资料、台帐	各项指标符合要求：	任何一项指标未达到，不得“C”
				1. 有参加实验室室间质评或比对的管理制度，参加省级或省级以上室间质量评价计划或能力验证计划。	
				2. 室间质评或能力验证应覆盖实验室内检测项目及不同标本类型。	
				3. 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。	
B		查阅资料、台帐、访谈	4. 参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。		
			符合“C”，并：		
			1. 室间质评计划成绩合格率 $\geq$ 80%。	3 分，未达到不得分	
A		查阅资料、台帐	2. 职能部门对室间质评工作有检查与监管。	2 分，未达到不得分	
	符合“B”，并：				
1. 室间质评计划成绩合格率 $\geq$ 90%。	3 分，未达到不得分				

		2. 持续改进有成效，室间质评或能力验证计划得到有效落实。			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：		C	查阅资料、台帐、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
	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. 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。				
	3. 有专人负责仪器设备保养、维护与管理。				
	符合“C”，并：		B	查阅资料、台帐、现场查看	2.5 分，未达到不得分
	1. 科室有仪器保养、维护记录。				
	2. 职能部门对仪器的校准、维修和维护工作有检查与监管。				
	符合“B”，并：		A	查阅资料、台帐、现场查看	5 分，未达到不得分
1. 持续改进有成效，仪器设备维护规范。					
4-12-7-5 所有 POCT（现场快速检测）项目均应开展室内质控，并参加室间质评。	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. 医院制定有 POCT 项目统一管理制度并落实。				
	2. 检验科定期对全院 POCT 项目进行质控管理。				
	3. 对室内质控或比对结果有工作记录。		B	查阅资料、台帐、现场查看	5 分，未达到不得分
	符合“C”，并：				
	1. 职能部门对 POCT 项目工作有检查与监管。				
符合“B”，并：		A	查阅资料、台帐、现场查看	5 分，未达到不得分	
1. 持续改进有成效，所有 POCT 项目均进行室内质控及室间质评。					
4-12-7-6 实验室信息管理完善。	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. 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。				
	3. 提供自助取化验报告单系统。				

		4. 实验室数据至少保留 3 年以上在线查询资料。					
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、 现场查看	2.5 分，未达到不得分		
		1. 信息系统有自动报告历史结果回顾的功能。			2.5 分，未达到不得分		
		2. 职能部门对实验室信息管理工作有改进计划并实施。	A	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，实验室信息系统支持检验项目的全程管理和服务。					
<b>4-13 医学影像管理与持续改进。</b>							
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 医学影像(普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等)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。	4-13-1-1 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、排班表，现场查看	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，取得放射诊疗许可，执业文件齐全并在有效期内。					
		2. X 线摄影、超声检查、CT 提供 24 小时×7 天的急诊(包括床边急诊)检查服务。					
				3. 有明确的服务项目、报告时限规定，公示并能遵循执行。	B	查阅资料、现场查看，人员访谈	1 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分 2 分，未达到不得分
				符合“C”，并：			
				1. 有完善的 PACS 系统。			
				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。	A	查阅资料、现场查看	2.5 分，未达到不得分 2.5 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。			
				符合“B”，并：			
				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。	C	查阅文件、资料、 现场查看	任何一项指标未达到，
		2. PACS 系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，建立全院统一的图像存储体系，至少具备 3 年在线查询，3 年以上离线存储功能。					
	4-13-1-2 根据医院规模和任务配备医疗技术人	各项指标符合要求：					
		1. 医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。					

	员，人员梯队结构合理。	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。			不得“C”
		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：	B	查阅资料、现场查看，人员访谈	2.5分，未达到不得分
		1. 科室有人员梯队结构和能力培训计划并实施。			2.5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。			
		符合“B”，并：	A	查阅文件、现场查看，人员访谈	2.5分，未达到不得分
	1. 科主任具有较强的学术和管理影响力，如担任市级专业学会/质控中心委员及以上。	2.5分，未达到不得分			
	2. 具有3名以上的中青年学术带头人，具备副高级及以上专业技术职称，并按计划培养、考核。				
	4-13-1-3 科室有必要的紧急意外抢救用的药品器材，相关人员具备紧急抢救能力。	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。			
		2. 科室相关人员经过急救培训，具备紧急处理的能力。			
		3. 有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。			
符合“C”，并：		B	查阅资料、现场查看，人员访谈	2.5分，未达到不得分	
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。				2.5分，未达到不得分	
2. 职能部门对科室应急管理有检查与监管。					
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，科室应急药品和器材准备规范，相关人员应急救治能力达到要求。					
4-13-2 建立规章制度，落实岗位职责，	4-13-2-1 建立健全各项规章制度和技术操作规	各项指标符合要求：	C	查阅资料，人员访谈	任何一项指标未达到，
		1. 有各项规章制度和技术操作规范。			

执行技术规范，提供规范服务，保护患者隐私，实行质量控制，定期进行图像质量评价。	范，落实岗位职责，开展质量控制。	2. 有各级各类人员岗位职责。			不得“C”	
		3. 科学合理设置科室质量控制指标。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、现场查看、抽考医护技各1人	1分，未达到不得分	
		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。				
	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，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。					
	4-13-2-2采用多种形式，开展图像质量评价活动。	4-13-3-1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	任何一项指标未达到，不得“C”
			1. 采取多种形式，开展图像质量评价活动。			
			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	2.5分，未达到不得分
1. 科室对图像质量管理有自查、评价和整改。			2.5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。						
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，省级专业质控组织每年度图像质量评价结果优秀。						
4-13-3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。	4-13-3-1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	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1. 科室有诊断报告书写规范、审核制度与流程。				
		2. 影像报告由具备资质的医学影像诊断专业医师出具，有审核医师签名。				
		3. 有影像报告时限要求。每份报告时间具体到“分”。				
		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. 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. 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。			2.5 分, 未达到不得分
		2. 持续改进有成效, 科室诊断报告质量不断得到提高并维持在高水平。			2.5 分, 未达到不得分
	4-13-3-2 有影像疑难病例随访与反馈制度, 有疑难病例讨论与读片会。	各项指标符合要求:	C	查阅资料, 人员访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1. 有影像疑难病例随访与反馈制度。			
		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及以上人员主持。			
		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	
		1. 科室对影像疑难病例管理制度的落实有自查。			2.5 分, 未达到不得分
		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。	2.5 分, 未达到不得分		
		符合“B”, 并:	A	查阅资料, 人员访谈	
1. 疑难病例分析与读片会参加人员覆盖科室 80% 人员。		2.5 分, 未达到不得分			
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。	2.5 分, 未达到不得分				
4-13-4 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。	4-13-4-1 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。			
符合“C”, 并:	B	查阅资料, 人员访			

		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。		谈	2分, 未达到不得分				
		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。			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。			2分, 未达到不得分				
		符合“B”, 并:							
		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。			A	查阅资料	5分, 未达到不得分		
	4-13-4-2 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, 并有质量保证。	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. 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。						
			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	1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. 职能部门对相关培训效果和放射防护制度落实有检查与监管。						2分, 未达到不得分
			4-13-4-3 制定放射安全				符合“B”, 并:	1. 有员工定期进行放射安全防护培训证书或资料。	A
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。	2分, 未达到不得分								
各项指标符合要求:	C	查阅资料、现场查							

	事件应急预案并组织演练。	1. 有放射安全事件应急预案。		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”
		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. 按照放射安全事件应急预案，每年进行一次综合演练，并有记录及总结。			
		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。					

#### 4-14 司法精神医学服务管理与持续改进。

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 执行司法鉴定相关法律、法规、规章和规范。具有机构和人员法定资质。在登记核准的项目范围内开展业务工作；有能力评价机制。	4-14-1-1 执行司法鉴定相关法律、法规、规章和规范。具有机构和人员法定资质。在登记核准的项目范围内开展业务工作；有能力评价机制。	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. 司法精神医学鉴定机构具有许可证书，取得省（自治区、直辖市）司法行政部门颁发的《司法精神医学鉴定许可证》，鉴定业务范围包括法医精神病鉴定。			
		2. 司法鉴定科至少有 3 位精神科高级职称医师的鉴定人取得省（自治区、直辖市）司法行政部门颁发的《司法鉴定人执业证》，执业类别包括法医精神病鉴定。			
		3. 取得省（自治区、直辖市）、计划单列市及副省级市组织机构代码管理机构颁发的组织机构代码证。			
		4. 获得司法部颁发的法医精神病鉴定能力验证证书。			
		5. 鉴定机构和鉴定专家按照《司法鉴定机构登记管理办法》和《司法鉴定人登记管理办法》的规定，按时注册。			
		6. 按照中华医学会司法精神病鉴定学组和司法部司法鉴定管理局规定的有关技术标准和操作规范实施鉴定。			
		符合“C”，并：			
	1. 实行鉴定人独立鉴定和鉴定人负责制。	B	查阅台帐、资料	5 分，无资料不得分	



		符合“B”，并： 1. 获得国家或省级监督管理部门颁发的证书。	A	查阅台帐、资料	5分，无资料不得分			
4-14-2 设备设施符合基本配置标准，收费和文书书写符合司法部相关管理规范。	4-14-2-1 设备设施符合基本配置标准，收费和文书书写符合司法部相关管理规范。	各项指标符合要求： 1. 具备符合司法行政部门规定的办公和鉴定场所。 2. 具备司法部司法鉴定管理局和司法部司法鉴定研究所规定的心理测量工具及相关设备。 3. 按照国家发展改革委员会和司法部制定的有关收费标准收费，并予以公示；省（自治区、直辖市）按照上述标准已经制定省级收费标准的，按照各省标准执行。 4. 按照司法部制定的有关鉴定文书书写规范书写鉴定书。	C	查阅台帐、资料	任何一项指标未达到，不得“C”			
		符合“C”，并： 1. 文书书写有质量控制方案和计划，并实施。				B	查阅台帐、资料	5分，无资料不得分
		符合“B”，并： 1. 司法鉴定文书书写质量有持续改进的事实记录。				A	查阅台帐、资料	5分，无资料不得分
		4-14-3 执行精神疾病司法鉴定技术标准	4-14-3-1 执行精神疾病司法鉴定技术标准和操作规范，实行质量控制、定期质量评价。	各项指标符合要求： 1. 鉴定机构有符合规定的质量管理文件，内容包括：质量手册、程序手册、作业指导和记录格式。 2. 按照中华医学会司法精神病鉴定学组和司法部司法鉴定管理局规定的有关技术标准和操作规范实施鉴定。 3. 有司法鉴定技术质量控制组织、制度和计划。按计划定期评价司法鉴定技术质量。	C	查阅台帐、资料	任何一项指标未达到，不得“C”	
				符合“C”，并： 1. 司法鉴定技术有质量控制方案和计划，并实施。司法鉴定人每年至少参加一次省级以上的培训。				B
				符合“B”，并：	A	查阅台帐、资料		

		1. 司法鉴定技术有持续改进的事实记录。			5分，无资料不得分
4-14-4 有完善的司法鉴定内部管理制度、流程与持续质量改进的制度，有检查、评估、责任追究和改进措施。	4-14-4-1 有完善的司法鉴定内部管理制度、流程与持续质量改进的制度，有检查、评估、责任追究和改进措施。	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. 有司法鉴定管理制度、流程、岗位职责。			
		2. 有司法鉴定持续质量改进的制度。	B	查阅台帐、资料	5分，无资料不得分
		符合“C”，并： 1. 有检查、评估、责任追究和改进措施，并实施。司法鉴定人定期参加相关的专业培训，并有考核措施。			
符合“B”，并： 2. 司法鉴定质量有持续改进，提高鉴定准确度。	A	查阅台帐、资料	5分，无资料不得分		
<b>4-15 其他特殊诊疗管理与持续改进：本标准用于脑电图检查室、肌电图检查室、呼吸功能检查室、心电图检查室、内镜检查室、诊断核医学（放射性分析、体内检测）等。</b>					
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 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、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。	4-15-1-1 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、抽考相关部门人员各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、法规及卫生健康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健康行政部门核准，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。	B	查阅资料	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并： 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。			
符合“B”，并：	A	现场查看	2.5分，未达到不得分		

		1. 无违规执业，无超范围执业。			5分，未达到不得分		
4-15-2 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求，保证检查质量并能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。	4-15-2-1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求，保证检查质量并能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。	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. 特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定，严格划分患者、检查人员、其他人员所在区域。					
		2. 特殊检查所用设备、仪器、药品必须符合国家相关标准，并经验证合格后方可使用，以保证检查质量和患者安全。					
		3. 有特殊检查室工作人员有管理制度、诊疗规范和操作流程，并培训与实施。					
				4. “临床诊断报告”由经过授权、具备执业资质的人员签发。			
				符合“C”，并：	B	查阅资料、现场查看、人员访谈	
				1. 科室对人员资质、诊疗规范、操作流程、报告签发等有自查，对存在问题与缺陷有改进措施。			2.5分，未达到不得分
				2. 职能部门对规章制度和 workflow 落实情况有检查，对存在问题与缺陷有反馈，提出整改措施。			2.5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. 持续改进有成效，所有临床诊断报告签发人资质符合规定。无医务人员及其他人员接触有害物质的事件发生。			5分，未达到不得分
4-15-3 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、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。对突发意外事故管理规范，保障	4-15-3-1 开展诊断核医学活动应符合GBZ 120-2006。（可选）	各项指标符合要求：	C	核查有关证件及现场考核、查阅资料	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1. 开展诊断核医学（包括脏器或组织影像学检查、脏器功能测定和体外微量物质分析等）项目经省级卫生健康行政部门核准。					
		2. 对工作场所的分级和分区、放射防护、放射性物质贮存和操作、辐射监测及放射性废物处理符合临床核医学卫生防护国家标准要求。					
		3. 具有省级环境保护部门的环境保护检测与合格文件。					
		4. 所有诊疗活动均应符合医院感染管理的要求。					
		5. 对相关人员有培训与教育的记录。					

患者及员工的安全。 (可选)	符合“C”，并： 1. 职能部门对执业资质、场所划分及放射物质的管理情况，人员培训效果有检查，对存在问题有改进建议。	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，放射管理相关制度落实到位，执业资质、场所及放射物质、人员等管理规范，符合国家标准。	A	查阅资料、现场查看	5分，未达到不得分			
	4-15-3-2 放射性分析程序除符合临床生物化学的质量控制规定，还应有书面质量控制流程。 (可选)		各项指标符合要求： 1. 依照临床生物化学的质量控制相关规定，制定放射性分析管理制度及程序；有保证使用放射性同位素时患者和工作人员安全的措施。 2. 有书面质量控制流程：包括背景计数、仪器校准、污染排除的安全检测、处理放射性核素、处理放射活性的垃圾、放置放射活性的材料、监测放射区域等。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。 4. 检查项目按要求开展室内质控与室间质评。	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. 室内质控、室间质评对出控结果有分析、有整改。 2. 科室对放射分析程序及质量控制流程管理规定落实情况有检查、问题分析和持续改进。 3. 职能部门对放射分析程序及质量控制流程管理规定落实情况有检查、问题分析及反馈，有改进建议。				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. 省级质控中心年度考核结果达到优秀等级。 2. 持续改进有成效，放射性同位素相关管理制度有效落实，无患者和工作人员不安全事件。				A	查阅文件、资料、现场查看	3分，未达到不得分
	2分，未达到不得分							
	4-15-3-3 体内检测的实	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场查				

实验室须使用合适的质量控制方法，并检查设备性能。 (可选)	1. 实验室须保留放射性核素和放射性药物从进入实验室到投药和最后被销毁的全程记录：提供部门记录的文件，注明放射性核素的标识、收到日期、接收方法、活性、储存、制备、处理、容器的性质、投药日期、销毁的情况。		看、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
	2. 根据厂家的规定制备放射性药物，给药之前核对放射性核素种类和剂量的验证结果。			
	3. 利用放射源标准化设备性能，使这些放射源与患者诊断中使用的放射性核素具有相同的能量。			
	4. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。			
	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. 各项质量控制活动需保留记录。			2分，未达到不得分
	2. 科室对体内检查项目的放射性核素实施有自查，对存在问题有检查、分析、有整改。			1分，未达到不得分
	3. 职能部门对体内检查项目的放射性核素实施全程管理，对存在问题有检查、问题分析，有改进建议。	A	查阅文件、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，放射性核素和放射性药物全程管理工作规范，相关制度落实到位。	C	查阅资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
4-15-3-4 有明确的事故应急预案。 (可选)	各项指标符合要求：			
1. 放射性操作区应展示简明的应急救援流程，并指定该区域的防护负责人。				
2. 有应急预案，责任分工明确，相关人员有培训，并有演练。				
3. 工作区应备有急救药品和设备。				
符合“C”，并：	B			
1. 对相关人员有培训与教育的记录。		1.5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。				

		3. 职能部门履行监管的责任，对存在问题与缺陷提出整改措施。			2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，应急管理培训有成效，急救药品和设备满足应急需要。			5分，未达到不得分	
	4-15-3-5 临床核医学诊断时的防护符合要求。 (可选)	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. 有临床核医学诊断时防护符合要求的规章制度与流程。				
		2. 具有相应的防护设备，工作人员做好相关防护。				
		3. 候诊室应靠近给药室和检查室，有专用厕所，不得与工作人员共用。				
		4. 相关人员对核医学工作防护知识有培训。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料，人员访谈		
		1. 科室对核医学防护工作有自查。				
		2. 职能部门对核医学防护工作的管理及员工培训效果有检查、问题分析及改进建议。			2.5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. 持续改进有成效，核医学诊断工作规范，员工培训效果好，所有防护符合要求。				
4-15-4 对非住院患者输液实施统一管理，保障患者治疗安全。	4-15-4-1 对非住院患者输液实施统一管理，保障患者治疗安全。	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. 有适宜的空间、设施，集中输液区域配备抢救设备与急救药物。				
		2. 有非住院患者输液的管理制度、流程并实施统一管理。				
			3. 有保障用药安全的措施，对输液患者实施观察，并有记录。			
			符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看，人员访谈	
			1. 科室对输液工作管理有自查，对存在问题有改进措施。			
			2. 职能部门对科室输液管理制度落实有检查、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，人员访谈	
	1. 持续改进有成效，输液管理规范，无非住院患者输液的严重不良事件发生。					
					5分，未达到不得分	

4-16 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
4-16-1 重症医学科布局、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。	4-16-1-1 重症医学科布局、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）	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. 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 2%。每床使用面积不少于 15 平方米，床间距大于 1 米。			
		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 $\geq 3:1$ 。			
		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，在重症监护领域工作 3 年以上。	B	查看现场、查阅文件、资料、人员访谈	1 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1. 重症医学床位占医院总床位的比例大于 5%且小于 8%。			
		2. 信息系统有支持医疗质量管理和医院感染监控的功能。			
		3. 科主任具有主任医师资格。			
		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 8%。					
2. 全院重症医学床位实行统一管理。					
4-16-2 有重症医学科工作制度、岗位职责	4-16-2-1 有重症医学科工作制度、岗位职责和技	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，
科工作制度、岗位职责	科工作制度、岗位职责和技	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。			

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)	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)	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。	B	查看现场、查阅资料、台帐人员访谈	不得“C”			
		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。				2.5分，未达到不得分		
		2. 职能部门对重症医学科制度落实有检查、分析、反馈。				2.5分，未达到不得分		
		符合“B”，并：				A	查阅文件、资料、人员访谈	2.5分，未达到不得分
		1. 有数据提示：质量与安全持续改进。						
		2. 省级质控中心年度考核结果达到优秀等级。						
4-16-3 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负责。 (可选)	4-16-3-1 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：				B	查看现场、查阅资料、台帐人员访谈	5分，未达到不得分
		1. 职能部门对多学科协作与支持有检查与监管。						
		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。								
<b>4-17 手术治疗管理与持续改进（有手术科室的医院选用）。</b>								
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>			
4-17-1 实行手术患者评估与术前讨论	4-17-1-1 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、台帐；抽查5	任何一项指标未达到，			
		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。						



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。 (可选)	(可选)	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。		个科室供 20 分手术病例，约谈 3 个科室共 5 名各级医师	不得“C”			
		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。						
		5. 对相关岗位人员进行培训。						
		符合“C”，并：						
		4-17-1-2 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。 (可选)	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、台帐	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：			A	查看现场，查阅资料、台帐	2 分，未达到不得分
			1. 持续改进有成效，术前手术患者评估、讨论规范，记录完整。					3 分，未达到不得分
			2. 科室及医院有质量持续改进方案及动态改进资料。					
		4-17-1-2 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。 (可选)	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. 医院有具体的措施保障规定与程序的执行。								
符合“C”，并：			B				查看现场，查阅资料、台帐；访谈 3 个科室共 5 名各级医师	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。								2 分，未达到不得分
2. 手术医师知晓率 100%。								1 分，未达到不得分
3. 有手术医师定期业务能力评价并记录。								
符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资						

		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。		料、台帐	2分，未达到不得分		
		2. 手术医师资格动态管理，可授予高年资医师越级手术权限，可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。			3分，未达到不得分		
4-17-1-3 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。 (可选)		各项指标符合要求：	C	抽查5个科室共20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。			
				符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
				1. 科室有自查、分析、整改。			2分，未达到不得分
				2. 职能部门有检查与监管并有记录。			
		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，手术方案完善。					
4-17-1-4 在患者手术前履行知情同意。 (可选)		各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台帐；现场追踪访视；抽查5个科室共20份手术病历，访谈3个科室共5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，然后由患者或近家属、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。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台帐、病历	2分，未达到不得分
		1. 针对患者采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果。			3分，未达到不得分
		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：	A	查看现场，查阅资料、台帐、病历； 询问5名住院患者； 现场追踪访视	1分，未达到不得分
		1. 患者或近亲属、授权委托人对知情同意内容充分理解。			4分，未达到不得分
		2. 知情同意书签署规范，内容完整，合格率100%。			
4-17-2 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。 (可选)	4-17-2-1 有重大手术报告审批制度。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐； 访谈5名医师	任何一项指标未达到， 不得“C”
		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。			
		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、台帐	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，重大手术审批资料完整规范。				
		A	查看现场，查阅资料、台帐	3分，未达到不得分	
	2. 无违规案例。			2分，未达到不得分	
	4-17-2-2 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：	C	查看现场，查阅资料、台帐；访谈3名急诊科医师	任何一项指标未达到， 不得“C”
		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。			

	(可选)	3. 有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台帐；人员访谈；病例追踪检查	
		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分，未达到不得分
		2. 有急诊手术绿色通道，并有保障措施和协调机制。			3分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台帐；访谈3个相关职能部门管理人员	
		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分，未达到不得分
		2. 有多部门协调机制。			3分，未达到不得分
4-17-3 手术的全过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。 (可选)	4-17-3-1 按照《病历书写基本规范》完成手术记录与术后首次病程记录。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台帐；访谈5名手术医师；抽查3个科室电子病历质控记录	
		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）。			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、台帐；查阅相关病历	
		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。			1分，未达到不得分
			3. 医院各临床科室统一专业内手术名称。		2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台帐	
		1. 持续改进有成效，手术记录和病程记录书写规范。			1分，未达到不得分
		2. 手术记录和病程记录及时、完整，合格率100%。			2分，未达到不得分
		3. 监管科室有完整的手术名称字典。		2分，未达到不得分	
	4-17-3-2 手术离体组织必须做病理学检查，明确	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台帐	
		1. 有手术后标本的病理学检查的规定与流程。			任何一项指标未达到，

	术后诊断，并记录。 (可选)	2. 手术室有具体措施保障规定与程序的执行。			不得“C”	
		3. 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。				
		4. 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：				
		1. 职能部门对手术后标本病理学检查规定与流程落实情况有检查与监管。	B	查看现场，查阅资料、台帐		2分，未达到不得分
		2. 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
	3. 肿瘤手术切除组织送检率 100%。	1分，未达到不得分				
	符合“B”，并：					
	1. 持续改进有成效，病理学检查的规定与流程落实到位。	A	查看现场，查阅资料、台帐	2分，未达到不得分		
	2. 手术离体组织送检率 100%。			2分，未达到不得分		
	3. 建立相关组织库。			1分，未达到不得分		
	4-17-3-3 有手术预防性 抗菌药物临床应用的制 度。 (可选)	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，制定手术预防性抗菌药物临床应用管理的相关制度、规范。		C	查看现场，查阅资料、台帐；访谈 5 名手术科室医师	任何一项指标未达到，不得“C”		
2. 对相关人员进行培训。						
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≤1 小时、无人工植入物）手术，预防性抗菌药使用比例≤30%。		B	查看现场，查阅资料、台帐	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。				2分，未达到不得分		
符合“B”，并：						
1. 手术预防性抗菌药使用符合相关规范。	A	查看现场，查阅资料、台帐；抽查 20 份手术病历	5分，未达到不得分			

4-17-4 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。 (可选)	4-17-4-1 制订患者术后医疗、护理和其他服务计划。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台帐；访谈3个科室5名各级医师；抽查20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。			
		4. 在术后适当时间，依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、或再手术或放化疗等措施。			
		5. 对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。			
		6. 相关人员知晓上述制度与流程。			
	符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
	1. 职能部门对手术后患者管理有检查与监管。				
	符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台帐；有典型案例	1分，未达到不得分	
	1. 术后有医疗、护理、转送等多部门协调服务计划。				
	2. 计划内容完整统一，有连续性。				
	3. 有重大手术并发症的案例分析报告。				
	4. 有持续改进措施，改进术后质量管理。	C	查看现场，查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”	
各项指标符合要求：					
1. 医务人员熟悉手术后常见并发症。					
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“深静脉栓塞”、“肺栓塞”的常规与措施。					
符合“C”，并：					
1. 职能部门对术后患者并发症预防有检查、分析、反馈。	B				查看现场，查阅资料、台帐
符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资			

		1. 术后并发症预防有效。		料、台帐	2分, 未达到不得分
		2. 并发症降低。			3分, 未达到不得分
4-17-5 定期分析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。(可选)	4-17-5-1 医院对手术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。(可选)	各项指标符合要求:	C	查看现场, 查阅资料、台帐; 访谈3个科室5名各级医师	任何一项指标未达到, 不得“C”
		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。			
		2. 有对患者身份识别及手术部位校准的措施。			
		3. 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。			
		4. 有“非计划再次手术”相关管理制度与流程。			
		5. 对临床手术科室医师与护理人员培训。			
		符合“C”, 并:			
		1. 科室定期分析本科室手术质量与安全指标的变化趋势有自查、分析、整改。			
		2. 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:			
	1. 持续改进有成效, 各项质量与安全指标呈正向变化趋势。				
	2. 有效控制非计划再次手术, 比例控制持续改进有成效。				
	4-17-5-2 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。(可选)	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:					
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。					
			B	查阅资料、台帐; 选取3个手术科室5名医师访谈	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，手术管理措施落实到位，非计划再手术病例得到有效控制。	A	查阅资料、台帐； 培训课件、签到	5分，未达到不得分		
4-17-6 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。 (可选)	4-17-6-1 有手术部位识别标示制度与工作流程。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查阅制度、到手术室现场查看10例手术患者或询问手术后患者10人	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1. 有手术部位识别标示相关制度与流程。					
		2. 对涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标记。					
		3. 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。					
		4. 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：					
	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。						
	4-17-6-2 有手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程。 (可选)	各项指标符合要求：	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. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。					
		2. 实施“三步安全核查”。					
		3. 准备切开皮肤前，手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术安全核查”制度规定的流程，实施再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容，并正确记录。					
		4. 手术安全核查项目填写完整。					
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。		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10份、到手术室现	5分，未达到不得分
1. 手术核查、手术风险评估执行率100%。							



				场查看 10 例手术患者或询问手术后患者 10 人	
4-17-7 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。 (可选)	4-17-7-1 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。 (可选)	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)。					
<b>4-18 麻醉管理与持续改进 (有此科室的医院选用)。</b>					
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>
4-18-1 麻醉医师有专业理论和技能培训, 手术麻醉人员配置合理。 (可选)	4-18-1-1 实行麻醉医师资格分级授权管理, 并有明确的制度。 (可选)	各项指标符合要求:	C	查看现场, 查阅资料、台帐; 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相关制度与程序。			
		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及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： 1. 职能部门对授权情况实施动态管理，有监督检查记录。 2. 有反馈措施。 3. 有处理。	B	查看现场，查阅资料、台帐	2分，未达到不得分 1分，未达到不得分 2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。	A	查看现场，查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	4-18-1-2 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。 (可选)	各项指标符合要求： 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。	C	查看现场，查阅资料、台帐；现场追踪访视	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1. 科室对变更麻醉方案的病例进行定期回顾、总结、分析。 2. 职能部门履行监管职责并记录。 3. 有定期监管检查分析反馈，有改进措施。	B	查看现场，查阅资料、台帐；现场追踪访视	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. 对措施落实情况进行追踪评价。 2. 有持续改进。	A	查看现场，查阅资料、台帐；现场追踪访视	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
	4-18-1-3 麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，完成继续教育。 (可选)	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。 2. 麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。 3. 麻醉医师定期（至少每年）接受继续教育知识更新。	C	查看现场，查阅资料、台帐；现场追踪访视	任何一项指标未达到，不得“C”

		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、台帐	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	查看现场，查阅资料、台帐	2分，未达到不得分 3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%。			
	4-18-1-4 手术麻醉人员配置合理。 (可选)	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. 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。	B	查看现场，查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
1. 职能部门对麻醉人员配置情况有检查监管。		A	查看现场，查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
符合“B”，并：					
1. 麻醉医师人数与手术台（含无抽搐电休克治疗台）比例应不低于 2:1。每张手术台（含无抽搐电休克治疗台）配备一名麻醉住院医师及一名主治及以上的麻醉医师。					
4-18-2 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。 (可选)	4-18-2-1 有患者麻醉前访视、评估和麻醉前讨论制度。 (可选)	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、手术或治疗风险评估、术前或治疗前麻醉准备、对临床诊断、拟施行的手术或治疗、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		

		1. 科室有自查，对存在问题有改进措施。	A	料、台帐	3分，未达到不得分	
		2. 职能部门对患者麻醉管理工作有检查与监管。			2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：			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，麻醉前评估和讨论制度落实到位。病历记录完整性100%。				
	4-18-2-2 有麻醉意外与并发症处理规范。 (可选)	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐； 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”
		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。				
		符合“C”，并：		B	查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
		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。				
		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、台帐	5分，未达到不得分	
	4-18-2-3 麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。 (可选)	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐； 抽查20份手术病历	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。						
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。		B		3分，未达到不得分		
2. 职能部门对麻醉相关文书管理有检查与监管。						
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、台帐； 抽查20份手术病历；现场考核3名麻醉科医护人员	2分，未达到不得分		

	4-18-2-4 有麻醉效果评价。 (可选)	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. 有麻醉效果评价的规范与流程,并落实。					
		符合“C”,并:	B	查阅资料、台帐	2分,未达到不得分 3分,未达到不得分		
		1. 职能部门有检查、分析、反馈。					
		2. 科室能定期对麻醉效果进行分析、评价。					
		符合“B”,并:	A	查阅资料、台帐	2分,未达到不得分 1分,未达到不得分 2分,未达到不得分		
		1. 持续改进有成效,麻醉效果评价规范。					
2. 定期开展分析、评价、总结。有改进措施,并落实。							
		3. 麻醉效果优良率达100%。					
4-18-3 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。 (可选)	4-18-3-1 履行麻醉知情同意。 (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,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”		
		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。					
		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。	B	查看现场,查阅资料、台帐;人员访谈,现场追踪访谈	5分,未达到不得分
		符合“C”,并:					
		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。	A	查看现场,查阅资料、台帐;人员访谈,现场追踪访谈;抽查20份手术病历	2分,未达到不得分 3分,未达到不得分		
		符合“B”,并:					
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%。					
	4-18-3-2 麻醉后复苏室	各项指标符合要求:	C	查看现场,查阅资			

合理配置，管理措施到位。 (可选)	1. 手术麻醉后复苏室床位与手术台比例不低于 1:3。无抽搐电休克治疗麻醉后恢复室床位与治疗台比例不低于 4:1。		料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”	
	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，护理人员与恢复室床位比不低于 1:3。				
	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和吸痰设备、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、台帐；现场考核 3 名麻醉科医护人员	2 分，未达到不得分	
	1. 科室对麻醉后患者管理工作有自查、分析、整改。				1 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。	A	查看现场，查阅资料、台帐	2 分，未达到不得分	
	符合“B”，并：				3 分，未达到不得分
	1. 持续改进有成效，麻醉全程管理规范，麻醉并发症减少，质量不断提升。				
	2. 配置符合规定要求，管理措施到位。				
	4-18-3-3 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台帐；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”
	1. 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程。				
	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。	B	查看现场，查阅资料、台帐；现场追踪访视	3 分，未达到不得分		
符合“C”，并：				2 分，未达到不得分	
1. 科室对麻醉复苏患者出入标准执行有自查、分析、整改。					
2. 职能部门对麻醉复苏患者标准落实情况有检查与监管。	A	查看现场，查阅资			
符合“B”，并：					

		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%。		料、台帐；现场追踪访视；抽查20份手术病历	5分，未达到不得分		
4-18-4 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。 (可选)	4-18-4-1 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台帐；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。	B	查看现场，查阅资料、台帐	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
		符合“C”，并：					
		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。					
				2. 职能部门有检查与监管。	A	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，术后镇痛治疗管理规范。					
4-18-5 建立麻醉科与手术科室和输血科的有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。 (可选)	4-18-5-1 建立麻醉科与手术科室和输血科的有效沟通，严格掌握术中输血适应症，合理、安全输血。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台帐；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	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。					
		4. 相关人员知晓术中用血的制度与流程，并严格执行。					
				5. 开展自体输血，自体输血≥20%。	B	查看现场，查阅资料、台帐；现场追踪访视	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“C”，并：					
		1. 科室定期对手术中用血、自体血回输有自查、分析、整改。					
		2. 职能部门对手术用血管理有检查与监管。					
		3. 麻醉科与手术科室和输血科等人员能有效沟通，保障术中输血及时、合理、安					

		全。					
		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台帐；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	2分，未达到不得分		
		1. 持续改进有成效，手术用血管理规范，自体输血率不断提高。 2. 术中合理用血率达≥100%。			3分，未达到不得分		
4-18-6 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。（可选）	4-18-6-1 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。（可选）	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。	B	查看现场，查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
		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。	A	查看现场，查阅资料、台帐	1分，未达到不得分
				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。			
				符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台帐	1分，未达到不得分
		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分，未达到不得分				



		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。			3分，未达到不得分	
<b>4-19 病理管理与持续改进（有此科室的医院选用）。</b>						
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 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。 (可选)	4-19-1-1 病理科应具有与其功和任务相适应的服务项目。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看资料、台帐、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，临床病理统一管理。				
		2. 服务项目至少开展石蜡切片、特殊染色、免疫组织化学染色、术中快速冰冻切片、细胞学诊断。				
		3. 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，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。				
	4-19-1-2 病理科应具有适宜的工作场所。 (可选)	符合“B”，并：	1. 能够结合尸检结果开展临床病例讨论。	B	查看资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
			符合“B”，并：	A	查看资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
			1. 能够结合尸检结果开展临床病例讨论。			
		符合“C”，并：	C			
		1. 病理科布局合理，符合生物安全的要求。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。				
		符合“C”，并：				
4-19-1-3 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	符合“B”，并：	1. 职能部门有检查、分析、反馈。	B	查看资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分	
		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，病理科用房面积满足工作需要，环境达到安全防护标准。				
4-19-1-3 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	符合“C”，并：	1. 持续改进有成效，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、台帐、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。				
		2. 病理科使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。				

	应当符合国家有关规定。 (可选)	3. 对需要校准的仪器设备进行定期校准和维护, 有记录。			
		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。			
		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, 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。					
4-19-2 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。 (可选)	4-19-2-1 人员配备和岗位设置应满足工作需要, 岗位职责明确。 (可选)	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. 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。			
		2. 相关人员知晓并履行本岗位工作职责。			
		符合“C”, 并:	B	查看资料、台帐、访谈	5分, 未达到不得分
		1. 科室对履行本岗位工作职责有自查。			
		符合“B”, 并:	A	查看资料、台帐、现场访谈	2分, 未达到不得分
	1. 工作量达 1500 例/年的医院, 原则上设专职医师及技术员各 1 名; 或按医院实际床位数, 以每 100 张床位 1—2 名病理医师的比例设置。				
	2. 医师与技术员的比例不得大于 1: 1, 分工必须明确。细胞病理学工作量达 15000 例/年配医: 技=1: 1。			3分, 未达到不得分	
	4-19-2-2 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。 (可选)	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. 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及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。			
2. 快速病理诊断医师应当具有中级及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. 科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。					
4. 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。			
		符合“C”，并：	B	查看文件、资料、访谈	2.5分，未达到不得分
		1. 科室有完善的医师授权动态管理制度，并落实，有记录。			2.5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。	A	查看文件、资料、访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		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。			
	4-19-2-3 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。 (可选)	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、台帐、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、台帐、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。				
4-19-3 有医院感染控制与环境安全管理程序与措施。环境保护及人员职业安全防护符合规定。 (可选)	4-19-3-1 有环境安全管理程序与措施。环境保护及人员职业安全防护符合规定。 (可选)	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. 有废弃有害液体统一回收的制度与程序，用专用容器回收，由具有资质的机构回收处理。			
		3. 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。			
		4. 有单独的洗手池和溅眼喷淋设备。接触有害品的工作人员定期体检。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、台帐、	

		1. 病理取材室符合“P2”级实验室要求。		现场查看	2.5分, 未达到不得分
		2. 职能部门有监管, 对存在问题与缺陷的提出改进措施。			2.5分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:	A	查阅批文、资料、现场查看、访谈	5分, 未达到不得分
		1. 持续改进有成效, 无环境污染事件和职业损害事件发生。			
4-19-4 及时提供规范的病理诊断报告, 有严格审核制度。 (可选)	4-19-4-1 病理诊断应参照相应的规范, 有复查制度、科内会诊制度。 (可选)	各项指标符合要求:	C	查看资料、台帐、现场访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1. 有病理诊断规范管理相关制度和诊断报告审核流程; 对申请单疑问或书写不清楚内容有及时联系送检医师规定, 并有记录。			
		2. 有上级医师会诊制度, 科内疑难病例有2名以上高级职称人员参与, 并有相应记录和签字。			
		3. 上级医师对疑难病例报告进行复核, 并签署全名。			
		4. 因特殊原因迟发报告, 应发延迟病理报告或初步病理报告, 并向临床医师说明迟发的原因。			
		5. 病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明。			
	符合“C”, 并:	B	查看资料、台帐、现场访谈	2.5分, 未达到不得分	
	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冰冻与石蜡诊断质量。	A	查看资料、台帐、现场访谈	5分, 未达到不得分	
	符合“B”, 并:				
	1. 持续改进有成效, 病理诊断程序规范、质量不断改进、相关科室满意度不断提高。				
	4-19-4-2 病理诊断报告书应准时、规范、文字准确, 字迹清楚。 (可选)	各项指标符合要求:	1. 对病理诊断报告内容与格式有明确规定。	C	查看资料、台帐、现场访谈
2. 病理诊断报告书一般项目填写完整, 内容的表述和书写准确和完整。					
3. 按照审核流程对病理诊断报告进行审核签发。					
4. 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。					

		符合“C”，并：	B	查看资料、台帐、现场访谈	
		1. 科室有自查，对存在的问题进行整改。			2.5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。		2.5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	现场查看、查阅资料	
		1. 持续改进有成效，病理报告书写内容与格式全部符合规范。			5分，未达到不得分
		4-19-4-3 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。 (可选)	各项指标符合要求：	C	现场查看、查阅资料、台帐
	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。				
	2. 对各种原因（延迟取材、制片或是进行其他相关技术检测等）不能如期签发病理学诊断报告书时，有以口头或书面告知有关临床医师或患者的规定，并说明迟发病理学诊断报告书的原因。				
	3. 发出的补充、更改或迟发病理诊断报告有原因说明和记录，并及时告知医生或患者。				
	符合“C”，并：		B	现场查看、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	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。				
	符合“B”，并：	A	现场查看、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
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。					
4-19-4-4 建立规范的院际病理切片会诊制度。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看文件、台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
	1. 有院际病理切片会诊管理制度，院际会诊需有相关部门批准，院际会诊资料保留完整。				
	2. 接受院际的病理学会诊的病理医师应具有高级职称。				
	3. 书面诊断意见必须有会诊病理医师的签字。				
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、访谈	2.5分，未达到不得分	
	1. 科室有自查，对存在的问题进行整改。				
2. 职能部门对病理科院际会诊执行情况有检查与监管。		2.5分，未达到不得分			

		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，持续改进院际会诊完全达到规定要求。 2. 为卫生健康行政部门授权的本区域病理会诊中心或牵头组织单位。	A	查阅批文、现场查看、访谈	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
4-19-5 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。 (可选)	4-19-5-1 有病理医师与临床医师沟通的相关制度，为促进病理工作服务临床提供保障。 (可选)	各项指标符合要求： 1. 有病理医师与临床医师沟通的相关制度，并落实。 2. 每季度至少召开一次临床病理联合病例讨论会。	C	查阅资料、台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1. 职能部门对制度落实有监管，有记录。			
		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。	A	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
4-19-6 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。 (可选)	4-19-6-1 病理检查的质量管理措施到位。 (可选)	各项指标符合要求： 1. 有病理技术规范、诊断规范和操作常规等质量管理文件。 2. 有临床回访制度及误诊分析制度。 3. 有科室医疗质量与安全控制指标。	C	查阅资料、台帐、访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 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. 职能部门对制度落实有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，技术诊疗规范，质量管理措施落实到位。	A	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
	4-19-6-2 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。 (可选)	各项指标符合要求： 1. 病理申请单的填写符合要求，包括基本信息（如患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室和日期等）；患者临床病史和其他（检验、影像）检查结果；取材部位、标本件数、手术所见及临床诊断；既往曾做过病理检查者，需注明病理诊断结果；结核、肝炎、HIV等传染性标本，需注明。	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”

		2. 相关人员知晓，并正规填写。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、访谈	
		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。			2.5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，反馈到责任科室和个人。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	现场查看	
		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。			5分，未达到不得分
4-19-6-3 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。 (可选)		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。			
		2. 有标本和申请单登记、签字和交接等相关制度，签字者包括核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人等相关人员。			
		3. 有不合格标本处理的制度与程序。			
		4. 不能接收的申请单和标本需当即退回申请科室，并记录。			
		5. 有标本交接登记资料，记录完整。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	
		1. 病理科对标本进行检查，将存在的问题上报职能部门。			2.5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。		2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	
	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。	5分，未达到不得分			
4-19-6-4 病理标本检查和取材规范、有质控措施和记录。 (可选)		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. 取材前阅读申请单中的内容，初步判断病变的性质。			
		2. 取材前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，取材结束后必须核对组织块。			
		4. 有取材工作记录单，有标本观察的文字记录。			
		5. 组织块的编号应该每块分别编号，一一对应。			
		6. 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。			
		符合“C”，并：			
		1. 科室定期对取材质量有自查与改进等记录。			
		2. 职能部门对标本全程管理有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：			
	1. 持续改进有成效，标本检查和取材规范，质控措施到位，资料完整。	B	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	2.5 分，未达到不得分	
		A	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	2.5 分，未达到不得分	
		A	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	5 分，未达到不得分	
	4-19-6-5 常规病理制片应按照相应的规范、有质量控制措施和记录。 (可选)	各项指标符合要求：			
	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。				
3. 内镜小的活检、穿刺等需连续切片不少于 6 片。					
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。					
符合“B”，并：					
1. 持续改进有成效，行业质评常规切片质量均达到优良级。	B	查阅资料、台帐、访谈、现场查看			
	A	查阅批文、现场查看	5 分，未达到不得分		
	A	查阅批文、现场查看	5 分，未达到不得分		
4-19-6-6 有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。 (可选)	各项指标符合要求：				
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。	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”	



		4. 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。				
		5. 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）。				
		6. 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。				
		2. 职能部门有检查、反馈、提出整改意见。				
			符合“B”，并：	B	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	2.5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。			2.5分，未达到不得分
	4-19-6-7 有制度保证特殊染色操作规范。 (可选)		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. 每种特殊染色，必须有本实验室的操作规范和技术规程。			
			2. 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。			
			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。						
符合“C”，并：						
1. 科室对特殊染色有自查，问题及时改进。						
符合“B”，并：						
		1. 持续改进有成效，特殊染色技术操作规范、质量不断提升。	A	查看资料、台帐	5分，未达到不得分	
		4-19-6-8 有制度保证免疫组织化学染色操作的规范和准确。 (可选)	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。						
2. 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。						
		3. 建立本实验室每种免疫组化染色的操作规程。				

		4. 更换抗体后, 需要有用阳性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。			
		5. 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。			
		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。			
		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, 免疫组化染色操作规范和准确, 质量不断提升。			
4-19-6-9 有尸体剖验的配套场所和设施设备, 有制度保证尸体剖验病理诊断的规范、准确。 (可选)		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. 独立开展或有委托机构开展尸体剖验的项目, 符合规范要求, 并有配套场所和设施设备。			
		2. 有参加尸体剖验的病理医师和技术人员经过专门培训与考核授权的规定与程序。			
		3. 有严格的尸体剖验管理制度、流程并严格执行。			
		4. 有尸体剖验前相关方签署的尸体解剖知情同意书。			
		5. 有完整的尸体剖验档案。			
		符合“C”, 并:	B	查看资料、台帐、访谈	5 分, 未达到不得分
		1. 科室对尸体剖验病理诊断有自查。			
		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, 尸体剖验数量新增, 临床病理讨论水平不断提升。			
4-19-6-10 参加卫生主管部门 (或其委托组织) 的各种实验室质控活动。 (可选)		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。			
		符合“C”, 并:	B	查看资料、台帐、访谈	2 分, 未达到不得分
		1. 按照国家卫生健康委《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。			1分，未达到不得分
		3. 有参加省级室间质量评价计划或能力验证计划，并落实。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看资料、台帐、访谈	
		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。			5分，未达到不得分
<b>4-20 输血管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）。</b>					
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 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床输血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范。 (可选)	4-20-1-1 依据输血管理的法律、法规和临床输血技术规范制定输血管理文件。 (可选)	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，内容覆盖本机构临床输血管理的全过程。			
		2. 对医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度培训，有考核。			
		3. 监测、分析临床用血情况，推进临床合理用血。	B	查看台帐	1分，未达到不得分 2分，未达到不得分 2分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1. 临床科室针对输血管理制度落实开展自查。			
	2. 职能部门对输血管理制度落实有检查、分析、反馈。				
	3. 履行对本机构临床用血的规章制度监督实施，指导临床用血，调查分析临床用血不良事件及不良反应，提出干预和改进措施。	A	查看台帐	5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：				
	1. 持续改进有成效，输血管理制度得到有效落实。				
4-20-1-2 制定医院用血计划，实实用血申请分级管理，建立临床用血评价公示制度。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看台帐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. 有医院临床用血计划。				
	2. 有临床用血管理制度，内容包括：用血申请分级管理、临床科室和医师临床用血评价及公示等。	B	查看记录及台帐		
		符合“C”，并：			

		1. 输血科对临床用血进行分析、评价及公示，职能部门有考核。		公示	3分，未达到不得分
		2. 临床异体输血量年增幅低于同期住院患者增长率和住院手术增长率。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看台帐	5分，未达到不得分
		1. 持续改进有成效，用血相关管理工作落实到位。			
4-20-2 医院有输血科，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。 (可选)	4-20-2-1 设置输血科，职责明确并执行到位，开展质量与安全管理，持续改进输血工作。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看病程记录及培训记录，检查台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 输血科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。			
		3. 参与疑难输血病例的诊断、会诊与治疗，指导临床合理用血，配合临床用血事件及输血不良反应的调查。			
	符合“C”，并：	B	查看病程记录及培训记录，检查台帐	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分	
	1. 输血科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。				
	符合“B”，并：	A	检查台帐	5分，未达到不得分	
	1. 持续改进有成效，临床对输血科相关工作满意。				
	4-20-2-2 输血科人员结构、房屋设施和仪器设备均符合规定要求。 (可选)	各项指标符合要求：	C	现场检查及查看台帐	任何一项指标未达到，不得“C”
1. 输血科负责人接受过输血相关理论的培训和考核并有证书；输血科工作人员无影响履行输血专业职责的疾病。					
2. 输血科位置远离污染源，靠近手术室和病区，布局应符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，至少应设置血液入库前的血液处置室、血液标本处理室、储血室、发血室、输血相容性检测实验室、值班室和资料保存室。					
3. 配备2℃~6℃储血专用冰箱、-20℃以下专用低温冰箱、2℃~8℃试剂冰箱等必备的基本设备。					
符合“C”，并：					
1. 输血科实验室建筑与设施符合实验室生物安全通用要求，业务区域与生活区域	B	查看现场及台帐记录	2分，未达到不得分		

		分开，业务用房面积达到相关要求。			
		2. 职能部门对设备使用情况有检查、分析、反馈。			2分，未达到不得分
		3. 必备基本设备：储血专用冰箱、专用低温冰箱、试剂冰箱、标本冰箱、血小板保存箱、解冻箱、血型血清学离心机、标本离心机、恒温水浴箱、热合机、显微镜、专用取血箱、计算机及输血管理信息系统等。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看现场及台帐记录	
		1. 持续改进有成效，输血科人员结构、房屋设施和仪器设备均符合要求。			5分，未达到不得分
	4-20-2-3 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。（可选）	各项指标符合要求：			
		1. 制订临床用血储备计划，与指定供血单位签订供血协议。无非法定渠道用血、自采/自供血液的行为。	C	查看台帐，看现场及追踪流程	任何一项指标未达到，不得“C”
		2. 有血液库存量的管理要求，能 24 小时为临床提供供血服务。有特殊用血（如稀有血型）应急协调机制，确保急诊抢救用血。			
		3. 有应急用血的后勤（通信、人员、交通）保障能力。			
		符合“C”，并：			
		1. 输血科与血站建立血液库存预警机制，及时掌握预警信息，协调临床用血。	B	查看台帐及记录	3分，未达到不得分
		2. 职能部门对供血和应急用血的后勤保障情况有检查、分析、反馈。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1. 持续改进有成效，供血满足临床需要。	A	查看台帐及记录	5分，未达到不得分
4-20-3 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、有效、科学用血。（可选）	4-20-3-1 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。（可选）	各项指标符合要求：			
		1. 输血科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。	C	查看台帐及记录	任何一项指标未达到，不得“C”
		2. 临床医师合理用血的评价结果用于个人业绩考核与用血权限的认定有管理规定，并执行。			
		符合“C”，并：			
		1. 输血科和各临床用血科室每季度对医师合理用血有自查。	B	查看台帐及记录	2分，未达到不得分

		2. 职能部门每季度对医师合理用血情况进行评价, 有检查、分析、反馈。			3 分, 未达到不得分		
		符合“B”, 并:	A	查看台帐及记录			
		1. 持续改进有成效, 临床用血合理程度不断提升。			5 分, 未达到不得分		
4-20-3-2 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”。。 (可选)		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。					
				符合“C”, 并:	B	现场查看及记录并查看病历	
				1. 职能部门对知情同意执行情况有检查、分析、反馈。			3 分, 未达到不得分
				2. 患者输血前检测率 100%。			2 分, 未达到不得分
				符合“B”, 并:	A	病历抽查	
				1. 持续改进有成效, 每一例输血患者均有输血治疗知情同意书。			5 分, 未达到不得分
		4-20-3-3 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。 (可选)		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	
				1. 科室对临床用血执行情况(输血适应证、输血前评估指征、检测指标、输血后效果评价等记录)有自查。			3 分, 未达到不得分
				2. 职能部门对安全、有效、科学用血有检查、分析、反馈。			2 分, 未达到不得分
				符合“B”, 并:	A	查看台帐及记录	
		1. 持续改进有成效, 用血前评估和用血后评价工作落实到位。	5 分, 未达到不得分				
4-20-3-4 医院应当积极		各项指标符合要求:	C	现场查看及记录			

	开展血液保护相关技术，建立自身输血、围手术期血液保护等输血技术管理制度。 (可选)	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。		并查看病历	2分，未达到不得分	
		2. 有支持开展血液保护相关技术的设备条件。			2分，未达到不得分	
		3. 有开展血液保护相关技术的人员并能开展工作。			1分，未达到不得分	
		符合“C”，并：	B	查看现场及记录		
		1. 科室有自体输血和异体输血管理情况自查，并有与上年度用水量比较的数据信息。			3分，未达到不得分	
		2. 职能部门对自体输血有检查、分析、反馈。		2分，未达到不得分		
	符合“B”，并：	A	查看现场及记录			
	1. 持续改进有成效，自体输血率不断提升。			5分，未达到不得分		
	4-20-3-5 输血治疗病程记录完整详细。 (可选)	4-20-3-5 输血治疗病程记录完整详细。 (可选)	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、血型和数量，输注起止时间，输血过程观察情况，有无输血不良反应等内容。						
3. 输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。						
4. 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“C”，并：						
1. 职能部门对输血治疗病程记录情况有检查、分析、反馈。	B	查看现场及记录	5分，未达到不得分			
符合“B”，并：	A	查看现场及记录				
1. 持续改进有成效，输血治疗病程记录完整、规范。			5分，未达到不得分			
4-20-4 开展临床用血全程管理，执行输血前核对制度，做好血液入库、贮存和发	4-20-4-1 落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续。 (可选)	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。					

放管理。 (可选)		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、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，用血申请和审核制度落实到位。						
	4-20-4-2 建立输血管理信息系统，做好血液入库、贮存和发放管理。 (可选)	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、储存、出库及库存预警等进行管理。 2. 血液储存、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。 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。 4. 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%），并有出入库记录完整率和血液有效期内使用率等统计数据。	符合“C”，并：	C	查阅资料、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”	
							1. 血液接发的科室和部门有自查。
							2. 职能部门对血液出入库及配发血的全过程实施有检查、分析、反馈。
							3. 冷链控制有自动温控系统。
			符合“B”，并：	B	现场查看	2分，未达到不得分	
1. 持续改进有成效，血液出入库及配发血工作符合规范。							
1. 5分，未达到不得分							
1. 5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. 持续改进有成效，血液出入库及配发血工作符合规范。			
4-20-5 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	4-20-5-1 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。 (可选)	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. 有血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度，并执行。 2. 输血科有专人对血液贮存（存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等）有定期监测记录：					



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。 (可选)	(1) 不同血型的全血、成分血分型分层存放或在不同冰箱存放,标识明显; (2) 储血冰箱有不间断的温度监测与记录; (3) 血液保存温度和保存期符合要求; (4) 贮血冰箱定期消毒,记录保存完整; (5) 贮血冰箱定期进行细菌监测,记录保存完整。				
		3. 输血器械符合国家标准,“三证”齐全;血袋按规定保存、销毁,有记录。			
		4. 一次性输血耗材进行无害化处理,有记录。			
		符合“C”,并:			
	1. 科室对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有自查、分析、整改。	B	查阅资料	2分,未达到不得分	
	2. 职能部门对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有检查与监管。			3分,未达到不得分	
	符合“B”,并:				
	1. 持续改进有成效,血液贮存质量与信息反馈制度落实到位。	A	查阅资料	5分,未达到不得分	
	4-20-5-2 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。 (可选)	各项指标符合要求:			
		1. 根据相关法律法规和临床输血技术规范制定输血全过程质量管理监控的管理制度、评价指标和管理流程。			
2. 有输血科对临床科室全过程管理的监控指标(包括:储血、发血、输血中、输血后、输血室内质控和室间质评等)和监测评价结果。					
3. 血液发出后,受血者和供血者标本于2℃~6℃保存至少7天。					
4. 从发血到输血各个交接环节要有记录,时间应精确到分钟。					
5. 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。					
6. 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。					
符合“C”,并:					
1. 输血科与临床用血科室对上述制度的落实情况有自查、分析、整改。	B	查阅资料	2分,未达到不得分		

		2. 职能部门对输血全过程制度的落实情况有检查、分析、反馈。			3分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料	
		1. 持续改进有成效，每一例患者输血全过程管理规范、监管措施落实到位。			5分，未达到不得分
	4-20-5-3 医院有输血相关应急预案，并能得到落实。 (可选)	各项指标符合要求：			
		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。	C	查台帐、现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		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：			
		1. 职能部门对紧急用血的执行情况（重点夜间、节假日）和输血严重危害事件发生进行抽查或演练。	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，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
4-20-6 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。 (可选)	4-20-6-1 有输血相容性检测实验室的管理制度。 (可选)	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 ABO 正反定型、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. 需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作应进行输血相容性检测检查。			
		3. 交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。			
		4. 用于输血相容性检测的试剂应符合相应标准。			
		符合“C”，并：			
		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。	B	查阅资料	2分，未达到不得分
		2. 职能部门按照制度和流程落实有检查、分析、反馈。			3分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料	

		1. 持续改进有成效，输血相容性检测相关制度得到落实。			5分，未达到不得分		
4-20-6-2 做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。 (可选)		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. 有室内质控的管理规定，包括：质控品的技术规则定义，质控品常规使用前的确认，实施质控的频次，质控品检测数据分析方法，质控规则的选定等。					
		2. 有试验有效性判断和失控的判定标准。					
				3. 对失控的结果有调查分析、处理，并记录。	B	查阅资料	2分，未达到不得分
		符合“C”，并：					
		1. 输血科对室内失控项目和室间质评不合格项目有自查。					
				2. 参加省级或国家级室间质评时，应按常规检测方法与常规检测标本同时进行，不得另选检测系统，且成绩合格。	A	查阅资料	3分，未达到不得分
符合“B”，并：							
1. 持续改进有成效，室内质量控制和室间质评规范参加，输血相容性检测质量不断提高。							
<b>4-21 疼痛诊疗管理与持续改进（开展此项业务的医院选用）。</b>							
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		
4-21-1 医院实施疼痛诊疗服务，有相关管理制度及医师资质管理。 (可选)	4-21-1-1 医院实施疼痛诊疗服务，有相关管理制度及医师资质管理。 (可选)	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. 有疼痛管理相关制度，疼痛诊疗的有创操作实行资格授权管理。					
		2. 开展疼痛规范治疗。疼痛诊疗科目、医师资质及疼痛诊疗服务范围管理规范。	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
		符合“C”，并：					
		1. 职能部门对疼痛诊疗管理有检查监管。					
		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，疼痛诊疗相关学科建立协调机制。							
4-21-2 依据服务范	4-21-2-1 建立疼痛评估、	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐			

围，建立疼痛评估、疗效评估与追踪随访等相关制度，规范开展诊疗活动。 (可选)	疗效评估与追踪随访相关制度，规范开展诊疗活动。 (可选)	1. 建立疼痛的评估、再评估制度与流程，对疼痛进行量化评估。	B	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，不得 C				
		2. 有对疼痛疗效评估的规范与程序，对治疗效果进行追踪随访。							
		3. 根据“三阶梯止痛原则”，制定适宜的个体化诊疗方案。							
		4. 对全院医务人员进行疼痛治疗规范的相关培训与指导。							
		5. 科室对诊疗规范落实情况有自查、分析和评价。							
		符合“C”，并：							
1. 职能部门对疼痛诊疗规范执行情况有检查与监管。	A	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，对疼痛评估、疗效评估与追踪随访等管理规范。									
4-21-3 有疼痛治疗常见并发症的预防规范与风险防范程序，有相关培训教育。 (可选)				4-21-3-1 有疼痛治疗常见并发症的预防规范与风险防范程序，有相关培训教育。 (可选)	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. 有疼痛治疗风险防范与处置预案。包括：常见并发症、药物不良反应、高风险操作相关风险。				B	查阅资料、台帐				5分，未达到不得分
2. 相关人员接受疼痛治疗的培训教育，熟悉各种并发症、风险防范的措施与处置流程。									
3. 科室自查，对存在问题有改进措施。									
符合“C”，并：									
1. 职能部门对疼痛治疗风险防范工作有检查与监管。									
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，疼痛治疗并发症预防措施规范。									
<b>4-22 介入诊疗管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）。</b>									
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>				
4-22-1 专业设置、人员配备及其设备、设	4-22-1-1 介入诊疗技术与医院功能、任务相适	各项指标符合要求： 1. 介入诊疗技术与医院功能、任务相适应。与卫生健康行政部门核准的临床诊疗	C	查看现场，查阅资料、台帐	任何一项指标未达到，				

<p>施符合《放射诊疗管理规定》等相关要求和医院功能任务要求，满足临床需要，能提供24小时诊疗服务。</p> <p>(可选)</p>	<p>应，符合医疗机构基本要求。</p> <p>(可选)</p>	<p>科目一致，有关介入诊疗项目按要求向相应卫生健康行政部门备案。</p>			<p>不得“C”</p>	
		<p>2. 有与介入诊疗项目相关临床科室，能为介入诊疗的并发症与其他意外紧急情况处理提供技术支持。根据临床需要，能提供24小时介入诊疗服务。</p>				
		<p>3. 有介入诊疗科室与相关科室共同制定介入诊疗应急预案与工作流程。</p>				
		<p>4. 相关科室和人员知晓协作职能和工作流程。</p>				
		<p>符合“C”，并：</p>				
		<p>1. 职能部门对开展项目及质量有监管，对存在问题与缺陷有总结，有改进措施。</p>	B	查阅资料、台帐		5分，未达到不得分
		<p>符合“B”，并：</p>				
	<p>1. 持续改进有成效，相关科室协作良好，共同保障患者的诊疗质量与安全。</p>	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
	<p>4-22-1-2 有满足介入诊疗需求的导管室、大型影像诊断及诊断技术人员。</p> <p>(可选)</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. 有血管造影或介入导管室，设置符合诊疗技术管理规范：</p> <p>(1) 操作室使用面积符合放射防护及无菌操作等相关要求；</p> <p>(2) 有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品；</p> <p>(3) 配备800mA，120KV以上并具有电动操作功能、数字减影功能和“路途”功能，影像质量和放射防护条件良好的血管造影机，并配备高压注射器。</p>		C	查看现场，查阅资料、台帐	
		<p>2. 有磁共振(MRI)、计算机x线断层摄影(CT)、多普勒超声设备及相配套的专业诊断队伍。</p>				
		<p>3. 有设备使用及维护技术人员，有保证影像诊断质量的相关措施，并落实。</p>				
		<p>符合“C”，并：</p>				
		<p>1. 有设备使用管理相关制度，有专人负责，有保养、维护、维修记录。</p>		B	查看现场，查阅资料、台帐	
<p>2. 职能部门对大型仪器设备使用与维护情况有监管与评价，对存在问题有改进措施。</p>					2.5分，未达到不得分	
<p>符合“B”，并：</p>						
<p>1. 大型影像诊断设备实现数字化，有完善的影像存储与传输系统(PACs)。</p>		A	查看现场，查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分		

		2. 设备维修响应及时, 保障安全运行, 保障临床需要。			2.5分, 未达到不得分
4-22-2 执行卫生健康行政部门制定介入诊疗技术管理规范, 依法取得相应诊疗科目及人员的执业资质。 (可选)	4-22-2-1 执行卫生健康行政部门制定的介入诊疗技术管理规范。 (可选)	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. 根据卫生健康行政部门制定的介入诊疗技术管理规范, 制定实施细则与流程, 并执行。			
		2. 有相关人员培训计划、培训方案并考核。			
		3. 相关人员熟练掌握本岗位技术操作规范, 考核合格率 $\geq 90\%$ 。			
		符合“C”, 并:			
		1. 有职能部门对规范落实情况、培训效果监督检查, 对存在问题有改进措施。			
	B	查阅资料、台帐	5分, 未达到不得分		
	符合“B”, 并:	A	查看现场, 查阅资料、台帐; 现场看手术操作	3分, 未达到不得分	
	1. 持续改进有成效, 相关人员无违规操作事件发生。				
	2. 相关人员技术操作规范考核合格率 100%。				
	2分, 未达到不得分				
	4-22-2-2 医师、医技和护理人员经介入治疗专业技术培训合格。 (可选)	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. 有各级各类人员岗位职责, 相关人员知晓, 并能遵循。					
2. 医师、医技和护理人员经介入治疗专业技术培训合格。					
3. 人员资质符合介入诊疗项目执业要求。					
4. 具有与开展的介入诊疗项目相适应的其他专业技术人员。					
符合“C”, 并:					
1. 职能部门对人员上岗情况有定期检查, 对存在问题有整改措施。					
2. 有对相关人员进行培训后上岗能力的评价, 并有相关资料。					
B	查阅资料、台帐	2.5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, 所有介入诊疗人员资质与能力符合上岗要求。					
4-22-3 掌握介入诊疗技术的适应证, 规	4-22-3-1 有介入诊疗医师资质的授权管理。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到,
		1. 有对实施介入诊疗医师资质授权管理制度与流程, 相关人员知晓, 并执行。			

范技术操作,开展质量控制,定期质量评价。 (可选)	(可选)	2. 在实施介入诊疗前,必须经2名以上具有介入诊疗资格的医师决定(其中至少1名为副主任医师),并有记录。			不得“C”				
		符合“C”,并:							
		1. 授权管理落实到每一位医师,能力评价有记录。	B	查阅资料、台帐	2.5分,未达到不得分				
		2. 职能部门对执行情况有检查,对存在问题有改进措施。			2.5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,授权管理落实到位,根据评价结果动态管理,相关资料完整。							
	4-22-3-2 掌握介入诊疗技术的适应证和禁忌证,履行知情同意,保障患者安全。 (可选)	各项指标符合要求:	1. 各级医师掌握介入诊疗技术的适应证与禁忌证,并严格执行。	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到,不得“C”			
			2. 介入诊疗前,手术医师手术前进行术前评估与访视。在手术前到病房查看病历,检查患者,确认手术适应证。						
			3. 介入诊疗方案确定与实施按照授权规定执行。						
			4. 在实施介入诊疗前,由手术者或者第一助手向患者或近亲属进行知情同意告知,包括手术目的、手术风险、术后注意事项、可能发生的并发症及预防措施以及高值耗材的选择等,并签署知情同意书,保存在病案中。						
			5. 相关医师对上述要求知晓率100%。						
			符合“C”,并:						
			1. 科室定期对介入诊疗病例的适应证进行回顾总结,保障介入诊疗质量。						
			2. 职能部门对介入诊疗技术适应证有监管与评价,有改进措施。						
			符合“B”,并:						
			1. 持续改进有成效,介入诊疗管理规范,病例符合适应证要求。						
			2. 介入诊疗病例适应证符合率100%。						
							B	查阅资料及相关住院病历5份	3分,未达到不得分
									2分,未达到不得分
							A	查阅资料及相关住院病历5份	3分,未达到不得分
								2分,未达到不得分	
4-22-3-3 有介入诊疗工作制度、技术操作常规,	各项指标符合要求:	1. 有介入诊疗工作制度、导管室管理制度、技术操作常规和介入诊疗各级各类人	C	查阅资料,抽考2名医务人员相关	任何一项指标未达到,				

开展质量控制, 定期质量评价, 保障介入诊疗安全。 (可选)	员岗位职责。		内容	不得“C”
	2. 有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品等保障措施。			
	3. 各级各类人员知晓相关制度和岗位职责并遵循。			
	4. 对术后患者进行随访。			
	符合“C”, 并:	B	查阅资料, 询问10名出院患者	3分, 未达到不得分
	1. 有院科两级对制度与岗位职责落实情况检查、总结, 对存在问题有整改措施。			2分, 未达到不得分
	2. 职能部门对介入诊疗全程管理有检查、定期评价和分析, 对存在问题有改进建议。	A	查阅资料、台帐	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, 介入诊疗管理、术后随访和质量评价工作规范, 诊疗能力和水平不断提升。			
	2. 对术后患者诊治效果随访率 $\geq 90\%$ 。			
4-22-3-4 有消毒隔离制度。 (可选)	各项指标符合要求:	C	1. 查阅制度、工作流程及标准操作程序 2. 现场查看 查看监测记录 查看针对科室特点开展的培训考核记录 1. 询问医、护、工各1名 2. 现场查看	任何一项指标未达到, 不得“C”
	1. 介入手术室(导管室)应纳入全院感染管理和监测范围, 建筑布局与流程合理, 有医院感染预防与控制相关规章制度和工作流程。			
	2. 按照相关规定, 对介入手术室(导管室)实施定期监测并有记录。			
	3. 对相关人员有培训与教育。			
	4. 医务人员对本部门、本岗位上述制度、规范和流程知晓, 并执行。			
	符合“C”, 并:	B	1. 查阅医务处、护	



		1. 院科按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题与缺陷有整改措施。		理部及感染管理部门督查及科室自查记录 2. 现场查看改进情况	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，环境、设施及人员操作等达到医院感染管理规定。	A	1. 整改措施落实 2. 根据制度、工作流程及标准操作程序均落实	5分，未达到不得分
4-22-4 有介入诊疗器材登记制度，器材来源可追溯。介入诊疗器材使用符合规范。 (可选)	4-22-4-1 有介入诊疗器材购入、使用登记制度，保证器材来源可追溯。 (可选)	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. 有介入诊疗器材购入、使用登记制度，保证器材来源可追溯。所有诊疗器材均有合格的相关证件。			
		2. 每例介入诊疗器材使用者的病历中均有器材使用的识别标志的记录。			
		3. 医院对不可重复使用的一次性介入诊疗器材使用流程有明确规定。			
		4. 所有使用后一次性器材应按医疗废物管理并记录在案。			
		5. 所有诊疗器材均有合格的相关证件。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
		1. 科室对器材管理和使用有自查，对存在问题有改进措施。			2.5分，未达到不得分
		2. 有多部门联合监督管理机制，职责明确，并能定期开展联合检查，对发现问题和缺陷有总结、分析及整改措施。			
		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，全院所有介入器材管理使用规范，可追溯，无违规采购、使用案例。					
4-22-5 环境保护及	4-22-5-1 环境保护及工	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资	

工作人员职业健康防护符合规定。 (可选)	作人员职业健康防护符合规定。 (可选)	1. 有职业病危害控制效果放射防护评价报告。		料、台帐	任何一项指标未达到，不得“C”	
		2. 有放射诊疗和放射防护管理制度，并落实。				
		3. 放射诊疗工作人员按照有关规定佩戴个人剂量计。				
		4. 患者的敏感器官和组织有防护。				
		5. 定期对相关人员防护进行培训，组织应急演练，并有考核。				
		6. 定期组织对放射诊疗工作场所、设备和人员进行放射防护检测、监测和检查。				
		7. 定期对相关人员进行健康检查，有健康档案。				
符合“C”，并：		B	查看现场，查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
1. 职能部门和科室对制度落实情况定期检查，对存在问题与缺陷有整改措施。						
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，环境保护及工作人员职业健康防护符合规定，无职业危害事件发生。						
<b>4-23 血液净化管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）。</b>						
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	
4-23-1 依据《血液透析室基本标准》、《血液透析室管理规范》及《血液净化标准操作规程》等法律法规及行业管理要求，建设血液透析室，满足医院功能任务要求。 (可选)	4-23-1-1 血液透析室分区布局、设施设备符合国家法律法规及行业规范的要求。 (可选)	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. 血液透析室根据医院感染控制要求，布局流程合理。				
		2. 每个血液透析单元使用面积不少于 3.2 平方米，水处理间的使用面积不低于水处理机占地面积的 1.5 倍。				
		3. 配备满足工作需要的血液透析机、水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等基本设备；急救设备齐全；有必要的职业防护物品；透析器一次性使用，不得复用。				
		4. 至少配备具备 1 台能够上网的电脑，确保信息上报。				
		符合“C”，并：				
		1. 职能部门对血液透析布局及血液透析保障管理有检查，对问题和缺陷及时反馈，有改进建议。				
		B	现场查看、查看记录	5分，未达到不得分		

		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，布局与分区、设施设备配置完全符合相关规定。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分
	4-23-1-2 医、护、技岗位专业设置满足医院功能与任务要求。 (可选)	各项指标符合要求： 1. 至少有2名执业医师，其中至少有1名具有肾脏病学中级及以上专业技术职务任职资格。20台血液透析机以上，每新增10台血液透析机至少新增1名执业医师；血液透析室负责人应当由具备肾脏病学副高及以上专业技术职务任职资格的执业医师担任。 2. 护士总数与透析机之比为1:2，当班护士与透析单元数之比为1:5-6。开展连续性肾替代治疗（CRRT）技术的，另配护士；护理组长具备一定透析护理工作经验、中级及以上专业技术资格。护士长具备一定透析护理工作经验，副高专业技术资格或中级专业技术资格并取得省级专科护士培训合格证书。 3. 至少有1名技师，该技师应当具备机械和电子学知识以及一定的医疗知识，熟悉血液透析机和水处理设备的性能结构、工作原理和维修技术。 4. 医师、护士和技师有明确的岗位职责，医师具有6个月、护士和技师具有3个月以上省级培训基地血液透析工作经历或培训经历。 5. 有保障岗位配置和人员培训的管理措施。	C	现场查看人员资质	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1. 职能部门对人员配置和履职能力有监管，对问题和缺陷有改进措施。 2. 透析床位（透析机）数≥50台时，有至少2名护士取得血液净化省级专科护士培训合格证书。	B	查看资料及访谈	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，医护技人员配备和履职能力达到相关要求，满足临床工作需求。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分
4-23-2 有质量管理	4-23-2-1 有质量管理制	各项指标符合要求：	C	现场查看现场考	

制度与紧急处理预案，落实措施，保障安全。 (可选)	度与岗位职责。 (可选)	1. 有质量管理体系和岗位职责，按照血液净化标准操作规程开展血液透析质量及相关工作，建立合理、规范的血液透析治疗流程。		核	任何一项指标未达到，不得“C”		
		2. 有岗位职责，相关人员知晓其任职要求。					
		符合“C”，并：					
		1. 科室对相关制度、岗位职责、技术规范、操作规程的落实情况进行检查，对问题和缺陷有改进措施。	B			查看资料及访谈	3分，未达到不得分
		2. 职能部门对血液透析室管理制度落实情况有检查、分析和反馈，提出改进建议。					2分，未达到不得分
		符合“B”，并：					
		A	查看资料	5分，未达到不得分			
	4-23-2-2 有血液透析患者登记及病历管理制度。 (可选)	各项指标符合要求：		C	查阅2份病历	任何一项指标未达到，不得“C”	
		1. 有血液透析患者接诊、登记相关制度，实施患者实名制管理。					
		2. 血液透析记录等医疗文书书写符合病历书写规范要求。					
		符合“C”，并：					
		1. 科室对各类医疗文书书写制度落实情况有自查，对存在问题与缺陷及时改进。	B				查看资料及访谈
2. 职能部门对医疗文书管理情况有检查，对存在问题及时反馈，有改进建议。							2分，未达到不得分
	A	查看资料	5分，未达到不得分				
4-23-2-3 有紧急意外情况与并发症的紧急处理预案。 (可选)	各项指标符合要求：		C	查阅资料及现场访谈	任何一项指标未达到，不得“C”		
	1. 有常见并发症的紧急处理流程和上报制度。						
	2. 对紧急意外情况处置有培训，相关人员均能熟练掌握。						
	3. 对应急预案与处理流程有演练（至少每年一次），有记录，有讨论与评价。						
	符合“C”，并：		B	查看资料及访谈			

		1. 科室对意外情况处置流程落实及并发症登记, 有检查、分析, 对存在问题有改进措施。			3分, 未达到不得分		
		2. 职能部门对紧急意外情况相关制度落实及培训效果有检查、问题分析及改进建议。			2分, 未达到不得分		
		符合“B”, 并:	A	查看资料			
		1. 持续改进有成效, 紧急意外情况管理制度落实到位, 并发症处理及时、规范。			5分, 未达到不得分		
4-23-3 严格执行医院感染管理制度与流程, 有完整的监测记录与应急管理预案。 (可选)	4-23-3-1 执行医院感染管理的相关制度与流程。 (可选)	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. 有针对血液透析管理的医院感染管理的相关制度。					
		2. 有传染病患者隔离制度与具体措施。					
		3. 有医院感染紧急情况的处理预案, 并能定期演练。					
		4. 血液透析机和透析管路的消毒符合要求。					
	符合“C”, 并:	B	查看资料及访谈				
	1. 科室对院感相关制度落实情况有自查, 对存在问题与缺陷有改进的措施。						
	2. 职能部门对科室院感管理情况有检查、问题分析及改进建议。						
	符合“B”, 并:						
	1. 持续改进有成效, 血液透析相关的医院管理相关制度落实到位, 医源性院感事件得到有效控制。						
4-23-3-2 患者进入血液净化室前进行血液传播性疾病检测。 (可选)	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. 有接诊制度, 对所有初次透析的患者进行乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒、艾滋病病毒感染的相关检查, 每半年复查1次。						
	2. 乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒螺旋体及艾滋病病毒感染的患者应当分别在各自隔离透析治疗间或者隔离透析治疗区进行专机血液透析。						
	符合“C”, 并:				B	查看资料及访谈	
	1. 职能部门对接诊患者制度落实情况有检查, 对科室存在问题与缺陷有改进建议。						
					5分, 未达到不得分		

		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，每例患者进入血液净化室前均进行血液传播性疾病检测。	A	查看资料	5分，未达到不得分				
4-23-4 血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。 (可选)	4-23-4-1 有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程，有完整的水质量监测记录。 (可选)	各项指标符合要求： 1. 有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程。 2. 透析用水符合相关规范。 3. 透析用水定期进行残余氯及硬度检测及电导率监测（前处理系统）。 4. 透析液内毒素和反渗水化学污染物检测合格。	C	现场查看现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”				
		符合“C”，并： 1. 职能部门对透析液和透析用水质量有监管，对存在的问题有改进措施。				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，透析液和透析用水检测达标，无水质量相关事故发生。				A	查看资料	5分，未达到不得分	
		4-23-4-2 透析液配制符合要求。 (可选)				各项指标符合要求： 1. 透析液和透析粉符合国家标准。 2. 透析液配制有规范的操作流程。	C	现场查看现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”
						符合“C”，并： 1. 科室对透析液配制流程落实情况有自查。 2. 职能部门对透析液配制规程执行情况有检查，对科室存在问题与缺陷有改进建议。			
	符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，透析液配制质量完全达到相关要求，无透析液相关事故发生。		A	查看资料	5分，未达到不得分				
	4-23-5 建立与完善运行中的数据库，做到实时记录。定期分	4-23-5-1 建立与完善运行中的数据库，做到实时记录，定期分析质量与安	各项指标符合要求： 1. 血液透析室有运行数据收集的制度及流程。 2. 建立血液透析质量方面的基础数据库，内容涵盖血液透析的工作量。	C	现场查看现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”			

析质量与安全管理指标（见第七章），保障血液透析患者的安全。（可选）	全管理指标，保障血液透析患者的安全。（可选）	3. 建立维持性血液透析患者质量监测指标体系，定期进行统计分析。	B	查看资料及访谈	3分，未达到不得分		
		符合“C”，并：					
		1. 科室定期对质量管理指标进行分析评价，对存在问题有改进措施。					
				2. 职能部门对质量数据库建设及监测情况有检查、问题分析、对存在问题有改进建议。	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，质量与安全管理指标健全，数据库完整，血液透析患者安全不断提高。							
4-23-6 执行手卫生规范（可选）	4-23-6-1 执行手卫生规范（可选）	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. 有手卫生制度并落实。					
		2. 手卫生设施齐全。					
				符合“C”，并：	B	查看资料	5分，未达到不得分
				1. 有洗手依从性监测及消耗品用量统计。			
				符合“B”，并：			
		1. 持续改进有成效，手卫生依从性不断提高。	A	查看资料	5分，未达到不得分		
		<b>4-24 医用氧舱管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）。</b>					
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		
4-24-1 依法获得《医用氧舱使用证》及《医用氧舱备案表》。执行《医用氧舱安全管理规定》《气加压氧舱》等国家颁布的法律法规、技术标	4-24-1-1 医用氧舱的准入、设置与布局符合规范。（可选）	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. 具有省、市卫生健康行政部门或技术监督部门颁发的《医用氧舱使用证》，执业符合相关法律法规要求，并在有效期之内。					
		2. 医用氧舱独立设置在耐火等级为一、二级的建筑内，或使用防火墙与其他部位分隔，不设置在地下室。					
		3. 氧舱布局合理，大、中型舱实行单通道设计，设立治疗等待区、氧舱室、抢救区、医、护办公室等。					

准。 (可选)		4. 医院严格按照规范设计, 无自行改变原设计的情况发生。						
		5. 医院没有自行改变舱体结构、供(排)氧系统和供(排)气系统。						
		6. 没有自行改变原设计的医用氧舱加压介质和增加舱内吸氧面罩等。						
		7. 人员配置、岗位职责及培训按规定执行, 上岗人员(医师、操作人员、维护人员)应取得相应资格证书。						
		符合“C”, 并:						
		1. 建筑与医用氧舱的文档资料保存完整。				B	查看现场, 查阅资料、台帐	4分, 未达到不得分
		2. 职能部门有检查与监管。						1分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:				A	查看现场, 查阅资料、台帐	2分, 未达到不得分
		1. 职能部门有保障医用氧舱规范设置的管理措施。						3分, 未达到不得分
		2. 医用氧舱的使用与管理工作有成效。						
4-24-2 有医用氧舱安全管理、安全操作和各级各类人员岗位职责等制度。 (可选)	4-24-2-1 有医用氧舱安全管理、安全操作和各级各类人员岗位职责等制度。 (可选)	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. 根据《医用氧舱使用安全技术规定》和《医用氧舱安全管理规定》及《医用氧舱操作规程》等相关的法律法规的要求, 制定相关制度与流程, 医疗护理常规, 组织培训, 相关人员熟知并严格执行。						
		2. 对医用氧舱的工作人员进行相关制度、规程的培训, 使其能够做到自觉执行。						
		3. 有医用氧舱使用的制度与流程符合相关规定和技术要求, 并将流程张贴在醒目位置。						
		4. 人员配置、岗位职责及培训按规定执行, 上岗人员(医师、操作人员、维护人员)应取得相应资格证书。						
		5. 医务人员掌握高压氧治疗的适应证、禁忌证, 执行医嘱, 有完整的工作流程及记录。						
		6. 对进舱人员实行安全宣教并有记录。						
		符合“C”, 并:				B	查看现场, 查阅资	



		1. 职能部门对制度、流程的执行情况进行监督检查、总结反馈。		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. 对存在的问题与缺陷有持续改进, 相关管理制度落实到位, 新增流程持续更新。						
4-24-2-2 人员合理配置, 能履行岗位职责。 (可选)	各项指标符合要求:	1. 按照舱型(婴儿舱、单人、双人舱, 以及小型、中型、大型多人舱)配设医师、护理人员与技术人员等, 人员结构能够满足日常诊疗工作的需要。	C	查看现场, 查阅资料、台帐	任何一项指标未达到, 不得“C”			
		2. 明确各级各类人员的岗位职责, 相关人员均知晓。						
		3. 对医用氧舱安全管理制度、安全操作规程, 医疗护理常规, 相关工作人员熟知并严格执行。						
		符合“C”, 并:						
		1. 职能部门对医用氧舱室进行监管, 并有记录。				B	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. 对存在的问题与缺陷有持续改进。							
	4-24-2-3 对进舱人员进行安全教育。 (可选)	各项指标符合要求:	1. 有进舱人员进行安全教育的制度, 并每舱教育、检查: (1) 进舱人员不得携带火种和易燃、易爆物品; (2) 不得穿戴能产生静电的服装、鞋、帽; (3) 严禁沾染油脂的物品置于舱内。	C	查看现场, 查阅资料、台帐	任何一项指标未达到, 不得“C”		
			2. 在患者入舱时, 按照规范要求, 认真做好心理护理工作, 指导患者如何配合治疗。					
			3. 有预防各种气源伤人的措施及应急预案。					
		符合“C”, 并:	B	查看现场, 查阅资料、台帐	5分, 未达到不得分			
		1. 职能部门有进行监管, 分析总结, 有记录。						
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, 患者安全管理规范, 相关制度落实到位, 无违规现象。								

	4-24-2-4 严格执行控制氧浓度的制度与流程。 (可选)	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. 有控制氧浓度的制度与流程。空气加压舱内氧浓度不应超过 23%, 超过时必须进行置换, 置换 3 分钟后如达不到要求, 应立即停止使用, 并采取相应处理措施。			
		符合“C”, 并:	B	查阅资料、台帐; 现场抽考 2 名操作人员	2 分, 未达到不得分
		1. 职能部门有检查、分析、反馈。 2. 相关人员知晓本岗位的履职要求。			3 分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:	A	查看现场, 查阅资料、台帐	2 分, 未达到不得分
		1. 做到每一位进舱人员均严格按照要求操作。 2. 持续改进有成效, 控制氧浓度管理相关制度有效落实, 无违规情况发生。			3 分, 未达到不得分
4-24-3 掌握高压氧治疗的适应证、禁忌证, 执行医嘱, 有完整的工作流程及记录。 (可选)	4-24-3-1 掌握高压氧治疗的适应证、禁忌证, 执行医嘱, 有完整的工作流程及记录。 (可选)	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐; 抽考 2 名相关人员	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1. 医院对高压氧治疗的适应证、禁忌证, 执行医嘱有明确的制度规定与流程要求。			
		2. 高压氧治疗的医师能够严格执行临床医师的诊疗方案与医嘱。			
		3. 有心理护理工作的制度与流程。			
		4. 在患者入舱时, 按照规范要求, 认真做好辅导、检查等护理工作, 指导患者如何配合治疗有预防各种气源伤人的措施及应急预案。			
		5. 有危重昏迷患者须由医护人员陪舱实施救治的相关规定。			
		6. 有完整的工作流程。			
		7. 操作项目、时间与签名等内容及时准确记录。			
符合“C”, 并:	B	查阅资料、台帐	5 分, 未达到不得分		
1. 有职能部门监管, 对问题与缺陷有改进措施。					
符合“B”, 并:	A	查阅资料、台帐	5 分, 未达到不得分		
1. 每一例患者均有完整规范的治疗记录, 整个治疗过程安全。					
4-24-4 医用氧舱由	4-24-4-1 由经培训并具	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐	

经培训并具备相应资格的医师负责，操作人员、维护人员取得相应资格证书。 (可选)	备相应资格的医师负责，操作人员、维护人员取得相应资格证书。 (可选)	1. 有对医用氧舱各类执业人员资质的要求。			任何一项指标未达到，不得“C”			
		2. 诊疗活动执行医护人员三级负责制。						
		3. 医用氧舱的操作人员必须经国家卫生健康委指定的机构进行培训和考核，取得相应专业资格证书后方可上岗操作。						
		4. 氧舱的维护和维修工程技术人员必须通过国家特种设备局认证合格，并持有有效期内的上岗证。						
		符合“C”，并：						
		1. 职能部门有监管记录。				B	查看现场，查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
4-24-5 按规定定期检验医用氧舱，制定紧急情况时的处理措施和方案，并定期演练。 (可选)	4-24-5-1 按照规定定期检验医用氧舱。 (可选)	各项指标符合要求：			任何一项指标未达到，不得“C”			
		1. 一年期定期检验，可由医用氧舱使用单位取得医用氧舱检验资格的人员进行，也可由认可检验单位进行。						
		2. 按照规定安排医用氧舱定期检验；三年期定期检验必须由认可检验单位进行。						
		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：				A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
1. 持续改进有成效，各项定期检验资料完整，符合要求。								
4-24-5-2 制定紧急情况时的处理措施和方案，并定期演练。 (可选)	各项指标符合要求：	1. 对医用氧舱内发生“紧急意外情况”有处理措施和方案，明确各相关人员职责，有协调机制。			任何一项指标未达到，不得“C”			
		2. 定期组织应急预案培训与演练。						
		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，紧急情况处理规范，相关人员熟练掌握流程要求。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
<b>4-25 放射治疗管理与持续改进（开展此项工作的医院选用）。</b>					
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
4-25-1 依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和相关国家标准。 (可选)	4-25-1-1 具有卫生健康行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。机房建筑、放射治疗设备获得国家卫生行政管理部门核准的《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查阅批文、查阅资料	任何一项指标未达到，不得C
		1. 具有卫生健康行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目，相关执业文件核准与校验均在有效期内。			
		2. 机房建筑已取得国家的合格证书。具备开展放射治疗的基本设备，有基本设备清单。			
		3. 放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并： 1. 职能部门对设备的核准与校验有检查与监管。			
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
	4-25-1-2 具备开展放射治疗的基本技术。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查阅资料，抽查专业人员	任何一项指标未达到，不得C
		1. 根据医院的实际情况开展相应的放疗基本技术，技术项目包括：三维适形放疗或调强放疗（占总治疗患者例数的50%以上）、常见恶性肿瘤的根治性放疗、术前或术后放疗等。			
		2. 有放射治疗的基本技术管理制度，符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。			
		3. 对相关技术人员进行相应的放疗的基本技术培训并考核，受训者掌握相应的放疗基本技术，所提供服务能够满足临床需求。	B	查阅资料	5分，未达到不得分
符合“C”，并： 1. 职能部门对放射治疗技术管理情况有检查与监管。					
符合“B”，并：	A	查阅资料			

		1. 持续改进有成效。			5分，未达到不得分
4-25-2 有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。 (可选)	4-25-2-1 放射治疗前由主管医生、物理师共同制定放射治疗计划，并及时调整放疗计划。有放射治疗后患者随访。 (可选)	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. 有讨论放射治疗计划的制度，有放射治疗过程中根据患者情况及时调整放疗计划的相关流程。			
		2. 有放射治疗定位精确与计量准确的相关程序。			
		3. 放射治疗计划规范、放射治疗定位精确、计量准确。			
		4. 有对相关人员进行制度与程序的培训。			
		5. 科室对放射治疗相关制度的落实有自查，对存在问题有整改措施。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		1. 职能部门对科室放射治疗管理情况有监管，对存在问题有整改意见。			
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，放射治疗管理规范，有效果评价及放射治疗后患者随访。					
4-25-3 实施放射治疗，有明确的规范与流程，定期进行病例讨论，开展效果评价。 (可选)	4-25-3-1 有放射治疗质量管理制度和措施，保障质量和安全。 (可选)	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. 有放射治疗质量管理体系、放射治疗效果评价的规范与流程。			
		2. 有对放射治疗效果和毒副作用的评价。			
		3. 根据评价，有防范毒副作用、改善放疗效果的措施。			
		4. 定期开展疑难、危重症病例讨论。			
		5. 科室放射治疗质量有自查，对存在问题有整改。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		1. 职能部门对放射治疗质量管理工作情况有监管，对存在问题有整改意见。			
符合“B”，并：	A	调查现场、访谈	5分，未达到不得分		
1. 持续改进有成效，放射治疗质量不断提升，患者满意度提高。					
4-25-4 有放射治疗	4-25-4-1 有放射治疗装	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资	

装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并得到执行。 (可选)	置操作和维护维修制度与质量保证和检测制度。 (可选)	1. 有放射治疗装置操作、维护维修和检测制度，有专人负责放射治疗装置的维护、维修与检测，并有记录。	料	任何一项指标未达到，不得 C							
		2. 放射部门在相关的放射场所设置明显的警示标识。									
		3. 放射治疗机器使用有操作指南、规范的程序及必要的联动设置。									
		4. 有对相关人员进行制度与流程的培训，受训人员知晓相关制度。									
		5. 科室对放射装置管理和人员培训计划落实有自查，对存在问题有整改。									
		符合“C”，并：									
	4-25-4-2 有患者与工作人员放射防护制度。 (可选)	1. 职能部门对科室放射装置管理和人员培训效果有监管，对存在问题有整改意见。	B	查阅资料	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. 持续改进有成效，放射装置操作和管理规范，有完整的使用、维护、检测、维修记录。									
		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，不得 C			
		1. 有患者与工作人员放射防护制度，工作人员佩戴个人放射剂量计。									
		2. 对相关工作人员放射防护有培训并有证书。									
3. 科室放射防护管理制度落实情况有自查，对存在问题有整改。											
符合“C”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分								
1. 职能部门对科室放射防护管理有监管，对存在问题有整改意见。											
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，患者与工作人员防护管理规范，放射防护达到 100%。											
4-25-5 有放射治疗意外应急预案及处置措施，有能够执行的流程。 (可选)							4-25-5-1 加强对放射治疗意外事件管理，有放射治疗意外应急预案及处置措施。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查看资料、抽查相关人员	任何一项指标未达到，不得 C
								1. 有放射治疗意外应急预案、预防处置措施、规范与流程。			
	2. 有对相关人员进行预防放射治疗意外应急预案及处置措施的培训，相关人员知晓并掌握。										
	3. 有放射治疗意外应急演练。										

		4. 科室对培训效果及预案演练问题有自查，对存在问题有整改措施。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	
		1. 职能部门对科室人员处置应急情况能力有检查，对存在问题有整改建议。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料	
		1. 持续改进有成效，对应急事件处置技能培训和演练管理有效落实，相关人员熟练掌握。			5分，未达到不得分
4-25-5-2 放射诊疗工作人员能掌握心肺复苏基本技能。 (可选)		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. 工作区域配置有可及的相关抢救药品、器材、氧气等。相关配置（药、械）满足救治需求。			
		2. 有对放射诊疗人员心肺复苏技能培训，基本心肺复苏技能考核合格。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	
		1. 职能部门对抢救配置、人员培训效果有检查，对存在问题有整改建议。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料	
		1. 持续改进有成效，所有员工均能掌握基本心肺复苏基本技能。			5分，未达到不得分
4-25-5-3 放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平符合有关规定。 (可选)		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，不得C
		1. 有对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的安全管理制度。			
		2. 定期对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平进行检测。			
		3. 放射治疗设备和场所设置醒目的警示标志。			
		4. 科室对工作场及辐射水平检测管理有安全检查记录，对存在问题及时改进。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	
		1. 职能部门对科室放射场所和辐射检测管理情况有检查与监管。			2.5分，未达到不得分
		2. 有定期安全检查记录。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料	

		1.持续改进有成效,工作场所管理、辐射水平监测均符合有关规定或标准。			5分,未达到不得分		
<b>4-26 肿瘤科管理与持续改进(开展此项工作的医院选用)。</b>							
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		
4-26-1 科室设置。 (可选)	4-26-1-1 科室的功能、任务和定位明确,保持适度规模,符合卫生健康行政部门规定三级医院肿瘤科标准。 (可选)	各项指标符合要求:	C	查阅批文、资料、台帐	任何一项未达到,不得“C”		
		1.医院执业许可证有肿瘤科科目。					
		(1)卫生技术人员与开放床位不低于1.1:1。					
		(2)病房护士与开放床位之比不低于0.4:1。					
				2.在岗护士占卫生技术人员总数≥50%。			
				2.省级卫生健康行政部门规定的其他要求。			
				符合“C”,并	B	查阅批文、资料、台帐	2.5分,未达到不得分
				1.平均住院日≤14天。			2.5分,未达到不得分
		2.开放床位明显大于执业登记床位时(>10%),有增加床位的申请批准文件。					
		符合“B”,并	A	查阅批文、资料、台帐	3分,未达到不得分		
		1.对卫生健康行政部门不定期检查提出的改进意见进行整改并取得明显成效。			2分,未达到不得分		
		2.有国家卫生健康委批准的临床重点专科。					
4-26-2 人员配备。 (可选)	4-26-2-1 梯队结构合理,资质符合省级卫生健康行政部门规定要求。 (可选)	各项指标符合要求:	C	查阅批文、资料、台帐	任何一项未达到,不得“C”		
		1.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,至少保持在上周期三级医院评审时的层次。					
		2.科主任、学科带头人资质符合相关规定。					
				符合“C”,并	B	查阅批文、资料、台帐	2分,未达到不得分
				1.由高年资副主任医师(任职3年以上)主持临床工作。			1.5分,未达到不得分
				2.各级医师结构、数量合理。			1.5分,未达到不得分
		3.各级护理人员结构、数量合理。					



		符合“B”，并			
		1. 由主任医师（任职3年以上）主持临床工作。	A	查阅批文、资料、台帐	2分，未达到不得分
	2. 科室配置临床营养师。	1.5分，未达到不得分			
	3. 科室配置临床药师。	1.5分，未达到不得分			
4-26-2-2 各级人员岗位职责明确，人员熟悉并履行。 (可选)	各项指标符合要求：	1. 制定完整的科室管理规章制度、岗位职责、诊疗规范。	C	查阅资料、台帐、人员访谈	任何一项未达到，不得“C”
		2. 开展全员培训教育，提高各级人员执行规章制度及履行本岗位职责的自觉性。			
		3. 科室人员知晓本科室、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、台帐、人员访谈	2.5分，未达到不得分
		1. 科室人员知晓本科室、本岗位规章制度，岗位职责、履职要求，知晓率≥90%。			2.5分，未达到不得分
		2. 规章制度，岗位职责定期修订及时更新。	A	查阅资料、台帐、人员访谈	2分，未达到不得分
		符合“B”，并			3分，未达到不得分
		1. 有对科室人员违规、违章典型案例分析。			
		2. 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。			
	4-26-2-3 专业技术人员具备相应岗位执业资格并依法注册，无超范围执业。 (可选)	各项指标符合要求：	1. 有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。	C	查阅批文、资料、台帐
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。					
		符合“C”，并	B	查阅批文、资料、台帐	5分，未达到不得分
		1. 科室对本科卫生技术人员执业情况有检查，并接受职能部门监管。			

		符合“B”，并	A	查阅批文、资料、台帐	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。			
	4-26-2-4 人才培养符合相关要求。 (可选)	各项指标符合要求:			
		1. 有科室人才培养计划，并落实。			
		2. 有临床专业水平定期考核制度。			
		3. 卫生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。	C	查阅资料、台帐	任何一项未达到，不得“C”
		4. 对技能培训考核不合格人员，有再培训的记录。			
		5. 住院医师规范化培训率 100%。			
		符合“C”，并			
		1. 科室对人才培养、继续教育与技能培训落实接受职能部门监管。			
		2. 近 3 年住院医师规范化培训结业考试合格率达 90%。	B	查阅资料、台帐	1分，未达到不得分
		3. 继续教育覆盖率 100%。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并			
		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。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
4-26-3 医疗质量。 (可选)	4-26-3-1 科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工作。 (可选)	各项指标符合要求:			
		1. 医院和科主任签署责任状。			
		2. 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工作，QC 小组组成人员合理，分工明确，有分工职责。			
		3. 制定科室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。	C	查阅资料、台帐	任何一项未达到，不得“C”
		4. 积极参加医院组织的质量管理方法和工具运用基本知识培训会。			
		符合“C”，并			
		1. 针对本科室存在的质量问题，设立科学合理的科室质量管理指标。	B	查阅资料、台帐	1分，未达到不得分

		2. 将质量管理工具知识培训列入科室业务学习计划，有培训记录。			2分，未达到不得分	
		3. 管理小组对科室质量与安全进行定期自查、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。			2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，科室对质量与安全工作计划、问题改进落实到位，达到年初制定的工作目标。			3分，未达到不得分	
		2. 有与本科室质量缺陷内容相关的质量改进案例。			2分，未达到不得分	
	4-26-3-2 医疗质量控制工作运行良好。 (可选)	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐	任何一项未达到，不得“C”
		1. 有专人负责填报质控数据。				
		2. 按要求上报省级质控中心信息报表，内容真实、完整。		B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并				
		1. 按照省级质控指标、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. 接受职能部门对科室质控制度落实的检查，并分析、反馈。		A	查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
		符合“B”，并				
1. 有数据提示：质量与安全持续改进。						
2. 省级质控中心年度考核结果达到优秀等级。				2分，未达到不得分		
4-26-3-3 建立常见肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药不良反应和药液渗漏的应急处置预案。制定超说明书用药管理的规定与程序，并严格进行管理。	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐、人员访谈	任何一项未达到，不得“C”	
	1. 有常见肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药不良反应和药液渗漏的应急处置预案。					
	2. 对紧急意外情况处置有培训，相关人员均能熟练掌握。					
	3. 对应急预案与处理流程有演练（至少每年一次），有记录，有讨论与评价。					
	4. 制定超说明书用药管理的规定与程序。		B	查阅资料、台帐、人员访谈	2分，未达到不得分	
符合“C”，并						
1. 科室对意外情况处置流程落实及并发症登记，有检查、分析，对存在问题有改						

	(可选)	进措施。			
		2. 科室对超说明书用药处置流程落实，并向医院药事委员会备案。			1.5分，未达到不得分
		3. 职能部门对紧急意外情况相关制度落实及培训效果有检查、问题分析及改进建议。			1.5分，未达到不得分
		符合“B”，并	A	查阅资料、台帐、人员访谈	3分，未达到不得分
		1. 持续改进有成效，紧急意外情况管理制度落实到位，并发症处理及时、规范。			2分，未达到不得分
		2. 对超说明书用药规定定期修订更新。			
	4-26-3-4 机构成立肿瘤化疗专业学术委员会，严格管理肿瘤药物处方权限。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、人员访谈	任何一项未达到，不得“C”
		1. 有完备的肿瘤药物使用指南，并落实。			
		2. 医院成立有肿瘤化疗专业学术委员会。			
		3. 职能部门有针对从事肿瘤化疗人员的培训与考核，相关人员须通过学习与考核取得肿瘤药物处方权限。			
		符合“C”，并	B	查阅资料、台帐、人员访谈	3分，未达到不得分
		1. 科室定期组织业务学习与考核，更新知识储备，对于考核不通过者暂时收回肿瘤药物处方权。			2分，未达到不得分
			2. 对于考核不合格人员有再学习过程。		
		符合“B”，并	A	查阅资料、台帐、人员访谈	3分，未达到不得分
		1. 承担本区域肿瘤治疗临床路径及单病种管理方案的制定与培训。			2分，未达到不得分
	2. 科室人员在省市级肿瘤相关学术团体中任职。				
4-26-3-5 临床路径与单病种。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查阅病历、台帐	任何一项未达到，不得“C”	
	1. 有临床路径实施小组并履行相应的职责。				
	2. 有临床路径开发与实施的规划和相关制度，并组织落实。				
	3. 对科室人员实施“临床路径与单病种质量管理”教育、培训与考核，相关人员知晓本岗位相关临床路径工作流程。				

		4. 有临床路径与单病种质量管理信息平台。				
		符合“C”，并	B	查阅病历、台帐		
		1. 及时收集、记录实施中存在的问题与缺陷。			2.5分，未达到不得分	
		2. 通过QC小组会议对存在问题与缺陷进行总结分析，提出改进措施。			2.5分，未达到不得分	
		符合“B”，并	A	查阅病历、台帐		
		1. 实施过程和效果进行评价分析，改进临床路径与单病种质量管理。			5分，未达到不得分	
4-26-4 医疗技术。 (可选)	4-26-4-1 建立医疗技术临床应用管理制度，实行医疗技术分级分类管理，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐	任何一项未达到，不得“C”	
		1. 有医疗技术临床应用管理制度。				
		2. 落实国家、省医疗技术临床应用管理相关要求，实行分级分类管理，重点是限制类医疗技术和高风险技术。				
		3. 非限制类医疗技术经过医院审核批准，限制类医疗技术按要求向相应卫生健康行政部门备案。				
		4. 未开展卫生健康行政部门禁止的医疗技术。				
		符合“C”，并				
		4-26-4-2 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并组织实施。	1. 有医院医疗技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。	B	查阅资料、台帐	1分，未达到不得分
			2. 有医疗技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。			2分，未达到不得分
			3. 有完整的医疗技术管理档案资料。			2分，未达到不得分
			符合“B”，并	A	查阅资料、台帐	
			1. 职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗技术分级、准入、中止有动态管理，保障医疗安全。			5分，未达到不得分
			各项指标符合要求：			C
1. 有医疗技术风险处置与损害处置预案。						
		2. 有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）变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。				

	(可选)	符合“C”，并	B	查阅资料、台帐、 人员访谈	5分，未达到不得分	
		1. 管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。				
		符合“B”，并	A	查阅资料、台帐、 人员访谈	5分，未达到不得分	
		1. 有医疗技术风险预警机制。				
	4-26-4-3 有新技术准入与风险管理。 (可选)	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐	任何一项未达到，不得“C”
		1. 有新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序。				
		2. 申请诊疗新技术准入，应有保障患者安全措施和风险处置预案。		B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“C”，并				
		1. 对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理与随访评价。		A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“B”，并				
1. 职能部门有监管，根据监管评价实施动态管理，确定新技术中止或转入常规技术。						
4-26-5 诊疗规范。 (可选)	4-26-5-1 开展肿瘤多学科诊疗。 (可选)	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐	任何一项未达到，不得“C”
		1. 树立肿瘤综合治疗理念，建立肿瘤综合治疗模式。				
		2. 有开展肿瘤综合治疗的管理办法。				
		3. 建有以单病种或病变部位为主的多学科诊治组织 $\geq 1$ 个。		B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
		符合“C”，并				
		1. 在多学科参与的综合治疗的组织体系中有病理、影像、护理等专业医护人员。				
		2. 开展肿瘤综合治疗纳入医院或科室目标管理之中。		A	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
		3. 职能部门履行监管职责，有定期监管检查、分析、反馈，有改进措施。				
		符合“B”，并		A	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
		1. 以单病种或病变部位为主的多学科诊治组织 $\geq 3$ 个。				
2. 对措施落实情况进行追踪评价，有持续改进。						

4-26-5-2 住院收治的病人，其治疗前需经科室（病区）查房对病情进行评估，由高级技术职称的医师确定治疗方案，有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。 (可选)	各项指标符合要求：	C	查阅病历、台帐	任何一项未达到，不得“C”
	1. 参考国家卫生健康委发布肿瘤诊疗规范与目前国际指南（如 NCCN 指南）制定科室的诊疗指南，规范化治疗达 100%。			
	2. 严格实行三级查房制，通过讨论确定肿瘤分期，制订个性化治疗方案。			
	3. 治疗方案由高级职称医师确认。			
	4. 治疗方案实施前由主管医师完成患者及其亲属的知情告知。			
	5. 对治疗方案的疗效和毒副作用评价有明确的规范与流程。			
	6. 有疑难、重症及死亡病例讨论制度。			
	7. 各级医师知晓上述规定。			
	符合“C”，并	B	查阅病历、台帐	2分，未达到不得分
	1. 医疗文书记录完整规范。			
	2. 职能部门对科室有监管，有评价，有记录。	A	查阅病历、台帐	3分，未达到不得分
	符合“B”，并			
	1. 对问题与缺陷改进成效有评价。	C	查阅病历、台帐	任何一项未达到，不得“C”
各项指标符合要求：				
1. 所有治疗均需有病理（细胞学）诊断结果支持，特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果，需提交科室讨论确定，并征得病人和主要家属（原则上至少 2 人，特殊情况可 1 人）共同签署的书面知情同意。				
2. 特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果，需提交科室讨论确定，并征得病人和主要家属（原则上至少 2 人，特殊情况可 1 人）共同签署的书面知情同意。				
3. 各级医师知晓其履职要求。				
符合“C”，并				
1. 收治患者中病理细胞学诊断率≥97%。	B	查阅病历、台帐	3分，未达到不得分	
2. 职能部门对科室有监管，有评价，有记录。				
符合“B”，并	A	查阅病历、台帐	2分，未达到不得分	

		1. 收治患者中病理细胞学诊断率 $\geq 99\%$ 。			3分，未达到不得分				
		2. 对实施中问题与缺陷改进成效有评价。			2分，未达到不得分				
4-26-5-4 为出院患者提供较详细的出院医嘱和肿瘤康复指导意见。有近期疗效评估的制度与程序，及时准确记录；对患者进行跟踪随访，生存期及病程进展等信息均应详细记录于相关医疗文件中。 (可选)	各项指标符合要求： 1. 为出院患者提供较详细的出院医嘱和肿瘤康复指导意见。 2. 有近期疗效评估的制度与程序，及时准确记录。 3. 随有访制度，按病种开展随访工作，随访率占出院病人比例 $\geq 30\%$ 。	符合“C”，并	C	查阅病历、台帐	任何一项未达到，不得“C”				
						1. 对患者进行跟踪随访，生存期及病程进展等信息均应详细记录于相关医疗文件中。 2. 职能部门对科室有监管，有评价，有记录。	B	查阅病历、台帐	3分，未达到不得分
									2分，未达到不得分
	符合“B”，并	A	查阅病历、台帐	5分，未达到不得分					
	1. 对实施中问题与缺陷改进成效有评价。								
	4-26-5-5 具有卫生健康行政部门核准的放射治疗诊疗科目。机房建筑应取得国家的合格证书。相关设备取得许可证、相关人员具备资质。 (可选)	各项指标符合要求： 1. 有卫生健康行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。 2. 机房建筑已取得国家的合格证书。 3. 有定期的核准与校验。 4. 具备开展放射治疗的基本设备（直线加速器或钴-60治疗机 $\geq 1$ 台、后装治疗机 $\geq 1$ 台、模拟定位机 $\geq 1$ 台、三维计划治疗系统 $\geq 1$ 台、验证设备）。 5. 放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。 6. 人员配置与功能适宜的医师、物理师及治疗技师，并依法获取资格证书、执业证书（医学物理师暂不要求）及专业技术资格证书。	符合“C”，并	C	查阅资料、台帐	任何一项未达到，不得“C”			
							1. 对核准与校验资料进行分析，发现问题及时整改。 2. 物理师与医师之比不低于1:5。	B	查阅资料、台帐
1分，未达到不得分									



		3. 技师与医师之比不低于 1: 2。			1 分, 未达到不得分		
		4. 每台加速器每天治疗 $\geq 40$ 人次。			1 分, 未达到不得分		
		符合“B”, 并					
		1. 无超核准的“放射治疗”诊疗科目。	A	查阅资料、台帐	1 分, 未达到不得分		
		2. 不合格的放射诊疗设备不得购置、使用、转让和出租。			1 分, 未达到不得分		
		3. 开展图像引导放射治疗、三维定位后装放射治疗、强适形放射治疗或旋转调强放射治疗、或更先进的技术治疗, 其患者数占全部放疗患者比例 $\geq 50\%$ 。			3 分, 未达到不得分		
4-26-5-6 癌痛规范化诊治。 (可选)		各项指标符合要求:	C	查阅病历、台帐、 人员访谈	任何一项未达到, 不得 “C”		
		1. 科室有癌痛规范化诊治流程及临床应用指南, 并落实。					
		2. 相关人员知晓, 定期培训, 有记录。					
				符合“C”, 并	B	查阅病历、台帐、 人员访谈	2.5 分, 未达到不得分 2.5 分, 未达到不得分
				1. 对于难治性疼痛, 有放疗、镇痛、心理等多学科会诊制度。			
				2. 对于疼痛控制有分析与评价, 体现在医疗文书中。			
				符合“B”, 并	A	查阅病历、台帐、 人员访谈	2 分, 未达到不得分 3 分, 未达到不得分
				1. 有持续改进措施。			
				2. 经治后无慢性中、重度疼痛患者, 每位癌痛患者每天爆发痛次数 $< 3$ 次。			
		4-26-5-7 有保证门诊或 日间病房肿瘤化学诊治 实施的必要条件。 (可选)		各项指标符合要求:	C	查阅病历、台帐	任何一项未达到, 不得 “C”
1. 门诊、日间病房肿瘤化学治疗区域设置与运行符合规范。							
(1) 有独立的门诊肿瘤化学治疗区域, 布局、流程符合卫生法律法规要求。							
(2) 化学治疗药物配制符合操作规范要求。							
(3) 医师、护士从事肿瘤化学治疗均应具有资格。							
2. 原则上以专业组为治疗小组, 负责本专业病人的收治、管理及质量控制。							
(1) 经讨论制定的治疗方案需由具有高级专业技术职称医师确定。							

		(2) 治疗方案实施前由实施医师完成知情告知制度。			
		(3) 治疗中阶段小结及治疗后小结需由具有主治医师及以上专业技术职称的医师确认签字，并记录在相应的医疗文件中。			
		(4) 对治疗方案的疗效和毒副作用评价有明确的规范与流程。			
		3. 从事门诊肿瘤化学治疗各级医师知晓其要求。			
		符合“C”，并			
		1. 从事门诊肿瘤化学治疗医师具有高级职称≥20%。	B	查阅病历、台帐	2分，未达到不得分
		2. 由高级职称医师实时评估治疗方案执行情况，并根据病情变化及时调整治疗方案。			2分，未达到不得分
		3. 职能部门对科室有监管、有评价、有记录。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并			
		1. 对问题与缺陷改进成效有评价。	A	查阅病历、台帐	5分，未达到不得分
	4-26-5-8 有经过国家批准的抗肿瘤药物临床研究基地，参与肿瘤药物临床研究相关人员获得GCP培训合格证书。 (可选)	各项指标符合要求：			
		1. 参加完成抗肿瘤药物临床研究工作。			
		2. 抗肿瘤药物临床研究符合GCP要求及规定。			
		3. 参与肿瘤药物临床研究相关人员获得GCP培训合格证书。	C	查阅资料、台帐、人员访谈	任何一项未达到，不得“C”
		4. 有伦理委员会依据循证医学原则负责对所开展的肿瘤药物临床研究项目进行审议。			
		5. GCP有独立的区域及专职人员，各级医师参与此项工作的均知晓其履职要求。			
		符合“C”，并			
		1. 经过国家级GCP培训并考核合格的医师人数≥30%。	B	查阅资料、台帐、人员访谈	2分，未达到不得分
		2. 每年开展临床试验用药的项目数≥5项。			1.5分，未达到不得分
		3. 有职能部门监管，记录完整。			1.5分，未达到不得分
		符合“B”，并	A	查阅资料、台帐、	

		1. 为国家食品药品监督管理局（CFDA）批准抗肿瘤药物临床研究基地。		人员访谈	2分，未达到不得分
		2. 每年开展临床试验用药的项目数≥10项，I期研究≥2项。			1分，未达到不得分
		3. 有独立的I期临床研究实验室。			1分，未达到不得分
		4. 对实施中问题与缺陷改进成效有评价。			1分，未达到不得分
<b>4-27 感染性疾病管理与持续改进（有此科室的医院选用）。</b>					
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
4-27-1 执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范性文件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。（可选）	4-27-1-1 健全传染病防治与医院感染管理组织架构，完善管理制度并组织实施。（可选）	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) 有感染性疾病科。 (3) 有医院感染管理委员会。 (4) 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. 承担本单位和责任区域内的传染病预防与控制工作。			
		4. 开展相关制度、规范的培训。			
		5. 有重点传染病防治和突发公共卫生事件救治专家组。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料，现场考查	2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和感染性疾病科人员知晓并遵守相关制度，履行岗位职责。			
		2. 协助疾病预防控制中心对疾病疫情调查、采样与处理的流程。			
		3. 协助疾病预防控制中心及有关部门落实控制传染病传播措施。			
符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看	2分，未达到不得分		
1. 传染病报告及时，感染性疾病管理规范，无因管理问题导致传染病播散。					

		2. 感染性疾病救治专家组参与区域突发性公共卫生事件的救援，协助指导各类感染性疾病的救治。			1分，未达到不得分		
		3. 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。			2分，未达到不得分		
4-27-2 根据标准预防的原则，采取标准防护措施，为医务人员提供符合国家标准消毒与防护用品。 (可选)	4-27-2-1 为医务人员提供符合国家标准消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。 (可选)	各项指标符合要求：	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”		
		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。					
		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。					
		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。	B	查阅文件、资料，现场查看、人员访谈	1.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：					
		1. 有职业暴露的应急预案，处置流程明确，并组织演练。					
				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。	A	查阅文件、资料，现场查看、人员访谈	2分，未达到不得分
		符合“B”，并：					
		1. 相关人员对职业防护和职业暴露处置知晓率100%。		3. 职能部门履行监管职责，定期对落实情况监督检查。	A	查阅文件、资料，现场查看、人员访谈	3分，未达到不得分
2. 对制度落实情况追踪与成效评价，有持续改进。			2分，未达到不得分				
4-27-3 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。	4-27-3-1 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。					

(可选)	(可选)	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。	B	查阅资料，现场查看	2分，未达到不得分
		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。			
4-27-4 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训，做好院内及责任区域内的预防传染病的健康教育工作。 (可选)	4-27-4-1 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。 (可选)	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。	A	查阅资料，现场查看	1.5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%。			
		符合“C”，并：			
		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。					
(可选)	(可选)	符合“C”，并：	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		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%。			
(可选)	(可选)	符合“B”，并：	B	查阅资料，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分
		1. 医务人员传染病防治知识与技能考核合格率100%。			
		符合“C”，并：			
		1. 医务人员传染病防治知识与技能考核合格率100%。			
(可选)	(可选)	符合“C”，并：	A	现场查看，人员考查	2.5分，未达到不得分
		1. 医务人员传染病防治知识与技能考核合格率100%。			
		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%。			2.5 分, 未达到不得分
4-27-4-2 向公众开展传染病预防知识的教育、咨询。 (可选)		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. 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、肺结核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	5 分, 未达到不得分
		1. 职能部门有检查、分析、反馈。			
		符合“B”, 并:	A	查阅资料, 现场访谈	5 分, 未达到不得分
1. 持续改进有成效, 健康宣传和健康促进工作到位。					
4-27-5 根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科, 其建筑规范, 医疗设备和设施、人员应符合国家有关规定。 (可选)	4-27-5-1 根据相关法律、法规要求设置感染性疾病科, 其建筑规范, 医疗设备和设施、人员应符合国家有关规定。 (可选)	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. 根据感染性疾病科建设要求设置感染性疾病科, 其建筑规范、医疗设备和设施基本符合规范, 便于患者就诊, 能满足避免患者间的交叉感染风险; 人员完全符合规范。			
		2. 感染性疾病科门诊设置: 独立挂号收费、呼吸道(发热)和肠道疾病患者各自的候诊区和诊室、隔离观察室、检验室、放射检查室、药房(药柜)、专用卫生间、处置室和抢救室等, 配备必要的医疗、防护设备和设施。			
		3. 有感染性疾病科规章制度与流程、岗位职责, 并执行。			
		4. 有感染性疾病患者就诊流程规定并公示。			
		5. 对医护人员进行相关制度、规范的培训。	B	查阅资料, 现场访谈	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	查阅文件、资料, 现场查看	2 分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:			
		1. 感染性疾病科人员配置、梯队结构合理, 满足工作需要, 科主任具备副主任医			

		师及以上任职资格，护士长具备主管护师及以上任职资格。			
		2. 持续改进有成效，建筑布局、医疗设备和设施及人员均能达到要求。			3分，未达到不得分
4-27-5-2 对感染性疾病科工作人员进行岗前及在岗培训。 (可选)		各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		1. 对感染性疾病科工作人员有专科岗前及在岗培训计划。			
		2. 落实培训计划，考核合格后方可上岗，对不合格人员实行离岗再培训。			
		3. 针对新颁布或修订的规章、规范及新发传染病，能及时组织相关工作人员进行培训。			
		4. 工作人员严格按照传染病防治有关规定和诊疗规范接诊和治疗传染病患者。			
		5. 承担本单位和责任区域内的传染病预防与控制工作。	B	查阅文件、资料，现场查看	
		符合“C”，并：			
		1. 医护人员严格按照传染病防治有关规定和诊疗规范接诊和治疗传染病患者。			
		2. 职能部门有检查、分析、反馈。	A	查阅资料，现场访谈	
		符合“B”，并：			
1. 持续改进有成效，培训工作落实到位。			5分，未达到不得分		

4-28 中医管理与持续改进（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
4-28-1 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等法规的要求。 (可选)	4-28-1-1 中医科设置符合《综合医院中医临床科室基本标准》等行业主管部门法规基本要求。 (可选)	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. 中医科为医院的一级临床科室、设立中医门诊。			
		2. 科主任具有中医类别的任职资格。中医师具备中医类别任职资格。			
		3. 护士接受过中医药知识技能岗位培训。护士长具有主管护师任职资格，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术。	B	查阅资料、台帐、现场查看	
符合“C”，并：					
1. 门诊开设中医专业≥3个。			2分，未达到不得分		

		2. 科主任具有中医类别副主任医师任职资格，从事中医临床专业≥10年。			1.5分，未达到不得分		
		3. 护士长具有主管护师及以上任职资格，从事中医临床护理5年以上，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术。			1.5分，未达到不得分		
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，中医科设置独立病区。	A	查阅资料、台帐、 现场查看	5分，未达到不得分		
4-28-2 建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。 (可选)	4-28-2-1 有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范。 (可选)	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. 有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗设备及诊疗规范，并落实。					
		2. 根据中医特色，开展包含中医内容的医护培训教育活动。					
		3. 相关人员知晓相关制度、本岗位职责，熟练掌握本岗位中医诊疗设备的操作流程及诊疗规范。					
			符合“C”，并： 1. 科室内定期自查与整改。 2. 职能部门对中医工作规范诊疗情况有检查与监管。	B	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： 1. 持续改进有成效，中医诊疗规范，有中医特色并且质量得到保障。	A	查阅资料、台帐、 现场查看	5分，未达到不得分	
	4-28-2-2 充分发挥中医特色，建立并完善中医与西医临床科室的协作机制，为患者提供适宜的诊疗服务。 (可选)	各项指标符合要求：	1. 有中医与西医临床科室的会诊、转诊相关制度，并落实。	C	查阅资料、台帐、 病历	任何一项指标未达到， 不得“C”	
			2. 通过科间会诊，开展疑难危急重症的病情评估，制定适宜的诊疗方案。				
				符合“C”，并： 1. 职能部门对中西医开展联合诊治工作有检查与监管。	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，中医特色诊疗在多学科综合诊疗工作发挥作用。	A	查阅资料、台帐、 现场查看	5分，未达到不得分
4-28-2-3 开展辨证施护，	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐、			



提供具有中医特色的优质护理服务。 (可选)	1. 有中医护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色。		现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
	2. 相关人员知晓本岗位的履职要求。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
	1. 为患者提供具有中医特色的康复和健康指导、具有中医特色的优质护理等服务。			
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐、 现场查看	5分，未达到不得分
1. 持续改进有成效，中医特色诊疗服务在护理、健康教育和康复等医疗服务中得到充分体现。				

## 第五章 护理质量安全管理与持续改进

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。协调与落实全院各部门对护理工作的支持，具体措施落实到位。	5-1-1-1 有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，对护理工作实施目标管理。有护理工作中长期规划、年度计划和年度总结。	各项指标符合要求：	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”
		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。			
		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。			
		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. 科室对护理年度计划护理管理目标落实情况有自查。			2分，未达到不得分
		2. 职能部门对规划、目标和计划落实情况有检查与监管。护理目标管理有信息化支持。			
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，护理管理体系健全并有效运行，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、台帐，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（重症监护、急诊、MECT室、供应室、手术室等）护士长经过系统的专科培训。			3分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 护理管理人员管理知识不断更新，每年参加市级或省级以上护理管理相关培训1-2次，适应岗位发展需求。	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
5-1-3 依据法律法规、行业指南、标准，制定并制定护理制度、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，及时建立护理制度、常规、操作规程，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。	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
		符合“C”，并：			
		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管，措施落实到位。	A	查阅资料、追踪改进成效	2分，未达到不得分		
符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，各项护理制度、常规、操作规范落实到位。					
<b>5-2 护理人力资源管理。</b>					
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	各项指标符合要求：	C	查阅分层级管理相关制度、岗位设置、岗位职责、分级管理档案等；追踪护士晋级考核	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。			

	例构成合理。	3. 各级各类护理人员落实相关岗位职责和工作要求。		的落实；访谈护士各岗位层级上下流动情况	
		4. 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。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		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：	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，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%。					
5-2-2 护理人力资源实行弹性调配。	5-2-2-1 对护理人力资源实行动态调配，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，病房实际患护比不低于1:0.4。			
		2. 实行护理人力资源动态调配，结合收治患者特点、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级及以上）储备、调配的方案，并执行。对储备人员有培训和考核，可供紧急状态或特殊情况下调配使用。			
		4. 夜班和各科室高峰时段，当危重病人比例超过20%，排双班。夜班机制灵活。			
		5. 护理人力资源管理有信息化支持。			
		符合“C”，并：	B	访谈护士长和查阅科室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
1. 职能部门对人力资源动态调配工作有检查与监管。					
符合“B”，并：	A	查阅资料、个案追			

		1. 持续改进有成效，人力资源动态调配工作落实到位。		踪、现场访谈	5分，未达到不得分		
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	2分，未达到不得分
				1. 护理人员绩效分配、考核有信息化支持。			
				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	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。			
				符合“C”，并：	B	查阅资料、现场查看与访谈	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。			
				2. 护士在职教育培训和管理有信息化支持，实现在线培训。			3分，未达到不得分
				符合“B”，并：	A	临床个案追踪	5分，未达到不得分
				1. 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《专科护理	各项指标符合要求：	C	查阅资料；个案追			

	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培训计划。		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，评价专科护理人才的使用情况	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%（包括省级及以上专科护士培训、国内外该专科护理水平较高的医院进修学习累计 3 个月及以上、出国（境）培训 1 个月以上）。			
		3. 特殊科室（急诊、MECT 室、供应室、手术室等）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 级及以上岗位或临床护理管理岗位，发挥其业务专长。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料临床个案追踪	5 分，未达到不得分
		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。			
		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，近三年取得省医学新技术引进评估奖项 1 项或市医学新技术引进奖项 2 项，填补国内、省内空白。					
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. 2 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。					
<b>5-3 临床护理质量管理与改进。</b>					
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>
5-3-1 落实分级护	5-3-1-1 根据精神科分级	各项指标符合要求：	C		

理。	护理的原则要求,实施分级护理,落实护理措施。	1. 依据《分级护理》(WS/T431-2013),结合精神专科特点,制定符合医院与专科实际的精神科分级护理制度。	临床个案追踪、查阅资料	临床个案追踪、查阅资料	任何一项指标未达到,不得“C”
		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。			
		3. 封闭病房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》。			
		4. 有危重患者(冲动伤人、自杀自伤、擅自离院、木僵、拒食、嗜食、昏迷、谵妄、保护性约束、无抽搐电休克治疗)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、约束保护技术、沟通技术等。			
		符合“C”,并:	B	临床个案追踪,查阅资料	3分,未达到不得分
		1. 护理级别与患者病情、生活自理能力相符。			
		2. 职能部门、科室对护理分级制度落实情况、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,有改进措施。			
		符合“B”,并:	A	临床个案追踪、访谈	3分,未达到不得分
		1. 分级护理(重点危重患者)护理质量持续改进有成效。			
		2. 护士知晓患者病情观察的重点,对病情变化的预见性高。	A	临床个案追踪、访谈护士	2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:	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;	任何一项指标未达到,不得“C”
	1. 实施“以病人为中心”的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。有患者知情同意和告知制度,尊重患者的合法权益,保护患者隐私。				

		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。		实地查看专科护理开展情况、特色护理及护理结局	
		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。			
		符合“C”,并:	B	实地查看	
		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。			
		符合“B”,并:	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	
	1. 每月召开工休座谈会,患者满意度高,优质护理服务第三方满意度90%以上。				
	5-3-2-2 实施健康教育,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。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐,并现场查看落实情况	任何一项指标未达到,不得“C”
		1. 有健康教育制度和适合精神科患者的健康教育内容,包括住院须知、安全检查、探视须知、疾病知识、用药知识、饮食知识、特殊检查治疗注意事项、康复指导、心理指导、出院指导等。			
		2. 有患者管理组织、作息时间及活动安排,实行患者分级管理。			
3. 开展多种形式的健康教育、康复活动和康复技能训练。定期开展大型医患联欢活动。		B	实地查看,查阅资料、访谈患者	5分,未达到不得分	
符合“C”,并:					
1. 职能部门、科室对落实情况定期进行检查、评价、分析,对存在问题及时反馈、分析并有改进措施。		A	实地查看,查阅资料、访谈患者	3分,未达到不得分	
符合“B”,并:					
1. 患者知晓健康教育内容。					
2. 患者组织管理有序,活动形式丰富多彩。			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-病区(护理单元)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:	C	查阅资料、台帐, 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”
		1. 有护理质量与安全管理委员会, 定期研究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护理质量监测指标。			
		2. 大科、病区(护理单元)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。			
		符合“C”, 并:			
		1. 职能部门对大科、病区(护理单元)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。			
		2. 有护理新技术、新方法、新设备临床应用监测评估制度, 并落实。			
	5-3-3-2 护理基础管理落实到位。	符合“B”, 并:	B	查阅相关资料; 追踪	3分, 未达到不得分
		1. 推行基于大数据的临床护理质量持续改进, 有成效。			2分, 未达到不得分
		符合“A”, 并:			A
	各项指标符合要求:	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”	
	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、简易呼吸器、吸引器、急诊护士还需掌握心电图机等常用仪器和抢救设备。				
	3. 执行《病历书写基本规范》和适合精神科特点的护理文件书写规范, 归档护理文件、非归档护理文件种类与省卫健委备案相符合。定期进行护理文件书写的质量评价与考核。				
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
		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，护理文书书写规范。	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。明确护理会诊人员的资质要求。 2. 有上述工作制度的规范流程及内容并落实。	符合“C”，并：	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”		
		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
		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，解决临床疑难护理问题的能力和水平不断提升。					
		5-3-3-4 建立护理质量监测指标，有信息化支持，及时上报省监管系统。	各项指标符合要求： 1. 建立护理质量监测指标（包括临床护理指标和专科护理指标，详见第七章），有信息化支持，及时上报省监管系统。 2. 护理人员掌握数据收集与计算方法和要求，能进行统计分析。	符合“C”，并：	C	查阅相关资料，查看信息系统，访谈相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”
				1. 临床护理指标和各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。	A			查阅相关资料，追踪	2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
1. 对省护理质控中心反馈的监测指标分析报告有检查、整改，持续改进和提高。							
<b>5-4 护理安全管理。</b>							
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>		
5-4-1 护理各项查对	5-4-1-1 正确识别患者身	各项指标符合要求：	C	查阅资料，随机进			

制度。	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。	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。		行现场查看	任何一项指标未达到,不得“C”
		2.住院、急诊留观、急诊抢救室患者均使用“腕带”,对传染病、药物过敏等特殊情况有标识(腕带与床头卡),且有明确制度规定。			
		3.防冲动、防自杀/自伤、防擅自离院、防藏药、防跌倒/坠床、防噎食等特殊患者有标识,且有明确制度规定。			
		4.有符合精神科特点的服药管理制度、流程,服药管理有序,确保对正确的患者实施正确的药物护理。			
		5.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	
		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、管路滑脱、用药错误、保障转运安全、噎食、冲动、自伤/自杀、擅自离院等发生。	各项指标符合要求:		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.有压力性损伤、跌倒、坠床风险评估、报告制度及预防措施,病区设施、设备、材料满足安全管理需求,护士规范落实各项安全护理措施,动态评估并有记录。			
		2.有病房安全管理、安全检查与巡视制度(包括封闭病房和开放病房),按照患者病情、护理级别进行巡视、有记录。			
		3.根据医嘱实施约束等保护性措施,有相关制度/流程/规范,定期培训,相关人员执行到位。			
		4.有预防管路滑脱、用药错误、保障转运安全、噎食、冲动、自伤/自杀、擅自离院等护理风险防范制度,并落实。			
		符合“C”,并:			
		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，预防及应对各类护理风险措施落实到位。	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： 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。	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”				
		符合“C”，并： 1. 职能部门、科室对对上述工作有检查、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： 1. 持续改进有成效，护理人员技术操作规范，技术操作并发症有效控制。				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： 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。	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
		符合“C”，并： 1. 职能部门、科室对主动报告护理安全（不良）事件、护理安全（不良）事件管理有检查、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： 1. 持续改进有成效，提高护理安全（不良）事件报告系统的敏感性不断提升，相	A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分				

		关制度流程不断完善。			
<b>5-5 特殊护理单元管理。</b>					
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 手术室。 (可选)	5-5-1-1 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。 (可选)	各项指标符合要求:	C	1. 手术间跟踪查看手术隔离技术以及核心制度与流程的执行情况; 2. 现场查看手术患者保温、深静脉栓塞和压力型损伤的评估和护理措施; 3. 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. 手术室布局合理,分区明确,标识清楚,符合功能流程合理和洁污区域分开。			
		2. 建立手术室各项规章制度、岗位职责及操作常规,有考核及记录。工作人员配备合理。			
		3. 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。			
		4. 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。			
		5. 有手术室火灾、手术物品清点不清、手术患者或者手术部位错误、手术标本遗失或损坏等应急预案并有演练记录。			
		符合“C”,并:	B	查阅相关资料,访谈护士长、质控组成员、护士和职能部门	5分,未达到不得分
		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、分析与整改。			
		符合“B”,并:			
1. 持续改进有成效,患者安全有保障。	A	查阅相关资料,访谈护士长	3分,未达到不得分		
2. 手术室专科护理质量有成效。			2分,未达到不得分		
5-5-2 消毒供应中心。	5-5-2-1 按照《消毒供应中心管理规范》有消毒供	各项指标符合要求:	C	1. 现场查看设备	任何一项指标未达
		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			

	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。	合国家行业标准，通过消毒供应中心（室）验收并合格（含医院分散设置的消毒供应中心）。	设施的配置、运行情况； 2. 查看中心内、外环境，布局，流程，采光，通风等是否符合规范； 3. 查看验收合格证原件。  1. 查看实际开放床位数、人事及护理部门相关资料； 2. 查看最近三个月科室排班； 3. 查看消毒员相关资质。  1. 现场查看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、口腔科诊疗器械清洗消毒情况； 3. 外来器械处理符合流程； 4. 通过信息系统查看 1-2 个灭菌包	到，不得“C”
		2. 根据医院规模和工作量合理配备人力，供应室人员与床位比 $\geq 1:100$ （根据专科特点）；设专职护士长负责，并有监督。护士长具有本科及以上学历，中级及以上职称，持有省级及以上管理人员岗位培训证书，并在 CSSD 有三周年以上工作经验。消毒员持证上岗，护士有岗位培训计划，体现消毒供应中心工作特点。		
		3. 采取集中管理的方式，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；已在手术室或其他区域设置清洗消毒的医院，其清洗、消毒或灭菌工作集中由 CSSD 统一管理。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。		

				的追溯信息（闭环管理）和物资请领、人员管理、质控功能。	
		4. 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。		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。	
		5. 日常管理和质量追溯管理有信息化支持，体现持续改进，有记录。		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；清洗、消毒、灭菌效果监测结果异常有分析，提出			2 分，未达到不得分

		改进措施。			
		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:	A	现场查看, 查阅资料	
	1. 持续质量改进, 各级人员技术能力不断提升, 临床满意度高。				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
5-5-3 急诊科。	5-5-3-1 按照《医院急诊医学学科建设管理规范》有急诊科(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	查阅相关资料, 现场查看	
		1. 急诊区域设置符合精神科急诊特点, 环境安全, 保护患者隐私。			
		2. 急诊分诊护士具备护师及以上职称, 在急诊护理工作 $\geq 5$ 年。			
		3. 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, 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. 护理人员掌握精神科急诊护理工作内涵及流程; 精神科急诊分诊分级管理; 掌握精神科患者心理护理要点及沟通技巧。			
		5. 对自杀自伤、精神药物中毒、严重暴力攻击等事件有护理应急预案, 包括人员、物资、区域的准备, 定期开展相关培训和演练工作。			
		6. 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。			
		符合“C”, 并:	B	查阅相关资料, 访谈护士长和职能部门	
		1. 急诊护理人员经过高级心血管生命支持(ACLS)训练人数 $\geq 10\%$ 。			3 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、分析存在的问题。		2 分, 未达到不得分	
符合“B”, 并:	A	查阅相关资料, 现场查看			
1. 持续改进有成效, 各项制度、操作、规范落实到位。			5 分, 未达到不得分		



5-5-4 无抽搐电休克治疗科（室）。	5-5-4-1 有无抽搐电休克治疗科（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：			
		1. 无抽搐电休克治疗科（室）布局、流程合理，各功能区域明确分开，标识清晰，消毒措施到位。药品物品配置、管理到位。	C	查阅相关资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
		2. 根据无抽搐电休克治疗科（室）工作量及工作需要，配备护理人员。护理人员人数与治疗台比例 $\geq 2:1$ ，护理人员与医生之比 $\geq 2:1$ 。明确各级护理人员的资质及岗位技术要求。		查前3个月工作量统计取均值。查阅相关资料	
		3. 无抽搐电休克治疗科（室）护士应具备中级及以上职称，在精神科从事临床护理工作5年以上。护士长应具备主管护师及以上专业技术职务和3年以上无抽搐电休克治疗科（室）工作经验。		查看花名册及职称证书	
		4. 建立无抽搐电休克治疗科（室）各项规章制度、流程、岗位职责、操作常规及质量考核标准，能落实并有培训、考核及记录。		查阅相关资料，现场跟踪查看	
		5. 护理人员落实无抽搐电休克治疗治疗期间患者安全保护的措施。		现场查看	
		6. 有无抽搐电休克治疗科（室）突发事件应急预案的培训和演练，有记录。		查阅应急预案的演练记录并访谈相关人员	
		7. 定期征求临床科室意见，改进工作，有记录。		查阅相关资料	
	符合“C”，并：	B		查阅相关资料，访谈护士长和职能部门等部门	
	1. 科室定期对护理质量进行检查、考核、评价、分析，发现问题及时改进。		2分，未达到不得分		
	2. 职能部门定期对无抽搐电休克治疗科（室）各项工作进行检查、评价与分析、反馈，提出整改意见。		1分，未达到不得分		
	3. 与临床科室保持良好沟通，临床科室满意率 $\geq 95\%$ 。	A	查阅相关资料，现场查看	5分，未达标酌情扣分	
	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，医院及科室命名规范。	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。	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主责以上医疗事故。未发生群体性、组织性违规违纪事件。						
	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。	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：						
	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。	1. 持续改进有成效，医疗机构校验完全符合要求。	A	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	5分，未达到不得分			
		6-1-1-2 临床和医技科室	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”
		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。						
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。								
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。	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。	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”			
		3. 医技科室实验室项目达到集中设置、统一管理、资源共享。						

		符合“C”，并： 1. 职能部门有检查、分析、反馈。	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“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。	A	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访 视	5分，未达到不得分		
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： 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，并考核合格。	C	查阅文件、资料， 人员访谈	任何一项指标未达 到，不得“C”		
		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%。 2. 职能部门对教育实施情况有检查、分析、反馈。	B	现场查看、查阅资 料、台帐，追踪访 视	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，员工均知晓与岗位有关的法律法规知识。	A	查阅文件、资料， 人员访谈	5分，未达到不得分		
		各项指标符合要求： 1. 有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 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。	C	查阅文件、资料， 人员访谈	任何一项指标未达 到，不得“C”		
		符合“C”，并：	B	现场查看、查阅资			
		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。	1. 职能部门对全院卫生技术人员执业情况有检查与监管。		料、台帐, 现场考核	5分, 未达到不得分
		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, 提高员工认真履行本岗位职	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	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。			

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。	责及执行相关规章制度自觉性。	符合“C”,并:	B	查看、查阅资料、台帐,现场考核	5分,未达到不得分
		1.职能部门对制度建设有自查,有分析。			
		符合“B”,并:	A	现场查看、查阅资料、台帐	5分,未达到不得分
		1.持续改进有成效,制度修订和更新及时。			
<b>6-2 明确管理职责与决策执行机制,实行管理问责制。</b>					
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:	A	查阅台帐、资料	5分,未达到不得分	
	1.根据管理需要,及时调整组织架构和部门职能。				
	6-2-1-2 加强全院各科室(部门)效能建设,实行目标管理责任制。	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.有目标管理责任制实施方案。			
2.有指定部门负责效能建设和实施。					
3.相关人员知晓本科室(部门)管理责任目标,并落实。		B	查阅台帐、人员访谈,现场考核	5分,未达到不得分	
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。					
符合“B”,并:	A	查阅台帐,追踪访	5分,未达到不得分		
1.持续改进有成效,实现责任目标,取得良好成效。					
6-2-2 建立科室(部	6-2-2-1 建立沟通协调机	各项指标符合要求:	C	查阅资料(查阅联	

部门)间沟通与协调机制,履行协调职能,提高工作效率。	制,履行协调职能,提高工作效率。	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。		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”
		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:	B	查阅台帐、资料,人员访谈	5分,未达到不得分
		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:	A	查阅台帐、资料	5分,未达到不得分
1. 持续改进有成效,科室(部门)对相关工作任务落实到位。					
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。	B	查阅台帐、资料,人员访谈	5分,未达到不得分
		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。	A	查阅台帐、资料,人员访谈	5分,未达到不得分
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。					
6-2-4 建立医院运行基本统计指标数据库,保障信息准确、可追溯。	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、改进管理工作。	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:	B	查阅台帐、人员访谈	5分,未达到不得分
		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。			
		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。	B	查阅台帐、人员访谈	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		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。	A	查阅台帐、人员访谈，现场查看	5分，未达到不得分
		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：					
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（分规划）。	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，制订相应的专项规划（分规划），补齐短板项目，厚积发展优势。	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。			
		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. 医院发展专项规划（分规划）实施后，相关工作取得明显成效。			
6-2-8 加强健康管理	6-2-8-1 加强健康管理工	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访	

学科建设。	作，科学制定发展规划、设立专业部门、建立质控体系，探索全程健康管理服务。	1. 制定健康管理学科发展规划。		谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		2. 设立健康管理部并开展相应工作。			
		符合“C”，并：	B	查阅台帐、人员访谈	2.5分，未达到不得分
		1. 有规范的健康体检信息系统。			
		2. 有健康管理质量控制体系。	A	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1. 实施全程健康管理服务，并取得成效。					
<b>6-3 人力资源管理。</b>					
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。			
		符合“C”，并：	B	查阅有关资料，现场考查	5分，未达到不得分
	1. 部门有定期检查与监督。				
	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，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：	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。	C	查阅有关资料，现场考查
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。			
		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。	B	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。	A	查阅有关资料，现场考查	5分，未达到不得分
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。	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”
		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。	B	查阅有关资料及监管记录	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，无超范围执业现象。	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。	C	查阅有关资料，现场考查
		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。	B	查阅有关资料及监管记录	5分，未达到不得分
		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。	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：	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”
		1. 有卫生专业技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关制度和流程；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：			
		1. 职能部门对人员管理和资质认定有检查与监管。			
	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：			
		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：			
1. 持续改进有成效，无外来工作人员违规执业。	A	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分		
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。			

		符合“C”，并： 1. 职能部门有检查、分析、反馈。	B	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，员工继续医学教育工作得到落实。	A	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分	
	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： 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。	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
		2. 有人才培养计划，有重点学科（或专科）培育与支持措施，包括经费投入等，人才梯队合理。				
		符合“C”，并： 1. 职能部门有检查、分析、反馈。	B	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，学科建设规划得到有效落实。	A	查阅台帐、人员访谈	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： 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。	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
			2. 有完善的住院医师规范化培训学员管理档案。			
	3. 将住院医师规范化培训与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。					
	符合“C”，并： 1. 职能部门有检查、分析、反馈。		B	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，住院医师规范化培训阶段考核通过率≥90%。		A	查阅有关资料，现场考查	5分，未达到不得分	
6-3-4 贯彻与执行《劳动法》等国家法	6-3-4-1 贯彻与执行《劳动法》等国家法律法规的	各项指标符合要求： 1. 有职业安全防护的培训并建立员工的个人健康档案。	C	查阅有关资料，现场考查	任何一项指标未达	

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。	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。	2. 相关人员知晓职业暴露的应急预案,处置流程,并落实。			到,不得“C”
		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。			
		符合“C”,并:	B	查阅台帐、人员访谈	2.5分,未达到不得分
		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。	A	查阅台帐、人员访谈,现场查看	5分,未达到不得分
		符合“B”,并:			
1. 持续改进有成效,职业暴露处理规范,职业防护管理到位。					
<b>6-4 临床医学教育管理。</b>					
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。(可选)	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。(可选)	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。	A	查阅台帐、人员访谈,现场查看	5分,未达到不得分
符合“B”,并:					
1. 持续改进有成效,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. 有住院医师和护士规范化培训基地或协同基地资质,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。					
		符合“C”，并：	B	查阅台帐、人员访谈，现场查看	5分，未达到不得分		
		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。					
<b>6-5 科研管理。</b>							
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>		
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、健康教育、科普宣传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. 有市级及以上科研平台，近5年有科技成果转化和技术推广应用案例1例以上。	A	查阅资料、台帐	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，科研项目数量和科研经费与医院发展同步增加。					
		2. 有省级及以上科研平台，近5年有科技成果转化和技术推广应用案例1例以上。					
6-5-2 开展医疗器械、药物临床试验应依法取得相关资质，	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： 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。	C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”		

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。	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：			
	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。	B	查阅资料、台帐， 人员访谈	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. 参与过在 clinicaltrials.gov 网站上注册的由研究者发起的多中心临床研究			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在 clinicaltrials.gov 网站上注册的多中心临床研究。			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：		
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。	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”	
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：	B	查阅资料、台帐		

		1. 职能部门有检查与监管。			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，临床科研项目全程管理规范、档案资料完整。			5分，未达到不得分		
6-5-3 开展实验性临床医疗（临床人体试验）应当严格遵守国家法律、法规及部门规章。	6-5-3-1 有实验性临床医疗审核管理程序，按规定审批，并征得患者和监护人书面同意	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. 有开展实验性临床医疗管理的相关制度。					
		2. 有开展实验性临床医疗的审核程序。					
		3. 实验性临床医疗实行个案全程管理。					
				4. 参与实验性临床医疗的患者和监护人均能签署知情同意书。	B	查阅资料、台帐	3分，未达到不得分
		符合“C”，并					
				1. 患者和监护人充分参与诊疗决策。有受试者的知情同意签字文本。	B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分
				2. 有独立的监管部门对相关的实验性临床医疗进行全程监督，并有效履行职责。			
		符合“B”，并	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
		1. 实验性临床医疗项目档案资料完整，对监管情况有评价，有整改措施与持续改进。					
<b>6-6 信息与图书管理。</b>							
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，	6-6-1-1 建立医院信息化建设领导小组和专职管理机构，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。	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. 有院级信息化领导机构，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。					
		2. 有保障信息系统建设、管理的规章制度。					
		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。					

有与信息化建设相关管理制度。		5. 医院信息化建设的每年度预算应不低于业务收入的 1%。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分	
		1. 院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。			2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。			1分，未达到不得分	
		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：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
	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：	1. 人员配置能满足医院信息管理需要，岗位设置合理，岗位职责、技术等级明确，形成技术梯队。（人员比例每百床 1 人） 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。	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”
		1. 职能部门有检查、评估、分析、反馈。 2. 专职人员每年专业技术培训时间不低于 20 学时。	B	查阅资料、台帐	3分，未达到不得分	
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，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、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持的技术支撑。	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： 1. 有医院管理信息系统（HIMS）和医院资源管理信息系统（HRP）以及相关子系统（如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等），为医院管理提供全面支撑，满足医院管理及医疗工作需求。 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	C	现场查看。 电子病历系统水平依据国家卫生健康委医院管理研究所电子病历系统分级评价数据	任何一项指标未达到，不得“C”	



		策等，以提高医疗质量。			
		3. 有服务患者的信息系统，应用信息化手段对医疗服务流程进行优化，在挂号、收费、检查、检验、入出院、药事服务等环节中，能够为患者提供智慧导医分诊、分时段预约、检查检验预约和结果推送、在线支付、生活保障等智慧服务，患者能够便捷地获取医疗服务相关信息，提升患者就医体验。			
		4. 电子病历系统应用水平达 4 级。			
		符合“C”，并：			
		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。	B	查阅资料，人员访谈，现场抽查	2 分，未达到不得分
		2. 电子病历系统应用水平达 5 级。			3 分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1. 有支持科研工作、管理的业务系统，至少包括数据检索系统、数据挖掘系统、科研项目管理功能等，为医院科研管理提供全面支撑，满足医院科研管理工作需求。	A	查阅资料、台帐，现场查看运行情况	3 分，未达到不得分
		2. 电子病历系统应用水平达 6 级。			2 分，未达到不得分
	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：			
		1. 医院信息系统具备信息集成与交互共享功能。			
		2. 接入省医疗服务综合监管系统。	C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		3. 医院建立主索引和主数据系统实现患者、职工、科室的唯一索引管理，实现核心字典的统一化查询和管理。			
		符合“C”，并：			
		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。	B	现场查看运行情况	2 分，未达到不得分
		2. 医院建立符合国家卫健委互联互通标准的信息集成平台，并且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。			3 分，未达到不得分

		符合“B”，并：			
		1. 根据医院实际情况，通过《医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评标准》相应等级。	A	查阅资料、台帐，现场查看运行情况	2分，未达到不得分
		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：			
		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。	C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		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。			
		符合“C”，并：			
		1. 建立临床数据库（CDR），统一存储管理患者在医院历次就诊过程中产生和被记录的完整、详细的临床信息资源。建立基于合理使用抗菌药物和其他药品、合理使用血液和血制品、病历质量管理、手术分级管理、围手术期管理、各类手术与介入操作及并发症、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、血液透析管理、医疗纠纷与事故管理、投诉管理、医疗安全不良（安全不良建议改为质量安全）事件管理、住院重点疾病、住院重点手术、特定单病种管理、患者满意度的全院医疗数据中心，同时兼顾医院运行基本监测指标数据。（无相关工作的可不建立相关数据库）	B	查阅资料、台帐，现场查看	2.5分，未达到不得分
		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。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		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。	A	查阅资料、台帐，现场查看	1分，未达到不得分
	2. 加强数据治理体系建设，有数据一致性、完整性、实时性和真实性策略和机制。	2分，未达到不得分			

		3. 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规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	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隐私。			
		符合“C”，并：			
		1. 职能部门有安全监管记录，定期分析，及时处理安全预警。			
		2. 有信息安全应急演练，每年最少执行一次。			
		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。			
		符合“B”，并：			
	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。	B	查阅台帐、资料，人员访谈	1分，未达到不得分	
				1分，未达到不得分	
				3分，未达到不得分	
		A	查阅台帐、资料	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：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”	
	1. 有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。				
	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： 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。	A	查阅台帐、资料， 人员访谈	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、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相 关数据报送工作，数据真实可靠。	6-6-4-1 根据国家统计局与 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监测信息等相 关数据报送工作，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。	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1. 职能部门对信息报告有监管，信息报送前有审核。	B	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 有统一的对外数据上报系统，自动实现上报数据的采集，转化和自动上报。 2. 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。	A	查阅台帐、人员访谈	2分，未达到不得分 3分，未达到不得分
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： 1. 有医学图书馆工作制度 and 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 2000 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。	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 1. 有网上图书预约、催还、续借和馆际互借。 2. 具有知识库查询检索功能。	B	查阅台帐、人员访谈	2分，未达到不得分 3分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作，满足临床、教学、科研、管理和员工的文献信息需求。	A	查阅台帐、人员访谈， 现场查看	5分，未达到不得分

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》、《政府会计制度》和《医院财务制度》等相关法律法规，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。	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”。					
		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：				B	查阅资料、台帐，现场查看，人员访谈等
	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：	A	查阅资料、台帐，现场查看，人员访谈等	5分，未达到不得分			
	1. 持续改进有成效，财务管理分析报告满足决策需求。						
	6-7-1-2 财务管理。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场考核	任何一项指标未达到，不得“C”		
		1. 财务人员配置合理，会计人员持证上岗。					
		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及以上专业技术职务资格或至少从事会计工作5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。							
符合“C”，并：		B				查阅资料、台帐，现场考核	5分，未达到不得分
1. 职能部门对相关人员岗位配置和轮岗情况有检查与监督。							
符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，					

		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。		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：	C	查阅资料、台帐， 人员访谈	未达到要求不得“C”
		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。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐， 人员访谈	5分，未达到不得分
		1. 医院对总会计师履职有保障机制与评估。			
		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：					

评。		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. 根据财务部门对决算批复意见及时调整有关数据。			
			符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐， 现场询相关人员	5分，未达到不得分
			1. 职能部门定期检查、评估、分析、反馈。			
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告。				
		符合“C”，并：	B	查看资料、台帐， 人员	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	5分，未达到不得分	
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:	C	查阅资料、台帐	任何一项指标未达到, 不得“C”
		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。			
		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。	B	查阅资料、台帐	5分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:			
		1. 职能部门定期进行专项监督管理, 分析、评价。	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, 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; 完善医药收费复核制度; 确保医药价格管理系统信息准确。	6-7-4-1 全面落实价格公示制度, 提高收费透明度; 完善医药收费复核制度; 确保医药价格管理系统信息准确。	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。			
		3. 有保障医药价格信息管理系统价格信息真实、准确的措施, 根据国家有关规定及时调整价格, 准确维护价格数据库信息。	B	查阅资料、台帐, 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。	A	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。					
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	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:	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. 按照规定建立药品及医用耗材采购制度及流程, 并落实。			
		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。	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“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。					



药品、耗材、大宗物品、设备、基建等规范采购或招标行为。		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐， 现场询问相关人员	5分，未达到不得分
		1. 持续改进有成效，采购管理规范，无违规事件。			
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：	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. 按照规定建立设备和基建招标制度和流程，并落实。			
		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。	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“C”，并：			
		1. 职能部门和监管部门有检查与监管。	A	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。					
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。	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：	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. 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。			
		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。	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“C”，并：			
		1. 职能部门有检查、分析、反馈。	A	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，绩效考核方案有效落实，调动员工积极性，促进医院发展。					
6-7-7 落实《关于控制公立医院医疗费	6-7-7-1 落实《关于控制公立医院医疗费用不合	各项指标符合要求：	c	查阅资料、台帐	任何一项指标未达
		1. 医院有控制医疗费用不合理增长的制度。			

用不合理增长的若干意见》的要求，控费有成效。	理增长的若干意见》的要求，控费有成效。	2. 有控制医疗费用不合理增长的具体举措。			到，不得“C”
		符合“C”，并：	B	查阅资料、报表、台帐	3分，未达到不得分
		1. 门诊病人人均医药费用、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。			
		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。					
<b>6-8 医德医风管理。</b>					
<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>
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、严禁推诿、拒诊患者。	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。			
	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、分析、反馈。				
	符合“B”，并：				A
	1. 持续改进有成效，改进措施落实到位。				
	6-8-1-2 文明服务，严禁推诿、拒诊患者。	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。	C	模拟核查，查阅资料，现场抽查
2. 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
		符合“C”，并： 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”
		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，医院文化氛围和员工行为体现医院文化特色。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
6-8-3 逐步建立起以患者为中心，根植于本院理念并不断物化的特殊价值趋向、行为标准的医院文化。	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。 2. 有指定部门负责，开展医院文化调研活动。	C	查阅资料	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	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 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。	A	查阅资料	5分，未达到不得分

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。	A	查阅资料，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、台帐	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，现场查看	5分，未达到不得分		
1. 持续改进有成效，后勤所有岗位人员管理要求落实到位。							
6-9-3 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。	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	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。					

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。	格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。	3. 机房有日常运行检查、定期维护保养记录。				
		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. 保障临床一线设备维修及时有效。				
		符合“C”，并：				
		1. 主管职能部门有设备清单和档案资料。				B
	2. 对医院能耗能实施智能化监管，并有汇总、分析及应对措施。	2分，未达到不得分				
	3. 职能部门有检查、分析、反馈。	1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，后勤保障工作满足全院工作需要。					
	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. 物流系统建设满足临床工作需求；有职能部门负责。	C	查阅资料，现场查看	任何一项指标未达到，不得“C”
			2. 有物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，有记录。			
			3. 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）。			
4. 保障临床一线物资物品下收下送。						
符合“C”，并：		B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分		
1. 职能部门有检查、分析、反馈。						
符合“B”，并：					A	查阅资料，现场查看，满意度调查
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。						
6-9-4 为员工提供膳	6-9-4-1 有专职部门或专	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查	任何一项指标未达	

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。	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。	1. 根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务，有工作人员岗位责任、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。	看	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。			
	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。	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，患者和员工对膳食服务满意度不断提高。	A	查阅资料，现场查看，满意度调查	5分，未达到不得分
		各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	未达到要求不得“C”
		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：	B	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：					
6-9-4-3 有突发食品安全事件应急预案。	1. 持续改进有成效，所有食品管理符合食品卫生管理要求。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	未达到要求不得“C”	
	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。				
	符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看		

		1. 职能部门对应急演练有检查与监管。		看	5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,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、废液处理管理制度和相关人员岗位职责。	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,上岗前经过相关知识培训。				
		4. 医院各科室按要求进行医疗废物处置并有记录。				
		符合“C”,并:				
		1. 职能部门定期对医疗废物、废液处置有检查、分析、反馈。				
		B	查阅资料,现场查看	5分,未达到不得分		
		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 工作人员的安全防护符合规定。	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. 有安全防护规定。				
		2. 工作人员经过相关培训合格后持证上岗。				
		符合“C”,并:				
1. 有安全防护的监管和完整的监管资料。						
符合“B”,并:						
1. 有根据监管情况改进安全防护的措施并得到落实。	B	查阅资料,现场查看	5分,未达到不得分			
	A	查阅资料,现场查看	5分,未达到不得分			
		1. 有根据监管情况改进安全防护的措施并得到落实。				
6-9-5-3 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,污水处理系统通过环保部门评价。					

		4. 无环保安全事故。			
		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。	A	查阅资料，现场查看	2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			5分，未达到不得分
		1. 持续改进有成效，医疗废物处置和污水处理均达到要求。			
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保安或日均门诊量的30‰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：			
	B	查阅资料，现场查看	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。	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、重点部位安装视频监控	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。			
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、麻醉药品库房、重要设备等）安装视频监控设施，有完善的防					



	设施, 监控室符合相关标准, 合理使用视频监控资源。	盗监控系统。			
		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≥30 天, 系统应具有时间、日期的显示、记录和调整功能, 时间误差≤30 秒。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:			
		1. 保护隐私的具体措施到位。			
		2. 职能部门有检查与监管。			
		符合“B”, 并:			
		1. 视频监控资源保存真实、完好、有效, 在规定时限内无信息丢失。			
		2. 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。			
		符合“C”,并:			
		1.科室、部门对消防通道、员工消防知识和技能、防火器材等有自查,且责任到人。	B	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。			2.5分,未达到不得分
		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。	A	查阅资料,现场查看	5分,未达到不得分
	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。			
		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。	C	查阅资料,现场查看	任何一项指标未达到,不得“C”
		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:			
		1.科室对所拥有的特种设备制度落实、维护等自查。	B	查阅资料,现场查看	2.5分,未达到不得分
		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。			2.5分,未达到不得分
		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
	6-9-7-3加强危险品管理。	各项指标符合要求:			
		1.有危险品安全管理部门、制度和人员岗位职责。			
		2.作业人员熟悉岗位职责和管理要求,经过相应培训,取得相应资质。	C	查阅资料,现场查看	任何一项指标未达到,不得“C”
		3.有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料,账物相符。			
		4.有相应的危险品安全事件处置预案,相关人员熟悉预案及处置程序。			

		符合“C”，并： 1. 加强危险品监管，重点为易燃、易爆和有毒有害物品和放射源等危险品以及危险设施。 2. 定期进行巡查，专人负责，有相关记录。	B	查阅资料，现场查看	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 职能部门有根据监管情况进行整改的措施并得到落实。	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 环境卫生符合爱国卫生运动相关要求，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： 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。	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，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。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
6-9-9 对外包服务质量与安全实施监督管理。	6-9-9-1 制订外包业务管理制度。	各项指标符合要求： 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。 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。	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. 有外包业务的评价、监督和考核机制。 2. 有考核有记录，对违约事实根据合同落实违约责任。 3. 能根据实际情况（如政策法规、功能任务变化等）定期与外包业务承包者进行	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

		沟通和协商，必要时修订外包合同。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场察看	
		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。			2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。			1分，未达到不得分
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	
		1. 医院基本建设总体规划符合医院发展思路和发展目标。			任何一项指标未达到，不得“C”
		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	
		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。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，查看现场	
	1. 医院在建基本建设项目符合总体规划。	5分，未达到不得分			
	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	
		1. 基本建设管理组织机构健全，有完善的规章制度，基建管理岗位明确，分工合理。			任何一项指标未达到，不得“C”
		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	
		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。		2.5分，未达到不得分			
符合“B”，并：	A	查看资料			
1. 持续改进有成效，符合基建工作的要求。			5分，未达到不得分		

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，成立院级领导、医学装备管理部门、相关部门、相关部门人员和专家组成的医学装备委员会，负责对医院医学装备发展规划、年度装备计划、采购活动等重大事项进行评估、论证和咨询，有记录。			
		2. 医学装备管理部门根据医院功能和任务需求，配备专人管理和专业技术人员。			
		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。			
		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、台帐	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：	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”
		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、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。	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“C”，并：			
		1. 有医学装备管理各项制度落实情况的监管和考核机制，有监管和考核记录。			
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，医学装备配置方案和管理要求得到有效落实。					

		2. 有考核的相关资料。			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:	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. 医学装备档案管理有制度与档案资料, 落实档案、账目、账物相符、准确等管理规定。单价在 5 万元及以上的医学装备按照集中统一管理的原则。			
		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。			
		符合“C”, 并:	B	查阅资料、台帐, 人员访谈	2.5 分, 未达到不得分
		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. 职能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。			
		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, 医学装备管理工作得到落实。			
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	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, 加强对装备警报的管理。			
		2. 有医学装备质量保障要求, 如: 操作者自我检查, 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。			

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。		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	2.5分，未达到不得分		
		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。					
		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，医学装备安全管理措施到位，保障临床工作安全使用。						
	6-10-3-2 放射与放疗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. 放射与放疗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。 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。	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”	
							符合“C”，并：
							1. 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“B”，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		
					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、台帐、 监测报告，人员访谈	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：	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操作人员经过培训，具有上岗资格。	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：						
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. 职能部门有检查、分析、反馈。		谈	2.5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。	A	查阅资料、台帐、 监测报告,人员访谈	5分,未达到不得分
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:			
	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。	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”
	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:			
	1. 使用科室对放射诊疗设备使用情况有自查。	B	查阅资料、台帐、 监测报告,人员访谈	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。			2.5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。	A	查阅资料、台帐、 监测报告,人员访谈	5分,未达到不得分
6-10-3-5 加强计量设备 检测管理。	各项指标符合要求:			
	1. 有计量设备监测管理的相关制度,并落实。			
	2. 有计量设备清单、定期检测记录和维修记录等相关资料。			
	3. 经检测的计量器具有计量检测合格标志,标志显示检测时间与登记记录一致。	C	查阅资料、台帐、 监测报告,现场查看,人员访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”
	4. 相关人员知晓上述内容。			
	符合“C”,并:			
	1. 使用科室对计量设备使用情况有自查,有记录。	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
	2. 医学装备管理部门对计量设备定期自查和监测,有记录。			2.5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。	A	查阅资料、台帐、 监测报告,现场查看	5分,未达到不得分



				看, 人员访谈	
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。			
		2. 医疗设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. 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。			
		4. 有医疗设备操作手册并随设备存放, 方便查阅。			
		5. 对设备操作人员的培训情况有考核, 并有记录。			
		符合“C”, 并:	B	查阅资料、台帐、培训记录, 人员访谈	2.5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:	A	查阅资料、台帐、培训记录, 人员访谈	5分, 未达到不得分
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、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	6-10-5-1 建立保障医学装备的管理制度与规范, 应用信息化技术实施医学装备可视化、全流程的管理。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐, 现场查看, 人员访谈	任何一项指标未达到, 不得“C”
		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。			
		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。			
		符合“C”, 并:	B	查阅资料、台帐, 现场查看, 人员访谈	2.5分, 未达到不得分
		1. 医学装备部门对医学装备故障维修情况有分析报告。			
		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:	A	查阅资料、台帐,			

配机制。		1. 持续改进有成效，全院医学装备全程管理和使用规范，满足临床使用需求。		现场查看，人员访谈	2.5分，未达到不得分	
		2. 应用信息化技术实施医学装备全流程的管理，有医学装备论证、决策、购置、验收、培训、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关工作的全程记录，信息真实、完整、准确			2.5分，未达到不得分	
	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。		B	查阅资料、台帐， 现场查看，抽查设备状态	5分，未达到不得分
		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控。		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
		符合“B”，并：				
	1. 持续改进有成效，急救类、生命支持类装备完好率100%。					
	6-10-5-3 建立全院保障装备应急调配机制。	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”
		1. 建立应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。				
		2. 优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。				
		3. 医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。		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“C”，并：				
1. 职能部门对医学装备应急调配有演练和监管。			A	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。						

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:	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”
		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。			
		2. 对高值医用耗材、一次性使用的无菌器械和其他医用耗材的采购记录有管理, 可追溯到每批产品的进货来源。			
		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:	B	查阅资料、台帐, 现场抽问相关人员	2.5分, 未达到不得分
		1. 科室对高值医用耗材使用情况有自查。			
		2. 主管和监管部门对高值医用耗材管理的全过程有检查、评估、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, 医用耗材实施全程管理, 并符合相关要求。			
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。	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	查阅资料、台帐、培训记录, 现场抽问相关人员	任何一项指标未达到, 不得“C”
		1. 从事医学装备质量和安全管理人员接受医学装备质量管理基本知识和基本技能培训与教育。			
		2. 有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。			
		3. 有医疗设备使用不良事件报告与监测管理流程并执行。	B	查阅资料、台帐, 现场抽问相关人员	2.5分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:			
		1. 医学装备部门有检查、分析、反馈。			
		2. 医学装备部门定期到科室巡视检查医学装备, 并有分析、评估和反馈记录。			
		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。			

				员					
6-10-7-2 医学装备使用科室（或部门）将医疗仪器设备管理和使用纳入科室管理。	各项指标符合要求： 1. 医学装备使用科室（或部门）执行安装、验收、使用、存放、维修、保养、报废等相关管理制度，并设专职或兼职人员管理科室医学装备。 2. 有医学装备日常管理工作和意外应急管理等相关制度，并执行。 3. 医学装备相关使用人员接受基本技能培训，合格后方可上岗。	符合“C”，并：	C	现场查看，查阅资料、台帐、培训记录，现场抽问相关人员	任何一项指标未达到，不得“C”				
						符合“B”，并： 1. 科室对维护保养和管理情况有自查、有记录。 2. 职能部门对质量与安全管理情况有检查、分析、反馈。	B	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	2.5分，未达到不得分
									2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，全院医学装备使用管理规范。	A	查阅资料、台帐，现场访谈	5分，未达到不得分				
		<b>6-11 院务公开管理。</b>							
		<b>项目</b>	<b>基本要求</b>	<b>主要内容和评审要点</b>	<b>档次</b>	<b>评审方法</b>	<b>评档标准</b>		
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： 1. 有“院务公开领导小组”，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。	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. 职能部门对公开的信息进行监管，及时更新相关信息。	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，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，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。	6-12-1-1 按照患者的服务流程，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。	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. 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客观公正。			
		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。	B	查阅资料、台帐，人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“C”，并： 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： 1. 持续改进有效，不断提高满意度。	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		
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，负责医院应急管理的工作。	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： 1. 职能部门对应急管理有检查与监管。	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		

		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，应急管理责任落实到位。	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
6-13-2 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。	6-13-2-1 开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。	各项指标符合要求： 1. 根据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。	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”
		符合“C”，并： 1. 职能部门定期进行灾害脆弱性分析、评估，有监管。	B	查阅资料、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，及时完善应急预案和调整应对策略。	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
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： 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。	C	查阅资料、台帐； 人员访谈；现场追踪访视，应急考核	任何一项指标未达到，不得“C”
		符合“C”，并： 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。	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
		符合“B”，并： 1. 持续改进有成效，医院应急能力不断提升。	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

	6-13-3-2 医院有停电事件的应急对策。	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. 医院有停电的总体对策，职能部门及重点科室有应急预案。			
		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：	B	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视	2分，未达到不得分
		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。			
		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。	A	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视	1分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
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的储备。	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。	B	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
1. 职能部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管。					

		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 医院管理统计指标

一、分类：指标包括医院基本信息、运行指标、质量管理指标以及疾病病种管理四大类。

二、统计指标来源：

1. 国家卫统 1-1：医院基本运行情况表；4-1：住院病案首页；三个批次单病种质量指标（2009-2012 版）。
2. 麻醉、重症医学、急诊、临床检验、病理、医院感染管理质量控制指标（2015 版）。
3. 江苏省人力资源管理系统。
4. 国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见（国办发〔2019〕4 号）。

三、数据标准：

1. 疾病名称采用《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10 编码）。疾病分类编码以 ICD-10（GB/T14396-2016）为准。
2. 手术名称采用《国际疾病分类手术与操作》（ICD-9-CM-3 编码）。手术编码以 ICD-9-CM-3（2017 版）为准。

## 第一部分 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、学术水平与患者诊治费。

项目类别	指标名称
资源配置	医院年末房屋建筑面积（平方米） 其中：医用建筑面积（业务用房面积）（平方米） 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 急诊留观实际开放床位 重症医学科实际开放床位（可选） 重症医学科床位占医院开放床位数的比例（可选） 重症医学科医师数、护士数与床位数之比（可选） 特需医疗服务占比
人力资源	在岗员工数（全院员工总数） 在编员工数 卫生技术人员数（医师数、护理人员数、医技人数） 医护比 卫生技术人员职称构成比

项目类别	指标名称
	药学专业技术人员构成比 每百张床药事人数 急诊科固定的医师、护理人员占比 麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比（可选） 麻醉人员职称构成比（可选） 血液净化专业医、护、技岗位人员占比（可选）
学术水平（评审前五年）	国内论文数ISSN/每百张开放床位 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）/每百张开放床位 SCI收录论文数/每百张开放床位 承担国家科研课题数/每百张开放床位 完成国家科研课题数/每百张开放床位 完成省级科研课题数/每百张开放床位 完成省级科研课题数/每百张开放床位 获得国家科研基金额度/每百张开放床位 获得省级科研基金额度/每百张开放床位 省部级及以上科技进步奖及新技术引进奖
	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）

项目类别	指标名称
	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
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） 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

## 第二部分 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。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	年总诊疗人次数 其中：门诊人次数（年门诊人次） 急诊人次数 其中：死亡人数 总诊疗人次中：预约诊疗人次数 观察室留观病例数（留观人次） 其中：死亡人数 健康检查人次数（可选） 门急诊患者下转人次数 入院人数（年入院住院患者例数） 出院人数（年住院患者出院例数） 其中：转往基层医疗卫生机构人次数（住院患者下转人次数） 死亡人数 年病危例数和比例 年病重例数和比例 门诊人次数与出院人次数比 每名执业医师日均门诊工作负担 每名执业医师日均住院工作负担 出院患者实际占用总床日 年实际开放总床日数 年实际占用总床日数 门诊处方总数 其中：使用抗菌药物的处方数 门诊患者基本药物处方占比

项目类别	指标名称
	住院患者基本药物使用率 基本药物采购品种数占比 国家组织药品集中采购中标药品使用比例 大型医用影像设备（CT、MRI、DSA、SPECT、PET-CT）检查的阳性人数/总检查人数 年纳入重性精神疾病管理人数 新建重性精神病健康档案的患者人数 年开展乡镇和社区公共精神卫生服务指导/督导人次 年培训综合医院医师及下级医院卫生技术人员的项目数、受训人次 住院病人手术人次数（可选） 其中：三级手术人次数（可选） 四级手术人次数（可选） 出院患者手术占比（可选） 出院患者微创手术占比（可选） 门诊病人手术人次数（可选） 日间手术人次数（可选） 日间手术占择期手术比例（可选）
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（%） 床位周转次数
资产运营	总资产 流动资产 非流动资产 其中：固定资产（固定资产总值）

项目类别	指标名称
	在建工程 负债与净资产 流动负债 非流动负债 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占比 医疗收入中医用材料收入占比 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
DRGs（诊断相关分组）评价	DRG组数 CMI值（病例组合指数） 时间效率指数

项目类别	指标名称
	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（非精神科30天、精神科24周）出院人数

### 第三部分 质量管理指标

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，本质量管理指标群包括：基本监测指标、患者安全管理、医院感染管理、药事管理监测、临床路径管理、护理质量管理、专科质量控制指标（检验、康复医学科、急诊、重症医学、麻醉、病理、输血科、血液净化等）。



项目类别		指标名称
一、基本监测指标	非手术患者	住院患者总例数、死亡例数、（当天、2-15天、16-31天）再住院率、平均住院日与住院费用
	手术（或操作）患者	除以上指标外，还有手术患者总台次、死亡例数、非计划再次手术、术前住院日（可选）
	满意度	患者满意度、员工满意度
二、患者安全指标	精神科住院患者	入院时完成攻击、自伤和自杀风险、物质滥用、不良生活事件等评估率 住院期间约束和隔离措施使用率 住院期间约束和隔离总时数 出院前完成社会功能评估例数 出院后持续服务计划制定率、实施率 出院时多种抗精神病药物联合使用率
	非手术患者并发症	肺部感染、压疮、跌倒/坠床、人工气道意外脱出例数
	手术（或操作）患者 相关术后并发症	MECT 治疗并发症：肺部感染、跌倒/坠床例数 手术患者术后并发症的总例数，择期手术后、急诊手术术后并发症总例数，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、出血或血肿、生理与代谢紊乱、呼吸衰竭、败血症等例数（可选） 新生儿、器械辅助阴道分娩及非器械辅助阴道分娩产伤发生例数（可选）
	信息上报	不良事件上报总例数 输液反应发生例数 输血反应发生例数（可选）
三、医院感染管理质量控制指标（2015年版） 13个指标		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 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA） 耐万古霉素肠球菌（VRE）

项目类别	指标名称
	<p>耐碳氢霉烯鲍曼不动杆菌（CR-AB）  耐碳氢霉烯铜绿假单胞菌（CR-PA）  耐碳氢霉烯大肠杆菌（CRE）  耐碳氢霉烯肺炎克雷伯菌（CRE）  多重耐药菌感染检出率  耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）  耐万古霉素肠球菌（VRE）  耐碳氢霉烯鲍曼不动杆菌（CR-AB）  耐碳氢霉烯铜绿假单胞菌（CR-PA）  耐碳氢霉烯大肠杆菌（CRE）  耐碳氢霉烯肺炎克雷伯菌（CRE）  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（可选）  I类切口手术抗菌药物预防使用率（可选）  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（‰）</p>
四、药事管理监测	<p>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（%）</p>

项目类别		指标名称
		药物不良反应例数
五、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、变异例数、退出例数、未入例数、各组比率、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、变异例数、退出例数、未入例数、各组比率、平均住院日、平均住院费用、死亡率
六、护理质量管理	共用指标	用药错误例数 住院患者压疮发生率（‰）及严重程度 住院患者跌倒/坠床发生率（‰）及严重程度
	专科指标	自杀发生率及伤害严重程度 自伤发生率及伤害严重程度 伤人、毁物发生率及伤害严重程度 住院患者身体约束率（%） 保护性约束合格率 擅自离院发生率 噎食窒息发生率及伤害严重程度 烫伤发生率及伤害严重程度 MECT 疗前准备落实率
七、专科医疗质量控制指标	1. 临床检验专业 (2015年版) 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

项目类别	指标名称
	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
2. 康复医学科	康复治疗有效率、年技术差错率、住院患者康复功能评定率、设备完好率 各类康复治疗人数、平均住院日、平均费用、治疗效果（各类康复治疗 ICD 编码：Z50） 康复治疗并发症发生率、死亡率（院内骨折、院内骨化性肌炎、院内肺栓塞、院内皮肤损伤、院内感染）（非精神康复可选）
3. 急诊专业 (2015 年版) 10 个指标	急诊科医患比 急诊科护患比 急诊各级患者比例 抢救室滞留时间中位数 急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间及门药时间达标率（可选） 急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间及门球时间达标率（可选） 急诊抢救室患者死亡率 急诊手术患者死亡率（可选） ROSC（心肺复苏术后自主呼吸循环恢复）成功率 非计划重返抢救室率
4. 重症医学专业 (2015 年版) 15 个指标 (可选)	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） $\geq 15$ 分患者收治率（入 ICU24 小时内） 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

项目类别	指标名称
	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
<b>5. 麻醉专业 （2015 年版） 17 个指标 （可选）</b>	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

项目类别	指标名称
	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
<b>6. 病理专业 (2015年版) 16个指标 (含3个省质控指标) (可选)</b>	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 病理诊断填写完整率 病理诊断编码正确率 临床与病理诊断符合率
<b>7. 输血科指标 (可选)</b>	自体输血比率 成份输血比率 室内质控项目开展率 室内失控项目数

项目类别	指标名称
	室间质评合格率 年度血液透析（简称“血透”）总例数 年度血透治疗总例次（普通血透、高通量血液透析、血液透析滤过、血液滤过、单纯超滤例次） 年度维持性血透患者的死亡例数、年度维持血透患者透析1年内死亡率 年度血透中严重（可能严重危及患者生命）并发症发生例次 年度血透患者乙肝病毒表面抗原或E抗原转阳病例数 年度血透患者丙肝病毒抗体转阳病例数 年度血透转腹透例数、血透转肾移植例数 年度溶质清除（尿素下降率URR>65%）患者比例 年度维持性血透患者血红蛋白达标率 年度钙磷代谢（钙磷乘积<55mg <sup>2</sup> /d <sup>12</sup> ）例数 年度继发性甲状旁腺功能亢进[血清甲状旁腺素（iPTH）100~300ng/dl]患者比例 年度血管通路类别：动静脉内瘘、中心静脉血透导管、动静脉直接穿刺、其他血管通路例次 年度血压控制（透析间期血压90/60~150/90mmHg）例数 年度腹膜透析例次
8. 血液净化 (可选)	

#### 第四部分 疾病病种管理

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来进行质量管理评价。包括：精神科重点疾病病种、十七类代表性疾病、十八类代表性手术或操作、特定病种、限制类医疗技

术、日常手术病例等各类医院统计病种。

1. 精神科重点疾病病种

按季度、年度统计每个病种总例数、死亡例数、出院后（当天、2-15天、16-31天）再住院率、平均住院日与平均住院费用，了解住院患者医疗质量的总体情况。

2. 疾病相关指标（十七类代表性疾病）

按季度、年度统计每个病种总例数、死亡例数、出院后（当天、2-15天、16-31天）再住院率、平均住院日与平均住院费用，了解住院患者医疗质量的总体情况。

分母：年龄 $\geq 18$ 岁的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。

3. 手术相关指标（十八类代表性手术）

按季度、年度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：年龄 $\geq 18$ 岁的特定手术例数。

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。



## 一、精神科疾病病种管理

疾病名称	编码范围	排除编码
1. 阿尔茨海默氏病性痴呆	主要诊断 ICD-10 编码为：F00	
2. 使用酒精所致的精神和行为障碍	主要诊断 ICD-10 编码为：F10	
3. 精神分裂症	主要诊断 ICD-10 编码为：F20	
4. 双相情感障碍	主要诊断 ICD-10 编码为：F31	
5. 抑郁症	主要诊断 ICD-10 编码为：F32-F33	
6. 焦虑障碍	主要诊断 ICD-10 编码为：F40-F41	
7. 强迫性障碍	主要诊断 ICD-10 编码为：F42	
8. 严重应激反应	主要诊断 ICD-10 编码为：F43	
9. 躯体形式障碍	主要诊断 ICD-10 编码为：F45	
10. 儿童孤独症	主要诊断 ICD-10 编码为：F84.0	

## 二、十七类代表性疾病（可选）

疾病名称	编码范围	排除编码
1. 急性心肌梗死	主要诊断 ICD-10 编码为：I21-I22 的所有非产妇出院患者	I21.302 冠状动脉旁路术后心肌梗塞 I21.303 冠状动脉介入治疗术后心肌梗塞
2. 充血性心力衰竭	第二诊断 ICD-10 编码为：I50 的所有非产妇出院患者	I50.902 心功能 I 级 I50.903 心功能 II 级 非源性的心力衰竭和各种疾病的终末情况
3. 脑出血和脑梗死	主要诊断 ICD-10 编码为：I60-I63 的所有非产妇出院患者	I64 为脑卒中，未指明识出血还是梗死，或

疾病名称	编码范围	排除编码
		颅脑手术/操作的患者
4. 创伤性颅脑损伤	主要诊断 ICD-10 编码为：S06 的所有非产妇出院患者	
5. 消化道出血（无并发症）	主要诊断 ICD-10 编码为：K25-K28, K29.0, K92.2 的所有非产妇出院患者	
6. 累及身体多个部位的损伤	主要诊断编码为 ICD-10：T00-T07 的所有非产妇出院患者	
7. 成人细菌性肺炎（无并发症）	主要诊断 ICD-10 编码为：J13-J16 的所有无并发症的非产妇出院患者	J16.0 衣原体等均非细菌性肺炎
8. 慢性阻塞性肺疾病	主要诊断 ICD-10 编码为：J44 的所有非产妇、非创伤的出院患者	
9. 糖尿病伴短期与长期并发症	主要诊断编码为 ICD-10：E10-E14 的所有非产妇/非新生儿出院患者 合并症包括：酮症酸中毒、高渗透压、昏迷、肾脏、眼睛、神经、坏疽、循环或其他未特指并发症	E10.91 型糖尿病 E11.92 型糖尿病 E12.9 营养不良相关性糖尿病不伴并发症 E13.9 特指糖尿病 E14.9 糖尿病
10. 结节性甲状腺肿	主要诊断 ICD-10 编码为：E04 的所有非产妇/非新生儿出院患者	
11. 急性阑尾炎伴弥漫性腹膜炎及脓肿	主要诊断 ICD-10 编码为：K35.0-K35.1 的所有非产妇/非新生儿出院患者	
12. 前列腺增生	主要诊断 ICD-10 编码为：N40 的所有非产妇/非新生儿出院患者	
13. 肾衰竭	主要诊断 ICD-10 编码为：N17-N19 的所有非产妇/非新生儿出院患者	
14. 成人败血症	主要诊断 ICD-10 编码为：A40-A41 的所有非产妇/非新生儿出院患者	
15. 成人高血压病	主要诊断 ICD-10 编码为：I10-I15 的所有非产妇/非新生儿出院患者	有心脏手术/操作伴有高血压的患者诊断为 I~IV 期肾疾病且有血液透析准备（透析通路手术）操作的高血压患者
16. 急性胰腺炎	主要诊断 ICD-10 编码为：K85 的所有非产妇/非新生儿出院患者	
17. 恶性肿瘤化学治疗	主要诊断 ICD-10 编码为：Z51.1 的所有出院患者	

### 三、十八类代表性手术（可选）

手术名称	编码范围	排除编码
1. 髋、膝关节置换术	ICD-9-CM-3 编码为：81.51、81.52、81.54 的所有出院患者	
2. 椎板切除术或脊柱融合相关手术	ICD-9-CM-3 编码为：03.02、03.09、03.5-03.6, 80.5, 81.0, 81.3, 81.6, 84.6 的所有出院患者	80.52 椎间盘化学溶解术
3. 胰腺切除手术	ICD-9-CM-3 编码为：52.5-52.7 的所有出院患者	
4. 食管切除手术	ICD-9-CM-3 编码为：42.4-42.6 的所有出院患者	
5. 腹腔镜下胆囊切除术	ICD-9-CM-3 编码为：51.23、51.24 的所有出院患者	
6. 冠状动脉旁路移植术（CABG）	ICD-9-CM-3 编码为：36.1 的所有出院患者	
7. 经皮冠状动脉介入治疗（PCI）	ICD-9-CM-3 编码为：00.66, 36.04、36.06、36.07 的所有出院患者	
8. 颅、脑手术	ICD-9-CM-3 编码为：01.2-01.6, 02.0-02.9 的所有出院患者	
9. 子宫切除术	ICD-9-CM-3 编码为：68.4-68.7 的所有女性出院患者	
10. 剖宫产	ICD-9-CM-3 编码为：74.0-74.2、74.4、74.9 的所有出院患者	74.91 子宫切开终止妊娠
11. 阴道分娩	ICD-9-CM-3 编码为：72.0-72.9, 73.0-73.9（伴 ICD-10:Z37）的所有出院患者	73.3 产钳助产失败
12. 乳腺手术	ICD-9-CM-3 编码为：85.4 的所有出院患者	
13. 肺切除术	ICD-9-CM-3 编码为：32.4-32.5 的所有出院患者	
14. 胃切除术	ICD-9-CM-3 编码为：43.5-43.9 的所有出院患者	
15. 直肠切除术	ICD-9-CM-3 编码为：48.4-48.6 的所有出院患者	
16. 肾与前列腺相关手术	ICD-9-CM-3 编码为：55.3-55.7, 60.0-60.6 的所有出院患者	60.1 前列腺和精囊的诊断性操作
17. 血管内修补术	ICD-9-CM-3 编码为：38.0-38.6, 39.71-74 的所有出院患者	38.2 血管诊断性操作 38.5 静脉曲张的结扎和剥脱术
18. 恶性肿瘤手术	主要诊断 ICD-10 编码为 C00-C97, 并具有以下所列举的 ICD-9-CM-3 编码的所有出院患者	

手术名称	编码范围	排除编码
	18.1 甲状腺 ICD-9-CM-3:06.2-06.5	
	18.2 喉 ICD-9-CM-3:30.3-30.4	
	18.3 肺 ICD-9-CM-3:32.4-32.5	
	18.4 食管 ICD-9-CM-3:42.4-42.5	
	18.5 胃 ICD-9-CM-3:43.5-43.9	
	18.6 肝 ICD-9-CM-3:50.3-50.4	
	18.7 结肠 ICD-9-CM-3:45.73-45.75; 48.5-48.6	48.61 经骶直肠乙状结肠切除术 48.64 直肠后切除术
	18.8 胰 ICD-9-CM-3:52.5-52.7	
	18.9 乳腺 ICD-9-CM-3:85.2 (伴 ICD-10 编码 C50 的所有患者)、85.4	
	18.10 肾 ICD-9-CM-3:55.3 (伴 ICD-10 编码 C64 的所有患者)、55.5	
	18.11 前列腺 ICD-9-CM-3:60.5 (年龄≥18岁)	
	18.12 膀胱 ICD-9-CM-3:57.7	
	18.13 输卵管-卵巢 ICD-9-CM-3:65.6	
	18.14 子宫 ICD-9-CM-3:68.4-68.7	
	18.15 淋巴结 ICD-9-CM-3:40.4-5	

#### 四、特定病种（11个）（可选）

此特定病种系由国家卫生健康委发布的第三批单病种质量控制指标而确定。统一要求，特定病种进入医院后的各个诊治环节均应有时间节点的记录。

特定病种	病种质量控制指标
<p>1. 急性心肌梗死（AMI） 主要诊断 ICD-10 编码为：I21.0-I21.4，I21.9</p>	<p>（一）到达医院后即刻使用阿司匹林（有禁忌证者应给予氯吡格雷） （二）实施左心室功能评价 （三）再灌注治疗（仅适用于 ST 段抬高型心肌梗死）     1. 到院 30 分钟内实施溶栓治疗     2. 到院 90 分钟内实施 PCI 治疗     3. 需要急诊 PCI 患者，但本院无条件实施时，须转院 （四）到达医院后即刻使用 β 受体阻滞剂（有适应证，无禁忌证者） （五）有证据表明住院期间使用阿司匹林、β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素 II 受体阻滞剂（ARB）、他汀类药物，有明确适应证，无禁忌证 （六）有证据表明出院时继续使用阿司匹林、β 受体阻滞剂、ACEI/ARB、他汀类药物，有明确适应证，无禁忌证 （七）血脂评价与管理 （八）为患者提供急性心肌梗死的健康教育 （九）患者住院天数与住院费用</p>
<p>2. 急性心力衰竭（HF） 主要诊断 ICD-10 编码为：I05-I09, I11-I13, I20-I25 辅助诊断 ICD-10 编码为：I50</p>	<p>（一）实施左心室功能评价 （二）到达医院后即刻使用利尿剂和钾剂（有适应证，无禁忌证者） （三）到达医院后即刻使用 ACEI 或 ARB （四）到达医院后使用 β 受体阻滞剂（有适应证，无禁忌证者） （五）重度心衰使用醛固酮受体阻滞剂（有适应证，无禁忌证者） （六）有证据表明住院期间维持使用利尿剂、钾剂、ACEI 或 ARB、β 受体阻滞剂和醛固酮拮抗剂，有明确适应证，无禁忌证 （七）有证据表明出院时继续使用利尿剂、ACEI 或 ARB、β 受体阻滞剂和醛固酮受体阻滞剂，有明确适应证，无禁忌证 （八）非药物治疗临床应用符合适应证 （九）为患者提供心力衰竭的健康教育 （十）患者住院天数与住院费用</p>
<p>3. 成人社区获得性肺炎（CAP）</p>	<p>（一）符合住院治疗标准，实施病情严重程度评估</p>

特定病种	病种质量控制指标
主要诊断 ICD-10 编码为：J13-J15，J18.1 （年龄大于 18 岁）	（二）氧合评估 （三）病原学诊断 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在首次抗菌药物治疗前，采集血、痰培养</li> <li>2. 住院 24 小时以内，采集血、痰培养</li> </ol> （四）入院 4 小时内接受抗菌药物治疗 （五）起始抗菌药物选择 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 重症患者起始抗菌药物选择</li> <li>2. 非重症患者起始抗菌药物选择</li> <li>3. 目标抗感染药物的治疗选择</li> </ol> （六）初始治疗后评价与处理 （七）抗菌药物疗程（用药天数） （八）为患者提供戒烟咨询与肺炎的健康教育 （九）符合出院标准及时出院 （十）患者住院天数与住院费用
4. 脑梗死（STK） 主要诊断 ICD-10 编码为：I63	（一）接诊流程 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 按照脑卒中接诊流程</li> <li>2. 神经功能缺损评估</li> <li>3. 完成头颅影像学检查（CT/MRI）、实验室检查（血常规、急诊生化、凝血功能检查）、心电图（ECG）等项检查</li> </ol> （二）静脉应用组织纤溶酶原激活剂（t-PA）或应用尿激酶的评估 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 实施静脉 t-PA 或尿激酶应用评估</li> <li>2. 应用静脉 t-PA 或尿激酶治疗</li> </ol> （三）到院 48 小时内抗血小板治疗 （四）吞咽困难评价 （五）血脂评价与管理

特定病种	病种质量控制指标
	<ul style="list-style-type: none"> <li>(六) 住院 1 周内接受血管功能评价</li> <li>(七) 预防深静脉血栓</li> <li>(八) 康复评价与实施</li> <li>(九) 为患者提供戒烟咨询与脑梗死的健康教育</li> <li>(十) 出院时使用阿司匹林或氯吡格雷</li> <li>(十一) 出院时伴有房颤的脑梗死患者口服抗凝剂（如华法林）的治疗</li> <li>(十二) 患者住院天数与住院费用</li> </ul>
<p>5. 髋关节置换术            主要诊断 ICD-9-CM-3 编码为：81.51-81.52，81.54</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(一) 实施手术前的评估与术前准备</li> <li>(二) 预防性抗菌药物选择与应用时机</li> <li>(三) 预防手术后深静脉血栓形成</li> <li>(四) 单侧手术输血量小于 400ml</li> <li>(五) 术后康复治疗</li> <li>(六) 内科原有疾病治疗</li> <li>(七) 手术后并发症治疗</li> <li>(八) 为患者提供髋、膝关节置换术的健康教育</li> <li>(九) 切口 I /甲愈合</li> <li>(十) 住院 21 天内出院</li> <li>(十一) 患者住院天数与住院费用</li> </ul>
<p>6. 冠状动脉旁路移植术 CABG            主要诊断 ICD-9-CM-3 编码为：36.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(一) 实施手术前的评估与术前准备</li> <li>(二) 手术适应证与急诊手术指征</li> <li>(三) 使用乳房内动脉（胸廓内动脉）</li> <li>(四) 预防性抗菌药物选择与应用时机</li> <li>(五) 术后活动性出血或血肿的再手术</li> <li>(六) 手术后并发症治疗</li> </ul>

特定病种	病种质量控制指标
	(七) 为患者提供冠状动脉旁路移植术的健康教育 (八) 切口 I /甲愈合 (九) 住院 21 天内出院 (十) 患者住院天数与住院费用
7. 儿童社区获得性肺炎 主要诊断 ICD-10 编码为: J13-J15, J18.1 (年龄小于 18 岁)	(一) 住院时病情严重程度评估 (二) 氧合评估 (三) 病原学检测 (四) 抗菌药物使用时机 (五) 起始抗菌药物选择符合规范 (六) 住院 72 小时病情严重程度再评估 (七) 抗菌药物疗程 (天数) (八) 符合出院标准及时出院 (九) 疗效、住院天数、住院费用 (元)
8. 围手术期预防感染质量控制指标 适用手术与操作 ICD-9-CM-3 编码: (1) 单侧甲状腺叶切除术: 06.2 (2) 膝半月板切除术: 80.6 (3) 经腹子宫次全切除术: 68.3 (4) 剖宫产术: 74.0, 74.1, 74.2 (5) 腹股沟疝单侧/双侧修补术: 53.0, 53.1 (6) 阑尾切除术: 47.0 (7) 腹腔镜下胆囊切除术: 51.23 (8) 闭合性心脏瓣膜切开术: 35.00-35.04	(一) 手术前预防性抗菌药物可选符合规范要求 (二) 预防性抗菌药物在手术前一小时内开始使用 (三) 手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml, 术中可给予第二剂 (四) 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 (五) 手术野皮肤准备与手术切口愈合



特定病种	病种质量控制指标
(9) 动脉内膜切除: 38.1	
(10) 足和踝关节固定术和关节制动术: 81.11-81.18	
(11) 其他颅骨切开术: 01.24	
(12) 椎间盘切除术或破坏术: 80.50	
9. 剖宫产 主要诊断子宫下段剖宫产术 ICD-9-CM-3:74.1	(一) 剖宫产术前风险评估 (二) 剖宫产指征与手术方式选择 (三) 预防性抗菌药物选择与应用时限 (四) 新生儿 Apgar 评分 (五) 出血量评估 (六) 剖宫产并发症与再次手术 (七) 剖宫产相关的新生儿并发症 (八) 提供母乳喂养与产后康复健康教育 (九) 切口 II 甲愈合 (十) 住院天数与费用疗效 (十一) 患者对服务质量的评价 (十二) 妊娠合并 HBV 实施母婴阻断 (可选)
10. 慢性阻塞性肺疾病 (急性加重期) ICD-10 编码: (一) ICD-10: J44.000 慢性阻塞性肺病伴有急性下呼吸道感染 (二) ICD-10: J44.100 未特指的慢性阻塞性肺病伴有急性加重 (三) ICD-10: J44.101 慢性阻塞性肺气肿	(一) 病情严重程度评估与分级 (二) 收住院 / 或 ICU 符合指征 (三) 氧疗方法应用适当 (四) 抗菌药物选择与应用适当 (五) 支气管舒张剂、糖皮质激素全身 (系统) 应用选择符合指征 (无禁忌症) (六) 合并症处理适当 1. 有心功不全时可选用利尿剂、强心剂、血管管理扩张剂、心律失常药物 (无禁忌证)

特定病种	病种质量控制指标
性支气管炎伴急性加重	2. 有肺动脉高压时可选用血管扩张剂（无禁忌证） 3. 有血栓形成高危因素时可选用抗凝药物（无禁忌证） 4. 有呼吸功能不全时可选用呼吸兴奋剂（无禁忌证） 5. 有气胸时可闭式引流术 （七）危重患者（如出现 PaCO <sub>2</sub> 明显升高时）选择使用无创或有创机械通气治疗符合指征 （八）提供戒烟、减少危险因素疾病自我管理健康教育服务 （九）住院天数与费用、疗效 （十）患者对服务质量的评价
11. 围手术期预防深静脉血栓 手术与操作 ICD-9-CM-3 编码： （一）心脏膜置换术 ICD-9-CM-3: 35.2 （二）脊柱融合术 ICD-9-CM-3: 81.35、81.36	（一）有冠心病史患者术前使用 β-阻滞剂（无禁忌证） （二）有糖尿病史患者术前、术后控制血糖 （三）实施预防深静脉血栓措施（无禁忌证） （四）术后 24 小时内拔除留置导尿管（无留置指征） （五）住院天数与费用、疗效 （六）患者对服务质量的评价

## 五、限制类医疗技术（可选）

### （一）国家卫生健康委公布的《限制临床应用的医疗技术（2015 版）》（可选）

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

序号	医疗技术项目名称
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

## （二）江苏省限制临床应用的医疗技术目录（2017版）（无抽搐性电休克治疗必选，其它可选）

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

序号	医疗技术项目名称
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 $\gamma$ 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

序号	医疗技术项目名称
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、江苏省日间手术病例统计范围（可选）

序号	疾病名称	第一诊断名称	手术名称
1	血栓性外痔	血栓性外痔（ICD-10：I84.3）	血栓性外痔切除术（ICD-9-CM-3：49.47）

序号	疾病名称	第一诊断名称	手术名称
2	胃、结、直肠息肉	胃息肉 (ICD-10: K31.701) 直肠息肉 (ICD-10: K62.1) 结肠息肉 (ICD-10: k63.5)	内镜下息肉切除术 内镜下胃息肉切除术 ICD-9CM-3: 43.41; 排除 43.4109 (内镜下胃静脉曲张结扎术) 和 43.4110 (内镜下胃静脉曲张硬化术) 内镜下直肠息肉切除术 ICD-9CM-3: 48.36 内镜下大肠息肉切除术 ICD-9CM-3: 45.42
3	乳腺纤维瘤	乳腺纤维腺瘤 (ICD-10: D24)	乳腺肿瘤切除术 (ICD-9-CM-3: 85.21)
4	老年性白内障	老年性白内障 (ICD10: H25.901)	超声乳化白内障摘除术+人工晶体植入术 (IOL) (ICD-9-CM-3: 13.41+13.71)
5	斜视	共同性斜视 (ICD-10: H50.0-H50.4)	共同性斜视矫正术 (ICD-9-CM-3:15.1-15.5)
6	声带良性肿物	声带息肉 (ICD-10: J38.102)	支撑喉镜下声带息肉切除手术 (ICD-9-CM-3: 30.0901/30.0902)
7	耳前瘻管	先天性耳前瘻管 (ICD-10:Q18.102)	瘻管切除术 (ICD-9-CM:18.2101)
8	包茎、包皮过长反复感染	包茎 (ICD-10: N47.x00)	包皮环切术 (ICD-9-CM-3: 64.0001)
9	慢性尿潴留	尿潴留 (ICD-10: R33.x00)	膀胱穿刺造瘘术 (ICD-9-CM-3: 57.1101)
10	输尿管结石 (简单)	输尿管结石 (ICD-10: N20.100)	输尿管镜下钬激光碎石术 (ICD-9-CM-3: 56.0x03 和 56.0x06)
	膀胱结石	膀胱结石 (ICD-10: N21.000)	膀胱镜下碎石取石术 (ICD-9-CM-3: 57.1904)
11	血尿	血尿 (ICD-10: R31.x00)	膀胱镜尿道镜检查术 (ICD-9-CM-3: 57.3201、58.2201)
12	腹股沟疝	腹股沟疝 (ICD-10: K40.2, K40.9)	腹股沟疝修补术 (ICD-9-CM-3: 53)
13	头皮肿块	头皮肿物 (ICD-10: R22.002)	皮肤病损切除术 (ICD-9-CM-86.3)