

江苏省三级肿瘤医院评审标准实施细则（2020版）

江苏省卫生健康委员会

2020年7月

目 录

第一章 医院功能与任务.....	1
1-1 加强医院党的建设.....	1
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.....	3
1-3 医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求.....	3
1-4 医院内部管理机制科学规范.....	9
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.....	12
1-6 临床教育、科研和成果推广.....	16
1-7 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.....	22
1-8 承担肿瘤防治社会责任.....	23
第二章 医院服务.....	27
2-1 门诊服务管理.....	27
2-2 预约诊疗服务.....	29
2-3 院内急危重症通道管理.....	31
2-4 住院、转诊、转科服务流程管理.....	33
2-5 基本医疗保障服务管理.....	35
2-6 患者的合法权益.....	36
2-7 投诉管理.....	39
2-8 就诊环境管理.....	41
2-9 医务社工和志愿者服务.....	43
第三章 医疗技术应用及管理.....	45
3-1 依法依规开展医疗技术.....	45
3-2 医疗技术临床应用管理.....	46
3-3 医疗技术水平和服务能力.....	49
第四章 医疗质量安全管理与持续改进.....	61

4-1 质量与安全管理组织.....	61
4-2 医疗质量管理与持续改进.....	65
4-3 临床路径与单病种质量管理与持续改进.....	70
4-4 住院诊疗管理与持续改进.....	71
4-5 手术治疗管理与持续改进.....	80
4-6 麻醉管理与持续改进.....	89
4-7 介入诊疗管理与持续改进.....	96
4-8 肿瘤内科治疗质量管理与持续改进.....	102
4-9 疼痛诊疗管理与持续改进.....	109
4-10 中医管理与持续改进.....	110
4-11 放射治疗管理与持续改进.....	112
4-12 重症医学科管理与持续改进.....	120
4-13 临床检验管理与持续改进.....	122
4-14 病理管理与持续改进.....	135
4-15 医学影像管理与持续改进.....	144
4-16 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.....	149
4-17 药事和药物使用管理与持续改进.....	154
4-18 输血管理与持续改进.....	179
4-19 医院感染管理与持续改进.....	192
4-20 临床营养管理与持续改进.....	199
4-21 病历(案)管理与持续改进.....	203
第五章 护理管理与质量持续改进.....	211
5-1 护理垂直管理体系.....	211
5-2 护理人力资源管理.....	212
5-3 临床护理质量管理与改进.....	215

5-4 护理安全管理.....	218
5-5 特殊护理单元管理.....	221
第六章 医院管理.....	225
6-1 依法依规执业.....	225
6-2 明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制.....	228
6-3 人力资源管理.....	230
6-4 信息与图书管理.....	235
6-5 财务与价格管理.....	240
6-6 医德医风管理.....	245
6-7 后勤保障管理.....	247
6-8 医学装备管理.....	255
6-9 院务公开管理.....	262
6-10 医院社会评价.....	262
6-11 应急管理.....	263
第七章 医院管理统计指标.....	266
第一部分 医院基本信息.....	267
第二部分 运行指标.....	268
第三部分 质量管理指标.....	270
第四部分 疾病病种管理.....	277
一、住院重点疾病.....	278
二、住院重点手术（恶性肿瘤）.....	279
三、单（特定）病种质量指标.....	280
四、限制临床应用的医疗技术目录.....	307
（一）国家卫健委公布的《限制临床应用的医疗技术（2015版）》.....	307
（二）江苏省限制临床应用的医疗技术目录（2017版）.....	307
第五部分 重点指标监测.....	312

第一章至第六章各章节的条款分布

章	节	条	款
第一章 医院功能与任务	8	32	43
第二章 医院服务	9	32	36
第三章 医疗技术应用及管理	3	20	51
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	21	124	284
第五章 护理管理与质量持续改进	5	18	23
第六章 医院管理	11	54	86
合计	57	280	523

第一章至第六章评审结果

项目 类别	第一章至第六章条款		
	C 级	B 级	A 级
甲等	≥95%	≥65%	≥25%
乙等	≥85%	≥55%	≥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					
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 建立医院内部决策执行机制，实行党委领导下的院长负责制，对重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项须经医院领导班子集体讨论并按管理权限和规定程序报批、执行。	1-1-1-1 充分发挥公立医院党委的领导作用，实行党委领导下的院长负责制，院级领导应把主要精力用于医院管理工作，职责范围明确，认真履职。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，台帐（两个科室的院长行政查房记录）；人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、充分发挥公立医院党委的领导作用，实行党委领导下的院长负责制。			
		2、医院党委职责明确。			
		3、坚持科学决策、民主决策、依法决策，健全公立医院党委会议、院长办公会议等议事决策规则，明确各自决策事项和范围。			
		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、制定全廉洁风险防控手册，严堵廉洁风险制度漏洞。			
		8、评审周期内，医院无纪检监察委处理人员、无贪污、收受贿赂等违法犯罪人员，无违反“九不准”人员。			
		符合“C”，并：			
1、党务部门对各项工作落实情况有督查、有分析。	A	查阅台帐、资料，人员访谈	5分，未达到不得分		
符合“B”，并：					
1、对违法违规违纪典型，做到举一反三、持续改进。	C	查阅文件、台帐、人			
1-1-1-2 党委讨论和				各项指标符合要求：	

决定医院重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大），实行党务、院务公开，强化民主管理。	1、院领导班子及职能部门负责人共同参与研究、讨论、决策医院发展相关问题，院领导深入科室，开展行政查房。		员访谈	任何一项未达到不得“C”
	2、有执行“三重一大”规定的制度，并执行管理问责制。			
	3、定期将工作情况向职代会或全体员工述职，接受职工的评价。涉及职工利益的重大问题，需经过职代会同意才能实施。			
	4、实施前按制度提交职代会审议通过，并在决议中有记载。			
	5、相关重大事项事前有论证，按管理权限和规定报批，依据医院党务公开、院务公开的要求予以公示。			
	符合“C”，并：	B	查阅台帐、人员访谈	2分，未达到不得分
	1、职能部门有检查与监管。			2分，未达到不得分
	2、多种渠道和方式公开“三重一大”信息。			1分，未达到不得分
	3、相关重大事项应事前充分论证。	A	查阅台帐、人员访谈	2.5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			2.5分，未达到不得分
1、全体员工均知晓医院“三重一大”事项。				
2、推动医院管理民主化，员工参与医院管理得到体现。				
1-1-1-3 提升医院基层党建工作水平。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、台帐	任何一项未达到不得“C”
	1、医院内设机构党组织健全，人员配备符合要求。			
	2、医院内设机构党支部工作职责明确，落实“一岗双责”。			
	3、实现党组织和党的工作全覆盖。			
	4、党支部有党员发展、教育、管理等落实措施。	B	查阅文件、台帐	5分，未达到不得分
	符合“C”，并：			
	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	查阅文件、台帐	5分，未达到不得分	
1、持续改进并取得成效，党员中无违法违纪记录、无受到党纪处分或行政处分。				

1-2 建立健全现代医院管理制度，科学制定并执行医院章程					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
1-2-1 贯彻落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	查阅文件、台帐	任何一项未达到不得“C”
		1、根据医院类型，按照对应程序制定医院章程。			
		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	查阅文件、台帐	2.5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。	A	查阅文件、台帐	5分，未达到不得分		
符合“B”，并：					
1、能够根据职能部门反馈情况持续改进。					
1-3 医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求					
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。	B	查看资料、台帐	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
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。			2.5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查看资料、台帐，人员访谈		
		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。			2.5分，未达到不得分	
		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。			2.5分，未达到不得分	
1-3-2 医院管理组 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。	1-3-2-1 医院管理组 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。				
		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、主管领导对所管部门执行情况有检查与监管。				
		符合“B”，并：				
		1、根据管理需要，及时调整组织架构和部门职能。	A	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分	
	1-3-2-2 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：	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。	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项未达到不得“C”
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：	B	查阅台帐、人员访谈，现场考核	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。				
		符合“B”，并：	A	查阅台帐，追踪访视	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。	A	查阅台帐，追踪访视	5分，未达到不得分		
1-3-3 医院年度计划 目标符合医院	1-3-3-1 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：	C	查看资料、台帐	任何一项未达到不得“C”	
		1、根据医院发展规划制定年度目标和工作计划。 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。				

发展规划。		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。						
		符合“C”，并：						
		1、各部门管理人员、各科室负责人对医院的规划目标以及本部门、本科室的计划任务知晓率 $\geq 90\%$ 。				B	查看资料、台账，人员访谈	2.5分，未达到不得分
		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。						2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：				A	查看资料、台账	2.5分，未达到不得分
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。	2.5分，未达到不得分							
2、年度计划任务完成并持续改进，持续完成规划目标。			2.5分，未达到不得分					
1-3-4 医院的功能、任务和定位明确，保持适度规模。	1-3-4-1 医院的功能、任务和定位明确，保持适度规模，符合卫生行政部门规定三级肿瘤医院设置标准。	各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、台账、人事信息系统	任何一项未达到不得“C”			
		1、医院符合国家卫健委规定三级肿瘤医院设置基本标准全部条款，获得批准等级至少正式执业三年以上。						
		(1) 卫技人员与开放床位之比 $\geq 1.1: 1$ 。						
		(2) 病房护士与开放床位之比 $\geq 0.4: 1$ 。						
		(3) 在岗护士人数占卫技人员总数的比例 $\geq 50\%$ 。						
		2、承担本辖区（省、自治区、直辖市）内肿瘤疾病的防治、诊治规范的制定、规范化治疗的培训、疑难肿瘤疾病的诊治及会诊、肿瘤咨询及健康宣教等。						
		3、省级卫生行政部门规定的其他要求。						
		符合“C”，并：				B	查阅资料、台账、人事信息系统	2分，未达到不得分
		1、临床科室主任具有正高职称 $\geq 90\%$ 。						2分，未达到不得分
		2、护士中具有大专及以上学历者 $\geq 50\%$ 。						1分，未达到不得分
3、开放床位明显大于执业登记床位时(大于10%)，有增加床位的申请批准文件。								

		符合“B”，并：			
		1、承担全国肿瘤疾病临床路径及单病种管理方案的制定与培训。	A	查阅批文、资料、台账	1分，未达到不得分
		2、对卫生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
		3、有国家卫生健康委批准的临床重点专科。			2分，未达到不得分
	1-3-4-2 医院设施满足医院功能和任务。	各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、房屋总面积不少于3万平方米。			
		2、每床建筑面积不少于60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。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、台账	2.5分，未达到不得分
		1、医院设施不能满足医院基本标准时，有确保医院功能和任务落实，并有确保医疗安全有效措施。			
		2、医院基础设施、诊疗环境不断优化。			
		符合“B”，并：	A	查看资料、台账	2分，未达到不得分
		1、符合江苏省建设用地指标(2018年版)。(床位≥300张,单位用地≥81平方米/床或12.15亩/百床)。			
		2、床位与汽车停车位之比不少于1:0.5，新建医院床位与汽车停车位之比不少于1:1.5。			
3、持续改进并取得成效。			1分，未达到不得分		
1-3-5 肿瘤临床科室一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术项目符合省级卫生行政部门规定的标准。	1-3-5-1 肿瘤临床科室一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术项目达到省级卫生行政部门规定的三级肿瘤医院标准。	各项指标符合要求：	C	查阅医疗机构执业许可证、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
	1、诊疗科目符合卫生行政部门规定设置《三级肿瘤医院基本标准》。				
	2、临床科室诊疗科目至少设有:肿瘤外科(二级专业≥4个)、肿瘤内科(二级专业≥4个)、放射治疗科(二级专业≥3个)、肿瘤妇科、中医(中西医结合)科等临床科室。				
	3、人员梯队与诊疗技术能力符合省级卫生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。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、人	

准。		1、肿瘤外科、内科、放疗科的二级专业数合计 ≥ 11 个，科室设置还应包括:肿瘤预防及筛查（预防保健）部门、心理治疗、肿瘤姑息治疗、口腔科等。		事信息系统	2分，未达到不得分
		2、二级专业至少有高年资副主任医师（任职3年以上）主持临床工作。			2分，未达到不得分
		3、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。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		A	查阅资料、台账、人事信息系统	1分，未达到不得分	
				1分，未达到不得分	
				2分，未达到不得分	
				1分，未达到不得分	
	1-3-5-2 能够独立诊治《临床诊疗指南-肿瘤分册》中所列病种。	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”	
B				5分，未达到不得分	
A				5分，未达到不得分	
1-3-6 肿瘤内科、肿瘤外科与放射治疗专业诊疗技术水平在本辖区（省、直辖市、自治区）、或全国专业领域学科优势明显。	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”		

业领域学科优势明显，并能承担外辖区肿瘤患者转诊服务。	(详见本细则第七章第二节) (提供评审前三年住院病历首页信息证实)	(3) 独立开展常规放射治疗技术(包括 X-线, r-线, 电子束照射)、常规 X-线定位后装放射治疗、三维适形放射治疗、调强放射治疗或旋转调强放射治疗等。			
		2、能承担外辖区疑难肿瘤患者转入服务。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看	2.5分，未达到不得分
		1、住院重点疾病、手术治疗工作量与质量处于全国先进(中位数)。			2.5分，未达到不得分
		2、开展图像引导放射治疗、三维定位后装放射治疗、调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，其患者数占全部收治病人比例≥50%。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看	2.5分，未达到不得分
1、住院重点疾病、手术治疗工作量与质量处于全国前列(前 25 百分位)。	2.5分，未达到不得分				
		2、开展三维适形和调强放射治疗，图像引导放射治疗或旋转调强放射治疗、或更先进的技术治疗，其患者数占全部收治病人比例≥60%。			
1-3-7 医技科室服务能满足临床科室需要，项目设置、人员梯队与技术能力符合省级卫生行政部门规定的标准；病历、医学影像(含放射、超声、核医学及 PET-CT 等)、检验专业等肿瘤相关专业技术水平	1-3-7-1 医技科室服务能满足临床科室需要，项目设置、人员梯队与技术能力符合省级卫生行政部门规定的标准。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、人事信息系统	任何一项未达到不得“C”
		1、医技科室设置、人员编制、设备配置符合省级卫生行政部门关于三级肿瘤医院的标准。			
		2、医技科室至少设有药剂科、检验科、放射科、病理科、输血科、核医学科、影像诊断科、消毒供应室、营养科和相应的临床功能检查室。			
		3、配置以下设备：			
		(1) X 线电子计数机断层扫描装置(CT)(包括定位 CT)。			
		(2) 医用磁共振成像设备(MRI)。			
		(3) 800 毫安以上数字减影血管造影 X 线机(DSA)。			
		(4) 单光子发射型电子计数机断层扫描仪(SPECT、SPECT-CT)。			
		(5) 医用电子直线加速器(LA)。			
		(6) 全自动生化检测仪。			
(7) 化学发光检测仪。					
(8) 热疗。					

与质量处于本省（自治区、直辖市）前列。		(9) 射频治疗。					
		(10) 超声内镜。					
		4、工程技术人员（技师、助理工程师及以上人员）占卫生技术人员总数的比例不低于 1%。					
		5、临床营养师不少于 2 人。					
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、人事信息系统			
		1、医技科室主任具有正高职称>70%。					
		2、医技科室实验室项目完全达到集中设置、统一管理、资源共享。					
		3、定期开展上述设备的使用效率和效果分析。					
		4、有省级临床质控中心或重点专科。	A	查阅资料、台账、人事信息系统			
		符合“B”，并：					
		1、医技科室主任具有正高职称>90%。					
		2、有国家级临床质控中心或重点专科。					
		1-4 医院内部管理机制科学规范					
		项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
1-4-1 坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。	1-4-1-1 坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”		
		1、医院文化建设和服务宗旨、院训、发展规划体现坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。					
		2、有保障基本医疗服务的相关制度与规范。					
		3、参加并完成各级卫生行政部门指定的社会公益项目，有评审前三年完成项目数量、参加的医务人员总人次、资金支持等资料：					
		(1) 各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业项目。					
		(2) 完成边远地区医疗服务援助项目。					

		(3) 开展或举办多种形式社会公益性活动（如义诊、健康咨询、募捐等）。			
		(4) 其他项目。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	
		1、有深化改革，坚持“以病人为中心”，提高质量、优化服务、降低成本、控制费用的措施。			2.5分，未达到不得分
		2、评审前三年所参与或开展的各类社会公益活动受到政府、媒体、社会好评或获得嘉奖。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	
		1、深化公立医院改革取得成效。			2.5分，未达到不得分
		2、社会调查满意度高。			2.5分，未达到不得分
1-4-2 按照规范开展住院医师规范化培训工作，做到制度、师资与经费落实，做好培训基地建设。	1-4-2-1 按照规范开展肿瘤专业住院医师规范化培训工作，做到制度、师资与经费落实，做好培训基地建设。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、具备肿瘤专业住院医师培训基地的资质。			
		2、有住院医师规范化培训制度，培训计划、实施方案，包括：师资、培训空间（临床技能中心）、专项经费等支持。			
		3、严格执行住院医师规范化培训计划，有完善的住院医师规范化培训学员管理档案。			
		4、将住院医师规范化培训与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。			
		5、有专职人员负责培训工作。			
		符合“C”，并：	B	查阅有关资料，现场考查	
		1、定期征求参加培训的住院医师及委培单位对培训工作的意见和建议。			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	查阅有关资料，现场考查	
1、能够承担同级（三级）医院卫生技术人员专业培训任务。	2.5分，未达到不得分				
2、持续改进肿瘤专业住院医师规范化培训有成效，住院医师规范化培训结业考核通过率≥90%。		2.5分，未达到不得分			

1-4-3 将推进规范诊疗、临床路径管理和单病种质量控制作为推动医疗质量持续改进的重点项目。	1-4-3-1 将推进肿瘤规范诊疗、临床路径管理和单病种质量控制作为推动医疗质量持续改进的重点项目。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”	
		1、根据《医疗机构临床路径管理指导原则》，遵循循证医学原则，结合本院实际筛选病种，制定本院临床路径实施方案。				
		2、根据国家卫健委发布的单病种质量指标，结合本院实际，制定实施方案。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分	
						1、有专门部门和人员对诊疗规范、临床路径和单病种管理的执行情况定期检查分析，及时反馈，改进。
						2、开展临床路径专业和病种数、符合进入临床路径患者入组率、入组后完成率符合要求。
						符合“B”，并：
		1、实行临床路径和单病种规范管理，有完整的管理资料。	A	查阅资料、台账、信息系统	2.5分，未达到不得分	
						2、有信息化支持临床路径和单病种管理。
						2.5分，未达到不得分
1-4-4 以缩短平均住院日为切入点，优化医疗服务系统与流程，缩短患者诊疗等候时间。	1-4-4-1 提高工作效率，优化医疗服务流程，缩短患者诊疗等候时间和住院天数。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”	
		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≤12天。	B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分	
		符合“C”，并：				
		1、医院从系统管理、流程再造等方面通过多部门协作，落实整改措施，优化服务流程，提高工作效率，缩短患者诊疗等候时间和住院时间，平均住院日≤10天。				
		2、缩短医技科室特殊项目检查预约时间（报告时间），并持续改进。	A	查阅资料、台账、信息系统	2.5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
		1、门诊等候时间缩短，无排长队现象。				
2、平均住院日≤8天。	2.5分，未达到不得分					

1-4-5 控制公立医院特需服务规模。	1-4-5-1 控制公立医院特需服务规模。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“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、特需服务规模占全院服务规模 \leq 10%。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分	
						1、特需门诊量不超过专家门诊量的10%。
						2、住院特需床位数量占开放床位数 \leq 7%。
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分	
1、特需门诊总量占总门诊量 \leq 5%。						
2、住院特需床位数量占开放床位数 \leq 5%。						

1-5 坚持医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应社会职责义务

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	
1-5-1 根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务。	1-5-1-1 根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看	任何一项未达到不得“C”	
		1、有专门部门依据法律法规和规章、规范负责传染病管理工作。				
		2、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。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
						3、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采取必要的治疗和控制措施。
						4、对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品以及医疗废物实施消毒和无害化处置。
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账		
5、对传染病预检、分诊有制度，对传染病患者、疑似传染病患者应当引导至相应的诊疗机构进行诊治。						
1、门诊、住院诊疗信息等级完整，传染病报告、诊疗和消毒隔离、医疗废物处理规范。						

		1、职能部门对传染病管理定期监督检查、总结分析，持续改进传染病管理，无传染病漏报，无管理原因导致传染病散播。			5分，未达到不得分
1-5-2 根据《统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送，数据真实可靠。	1-5-2-1 完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送，数据真实可靠。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、有向卫生健康行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成医院基本运行状况、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。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、落实信息报送前的审核程序，执行信息报告问责制。			
符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分		
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。					
1-5-3 完成政府指令性援助任务。	1-5-3-1 完成省内对口支援任务，将对口支援医院（以下简称受援医院）服务工作和肿瘤防治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：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		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、有专门部门和人员负责下级医院支援协调工作。			
		3、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、评选等挂钩。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、职能部门对计划、方案和协议的落实有检查、分析、反馈。			
符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分		
1、通过三年对口帮扶，使受援医院（肿瘤诊疗）达到国家卫健委《市、县级医院常见肿瘤规范化诊疗指南（试行）》及《外科10个病种县医院版临床路径》要求，取得显著成效。					
1-5-3-2 承担政府分	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账		

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。	1、每年帮扶3家以上基层医疗机构（二级及以下医疗机构）。			任何一项未达到不得“C”
	2、对政府指令的下级医院（肿瘤专业）培养任务，有相关制度和具体措施予以保障。			
	3、有每年为下级医院（肿瘤专业）培养人才项目的实施计划，并组织实施。			
	4、有“参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容”的明确规定。			
	5、到农村服务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、台账	
	1、职能部门加强对下级医院（肿瘤专业）人才培养工作监督管理，对培养效果进行追踪评价。			1.5分，未达到不得分
	2、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。			1.5分，未达到不得分
	3、到农村服务医师人数占符合晋升条件人数比例 $\geq 70\%$ 。			2分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	
	1、到农村服务医师人数占符合晋升条件人数比例 $\geq 90\%$ 。			2.5分，未达到不得分
	2、有关人才培养的指令性项目实施效果良好，受训学员满意度高，获得各级政府肯定或表扬、奖励等。			2.5分，未达到不得分
1-5-3-3 完成省际对口支援和援外任务。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
	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。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	
	1、职能部门有管理措施的落实记录，台账资料完整。			5分，未达到不得分
符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
1-5-3-4 建立和实施医联体制度，助力基层医疗卫生机构服务	各项指标符合要求：	C	查阅双方协议、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
	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。			
	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，台账资料完整。			

	能力提升。	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：	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
		1、技术指导协作的任务、人员、措施明确并落实到位。			1.5分，未达到不得分
		2、将肿瘤防治纳入医院目标管理，有宣传及管理实施方案，并组织落实。			2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。			
		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。					
1-5-4 开展健康教育与科普宣传，普及疾病预防等相关知识。	1-5-4-1 开展健康教育与科普宣传，普及疾病预防等相关知识。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“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肿瘤健康教育、肿瘤早诊早治、疾病康复等科普宣传。			
		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。			
		4、医院有开展禁止吸烟宣教和督查，全院各处设有醒目统一的禁烟标志。			
	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，持续改进。				
	符合“B”，并：			A	查阅资料、台帐
	1、开展公益性社会活动获得省级及以上表彰。				
	1-5-4-2 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。	1-5-4-2 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
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）达省卫生行政部门及所属卫生行政部门要求。			3分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
1-6 临床教育、科研和成果推广					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
1-6-1 教学师资、设备设施符合医学院校教育、毕业生学历教育和继续医学教育要求，并能发挥作用。	1-6-1-1 教学师资、设备设施符合医学院校教育要求，承担研究生学历教育，具备研究生学位授权点。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账，查看现场	任何一项未达到不得“C”
		1、医院具有能够承担医学院校教学的教学师资、设备设施，符合教育部对三级医院的教学要求。			
		符合“C”，并：	B	查阅批文、资料、台账，查看现场	2.5分，未达到不得分
		1、具备参与或承担高等学校教材（教科书）编撰工作能力，并已出版，或被指定为省级临床专科技术培训中心或基地。			
		2、医院建有临床技能模拟训练中心，教具、模拟训练器材使用方便、可及，能满足教育和培训实际需要。			
		符合“B”，并：	A	查阅批文、资料、台账	2.5分，未达到不得分
1、为国家级临床肿瘤专科技术培训中心或基地。					
2、能够独立承担研究生学历教育，有研究生学位授权点，并已有毕业学员。					
1-6-2 承担本科以上医学生的临床教学任务。	1-6-2-1 承担本科以上医学生的临床教学和实习任务。	各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、完成本科或以上临床教学工作，通过历次教学评估。			
		2、有支持教学规划，资金投入和保障制度。			
		3、有专门部门和专职人员负责教学管理工作。			
		4、有相应专业教研组或办公室，有专（兼）职教师。			
		5、有年度培养本科生或以上的专业、数量等相关资料。			

		符合“C”，并： 1、对所承担的教学工作有质量监控和持续改进，有可追溯的记录。 2、为大学附属医院或教学医院，并承担连续5届本科或以上医学教育工作。 3、独立承担硕士研究生教育。	B	查阅批文、资料、台账	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“B”，并： 1、独立承担博士研究生教育。	A	查阅批文、资料、台账	5分，未达到不得分	
1-6-3 开展继续医学教育工作情况。	1-6-3-1 开展继续医学教育工作。	各项指标符合要求： 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、实施方案，提供培训条件及资金支持。 2、有专门部门和专人对全院继续教育项目实施统一管理、质量监督。	C	查阅台帐、人员访谈，现场查看	任何一项未达到不得“C”	
		符合“C”，并： 1、有完善的继续医学教育学分管理档案。 2、有继续医学教育与员工定期考核、晋职晋升挂钩。 3、继续医学教育学分完成率≥90%以上。 4、每年承担省级继续医学教育项目≥5个。	B	查阅资料、台账，查看现场	1分，未达到不得分 1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、继续医学教育学分完成率≥95%。 2、每年承担国家级继续医学教育项目≥5个。	A	查阅资料、台账，查看现场	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分	
	1-6-4 指导和培训下级医院卫生技术人员提高肿瘤诊疗水平，推广适宜肿瘤诊疗技术。	1-6-4-1 指导和培训下级医院卫生技术人员提高诊疗水平，推广适宜肿瘤诊疗技术。	各项指标符合要求： 1、有承担指导和培训下级医院卫生技术人员提高肿瘤诊疗水平的相关规划、实施方案，提供培训条件及资金支持。 2、有指定部门和人员对培训项目实施统一管理、质量监督。 3、有年度下级医院进修医务人员数量、学科等相关资料。	C	查阅资料、台账，查看现场	任何一项未达到不得“C”
			符合“C”，并：	B	查查阅台帐、人员访	

宜肿瘤诊疗技术。		1、选派医务人员、管理人员参与支援农村、支援西部及社区工作，指导下级医院和培养肿瘤技术人员。	A	谈,现场查看	2.5分,未达到不得分
		2、有选派援助人员名单、学科及援助项目等相关资料。			2.5分,未达到不得分
		符合“B”,并:			
		1、有推广适宜肿瘤技术项目及效果评价。			2.5分,未达到不得分
		2、对援助工作有监管、有追踪、有评估与持续改进。			2.5分,未达到不得分
1-6-5 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。	1-6-5-1 有开展临床医学研究必备的条件和设施设备,并能独立开展临床医学研究。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、有专职的医学研究管理人员,设施设备满足临床医学研究需要。			
		2、有主管领导和专职部门,有专(兼)职的医学研究队伍。			
		3、近三年有临床医学研究项目及成果。			
		4、医院设立科研基金。	B	查阅批文、资料、台账、基金设立	1分,未达到不得分
		符合“C”,并:			
		1、有省级研究成果。			
		2、有省级临床重点专科。			
		3、是国家药物临床试验机构。			
		4、有省级重点学科或省级重点实验室。			
		符合“B”,并:			
1、拥有国家级重点学科或国家级重点实验室。	A	查阅批文、资料、台账	2.5分,未达到不得分		
2、有国家级研究成果。			2.5分,未达到不得分		
1-6-6 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法,建立健全的创新	1-6-6-1 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法,建立健全的科研创新管理制度,建设创新平台和	各项指标符合要求:	C	查阅台账、人员访谈,现场查看	任何一项未达到不得“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、有科研经费支持及相应的科研条件与设施。			
		3、有专门部门和人员对医务人员参与科研工作进行管理。			

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。	构建创新体系。	4、有科研创新基地/平台及相应的规章制度。			
		5、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、台账	
		1、科研管理部门有检查、分析、反馈。			2分，未达到不得分
		2、医院设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料。			2分，未达到不得分
		3、有市级以上科研平台，近5年有科技成果转化和技术推广应用案例2例以上。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	
		1、持续改进有成效，科研项目数量和科研经费与医院发展同步增加。			2.5分，未达到不得分
		2、有省级以上科研平台，近5年有科技成果转化和技术推广应用案例5例以上。			2.5分，未达到不得分
1-6-7 承担各级各类科研项目，获得院内外研究经费，开展临床与基础相结合的研究工作，并取得成效。	1-6-7-1 承担各级各类科研项目，获得院内外研究经费，开展临床与基础相结合的研究工作，并取得成效。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账，查看现场	任何一项未达到不得“C”
		1、有近5年来承担各级各类科研项目、科研经费及科研成果的相关资料。			
		2、有科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）与医院开放床位比例（如每百张开放床位）、与在册医护人员比例（如每百名医师、或护士、或药师、或技师、或专职科研人员等）的统计资料和统计分析。			
		3、有临床科研项目数量，占总项目比例及专利技术转化的相关资料。			
		4、医院配套经费到位率≥80%（以年终财务报表数据为准）。			
		符合“C”，并：			
		1、有近5年来承担省级科研项目数量、获得科研资助资金数量相关资料。			
		2、有省科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）及与医院开放床位比例、与在册医护人员比例的统计资料和统计分析。			
		3、医院配套经费到位率≥90%（以年终财务报表数据为准）。			
		符合“B”，并：			
1、有近5年来承担国家级科研项目数量、获得科研资助资金数量相关资料。	2分，未达到不得分				
			2分，未达到不得分		
	A	查阅资料、台账，查看现场	1分，未达到不得分		

		2、有国家级科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）及与医院开放床位比例、与在册医护研人员比例的统计资料和统计分析。			1分，未达到不得分
		3、临床科研项目数量，占总项目比例及专利技术转化情况。			1分，未达到不得分
		4、医院配套经费到位率 $\geq 95\%$ （以年终财务报表数据为准）。			2分，未达到不得分
1-6-8 开展药物、医疗器械临床试验应依法取得相关资质，并按药物、医疗器械临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。	1-6-8-1 开展药物临床试验应符合《药物临床试验质量管理规范》、《医疗器械临床试验质量管理规范》（GCP）。	<p>各项指标符合要求：</p> <p>1、开展药物、医疗器械临床试验需有国家药物、医疗器械临床试验机构资质或按照国家规定进行备案，并有相应的专用床位、设施与设备。</p> <p>2、有药物/医疗器械临床试验的管理制度与 SOP，并执行。</p> <p>3、抗肿瘤药物临床研究符合 GCP 要求及规定。</p> <p>4、有伦理委员会，依据询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。</p> <p>5、对研究人员的资质与批准程序有明确规定，要求知晓并做到：</p> <p>(1) 研究者必须详细阅读和了解试验方案的内容，并严格按照方案执行。</p> <p>(2) 研究者应向受试者说明经伦理委员会同意的有关试验的详细情况，并签署知情同意书。</p> <p>(3) 研究者有义务采取必要的措施以保障受试者的安全，并记录在案。</p> <p>(4) 研究者负责作出与临床试验相关的医疗决定，保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗。</p> <p>(5) 参与药物临床研究相关人员获得 GCP 培训合格证书，各级医师参与此项工作的均知晓其任职要求。</p> <p>6、临床试验用药物/医疗器械管理规范：</p> <p>(1) 临床试验用药物/医疗器械不得销售。</p> <p>(2) 试验用药物/医疗器械的供给、使用、储藏及剩余药物的处理过程应接受相关人员的检查。</p> <p>(3) 试验用药物/医疗器械的使用记录应包括数量、装运、递送、接受、分配、应用后剩余药物回收与销毁等方面的信息。</p>	C	查阅资料、台账，人员访谈	任何一项未达到不得“C”

	7、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。			
	8、有临床试验质量控制措施。			
	9、每年开展临床试验用药的项目数≥10项。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账，人员访谈	
	1、医院应设有对临床试验专门的管理部门，有检查与监管的记录。			2分，未达到不得分
	2、对相关单位与部门稽查和视察所发现的问题有改进，有记录。			1分，未达到不得分
	3、临床试验资料完整，管理规范。			1分，未达到不得分
	4、每年开展临床试验用药的项目数≥20项。			1分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账，人员访谈	
	1、建立临床试验质量保证体系，并持续改进有成效。			1分，未达到不得分
	2、近三年内至少开展1项以本院作为牵头单位的临床试验项目。			1分，未达到不得分
	3、有独立的I期临床研究实验室，I期研究≥5项。			1分，未达到不得分
	4、每年开展临床试验用药的项目数≥40项。			1分，未达到不得分
	5、有自主型临床研究。			1分，未达到不得分
1-6-8-2 有临床科研项目中使用医疗技术的管理制度与审批程序，充分尊重患者的知情权和选择权。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账，人员访谈，现场抽查	
	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。			任何一项未达到不得“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、台账	
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、台账	

		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
1-7 承担突发公共事件的医疗救援与公共卫生事件的防控工作					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
1-7-1 医院承担突发公共事件的医疗救援工作。	1-7-1-1 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、台账	任何一项未达到不得“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，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				
2、各科室（部门）负责人明确医疗救援的具体职责和任务。	A	查阅资料、台账，查看现场	2.5分，未达到不得分		
符合“B”，并：			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。	C	查阅资料、台账，查			
1-7-1-2 执行各级政		各项指标符合要求：			

	府制定的应急预案，承担公共卫生事件的防控工作中。	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。		看现场	任何一项未达到不得“C”			
		2、根据各级政府制定的防控预案及医院在应对突发公共卫生事件中的功能和承担任务，制定本单位的防控、救治预案。						
		3、有本院突发卫生事件的应急防控预案与执行流程。						
		4、有负责突发公共卫生事件应急处理的职能部门及负责人，职责、任务明确。						
		5、有应对突发性公共卫生事件的病人诊治、转运、消毒隔离、个人防护、医疗废物处理、防止院内交叉感染和污染等相关制度、流程和操作规范。						
		6、有应对突发公共卫生事件的设备、物资及储备、管理制度，定期维护、确保有效期，有自查记录。						
		7、有信息报告和信息发布相关制度。						
		符合“C”，并：						
		1、有突发公共卫生事件防控知识的培训与预案演练。				B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分
		2、职能部门及相关人员熟悉防控预案与医院执行流程，并进行监督。						2.5分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分				
	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。							
1-8 承担肿瘤防治社会责任								
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			
1-8-1 承担的本省（区、市）或全国肿瘤防控社会责任	1-8-1-1 承担的本省（区、市）或全国肿瘤防控社会责任，指导本省（区、市）或	各项指标符合要求：	C	查看资料、台账	任何一项未达到不得“C”			
		1、具有肿瘤专业的团队，承担本区、市肿瘤防控社会责任。						
		2、有满足各种常见肿瘤筛查的检查项目。						
	3、对本地区其他医院开展肿瘤筛查工作提供指导。							

任, 指导本省(区、市)或全国其他医院开展肿瘤诊疗活动。	全国其他医院开展肿瘤防控活动。	符合“C”, 并:	B	查看资料、台帐		
		1、具有肿瘤专业的团队(副主任医师及以上人员), 承担全省肿瘤防控社会责任, 有专职人员负责肿瘤防控工作。			2.5分, 未达到不得分	
		2、有职能部门监管及评价并根据监管情况持续改进肿瘤防控工作。			2.5分, 未达到不得分	
		符合“B”, 并:	A	查看资料、台帐, 人员访谈		
					1、持续改进肿瘤防控工作取得明显成效。	2.5分, 未达到不得分
					2、具有肿瘤多学科的专家团队(主任医师为核心), 承担全国肿瘤防控社会责任。	2.5分, 未达到不得分
1-8-2 承担本省(区、市)或全国肿瘤诊疗质量控制中心工作, 制定本省(区、市)或全国肿瘤诊疗规范等指导文件。	1-8-2-1 承担本省(区、市)或全国肿瘤诊疗质量控制中心工作, 制定本省(区、市)或全国肿瘤诊疗规范等指导文件。	各项指标符合要求:	C	查看资料、台帐		
		1、承担本区、市肿瘤诊疗质量控制中心工作。			任何一项未达到不得“C”	
		2、指导本区、市二级医院开展肿瘤诊疗工作。	B	查看资料、台帐, 人员访谈		
		符合“C”, 并:			1.5分, 未达到不得分	
		1、承担全省(区、市)肿瘤诊疗质量控制中心工作。			1.5分, 未达到不得分	
		2、参与制定本省肿瘤诊疗规范等指导文件。	A	查看资料、台帐	2分, 未达到不得分	
		3、指导本省三级医院开展肿瘤诊疗工作。				
		符合“B”, 并:			1.5分, 未达到不得分	
		1、承担全国肿瘤诊疗质量控制中心工作。	A	查看资料、台帐	1.5分, 未达到不得分	
		2、参与制定全国肿瘤诊疗规范等指导文件。			1.5分, 未达到不得分	
		3、跨省指导三级医院开展肿瘤诊疗工作。			2分, 未达到不得分	
		1-8-3 设有独立的肿瘤防控、筛查、随访部门及场所, 配置适宜的专职	1-8-3-1 设有独立的肿瘤防控、筛查、随访部门及场所, 配置适宜的专职	各项指标符合要求:	C	查阅批文、资料、台帐、人事信息系统
1、具有相对独立的肿瘤筛查场所和候检场所, 常用仪器设备齐全。	任何一项未达到不得“C”					
2、应设置以常见肿瘤病种为核心的筛查专业和相应诊室。						
3、设有专职的肿瘤筛查医师, 并依法取得《医师执业证书》, 执业地点注册在本医疗机构, 从事肿瘤专科临床工作时间 ≥ 3 年, 设有专职的主检医师。						

人员。		4、护士依法取得《护士执业证书》，执业注册地点在本医疗机构，从事肿瘤专科临床护理工作 ≥ 3 年。	B	查阅资料、台账、人事信息系统	1.5分，未达到不得分
		5、筛检流程合理、流畅，受检人员在筛查区域以外的医技科室接受检查时有引导服务。			
		符合“C”，并：			
		1、肿瘤筛查医师须具有中级及以上专业技术职称，固定的肿瘤筛查医师专职人数 ≥ 4 人。			
		2、专职肿瘤筛查主检医师必须是肿瘤外科或肿瘤内科专业，并具有副主任医师及以上专业技术职称，并经省级卫生行政部门培训合格。			
		3、护士和医师之比不低于2:1，配备接诊、导检、随诊及健康教育人员 ≥ 3 人。			
		符合“B”，并：			
		1、专职肿瘤筛查主检医师人数 ≥ 2 人。			
		2、应配备有健康教育室、随诊室、健康宣教设施和宣传材料。			
		3、开设肿瘤筛查咨询门诊，为受检者和检查结果异常者提供肿瘤早诊方面的咨询和医疗服务。			
1-8-4 具备肺癌、乳腺癌、胃癌、肝癌、食管癌、大肠癌、宫颈癌、前列腺癌、甲状腺癌等常见恶性肿瘤的筛查能力并建立随访机制。	1-8-4-1 具备肺癌、乳腺癌、胃癌、肝癌、食管癌、大肠癌、宫颈癌、前列腺癌、甲状腺癌等常见恶性肿瘤的筛查能力并建立随访机制。	各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、有头颈部肿瘤外科、胸部肿瘤外科、腹部肿瘤外科、泌尿外科、妇科肿瘤、肿瘤内科、肿瘤放射治疗等专业的临床医师参加肿瘤筛查工作。			
		2、有磁共振（MRI）设备及专业医师、技师支持。			
		3、有计算机X线断层摄影（CT）及专业医师、技师支持。			
		4、有数字乳腺钼靶设备及专业医师、技师支持。			
		5、有多普勒超声设备及专业医师支持。			
		6、有临床检验检测设备及专业医师、技师支持。			
		7、有临床病理及细胞学检测设备及专业技术队伍支持。			
		8、有内镜检查设备及专业技术队伍支持。			
		符合“C”，并：			

		1、有接待团体肿瘤筛查的能力。			1.5分，未达到不得分			
		2、可出示规范的肿瘤筛查结果评估报告，并可提供进一步的指导。			1.5分，未达到不得分			
		3、有职能部门监管及评价。			2分，未达到不得分			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账				
		1、根据监管持续改进，可满足特殊人群肿瘤筛查，并开展随访工作。			5分，未达到不得分			
1-8-5 用制度与程序管理肿瘤筛查、随访的质量，记录规范，建立相关的数据库。	1-8-5-1 用制度与程序管理肿瘤筛查、随访的质量，记录规范，建立相关的数据库。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”			
		1、建立肿瘤筛查人员数据库，包括个人史、家族史、筛查检查结果、生物危险因素检测情况、流行病学危险因素等。						
		2、用制度与程序管理肿瘤筛查、随访的质量（至少有肿瘤筛查人员岗位职责、肿瘤筛查操作查对制度、查体检报告讨论制度、体检结果多科室会诊制度、报告签发与符合制度、危急值管理及追访制度、体检资料管理制度、查体检质量保证和定期评估制度、信息统计管理制度、不可预测事件处理制度等）。						
		3、有明确的肿瘤筛查流程。						
		4、主检医师负责肿瘤筛查质量的管理。						
		5、从事肿瘤筛查的卫技人员均知晓筛查流程和质控标准，并能遵循。						
		符合“C”，并：						
		1、有异常结果报告及处理制度并严格执行。						
		2、有医疗经济情况应急预案并演练。						
		3、肿瘤筛查数据库至少可提供3年信息，有信息分析报告。						
		符合“B”，并：				B	查阅资料、台账	1.5分，未达到不得分
		1、为有异常结果的患者提供早诊断、早治疗的运行机制并有运行情况分析评价，持续改进取得明显成效。						1.5分，未达到不得分
		2、连续3年向卫生行政部门提供年度信息分析报告。						2分，未达到不得分
			A	查阅资料、台账、信息系统	2.5分，未达到不得分			
					2.5分，未达到不得分			

第二章 医院服务

2-1 门诊服务管理						
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	
2-1-1 门诊布局合理,优化门诊服务流程,缩短患者等候时间,改善患者就医体验。	2-1-1-1 门诊布局合理,优化门诊服务流程,缩短患者等候时间,改善患者就医体验。	各项指标符合要求:	C	查阅台帐、现场检查、跟踪门诊患者就诊流程	任何一项未达到不得“C”	
		1、门诊布局科学、合理。				
		2、门诊服务流程有序、连贯、便捷。				
		3、有门诊服务管理制度并落实。				
			4、有缩短患者等候时间的措施。	B	查阅台帐、现场检查、跟踪门诊患者就诊流程	2分,未达到不得分 1.5分,未达到不得分 1.5分,未达到不得分
		符合“C”,并:				
		1、有门诊重点区域和高峰时段应急预案。				
		2、实行门诊分层挂号或科室、诊室直接挂号、缴费。				
	3、有减少就医环节的信息支持系统,有自助服务区,提供自助挂号、缴费等服务。	A	查阅台帐、资料	5分,未达到不得分		
符合“B”,并:						
	1、门诊管理工作有分析评价,持续改进门诊工作。					
2-1-2 公开门诊服务信息,保障医务人员按时出诊。提供导医导诊、咨询服务,帮助患者有效就诊。	2-1-2-1 公开门诊服务信息,保障医务人员按时出诊。提供导医导诊、咨询服务,帮助患者有效就诊。	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、以多种方式向患者提供门诊服务信息,并及时更新。				
		2、医务人员按时出诊,实行专家全日制,特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。				
			3、有专人负责导医导诊及咨询服务,帮助患者有效就诊。	B	跟踪门诊患者就诊流程、查阅资料	2.5分,未达到不得分
		符合“C”,并:				
	1、医务人员能积极引导患者顺利完成就诊。					

有效就诊。		2、有奖惩措施和考核机制不断提高医务人员按时出诊率。			2.5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看		
		1、开展满意度调查，不断完善门诊服务。			2.5分，未达到不得分	
		2、医务人员出诊情况有分析评价，持续改进出诊服务。			2.5分，未达到不得分	
2-1-3 根据门诊就诊患者流量调配医疗资源，做好门诊和辅助科室之间的协调配合。	2-1-3-1 根据门诊就诊患者流量调配医疗资源，做好门诊和辅助科室之间的协调配合。	各项指标符合要求：	C	现场检查、查阅资料	任何一项未达到不得“C”	
		1、门诊流量有实时监测。				
		2、有医疗资源调配方案。				
		3、有门诊与辅助科室之间的协调机制。				
		符合“C”，并：				
		1、有门诊高峰时段合理分流患者的工作预案，满足患者就诊需求。				
	2、普通医技检查能满足门诊需要，当日完成检查和报告。	B	查阅资料、跟踪门诊患者就诊流程	2.5分，未达到不得分		
	符合“B”，并：	A	现场检查、查阅资料	5分，未达到不得分		
	1、有门诊就诊情况分析评价，持续改进门诊工作。					
	2-1-3-2 有门诊突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。	各项指标符合要求：	1、有应急预案，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。	C	查阅资料、模拟现场	任何一项未达到不得“C”
			2、有确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施。			
			符合“C”，并			
1、有门诊突发事件预警系统，能有效地识别预警信息。			B			
2、工作人员能够及时识别预警信息并熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。		2.5分，未达到不得分				
符合“B”，并		A	模拟现场、查阅资料	2.5分，未达到不得分		
1、根据预警级别，及时启动应急预案，有案例证实在启动应急预案后，相关部门能积极响应。						
2、有应急事件分析评价，持续改进应急管理。				2.5分，未达到不得分		

2-1-4 开展多学科联合门诊,有制度和流程保证诊疗质量,方便患者就医。	2-1-4-1 开展多学科联合门诊,有制度和流程保证诊疗质量,方便患者就医。	各项指标符合要求:	C	查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		1、有相关制度与流程支持开展多学科联合门诊,诊疗范围明确。			
		符合“C”,并	B	现场检查、查阅资料	2.5分,未达到不得分
		1、常规开展多学科诊疗工作。			
		2、有保障多学科联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、有多科联合门诊工作成效的分析评价,持续改进诊疗质量。					
2-2 预约诊疗服务					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-2-1 开展多种形式的预约诊疗服务,推进分时段预约诊疗。	2-2-1-1 开展多种形式的预约诊疗服务,推进分时段预约诊疗。	各项指标符合要求:	C	现场检查	任何一项未达到不得“C”
		1、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、微信等预约形式。			
		2、科学合理安排预约放号时间,号源投放比例100%,方便患者预约。			
		3、门诊实行分时段预约诊疗服务,精确到2小时以内。			
		4、出院复诊患者按需实行中长期预约。			
		符合“C”,并:	B	现场检查	2分,未达到不得分
		1、专家门诊、专科门诊、普通门诊、出院复诊均开展预约诊疗服务。			
		2、检查采取集中式预约模式。			
		3、分时段预约诊疗精确到1小时以内。	A	查看资料、现场检查	2.5分,未达到不得分
		符合“B”,并:			
1、分时段预约检查比例达100%。 (患者分时段预约检查率=患者分时段预约检查人次/患者预约检查人次)					
2、分时段预约诊疗精确到30分钟以内。			2.5分,未达到不得分		

2-2-2 有完善的预约诊疗工作制度、规范，流程合理、便捷，提高患者预约就诊比例。	2-2-2-1 有完善的预约诊疗工作制度、规范，流程合理、便捷，提高患者预约就诊比例。	各项指标符合要求：	C	查看资料、现场检查	任何一项未达到不得“C”
		1、有统一的信息化预约管理平台，有职能部门和专人负责预约诊疗的日常管理和协调工作。			
		2、有完善的预约诊疗工作制度、规范、预案和流程。			
		3、预约诊疗服务的相关信息有多种形式的宣传，如宣传栏、显示屏、官网等。			
		4、有门诊医师管理办法，调整出诊时间或停诊及时通知患者。			
	5、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分，未达到不得分	
	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、医务人员熟知预约诊疗制度与流程。				
	3、对中长期预约号源有统一管理和协调。				
4、预约诊疗率 $\geq 30\%$ 。	A	查阅资料	2.5分，未达到不得分		
符合“B”，并：					
1、预约诊疗率 $\geq 50\%$ ，专家门诊预约诊疗率 $\geq 80\%$ （专家门诊预约诊疗率=专家门诊预约诊疗人次/专家门诊诊疗人次）。					
2、预约诊疗情况有分析评价，持续改进预约工作。	B	查阅资料、现场检查	2分，未达到不得分		
符合“C”，并：					
2-2-3 建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务。	2-2-3-1 建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场检查	任何一项未达到不得“C”
1、与社区、基层医院合作开展预约转诊服务，并有预约转诊的相关制度、规范、流程、协议。					
2、规范开展社区、基层医疗机构预约转诊工作。					
3、不低于20%号源投放至省预约诊疗服务平台基层转诊预约通道。					
符合“C”，并：	B	查阅资料、现场检查	2分，未达到不得分		
1、执行预约转诊相关制度、规范和流程，落实预约转诊患者优先就诊、优先检查、优先住院。					

		2、有预约转诊的相关培训和指导，有效提高转诊质量。			2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：			
		1、有完善的预约转诊情况分析评价，持续改进转诊工作。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
2-3 院内急危重症通道管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-3-1 有处理肿瘤急危重症患者的科室，根据医院实际情况设置适宜的承担肿瘤急危重症诊疗功能的床位。配备经过专业培训的人员、急救设备和药品。	2-3-1-1 有处理肿瘤急危重症患者的科室，根据医院实际情况设置适宜的承担肿瘤急危重症诊疗功能的床位。配备经过专业培训的人员、急救设备和药品。	各项指标符合要求：	C	现场检查、查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		1、医院有承担处理肿瘤急危重症患者的科室。			
		2、科室有各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，保证医疗服务质量。			
		3、科室员工熟悉并遵守规章制度，履行岗位职责。			
		4、不少于2个抢救单元（床），抢救单元（床）与医师比为1:1，抢救单元（床）与护士（士）比为1:2，并配备相应的急救设备和药品。			
		5、服务区域与辅助检查、药房等区域距离半径较短，提高急诊服务效率。			
		6、从事处理肿瘤急危重症的各级医师知晓其履职要求。			
		符合“C”，并	B	现场检查、查阅台帐	2.5分，未达到不得分
		1、由高级职称医师负责指导肿瘤急危重症患者的处理。			
		2、职能部门对肿瘤急危重症处理有监管，有分析评价及整改方案。			
		符合“B”，并	A	现场检查、查阅台帐	5分，未达到不得分
		1、持续改进肿瘤急危重症处理质量，不断提高肿瘤急危重症的诊疗水平。			
2-3-2 加强急危重症肿瘤患者的救治，有肿瘤急症通道”及急诊服务流	2-3-2-1 加强急危重症肿瘤患者的救治，有肿瘤急症通道”及急诊服务流	各项指标符合要求：	C	现场检查、查阅台帐	任何一项未达到不得“C”
		1、医院有急危重症肿瘤患者的救治的管理制度与岗位职责，明确各相关部门功能任务，建立急危重症肿瘤患者救治的协作机制。			
		2、有急危重症患者优先处置的相关制度与程序。			

的“绿色通道”及急诊服务流程与规范,保障患者获得连贯医疗服务。	程与规范,保障患者获得连贯医疗服务。	3、有肿瘤急症的“绿色通道”及急诊服务流程与规范。						
		4、明确界定临床科室、各医技科室与药房等科室职责与配合的流程。						
		符合“C”,并	B	现场检查、查阅资料	1分,未达到不得分			
		1、切实落实急危重症患者优先处置制度。			2分,未达到不得分			
		2、科室对各级医师在制度与服务流程方面的执行力有评价、有反馈、有整改措施。			2分,未达到不得分			
		3、职能部门监管科室对制度与服务流程的执行力,有评价、有反馈、有整改措施。						
		符合“B”,并	A	查阅资料、现场模拟	1.5分,未达到不得分			
		1、院科两级持续改进急危重症肿瘤患者救治质量取得明显成效。			1.5分,未达到不得分			
		2、急诊会诊患者应在10分钟内获得专科会诊。			2分,未达到不得分			
		3、对威胁生命需紧急手术的,在下达手术医嘱后30分钟内到达手术室的比率≥70%。						
2-3-3 开展急救技术操作规程的全员培训,实行合格上岗制度。	2-3-3-1 医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备,掌握各种抢救技能,包括高级心肺复苏技能。	各项指标符合要求:	C	现场检查、查阅台帐	任何一项未达到不得“C”			
		1、从事肿瘤急危重症的医护人员全部经过急诊专业培训,能够胜任急诊工作,考核达到“急诊医师、护士技术和技能要求”,有考核记录。经培训后,医护人员能够熟练、正确使用急诊科内的各种抢救设备。						
		2、有各种抢救设备操作常规随设备存放,方便查询。						
		3、医护人员具备高级心肺复苏基础理论、基本知识和操作技能。						
		4、急诊医师具备独立抢救常见急危重症患者的能力,熟练掌握高级心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、电复律、呼吸机使用。						
		5、急诊护士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:						
		1、有急诊医护人员技能培训与考核,技能评价与再培训相关制度并组织实施,对于培训不合格人员实行离岗培训。				B	查阅资料	2.5分,未达到不得分
		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	现场检查、查阅资料	

		1、急诊人员的技能水平不断提高，急诊人员设备操作与技能考核 100%合格。			5分，未达到不得分
2-3-4 具有适当的处理肿瘤患者并发内、外科急危重症技术能力。	2-3-4-1 具有适当处理肿瘤患者并发常见急危重症的技术能力。	各项指标符合要求：	C	现场检查、查阅台帐	任何一项未达到不得“C”
		1、具有适当的处理肿瘤患者并发常见急危重症的技术能力，基本达到二级医院层次。			
		2、有处理肿瘤患者并发症常见急危重症的培训计划并组织实施。	B	查阅资料、查阅台帐	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并			
		1、与本区域三级综合医院建立合作关系，以确保并发常见急危重的肿瘤患者获得连贯的服务。			
		2、科室质量管理组织对急危重症救治有总结分析，职能部门履行监管职能。			
符合“B”，并	A	查阅台帐，现场检查	5分，未达到不得分		
1、持续改进急危重症患者救治质量取得明显成效。					

2-4 住院、转诊、转科服务流程管理

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-4-1 完善患者入院、出院、转科服务管理工作制度和标准，改进服务流程，方便患者。	2-4-1-1 完善患者入院、出院、转科服务管理工作制度和标准，改进服务流程，方便患者。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐资料、现场查看	任何一项未达到不得“C”
		1、有留观、入院、出院、转科、转院制度与流程。			
		2、有部门间协调机制，并有专人负责。			
		3、能协助特殊患者（残疾患者、行动不便患者等）办理入院、出院、转科、转院。	B	查阅台帐资料	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并			
		1、定期对员工进行服务流程培训。			
2、职能部门对上述工作有检查与监管。					
符合“B”，并	A	查阅台帐资料	5分，未达到不得分		
1、持续改进服务流程有成效。					

2-4-2 有为急、危重症患者提优先办理入院相关制度与流程。为患者提供办理入院、出院手续便捷、高效的服务。	2-4-2-1 有为急、危重症患者提优先办理入院相关制度与流程。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐资料	任何一项未达到不得“C”	
		1、有急、危重症患者优先及时办理入院的制度与流程。				
		2、危重患者应先抢救并及时办理入院手续。	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、优化急、危重症患者入院服务流程，持续改进有成效。					
	2-4-2-2 为患者提供办理入院、出院手续便捷、高效的服务。	各项指标符合要求：	C	现场查看	任何一项未达到不得“C”	
		1、办理入院、出院、转院手续便捷，能分时段或床边办理出院手续，提供24小时服务。				
		2、有为特殊患者（如残疾人、无近亲属陪护行动不便患者等）入院、出院提供多种服务的便民措施。	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、持续改进入院服务有成效。						
2-4-3 加强转诊、转科患者的交接管理，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。	2-4-3-1 加强转诊、转科患者的交接，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、查阅台帐资料、现场检查	任何一项未达到不得“C”	
		1、转诊或转科流程明确，实施患者评估，履行知情同意，做好相关准备，选择适宜时机。				
		2、经治医师应向患者或近亲属告知转诊、转科理由以及不适宜的转诊、转科可能导致的后果，获取患者或近亲属的知情同意。				
		3、有病情和病历等资料交接制度并落实，保障诊疗的连续性。				
	4、相关医务人员熟悉并遵循上述制度与流程。	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有检查、监管。	A	查阅台帐资料			
符合“B”，并						

		1、持续改进转诊转科服务有成效。			5分，未达到不得分
2-4-4 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。	2-4-4-1 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。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐资料	任何一项未达到不得“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、信函等多种形式开展随访。	B	查阅台帐资料、现场走访	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并			
		1、患者或近亲属能知晓和理解出院后医疗、护理和康复措施。			
		2、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、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，不断提高随访率。			

2-5 基本医疗保障服务管理

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-5-1 有各类基本医疗保障管理制度和相应保障措施，严格收费管理，减少患者医药费用预付，方便患者就医。	2-5-1-1 有基本医疗保障管理制度和相应保障措施，严格收费管理，减少患者医药费用预付，方便患者就医。	各项指标符合要求：	C	现场核查、查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		1、有指定相关部门或专人负责基本医疗保障服务管理工作。			
		2、提供快捷的基本医疗保障预付服务。			
		3、相关人员熟悉并遵循上述制度。			
		4、有基本医疗保障服务管理相关制度和相应（管理）措施。	B	现场核查、查阅资料、模拟核查	1.5分，未达到不得分
		符合“C”，并			
		1、实施“先诊疗后结算”等措施，方便患者就医。			
		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、开展符合肿瘤专科医疗服务特色的医疗服务保障。	A	查阅台帐资料	5分，未达到不得分		
符合“B”，并					
		1、评价持续改进基本医疗保障服务管理工作，并取得成效。			

2-5-2 公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目。	2-5-2-1 公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目。	各项指标符合要求：	C	现场核查、查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		1、公开基本医疗保障服务收费标准。			
		2、公开医疗保险支付项目和标准。	B	现场核查、查阅资料	1.5分，未达到不得分 1.5分，未达到不得分 2分，未达到不得分
		符合“C”，并			
		1、向患者提供基本医疗保障服务相关制度的咨询服务。			
		2、向患者介绍基本医疗保障支付项目供患者选择，优先推荐基本医疗、基本药物和适宜技术。			
		3、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	现场核查、查阅资料	5分，未达到不得分		
1、持续改进基本医疗收费管理有成效。					
2-5-3 保障各类基本医疗保障制度参加人员的权益，强化参保患者知情同意。	2-5-3-1 保障各类参加基本医疗保障人员的权益，强化参保患者知情同意。	各项指标符合要求：	C	现场核查、查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		1、维护参保人员的权益，提供基本医疗保障相关信息。			
		2、对于基本医疗保障服务范围外的诊疗项目应事先征得参保患者的知情同意。	B	查阅资料	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。			
		符合“B”，并	A	现场核查、查阅资料	5分，未达到不得分
1、持续改进保障人员权益服务有成效。					
2-6 患者的合法权益					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
2-6-1 医院有相关制度保障患者、	2-6-1-1 患方对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知	各项指标符合要求：	C	现场检查、查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		1、有保障患者合法权益的相关制度并得到落实。			
		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。			

其近亲属或授权委托人,充分了解其知情同意的权利。	情选择的权利。医院有相关制度保证医务人员履行告知义务。	3、医务人员熟知并尊重患者的合法权益。			
		符合“C”，并	B	抽查病历、查阅台帐	2.5分，未达到不得分
		1、患方对医务人员的告知情况能充分理解并在病历中体现。			2.5分，未达到不得分
		2、职能部门对上述工作有检查、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。				
2-6-2 对医护人员进行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、其近亲属或授权委托人沟通,并履行书面同意手续。	2-6-2-1 对医护人员进行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、其近亲属或授权委托人沟通,并履行书面同意手续。	各项指标符合要求:	C	查阅台帐资料、现场	任何一项未达到不得“C”
		1、对医务人员进行维护患者合法权益、知情同意以及告知方面的培训。			
		2、医务人员熟悉知情同意相关制度,并在诊疗活动中向患方说明病情和医疗措施。			
		3、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。			
		4、实施手术、麻醉、高危诊疗操作、特殊检查、特殊治疗(如化疗、放疗)或输血、使用血液制品、贵重药品、耗材等,医务人员能使用易懂的方式、语言,与患方进行沟通并履行书面知情同意手续。	B	查阅台帐	5分,未达到不得分
		符合“C”,并			
1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。	A	查阅台帐	5分,未达到不得分		
符合“B”,并					
1、持续改进有成效。					
2-6-3 开展实验性临床医疗应严格遵守国家法律、法规及部门规章,有审核管理程序,并征得患者书面同意。	2-6-3-1 开展实验性临床医疗应严格遵守国家法律、法规及部门规章,有审核管理程序,并征得患者书面同意。	各项指标符合要求:	C	查阅台帐资料	任何一项未达到不得“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均能签署知情同意书。	B	现场核查、查阅资料	2.5分,未达到不得分
符合“C”,并					
1、患者和近亲属充分参与诊疗决策。					

同意。		2、有独立的监督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。	A	查阅台帐资料	2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并			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。			
2-6-4 保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。有保护患者的隐私设施和管理措施。	2-6-4-1 保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。	各项指标符合要求：	C	现场检查、查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		1、有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。			
		2、有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。			
		3、医务人员熟悉相关制度，了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。			
		4、医护人员自觉保守患者隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。			
		符合“C”，并	B	现场核查、查阅台帐资料	3分，未达到不得分
		1、有完善的保护患者合法权益的协调机制。			2分，未达到不得分
		2、有职能部门监督检查。	A	查阅台帐资料	5分，未达到不得分
	符合“B”，并				
	1、有监管情况分析评价，有整改措施与持续改进。				
	2-6-4-2 有保护患者的隐私设施和管理措施。	各项指标符合要求：	C	现场查看	任何一项未达到不得“C”
		1、有私密性良好的诊疗环境。			
		2、在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。	B	现场查看、查阅台帐资料	1.5分，未达到不得分
		符合“C”，并			1.5分，未达到不得分
1、多人病室各病床之间有间隔设施。		2分，未达到不得分			
2、有私密性良好的医患沟通及知情告知场所。					
3、职能部门对上述工作有检查、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。					
2-6-5 落实创建	2-6-5-1 维护医务人员合法权益，创建“平	各项指标符合要求：	C	查阅台帐资料	任何一项未达到不得“C”
		1、有落实创建“平安医院”九点要求的具体措施。			

“平安医院”九点要求，有措施，构建和谐医患关系、优化医疗执业环境有成效。	安医院”，构建和谐医患关系。	2、对全院工作人员开展相关的培训与教育。								
		符合“C”，并	B	现场抽查	5分，未达到不得分					
		1、相关负责人对创建“平安医院”主要内容的知晓率≥90%。								
		符合“B”，并	A	查阅台帐资料	5分，未达到不得分					
1、获得省级创建“平安医院”先进单位。										
2-7 投诉管理										
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 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受理投诉工作，接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。	2-7-1-1 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受理投诉工作，接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。	各项指标符合要求：	C	现场查看、查阅台帐资料	任何一项未达到不得“C”					
		1、有专门部门统一管理、处理投诉工作。								
		2、有投诉管理相关制度及明确的处理流程。								
	2-7-1-1 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受理投诉工作，接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。	3、有明确的投诉处理时限并得到严格执行。	符合“C”，并	B	现场查看、查阅台帐资料	1.5分，未达到不得分				
			1、实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。							
			2、投诉接待室配备有录音录像设施。							
			3、职能部门对上述工作有检查、监管。							
	2-7-1-1 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受理投诉工作，接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。	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				
							2-7-1-2 妥善处理医疗纠纷。	C	查阅台帐资料、现场抽查	任何一项未达到不得“C”
							1、有医疗纠纷范围界定、处理制度与操作流程，妥善处理医疗纠纷。			
2、有法律顾问、律师提供相关法律支持。										
2-7-1-2 妥善处理医疗纠纷。	3、相关人员熟悉流程并履行相应职责。									

		符合“C”，并				
		1、以多种形式对相关员工进行医疗纠纷案例教育。	B	查阅台帐资料	2.5分，未达到不得分	
		2、职能部门对上述工作有检查、监管。			2.5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。			5分，未达到不得分	
2-7-2 公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式，同时公布上级部门投诉电话，建立健全投诉档案，规范投诉处理程序。	2-7-2-1 公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式，同时公布上级部门投诉电话，建立健全投诉档案，规范投诉处理程序。	各项指标符合要求：		C	现场查看、查阅台帐资料	任何一项未达到不得“C”
		1、通过各种形式，在显著地点公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，同时公布上级部门投诉电话。				
		2、有完整的投诉记录，体现投诉处理的全过程。				
		3、规范投诉处理程序。				
		4、将投诉与绩效考核、医师考核和职能部门工作评价相结合。				
		符合“C”，并		B	查阅台帐资料	2.5分，未达到不得分
		1、建立健全投诉档案，包括书面、音像档案资料。				2.5分，未达到不得分
		2、职能部门对投诉管理工作有检查、监管。				
符合“B”，并		A	查阅台帐资料	5分，未达到不得分		
1、定期对投诉资料进行归类整理、分析，持续改进有成效。						
2-7-3 贯彻落实《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》以及相关法律法规，妥善处理医疗纠纷，持续改进医疗服务。	2-7-3-1 贯彻落实《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》以及相关法律法规，妥善处理医疗纠纷，持续改进医疗服务。	各项指标符合要求：		C	查阅台帐资料、现场抽查	任何一项未达到不得“C”
		1、有学习培训《民法总则》相关章节、《侵权责任法》、《执业医师法》、贯彻落实《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》等活动记录及具体举措，按照文件要求，制定相关制度。				
		2、建立患者及员工投诉渠道。				
		3、相关人员熟悉流程并履行相应职责。				
		4、制定《医患矛盾冲突处置应急预案》，预案科学、相关人员熟悉流程并充分履行相应职责，做到人员到位迅速、应急工作有序、化解措施得当、矛盾化解及时。				
符合“C”，并：		B	查阅台帐资料			

		1、通过投诉管理，提高患者和员工对医疗服务和医院管理的满意率。			2.5分，未达到不得分
		2、职能部门定期检查、分析、反馈。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅台帐资料	2.5分，未达到不得分
		1、将《江苏省医疗纠纷预防与处理条例》落到实处，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、无因医疗纠纷处置不当导致的严重涉医案事件。			2.5分，未达到不得分
2-7-4 对员工进行投诉和医疗纠纷防范及处理的专门培训。	2-7-4-1 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	查阅台帐资料	任何一项未达到不得“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。			
		符合“C”，并：	B	查阅台帐资料	5分，未达到不得分
		1、职能部门对培训效果有检查和监管。			
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，员工对投诉和纠纷防范及处理的能力不断提升。					

2-8 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
2-8-1 为患者提供就诊引导、咨询等服务。	2-8-1-1 为患者提供就诊引导、咨询等服务。	各项指标符合要求：	C	现场查看、抽查工作人员	任何一项未达到不得“C”
		1、有专门的“服务中心”，负责提供导医、咨询、引导等工作。			
		2、有医院就诊指南、建筑平面图、清晰的医院服务标识，说明患者权益和义务的图文介绍资料等。			
		3、提供各种便民措施：有残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车等设备；为老人、有困难的患者提供就诊帮助；提供饮水、电话、健康宣教等服务的设施；有适宜的供患者停放车辆区域。			

		4、卫生间卫生、清洁、无味、防滑，且有专供残疾人使用的卫生设施。			
		5、有通畅无障碍的救护车通道。			
		6、电梯配有服务管理人员。			
		7、有预防意外事件的措施与警示标识。			
		8、工作人员着装整洁规范、佩戴标识清晰，便于患者识别。			
		符合“C”，并			
		1、实行“首问负责制”。	B	跟踪患者就诊流程、查阅台帐资料	2.5分，未达到不得分
		2、职能部门定期检查与监管。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并			
		1、“首问负责制”落实到位。	A	查阅台帐资料	2.5分，未达到不得分
		2、持续改进有成效。			2.5分，未达到不得分
2-8-2 院区内应有统一、清晰、易懂的标识。	2-8-2-1 院区内应有统一、清晰、易懂的标识。	各项指标符合要求：			
		1、医院要设立醒目、明晰的诊疗区域指示标识(包括夜标识)和路标，尤其与急救相关的科室与路径。	C	现场查看	任何一项未达到不得“C”
		2、所用标识要规范统一，美观大方，导向易懂。			
		3、通用标识应当按国家惯例进行绘制，卫生系统通用标识按原卫生部统一规定制作。			
		4、有指定部门监管。			
		符合“C”，并			
		1、根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。	B	现场查看	5分，未达到不得分
		符合“B”，并			
		2、标识与服务区域功能或路径完全相符。	A	现场查看	5分，未达到不得分
2-8-3 就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。	2-8-3-1 就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。	各项指标符合要求：			
		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。	C	现场查看、查阅台帐资料	任何一项未达到不得“C”
		2、门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。			

适、安全。		3、有候诊排队提示系统。						
		4、有整洁宁静的住院病房，实际占地面积满足住院诊疗要求。						
		5、有卫生洗浴设施，有防跌倒安全措施，如配备应急呼叫及防滑扶手装置等。						
		6、有安全、舒适的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。						
		7、有安全管理、保洁管理措施。						
		符合“C”，并						
		1、对医院环境状况有巡查、维护措施，保障就诊住院环境处于良好状态。				B	查阅台帐资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并						
1、医疗用房达到国家综合医院建设标准。	A	查看台帐资料	5分，未达到不得分					
2-8-4 执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。	2-8-4-1 执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。	各项指标符合要求：						
		1、有执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》的计划和具体措施。						
		2、有禁止吸烟的宣传教育计划并组织实施。						
		3、有禁止吸烟的醒目标识。						
		4、开展多种形式的戒烟咨询服务，对有吸烟史的住院患者进行戒烟健康教育。						
		符合“C”，并						
		1、职能部门有检查与监管。				B	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，符合无烟医院标准。	A	现场查看、查阅台帐资料	5分，未达到不得分					
2-9 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			
2-9-1 有医务社工	2-9-1-1 有医务社工和志愿者制度并开展	各项指标符合要求：	C	查阅台帐资料	任何一项未达到不得“C”			
		1、有医务社工制度。						

和志愿者制度并开展工作。	工作。	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。						
		符合“C”，并：						
		1、医务社工和志愿者开展了相应工作。				B	现场查看、人员访谈、 查阅台账资料	3分，未达到不得分
		2、职能部门每月对医务社工和志愿者工作进行检查。						1分，未达到不得分
		3、医院每年对工作开展情况进行总结分析。						1分，未达到不得分
		符合“B”，并：				A	现场查看、人员访谈、 查阅台账资料	
		1、设有医务社工岗位并配有专职人员。						1分，未达到不得分
		2、开通患者服务呼叫中心，统筹协调解决患者相关需求。						2分，未达到不得分
		3、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	任何一项未达到不得“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	查阅批文、资料、台帐		
		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	查阅批文、资料、台帐			
	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	任何一项未达到不得“C”
			2、有医学伦理审核的回避程序。			
			符合“C”,并:	B	查阅资料、台帐	
			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	查阅资料、台帐		
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,医疗技术管理符合《医疗技	3-1-2-1 建立医疗技	各项指标符合要求:	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“C”	
		1、有医疗技术管理制度。				
		2、开展限制类医疗技术,必须向相应卫生健康行政部门履行相应的备案手续。				

疗技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》、《医疗质量管理办法》规定。	术临床应用管理办法》、《医疗质量管理办法》规定。	3、有医院医疗技术分类目录。			
		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。	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，医疗技术临床应用做到分类、准入、中止有动态管理。	A	查看现场、查阅资料、 台帐	5分，未达到不得分
3-2 医疗技术临床应用管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
3-2-1 医疗技术组织管理完善，流程合理。	3-2-1-1 医疗技术组织管理完善，流程合理。	各项指标符合要求：		查看现场、考核管理及	
		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	医务人员，查阅资料、 台帐	任何一项未达到不得“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。	B	查看现场、考核管理及 医务人员，查阅资料、 台帐	3分，未达到不得分
		2、管理人员和医务人员知晓医疗技术管理要求，医疗技术管理组织开展相关工作。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并： 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。	A	查看现场、考核管理及 医务人员，查阅资料、 台帐	5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	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：		查看现场、考核管理及	
		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。	C	医务人员，查阅资料、 台帐	任何一项未达到不得“C”
		2、无禁止类医疗技术开展。			
		符合“C”，并：	B	查看现场、考核管理及	

批准或已经废止和淘汰的技术。		1、职能部门对限制类技术的授权、开展情况定期督查，及时备案经准入的限制类医疗技术。		医务人员，查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：		查看现场、考核管理及	
		1、无违规越权开展限制类医疗技术情况。	A	医务人员，查阅资料、台帐	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：		查阅资料、台帐	
		1、有诊疗新技术项目准入管理制度，包括立项、论证、风险评估、审批、追踪、评价等管理程序。	C		任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并：		查阅资料、台帐	
		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。	B		5分，未达到不得分
		符合“B”，并：		查阅资料、台帐	
		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。	A		5分，未达到不得分
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：		考核管理及医务人员，查阅资料、台帐	
		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。	C		任何一项未达到不得“C”
		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：		考核管理及医务人员，查阅资料、台帐	
		1、职能部门对预案起草和处置程序可行性有检查与监管。	B		5分，未达到不得分
		符合“B”，并：		考核管理及医务人员，查阅资料、台帐	
		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。	A		5分，未达到不得分

3-2-5 对实施手术、介入、麻醉、化疗、放疗、靶向药物治疗、免疫治疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行“授权”管理,定期进行技术能力与质量绩效的评价。	3-2-5-1 医院建立医务人员的医疗技术资格许可授权制度、程序及考评标准,对资格许可授权实施动态管理。	各项指标符合要求:	C	考核管理及医务人员,查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“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。					
		4、有医疗技术档案与授权动态管理的数据资料。					
		符合“C”,并:					
	3-2-5-2 手术、麻醉、介入、腔镜诊疗、化疗、放疗、靶向药物治疗、免疫治疗等技术实行重点管理。	各项指标符合要求:	1、有手术、麻醉、介入、腔镜诊疗、化疗、放疗、靶向药物治疗、免疫治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	任何一项未达到不得“C”	
							1、科室有自查,对存在问题有改进措施。
							2、职能部门对医疗技术资格授权有检查与监管。
							符合“B”,并:
							1、持续改进有成效,无医务人员越级或未经授权实施医疗技术的案例。
							符合“C”,并:
3-2-6-1 实施信息化技术管理手段。	各项指标符合要求:	1、采用信息化手段进行医疗技术临床应用管理。	C	现场查看信息系统	任何一项未达到不得“C”		
						符合“C”,并:	
						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:	
						1、持续改进有成效,对资质授权的权限做到动态管理。	
						符合“B”,并:	
3-2-6 实施信息化技术管理手段。	各项指标符合要求:	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。	B	现场查看信息系统	5分,未达到不得分		
						符合“C”,并:	
						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:	
						1、持续改进有成效,对资质授权的权限做到动态管理。	
						符合“B”,并:	
3-2-6 实施信息化技术管理手段。	各项指标符合要求:	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。	A	现场查看信息系统	5分,未达到不得分		
						符合“C”,并:	
						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:	
						1、持续改进有成效,对资质授权的权限做到动态管理。	
						符合“B”,并:	

		1、建立技术管理信息系统，合理管理医务人员技术权限。			5分，未达到不得分
3-3 医疗技术水平和服务能力					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
3-3-1 医疗技术服务覆盖面、双向转诊等与医院功能定位相符。	3-3-1-1 近三年出院患者中外埠患者占一定比例（设区市以外区域）。	各项指标符合要求：	C	数据平台	任何一项未达到不得“C”
		1、≥5%；			
		符合“C”，并：	B	数据平台	
		1、≥8%			
	符合“B”，并：	A	数据平台		
	1、≥12%				
	3-3-1-2 近三年前往外院开展专科会诊情况。	各项指标符合要求：	C	查看记录、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、≥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。			
		符合“C”，并：	B	查看记录、台账	
		1、≥0.7例次/年/医生人数；同级别医疗机构会诊比例≥10%。			
	符合“B”，并：	A	查看记录、台账		
	1、≥0.9例次/年/医生人数；有省域以外会诊。				
3-3-1-3 近三年接受进修人员情况。	各项指标符合要求：	C	查看记录、台账	任何一项未达到不得“C”	
	1、制定医院进修人员管理相关规定，并组织实施。				
	2、接受进修人员数量与床位比例≥5%；接受进修人员专业比例≥10%；接受外市进修人员。	B	查看记录、台账		
	符合“C”，并：				
1、接受进修人员数量与床位比例≥10%；接受进修人员专业比例≥30%；3个以上专科接受外市进修人员。	A	查看记录、台账			
符合“B”，并：					

		1、接受进修人员数量与床位比例 $\geq 15\%$ ；接受进修人员专业比例 $\geq 50\%$ ；接受外省进修人员。			5分，未达到不得分
	3-3-1-4 近三年出院患者 DRG 组数较高。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		1、DRG 组数 $\geq X-30$ 组（X 定义：省平台统计全省三级医院 DRG 组数平均值）。			
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分
		1、DRG 组数介于 $X \pm 30$ 组之间。			
符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分		
1、DRG 组数 $\geq X+30$ 组。					
3-3-2 具有较强的危重、疑难疾病诊治能力。	3-3-2-1 入出院诊断符合率较高。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		1、 $\geq 92\%$ 。			
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分
		1、 $\geq 95\%$ 。			
	符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分	
	1、 $\geq 98\%$ 。				
	3-3-2-2 急危重症患者抢救成功率较高。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		1、 $\geq 80\%$ 。			
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分
		1、 $\geq 85\%$ 。			
	符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分	
	1、 $\geq 90\%$ 。				
3-3-2-3 住院患者中疑难危重患者比例较高。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	任何一项未达到不得“C”	
	1、 $\geq 40\%$ 。				
	符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分	
1、 $\geq 50\%$ 。					

		符合“B”，并： 1、 $\geq 60\%$ 。	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5分，未达到不得分
	3-3-2-4 四级手术比例较高。	各项指标符合要求： 1、其中四级手术 $\geq 30\%$ 。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、其中四级手术 $\geq 35\%$ 。	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、四级手术 $\geq 40\%$ 。	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5分，未达到不得分
	3-3-2-5 近三年出院患者 CMI 值较高。	各项指标符合要求： 1、 $\geq X-0.1$ 。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、 $\geq X$ 组，X为省平台统计全省三级医院 CMI 平均值增加 10%。	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、 $\geq X+0.1$ 。	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5分，未达到不得分
	3-3-2-6 近三年低风险组死亡率较低。	各项指标符合要求： 1、 $\leq X*110\%$ 。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、 $\leq X$ ，X为省平台统计全省三级综合医院低风险组死亡率平均值。	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、 $\leq X*90\%$ 。	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5分，未达到不得分
3-3-3 建有一批技术水平较高、在区域范围内享有	3-3-3-1 建有一批技术水平较高、在区域范围内享有	各项指标符合要求： 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 $\geq X$ 个，X为全省三级肿瘤医院临床重点专科平均数量（限肿瘤相关专业）。	C	查看资料、记录、台账	任何一项未达到不得“C”
	度的临床专科。				

一定知名度的临床专科。		符合“C”，并：	B	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分
		1、有省级临床重点专科 $\geq X*120\%$ （限肿瘤相关专业）。			
		符合“B”，并：	A	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分
		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。			
3-3-4 具有一批技术水平较高、在区域范围内享有一定知名度的临床专家。	3-3-4-1 具有一批技术水平较高、在区域范围内享有一定知名度的临床专家。	各项指标符合要求：	C	查看资料、记录、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、5人以上在省一级学会（协会）专业委员会任职。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分
		1、5人以上在国家一级学会（协会）专业委员会任职，或担任省医学会（省一级协会）常委以上任职。			
符合“B”，并：	A	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分		
1、5人以上牵头或参与制定已发布的国家级诊疗规范、指南等。					
3-3-5 临床专科医疗服务能力符合《江苏省三级肿瘤医院医疗技术水平标准（2017版）》。	3-3-5-1 肿瘤内科医疗服务能力符合要求。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		1、能常规开展85%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分
		1、能独立开展90%以上一般科室技术和65%以上重点科室技术。			
	符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分	
	1、能独立开展75%以上重点科室技术。				
	3-3-5-2 普通外科（头颈外科专业）医疗服务能力符合要求。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		1、能常规开展90%以上一般科室技术。			
符合“C”，并：		B	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分	
1、能独立开展95%以上一般科室技术和65%以上重点科室技术。					
符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合监管系统查看	5分，未达到不得分		
1、能独立开展75%以上重点科室技术。					

	3-3-5-3 普外科（肝胆胰肿瘤外科专业）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	任何一项未达到不得“C”
		1、能常规开展 90%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分
	1、能独立开展 95%以上一般科室技术和 65%以上重点科室技术。				
	符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分	
	1、能独立开展 70%以上重点科室技术。				
	3-3-5-4 胸外科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		1、能常规开展 85%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分
		1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 70%以上重点科室技术。			
	符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分	
	1、能独立开展 80%以上重点科室技术。				
3-3-5-5 普外科（乳腺外科专业）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	任何一项未达到不得“C”	
	1、能常规开展 90%以上一般科室技术。				
	符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分	
	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。				
符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分		
1、能独立开展 80%以上重点科室技术。					
3-3-5-6 普外科（胃肠肿瘤外科专业）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	任何一项未达到不得“C”	
	1、能常规开展 90%以上一般科室技术。				
	符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分	
	1、能独立开展 95%以上一般科室技术和 65%以上重点科室技术。				
符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分		
1、能独立开展 75%以上重点科室技术。					

3-3-5-7 普外科（泌尿肿瘤外科专业）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	任何一项未达到不得“C”	
	1、能常规开展 85%以上一般科室技术。				
	符合“C”，并：				
	1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 75%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 85%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	
	3-3-5-8 妇瘤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	任何一项未达到不得“C”
		1、能常规开展 85%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分
		1、能独立开展 90%以上一般科室技术和 65%以上重点科室技术。			
		符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	2.5 分，未达到不得分
	1、能开展妇科肿瘤手术、化疗和放疗等综合治疗。 2、能独立开展 75%以上重点科室技术。	2.5 分，未达到不得分			
3-3-5-9 放射治疗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	任何一项未达到不得“C”	
	1、能常规开展 90%以上一般科室技术。				
	符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	2.5 分，未达到不得分	
	1、实行二级分科≥2 个； 2、能独立开展 90%以上一般科室技术和 70%以上重点科室技术。			2.5 分，未达到不得分	
	符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	2.5 分，未达到不得分	
	1、实行二级分科≥3 个； 2、能独立开展 75%以上重点科室技术。			2.5 分，未达到不得分	
3-3-5-10 介入科医疗	各项指标符合要求：	C	通过省医疗服务综合		

	服务能力符合相关要求。	1、能常规开展 70%以上一般科室技术。		监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分
		1、能独立开展 80%以上一般科室技术和 60%以上重点科室技术。			
		符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分
	1、能独立开展 80%以上重点科室技术。				
	3-3-5-11 麻醉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	任何一项未达到不得“C”
		1、能常规开展 90%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分
		1、能独立开展 95%以上一般科室技术和 75%以上重点科室技术。			
		符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	2.5 分，未达到不得分
	1、开展疼痛诊疗技术； 2、能独立开展 85%以上重点科室技术。				
	3-3-5-12 急诊医学科（室）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	任何一项未达到不得“C”
		1、能常规开展 85%以上一般科室技术。			
		符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分
		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。			
	符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分	
1、能独立开展 70%以上重点科室技术。					
3-3-5-13 重症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	任何一项未达到不得“C”	
	1、能常规开展 60%以上一般科室技术。				
	符合“C”，并：	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分	
	1、能独立开展 70%以上一般科室技术和 20%以上重点科室技术。				
符合“B”，并：	A	通过省医疗服务综合			

	1、能独立开展 40%以上重点科室技术。		监管系统查看	5 分，未达到不得分
3-3-5-14 医学影像科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求： 1、能常规开展 90%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
	符合“C”，并： 1、能独立开展 95%以上一般科室技术和 75%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、开展 PET-CT 诊断技术。	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	2.5 分，未达到不得分
	2、能独立开展 85%以上重点科室技术。			2.5 分，未达到不得分
3-3-5-15 医学检验科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求： 1、能常规开展 90%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
	符合“C”，并： 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。	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 85%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
3-3-5-16 药剂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 85%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
	符合“C”，并： 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。	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 65%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
3-3-5-17 病理科医疗服务能力符合相关要求。	各项指标符合要求： 1、能常规开展 85%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“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。	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 80%以上重点科室技术。	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分
	3-3-5-18 核医学科 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 75%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、能独立开展 80%以上一般科室技术和 40%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 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
	3-3-5-19 营养科医 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 65%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、能独立开展 70%以上一般科室技术和 40%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 60%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
	3-3-5-20 中西医结 合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 75%以上一般科室技术。	C	通过省医疗服务综合 监管系统查看	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、能独立开展 80%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 70%以上重点科室技术。	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分
3-3-6 亚专科设置及亚专科技术	3-3-6-1 亚专科设置及亚专科技术应用。	各项指标符合要求： 1、有亚专科设置，明确亚专科技术开展分工。	C	查看现场、资料、记录、 台账	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、开设亚专科门诊。	B	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5 分，未达到不得分

应用。		符合“B”，并： 1、一级科室（内科、外科等）50%设置亚专科。	A	通过省医疗服务综合 监管系统查看	5分，未达到不得分
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。	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、 台账	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、具有5个以上多学科联合诊疗团队。	B	查看现场、资料、记录、 台账	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	查看现场、资料、记录、 台账	5分，未达到不得分
3-3-8 具备较强的国家和省限制类医疗技术开展能力。	3-3-8-1 具备较强的国家和省限制类医疗技术开展能力。	各项指标符合要求： 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 50%的肿瘤专科项目。	C	查看病历资料、记录、 台账等	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、能开展国家和省限制类医疗技术中肿瘤专科项目≥60%。	B	查看病历资料、记录、 台账等	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中肿瘤专科项目≥75%。	A	查看病历资料、记录、 台账等	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 3 项（含省卫健委新技术引进奖）。	C	查看资料、记录、台账	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、近三年开发/开展国内先进项目 5 项。	B	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、近三年有发明专利 5 项。	A	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分
3-3-10 主持医疗	3-3-10-1 主持医疗学术交流活	各项指标符合要求： 1、近三年每年主持设区市级以上学术交流活动。	C	查看资料、记录、台账	任何一项未达到不得“C”

学术交流活动的。		符合“C”，并：	B	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分
		1、近三年每年主持全省学术交流活动。			
		符合“B”，并：	A	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分
		1、近三年每年主持全国性学术交流活动。			
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	查看资料、记录、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、在研省级以上项目≥3项。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分
		1、在研国家级项目≥3项。			
	符合“B”，并：	A	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分	
	1、在研国家级项目≥6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	查看资料、记录、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、近三年获省卫生健康委新技术引进奖或江苏医学奖3项以上。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、记录、台账	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三等奖以上奖项。			
	符合“B”，并：	A	查看资料、记录、台账	5分，未达到不得分	
	1、近三年获省级科技进步二等奖以上奖项。				
	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	查看资料、记录、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、近三年在公开出版期刊发表的论文数≥医院中级以上技术人员总数的40%。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、记录、台账	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≥医院中级以上技术人员总数的50%。					
符合“B”，并：	A	查看资料、记录、台账	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≥医院中级以上技术人员总数的60%。					
3-3-12 具有较强的临床教学及研究生	3-3-12-1 具有较强的临床教学及研究生	各项指标符合要求：	C	查看资料、记录、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、能承担高等医学院校临床教学任务。			

的临床教学及研究生培养能力。	培养能力。	2、医学院校附属医院经教育和卫生行政主管部门联合批准，临床教学基地、实习基地通过省教育厅和省卫健委联合评估并发文确认，承担高等医学院校临床教学任务。			
		符合“C”，并：	B	查看资料、记录、台账	
		1、具有 3 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：	A	查看资料、记录、台账	
		1、临床医学博士后流动站，能够独立承担博士后教育工作。			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 有医院质量管理委员会组织体系,包括医院质量与安全管理委员会、医疗质量管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会、放射诊疗质量管理委员会、医疗技术准入管理委员会及医师	4-1-1-1 有医院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会,人员构成合理,职责明确。	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、门诊急诊等科室台账,现场访谈5名不同层级人员。	任何一项未达到不得“C”
		1、院长作为医院质量与安全管理第一责任人,主持“医院质量与安全管理委员会”和协调各相关委员会工作。			
		2、由适宜的人员组成各相关委员会,各相关委员会包括:医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会、放射诊疗质量管理委员会、医疗技术准入管理委员会及医师定期考核管理委员会等。			
		3、各委员会有明确的职责与人员组成。			
		4、各相关委员会至少每半年一次工作会议,有记录。			
		5、如有人体器官移植资质的医院,应设立独立的人体器官移植技术临床应用与伦理委员会。			
		符合“C”,并:			
1、各相关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。	B	查阅文件、资料,现场访谈5名相关委员会人员。	5分,未达到不得分		
符合“B”,并:	A	查阅文件、资料,现场访谈5名相关委员会人员。	5分,未达到不得分		
1、在医院质量与安全管理委员会统领下,各相关委员会运行良好,在质量与安全管理及持续改进中发挥作用。					
	4-1-1-2 医院质量与	各项指标符合要求:	C	查阅文件、资料,现场	

定期考核管理委员会等，定期研究医疗质量管理等相关问题，记录质量管理活动过程，为院长决策提供支持。	安全管理委员会及各相关委员会能在质量与安全管理中发挥作用。	1、各相关委员会每年至少有一项提案或建议，作为医院制定年度质量与安全管理目标及计划，提供决策支持。		访谈 5 名相关委员会人员。	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并：	B	查阅文件、资料，现场访谈 5 名相关委员会人员。	2.5 分，未达到不得分
		1、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。			2.5 分，未达到不得分
		2、医院质量与安全管理委员会至少每年推出 1 至 2 项质量改进方案，能体现在推动全院或相关领域的质量与安全工作中的地位与作用。			
		符合“B”，并：	A	查阅文件、资料，现场访谈 5 名相关委员会人员。	5 分，未达到不得分
1、能对全院或相关领域的质量与安全改进工作，开展成效评价。					
4-1-2 有医院、科室的医疗质量管理责任体系，院长为医疗质量管理第一责任人，负责制定医疗质量与医疗安全管理和持续改进方案，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作，科主任全面负责科室医疗质量管理工作，执	4-1-2-1 有健全的质量管理体系，院长是第一责任人。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料，现场访谈。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、院、科二级质量管理组织健全，医院质量管理组织主要包括：医院质量与安全管理委员会、各质量相关委员会、质量管理部门、各职能部门、科室质量与安全管理小组等。			
		2、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，体现院长是第一责任人，科主任是科室质量管理第一责任人。			
		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（市）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、各质量管理组织定期专题研究质量与安全工作，有记录。	2 分，未达到不得分		
2、院领导、各部门负责人在质量与安全管理及持续改进措施执行过程中起到领导作用。					

行医疗质量与医疗安全管理和持续改进相关任务。		3、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，需按计划开展辖区内专业质控活动，中心年度考核成绩为优秀。		或其委托的管理部门数据为准。	1分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅文件、资料，现场访谈		
		1、依据医院规模，设置独立的质量与安全管理部，配备充足人力。			2.5分，未达到不得分	
	2、医院质量管理组织架构及职能分工体现决策、控制与执行三个层次。		2.5分，未达到不得分			
	4-1-2-2 科主任是科室质量与安全管理第一责任人，负责组织落实质量与安全管理及持续改进相关任务。	各项指标符合要求：	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小组工作，QC小组组成人员合理，分工明确，有分工职责。	C	查阅文件、资料，现场访谈；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”
			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、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。	B	查阅文件、资料，现场访谈5名相关委员会人员。	1.5分，未达到不得分	
					2、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。	1.5分，未达到不得分
					3、能够运用质量管理方法与工具进行持续质量改进。	2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	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准。		
					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。	1.5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。					1.5分，未达到不得分	
3、年度省级质控中心考核成绩不低于90分。		2分，未达到不得分				

4-1-3 医疗、护理等管理职能部门组织实施全面医疗质量管理与医疗安全管理和持续改进方案,负责指导、检查、考核和评价医疗质量管理工作,严格记录,定期分析,及时反馈,落实整改。	4-1-3-1 医务处、护理部等管理部门履行指导、检查、考核、评价和监督职能。	各项指标符合要求:	C	查阅资料,现场访谈5个职能部门。	任何一项未达到不得“C”
		1、根据医院总体目标,制订并实施相应的医疗质量与安全管理工作计划与考核方案。			
		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。			
		符合“C”,并:	B	查阅资料,现场访谈5个职能部门	2.5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医疗质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料,对医疗质量与安全工作实施监控,并定期总结、分析、反馈,有记录。			
		符合“B”,并:			
1、各职能部门运用本领域的医疗质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料对医疗质量与安全工作实施监控,有相应改进措施,持续改进有成效。	A	查阅资料,现场访谈5个职能部门	5分,未达到不得分		

4-1-4 医院指定专职部门负责对全院医疗、护理、医技质量管理活动实行监管,并建立多部门质量管理协调机制。	4-1-4-1 由指定/或组建专职部门组织整合全院医疗(医疗、护理、医技)服务质量、患者安全和风险管理,并建立多部门质量管理协调机制。	各项指标符合要求:	C	查阅资料,现场访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、指定/组建的专职部门有明确职责与工作目标,组成人员有明确的岗位职责、有质量管理能力,并将监督职能分介到每个人。			
		2、整合全院医疗(医疗、护理、医技)服务质量、患者安全和风险管理。			
		符合“C”,并:	B	查阅资料,现场访谈	2.5分,未达到不得分
		1、专职部门的负责人运用质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料对全院质量与安全工作实施整体监控。			
		2、建立多部门质量管理协调机制。			
		符合“B”,并:			
1、用案例说明,能够运用质量管理方法与工具进行分析,从医院管理体系、制度、程序的层面向院长提出具体改进措施。	A	查阅资料,现场访谈	2.5分,未达到不得分		
2、对医院质量与安全管理的改进成效进行再评价,有数据可证实,持续改进有成效。			2.5分,未达到不得分		

4-2 医疗质量管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-2-1 有医疗质量管理与持续改进方案，并组织实施。	4-2-1-1 有医疗质量管理与持续改进实施方案及相配套制度、考核标准、考核办法、质量指标、持续改进措施。	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、有医疗质量管理和持续改进实施方案及相配套制度、考核标准、考核办法、质量指标。			
		2、有医疗质量管理考核体系和管理流程。有院科两级医疗质量管理与监督工作流程。			
		符合“C”，并：	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
		1、落实医疗质量考核，有记录。科室对质量指标考核项目自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。			
	2、对方案执行、制度落实、考核结果等内容有分析、总结、反馈及改进措施。职能部门对考核存在的问题有检查、分析、反馈。				
	符合“B”，并：	A	查阅台帐、资料	2.5分，未达到不得分	
	1、有院科两级质控数据查询平台。				
	2、有数据或实例体现持续质量改进结果有成效。				
	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、有创诊疗操作等）管理制度、措施和考核标准。	C	抽查5个重点部门文件、台帐；5名人员访谈
2、有重点部门（急诊科、手术室、内窥镜室、导管室、重症监护室、消毒供应中心等）的管理制度、措施和考核标准。					
3、相关人员知晓本岗位相关质量管理体系及措施，并落实。					
符合“C”，并：		B	抽查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	
1、科室有自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。					
2、职能部门履行监管职责，对各项管理标准与措施的落实情况有定期检查、分析、反馈，有改进措施。					

		符合“B”，并： 1、关键环节、重点部门改进有成效，有数据为依据。	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制度、操作规范、诊疗指南。	4-2-2-1 建立医疗质量管理制度，重点是医疗质量安全核心制度。	各项指标符合要求： 1、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。	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”
		2、有完善的质量管理制度规章制度，并有明确的核心制度。			
		符合“C”，并： 1、能够覆盖本院医疗全过程。	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、对制度的管理规范，对制定、审核、批准、发布、作废等有统一流程。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、对制度能够定期修订和及时更新。	A	查阅文件、台帐	5分，未达到不得分
		4-2-2-2 执行医疗质量管理制度，重点是核心制度。	各项指标符合要求： 1、落实各项医疗质量管理制度，重点是医疗核心制度的管理制度。	C	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈
	2、有医院及科室的培训，医务人员掌握并遵循本岗位相关制度。				
	3、有职能部门监管。				
	符合“C”，并： 1、院科两级对制度的执行情况有督导检查与整改措施。		B	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、有数据或实例体现持续质量改进结果有成效。		A	查阅文件、台帐	5分，未达到不得分
	4-2-2-3 应用临床诊疗指南和疾病诊疗规范，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疾病诊疗规范。包括肿瘤各类并发症的风险预防和处理流程。	C	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈
		2、开展临床诊疗指南、规范和各类并发症防治的培训。			
3、相关人员掌握临床诊疗工作的指南/规范。					
符合“C”，并：		B	查阅临床、医技科室文		

		1、科室对临床诊疗指南和规范执行情况有自查。		件、台帐、人员访谈	2.5分，未达到不得分
		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。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，科室医务人员均能按照规范或指南开展医疗活动，无违法、违规诊疗行为。			
4-2-3 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度”，强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核。	4-2-3-1 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度”，强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核。	各项指标符合要求：	C	查阅临床、医技科室文件、台帐、人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、有各专业、各岗位“三基”培训及考核制度。			
		2、有根据不同层次及专业的卫生技术人员的“三基”培训内容、要求、重点和培训计划。			
		3、有与培训相适宜的技能培训设施、设备及经费保障。			
		4、有指定部门或专职人员负责实施。			
		符合“C”，并：	B	查阅文件、台帐	5分，未达到不得分
		1、落实培训及考核计划，在岗人员参加“三基”培训参加率≥95%。			
符合“B”，并：	A	查阅文件、台帐	5分，未达到不得分		
		1、在岗人员参加“三基”考核合格率≥95%，并能提供不合格人员再培训和考核的信息。			
4-2-4 贯彻落实《江苏省医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。	4-2-4-1 医院针对医疗风险制定相应制度、流程与医疗风险管理方案。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、医院针对医疗风险制定相应制度与流程。			
		2、有医疗风险管理方案，包括医疗风险识别、评估、分析、处理和监控等内容。			
		3、落实相关制度和流程。			
		4、参加所在地人民政府建立的医疗责任风险分担制度。			
		符合“C”，并：	B	查阅台帐、访谈	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、职能部门对医疗风险的防范有检查、分析、反馈。					
符合“B”，并：	A	查阅台帐、访谈、现场查看	2.5分，未达到不得分		
1、有跨部门的防范医疗风险的协调机制。					

		2、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。 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：	C	查阅文件、资料访谈、 人员抽考	任何一项未达到不得“C”		
		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。					
		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。					
		4-2-4-3 开展防范医疗风险的相关知识、技能的教育与培训。	各项指标符合要求： 1、医院有医疗风险防范培训的计划。 2、定期进行防范医疗风险的相关教育与培训。 3、有针对共性及各科室专业特点，制定相关教育与培训的课程内容。	符合“C”，并：	B	查阅台帐、资料	5分，未达到不得分
				1、职能部门对培训效果有检查与监管。			
		4-2-5 定期进行全员医疗质量和安全教育，牢固树立医疗质量和安	4-2-5-1 有全员质量与安全教育 and 培训。	符合“B”，并：	A	查阅资料，抽考3名员工	2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。			
				2、员工有较强的患者安全服务意识，医院逐步形成人人参与的安全文化。			
		4-2-4-3 开展防范医疗风险的相关知识、技能的教育与培训。	各项指标符合要求： 1、医院有医疗风险防范培训的计划。 2、定期进行防范医疗风险的相关教育与培训。 3、有针对共性及各科室专业特点，制定相关教育与培训的课程内容。	符合“C”，并：	C	查阅台帐、访谈	任何一项未达到不得“C”
1、职能部门对培训效果有检查与监管。							
符合“B”，并：	B			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，牢固树立医疗质量和安	4-2-5-1 有全员质量与安全教育 and 培训。	符合“C”，并：	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 and 培训，有记录。					
		符合“B”，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。							

全意识,提高全员 医疗质量管理与 改进的参与能力。		符合“B”,并:	A	查阅台帐、访谈		
		1、科室I、II级不良事件主动报告率达100%以上。			2.5分,未达到不得分	
		2、培训效果明显。经过培训,全员牢固树立质量和安全意识,管理人员能运用PDCA方法持续改进质量管理工作,员工能够主动参与。			2.5分,未达到不得分	
4-2-6 医院管理 层能够应用全面 质量管理的原理, 通过适宜质量管 理改进的方法及 质量管理技术工 具开展持续质量 改进活动,并做好 质量改进效果评 价。	4-2-6-1 医院与职能 部门领导接受全面 质量管理培训与教育,至 少掌握1~2项质量管 理改进方法及质量管 理常用技术工具,改进 质量管理工作。	各项指标符合要求:	C	查阅资料,访谈		
		1、医院领导与职能部门管理人员接受全面质量管理培训与教育。			任何一项未达到不得“C”	
		2、医院领导与职能部门管理人员掌握一种及以上管理常用技术工具。				
	符合“C”,并: 1、医院领导与职能部门能将管理工具运用于日常质量管理活动,有案例说明。	B	查阅资料,访谈	5分,未达到不得分		
		符合“B”,并: 1、对落实情况追踪与评价,医院管理工作有持续改进。	A	查阅资料,访谈	5分,未达到不得分	
			4-2-6-2 科室质量与 安全管理小组成员,具 有相关质量管理技能, 开展质量管理工作。	各项指标符合要求:	C	查阅资料,访谈
	1、科室质量管理小组人员,接受质量管理培训,具有相关质量管理技能。	任何一项未达到不得“C”				
	符合“C”,并: 1、应用质量管理技能开展质量管理与改进活动,有案例说明。					
	符合“B”,并: 1、科室管理工作持续改进有成效。	B	查阅资料,访谈	5分,未达到不得分		
		A	查阅资料,访谈	5分,未达到不得分		
	4-2-7 建立医疗 质量控制、安全管 理信息数据库,为 制订质量管理持 续改进的目标与 依据。	4-2-7-1 建立医疗质 量控制、安全管理信息 数据库,为制订质量管 理持续改进的目标与 评价改进的效果提供 依据。	各项指标符合要求:	C	查阅资料,访谈	
			1、有医疗质量控制、安全管理信息数据库,至少包含本细则第七章要求的内容,为质量管理提供依据。			任何一项未达到不得“C”
2、有指定的部门负责收集和处理相关信息,信息数据集中归口管理,方便管理人员调阅使用。						
符合“C”,并:	B	查阅资料,访谈				

评价改进的效果提供依据。		1、数据库除一般常规数据外，还应包括下列有关数据:合理使用抗生素和肿瘤治疗药品、合理使用血液和血制品、围手术期管理与手术分级管理、各类手术与介入操作及并发症、麻醉操作、医院感染、病历质量、急危重症管理、医疗护理缺陷与纠纷、患者满意度等。	A	查阅资料，访谈	2.5分，未达到不得分
		2、职能部门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。			5分，未达到不得分

4-3 临床路径与单病种质量管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-3-1 开展临床路径与单病种质量管理作为推动医疗质量持续改进的重点项目、规范临床诊疗行为的重要内容之一，实施临床路径与单病种质量管理。	4-3-1-1 实施临床路径管理。	各指标符合要求：	C	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台账，现场考核	任何一项未达到不得“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、有临床路径质量管理信息平台，对临床路径质量管理实时监测，监测指标包括：患者的入组率、入组后完成率、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。			
		5、对相关的科室人员实施临床路径教育、培训与考核，科室相关人员知晓临床路径相关工作流程。	B	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台账，核实季报、年报	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		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 $\geq 70\%$ 。			
		2、科室对临床路径有管理，对存在问题进行分析整改。			
		3、职能部门有监管，每季度对监测指标进行汇总与分析，问题及时反馈。			
符合“B”，并：	A	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、	1分，未达到不得分		
1、实施临床路径管理的病例数占本院出院病例数比 $\geq 60\%$ ，入组后完成率 $\geq 80\%$ 。					

		2、实施临床路径信息化管理，用信息化手段统计、分析临床路径数据。		资料、台账，现场考核	1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。			1分，未达到不得分								
		4、持续改进有成效。			2分，未达到不得分								
	4-3-1-2 实施单病种管理。	各指标符合要求： 1、有对单病种管理的组织。 2、结合本院实际情况制定单病种管理制度。 3、建立单病种质量监测指标。	符合“C”，并：	C	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台账，现场考核	任何一项未达到不得“C”							
							符合“B”，并： 1、科室对单病种管理中存在的问题有整改。 2、职能部门有监管，每季度对监测指标进行汇总与分析，问题及时反馈。	B	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台账，现场考核	2分，未达到不得分			
										符合“B”，并： 1、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。 2、单病种质量控制符合质量控制指标要求。	A	查阅医院、3个临床科室、计算机中心文件、资料、台账，现场考核	2分，未达到不得分
													3分，未达到不得分

4-4 住院诊疗管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-4-1 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	4-4-1-1 由具有法定资质的医务人员进行评估。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，检查归档及运行病历共20份	任何一项未达到不得“C”
		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、周期及记录要求等。			
		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。			

质化服务。		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：			5分，未达到不得分						
		1、持续改进有成效，患者评估规范，质量不断提升。									
4-4-2 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、药物临床应用指南来规范临床诊疗行为。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，检查归档及运行病历 20 份	任何一项未达到不得“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、检查、诊断、治疗要按照规范、指南标准进行，特别是药物和植（介）入类医疗器械的使用。									
		4、恶性肿瘤患者治疗前必须进行分期，可包括 pTNM、cTNM 或其他有关临床分期等，开展的治疗方式应符合分期结果。									
		符合“C”，并：									
	4-4-2-2 根据病情，选择适宜的临床检查。	1、职能部门对临床诊疗工作有检查与监管。	符合“B”，并：	B	查阅资料与现场考核	5分，未达到不得分					
							1、持续改进有成效，医务人员诊疗行为规范，诊疗能力和水平不断提升。				
							2、恶性肿瘤治疗前进行分期有信息化控制和管理。				
							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	任何一项未达到不得“C”	
											1、根据病情，按照临床检验、影像学检查、腔镜检查、各种功能检查、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、检查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： 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。	A	查阅资料	5分，未达到不得分				
4-4-2-3 有开展工作所必要的组织体系与明确的职责，有管理制度、程序与相关政策，并建立部门协调机制。	各项指标符合要求： 1、树立肿瘤综合治疗理念，建立肿瘤综合治疗组织。 2、有肿瘤患者多学科综合诊疗的相关制度与程序，并落实。 3、建立以病种为单位的专家团队。	符合“C”，并：	C	查阅资料、台账，人员访谈	任何一项未达到不得“C”				
		1、在多学科参与的综合治疗的组织体系中有病理科、影像诊断、外科、内科、放疗、麻醉、镇痛、中医、营养、护理等专业医护人员。				B	查阅资料、台账	2分，未达到不得分	
		2、开展肿瘤综合治疗纳入医院或科室目标管理之中。						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。	1分，未达到不得分							
	符合“B”，并： 1、有信息系统支持多学科诊疗开展。 2、对按规定开展情况进行追踪评价，有持续改进。	A	查阅系统、资料、台账	1分，未达到不得分					
				4分，未达到不得分					
	4-4-2-4 根据现有医疗资源，逐步实现肿瘤多学科综合门诊、肿瘤多学科综合查房、肿瘤疑难危重病例多学科联合诊疗，共同为患者制定最佳的综合治疗方案。	各项指标符合要求： 1、开展以病种为单位的肿瘤综合治疗门诊。 2、开展以科室为牵头单位的肿瘤综合治疗查房。 3、共同拟定患者的诊断和分期，为其制定最佳的综合治疗方案。	符合“C”，并：	C	查阅资料、台账，人员访谈	任何一项未达到不得“C”			
			1、临床医生应在MDT指导下，承担晚期肿瘤及临终前病人疼痛控制、营养、心理等舒缓治疗的总体责任。				B	查阅资料、台账	3分，未达到不得分
			2、职能部门履行监管职责，有定期监管检查、分析、反馈，有改进措施。						2分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、对MDT最终意见执行情况进行追踪评价、有持续改进。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分				

	4-4-2-5 有多学科诊疗管理规范, 质量控制评估指标。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账, 人员访谈	任何一项未达到不得“C”		
		1、建立 MDT 质量控制评估指标。					
		2、对医务人员进行评估指标培训。					
				3、医院有多学科诊疗按指标进行考核和激励的机制, 并落实。	B	查看信息系统, 查阅台账, 资料	5 分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:					
				1、职能部门对多学科诊疗开展情况进行追踪、评估。	A	查阅资料、台账	4 分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:					
1、发现问题, 有持续改进措施, 并落实。							
		2、有信息系统进行多学科诊疗质量控制。			1 分, 未达到不得分		
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	任何一项未达到不得“C”		
		1、有开具医嘱相关制度与规范。					
		2、医务人员对模糊不清、有疑问的医嘱, 有明确的澄清流程。					
				3、处方合格率 $\geq 98\%$ 。	B	查阅资料、台帐	5 分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:					
				1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。	A	电脑随机抽查 10 名住院患者的医嘱和 100 张门诊处方	5 分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:					
1、处方合格率达 100%。							
	4-4-3-2 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:	C	查阅资料、台帐, 随机抽查死亡病历 10 份, 抽查急诊抢救室、临床、医技科室医护人员 5 人	任何一项未达到不得“C”		
		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。	B	查阅资料、台帐	5 分, 未达到不得分
		符合“C”, 并:					
		1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。					

		符合“B”，并： 1、医嘱制度规范执行，持续改进有成效。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
4-4-4 根据医院实际情况确定“危急值”项目。	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。	C	查阅资料、台账，随机抽查 5 个医技科室的危急值登记记录本并抽查相应的医务人员各 5 名	任何一项未达到不得“C”
		2、医技部门（含临床实验室、病理、医学影像部分与内窥镜、血药浓度检测等）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。			
		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： 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。	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		符合“B”并： 1、职能部门定期（每年至少一次）对“危急值”报告制度的有效性进行评估。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
	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“危急值”。	C	查阅资料、台账，随机抽查有危急值的归档及运行病历共 10 份，5 个临床科室的危急值登记记录本并抽查相应的医务人员各 5 名	任何一项未达到不得“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，相关医技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。			
符合“B”并： 1、有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。					
2、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。					
	符合“B”并： 1、有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。 2、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	B	现场查看运行情况	5分，未达到不得分	
	符合“B”并： 1、有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。 2、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	A	查阅资料、台账、现场查看运行情况	2分，未达到不得分 3分，未达到不得分	
4-4-5 住院诊疗工	4-4-5-1 住院诊疗工作	各项指标符合要求：	C	查阅资料、抽查 5 个科室的医疗组的不同层级	任何一项未达到不得“C”
	实行分级负责制，加强	1、在科主任领导下完成住院诊疗活动，实行分级管理。			

作实行分级负责制,加强住院诊疗工作质量管理。	住院诊疗工作质量管理。	2、根据床位、工作量、医师的资质层次分成诊疗组。		医师访谈		
		3、诊疗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主要责任。				
		符合“C”,并:	B	查阅资料、台帐	2分,未达到不得分	
		1、科室对诊疗组工作有检查,对存在问题有整改。			3分,未达到不得分	
		2、职能部门对分级管理有检查与监管。				
	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,分级管理措施得到有效落实。					
	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。	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:	C	查阅资料、台帐、现场抽查归档及运行病历共20份,抽考医师10人对相关知识的知晓程度	任何一项未达到不得“C”
			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。			
			3、将患者病情、重要检查结果、诊疗计划变更与调整等记录在病程记录中。			
			4、病历质量评价结果用于临床医师技能考核内容之一。			
			5、甲级病历率≥90%。			
			符合“C”,并:	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%						
符合“B”,并:			A	查阅资料、台帐,现场抽查终末病历50份。	5分,未达到不得分	
1、持续改进有成效,病历书写规范,质量不断提升,甲级病历率为100%。						
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。	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,	任何一项未达到不得“C”	
		1、按照诊疗规范或指南,为患者制订适宜的诊疗方案,包括:诊断和分期及依据、治疗方式、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、诊疗方案由诊疗组组长负责检查审阅签名,并在病历中体现。				
		符合“C”,并:	B	查阅资料、台帐		

		1、科室有自查，对存在的问题及时整改。	A	查阅资料、抽查涉及的 诊疗归档及运行病历 20例	2分，未达到不得分			
		2、职能部门对患者诊疗方案书写规范有检查与监管。			3分，未达到不得分			
		符合“B”，并：			4分，未达到不得分			
		1、持续改进有成效，每例诊疗方案均有上级医师审阅签字。						
		2、对诊疗方案制定有信息化管理控制。				1分，未达到不得分		
4-4-6 用制度与程序管理院内、外会诊，明确院内会诊任务，对重症与疑难患者实施多学科联合会诊活动，提高会诊质量和效率。	4-4-6-1 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	任何一项未达到不得“C”			
		1、有院内会诊管理相关制度与流程。包括：会诊医师资质（主治医师以上）、责任、会诊时限、会诊记录书写要求，并落实。						
		2、根据病情对急危重症与疑难患者实施多学科联合会诊。						
		3、相关人员知晓并执行。						
		符合“C”，并：						
		1、科室有自查，对存在的问题及时整改。				B	查阅资料	2.5分，未达到不得分
		2、职能部门对院内会诊管理有检查与监管。						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，院内会诊制度得到有效落实。							
	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：		B				查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
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。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
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保持一致。	各项指标符合要求： 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。	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”	
		符合“C”，并： 1、科室有自查，对存在问题有改进措施。 2、职能部门对病历书写有检查、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： 1、持续改进有成效，每份出院记录符合规范。	A	查阅资料、台帐	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复诊指导。包括：服药指导、营养指导、复诊时间及出院注意事项等。	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 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： 1、持续改进有成效，患者随访质量不断提高。 2、首次随访由主治医师及以上医师负责。 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、召回等，并有记录。 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。	A	查阅资料、台帐	1分，未达到不得分 1分，未达到不得分 1分，未达到不得分 1分，未达到不得分	

		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30天等医院管理评价指标,实施管理与评价,优化医疗服务,提高工作效率。	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。	B	查阅资料	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、科室每月对平均住院日完成情况进行自查。			
	2、职能部门定期对平均住院日完成情况进行分析, 有反馈。	A	查阅资料、台账	5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。				
	符合“B”, 并:				
	1、持续改进有成效, 平均住院日达到控制目标。				
	4-4-8-2 对住院时间超过30天的患者进行管理与评价。	各项指标符合要求:	C	查阅资料, 现场查看	任何一项未达到不得“C”
		1、对住院时间超过30天的患者有明确管理规定, 并有措施。			
2、科室将住院时间超过30天的患者作为大查房重点, 有评价分析记录。		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30天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	查阅资料、台帐	5分, 未达到不得分	
1、持续改进有成效, 住院时间超过30天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	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、使用药物治疗前、放射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、职能部门对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

认、药物使用等。		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。			5分，未达到不得分	
4-5 手术治疗管理与持续改进						
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	
4-5-1 实行手术患者评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范，制订诊疗和手术方案。依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案。实行手术医师资格准入制度和手术分级授权管理制度。	4-5-1-1 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件，责任到每一位医师。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项未达到不得“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。				
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账；访谈3个科室共5名各级医师	1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、手术医师知晓率100%。				
		3、职能部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理。有手术医师定期业务能力评价并记录。				
		4、通过信息系统对手术医师手术权限进行事先控制。	A	查看现场，查阅资料、台账	2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
		1、手术医师资格分级授权管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。				
		2、手术医师级别权限实施动态管理，有评价后再授权记录。				
		3、手术医师可通过信息系统查询本人手术级别权限，职能部门及时更新相关信息。				
4-5-1-2 实行肿瘤患者规范的TNM分期或其他分期以及总体病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范制订	各项指标符合要求：	1、有患者病情评估制度，依据术前病史、体格检查、影像与实验室资料或可行的病理检查等实行肿瘤患者规范的TNM分期或其他分期。	C	查看现场，查阅资料、台账；抽查3个科室15份手术病历，访谈2个科室5名各级医师	任何一项未达到不得“C”	
						2、有术前讨论制度。根据手术等级和患者病情，确定参加讨论人员及内容，内容包括：
						(1) 患者术前病情评估的重点内容。

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，均应记录在病历中。	(2) 手术风险与利弊评估。						
	(3) 术前准备。						
	(4) 临床诊断与分期、拟施行的手术方式、手术及并发症风险预防与处理。						
	(5) 明确是否需要分次完成手术等。						
	3、对术前讨论有明确的时限要求并记录在病历中。						
	4、非急诊手术（限期手术、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：						
	1、科室对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有自查、分析、整改。				B	查看现场，查阅资料、台账	3分，未达到不得分
	2、职能部门履行监管职责，对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有定期的检查、分析、反馈。						2分，未达到不得分
	符合“B”，并：				A	查看现场，查阅资料、台账	3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。						2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，有信息系统提供支持。							
4-5-1-3 根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。	各项指标符合要求：	C	抽查3个科室15份手术病历	任何一项未达到不得“C”			
	1、根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，为每位肿瘤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，包括术前诊断及分期、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、台账	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、职能部门履行监管职责，并有分析、反馈。						

		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、 台账	5分，未达到不得分				
		1、手术方案完善，术前准备充分，有质量持续改进成效。							
	4-5-1-4 在患者手术前履行知情同意。	各项指标符合要求：	1、有落实患者知情同意管理的相关制度与程序。	C	查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视； 抽查3个科室10份手术 病历，访谈2个科室5 名各级医师	任何一项未达到不得“C”			
			(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式等，并签署知情同意书。						
			(3) 对于术中手术方式改变，应向患方进行交代，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办法等。						
			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，然后由患者或家属签署。						
			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、 台账、病历	2分，未达到不得分
			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。						
	2、职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。	A	查看现场，查阅资料、 台账、病历；询问5名 住院患者；现场追踪访 视	1分，未达到不得分					
	符合“B”，并：								
1、患者或被委托人对知情同意内容充分理解。	A	查看现场，查阅资料、 台账、病历；询问5名 住院患者；现场追踪访 视	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%。									
4-5-2 医院建立特殊手术报告审批制度，有急诊手术	4-5-2-1 有特殊手术报告审批制度。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账；访谈 5名医师	任何一项未达到不得“C”				
		1、有特殊手术（包括急诊情况下）报告审批管理的制度与流程。							
		2、有明确需要报告审批的手术目录。							
		3、对临床科室手术医师进行相关教育与培训。							

管理措施,保障急诊手术及时与安全。		4、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、台账	3分,未达到不得分	
		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分,未达到不得分	
		2、职能部门履行监管职责,必要时参加术前讨论。				
		符合“B”并:	A	查看现场,查阅资料、台账	3分,未达到不得分	
	1、重大手术审批资料完整规范。	2分,未达到不得分				
	4-5-2-2有急诊手术管理措施,保障急诊手术及时与安全。	各项指标符合要求:	1、有急诊手术管理的相关制度与流程。	C	查看现场,查阅资料、台账;访谈3名手术科室医师	任何一项未达到不得“C”
			2、对相关人员进行教育与培训。			
			3、相关人员知晓上述制度和流程。			
		符合“C”并:	B	查看现场,查阅资料、台账;人员访谈;病例追踪检查	2分,未达到不得分	
1、有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。		3分,未达到不得分				
2、职能部门履行监管职责,并有分析、问题反馈和改进建议。		A	查看现场,查阅资料、台账;访谈3个相关职能部门管理人员	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,急诊手术及时、安全,管理规范,措施落实到位。						
2、有多部门协调机制,保障急诊手术及时与安全。						
4-5-3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	4-5-3-1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。	各项指标符合要求:	C	查看现场,查阅资料、台账;访谈3名手术医师;抽查2个科室电子病历质控记录	任何一项未达到不得“C”	
		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)。				
		2、参加手术医师在术后即时完成术后首次病程记录。				
	3、相关人员知晓上述规定。	B	查看现场,查阅资料、台账;查阅相关病历	2分,未达到不得分		
	符合“C”,并:					
1、科室对手术记录与术后病程记录落实情况有自查、分析、及整改。						

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。		2、职能部门对手术与术后记录书写落实情况有检查与监管。	A	查看现场，查阅资料、台账	1分，未达到不得分	
		3、医院各临床科室使用统一的手术名称。			2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：			1分，未达到不得分	
		1、持续改进有成效，手术记录和病程记录书写规范。			2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、医院有完整的手术名称字典。			2分，未达到不得分	
	4-5-3-2 手术离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断，并记录。	各项指标符合要求：	1、有手术后标本的病理学检查的规定与流程求。	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
			2、手术室有具体措施保障规定与程序的执行。			
			3、相关人员知晓上述制度流程。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账	2分，未达到不得分	
		1、职能部门对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。			1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。			1分，未达到不得分	
3、对病理报告与术中快速冰冻切片检查不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，其结果有记录。		1分，未达到不得分				
4、肿瘤手术切除组织送检率100%。		A	查看现场，查阅资料、台账	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，病理学检查的规定与流程落实到位。				2分，未达到不得分		
2、手术离体组织送检率100%。		1分，未达到不得分				
3、建立相关组织库。		C	查看现场，查阅资料、台账；访谈3名手术科室医师	任何一项未达到不得“C”		
4-5-3-3 有手术预防性抗菌药物临床应用的制度。	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、规范及流程。	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≤2/0.5-1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、 台账	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，有信息系统进行控制。	A	查看现场，查阅资料、 台账；抽查10份手术病历	5分，未达到不得分	
4-5-4 做好患者手术后治疗、观察与护理工作，并记录在相应的医疗文书中。	4-5-4-1 制订患者术后医疗、护理和其他服务计划。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、 台账；访谈3个科室5 名各级医师；抽查10 份手术科室病历	任何一项未达到不得“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、 台账	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：					
		4-5-4-2 手术后并发症的 风险评估和预防措施到位。	1、术后有医疗、护理、转送等多部门协调服务计划。	A	查看现场，查阅资料、 台账；有典型案例	1分，未达到不得分
	2、计划内容完整统一，有连续性。		2分，未达到不得分			
	3、有持续改进措施，改进术后质量管理。		2分，未达到不得分			
		各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、 台账	任何一项未达到不得“C”	
		1、有肿瘤常见术后并发症诊断库。 2、有并发症上报流程				

		3、医务人员熟悉手术后常见并发症。			
		4、手术后并发症的预防措施落实。			
		5、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：	B	查看现场，查阅资料、台账	
		1、科室对术后患者并发症预防有自查、分析讨论。			2.5分，未达到不得分
		2、职能部门对术后患者并发症预防有检查、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、台账	
		1、可通过信息系统对并发症情况进行查询与统计			2分，未达到不得分
		2、术后并发症预防有效。			2分，未达到不得分
		3、有重大手术并发症的案例分析报告。			1分，未达到不得分
4-5-5 根据患者术后病情及病理报告结果再次评估，并确定后续治疗方案。	4-5-5-1 根据患者术后病情及病理报告结果再次评估，并确定后续治疗方案。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，人员访谈	
		1、明文规定“患者术后病情及病理报告结果再次评估”，以此确定后续治疗方案。			任何一项未达到不得“C”
		2、各级临床医师均知晓，并遵循。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账	
		1、科室质控人员对各级医师对“再次评估”执行力有评价记录。			3分，未达到不得分
		2、职能部门监管科室对“再次评估”执行力有评价记录。	2分，未达到不得分		
符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台账			
1、职能部门对问题与缺陷改进成效有评价，有信息系统提供支持。			3分，未达到不得分		
2、肿瘤手术后病历记录“再次评估”执行率≥95%。	2分，未达到不得分				
4-5-6 定期分析影响围手术期质量与安全管理的因素	4-5-6-1 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	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账；访谈2个科室3名各级医师	
		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、围手术期预防性抗菌药的使用、手术切口信息、单病种过程（核心）质量			任何一项未达到不得“C”

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。	持续改进效果的记录。	管理病种。				
		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、对临床手术科室医师与护理人员培训。				
	符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台帐			
	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分，未达到不得分		
	2、职能部门对手术质量与安全指标有检查、分析、反馈。			1分，未达到不得分		
	3、有信息系统提供支持。			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，各项质量与安全指标呈正向变化趋势。			3分，未达到不得分		
	2、有效控制非计划再次手术，比例控制持续改进有成效。			2分，未达到不得分		
	4-5-6-2有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。	各项指标符合要求：		C	查阅资料、台帐；培训课件、签到	任何一项未达到不得“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。						
4、对临床手术科室医师与护理人员培训。						
符合“C”，并：		B	查阅资料、台帐；选取2个手术科室5名医师访谈			
1、科室对“非计划再次手术”有自查、分析、整改。				3分，未达到不得分		
2、职能部门对“非计划再次手术”有检查、分析、反馈。				2分，未达到不得分		
符合“B”，并：		A	查阅资料、台帐；培训课件、签到			
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。				3分，未达到不得分		
2、有信息系统提供支持。	2分，未达到不得分					

4-5-7 有手术部位识别标示、手术安全核查、手术风险评估制度和流程。	4-5-7-1 有手术部位识别标示制度与工作流程。	各项指标符合要求：	C	查阅制度、到手术室现场查看 5 例手术患者或询问手术后患者 5 人	任何一项未达到不得“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：	B	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分			
	1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。						
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分			
	1、持续改进有成效，手术部位识别和标示规范，合理、科学，措施落实到位。						
	4-5-7-2 有手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程。	各项指标符合要求：	C	现场查看，抽考相关人员各 2 名	任何一项未达到不得“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：		B				查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分
1、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。							
符合“B”，并：	A	查阅台帐、查阅相关科室运行病历 10 份、到手术室现场查看 5 例手术患者或询问手术后患者 5 人	5 分，未达到不得分				
1、手术核查、手术风险评估执行率 100%。							
4-5-8 开展日间手术，提高医疗卫生资源	4-5-8-1 开展日间手术，提高医疗卫生资源	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、有开展日间手术相关管理制度与目录。						

术,提高医疗卫生资源的利用,缩短住院患者等待时间。	的利用,缩短住院患者等待时间。	2、日间手术纳入手术信息管理。	B	查阅资料	1分,未达到不得分
		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:			
		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。			
		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)。			
住院患者等待时间。		符合“B”,并:	A	查阅资料、台帐	5分,未达到不得分
		1、持续改进有成效,日间手术开展率 $\geq 10\%$ 。日间手术开展率=日间手术量/(住院手术量+日间手术量)。			

4-6 麻醉管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-6-1 麻醉医师有专业理论和技能培训,手术麻醉人员配置合理。	4-6-1-1 实行麻醉医师资格分级授权管理,并有明确的制度。	各项指标符合要求:	C	查看现场,查阅资料、台帐;现场追踪访视	任何一项未达到不得“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以上专业技术职务任职资格。			
		4、麻醉医师知晓率100%。			
		符合“C”,并:	B	查看现场,查阅资料、台帐	2分,未达到不得分
		1、职能部门对授权情况实施动态管理,有监督检查记录。			
		2、有反馈措施。			
		3、有处理。			
		符合“B”,并:			A
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。	2分,未达到不得分				
					5分,未达到不得分

4-6-1-2 由具有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估,制定麻醉计划。	各项指标符合要求:	C	查看现场, 查阅资料、台账; 现场追踪访视	任何一项未达到不得“C”
	1、由具有资质和授权的麻醉医师为每一位手术患者制订麻醉计划。			
	2、麻醉计划记录于病历中, 包括拟施行的麻醉名称、可能出现的问题与对策等。			
	3、根据麻醉计划进行麻醉前的各项准备。			
	4、按照计划实施麻醉, 变更麻醉方法要有明确的理由, 并获得上级医师的指导和同意, 家属知情, 记录于病历/麻醉单中。	B	查看现场, 查阅资料、台账; 现场追踪访视	2分, 未达到不得分
	符合“C”, 并:			2分, 未达到不得分
	1、科室对变更麻醉方案的病例进行定期回顾、总结、分析。			1分, 未达到不得分
	2、职能部门履行监管职责并记录。	A	查看现场, 查阅资料、台账; 现场追踪访视	3分, 未达到不得分
	3、有定期监管检查分析反馈, 有改进措施。			2分, 未达到不得分
	符合“B”, 并:			
	1、对措施落实情况追踪评价。			
	2、有持续改进。			
4-6-1-3 麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训, 完成继续教育。	各项指标符合要求:	C	查看现场, 查阅资料、台账; 现场追踪访视	任何一项未达到不得“C”
	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。			
	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。	B	查看现场, 查阅资料、台账	5分, 未达到不得分
	符合“C”, 并:			
	1、职能部门对培训效果有检查与监管。			
	符合“B”, 并:	A	查看现场, 查阅资料、台账	2分, 未达到不得分
1、持续改进有成效, 麻醉医师专业理论和专业技能不断提升。	3分, 未达到不得分			
2、麻醉医师继续教育学分达标率 $\geq 90\%$ 。				

4-6-1-4 手术麻醉人员配置合理。	4-6-1-4 手术麻醉人员配置合理。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项未达到不得“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任职要求。			
		3、手术室护理人员人数与手术台比例应不低于 2.5:1。			
		4、有专职麻醉科护士及相应的岗位职责，手术间护士人数与手术台比例应不低于 0.5:1。	B	查看现场，查阅资料、台账	5 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对麻醉人员配置情况有检查监管。			
符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台账	5 分，未达到不得分		
1、麻醉医师人数与手术台比例应不低于 2:1。每张手术台配备一名麻醉住院医师及一名主治医师及以上的麻醉医师。					

4-6-2 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。开设麻醉科门诊。	4-6-2-1 有患者麻醉前访视、评估和麻醉前讨论制度。麻醉门诊能正常开展相应的麻醉医疗服务。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、有患者麻醉前访视和评估制度。内容包括：明确患者麻醉前病情评估的重点范围、手术风险评估、术前麻醉准备、对临床诊断、拟施行的手术、麻醉方式与麻醉的风险、利弊进行综合评估。			
		2、有麻醉前讨论制度，对高风险择期手术、新开展手术或麻醉方法进行麻醉前讨论。			
		3、设立麻醉科门诊，开展住院手术、日间手术、门诊和住院患者有创诊疗操作前的麻醉评估、预约、准备，并提供手术风险评估、术前准备指导、术后随访和恢复指导等服务。			
		符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、台账	3 分，未达到不得分
		1、科室有自查，对存在问题有改进措施。			
		2、职能部门对患者麻醉管理工作有检查与监管。			A
符合“B”，并：					
1、持续改进有成效，麻醉前评估和讨论制度落实到位。病历记录完整性 100%。	A	查看现场，查阅资料、台账	3 分，未达到不得分		
2、工作日每天都开放门诊。					

4-6-2-2 执行手术安全核查,有麻醉意外与并发症处理规范。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账;现场考核3名麻醉科医护人员	任何一项未达到不得“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。	B	查阅资料、台账	3分,未达到不得分
	符合“C”,并:			
	1、科室定期对麻醉意外和并发症有自查。			
	2、职能部门对科室自查落实情况有检查与监管。有改进措施。	A	查阅资料、台账	5分,未达到不得分
	符合“B”,并:			
	1、持续改进有成效,麻醉意外、并发症、麻醉变更管理规范,质量不断提升。			
	4-6-2-3 麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账;抽查20份手术病历
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。		B	查阅资料、台账	3分,未达到不得分
符合“C”,并:				
1、科室有专门质控人员对麻醉相关医疗文书有定期自查、分析、整改。				
2、职能部门对麻醉相关文书管理有检查与监管。		A	查阅资料、台账;抽查20份手术病历;现场考核3名麻醉科医护人员	3分,未达到不得分
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%。				
4-6-2-4 有麻醉效果评价。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“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、台账	2分,未达到不得分
	1、科室能定期对麻醉效果资料记录。			
	2、职能部门有检查、分析、反馈。			

		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	
		1、持续改进有成效，麻醉效果评价规范。			2分，未达到不得分
		2、定期开展分析、评价、总结。有改进措施，并落实。			1分，未达到不得分
		3、麻醉效果优良率达100%。			2分，未达到不得分
4-6-3 麻醉知情同意，有麻醉后复苏室，实施规范的全程监测，记录麻醉后患者的恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。	4-6-3-1 履行麻醉知情同意。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账；人员访谈，现场追踪访谈；抽查20份手术病历	任何一项未达到不得“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、台账；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。			
	符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、台账；人员访谈，现场追踪访谈；抽查20份手术病历	2分，未达到不得分	
	1、患者对知情同意内容充分理解。				
	2、知情同意书内容完整性100%。	A	查看现场，查阅资料、台账	3分，未达到不得分	
4-6-3-2 麻醉后复苏室合理配置，管理措施到位。	各项指标符合要求：	1、麻醉后复苏室床位与手术台比不低于1:3。	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项未达到不得“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。			
		3、对麻醉复苏室的医护人员进行定期培训。			
		4、复苏室每床配备吸氧设备、无创血压和血氧饱和度等监护设备，配备呼吸机、抢救车等设备，定期维护设施设备，有维护记录。			
		符合“C”，并：			
	1、科室对麻醉后患者管理工作有自查、分析、整改。	B	查看现场，查阅资料、台账；现场考核3名麻醉科医护人员	2分，未达到不得分	
2、职能部门对麻醉复苏室配置和管理制度落实情况有检查与监管。	1分，未达到不得分				

		3、对设施设备进行定期维护。			2分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、 台账			
		1、持续改进有成效，麻醉全程管理规范，麻醉并发症减少，质量不断提升。			2分，未达到不得分		
		2、配置符合规定要求，管理措施到位。			3分，未达到不得分		
4-6-3-3 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。	各项指标符合要求：	1、有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程。	C	查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视； 抽查 20 份手术病历	任何一项未达到不得“C”		
		2、转出的患者有评价标准（Steward 评分或 Aldrete 评分等），评价结果有记录。					
		3、有患者进入、转出麻醉术后复苏室的交接流程与内容记录。					
		4、患者在复苏室内的监护结果和处理均有记录。					
		5、准确记录患者进、出麻醉术后复苏室的时间。					
			符合“C”，并：	B	查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视		
			1、科室对麻醉复苏患者出入标准执行有自查、分析、整改。			3分，未达到不得分	
			2、职能部门对麻醉复苏患者标准落实情况有检查与监管。			2分，未达到不得分	
				符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视； 抽查 20 份手术病历	
			1、持续改进有成效，患者的监护和处理记录真实、准确、完整，病历记录完整率 100%。	5分，未达到不得分			
4-6-4 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。	4-6-4-1 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、 台账；抽查 5 名相关科 室医护人员	任何一项未达到不得“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、 台账		
			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。	1分，未达到不得分					

		2、职能部门有检查与监管。			2分，未达到不得分
		3、建立术后镇痛质量数据库。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看现场，查阅资料、 台账	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，术后镇痛治疗管理规范。			
4-6-5 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。	4-6-5-1 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证，合理、安全输血。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视； 抽查20份输血病历；访谈5个科室共5名医护人员	任何一项未达到不得“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、有输血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、对符合条件的病人积极开展自体输血。	B	查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视	2分，未达到不得分
		符合“C”，并：			2分，未达到不得分
		1、科室定期对手术中用血、自体血回输有自查、分析、整改。			1分，未达到不得分
		2、职能部门对手术用血管理有检查与监管。	A	查看现场，查阅资料、 台账；现场追踪访视； 抽查20份输血病历；访谈5个科室共5名医护人员	2分，未达到不得分
		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。			3分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		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%。					
4-6-6 定期分析麻醉管理评价指标，开展麻醉质量评价，确保患者麻醉安全。	4-6-6-1 定期分析麻醉管理评价指标，开展麻醉质量评价，确保患者麻醉安全。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、 台账	任何一项未达到不得“C”
		1、由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，开展质量与安全管理及培训。			
		2、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)。			

安全。		3、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。						
		4、定期评价“手术安全核查与手术风险评估制度”的执行情况。						
		符合“C”，并：						
		1、科室定期开展麻醉质量评价，根据评价结果，进行分析、总结，针对存在的问题采取改进措施。				B	查看现场，查阅资料、台账	2分，未达到不得分
		2、职能部门对麻醉质量有检查、分析、反馈。						1分，未达到不得分
		3、建立麻醉质量数据库。						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。						1分，未达到不得分
		符合“B”，并：				A	查看现场，查阅资料、台账	
		1、持续改进有成效，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

4-7 介入诊疗管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-7-1 专业设置、人员配备及其设备、设施符合《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	4-7-1-1 介入诊疗技术与医院功能、任务相适应，符合医疗机构基本要求。	各项指标符合要求：	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		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。			
		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。			
		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。			
		4、相关科室和人员知晓协作职能和工作流程。			
		符合“C”，并：			
		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。	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分

服务。		符合“B”，并： 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。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
	4-7-1-2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。	各项指标符合要求： 1、有血管造影或介入导管室，设置符合诊疗技术管理规范：(1)操作室使用面积符合放射防护及无菌操作等相关要求；(2)有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品；(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。	C	查看现场，查阅资料、 台账	任何一项未达到不得“C”	
		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。				
		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。				
		4、设有介入治疗病房。				
		符合“C”，并： 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。	B	查看现场，查阅资料、 台账	2分，未达到不得分	
		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。			2分，未达到不得分	
		3、取得介入诊疗资质的本院执业医师≥3名。			1分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 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)。	A	查看现场，查阅资料、 台账	2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分，未达到不得分	
		3、由从事介入专业时间≥10年、副高及以上职称医师负责。			1分，未达到不得分	
	4-7-2 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	4-7-2-1 执行卫生健康行政部门制定的介入诊疗技术管理规范。	各项指标符合要求： 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。	C	查看现场，查阅资料、 台账	任何一项未达到不得“C”
			2、有相关人员培训计划、培训方案并考核。			
			3、在实施介入诊疗前，必须经2名及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。			
		4、相关人员熟练掌握本岗位技术操作规范，考核合格率≥90%。				

人员的执业资质。		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	
		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。			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	
		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%。			3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
	4-7-2-2 医师、医技和护理人员经介入治疗专业技术培训合格。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐	
		1、有各级各类人员岗位职责，相关人员知晓，并能遵循。			任何一项未达到不得“C”
		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：	B	查阅资料、台帐	
		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。			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，所有介入诊疗人员资质与能力符合上岗要求。	5分，未达到不得分			
	4-7-3 掌握介入诊疗技术的适应证，规范技术操作，开展质量控制，定期质量评价。	4-7-3-1 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
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。 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。			任何一项未达到不得“C”		
符合“C”，并：				B	查阅资料、台帐
1、授权管理落实到每一位医师，能力评价有记录。 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 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，授权管理落实到位，根据评价结果动态管理，相关资料完整。					5分，未达到不得分

4-7-3-2 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。	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、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。			
	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%。	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
	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%。				
4-7-3-3 有介入诊疗工作制度、技术操作常规，开展质量控制，定期质量评价，保障介入诊疗安全。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，抽考 2 名医务人员相关内容	任何一项未达到不得“C”
	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员岗位职责。			
	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。	B	查阅资料，询问 10 名出院患者	2 分，未达到不得分 1 分，未达到不得分
	符合“C”，并：			
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、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。				

		3、质控指标：（1）每年与介入诊疗手术操作相关严重并发症发生率应当低于 5%。（2）死亡率应当低于 1%。（3）无与介入诊疗手术操作相关的医疗事故。（4）每年完成的三级以上介入诊疗手术原则上不少于 500 例。			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，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 分，未达到不得分
		2、对术后患者诊治效果随访率≥90%。			1 分，未达到不得分
		3、每年完成三级以上介入诊疗手术不少于 800 例。能够独立开展的介入诊疗手术的类型应当覆盖常见三级以上综合介入诊疗手术全部类型的 60%以上。			2 分，未达到不得分
	4-7-3-4 有消毒隔离制度。	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 3、查看监测记录 4、查看针对科室特点开展的培训考核记录 5、询问医护工各 1 名	任何一项未达到不得“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
		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。			
		符合“B”，并：	A	1、整改措施落 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
		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。			
4-7-4 有介入诊疗器材登记制度，器	4-7-4-1 有介入诊疗器	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”
材购入、使用登记制	度，保证器材来源可追	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。			

材料来源可追溯。介入诊疗器材使用符合规范。	溯。	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：							
		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、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：							
4-7-5 环境保护及工作人员职业健康防护符合规定。	4-7-5-1 环境保护及工作人员职业健康防护符合规定。	各项指标符合要求：							
		1、有职业病危害控制效果放射防护评价报告。							
		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：	C	查看现场，查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”						
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：				B	查看现场，查阅资料、台账	5分，未达到不得分			
1、持续改进有成效，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。									
符合“B”，并：							A	查看现场，查阅资料、台账	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，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。									

4-8 肿瘤内科治疗质量管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-8-1 由有资质的医师和护士按照制度、程序与病情评估结果为患者提供规范的个体化服务。医院有化学治疗、内分泌治疗、免疫治疗、靶向治疗以及镇痛、营养支持治疗等临床应用指南。	4-8-1-1 布局及人员配置合理，有化学治疗、内分泌治疗、免疫治疗、靶向治疗以及镇痛、营养支持治疗等临床应用指南。	各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、所有医师均应具有医师资格证书、医师执业证书，具有与其职称相称的专业技术资格，各级医师结构合理。			
		2、医院明文规定住院肿瘤内科治疗管理制度与流程。			
		3、医院有临床应用指南（如，化学治疗、内分泌治疗、免疫治疗、靶向治疗以及镇痛、营养支持治疗等）明示。			
		4、各级医师知晓其要求，为患者提供规范的个体化服务。			
		5、对患者进行常规癌痛及营养评估，必要时予以癌痛及营养干预。	B	查阅批文、资料、台账	1分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、科室质控人员对本院的指南执行力有评价记录。			
		2、职能部门监管科室对指南执行力有评价记录。	A	查阅批文、资料、台账	2分，未达到不得分
		3、科室有专门的癌痛质控人员及营养师，履行相应的职责。			
符合“B”，并：	A	查阅批文、资料、台账	5分，未达到不得分		
1、职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。					
4-8-2 住院收治的病人，其治疗前需经科（病区）查房对病情进行评估（包括分期、预后分析等），由高级技术职称的医师确定治疗方案，有明确的治疗	4-8-2-1 住院收治的病人，其治疗前需经科（病区）查房对病情进行评估（包括分期、预后分析等），由高级技术职称的医师确定治疗方案，有明确的治疗	各项指标符合要求：	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、肿瘤内科参考国家卫健委最新发布的肿瘤诊疗规范与目前国际指南（如NCCN指南）制定更新本院及本科室的诊疗指南，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、治疗方案由肿瘤内科高级职称医师确认。			
		4、治疗方案实施前由主管医师完成患者本人或被委托人的知情告知。			
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。					

4-8-3 医院对肿瘤化学治疗药物实施分级管理,门诊治疗的病人,其治疗方案需由具有高级专业技术职称医师确定,每个治疗方案执行前、后有治疗前计划和治疗后小结,并由主治医师及以上技术职称的医师确认签字,记录在相应的医疗文件中。	4-8-3-1 有保证门诊或日间病房肿瘤化学治疗实施的必要条件,对肿瘤化学治疗方案执行实施分级管理。	各项指标符合要求:	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、医院对肿瘤化学治疗药物实施分级管理,处方权限落实到每名医师。			
		2、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。			
		3、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。			
		4、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 $\geq 20\%$ 。	1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。	1分,未达到不得分				
3、科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录,作为医师能力评价之一。	2分,未达到不得分				
4、职能部门对科室有监管,有评价,有记录。	A	查阅批文、资料、台账	5分,未达到不得分		
符合“B”,并:					
1、职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。					
4-8-4 内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗、免疫治疗、生物靶向治疗适应症明确,治疗方案需由具有高级专业	4-8-4-1 内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗适应症明确,治疗方案需由具有高级专业	各项指标符合要求:	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、明文规定内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗前获得病理学诊断(包含基因检测)为依据,及其它必要的检测与检查项目。			
2、明文规定内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗的适应症及禁忌症。					

症明确，治疗方案需由具有高级专业技术职称医师确定。进行免疫治疗、生物靶向治疗前应向患者充分告知，取得书面知情同意文件。	技术职称医师确定。	3、内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗方案应有以专业治疗小组，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，需由具有高级职称医师确定。				
		(2) 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。				
		(3) 对治疗方案的疗效和毒副作用评价有明确的规范与流程。				
		4、从事“内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗”各级医师知晓其要求。				
		符合“C”，并：				
		1、实施“内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗”医师的分级准入管理制度。	B	查阅批文、资料、台账	1分，未达到不得分	
		2、科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录，作为医师能力评价之一。			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。			2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
	1、职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。	A	查阅批文、资料、台账	5分，未达到不得分		
	4-8-4-2 免疫治疗、生物靶向治疗应向患者进行充分的告知，并取得知情同意书面文件。	各项指标符合要求：	1、明文规定“内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗”知情告知制度、程序与内容。			
			2、“内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗”实施前由实施医师完成知情告知（包括疗效及毒副反应，并记录在医疗文书中），记录知情告知内容，并由实施医师及患者或患者委托人分别签字确认。	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
			3、从事“内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗”各级医师知晓其要求。			
符合“C”，并：						
1、科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录，作为医师能力评价之一。			B	查阅批文、资料、台账	2.5分，未达到不得分	
2、职能部门对科室有监管，有评价，有记录。					2.5分，未达到不得分	
符合“B”，并：						
1、职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。			A	查阅批文、资料、台账	5分，未达到不得分	

4-8-5 所有治疗均需有病理(或细胞学)诊断结果支持,有明确的内科治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理(或细胞学)诊断结果,需提交科室讨论确定,并征得病人书面知情同意。	4-8-5-1 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,并征得病人书面知情同意。	各项指标符合要求:	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、所有治疗原则上均需有病理(细胞学)诊断结果支持。抗肿瘤治疗前患者中病理细胞学诊断率 $\geq 95\%$ 。			
		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。			
		4、科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录,作为医师能力评价之一。			
		符合“C”,并:			
		1、抗肿瘤治疗前患者中病理细胞学诊断率 $\geq 97\%$ 。			
2、职能部门对科室有监管,有评价,有记录。	B	查阅批文、资料、台账	2.5 分,未达到不得分		
符合“B”,并:	A	查阅批文、资料、台账	2.5 分,未达到不得分		
1、抗肿瘤治疗前患者中病理细胞学诊断率 $\geq 99\%$ 。					
2、职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。					
4-8-6 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	4-8-6-1 为出院患者提供较详细的出院医嘱和肿瘤康复指导意见。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	各项指标符合要求:	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		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、有随访制度,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:			
		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、科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录,作为医师能力评价之一。			
3、职能部门对科室有监管,有评价,有记录。	A	查阅批文、资料、台账	2 分,未达到不得分		
符合“B”,并:					
1、职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。	5 分,未达到不得分				

文件中。					
4-8-7 医院建立化疗相关的特殊及严重不良反应报告制度,有急诊处理规范及管理措施。	4-8-7-1 医院建立化疗相关的特殊及严重不良反应报告制度,有急诊处理规范及管理措施。	各项指标符合要求:	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、有针对化疗、内分泌治疗、免疫治疗、生物靶向治疗相关的特殊及严重不良反应的报告制度:			
		(1) 化疗相关的特殊及危重病人上报制度。			
		(2) 医疗安全不良事件报告制度。			
		(3) 危急值报告制度。			
		(4) 药物不良反应上报制度。			
		(5) 急诊绿色通道抢救制度。			
		(6) 急诊会诊制度。			
		2、从事“化疗”各级医师均履职知晓其要求。			
		3、临床药师参与“化疗、内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗严重不良反应”处理过程。			
符合“C”, 并:	B	查阅批文、资料、台账	1分, 未达到不得分		
1、科室有明确的急诊处理及抢救流程。			2分, 未达到不得分		
2、科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录, 作为医师能力评价之一。			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。	A	查阅批文、资料、台账	5分, 未达到不得分		
符合“B”, 并:			5分, 未达到不得分		
1、职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。					
4-8-8 科主任、护士长与临床药师组成质量与安全管理团队, 能定期	4-8-8-1 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。	各项指标符合要求:	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、由科主任、护士长与质量控制小组负责质量和安全管理, 并有工作记录。			
		2、科室能定期(至少每季)分析影响住院诊疗(检查、药物治疗、手术/介入治疗等)计划/方案执行的的因素。			
		3、对上岗的医师与护士有培训与教育的记录。			

分析影响住院诊疗（检查、药物治疗、手术/介入治疗等）计划/方案执行的的因素，对住院时间超过 30 天的患者，进行管理与评价，优化医疗服务系统与流程。		4、相关人员均知晓本部门各项制度及要求。			
		符合“C”，并：			
		1、至少每周一次科综合查房及病例讨论。	B	查阅批文、资料、台账	2.5分，未达到不得分
		2、有对各项规章制度、制度、规范等管理文件有定期研讨修订及培训记录。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。	A	查阅批文、资料、台账	5分，未达到不得分
	4-8-8-2有质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标。	各项指标符合要求：			
		1、有保证诊疗服务质量的相关制度、工作人员岗位职责，并落实。			
		2、有诊疗规范/指南。	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		3、相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。			
		符合“C”，并：			
		1、科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录，作为医师能力评价之一。	B	查阅批文、资料、台账	2.5分，未达到不得分
		2、职能部门对科室有监管，有评价，有记录。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、质量与安全管理制度执行良好，有定期更新，质量安全指标不断提高。	A	查阅批文、资料、台账	5分，未达到不得分
	4-8-8-3诊疗质量全程监控管理；定期评价诊疗质量，有落实持续改进措施的记录。	各项指标符合要求：			
		1、医院对诊疗有明确的质量与安全指标。			
		2、科室/病区质量工作小组有定期开展全面质量管理活动的记录。	C	查阅批文、资料、台账	任何一项未达到不得“C”
	3、相关人员知晓本科室的质量与安全指标要求。				
	符合“C”，并：				
	1、对住院时间超过 30 天的患者，进行管理与评价，提出科内优化医疗服务流程的措施。	B	查阅批文、资料、台账	2.5分，未达到不得分	
	2、科室能定期统计与分析质量与安全指标，对存在的问题与缺陷提出改进意见。			2.5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：				
	1、职能部门对住院时间超过 30 天的患者，进行管理与评价，提出优化各个医疗服务流	A	查阅批文、资料、台账	2.5分，未达到不得分	

		程的措施，其工作成效有评价。			
		2、病例随访，其治愈率、5年生存率高于同级医院平均值。			2.5分，未达到不得分
4-9 疼痛诊疗管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-9-1 医院实施疼痛诊疗服务，有相关管理制度及医师资质管理。	4-9-1-1 医院实施疼痛诊疗服务，有相关管理制度及医师资质管理。	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、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、台账	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。	A	查看现场、查阅资料、台账	5分，未达到不得分		
符合“B”，并：					
1、持续改进有成效，疼痛诊疗相关学科建立协调机制。					
4-9-2 依据服务范围，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。	4-9-2-1 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。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		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。			
		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、根据国家卫健委《癌症疼痛诊疗规范（2018版）》，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。	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		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、台账	5分，未达到不得分		
符合“B”，并：					
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。					
4-9-3 有疼痛治疗常见并发症的预防规范	4-9-3-1 有疼痛治疗常见并发症的预防规范	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“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			

常见并发症的预防规范与风险防范程序,有相关培训教育。	与风险防范程序,有相关培训教育。	关风险。					
		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。	B	查阅资料、台账	5分,未达到不得分		
		符合“B”,并: 1、持续改进有成效,疼痛治疗并发症预防措施规范。	A	查阅资料、台账	5分,未达到不得分		
4-10 中医管理与持续改进							
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准		
4-10-1 中医科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。	4-10-1-1 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。	各项指标符合要求:	C	查阅文件、台账、现场查看 查看查阅文件、资料	任何一项未达到不得“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、台账、现场查看	2分,未达到不得分 1.5分,未达到不得分 1.5分,未达到不得分
		符合“C”,并:					
		1、门诊开设中医专业≥3个。					
		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。					
		3、护士长具有主管护师任职资格,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。	A	查阅资料、台账、现场查看	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。							
4-10-2 建立中医	4-10-2-1 有中医科的工作制度、岗位职责及	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账、现场查看	任何一项未达到不得“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规范,并落实。					

诊疗规范,开展中医特色理,提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	体现中医特色的诊疗规范。	2、根据中医特色,开展培训与教育活动。			
		3、相关人员知晓上述制度、本岗位职责及诊疗规范。			
		符合“C”,并:			
		1、科室定期自查与整改。	B	查阅资料、台账、	2.5分,未达到不得分
		2、职能部门对中医工作规范诊疗情况有检查与监管。			2.5分,未达到不得分
		符合“B”,并:	A	查阅资料、台账、现场查看	5分,未达到不得分
	4-10-2-2 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。	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、台账、病历	任何一项未达到不得“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:	B	查阅资料、台账	5分,未达到不得分
		1、职能部门对中西医开展联合诊治工作有检查与监管。			
		符合“B”,并:	A	查阅资料、台账、现场查看	5分,未达到不得分
4-10-2-3 开展辨证施护,提供具有中医特色的优质护理服务。	各项指标符合要求:				
	1、有中医护理常规、操作规程,体现辨证施护和中医特色。	C	查阅资料、台账、现场查看	任何一项未达到不得“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、台账	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服务。				
	符合“B”,并:	A	查阅资料、台账、现场查看	5分,未达到不得分	
4-10-3 科主任、护士长及具备资质的人	4-10-3-1 科主任、护士长及具备资质的人	各项指标符合要求:			
	1、有由科主任、护士长和具备资质的人员组成的质量管理小组负责科室质量管理工作。	C	查阅资料、台账、现场查看	任何一项未达到不得“C”	

士长及具备资质的人员组成的质量管理小组,根据中医特色,应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动。	员组成的质量管理小组,根据中医特色,应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动。	2、有中医医疗质量与安全控制指标、方案与评价考核制度。			
		3、相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。			
		符合“C”,并: 1、有质量改进措施,应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动	B	查阅资料、台账、现场查看	5分,未达到不得分
		符合“B”,并: 1、中医临床科室病床使用率≥85%,病房中医治疗率≥70%,甲级病案率≥90%。	A	查阅病历、台账	5分,未达到不得分
4-11 放射治疗管理与持续改进					
4-11-1 依法取得《放射诊疗许可证》的基础上,严格遵守《放射诊疗管理规定》,开展放射治疗工作。	4-11-1-1 具有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。机房建筑应取得国家的合格证书。	各项指标符合要求:			
		1、有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。	C	查阅批文、查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		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。			
	符合“C”,并: 1、职能部门对核准与校验资料进行分析反馈,发现问题及时整改。	B	查阅资料、台账	5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	2.5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。			2.5分,未达到不得分	
	4-11-1-2 放射治疗设备具有获得国家卫生行政管理部门核准的《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制	各项指标符合要求: 1、具备开展放射治疗的基本设备(直线加速器治疗机≥2台(至少1台具备电子线出束功能)、后装治疗机≥1台、CT模拟机和/或模拟定位机≥1台、三维计划治疗系统≥1台、质量控制及验证设备)。 2、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》。符合国家相关		C	查看现场、查阅批文、查阅资料

	许可证》。	准入标准。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、有职能部门监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分
	1、至少1台配备图像引导设备，放射治疗设备使用符合规定。				
	4-11-1-3 具备开展放射治疗的基本技术。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、人员访谈和抽查	任何一项未达到不得“C”
		1、根据医院的实际情况开展相应的放疗基本技术。			
		2、具备开展放射治疗的基本技术，已经开展三维适形放疗、调强放疗、常见恶性肿瘤的根治性放疗、术前或术后放疗等。			
		3、放射治疗的基本技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。			
		4、对相关技术人员进行相应的放疗的基本技术培训并考核。			
5、相关人员掌握相应的放疗的基本技术，能够满足临床需求。					
符合“C”，并：		B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
1、职能部门有检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。					
符合“B”，并：	A	查阅资料	2.5分，未达到不得分		
1、持续改进有成效。					
2、开展图像引导放疗			2.5分，未达到不得分		
4-11-2 床位、人员、设备配置及所开展的服务项目符合医院功能要求，满足临床工作需要。	4-11-2-1 床位、人员、设备配置及所开展的服务项目符合医院功能要求，满足临床工作需要。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项未达到不得“C”
	1、独立的放射治疗部门，放射治疗科床位数占医院总床位数比例 $\geq 10\%$ 。				
	2、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。				
	3、设备配置符合医院功能要求：外照射治疗机（直线加速器、）、后装治疗机、CT模拟机和/或模拟定位机、三维计划系统、配有质量保证仪器（电离室剂量仪、晨检仪、自动扫描水箱、剂量验证阵列或胶片剂量仪等）。				

需要。		4、独立开展常规放射治疗技术（包括 X-线，电子束照射）、常规 X-线定位后装放射治疗、三维适形放射治疗、立体定向放射治疗、调强放射治疗或旋转调强放射治疗等。	B	查阅资料	
		5、开展图像引导放射治疗、后装放射治疗、调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，其患者数占全部收治病人比例 $\geq 50\%$ 。			
		符合“C”，并：			
		1、物理师与医生之比不低于 1:5。			
		2、技术员与医生之比不低于 1:2。			
		3、工程师 ≥ 1 人。			
		4、医师中具有高级职称 $\geq 30\%$ 。			
		5、医学物理师中具有高级职称 $\geq 10\%$ 。			
		6、每台加速器每天治疗 ≥ 40 人次。			
		符合“B”，并：			
1、持续改进有成效。					
		2、术中专用加速器、断层治疗机、伽玛刀、三维后装之一。			2.5分，未达到不得分
4-11-3 根治性放疗患者应根据放射治疗计划实施放射治疗，医学物理师应根据高级职称临床医师签名的治疗要求及靶区和处方剂量要求制定放射治疗计划，由高级技术职称医师确认后执行。	4-11-3-1 根治性放疗患者应根据放射治疗计划实施放射治疗，医学物理师应根据高级职称临床医师签名的治疗要求及靶区和处方剂量要求制定放射治疗计划，由高级技术职称医师确认后执行。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、明文规定各种肿瘤疾病的放射治疗适应症及禁忌症。			
		2、放射治疗临床医师依据肿瘤疾病的临床诊断、临床分期及治疗前的各项检查结果，由具有高级专业技术职称的临床医师提出治疗要求（含正常组织限量）及靶区确定。			
		3、具有高级专业技术职称的医学物理师根据治疗要求和剂量处方（含正常组织限量）制定患者放射治疗计划。			
		4、放射治疗计划完成后，由主管医生、主管物理师共同确认放射治疗计划的可执行性及准确性，双方签字后方可实施。			
		5、从事放射治疗相关卫技人员均知晓任职要求，并遵循上述诊疗流程。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	

疗计划,由高级技术职称医师确认后执行。		1、科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。	A	查阅资料、台账	2.5分,未达到不得分
		2、职能部门监管科室的执行力有评价记录。			2.5分,未达到不得分
		符合“B”,并:			5分,未达到不得分
		1、职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。			
4-11-4 首次治疗前,应有医学物理师独立验证治疗计划;首次治疗应有主管医师和验证治疗计划的物理师参加;治疗过程中根据患者情况及时调整放射治疗计划;放射治疗后有患者随访记录。	4-11-4-1 首次治疗前,应有医学物理师独立验证治疗计划;首次治疗应有主管医师和验证治疗计划的物理师参加;治疗过程中根据患者情况及时调整放射治疗计划;放射治疗后有患者随访记录。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账、人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、放射治疗计划由具有高级专业技术职称的临床医师及医学物理师共同确认。			
		2、有讨论放射治疗计划的制度,有放射治疗过程中根据情况及时调整放射治疗计划的相关流程。			
		3、有放射治疗定位精确与剂量准确的相关程序。			
		4、放射治疗计划规范、放射治疗定位精确、剂量准确。			
		5、在首次治疗前,应由物理师独立验证治疗计划。			
		6、首次治疗时,主管医师和设计计划的物理师均应参加,为患者摆位正确,验证率应达到100%(采集治疗部位的透视图像或断层图像来验证治疗部位等中心位置),并在治疗单上有记录。			
		7、相关人员掌握上述诊疗流程。	B	查阅资料、台账	1分,未达到不得分
		符合“C”,并:			2分,未达到不得分
		1、放射治疗计划实施中,每月应有治疗阶段小结,治疗计划完成后有治疗小结,及时就治疗计划实施效果进行评估。			2分,未达到不得分
		2、科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。	A	查阅资料、台账	2.5分,未达到不得分
		3、职能部门监管科室的执行力有评价记录。			2.5分,未达到不得分
		符合“B”,并:			
1、有放射治疗后患者随访制度及相应记录。					
2、职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。					

4-11-5 放射治疗需按相关规定获取病理（细胞学）诊断结果支持，有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果者，需提交科室讨论确定，并征得病人书面知情同意。	4-11-5-1 放射治疗需按相关规定获取病理（细胞学）诊断结果支持，有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果者，需提交科室讨论确定，并征得病人书面知情同意。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、人员访谈	任何一项未达到不得“C”		
		1、放射治疗需有病理（细胞学）诊断结果支持。					
		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，记入病历，并征得病人书面知情同意。					
		4-11-5 放射治疗需按相关规定获取病理（细胞学）诊断结果支持，有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果者，需提交科室讨论确定，并征得病人书面知情同意。	4-11-5-1 放射治疗需按相关规定获取病理（细胞学）诊断结果支持，有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果者，需提交科室讨论确定，并征得病人书面知情同意。	3、从事放射治疗相关卫技人员均知晓履职要求，并遵循上述诊疗流程。	B	查阅资料、台账	1分，未达到不得分 1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“C”，并：			
				1、放射治疗有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。			
				2、科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。			
4-11-5 放射治疗需按相关规定获取病理（细胞学）诊断结果支持，有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果者，需提交科室讨论确定，并征得病人书面知情同意。	4-11-5-1 放射治疗需按相关规定获取病理（细胞学）诊断结果支持，有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果者，需提交科室讨论确定，并征得病人书面知情同意。	3、职能部门监管科室的执行力有评价记录。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分		
		4、对于难以获取病理（细胞学）诊断的特殊病例治疗，有定期的疗效和副作用的评估记录。					
		符合“B”，并：					
4-11-6 有放射防护制度和措施，并能严格执行。有对受检患者实施防护的制度。	4-11-6-1 有放射防护制度和措施，并能严格执行。有对受检患者实施防护的制度。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料	任何一项未达到不得“C”		
		1、有落实放射治疗和放射防护管理制度。					
		2、放射治疗场所按相应标准配置监测设备，放射诊疗工作场所、设备及人员放射防护检测、监测符合规定，工作人员佩戴个人放射剂量计并有剂量监测记录。					
		3、对新安装、维修或更换重要部件后的设备，应出具相关机构检查合格证明。					
		4、在相关的放射场所应设置比较显见的警示标识。					
		5、放射治疗机的使用有操作规范与程序，有必要的联锁设置。					
		6、工作人员具备放射防护培训证书。					
		7、患者的防护措施必须要有制度保证能够得到执行： (1) 对已怀孕或可能怀孕的妇女及儿童要特别告知放射治疗的风险。					

		(2) 告知患者接受放射治疗的注意事项, 包括放疗时的体位保持、呼吸调节、在身体出现不适时如何示意工作人员等。				
		8、从事放射治疗相关卫技人员均知晓任职要求, 并遵循。				
		符合“C”, 并:				
		1、科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。	B	查阅资料、台账	2.5分, 未达到不得分	
		2、职能部门监管科室的执行力有评价记录。			2.5分, 未达到不得分	
		符合“B”, 并:				
		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%。	A	查阅资料、台账	5分, 未达到不得分	
4-11-7 建立有效的放射治疗意外应急预案、应急处置措施和执行。	4-11-7-1 建立有效的放射治疗意外应急预案、应急处置措施和执行。	各项指标符合要求:				
		1、制定防范和处置放射事件的应急预案。				
		2、放射治疗与核医学工作场所的监测与预防放射治疗意外处理规范与流程, 具体措施能到位。				
		3、工作人员能掌握心肺复苏的基本技能, 配备相关药品、器材和氧气等。				
		4、放射治疗设备和场所设置醒目的警示标志。				
		5、照射过程中, 应密切观察设备运行情况, 发现异常时, 应立即停止照射, 详细记录并查明原因, 及时修正, 在修正完成前不应对患者进行治疗。				
		6、治疗过程中由于治疗机故障出现治疗中断, 应根据中断的具体情况制定进一步补救的合理方案。				
		7、放射治疗完成后, 若发现放射源未退回贮存位置, 应迅速将患者从治疗室内转移出去, 放射治疗技师应详细记录完成正常照射后患者在室内滞留时间和所处位置等信息, 为估算患者超量受照剂量保留详细记录。				
		8、从事放射治疗相关卫技人员均知晓并遵循任职要求。				
		符合“C”, 并:				
				1、科室质控人员对各级医师的反应力有评价记录。	B	查阅资料、台账
		2、职能部门监管科室的执行力有评价记录。			2.5分, 未达到不得分	
			C	查看现场、查阅资料、人员访谈和抽查	任何一项未达到不得“C”	

		符合“B”，并： 1、职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
4-11-8 设有专人定期对放射治疗设备进行质量控制检查，并建立设备质量控制档案。	4-11-8-1 设有专人定期对放射治疗设备进行质量控制检查，并建立设备质量控制档案。	各项指标符合要求： 1、全部放射治疗设备验收符合国家或国际标准（如，加速器、钴-60机、后装机、模拟机、CT模拟机、激光灯的检查等项目、频度达到相应的国家（或国际）标准），并有记录档案可证实。	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		2、定期（至少每半年）对加速器输出剂量和位置检测，并有记录。			
		3、对后装治疗机三个月至半年需要剂量测量，并有记录。			
		4、相关卫技人员均知晓履职要求，并遵循。			
		符合“C”，并： 1、建立设备维修、保养制度，并有记录。	B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分
		2、科室质控人员对各级人员的执行力有评价记录。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
4-11-9 科主任、物理师、工程师与技术师、工程师与技术师组成的质量与管理团队，建立质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进	4-11-9-1 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。	各项指标符合要求： 1、由科主任、临床高级职称医师、物理师、工程师与技术师组长组成的质量与管理团队负责质量和安全管理，建立质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，并有工作记录。	C	查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		2、相关人员知晓本人履职要求。			
		符合“C”，并： 1、对上岗的医师与护士有培训与教育的记录。	B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分
		2、有对各项规章制度、制度、规范等管理文件有定期研讨修订及培训记录。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、治愈率、5年生存率高于同级医院平均值。	A	查阅资料	2.5分，未达到不得分

制度,按规定开展质量控制,并有记录。		2、放射治疗质量控制各环节计算机自动控制与记录的程度大于 50%。			2.5 分,未达到不得分	
	4-11-9-2 有质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标。	各项指标符合要求:		C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、有保证诊疗服务质量的相关制度文件。				
		2、有诊疗规范与质量安全指标。				
		3、对上岗的医师与护士有培训与教育的记录。				
		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	1分,未达到不得分 2分,未达到不得分 2分,未达到不得分	
	1、有对各项规章、制度、规范等管理文件有定期研讨、修订及培训记录。					
	2、科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录。					
	3、职能部门监管科室的执行力有评价记录。					
	符合“B”,并:		A	查阅资料	5分,未达到不得分	
	1、对新的或更新后的管理文件有培训、试用、再完善的程序。					
	4-11-9-3 诊疗质量全程监控管理;定期评价诊疗质量,有落实持续改进措施的记录。	各项指标符合要求:		C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		1、医院对放射诊疗有明确的质量与安全指标。				
2、落实三级查房制度和病例讨论制度,确保患者得到正确、规范治疗:						
(1) 对于常见肿瘤,应建立单病种治疗规范,并严格遵照执行。治疗规范中应明确对模拟定位、靶区定义、处方剂量(含正常组织限量)、计划设计、计划验证和治疗实施的具体要求。						
(2) 主管医师在治疗前需履行知情告知制度,签署治疗知情同意书。						
(3) 通过多学科讨论制订疑难、重症患者的治疗方案。						
(4) 对放射治疗过程和效果评价有明确的规范与流程,有定期对疗效和副作用的观察和记录。						
(5) 30%以上患者参加了针对诊治方案、由科室或专业组定期开展的集体查房和讨论,并有相应记录。						

		(6) 定期对疑难、重症病例进行讨论分析, 得出相关经验和教训, 进一步指导临床实践, 有改进的记录。			
		3、相关人员知晓本科/室/组的诊疗质量全程监控管理要求。			
		符合“C”, 并:			
		1、本科或病区能够开展全面质量管理活动, 分析和评价质量与安全指标, 对其存在的问题与缺陷提出改进意见, 并有记录。			
		2、对各项规章制度、制度、规范等管理文件有定期研讨修订和培训记录。			
		3、50%以上患者参加了针对诊治方案、由科室或专业组定期开展的集体查房和讨论, 并有相应记录。			
		符合“B”, 并:			
		1、对评价、监管结果(问题与缺陷)有持续改进的事实。			
		2、70%以上患者参加了针对诊治方案、由科室或专业组定期开展的集体查房和讨论, 并有相应记录。			

4-12 重症医学科管理与持续改进

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 重症医学科布局、设备设施、床位设置与人力资源配置与能力、设置及医院感染控制符合《重症医学科建	4-12-1-1 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。	各项指标符合要求: 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 1%。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。	C	查看现场、查阅文件、资料、人员访谈	任何一项未达到不得“C”

设与管理指南(试行)》的基本要求。		5、重症医学科医师人数与床位数之比不低于 0.8:1, 固定医师床位比≥50%; 护士人数与床位数之比不低于 2.5:1。								
		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。								
		符合“C”, 并:								
		1、重症医学床位占医院总床位的比例大于 1%且小于 3%。				B	查看现场、查阅文件、资料、人员访谈	1 分, 未达到不得分		
		2、信息系统有支持医疗质量管理和医院感染监控的功能。						2 分, 未达到不得分		
		3、科主任具有主任医师资格。						1 分, 未达到不得分		
		4、职能部门对重症医学科设备设施、床位及人力资源管理有检查与监管。						1 分, 未达到不得分		
		符合“B”, 并:				A	查看现场、查阅文件、资料、人员访谈			
		1、重症医学床位占医院总床位的比例达到 3%。						2.5 分, 未达到不得分		
2、全院重症医学床位实行统一管理。	2.5 分, 未达到不得分									
4-12-2 有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征, 实行“危重程度评分”, 定期评价收住患者的适宜性及临床诊疗质量, 并能以此评价改	4-12-2-1 有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征, 实行“危重程度评分”。	各项指标符合要求:								
		1、有重症医学科规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程, 并执行。								
		2、有重症医学科收住患者的范围、转入和转出标准及转出流程。								
		3、对入住重症医学科的患者实行疾病严重程度评估并执行, 转入(出)符合标准, 评分规范。								
		4、按要求上报省级质控中心信息报表, 内容真实、完整。								
		5、抗菌药物应用、储备药品、一次性耗材使用合理、规范。								
		符合“C”, 并:				C	查看现场、查阅资料、台帐人员访谈	任何一项未达到不得“C”		
		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。						B	查看现场、查阅资料、台帐人员访谈	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			

进措施的有效性。		1、有数据表明质量与安全持续改进。		访谈	2.5分，未达到不得分
		2、省级质控中心年度考核结果达到优秀等级。			2.5分，未达到不得分
4-12-3 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。	4-12-3-1 建立多学科协作机制。	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。					

4-13 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
4-13-1 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。	4-13-1-1 临床检验项目满足临床需要。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
		1、按照《医疗机构临床实验室管理办法》的要求，全院临床实验室集中设置，统一管理，资源共享。			
		2、开展检验项目满足临床需要。			
		3、检验项目具有前沿性、能够保证疑难疾病的诊断。			
		4、检验项目应覆盖医院各临床科室所诊治的病种。			
		5、对本院临床诊疗临时需要，而不能提供的特殊检验项目，可委托其他三级甲等医院提供服务，或多院联合开展服务，但应签署医院之间的“委托服务协议”，有质量保证条款。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
1、根据临床各学科诊治病种需求，及时增加新项目。					
2、微生物检验项目对院内感染控制及合理用药提供充分支持。	A	查阅资料、台账、查看	2.5分，未达到不得分		
符合“B”，并：					

	1、以书面或网络形式定期（至少每季）向临床科室通报细菌耐药情况。		现场	2.5分，未达到不得分
	2、至少每半年一次向临床征求对项目设置合理性意见，持续改进，确保检验项目满足临床需求。			2.5分，未达到不得分
4-13-1-2 能提供24小时急诊检验服务。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
	1、能提供24小时×7天检验服务。			
	2、急诊项目设置充分征求临床科室意见，使检验项目既能满足危急情况下诊断治疗的需求，又不过度浪费急诊资源。			
	3、明确急诊检验报告时间，临检项目≤30分钟出报告，生化、免疫项目≤2小时出报告。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
	1、检验项目满足危急情况下诊疗需求，开展必须的常规检查。			
	2、急诊检验项目在规定时间内报告。			
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
	1、开展急性心肌梗死标志物、凝血和感染等指标的急诊测定，满足临床危急情况下诊疗需求。			
	2、临床各科对开展急诊检验服务满意度高。			
4-13-1-3 实施危急值报告制度。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
	1、有危急值报告制度与报告流程。			
	2、根据临床需要，共同制定危急值报告项目和范围。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分
	1、检验人员熟悉危急值报告项目和范围。			
符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分	
1、有完整的危急值报告登记资料。				
4-13-1-4 检验项目、设备、试剂管理符合现	各项指标符合要求：	C	查阅批文、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
	1、检验项目符合卫生行政部门准入范围。			

行法律法规及卫生行政部门标准的要求。	2、检验仪器、试剂三证齐全，符合国家有关部门标准和准入范围。			
	3、检验收费经过物价部门核准。			
	4、相关人员知晓任职要求。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
	1、职能部门定期对开展项目和仪器、试剂管理进行监督检查，对存在问题及时改进。			2.5分，未达到不得分
	2、进行恰当的方法学验证以保证准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围设定等各项技术参数均能符合临床使用需求。	A	查阅资料、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			2.5分，未达到不得分
	1、仪器、试剂三证均在有效期内。			
	2、项目收费规范，无违规收费。			
	4-13-1-5 有科室新项目审批及实施流程。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场
1、有科室新项目审批及实施流程。				
2、新项目开展应至少包括以下几个步骤：				
(1) 新项目开展前应收集相关的检验资料。				
(2) 征求相关临床科室专家意见。				
(3) 评估新项目开展的意义。				
(4) 评估开展该检验项目所需人力、设备及空间资源。				
(5) 核定该项目开展所需仪器、试剂的三证是否齐全。				
(6) 核定该项目的收费情况或在卫生与物价行政部门备案情况。				
符合“C”，并：		B	查阅资料、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
1、有新项目实施后的跟踪，听取临床对新项目设置合理性的意见，改进项目管理。	2.5分，未达到不得分			
2、有职能部门监管记录。	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分	
符合“B”，并：				
1、新项目开展符合规范，审批资料完整，为提高诊疗质量提供支持。				

4-13-2 有实验室安全流程, 制度及相应的标准操作流程, 遵照实施并记录。	4-13-2-1 有实验室安全管理制度和流程。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账、访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、检验科主任为实验室安全第一责任人。			
		2、有实验室安全管理制度和流程。严格规定各个场所、各工作流程及不同工作性质人员的安全准则。			
		3、保存完整的安全记录。			
		4、开展安全制度与流程管理培训, 相关人员知晓本岗位的履职要求。			
	符合“C”, 并:	B	查阅资料、台账、查看现场	1分, 未达到不得分	
	1、各实验室设置安全员, 负责各个场所的安全。			2分, 未达到不得分	
	2、保存完整的各项安全相关活动记录。			2分, 未达到不得分	
	3、职能部门对实验室质量安全工作有检查和监管。				
	符合“B”, 并:	A	查阅资料、台账、查看现场、访谈	5分, 未达到不得分	
	1、严格执行安全规程, 定期进行安全检查, 定期研究安全管理, 保障实验室安全, 各项记录完整。				
	4-13-2-2 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。	4-13-2-2 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、台账、查看现场
1、实验室生物安全分区合理, 有明确的实验室生物安全等级标志。					
2、合理设计工作流程以避免交叉污染。					
符合“C”, 并:		B	查阅资料、人员访谈	2.5分, 未达到不得分	
1、严格按照生物安全要求进出分子生物学实验室、HIV 初筛实验室。				2.5分, 未达到不得分	
2、有职能部门监督检查。		A	查阅资料、台账、查看现场、人员访谈	2.5分, 未达到不得分	
符合“B”, 并:				2.5分, 未达到不得分	
1、结核检测实验室应至少达到 P2 实验室标准。					
2、无违规情况。					
4-13-2-3 实验室配置充分的安全防护设施。	4-13-2-3 实验室配置充分的安全防护设施。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账、查看现场、人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、根据工作人员的不同工作性质, 按照行业规范进行充分的个人防护。			

	2、配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施及耗材，并保证以上设施可正常工作。			
	3、设立适当的警示标识，对生物安全、防火防爆安全、化学安全等做出充分警示。			
	4、如开展放射免疫分析和其他使用放射性同位素的检测，保证使用放射性同位素时患者和工作人员的安全性。			
	5、对相关人员进行培训。			
	符合“C”，并：			
	1、根据实验等级设置个人防护，能执行。	B	查阅资料、台账、查看现场、人员访谈	1分，未达到不得分
	2、实验室出口处设有专用手部消毒设备。			2分，未达到不得分
	3、各种设施定期维护，保障正常。			2分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分
4-13-2-4 有消防安全保障。	各项指标符合要求：			
	1、建立易燃、易爆物品的储存使用制度。			
	2、设置专门的储藏室、储藏柜。	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
	3、指定专门人员负责实验室的消防安全。			
	4、定期检查灭火器的有效期。			
	5、保持安全通道畅通。			
	符合“C”，并：			
	1、定期检查各种电器，电路是否存在安全隐患。	B	查阅资料、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
	2、对消防安全检查发现的问题，及时整改。			2.5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、有关人员掌握消防安全知识与基本技能，进行消防演习并持续改进。	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分
4-13-2-5 实验室制订各种传染病职业暴露	各项指标符合要求：			
	1、制订各种传染病职业暴露后应急预案。职业暴露后的应急措施，并详细记录处理过程。	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”

	的应急措施,并详细记录处理工程。	2、相关人员知晓职业暴露的应急措施与处置流程。			
		符合“C”,并:	B	查阅资料、台账、查看现场	5分,未达到不得分
		1、对实验室工作人员进行职业暴露的培训及演练,并作相关记录。			
		符合“B”,并:	A	查阅资料、台账、查看现场	5分,未达到不得分
	1、有职业暴露处置登记及随访记录,有根据职业暴露的案例分析改进职业暴露管理。				
	4-13-2-6 实验室制定针对不同情况的消毒措施,并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
		1、制订针对不同情况的消毒措施并实施。			
		2、定期监控各种消毒用品的有效性。			
		3、有标本溢洒处理流程。			
		4、相关人员掌握消毒办法与消毒用品的使用。	B	查阅资料、台账、查看现场	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、保留各种消毒记录,记录完整。			
2、定期对消毒用品的有效性进行监测。					
3、职能部门定期检查、分析、反馈、整改。		A	查阅资料、台账、查看现场	5分,未达到不得分	
符合“B”,并:					
1、分析监测结果,改进消毒管理。					
4-13-2-7 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”	
	1、依据相关法律法规要求制定实验室废弃物、废水的处理流程并落实。				
	符合“C”,并:	B	查阅资料、台账、查看现场	2.5分,未达到不得分 2.5分,未达到不得分	
	1、有明确的责任人,定期检查整改,以保证对人员及环境的危害降至最低。				
	2、职能部门有监管记录,有改进措施。	A	查阅资料、台账、查看现场	5分,未达到不得分	
符合“B”,并:					
1、实验室废弃物、废水处理登记资料完整,处理规范,无污染事件发生。					
4-13-2-8 实验室应	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账、查看		

	建立微生物菌种、毒株的管理规定，并安排专人进行监督。	1、建立微生物菌种、毒株的管理规定与流程。	B	现场	任何一项未达到不得“C”			
		2、微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。						
		符合“C”，并：						
		1、样品收集、取用有相应的过程记录。						
		2、有相应的应急预案。						
	4-13-2-9 实验室建立化学危险品的管理制度。	3、职能部门有监管记录，有改进措施。	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分			
		符合“B”，并：						
		1、实验室微生物菌种、毒株收集、取用、处理记录完整，无意外事件发生。						
		各项指标符合要求：				C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“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达到100%。	B	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分					
符合“C”，并：								
1、有职能部门监管的记录。								
4-13-3 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	4-13-3-1 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分			
		1、有根据监管情况，持续改进危险品管理工作。						
		各项指标符合要求：				C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
1、医院明确规定临床检验工作人员的资质与能力要求。从事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、分子生物学实验室、HIV初筛实验室检验人员经培训考核后持卫生行政管理部门核发的上岗证方可独立工作。								
		3、大型生化分析仪操作人员经过考核后持原卫生部核发的上岗证上岗。						

释检查结果。		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	
		1、科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。			2.5分，未达到不得分
		2、职能部门对分子生物学实验室、HIV初筛实验室、生化室操作人员资质进行定期审核。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、对从事临床检验工作的专业技术人员资质有动态监管，有信息系统提供支持，无违规行为。	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分
		4-13-3-2 不同实验室各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
		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。			
		1、不同实验室应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。			
	2、选择并授权具有相关资质、经验丰富及较高技术水平和业务能力的人员负责检验全程质量控制工作及结果解释工作。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	
1、对授权工作实行动态管理。		2.5分，未达到不得分			
2、有职能部门监督检查，评价培训效果。		2.5分，未达到不得分			
符合“B”，并：					
	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。	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分	
	4-13-4-1 保证每一项各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”	
	4-13-4 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。				
	1、实验室应采用量值溯源，校准验证，能力验证或室间质评，实验室间的比对等方式充分保证每一项检验结果的准确性。				
符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分		
1、开展室内质控与室间质评，保障检验质量。					
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分	
	1、室内质控与室间质评结果达到质量控制目标。				
4-13-4-2 严格执行检	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看		

	验报告双签字制度。	1、严格执行检验报告双签字制度（急诊除外）。	B	现场	任何一项未达到不得“C”
		2、指定经验丰富，技术水平和业务能力较高的人员负责检验报告的审核。			
		符合“C”，并：			
		1、审核重点识别分析前阶段，由于标本不规范所带来的结果错误。			
		2、对于识别出的分析前不合格标本，应保留相关记录。			
		3、制定复检制度并保留相关的复检记录。			
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分	
					1、有根据审核结果进行整改的措施，改进检验报告质量。
	4-13-4-3 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
		1、严格遵守国家或地方卫生行政管理部门的相关规定，制定明确的检验报告时限（TAT）。			
		2、定期评估检验结果的报告时间。			
		3、明确规定“特殊项目”清单。特殊项目的检测，原则上不应超过1周时间；提供预约检测。			
		符合“C”，并：			
		1、临检常规项目≤30分钟出报告。			
		2、生化、免疫常规项目≤1个工作日出报告。			
		3、微生物常规项目≤4个工作日。			
		4、时限符合率≥90%。			
		5、职能部门对检验报告时限管理有检查与监管。			
符合“B”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	1分，未达到不得分		
				1、对存在的问题持续改进有成效。	
4-13-4-4 检验报告格式规范、统一。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”	
	1、检验报告单格式规范、统一，有书写制度。				
	2、报告单提供中文或中英文对照的检测项目名称。				

		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、结果报告时间。			
		5、有双签字。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
		1、科室有专门人员定期自查、反馈、整改。			
		2、有职能部门监督检查、反馈，落实整改措施。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分
		1、检验报告合格率达到100%。			
4-13-5 有试剂与校准品管理规定，保证检验结果准确合法。	4-13-5-1 有管理试剂与校准品制度，保证检验结果准确合法。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
		1、有试剂与校准品管理的相关制度。			
		2、专人管理，有明确的岗位职责。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	1分，未达到不得分
		1、试剂与校准全部符合法规规定的标准。			1分，未达到不得分
		2、医院统一采购，渠道合法。			1分，未达到不得分
		3、有使用登记制度。			2分，未达到不得分
		4、职能部门对检验试剂及校准品的管理使用有监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
		1、试剂全部符合国家标准，获得相应的批准文号。			2.5分，未达到不得分
2、无因试剂和校准品管理问题影响检验结果的准确性的情况发生。					
4-13-6 为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。	4-13-6-1 实验室与临床建立有效的沟通方式。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”
		1、实验室与临床建立有效沟通机制，通过多种形式和途径（如电话或网络等），及时接受临床咨询。			
		2、实验室通过有效的途径（如参与临床查房、现场宣讲、提供网络资料等）宣传新项目的用途，解答临床对结果的疑问。			

务。		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看 现场	5分，未达到不得分			
		1、定期对咨询情况和沟通信息进行总结分析，针对共性问题，开展培训。						
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看 现场	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。						
4-13-7 科主任与具备资质的质量控制人员组成质量管理小组，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，开展室内质控、参加室内质评；对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。	4-13-7-1 由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，制定质量与安全管理计划和质量管理控制指标，开展质量管理工作。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看 现场	任何一项未达到不得“C”			
		1、由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，组成人员结构合理，可覆盖各实验室，有明确的职责。						
		2、有质量与安全管理工作计划并组织实施。						
		3、建立质量体系文件，包括质量手册、程序文件、标准操作规程和记录表格等。						
		4、有质量与安全监控指标，并定期进行量化评估。						
		5、相关人员知晓本岗位的履职要求。						
	4-13-7-2 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。	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看 现场	5分，未达到不得分			
		1、质量体系完整，质量与安全监控指标覆盖全面，能监控分析前、中、后关键流程。						
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看 现场	5分，未达到不得分			
		1、有质量与安全管理完整资料，体现持续改进成效。						
		各项指标符合要求：				C	查阅资料、台账、查看 现场	任何一项未达到不得“C”
		1、实验室与护理部、医院感染控制部门共同制订完整的标本采集运输指南，临床相关工作人员可以方便获取。						
2、实验室有明确的标本接收、拒收标准与流程，保留标本接收和拒收的记录。								
3、对标本能全程跟踪，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、对临床相关人员进行定期培训。								
符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看 现场	2.5分，未达到不得分					
1、实验室与护理部、医院感染管理部门有监管流程与记录。								

		2、根据监管情况，针对存在问题落实整改措施。			2.5分，未达到不得分			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	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。						
4-13-7-3 常规开展室内质控。	各项指标符合要求：	1、室内质控覆盖实验室全部检测项目及不同标本类型。	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”			
		2、保证每检测批次至少有1次室内质控结果。						
		3、制定实验室室内质控规则。						
		4、室内质控报告有负责人签字。						
		5、室内质控重点项目：						
		(1) 临床化学、免疫学、血液学和凝血试验的质量控制流程。						
		(2) 血涂片评价和分类计数的质量控制流程。						
		(3) 细菌、分枝杆菌和真菌检测的质量控制流程。						
		(4) 尿液分析和临床显微镜检查的质量控制流程。						
		(5) 采用质量控制鉴别病毒鉴定试验中的错误检验结果。						
		(6) 病毒鉴定的实验室须保留相关记录。						
		(7) 对未知标本进行血清学检测时，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、台账、查看现场	2.5分，未达到不得分
		1、定期评估室内质控各项参数及失控率。						
2、有效处理失控，应详细分析失控原因，处理方法及评估临床影响，提出预防措施。	A	查阅资料、台账、查看现场	5分，未达到不得分					
符合“B”，并：								
1、室内质控文件齐全，记录完整。根据失控原因分析，持续改进检验质量。	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“C”					
4-13-7-4 参加室间质评或能力验证计划。				各项指标符合要求：				
1、参加省级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全部检测项目及不同标本类型。						

		3、明确无法提供相应评价计划的项目的目录/清单。			
		4、对无法提供相应评价计划的项目，应有替代评估方案。			
		5、参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看 现场	5分，未达到不得分
		1、室间质评计划成绩合格率≥80%。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看 现场	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		1、室间质评计划成绩合格率≥90%。			
		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。			
4-13-7-5 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、台账、查看 现场	任何一项未达到不得“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、使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。			
		3、对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看 现场	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		1、有专人负责仪器设备保养、维护与管理。			
		2、有定期校准、维修维护记录。	A	查阅资料、台账、查看 现场	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
	1、仪器设备规范操作合格率达100%。				
4-13-7-6 所有 POCT 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、台账、查看 现场	任何一项未达到不得“C”
		1、有规定对所有 POCT 项目开展室内质控，并参加室间质评。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看 现场	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		1、定期对 POCT 结果进行比对，并包括大型仪器检测结果与各 POCT 点之间的比对，并明确比对的允许偏倚。			
		2、对超出允许范围的应及时进行校准和纠正，有工作记录。			
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看		

		1、POCT 项目比对达到 100%。		现场	5 分，未达到不得分
4-13-7-7 实验室信息管理完善。		各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账、查看现场	任何一项未达到不得“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。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账、查看现场	2.5 分，未达到不得分
		1、提供自助取化验报告单系统。			
		2、标本使用条形码管理。			
符合“B”，并：	A	查阅资料、台账、查看现场	5 分，未达到不得分		
1、实验室数据至少保留 3 年以上在线查询资料。					
4-14 病理管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-14-1 病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，服务项目满足临床诊疗需要。	4-14-1-1 病理科应具有与其功和任务相适应的服务项目。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台账、现场	任何一项未达到不得“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、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。	B	查看资料、台账、访谈	5 分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对服务项目和外包服务有监管。			
符合“B”，并：	A	查看资料、台账、访谈	5 分，未达到不得分		
1、能够开展分子病理检测，并有合格的实验室质控。					
	4-14-1-2 病理科应具有	各项指标符合要求：	C	现场查看	

	有适宜的工作场所。	1、病理科布局合理，符合生物安全的要求。污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区分区，有严格的消毒及核查制度。			任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并：	B	查看资料、台账、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	查看资料、台账、访谈	5分，未达到不得分
	4-14-1-3 病理科有必需的专业技术设备、设施，使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。	各项指标符合要求：	C	查看资料、台账、访谈	任何一项未达到不得“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。			
		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、台账、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。			
4-14-2 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	4-14-2-1 人员配备和岗位设置应满足工作需要，岗位职责明确。	各项指标符合要求：	C	查看文件、资料、访谈	任何一项未达到不得“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、台账、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、台账、现场访谈	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，人员配备每百张病床 1-2 名病理科医师，技术（辅助）人员与医师比例 1:2。			
	4-14-2-2 由具备病理	各项指标符合要求：	C	查看文件、资料、访谈	

相关规定。	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。	1、出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习 1-3 年。			任何一项未达到不得“C”		
		2、快速病理诊断医师应当具有副高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：					
	1、科室有完善的医师授权动态管理制度，并落实，有记录。	B	查看文件、资料、访谈	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。			2.5 分，未达到不得分			
	符合“B”，并：	A	查看文件、资料、访谈	5 分，未达到不得分			
	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。						
	4-14-2-3 病理科有病理科医师人才培养计划，以及病理技术人员继续教育与技能培训。	各项指标符合要求：	C	查看文件、资料、访谈	任何一项未达到不得“C”		
1、有病理科医师人才培养计划，并落实。							
2、有医师专业水平定期考核制度。							
3、病理技术人员应当具有相应的专业学历，并接受继续教育与技能培训。							
4、对技能培训考核不合格人员，有再培训的记录。							
符合“C”，并：		B				查看资料、台账、现场访谈	5 分，未达到不得分
1、职能部门对人才培养、继续教育与技能培训落实有监管。							
符合“B”，并：	A	查看资料、台账、现场访谈	5 分，未达到不得分				
1、持续改进有成效，人才培养计划得到有效落实，技术人员能力满足临床服务需求。							
4-14-3 有医院感染控制与环境安	4-14-3-1 有环境安全管理程序与措施。环境保护及人员职业安全	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。						

全管理程序与措施, 遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。	防护符合规定。	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(易制毒品、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:							
		1、病理取材室符合“P2”级实验室要求。							
		2、职能部门有监管, 对存在问题与缺陷的提出改进措施。							
		符合“B”, 并:							
		1、持续改进有成效, 无环境污染事件和职业损害事件发生。	A	查阅批文、资料、现场查看、访谈	5分, 未达到不得分				
4-14-4 及时提供规范的病理诊断报告, 有严格审核制度。	4-14-4-1 病理诊断应 按照相应的规范, 有复查制度、科内会诊制度。	各项指标符合要求:	C	查看资料、台账、现场访谈	任何一项未达到不得“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:							
		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。							
		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。				A	查看资料、台账、现场访谈	5分, 未达到不得分	
		4-14-4-2 病理诊断报				各项指标符合要求:	C	查看资料、台账、现场	

告书应准时、规范、文字准确，字迹清楚。	1、对病理诊断报告内容与格式有明确规定。		访谈	任何一项未达到不得“C”
	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	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、职能部门对病理诊断报告有监管，并有记录。			
	符合“B”，并：	A	现场查看、查阅资料	5分，未达到不得分
	1、持续改进有成效，病理报告书写内容与格式全部符合规范。			
	4-14-4-3 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。	各项指标符合要求：	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。				
4-14-4-4 建立规范的院际病理切片会诊制度。	各项指标符合要求：	C	查看文件、台帐、访谈	任何一项未达到不得“C”
	1、有院际病理切片会诊管理制度，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副高及以上职称。			
	3、书面诊断意见必须有会诊病理医师的签字。	B	查阅资料、台帐、访谈	
符合“C”，并：				

		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。	A	查阅批文、现场查看、 访谈	5分，未达到不得分
4-14-5 临床病理医师能够解读临床病理检查结果，为临床诊断提供支持服务。	4-14-5-1 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。	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。	B	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，临床科室对病理科的满意度高。	A	查阅资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
		4-14-6-1 病理检查的质量管理措施到位。	C	查阅资料、台帐、访谈	任何一项未达到不得“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。	B	查阅资料、台帐、访谈	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
4-14-6 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。	4-14-6-1 病理检查的质量管理措施到位。	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。	B	查阅资料、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，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
		4-14-6-2 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。	C	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	任何一项未达到不得“C”
		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	C	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	任何一项未达到不得“C”

		等传染性标本，需注明。			
		2、相关人员知晓，并正规填写。			
		符合“C”，并：	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
4-14-6-3 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。		各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	
		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。			任何一项未达到不得“C”
		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			
4-14-6-4 病理标本检查和取材规范、有质控措施和记录。		各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐、访谈、现场查看	
		1、取材前阅读申请单中的内容，初步判断病变的性质。			任何一项未达到不得“C”
	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。	B	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	2.5 分，未达到不得分
	2、职能部门对标本全程管理有检查、分析、反馈。			2.5 分，未达到不得分
	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，整资完整。	A	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	5 分，未达到不得分
4-14-6-5 常规病理制片应按照相应的规范、有质量控制措施和记录。	各项指标符合要求：			
	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。	C	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	任何一项未达到不得“C”
	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。	B	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	5 分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、持续改进有成效，行业质评常规切片质量均达到优良级。	A	查阅批文、现场查看	5 分，未达到不得分
4-14-6-6 有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。	各项指标符合要求：			
	1、有保证术中快速病理诊断合理使用指征的规定与程序。	C	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	任何一项未达到不得“C”
	2、有单件标本的冰冻切片制片应在 15 分钟内完成的规定与程序。			
	3、有病理诊断报告在 30 分钟内完成的规定与程序。			
	4、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。	B	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	2.5分，未达到不得分
	2、职能部门有检查、反馈、提出整改意见。			2.5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、持续改进有成效，术中快速病理诊断准确率不断提高。	A	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	5分，未达到不得分
4-14-6-7 如开展特殊染色应有制度保证和操作规范。	各项指标符合要求：			
	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。	C	查看资料、台帐	任何一项未达到不得“C”
	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。	B	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，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
4-14-6-8 有制度保证免疫组织化学染色操作的规范和准确。	各项指标符合要求：			
	1、有免疫组化技术员经过专门培训与考核授权的相关规定与程序。			
	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。	C	查阅资料、台帐、访谈、 现场查看	任何一项未达到不得“C”
	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： 1、科室对免疫组织化学染色有自查。	B	查看资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，免疫组化染色操作规范和准确，质量不断提升。	A	查看资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分
	4-14-6-9 参加卫生主管部门（或其委托组织）的各种实验室质控活动。	各项指标符合要求： 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。	C	查看资料、台帐、访谈	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 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。	B	查看资料、台帐、访谈	2分，未达到不得分
		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： 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。	A	查看资料、台帐、访谈	5分，未达到不得分

4-15 医学影像管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-15-1 医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素	4-15-1-1 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	各项指标符合要求： 1、医学影像服务与医疗机构执业诊疗科目许可登记项目相符合，执业文件齐全并在有效期内。	C	查阅批文、查阅资料、排班表，现场查看	任何一项未达到不得“C”
		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。			

<p>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。</p>	<p>定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。</p>	<p>3、有明确的服务项目、报告时限规定，公示并能遵循执行。</p>				
		<p>4、提供外院影像资料会诊服务。</p>				
		<p>符合“C”，并：</p>		B	<p>查阅资料、现场查看， 人员访谈</p>	<p>1 分，未达到不得分</p>
		<p>1、有完善的 PACs 系统。</p>				<p>2 分，未达到不得分</p>
		<p>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。</p>				<p>2 分，未达到不得分</p>
		<p>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。</p>				
		<p>符合“B”，并：</p>				
		<p>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。</p>		A	<p>查阅资料、现场查看</p>	<p>2.5 分，未达到不得分</p>
		<p>2、PACs 系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，至少具备 3 年在线查询，3 年以上离线存储功能。</p>				<p>2.5 分，未达到不得分</p>
	<p>4-15-1-2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。</p>	<p>各项指标符合要求：</p>				
		<p>1、医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。</p>		C	<p>查阅文件、资料、现场查看</p>	<p>任何一项未达到不得“C”</p>
		<p>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。</p>				
		<p>3、科主任具备副主任医师及以上专业技术任职资格。</p>				
		<p>符合“C”，并：</p>				
	<p>1、科室有人员梯队结构和能力培训计划并实施。</p>		B	<p>查阅文件、资料、现场查看，人员访谈。</p>	<p>2.5 分，未达到不得分</p>	
	<p>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。</p>				<p>2.5 分，未达到不得分</p>	
	<p>符合“B”，并：</p>					
	<p>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/质控中心副主任委员及以上。</p>		A	<p>查阅文件、资料、现场查看，人员访谈。</p>	<p>2.5 分，未达到不得分</p>	
	<p>2、具有 3 名以上的中青年学术带头人，具备副高级以上专业技术职称，并按计划培养、考核。</p>				<p>2.5 分，未达到不得分</p>	
<p>4-15-1-3 科室有必要</p>	<p>各项指标符合要求：</p>		C			

	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。	1、科室有紧急意外抢救预案,科室配备有急救药品器材。	查阅文件、资料、现场查看,人员访谈。	任何一项未达到不得“C”		
		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	查阅文件、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、职能部门对科室应急管理有检查与监管。				
		符合“B”,并:	A	查阅文件	5分,未达到不得分	
1、持续改进有成效,对意外事件抢救过程有记录和讨论、改进。						
4-15-2 建立规章制度,落实岗位职责,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。	4-15-2-1 建立健全各项规章制度和技术操作规范,落实岗位职责,开展质量控制。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、人员访谈。	任何一项未达到不得“C”	
		1、有各项规章制度和技术操作规范。				
		2、有各级各类人员岗位职责。				
		3、科学合理设置科室质量控制指标。	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	
		符合“C”,并:				
		1、定期收集质控指标数据,有汇总、有分析,有改进建议。				
	2、科室有自查,对存在的问题有分析和整改。	A	查阅资料	5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。					
	4-15-2-2 采用多种形式,开展图像质量评价活动。	各项指标符合要求:	1、采取多种形式,开展图像质量评价活动。	C	查阅资料,人员访谈	任何一项未达到不得“C”
			2、有图像质量评价小组,定期对图像质量进行评价。			
符合“C”,并:		B	查阅资料,现场查看,人员访谈	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、职能部门对图像质量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	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。			
4-15-3 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。	4-15-3-1 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，普通报告精确到“时”，急诊报告精确到“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。			
	3、职能部门对诊断报告质量管理情况有检查、分析、反馈。	A	查阅资料	1分，未达到不得分	
	符合“B”，并：				
	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、持续改进有成效，省级专业质控组织每年度诊断质量评价结果优秀。	A	查阅资料	2分，未达到不得分	
	3、AI 人工智能影像系统辅助支持诊疗。				
	4-15-3-2 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。		B	查阅资料，人员访谈	2.5分，未达到不得分	
符合“C”，并：					
1、科室对影像疑难病例管理制度的落实有自查。					
2、职能部门对影像疑难病例管理制度的落实有检查与监管。	A	查阅资料，人员访谈	2.5分，未达到不得分		
符合“B”，并：					

		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
4-15-4 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。	4-15-4-1 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，人员访谈	2分，未达到不得分	
	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。			1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。			2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。	A	查阅资料	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，患者和员工安全得到保障。				
4-15-4-2 有受检者和工作人员防护措施。	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、有完整的放射防护器材与个人防护用品。				
	2、影像检查前医务人员告知患方辐射对健康的影响，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护。				
	3、对员工有放射安全防护培训，对新员工进行放射防护器材及个人防护用品使用方法培训。				
	4、对行特殊检查或治疗后仍在放射半衰期内的患者做好提前防护或择期检查。				
	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：				B
1、有专人负责对放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。					

		2、科室有员工放射剂量监测数据分析和针对超标原因的改进措施。			2分，未达到不得分
		3、职能部门对相关人员培训效果和放射防护制度落实有检查与监管。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看， 人员访谈	
		1、有员工定期进行放射安全防护培训证书或资料。			1分，未达到不得分
		2、有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。			2分，未达到不得分
		3、无放射安全(不良)事件。			2分，未达到不得分
4-15-4-3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。	各项指标符合要求：	1、有放射安全事件应急预案。	C	查阅资料、现场查看、 抽考 2 名相关人员相关内容	任何一项未达到不得“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。				
	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。					

4-16 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

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 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	4-16-1-1 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、法规及卫生健康委规章标准的要求，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委核准，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。			

及卫生健康委规章标准的要求。		5、有职能部门监管。	B	查阅资料	
		6、相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。			
		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：			
		1、无违规执业，无超范围执业。	A	现场查看	5分，未达到不得分
4-16-2 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。	4-16-2-1 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：			
		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、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。			
		符合“B”，并：			
		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超剂量接触有害物质的事件发生。			
		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。	B	查阅资料、现场查看、人员访谈	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：			
		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超剂量接触有害物质的事件发生。	A	查阅资料，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分
4-16-3 为患者提供满足临床诊疗	4-16-3-1 开展诊断核医学活动应符合 GB Z 120-2006《临床核医	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委核准。			

需求的其他特殊诊疗服务项目,符合国家法律、法规及卫生健康委规章标准的要求。对突发意外事故管理规范,保障患者及员工的安全。	学卫生防护标准》中的要求。	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。				
		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:	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, 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。					
	4-16-3-2 放射性分析或化学发光检测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。	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。	C	查阅资料、现场查看	任何一项未达到不得“C”
			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。						
符合“C”, 并:		B	查阅资料、现场查看	2分, 未达到不得分		
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、问题分析和反馈, 有改进建议。		A	查阅文件、资料、现场查看	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。				3分, 未达到不得分		

		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故。			2分，未达到不得分
4-16-3-3 体内检测的实验室须使用合适的质量控制方法，并检查设备性能。	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、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。				
	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、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。				
	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。				
	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。		A	查阅文件、资料、现场查看	5分，未达到不得分	
4-16-3-4 有明确的事 故应急预案。	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、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。		B	查阅资料，人员访谈	1.5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、科室有自查，对存在的问题有分析和整改。				1.5分，未达到不得分	

		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	5分，未达到不得分
		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。			
4-16-3-5 临床核医学诊断时的防护符合要求。	4-16-3-5 临床核医学诊断时的防护符合要求。	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、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	2.5分，未达到不得分
		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。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看， 人员访谈	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，核医学诊断工作规范，员工培训效果好，所有防护符合要求。			
4-16-4 对非住院患者输液实施统一管理，保障患者治疗安全。	4-16-4-1 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。	B	查阅资料，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。	A	查阅资料，现场查看， 人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
1、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。					

4-17 药事和药物使用管理与持续改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-17-1 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织。	4-17-1-1 医院设立药事管理与药物治疗学委员会，健全药事管理体系。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
		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委员会及若干相关的药事管理小组，职责明确，有相应工作制度，日常工作由药学部门负责。			
		2、根据本机构功能、任务、规模设置相应的药学部门。			
		3、药学部门负责药品管理、药学专业技术服务和药事管理以及临床药学工作。			
		4、医务部门指定专人，负责药物治疗相关的行政事务协调管理工作。医务管理部门与药学部门有协调机制。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分	
	1、药事管理与药物治疗学委员会人员组成符合规范，定期召开专题会议，每年不少于4次，研究药事管理工作，有完整的相关资料。				
	2、职能部门履行监管与协调职责。				
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
	1、有药事管理工作计划和年度工作总结，能够体现药事管理的持续改进。				
4-17-1-2 有药事管理工作制度。	各项指标符合要求：	1、医院根据国家药事管理法律法规，建立相应的药事管理制度。	C	查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“C”
		2、医院根据医院的药事管理要求，制定相应的工作制度、操作规程，并组织实施。			
		3、有药品遴选制度，遵循“一品两规”要求，制定本医院“药品处方集”和“基本用药供应目录”。			
		4、有抗菌药物、抗肿瘤药物、血液制剂、生物制剂及高危药品临床使用管理办法。			
		5、制定医院重点监控药品目录，并实行动态监管；每季度分析用药金额排序前10位的药品，对变化有分析评价。			

	符合“C”，并： 1、有药事法律法规及相关制度的宣传、教育、培训。 2、医务人员熟悉药事管理法律法规及相关制度。 3、有保证上述制度落实的相关措施。 4、有临床用药具体评价方法，有改进措施和干预办法。	B	查阅资料、台帐	1分，未达到不得分	
				1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、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。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
	4-17-1-3 根据医院功能任务及规模，配备药学专业技术人员，岗位职责明确。	各项指标符合要求： 1、药学专业技术人员满足工作需要，按有关规定取得相应药学专业技术职务任职资格。 2、各级药学专业技术人员职责明确。 3、有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定。 4、各级药学人员熟悉并履行本岗位职责。	C	查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“C”
符合“C”，并： 1、人才梯队合理，具有高等医药院校临床药学专业或者药学专业全日制本科毕业以上学历的，应当不低于药学专业技术人员的30%。 2、临床药师具有高等学校临床药学专业或药学专业本科以上学历，经过规范化培训，不少于5名。 3、药学专业技术人员参加毕业后规范化培训和继续医学教育，符合相关规定，作为考核、晋升、聘任的条件之一。 4、药学部门负责人具有高等学校药学专业或者临床药学专业本科以上学历，及本专业高级技术职务任职资格。		B	查阅资料、台帐	1分，未达到不得分	
				1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、药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的8%。 2、落实人才梯队建设。药学专业技术人员中具有副高级以上药学专业技术职务任职资格		A	查阅资料、台帐	1分，未达到不得分	
				2分，未达到不得分	

		的,应当不低于 13%,教学医院应当不低于 15%。			
		3、能承担相关的临床药学教育和药物临床应用研究任务。			2分,未达到不得分
4-17-2 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。	4-17-2-1 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	任何一项未达到不得“C”
		1、有药品采购供应管理制度与流程,有固定的供药渠道,由药学部门统一采购供应。			
		2、医院使用的所有药品(及检验检测试剂)应当通过江苏省公共资源交易平台(以下简称省药采平台)进行采购,严禁网下采购。			
		3、按照国家和我省公立医疗机构药品购销“两票制”政策要求,医院建立药品“两票制”查验流程,在药品验收入库前查验两票,验明票、货、账三者一致后方可入库使用。			
		4、列入“药品处方集”和“基本用药目录”中的药品有适宜的储备,每年增减调整药品率≤5%。			
		5、医院配制、销售、使用的制剂经过批准。			
		6、药品品规管理符合国家卫生行政部门有关规定。			
		7、医院积极履行药品供应保障责任,严格落实短缺药品每月零报告制度和分级储备制度,按月报送药品短缺信息。			
		符合“C”,并:			
		1、定期检查总结药品采购供应制度的执行情况,每年至少两次,无违规采购。			
2、定期评估药品储备情况,85%以上药品库存周转率少于10~15日,定期评估,有分析报告和提出改进措施。	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、药品采购规范、储备适宜,无违规采购。			
	4-17-2-2 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、现场核查	任何一项未达到不得“C”
		1、有药品贮存相关制度,定期对库存药品进行养护和质量检查。			
		2、药品贮存基本设施与设备符合规定:根据药物性质和贮存量配置有温、湿度控制系统,有冷藏、避光、通风、防火、防虫、防鼠、防盗设施和措施。设施、设备质量均符合规定,			

	运行正常。			
	3、根据药品的性质、特点分别设置冷藏库、阴凉库、常温库。化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分别贮存，分类定位存放。中药饮片、“毒、麻、精”药品、易燃易爆、强腐蚀性等危险性药品等按有关规定分别设库，单独贮存。药库与药品存放区域远离污染区，温湿度和照明亮度符合有关规定；药品库按规定设置有验收、退药、发药等功能区域。			
	4、有药品效期管理相关制度与处理流程。效期药品先进先用、近期先用，对过期、不适用药品及时妥善处理，有控制措施和记录。			
	5、有高危药品目录，各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志。			
	6、防腐剂、外用剂、消毒剂等药品与内服药、注射剂分区储存。			
	7、药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作明确标示。			
	8、实行药品采购、贮存、供应计算机管理，药品库存量及进出量、调剂室库存量及使用量定期盘点、账物相符。			
	9、药库管理由药学专业人员负责，科室或病区备用药品应指定专人管理。			
	符合“C”，并：			
	1、药库面积符合相关规定。	B	查阅资料、现场核查	5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、药品管理资料完整、详实，有可追溯措施，如实行条形码管理。	A	查阅资料、现场核查	5分，未达到不得分
4-17-2-3 依据法律法规，建立和完善“麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品”等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用与管理规章制度	各项指标符合要求：			
	1、依法建立“麻醉药品、精神药品、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、特殊管理药品有安全设施，药库设置有“毒、麻、精”药品专用库（柜），配有安全监控及自动报警设施；调剂室和各病区、手术室等有专用保险柜，有防盗设施；放射性药	C	查阅资料、现场核查	任何一项未达到不得“C”

	度。	品按有关规定执行。			
		4、有“麻、精”药品实行三级管理和“五专”管理的制度与程序。			
		5、有“麻、精”药品实行批号管理的制度与程序，开具的药品可溯源到患者。			
		6、相关员工知晓管理要求，并遵循。			
		符合“C”，并：			
		1、药学部定期对“特殊管理药品”进行检查，至少每月1次。	B	查阅资料、台帐	1分，未达到不得分
		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，符合率≥90%。			2分，未达到不得分
		3、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、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，符合率100%。	A	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
	2、“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管理各环节措施得当，有持续改进措施，原始记录完整。	2.5分，未达到不得分			
	4-17-2-4 有高警示药品，听似、看似等易混淆药品的贮存与识别要求。	各项指标符合要求：			
		1、有高警示药品的存放区域、标识和贮存方法的规定。	C	查阅资料、现场核查	任何一项未达到不得“C”
		2、对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识”，符合率≥85%。			
3、相关员工知晓管理要求、具备识别技能。					
符合“C”，并：					
1、对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率≥90%。		B	查阅资料、现场核查	2.5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。	2.5分，未达到不得分				
符合“B”，并：	A	查阅资料、现场核查			

		1、对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率 100%。			5 分，未达到不得分
4-17-2-5 对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。		各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场核查	任何一项未达到不得“C”
		1、有存放于急诊科、病区急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程。			
		2、急救等备用药品实行基数管理，专人负责，药学部和各相关科室有急救等备用药品目录及数量清单，使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。			
		3、各科室备用急救等备用药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。			
		4、药学部门每月对各科室备用药品的管理与使用情况进行检查，存在问题及时整改。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分
		1、职能部门对急救等备用药品管理情况有检查与监管。			
4-17-2-6 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂的准确性。		符合“B”，并：	A	查阅资料、现场核查	5 分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，医院急救备用药品管理规范。			
		各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场核查	任何一项未达到不得“C”
		1、按《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》等有关规定制定药品调剂制度和操作规程。			
		2、药品调剂时，认真审核处方或用药医嘱后调剂配发药品。			
		3、药品使用遵循先拆先用，先到先用的原则。			
		4、调剂作业有足够的空间与照明，门诊急诊药房实行大窗口式或者柜台式发药；住院调剂室口服摆药区域环境清洁整齐、卫生符合要求。			
5、有病区不需要使用的药品定期办理退药的相关规定，对退药进行有效管理，确保质量并有记录。					
6、急诊有 24 小时的药学调剂服务。					
7、有发药差错报告制度、差错分析登记。					

	符合“C”，并： 1、有措施避免药品分装，如需药品分装，应有操作规程、适当的容器，外包装有药品名称、剂量及原包装的批号、效期和分装日期。 2、对病区口服制剂药品实行单剂量配发，注射剂按日剂量发药。 3、对肠外营养液、危害药品静脉用药实行集中调配供应。 4、调剂室面积符合相关规定。 5、职能部门对制剂配制和使用管理规范。	B	查阅资料、现场核查	1分，未达到不得分				
				1分，未达到不得分				
				1分，未达到不得分				
				1分，未达到不得分				
				1分，未达到不得分				
				1分，未达到不得分				
	符合“B”，并： 1、有静脉用药调配中心（室），实行集中调配供应。 2、有对调剂工作督导检查、追踪评价，持续改进调剂工作。 3、持续改进有成效，调剂工作管理规范。	A	查阅资料、现场核查	1分，未达到不得分				
				2分，未达到不得分				
				2分，未达到不得分				
	4-17-2-7 制剂的配制 与使用符合有关规定。	各项指标符合要求： 1、医院配制制剂持有《医院制剂许可证》，取得制剂批准文号，有制剂质量标准。 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、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。	C	查阅资料、现场核查	任何一项未达到不得“C”			
					符合“C”，并： 1、有主管药师及以上专人负责制剂原料、制剂成品质量检验，原始记录及复核记录齐全。	B	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
								符合“B”，并： 1、有制剂质量改进措施和召回制度，有原始记录。
		4-17-2-8 静脉用抗肿瘤药等危害药品和肠外营养液应当实行集中调配与供应。	各项指标符合要求： 1、静脉用抗肿瘤药等危害药品和肠外营养液等用药在病区分散调配的应参照《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》的要求进行改善，有管理制度、有措施。 2、有静脉用药调配人员岗位培训制度和培训计划，并执行。	C	查阅资料、现场核查	任何一项未达到不得“C”		

	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用输液后的严重不良反应有分析报告、改进措施。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、现场核查	
		1、静脉用抗肿瘤药等危害药品和肠外营养液由药学部门集中调配与供应。按照《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》相关规定进行管理与操作，有相关工作制度。			1分，未达到不得分
		2、有主管药师及以上人员审核处方和参与静脉药物临床应用，对不适宜用药者定期分析、总结，能有效干预。			1分，未达到不得分
		3、集中调配有卫生行政部门颁发的准予集中调配的许可证或批复件。			1分，未达到不得分
		4、处方合格率>99%；二级库账物相符率>99.9%。			1分，未达到不得分
		5、职能部门对静脉用抗肿瘤药等危害药品和肠外营养液的调配管理有检查与监督。			1分，未达到不得分
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐		
	1、持续改进有成效，医院静脉用抗肿瘤药等危害药品和肠外营养液调配管理规范。			5分，未达到不得分	
	4-17-2-9 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	查阅资料、台账、现场	
		1、有药品质量监督管理组织，由主管药师及以上人员担任负责人，职责明确。			任何一项未达到不得“C”
		2、有药品质量管理相关制度和药品质量报告途径与流程。			
		3、有药品验收相关制度与程序，保证每个环节药品的质量。			
		4、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。			
符合“C”，并：		B	查阅资料、台帐		
1、有制度保证药品质量监控人员工作的独立性。				1分，未达到不得分	
2、定期对药库、调剂室药品质量进行抽检，合格率达99.8%。				2分，未达到不得分	
3、每月对各临床科室备用药品的管理与使用进行一次检查。		2分，未达到不得分			
符合“B”，并：		A	查阅资料、台帐		
1、医院有药品质量监测网络（平台）	2.5分，未达到不得分				

	2、库房发出药品质量合格率 100%。			2.5 分，未达到不得分
4-17-2-10 有药品召回管理制度。	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、有药品召回管理制度与处置流程。			
	2、发现假、劣药品时，按规定及时报告有关部门并迅速召回，妥善保存，收集保留所有原始记录。			
	3、及时追回调剂错误的药品。			
	4、有患者服用假、劣药品或调剂错误药品导致人身损害的相关的处置预案与流程。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2.5 分，未达到不得分
	1、对假、劣药品，及时查明原因，追究相关责任。			2.5 分，未达到不得分
	2、对调剂错误，及时分析原因，有整改措施。			
符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
1、有根据假、劣药品和调剂错误的原因分析，及时修订相关制度，加强环节管理，保障用药安全。				
4-17-2-11 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：	C	查阅资料、现场核查	任何一项未达到不得“C”
	1、有完善的药品管理计算机软件系统，并与医院整体信息系统联网运行。且符合《电子病历基本规范（试行）》的相关规定，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。			
	2、有信息系统联网的处方用药技术支持软件。有完善药品查询系统，方便有关人员查询、适时获取正确的药品信息。			
	3、药库和调剂室有药品进、销、存、使用等实时管理系统，实行药品定额和数量化管理，包括药品账目和统计、处方点评分析统计等。			
	4、有适宜的合理用药监控软件系统，能为处方审核提供技术支持，并定期更新。			
	5、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。			
	6、建立药师工作站，实现临床药师工作信息化。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、现场核查	

		1、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。			2.5分，未达到不得分
		2、职能部门对药品管理信息有检查与监管。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、现场核查	
		1、对改进措施落实情况有追踪评价，有持续改进的成效。			5分，未达到不得分
4-17-3 加强肿瘤治疗药（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）及肿瘤治疗辅助药管理，促进肿瘤治疗药（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）及肿瘤治疗辅助药合理使用。	4-17-3-1 严格落实肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）分级管理制度。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场核查	任何一项未达到不得“C”
		1、建立肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）分级管理制度，对不同管理级别的药物处方权进行严格限定，明确各级医师处方权限。			
		2、明确肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）分级管理目录。			
		3、医院对医师和药师开展肿瘤治疗药物及肿瘤治疗辅助药临床应用知识和规范化管理培训、考核工作，且有记录。			
		4、医师经规范化培训且考核合格后，分级授予相应级别的肿瘤治疗药物处方权。			
		5、药师经规范化培训且考核合格后，分级授予处方调剂权。			
		6、从事肿瘤药物治疗的临床医师、调剂药师以及职能部门员工均知晓履职要求。			
	7、药学部以适当的形式为全院医务人员提供适时的药物相关信息和咨询服务，将药品信息分析作为医院药品遴选的参考。				
	符合“C”，并：	B	查阅资料、现场核查		
	1、每年有针对医师和药师开展的肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药规范化使用的管理培训和考核，且有记录。				1分，未达到不得分
	2、至少每二年一次对从事肿瘤药物治疗的临床医师与调剂药师进行规范化培训和考核，考核合格后再授权，且有记录。				2分，未达到不得分
3、将肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药处方、医嘱点评结果纳入医师处方权再授予依据。	2分，未达到不得分				
符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐			
	1、有职能部门对存在缺陷与问题有通报记录，对整改意见的成效有评价。			5分，未达到不得分	
4-17-3-2 规范肿瘤治	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场核查		

疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）及肿瘤治疗辅助药的临床应用。	1、制定肿瘤化学治疗药物、肠外营养药物和激素类药物使用指南或规范，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。			任何一项未达到不得“C”
	2、按照指南和规范使用肿瘤化疗药物、肠外营养药物和激素类药物，对临床用药情况有评价记录。			
	3、制定本机构的超说明书用药管理制度与流程。			
	4、明确本医疗机构《超说明书用药目录》。			
	5、严格执行本机构的超说明书用药管理制度，对临床超说明书用药有监控措施和记录。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	1分，未达到不得分
	1、将《超说明用药目录》作为处方、医嘱点评依据之一。			2分，未达到不得分
	2、定期更新《超说明用药目录》。			2分，未达到不得分
	3、职能部门对以上用药情况和管理有检查与监管。	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，肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）及肿瘤治疗辅助药使用科学、合理且有依据。				
4-17-3-3 严格控制肿瘤治疗辅助药的使用，加强联合用药管理。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场核查	任何一项未达到不得“C”
1、制定本医疗机构《辅助用药管理目录》，将《辅助用药管理目录》纳入院务公开管理，在官方网站或以适当形式进行公布。				
2、建立完善肿瘤治疗辅助用药监测评价和超常预警制度。				
3、对《辅助用药管理目录》中的全部品种进行重点监控，对超常品种有异动监测和分析评估，有限量管理措施，定期通报监测结果及相关预警信息。				
4、有加强肿瘤治疗辅助药联合用药管理的措施，				
5、严格落实处方审核和处方点评制度，将辅助用药全部纳入审核和点评范畴。				
符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分	
1、科学设定肿瘤治疗辅助药临床应用考核指标，定期对本机构辅助用药合理应用情况进行考核，考核结果及时公示。				

		2、职能部门对肿瘤治疗辅助用药管理有检查与监管。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，肿瘤治疗辅助用药管理与使用规范。			
4-17-3-4 针对肿瘤治疗药（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）及肿瘤治疗辅助药，落实处方点评及公示制度，开展临床应用监测与评估。	各项指标符合要求：	1、制定肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药处方点评及公示制度。	C	查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“C”
		2、开展肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药处方、医嘱专项点评工作，			
		3、加强肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药临床应用监测，对药物使用趋势进行分析。			
		4、对不合理使用、用量发生异动的情况进行分析、总结，落实整改措施。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
		1、将肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药处方、医嘱专项点评结果作为医师处方权再授予依据和绩效考核依据。			
		2、相关部门共同完成处方医嘱点评、公示、考核、持续改进等工作，有协调机制。	A	查阅资料、现场核查	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
	1、持续改进有成效，肿瘤治疗药及肿瘤治疗辅助药使用规范合理。				
4-17-4 有相关规章制度和程序，规范处方（用药医嘱）开具、抄录、审核以及用药交代等行为。	4-17-4-1 临床药物治疗执行有关法规、规章制度，遵循相关技术规范。	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、有临床药物治疗遵循合理用药原则、药品说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相关规定与程序。			
	2、有医师处方符合《处方管理办法》相关要求的制度与程序。				
	3、有药师按照《处方管理办法》对处方进行适宜性审核和调配发药，并根据具体情况对患者进行用药交代的制度与程序。				
		4、有超说明书用药管理的规定与程序。	B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
	1、有对临床超说明书用药的监控措施和记录。	B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分	
	2、医院每年用药金额排序前十位的药品与医院性质及承担的主要医疗任务相符合。				

		符合“B”，并： 1、有临床用药监控和超常预警体系，对临床超常用药趋势及时干预，有干预和改进措施。 2、改进措施落实情况有追踪评价，有持续改进的成效。	A	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
4-17-4-2 医师开具处方、应按照《处方管理办法》的要求执行，对特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）分级授予使用处方权。	各项指标符合要求： 1、有根据《处方管理办法》，制定本院处方管理实施细则，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，分别在医疗管理、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、按“医院基本用药供应目录”开具处方，药品品规和药品生产企业与“医院基本用药供应目录”一致。 4、处方书写规范、完整，开具处方全部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。 5、处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合《处方管理办法》规定。		C	查阅资料、台账、现场 考查	任何一项未达到不得“C”
	符合“C”，并： 1、不合理处方≤1%。 2、处方药品通用名使用率达100%。		B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、定期对处方质量进行检查，检查结果与医师考核挂钩。		A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
4-17-4-3 护士抄（转）录用药医嘱及执行给药医嘱应遵守操作规程，必须经过核对，确保准确无误。	各项指标符合要求： 1、经过资格认定及相关培训的护士方可执行给药医嘱。 2、用药医嘱抄（转）录和有执行有严格的核对程序，确保准确无误，并有抄写者和执行者签名。 3、有防范给药差错的措施，护士根据处方或医嘱给药时须对药品名称、用法用量、给药途径、药品效期、外观质量等进行核对与检查，并签字确认。 4、护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应并记录。		C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”

	5、有特殊情况使用患者自带药品的相关规定。凡住院患者治疗需要的药品均由药学部门供应，一般不得使用患者自带药品。确需使用应符合规定。			
	6、有静脉用药调配与使用操作规范。			
	符合“C”，并：			
	1、给药前要尊重患者对药物使用的知情权。	B	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分
	2、护士按照给药时间分次为患者发放口服药，并说明用法。			2.5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、有给药差错分析、整改和持续改进；职能部门对处方或用药医嘱执行有检查与监督，持续改进有成效。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
4-17-4-4 已开具处方，并遵医嘱使用的药品应记入病历。	各项指标符合要求：			
	1、患者就诊前和正在使用的所有处方及医嘱用药应在病历中记录。	C	查阅资料、台账、现场 考查	任何一项未达到不得“C”
	2、护士对患者的每次给药均应记录。			
	3、所有的用药信息在出院或转院时归入其病历留存。			
	符合“C”，并：			
	1、病程记录中有明确的用药依据及分析。	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、临床药师为“实施临床路径与单病种质控病例、重点肿瘤住院患者”建立药历。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
4-17-4-5 药师应按照《处方管理办法》对方进行适宜性审核、调配发药，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、药师及以上人员承担审核处方工作，依据《处方管理办法》的相关要求审核处方/用药医嘱是否规范、适宜。	C	查阅资料、台账、现场 考查	任何一项未达到不得“C”
	2、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。			
	3、调剂处方流程合理，按有关规定做到“四查十对”。调剂过程有第二人核对，独立值班时双签字核对。			
	4、发出的药品标有用法用量和特殊注意事项。			

	5、发药时对患者进行用药交代和用药指导，关注特殊群体的用药指导。必要时为患者提供书面用药指导材料。			
	6、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。			
	7、住院医嘱单按照处方管理，药师依据完整的用药医嘱作为调剂的依据，确保用药适当性及正确性。			
	8、有发药差错登记、报告的制度与程序，并执行。			
	9、对药师进行定期的、有针对性的药学技能培训。			
	符合“C”，并：			
	1、有差错分析制度和改进措施。定期进行差错防范培训。	B	查阅资料、台账	1分，未达到不得分
	2、调剂室年出门差错率≤0.01%。			1分，未达到不得分
	3、由专职药学人员为患者提供用药咨询，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。			1分，未达到不得分
	4、药师应在处方药品计价收费和调剂之前对处方或用药医嘱的适宜性进行审核。			2分，未达到不得分
	符合“B”，并：			
	1、有促进临床合理用药持续改进的措施，有专人负责对防范差错工作进行系统检验，对临床不合理用药进行干预效果分析，体现多环节防范与持续改进效果。	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
4-17-4-6 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、有按《医院处方点评管理规范（试行）》的要求制定医院处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。	C	查阅资料、台账	任何一项未达到不得“C”
	2、每月至少抽查 100 张门诊处方和 30 份出院病历用药医嘱进行点评。			
	3、对特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）使用情况专项点评，每个月组织对 25%的具有抗菌药物处方权的医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于 50 份处方、医嘱。			
	4、对不合理处方进行干预，上年度门诊“肿瘤化疗”处方点评及药房干预的次数。			
符合“C”，并：	B	查阅资料、台账		

		1、每年开展2项以上专项药物临床应用评价，每年每项评价不少于4次。	A	查阅资料、台账	2.5分，未达到不得分			
		2、定期发布处方评价指标与评价结果，定期进行通报和超常预警。纳入医院质量考核目标，实行奖惩管理。			2.5分，未达到不得分			
		符合“B”，并：						
		1、每年开展3项以上专项药物临床应用评价，每年每项评价不少于4次。			1分，未达到不得分			
		2、根据点评结果，落实整改措施，提高合理用药。			2分，未达到不得分			
		3、有对“肿瘤化疗”处方点评及药房干预时间前移的措施。			2分，未达到不得分			
4-17-5 医师、药师、护士按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合理使用药品，并有监督机制。	4-17-5-1 抗菌药物临床应用管理责任制。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、 台帐	任何一项未达到不得“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、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。						
		3、院长是抗菌药物临床应用管理第一责任人：						
		(1) 将抗菌药物临床应用管理作为医疗质量和医院管理的重要内容纳入工作安排。						
		(2) 明确抗菌药物临床应用管理组织机构，以及各相关部门在抗菌药物临床应用管理中的职责分工，层层落实责任制。						
		(3) 根据各临床科室不同专业特点，设定抗菌药物应用控制指标。						
		4、临床科负责人是本科抗菌药物临床应用管理第一责任人：						
		(1) 将抗菌药物临床应用管理作为本科质量管理的重要内容，并纳入医师能力评价。						
		(2) 设定本科抗菌药物应用控制执行指标，落实到人。						
		5、医务、药学等部门共同负责日常管理工作。						
		符合“C”，并：						
		1、建立、健全抗菌药物临床应用管理工作制度和监督管理机制。				B	查看现场、查阅资料、 台帐	1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。	A	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分	
		3、与临床科室负责人签订抗菌药物合理应用责任状。			2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：				
		1、按卫生行政部门规定向本辖区监测网报送抗菌药物临床应用和细菌耐药监测的信息，如参加省市或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。			2.5分，未达到不得分	
		2、上报信息准确与可追踪溯源。			2.5分，未达到不得分	
	4-17-5-2 建立完善抗菌药物临床应用技术支撑体系。	各项指标符合要求：	1、有经过感染专业培训的专职医师。	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“C”
			2、设有临床微生物室，具有资质的微生物检验专业技术人员。			
			3、对医院感染专业医师、微生物检验专业技术人员和临床药师的培训和继续教育，提高相关人员专业技术水平。			
			符合“C”，并：			
		1、临床药师在抗菌药物临床应用中发挥作用：	(1) 为医师提供抗菌药物临床应用相关专业培训。	B	查看现场、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
			(2) 对临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导。			
			(3) 参与抗菌药物临床应用管理工作。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分	
		1、用事实与案例表达抗菌药物临床应用技术支撑体系的业绩：				
(1) 医院感染专业医师在抗菌药物临床应用管理领域中所履行的技术支撑作用，获临床医师、护士好评。						
(2) 微生物检验专业技术人员在抗菌药物临床应用管理领域中所履行的技术支撑作用，获临床医师、护士好评。						
(3) 临床药师在抗菌药物临床应用管理领域中所履行的技术支撑作用，获临床医师、护士好评。						

4-17-5-3 严格落实抗菌药物分级管理制度。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、 台帐	任何一项未达到不得“C”
	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。			
	2、抗菌药物分级管理目录向卫生健康行政部门备案。			
	3、对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定。			
	4、制定特殊使用级抗菌药物临床应用管理流程，并严格执行。			
	符合“C”，并：	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
	1、明确各级医师使用抗菌药物的处方权限。			
	2、有效措施，保证分级管理制度的落实。			
	符合“B”，并：	A	查阅资料、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
	1、医师处方及医嘱无违规越级处方的现象。			
	2、门诊处方无特殊使用级抗菌药物的处方。			
	3、碳青霉烯类及替加环素等特殊使用级抗菌药物专档管理。			
	4-17-5-4 建立抗菌药物遴选和定期评估制度，加强抗菌药物购用管理。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、 台帐
1、有制度与程序严格控制抗菌药物购用品种、品规数量。				
2、抗菌药物品种原则上不超过35种。				
3、同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购。				
4、明确抗菌药物品种启动临时采购的程序。				
符合“C”，并：		B	查看现场、查阅资料、 台帐	5分，未达到不得分
1、抗菌药物购用品种、品规结构基本合理：				
(1) 头霉素类抗菌药物不超过2个品规。				
(2) 三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规。				
(3) 碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过3个品规。				

		(4) 氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过 4 个品规。			
		(5) 深部抗真菌类抗菌药物不超过 5 个品种。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	
		1、同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序原则上每年不得超过 5 例次。			5 分，未达到不得分
4-17-5-5 抗菌药物临床应用相关指标控制力度		各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“C”
		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。			
		2、抗菌药物临床应用相关指标控制力度。			
		3、明文规定住院患者手术预防使用抗菌药物品种选择和使用时间控制：			
		(1) 住院患者手术预防使用抗菌药物时间控制在术前 30 分钟至 1 小时。			
		(2) I 类切口手术患者预防使用抗菌药物时间不超过 24 小时。			
		4、抗菌药物品种选择和使用疗程控制基本合理：			
		(1) 住院患者抗菌药物使用率不超过 40%。			
		(2) 门诊患者抗菌药物处方比例不超过 10%。			
		(3) 急诊患者抗菌药物处方比例不超过 10%。			
		(4) 抗菌药物使用强度力争控制在每百人天 30DDDs 以下。			
		5、I 类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过 30%。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门对抗菌药物临床应用有监管，发现的问题及时反馈，并实施监控和干预。			
	符合“B”，并：	B	查看现场、查阅资料、台帐	5 分，未达到不得分	
	1、抗菌药物临床实际应用力度与控制相关指标能够保持一致。	A	查阅资料、台帐	2.5 分，未达到不得分	
	2、职能部门抗菌药物临床应用指标实施信息化管理，实时监测，数据及时更新。			2.5 分，未达到不得分	
4-17-5-6 加强临床微生物标本检测和细菌耐药监测		各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“C”
		1、开展细菌耐药监测工作，定期发布细菌耐药信息。			
		2、建立细菌耐药预警机制，针对不同的细菌耐药水平采取相应应对措施。			

		3、接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 50%。	B	查看现场、查阅资料、 台帐	5 分，未达到不得分		
		4、接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 80%。					
		符合“C”，并：					
		1、职能部门对细菌耐药监测工作进行监管，发现存在的问题及时反馈。					
		符合“B”，并：					
		1、住院病历与实验室记录结果，证实是根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物。					
			2、职能部门对细菌耐药监测工作实施信息化管理，实时监测，数据及时更新。	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				
	4-17-5-7 严格医师抗菌药物处方权限和药师抗菌药物调剂资格管理。	各项指标符合要求：	1、有医师抗菌药物处方权限管理制度。	C	查看现场、查阅资料、 台帐	任何一项未达到不得“C”	
			2、有药师抗菌药物调剂资格管理制度。				
			3、医师、药师、职能部门员工均知晓履职的要求。				
			符合“C”，并：				
				1、医院对医师和药师开展抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训、考核工作有记录。	B	查看现场、查阅资料、 台帐	1 分，未达到不得分
				2、医师经培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权落实到每名医师。			1 分，未达到不得分
3、药师经培训并考核合格后，授予抗菌药物调剂资格落实到每名药师。				1 分，未达到不得分			
4、处方与医嘱签发医师、调剂药师与授权管理名单保持一致。				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、职能部门对履行授权管理中存在问题与缺陷的改进成效进行评价，有记录。				
4-17-5-8 严格执行国家有关围手术期预防性应用抗菌药物管理的相关规定，落实各类手术（特别是 I 类清洁	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，重点关注 I 类切口手术的预防用药。	C	查看现场、查阅资料、 台帐	任何一项未达到不得“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。					

	切口)预防性应用抗菌药物的有关规定。	符合“C”，并：	B	查看现场、查阅资料、台帐	
		1、I类切口(手术时间≤2小时)手术，预防性抗菌药使用比例≤30%。			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：	A	查阅资料、台帐	
		1、手术预防性抗菌药使用符合相关规范。			2.5分，未达到不得分
2、加强II类切口围手术期预防使用抗菌药物管理。		2.5分，未达到不得分			
4-17-6 医师、药师按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》，优先合理使用基本药物，并有相应监督考评机制。	4-17-6-1 医师、药师按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》，优先合理使用基本药物，并有相应监督考评机制。	各项指标符合要求：	C	查看现场、查阅资料、台帐	
		1、按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》有关要求，有优先使用国家基本药物的相关规定。			任何一项未达到不得“C”
		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”。	B	查看现场、查阅资料、台帐	
		符合“C”，并：			5分，未达到不得分
		1、有促进《国家基本药物目录》优先使用的具体措施，并有监督考评机制。			
符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐			
1、统计医院用药，《国家基本药物目录》品种使用率符合国家相关规定。			5分，未达到不得分		
4-17-7 有药物安全性监测管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物严重不良反应，并将不良反应记	4-17-7-1 实施药品不良反应和用药错误报告制度，建立有效的药害事件调查、处理程序。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐	
		1、有药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。			任何一项未达到不得“C”
		2、医师、药师、护士及其他医护人员相互配合对患者用药情况进行监测。重点监测非预期(新发现)的、严重的药物不良反应，有原始记录。			
		3、发生严重药品不良反应或药害事件，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，并对事件进行及时的调查、分析，按规定上报卫生行政部门和药品监督管理部门。			
		4、将患者发生的药品不良反应如实记入病历中。			
5、临床药师为医护人员、患者提供合理用药的知识，做好药物信息及药物不良反应的咨					

录在病历之中。		询服务。				
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账		
		1、有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施。			1分，未达到不得分	
		2、对严重用药错误报告有分析，有整改措施。			2分，未达到不得分	
		3、建立药品不良事件报告信息平台。			2分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账		
		1、临床医师有路径可及时获得“药品不良反应与药害事件”信息。			1分，未达到不得分	
		2、统一管理“药品不良事件与医疗安全（不良）事件报告”信息平台。			1分，未达到不得分	
		3、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。			1分，未达到不得分	
		4、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。			2分，未达到不得分	
	4-17-7-2 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	查阅资料、台账	
			1、有完善的突发事件药事管理应急预案，组织层次清晰，人员分工明确，体现良好的合作，各部门无缝隙衔接，对突发事件善后工作及还原应急能力有明确规定。			任何一项未达到不得“C”
			2、有本院的突发事件医疗救治药品目录。			
			符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	
		1、有突发事件药事管理应急预案执行培训，相关人员熟悉预案流程和岗位职责，可迅速配合临床抢救。	2.5分，未达到不得分			
		2、应急药品具有可及性和质量保证。			2.5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台账			
	1、有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。			5分，未达到不得分		
4-17-8 建立临床药师制，参与临床药物治疗，提供用	4-17-8-1 按规定配置临床专职药师。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、现场核查		
		1、有根据《医疗机构药事管理规定》，建立临床药师制，为临床合理用药提供药学专业技术服务。			任何一项未达到不得“C”	
		2、在药学部门设置临床药学科（室），由副主任药师及以上人员负责，有工作制度和岗				

药咨询服务,促进临床合理用药。	位职责。			
	3、以适当的形式为全院医务人员提供适时的药物相关信息和咨询服务,将药品信息分析作为医院药品遴选的参考。临床药师具备高等学校药学院系临床药学专业或药学专业全日制本科及以上学历,并经毕业后教育或在职岗位培训后,进入临床药师工作岗位。			
	4、有临床药师培养计划,并纳入医院医疗技术人员培养计划。			
	5、配备5名以上临床药师,全职专科从事临床特定肿瘤治疗药物(肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品)药物治疗工作,至少定向服务临床科室≥50%。			
	6、临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间≥85%。			
	符合“C”,并:			
	1、每100张病床与临床药师配比≥0.6。	B	查阅资料、现场核查	1分,未达到不得分
	2、临床药师工作范围至少覆盖特定肿瘤治疗药物(肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品)的临床科室≥75%。			2分,未达到不得分
	3、职能部门对临床药师工作模式及成效有检查与监督。			2分,未达到不得分
	符合“B”,并:			
	1、临床药师工作范围至少覆盖特定肿瘤治疗药物(肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品)的临床科室≥90%。	A	查阅资料、现场核查	1分,未达到不得分
	2、有临床药师与临床医师协作机制,提高合理用药水平。			2分,未达到不得分
	3、持续改进有成效,临床药师合理用药服务能力和水平不断提高。			2分,未达到不得分
	4-17-8-2 临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药物治疗。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台帐
	1、临床药师按相关规定专职专科直接参与用药相关的临床工作,在选定专业的临床科室参加日常性药物治疗工作。			
	2、开展药学查房,对重点患者实施药学监护和建立药历,且工作记录完整。			
	3、参加病例讨论,提出用药意见和个体化药物治疗建议。			
	4、参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治。			
	5、审核本人参与的专科病区患者用药医嘱,对不合理用药有干预意见的记录。			

		6、为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询服务。			
		7、对患者进行用药教育，指导安全用药。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	1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分，未达到不得分
		2、职能部门有检查与监管。			2分，未达到不得分
		3、开展适宜的肿瘤药物浓度监测。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	2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。			3分，未达到不得分
		2、“疑难、高危肿瘤”住院病历中可反映：			
		(1) 在医院实施多学科联合诊疗的过程中，可体现临床药师的服务能力。			
		(2) 临床医师能将肿瘤药物浓度监测信息用于临床治疗。			
4-17-9 科主任与具备资质的质量与安全管理人员组成的质量与安全管理团队，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，定期通报医院药物安全	4-17-9-1 由科主任和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组负责质量与安全管理工作。	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、由科主任和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组负责药学部的质量和安全管理。			
		2、定期召开质量与安全管理会议，对本部门的质量与安全管理进行检讨，对全院的药学质量与安全进行总结分析，每季度至少一次。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2.5分，未达到不得分
		1、对从事质量和安全管理的员工有质量管理基本知识和基本技能培训教育。			2.5分，未达到不得分
		2、定期向临床科室通报医院特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）安全监测结果，提出整改建议。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
1、运用质量管理工具开展对特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）应用质量管理改进工作。					
	4-17-9-2 对药剂科有	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐	

性与抗菌药物耐药性监测的结果。	明确的质量与安全控制指标，科室能开展定期评价活动，解读评价结果，持续改进药事管理工作。	1、对药学部门有明确的质量与安全控制指标。			任何一项未达到不得“C”
		2、科室开展定期评价活动。			
		3、相关人员知晓本部门的质量与安全控制指标要求。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、科室每季度对落实质量及安全控制指标进行分析、评价，结合医院药物安全性监测的结果，提出整改措施。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		1、开展定期“肿瘤化疗”用药评价活动，解读评价结果，持续改进药事管理工作：			
		（1）药房干预的次数及向科室、医师反馈后改进成效的评价。			
（2）门诊处方点评结果及向科室、医师反馈后改进成效的评价。					
（3）从下达医嘱到给患者用药的周期时间，尤其是保障夜间、周六、日与节假日的服务措施的评价。					
（4）药品不良反应与药害事件从发生到确定药房干预措施的信息，传递到实施控制措施相关人员的周期时间（可用案例表达）的评价。					
4-17-10 医院根据医疗资源情况设置中药房与中药煎药室，应当符合《医院中药房基本标准》、《医疗机构中药煎药室管理规范》等法规要	4-17-10-1 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。	各项指标符合要求：	C	查阅文件、台账、现场 考查	任何一项未达到不得“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、因医疗资源限制，中药房和煎药室实行外包服务，应有服务质量保证，合同中应有质量保证与方便、快捷服务的条款。	B	查阅文件、台账、现场 考查	2.5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、职能部门依据合同对外包服务实行监管。			
		2、职能部门对中药房与中药煎药室工作有检查与监管。	A	查阅文件、台账、现场	2.5分，未达到不得分
符合“B”，并：					

求。		1、持续改进有成效，中药房与中药煎药室管理规范。		考查	5分，未达到不得分	
4-18 输血管理与持续改进						
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准	
4-18-1 落实《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范，设立临床输血管理委员会。	4-18-1-1 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。	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、依据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范，制定相关管理制度。				
		2、有输血相关的法律、法规、规范、制度的培训记录。				
			3、监测、分析临床用血情况，推进临床合理用血。	B	查看台账	2分，未达到不得分
		符合“C”，并：				
		1、临床科室按照输血工作的相关管理要求，开展质量管理工作，对存在问题有改进措施并得到落实。				
			2、职能部门进行督导检查，对存在问题进行追踪与改进成效评价，有记录。	A	查看台账	3分，未达到不得分
		符合“B”，并：				
		1、输血科（血库）和临床医护人员对输血相关制度知晓率≥95%，并严格按照输血管理制度操作。				
			4-18-1-2 有临床输血管理委员会并履行工作职能。	各项指标符合要求：	C	查看台账及检查临床公示记录及医师评价记录。
	1、有临床输血管理委员会和职能管理部门，履行对全院临床输血监管指导工作职能并有活动记录。					
	2、组织全院性有关输血知识的培训。					
	3、有“临床输血管理实施细则”和考核办法。					
	4、开展无偿献血宣传教育，停止开展互助献血工作。					
	5、有医院临床用血计划。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。			
		6、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。			
		符合“C”，并：			
		1、输血管理委员会至少每半年召开工作会议，研究输血工作。	B	查看台账	3分，未达到不得分
		2、职能部门按照制度和流程落实监督检查，并有记录。			2分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、有全院输血管理工作的定期总结、分析、反馈和持续改进输血工作的机制。	A	查看台账	5分，未达到不得分
	4-18-1-3 医院有临床输血反应处理规范和应急用血预案、采集血标本等制度与流程，并遵循。	各项指标符合要求：			
		1、有临床输血相关具体制度与规范：			
		(1) 有输血不良反应处理规范。			
		(2) 有应急用血预案。	C	查看台账，培训记录	任何一项未达到不得“C”
		(3) 有用血申请流程，用血流程和输血管理流程。			
		(4) 有采集血标本的流程。			
		2、有相关制度、流程的培训与教育，并有记录。			
		符合“C”，并：			
		1、输血科（血库）和各临床科室（如各手术科室、急诊科、血液科等主要用血部门）按照制度和流程要求，共同落实输血管理相关制度。	B	查看台账，走访	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、职能部门督导检查，对存在问题进行追踪，持续改进有成效。	A	查看台账	5分，未达到不得分
4-18-2 设立输血科，具备为临床提供 24 小时服务的	4-18-2-1 有独立建制的输血科（血库），人员结构、房屋设施和仪器设备均符合规定要	各项指标符合要求：			
		1、根据医院的功能任务设置输血科（血库），与临床科室诊疗需求相称。			
		2、输血科人员具备输血、检验、医疗、护理等专业知识，并接受相关理论和实践技能的培训和考核。	C	现场查看，查看台账	任何一项未达到不得“C”

能力,满足临床需要,无非法自采、自供血液行为。	求。	3、负责人应具有副主任医师以上资格,从事临床输血治疗工作五年以上,有丰富的输血相关临床专业知识及管理能力。						
		4、工作人员无影响履行输血专业职责的疾病或者功能障碍。						
		5、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。						
		6、房屋设置远离污染源,靠近手术室和病区,采光明亮、空气流通,布局应符合卫生学要求,污染区与非污染区分开,至少设置入库前血液处置室、血液标本处理区、储血室、发血室、相容性检测实验室,有必要的消毒设施。						
		7、必备基本设备:2℃~6℃储血专用冰箱、-20℃以下储血浆专用低温冰箱、2℃~8℃试剂储存专用冰箱、2℃~8℃标本储存专用冰箱、血小板保存箱、专用血浆解冻箱(溶浆机)、血型血清学离心机、专用取血箱、恒温水浴箱、标本离心机、显微镜、计算机及信息管理系统等。						
		8、血液保存环境条件符合规定。						
		符合“C”,并:						
		1、输血科(血库)实验室建筑与设施符合《GB19489-2004 实验室生物安全通用要求》,业务区域与生活区域分开,业务用房面积达到相关要求。				B	现场查看	2分,未达到不得分
		2、人员梯队建设合理。						3分,未达到不得分
		符合“B”,并:				A	查阅资料	
1、人员数量符合规定要求:输血科(血库)人员配置与床位数或与年输血量参考比例为1:100(床)或1:1000单位(以红细胞成分计算)。	2分,未达到不得分							
			3分,未达到不得分					
4-18-2-2 具备为临床提供24小时供血服务的能力,满足临床工作需要。	各项指标符合要求:	C	查看台账					
	1、与指定供血单位签订供血协议,能24小时*7天供血。			任何一项未达到不得“C”				
	2、有血液库存量的管理要求,能24小时*7天为临床供血。							
	3、有应急保障(通信、人员、交通)。							

		4、无非法渠道用血和自采、自供血的行为。			
		5、有输血信息管理系统。			
		符合“C”，并：	B	查看台账	5分，未达到不得分
		1、有特殊用血的应急协调机制。			
		符合“B”，并：	A	查看台账	5分，未达到不得分
		2、临床科室、手术室等对供血管理工作满意度监测，有改进措施。			
4-18-3 严格掌握输血适应证，根据临床用血需求制定合理的用血计划和安全储血量，确保抢救和急诊用血。根据供血单位血液预警信息，协调临床用血；开展对医务人员输血知识的教育与培训。	4-18-3-1 严格掌握输血适应证，做到科学、合理用血。	各项指标符合要求：	C	查看记录，现场走访	任何一项未达到不得“C”
		1、医院对输血适应证有严格管理规定，定期评价与分析用血趋势。			
		2、医务人员掌握输血适应症相关规定，做到科学、合理用血。			
		符合“C”，并：	B	查看记录	5分，未达到不得分
		1、职能部门会同输血科对各临床科室（如各手术科室、急诊科等主要用血部门）合理用血，落实输血适应证的规范要求进行督导检查，对存在问题督促整改。			
		符合“B”，并：			
	1、科学、合理用血相关评价指标（如输血申请、用血适应症合格率、成分输血比例等）均达到相关标准。	A	现场查看及记录，并查看病历	5分，未达到不得分	
	4-18-3-2 开展对临床医师输血知识的教育与培训，促进临床合理用血。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		1、为临床医师、护士提供输血知识的教育与培训，每年至少一次。			
		2、医院有规定将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。	B	查阅资料	2分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		1、各临床科室每月对医师合理用血情况进行评价。			
2、临床科室将医师合理用血的评价结果用于个人业绩考核。		A	查阅资料	1分，未达到不得分	
3、输血科每月对医师合理用血情况进行评价。					
符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分		
1、职能部门每季度对各临床科室及医师合理用血情况进行评价，并用于科室质量管理评					

		定和医师个人用血权限的认定。			
4-18-4 开展输血质量全程监控,制订、实施控制输血感染的方案,严格执行输血技术操作规范。	4-18-4-1 有血液贮存质量监测规范与信息反馈的制度。	各项指标符合要求:	C	查看台账	任何一项未达到不得“C”
		1、有血液贮存质量监测规范与信息反馈的制度:			
		(1) 有计算机管理设施用于血液管理。			
		(2) 有血液出入库的核对领发的登记制度, 工作记录等资料保存完整(电子文档有安全备份)。			
		2、使用血液存放环境符合规定, 有监测记录:			
		(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。			
		4、血袋按规定保存, 有记录。			
		5、一次性输血耗材进行无害化处理, 有记录。			
		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	查看记录	5分, 未达到不得分		
符合“B”, 并:	A	查看资料	5分, 未达到不得分		
1、职能部门按照制度和流程要求, 检查落实情况, 对存在的问题与缺陷追踪评价, 有改进成效。					
4-18-4-2 输血前, 对从血库领出血液进行检查核对。		各项指标符合要求:	C	查看台账	任何一项未达到不得“C”
		1、输血前, 按照规定的流程检查从血库领出血液, 做到准确无误:			
		(1) 按规定检查从血库领取的血液必须核对已和受血者作过交叉配血试验的血袋, 并确认受血者是否正确。			

		(2) 血液发出前, 必须书面确认用于输血的血液, 以及供血者和受血者的血型无误。						
		(3) 血液发出前, 血液相容的记录标签必须紧附在血袋上。						
		(4) 标签上需要注明受血者身份的两种标识代码、相容试验的结果, 以及供血者的编码。输血结束前, 标签和血袋同处存放。						
		(5) 血液发出前, 还要检查全血和成分血是否发生溶血、是否有细菌污染迹象, 以及其他肉眼可见的任何异常现象。						
		2、由输血科发血者和临床科室领血者共同按规定流程执行核对。						
		符合“C”, 并:				B	查看台账	5分, 未达到不得分
		1、输血科(血库)与临床科室按照制度和流程要求检查落实情况, 对存在问题及时整改。						
		符合“B”, 并:				A	查看资料	5分, 未达到不得分
		1、职能部门按照制度和流程落实监督检查, 对存在的问题与缺陷追踪评价, 有改进成效。						
		4-18-4-3 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。				各项指标符合要求:	1、医院有输血前和输血期间的血液管理制度:	C
(1) 医院要有明文规定流程确保患者在确认过程中、输血前、输血中和输血后的监测中的安全。								
(2) 输血前须准确核实受血者和所用血液, 而且必须于输血前在患者的床旁进行, 必须有记录。由两名工作人员来核对。								
(3) 明确规定从发血到输血结束的最长时限。								
(4) 制定使用输血器和辅助设备(如血液复温和细胞过滤器)的操作规范与流程。								
(5) 若使用血液复温系统在温度超出允许范围时, 要用报警来提醒使用者。								
(6) 明确规定只有法规明确可以加到血液中的药物或已有证据表明加到血液中是安全的、不会对血液成分造成不良影响的某种药物才可以加到血中, 否则, 一般只有 0.9%的氯化钠可以加到血液或血液成分中。								
(7) 为患者输血的护士须经输血过程的全方位培训。								
(8) 输血前、输血中和输血后要全程监测患者, 以及时发现输血不良反应的征兆, 记录								

	在病历中。			
	(9) 输血操作者的姓名、输血时间、输用的血液成分类型和数量、监测患者的证据，以及任何输血不良反应都要记录在病历中。			
	符合“C”，并：	B	查看台账	5分，未达到不得分
	1、科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。			
	符合“B”，并：	A	查看台账	5分，未达到不得分
	1、职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。			
4-18-4-4 有控制输血感染的方案与实施情况记录。	各项指标符合要求：	C	查看台账	任何一项未达到不得“C”
	1、有控制输血感染的方案：			
	(1) 有落实控制输血感染方案的执行记录。			
	(2) 有报废血液处理的制度与流程，并记录。			
	(3) 开展输血感染疾病的登记、报告和调查处理工作制度 and 执行记录。			
	(4) 有输血感染疾病登记、报告等相关制度，登记记录规范、完整。			
	(5) 受血者输血前按照相关规定对经血液传播病原体的检查达 100%。			
	(6) 对输血感染病例进行调查与处理，记录符合规定。			
	(7) 当引起或可能已经引起输血传播性疾病时，要有通知血站并随访的制度与流程。还应说明是如何通知和随访输入了可能有传染性疾病的受血者。			
	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。				
符合“B”，并：	A	查看台账	5分，未达到不得分	
1、职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。				
4-18-4-5 有输血不良反应及其处理预案，记录及时、规范。	各项指标符合要求：	C	查看台账，现场查看	任何一项未达到不得“C”
	1、有输血不良反应及其处理预案，记录及时、规范：			
	(1) 监测输血的医务人员经培训，能识别潜在的输血不良反应症状。			

	<p>(2) 有确定识别输血不良反应的标准和应急措施。</p> <p>(3) 发生疑似输血反应时医务人员有章可循，并应立即向输血科（血库）和患者的主管医师报告。</p> <p>(4) 一旦出现可能为速发型输血反应症状时（不包括风疹和循环超负荷），立即停止输血，并调查其原因。要有调查时临床及时处理患者的规范。</p> <p>(5) 输血科（血库）应根据既定流程调查发生不良反应的原因，确定是否发生了溶血性输血反应。立即查证：</p> <p>1) 患者和血袋标签确认输给患者的血是与患者进行过交叉配血的血。</p> <p>2) 查看床旁和实验室所有记录，是否可能将患者或血源弄错。</p> <p>3) 肉眼观察受血者发生输血反应后的血清或血浆是否溶血。如果可能，该标本应和受血者输血前的标本进行比较。</p> <p>4) 用受血者发生输血反应后的标本做直接抗人球蛋白试验。</p> <p>(6) 实验室应制定加做其他相关试验的要求，以及做相关试验的标准。</p> <p>(7) 输血科（血库）主任负责解释上述试验结果并永久记录到受血者的临床病历中。</p> <p>(8) 当输血反应调查结果显示存在血液成分管理不当等系统问题时，输血科主任应积极参与解决。</p> <p>(9) 输血后献血员和受血者标本应依法至少保存 7 天，以便出现输血反应时重新进行测试。</p> <p>(10) 职能部门会同输血科（血库）对输血不良反应评价结果的反馈率为 100%。</p> <p>2、输血科应根据既定流程调查发生不良反应，有记录。</p> <p>3、由输血科主任对相关人员进行确定识别输血不良反应的标准和应急措施的再培训与教育。</p> <p>4、相关人员知晓本岗位的履职要求。</p> <p>符合“C”，并：</p>	B	查看台账	
--	---	---	------	--

		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。有职能部门对相关人员进行培训与教育后考核的记录。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看台账	
		1、职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。			5分，未达到不得分
4-18-5 开展临床用血全程管理。落实临床用血申请、登记制度，履行用血报批手续，执行输血前核对和相容性监测制度，做好血液入库、贮存和发放管理。	4-18-5-1 有用血申报登记、血液出入库管理、血液核对、血液贮存及相容性监测的制度。	各项指标符合要求：	C	查看台账，现场查看	任何一项未达到不得“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、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。			
		3、有用血申报登记、血液出入库管理、血液核对、血液贮存及相容性检测的制度，服务项目经卫生行政部门核准：			
		（1）血液的出入库记录完整率为 100%。			
		（2）供、受血者血型复查率为 100%。			
		（3）血液有效期内使用率为 100%。			
		（4）用血的申请单、发血单、输血记录格式规范、书写规范、信息记录完整。			
		（5）按照《医疗机构临床用血管理办法》（原卫生部令第 85 号）建立临床用血申请管理制度并落实；紧急用血必须履行补办报批手续。			
		4、使用检测技术为核准可适用的检测技术。			
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。职能部门按照制度和流程落实监督检查，并有改进措施。	B	查看台账	5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：				
	1、职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。	A	查阅资料	5分，未达到不得分	
4-18-5-2 有输血前的检验和核对制度，实施	各项指标符合要求：				
	1、有输血前的检验和核对制度，实施记录及时、规范，且保存：	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”	

记录及时、规范，并保存。	(1) 凡遇输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血的患者，应告知患者，并建议筛选不规则抗体。			
	(2) 按照要求规范开展输血前检验项目:血型(包括 RhD)交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物等指标。			
	(3) 交叉配血必须采用能检查不完全抗体的介质或实验方法。			
	(4) 血液发出后，受血者和献血血标本于 2℃~6℃保存至少 7 天。			
	(5) 输血前，两名医护人员再核对交叉配血报告单及血袋各项内容，执行双人、双核对、签字制度。			
	2、临床输血记录合格率和保存完整率为 100%。			
	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，现场查看	5分，未达到不得分
	符合“B”，并： 1、职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
4-18-5-3 医院有紧急用血预案，并得到落实。	各项指标符合要求：			
	1、医院有紧急用血预案，有具体保障措施：			
	(1) 有紧急用血的应对预案文件。	C	查看台账，现场查看	任何一项未达到不得“C”
	(2) 有关键设备故障的应急措施。			
	2、相关人员知晓本部门、本岗位的任职要求。			
	符合“C”，并： 1、输血科(血库)能按照制度和流程要求检查落实情况，并有持续改进措施。	B	查看台账	5分，未达到不得分
符合“B”，并： 1、紧急用血的执行情况(重点夜间、节假日)，与医院规定的要求保持一致。	A	查看台账	5分，未达到不得分	
4-18-5-4 开展室内质量控制，参加输血相容	各项指标符合要求：	C	查看资料	任何一项未达到不得“C”
	1、建立和实施与检测项目相适应的室内质量控制流程，应包括：			

	性监测室间质评。	(1) 质控品的技术规则定义。			
		(2) 质控品常规使用前的确认。			
		(3) 实施质控的频次。			
		(4) 质控品检测数据的适当分析方法。			
		(5) 质控规则的选定。			
		(6) 试验有效性判断的标准。			
		(7) 失控的判定标准、调查分析、处理和记录。			
		符合“C”，并：	B	查看资料	1分，未达到不得分
		1、参加国家级或省级室间质量评价机构组织的输血前相关血液检测室间质量评价，成绩合格。			2分，未达到不得分
		2、参加室间质量评价应当按常规检测方法 with 常规检测标本同时进行，不得另选检测系统，保证检测结果的真实性。			2分，未达到不得分
3、输血科（血库）对于室内失控项目和室间质量评价不合格的项目，及时查找原因，采取纠正措施。	A	查看资料	5分，未达到不得分		
符合“B”，并：					
1、评审前三年室间质量评价全部合格。					
4-18-6 输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗同意书”。	4-18-6-1 准备输血的患者必须检查血型及感染筛查。	各项指标符合要求：	C	现场查看记录并查看病历	任何一项未达到不得“C”
		1、按照卫生行政部门的规定，有对准备输血的患者进行检查血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）的相关规定。			
		符合“C”，并：	B	现场查看	5分，未达到不得分
	1、医务人员熟悉并执行该规定。				
	符合“B”，并：	A	抽查病历	5分，未达到不得分	
	1、该规定执行率100%。				
4-18-6-2 由医师向患	各项指标符合要求：	C	现场查看记录并查看病		

	者、近亲属或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可选择的 其他办法。	1、有相关规定要求医师向患者、近亲属或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可选择的 其他办法，并记录在病历中：		历	任何一项未达到不得“C”
		(1) 取得患者与法定代理人知情同意，签署“输血治疗同意书”。			
		(2) 同意书中须明确其他输血方式的选择权。			
		(3) 同意书中可明确同意输血次数。			
		(4) 《输血治疗知情同意书》入病历保存。			
		(5) 无近亲属签字、无自主意识患者的紧急输血，以患者最大利益原则决定输血治疗，并报医院职能部门或主管领导同意、备案，并记入病历。			
		2、医院对特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程。			
	符合“C”，并：	B	现场查问	5分，未达到不得分	
	1、医务人员熟悉并执行该规定。				
	符合“A”，并	A	抽查病历	5分，未达到不得分	
	1、输血治疗知情同意书签署率 100%。				
4-18-7 有临床用血前的评估和用血后效果评价制度，并组织实施。	4-18-7-1 输血前评估指征或检测指标明确。	各项指标符合要求：	C	现场查看记录并查看病历	任何一项未达到不得“C”
		1、医院有“输血前评估指征或检测指标”制度与程序文件明示。			
		符合“C”，并：	B	查看台账	5分，未达到不得分
		1、有输血前评估指征或检测指标落实情况督导检查，有记录。			
	符合“B”，并：	A	查看台账	5分，未达到不得分	
	1、输血前评估指征或检测指标，有持续改进。				
	4-18-7-2 输血治疗病程记录完整详细。	各项指标符合要求：	C	现场查看记录并查看病历	任何一项未达到不得“C”
1、医院有输血治疗病程记录的相关规范：					
(1) 输血治疗病程记录完整详细，至少包括输血原因，输注成分、血型 and 数量，输注过程观察情况，有无输血不良反应等内容。					
	(2) 不同输血方式的选择与记录。				

		(3) 输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。	B	查看台账	5分, 未达到不得分	
		(4) 手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致; 输血量与发血量一致。				
		符合“C”, 并:				
		1、有输血治疗病程记录质量的督导检查和改进措施。				
		符合“B”, 并:				
		1、输血治疗病程记录 100%符合规范要求。	A	查看病历	5分, 未达到不得分	
4-18-8 科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队, 能用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标, 开展室内质控, 参加省级或国家级临床输血相容性检测室间质评, 定期评价质量, 促进持续改进。	4-18-8-1 有科室质量与安全管理小组, 并有开展工作的记录。	各项指标符合要求:	C	查阅资料	任何一项未达到不得“C”	
		1、由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组, 负责医疗质量和安全管理。				
		2、有质量与安全管理工作计划并落实。				
		3、定期召开质量与安全管理会议, 对科室质量与安全管理情况进行总结分析, 提出改进措施, 每季度至少一次。				
			符合“C”, 并:	B	查阅资料	5分, 未达到不得分
			1、有质量与安全管理小组开展工作的完整资料。			
			符合“B”, 并:			
			1、质量与安全管理小组运用质量管理工具, 开展质量与安全管理, 体现持续改进的理念。	A	查阅资料	5分, 未达到不得分
	4-18-8-2 有明确的质量与安全管理目标, 定期开展评价活动, 持续改进输血工作。	4-18-8-2 有明确的质量与安全管理目标, 定期开展评价活动, 持续改进输血工作。	各项指标符合要求:	C	查阅资料	任何一项未达到不得“C”
			1、科室有质量控制相关的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。			
2、科室及各专业组的质量控制活动以上述内容为核心内容。						
3、科室有明确的质量与安全管理目标。						
4、科室员工知晓相关制度、岗位职责与质量安全目标, 熟悉并遵守相关技术规范和操作规程。						
		符合“C”, 并:	B	查看记录		

		1、开展质量与安全管理教育与培训。			2.5分，未达到不得分			
		2、每季度对质量与安全管理目标进行定期考核、分析、评价，及时改进。			2.5分，未达到不得分			
		符合“B”，并：	A	查看记录	5分，未达到不得分			
		1、落实改进措施，主动征求临床对输血管理的意见和建议，持续改进输血工作。						
4-19 医院感染管理与持续改进								
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准			
4-19-1 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》等规章要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。	4-19-1-1 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	任何一项未达到不得“C”			
		1、建立“医院感染管理委员会-医院感染管理部门-临床科室感控小组”三级医院感染管理组织体系，有上述组织的工作制度与职责。						
		2、有医院感染管理委员会。至少每年召开两次工作会议，有会议记录或会议简报。						
		3、有医院感染管理部门，医院应按每 200~250 张实际使用病床，配备 1 名医院感染管理专职人员，负责医院感染管理工作，负责人需在医院感染管理专业工作五年以上、具有副高级职称以上的专业技术人员。						
		4、科室有医院感染管理小组，有兼职的医院感染管理质量控制人员。						
		5、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。						
		6、感控专职人员需参加专业培训并取得资质；相关人员知晓本部门、本岗位职责并履行。						
		7、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；查看上级行政部门检查问题的改进情况记录	4分，未达到不得分
		1、有院、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，适时召开专题会议，对医院感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈及改进措施。						
2、对上级行政主管部门检查中发现的问题，及时整改，并调整工作计划和内容。								
		符合“B”，并：	A	查看资料				

		1、院、科两级医院感染管理组织机构健全，人员配置满足临床需求。			2分，未达到不得分	
		2、医院感染管理科人员专业构成合理，人员稳定，有经过省级“感控医师临床研修项目”或国家“细菌真菌感染诊治培训项目(培元计划)”的人员。			3分，未达到不得分	
	4-19-1-2 有相应的规章制度，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 workflow 具体措施，并落实。			
			3、医院感染管理相关人员熟知相关制度、workflow 及所辖部门医院感染特点。			
			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：			
			1、职能部门对科室医院感染管理工作有检查、分析、反馈。			
			2、院、科两级医院感染管理组织对相关制度落实情况有监督检查，对发现问题及缺陷及时反馈，有持续改进措施。			
		符合“B”，并：	B	查看医务处、护理部及医院感染管理部门的督查记录及分析反馈	2.5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。			2.5分，未达到不得分	
4-19-2 开展医院感染防控知识的培训与教育。	4-19-2-1 有医院感染管理培训计划、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、培训大纲和培训教材。				
		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：				
		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：	B	查看教育部门及感染管理部门资料	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。			5分，未达到不得分	
4-19-3 按照《医	4-19-3-1 医院感染专职人员和监测设施配	各项指标符合要求：	C	现场查看现场考核	任何一项未达到不得“C”	
		1、医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。				

院感染监测规范》，监测重点环节、重点人群与高危因素，采用监控指标管理，控制并降低医院感染风险。	备符合要求，开展目标性监测、全院综合性监测等监测工作并记录。	2、有医院感染监测计划，有目标性监测、全院综合性监测等，监测的目录/清单范围符合《医院感染监测规范》要求。	B	查看资料及访谈	5分，未达到不得分		
		3、每年开展现患率调查，调查方法规范。					
		4、科室能按照制度和流程要求，监测符合《医院感染监测规范》要求的全部项目，并有记录。					
		5、有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。					
		符合“C”，并：					
	1、有医院感染监测记录与分析报告，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。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分			
	符合“B”，并：						
	1、医院信息系统能够提供医院感染危险因素监测并分析的数据，能满足目标性监测和全院综合性监测等管理需求。医院感染监测指标持续改进有成效。						
	4-19-3-2有重点环节、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。				C	现场查看及考核，查阅10份病历	任何一项未达到不得“C”
	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、重症医学科有血管内导管相关血流感染发病率、呼吸机相关肺炎发病率、导尿管相关泌尿系感染发病率的监测。	B	查看资料及访谈	2分，未达到不得分				
4、有对下呼吸道、手术部位、导尿管相关泌尿系、血管内导管相关血流等感染预防控制的相关制度与措施，并落实。							
符合“C”，并：							
1、科室落实自查情况及存在问题总结、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。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分				
符合“B”，并：							
1、医院信息系统对重点环节、重点人群与高危因素监测及分析，医院感染得到有效控							

		制。			
4-19-4 执行手卫生规范,落实医院感染控制的基本要求。	4-19-4-1 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和有效的监管措施。	各项指标符合要求:	C	现场查看	任何一项未达到不得“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	
		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		
				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。	
	4-19-4-2 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		
符合“C”,并:					
1、科室对手卫生执行情况有自查。					
符合“B”,并:	A	查看近2年的改进案例			
1、持续改进有成效,手卫生依从性、正确性不断提高。					
4-19-5 有多重耐药菌医院感染控制管理的规范与程序,实施监管与改进。	4-19-5-1 有多重耐药菌医院感染控制管理的规范与程序,有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制,对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。	各项指标符合要求:	C	追踪1名多重耐药菌患者	任何一项未达到不得“C”
		1、针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节,结合实际工作,制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。			
		2、有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、抗菌药物合理使用、清洁与环境消毒的制度等。			
		3、医院临床微生物室能为临床开展多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性分析。			
		4、有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面			

		的协作机制，并有具体落实方案。			
		符合“C”，并：	B	查看资料及访谈	
		1、各部门信息通报渠道畅通，对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措施。			2.5分，未达到不得分
		2、职能部门对多重耐药菌医院感染情况有检查、问题分析及改进建议。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看近2年的改进案例	
		1、持续改进有成效，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。			5分，未达到不得分
	4-19-5-2 有预防多重耐药菌感染措施培训。	各项指标符合要求：	C	查看资料	
		1、对临床医务人员和微生物实验室或检验部门的人员进行预防多重耐药菌感染措施的培训制度、培训计划及落实措施。			任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并：	B	查看培训资料	
		1、有相关人员多重耐药菌感染危险因素、流行病学以及预防与控制措施等知识培训，相关资料可查询。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查看资料	
	1、有培训效果追踪总结，多重耐药菌感染预防和控制有效。	5分，未达到不得分			
4-19-6 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。	4-19-6-1 有细菌耐药监测及预警机制，各重点部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。	各项指标符合要求：	C	查看资料及访谈	
		1、有细菌耐药监测及预警机制，至少每半年进行反馈。			任何一项未达到不得“C”
		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。				
		符合“C”，并：	B	查看资料及访谈	
		1、痰标本占有送检标本70%以下。			2分，未达到不得分
	2、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			
	3、有上述细菌耐药监测变化趋势图。			2分，未达到不得分	

		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，有多部门对细菌耐药情况联合干预措施，并有成效。	A	查看资料及访谈	5分，未达到不得分
4-19-7 消毒工作符合《医疗机构消毒技术规范》、《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的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。	4-19-7-1 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与隔离制度。	各项指标符合要求： 1、有全院和重点部门的消毒与隔离工作制度。	C	现场查看现场考核	任何一项未达到不得“C”
		2、有对医务人员进行相关知识、消毒与隔离技术的教育与培训，有培训考核记录。			
		3、有保障重点部门落实消毒与隔离制度（如重症医学科、手术室、导管室、内镜室、消毒供应中心等）落实措施，并执行。			
		4、为医务人员提供合格的防护用品。			
		5、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。			
		6、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。			
		7、定期针对消毒开展常规监测，包括紫外线灯的强度监测、消毒液浓度监测、以及必要的消毒后生物监测等，并有记录。			
		8、相关人员知晓上述内容并落实。			
		符合“C”，并： 1、有多部门与科室协作管理机制，对消毒与隔离工作存在问题与缺陷分析、总结，提出改进措施。 2、职能部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题及时整改。	B	查看资料及访谈	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、医院消毒与隔离工作制度落实到位，所有医务人员防护用品符合国家规定。 2、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
4-19-7-2 隔离管理符合要求，医务人员防护用品使用正确，针对不	各项指标符合要求： 1、有针对免疫低下、感染性疾病等患者的隔离制度及操作流程。 2、医务人员掌握隔离的原则、标准、技术。	C	现场查看及考核	任何一项未达到不得“C”	

	同传播途径疾病的隔离与预防措施得当。	3、隔离设施及物品配备能满足临床需要。				
		符合“C”，并： 1、职能部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题及时整改。	B	查看资料及访谈	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分	
4-19-8 医院感染管理组织须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和医务人员临床实践行为；将医院感染情况与其他医疗机构进行比较；定期反馈并通报医院感染监测结果。	4-19-8-1 有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）开展监测工作并记录。	各项指标符合要求：		现场查看现场考核	任何一项未达到不得“C”	
		1、有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）开展监测工作并记录。	C			
		2、有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。				
		符合“C”，并：				
		1、医院感染管理部门组织定期（至少每季度）对监测信息进行分析讨论，有会议记录或简报，定期（至少每季度）发布医院感染监测信息，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。	B			查看资料及访谈
		符合“B”，并：				
		1、医院感染监测指标真实、准确、完整，能为医院感染管理提供依据，持续改进医院感染管理工作。	A	查看近2年的改进案例	5分，未达到不得分	
	4-19-8-2 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：		现场查看现场考核	任何一项未达到不得“C”	
		1、按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。	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。		B	查看10份医院感染病历，核实诊断			3分，未达到不得分
2、职能部门针对省市医院感染质量控制中心发布本地区的医院感染监测信息，分析比较，提出改进建议。						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		

4-19-8-3 有医院感染暴发报告流程与处置预案。	各项指标符合要求：	C	查看资料及现场考核	任何一项未达到不得“C”
	1、有医院感染暴发报告流程与处置预案。			
	2、有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。			
	3、有医院感染暴发的报告流程和处置预案控制的有效措施，并按要求上报。			
	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。	B	查看资料及访谈	4分，未达到不得分 1分，未达到不得分
	符合“C”，并：			
	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。	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，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。				

4-20 临床营养管理与持续改进

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
4-20-1 营养科具备与其功能和任务相适应的场所、设备、设施和人员条件。由有资质的人员从事临床营养工作，执行《中华人民共和国食	4-20-1-1 设营养科（室），并配备与其规模相适应的（医师、技师、护士、厨师、护理人员等）营养专业人员，开展肿瘤临床营养工作。	各项指标符合要求：	C	查看批文、病历、（纸质、信息系统）、财务收费项目，现场查看	任何一项未达标不得“C”
		1、设置营养科（室）。			
		2、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。			
		3、营养医师具有执业医师证书，具备相应的基本技能。			
		4、营养护士具有执业护士证书，具备相应的基本技能。			
		5、有各级各类人员岗位职责。			
		6、各级各类人员熟悉并履职本岗位职责。			
		7、建立营养诊疗信息系统，完善营养诊疗相关收费项目，落实营养诊疗临床路径，完善营养诊疗的信息化进程。			

品安全法》等相关法律法规。	符合“C”，并： 1、营养科设有营养门诊、营养代谢实验室（可在检验科内设置）、治疗膳食配置室、肠内营养配置室。 2、临床营养专业人员与床位比不少于 1:200。 3、营养医师占专业人员的比例≥50%，有完整的人才梯队。 4、科室负责人应具备营养专业或医学专业学历背景及副主任医师以上职称，且为专职。	B	查阅资料，现场查看	2分，未达到不得分			
				1分，未达到不得分			
				1分，未达到不得分			
				1分，未达到不得分			
				符合“B”，并：			
				A	查阅资料	2分，未达到不得分	
	2分，未达到不得分						
	1分，未达到不得分						
	4-20-1-2 临床营养工作。	各项指标符合要求： 1、有满足营养门诊工作的基本设施。 2、肠内营养配制室具备相应工作条件。 3、开展营养风险筛查和营养评定。 4、治疗膳食配制部门按操作区配备基本使用设备。	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达标不得“C”		
					符合“C”，并：		
					B	查看资料	2.5分，未达到不得分
							2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：					
		A	查看资料	1分，未达到不得分			
2分，未达到不得分							
2分，未达到不得分							
4-20-1-3 营养科（室）		各项指标符合要求：	C	查看资料，现场查看			

	建立健全并落实临床营养工作管理制度,并对各级人员进行岗位培训。	1、各项规章制度齐全。如查房、会诊制度及值班、交接班制度,食品卫生相关制度,医院感染管理制度,设备维护维修制度,工作人员职业道德、行为规范与考核制度等。			任何一项未达标不得“C”			
		2、监督指导营养食堂财会和成本核算、财务管理、库房管理制度以及卫生制度等。						
		3、若是外包服务,医院则需确认供应商生产、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、对各级人员进行岗位培训。						
		符合“C”,并:						
		1、制定食品操作(准备、处理、贮存、运送)标准与程序。				B	查看资料,现场查看	2分,未达到不得分
		2、配送食品有保温措施,在盛装后能在40分钟内送至病房。						1分,未达到不得分
		3、若用统一餐具,能在病人用餐后30分钟内回收餐具撤离病房。						1分,未达到不得分
		4、制定食物残渣、餐具清洗消毒贮存的操作标准与程序。						1分,未达到不得分
		符合“B”,并:				A	查看资料	5分,未达到不得分
1、有职能部门定期对营养管理进行督导检查,持续改进营养管理工作。								
4-20-2有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”,为住院患者提供适合其治疗需要的膳食。	4-20-2-1医院现行的规章制度,有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”。	各项指标符合要求:	C	查看资料	任何一项未达标不得“C”			
		1、有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”。						
		符合“C”,并:						
		1、有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”手册。				B	查看资料	5分,未达到不得分
		符合“B”,并:				A	查看资料	5分,未达到不得分
		1、有重点病房治疗膳食医嘱的效果评价。						
4-20-2-2住院医师遵循规章制度,执行膳食医嘱。	各项指标符合要求:	1、住院医师遵循规章制度,执行膳食医嘱。	C	查看资料	任何一项未达标不得“C”			
		符合“C”,并:						
		1、有完整明晰的膳食医嘱执行路径。				B	查看资料	5分,未达到不得分

		符合“B”，并： 1、有重点病房治疗膳食医嘱的效果评价。	A	查看资料	5分，未达到不得分
4-20-3 对住院患者实施营养评价，接受特殊、疑难、危重及大手术患者的营养会诊，提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案，按照《病历书写基本规范（试行）》的要求进行记录。	4-20-3-1 对住院患者实施营养评估，接受营养会诊，提供营养支持方案，按照《病历书写基本规范（试行）》的要求进行记录。	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	任何一项未达标不得“C”
		1、营养师定期查房，参与临床病历讨论，完成重点患者营养病历记录。			
		2、对住院患者实施营养评估，接受特殊、疑难、危重及大手术患者营养会诊。			
		3、提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案。			
4、按照《病历书写基本规范》的要求进行记录。					
		符合“C”，并： 1、有营养科与临床各科的协作机制。	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、有重点病房进行营养风险筛查、营养评定，营养干预治疗。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
4-20-4 开展营养与健康宣传教育服务，在出院时提供膳食营养指导；为临床医护人员提供临床营养学信息；参加住院患者座谈会，听取并征求患者及家属	4-20-4-1 为住院患者提供适合其病情治疗需要的膳食，住院患者治疗膳食就餐率≥80%以上。	各项指标符合要求：	C	查看资料，现场查看	任何一项未达标不得“C”
		1、能提供各种诊断及治疗膳食服务。			
		2、对有诊疗特殊需要的患者提供诊断膳食、治疗膳食等服务。			
		3、进行营养与健康宣传教育服务。			
		4、在出院时提供膳食营养指导。			
		5、为临床医护人员提供临床营养学信息。			
		6、与临床医护人员进行良好的沟通。			
		符合“C”，并： 1、有多种形式的疾病营养指导、营养健康教育资料。 2、定期召开各种形式座谈会，征求临床医务人员和患者、家属的意见，及时进行总结分	B	查看资料，现场查看	2分，未达到不得分 2分，未达到不得分

的意见。		析。	A	查看资料	1分,未达到不得分
		3、住院患者治疗膳食就餐率≥60%以上。			
		符合“B”,并:			
		1、有持续性的改进措施。 2、住院患者治疗膳食的就餐率≥80%。			
4-20-5 科室有质量与安全管理小组或专人负责质量管理工作,能用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标,加强重点患者全程营养诊疗服务的监控管理,定期评价质量,促进持续改进。	4-20-5-1 科室有质量管理小组或专人负责质量管理,开展质量与安全管理。	各项指标符合要求:	C	查看资料	任何一项未达标不得“C”
		1、科室有质量管理小组或专人负责质量管理,开展质量与安全管理。 2、有明确的质量与安全指标。			
		符合“C”,并:	B	查看资料	5分,未达到不得分
		1、科室能运用适宜的评价方式与质量管理工具,定期评价营养管理工作,对重点患者全程营养诊疗服务进行追踪评价。			
		符合“B”,并:	A	查看资料	5分,未达到不得分
		1、根据评价情况,持续改进营养管理,各科室和患者对营养工作满意度高。			
4-21 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
4-21-1 病历(案)	4-21-1-1 按照法律、法规及相关规定制订	各项指标符合要求: 1、设置病案管理部门,配备专(兼)职人员,负责病历和病案管理工作,人员配置满足工	C	现场查看查阅资料	任何一项未达到不得“C”

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。	病案管理制度, 人员配备合理, 设备设施符合要求。	作需要。	B	查阅资料、台账	5分, 未达到不得分
		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。			
		4、配设计算机等相应的设施、设备, 有独立的病案管理系统。			
		符合“C”, 并:			
		1、职能部门对病案管理工作有检查、分析、反馈。			
4-21-2 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。有病历质量控制与评价组织。	4-21-2-1 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	查阅资料, 现场核查, 抽查门(急)诊病历 10 份	任何一项未达到不得“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)、有效身份证件号。			
		3、为同一患者病历建立唯一的标识号码, 通过同一患者的病历编号可获得其所有以前的住院病历资料。			
		符合“C”, 并:			
		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。			
4-21-2-2 病历书写应当客观、真实、准确、	4-21-2-2 病历书写应	各项指标符合要求:	A	查阅资料, 现场查看	5分, 未达到不得分
		1、有病历书写制度以及相关管理规定。			
		2、职能部门有检查、分析、反馈。			
		符合“B”, 并:			
		1、持续改进有成效, 患者就诊信息填写和病历书写项目规范, 错误发生现象逐渐减少。			
		符合“B”, 并:			
4-21-2 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。有病历质量控制与评价组织。	4-21-2-1 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:	B	查阅资料、台账	2分, 未达到不得分
		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)、有效身份证件号。			
		3、为同一患者病历建立唯一的标识号码, 通过同一患者的病历编号可获得其所有以前的住院病历资料。			
		符合“C”, 并:			
		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。			
4-21-2 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。有病历质量控制与评价组织。	4-21-2-2 病历书写应当客观、真实、准确、	各项指标符合要求:	A	查阅资料, 现场查看	5分, 未达到不得分
		1、有病历书写制度以及相关管理规定。			
		2、职能部门有检查、分析、反馈。			
		符合“B”, 并:			
		1、持续改进有成效, 患者就诊信息填写和病历书写项目规范, 错误发生现象逐渐减少。			
		符合“B”, 并:			
4-21-2 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。有病历质量控制与评价组织。	4-21-2-1 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	查阅资料, 现场考核	任何一项未达到不得“C”
		1、有病历书写制度以及相关管理规定。			
		2、职能部门有检查、分析、反馈。			
		符合“B”, 并:			
		1、持续改进有成效, 患者就诊信息填写和病历书写项目规范, 错误发生现象逐渐减少。			
		符合“B”, 并:			

及时、完整、规范，符合《病历书写基本规范》，确保病历质量。	2、病历书写作为医师岗前培训的主要内容之一，院级及科室均应有培训，有记录。						
	3、医务人员按病历书写基本规范要求书写病历，书写质量达到规范的基本要求。						
	4、病历中各种手术与操作并发症、使用药物、器材所致不良反应、病程记录或检查化验报告所获得的诊断应规范地填写在病案首页中，无遗漏。						
	5、病程记录应根据病情观察、查房情况并结合检查结果进行分析、判断，记录体现三级医师的诊断思路和处理方案。						
	6、电子病历账号管理规范，各类医师有自己的病历账号。						
	符合“C”，并：						
	1、科室定期对病历质量进行自查，对存在的问题与缺陷有整改。				B	查阅资料、台账	2分，未达到不得分
	2、职能部门有检查、分析、反馈。						3分，未达到不得分
	符合“B”，并：				A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
	1、持续改进有成效，病历书写质量逐渐提高，符合病历书写规范。						
4-21-2-3 住院病案首页应有主管医师签字，应列出患者所有与本次诊疗相关的诊断与手术、操作名称。	各项指标符合要求：	C	现场查看，查阅资料	任何一项未达到不得“C”			
	1、病案首页上，各级医师签字符符合病案首页填写相关要求。						
	2、病案首页诊断填写完整，主要诊断的正确率达到100%。	B	查阅资料、台账	1分，未达到不得分			
	符合“C”，并：						
	1、病案首页中的疾病诊断顺序、主要诊断与主要手术、操作选择应符合江苏省卫健委疾病分类规定要求。						
	2、病案首页中的诊断在病程、检查化验报告中获得支持依据。						
	3、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。						
	4、有临床科室自查及职能部门督查，有整改措施。						
符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分				
1、探索开展 DRG 工具的应用，利用住院病案首页数据进行绩效分析。							

	4-21-2-4 有病历质量控制与评价组织。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场考核	任何一项未达到不得“C”
		1、有病历质量控制与评价组织，由具备主治医师以上资格且有 5 年以上管理住院病人临床工作经历的人员主持。			
		2、有病历质量监控评价标准，相关医师均知晓标准内容。			
		3、临床各科定期对病历质量进行检查与评价，作为医师考核内容。			
		4、职能部门定期对病历质量进行督导检查，作为科室考核内容。			
		5、院、科两级及时通报病历检查情况，反馈至各科室和责任医师，对存在问题与缺陷及时改进。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台账	2分，未达到不得分
		1、医院有专职的质控人员，科室有质控员。			
		2、医院至少每季度对病历质量进行总结、分析、评价，提出整改措施，改进病历质量。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
1、院、科落实整改措施，持续改进病历质量，年度住院病案总检查数占总住院病案数 \geq 70%，病历甲级率 \geq 90%，无丙级病历。					
4-21-3 采用国家卫健委发布的疾病分类 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	4-21-3-1 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，现场考核	任何一项未达到不得“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。	B	查阅资料、台账	1分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
		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。			
		2、落实培训计划，提供技术支持，提升培训与教育质量，职能部门有检查、分析、反馈。			
		3、肿瘤编码体现本例最高诊断依据。			
4、编码员编码准确性不断提高，临床医师熟悉疾病分类与手术操作分类。	1分，未达到不得分				
		1分，未达到不得分			

示踪系统, 出院病案信息的查询系统, 做好肿瘤登记报告工作。	5、有信息系统支持疾病分类和手术操作分类。			1分, 未达到不得分	
	符合“B”, 并:	A	查阅资料、台账		
	1、体现国际肿瘤学分类 ICD-0 肿瘤学专辑中部位、形态学特点, 肿瘤分类与世界卫生组织 (WHO) 肿瘤分类及诊断标准保持一致。			1分, 未达到不得分	
	2、肿瘤分期填报准确, 能够采用 TAM、AJCC 等国际标准, 分病种采用不同分期体系描述。			1分, 未达到不得分	
	3、肿瘤编码系统能体现患者本次住院肿瘤的“初治、复治”等情况。			1分, 未达到不得分	
	4、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。			2分, 未达到不得分	
	4-21-3-2 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, 现场考核	
	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。				任何一项未达到不得“C”
	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:	B	查阅资料、台账			
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。			5分, 未达到不得分		
	符合“B”, 并:	A	查阅资料、台账		
	1、持续改进有成效, 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。			1分, 未达到不得分	
	2、可查询双原发、多原发等重复癌情况。			1分, 未达到不得分	
	3、能根据治疗方法的分类, 进行治疗的归类查询。			1分, 未达到不得分	
	4、肿瘤编目、随诊信息对接保证信息一致性。			2分, 未达到不得分	
4-21-3-3 做好全出院患者肿瘤登记报告工作。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账		
	1、建立院内肿瘤登记报告制度、流程, 成立肿瘤登记小组。			任何一项未达到不得“C”	
	2、科室设专人负责全院肿瘤病例信息汇总、整理、质控和上报等相关工作。				

		符合“C”，并：	B	查阅资料，现场查看				
		1、恶性肿瘤病例报告卡填写完整性及有效性：报告卡主要变量内容无缺失，无逻辑错误。			2分，未达到不得分			
		2、每月15日前上传上一月肿瘤登记报告卡，有专人负责。			3分，未达到不得分			
		符合“B”，并：						
		1、建立肿瘤登记上报管理系统，具有肿瘤登记及查询、检索、数据分析等功能。			1分，未达到不得分			
		2、建立院内肿瘤登记信息数据库，可将全院肿瘤登记相关信息进行整合、分析、共享。			2分，未达到不得分			
	4-21-3-4 建立出院病案常规随访及专题随访工作系统并做好肿瘤登记、上报工作。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看				
		1、病案室设随访人员负责全院常规随访工作。			任何一项未达到不得“C”			
		2、有随访工作相关制度，随访率占出院病人比例达100%。						
		符合“C”，并：						
		1、建立病案随访管理系统，具有随访登记及查询、检索、数据分析等功能。				B	查阅资料，现场查看	2分，未达到不得分
		2、负责或有能力完成医院临床各科室、治疗组、医师等专题随访工作，有能力按特定病种开展随访工作。						3分，未达到不得分
符合“B”，并：								
	1、建立院级随访信息数据库，可将全院随访信息整合共享。	A	查阅资料、台账	2分，未达到不得分				
	2、职能部门有检查、分析、反馈。			3分，未达到不得分				
4-21-4 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。	4-21-4-1 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：	C	查阅资料，现场查看				
	1、采用病案示踪系统等方式，控制每份纸质病案的去向。	任何一项未达到不得“C”						
	2、有3年纸质病案存放的发展空间，纸质病历保存符合管理要求。							
	3、纸质病案查阅、借阅和归档期限有明确的规定，未归的纸质病案有催还记录。							
	4、患者出院后，住院电子病历3个自然日之内归档率达≥90%。							
	5、医院有纸质及电子病历归档的方案与规定。							
	符合“C”，并：				B	查阅资料、台账		

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。		1、科室对病历归档有自查,对存在问题有改进措施。	A	查阅资料,现场查看	2分,未达到不得分	
		2、职能部门有检查、分析、反馈。			2分,未达到不得分	
		3、病案科与职能部门对患者出院后病历未能及时回归病案科的科室进行追踪、分析、改进管理,保障回归率。			1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。			2分,未达到不得分	
		2、病案管理有序,去向明确,对纸质病历进行数字化处理,调阅方便。			3分,未达到不得分	
	4-21-4-2 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:		C	查阅资料,现场查看	任何一项未达到不得“C”
		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。				
		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。				
4-21-5 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	4-21-5-1 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:		B	查阅资料,现场查看	
		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。				
		符合“B”,并:				
		1、持续改进有成效,保护病案及信息安全的相关制度落实到位,病案及信息安全得到保障。				
		2、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。				
4-21-5 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	4-21-5-1 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:		A	查阅资料,现场查看	
		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。				
4-21-5 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	4-21-5-1 医院医务人员及管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。	各项指标符合要求:		C	查阅资料、台账	
		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。		任何一项未达到不得“C”		

患者隐私的泄露。		3、有回避与保护患者隐私的规范与措施。	B	查阅资料，现场查看	
		4、有完整的病案服务登记信息，包括：查阅、借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有检查与监管。保障病案依法借阅、调取、复印便捷，防止病案丢失、损毁、篡改，保护患者隐私。			
		2、病案服务能力不低于当年出院的病案人数。			
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，病案服务管理规范，能够满足患方、司法、保险等多方需求。			
4-21-6 加强电子病历规范管理，符合《电子病历应用管理规范（试行）》的要求。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。	4-21-6-1 加强电子病历规范管理，符合《电子病历应用管理规范（试行）》的要求。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场考查	任何一项未达到不得“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。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有检查与监管。			
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，电子病历完全符合《电子病历应用管理规范（试行）》，个人信息安全有保障。			
			A	查阅资料，现场查看	2.5分，未达到不得分
			B	查阅资料，现场查看	2.5分，未达到不得分
			A	查阅资料，现场考查	5分，未达到不得分

第五章 护理管理与质量持续改进

5-1 护理垂直管理体系							
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准		
5-1-1 院领导履行对护理工作领导责任，医院建立垂直管理体系，对护理工作实施目标管理。	5-1-1-1 有在院长（或副院长）领导下的护理工作实施目标管理。	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，由院长指导、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。	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
		符合“C”，并：	2分，未达到不得分				
		1、职能部门、科室对护理目标落实情况有监管及督查。	A	查阅资料，现场查看，访谈	5分，未达到不得分		
		2、护理目标管理有信息化支持。					
符合“B”，并：							
		1、持续改进有成效，护理管理体系有效运行，护理规划与计划有效落实。					
5-1-2 护理管理队伍素质能力过硬，业务水平较高，接受过较为系统的管理知识培训。	5-1-2-1 三级护理管理人员达到任职要求，具备较高的业务水平，并定期参加管理相关知识培训。	各项指标符合要求：	C	查阅原始资料、台账，并现场查看落实情况。	任何一项未达到不得“C”		
		1、护理部主任、科护士长具备本科以上学历，副高以上职称。					
		2、护士长具备本科以上学历，中级以上职称，从事本专科3年以上工作经历。	B	查阅资料、实地查看	2分，未达到不得分		
		符合“C”，并：			3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、手术室、消毒供应中心等）护士长经过系统的专科培训。	A	查阅资料（护士长及以					
		符合“B”，并：					

		1、护理管理人员管理知识不断更新，每年参加省级以上护理管理相关培训 1-2 次，适应岗位发展需求。		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，并定期修订。					
		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、常规及操作规程。	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督，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、操作规程落实到位。			5 分，未达到不得分		

5-2 护理人力资源管理

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
5-2-1 实施护理人员分层级管理。	5-2-1-1 对护理人员实行分层级管理，明确并落实岗位设置、岗位职责、工作标准和岗位技术能力要求。各层级护理人员比例构成合理。	各项指标符合要求：	C	查阅分层级管理相关制度、岗位设置、岗位职责、分级管理档案等；追踪护士晋级考核的落实；岗位职责落实；访谈护士各岗位层级上下流动情况。	任何一项未达到不得“C”
		1、医院有护理岗位管理制度，护理岗位符合《医院护理岗位设置名录（2013 版）》，明确岗位职责和工作标准。			
		2、实施护理人员分层管理，明确各层级岗位技术能力要求和培养方案，有统一的护理人员分级管理档案。			
		3、各级各类护理人员落实相关岗位职责和工作要求。			
		4、建立实施以临床实际工作能力为主导的晋级考核制度与评价标准，实行动态管理。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料	

		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。			5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，N1:N2:N3:N4级护理人员比例构成合理，护理分层级管理落实。护理人员年离职率<5%。	A	查阅资料、个案追踪、 现场访谈	5分，未达到不得分
5-2-2 护理人员资源实行弹性调配。	5-2-2-1 对护理人员资源实行动态调配,有机动护理人力资源储备,人员调配和临床排班满足临床工作需要。排班机制灵活。	各项指标符合要求： 1、各护理单元护士基数根据专科特点实行差别化配置，符合《医院各科护士基数配置参考标准（试行）》。 2、实行护理人力资源动态调配，结合专科特点、护理工作量实行多种形式的弹性排班。排班体现患者病情与护士能力相适应。 3、有机动护理人力资源（N2以上）储备、调配的方案，并执行。对储备人员有培训和考核，可供紧急状态或特殊情况下调配使用。 4、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。	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	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、职能部门对人力资源动态调配工作有检查与监管。	B	访谈护士长和查阅科室排班表了解护理人员资源是否动态调配和能级对应；查阅督查资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，人力资源动态调配工作落实到位。	A	查阅资料、个案追踪、 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	各项指标符合要求： 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、聘用挂钩，并落实。 3、落实编制内外的护理人员同岗同薪同待遇。	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	任何一项未达到不得“C”

	护理人员同岗同薪同待遇。	符合“C”，并：	B	查阅资料、现场访谈			
		1、护理人员绩效分配、考核有信息化支持。			2分，未达到不得分		
		2、职能部门对绩效分配、考核方案落实情况有检查与监管。	A	查阅资料和现场访谈	3分，未达到不得分		
		符合“B”，并：			5分，未达到不得分		
5-2-4 护理人员在职教育与考评落实到位。	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。	任何一项未达到不得“C”		
		1、有分层级护理人员在职教育与考评制度，有培训计划，计划包含肿瘤专科知识培训及资质准入（院级及以上）并落实。					
		2、培训内容结合临床及肿瘤专科需求，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：					
		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。	B	查阅资料、现场查看与访谈	2分，未达到不得分		
		2、护士在职教育培训和管理有信息化支持，能开展在线培训。			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。	各项指标符合要求：	1、根据护理学科发展及医院功能需要，制定并落实本院专科护理人才培养计划。	C	查阅资料；个案追踪，评价N3、N4级护士和特殊科室护理人员培训计划的落实和效果，评价专科护理人才的使用情况。	任何一项未达到不得“C”
				2、每年外派专科护理骨干培训人数占护士总数的1-2%（包括省级以上专科护士培训、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（重症监护、急诊、手术室、消毒供应中心、血管通路中心等）护理人员须经专业培训并考核合格方可上岗。							
4、合理使用专科护理人才，可任职临床N3以上岗位或临床护理管理岗位，并有相应的待							

		遇等配套措施，能发挥其业务专长。			
		符合“C”，并： 1、重点专科护士长、专科护理骨干符合《江苏省省级临床重点专科评分标准（2017版）》有关要求。 2、肿瘤科每百张床位配备省级及以上肿瘤护理专科护士1-2名；全院配备省级及以上静疗专科护士≥2名。	B	查阅资料临床个案追踪	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 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。 2、有市级以上卫生行政部门批准的肿瘤专科护士培训基地或实习基地。	A	查阅资料	2.5分，未达到不得分 2.5分，未达到不得分
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： 1、5人及以上在省一级学会专业委员会或质量控制中心任职。	C	查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		符合“C”，并： 1、2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。	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、2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。	A	查阅资料	5分，未达到不得分
5-3 临床护理质量管理与改进					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
5-3-1 落实分级护理。	5-3-1-1 根据《综合医院分级护理指导原则》的要求，实施分级护理，落实护理措施。	各项指标符合要求： 1、依据《分级护理》（WS/T431-2013），制定符合医院与专科实际的分级护理制度。 2、落实分级护理制度，根据患者病情与自理能力确定护理级别，护理措施到位。密切观察患者生命体征和病情变化，及时采取措施。根据病情变化及时调整护理级别。	C	查阅资料；临床个案追踪实地查看患者（重点是危重患者）护理措施落实情况。实地查看护	任何一项未达到不得“C”

		3、生活护理较重的临床科室配置护理员。护理员不得承担护士工作内容。护理员管理执行我省《关于进一步加强医疗机构护理员管理的指导意见》。		理员管理、收费是否自愿等情况。	
		4、有危重患者护理常规及技术规范、工作流程、风险评估、应急预案及安全防范措施。护士掌握危重患者护理相关知识和技能，如生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。			
		符合“C”，并：			
		1、护理级别与患者病情、生活自理能力相符。			
		2、职能部门、科室对分级护理制度落实情况、危重症知识技能培训有检查与监管，并评价、分析存在的问题。			
		符合“B”，并：			
1、分级护理（重点危重患者）护理质量持续改进有成效。	B	临床个案追踪、查阅资料	3分，未达到不得分		
			2分，未达到不得分		
		符合“B”，并：	A	临床个案追踪、访谈	5分，未达到不得分
5-3-2 全面开展优质护理服务。	5-3-2-1 实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务，患者对优质护理服务满意度高。	各项指标符合要求：	C	结合追踪，实地查看排班表，是否体现责任制；提供优质护理服务不少于5个典型举措，实地查看专科护理开展情况，特色护理及护理结局。	任何一项未达到不得“C”
	1、实施责任制整体护理工作模式。				
	2、根据肿瘤患者生理、心理、社会等特点，全面评估患者病情与需求，实施个性化、专业化、连续性的护理措施，为患者提供心理与健康指导、饮食指导、康复指导和出院指导。				
	3、优质护理内涵深化，开展以技术为核心的专科护理，有相应的护理规范、指南，并落实。				
	4、实施特色护理。制定有专科特色优质护理服务项目及延伸服务，并落实到位。				
	符合“C”，并：				
	1、职能部门、科室对优质护理落实情况有检查与监管。	B	实地查看	5分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅上一年度全省三级医疗机构患者满意度第三方调查结果	3分，未达到不得分
	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，护理措施个性化、人性化，落实有效。				
		2、患者满意度高，优质护理服务第三方满意度90%以上。			2分，未达到不得分

5-3-3 临床护理质量管理与持续改进。	5-3-3-1 有院-大科-科室护理质量管理组织体系, 职责明确, 落实到位。	各项指标符合要求:	C	查阅资料、台账, 并现场查看落实情况; 实地查看护理单元原始资料, 访谈护理人员	任何一项未达到不得“C”
		1、有护理质量管理委员会, 定期讨论护理质量与安全管理工作, 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(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:			
	5-3-3-2 护理基础管理落实到位。	1、职能部门对大科、科室护理质量管理工作有检查与监管。	B	查阅相关资料、相关信息系统, 追踪	3分, 未达到不得分
		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。			
		符合“B”, 并:			
		1、推行基于大数据的临床护理质量持续改进, 运用质量管理工具并取得成效。			
		符合“B”, 并:			
	5-3-3-2 护理基础管理落实到位。	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。	C	现场查看; 查阅护理文件, 访谈	任何一项未达到不得“C”
		2、护理人员熟练使用输液泵、注射泵、营养泵、监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等常用仪器和抢救设备。			
		3、执行《病历书写基本规范》。简化护理记录, 使用表格式护理文件, 归档护理文件、非归档护理文件种类与省卫生健康委备案相符合。			
		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。			
5-3-3-2 护理基础管理落实到位。	2、职能部门、科室对护理人员常用仪器和抢救设备操作能力、护理文件书写有检查、分析、整改, 对存在问题有改进措施。	B	查阅相关资料, 实地查看, 追踪	2分, 未达到不得分	
	符合“B”, 并:				
	1、持续改进有成效, 护理人员对仪器设备能规范使用, 护理文件书写规范。				
5-3-3-3 定期进行护	各项指标符合要求:	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	各项指标符合要求:	C	查阅相关资料, 临床个		

理查房、护理病例讨论,对疑难护理问题组织护理会诊。 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。	1、有护理查房、疑难病例讨论、护理会诊的制度。		案追踪	任何一项未达到不得“C”
	2、有上述工作制度的规范流程及内容并落实。			
	符合“C”，并：	B	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
	1、职能部门对护理查房、疑难病例讨论和护理会诊的落实情况有检查和监管。			
	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。			
	各项指标符合要求：	C	查阅相关资料，查看信息系统，访谈相关人员	任何一项未达到不得“C”
	1、建立护理质量监测指标（详见第七章），有信息化支持，及时上报省监管系统。			
	2、护理人员能够根据要求掌握数据收集方法。			
	符合“C”，并：	B	查阅相关资料，查看信息系统，访谈相关人员	3分，未达到不得分
1、结合本单位工作实际和质量管理需要，进一步完善和健全专科护理质量指标（除第七章所列以外）。			2分，未达到不得分	
2、职能部门对监测指标结果定期收集和指导，对存在的问题进行分析，并提出改进建议。				
符合“B”，并：	A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分	
1、对监测指标分析报告有检查、整改，运用质量管理工具持续改进和提高。				

5-4 护理安全管理

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
5-4-1 护理各项查对制度。	5-4-1-1 正确识别患者身份,落实护理各项查对制度,并使用“腕带”作为识别患者身份的标识,确保对正确的患者实施正确的操作。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，随机进行现场查看	任何一项未达到不得“C”
		1、有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食及诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。			
		2、住院患者、急诊留观、急诊抢救室患者均使用“腕带”，对传染病、药物过敏等特殊患者有标识（腕带与床头卡），且有明确制度规定。			
		3、相关人员熟悉上述制度和流程并执行。			

		符合“C”，并：	B	查阅相关资料，临床个案追踪	5分，未达到不得分
		1、职能部门、科室对各项查对制度的落实情况有检查、分析、整改。			
		符合“B”，并：	A	查阅相关资料，临床个案追踪	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，无患者身份识别错误事件发生。			
5-4-2 重点环节管理和护理风险防范。	5-4-2-1 有护理风险防范措施，预防跌倒、坠床、压力性损伤、管路滑脱、用药错误、转运意外等发生。	各项指标符合要求：	C	查阅资料和相关患者的住院病历10份	任何一项未达到不得“C”
		1、有预防压力性损伤的设备材料。有压力性损伤风险评估、报告制度及护理规范，护士据此落实各项措施，动态评估并有记录。			
		2、有防范患者跌倒、坠床的相关制度。护士主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施，对高风险患者如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等，采取适当措施（如警示标识、语言提醒、搀扶、床挡等）防止意外，动态评估并有记录。			
		3、有发生患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与流程，相关人员知晓并执行。			
		4、有预防管路滑脱、用药错误、保障转运安全等护理风险防范制度，并落实。			
		符合“C”，并：			
		B	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分	
		1、职能部门、科室对各类护理风险管理有检查、分析、整改。			
		符合“B”，并：	A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，预防及应对各类护理风险措施落实到位。			
	5-4-2-2 有肿瘤治疗及相关护理风险防范制度并落实。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，随机进行现场查看	任何一项未达到不得“C”
		1、有肿瘤化学治疗、放射治疗、靶向治疗等护理操作规范与流程。			
		2、有查对制度并提供符合肿瘤相关治疗操作规范的护理服务，有记录。			
		3、有观察和处置患者肿瘤治疗与治疗反应的制度与流程。			
4、有肿瘤治疗相关护理风险防范制度及预案：如化疗药物使用突发过敏性休克、化疗药物泼洒或外溢的应急预案等，并落实。					
	符合“C”，并	B	查阅相关资料，临床个		

		1、职能部门、科室对落实情况检查、分析、整改。		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，抗肿瘤治疗各环节管理和护理风险防范措施落实到位。					
5-4-3 护理并发症和紧急意外情况的预防处理。	5-4-3-1 有临床护理技术操作常见并发症和紧急意外情况的预防及处理规范并落实。	各项指标符合要求：	C	查阅相关资料；并结合临床个案追踪，设计情境，访谈责任护士相关情况。	任何一项未达到不得“C”		
		1、有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范，并落实。					
		2、护理人员熟练掌握本专业常见技术操作，熟悉并发症预防措施及处理流程。					
		3、患者用药、输血、治疗、标本采集、管道护理、围手术期管理等重点环节的紧急意外情况有应急处置预案。					
				4、对相关应急预案有培训及演练，对紧急意外情况处置规范。			
				符合“C”，并：	B	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
				1、职能部门、科室对上述工作有检查、分析、整改。			
				符合“B”，并：	A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，护理人员技术操作规范，技术操作并发症有效控制。					
5-4-4 护理安全（不良）事件报告管理。	5-4-4-1 有主动报告护理安全（不良）事件与隐患信息的制度，改进措施到位。	各项指标符合要求：	C	临床个案追踪，随机访谈护士，查看相关制度，是否有利于主动报告；查看相关信息系统	任何一项未达到不得“C”		
		1、有非惩罚性护理安全（不良）事件报告制度，有护理人员主动报告的激励机制。有护理安全（不良）事件成因分析和讨论制度。					
		2、应用护理安全（不良）事件案例成因分析结果，修订护理工作制度或完善工作流程并落实。					
		3、定期对护理人员进行安全警示教育。					
				4、护理安全（不良）事件有信息化支持。			
				符合“C”，并：	B	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
				1、职能部门、科室对主动报告护理安全（不良）事件管理有检查、分析、整改。			
				符合“B”，并：	A	查阅相关资料，追踪	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，护理安全（不良）事件报告系统的敏感性不断提升，相关制度流程					

		不断完善。			
5-5 特殊护理单元管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
5-5-1 手术室。	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。	各项指标符合要求:	C	1、现场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、深静脉血栓和压力性损伤的评估和护理措施;3、现场查看手术患者预防低体温措施落实以及保温效果 4、查阅应急预案的演练记录并访谈相关人员。	任何一项未达到不得“C”
		1、有手术患者转运交接、安全核查、手术物品清点、手术标本管理、手术体位摆放、电外科安全等制度与流程,并落实。			
		2、手术室有手术患者深静脉血栓、压力性损伤的评估、护理措施及效果评价;有手术患者预防低体温的措施及效果评价。			
		3、有手术物品清点不清、手术患者或者手术部位错误、手术标本遗失或损坏等应急预案,有火灾、停电等应急预案并有演练记录;			
		4、有手术隔离技术规范并落实。	B	1、查阅手术室专科化建设相关资料与记录,并访谈专科组成员。2、查阅相关资料,访谈护士长、质控组成员、护士和职能部门。	3分,未达到不得分
		符合“C”,并:			
		1、开展手术室护理专科化建设,有专科特色的手术室护理技术与内涵。			
2、职能部门、科室对各项制度、流程、规范、应急预案的执行以及专科护理质量指标定期有检查、分析。	A	查阅相关资料,访谈护士长。	3分,未达到不得分		
符合“B”,并:					
1、持续改进有成效,患者安全有保障。	2分,未达到不得分				
2、手术室护理专科质量有成效。					

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》有消毒供应中心(室)护理质量管理与监测的有关规定及措施,护理部有监测改进效果的记录。	各项指标符合要求:	C		任何一项未达到不得“C”
		1、消毒供应中心的建设规划与医院的任务、发展相适应,周围环境和建筑布局符合国家行业标准,通过消毒供应中心(室)验收。		1、现场查看设备设施的配置、运行情况;2、查看消毒供应中心内、外环境,布局,流程,采光,通风等是否符合规范;3、查看验收合格证原件;	
		2、采取集中管理的模式,医院可重复使用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心统一回收,集中清洗、消毒、灭菌和供应;植入物与外来医疗器械处置及管理符合规范;内镜、口腔诊疗器械的清洗消毒灭菌依据国家相关标准。		1、现场查看消毒供应中心可重复使用物品清洗、消毒和灭菌的种类和处置情况;2、抽查手术室、内镜、口腔科诊疗器械清洗消毒情况;3、外来器械处理理符合流程;	
		3、根据工作性质、岗位需求及相关要求配备护理人员、消毒员和其他工作人员:消毒员持证上岗。		1、查看实际开放床位数、人事及护理部门相关资料2、查看最近3个月科室排班;3、查看消毒员相关资质	
		4、依据国家规范建立消毒供应中心工作制度、岗位职责、操作规程、突发事件应急预案等,有培训并落实;落实清洗、包装和灭菌效果的监测工作,及时核查、正确判定各类监测结果;定期检测清洗消毒和灭菌设备;水、蒸汽、包装材料等符合行业标准。		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。		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，对外开展社会化消毒服务的，执行《江苏省区域化集中消毒供应机构评价标准（试行）》。	B	现场检查、查阅资料	2分，未达到不得分
		2、重复使用的物品集中管理；各职能部门有检查、反馈、分析和整改；清洗、消毒、灭菌效果监测结果异常有分析，提出改进措施。			2分，未达到不得分
		3、信息系统对质量控制进行数据分析，改进措施，实现可追溯，追溯信息至少保留3年。			1分，未达到不得分
		符合“B”，并：			
		1、持续质量改进，各级人员技术能力不断提升，临床满意度高	A	现场检查、查阅资料	2.5分，未达到不得分
		2、开展社会化服务的医院消毒供应中心（室），定期开展质量评价，确保提供服务的医疗机构医疗质量安全。			2.5分，未达到不得分
5-5-3 急诊科。	5-5-3-1 按照《医院急诊医学科建设管理规范》有急诊科（室）护理质量管理与监测的	各项指标符合要求：			
		1、急诊分诊护士具备护师以上职称，在急诊护理工作≥5年。	C	现场查看，查阅资料	
		2、护理人员掌握团队心肺复苏、洗胃、创伤评估等各种急救技能，按照急危重病的抢救流程正确实施救治。			任何一项未达到不得“C”

有关规定及措施, 护理部有监测改进效果的记录。	3、每年开展急救技能及团队合作训练, 护理人员全部经过基础生命支持 (BLS) 训练且合格。			
	4、有针对灾害批量伤员救治的护理应急预案, 定期开展相关培训和演练工作。			
	5、急诊各区域配备足够数量且方便可取的个人防护用品, 定期对急诊护理人员开展职业防护培训。有急诊工作场所暴力的应急预案和相关培训及演练。			
	符合“C”, 并:	B	查阅相关资料, 访谈护士长和职能部门	
	1、急诊护理人员经过高级心血管生命支持 (ACLS) 训练人数 \geq 50%。			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。			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			

第六章 医院管理

6-1 依法依规执业					
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、无出租或者变相出租、承包科室及院中院等情形；公立医院无租赁设备情形，不得向企业托管药房或与企业开展类似业务合作。			
		3、医疗信息发布和医疗广告管理符合法规要求。			
		4、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。			
	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：				
	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	各项指标符合要求：	C	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	任何一项未达到不得“C”
1、临床科室诊疗科目符合卫生健康行政部门规定的相应级别医院设置标准并获得执业许可登记。一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术能力符合省级卫生健康行政部门规定的标准。					
2、医技科室、保障科室和部门人员编制、设备设施、技术能力符合省级卫生健康行政					

	部门规定的标准。	部门标准。			
		3、医技科室实验室项目达到集中设置、统一管理、资源共享。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有检查、分析、反馈。			
		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。	B	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	5分，未达到不得分		
			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，考核合格后方可上岗。			
		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、严格按照法律法规规定的医院内部管理制度开展培训、检查、考核、评价、处理。			
		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。	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		
			A	查阅文件、资料，人员访谈	5分，未达到不得分
6-1-3 由具备资质的卫生专业技术人员为患者提供诊疗服务，不超执业范围。	6-1-3-1 在医院执业的卫生技术人员全部具有执业资格，注册执业地点在本院或符合卫生健康行政部门相关规定（如多点执业、对口支援等），具	各项指标符合要求：			
		1、无聘用非卫技人员从事诊疗护理活动情形；无卫生技术人员违规执业、超范围执业。			
		2、有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。			
		3、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。			
		4、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。			
		5、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		

	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。		现场查看、查阅资料、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、对违法违规执业行为能举一反三，加强内部管理，杜绝违法违规现象发生。			
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管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。			
		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：			
1、持续改进有成效，所有对外委托服务项目管理符合要求。	A	现场查看、查阅资料、台帐，追踪访视	5分，未达到不得分		
6-1-5 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	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，提高职工认真履行	各项指标符合要求：	C	查阅文件、资料，现场访谈管理人员、医务人员岗位相关法律法规知识	任何一项未达到不得“C”
		1、严格执行医疗机构、执业医师、护士、药品器械、医疗技术等相关的法律法规，制定完善的法律法规规定的医院内部管理制度，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。			
		2、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。			
		3、有全员岗位职责与行为规范的教育培训。			
		4、各部门员工知晓相关的规章制度、岗位职责和履职要求。	B	查看、查阅资料、台	
		符合“C”，并：			

员工进行培训与教育，提高职工认真履行本岗位职责及执行相关规章制度自觉性。	本岗位职责及执行相关规章制度自觉性。	1、职能部门对制度建设有自查，有分析。		帐，现场考核	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，能够及时修订、更新和完善医院内部管理制度，健全内部管理机制。	A	现场查看、查阅资料、台帐	5分，未达到不得分

6-2 明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制

项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-2-1 建立科室（部门）间沟通与协调机制，履行协调职能。	6-2-1-1 建立沟通协调机制，履行协调职能，提高工作效率。	各项指标符合要求：	C	查阅资料（查阅联席会议记录并追踪相关部门科室记录）、台帐，人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、建立沟通协调机制，召开多部门工作会（如职能部门—临床—护理—医技—后勤等），并有会议记录。			
		2、每次会议有明确议题和牵头部门，相关工作有落实。			
		符合“C”，并：	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。					
6-2-2 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	6-2-2-1 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	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、医院定期组织各级管理人员参加法律法规、管理知识教育与技能的培训。			
		2、管理人员均接受管理相关培训，培训时数每人每年≥12个学时。			
		符合“C”，并：	B	查阅台帐、资料，人员访谈	5分，未达到不得分
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。					

章, 并能够运用质量管理工具, 提高管理水平。	具, 提高管理水平。	符合“B”, 并:	A	查阅台帐、资料, 人员访谈	
		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。			5分, 未达到不得分
6-2-3 建立医院运行基本统计指标数据库, 保障信息准确、可追溯。	6-2-3-1 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	
		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。			任何一项未达到不得“C”
		符合“C”, 并:	B	查阅台帐、人员访谈	
		1、相关部门能够使用适当的方法和管理工具对医院运行和医疗业务指标进行检查、分析、反馈。			5分, 未达到不得分
		符合“B”, 并:	A	查阅台帐、人员访谈	
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。	5分, 未达到不得分				
6-2-4 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。	6-2-4-1 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	
		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。			任何一项未达到不得“C”
		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	
		符合“C”, 并:			2.5分, 未达到不得分
		1、医院五年发展规划广泛征求意见, 经过集体讨论, 由各部门参与共同制定。	A	查阅台帐、人员访谈, 现场查看	
		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。			2.5分, 未达到不得分
符合“B”, 并:	A	查阅台帐、人员访谈, 现场查看			
1、医院五年规划经过职工代表大会讨论通过。			5分, 未达到不得分		
6-2-5 对照医院五年发展规划,	6-2-5-1 制订年度工作计划, 确保五年发展规划有序实	各项指标符合要求:	C	查阅台帐、资料	
		1、制定医院年度工作计划。			任何一项未达到不得“C”
		2、定期总结分析医院年度工作进展情况。			

制定年度工作计划。	施。	符合“C”，并： 1、根据医院年度计划制定各科室年度计划。	B	查阅台帐、资料	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。	A	查阅台帐、资料， 人员访谈	5分，未达到不得分		
6-2-6 在五年发展规划基础上，医院制订相应的专项规划（分规划）。	6-2-6-1 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： 1、制定医院发展专项规划（分规划）。	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项未达到不得“C”		
		符合“C”，并： 1、积极落实医院发展专项规划（分规划）并有相应举措。	B	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分		
		符合“B”，并： 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。	A	查阅台帐、人员访谈， 现场查看	5分，未达到不得分		
		6-2-7 加强健康管理学科建设。					
6-2-7 加强健康管理学科建设。	6-2-7-1 加强健康管理学科工作，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。	各项指标符合要求： 1、制定健康管理学科发展规划。 2、设立健康管理部并开展相应工作。	C	查阅台帐、资料、 人员访谈	任何一项未达到不得“C”		
		符合“C”，并： 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。	B	查阅台帐、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、实施全程健康管理服务，并取得成效。 2、建成省级健康促进医院。	A	查阅台帐、人员访谈	3分，未达到不得分 2分，未达到不得分		
		6-3 人力资源管理					
		项 目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准

6-3-1 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。	6-3-1-1 设置人力资源管理部门，人事管理制度健全。	各项指标符合要求：	C	查阅有关资料，现场 考查	任何一项未达到不得 “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：						
	1、持续改进有成效，人力资源聘任和管理规范。	A	查阅有关资料，现场 考查	5分，未达到不得分			
	6-3-1-2 医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案，各类人员配置及其结构适应医院任务需求。	各项指标符合要求：	C	查阅有关资料，现场 考查	任何一项未达到不得 “C”		
		1、有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案，并符合医院功能任务和整体发展规划要求。					
		2、医院各类卫生技术人员配置符合国家有关规定，并满足工作需求。					
		3、有人力资源配置调整方案与调整程序并得到落实。					
		4、备案制人员、编外人员纳入人力资源配置方案并有效落实。					
		符合“C”，并：				B	查阅有关资料，现场 考查
1、有落实人力资源发展规划的具体措施并得到落实。							
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，人才梯队建设、人力资源配置符合相关要求，满足医院发展与医疗工作需求。							
6-3-1-3 专业技术人员具备相应岗位的任职资格。	各项指标符合要求：	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	任何一项未达到不得 “C”			
	1、在院执业的卫生技术人员具备相应岗位的任职资格，医师如行多点执业需符合政府职能部门有关规定。						
	2、专业技术人员按照卫生健康行政部门的执业规定实施资格准入管理。						

		3、有专业技术人员任职资格审核程序及档案资料（经过审核认证的复印件）。			
		符合“C”，并：	B	查阅有关资料及监管记录	5分，未达到不得分
		1、职能部门有检查与监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅有关资料及监管记录	5分，未达到不得分
	1、持续改进有成效，无超范围执业现象。				
	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：	C	查阅有关资料，现场考查	任何一项未达到不得“C”
		1、有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案。			
		2、有紧急替代人员的有效联络方式。			
		3、相关人员知晓相应的紧急替代程序。	B	查阅有关资料及监管记录	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
1、职能部门对替代人员情况有检查与监管。					
符合“B”，并：	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，紧急情况替代人员及时到位，保障医疗工作的正常运行。					
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。	B	查阅资料、台帐，人员访谈	5分，未达到不得分
	符合“C”，并：				
	1、职能部门对人员管理和资质认定有检查与监管。	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，技术人员评聘程序规范、制度落实到位、档案资料完整。				
6-3-2-2 外来（国	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项未达到不得	

	内外、境内外)工作人员的技术资质管理。	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。			“C”	
		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。	B	查阅台帐、人员访谈	5分,未达到不得分	
		符合“B”,并:				
		1、持续改进有成效,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:				
		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。		C	查阅台帐、人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		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	任何一项未达到不得“C”
		2、有重点学科(或专科)以及学科人才的培育与支持措施,包括经费投入等,人才梯队合理。				
		符合“C”,并:				
		1、职能部门有检查、分析、反馈。	B	查阅有关资料,现场考查	2.5分,未达到不得分	
		2、有学科带头人定期考核机制。			2.5分,未达到不得分	
符合“B”,并:		A	查阅台帐、人员访谈			

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

6-4 信息与图书管理					
项 目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-4-1 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，有与信息化建设相关管理制度。	6-4-1-1 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	任何一项未达到不得“C”
		1、有院级网络安全及信息化领导机构，有明确的职责并定期召开会议；并依据医院规模，设置信息管理专职机构和人员。			
		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。			
		5、医院网络安全及信息化建设的每年度预算应不低于业务收入的 1.5%。			
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐	2分，未达到不得分	
	1、院网络安全及信息化领导机构每年至少召开一次多部门的信息化建设专题会议。			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。	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，年度计划落实和调整符合中长期规划目标。				
	6-4-1-2 信息系统专职技术人员配置合理并有专业培训。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	任何一项未达到不得“C”
		1、人员配置能满足医院网络安全及信息管理需要，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。		B	查阅资料、台帐	3分，未达到不得分	
符合“C”，并：					
1、职能部门有检查、评估、分析、反馈。					

		2、专职人员每年专业技术培训时间不低于 20 学时。			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，人员配置和专业技能满足医院发展需求。			5 分，未达到不得分	
6-4-2 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。	6-4-2-1 医院信息系统应用满足医院管理、医疗和科研工作需求。	各项指标符合要求：	C	现场查看。	任何一项未达到不得“C”	
		1、依据《电子病历系统功能规范（试行）》《基于电子病历的医院信息平台技术规范》《医院信息平台应用功能指引》《电子病历系统应用水平分级评价标准（试行）》等一系列标准、规范要求，规范建设医院电子病历系统。				
		2、有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台，平台主要包括医嘱处理系统、医生工作站系统、实验室系统、影像系统、药物咨询、抗生素监测、处方点评分析、感染管理、床边系统、输血管理等，用于支持医护人员的临床活动，丰富和积累临床医学知识，并提供临床咨询、辅助诊疗、辅助决策等，以提高医疗质量。				
		3、电子病历系统应用水平达到 5 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。	5 分，未达到不得分	
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场查看运行情况		
		1、电子病历系统应用水平达到 6 级或以上。			5 分，未达到不得分	
		6-4-2-2 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，人员访谈。	任何一项未达到不得“C”
			1、医院信息系统具备信息集成与交互共享功能。			
	2、医院信息系统的各子系统能够通过信息集成平台实现信息交互与共享。					
	符合“C”，并：		B	现场查看运行情况	1 分，未达到不得分	
	1、职能部门对具备与基本医疗保障系统、卫生健康行政部门等系统的信息交换有管理。				1 分，未达到不得分	
	2、与城乡居民医疗保险实时信息交互。				3 分，未达到不得分	
	3、接入省医疗服务综合监管系统。					

		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场查看运行情况	
		1、实现院内各诊疗环节信息互联互通，信息集成平台通过《医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评标准》四级测评。			2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
	6-4-2-3 建立医疗质量与安全管理信息相关的数据中心，为质量与安全管理决策和持续改进提供依据。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、有医疗质量与安全管理相关数据库，并有提取数据的管理制度。			
		2、信息部门能为职能部门与临床科室提供质量与安全管理的有关数据。			
		3、信息部门负责收集和处理相关信息，数据实行集中管理，职能部门能够调阅使用有关数据。			
		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、建立的数据中心，除医院运行基本监测指标数据外，还应包括下列有关数据：合理使用抗菌药物和其他药品、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、患者满意度等。			
		2、职能部门与临床科室能够运用数据库开展质量管理活动。		2.5分，未达到不得分	
符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场查看	3分，未达到不得分		
1、数据库能满足医学统计与质量管理需要，能自动根据质量管理相关指标要求生成质量统计。					
2、职能部门能够利用数据库开展数据研发、数据处理，为临床提供各种服务。		2分，未达到不得分			
6-4-3 实施国家信息安全等级	6-4-3-1 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	任何一项未达到不得“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。			

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。		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。		帐，人员访谈		
		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：	B	查阅台帐、资料，人员访谈	1分，未达到不得分
			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。			1分，未达到不得分
	6-4-3-2 加强信息系统运行维护。		各项指标符合要求：		查阅台帐、资料	5分，未达到不得分
			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。						
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			
6-4-4 根据《中	6-4-4-1 根据国家统计法与卫生健康	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项未达到不得	
		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				

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。	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。	报送工作。	B	查阅台帐、人员访谈	“C”
		2、有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。			5分，未达到不得分
		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。	A	查阅台帐、人员访谈	5分，未达到不得分
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，所有报送信息真实、可靠、完整，无统计数据上报信息错误。			
6-4-5 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。	6-4-5-1 图书馆基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求，实施支持网上预约、催还、续借和馆际互借，能提供网络版医学文献数据库检索服务。	各项指标符合要求：	C	查阅台帐、人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		1、有医学图书馆工作制度和信息服务制度，能提供文献查询服务。			
		2、图书馆要由专人管理。藏书(中外文图书)数量符合要求(包括电子图书)不低于3000册/百名卫技人员。			
		3、可提供网络版医学文献数据库(中文、外文期刊库等)检索服务。	B	查阅台帐、人员访谈	2分，未达到不得分
		符合“C”，并： 1、有网上图书预约、催还、续借和馆际互借。			3分，未达到不得分
		2、具有知识库查询检索功能。	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、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。			

6-5 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	
6-5-1 执行《会计法》《预算法》《审计法》《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关法律法规，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。	6-5-1-1 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：				
	6-5-1-2 财务管理	人员配置合理，岗位职责明确。	各项指标符合要求：	B	查阅资料、台帐，现场查看，人员访谈等	5分，未达到不得分
			1、财务人员配置合理，会计人员应当具备从事会计工作所需要的专业能力。			
			2、各级各类人员知晓本部门、本岗位的制度 and 职责。			
			3、财务部门负责人有会计师以上专业技术职务资格或至少从事会计工作3年以上经历。			
			4、重要岗位有轮转机制，轮岗前进行新岗位上岗培训。			
			符合“B”，并：			
			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。			
6-5-1-2 财务管理	人员配置合理，岗位职责明确。	符合“B”，并：	A	查阅资料台帐，现场	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。				
		符合“C”，并：				
6-5-1-2 财务管理	人员配置合理，岗位职责明确。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，现场考核	任何一项未达到不得“C”	
		1、财务人员配置合理，会计人员应当具备从事会计工作所需要的专业能力。				
		2、各级各类人员知晓本部门、本岗位的制度 and 职责。				
		3、财务部门负责人有会计师以上专业技术职务资格或至少从事会计工作3年以上经历。				
		4、重要岗位有轮转机制，轮岗前进行新岗位上岗培训。				
		符合“C”，并：				
		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。				
6-5-1-2 财务管理	人员配置合理，岗位职责明确。	符合“B”，并：	B	查阅资料、台帐，现场考核	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。				
		符合“C”，并：				
6-5-1-2 财务管理	人员配置合理，岗位职责明确。	符合“B”，并：	A	查阅资料台帐，现场	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。				
		符合“C”，并：				

		1、持续改进有成效，财务部门各级人员管理完全符合相关要求。		考核	5分，未达到不得分
	6-5-1-3 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	任何一项未达到不得“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。			
	6-5-1-4 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。		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，财务管理规范，审计中各类问题完全得到落实。					
6-5-2 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，	6-5-2-1 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	
		符合“C”，并：			

严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。		1、职能部门定期对预算制度执行情况进行检查、分析、反馈。			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，预算管理水平不断提高。			5分，未达到不得分		
	6-5-2-2 严格执行预算，加强预决算管理和监督。	各项指标符合要求：	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。	C	查阅资料、台帐，现场询相关人员	任何一项未达到不得“C”	
			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。						
6-5-3 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。	6-5-3-1 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，人员访谈	5分，未达到不得分	
			1、建立科学精细的成本核算，开展医疗服务项目成本核算、病种成本核算。				
		符合“B”，并：	A	查看资料、台帐，人员访谈	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。						
	6-5-3-2 控制医院	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐			

	债务规模，加强资产管理，提高国有资产使用效益。	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。	B	查阅资料、台帐	任何一项未达到不得“C”
		2、有流动资产，固定资产和无形资产管理以及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门定期进行专项监督管理，分析、评价。			
		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。	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
6-5-4 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。	6-5-4-1 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、有保障价格信息关系系统，价格信息真实、准确的措施，根据国家有关规定调整价格，准确维护价格数据库信息。			
		符合“C”，并：			
		1、职能部门有检查、分析、反馈。			
		符合“B”，并：			
		1、持续改进有成效，无违规收费。	B	查阅资料、台帐，现场查看	5分，未达到不得分
			A	查阅资料、台帐，现场查看	5分，未达到不得分
6-5-5 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	6-5-5-1 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。			
		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。			
		符合“B”，并：	B	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。	A	查阅资料、台帐，现场询问相关人员	5分，未达到不得分

关规定，逐步实施管采分离，对药品、耗材、大宗物品、设备、基建等规范采购或招标行为。	6-5-5-2 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。					
6-5-6 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。	6-5-6-1 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。			
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，绩效考核方案有效落实，调动员工积极性，促进医院发展。					
6-5-7 落实《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的意见》的要求，控费有成效。	6-5-7-1 落实《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的意见》的要求，控费有成效。	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、医院有控制医疗费用不合理增长的制度。			
		2、有控制医疗费用不合理增长的具体举措。	B	查阅资料、报表、台帐	3分，未达到不得分
		符合“C”，并：			
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					

干意见》的要求，控费有成效		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。			2分，未做到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台账	
		1、持续改进有成效。			5分，未做到不得分
6-6 医德医风管理					
项目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-6-1 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。	6-6-1-1 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	查阅资料	5分，未达到不得分	
	6-6-1-2 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：			B	查阅资料	

		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、人员访谈	5分，未达到不得分		
		1、持续改进有成效，改进措施落实到位。					
6-6-2 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。	6-6-2-1 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：	C	查阅资料、台帐、人员访谈	任何一项未达到不得“C”		
		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。			
				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：	A	查阅资料、台帐	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，无违法违规违纪案例。					
6-6-3 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。	6-6-3-1 开展医院文化建设。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项未达到不得“C”		
		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。					
				符合“C”，并：	B	查阅资料	5分，未达到不得分
				1、职能部门有检查与监管。			
				符合“B”，并：	A	查阅资料	5分，未达到不得分
		1、持续改进有成效，医院文化氛围和员工行为体现医院文化特色。					

6-7 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		
6-7-1 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。	6-7-1-1 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	任何一项未达到不得“C”		
		1、后勤保障管理组织机构健全、规章制度完善，岗位职责明确。体现“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。					
		2、后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。					
				3、后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。	B	查阅资料	5分，未达到不得分
		符合“C”，并：					
		1、职能部门有检查与监管。					
		符合“B”，并：	A	查阅资料，满意度调查	5分，未达到不得分		
		1、持续改进有成效，患者和员工对后勤服务的满意度不断提高。					
6-7-2 后勤相关人员持证上岗，按技术操作规程工作。	6-7-2-1 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	任何一项未达到不得“C”		
		1、有后勤相关人员持证上岗管理制度和岗位人员分布目录。					
		2、相关岗位操作人员有上岗证、操作证，非专业特殊工种，经相关级别的培训合格。	B	查阅资料、台账	3分，未达到不得分		
		符合“C”，并：					
		1、职能部门有检查与监管。					
				2、定期对工勤技能岗位技术人员开展专业培训和继续教育。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
符合“B”，并：							
		1、持续改进有成效，后勤所有岗位人员管理要求落实到位。					
6-7-3 水、电、气等后勤保障满足	6-7-3-1 水、电、气等后勤保障满足	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		
		1、有水、电、气、电梯等人员岗位配置、岗位职责和操作规范。					

气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。	医院运行需要。能利用信息化技术严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。	2、水、电、气供应机房有标识，有 24 小时应急值班制。			“C”
		3、机房有日常运行检查、定期维护保养记录，特种设备按规定定期检测并按相关要求张贴检测标签。			
		4、有明确的故障报修、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。			
		5、有水、电、气等后勤保障应急预案，有演练。			
		6、有节能降耗的改造计划或方案。			
		7、有对每百元业务收入能源费用支出的统计（主要包括水、电、燃气、蒸汽等）。			
		符合“C”，并：			
	1、主管职能部门有特种设备清单和档案资料。	2分，未达到不得分			
	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。	1分，未达到不得分			
	3、职能部门有检查、分析、反馈。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：			5分，未达到不得分	
	6-7-3-2 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：	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”
		1、物流系统建设满足临床工作需求；有专职部门负责。			
		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。		B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
符合“C”，并：				A	查阅资料，现场查看，满意度调查
1、职能部门有检查、分析、反馈。		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，临床科室和部门对物资供应满意度不断提高。	5分，未达到不得分				

6-7-4 为员工提供膳食服务，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要，保障饮食卫生安全。	6-7-4-1 有专职部门或专人负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位责任。	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、根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务，有工作人员岗位职责、职业道德、行为规范与考核制度；相关人员应知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识并符合食品安全上岗健康要求。			
		2、有食品安全与卫生管理制度和膳食经营管理制度（财务管理、经营核算、设备维护、食品索证、消防安保等）。			
		3、医院需确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。			
		4、有配送餐饮服务的措施并落实。			
		符合“C”，并：			
	1、职能部门有检查与监管。	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分	
	符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看，满意度调查	5分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，患者和员工对膳食服务满意度不断提高。				
	6-7-4-2 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“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：					
1、职能部门有检查与监管。		B			
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，所有食品管理符合食品卫生管理要求。					
6-7-4-3 有突发食品安全事件应急预案	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	
	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。				

	案。				“C”	
		符合“C”，并：				
		1、职能部门对应急演练有检查与监管。	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，无食品安全事件发生。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
6-7-5 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。	6-7-5-1 建立健全医疗废物、废液处理管理规章制度和有关人员岗位职责。	各项指标符合要求：				
		1、有医疗废物、废液处理管理规章制度和有关人员岗位职责。				
		2、医疗废物、废液处理系统符合相关法律法规的要求。				
		3、有专人负责医疗废物、废液处理工作，对从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作的人员和管理人员，进行相关法律和专业技术、安全防护及紧急处理等知识的培训，定期考核。		C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”
		4、医院各科室按要求进行医疗废液处置并有记录。				
	5、具备医疗废物管理信息系统，并符合《江苏省“医疗废物管理（监管）系统”基本功能规范（试行）》相关要求，实现对医疗废物实时、全程在线监控。					
		符合“C”，并：				
		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	
		符合“B”，并：				
		1、持续改进有成效，医疗废物、废液管理规范，均符合要求。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
6-7-5-2 能利用信息化技术对医疗废物处置进行监管，污水处理符合规定。	各项指标符合要求：					
	1、医疗废物处置暂存点、设施设备运转正常，有运行日志，交接记录完整。					
	2、污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录。					
	3、医疗废物处理符合环保要求，医疗污水处理系统通过环保部门评价。		C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”	
	4、无环安全事故。					
	5、应实时监测医疗机构水污染排放状况，定期将医院污水送第三方检测。					

		符合“C”，并： 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、职能部门定期检查、分析、反馈。	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、持续改进有成效，医疗废物处置和污水处理均达到要求。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
6-7-6 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。	6-7-6-1 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： 1、有安全保卫管理部门，人员配备结构合理，岗位职责明确。 2、有全院安全保卫部署方案和管理制度，医务人员人身安全有关制度和保障措施。 3、按照不低于在岗医务人员总数的3%或20张病床1名保安或日均门诊量的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。	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”	
		符合“C”，并： 1、在重点区域如门诊、急诊、病区安装一键式报警装置，与安全监控中心联网。 2、职能部门有检查与监管。	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、持续改进有成效，医务人员对安全保卫管理满意度提高。	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分	
		6-7-6-2 安全保卫设备设施完好，有包含门禁、高清监控、停车管理等智能化技防设施，重点环境、重点部	各项指标符合要求： 1、有全院安全设备设施清单，安全保卫设备设施配置完好，满足要求。 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、新生儿室、麻醉药品库房、重要设备等)安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”

	位安装视频监控设施，监控室符合相关标准，合理使用视频监控资源。	4、有视频监控资源和使用制度与程序，有视频监控资源使用审批和使用记录。进行24小时图像记录，保存时间≥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：	B	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
		1、职能部门有检查与监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料，现场查看	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，重点环境、重点部位监控完全达到要求，逐步实现院内高清监控覆盖。					
6-7-7 医院消防系统、特种设备、危险管理符合国家相关法律法规和标准。	6-7-7-1 消防安全管理。	各项指标符合要求：	C	查阅资料，现场查看	任何一项未达到不得“C”
		1、有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责，科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工。			
		2、有消防安全管理制度、培训制度和应急预案；开展年度、季度性、专项检查等，每年至少进行一次消防安全重点部门的消防演练，每月至少组织一次消防安全检查，有记录。			
		3、消防通道畅通，消防器材（灭火器、消防栓等）完好。重点部门、重要部位防范有监管，有记录。			
		4、新员工培训考核有消防安全教育内容，至少每年一次进行全院职工的消防安全教育，包括：报警、初起火灾处理程序和方法，消防器材使用，自救、互救和逃生，按照预案疏散患者等相关知识。			
		5、建立微型消防站和兼职消防队，定期组织演练。			
		6、对院内基建维修等施工项目进行消防安全监管。			
		符合“C”，并：			
		1、科室、部门对消防通道、员工消防知识和技能、消防器材等有自查，且责任到人。	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
	6-7-7-2 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
6-7-8 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。	6-7-8-1 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。	C	查阅资料,现场查看	任何一项未达到不得“C”
		2、医院环境优美、整洁、舒适,符合爱国卫生运动委员会要求。			
		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

6-7-9 对外包服务质量与安全实施监督管理。	6-7-9-1 制订外包业务管理制度。	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。			
	6-7-9-1 制订外包业务管理制度。	符合“C”，并：	B	查阅资料，现场察看	2分，未达到不得分
		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沟通和协商，必要时修订外包合同。			
		符合“B”，并：			
		1、有年度外包业务管理质量安全评估报告。			
	6-7-9-1 制订外包业务管理制度。	2、有年度外包业务管理的内部审计报告。	A	查阅资料，现场察看	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					
6-7-10 基本建设规划管理和制度建设。	6-7-10-1 医院基本建设有经过论证和政府或上级主管部门批准的总体规划，总体规划正在计划实施中。	各项指标符合要求：	C	查阅资料	任何一项未达到不得“C”
		1、医院基本建设总体规划符合医院发展思路和发展目标。			
		2、医院总体规划经过各方面专家论证并切实可行。			
		符合“C”，并：			
	6-7-10-1 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。	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。	B	查看文件	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料，查看现场	5分，未达到不得分
		1、医院在建基本建设项目符合总体规划。			
6-7-10-2 基本建设管理组织机构健全	各项指标符合要求：	C	查看资料	任何一项未达到不得	
	1、基本建设管理组织机构健全，有完善的规章制度，工程建设推行“四制”管理(项目				

	全, 规章制度完善, 管理职责明确。	法人责任制、工程监理制、招投标制、合同管理制), 基建管理岗位明确, 分工合理。	B	查看资料	“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:			
		1、基本建设管理人员有定期学习和培训活动。			
		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。			
		符合“B”, 并:			
1、持续改进有成效, 符合基建工作的要求。	A	查看资料	2.5分, 未达到不得分		
				2.5分, 未达到不得分	
				5分, 未达到不得分	

6-8 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
6-8-1 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	6-8-1-1 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	任何一项未达到不得 “C”
		1、建立医学装备三级管理体系, 设立由院领导负责的医疗器械管理委员会, 承担指导医疗器械临床使用管理和监督工作。委员会由医疗行政管理、医学工程、临床医学及护理、院感、医保、信息等专业人员组成, 明确各部门及人员责任。负责对医院医学装备发展规划、年度装备计划、采购活动、质量控制、使用考核等重大事项进行评估、论证和监督, 有记录。			
		2、医学装备管理部门根据医院功能和任务需求, 配备专业管理人员和专业技术人员。			
		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。			
		4、配置合理维修人员和维修场地, 涉及有毒有害作业应有合适的维修场所和有效防护;			
		符合“C”, 并:			
		1、医学装备管理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。			
	B	查阅资料、台账	5分, 未达到不得分		
	A	查阅资料、台账			

装备配置方案。		1、持续改进有成效，医学装备发展规划落实到位。			5分，未达到不得分	
	6-8-1-2 根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求，制订符合医院功能定位和发展规划的常规与大型医学装备配置方案。	各项指标符合要求：	1、根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求，制定符合医院功能定位和发展规划的常规与大型医学装备配置方案。 2、有医学装备论证、决策、购置、验收、培训、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与工作流程，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，有记录。 3、医学装备使用部门设专职或兼职管理人员。医学装备使用人员有培训和考核，合格后方可上岗操作。	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	任何一项未达到不得“C”
		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：				
		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。	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	
		2、有考核的相关资料。				
		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。	A	查阅资料，台帐	2.5分，未达到不得分	
	2、有考核的相关资料。	2.5分，未达到不得分				
	6-8-2 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。	6-8-2-1 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、建立医学装备档案管理制度，相关档案资料齐全。单价在5万元及以上的医学装备档案集中统一管理，对使用期限长的大型医疗器械，应当逐台建立使用档案，记录其使用、维护等情况。						
4、有医学装备使用评价相关制度。有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。						
5、甲乙类设备严格实行配置证管理制度。						

		符合“C”，并： 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、医学装备管理部门对医学装备配置、审计结果、分析报告有监管，提出改进建议，及时报送医学装备委员会。	B	查阅资料、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、持续改进有成效，医学装备管理工作得到落实。	A	查阅资料，台帐	5分，未达到不得分
6-8-3 按照患者安全管理目标和医疗核心制度要求，加强医学装备安全管理，对医疗器械临床使用安全控制与风险管理有明确的工作制度和流程，建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	6-8-3-1 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	任何一项未达到不得“C”
		1、建立医学装备安全管理与监管制度，遵从安全操作使用流程，加强对装备警报提示系统的管理。			
		2、有医学装备质量保障要求，如：操作开机自检，医学装备计（剂）量准确、安全防护、性能指标符合要求。对暂停或终止使用的高风险器械有记录。			
		3、有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。			
		4、临床及医技科室使用部门与医学装备管理部门人员知晓上述要求。			
		符合“C”，并： 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、职能部门有监管、分析、反馈。	B	查阅资料、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、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。	A	查阅资料，台帐	5分，未达到不得分
	6-8-3-2 加强特种	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，人	

设备和特殊医学装备安全管理。	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。		员访谈	任何一项未达到不得“C”	
	2、特种设备和特殊医学装备管理人员与操作人员经过培训，具有上岗资格。				
	3、放射与放疗等医学装备相关机房环境安全符合要求。医学装备管理部门对机房环境有自查和监测，并有记录。				
	符合“C”，并：				
	1、医学装备管理部门对特殊装备定期自查和监测，有记录。	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、医学装备管理部门有检查、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	
	6-8-3-3 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		
6-8-3-4 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、统一设置计量设备清单，清单上所列计量设备必须进行检测；有两年内计量设备清单、定期检测记录和计量不合格设备的维修记录等相关资料。	C	查阅资料、台帐、监测报告，现场查看，人员访谈	任何一项未达到不得“C”	
	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。				

		4、相关人员知晓上述内容。					
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐、监测报告，现场查看， 人员访谈	2.5分，未达到不得分		
		1、使用科室对计量设备使用情况有自查，有记录。			2.5分，未达到不得分		
		2、医学装备管理部门对计量设备定期自查和监测，有记录。	A	查阅资料、台帐、监测报告，现场查看， 人员访谈	5分，未达到不得分		
		符合“B”，并：					
		1、持续改进有成效，计量设备使用均符合规范。					
6-8-4 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。	6-8-4-1 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	任何一项未达到不得 “C”		
		1、有保障常用仪器、设备和抢救物品使用者培训的制度、培训计划及具体课程安排。培训内容涵盖使用中可能出现的意外情况处理预案及措施。					
		2、医学装备管理部门为临床使用的医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。					
		3、有医疗设备操作规程并随设备存放，操作手册由装备管理部门管理和存档，方便查阅。					
				4、对设备操作人员的培训情况有考核，并有记录。	B	查阅资料、台帐、培训记录，人员访谈	2.5分，未达到不得分
				符合“C”，并：			2.5分，未达到不得分
				1、科室对培训情况和效果有自查。	A	查阅资料、台帐、培训记录，人员访谈	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、持续改进有成效，全员仪器设备使用人员操作和维护规范。					
6-8-5 建立保障医学装备处于完好状态的制	6-8-5-1 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	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。					

度与规范，应用信息化技术实施医学装备可视化、全流程的管理，急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。	术实施医学装备全流程的管理，急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，逐步建立全院应急调配机制。	3、有使用部门和医学装备管理部门对医学装备保障情况的登记资料。			
		4、应用信息化技术实施医学装备全流程的管理，有医学装备论证、决策、购置、验收、培训、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关工作的全程记录，信息真实、完整、准确。			
		符合“C”，并：	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重大故障维修情况有分析报告。			2.5分，未达到不得分
		2、职能部门根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施。			
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场查看，人员访谈	5分，未达到不得分	
	1、持续改进有成效，全院医学装备实现全生命周期信息化管理且管理规范，满足临床使用需求。				
	6-8-5-2 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	任何一项未达到不得“C”
		1、有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。			
		2、各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。			
		符合“C”，并：	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
		1、医学装备部门应用信息化技术对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。			
		符合“B”，并：	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
	1、持续改进有成效，急救类、生命支持类装备完好率100%。				
	6-8-5-3 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	任何一项未达到不得“C”
1、有医学装备日常管理工作和意外应急管理等相关制度，建立应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。					
2、医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。					
符合“C”，并：		B	查阅资料、台帐，现		

		1、职能部门对医学装备应急调配有演练和监管。		场抽问相关人员	5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	
		1、持续改进有成效，全院医学装备应急调配有保障。			5分，未达到不得分
6-8-6 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。	6-8-6-1 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，并执行。			
		2、有高值医用耗材临床应用遴选、采购、储存、使用、监测、评价、监督等管理的程序，并有记录。			
		3、有高值医用耗材使用程序与记录。			
		4、有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	
		1、科室对高值医用耗材使用情况有自查。			2.5分，未达到不得分
		2、相关职能部门对高值医用耗材管理的全过程有检查、评估、分析、反馈。			2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	
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。	5分，未达到不得分				
6-8-7 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	6-8-7-1 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，医学装备使用科室（或部门）将医疗仪器设备管理	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	任何一项未达到不得“C”
		1、医学装备使用科室（或部门）设专职或兼职人员管理科室医学装备。			
		2、从事医学装备质量和安全管理的员工接受医学装备质量管理基本知识和基本技能培训与教育。			
		3、医院、使用部门应分别建立明确的质量与安全指标，并开展定期评价活动，解读评价结果。			
		4、有医疗设备使用不良事件报告与监测管理制度和流程，并执行。	B	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	
		符合“C”，并：			2.5分，未达到不得分
1、医学装备部门对医学装备使用质量与安全管理情况有检查、分析、反馈。					

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。	和使用纳入科室管理。				2.5分，未达到不得分
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐，现场抽问相关人员	
		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。			5分，未达到不得分

6-9 院务公开管理

项 目	基本要求	主要内容和评审要点	档次	评审方法	评档标准
6-9-1 按照国家有关规定，医院向社会及员工公开信息。	6-9-1-1 医院有向社会及员工公开信息管理部门、工作制度与程序。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐，人员访谈	任何一项未达到不得“C”
		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。	B	查阅资料、台账	5分，未达到不得分
		符合“C”，并： 1、职能部门对公开的信息进行监管，及时更新相关信息。			
		符合“B”，并： 1、持续改进有成效，社会和员工对公开方式与公开内容满意。	A	查阅资料	5分，未达到不得分

6-10 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
-----	------	-----------	----	------	------

6-10-1 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。	6-10-1-1 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。			
		符合“C”，并：	B	阅资料、台帐，人员访谈	5分，未达到不得分
		1、职能部门对所收集的意见、建议和社会评价活动结果进行分析和反馈，有持续改进措施并得到落实。			
		符合“B”，并：	A	查阅评审前一年度省或所在市第三方满意度调查结果	5分，未达到不得分
1、持续改进有效，不断提高满意度，患者满意度高于全省平均值。					

6-11 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
6-11-1 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。	6-11-1-1 建立健全医院应急管理组织和应急指挥系统，负责医院应急管理工作。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视	任何一项未达到不得“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。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访视	5分，未达到不得分
		1、职能部门对应急管理有检查与监管。			
		符合“B”，并：			

		1、持续改进有成效，应急管理责任落实到位。		员访谈；现场追踪访 视	5分，未达到不得分
6-11-2 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。	6-11-2-1 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：	C	查阅资料、台帐；人员访谈；现场追踪访 视	任何一项未达到不得 “C”
		1、在灾害脆弱性分析报告，制定医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确各个部门及相关人员职责以及应急反应行动的程序。			
		符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐，人 员访谈	5分，未达到不得分
		1、职能部门定期进行灾害脆弱性分析、评估，有监管。			
		符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐；人 员访谈；现场追踪访 视	5分，未达到不得分
1、持续改进有成效，及时完善应急预案和调整应对策略。					
6-11-3 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。	6-11-3-1 开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	各项指标符合要求：	C	查阅资料、台帐；人 员访谈；现场追踪访 视，应急考核	任何一项未达到不得 “C”
		1、医院有应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训，组织考核。			
		2、各科室（部门）每年至少组织一次系统的应急演练。			
		3、开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。			
		4、培训考核内容涵盖了本地区、本院需要应对主要公共突发事件。			
	5、相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。				
	符合“C”，并：	B	查阅资料、台帐；人 员访谈；现场追踪访 视	5分，未达到不得分	
	1、职能部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管。				
	符合“B”，并：	A	查阅资料、台帐；人 员访谈；现场追踪访 视	5分，未达到不得分	
1、持续改进有成效，医院应急能力不断提升。					
6-11-3-2 医院有	各项指标符合要求：	C	现场查看，查阅台帐、		

	停电事件的应急对策。	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。		资料，追踪访视	任何一项未达到不得“C”
		2、明确应急供电范围、实施应急供电的演练，确保手术室、ICU等主要场所应急用电。			
		3、员工知晓停电时的对策程序。			
		4、供电部门24小时值班制，有完整的交接班记录。有停电及应急处理的完整记录，记录时间精确到分，有处理人员的签名。			
		符合“C”，并：	B	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视	
		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。			
		符合“B”，并：	A	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视	
		1、持续改进有成效，停电应急管理工作落实到位，预案有可操作性。			
6-11-4 合理进行应急物资和设备的储备。	6-11-4-1 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，有应对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	
		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。	A	现场查看，查阅台帐、资料，追踪访视	
		符合“B”，并：			
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。					

第七章 医院管理统计指标

一、分类：指标共为医院基本信息、运行指标、质量管理指标、疾病病种管理、重点指标监测五大类。

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(2009-2011 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）。
- 5、江苏省卫生综合监管平台。

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、科研成果与患者诊治费。

	项目类别	指标名称
第一部分 医院基本 信息	资源配置	医院医用建筑面积
		编制床位数
		实际开放床位数
		重症医学科实际开放床位
		急诊留观实际开放床位
		重症医学科医师数、护士数与床位数之比
		重症医学科床位占医院开放床位数的比例
	人力资源	全院员工总数
		卫生技术人员数（其中：医师数、护理人员数、医技人数）
		医护比
		麻醉人员职称构成比
		药学专业技术人员构成比
		急诊科固定的医师、护理人员占比

		医院住院医师首次参加医师资格考试通过率
	科研成果 (评审前五年)	国内论文数 ISSN、国内论文数及被引用数次(以中国科技核心期刊发布信息为准)、SCI 收录论文数/每百张开放床位
		承担与完成国家、省级科研课题数/每百张开放床位
		获得国家、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
		每百名卫生技术人员科研经费
	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)

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、DRG(诊断相关分组)评价。

	项目类别	指标名称
第二部分 运行指标	工作负荷	年门诊人次
		健康体检人次

		年急诊人次
		留观人次
		年住院患者入院例数
		出院患者实际占用总床日
		年住院患者出院例数
		年住院手术例数
		出院患者微创手术占比
		年出院患者三四级手术比例
		年出院患者四级手术比例
		年门诊手术例数
		年日间手术例数
		年危重病人例数和比例
		大型医用影像设备检查的阳性率(CT、MRI、DSA、SPECT、PET-CT)
		通过国家室间质量评价的临床检验项目数
		工作效率
	出院患者术前平均住院日	
	平均每张床位工作日	
	床位使用率(%)	
	床位周转次数	
	资产运营	流动比率、速动比率
		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

		固定资产总值
		医疗收入中药品收入、医用材料收入比率
		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
		万元收入能耗支出
		收支结余
		门诊次均费用增幅（同比）
		门诊次均药品费用增幅（同比）
		住院次均费用增幅（同比）
		住院次均药品费用增幅（同比）
	DRG（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
		费用效率指数
		低风险组死亡率
		DRG 总权重
病种平均住院日(排名前 10 病种)		
住院时间超过 30 天出院人数		

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、疾病或手术管理、医院感染管理、药事管理监测、临床路径管理、专科质量控制指标、康复医学科、输血科指标。

第三部分质量管理指标	项目类别		指标名称
	基本监测指标	非手术患者	住院患者总例数、死亡例数、当日再住院例数、平均住院日与住院费用
		手术（或操作）	患者总台次、死亡例数、非计划再次手术、术前住院日与住院费用
	患者安全管理	住院患者	住院患者出院当天再住院率、患者出院2-31天内再住院率
		非手术患者相关并发症	肺部感染、压疮发生、跌倒/坠床发生、人工气道意外脱出、所有输血/输液反应例数等；以上并发症导致死亡例数；用药错误导致患者死亡例数
		手术（或操作）患者相关术后并发症	手术患者术后并发症的总例数、择期手术后、急诊手术后并发症总例数，包括：伤口裂开、手术过程中异物遗留、医源性气胸、医源性意外穿刺伤或撕裂伤、肺部感染、肺栓塞、深静脉血栓发生例数、出血或血肿、生理与代谢紊乱、呼吸衰竭、败血症、休克/心脏骤停、消化道出血/急性溃疡、手术后髌关节骨折等；以上并发症导致患者死亡例数
		信息上报	不良事件上报总例数，其中输血反应发生例数、输液反应发生例数；
疾病或手术管理	代表性（重点）病种	代表性疾病（重点）的总例数、死亡例数、再住院例数、平均住院日与住院费用，肺部感染、压	

		疮发生、跌倒/坠床发生等并发症
	代表性（重点）手术或操作	代表性（重点）手术或操作的总台次、死亡例数、术前住院日、住院日与住院费用、手术后并发症例数、非计划再次手术例数
医院感染管理质量控制指标（2015年版）		医院感染发病（例次）率
		医院感染现患（例次）率
		医院感染病例漏报率
		多重耐药菌感染发现率
		多重耐药菌感染检出率
		医务人员手卫生依从率
		住院患者抗菌药物使用率
		抗菌药物治疗前病原学送检率
		I类切口手术部位感染率
		I类切口手术抗菌药物预防使用率
		呼吸机相关肺炎发病率（‰）
		留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）
		血管内导管相关血流感染发病率（‰）
	麻醉专业医疗质量控制指标（2015年版）	
		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
		神经干（丛）阻滞成功率
		硬膜外阻滞成功率
		困难气道处理成功率
		超声引导穿刺覆盖率
		麻醉后监测治疗室（PACU）转出延迟率

		麻醉开始后手术取消率
		患者出手术室低体温率
		非计划转入 ICU 率
		非计划二次气管插管率
		苏醒延迟发生率
		全麻术中知晓发生率
		术后镇痛率
		麻醉后随访率
		麻醉相关死亡率
		心跳骤停发生率及抢救成功率
		麻醉期间严重过敏反应发生率及抢救成功率
		椎管内麻醉后严重神经并发症发生率
		中心静脉穿刺严重并发症发生率
		全麻气管插管拔管后声音嘶哑发生率
		术后心肌梗死发生率
		术后肺栓塞发生率
		麻醉后新发昏迷发生率
		重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版）
	急性生理与慢性健康评分（APACHE II 评分） ≥ 15 分患者收治率（入ICU24小时内）	
	感染性休克3h集束化治疗（bundle）完成率	
	感染性休克6h集束化治疗（bundle）完成率	
	ICU抗菌药物治疗前病原学送检率	
	ICU深静脉血栓（DVT）预防率	
	ICU患者预计病死率	
	ICU 患者标化病死指数（Standardized Mortality Ratio）	

		ICU非计划气管插管拔管率
		ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率
		非计划转入ICU率
		转出ICU后48h内重返率
		ICU 呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率
		ICU 血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率
		ICU导尿管相关泌尿系感染（CAUTI）发病率
	急诊专业医疗质量控制指标（2015年版）	急诊科医患比
		急诊科护患比
		急诊各级患者比例
		急诊抢救室患者死亡率
		急诊手术患者死亡率
		ROSC成功率
		院内急诊30分钟会诊率（≥95%）
		对威胁生命需紧急手术的，在下达手术医嘱后 30 分钟内到达手术室的比率 ≥70%。
		非计划重返抢救室率
	病理专业医疗质量控制指标（2015年版）	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
	临床检验专业医疗质量控制指标（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
		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
	药事管理监测	接受抗菌药物治疗的住院患者微生物检验样本送检率（%）
		住院患者抗菌药物使用率（%）
		门诊患者抗菌药物处方比例（%）

		急诊患者抗菌药物处方比例 (%)
		抗菌药物使用强度
		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 (%)
		注射剂处方数/每百张门诊处方 (%)
		点评处方占处方总数的比例 (%)
		门诊患者基本药物处方占比 (%)
		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 (%)
		辅助用药收入占比 (%)
		药物不良反应上报例数
	临床路径管理	医院临床路径总病种数
		医院临床路径总入组例数、入组后完成例数、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
	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(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)
	输血科指标	自体输血比率
		成份输血比率
		室内质控项目开展率
		室内失控项目数
		室间质评合格率
护理质量管理	共用指标	非计划拔管发生率 (%)

			住院患者压力性损伤发生率（‰）
			住院患者跌倒/坠床发生率（‰）
			住院患者身体约束率（%）
			用药错误例数
		专科指标	住院肿瘤患者营养风险筛查率（%）
			住院肿瘤患者疼痛筛查率（%）
			化疗药物外渗发生率（%）
			化疗护士资质准入率（%）
			术中电灼伤发生例数
	满意度评价	门诊患者满意度	
		住院患者满意度	
		医务人员满意度	

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：住院重点疾病、住院重点手术或操作、限制类医疗技术、日间手术病例等各类医院统计病种。

一、住院重点疾病

序号	疾病名称	编码	总例数	死亡例数	15日内再住院率	31日内再住院率	平均住院日	病种次均费用
1	肺癌	C34						
2	结直肠癌	C18-C20						
3	胃癌	C16						
4	乳腺癌	C50						
5	肝癌	C22						
6	食管癌	C15						
7	胰腺癌	C25						
8	膀胱癌	C67						
9	肾癌	C64, C65						
10	宫颈癌	C53, D06						
11	鼻咽癌	C11						
12	甲状腺癌	C73						
13	卵巢癌	C56						
14	子宫内膜癌	C54.1						
15	喉癌	C32						
16	前列腺癌	C61						
17	恶性淋巴瘤	C81-C85						

二、住院重点手术（恶性肿瘤）

编号	手术名称	编码	总例数	死亡率	术后非预期的重返 手术室再手术率	平均住院日、术前 平均住院日	次均住院费用	药占比、耗占比
1	甲状腺	ICD-9-CM-3:06.2-06.5						
2	喉	ICD-9-CM-3: 30.3-30.4						
3	肺	ICD-9-CM-3:32.4-32.5						
4	食管	ICD-9-CM-3:42.4-42.5						
5	胃	ICD-9-CM-3:43.5-43.9						
6	肝	ICD-9-CM-3:50.3-50.4						
7	结肠	ICD-9-CM-3: 45.73-45.75; 48.5-48.6						
8	胰	ICD-9-CM-3:52.5-52.7						
9	乳腺	ICD-9-CM-3: 85.2（伴 ICD-10 编码 C50 的所 有患者）、85.4						
10	肾	ICD-9-CM-3: 55.3（伴 ICD-10 编码 C64 的所 有患者）、55.5						
11	前列腺	ICD-9-CM-3:60.5（年龄 ≥18 岁）						
12	膀胱	ICD-9-CM-3:57.7						
13	输卵管-卵	ICD-9-CM-3: 65.6						

	癌							
14	子宫	ICD-9-CM-3: 68.4-68.7						
15	淋巴结	ICD-9-CM-3: 40.4-5						

三、单（特定）病种质量指标

（一）原发性肺癌 ICD-10:C34

1. 实施肺癌 TNM 分期以及术前的风险评估

外科治疗是肺癌多学科综合治疗的重要支柱，外科手术仍是可切除肺癌病例首选的治疗方式。术前分期常用的检查手段包括：体格检查、影像检查（胸部 X 线、胸部 CT、B 型超声、MRI、骨扫描、PET-CT）、纤维支气管镜检查、经气管镜超声引导下针吸活检术、纵隔镜检查、痰细胞学检查、经胸壁肺内肿物穿刺针吸活检术、胸腔穿刺术等。术前的风险评估应涵盖：既往史及系统回顾肝肾功能、凝血功能、肺功能（临床肺功能）、动脉血气分析、心电图、心脏超声等系统检查。临床分期应按照卫健委《原发性肺癌诊疗规范（2018 年版）》《NCCN 肺癌诊疗指南》2019 年版的标准，在治疗前进行，治疗后不再更改；由至少两名以上副高或副高以上职称的肿瘤医生进行讨论确认临床分期。

2. 按照肺癌分期确定手术适应症、选择手术方案

按照卫健委《原发性肺癌诊疗规范（2018 年版）》《NCCN 肺癌诊疗指南》2019 年版的标准，制定肺癌多学科综

合治疗的方案及外科手术方式。确认手术适应证，排除手术禁忌症等的记录信息及手术方案选择的记录信息。

3. 预防性抗菌素选择与使用时机

按照《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》《原发性肺癌诊疗规范（2018年版）》、NCCN 肺癌诊疗指南 2019年版，首选使用第一、二代头孢菌素作为预防性抗菌药。

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化肺癌综合治疗方案

依据术后病理分期，制定术后规范化肺癌综合治疗方案

5. 肺癌术后 DVT 等并发症的预防及再手术

围手术期常见并发症有心血管、呼吸、肝脏、肾脏系统，感染、出血性相关并发症。采取有效措施预防与及时治疗手术后并发症，减少再次手术率是围手术期医疗质量的重要体现，是手术水准的重要指标。

6. 输血量 \leq 400ml

手术过程中少输血或不输血是反映手术质量的一个重要指标。

7. 为患者提供肺癌术前、术后、出院时健康教育

肺癌术前、术后以及出院时健康教育是肺癌手术患者护理工作的重要组成部分，对手术效果影响明显，积极有效的健康教育将明显提高手术安全性，缩短术后患者恢复时间，改善术后患者生活质量。

8. 切口甲级愈合

切口愈合优劣是手术质量的重要指标之一。

9. 患者住院天数与住院费用

患者住院天数长短与住院费用高低评价是评价医院治疗水平的重要指标之一，在一定时间范围内患者早期出院，住院费用合理是提高优质医疗资源充分利用，减轻社会 and 患者本身经济负担的重要手段，是现代临床医学发展的重要方向。

10. 患者对服务满意程度评价结果

患者满意度调查是目前各医院进行质量控制的重要指标，可以较直观的反映医院总体医疗质量。

11. 术后随访

对于新发肺癌患者应当建立完整病案和相关资料档案，诊治后定期随访和进行相应检查。具体检查方法包括病史、体检、血液学检查、影像学检查、内镜检查等，旨在监测疾病复发或治疗相关不良反应、评估生活质量等。随访频率为治疗后 2 年内每 3~6 个月随访一次，2~5 年内每 6 个月随访一次，5 年后每年随访一次。

适用的 ICD-10 编码与疾病名称（第一诊断）

C34 支气管和肺恶性肿瘤

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

32.4902 肺叶切除术

32.4 袖式肺叶切除术

32.4 02+38.4 支气管伴肺动脉袖式肺叶切除术

32.5 全肺切除术

32.39 或32.29肺段或肺楔形切除术

(二) 乳腺癌 ICD-10:C50/D05

1. 实施乳腺癌 TNM 分期以及术前的风险评估

乳腺癌术前 TNM 临床分期的目的为判断患者病变程度以及是否局部进展，是否具有全身远处转移性病变，决定患者有无手术适应症。

术前风险评估为外科常规操作，用于判断患者对于手术的耐受性及围手术期可能出现的并发症，并制定相应治疗或预防措施。

2. 按照乳腺癌分期确定手术适应症、选择手术方案

选择手术术式应综合考虑肿瘤的临床分期和患者的身体状况。乳腺癌手术范围包括乳腺和腋窝淋巴结两部分。乳腺手术有肿瘤(局部)扩大切除和全乳切除。腋窝淋巴结可行前哨淋巴结活检和腋窝淋巴结清扫，除原位癌外均需了解腋窝淋巴结状况。

3. 预防性抗菌素选择与使用时机

正确合理应用抗菌药物是提高疗效、降低不良反应发生率以及减少或减缓细菌耐药性发生的关键。预防性抗菌药物应用应按《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》执行。

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化乳腺癌综合治疗方案

依据患者术后病理 TNM 分期(pTNM)及免疫组织化学结果制定术后乳腺癌综合治疗方案，pTNM 指标同临床 TNM，但须对原发癌灶及区域淋巴结进行病理检查；术后 2-3 周后根据病理结果（含免疫组织化学报告）合理安排化疗、放射治疗、内分泌治疗及靶向治疗等。

5. 为患者提供乳腺癌术前、术后、出院时健康教育

围手术期及出院时健康教育有利于患者正确认识病情，降低因疾病引起的焦虑感，更好地配合医护人员的诊疗工作，并有利于术后功能的恢复以及最终能顺利地回归家庭、生活及社会。

6. 切口甲级愈合

乳腺癌手术为一类切口应该达到甲级愈合。

7. 患者住院天数与住院费用

平均住院日与平均住院费用可以从另一个侧面反映医疗质量的高低与医院的工作效率。

8. 患者对服务满意程度评价结果

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务。

9. 术后随访

帮助病人术后功能锻炼及恢复，落实术后辅助治疗方案，早期发现局部复发及远处转移病变，提高远期疗效及患者生活质量，出院后随访要求记入住院病历中，并采用书面与口头二种方式充分告知患者及亲属。建立患者术后随访记录文档。

临床体检:最初两年每 3-4 个月复查一次，其后 3 年每 6 个月一次，5 年后每年一次。乳腺超声、腹部超声、血常规、血液生化、乳腺癌标志物的检测每 6 个月一次，3 年后每年一次。胸部 CT、乳腺钼靶照相每年一次。

存在腋窝淋巴结转移 4 个以上等高危因素的患者，行基线骨扫描检查，全身骨扫描每年一次，5 年后可改为每 2 年一次。

应用三苯氧胺的患者每半年进行一次盆腔检查。

适用的 ICD-10:疾病名称与编码（第一诊断）

C50 乳房恶性肿瘤

D05 乳房原位癌

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

85.4100 单侧单纯乳房切除

85.4200 双侧单纯乳房切除

85.42 腔镜下双侧乳房切除术

85.4301 单侧乳腺改良根治术

85.4303 单侧单纯乳房切除术伴区域性淋巴结切除术

85.4401 双侧乳腺改良根治术

85.45 单侧乳房根治性切除伴区域淋巴结切除术

85.4500 单侧根治性乳房切除术

85.45 腔镜下单侧乳房根治性切除伴腋窝淋巴结切除术

85.4600 双侧根治性乳房切除术

85.4700 单侧扩大根治性乳房切除术

85.4800 双侧扩大根治性乳房切除术

（三）胃癌 ICD-10: C16

1. 实施胃癌 TNM 分期以及术前的风险评估

治疗前准确分期能够为初始治疗方案的制定提供有价值的信息。对于局部可切除的胃癌患者，其临床结局取决于疾病的手术后分期。

术前风险评估是近年来日益受到临床医生重视的量化评价手段，可以有效筛选高风险患者，提高手术安全性。临床分期在治疗前进行；由至少两名以上副高或副高以上职称的肿瘤医生进行临床分期。

2. 按照胃癌分期确定手术适应症、选择手术方案

经充分术前检查，准确术前分期和风险评估后，根据胃癌分期确定适合的手术方案是患者获得最大治疗受益的最基本条件。执行标准建议以卫健委 2018 年版胃癌诊疗规范和 2018 年版 NCCN 胃癌治疗指南中国版为依据。

3. 预防性抗菌素选择与使用时机。

预防性抗菌药物应用应按 《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》执行。

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化胃癌综合治疗方案

胃癌的综合治疗近年来越来越得到广泛认同，特别是在局部进展期以及晚期胃癌中，几项国际多中心的大型研究均显示包括手术在内的综合治疗可以明显延长患者生存时间。执行标准以卫健委 2018 年版胃癌诊疗规范和 2018 年版 NCCN 胃癌治疗指南中国版为依据。

5. 胃癌术后 DVT 等并发症的预防及再手术

采取有效措施预防与及时治疗手术后并发症，减少再次手术率是围手术期医疗质量的重要体现，是手术水准的重要指标。

6. 输血量 \leq 400ml

手术过程中少输血或不输血是反映手术质量的一个重要指标。

7. 为患者提供胃癌术前、术后、出院时健康教育

胃癌术前、术后以及出院时健康教育是胃癌手术患者护理工作的重要组成部分，对手术效果影响明显，积极有效的

健康教育将明显提高手术安全性，缩短术后患者恢复时间，改善术后患者生活质量。

8. 切口甲级愈合

切口愈合优劣是手术质量的重要指标之一。

9. 患者住院天数与住院费用

患者住院天数长短与住院费用高低评价是评价医院治疗水平的重要指标之一，在一定时间范围内患者早期出院，住院费用合理是提高优质医疗资源充分利用，减轻社会 and 患者本身经济负担的重要手段，是现代临床医学发展的重要方向。

10. 患者对服务满意程度评价结果

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务。

11. 术后随访

胃癌患者术后随访信息是胃癌诊疗效果评判和临床研究的重要内容，术后随访率的高低直接反应胃癌综合治疗的水平，总体术后 2 年随访率不应低于 30%。

适用的 ICD-10:疾病名称与编码（第一诊断）

ICD-10:C16, D00.2 胃癌（胃原位癌）

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

ICD-9-CM-3:43.99 根治性全胃/残胃切除术

ICD-9-CM-3:43.5 根治性近端胃次全切除术+食管-胃吻合术

ICD-9-CM-3:43.6 根治性远端胃次全切除术+毕 I 氏吻合术

ICD-9-CM-3:43.7 根治性远端胃次全切除术+毕 II 氏吻合术

ICD-9-CM-3:43.89 部分胃切除术

ICD-9-CM-3:44.3 胃空肠吻合术

ICD-9-CM-3:43.5 近端胃大部切除术

ICD-9-CM-3:43.19 胃造口术

（四）结直肠癌 ICD-10:C18-C21

1. 实施结直肠癌 TNM 分期以及术前的风险评估

结肠癌 TNM 分期是判断病情的重要指标，据此决定治疗方案。准确和规范的术前分期，有利于术前评估和手术疗效的随访。采用卫建委《结直肠癌诊疗规范》（2017 年版）要求及国际结肠癌 TNM 临床分期标准。临床分期在治疗前进行，治疗后不再更改；由至少两名以上副高或副高以上职称的肿瘤医生进行临床分期。

2. 按照结直肠癌分期确定手术适应症、选择手术方案

临床分期往往用来指导首次治疗决策的选择，包括手术的根治程度（根治或姑息）和方式以及是否推荐患者接受术前放化疗。因此，临床分期的不准确，无论是分期不足（under-staging）或过度分期（over-staging），都会带来明显影响。按照结直肠癌分期确定手术适应症、选择手术方案。

3. 预防性抗菌素选择与使用时机

手术属于 II 类切口手术，涉及直肠等开放性脏器，且肿瘤患者体质较差，常伴有低蛋白血症、高血糖等并发症，术后感染的发生率高，增加住院时间和住院费用。抗生素的预防性使用显著降低术后感染的发生率。预防性抗菌药物应用应按《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）》执行。

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化结直肠癌综合治疗方案

证医学证据及卫建委《结直肠癌诊疗规范》（2017 年版）要求。依据术后病理分期，制定术后规范化结肠癌综合

治疗方案。

5. 结直肠癌术后 DVT 等并发症的预防及再手术

结直肠手术后常见并发症包括、心脏、神经、呼吸、消化、泌尿系统、DVT 与感染相关并发症等均可发生。对并发症的预防及严格掌握再手术指征管理重要工作。

6. 输血量 \leq 400ml

围手术期输血影响免疫功能及预后，因此输血的控制是医疗质量的重要因素，本身存在贫血，血红蛋白小于 80g/L 的结直肠癌病例应除外。

7. 为患者提供结直肠癌术前、术后、出院时健康教育

结直肠癌手术的效果即生活质量和生存期，尤其生活质量与健康教育相关。因而健康教育与出院后三级预防成为诊疗活动重要组成部分，促进早期康复，减少并发症。

8. 切口甲级愈合

结直肠癌手术时间长，尤其是开腹手术，手术切口大，患者年龄偏大，低蛋白血症和贫血 状态患者占有一定比例，术后恢复较慢，可能影响切口愈合。

9. 患者住院天数与住院费用

平均住院日与平均住院费用可以从另一个侧面反映医疗质量的高低与医院的工作效率。

10. 患者对服务满意程度评价结果

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务。

11. 术后随访

术后随访是提高病人生活质量，尽早发现复发，提高病人生存期的重要手段，是确定治疗效果的重要组成部分。

适用的 ICD-10 编码与疾病名称（第一诊断）

ICD-10:C18 结肠恶性肿瘤

ICD-10:C19 直肠乙状结肠连接处恶性肿瘤

ICD-10:C20 直肠恶性肿瘤

ICD-10:C21 肛门和肛管的恶性肿瘤

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

ICD-9-CM-3: 45.73 右半结肠切除

ICD-9-CM-3: 45.74 横结肠切除

ICD-9-CM-3: 45.7500 左半结肠切除

ICD-9-CM-3: 45.76 乙状结肠切除

ICD-9-CM-3: 48.3502 经肛门直肠病损切除术

ICD-9-CM-3: 48.5 经腹会阴联合切除术

ICD-9-CM-3: 48.6301 直肠前切除术

ICD-9-CM-3: 48.62 Hartman 手术

(五) 宫颈癌 ICD-10: C53

1. 按照宫颈癌分期确定手术适应症、选择手术方案。

临床分期评估结果: 决定手术治疗范围和手术方式。对于包块较大者可行辅助性放化疗后再行手术。宫颈癌主

要治疗方式包括手术治疗和放射治疗。手术治疗包括:全子宫切除术, 宫颈广泛根治术, 宫颈癌根治术等, 以上手术可经腹、经腹腔镜、经阴道进行。合理的手术方式可提高疗效, 减少手术并发症, 促进患者术后恢复等。

2. 预防性抗菌素选择与使用时机。

宫颈癌手术属于 II 类切口手术, 涉及阴道等开放性脏器, 且肿瘤患者体质较差, 常伴有低蛋白血症、高血糖等并发症, 术后感染的发生率高, 增加住院时间和住院费用。抗生素的预防性使用显著降低术后感染的发生率。预防性抗菌药物应用应按《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)》执行。

3. 依据术后病理分期, 制定术后规范化宫颈癌综合治疗方案。

FIGO 指南:术后(1)淋巴结阳性, 宫旁阳性, 手术切缘阳性者术后采用同期放化疗;(2)肿瘤为巨块型, 有脉管区域受累和扩展到宫颈间质外 1/3, 建议术后辅助性全盆腔外照射。

4. 宫颈癌术后 DVT 等并发症的预防及再手术。

宫颈癌手术范围广, 创伤多, 手术时易发生并发症。宫颈癌术后主要并发症包括:脏器(如膀胱、输尿管、肠管)损伤, 尿潴留, 下肢静脉栓塞和肺栓塞, 术后感染, 术后出血, 盆腔淋巴囊肿等。

5. 输血量 \leq 400ml

《NOVAK 妇科学》中将术中出血纳入宫颈癌根治术的急性并发症，平均出血量为 800ml。国外文献报道宫颈癌根治术平均出血量为 800-1500ml，而随着腹腔镜手术普及，手术技巧的提高，术中失血量不断减少。

6. 为患者提供宫颈癌术前、术后、出院时健康教育。

对子宫颈癌患者指导，增强患者的治癌信心，可提高患者的生活质量。

7. 切口甲级愈合。

宫颈癌手术时间长，尤其是开腹手术，手术切口大，患者年龄偏大，低蛋白血症和贫血状态患者占有一定比例，术后恢复较慢，可能影响切口愈合。

8. 患者住院天数与住院费用

平均住院日与平均住院费用可以从另一个侧面反映医疗质量的高低与医院的工作效率。

9. 患者住院天数与住院费用

平均住院日与平均住院费用可以从另一个侧面反映医疗质量的高低与医院的工作效率。

10. 患者对服务满意程度评价结果

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意

的服务。

11. 术后随访

在病程记录、出院小结记录中，有明确告知宫颈癌术后患者，相关随访时限要求和主要随访检查项目的要求信息宫颈癌治疗后严密的定期随诊。

适用的 ICD-10 编码与疾病名称（第一诊断）

ICD-10:C53 宫颈癌

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

ICD-9-CM-3:68.41、68.51 筋膜外全子宫切除术（I 型扩大子宫切除手术）

ICD-9-CM-3:68.41、68.51 次广泛子宫切除术（II 型扩大子宫切除术）

ICD-9-CM-3:68.61、68.71 广泛子宫切除术（III 型扩大子宫切除术）

ICD-9-CM-3:68.61、68.71 超广泛子宫切除术（IV 型扩大子宫切除术）

（六）甲状腺癌 ICD-10: C73

1. 实施甲状腺癌 TNM 分期以及术前的风险评估

在治疗前通过详细的临床检查结合辅助检查进行分期，分期确定应由 2 位以上高年资临床医师实行；当分期有歧义时，应划入较早期；确定分期的基础是触诊、视诊的临床检查，结合检查内容（主要检查：甲状腺超声检查、细针细胞学 FNA、甲状腺功能检查。次要检查：对于恶性、巨大肿瘤或胸骨后病变行增强 CT/MRI 检查、间接喉镜检查或电子喉镜检查评价声带活动性、酌情行气管镜、食管镜和上消化道造影检查）。

对患者术前风险的准确评估与分组，有助于治疗方式的选择以及疗效和预后的评估。

2. 甲状腺癌手术适应症确定及手术方案选择

I. 分化型甲状腺癌的外科治疗

（1）原发灶的处理

肿瘤 T 分级为 T1、T2 的病变，多局限于单侧腺叶，建议行患侧腺叶及峡部切除。对于部分有高危因素的患者，也可行全甲状腺切除。这些高危因素包括：多灶癌、淋巴结转移、远处转移、家族史、幼年电离辐射接触史等。一些考虑术后有必要行核素治疗的病例，也可行全甲状腺切除。对于位于峡部的肿瘤，肿瘤较小者可行扩大峡部切除，肿瘤较大或伴有淋巴结转移者可考虑全甲状腺切除。

T3 病变肿瘤大于 4cm 或已侵犯甲状腺被膜外肌肉，建议行全甲状腺切除。

T4 病变已经侵犯周围结构器官，一般建议全甲状腺切除。T4a 病变在切除甲状腺的同时需要切除受累的部分结构器官，如部分喉（甚至全喉）、部分气管、下咽和部分食管等，并需要准备一定的修复手段。T4b 病变一般认为属于不可手术切除，但需根据具体情况判断有无手术机会，可能需要血管外科、胸外科、神经外科等多学科协作。但总体而言，T4b 病变很难完全切净，预后不佳，手术风险较大，术后并发症较多。是否手术治疗需要仔细评估病情，重点考虑患者能否从手术中获益。有时，姑息性的减状治疗是必须的，例如气管切开缓解呼吸困难等。

（2）区域淋巴结的处理

中央区淋巴结（VI区）：cN1a 应清扫患侧中央区。如果为单侧病变，中央区清扫范围建议包括患侧气管食管沟及气管前。喉前区也是中央区清扫的一部分，但喉前淋巴结转移的病例不多见，可个体化处理。对于 cN0 的患者，如有高危因素（如 T3~T4 病变、多灶癌、家族史、幼年电离辐射接触史等），可考虑行中央区清扫。对于 cN0 低危患者（不伴有高危因素），可个体化处理。中央区清扫的范围，下界为无名动脉上缘水平，上界为舌骨水平，外侧界为颈总动脉内侧缘，包括气管前，所以内侧界为另一侧的气管边缘。清扫该区域内的所有淋巴脂肪组织。右侧需特别注意喉返神经所在水平深面的淋巴脂肪组织（右 VIb）。需要注意保护喉返神经，同时尽可能保护甲状旁腺及其

血供，如无法原位保留甲状旁腺则应行甲状旁腺自体移植。

侧颈部淋巴结处理（I～V区）：DTC侧颈部淋巴结转移最多见于患侧III、IV区，其次为II区、V区、I区较少见。侧颈淋巴结清扫建议行治疗性清扫，即术前评估或术中冰冻证实为N1b时行侧颈清扫。建议侧颈清扫的范围包括II、III、IV、VB区，最小范围是IIA、III、IV区。I区不需要常规清扫。咽旁淋巴结、上纵隔淋巴结等特殊部位淋巴结在影像学考虑有转移时建议同期手术切除。

II. MTC 的外科治疗

对于MTC，建议行全甲状腺切除。如为腺叶切除后确诊的MTC，建议补充甲状腺全切除。个别情况下，偶然发现的微小病灶MTC腺叶切除后，也可考虑密切观察。

MTC较易出现颈部淋巴结转移，大部分患者就诊时已伴有淋巴结转移，切除原发灶同时还需行颈部淋巴结清扫术（中央区或颈侧区），清扫范围除临床评估外，还需参考血清降钙素水平。MTC的手术治疗宜比DTC手术略激进一些，追求彻底切除。

III. 未分化癌外科治疗

少数未分化癌患者就诊时肿瘤较小，可能有手术机会。多数未分化癌患者就诊时颈部肿物已较大，且病情进展

迅速，无手术机会。肿瘤压迫气管引起呼吸困难时，尽可能减瘤后，行气管切开术。

3. 预防性抗菌素选择与使用时机

甲状腺手术多为 I 类切口，少部分涉及喉、气管、食管的为 II 类切口。甲状腺术后切口感染的发生率约 1%~2%。在围手术期，遵循《抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）》I 类切口手术预防性抗菌药物应用原则，通常不需预防用抗菌药物。如果手术范围大、时间长、污染机会增加、出血多、同期进行双颈淋巴结清扫术、糖尿病、免疫力低下等情况可考虑预防性使用抗菌药物，使用第一代头孢菌素。

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化甲状腺癌综合治疗方案

甲状腺癌术后需要进一步综合治疗，术后依据病理类型、分期及危险级别等决定进一步治疗方式（选择如内分泌治疗即 TSH 抑制治疗、放射性碘治疗（RAI）、外放射治疗）。综合治疗的合理应用，能有效改善甲状腺癌的预后。

5. 输血

多数甲状腺癌手术包括颈淋巴结清扫术中失血 $\leq 800\text{ml}$ ， $\text{Hb} > 7\text{g/l}$ ，可以不输血。

6. 为患者提供甲状腺癌术前、术后、出院时健康教育

术前健康教育利于患者了解疾病相关知识，减轻心理负担，主动配合治疗和护理；通过术前体位适应性训练，

减轻术后头颈部疼痛。术后健康教育利于患者了解术后并发症症状及体征，与医务人员共同参与医疗安全管理；通过术后颈、肩部康复锻炼指导，减轻术后并发症发生。出院时健康教育利于提高患者自我护理能力，促进其生理、心理和社会的康复，提高患者生存质量。

7. 切口甲级愈合

甲状腺癌手术为一类切口，应该达到甲级愈合。

8. 患者住院天数与住院费用

甲状腺癌患者以青壮年为主，在没有手术禁忌及全身并发症情况下缩短手术前的住院时间，住院时间住院 7-14 天出院和减少住院费用。

9. 患者对服务满意程度评价结果

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务。

10. 术后随访

I. 分化型甲状腺癌的术后随访

对甲状腺癌患者进行长期随访的目的在于：①对临床治愈者进行监控，以便早期发现复发肿瘤和转移；②对 DTC 复发或带瘤生存者，动态观察病情的进展和治疗效果，调整治疗方案；③监控 TSH 抑制治疗的效果；④对 DTC 患者的某些伴发疾病（如心脏疾病、其他恶性肿瘤等）病情进行动态观察。

（1）分化型甲状腺癌（DTC）术后需要给予外源性甲状腺素抑制治疗。根据术后复发危险度决定 TSH 抑制治疗的程度。每次调整口服外源性左旋甲状腺素的剂量后，4~6 周随访复查甲状腺功能，待达到理想的平衡点后可酌情延长随访问隔，3~6 个月复查 1 次，如有不适可随时检测甲状腺功能。

（2）对已清除全部甲状腺（手术和 ^{131}I 清甲后）的 DTC 患者，应定期检测血清 TG 水平，建议采用同种检测试剂。对血清 TG 的长期随访从 ^{131}I 清甲治疗后 6 个月起开始，此时检测基础 TG（TSH 抑制状态下）或 TSH 刺激后（ $\text{TSH} > 30\text{mU/L}$ ）的 TG。 ^{131}I 治疗后 12 个月，复查测定 TSH 刺激后的 TG。随后，每 6~12 个月复查基础 TG。复发危险度中、高危者可在清甲治疗后 3 年内复查 TSH 刺激后的 TG。

（3）DTC 随访期间应定期进行颈部超声检查，评估甲状腺床和颈部中央区、侧颈部的淋巴结状态。术后首次超声检查建议为：高危患者术后 3 个月，中、低危患者术后 6 个月。如发现可疑病灶，检查间隔可酌情缩短。对可疑淋巴结可行超声引导下穿刺活检和/或穿刺针冲洗液的 TG 检测。

(4) DTC 患者在手术和 ^{131}I 清甲治疗后，可根据复发危险度，在随访中选择性应用 Dx-WBS。

① 中低危复发风险度的 DTC 患者如 Dx-WBS 未提示甲状腺床以外的 ^{131}I 摄取，并且随访中颈部超声无异常、基础血清 TG 水平（TSH 抑制状态下）不高，无需进行 Dx-WBS。

② 中高危复发危险度的 DTC 患者，长期随访中应用 Dx-WBS 对发现肿瘤病灶可能有价值，建议检查间隔 6~12 个月。如果患者在随访中发现 TG 水平逐渐升高，或者疑有 DTC 复发，可行 Dx-WBS 检查。

(5) CT 和 MRI 不是 DTC 随访中的常规检查项目。在下述情况时应行颈胸部 CT 或 MRI 检查：①淋巴结复发广泛，彩超无法准确描述范围；②转移病灶可能侵及上呼吸道，需要进一步评估受侵范围；③高危患者中血清 TG 水平增高 ($>10\text{ng/ml}$) 或者 TG-Ab 升高。而 Dx-WBS 阴性时如可能进行后续 ^{131}I 治疗，检查时应避免使用含碘对比剂。若行含碘对比剂的增强扫描，建议在扫描后 4~8 周行 ^{131}I 治疗。

(6) 目前不推荐在 DTC 随访中常规使用 ^{18}F -FDG PET 显像，但在下述情况下可考虑使用

① 血清 TG 水平增高 ($>10\text{ng/ml}$) 而 Dx-WBS 阴性时，协助寻找和定位病灶。

② 对病灶不摄碘者，评估和监测病情。

③ 对侵袭性或转移性 DTC 者，评估和监测病情。

(7) DTC 的长期随访还应纳入以下内容

① 131I 治疗的长期安全性：包括对继发性肿瘤、生殖系统的影响。但应避免过度筛查和检查。

② TSH 抑制治疗的效果：包括 TSH 抑制治疗是否达标、治疗的不良反应等。

③ DTC 患者的伴发疾病：由于某些伴发疾病（如心脏疾病、其他恶性肿瘤等）的临床紧要性可能高于 DTC 本身，所以长期随访中也要对上述伴发疾病的病情进行动态观察。

II. 甲状腺髓样癌术后随访

术后甲状腺功能的随访与 DTC 一致，但不需要 TSH 抑制治疗。由于血清降钙素和 CEA 与甲状腺髓样癌有较好的特异性，为随访复查时的必查项目。对于手术后血清降钙素和 CEA 水平恢复正常的患者，其随访期可参考低危分化型甲状腺癌；对于血清降钙素和 CEA 尽管没有恢复正常，但处于较低水平者，可参考高危分化型甲状腺癌患者；对于仍处于较高水平的患者，应密切随访，建议 3~6 个月复查超声，并根据血清降钙素和 CEA 上升的幅度，结合 CT 或 MRI 明确肿瘤范围，必要时行 PET-CT 检查。

适用的 ICD-10 编码与疾病名称（第一诊断）

C73 甲状腺癌

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术/操作名称

06.2x00 单侧甲状腺叶切除术

06.2x01 腔镜下单侧甲状腺切除术

06.2x02 单侧甲状腺切除伴甲状腺峡部切除术

06.4x00 甲状腺全部切除术

06.4x01 残余甲状腺切除术

06.4x02 腔镜下甲状腺全部切除术

40.3 区域性淋巴结切除术

40.4100 根治性颈淋巴结清扫，单侧

40.4200 根治性颈淋巴结清扫，双侧

四、限制临床应用的医疗技术目录

(一) 国家卫健委公布的《限制临床应用的医疗技术（2015 版）》

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

(二) 江苏省限制临床应用的医疗技术目录（2017 版）

序号	医疗技术项目名称
1	心血管疾病介入诊疗技术

2	血液净化技术（含血液透析、血浆置换、腹膜透析等技术）
3	体表器官再造技术，含全鼻再造术、耳廓再造术、乳房再造术、指再造术（足趾游离移植法）、眼窝再造术等
4	白内障超声乳化技术
5	准分子激光角膜屈光手术
6	医用高压氧治疗技术
7	下颌角、下颌骨各型截骨术
8	游离皮瓣移植技术
9	人工肝支持系统
10	各型脊柱侧凸以及后突畸形的矫形手术
11	人工椎体植入手术
12	无抽搐性电休克治疗
13	自体造血干细胞移植
14	口腔颌面部软组织缺损游离瓣移植修复术
15	口腔颌面部骨缺损游离骨瓣移植修复术
16	全身麻醉技术
17	特殊类型神经阻滞治疗技术
18	经食道超声心动图监视技术
19	体外循环技术
20	纵膈肿物切除术
21	肺自体移植术
22	鞍区肿瘤切除术
23	全身高能 X 线（及钴 60 γ 线）照射技术
24	肉毒毒素注射技术

25	体外膜氧合技术（ECMO）
26	冠状动脉旁路移植术
27	单肺通气技术
28	人工耳蜗植入术
29	气管成形术
30	全喉切除术
31	脊髓型颈椎病治疗术
32	巨结肠根治术
33	胆道重建技术
34	基因芯片诊断技术
35	口腔种植诊疗技术
36	人工髋关节置换技术
37	人工膝关节置换技术
38	综合介入诊疗技术
39	外周血管介入诊疗技术
40	神经血管介入诊疗技术
41	呼吸内镜诊疗技术（三、四级）
42	消化内镜诊疗技术（三、四级）
43	普通外科内镜诊疗技术（三、四级）
44	泌尿外科内镜诊疗技术（三、四级）
45	妇科内镜诊疗技术（三、四级）
46	胸外科内镜诊疗技术（三、四级）
47	关节镜诊疗技术（三、四级）

48	脊柱内镜诊疗技术（三、四级）
49	儿科呼吸内镜诊疗技术（三、四级）
50	儿科消化内镜诊疗技术（三、四级）
51	小儿外科内镜诊疗技术（三、四级）
52	鼻科内镜诊疗技术（三、四级）
53	咽喉科内镜诊疗技术（三、四级）

五、江苏省日间手术目录

序号	手术 ICD-9	日间手术名称
1	32. 24	CT（MRT）引导下肺病损射频消融术
2	32. 2400	经皮肺病损射频消融术
3	33. 26	肺穿刺活组织检查
4	33. 2600	经皮穿刺肺活检术
5	50. 1100	经皮肝穿刺活检术
6	50. 2401	CT 引导下肝病损射频消融术
7	54. 3x01	腹壁病损切除术
8	86. 3x02	皮肤病损切除术
9	86. 4x00	皮肤病损根治性切除术

10	92. 2700	放射性粒子植入
11	99. 85	经皮穿刺肿瘤射频消融治疗术
12	99. 85	经皮穿刺肿瘤微波热凝治疗术
13	99. 85	射频肿瘤灭活治疗术
14	99. 99	氩氦刀肿瘤灭活治疗术
15	99. 9900	氩气刀治疗
16	42. 32	食管病损氩气刀治疗术
17	34. 2500	Ebus 纵膈淋巴结穿刺活检
18	00. 3400	磁导航肺结节定位
19	33. 26	磁导航肺结节活检
20	32. 29	磁导航肺结节治疗
21	34. 0401	胸腔闭式引流术
22	42. 3301	食管肿瘤 ESD 术
23	42. 3301	食管肿瘤 EMR 术
24	67. 39	宫颈病变环状电锥切 (LEEP)
25	40. 5100	腋下淋巴结切除术
26	40. 2400	腹股沟淋巴结切除术
27	40. 1100	淋巴活检
28	54. 3x01	腹壁肿瘤切除术
29	34. 4x01	胸壁肿瘤切除术

30	43.4105	内镜下胃息肉切除
----	---------	----------

第五部分 重点指标监测

一、重症医学（ICU）质量监测指标

1、ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率

定义：ICU 患者收治率是指 ICU 收治患者总数占同期医院收治患者总数的比例。ICU 患者收治床日率是指 ICU 收治患者总床日数占同期医院收治患者总床日数的比例。同一患者同一次住院多次转入 ICU，记为“多人次”。

计算公式：

$$\text{ICU 患者收治率} = \frac{\text{ICU 收治患者总数}}{\text{同期医院收治患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{ICU 患者收治床日率} = \frac{\text{ICU 收治患者总床日数}}{\text{同期医院收治患者总床日数}} \times 100\%$$

意义：反映全部住院患者 ICU 患者的比例及收治情况。

2、急性生理与慢性健康评分（APACHE II 评分） ≥ 15 分患者收治率（入 ICU 24 小时内）

定义：入 ICU 24 小时内，APACHE II 评分 ≥ 15 分患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{APACHE II 评分} \geq 15 \text{ 分患者} \\ \text{收治率（入 ICU 24 小时内）} = \frac{\text{APACHE II 评分} \geq 15 \text{ 分患者数}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映收治 ICU 患者的病情危重程度。

注：具有信息化自动收集能力的医院建议直接提取 APACHE II 评分，并按照 <10 分， $10-15$ 分， $15-20$ 分， $20-25$ 分， >25 分进行分层分析。

3、感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率

定义：感染性休克 3h 集束化治疗（bundle），是指感染性休克诊断后 3 小时内完成：测量乳酸浓度；抗菌药物治疗前进行血培养；予以广谱抗菌药物；低血压或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 给予 30ml/kg 晶体液进行目标复苏。感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率，是指入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3h bundle 的患者数占同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。

计算公式：

$$\text{感染性休克 3h 集束化治疗 (bundle) 完成率} = \frac{\text{入 ICU 诊断为感染性休克 并全部完成 3h bundle 的患者数}}{\text{同期入 ICU 诊断为 感染性休克患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映感染性休克的治疗规范性及诊疗能力。

4、感染性休克 6h 集束化治疗 (bundle) 完成率

定义：感染性休克 6h 集束化治疗 (bundle)，是指在 3h 集束化治疗 (bundle) 的基础上加上：低血压对目标复苏效果差立即予以升压药；脓毒症休克或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 容量复苏后仍持续低血压，需立即测量 CVP 和 ScvO₂；初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平。感染性休克 6h 集束化治疗 (bundle) 完成率，是指入 ICU 诊断为感染性休克全部完成 6h bundle 的患者数占同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。

计算公式：

$$\text{感染性休克 6h 集束化治疗 (bundle) 完成率} = \frac{\text{入 ICU 诊断为感染性休克 并全部完成 6h bundle 的患者数}}{\text{同期入 ICU 诊断为 感染性休克患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映感染性休克的治疗规范性及诊疗能力。

5、ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率

定义：以治疗为目的使用抗菌药物的 ICU 住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6 等感染指标的血清学检验。

计算公式：

$$\text{ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率} = \frac{\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数}} \times 100\%$$

意义：反映 ICU 患者抗菌药物使用的规范性。

6、ICU 深静脉血栓（DVT）预防率

定义：进行深静脉血栓（DVT）预防的 ICU 患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。深静脉血栓预防措施包括药物预防（肝素或低分子肝素抗凝）、机械预防（肢体加压泵、梯度压力弹力袜等）以及下腔静脉滤器等。

计算公式：

$$\text{ICU 深静脉血栓（DVT）预防率} = \frac{\text{进行深静脉血栓(DVT)预防的 ICU 患者数}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映 ICU 患者 DVT 的预防情况。

7、ICU 患者预计病死率

定义：通过患者疾病危重程度（APACHE II 评分）来预测的可能病死率。患者死亡危险性（R）的公式： $\ln(R/1-R) = -3.517 + (\text{APACHE II 评分} \times 0.146) + 0.603$ （仅限于急诊手术后患者）+ 患者入 ICU 的主要疾病得分（按国际标准）。ICU 患者预计病死率是指 ICU 收治患者预计病死率的总和与同期 ICU 收治患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{ICU 患者预计病死率} = \frac{\text{ICU 收治患者预计病死率总和}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映收治 ICU 患者的疾病危重程度，用来计算患者标化病死指数。

8、ICU 患者标化病死指数（Standardized Mortality Ratio）

定义：通过患者疾病危重程度校准后的病死率，为 ICU 患者实际病死率与同期 ICU 患者预计病死率的比值。ICU 实际病死率为 ICU 死亡患者数（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）占同期 ICU 收治患者总数的比例，除外入院时已脑死亡，因器官捐献而收治 ICU 的患者。

计算公式：

$$\text{ICU 患者标化病死指数} = \frac{\text{ICU 患者实际病死率}}{\text{同期 ICU 患者预计病死率}} \times 100\%$$

意义：反映 ICU 整体诊疗水平。

9、ICU 非计划气管插管拔管率

定义：非计划气管插管拔管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总数的比例。

计算公式：

$$\text{ICU 非计划气管插管拔管率} = \frac{\text{非计划气管插管拔管例数}}{\text{同期 ICU 患者气管插管拔管总数}} \times 100\%$$

意义：反映 ICU 的整体管理及治疗水平。

10、ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率

定义：气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总例数的比例。不包括非计划气管插管拔管后再插管。

计算公式：

$$\text{ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率} = \frac{\text{气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数}}{\text{同期 ICU 患者气管插管拔管总例数}} \times 100\%$$

意义：反映对 ICU 患者脱机拔管指征的把握能力。

11、非计划转入 ICU 率

定义：非计划转入 ICU 是指非早期预警转入，或在开始麻醉诱导前并无术后转入 ICU 的计划，而术中或术后决定转入 ICU。非计划转入 ICU 率是指非计划转入 ICU 患者数占同期转入 ICU 患者总数的比例。非计划转入 ICU 的原因应进行分层分析(缺乏病情恶化的预警、麻醉因素和手术因素等)。

计算公式：

$$\text{非计划转入 ICU 率} = \frac{\text{非计划转入 ICU 患者数}}{\text{同期转入 ICU 患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构医疗质量的重要结果指标之一。

12、转出 ICU 后 48h 内重返率

定义：转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数占同期转出 ICU 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{转出 ICU 后 48h 内重返率} = \frac{\text{转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数}}{\text{同期转出 ICU 患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映对 ICU 患者转出 ICU 指征的把握能力。

13、ICU 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发病率

定义：VAP 发生例数占同期 ICU 患者有创机械通气总天数的比例。单位：例/千机械通气日。

计算公式:

$$\text{ICU 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发生率 (例/千机械通气日)} = \frac{\text{VAP 发生例数}}{\text{同期 ICU 患者 有创机械通气总天数}} \times 1000\%$$

意义: 反映 ICU 感控、有创机械通气及管理能力。

14、ICU 血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发病率

定义: CRBSI 发生例数占同期 ICU 患者血管内导管留置总天数的比例。单位: 例/千导管日。

计算公式:

$$\text{ICU 血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发生率 (例/千导管日)} = \frac{\text{CRBSI 发生例数}}{\text{同期 ICU 患者 血管内导管留置总天数}} \times 1000\%$$

意义: 反映 ICU 感控、血管内导管留置及管理能力。

15、ICU 导尿管相关泌尿系感染 (CAUTI) 发病率

定义: CAUTI 发生例数占同期 ICU 患者导尿管留置总天数的比例。单位: 例/千导尿管日。

计算公式:

$$\text{ICU 导尿管相关泌尿系感染 (CAUTI) 发生率 (例/千导尿管日)} = \frac{\text{CAUTI 发生例数}}{\text{同期 ICU 患者 导尿管留置总天数}} \times 1000\%$$

意义：反映 ICU 感控、导尿管留置及管理能力。

注：本重症医学专业医疗质量控制指标适用于包括 PICU、EICU、CCU 等所有重症医学救治单元。

二、合理用药监测指标

项目类型	指标
药事管理监测指标	(一) 医院抗菌药物品种原则上不超过 35 种
	1、同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过 2 种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购；
	2、头霉素类抗菌药物不超过 2 个品规；
	3、三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过 5 个品规，注射剂型不超过 8 个品规；
	4、碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过 3 个品规；
	5、氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过 4 个品规；
	6、深部抗真菌类抗菌药物不超过 5 个品种。
本监测指标所指抗菌药物是指治疗细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌等病原微生物所致感染性疾病的药物，不包括治疗结核病、寄生虫病和各种病毒所致感染性疾病的药物以及具有抗菌作用的中药制剂，不包括含植物成分的抗菌药，不包括抗皮肤感染药、眼科抗感染药等外用品规。	

<p>(二) 接受抗菌药物治疗的住院患者微生物检验样本送检率 (%)</p>
<p>1、接受抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 30%</p> <p>计算公式：</p> $\text{住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率 (\%)} = \frac{\text{接受抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检例数}}{\text{同期接受抗菌药物治疗的住院患者总例数}} \times 100$ <p>注：同一患者多次送检只计为 1 例</p>
<p>2、接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 50%</p> <p>计算公式：</p> $\text{住院患者限制级抗菌药物使用前微生物检验样本送检率 (\%)} = \frac{\text{接受限制级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检例数}}{\text{同期接受限制级抗菌药物治疗的住院患者总例数}} \times 100$ <p>注：同一患者多次送检只计为 1 例</p>
<p>3、接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 80%</p> <p>计算公式：</p> $\text{住院患者特殊级抗菌药物使用前微生物检验样本送检率 (\%)} = \frac{\text{接受特殊级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检例数}}{\text{同期接受特殊级抗菌药物治疗的住院患者总例数}} \times 100$ <p>注：同一患者多次送检只计为 1 例</p>

	<p>(三) 住院患者抗菌药物使用率 (%)</p> <p>指标标准：不超过 40%</p> <p>计算公式：</p> $\text{住院患者抗菌药物使用率 (\%)} = \frac{\text{出院患者使用抗菌药物例数}}{\text{同期出院患者总例数}} \times 100$ <p>注：以病人使用抗菌药物例数计算，一个病例中无论其使用了几种抗菌药物（包括不同剂型），都只计为 1 例使用抗菌药物例数</p>
	<p>(四) 门诊患者抗菌药物处方比例 (%)</p> <p>指标标准：不超过 10%</p> <p>计算公式：</p> $\text{门诊患者抗菌药物处方比例 (\%)} = \frac{\text{单位时间内含有抗菌药物的门诊处方数}}{\text{同一单位时间内门诊处方总数}} \times 100$
	<p>(五) 急诊患者抗菌药物处方比例 (%)</p> <p>指标标准：不超过 10%</p> <p>计算公式：</p> $\text{急诊患者抗菌药物处方比例 (\%)} = \frac{\text{单位时间内含有抗菌药物的急诊处方数}}{\text{同一单位时间内急诊处方总数}} \times 100$
	<p>(六) 抗菌药物使用强度</p> <p>指标标准：不超过 30DDD/每百人天</p> <p>计算公式：</p>

	<p style="text-align: center;">抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）</p> <p>抗菌药物使用强度= $\frac{\text{抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）}}{\text{同期收治患者人天数}} \times 100$</p> <p>注：</p> <p>1、抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）= 所有抗菌药物 DDD 数的和。</p> <p>2、某个抗菌药物的 DDD 数 = 该抗菌药物消耗量/DDD 值（克/DDD 值）</p> <p>3、DDD（Defined Daily Doses）值：WHO 推荐的日处方协定剂量</p> <p>例如：庆大霉素（240 万单位:2.4g/0.24g）+ 阿莫西林（400 克/1.0g）+ 头孢他啶（400 克/4.0g） 备注：（消耗量/DDD 值）</p> <p style="padding-left: 40px;">庆大霉素（10 DDD）+阿莫西林（400 DDD）+ 头孢他啶（100 DDD）= 510 DDD（累计 DDD 数）</p> <p>4、同期收治患者人天数 = 同期收治患者人数 × 同期患者平均住院天数</p>
	<p>（七）药费收入占医疗总收入比重（%）</p> <p>计算公式：</p> $\text{药费收入占医疗总收入比重（%）} = \frac{\text{年度药费总收入（万元）}}{\text{年度医疗总收入（万元）}} \times 100$
	<p>（八）抗菌药占西药出库总金额比重（%）</p> <p>计算公式：</p> $\text{抗菌药物占西药出库总金额比重（%）} = \frac{\text{年度抗菌药出库总金额（万元）}}{\text{年度西药出库总金额（万元）}} \times 100$
	<p>（九）注射剂处方数/每百张门诊处方（%）</p> <p>计算公式：</p> $\text{注射剂处方占门诊处方比例（%）} = \frac{\text{单位时间内含有注射剂的门诊处方数}}{\text{单位时间内门诊处方总数}} \times 100$

	<p>(十) 点评处方占处方总数的比例 (%)</p> <p>计算公式:</p> $\text{点评处方占处方总数的比例 (\%)} = \frac{\text{点评处方数}}{\text{处方总数}} \times 100$
	<p>(十一) 门诊患者基本药物处方占比 (%)</p> <p>计算公式:</p> $\text{门诊患者基本药物处方占比 (\%)} = \frac{\text{门诊使用基本药物人次数}}{\text{同期门诊诊疗总人次数 (不包括健康体检者及未开具药物处方患者)}} \times 100$
	<p>(十二) 住院患者基本药物使用率 (%)</p> <p>计算公式:</p> $\text{住院患者基本药物使用率 (\%)} = \frac{\text{出院患者使用基本药物总人次数}}{\text{同期出院总人次数 (不包括未用药患者)}} \times 100$
	<p>(十三) 基本药物采购品种数占比 (%)</p> <p>计算公式:</p> $\text{基本药物采购品种数占比 (\%)} = \frac{\text{医院采购基本药物品种数}}{\text{医院同期采购药物品种总数}} \times 100$

	<p>(十四) 国家组织药品集中采购中标药品使用比例 (%)</p> <p>计算公式:</p> $\text{国家组织药品集中采购中标药品使用比例 (\%)} = \frac{\text{中标药品用量}}{\text{同种药品用量}} \times 100$
	<p>(十五) 辅助用药收入占比 (%)</p> <p>计算公式:</p> $\text{辅助用药收入占比 (\%)} = \frac{\text{辅助用药收入}}{\text{药品总收入}} \times 100$