

## 附件 4

# 江苏省妇幼保健所（妇幼保健计划生育服务中心） 评审标准实施细则

## 一、适用范围

本细则适用于江苏省内妇幼保健所(妇幼保健计划生育服务中心)（以下简称妇幼保健所）。共设置 7 章 58 节 229 条标准与监测指标。

第一章至第五章共 51 节 203 条 352 款细则，用于对妇幼保健所实地评审，并作为妇幼保健所自我评价与改进之用；在本说明的各章节中带“★”为“核心条款”，共 26 条。

第六章共 5 节 17 条监测指标，用于对妇幼保健所的运行、服务质量与安全指标的监测与追踪评价。

第七章附录共 2 节，对妇幼保健所建筑指标和医疗设备提出基本要求。

## 二、项目分类

### （一）基本条款

适用于所有妇幼保健所。

### （二）核心条款

为保证妇幼保健所的功能定位正确、医疗保健服务质量与安全，对最基本、最常用、必须做到的标准条款，且若未达到合格以上要求势必影响妇幼公共卫生、医疗保健服务质量与安全的标准，列为“核心条款”，带有★标志。

### （三）可选条款

主要是指由于区域卫生规划与妇幼保健所功能任务的限制，或是须由卫生健康行政部门审批，不是由妇幼保健所自行决定即可开展的项目。

第一章至第五章各章节的条款分布见表 1。

表 1 第一章至第五章各章节的条款分布

名称	节	条	款	核心条款★
第一章保证妇幼保健所正确的发展方向	3	12	18	2
第二章辖区妇幼健康业务管理质量与持续改进	9	29	36	4
第三章妇幼保健服务质量安全管理与持续改进	21	82	188	11
第四章服务流程管理	7	26	28	2
第五章机构管理	11	54	82	7
合计	51	203	352	26

### 三、评审结果表达的方式

#### （一）评审结果采用 A、B、C、D、E 五档表达方式

A-优秀

B-良好

C-合格

D-不合格

E-不适用，是指卫生健康行政部门根据妇幼保健所功能任务未批准的项目，或同意不设置的项目。

判定原则是要达到“B-良好”档者，必须先符合“C-合格”档的要求，要到“A-优秀”，必须先符合“B-良好”档的要求。

## （二）标准条款的性质结果

评分说明的制定遵循 PDCA 循环原理，P 即 Plan，D 即 Do，C 即 Check，A 即 Act，通过质量管理计划的制订及组织实现的过程，实现医疗保健质量和安全的持续改进。

由于标准条款的性质不同，结果表达如表 2。

表 2 第一章至第五章标准条款的评价结果

A	B	C	D
优秀	良好	合格	不合格
有持续改进， 成效良好	有监管有结果	有机制且能有效执行	仅有制度或规章或 流程，未执行
PDCA	PDC	PD	仅 P 或全无

## 四、评审结果

表 3 第一章至第五章评审结果

项目类别	第一章至第五章标准条款			核心条款		
	C 级	B 级	A 级	C 级	B 级	A 级
甲等	≥90%	≥60%	≥20%	100%	≥70%	≥20%
乙等	≥80%	≥50%	≥10%	100%	≥60%	≥10%

# 目 录

第一章 保证妇幼保健所正确的发展方向.....	6
一、坚持妇幼卫生工作方针，保证正确的发展方向.....	6
二、建设规模、功能和任务符合区域卫生规划.....	7
三、承担政府指令性任务.....	9
第二章 辖区妇幼健康业务管理质量与持续改进.....	10
一、管理组织.....	10
二、管理质量与持续改进.....	11
三、妇幼健康服务网络管理.....	12
四、妇幼健康信息管理.....	13
五、妇幼健康教育与健康促进.....	14
六、妇幼公共卫生服务项目管理.....	15
七、群体筛查服务质量管理.....	16
八、母子健康手册使用与管理.....	17
九、托幼机构卫生保健管理.....	18
第三章 妇幼保健服务质量安全管理与持续改进.....	19
一、质量管理组织.....	19
二、质量管理与持续改进.....	20
三、医疗保健技术管理.....	22
四、患者安全管理.....	24
五、婚前保健管理.....	28
六、孕前保健管理.....	29
七、孕期保健管理.....	30
八、产前筛查技术管理.....	31
九、高危孕产妇管理.....	34
十、儿童保健管理.....	35
十一、高危儿童管理.....	36
十二、妇女保健管理.....	37
十三、计划生育技术服务管理.....	38
十四、妇女儿童营养保健管理.....	39
十五、妇女儿童心理保健管理.....	40
十六、妇女儿童康复治疗管理.....	42
十七、妇女儿童中医服务管理.....	43
十八、医院感染管理.....	44
十九、医技质量安全管理.....	45
二十、病历（案）管理.....	59
二十一、护理管理.....	60

第四章 服务流程管理.....	61
一、预约诊疗服务管理.....	61
二、门诊服务及绿色通道管理.....	62
三、转诊、转科、转介流程管理.....	63
四、基本医疗保障服务管理.....	64
五、维护服务对象合法权益.....	64
六、投诉管理.....	65
七、就诊环境管理.....	66
第五章 机构管理.....	67
一、依法执业.....	67
二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制.....	69
三、人力资源与科教管理.....	70
四、信息与图书管理.....	72
五、财务与价格管理.....	73
六、医德医风管理.....	76
七、后勤管理.....	76
八、医学装备管理.....	80
九、应急管理.....	82
十、所务公开.....	84
十一、社会评价.....	85
第六章 日常统计学评价指标.....	85
一、辖区保健管理指标.....	86
二、机构运行基本监测指标.....	88
三、门诊医疗保健质量与安全监测指标.....	89
四、特定（单）病种质量监测指标.....	90
五、合理用药监测指标.....	91
第七章 附录.....	94
一、妇幼保健所建筑指标基本要求.....	94
二、妇幼保健所医疗设备基本要求.....	96
附件 妇幼保健所评审法律规范首字母索引.....	97

# 第一章 保证妇幼保健所正确的发展方向

## 一、坚持妇幼卫生工作方针，保证正确的发展方向

评审标准	评审要点
1.1.1 坚持“以保健为中心、以保障生殖健康为目的，保健和临床相结合，面向群体、面向基层和预防为主”的妇幼卫生工作方针。	
1.1.1.1 坚持“以保健为中心、以保障生殖健康为目的，保健和临床相结合，面向群体、面向基层和预防为主”的妇幼卫生工作方针。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.领导班子成员及孕产保健、儿童保健、妇女保健、计划生育技术服务、信息管理、健康教育、办公室、医务保健管理等岗位的中层干部能够熟练掌握并准确理解妇幼卫生工作方针、目标和职责任务等。</p> <p>2.一般业务人员知晓妇幼卫生工作方针。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 本所发展战略、规划、年度计划等能够体现妇幼卫生工作方针及国家和省级妇幼发展规划的要求。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有证据表明妇幼卫生工作方针在日常工作中得到贯彻落实。</p>
1.1.2 是由政府举办、不以营利为目的、具有公共卫生性质的公益性事业单位。	
1.1.2.1 是由政府举办、不以营利为目的、具有公共卫生性质的公益性事业单位。（★）	<p><b>【C】</b></p> <p>1.由政府举办，不得以任何形式变更妇幼保健所所有权的性质，不以营利为目的。</p> <p>2.妇幼保健所或妇幼保健计划生育服务中心为第一设置名称（以本所执业许可证为准）。</p> <p>3.妇幼保健所性质明确，履行公共卫生服务职能。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 落实《关于完善政府卫生投入政策的意见》规定：专业公共卫生机构所需基本建设、设备购置等发展建设支出由政府根据公共卫生事业发展需要足额安排，所需人员经费、公用经费和业务经费根据人员编制、经费标准、服务任务完成及考核情况由政府预算全额安排。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 近2年政府提供的保健所人员、公务和业务经费逐步增加。</p>
1.1.3 以妇女儿童为中心提供妇幼健康服务，强化公共卫生服务责任，突出群体保健功能。	
1.1.3.1 围绕妇女儿童健康开展服务，不得向综合医院模式发展。强化公共卫生责任，突出群体保健功能。（★）	<p><b>【C】</b></p> <p>1.以妇女儿童健康为中心开展服务，原则上不得设置与功能定位和职能任务无关的科室。</p> <p>2.强化公共卫生责任，所长为第一责任人，所长及业务所长熟悉公共卫生政策。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部（含计划生育技术服务）负责人掌握本辖区近3年妇女儿童死亡及健康状况、人口和计划生育服务状况。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 未加挂综合医院名称，以妇幼保健为主要发展方向。</p>
1.1.4 按照全生命周期和三级预防的理念，以一级和二级预防为重点，为妇女儿童提供从出生到老年，内容涵盖生理和心理的主动、连续的服务与管理。	
1.1.4.1 按照全生命周期和三级预防的理念，以一级和二级预防为重点，为妇女儿童提供从出生到老年，内容	<p><b>【C】</b></p> <p>1.突出一级、二级预防与主动服务的理念，将孕产妇健康检查、儿童健康检查、妇女常见病查治、妇女“两癌”筛查、计划生育技术服务、健康教育与健康促进等列入服务重点，纳入年度工作计划，并落实。</p> <p>2.基本保健服务内容连续、齐全，具体要求如下： (1)孕产保健部：提供婚前、孕前、孕期、产后保健服务；对高危孕产妇进行专案</p>

涵盖生理和心理的主动、连续的服务与管理（实际提供的服务与本所执业许可证登记项目保持一致）。	管理；开展辖区群体保健管理，根据辖区服务人口配备专职群体保健管理人员，从事群体保健工作专职管理人员不少于2人； (2)儿童保健部：提供儿童生长发育、营养、心理卫生、眼及视力保健、口腔保健、耳及听力保健、儿童常见病诊治等服务；对高危儿进行专案管理；开展辖区群体保健管理，根据辖区服务人口配备专职群体保健管理人员，从事群体保健工作专职管理人员不少于2人； (3)妇女保健部：提供青春期保健、更老年期保健、乳腺保健、妇女常见病诊治等服务，履行计划生育宣传教育、技术服务、优生指导、药具发放、信息咨询、随访服务、生殖保健和人员培训八项职能任务；开展辖区群体保健管理，根据辖区服务人口配备专职群体保健管理人员，从事群体保健工作专职管理人员不少于2人。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.提供中医儿童保健、儿童康复服务； 2.提供中医妇女保健、妇女心理卫生、妇女营养服务。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 有促进科室提供主动服务的制度与措施，深入辖区为高危人群提供主动服务。

## 二、建设规模、功能和任务符合区域卫生规划

评审标准	评审要点
1.2.1 功能任务和定位明确，保持适度规模。	
1.2.1.1 设置符合区域卫生规划，功能任务和定位明确，规模适度。	<b>【C】</b> 1.妇幼保健所设置符合卫生健康行政部门规定的基本标准，获得批准资格至少正式执业三年以上。 2.符合省级或市级卫生健康行政部门规定的其他要求。
1.2.2 依据功能任务，确定本所发展目标和中长期发展规划。有科学的总体发展建设规划并经相关部门批准。	
1.2.2.1 依据本所的功能任务，明确本所的宗旨、愿景与目标。	<b>【C】</b> 1.依据本所的功能任务，明确本所的宗旨、愿景与目标。 2.本所宗旨、愿景与目标及功能任务由各部门和职工共同讨论制订并经职工大会通过。 3.应用多种途径有效地教育全体员工知晓本所的宗旨、愿景与目标及功能任务，并向服务对象、社会宣传。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 员工知晓本所宗旨、愿景与目标的内涵，知晓率≥80%。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 员工知晓本所宗旨、愿景与目标的内涵，知晓率≥90%。
1.2.2.2 制订中长期发展规划以及年度计划。	<b>【C】</b> 1.根据本所的愿景与目标以及功能任务，制订中长期发展规划以及年度计划。 2.规划应涵盖辖区妇幼卫生工作内容，与本所规模、经营方针及策略与功能任务相一致。 3.规划内容包括目标、实施方法、实施步骤、工作分工、经费预算以及年度安排等。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.中长期规划以及年度计划由各部门共同参与，经过集体讨论，并征求职工意见，经过职工大会讨论通过。 2.科室员工对本科室计划的主要目标知晓率≥80%。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 各部门管理人员、各科室负责人对本所的规划目标以及本部门、本科室的计划任务知晓率≥90%。

<p>1.2.2.3 总体发展建设规划经相关部门批准。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有本所总体发展建设规划并经相关部门批准。 2.按国家法律、法规及相关规章组织实施基本建设项目、在建项目及大型维修项目。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.总体发展建设规划与本所发展规划相符。 2.各建设项目档案完整。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 加强基本建设全程监督管理，重大项目实行第三方审计，接受有关部门监督，未发现被查实的违规、违纪、违法案件。</p>
<p>1.2.2.4 建筑符合国家建设标准和消防规范。满足规模适宜、功能完善、布局合理、流程科学、节能环保、安全运行的要求。</p>	<p><b>【C】</b> 1.建筑符合国家建设标准和消防规范。 2.建筑满足医院感染管理和医疗保健服务流程的需要，符合卫生学要求。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 所有建筑均符合消防安全要求，通过环境评估。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 新建、改建、扩建的建筑体现“以妇女儿童健康为中心”的理念，满足医疗保健服务流程优化的需要，做到持续改进。</p>
<p>1.2.3 本所建设和内部设置体现保健和临床相结合的发展模式。围绕孕产保健、儿童保健、妇女保健、计划生育技术服务优化配置内部资源，服务流程合理，科室设置规范。</p>	
<p>1.2.3.1 优化配置内部资源、规划服务流程及科室设置。完善孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部（含计划生育技术服务）建设，体现保健和临床相结合的发展模式（与细则 1.1.4.1 服务要求一致）。</p>	<p><b>【C】</b> 1.以服务对象为中心整合科室设置，按孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部（含计划生育技术服务）设置。 2.“各业务部门”职能任务明确，工作制度与人员岗位职责健全，并落实。 3.建立“各业务部门”组织架构、协调机制、服务流程、质量标准、考核办法等运行机制。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.“各业务部门”负责人具有中级及以上职称，专业工作年限不少于5年。 2.“各业务部门”负责人掌握相关临床医学、预防医学、妇幼保健管理学知识。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 各业务部定期分析、研究本部门工作运行质量，有季度通报、半年总结及年度评估报告，并持续改进。</p>
<p>1.2.3.2 门诊科室设置规范，按《各级妇幼健康服务机构业务部门设置指南》进行内部设置（与细则 1.1.4.1 服务要求一致）。</p>	<p><b>【C】</b> 门诊科室设置规范，依据《各级妇幼健康服务机构业务部门设置指南》的要求进行内部设置和管理。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 以上科室设置数量达90%。</p>
<p>1.2.3.3 开展母婴保健专项技术服务的卫生专业技术人员配置及其结构满足卫生健康行政部门有关技术规范的要求，并具备相应岗位的任职资格。</p>	<p><b>【C】</b> 1.从事婚前保健、产前诊断（筛查）、助产技术、终止妊娠和结扎手术服务的人员必须取得相应法定执业资格及《母婴保健技术考核合格证书》。 2.人员数量与结构符合卫生健康行政部门有关技术规范的要求。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 科室负责人具有中级及以上职称。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 所有从事母婴保健专项技术服务的人员按要求接受过培训。</p>
<p>1.2.4 医技科室服务能满足本所医疗保健服务需求，重点专业水平和质量处于本辖区前列。</p>	
<p>1.2.4.1 医技科室服务项目设置、专业技术人员配</p>	<p><b>【C】</b> 1.医技科室的设置、专业技术人员和设备配备符合省级或市级卫生健康行政部门规定的妇幼保健所标准。</p>



备与技术能力符合省级或市级卫生健康行政部门规定的标准。	2.根据业务需要设有检验、影像等医技、辅助科室。 【B】符合“C”，并 1.医技科室负责人具有中级及以上职称。 2.临床实验室和超声等医学影像项目实行统一管理、资源共享（不含非收费项目）。
	【A】符合“B”，并 一个以上医技科室负责人具有高级职称。
1.2.4.2 检验科、超声医学科等重点医技科室专业技术水平与质量处于本辖区前列。	【C】 达到省级卫生健康行政部门规定的妇幼保健所医技科室的技术项目或服务项目要求。
	【B】符合“C”，并 提供依据证实专业优势、擅长诊断技术的水平、质量处于本辖区前列。

### 三、承担政府指令性任务

评审标准	评审要点
1.3.1 承担政府分配的为基层培养人才的指令性任务，制订相关的制度、培训方案，并有具体保障措施。	
1.3.1.1 承担政府分配的为基层培养专业人才的指令性任务，制订相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。	【C】 1.对政府指令的基层人才培养任务，有相关制度和具体措施予以保障。 2.有每年为基层培养专业人才的实施计划，并组织实施。
	【B】符合“C”，并 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。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门监督管理对基层人才培养工作，对培养效果进行追踪评价。
1.3.2 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，承担传染病的预防、发现、报告及转诊等任务。	
1.3.2.1 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预防、发现、报告等任务。	【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。 3.有对特定传染病的特定人群实行医疗救助的相关制度和保障措施。
	【B】符合“C”，并 1.诊疗信息登记完整，传染病报告、诊疗和消毒隔离、医疗废物处理规范。 2.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。 3.应卫生健康行政部门的要求，有传染病预检、分诊制度，对传染病患者、疑似传染病患者应当引导至指定的诊治点进行初诊。
	【A】符合“B”，并 相关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播散。
1.3.3 在国家分级诊疗制度框架内，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。	
1.3.3.1 在国家分级诊疗制度框架内，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。	【C】 在国家分级诊疗制度框架内，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，并落实。
	【B】符合“C”，并 相关职能部门对双向转诊结果定期进行追踪随访、总结分析及效果评价。
	【A】符合“B”，并 转诊单位间有定期联席会议制度并落实，不断改进双向转诊工作。
1.3.4 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成本所基本运行状况、医疗保健技术、医疗保健信息和用药监测等相关数据报送工作，数据完整、真实可靠。	
1.3.4.1 根据《中华人民共和	【C】 1.有向卫生健康行政部门报送数据与其他信息的制度与流程，按规定完成本所基

国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成本所基本运行状况、医疗保健技术、医疗保健信息和用药监测信息等相关数据报送工作，数据完整、真实可靠。	本运行状况、医疗保健技术、医疗保健信息和用药监测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。 3.按照有关规定及时、完整、准确上报妇幼卫生相关信息和数据。
	【B】符合“C”，并 落实信息报送前的审核程序，实行信息报告问责制。
	【A】符合“B”，并 当地卫生健康行政或统计部门提供信息显示，近三年内： (1)未发生统计数据上报信息错误； (2)未出现瞒报或报送虚假数据现象。

## 第二章 辖区妇幼健康业务管理质量与持续改进

### 一、管理组织

评审标准	评审要点
2.1.1 有负责辖区妇幼健康业务质量的所内管理组织，所长为第一责任人。	
2.1.1.1 有负责辖区妇幼健康业务质量的所内管理组织，所长为第一负责人。	<p>【C】</p> <p>1.有负责辖区妇幼健康业务质量的所内管理组织，所长任组长，人员构成包括分管所长、孕产保健、儿童保健、妇女保健、计划生育技术服务、健康教育、信息管理及相关职能科室主要负责人。有明确的工作制度及职责，并落实。 2.组织架构及职能分工体现决策、控制与执行三个层次；有组织架构图，所长为第一责任人，指定职能科室负责组织、协调、监督。</p> <p>【B】符合“C”，并 所长在管理质量与持续改进中起领导作用，分管所长负责具体落实。</p> <p>【A】符合“B”，并 对辖区妇幼健康业务质量管理工作进行定期考核，持续改进管理质量，有证据表明成效显著。</p>
2.1.2 职能部门履行指导、检查、考核、评价和监督职能。	
2.1.2.1 职能部门履行指导、检查、考核、评价和监督职能。	<p>【C】</p> <p>1.根据本所确定的重点工作，制订实施的具体措施与考核方案。 2.有履行指导、检查、考核、评价的完整工作记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.有对辖区妇幼健康业务管理的重点部门、关键环节、关键时段进行的监管记录。 2.有季度通报、半年总结及年度评估报告。</p> <p>【A】符合“B”，并 运用质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料协助卫生健康行政部门对辖区妇幼健康业务质量实施监控，持续改进有成效。</p>
2.1.3 孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部（含计划生育技术服务）负责人是本部门辖区业务管理质量的第一责任人，负责落实相关任务。	
2.1.3.1 各部门负责人是本部门辖区业务管理质量的第一责任人，负责落实相关任务。	<p>【C】</p> <p>1.各部门均有辖区妇幼健康业务质量管理小组，业务负责人为第一责任人。 2.制订本部门的质量管理年度工作计划及监控重点。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.各部门负责人掌握的关键质量指标至少包括： (1)高危孕产妇、高危儿等重点人群管理； (2)技术指导频次、覆盖面等关键环节管理； (3)辖区业务数据及时性、完整性、准确性等质量控制管理。 2.有季度通报、半年总结及年度评估报告。</p>

	<b>【A】</b> 符合“B”，并 科室负责人、质控小组负责收集本科室质量与安全数据，并进行分析。
--	---

## 二、管理质量与持续改进

评审标准	评审要点
2.2.1 贯彻落实各级卫生健康行政部门有关辖区业务管理相关规定。协助卫生健康行政部门制订辖区妇幼健康工作相关政策、规章制度和评估标准等。	
2.2.1.1 执行相关部门有关辖区业务管理制度和工作规范等规定。	<b>【C】</b> 1.各业务科室落实各级卫生健康行政部门有关辖区孕产保健、儿童保健、妇女保健、及计划生育技术服务的管理办法、管理制度、工作规范、技术标准、业务指南等规定，按要求对辖区群体保健工作进行技术指导、培训与监督。 2.有制度保证落实各级卫生健康行政部门的规定。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 相关职能部门定期检查、总结分析、反馈相关规定执行情况。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 有证据表明近2年持续改进有成效。
2.2.1.2 协助卫生健康行政部门制订辖区的妇幼健康工作相关政策、规章制度和评估标准。	<b>【C】</b> 有证据表明近两年协助卫生健康行政部门起草制订辖区内妇幼健康工作相关政策、规章制度、评估标准。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 受卫生健康行政部门委托，近两年在重要政策出台前有针对性地开展工作，并形成报告。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 报告有数据支撑，有分析，有建议。
2.2.2 制订辖区妇幼健康服务质量管理和持续改进方案并组织实施。	
2.2.2.1 制订辖区妇幼健康服务质量管理和持续改进方案，对工作质量进行考核，持续改进管理质量。	<b>【C】</b> 1.根据当年卫生健康行政部门妇幼健康工作的要点，明确年度质量管理的重点。 2.制订辖区妇幼健康服务质量管理和持续改进方案，落实责任部门。 3.制订辖区妇幼健康服务质量考核标准、考核办法、考核指标，定期进行考核。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.责任部门对考核结果进行分析、总结、反馈及提出改进措施。 2.考核工作记录完整。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门对责任部门的质量管理工作进行监督管理。
2.2.2.2 有妇幼健康服务质量关键环节、重点人群管理标准与措施。 (★)	<b>【C】</b> 1.协助市级相关部门做好辖区保健工作； (1)有重点环节如促进自然分娩、出生缺陷防控、孕产妇死亡评审、孕产妇危重症评审、新生儿死亡评审、孕产妇和新生儿危急重症的转运及急救、促进母乳喂养等的管理制度与措施，并落实。 (2)有重点人群如高危孕产妇、危重孕产妇、高危儿童等的管理方案的实施细则，并落实。 2.制度、方案、措施符合法律法规、规范及相关规定，且符合本区域实际。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 职能部门定期检查、分析、反馈，提出改进措施，持续提高管理水平。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 有证据表明近2年妇幼健康管理质量逐年提高。
2.2.3 开展妇幼健康政策和业务培训。	
2.2.3.1 开展妇幼健康政策和业务培训。	<b>【C】</b> 1.有辖区妇幼健康培训的年度计划及实施方案，并落实。 2.对辖区内的产、儿科医护人员、妇幼保健及健康教育工作人员开展培训，内容

	<p>包括相关政策、管理、技术、服务和应急演练等。</p> <p>3.培训相关资料保存完整，有通知、课程表、签到簿、教案、班前班后问卷、音像资料、总结等，并整理成册。</p> <p>4.每年培训次数<math>\geq 2</math>次。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并对培训工 作有评估、有追踪，持续改进培训质量。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门对培训工作实施统一管理，并进行质量监督。</p>
2.2.4	受卫生健康行政部门委托，依法对《出生医学证明》进行业务管理。
2.2.4.1	<p><b>【C】</b></p> <p>1.设立专人负责日常事务性管理。明确岗位职责，各项管理制度齐全，并落实。</p> <p>2.受委托对辖区《出生医学证明》相关证件的储存、发放、登记等情况等进行管理，有对辖区《出生医学证明》管理情况进行督导的记录。</p> <p>3.严格落实真伪鉴定、配发、保管工作要求和责任追究制度。</p> <p>4.签发、换发、补发等流程及印章管理符合国家卫生健康行政部门规定。</p> <p>5.对《出生医学证明》发放工作及流程进行宣传。</p> <p>6.按要求进行废证管理，废证率<math>&lt; 1\%</math>。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.实现《出生医学证明》全程信息化管理。</p> <p>2.管理和签发人员培训率达 100%。</p> <p>3.实现《出生医学证明》的档案化管理。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>1.与公安户籍部门建立良好的协作管理机制。</p> <p>2.近年来辖区内未出现《出生医学证明》倒卖、转让、毁损、丢失等重大事件。</p>

### 三、妇幼健康服务网络管理

评审标准	评审要点
2.3.1	协助卫生健康行政部门健全辖区内妇幼健康服务网络，收集、分析网络运行信息。
2.3.1.1	<p><b>【C】</b></p> <p>1.协助卫生健康行政部门健全辖区内妇幼健康服务网络，网络覆盖所有提供妇幼健康服务的医疗卫生机构。</p> <p>2.掌握辖区内近 3 年各级妇幼保健机构及其业务部门设置情况、人员数量与构成、设备设施配置、服务内容、服务数量与质量等运营状况。</p> <p>3.定期召开辖区内妇幼保健工作例会，例会主题明确，能够解决实际问题。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>掌握辖区内提供妇科、产科、儿科、妇幼保健服务的各级各类医疗卫生机构名称、性质，及其相应科室人员数量与构成、设备设施、服务内容、服务数量与质量等情况，定期分析并形成报告。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>对辖区妇幼卫生资源配置进行专题调研，对调研中发现的问题进行分析，提出改进措施，并向同级卫生健康行政部门报告。</p>
2.3.2	协助卫生健康行政部门建立辖区内提供妇幼健康服务的各级各类医疗卫生机构分工协作机制，并负责对其开展的服务进行技术指导和质量控制。
2.3.2.1	<p><b>【C】</b></p> <p>1.协助卫生健康行政部门建立各级各类医疗卫生机构妇幼健康服务的分工协作机制，对健康管理、疾病管理、技术推广、人才培养等工作提出协作规划或计划、实施方案、考核机制等。</p> <p>2.分工协作机制内容应涵盖妇幼公共卫生服务和妇女儿童基本医疗保健服务。</p> <p>3.协作机制应覆盖城乡基层三级妇幼卫生服务网络。</p>

	<p><b>【B】</b>符合“C”，并定期调研分工协作机制运转情况，进行总结、分析、反馈，提出改进措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并有证据表明，近3年辖区各级各类医疗卫生机构分工协作机制逐年巩固，并得到加强。</p>
2.3.2.2 对开展的服务进行技术指导和质量控制(★)	<p><b>【C】</b></p> <p>1.根据当地工作计划、有关实施方案及公共卫生服务项目等要求，及时完成技术指导和质量控制工作任务，年度频次与覆盖面符合要求。</p> <p>2.服务指导及质量控制重点突出，目的明确，能够解决实际问题。</p> <p>3.档案资料分类管理，资料齐全。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并对工作中存在的问题进行分析，提出解决问题的意见建议，并落实。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并有证据表明本年度辖区妇幼卫生工作质量比上年度有所提高。</p>
2.3.3 协助卫生健康行政部门建立辖区孕产妇和新生儿危急重症转诊网络，完善运行机制。	
2.3.3.1 协助卫生健康行政部门建立辖区孕产妇和新生儿危急重症转诊网络，完善运行机制。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.协助卫生健康行政部门建立辖区孕产妇和新生儿危急重症转诊网络。明确网络中各级各类机构和人员的职责。</p> <p>2.建立转诊流程，包括危急重症的评估与分类、转运、交接、诊治及结果跟踪反馈。</p> <p>3.组建辖区救治专家组，建立工作制度。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并对孕产妇和新生儿危急重症转诊网络进行管理，包括人员培训、技术指导和质量控制。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并对孕产妇和新生儿危急重症转诊网络运行情况进行分析评价，持续改进工作质量。</p>
2.3.4 协助卫生健康行政部门成立辖区孕产妇死亡评审、新生儿死亡评审专家组，及时开展孕产妇、新生儿死亡评审工作。定期召开危重孕产妇和危重新生儿病例讨论会，协调各相关部门参与危重孕产妇的急救工作。	
2.3.4.1 协助卫生健康行政部门成立辖区孕产妇死亡评审、新生儿死亡评审专家组，及时开展孕产妇、新生儿死亡评审工作。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有辖区孕产妇死亡评审、新生儿死亡评审专家组，专家成员涵盖妇产科、儿科、计划生育、妇女保健、儿童保健、急救医学、外科、内科、重症医学等相关学科专业技术人员。</p> <p>2.完善工作制度。</p> <p>3.提交年度本辖区内孕产妇和新生儿死亡主要原因的分析材料，为行政部门决策提供依据。</p>
2.3.4.2 定期召开危重孕产妇和危重新生儿病例讨论会。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.每年召开危重孕产妇病例讨论会、危重新生儿病例讨论会至少一次。</p> <p>2.完善工作制度。</p> <p>3.提交年度本辖区内危重孕产妇和新生儿急救工作的分析材料，为行政部门决策提供依据。</p>

#### 四、妇幼健康信息管理

评审标准	评审要点
2.4.1 有负责辖区信息管理的科室，建立信息管理机制。协助卫生健康行政部门建立辖区信息数据中心。	
2.4.1.1 有负责辖区信息管理的科室。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有负责信息管理的科室，工作人员数量满足工作要求，具备相应的资质。</p> <p>2.科室工作制度健全，人员职责明确，并落实。</p>

	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 科主任具有相关专业中级职称或从事信息管理相关工作年限 5 年以上，掌握妇幼健康信息工作有关法律法规、规范等知识。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 定期研究信息工作管理与质量，并持续改进。</p>
2.4.1.2 建立辖区妇幼健康信息管理工作制度、业务标准、工作机制和工作规范，保证信息上报及时、完整、准确。协助卫生健康行政部门建立辖区信息数据中心。	<p><b>【C】</b> 1.所主管领导在妇幼健康信息工作中起领导作用。 2.建立辖区妇幼健康信息管理工作机制，有信息网络机构和人员名单，有妇幼健康信息工作制度、工作规范、业务标准等技术文件，且不低于国家有关规定。 3.制订妇幼健康信息工作方案及信息工作流程，明确各级各类信息管理人员职责，工作流程合理。相关人员明确自身职责，掌握工作流程。 4.定期对妇幼健康信息人员进行逐级培训，培训有计划、有重点。 5.协助卫生健康行政部门建立辖区信息数据中心，对信息资料进行档案化管理。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.辖区内未接受培训的从事信息工作人员≤5%。 2.信息填报正确、完整，上报及时达 100%。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 1.辖区内未接受培训的从事信息工作人员≤1%。 2.信息上报及时性、完整性在上级相关考核连续 3 年成绩优良。</p>
2.4.2 具有良好的信息安全策略、安全手段、安全环境及安全管理措施，保证妇幼健康信息安全。	
2.4.2.1 具有良好的信息安全策略、安全手段、安全环境及安全管理措施，保证妇幼健康信息安全。	<p><b>【C】</b> 1.具有良好的信息安全制度、安全手段、安全环境及安全管理措施，并落实到位。 2.建立信息安全应急预案，并落实。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 相关职能部门定期检查信息安全，找出影响信息安全的因素，提出改进措施，并落实。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 连续 3 年无信息安全事件发生。</p>
2.4.3 对妇幼健康信息进行质量控制和分析利用，为卫生健康行政部门决策及妇幼健康服务的开展提供数据支持。	
2.4.3.1 对辖区妇幼健康信息进行质量控制和分析利用，为卫生健康行政部门决策及妇幼健康服务的开展提供数据支持。（★）	<p><b>【C】</b> 1.定期开展信息质量控制，分析辖区妇幼健康状况及其影响因素，提出改进工作的建议。 2.定期分析辖区妇幼健康服务状况，进行需求分析。 3.定期分析辖区妇幼健康服务管理状况，对辖区妇幼健康服务进行全面、动态监管。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 对辖区妇幼健康状况、服务状况、管理状况进行半年总结及年度报告，为卫生健康行政部门决策提供数据支持。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 用近两年的证据表明，信息被卫生健康行政部门或政府采用。</p>

## 五、妇幼健康教育与健康促进

评审标准	评审要点
2.5.1 有健康教育科，负责妇幼健康教育与健康促进工作，职责明确。	
2.5.1.1 有健康教育科，负责妇幼健康教育与健康促进工作，职责明	<p><b>【C】</b> 1.有独立的健康教育科，有专人负责，按卫生健康行政部门要求落实岗位人员。科室工作制度完善，人员岗位职责明确，并落实。 2.制订所内、所外健康教育工作年度计划，并实施。</p>

确，制订健康教育年度工作计划并完成。	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.科主任具有相关专业中级职称，有5年以上健康教育工作经验。</p> <p>2.院主管领导在健康教育工作中起领导作用。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>定期研究健康教育质量，持续改进有成效。</p>
2.5.2 制作并发放妇幼健康教育材料。	
2.5.2.1 制作并发放妇幼健康教育材料。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.制作妇幼健康教育材料，包括宣传文字稿模板、宣传画、宣传折页、影视光盘、日常用品标示标记等。</p> <p>2.健康教育材料具有普及性、科学性，针对性强，易读易懂，便于群众接受。健康教育材料内容覆盖孕产保健、儿童保健、妇女保健及计划生育技术服务。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>针对工作形势和重点，制作有针对性的专题健康教育材料。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>发放健康教育材料，覆盖辖区相关妇幼健康服务机构。</p>
2.5.3 开展多种形式的健康教育评价并持续改进。	
2.5.3.1 开展多种形式的健康教育评价，活动有目的、有计划、有落实并持续改进，记录完整。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.开展多种形式的健康教育评价活动，如孕妇学校、家长学校、育儿学校、影视作品、平面媒体、微信、微博、网络等，每项活动均有计划，目的性强。</p> <p>2.建立妇幼健康咨询及服务热线电话，提供咨询服务。</p> <p>3.按要求完成卫生健康行政部门指定的健康教育任务。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.对每项重大活动进行总结，分析活动中的问题，提出改进措施。</p> <p>2.定期统计分析咨询热线的热点问题，并开展针对性的健康教育。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>对健康教育评价效果进行评价，有持续改进活动质量的案例。</p>
2.5.3.2 开设孕妇学校（育儿学校），将促进自然分娩、母乳喂养等列入其常规教学内容。（★）	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有孕妇学校，且面积≥20m<sup>2</sup>，配备有专用教学设备、宣传资料。</p> <p>2.定期开设孕妇学校课程，教学内容至少包括：</p> <p>(1)孕期营养和体重管理、心理问题识别与防控；</p> <p>(2)自然分娩与剖宫产的正确选择；</p> <p>(3)母乳喂养及乳房护理；</p> <p>(4)孕产期高危征与高危儿的自我识别（胎心、胎动等）；</p> <p>(5)育儿知识。</p> <p>3.有师资及相关的宣教教材。</p> <p>4.孕妇学校开课每月不少于4期。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>有稳定的政策支持和资金投入。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>职能管理科室定期开展教学评估，对孕妇学校教学质量进行评价，持续改进教学质量。</p>

## 六、妇幼公共卫生服务项目管理

评审标准	评审要点
2.6.1 落实上级项目管理方案，协助卫生健康行政部门制订项目实施方案并组织实施。	
2.6.1.1 协助卫生健康行政部门制订项目实施方案，并落实。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.根据上级妇幼卫生工作及妇幼公共卫生服务项目有关政策及要求，协助卫生健康行政部门制订本地区有关妇幼公共卫生服务项目实施方案，并协助实施。</p> <p>2.掌握辖区妇幼公共卫生服务项目实施情况，进行技术指导，记录完整。</p>

	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.技术指导覆盖面及频率达到卫生健康行政部门要求。</p> <p>2.技术指导具有针对性，能够解决项目执行中的难点问题。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>对项目技术指导工作进行半年及年度总结分析，提出改进措施，持续改进有成效。</p>
2.6.2 协助卫生健康行政部门对妇幼公共卫生服务项目进行培训、督导及实施效果评估，持续改进项目工作。	
2.6.2.1 协助卫生健康行政部门对妇幼公共卫生项目进行培训、督导及实施效果评估，持续改进项目工作。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.协助卫生健康行政部门制订妇幼公共卫生服务项目培训、督导方案、评估标准等。</p> <p>2.受委托对项目进行督导及实施效果评估，并对项目实施情况进行跟踪。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.督导、评估工作记录完整。</p> <p>2.对督导、评估结果进行分析、总结、反馈及提出改进措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>有证据表明项目技术管理工作得到同级或上级卫生健康行政部门的表彰。</p>
2.6.3 推广应用妇幼公共卫生服务项目成果。	
2.6.3.1 对妇幼公共卫生服务项目取得的成果在辖区推广应用，不断扩展服务覆盖面。	<p><b>【C】</b></p> <p>对妇幼公共卫生项目取得的成果在辖区推广应用，制订推广计划，并落实。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>推广工作有具体负责科室及负责人，任务目标明确，并落实。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>在区域内项目推广成效明显，在辖区内建立长效工作机制推广项目的内容和方法等。</p>

## 七、群体筛查服务质量管理

评审标准	评审要点
2.7.1 建立辖区妇女儿童主要健康问题、高危孕产妇和高危儿筛查网络和管理机制。	
2.7.1.1 建立辖区群体筛查网络，制订筛查工作制度、筛查流程等。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.建立辖区群体筛查网络，完成年度工作目标任务。</p> <p>2.协助卫生健康行政部门制订辖区筛查工作制度、筛查流程等，筛查内容至少包括：</p> <p>(1)产前筛查；</p> <p>(2)高危孕产妇筛查；</p> <p>(3)高危儿筛查；</p> <p>(4)新生儿疾病筛查（包括新生儿遗传代谢病、先天性心脏病、听力障碍等）；</p> <p>(5)妇女乳腺癌、宫颈癌筛查。</p> <p>3.建立辖区高危孕产妇、高危儿童分级转诊机制，并落实。</p> <p>4.工作人员熟悉产前筛查、新生儿疾病筛查、妇女“两癌”筛查等有关国家及本地区相关规定。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.辖区产前筛查、新生儿苯丙酮尿症（PKU）和先天性甲状腺功能减低症（CH）筛查、新生儿听力障碍筛查率达到卫生健康行政部门要求。</p> <p>2.孕产妇系统管理率、3岁以下儿童系统管理率达到卫生健康行政部门要求。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>定期对筛查工作进行业务指导、督导，提出改进措施，持续提高筛查质量。</p>
2.7.2 对从事筛查工作的人员进行技术培训，对筛查工作进行管理。	
2.7.2.1	<b>【C】</b>



对从事筛查工作的人员进行技术培训，对筛查工作进行管理。	1.对群体筛查服务人员队伍进行筛查技术培训，培训有计划、有目标、有重点、有评估，不断提高群体筛查人员技术水平。 2.从事筛查的技术人员按有关筛查项目的要求参加技术培训并取得相应的证书。 3.建立辖区群体筛查阳性病例转诊机制，并落实。 4.对群体筛查确诊病例建立档案并进行跟踪管理，建立群体筛查确诊病例管理制度，并落实。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.阳性及确诊病例管理数量、管理质量连续2年逐年提高。 2.本机构确诊病例管理率≥95%。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 定期收集团体筛查工作数据，对数据进行分析，对筛查工作提出改进意见，并向同级卫生健康行政部门报告。
2.7.3 对群体筛查工作进行质量控制，持续改进筛查质量。	
2.7.3.1 对群体筛查工作质量进行控制，持续改进筛查质量。	<b>【C】</b> 1.按国家及省有关技术规范对群体筛查进行质量控制。 2.新生儿疾病筛查（包括新生儿遗传代谢病、先天性心脏病、听力障碍等）质量控制涵盖筛查、诊断等相关机构、筛查方法及环节。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 产前筛查质量控制涵盖辖区内各筛查单位、各筛查方法及环节。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 对群体筛查质量控制情况进行半年及年度分析，提出改进意见，持续改进有成效。

## 八、母子健康手册使用与管理

评审标准	评审要点
2.8.1 有辖区内统一的母子健康手册管理制度及规范。	
2.8.1.1 有辖区内统一的母子健康手册管理制度及规范。	<b>【C】</b> 1.有辖区内统一的母子健康手册管理制度并落实。 2.落实手册使用规范。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.本机构母子健康手册使用率100%。 2.辖区母子健康手册使用率≥90%。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 对手册管理制度及规范结合本地实际定期进行修订。
2.8.2 对母子健康手册的管理制度及使用进行培训、督导，持续改进工作质量。	
2.8.2.1 对辖区母子健康手册管理制度、使用等内容进行培训、督导。	<b>【C】</b> 有母子健康手册管理制度、规范及应用等相关内容的培训材料。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 对辖区内的相关机构每年至少进行一次培训与督导，有记录。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 1.有数据或实例体现辖区母子健康手册使用情况持续改进。 2.使用电子母子健康档案。
2.8.3 收集母子健康手册使用与管理相关信息，进行分析利用。	
2.8.3.1 收集母子健康手册使用与管理相关信息，进行分析利用。	<b>【C】</b> 1.有辖区母子健康手册使用与管理各项工作登记工作文书、统计报表；使用电子母子健康档案的要做到实时调取数据。 2.本机构有母子健康手册使用与管理各项工作登记、工作文书、统计报表等，使用电子母子健康档案的要实现信息平台上的数据分析。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 对收集相关信息资料进行审核与复核，并进行质量控制。

	<p><b>【A】</b>符合“B”，并实现母子健康手册内容信息化管理，每年对母子健康手册使用与管理情况进行分析，并向卫生健康行政部门报告。</p>
--	--

## 九、托幼机构卫生保健管理

评审标准	评审要点
2.9.1 落实《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》等要求。	
2.9.1.1 落实《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》等要求。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.依据《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》及有关规范建立本辖区实施细则或管理制度。</li> <li>2.受卫生健康行政部门委托，制订辖区内托幼机构卫生保健工作规划、年度计划并组织实施。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.制订辖区内托幼机构卫生保健工作评估实施细则。</li> <li>2.建立完善的质量控制体系和评估制度。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有辖区阶段性托幼机构卫生保健工作分析总结。</li> <li>2.针对辖区托幼机构卫生保健工作中的问题，提出改进建议和具体措施，并不断完善业务管理工作制度。</li> </ol>
2.9.1.2 对辖区托幼机构卫生保健工作信息进行收集。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有完善的托幼机构卫生保健信息上报系统。</li> <li>2.掌握辖区内所有托幼机构的信息、儿童人数、卫生保健情况。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并掌握辖区近3年托幼机构卫生保健状况。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并有证据表明托幼机构卫生保健信息被同级或上级卫生健康行政部门采纳。</p>
2.9.2 受卫生健康行政部门委托，对辖区托幼机构卫生保健工作进行卫生评价。	
2.9.2.1 开展辖区托幼机构卫生保健工作卫生评价。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.对新设立的托幼机构进行招生前的卫生评价工作，并出具卫生评价报告。</li> <li>2.制订卫生学评价工作流程，并向社会公开。</li> <li>3.卫生评价内容涵盖环境卫生、个人卫生、食堂卫生、保健室或卫生室设置、卫生保健人员配备、工作人员健康检查、卫生保健制度等。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并对取得办园（所）资格的托幼机构每3年进行1次卫生保健工作综合评估，并将结果上报卫生健康行政部门，资料完整。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并每年对卫生学评价工作进行总结分析，不断改进评价质量。</p>
2.9.3 对辖区托幼机构卫生保健工作进行业务指导与业务培训，持续改进工作质量。	
2.9.3.1 对辖区托幼机构卫生保健工作进行业务指导与业务培训，有专人负责。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有辖区托幼机构卫生保健工作业务指导与业务培训工作方案或年度计划，有专人负责，并落实。</li> <li>2.业务指导内容应包括托幼机构膳食营养、体格锻炼、健康检查、卫生消毒、疾病预防、预防意外伤害等。</li> <li>3.每年举办托幼机构卫生保健人员培训班，培训相关资料保存完整，有通知、课程表、签到簿、教案、班前班后问卷、音像资料、总结等，并整理成册。</li> <li>4.培训应具有针对性，对辖区托幼机构卫生保健工作存在的薄弱环节进行针对性培训。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.对辖区业务培训每年不少于1次，业务指导和督导每年不少于2次。</li> <li>2.新进托幼机构卫生保健人员卫生保健知识培训率达100%。</li> </ol>

	3.根据当地疾病的流行状况进行专题督导。
	【A】符合“B”，并有近二年数据或实例体现定期分析问题，持续改进工作质量。

### 第三章 妇幼保健服务质量安全管理与持续改进

#### 一、质量管理组织

评审标准	评审要点
3.1.1 所长是本所质量管理第一责任人。所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。依据本所组织架构，明确各部门职能与管理流程。	
3.1.1.1 所长是本所质量管理第一责任人。	<p>【C】</p> <p>1.所长负责确定本所质量管理团队（主要包括所质量与安全管理委员会、各相关委员会、质量管理部门、各职能部门、科室质量与安全管理小组等）的职责，实行质量改进与患者安全管理问责制，有确保有效的沟通机制。</p> <p>2.所长负责确定与实施全所质量管理和持续改进总体方案，以及监控指标。（见3.2.1）</p> <p>3.有全所质量管理组织架构图，能清楚反映全所质量管理组织结构，体现所长是第一责任人。</p> <p>【B】符合“C”，并 所长负责确定监测流程，质量改进和患者安全活动的年度重点工作，并传递到全体职工。</p> <p>【A】符合“B”，并 所长负责确定各职能部门对质量改进与患者安全监控管理的责任重点，并提供技术及其他支持。</p>
3.1.1.2 所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。	<p>【C】</p> <p>1.所长任所质量与安全管理委员会主任，统一领导和协调各相关委员会（根据需要设置，包括但不限于：医疗保健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等）工作，确保有效的沟通。</p> <p>2.委员会至少每半年召开一次工作会议，有记录。</p> <p>【B】符合“C”，并 各委员会人员构成合理，每季度召开一次会议，由相关职能部门负责日常工作，履行职责活动有记录。</p>
3.1.2 医疗、保健等管理职能部门组织实施全面医疗保健质量管理与医疗保健安全管理工作，并落实持续改进方案，承担指导、检查、考核和评价医疗保健质量管理工作，严格记录，定期分析，及时反馈，落实整改，并建立多部门质量管理协调机制。	
3.1.2.1 医疗、保健等管理职能部门组织实施全面医疗保健质量管理与医疗保健安全管理工作，并落实持续改进方案，承担指导、检查、考核和评价医疗保健质量管理工作，严格记录，定期分析，及时反馈，落实整改，并建立多部门质量管理协调机制。	<p>【C】</p> <p>1.医疗、保健、护理等管理职能部门根据本所总体目标，制订并实施相应的质量与安全管理工作计划与考核方案。</p> <p>2.承担履行指导、检查、考核和评价医疗保健质量管理职能，工作有记录。</p> <p>3.定期分析医疗保健质量评价工作的结果。</p> <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.职能部门对重点部门、关键环节、重点时段的质量安全管理工作进行季度检查与年度评价，有记录（见3.2.1）。</p> <p>2.有多部门质量管理协调机制。</p> <p>【A】符合“B”，并 职能部门对收集的质量与安全信息、风险数据、重大质量缺陷等数据资料，运用质量管理工具展示管理成效的变化趋势，有季度通报、半年小结、年度总结报告，并对公开的数据质量和结果的可靠性承担责任。</p>
3.1.3 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。	

3.1.3.1 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。	<b>【C】</b> 1.科主任为第一责任人，有科主任与质量控制人员组成的科室质量与安全管理小组，有年度工作计划及监测重点。 2.对科室质量与安全进行定期检查，并召开会议，提出改进措施。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.各业务科室主任负责关键质量指标，如重返与安全类等。至少包括但不限于： (1)医疗保健科室应将门诊服务中“危急值”患者作为重点，有评价分析记录； (2)计划生育手术后再次手术的，应作为手术质量管理“危急值”，实施监测、原因分析、反馈、整改和控制活动； (3)患者安全目标（见第三章第4节）监控指标； 2.各医技科室主任对“检查结果报告”可信度负责，按照规范/指南实施室内质控与参加室间质控。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 各科质控小组收集本科室质量与安全数据，运用质量管理工具展示管理成效的变化趋势，有季度通报、半年小结、年度总结报告，并对公开的数据质量和结果的可靠性承担责任。

## 二、质量管理与持续改进

评审标准	评审要点
3.2.1 有医疗保健质量管理和持续改进总体方案，涵盖结构质量、过程质量、结果质量的关键监控指标及考核办法。有医疗保健质量关键环节、重点部门、重点时段管理标准与监控措施。	
3.2.1.1 有全所医疗保健质量管理和持续改进总体方案，涵盖结构质量、过程质量和结果质量的关键监控指标及其考核办法。	<p><b>【C】</b> 所长负责确定全所医疗保健质量管理和持续改进总体方案，除有宗旨、目标、方针外，监控项目至少应包括，但不限于： (1)合理使用抗菌药物和其他药品； (2)手术操作及并发症； (3)麻醉与镇痛管理； (4)医院感染管理； (5)门诊病历管理； (6)高危孕产妇管理； (7)高危儿管理； (8)医疗保健缺陷与不良事件管理； (9)服务对象、员工满意度管理。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 确定全所实施患者安全监控指标的频率、范围和方法。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 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。</p>
3.2.1.2 有医疗保健质量关键环节、重点部门、重点时段的管理标准与监控措施。	<p><b>【C】</b> 1.相关人员知晓本岗位的医疗保健质量关键环节管理标准与监控措施。 (1)危急重症患者识别、急救与转诊管理； (2)高危孕产妇管理； (3)高危儿管理； (4)药物管理； (5)有创诊疗操作管理； (6)本所设定的其他医疗保健质量关键环节管理等。 2.重点部门人员知晓本部门的管理标准与监控措施，至少包括，但不限于： (1)高危孕产妇门诊； (2)高危儿门诊； (3)门诊手术室； (4)产前筛查及艾滋病筛查实验室；</p>

	<p>(5)本所设定的其他重点部门等；</p> <p>3.相关人员知晓本部门的重点时段管理标准，至少包括，但不限于：</p> <p>(1)周六、日，节假日；</p> <p>(2)中午单独值班时；</p> <p>(3)上下班交接班时；</p> <p>(4)就诊者急剧增加时。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 医务、保健、护理等管理部门履行监管职责，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。</p>
3.2.2 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本所实际，制定完善的覆盖医疗保健全过程的质量管理规章制度，并及时更新，切实保证服务质量。	
3.2.2.1 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本所实际，制定完善的覆盖医疗保健全过程的质量管理规章制度，并及时更新，切实保证服务质量。	<p><b>【C】</b> 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本所实际，制定完善的覆盖医疗保健全过程的质量管理规章制度，并及时更新。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 统一管理各类质量与安全管理规章、制度、规范、标准/指南等文件的制定、审核、批准、发布、修订、更新、作废等流程。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 依质量与安全管理持续改进的进展，及时更新各类相关质量与安全管理规章制度规范，并实施更新后的培训与教育（近三年）。</p>
3.2.2.2 有医疗保健技术操作规程及诊疗指南。	<p><b>【C】</b> 1.有医疗保健各专业技术操作规程和诊疗指南。 2.对医务人员进行培训，使医务人员掌握并严格遵循本专业岗位相关规范和指南开展医疗保健工作。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 相关职能部门对规范、指南的执行情况有督导检查与整改措施。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 根据医学发展和本所实际，对规范和指南的执行情况进行阶段分析（近三年）。</p>
3.2.3 强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核，把“严格要求、严密组织、严谨态度”落实到各项工作中。	
3.2.3.1 强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核，把“严格要求、严密组织、严谨态度”落实到各项工作中。	<p><b>【C】</b> 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.有指定部门或人员负责实施。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 落实培训及考核计划，在岗人员参加“三基”培训覆盖率≥95%。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 在岗人员参加“三基”考核合格率≥95%。</p>
3.2.4 建立医疗保健风险防范确保就诊者安全的机制，严格执行《医疗质量安全事件报告暂行规定》，按规定报告质量安全（不良）事件与隐患缺陷，不隐瞒和漏报。	
3.2.4.1 有医疗保健风险管理方案。	<p><b>【C】</b> 1.有医疗保健风险管理方案，包括医疗保健风险识别、评估、分析、处理和监控等内容。 2.针对主要风险制订相应的制度、流程、预案或规范，严格落实，防范不良事件的发生。 3.发生医疗保健不良事件，相关人员主动报告，无隐瞒和漏报，有记录。 4.根据情况对员工进行医疗保健风险事件的预警通告。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 相关职能部门对医疗保健风险防范制度、流程、预案执行情况有检查、反馈、改进措施。</p>

	<p><b>【A】</b>符合“B”，并建立跨部门的协调与讨论机制。</p>
<p>3.2.4.2 开展全员防范医疗保健风险确保患者安全的相关知识、技能的教育与培训。</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.所长负责将年度监测流程，质量改进和患者安全活动的重点工作传递到全体职工。</li> <li>2.各职能部门有针对共性问题开展全所防范医疗保健风险的相关教育与培训，其中包括患者安全典型案例教育。</li> <li>3.各科室主任依专业特点开展防范医疗风险的相关教育与培训，其中包括患者安全典型案例教育。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并对重点部门、关键环节的医务人员的培训率≥85%。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并院、科级领导接受质量管理培训后，能够将 PDCA 原理与质量管理工具及方法，运用到质量管理持续改进实践活动中去（用近三年案例）。</p>
<p>3.2.5 建立医疗保健质量控制、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。</p>	
<p>3.2.5.1 建立医疗保健质量控制、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。</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.所长负责确定所内医疗保健质量控制、安全管理信息数据库，具体项目范围见第六章。</li> <li>2.所长负责确定主要监测数据，包括结构质量、过程质量和结果质量，确定每一项监测数据的范围、方法和频率。</li> <li>3.所长指定部门负责收集和分析相关信息，信息数据集中归口管理，方便管理人员调阅使用。</li> <li>4.所长指定专人负责数据分析，包括与自身、外部、标准进行比较。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.对监测数据、安全（不良）事件、差错、事故等信息开展根本原因分析，并利用分析结果评价改进效果。</li> <li>2.将内部监测数据验证，纳入科室/部门负责人岗位职责中，对数据质量承担责任。</li> <li>3.所长对对外公布的数据质量和结果的可靠性承担责任。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并对评审前三年开展医疗保健质量控制、安全管理信息数据分析情况，运用质量管理工具展示成效，有半年小结、年度总结报告。</p>

### 三、医疗保健技术管理

评审标准	评审要点
<p>3.3.1 提供与功能和任务相适应的医疗保健技术服务，符合法律、法规、部门规章、规范性文件和行业规范的要求，符合医疗机构诊疗科目范围要求，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。</p>	
<p>3.3.1.1 依据法律法规开展医疗保健技术服务，与功能任务相适应。</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.医疗保健技术服务项目符合医疗机构执业许可证中诊疗科目范围要求，与功能任务相适应。</li> <li>2.有指定部门负责医疗保健技术管理工作，实行分级分类管理，有统一的审批、管理流程。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.管理人员和医务人员知晓医疗保健技术管理要求。</li> <li>2.相关职能部门履行监管职责。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并有完整的管理资料，无违法违规开展医疗保健技术服务的记录（用近三年案例）。</p>

<p>3.3.1.2 医学伦理委员会承担医疗保健技术伦理审核工作。</p>	<p><b>【C】</b> 1.医学伦理管理委员会承担医疗保健技术伦理审核工作，重点是限制类医疗保健技术等以及新技术、新项目的审核。 2.有医学伦理审核的回避程序。 3.伦理委员会讨论的结论意见应记载入相关的住院病历。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 相关职能部门和伦理委员会对医疗保健技术的实施履行全程监管。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 开展的医疗保健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（用近三年案例）。</p>
<p>3.3.2 医疗保健技术管理符合《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法、《医疗机构管理条例》等相关规定，建立分级分类管理、监督评价和档案管理制度。</p>	
<p>3.3.2.1 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。 (★)</p>	<p><b>【C】</b> 1.按照《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法、《医疗机构管理条例》实行医疗技术分级分类管理及准入管理，对限制类技术和高风险技术，有管理制度及相关技术规范。 2.不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.有本所技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。 2.有技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。 3.有完整的医疗保健技术管理档案资料。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗保健技术分级、准入、中止有动态管理，保障医疗安全（用近三年案例）。</p>
<p>3.3.2.2 对开展母婴保健技术服务进行监督管理。 (★)</p>	<p><b>【C】</b> 1.凡开展婚前医学检查、产前诊断（筛查）、助产技术、施行终止妊娠手术技术服务，必须经卫生健康行政部门审查批准，取得《母婴保健技术服务执业许可证》。 2.相关技术人员应取得《母婴保健技术考核合格证书》，不得跨科目从业。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.有母婴保健技术分类目录，包括相应具有资质人员目录。 2.有完整的母婴保健技术管理档案资料。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门有监管，根据监管结果的评价，对母婴保健技术准入、中止有动态管理，保障母婴安全（用近三年案例）。</p>
<p>3.3.3 有医疗保健技术风险预警机制和医疗保健技术损害处置预案，并组织实施。对新开展医疗保健技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现并降低医疗保健技术风险。</p>	
<p>3.3.3.1 有医疗保健技术风险预警机制和医疗保健技术损害处置预案，并组织实施。</p>	<p><b>【C】</b> 1.所长负责指定职能部门按照相关法规要求管理全所诊疗技术的应用。 2.职能部门管理人员和医务人员知晓相关医疗技术风险处置与损害处置预案和处置流程。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 对可能影响到医疗保健质量和安全的条件（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。</p>
<p>3.3.3.2 有新技术准入与风险管理。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序。 2.申请诊疗新技术准入，应有保障患者安全措施和风险处置预案。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理与随访评价。 2.职能部门有完整的新技术档案资料，包括项目阶段总结与监管资料。</p>

	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 职能部门有监管，根据监管评价，实施动态管理，确定新技术中止或转入常规技术。</p>
3.3.4 开展的科研项目符合法律、法规和医学伦理原则，按规定审批。在科研过程中实行全程质量管理，充分尊重受试者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护受试者安全。	
3.3.4.1 有医疗保健科研项目中 使用医疗保健技术的 管理制度与审批程 序，充分尊重受试者 的知情权和选择权。	<p><b>【C】</b> 1.有医疗保健科研项目中使用医疗保健技术的相关管理制度与审批程序。 2.医疗保健科研项目中使用医疗保健技术应有充分的可行性与安全性论证、保障就诊者安全的措施和风险处置预案。 3.医疗保健科研项目中使用医疗保健技术应有医学伦理审批。 4.充分尊重受试者的知情权和选择权，签署知情同意书。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.医疗保健技术相关职能部门监管职责明确，履行监管职能。 2.相关人员知晓本部门、本岗位开展的医疗保健科研项目管理制度与审批程序的管理要求。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有全程追踪、阶段总结和结题的效果评价，用以改进管理工作，有完整的档案资料（用近三年案例）。</p>
3.3.5 对实施手术、麻醉等高风险技术操作的卫生技术人员实行“授权”管理，定期进行技术能力与质量绩效的再评价。	
3.3.5.1 实行高风险技术操作 的卫生技术人员授权 制度。	<p><b>【C】</b> 1.有实施手术、麻醉与镇痛等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权的管理制度与审批程序。 2.有需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.相关人员能知晓有复评和取消、降低操作权利的相关规定，有执行记录文件。 2.相关人员可通过多种形式获得授权信息。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关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，每三年一次再授权，授权管理资料完整（用近三年案例）。</p>

#### 四、患者安全管理

评审标准	评审要点
3.4.1 确立查对制度，识别就诊者身份。	
3.4.1.1 对就诊者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。	<p><b>【C】</b> 对门诊就诊患者的身份标识有制度规定，且在全所范围内统一实施。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 对提高就诊者身份识别的正确性有改进方法。</p>
3.4.1.2 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用包括姓名在内的两种身份识别方式核对就诊者身份，确保对正确的就诊者实施正确的操作。（★）	<p><b>【C】</b> 1.有标本采集、给药、诊疗活动时就诊者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让就诊者或其近亲属陈述就诊者姓名。 2.至少同时使用包括姓名在内的两种身份识别方式，如出生日期、年龄、性别、病历号等。 3.相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 诊疗活动中严格执行查对制度，查对方法正确。</p>



3.4.2 建立并实施患者风险评估及手术安全核查制度。	
3.4.2.1 有手术患者术前准备的相关管理制度。门诊手术的各项术前检查与评估工作全部完成后方可进行手术。	<b>【C】</b> 1.有手术患者术前准备的相关管理制度。 2.门诊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。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 术前准备制度落实，安全核查执行率 100%。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，有检查、分析、改进。
3.4.2.2 有手术安全核查、手术风险评估制度与工作流程。	<b>【C】</b> 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程，并明确由手术医师、麻醉师、护士三方共同核查。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 相关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>【A】</b> 符合“B”，并 手术核查、手术风险评估执行率 100%。
3.4.3 执行手卫生规范、落实医院感染控制的基本要求。	
3.4.3.1 按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施。	<b>【C】</b> 根据《医务人员手卫生规范》的要求，有手卫生管理相关制度和实施规范。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 手卫生设备和设施配置有效覆盖全所各诊疗单元≥90%
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门有监管，医务人员手卫生依从性≥70%；手术室医务人员手卫生依从性≥95%。
3.4.3.2 医护人员在诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求（手清洁、手消毒、手术洗手操作规程等）。	<b>【C】</b> 1.普及手卫生相关要求（手清洁、手消毒、手术洗手操作规程等）的宣教、图示。 2.对医务人员提供手卫生培训。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.相关职能部门对手术室等重点科室有监管。 2.医务人员手卫生正确率达≥90%。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 医务人员手卫生正确率≥95%。
3.4.4 加强药品管理，提高用药安全。	
3.4.4.1 严格执行麻醉药品等特殊管理药品的使用与管理的规章制度。	<b>【C】</b> 1.严格执行麻醉药品等特殊药品的使用管理制度。 2.有麻醉药品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定。 3.相关员工知晓管理要求，并遵循。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 药学部门与相关职能部门对上述工作督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 执行麻醉药品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定，符合率 100%。
3.4.4.2 有高浓度电解质及易混淆（听似、看似）等药品的贮存与识别要求。	<b>【C】</b> 1.有高浓度电解质等药品的存放区域、标识和贮存方法的规定并落实。 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”。 3.相关员工遵循管理要求，具备识别技能。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 药学部门与相关职能部门定期对上述工作督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并

	对高浓度电解质及包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全所统一“警示标识”，符合率 100%。
3.4.4.3 严格管理终止妊娠药品、促排卵药品。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有终止妊娠药品、促排卵药品管理制度。</li> <li>2.药学部门与使用科室备用的终止妊娠药品、促排卵药品专区（或专柜）存放，有明晰的警示标识，且全所标识统一。</li> <li>3.药学部门对终止妊娠药品、促排卵药品处方进行专册登记，包括：发药日期、使用对象姓名和年龄、临床诊断、药品名称、规格、数量、处方医师等。</li> <li>4.药学部门每月核对本科室终止妊娠药品、促排卵药品出、入库及使用数量，做到购、销、存帐相符，帐物相符。</li> <li>5.各种记录和凭证保存至超过药品有效期，但不得少于 3 年。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.药学部门定期对使用科室备用的终止妊娠药品、促排卵药品进行督导、检查、总结、反馈，提出整改措施。</li> <li>2.药学部门定期对本所终止妊娠药品、促排卵药品使用情况进行分析、反馈，提出整改措施。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.相关职能部门监督检查，持续改进有成效。</li> <li>2.全所终止妊娠药品、促排卵药品使用合理，无违规用药。</li> </ol>
3.4.4.4 处方执行时有严格的核对程序，并由执行者签名确认。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.相关人员知晓所有处方执行时有严格的核对程序，并有执行者签字。正确执行核对程序≥90%。</li> <li>2.开具与执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌，按药品说明书应用。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并遵循医师签名（签章）留样备案制。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并正确执行核对程序≥95%。</p>
3.4.5 临床“危急值”报告制度。	
3.4.5.1 根据本所实际情况确定“危急值”项目和标准，建立“危急值”管理制度与工作流程。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有临床危急值项目、定义、标准、报告制度与工作流程。</li> <li>2.医技部门（含临床实验室、医学影像部门、心电图等）有“危急值”项目表。</li> <li>3.相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并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。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并相关职能部门定期（每年至少一次）对“危急值”报告制度的有效性进行评估。</p>
3.4.5.2 严格执行“危急值”报告制度与流程。 (★)	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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”，并及时报告给临床部门。</li> <li>2.接获危急值报告的医护人员应完整、准确的记录就诊者识别信息、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。</li> <li>3.医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。</li> <li>4.相关人员知晓上述制度与流程，并正确执行。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。</p>
3.4.6 防范与减少患者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件发生。	
3.4.6.1	<b>【C】</b>

对就诊者进行风险评估，主动向高风险就诊者告知跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等风险，有警示标识，采取有效措施防止意外事件的发生。	1.相关人员知晓并实施对高风险患者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等风险评估。 2.根据病情或用药变化再评估，主动告知风险及防范措施，并在病历中记录。
3.4.6.2 有就诊者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件报告制度、处理预案与工作流程。	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 环境有防止跌倒、烫伤等安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑、警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、饮水防烫伤设施等。</p> <p><b>【C】</b> 各相关科室收集跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息的质量监控指标数据记录，至少每季度进行分析，提出改进建议。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 根据就诊者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件的年度分析报告，完善防范措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 用评审前三年数据及案例证实落实预防就诊者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件措施的成效。</p>
3.4.7 建立质量安全（不良）事件报告制度；妥善处理质量安全（不良）事件，并对质量安全（不良）事件进行质量持续改进。	
3.4.7.1 有主动免责报告医疗保健安全（不良）事件、差错与隐患的制度与可执行的工作流程，并让医务人员充分了解。	<p><b>【C】</b> 1.有医疗保健安全（不良）事件的报告制度与流程。 2.对医务人员进行医疗保健安全（不良）事件、差错、隐患的定义和免责、主动报告制度的教育培训。 3.医务人员知晓免责、主动医疗保健安全（不良）事件、差错、隐患的报告制度、途径与流程。</p>
3.4.7.2 定期分析医疗保健安全信息，对重大不安全事件要有质量持续改进，利用信息资源改进医疗保健安全管理。	<p><b>【C】</b> 至少每半年通报一次医疗保健安全信息分析结果，并提出具体改进措施。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 对每起由于医疗保健安全（不良）事件造成患者死亡及致残的重大事件进行质量持续改进。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 利用评审前三年医疗保健安全数据及案例证实落实改进措施有成效。</p>
3.4.8 患者参与医疗保健安全活动。	
3.4.8.1 针对患者疾病诊疗，为患者及其近亲属、授权委托人提供相关的健康知识教育，协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。	<p><b>【C】</b> 1.有医务人员履行患者参与医疗保健安全活动责任和义务的相关规定。 2.针对患者疾病情况，向患者及其近亲属、授权委托人提供相应的健康教育，提出供选择的诊疗方案。 3.宣传并鼓励患者或其近亲属参与医疗保健安全活动，如在就诊时提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 就诊者及其近亲属、授权委托人了解针对疾病情况的可选择诊疗方案。</p>
3.4.8.2 主动邀请患者参与医疗保健安全活动。	<p><b>【C】</b> 1.医务人员知晓重点环节，应邀请患者或其家属主动参与医疗保健安全管理的具体措施与流程，至少应做到，但不限： (1)患者在接受手术等有创诊疗前； (2)患者在接受腔镜诊疗前； (3)患者在接受麻醉前； (4)患者使用药物治疗前； (5)患者在接受输液前；</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 药学人员向门诊患者提供安全用药咨询（重点：高危药品、抗菌药、中止妊娠药</p>

	品等)。
	【A】符合“B”，并 医务科、护理管理等职能部门对患者参加医疗保健安全活动有定期的检查、总结、反馈，并提出整改措施。

## 五、婚前保健管理

评审标准	评审要点
3.5.1 按《婚前保健服务工作规范（修订）》要求开展婚前保健工作。有婚前保健工作制度、人员职责、工作常规。	
3.5.1.1 按《婚前保健服务工作规范（修订）》要求，开展婚前保健工作。有婚前保健工作制度、人员职责、工作常规。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有婚前保健工作制度、人员职责、工作常规，并定期更新和组织落实。</li> <li>2.婚前保健工作常规符合相关法律法规、规章、诊疗指南、技术规范。</li> <li>3.相关科室工作人员知晓婚前保健工作的制度、职责、常规。</li> </ol> <p>【B】符合“C”，并 科室定期开展质量检查，并有分析总结及质量改进措施。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，定期考核。</p>
3.5.2 婚前保健工作人员、设施设备、技术服务符合《婚前保健服务工作规范（修订）》的要求。	
3.5.2.1 人员具备相应资质和《母婴保健技术考核合格证书》，定期接受婚前保健专业技术培训、并具备履行岗位职责的服务能力。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.从事婚前保健工作的人员，取得相应资质和《母婴保健技术考核合格证书》，主检医师必须获得中级以上职称。</li> <li>2.有从业人员培训计划，应定期接受婚前保健专业技术培训和继续教育，有记录。</li> <li>3.婚前保健专业技术人员熟练掌握相关专业知识与操作规程。</li> <li>4.提供婚前咨询和指导服务的医师具有良好人际沟通技能和健康教育的能力。</li> </ol> <p>【B】符合“C”，并 至少有1名副高以上职称医师从事婚前保健服务。</p>
3.5.2.2 房屋设施设备符合《婚前保健工作规范（修订）》要求。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.设有专用的男、女婚前医学检查室、婚前卫生宣教室和咨询室、检验室及其他相关辅助科室。配备有相应的服务设施设备，且处于功能状态。</li> <li>2.婚前保健服务环境温馨、整洁，布局合理，能做到保护个人隐私。</li> </ol> <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.定期对设施设备进行维护保养。</li> <li>2.检查方法、检验方法与质量符合相应技术规范（指南）。</li> </ol> <p>【A】符合“B”，并 结合当地习俗，设置个性化服务场所。</p>
3.5.2.3 技术服务符合《婚前保健工作规范（修订）》要求。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.婚前医学检查内容包括询问病史、体格检查、常规辅助检查和其他特殊检查，其他特殊检查应根据需要及自愿原则确定。</li> <li>2.采用多种方法为服务对象进行婚前健康教育，其内容包括有关性保健和性教育、新婚避孕知识及计划生育指导、孕前保健知识、遗传病的基本知识、影响婚育的有关疾病的基本知识、其他生殖健康知识。</li> <li>3.对婚前医学检查发现的异常情况及服务对象提出的具体问题进行解答、提供信息和提出医学意见，帮助受检对象在知情的基础上做出适宜的决定，对不能确诊的遗传性疾病、传染病、有关精神病及重要脏器、生殖系统等疑难病症实行转诊。</li> </ol> <p>【B】符合“C”，并 对异常情况及时追踪结果，提供必要的延续服务。</p> <p>【A】符合“B”，并</p>

	相关职能部门履行监管职责，定期对婚前医学检查和健康教育内容进行检查评估。
3.5.3 建立婚前保健服务	各种工作登记，及时准确收集、统计相关信息，定期总结分析，提出对婚前保健服务工作的意见和建议。
3.5.3.1 建立婚前保健服务各种工作登记，及时准确收集、统计相关信息，定期总结分析，提出对婚前保健服务工作的意见和建议。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.规范填写婚前保健医学检查表和出具婚前医学检查证明。</li> <li>2.婚前保健服务各种工作登记种类齐全，填写规范，内容齐全。</li> <li>3.定期上报婚前保健相关报表。</li> <li>4.婚前保健各项资料分类存档，保存完整。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并定期对婚前保健服务工作数据进行收集、分析、总结，及时发现问题，提出改进意见和建议，有改进措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并根据辖区影响婚育相关疾病的流行病学特点，向卫生健康行政部门提出建议，落实改进措施，并对效果进行追踪。</p>

## 六、孕前保健管理

评审标准	评审要点
3.6.1 按《孕前保健服务工作规范（试行）》要求开展孕前保健工作，有孕前保健工作制度、人员职责、工作常规。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有孕前保健工作制度、人员职责、工作常规，定期更新并落实。</li> <li>2.孕前保健工作常规符合相关法律法规、规章、诊疗指南、技术规范。</li> <li>3.相关科室工作人员知晓孕前保健工作的制度、职责、常规。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并科室定期开展质量检查，有分析总结及质量改进措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，定期考核。</p>
3.6.2 孕前保健服务的工作人员、设施设备、技术服务符合《孕前保健服务工作规范（试行）》的要求。	
3.6.2.1 人员具备相应资质，定期接受孕前保健专业技术培训。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.从业人员取得相应资质，定期接受孕前保健专业技术培训和继续教育，有记录。</li> <li>2.孕前保健专业技术人员熟练掌握相关专业知识和诊疗常规与操作规程。</li> <li>3.提供孕前咨询服务的医师应具有良好人际沟通技能和综合服务能力。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并至少有1名副高以上职称医师从事孕前保健服务。</p>
3.6.2.2 房屋、设施设备符合《孕前保健服务工作规范（试行）》要求。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.设有孕前保健专科门诊，有男、女孕前医学检查、孕前卫生宣教的服务场所。配备有相应的服务设施设备，且处于功能状态。</li> <li>2.孕前保健服务环境温馨、整洁，布局合理，能做到保护个人隐私。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.定期对设施设备进行维护保养。</li> <li>2.检查方法、检验方法与质量符合相应技术规范（指南）。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并结合当地习俗，设置个性化服务场所。</p>
3.6.2.3 技术服务符合《孕前保健服务工作规范（试行）》的要求。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.孕前医学检查内容包括询问病史、体格检查、辅助检查和其他专项检查，其他专项检查包括严重遗传病、可能引起胎儿感染的传染病及性传播疾病、其他影响妊娠的疾病等，应根据需要及自愿原则确定。</li> </ol>

	<p>2.采取多种方法系统地为服务对象进行孕前健康教育，内容包括有关生理和心理保健知识；有关生育的基本知识；孕前及孕期运动方式、饮食营养和环境因素对生育的影响；出生缺陷及遗传性疾病的防治等；</p> <p>3.对孕前保健对象的健康状况进行综合评估，遵守普遍性指导和个体化指导相结合的原则，对可计划怀孕的夫妇进行孕前准备指导。</p> <p>4.对医学检查发现的异常情况及服务对象提出的具体问题解答、提供信息和提出医学意见，帮助受检对象在知情的基础上做出适宜的决定，必要时提供转介服务。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并对异常情况及时追踪结果，提供必要的延续服务。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，定期对孕前医学检查和健康教育内容进行检查评估。</p>
3.6.3 建立孕前保健服务	各种工作登记，及时准确收集、统计、相关信息，定期总结分析，提出对孕前保健服务工作的意见和建议。
3.6.3.1 建立孕前保健服务	<p><b>【C】</b></p> <p>1.规范填写孕前保健医学检查表。</p> <p>2.各种工作登记种类齐全，填写规范。</p> <p>3.资料分类存档，保存完整。</p>
各种工作登记，及时准确收集、统计、相关信息，定期总结分析，提出对孕前保健服务工作的意见和建议。	<p><b>【B】</b>符合“C”，并定期对孕前保健服务工作数据进行收集，总结分析，发现问题，提出改进意见和建议，有改进措施。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并持续改进工作质量有成效，并对效果进行追踪与反馈。</p>

## 七、孕期保健管理

评审标准	评审要点
3.7.1 按《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》等要求开展孕期保健工作。	
3.7.1.1 按《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》等要求开展孕期保健工作，有孕期保健工作制度、人员职责与工作常规。（★）	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有孕期保健工作制度、人员职责、工作常规，并定期更新和组织落实。</p> <p>2.孕期保健工作常规符合相关的法律法规、规章、诊疗指南、技术规范，至少包括有孕期初诊、复诊，高危妊娠管理等主要内容的工作流程和孕早、中、晚期保健内容，高危妊娠诊疗常规等内容。</p> <p>3.相关科室工作人员知晓孕期保健工作的制度、常规、职责。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并科室定期开展质量检查，并有分析总结及质量改进措施。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并相关职能部门履行监管职责，定期考核。</p>
3.7.2 孕期保健的工作人员、设施设备、技术服务符合《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》的要求。	
3.7.2.1 人员具备资质，定期接受孕产期保健专业技术培训。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.从业人员取得相应资质，定期接受孕产期保健专业技术培训和考核合格，有记录。</p> <p>2.专业技术人员熟练掌握相关专业知识和诊疗常规、操作规程。</p> <p>3.提供孕期健康教育的医师应具有良好人际沟通能力和健康教育的能力，从事本专业3年以上工作经验，且具有国家级继续教育培训经历。</p> <p>4.提供高危妊娠诊治服务的医师应具有诊治高危妊娠的能力，从事本专业5年以上工作经验，主治以上职称。</p>

	<p><b>【B】</b>符合“C”，并至少1名高级职称医师从事孕期保健服务。</p>
<p>3.7.2.2 房屋、设施设备符合《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》的要求，且能满足业务开展的需要。</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.设有产前检查门诊、高危妊娠门诊、孕妇学校。配备有相应的服务设施设备，且处于功能状态。</li> <li>2.设立母乳喂养咨询室或咨询门诊，为孕产妇和家庭提供母乳喂养咨询服务。</li> <li>3.孕期保健服务环境温馨、整洁，布局合理，能做到保护个人隐私。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.定期对设备设施进行维护保养。</li> <li>2.检查方法、检验方法与质量符合相应技术规范（指南）。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并结合当地高危妊娠的发生情况，设置妊娠期专病门诊（如：妊娠期糖尿病一日门诊、妊娠期高血压疾病门诊等）。</p>
<p>3.7.2.3 技术服务符合《孕产期保健工作规范》的要求。</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.孕期检查内容包括健康教育与咨询指导、全身体格检查、产科检查及辅助检查，能提供规范要求的所有检查项目。</li> <li>2.采取多种方法系统地为服务对象进行孕期健康教育，其内容包括妊娠期生理与各期保健、孕期营养与体重管理、产前筛查及产前诊断的意义与时间、母乳喂养、孕妇自我监测胎动及异常症状的识别、促进自然分娩等。</li> <li>3.对服务对象的健康状况进行综合评估，遵守普遍性指导和个体化指导相结合的原则，对未发现异常的孕妇进行孕期保健指导。</li> <li>4.对高危孕妇实行专册登记管理并随访，监测、治疗妊娠合并症及并发症，必要时转诊。</li> <li>5.对服务对象提出的具体问题进行解答、提供信息和提出医学意见，帮助受检对象在知情的基础上做出适宜的决定。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并科室定期对孕期保健质量进行分析总结并提出持续改进措施（近三年案例）。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并开展相关科研或推广新技术，并能将科研成果应用于孕期保健管理与诊治（近三年情况）。</p>
<p>3.7.3 按照卫生健康行政部门要求，建立孕期保健服务各种工作登记，及时准确收集、统计相关信息，定期总结分析，掌握孕产妇的健康情况，确定孕期保健工作重点，提出对孕期保健服务工作的意见和建议。</p>	
<p>3.7.3.1 按照卫生健康行政部门要求，建立孕期保健服务各种工作登记，及时准确收集、统计相关信息，定期总结分析，掌握孕产妇的健康情况，确定孕期保健工作重点，提出对孕期保健服务工作的意见和建议。</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.孕期保健服务各种工作登记种类齐全，填写规范，主要包括孕产妇保健手册、产前检查登记、高危妊娠登记及随访登记等。</li> <li>2.定期上报孕期保健相关报表。</li> <li>3.资料分类存档，保存完整。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并定期对孕前保健服务工作数据进行收集，总结分析，发现问题，提出改进意见和建议，有改进措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并持续改进工作质量有成效，并对孕期保健效果进行追踪与反馈。</p>

## 八、产前筛查技术管理

评审标准	评审要点
3.8.1	开展产前筛查技术的机构和人员要符合当地卫生健康行政部门的管理要求。

<p>3.8.1.1 机构要符合当地卫生健康行政部门的管理要求。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有产前筛查诊疗组织，设主任 1 名，由从事产前筛查技术服务的副高以上专业技术职称的医师担任。 2.有宣教室、遗传咨询门诊、影像（超声）科、妇产科、儿科等专业科室。 3.有医学伦理委员会。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并有生化免疫实验室可开展孕妇血清学筛查技术。</p>
<p>3.8.1.2 人员要符合当地卫生健康行政部门的管理要求。</p>	<p><b>【C】</b> 1.遗传咨询人员为接受过临床遗传专业培训、中级以上技术职称的临床医师。 2.从事产前超声检查的医师必须具有相应的执业医师资格；承担中、晚期妊娠系统胎儿超声检查的医师应为大专以上学历，且具有中级以上超声医学专业技术职称，接受过产前超声诊断的系统培训。 3.产前筛查技术服务的人员熟悉有关产前筛查、产前诊断的法律、法规和有关规定。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并开展孕妇血清学筛查的生化免疫实验室技术主管人员为大专以上学历、技师以上专业技术职称。</p>
<p>3.8.1.3 有产前筛查工作的各项规章制度、操作规程和岗位职责。</p>	<p><b>【C】</b> 有以下规章制度、操作规程和岗位职责，并落实： (1)人员岗位职责。 (2)人员行为准则。 (3)与产前诊断机构的工作联系制度。 (4)科室工作制度。 (5)医学伦理委员会工作制度。 (6)诊疗常规。 (7)技术操作规程。 (8)标本采集与管理制制度。 (9)药品、设备和材料管理制度。 (10)质量控制管理规定。 (11)控制所内感染（消毒隔离）制度。 (12)产前筛查阳性孕妇会诊转诊和追访制度。 (13)新生儿出生缺陷监测制度。 (14)专科档案管理制度。 (15)信息统计报告制度。 (16)知情同意制度等。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并科室质量管理小组对上述制度落实情况定期进行自查，对发现的问题有分析有改进。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并相关职能部门对科室质量管理小组的工作有监管。</p>
<p>3.8.2 开展产前筛查项目，尊重孕妇知情选择权利。对产前筛查的资料和标本有专人保管。</p>	
<p>3.8.2.1 开展产前筛查项目，尊重孕妇知情选择权，做好知情同意并签署书面知情同意文件，相关内容记录于产前筛查病历。对产前筛查的资料和标本有专人保管。</p>	<p><b>【C】</b> 1.开展产前筛查技术服务的医疗保健机构，提供如下服务： (1)产前咨询；发现孕妇有下列情形之一者，应当提供咨询服务，并以书面形式如实告知孕妇或其家属，建议孕妇进行产前诊断： ①羊水过多或者过少者； ②胎儿发育异常或者胎儿有可疑畸形者； ③孕早期时接触过可能导致胎儿先天缺陷的物质的； ④有遗传病家族史或者曾经分娩过先天性严重缺陷婴儿者； ⑤有 2 次以上不明原因的流产、死胎或新生儿死亡者； ⑥孕妇年龄 <math>\geq 35</math> 周岁的；</p>



	<p>⑦筛查结果异常者。</p> <p>(2)对妊娠 9-20 周的孕妇进行早孕或中孕期母血清生化免疫筛查；或外送标本到区域上级产前诊断机构；</p> <p>(3)对孕妇进行超声影像筛查；</p> <p>(4)孕期保健和生育健康知识的普及；</p> <p>(5)预防先天缺陷和遗传性疾病的健康教育。</p> <p>2.尊重孕妇知情选择权，做好知情同意并签署书面知情同意文件，相关内容记录于产前筛查病历。</p> <p>3.对产前筛查的资料和标本有专人保管，原始资料保存 5 年以上，血清标本应保存于-70℃至胎儿出生后 2 年。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.产前筛查结果须以书面报告形式送交被筛检者。筛查报告应在实验室接样后 7 个工作日内完成，由副高以上专业技术职称人员审核签发，内容应包括筛查项目所针对的先天缺陷与遗传性疾病发生的概率、具体数值和相应的临床建议。</p> <p>2.对于产前筛查技术和结果，经治医师应向孕妇或家属告知技术的安全性、有效性和风险性，使其理解可能存在的风险和结果的不确定性。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门对上述工作有监管。</p>
<p>3.8.3 无产前诊断技术资质的机构要与经许可开展产前诊断技术的机构建立合作关系，并签订技术合作协议，保证筛查发现的高危可疑病例能得到后续诊断。</p>	
<p>3.8.3.1 要与经许可开展产前诊断技术的机构建立合作关系，并签订技术合作协议，保证筛查发现的高危可疑病例能得到后续诊断。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.要与经许可开展产前诊断技术的机构建立合作关系，并签订技术合作协议。</p> <p>2.提供转诊服务：对符合产前诊断的孕妇及时转诊；</p> <p>3.不得进行非医学需要的胎儿性别鉴定。医学上需要进行性别鉴定的，需转诊到指定的医疗保健机构进行。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.产前筛查发现或可疑胎儿异常，但孕妇拒绝转诊进行产前诊断选择继续妊娠的，应对胎儿及新生儿进行追踪监测，并详细记录。</p> <p>2.追踪监测中发现为出生缺陷的新生儿，按出生缺陷监测管理要求填写“出生缺陷报告卡”，并逐级上报。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门对上述工作有监管。</p>
<p>3.8.4 加强产前筛查质量全程监控管理，科室质量与安全管理小组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，定期评价质量，促进持续改进。</p>	
<p>3.8.4.1 有科室质量管理小组，有开展工作的记录，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。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.由科主任与质量控制小组负责质量和安全管理，有工作记录。</p> <p>2.有保证服务质量的相关文件。</p> <p>(1)科室工作人员行为准则及职责。</p> <p>(2)实施产前筛查技术的伦理原则、保护性医疗制度和保护病人隐私制度、知情同意制度。</p> <p>(3)标本采集与管理制度、消毒清洁制度、仪器设备管理制度、药品试剂管理制度。</p> <p>(4)疑难病例会诊制度及转诊制度。</p> <p>(5)跟踪回访制度、统计汇总及上报制度。</p> <p>(6)质量控制管理规定、科研业务学习制度。</p> <p>3.有诊疗规范。</p> <p>4.有产前筛查质量与安全指标</p> <p>5.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 对上岗的医师与护士有培训与教育的记录。</p>
<p>3.8.4.2 诊疗质量全程监控管</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有记录。</p>

理；定期评价诊疗质量，有落实持续改进措施的记录。	(1)自我检查。 (2)专（兼）职人员质控活动。 (3)有差错事故的防范措施，发生后有报告、检查、处理的流程和规定与记录。 2.相关人员知晓本部门的质量与安全指标要求。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.科室能定期统计与分析质量及安全指标，评价有记录（问题与缺陷）。 2.本科/室/组能够开展全面质量管理活动。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 对评价、监管结果（问题与缺陷）有持续改进的事实。

## 九、高危孕产妇管理

评审标准	评审要点
3.9.1 根据相关工作要求和	技术规范，建立高危孕产妇管理制度和
3.9.1.1 依据各级卫生健康行政部门发布的有关工作和技术规范，制订高危孕产妇管理相关制度、人员职责、工作流程和重点部门质量管理措施。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.落实各级卫生健康行政部门发布的有关孕产期保健、高危孕产妇管理工作要求和</p> <p>技术规范，有高危孕产妇管理制度、人员职责和工作流程。</p> <p>2.高危孕产妇管理关键环节（如筛查、接诊与转诊、救治、随访、宣教等）有工作指标及工作流程。</p> <p>3.对高危孕产妇提供连续服务，孕</p> <p>期保健门诊、高危孕产妇门诊、产后门诊等相关部门衔接流畅。与二级以上医疗、保健机构孕产期保健和住院分娩服务衔接、信息畅通，与区域孕产妇急救中心有绿色通道。</p> <p>4.对各相关科室医护人员进行管理制度、技术规范、工作流程等培训，相关医护人员掌握并遵循。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.孕产保健相关科室至少每月有一次常规质量安全检查，并根据检查结果持续改进质量安全管理。</p> <p>2.管理制度、技术规范、工作流程知晓率≥90%。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>相关职能部门履行监管职责，有分析、反馈，有改进措施。</p>
3.9.2 开设高危孕产妇门诊，制定主要病种诊疗常规，对高危孕产妇实行专案管理。	
3.9.2.1 开设高危孕产妇门诊，有主要病种诊疗常规，对高危孕产妇实行专案管理。（★）	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有高危孕产妇门诊，具备主治以上职称的专职人员负责，工作职责明确。</p> <p>2.有高危孕产妇筛查制度、服务流程（从孕产保健→分娩期→产褥期保健的连贯服务流程）。</p> <p>3.对“高危孕产妇”有明确的定义，有主要病种诊疗常规，包括妊娠期高血压疾病、妊娠期贫血、前置胎盘、胎盘早剥、胎膜早破、妊娠期糖尿病、早产、胎儿宫内窘迫、羊水过少、常见的妊娠期合并内外科疾病以及产后抑郁症等。</p> <p>4.实行高危妊娠首诊负责制，组建由主管所长、医（教）务科、孕产期保健科、医技等有关科室业务骨干组成的危重孕产妇诊治小组，确定高危孕妇的风险评估，积极为转诊创造良好条件。</p> <p>5.为高危孕产妇建立专案，按照风险程度分别以“绿、黄、橙、红、紫”进行分级标识，加强分类管理，有高危孕产妇随访工作记录。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.定期对工作</p> <p>进行总结分析，发现问题，提出改进措施。</p> <p>2.高危孕产妇管理率≥98%。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>相关职能部门定期</p> <p>检查考核，对存在问题与缺陷有改进措施。</p>
3.9.3 有高危孕产妇识别与救治技术的培训方案和计划。	
3.9.3.1	<b>【C】</b>

有高危孕产妇识别与救治技术的培训计划和方案，不断提高医务人员的高危孕产妇识别与救治能力。	1.有高危孕产妇识别与救治技术培训年度计划和方案，并落实。 2.有培训教案、大纲和教材；有指定部门或专职人员负责实施。 3.有危重孕产妇转诊预案、绿色通道并实施演练。
	【B】符合“C”，并 专业技术人员培训覆盖率 100%。
	【A】符合“B”，并 参训人员考核合格率 100%。

## 十、儿童保健管理

评审标准	评审要点
3.10.1 按照《全国儿童保健工作规范（试行）》及相关技术规范等要求开展儿童保健工作，有儿童保健管理制度、工作计划、人员职责。	
3.10.1.1 按《全国儿童保健工作规范（试行）》及相关技术规范等要求，制订儿童保健管理制度、工作计划、人员职责。	<p>【C】</p> <p>1.有儿童保健管理制度、工作计划、人员职责，并落实。 2.相关科室工作人员知晓儿童保健工作的制度、职责。</p> <p>【B】符合“C”，并 科室定期自我检查，有总结、分析、改进。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，定期考核。</p>
3.10.1.2 儿童保健服务场所相对独立分区，布局合理、设施、设备符合《全国儿童保健工作规范（试行）》要求。	<p>【C】</p> <p>1.门诊区域范围<math>\geq 500\text{m}^2</math>，儿童保健门诊与疾病门诊严格分区、流向合理，有分诊区和候诊区，符合儿童特点。 2.科室标识规范，服务流程清楚，设施、设备符合《全国儿童保健工作规范（试行）》标准要求。 3.专科门诊的设置应与《全国儿童保健工作规范（试行）》的要求一致，即设置儿童营养门诊、生长发育门诊、儿童心理卫生门诊、高危儿管理门诊等，有测量区和完善的体格评价工具。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.候诊区设施符合儿童特点，有<math>\geq 10\text{m}^2</math>哺乳区，有<math>\geq 50\text{m}^2</math>婴幼儿活动区。 2.有<math>\geq 20\text{m}^2</math>科学育儿宣教室，有健康教育宣传栏、有视频、宣传折页及宣传栏等多种健康教育形式。</p>
3.10.2 按本所执业范围和业务部门设置要求开展儿童保健服务。建立儿童保健服务规范及主要疾病的诊疗常规和操作规程。能解决儿童保健部分疑难问题，并给予规范的治疗和指导。	
3.10.2.1 从事儿童保健工作的人员应取得相应的执业资格，并接受儿童保健专业技术培训。	<p>【C】</p> <p>1.从业人员都必须具有医师资格证书和医师执业证书。 2.有专业技术人员的培训计划，定期进行儿童保健专业知识与技能培训，并有执行记录。 3.主治以上职称的医师有国家级继续教育培训经历。</p>
3.10.2.2 建立儿童保健服务规范及主要疾病的诊疗常规和操作规程。	<p>【C】</p> <p>1.开展儿童保健常规服务，有儿童保健服务常规。 2.有儿童营养性疾病、生长发育、儿童心理、儿童眼、口腔、耳鼻喉主要疾病的诊疗常规和操作规程，并落实。 3.专科设置符合国家相关工作规范和要求。 4.科室专业人员掌握相关诊疗常规及操作规程。</p> <p>【B】符合“C”，并 1.各专科门诊至少有一位中级以上职称医师。 2.科室每月进行保健质量监督评估（问题与缺陷），持续改进工作质量。</p> <p>【A】符合“B”，并 相关职能部门对质量监督评估的结果（问题与缺陷）及整改效果有评价。</p>

<p>3.10.2.3 能诊断并解决儿童保健部分疑难问题，并具备相应的认知、行为、语言评估方法，能够将疾病和发育的特点相结合，给予规范的治疗和指导。</p>	<p><b>【C】</b> 1.儿童保健医生应掌握本专业的疑难问题的诊断标准和评估方法，包括精神发育迟滞、孤独症谱系障碍、行为障碍性疾病（注意缺陷-多动障碍）、生长偏异等，并按临床指南或诊疗常规开展早期识别、筛查、诊疗和转诊工作。 2.有儿童保健疑难问题会诊、转诊制度并有执行记录，高级职称医师负责诊疗高危与疑难问题。 3.有相应的健康教育资料。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.具备相应的认知、行为、语言评估方法，能够将疾病和发育的特点相结合，给予规范的治疗和指导。 2.有部分疾病的筛查方法，如婴幼儿孤独症筛查量表，注意缺陷多动障碍筛查量表，儿童行为量表等。</p>
<p>3.10.3 按照卫生健康行政部门要求，做好儿童保健表、卡、册登记管理，并总结分析，提出对儿童保健工作的意见和建议。</p>	
<p>3.10.3.1 按卫生健康行政部门要求，做好儿童保健表、卡、册登记管理，并总结分析，提出对儿童保健工作的意见和建议。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有儿童保健表、卡、册登记管理制度，有专人管理。 2.儿童保健表、卡、册记录规范，有统计，有分析。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 科室定期对工作登记进行汇总分析，并提出改进措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有证据表明，向卫生健康行政部门提出意见和建议并被采用。</p>

## 十一、高危儿童管理

评审标准	评审要点
<p>3.11.1 根据相关工作要求和技术规范，建立高危儿管理相关工作制度，明确人员职责。</p>	
<p>3.11.1.1 有高危儿管理相关制度和人员职责。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有高危儿管理工作常规、个案管理制度、疑难病例讨论制度、随访制度、会诊制度、转诊工作流程，有管理人员职责，并落实。 2.有管理工作指标。 3.有执行相关制度、履行职责的工作记录。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 相关职能部门履行监管职责，有分析、反馈和整改措施。</p>
<p>3.11.2 设立高危儿专科门诊，开展高危儿童筛查、监测、干预及转诊服务工作，制定主要病种诊疗常规，具备相应的设备设施，对高危儿实行专案管理。</p>	
<p>3.11.2.1 设立高危儿专科门诊，开展高危儿童筛查、监测、干预等服务工作，制定主要病种诊疗常规，有相应的设备设施。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有高危儿专科门诊，有高危儿童筛查评估、早期发育监测、早期干预及早期发育促进咨询指导等工作常规、技术操作规程。 2.有高危儿主要病种诊疗常规，高危儿专科门诊至少有一位高年资中级职称医师。 3.场地、设施、设备能满足所开展的高危儿保健随访服务项目要求。 4.专业技术人员知晓相关工作常规、技术操作规程。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 科室定期对高危儿专科业务技术进行培训及考核，并有记录。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门定期检查考核，对存在问题与缺陷有改进措施。</p>
<p>3.11.2.2 对高危儿童建立专案，有专人负责，并进行追踪随访管理。 (★)</p>	<p><b>【C】</b> 1.对高危儿有明确的定义，建立专案，有随访制度。 2.指定部门或专职人员负责高危儿随访专科档案管理。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.定期收集高危儿随访专科档案相关资料信息，汇总分析高危儿早期发育的主要</p>

	或重点问题，并提出改进措施，不断提高高危儿随访服务质量。 2.高危儿童管理率≥98%。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门定期检查考核，对存在问题与缺陷有改进措施。
3.11.3 有高危儿识别技术的培训方案和计划，并组织实施。	
3.11.3.1 有高危儿识别技术的 培训计划和方案，不 断提高医务人员的高 危儿识别与救治能 力。	【C】 1.有本所及各相关科室高危儿识别技术培训年度计划和方案，并组织实施，有记录。 2.有培训教案、大纲和教材。
	【B】符合“C”，并 相关职能部门定期对培训效果进行抽查考核。

## 十二、妇女保健管理

评审标准	评审要点
3.12.1 按卫生健康行政部门相关规范等要求开展妇女保健工作，有妇女保健管理制度、工作规范、工作计划、人员职责。	
3.12.1.1 按卫生健康行政部门 相关规范等要求，制 订妇女保健管理制 度、工作规范、工作 计划、人员职责。	【C】 1.有妇女保健管理制度、工作规范，人员职责明确，有工作计划并落实。 2.科室工作人员知晓妇女保健工作的制度、规范及工作职责。
	【B】符合“C”，并 科室定期自我检查，有记录、有总结、分析、改进措施。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，有记录。
3.12.2 按本所执业范围和业务部门设置要求开展妇女保健服务。建立妇女保健服务常规及常见病、多发病的诊疗常规和操作规程。能解决妇女保健部分疑难问题，并给予规范的治疗和指导。	
3.12.2.1 从事妇女保健工作的 人员应取得相应的执 业资格，并接受妇女 保健专业技术培训。	【C】 1.从业人员都必须具有医师资格证书和医师执业证书。 2.有专业技术人员的培训计划，定期接受妇女保健的专业知识与技能培训，有执行记录。 3.提供咨询服务者应有本专业 2 年以上工作经验，主治以上职称医生有国家级继续教育培训经历。
3.12.2.2 有妇女保健服务常规 和常见病、多发病的 诊疗常规和操作规程。	【C】 1.开展妇女保健常规服务，有妇女保健服务技术操作规程和临床诊疗指南。 2.专科设置符合国家妇女保健相关工作规范、技术规范。 3.科室专业人员掌握本专业岗位相关诊疗常规及操作规程并在医疗保健服务工作中严格遵循。
	【B】符合“C”，并 1.各专科门诊至少有一位中级以上职称医师。 2.科室每月进行保健质量监督评估（问题与缺陷），持续改进工作质量。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门对质量监督评估的结果（问题与缺陷）及整改效果有评价。
3.12.2.3 能解决本专业的妇女 保健部分疑难问题， 给予规范的治疗和指 导。	【C】 妇女保健医生应掌握本专业的疑难病种的诊断标准和评估方法，包括盆底功能障碍性疾病、不孕症、妇科内分泌疾病等，并按临床指南或诊疗常规开展筛查和诊疗工作，制订干预措施及治疗方案。
	【B】符合“C”，并 1.有妇女保健疑难问题会诊、转诊制度并有执行记录。 2.由高级职称医师负责诊疗疑难病例。

	<b>【A】</b> 符合“B”，并开展相关科研，指导相关工作。
3.12.3 按照卫生健康行政部门要求，有妇女保健各种工作登记，定期总结分析，提出对妇女保健服务工作的意见和建议。	
3.12.3.1 按照卫生健康行政部门要求，对妇女保健科各部门各种工作做好规范条理的登记，进行分类建档，定期总结分析。	<b>【C】</b> 1.青春期保健、更年期保健、乳腺保健、妇女病普查普治等门诊有分类建档的专科基本信息及病历资料。 2.对需要随访者应根据登记的相关联系方式进行随访，并对治疗效果及病情预后做好随访登记。 3.对来访咨询或电话网络咨询者进行基本信息录入，并登记咨询内容及解决方案。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并对妇女保健各种工作记录定期进行分析统计，根据分析结果及时发现问题，并提出改善妇女保健服务工作的意见建议，有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并有证据表明，向卫生健康行政部门提出意见和建议并被采用。

### 十三、计划生育技术服务管理

评审标准	评审要点
3.13.1 执行卫生健康行政部门有关计划生育技术服务规范。有计划生育技术服务质量与安全管理制度并落实。	
3.13.1.1 机构有计划生育技术服务执业许可，相关医务人员具备相应岗位的任职资格与能力，有计划生育服务管理相关工作制度、岗位与人员职责，质量管理有指定人员负责。	<b>【C】</b> 1.开展计划生育技术服务项目、服务的类别和范围需经卫生健康行政部门批准。从事计划生育技术服务工作的医务人员须取得卫生健康行政部门要求的相应资质。 2.有计划生育服务管理相关工作制度、岗位与人员职责，相关医务人员知晓本岗位的职责。质量管理有指定人员负责。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.每年对已经取得资格认定的医务人员，有能力与安全再评价的记录。 2.相关医务人员有继续教育培训计划和执行记录。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。
3.13.1.2 业务用房与设备设施管理	<b>【C】</b> 1.业务用房符合卫生健康行政部门相关规定。 (1)有开展终止早期妊娠手术、放、取宫内节育器等手术室： ①手术室相对独立，周围清洁无污染。 ②手术室总面积应在 30 平方米以上，应有缓冲区、清洁区、污染区与污物专用通道。 ③手术室应有调温、控湿设备，温度保持在 22~25℃，湿度以 35~60%为宜，各房间应设足够的电源接口。 ④洗手区域水龙头采用非手触式（脚踏式、肘式、感应式），室内配备动态空气消毒装置。 (2)有观察康复区域： ①至少有一间观察康复室，1~3 个床位。 ②光线充足、通风良好，色调淡雅、柔和、温馨。 ③每床占使用面积 7 平方米以上。 2.有对相关设施和设备的管理制度，设有专人管理。
3.13.2 禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠。	
3.13.2.1	<b>【C】</b>

有禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠的相关措施。(★)	<p>1.有禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠制度，有指定负责人监督落实。</p> <p>2.在重点区域(孕产保健门诊、超声检查室、门诊候诊区)等场所设置禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠的醒目标识。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查结果（问题与缺陷），有持续改进事实。</p>
3.13.2.2 对人工终止妊娠药物的使用需遵循相关规定。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.终止妊娠药品必须在取得《母婴保健技术服务许可证》或《计划生育技术服务机构执业许可证》的医疗保健机构内，并在持有《母婴保健技术考核合格证书》的执业（助理）医师指导下，监护使用。</p> <p>2.使用科室备用的终止妊娠药品专区存放，有明晰警示标识，账物相符。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 药学部门定期检查，对存在问题和缺陷有分析、反馈、改进措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，持续改进有成效。</p>
3.13.3 有计划生育技术服务诊疗常规和操作规程，有计划生育并发症处理常规，定期对医务人员进行培训。	
3.13.3.1 有计划生育技术服务诊疗常规和操作规程，有计划生育并发症处理常规，开展计划生育手术应签署知情同意书，定期对医务人员进行培训。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有计划生育技术服务诊疗常规和操作规程。</p> <p>2.熟练掌握各种计划生育手术。</p> <p>(1)放、取宫内节育环。</p> <p>(2)人工流产术（负压吸宫、钳刮术）的技术、方法和并发症的处理。</p> <p>(3)药物流产的适应症和并发症的处理。</p> <p>3.开展计划生育手术均签署知情同意书。</p> <p>4.相关人员知晓本岗位的履职要求。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.有计划生育并发症的处理常规。</p> <p>2.定期对医护人员进行培训和考核，有记录（包括新上岗人员培训和再培训）。</p> <p>3.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪，实施改进措施有成效。</p>
3.13.3.2 为育龄女性（包括流产后女性和产后妇女）提供避孕节育知识的教育与指导。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有育龄女性（包括流产后女性和产后妇女）计划生育咨询服务制度与流程。</p> <p>2.可提供基本的宣教资料（如纸质宣传单页或手册、模型、避孕药具、宣传板等）放置在候诊区、诊室、流产术后观察室等场所，便于观看或取阅。</p> <p>3.门诊提供多种形式的避孕节育知识健康教育、咨询和就诊指导，并成为日常工作内容。有健康教育场地和一对一咨询场所。</p> <p>4.由经过培训的计划生育技术服务人员提供标准化的健康教育内容，包括人工流产危害、流产后立即避孕的必要性和科学避孕方法选择等内容。</p> <p><b>【B】</b>达到“C”，并 有相对固定的咨询服务人员，并定期接受培训。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门履行监管的职责，有定期检查。</p>
3.13.4 有计划生育技术服务相关信息登记、统计和上报工作制度，并有专人负责。	
3.13.4.1 有与计划生育服务相关的信息登记、统计和上报制度，设有专人负责并定期向主管的卫生健康行政部门报告。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有与计划生育服务相关的信息登记、统计和上报制度。</p> <p>2.有专人负责统计并定期向主管的卫生健康行政部门报告。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。</p> <p>2.有事实与记录证实相关职能部门履行监管的责任。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有证据表明，向卫生健康行政部门提出意见和建议并被采用。</p>

## 十四、妇女儿童营养保健管理

评审标准	评审要点
3.14.1 按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童营养保健工作。建立妇女儿童营养保健服务的转介机制和流程。	
3.14.1.1 按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童营养保健工作。有具备相应资质的专业人员，有相关制度、职责并落实。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.开展妇女儿童营养保健服务，开设孕产妇、儿童营养专科门诊。有相应资质的专业人员，人员职责明确，有与工作开展相适应的设备、设施。</p> <p>2.有妇女儿童营养保健相关的工作制度和常规(如孕期营养、妊娠期糖尿病、儿童喂养与营养指导、营养测评及干预、饮食行为评估及干预、营养性疾病诊治等)、技术操作规程，并落实。</p> <p>3.科室专业人员知晓相关工作职责，掌握技术规范、诊疗常规等。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.专科门诊至少有一位中级以上职称医师。</p> <p>2.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>相关职能部门对科室的改进结果有跟踪，实施改进措施有成效。</p>
3.14.1.2 有妇女儿童营养保健服务的转介机制和流程。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.所内有妇女儿童营养保健服务的转介服务工作要求、制度和转介流程。</p> <p>2.各业务科室有转介服务工作登记、接受登记。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>科室每季度有转介服务工作量、内容等情况的统计和分析。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>相关职能部门对转介服务有监督检查，不断完善转介服务流程。</p>
3.14.2 提供营养评价、膳食营养咨询指导服务。	
3.14.2.1 提供营养评价、膳食营养咨询指导服务。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.开设专科营养门诊。</p> <p>2.提供营养咨询服务。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.提供各类营养不良/营养失衡妇女儿童的营养支持方案。</p> <p>2.对妇女儿童实施营养评估，接受特殊、疑难及危重患儿的营养会诊。</p>
3.14.3 对妊娠期糖尿病孕妇、早产儿、低出生体重儿、营养不良和单纯性肥胖儿童等孕产妇儿童营养性疾病的重点人群建立专案，进行诊断、干预评估和追踪随访，并提供个性化的营养健康教育。	
3.14.3.1 对妇女儿童营养性疾病的重点人群建立专案，进行诊断、干预评估和追踪随访。	<p><b>【C】</b></p> <p>对妊娠期糖尿病孕妇、早产儿、低出生体重儿、营养不良和单纯性肥胖儿童等妇女儿童营养性疾病的重点人群建立专案并提供营养指导。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.对重点人群进行诊断、干预评估和追踪随访，有记录。</p> <p>2.定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>相关职能部门对改进结果有跟踪，实施改进措施有成效。</p>
3.14.3.2 对重点人群提供个性化的营养健康教育服务。	<p><b>【C】</b></p> <p>由经过培训的人员提供标准化的宣教内容，并纳入孕妇学校、家长学校、育儿学校的教学内容。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.有多种形式的疾病营养指导、营养健康教育资料。</p> <p>2.对重点人群提供个性化的营养与健康宣传教育服务。</p>



## 十五、妇女儿童心理保健管理

评审标准	评审要点
3.15.1 按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童心理保健工作。建立妇女儿童心理保健服务的转介机制和流程。	
3.15.1.1 按照国家相关工作规范、技术规范等要求开展妇女儿童心理、监测、干预及转诊工作。有妇女儿童心理保健管理相关工作制度、岗位职责。	<b>【C】</b> 1.开展妇女儿童心理保健服务。 2.按照《孕产期保健工作规范》、《儿童心理保健技术规范》等国家相关工作规范、技术规程要求，有妇女儿童心理保健相关的工作制度、岗位职责和诊疗常规、技术操作规程及心理性疾病转诊流程并落实。 3.科室专业人员知晓相关工作职责，掌握诊疗常规、技术规范与流程等。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.开设妇女儿童心理专科门诊。 2.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪评价。
3.15.1.2 有妇女儿童心理保健服务的转介机制和流程。	<b>【C】</b> 1.所内有妇女儿童心理保健服务的转介服务工作要求、制度和转介流程。 2.各业务科室有转介服务工作登记、接受登记。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 科室每季度有转介服务工作量、内容等情况统计和分析。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门对转介服务情况进行检查，不断完善转介服务流程。
3.15.2 提供儿童心理行为发育异常筛查和妇女儿童心理疾病的识别、心理咨询、心理行为异常康复指导和基本干预训练、心理健康促进等服务。	
3.15.2.1 有妇女、儿童心理卫生的服务场所、专业人员、设备、设施。	<b>【C】</b> 1.有布局和流程合理的相对独立分区，满足工作需要，设心理测量与评估室、心理咨询与治疗室。 2.从事妇女儿童心理保健门诊的专业技术人员应取得相应的任职资格，知晓本岗位职责。具备妇女儿童心理保健的知识与技能。 3.有与工作开展相适应的设备、设施，包括心理测量量表、工具、软件等。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 能开展团体治疗。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 具有沙盘、生物反馈治疗等设备。
3.15.3 对更年期综合症、产后抑郁、儿童智力发育障碍、运动发育障碍、儿童孤独症患者等重点人群建立专案，进行管理和追踪随访，并提供个性化的心理健康教育。	
3.15.3.1 对妇女儿童心理疾病的重点人群建立专案，进行诊断、干预评估和追踪随访。	<b>【C】</b> 1.有重点人群专案管理工作制度，有专人负责。 2.医务人员应负责对就诊资料予以保密。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.对更年期综合症、产后抑郁、儿童智力发育障碍、运动发育障碍、儿童孤独症患者等重点人群建立专案，有相对固定的人员负责提供诊断、干预评估、转诊和追踪随访，有记录。 2.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。

	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪评价。
3.15.3.2 多渠道、多形式开展对妇女、儿童心理保健的健康教育活动，提供个性化的心理健康教育。	<b>【C】</b> 1.有相关健康教育资料（如纸质宣传单页或手册、宣传板等）放置在候诊区、诊室等场所，便于观看或取阅；开展多渠道、多形式的健康教育活动。 2.由经过培训的人员提供标准化的健康教育内容，包括孕产期心理保健、更年期心理保健、儿童心理卫生等内容，纳入孕妇学校、育儿学校的教学。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.对重点人群提供个性化的心理健康健康教育服务。 2.科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪评价。

## 十六、妇女儿童康复治疗管理（可选）

评审标准	评审要点
3.16.1 按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童康复治疗工作。建立妇女儿童康复治疗服务的转介机制和流程。	
3.16.1.1 按照卫生健康行政部门有关工作规范、技术规范等要求开展妇女儿童康复治疗，有妇女儿童康复保健管理相关工作制度、岗位与人员职责。	<b>【C】</b> 1.按照卫生健康行政部门有关工作规范、技术规范等要求开展妇女儿童康复治疗。 2.有相关的工作制度、诊疗常规、技术操作规程，人员职责明确。 3.科室专业人员知晓相关工作制度与职责，掌握技术规范、诊疗常规与流程等。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有评价。
3.16.1.2 有妇女儿童康复治疗服务的转介机制和流程。	<b>【C】</b> 1.所内有妇女儿童康复的转介服务的工作制度和转介流程。 2.各业务科室有转介服务工作登记、接受登记。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 科室每季度有转介服务工作量、内容等情况统计和分析。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门对转介服务有监督检查，不断完善转介服务流程。
3.16.2 对妇女产后、盆底功能障碍和发育异常儿童等提供康复治疗前评估、康复治疗方案、康复治疗和指导、治疗效果评估。	
3.16.2.1 康复医师对每位需要进行康复治疗的患者有明确的诊断与治疗前评估，制订康复治疗前评估，制订康复治疗前评估，给予康复治疗和指导。	<b>【C】</b> 1.康复医师对每位需要进行康复治疗的患者有明确的诊断与治疗前评估，并制订康复治疗前评估。 2.康复治疗前评估由康复医师、治疗师、护士、病人及家属共同落实，要给予患者康复治疗和指导。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 科室定期自查，对存在问题与缺陷有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门对科室的改进结果有跟踪评价。
3.16.2.2 有妇女儿童康复治疗效果评定标准与程序。定期对康复治疗	<b>【C】</b> 1.有妇女儿童康复治疗效果评定的标准与程序。定期对每一个患者康复治疗与训练效果进行系统的效果评估。 2.相关人员知晓效果评定的标准与程序并落实。

与训练效果进行评估。	<b>【B】</b> 符合“C”，并 科室有自查记录，对存在问题与缺陷进行评估、分析、反馈和整改。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。
3.16.3 对妇女产后、盆底功能障碍和儿童脑瘫等重点人群建立专案，进行管理和追踪随访，并提供个性化的康复治疗健康教育。	
3.16.3.1 对妇女产后、盆底功能障碍和儿童脑瘫等重点人群建立专案，进行诊断、干预评估和追踪随访，有记录。	<b>【C】</b> 1.有对重点人群建立专案管理制度，专人负责。 2.对妇女产后、盆底功能障碍和儿童脑瘫等重点人群建立专案，有相对固定的人员负责，提供诊断、干预评估、转诊和追踪随访，有记录。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 科室有自查记录，对存在问题与缺陷有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。
3.16.3.2 提供个性化的康复治疗健康教育。	<b>【C】</b> 1.对康复治疗的妇女及儿童家长提供个性化的康复治疗健康教育服务。 2.将康复治疗纳入孕妇学校、家长学校等的教学内容。 3.开展家庭康复指导。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 科室有自查记录，对存在问题与缺陷有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门定期监督检查，有定期检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。

## 十七、妇女儿童中医服务管理

评审标准	评审要点
3.17.1 按照有关工作规范、技术规范，开展妇女儿童中医医疗保健服务。	
3.17.1.1 按照有关工作规范、技术规范，开展妇女儿童中医医疗保健服务。	<b>【C】</b> 1.按照有关工作规范、技术规范，根据本所专业特色，开设中医专业不少于 2 个，儿童保健、妇女保健均要提供不少于 2 种中医诊疗技术服务。 2.根据本所规模、条件和工作需要，配备中医诊疗设备。 3.中医师具备中医类别任职资格。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 能够提供中成药、针灸、推拿等中医服务。
3.17.2 有中医诊疗规范，将中医药服务的理念和方法融入到妇女儿童医疗保健服务中。	
3.17.2.1 有中医诊疗规范，开展辨证施治。	<b>【C】</b> 1.有中医特色的诊疗规范，开展辨证施治。 2.应用及推广中医适宜技术。 3.根据中医或中西医结合特色，开展培训与教育活动。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 定期自查、评估、分析、整改。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，定期评价、分析和反馈。
3.17.2.2 将中医药服务的理念和方法融入到妇女儿童医疗保健服务中，	<b>【C】</b> 有中医与西医医疗保健服务的双向转介服务流程，为妇女儿童提供多方位的医疗保健服务，有转介服务记录。

建立妇女儿童中西医医疗保健服务的双向转介机制和流程。	<b>【B】</b> 符合“C”，并 中医与西医医疗保健服务的双向转介率逐年提高。
----------------------------	--

## 十八、医院感染管理

评审标准	评审要点
3.18.1 医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》等规章要求，并与本所功能任务及医疗保健服务相匹配。	
3.18.1.1 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。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.确定医院感染管理组织的职责，实行管理问责制，至少每年召开工作会议，有会议记录或会议简报。</li> <li>2.确定医院感染监测的重点和年度重点工作，并传递到全体职工。</li> <li>3.医院感染管理部门配专职人员，具有岗位培训证书，明确工作制度与职责。</li> <li>4.科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.医院感染管理纳入医院质量与安全管理总体方案。</li> <li>2.有对医院感染管理组织工作及制度落实情况的监督检查，定期召开专题会议，对感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈及改进措施。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2年内无重大所内感染暴发责任事件</li> </ol>
3.18.1.2 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保健服务中。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有根据相关法律法规制订的医院感染预防与控制制度。</li> <li>2.有针对所有医疗保健活动和工作流程而制订的具体措施，并落实。</li> <li>3.医院感染管理相关人员熟知相关制度、工作流程及所管辖部门院感特点。</li> <li>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。</li> <li>5.有针对各级各类人员的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容，并落实。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 院感管理部门对医院感染控制效果进行追踪与评价。</p>
3.18.2 执行手卫生规范，实施依从性监管与改进活动。	
3.18.2.1 执行手卫生规范，实施依从性监管。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.定期开展手卫生知识与技能的培训，并有记录。</li> <li>2.手卫生设施种类、数量、安置的位置、手卫生用品等符合《医务人员手卫生规范》要求。</li> <li>3.医务人员手卫生知识知晓率达 100%。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 重点科室能开展手卫生依从性和正确性监测，有对手卫生规范执行情况的监督检查，有整改措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 医务人员手卫生依从性不断提高，洗手方法正确率<math>\geq 95\%</math>。</p>
3.18.3 消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。	
3.18.3.1 根据国家法规，结合本所具体情况，制订全所和不同部门的消毒与隔离制度。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有全所和重点部门的消毒与隔离工作制度。</li> <li>2.有保障重点部门落实消毒与隔离制度，并执行，至少包含，但不限于： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)门诊手术室；</li> <li>(2)口腔科；</li> <li>(3)消毒供应室/中心；</li> <li>(4)省级卫生健康行政部门及医院设定的重点部门。</li> </ol> </li> </ol>

	<p>3.所有医务人员防护用品符合国家规定。</p> <p>4.有对医务人员进行医院感染相关知识、消毒与隔离技术、职业暴露预防处置的教育与培训，有培训考核记录。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 院感管理部门对重点部门落实消毒与隔离制度进行监督检查。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 医院感染管理组织能运用质量管理工具展示消毒与隔离工作情况和存在问题缺陷根据分析结果，提出改进措施有半年及年度分析报告（近二年）。</p>
3.18.3.2 有满足消毒要求的合格设备、设施与消毒剂。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂。</p> <p>2.医用耗材、消毒隔离相关产品符合国家的有关要求，证件齐全，质量和来源可追溯。</p> <p>3.医院感控部门对医用耗材、消毒隔离相关产品采购质量有监管。</p> <p>4.定期对消毒剂的浓度、有效性等进行监测。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 医院感控部门对设备设施及消毒剂检测结果进行定期分析与反馈。</p>
3.18.3.3 消毒供应的清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有清洗消毒及灭菌技术操作规程。</p> <p>2.有清洗消毒及灭菌效果有监测的程序与规范，判定标准。</p> <p>3.相关人员知晓相关规范并执行。</p> <p>4.消毒供应的清洗消毒及灭菌效果监测落实到位，并有原始记录与监测报告，灭菌合格率 100%。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 消毒供应室/中心定期自查，发现问题及时整改。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 医院感控管理部门对落实情况有监管、评价，对存在问题与缺陷有改进措施。</p>
3.18.4 按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。	
3.18.4.1 按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.按照《医疗废物管理条例》要求制订本所医疗废物（包括污水处理）管理制度与处理规范。</p> <p>2.各类医疗废物、污水处理符合相关规范。</p> <p>3.对相关人员进行培训，医疗废物、污水处理人员知晓相关规定并能严格遵照执行。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 相关职能部门履行监管，对落实情况进行监督检查。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 医疗废物、污水处理符合规范，监测合格，资料完整，通过环保部门评估。</p>
3.18.5 按照卫生健康行政部门的要求上报医院感染监测信息。	
3.18.5.1 按照卫生健康行政部门的要求上报医院感染监测信息。	<p><b>【C】</b></p> <p>按照卫生健康行政部门的要求上报医院感染监测信息。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 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。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 医院感染管理组织将本单位的监测结果与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比较分析，并运用质量管理工具展示业绩变化的趋势，做到季度通报、半年小结、年度总结报告。</p>

## 十九、医技质量安全管理

评审标准	评审要点
3.19.1 药事管理工作以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善本所药事管理组织和药学部门。	
3.19.1.1 设立药事管理与药物治疗学委员会，健全药事管理体系，有药事管理工作制度，配备相应的药学专业技术人员。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2.药剂科负责药品管理、药学专业技术服务以及临床药学工作。</li> <li>3.相关职能部门指定专人，负责与本所药物治疗相关的行政事务管理工作。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.药事管理与药物治疗学委员会人员组成符合规定，定期召开专题会议，研究药事管理工作，每年不少于4次，有完整的相关资料，资料真实。</li> <li>2.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专科以上学历，及本专业中级以上技术职务任职资格。</li> <li>3.医务科与药剂科职责明确，有协调机制。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.药学专业技术人员不少于本所卫生专业技术人员的8%。</li> <li>2.有药事管理工作计划和年度工作总结，体现药事管理持续改进。</li> </ol>
3.19.2 加强药剂管理，规范药品采购、储存、调剂、制剂，保障药品供应和基本药物优先使用。	
3.19.2.1 有药品采购供应管理制度与流程，经合理遴选的药品有适宜的贮备。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2.制订本所“药品处方集”、“基本用药供应目录”，并以多种形式方便医务人员获取。</li> <li>3.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%。</li> <li>4.销售、使用的制剂经过批准。</li> <li>5.有药品遴选制度，遵循“一品两规”要求，药品遴选科学、合理，品种满足医疗保健需求。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并定期评估药品储备情况，有定期评估分析报告和提出改进措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并85%以上药品库存周转率少于10~15天，库存药品资金周转率少于25天。</p>
3.19.2.2 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。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>3.根据药品的性质、特点分别设置冷藏库、阴凉库、常温库。 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)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。</li> <li>(2)防腐剂、外用剂、消毒剂等药品与内服药、注射剂分区储存。</li> <li>(3)“毒、麻、精”药品、高危药品、易燃易爆、强腐蚀性等危险性药品按有关规定分别设库，单独贮存，设置有统一警示标识。</li> </ol> </li> <li>4.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。</li> <li>5.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。</li> </ol>

	<p>6.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。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.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。</li> <li>2.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。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>药品管理资料完整、详实，有可追溯措施，如：实行条形码管理。</p>
3.19.2.3 建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有药品验收相关制度与程序，保证每个环节药品的质量。</li> <li>2.药学部门至少每季对医疗保健科室备用药品的管理与使用进行一次检查。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>药学部门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，并向主管职能部门反馈。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.相关职能部门对上述工作进行监管，有措施，有改进，有落实。</li> <li>2.库房、药房发出药品质量合格率 100%。</li> </ol>
3.19.2.4 按照《处方管理办法》落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂质量。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.按《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》等有关规定制订药品调剂制度和操作规程。</li> <li>2.调剂作业有足够的空间与照明，门急诊药房实行大窗口式或者柜台式发药。</li> <li>3.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。</li> <li>4.药品使用遵循先拆先用，先到先用的原则。</li> <li>5.调剂处方流程合理，按有关规定做到“四查十对”。调剂过程至少有第二人核对，独立值班时双签字核对。</li> <li>6.药品调剂时，药师以上人员承担审核、核对和发药工作，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。</li> <li>7.有发药差错登记、分析和改进措施。</li> <li>8.对药师进行定期的、有针对性的药学技能和差错防范培训。</li> <li>9.由药学人员为就诊者提供用药咨询，有咨询记录，并针对就诊者咨询的常见问题开展合理用药宣传工作。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.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。</li> <li>2.审核和核对处方或用药医嘱后调剂配发药品。发药时根据具体情况对就诊者进行用药交代和用药指导，关注特殊群体的用药指导。必要时为就诊者提供书面用药指导材料。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.执行发药差错报告，调剂室年出门差错率<math>\leq 0.01\%</math>。</li> <li>2.有促进临床合理用药持续改进的措施，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。</li> </ol>
3.19.2.5 按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，确保基本药物的优先合理使用。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先使用国家基本药物的相关规定及监督体系。</li> <li>2.药学部门有专门人员定期对医师处方是否优先合理使用基本药物进行评价、分析及向相关职能部门反馈。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>相关职能部门定期对优先使用国家基本药物情况进行监督、协调，满足基本医疗服务需要。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.国家基本药品目录列入本所用药目录，有相应的采购、库存量。</li> <li>2.对享有基本医疗服务对象使用国家基本药物（门诊）的比例、品种使用率、金</li> </ol>

	额等指标符合卫生健康行政部门的规定。
3.19.2.6 对全所的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。	<p><b>【C】</b> 有专人负责管理存放于手术室及各诊疗科室的急救等备用药品，有管理和使用的制度与领用、补充流程。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并由医务科、护理部门、药学部门联合，至少每季核查各诊疗单元的急救备用药品，实物与数量帐卡一致。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并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。</p>
3.19.2.7 有药品召回管理制度。	<p><b>【C】</b> 有药品召回管理制度与处置流程，妥善保存，收集保留所有原始记录。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并发现假、劣药品时，按规定及时报告有关部门并迅速召回，有导致人身损害的相关的处置预案与流程。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 1.有及时追回调剂错误的药品规定，用评审前三年数据证实。 2.及时分析调剂错误原因，有整改措施。</p>
3.19.2.8 建立完善的药品管理信息系统，与所内整体信息系统联网运行。	<p><b>【C】</b> 1.有药品管理计算机软件系统，并与所内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。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并对抗菌药物等实行计算机处方权限管理。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 1.有适宜的合理用药监控系统，能为处方审核提供技术支持，并定期更新。 2.通过用药监控系统，对抗菌药物等实行计算机用药时限管理。</p>
3.19.3 终止妊娠药品、促排卵药品、抗菌药物使用合理，管理规范。	
3.19.3.1 终止妊娠药品、促排卵药品使用合理，管理规范。	<p><b>【C】</b> 1.终止妊娠药品、促排卵药品按照法律法规、规章等制订相应的管理制度。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.药学部门定期对全所使用“终止妊娠药品”、“促排卵药品”合理性进行点评，每季1次。 2.相关科室有终止妊娠药品及促排卵药品管理制度，并严格实行。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并终止妊娠药品及促排卵药品使用合理（适应症、用法、用量、给药途径），各项管理符合卫生健康等行政部门管理要求。</p>
3.19.3.2 有抗菌药物临床应用管理组织，并制订章程，明确职责。对抗菌药物的不合理使用有检查、干预和改进措施。	<p><b>【C】</b> 1.成立抗菌药物临床应用管理组织，所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保健质量和机构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)根据各医疗保健科室不同专业特点，设定抗菌药物应用控制指标。 2.医疗保健科室负责人是本科室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并落实。</p>



	<p>3.所长与医疗保健科室负责人签订抗菌药物合理应用责任状。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并建立、健全抗菌药物临床应用管理制度和监督管理机制。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本所抗菌药物使用强度、门诊抗菌药物处方比例符合卫生健康行政部门规定要求。</li> <li>2.按卫生健康行政部门要求向本辖区监测网报送抗菌药物和细菌耐药监测信息。有对全所抗菌药物临床应用的管理、监测、干预前后分析报告，体现改进效果。</li> </ol>
<p>3.19.3.3 根据《抗菌药物临床应用指导原则》结合本所实际情况制订“抗菌药物临床应用和管理实施细则”和“抗菌药物分级管理制度”，并检查落实情况。（★）</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有“抗菌药物临床应用和管理实施细则”、“抗菌药物分级管理制度”、本所抗菌药物分级管理目录，并能根据安全性、疗效、细菌耐药性、药品价格及临床使用等情况对本所抗菌药物分级目录进行动态调整。</li> <li>2.对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定。</li> <li>3.相关职能部门组织对医务人员进行抗菌药物合理应用培训。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有“特殊管理抗菌药物”临床应用评价标准，并实施监控和干预，临床应用基本合理。</li> <li>2.每月至少抽查门急诊处方 100 张，发现问题，及时反馈整改。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.医师处方及医嘱无违规越级现象。</li> <li>2.门诊无特殊使用级抗菌药物的处方。</li> </ol>
<p>3.19.3.4 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。（★）</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本所抗菌药物品种遴选经过院抗菌药物管理工作组织讨论确定，有会议记录。</li> <li>2.抗菌药物品种数符合国家卫生健康委规定要求。</li> <li>3.定期调整抗菌药物供应目录品种结构，调整周期原则上为2年，最短不得少于1年。</li> <li>4.明确抗菌药物品种启动临时采购的程序。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 抗菌药物购用品种、品规结构合理，品规符合卫生健康行政部门要求。（如头霉素、三代及四代头孢菌素（含复方制剂）、碳青霉烯类、氟喹诺酮类、深部抗真菌类品规）。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序每年不得超过 5 例次。</p>
<p>3.19.4 医师按照《处方管理办法》要求开具处方，开展处方点评和药物安全性监测工作，促进合理用药。</p>	
<p>3.19.4.1 临床药物治疗执行有关法规、规章制度，遵循相关技术规范。</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2.有超说明书用药管理的规定与程序。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 对本所用药金额和用药数量排序前十位的药品进行统计分析，提出干预建议，至少每季度一次。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 对本所超常用药趋势及时干预，有追踪、有落实、有成效。</p>
<p>3.19.4.2 医师开具处方，应严格按照《处方管理办法》的要求执行。已开具处方，并遵医嘱使用的药品应记入病历。</p>	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有本所处方管理实施细则，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。</li> <li>2.医师处方签名或签章式样，与在医务科、药学部门留样备案相一致。医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。</li> <li>3.处方书写规范、完整，处方用量符合《处方管理办法》规定。</li> <li>4.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。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.处方书写规范、用药合理，不合理处方≤1%。</li> </ol>

	<p>2.处方药品通用名使用率达 100%。</p> <p>3.病程记录中有明确的用药依据及分析。</p>
<p>3.19.4.3 开展处方点评，建立药物使用评价体系。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有按《医院处方点评管理规范（试行）》的要求制订机构处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。</p> <p>2.每月至少抽查 100 张门急诊处方进行点评。有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.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。纳入医师与药师业绩考核目标，实行奖惩管理。</p> <p>2.对不合理用药进行干预。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并有案例证实，根据点评结果，落实整改措施，提高合理用药。</p>
<p>3.19.4.4 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。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>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，有鼓励报告的措施。</p> <p>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，并有原始记录。</p> <p>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，按规定上报卫生健康行政部门和药品监督管理部门。</p> <p>4.将患者发生的药品不良反应如实记入病历中。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并对严重用药错误报告有分析，有整改措施。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并建立药品不良事件报告信息平台，与医疗安全（不良）事件统一管理。</p>
<p>3.19.4.5 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。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>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。</p> <p>2.有本所的突发事件医疗救治药品目录。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并有应急预案的执行培训，相关人员熟悉预案流程、应急药品具有可及性和质量保证。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。</p>
<p>3.19.5 配备药师，参与临床药物治疗，提供用药咨询服务，加强质量控制，促进合理用药。</p>	
<p>3.19.5.1 开展以病人为中心、以合理用药为核心的临床药学工作。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.根据《医疗机构药事管理规定》，至少配设 1 名药师，有工作制度和岗位职责，2.以适当形式为全所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本所药品遴选的参考。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并开展处方点评、药物临床应用评价，定期向药事管理组织报告监测结果与用药分析。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并药师参与临床药物治疗相关工作的时间≥85%。</p>
<p>3.19.5.2 收集本所药品管理系统绩效的主要监测数据。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.由科主任和具备资质的人员组成的质量与安全小组负责药学部的质量和安全管理。</p> <p>2.对药学部门有明确的质量与安全控制指标。</p> <p>3.科室开展定期评价活动。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并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</p>

	测的结果，提出整改措施。
	【A】符合“B”，并运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。
3.19.6 临床检验部门符合《医疗机构临床实验室管理办法》等相关管理要求，服务项目满足临床诊疗需要。制定相应的制度、流程和标准操作规程，并遵照实施。开展室内质控和参加室间质评，保证检验结果的准确性。	
3.19.6.1 临床检验项目满足临床需要。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.按照《医疗机构临床实验室管理办法》的要求，全所临床实验室集中设置，统一管理，资源共享。</li> <li>2.开展检验项目满足医疗保健服务需要。</li> <li>3.对本所医疗保健诊疗需要，而不能提供的检验项目，可委托其他同级及以上的医疗机构或独立的临床检验中心提供服务，或多院联合开展服务，但应签署委托服务协议，有质量保证条款。</li> </ol>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.建立检验与保健、临床科室间协调会议制度，每年 1-2 次，共同改进检验工作质量和服务质量。</li> <li>2.微生物检验项目对所内感染控制及合理用药提供充分支持。</li> </ol>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.以书面或网络形式定期（至少每季）向医疗保健科室通报细菌耐药情况。</li> <li>2.至少每半年一次向医疗保健科室征求对项目设置合理性意见，持续改进，确保检验项目满足医疗保健服务需求。</li> </ol>
3.19.6.2 实施危急值报告制度。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有危急值报告制度与报告流程。</li> <li>2.根据医疗保健需要，与医疗保健科室共同制定危急值报告项目和范围。</li> </ol>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>检验人员熟悉危急值报告项目和范围。</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有完整的危急值报告登记资料。</li> <li>2.相关职能部门监督检查。</li> </ol>
3.19.6.3 有实验室安全管理制度和流程，并配置安全防护设施。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.检验部门负责人为实验室安全第一责任人，负责管理实验室安全管理制度和流程。</li> <li>2.实验室工作人员知晓本工作流程及本人的安全准则。</li> <li>3.配置安全防护设施，至少包含，但不限于： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)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；</li> <li>(2)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；</li> <li>(3)设置易燃、易爆物品专门的储藏室、储藏柜，由专人负责，有储存清单与使用制度。</li> </ol> </li> </ol>
	<p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.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。</li> <li>2.实验室出口处设有专用手部消毒设备。</li> </ol>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。</p>
3.19.6.4 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。	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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识。</li> <li>2.至少应符合二级生物安全实验室（BSL-2）要求。</li> </ol>
3.19.6.5 实验室制订各种传染病职业暴露后的应急	<p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.制订各种传染病职业暴露后应急预案。</li> <li>2.相关人员知晓职业暴露的应急措施与处置流程。</li> </ol>

措施，并详细记录处理过程。	<b>【B】</b> 符合“C”，并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。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并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。
3.19.6.6 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。	<b>【C】</b> 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>【B】</b> 符合“C”，并相关职能部门定期检查，有记录。
3.19.6.7 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	<b>【C】</b> 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。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并有明确的责任人，定期检查整改，以保证对人员及环境的危害降至最低。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并院感管理部门有监管记录，有改进措施，改进有成效。
3.19.6.8 实验室建立化学危险品的管理制度。	<b>【C】</b> 1.建立化学危险品的管理制度，有清单和安全数据表。 2.指定专门的储存地点，专人管理，对使用情况做详细记录。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并有化学危险品溢出与暴露的应急预案。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并相关职能部门有监管的记录，有持续改进的事实。
3.19.6.9 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。	<b>【C】</b> 1.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健康行政部门核发的上岗证方可独立工作。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并分子生物学实验室、HIV 初筛实验室≥60%员工持证上岗。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并科室负责人具备检验专业中级以上技术职称。
3.19.6.10 不同实验室组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。	<b>【C】</b> 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。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并对授权工作实行动态管理。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并有主管部门监督检查，评价培训效果。
3.19.6.11 临床实验室常规开展室内质控，保证每一项检验结果的准确性。(★)	<b>【C】</b> 1.制定实验室室内质控规则，定期评估室内质控各项参数及失控率。 2.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)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。

	<p>3.室内质控覆盖实验室全部检测项目及不同标本类型，保证每检测批次至少有 1 次室内质控结果。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并有效处理失控，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。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并实验室应采用量值溯源，校准验证，能力验证或室间质评，保证每一项检验结果的准确性。</p>
3.19.6.12 严格执行检验报告双签字制度。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.严格执行检验报告双签字制度（急诊除外）。</p> <p>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。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并制定复检制度并保留相关的复检记录。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并相关职能部门有监管的记录，有持续改进的事实。</p>
3.19.6.13 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.严格遵守国家或地方卫生健康行政部门的相关规定，制定明确的检验报告时限（TAT）。</p> <p>(1)临检常规项目≤30 分钟出报告。</p> <p>(2)生化、免疫常规项目≤1 个工作日出报告。</p> <p>(3)微生物常规项目≤4 个工作日。</p> <p>2.每月评估检验结果的报告时间时限，符合率≥90%。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并明确规定“特殊项目”清单，原则上不应超过 2 周时间，提供预约检测。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并相关职能部门有监管的记录，有持续改进的事实。</p>
3.19.6.14 检验报告格式规范、统一。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.检验报告单格式规范、统一，有书写制度，包含患者信息，标本类型、样本采集时间、结果报告时间。</p> <p>2.报告单提供中文或中英文对照的检测项目名称，项目名称符合相关规定。</p> <p>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。</p>
3.19.6.15 有管理试剂与校准品制度，保证检验结果准确合法。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有专人管理试剂与校准品管理的相关制度，有明确的岗位职责，有使用登记制度。</p> <p>2.统一采购试剂与校准品，途径合法，全部符合法规规定的标准，皆有相应的批准文号。</p> <p>3.无使用过期试剂。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并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。</p>
3.19.6.16 有完整的标本采集运输指南、交接规范及检验回报时间控制等相关制度。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.实验室与护理部门、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。</p> <p>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。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并专人负责标本处理和保存，标本废弃有记录，储存标本冰箱有温度 24 小时监控。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并对标本能全程跟踪，检验结果回报时间（TAT）明确可查。</p>
3.19.6.17 参加室间质评或能力验证计划。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.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</p> <p>2.参加本区域室间质量评价计划或能力验证计划。</p>

	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.明确无法提供相应评价计划的项目的目录/清单。</li> <li>2.对无法提供相应评价计划的项目，应有替代评估方案。</li> </ol>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>参加省级室间质量评价计划或能力验证计划，通过率<math>\geq 95\%</math>。</p>
3.19.6.18 保证检测系统的完整性和有效性。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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，有定期校准、维修维护记录。</li> <li>2.使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。</li> <li>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。</li> </ol>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有专人负责仪器设备保养、维护与管理。</li> <li>2.有定期校准、维修维护记录。</li> </ol>
3.19.6.19 所有 POCT 项目均应开展室内质控	<p><b>【C】</b></p> <p>有规定对所有 POCT 项目开展室内质控。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>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，POCT 项目比对<math>\geq 95\%</math>。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>对超出允许范围的应及时进行校准和纠正，有工作记录。</p>
3.19.6.20 实验室信息管理完善。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.建立实验室信息管理系统。</li> <li>2.实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理。</li> </ol>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.提供自助取化验报告单系统。</li> <li>2.标本使用条形码管理。</li> <li>3.实验室信息管理系统与院信息系统联网，贯穿于检验全程管理。</li> </ol>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>实验室数据至少保留 3 年以上在线查询资料。</p>
3.19.7 病理科服务项目满足临床诊疗需要。制定相应的制度、流程、诊断常规和标准操作规程，并遵照实施。（可选）	
3.19.7.1 病理科应具有与其功能和任务相适应的服务项目。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.至少开展细胞学诊断。</li> <li>2.对本所尚不能提供的部分病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构签订委托服务协议，有明确的委托服务形式与质量保证条款。</li> </ol>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>能开展石蜡切片病理学检查。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>病理科集中设置，统一管理。</p>
3.19.7.2 病理科应具有与其功能和任务相适应的工作场所。	<p><b>【C】</b></p> <p>病理科布局合理，符合生物安全的要求，设置细胞学制片室和病理档案室、标本存放室与诊断室等，污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒及核查制度。</p>
3.19.7.3 病理科有必需的专业技术设备。	<p><b>【C】</b></p> <p>病理技术室专业技术设备配置：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)液基薄层细胞检测设备、染色设备、冰箱恒温箱、烘烤箱或烤片设备、空调和排风设备等。</li> <li>(2)病理科医师每人配备双目光学显微镜 1 台。</li> </ol>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>病理技术室专业技术设备配置：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)石蜡切片机、自动脱水机、组织包埋机、通风橱、一次性刀片或磨刀机、涂片</li> </ol>

	<p>机等。</p> <p>(2)标本存放室：专用标本存放柜。</p>
<p>3.19.7.4</p> <p>由具备病理学诊断所规定资质的医师从事诊断工作。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>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。</p> <p>2.无病理执业证书和非病理专业技术任职资格的医师，不得出具病理报告，包括细胞病理学报告。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>有完善的医师专业水平定期考核制度。</p>
<p>3.19.7.5</p> <p>由具备病理专业资质的技术人员制作细胞涂片、石蜡切片，其质量与时限符合相关规定。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.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。</p> <p>2.细胞学涂片由具备病理专业资质的技术人员制作的，有质量要求与完成时限。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.有病理技术人员资格与分级授权管理制度与程序。</p> <p>2.石蜡切片是由具备病理专业资质的技术人员制作的，有质量要求与完成时限。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>对授权的工作人员有再评价、再授权。</p>
<p>3.19.7.6</p> <p>有医院感染控制与环境安全管理程序与措施，遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>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，每年至少有一次所外年度检测报告。</p> <p>2.有对工作中产生的废弃有害液体统一回收的制度与程序，确保用专用仪器回收处理或具有资质的机构回收处理，严禁随意倾倒入下水道。</p> <p>3.严格区分污染区、非污染区。</p> <p>4.有完善的易燃品、剧毒化学品的登记和管理规范。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>病理科接触有害品的工作人员定期体检。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>病理取材应按照P2级实验室设计，应有单独的洗手池和溅眼喷淋设备。</p>
<p>3.19.7.7</p> <p>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。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>有病理申请书书写的相关规定要求。</p> <p>(1)患者姓名、性别、年龄、编号或门诊号、送检科室和日期。</p> <p>(2)患者临床病史和其他（检验、影像）检查结果、临床诊断。</p> <p>(3)取材部位、标本件数。</p> <p>(4)既往曾做过病理检查者，需注明病理号和病理诊断结果。</p> <p>(5)结核、肝炎、HIV等传染性标本，需注明。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>随机抽查申请单均达到要求。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>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。</p>
<p>3.19.7.8</p> <p>有制度保证从病理标本采集到标本运送到病理科不出现差错，除特别要求外，标本需用10%中性甲醛缓冲液固定。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>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。</p> <p>(1)标本和申请单的核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人应有登记和相关人员的签字。有标本和申请单交接等相关制度。</p> <p>(2)标本使用10%中性甲醛缓冲液固定，固定液的量不少于组织体积的3~5倍（要确保标本全置于固定液之中），特殊要求除外。</p> <p>(3)标本从离体到固定的时间不宜超过半小时。</p> <p>(4)原则上不接收口头申请的标本，特殊情况下，可先按流程接收和处理标本，需在限定的时间内（如24小时）补充书面病理申请单，否则不应出具书面病理报</p>

	<p>告。</p> <p>2.有不合格标本处理的制度与程序。</p> <p>(1)不合格标本包括，申请单与相关标本未同时送达病理实验室；申请单中填写的内容与送检标本不符合；标本上无有关患者姓名、科室等标志；申请单内填写的字迹潦草，不清；申请单中漏填重要项目；标本严重自溶、腐败、干涸等；标本过小，不能或难以制作切片；其他可能影响病理检查可行性和诊断准确性的情况。</p> <p>(2)不能接收的申请单和标本需当即退回申请医师，不予存放，并记录。</p> <p>(3)曾被拒收的标本再次送检合格，需在申请单上标注。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并有完整的标本交接登记资料，定期对不合格标本发生原因进行总结分析，反馈到责任科室和个人。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并标本交接制度与流程相关人员知晓率≥95%，并有效执行。</p>
<p>3.19.7.9 病理实验室应有仪器、试剂的管理制度和完善的记录。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有仪器设备的运行、维修档案。</p> <p>2.有完整的试剂登记、有效期和使用档案。</p> <p>3.有冰箱运行温度记录。</p> <p>4.有仪器设备、试剂使用制度与程序。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并有因病理仪器、试剂所致安全事件报告、调查和处理流程。</p>
<p>3.19.7.10 病理诊断应按照相应的规范，有复查制度、科内会诊制度。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有规范病理诊断的相关制度与流程。</p> <p>2.病理医师进行诊断前，核对申请单和切片核查是否相符。</p> <p>3.阅读申请单上所有填写的内容，对于不清楚的内容及时联系送检医师。</p> <p>4.病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明，常规诊断报告准确率≥95%。</p> <p>5.因特殊原因迟发报告，应向临床医师说明迟发的原因。</p> <p>6.有科内疑难病例会诊制度，并有相应的记录和签字。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.常规诊断报告准确率≥97%。</p> <p>2.相关主管职能部门对相关制度落实有监管，重点是石蜡诊断质量。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并常规诊断报告准确率≥99%。</p>
<p>3.19.7.11 病理诊断报告书应准时、规范、文字准确，字迹清楚。</p>	<p><b>【C】</b></p> <p>1.对病理诊断报告内容与格式有明确规定。</p> <p>(1)病理号、送检标本的科室、患者姓名、性别、年龄、标本取材部位、门诊号。</p> <p>(2)标本的大体描述、镜下描述和病理诊断。</p> <p>(3)其他需要报告或建议的内容。</p> <p>(4)报告医师签名（盖章），报告时间。</p> <p>(5)病理诊断报告内容的表述和书写应准确和完整，用中文或者国际通用的规范术语。</p> <p>2.有病理诊断与临床诊断不符合时，涉及病变部位或病变性质，需重新审查。</p> <p>3.明文规定严禁伪造病理诊断报告，不得向临床医师和患方提供有病理医师签名的空白病理学报告书。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.病理诊断报告应在5个工作日内发出≥85%，疑难病例和特殊标本除外。</p> <p>2.原始样品过小或在采集过程中挤压严重，或取材代表性不够，影响正确的诊断，均需在报告中说明。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并病理诊断报告在5个工作日内发出≥95%，病理报告书书写内容与格式全部符合规范。</p>



<p>3.19.7.12 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。</p>	<p><b>【C】</b> 有病理诊断报告补充、更改或迟发的管理制度与程序： (1)病理报告发出后，如发现非原则性的问题，可以补充报告的形式进行修改。 (2)病理报告发出后，如发现原则性的问题则需做出更改并立即通知临床医生。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 由于某些原因（包括深切片、补取材检测、脱钙、疑难病例会诊或传染性标本延长固定时间等）延迟取材、制片，或是进行其他相关技术检测，不能如期签发病理学诊断报告书时，需以口头或书面告知有关临床医师或患方，说明迟发病理学诊断报告书的原因，有记录。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 每一份补充或更改的病理报告均遵循了病理报告补充或更改的制度与审核批准流程，并需在病理档案中有完整记录。</p>
<p>3.19.7.13 有保证细胞学诊断规范、准确的相关制度。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有细胞学标本采集的相关规范。穿刺细胞学标本的采集，由具备操作资质的病理学医师或临床医师执行，并严格执行无菌操作。 2.对细胞学筛查与细胞学诊断有相关的制度与流程： (1)核对申请单与涂片是否相符。 (2)细胞病理诊断报告在2个工作日内发出，疑难病例和特殊病例除外。 (3)细胞学筛查工作由具有资质的筛查人员进行，由病理医师复审签字发出。 (4)细胞病理学诊断报告的签发必须由具有资质的病理医师完成。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 对细胞病理学诊断报告的签发有授权，抽查达到规定要求≥90%。</p>
<p>3.19.7.14 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，解释病理检查结果，为临床诊断提供支持。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，并落实。 2.有完整资料证实上述制度得到有效执行。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 定期（至少每季度一次）召开临床病理讨论会。</p>
<p>3.19.8 放射影像和超声影像等医学影像科室的服务项目满足临床诊疗需要。制定相应的制度、流程、诊疗常规和标准操作规程，并遵照实施。提供规范的医学影像诊断报告。</p>	
<p>3.19.8.1 医学影像科室通过医疗机构执业诊疗科目许可登记。放射影像符合《放射诊疗管理规定》等要求，取得《放射诊疗许可证》等相应资质，提供诊疗服务满足临床需要。</p>	<p><b>【C】</b> 1.医学影像科室通过医疗机构执业诊疗科目许可登记。放射影像符合《放射诊疗管理规定》等要求，取得《放射诊疗许可证》等相应资质。 2.提供医学影像服务项目与本所功能任务一致，能满足临床需要。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 有明确的服务项目、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告，能遵循执行。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 PACS系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅。</p>
<p>3.19.8.2 科室有必要的紧急意外抢救用的药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。</p>	<p><b>【C】</b> 1.科室有紧急意外抢救预案，有必要的紧急意外抢救用的药品器材。 2.有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 科室指定专人负责应急管理，有演练，急救药品器材具有可及性和质量保证。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，有记录。</p>
<p>3.19.8.3 建立健全各项规章制度和技术操作规程，落实岗位职责，有质量控制措施。</p>	<p><b>【C】</b> 1.建立各项规章制度、诊疗常规和技术操作规程。 2.有各级各类人员岗位职责。 3.有质量控制措施及质量指标。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p>

	<p>1.员工知晓各项规章制度和本人岗位职责，掌握岗位相关的技术操作规程，并能够认真遵守和执行。</p> <p>2.有大型影像设备检查阳性率统计数据与分析报告（近三年），大型 X 线设备检查阳性率<math>\geq 50\%</math>。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并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程进行完善和修订。</p>
3.19.8.4 定期校正放射诊疗设备、超声检查设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，并符合有关标准与要求。	<p><b>【C】</b> 定期对放射诊疗设备、超声检查设备及其相关设备进行校正和维护，技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并有专职/兼职人员负责对设备进行定期校正和维护，并有记录，设备运行完好率在 95%以上。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并每件设备的定期校正和维护均落实到人（有清单，设备有标牌提示）。</p>
3.19.8.5 采用多种形式，开展图像质量评价活动。	<p><b>【C】</b> 采取多种形式，开展图像质量评价活动。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并将图像质量评价的结果纳入对部门服务质量与相关人员技术能力评价的内容。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并有评价结果分析与持续质量改进措施，不断提高影像图像质量。</p>
3.19.8.6 医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。	<p><b>【C】</b> 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。 3.诊断报告按照流程经过审核，有审核医师签名。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.有提供影像报告时限要求，报告时间，普通报告精确到“时”。 2.影像报告书写质量优良达 90%以上。 3.医学影像报告漏诊、误诊率小于万分之一。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并科质控小组每月对诊断报告质量进行分析评价，落实改进措施，改进有成效。</p>
3.19.8.7 有重点病例随访与反馈制度，有疑难病例分析与读片会。	<p><b>【C】</b> 1.有重点病例随访与反馈相关制度。 2.有专人负责并定期召开疑难病例分析与读片会。 3.有临床医师参加的疑难病例分析与读片会由放射科主任主持，有记录。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并有重点病历随访与反馈、疑难病例分析读片会的完整资料。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 1.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.疑难病例分析与读片会参加人员覆盖科室 80%人员。</p>
3.19.8.8 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。（放射影像适用）	<p><b>【C】</b> 1.有放射安全管理相关制度与落实措施。 2.有医学影像科通过环境评估的环评报告，对超过标准的设备或场所及时处理的完整资料。 3.专人负责安全管理，有放射废物处理登记和监管记录。 4.在影像检查室门口设置电离辐射警告标志。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并有专人负责安全管理工作，至少每季度有一次常规安全检查，并根据检查结果，持续改进安全管理。</p>

<p>3.19.8.9 有受检者和工作人员防护措施。（放射影像适用）</p>	<p><b>【C】</b> 1.有完整的放射防护器材与个人防护用品，保障医患防护需要（包括移动 X 线检查）。 2.有受检者的防护措施，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护（包括移动 X 线检查）。 3.影像科人员按照规定佩戴个人放射剂量计。 4.由专人负责放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。 5.影像科人员按照规定每年进行健康检查。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.影像检查前医务人员主动告知辐射对健康的影响，指导受检者进行防护。 2.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。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。</p>
<p>3.19.8.10 制定放射安全事件应急预案并组织演练。（放射影像适用）</p>	<p><b>【C】</b> 1.各相关人员熟悉放射安全事件应急预案、相关流程以及本部门、本科室和本人职责有放射安全事件应急预案。 2.有辐射损伤的具体处置流程和规范。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 进行放射安全事件应急预案综合演练，有整改措施并组织落实。</p>
<p>3.19.9 由具备法定资质的卫生技术人员实施心电图检查等特殊诊疗服务，由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果。</p>	
<p>3.19.9.1 特殊检查室卫生技术人员应依法获得资质，负责日常管理及医疗业务工作。</p>	<p><b>【C】</b> 1.对特殊检查部门的各级各类人员均有明确的资质与能力要求。 (1)特殊检查室人员按照相关规定接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格与授权的人员、专业技师，应有专业资格证书。 (2)人员数量、人员梯队与所承担的任务相适应，能完成日常工作中常规操作及疑难病例处理。 (3)所有人员经过岗前培训。 2.相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.特殊检查室负责人必须是有经验的特殊检查专业或经过特殊检查技术培训的主治医师以上职称。 2.无非卫生技术人员执业或执业范围与注册项目不符。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门按照规定和制度实行监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施，改进有成效。</p>
<p>3.19.9.2 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有出具诊疗报告，解读检验结果的相关规定。 2.各种诊疗报告签署和发出均由具备专业资质的执业医师执行。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 无不具备资质人员签发报告。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，对存在问题与缺陷提出整改措施，对整改情况进行追踪与成效评价，有记录。</p>

## 二十、病历（案）管理

评审标准	评审要点
3.20.1 病历（案）管理符合《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范。	

3.20.1.1 制订病案管理等方面的制度、规范、流程等执行文件。并对相关人员进行培训与教育。	<b>【C】</b> 1.有病案工作制度。 2.有病案工作流程。 3.工作人员熟悉病案管理的相关法律、法规和规章。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.有人员培训的规划。 2.有参加病案专业继续教育的记录。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 1.病案管理人员均接受规范培训，并有记录。 2.相关职能部门有监管，对改进措施进行追踪与成效评价。
3.20.2 门诊病历书写符合《病历书写基本规范》要求，按现行规定保存病历资料。有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。	
3.20.2.1 按规定为门诊就诊者书写病历记录。	<b>【C】</b> 1.医师要按照规范书写门诊病历。 2.保存每一位来院就诊者的基本信息。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 相关职能部门对病历书写质量整改措施进行追踪与成效评价，持续改进病历质量。
3.20.2.2 为每位门诊就诊者建立就诊记录。	<b>【C】</b> 对门诊就诊者至少保存包括就诊姓名、就诊日期、科别等基本信息。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 建立门诊医师工作站，有处方及检查化验报告等查询功能。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门要对病历质量整改措施进行追踪与成效评价，持续改进病历质量。
3.20.2.3 有病历质量控制与评价组织。	<b>【C】</b> 有病历质量监控评价标准，相关医师均知晓标准内容。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 各质量管理小组定期对病历质量进行检查与评价，作为医师考核内容。

## 二十一、护理管理

评审标准	评审要点
3.21.1 按照《护士条例》，有护理人员管理规定，岗位管理制度，明确岗位职责，岗位技术能力要求和工作标准。	
3.21.1.1 依法执业，有护士（含助产士）岗位管理规定，有岗位职责和工作标准，有各类各级护士资质，岗位技术能力及要求和工作标准。	<b>【C】</b> 1.按照《护士条例》的规定，制定相关制度，实施护理工作。 2.依法执行护理人员准入管理。 3.各护理岗位人员符合相关岗位职责。 4.有聘用护士的资质、岗位技术能力及要求。 5.相关人员知晓本部门、本岗位的人员资质与任职要求。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.科室对护理人员资质的落实，履职情况有自查，整改。 2.相关职能部门及用人科室有共同管理的用人机制。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门对护士工作有追踪和评价，持续改进有成效。
3.21.2 建立绩效考核制度，将考核结果与护士的评优、评先、晋升、薪酬分配相结合，实现同工同酬，优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。	
3.21.2.1 建立绩效考核制度，将考核结果与护士的评优、晋升、薪酬分	<b>【C】</b> 1.有基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求绩效考核方案。 2.有保障护士实行同工同酬，并享有相同的福利待遇和社会保险的制度。 3.绩效考核方案能够体现优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。

配相结合，实现优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。	4.绩效考核方案制订应充分征求护士意见。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.绩效考核方案能够通过多种途径方便护士查询，知晓率≥80%。 2.绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩。 3.护士每年离职率≤10%。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 1.相关职能部门履行监管职责，有定期监管检查，并有分析、反馈和改进措施。 2.护士每年离职率≤5%。
3.21.3 有护士在职继续教育计划、保障措施到位，并有实施记录。	
3.21.3.1 有护士在职继续教育培训和考评。	<b>【C】</b> 1.有护士在职继续教育培训与考评制度。 2.有护士在职继续教育计划，并由专人负责落实。 3.有开展培训的经费、设备设施等资源保障。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.培训与考评结合工作需求，充分体现不同专业、不同层次护士的特点，并与评优、晋升、薪酬挂钩。 2.常规培训经费列入年度预算。
3.21.4 有护理安全（不良）事件与隐患信息主动报告制度，进行分析，改进措施到位。	
3.21.4.1 有主动报告护理不良事件制度与激励措施，进行根本原因分析，改进措施到位。	<b>【C】</b> 1 实行非惩罚性制度，有护理人员主动报告的激励机制。 2.有护理人员主动报告护理安全（不良）事件的教育和培训。 3.有多种途径便于护理人员报告医疗安全（不良）事件。 4.有针对不良事件案例成因分析及讨论记录。 5.定期对护理人员进行安全警示教育。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.护理安全（不良）事件与医疗安全（不良）事件统一报告网络，统一管理。 2.护理人员对不良事件报告制度的知晓率 100%。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 应用不良事件案例进行分析，修订护理工作制度或完善工作流程并落实培训。
3.21.4.2 执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理指南。	<b>【C】</b> 1.有护理技术操作培训计划并落实到位。 2.将“临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范”相关要求的手册发至对应岗位的人员。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 护理人员熟练掌握静脉输液、各种注射等常见技术操作及并发症预防措施及处理流程。
3.21.5 为服务对象提供健康指导服务。	
3.21.5.1 为服务对象提供健康指导服务。	<b>【C】</b> 1.有符合专业特点的健康指导、健康促进等资料，方便护士使用。 2.护理人员知晓主要内容。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 能根据服务对象的需求通过多种方式将上述内容提供给服务对象。

## 第四章 服务流程管理

### 一、预约诊疗服务管理

评审标准	评审要点
4.1.1 实施多种形式的预约诊疗服务。	

4.1.1.1 实施多种形式的预约诊疗服务。	<b>【C】</b> 至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、微信、现场等预约形式。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 专家门诊、专科门诊均开展预约诊疗服务。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 门诊实行分时段预约诊疗服务，登记资料完整。
4.1.2 有预约诊疗工作制度 and 规范，有操作流程，逐步提高预约就诊比例。	
4.1.2.1 有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，提高预约就诊比例。	<b>【C】</b> 1.有职能部门负责统一预约管理和协调工作。 2.有相关工作制度和流程支持开展多模式的预约诊疗。 3.有相关工作制度和流程支持与基层或上级医疗保健机构合作开展预约转诊服务。 4.就诊者有方便获取的门诊和预约服务信息的途径。 5.有出诊医师管理措施，变动出诊时间提前公告。 6.医务人员应熟知预约诊疗制度与流程。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 有专人负责预约具体工作。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 孕产期保健和儿童保健复诊普遍实行预约诊疗。
4.1.3 运用大数据、APP 等技术，推进“互联网+妇幼健康”，改善就诊体验，促进群众健康管理。	
4.1.3.1 运用大数据、APP 等技术，推进“互联网+妇幼健康”，改善就诊体验，促进群众健康管理。	<b>【C】</b> 1.门诊候诊区域普遍提供免费无线网络环境。 2.设立微信公众号或应用 App，利用互联网加强孕前保健（优生优育）、孕产期保健、孕产期营养、母乳喂养、儿童生长发育、科学育儿、青春期保健、男女生殖保健、更年期保健等保健知识的健康教育。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 运用互联网提供在线预约诊疗、候诊提醒、诊疗报告查询、定期产检提醒、诊后随访等服务。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 运用通讯、互联网等技术，向基层其他妇幼保健机构提供妇产科、儿科远程诊断、远程会诊、远程门诊、远程病例讨论等服务。

## 二、门诊服务管理及绿色通道管理

评审标准	评审要点
4.2.1 根据妇女儿童特点，优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少等待时间，改善服务体验，实现保健人群和疾病人群相对分流。有相关措施支持门诊服务的持续改进。	
4.2.1.1 根据妇女儿童特点，优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少等待时间，改善服务体验，有相关措施支持门诊服务的持续改进。	<b>【C】</b> 1.门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。 2.有门诊管理制度并落实。 3.根据妇女儿童就诊人群特点，配置完善的服务设施，有各种便民措施如空调、座椅、饮水机等。 4.有缩短就诊者等候时间的措施。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.针对门诊重点区域和高峰时段有措施保障门诊诊疗的秩序和连贯性。 2.在儿童保健门诊等婴幼儿集中区域设立母婴室。 3.设置意见箱，定期收集分析需求，且符合建设标准，人性化服务。

	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有减少就医环节的信息支持系统，实行门诊分层挂号缴费，或科室、诊室直接挂号缴费，或自助挂号缴费，或微信挂号缴费等服务途径。</li> <li>2.信息系统支持自助打印检验检查报告。</li> <li>3.有电教设施或文字宣传展板，适时健康教育。</li> </ol>
4.2.1.2 实现保健人群和疾病就诊者相对分流。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.儿童与成人分区就诊，相对独立。</li> <li>2.保健服务与疾病诊疗分区设置，相对独立。</li> <li>3.健康体检、保健服务、普通疾病就诊人群合理分流。</li> <li>4.各区域标识醒目，指向清晰，方便就诊分流。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 相关职能部门日常监管有门诊记录，有改进，有落实。</p>
4.2.2 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应提前告知就诊者或其家属。提供咨询服务，帮助就诊者有效就诊。	
4.2.2.1 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助就诊者有效就诊。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.以多种方式向就诊者提供出诊信息，并及时更新。</li> <li>2.医务人员按时出诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知就诊者或其家属。</li> <li>3.有咨询服务，帮助就诊者有效就诊。</li> <li>4.履行“首诊负责制”。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.医务人员完成本岗位诊疗工作后能主动指导就诊者进入下一诊疗环节。</li> <li>2.有奖惩措施和考核机制不断提高医务人员按时出诊率。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.开展满意度调查等措施，不断改善门诊服务。</li> <li>2.医务人员出诊情况有登记与分析评价，持续改进出诊服务。</li> </ol>
4.2.3 根据门诊流量调配	<p>医疗保健资源，做好门诊和辅助科室之间的协调配合。</p>
4.2.3.1 根据门诊流量调配医疗保健资源，做好门诊和辅助科室之间的协调配合。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有门诊流量实时监测措施。</li> <li>2.有医疗保健资源调配方案。</li> <li>3.有门诊与辅助科室之间的协调机制。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.门诊满足就诊需要，无就诊机构原因出现退号现象。</li> <li>2.普通医技检查能满足门诊需要，当日完成检查和报告。</li> </ol>
4.2.4 落实首诊负责制，	<p>与合作的医疗保健机构建立转诊服务制度。</p>
4.2.4.1 落实首诊负责制，与合作医疗机构、协作的医疗保健机构建立转诊服务制度。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有首诊负责制度，医务人员能熟知并执行。</li> <li>2.转诊的高危及重症患者均有完善的病情与资料交接，保障患者得到连贯诊治。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 有登记资料，能够对患者的来源、去向进行追溯。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有与协作的医疗保健机构签订的双向转接服务或医联体等协议。</p>
4.2.5 单位有质量与安全管理小组，定期评价服务质量，促进持续改进。	
4.2.5.1 由科长与质量控制人员组成质量与安全管理小组，定期评价服务质量，促进持续改进。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有明确的质量与安全管理指标。</li> <li>2.实施医疗保健安全（不良）事件级投诉无责上报的制度。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 科长按照本单位要求，指定专人负责，数据记录完整。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 质控小组对收集的数据，运用质量管理工具定期分析及总结，并对公开的数据质量和结果的可靠性负责，有改进措施。</p>

### 三、转诊、转科、转介流程管理

评审标准	评审要点
4.3.1 改善转诊、转科、转介服务流程，发挥保健优势，为就诊者提供全方位医疗保健服务。	
4.3.1.1 改善转诊、转科服务流程，方便就诊。	<p><b>【C】</b> 当医疗保健设施受限时，有告知患者原因和处理方案。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 执行转诊、转科的服务流程，有专人负责部门间协调。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 为就诊者转诊提供指导和各种便民措施。</p>
4.3.1.2 建立医疗保健服务转介制度和流程，发挥保健优势，为就诊者提供全方位医疗保健服务。	<p><b>【C】</b> 为就诊者提供转介指导包括转介科室的名称、联系方式、服务内容等。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.医务人员知晓转介流程，并落实。 2.有数据证实本所医疗与保健服务双向转介比例持续提高。</p>
4.3.2 为就诊者提供个性化服务。	
4.3.2.1 为就诊者提供个性化服务和帮助。	<p><b>【C】</b> 有为特殊就诊者（如残疾人、无近亲属陪护行动不便患者等）提供多种服务的便民措施。</p>
4.3.3 有严格的转诊、转科交接管理制度并记录，及时传递病历与相关信息。	
4.3.3.1 有严格的转诊管理制度，及时传递病历与相关信息，为就诊者提供连续医疗保健服务。	<p><b>【C】</b> 转诊或转科流程明确，履行知情同意，做好相关准备。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 有病情和病历等资料交接，保障诊疗的连续性。</p>
4.3.4 开展健康教育和随访管理，告知相关保健知识。	
4.3.4.1 开展健康教育和随访管理，告知相关保健知识。	<p><b>【C】</b> 1.有健康教育相关措施。 2.有随访管理相关制度并落实。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.就诊者或其近亲属能知晓相关保健知识。 2.开展多种形式的随访，不断提高随访率。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 相关部门收集、整理、分析服务对象意见意见，根据患者随访结果，及时改进服务。</p>

### 四、基本医疗保障服务管理

评审标准	评审要点
4.4.1 严格执行基本医疗保障制度，有便捷的服务流程，严格收费管理。	
4.4.1.1 执行基本医疗保障制度，有便捷的服务流程，严格收费管理。	<p><b>【C】</b> 有指定相关部门或专人负责基本医疗保障管理工作。</p>
4.4.2 公开医疗保健服务项目和收费标准，公示基本医疗保障支付项目。	
4.4.2.1 公开医疗保健价格收费标准和基本医疗保	<p><b>【C】</b> 1.公开基本医疗保障服务项目和收费标准。 2.公开基本医疗保障支付项目。</p>



障支付项目。	<b>【B】</b> 符合“C”，并提供查询方式。
4.4.3 保障各类基本医疗保险制度参加人员的权益，强化参保者知情同意。	
4.4.3.1 保障各类参加基本医疗保险人员的权益，强化参保者知情同意。	<b>【C】</b> 1.维护参保人员的权益，提供基本医疗保险相关信息的咨询服务。 2.对于基本医疗保险服务范围外的诊疗项目应事先征得参保者的知情同意。

## 五、维护服务对象合法权益

评审标准	评审要点
4.5.1 有相关制度保证服务对象及其家属充分了解其合法权益。	<b>【C】</b> 有维护服务对象合法权益的相关制度并落实。
4.5.1.1 服务对象及其近亲属、授权委托人对其健康状况、诊断、医疗保健措施和医疗保健风险等具有知情选择的权利。有相关制度保证医务人员履行告知义务。（★）	<b>【B】</b> 符合“C”，并 医务人员尊重服务对象的知情选择权利，对服务对象或其近亲属、授权委托人进行健康状况、诊断、医疗保健措施和医疗保健风险告知的同时，能提供不同的诊疗方案。 <b>【A】</b> 符合“B”，并 服务对象或近亲属、授权委托人对医务人员的告知情况能充分理解，并在病历中体现。
4.5.2 医护人员应接受过知情同意和告知方面的培训，能够使用服务对象及其家属易懂的方式、语言与其沟通，并履行书面同意手续。	<b>【C】</b> 1.对医务人员进行维护服务对象合法权益、知情同意以及告知方面培训。 2.医务人员掌握告知技巧，采用服务对象易懂的方式进行沟通。 3.服务对象知晓告知的主要内容。 4.对实施手术、麻醉、高危诊疗操作等时履行书面知情同意手续。 <b>【B】</b> 符合“C”，并 知情同意书签署规范，内容完整，合格率 100%。
4.5.3 有保护服务对象隐私的设施和安全措施，尊重民族习惯和宗教信仰。	<b>【C】</b> 1.在就诊者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。 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、服务对象的不同习惯。 4.医护人员自觉保守服务对象隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露服务对象情况。 <b>【B】</b> 符合“C”，并 有私密性良好的医患沟通及知情告知场所。
4.5.3.1 有保护服务对象隐私的设施和安全措施，尊重民族习惯和宗教信仰。	<b>【C】</b> 1.在就诊者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。 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、服务对象的不同习惯。 4.医护人员自觉保守服务对象隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露服务对象情况。 <b>【B】</b> 符合“C”，并 有私密性良好的医患沟通及知情告知场所。

## 六、投诉管理

评审标准	评审要点
4.6.1 贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立专门部门统一接受投诉，及时处理并反馈。	<b>【C】</b> 1.有专门部门统一管理投诉。
4.6.1.1 贯彻落实《医院投诉	<b>【C】</b> 1.有专门部门统一管理投诉。

管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立专门部门统一管理服务对象和医务人员投诉，及时处理并反馈。（★）	2.有投诉管理相关制度及明确的处理流程。 3.有明确的投诉处理时限并得到严格执行。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.实行“首诉负责制”，科室、相关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.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>【A】</b> 符合“B”，并 1.配置完善的录音录像设施的投诉接待室。 2.定期进行医疗安全隐患排查。 3.持续改进有成效。 4.建立发言人制度。
4.6.2 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。	
4.6.2.1 公布投诉管理部门、联系方式以及投诉电话，建立健全投诉档案。	<b>【C】</b> 1.通过各种形式，在显要地点公布投诉管理部门、联系方式以及投诉电话，同时公布上级部门投诉电话。 2.有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。 3.规范投诉处理程序。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 建立健全投诉档案，包括书面、音像档案资料。
4.6.3 对全体员工进行纠纷防范及处理的专门培训。	
4.6.3.1 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有记录。	<b>【C】</b> 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有完整相关资料（每年至少一次）。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 开展典型案例教育。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 有培训效果评价。
4.6.4 定期分析投诉意见，持续改进医疗保健服务。	
4.6.4.1 定期分析投诉意见，持续改进医疗保健服务。	<b>【C】</b> 1.投诉管理部门定期对投诉情况进行归纳分类和分析研究，发现机构内管理、医疗保健质量的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。 2.定期召开投诉分析会议，分析产生投诉的原因，针对突出问题提出改进方案，并加强督促落实。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 将投诉与绩效考核工作评价相结合。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 通过投诉管理，提高服务对象对医疗保健服务和管理的满意率。

## 七、就诊环境管理

评审标准	评审要点
4.7.1 为就诊者提供就诊接待、引导、咨询服务。	
4.7.1.1 为就诊者提供就诊接待、引导、咨询服务。	<b>【C】</b> 1.有咨询服务台，专人服务，相关人员应熟知各服务流程。 2.有就诊指南或建筑平面图，并有清晰、易懂的服务标识。 3.有便民设施（如婴儿整理台、残疾人无障碍设施、饮水、健康教育宣传等服务）。 4.有卫生、清洁、无异味、防滑的卫生间，有专供残疾人使用的卫生设施、洗手池。 5.有适宜的供就诊车辆停放区域。 6.有预防意外事件（如，防跌倒、烫伤等）的措施与警示标识。 7.工作人员佩戴标识规范，易于患者辨识。

	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.实行“首问负责制”。</li> <li>2.电梯有专人管理。</li> </ol>
4.7.2 门诊候诊区及医技部门等均有统一、明显、易懂的标识。	
4.7.2.1 门诊候诊区、医技部门等均有明显、易懂的标识。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.各诊疗单元有明显的识别与路径标识。</li> <li>2.标识用字规范、清楚、醒目，导向易懂。</li> <li>3.有指定部门监管维护，无破损脱落。</li> </ol>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并标识与服务区域功能或路径完全相符，少数民族聚居区应有民族语言标识。</p>
4.7.3 就诊环境清洁、温馨、舒适、安全。根据妇女儿童特点配备适宜的设施和儿童活动空间，设立无障碍通道和哺乳区。	
4.7.3.1 就诊环境清洁、温馨、舒适、安全。根据妇女儿童特点配备适宜的设施和儿童活动空间，设立哺乳区。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.建筑布局符合就诊流程要求，设施设备适合妇女儿童特点，避免妇女儿童受到伤害。如电线插座、饮水设备、门窗设施、楼梯扶手等均应体现保护妇女和儿童的安全措施。</li> <li>2.建筑布局符合医院感染管理需要。</li> <li>3.门诊工作区满足就诊需要，有配备温馨适宜座椅的等候休息区。</li> <li>4.有儿童活动空间。</li> </ol>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有候诊排队提示系统。</li> <li>2.有安全管理、保洁管理措施。</li> <li>3.门诊就诊区设置独立空间的哺乳区，满足就诊者哺乳需求，标识规范、醒目、易懂，并配备基本设施，如洗手设施、舒适座椅、打包台等。</li> </ol>
4.7.4 执行《无烟医疗机构标准（试行）》。	
4.7.4.1 执行《无烟医疗机构标准（试行）》。	<p><b>【C】</b></p> <p>有禁止吸烟的醒目标识。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并有禁止吸烟的宣传教育计划并组织实施。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并打造无烟单位。</p>

## 第五章 机构管理

### 一、依法执业

评审标准	评审要点
5.1.1 依法取得《医疗机构执业许可证》和《母婴保健技术服务执业许可证》等。提供的诊疗项目与机构执业许可证上核准的诊疗科目相符。科室名称规范。	
5.1.1.1 依法取得《医疗机构执业许可证》。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。科室命名规范。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.依法取得《医疗机构执业许可证》并定期校验。机构改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，须及时完成变更登记。</li> <li>2.实际提供服务的诊疗项目与《医疗机构执业许可证》核准的诊疗项目相符。</li> <li>3.所内科室名称规范。</li> </ol>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂于门诊区域明显位置，接受社会与公众监督检查。</p>

<p>5.1.1.2 母婴保健专项技术服务要取得《母婴保健技术服务执业许可证》、《母婴保健技术考核合格证书》。</p>	<p><b>【C】</b> 1.从事婚前医学检查、产前诊断（筛查）、助产技术、终止妊娠和结扎手术的机构要依法取得《母婴保健技术服务执业许可证》。 2.从事婚前医学检查、产前诊断（筛查）、助产技术、终止妊娠和结扎手术服务的人员必须取得相应的《母婴保健技术考核合格证书》。 3.上述证件均在有效期内。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 《母婴保健技术服务执业许可证》、《母婴保健技术考核合格证书》按国家规定进行定期校验。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 近2年无违规执业事件发生。</p>
<p>5.1.2 根据相关法律、法规、规章、规范开展医疗保健活动。</p>	
<p>5.1.2.1 根据相关法律、法规、规章、规范开展医疗保健活动。 (★)</p>	<p><b>【C】</b> 1.根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动。 2.开展的诊疗活动符合国家相关法律法规及规范要求。 3.有医疗技术准入及监督管理的相关制度。 4.无从事非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性终止妊娠，超声检查等科室按要求悬挂警示标识。 5.卫生健康行政部门督查中未发现违法行为或对卫生健康行政部门督查发现的未达到需要处罚程度的违规行为能及时整改。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 评审周期内无卫生健康行政部门查实的医疗保健不良行为记录。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 评审周期内无一级主要责任以上医疗事故。</p>
<p>5.1.2.2 开展法律法规教育，有教育评价。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有法律法规培训计划、课程安排及相关资料。 2.每年至少开展2次法律法规全员培训。 3.新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 员工对相关的常用法律法规知晓率≥90%。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 员工对相关的常用法律法规知晓率≥95%。</p>
<p>5.1.3 由具备资质的专业技术人员提供医疗保健服务，不得超范围执业。</p>	
<p>5.1.3.1 在本所执业的专业技术人员全部具有执业资格，注册执业地点符合相关规定。(★)</p>	<p><b>【C】</b> 1.有专业技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 2.各级各类专业技术人员均取得执业资格，注册地点在本所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），按照本人执业范围开展医疗保健活动。 3.具有执业资格的研究生、进修人员经过本所授权，在上级医师（含护理、医技）指导下执业。 4.无专业技术人员违规执业、超范围执业及非专业技术人员从事医疗保健活动。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.相关职能部门对本所专业技术人员执业监管有记录。 2.专业技术人员执业资格管理资料完整。 3.实习生、研究生、进修生执业管理资料完整。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 用信息系统对专业技术人员执业资料进行动态管理。</p>
<p>5.1.4 按照规定申请医疗机构校验、发布医疗保健信息、广告真实可靠，符合法规要求。</p>	
<p>5.1.4.1 按照卫生健康行政部门规定按时完成医疗机构校验，发布医疗</p>	<p><b>【C】</b> 1.根据规定按时进行医疗机构校验。 2.发布的医疗保健信息真实可靠。 3.发布的医疗保健广告获得批准，符合法规要求。</p>

保健信息、广告真实可靠，符合法规要求。	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.有职能部门负责对发布医疗信息、医疗广告进行监督管理。 2.根据医疗保健实际情况及时更新服务信息。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关职能部门关于医疗保健广告审核、发布医疗保健信息审核资料完整，未发现虚假医疗保健信息和广告。
5.1.5 有完整的所内管理的规章制度和岗位职责，并能及时修订完善，职工熟悉本岗位职责及相关规章制度。	
5.1.5.1 制订完整的所内管理规章制度、岗位职责和诊疗规范。定期对职工进行培训与教育，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。	<b>【C】</b> 1.制订完整的所内管理规章制度、岗位职责、诊疗规范。 2.开展全员培训教育，提高员工执行规章制度及履行本岗位职责的自觉性。 3.各部门和全体员工熟悉本部门、本岗位相关的规章制度、岗位职责和履职要求。知晓率 80%以上。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.各部门和员工对相关规章制度和岗位职责知晓率 90%。 2.相关职能部门及科室对规章制度和岗位职责、诊疗规范加强监管，对存在问题及时反馈，有改进措施。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 规章制度和岗位职责定期修订，及时更新。

## 二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制

评审标准	评审要点
5.2.1 建立所内决策机制，实行所长负责制，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所领导班子集体讨论，并按管理权限和规定程序报批、执行。决策过程应科学有依据。	
5.2.1.1 实行所长负责制，院领导应把主要精力用于机构管理工作，职责范围明确，认真履责。	<b>【C】</b> 1.实行所长负责制。院领导和职能部门管理职责与责任明确。 2.所长参与妇幼公共卫生工作，熟悉妇幼卫生法律法规。 3.所领导班子及职能部门负责人共同参与研究、讨论、决策机构发展相关问题。 4.所领导定期将工作情况向职代会或全体员工述职，接受职工的评议。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 所长充分授权，尊重职能部门职责和意见。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 鼓励全体员工参与机构管理，提出建议和意见。
5.2.1.2 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（三重一大）须经集体讨论，集体决策并按管理权限和规定报批与公示，由职工监督。（★）	<b>【C】</b> 1.集体讨论决定重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项，接受职工监督。 2.重大事项实施前能获得职代会通过，并在决议中有记载。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.“三重一大”事项按管理权限和规定报批，按信息公开规定予以公示。 2.职工知晓率≥80%。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 相关重大事项应充分征求并尊重员工意见。
5.2.2 管理组织机构设置清晰合理，建立决策、控制、执行机制。各部门、科室及各级管理人员职责明确，实行管理问责制。所长定期召开联席会议，履行协调职能。	
5.2.2.1 有明确的组织架构图，能清楚反映机构组织架构。	<b>【C】</b> 1.有组织架构图，体现孕产保健部、儿童保健部、妇女保健部业务部门的架构。 2.组织架构图明确体现决策、控制、执行三个层次。 3.依据组织架构，制订工作制度和流程，明确各部门职能划分，体现分层管理。各部门依此制订内部工作制度和流程。

	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.机构对各部门工作制度和流程统一审核、调整、更新与发布执行。</p> <p>2.工作制度、流程、各部门职能等有多种渠道（如编印成册、上网等）展示，方便员工查阅。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>管理人员对本部门、本岗位工作制度、工作流程和岗位职责知晓率 100%。</p>
5.2.2.2 加强管理部门的效能建设，实行目标管理责任制。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.实行目标管理责任制，有考核办法，落实目标考核奖惩措施。</p> <p>2.有指定职能部门负责效能建设，提高执行力。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>相关职能部门人员对本部门、本岗位管理责任目标的知晓率≥80%。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>对目标责任的落实情况有定期督导检查。</p>
5.2.3 管理人员了解和掌握有关法律法规和部门规章，参加管理知识教育与技能的培训。	
5.2.3.1 所科负责人掌握现行的有关法律法规和部门规章，并能够定期参加管理技能培训，掌握管理技能。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.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。</p> <p>2.相关管理人员接受培训人数≥80%，培训时数每人每年≥8 个学时。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>至少能运用一至二项质量管理改进的方法及质量管理常用技术工具。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>对有关法律法规有效执行，将管理工具运用于工作实际并取得良好成效，有总结。</p>

### 三、人力资源与科教管理

评审标准	评审要点
5.3.1 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人事管理制度，人力资源配置符合功能任务和管理的需要。	
5.3.1.1 设置人力资源管理部门，人事管理制度健全。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有科室和人员管理人力资源，职责明确。</p> <p>2.人事制度完整健全，通过多种渠道公布，方便职工查询，并能够根据有关部门要求及时更新。</p> <p>3.建立健全全员聘用制度和岗位管理制度。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>相关人员对本部门、本岗位的履职要求知晓率≥80%。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>聘用合同与劳动合同规范完善，双方责权利清晰。</p>
5.3.1.2 卫生专业技术人员配置及其资格结构适应本所规模任务的需要。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.卫技人员占全所总人数≥80%。</p> <p>2.医疗保健科室配设高级职称人员的科室≥70%。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.有所科两级人员紧急替代程序与替代方案。</p> <p>2.有紧急替代人员的有效联络方式。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>人才梯队建设、人力资源配置满足发展与服务需要。</p>
5.3.2 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。	
5.3.2.1 卫生专业技术人员资质的认定与聘用。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有每个岗位的说明书，包括工作任务和任职条件；每位卫技人员有明确的岗位，有实例可查。</p> <p>2.职能部门为每位卫技人员建立个人技术考评档案，主要至少有：</p> <p>(1)执业注册证、职称、职务、文凭、学位、教育和培训等资料复印件，以及验证</p>

	<p>记录。</p> <p>(2)有确定的岗位与变更程序，应具备技能的记录。</p> <p>(3)开展高危操作项目的要经批准开设高危操作项目（含手术、麻醉、腔镜等），有高危操作岗位（如特定检验与病理项目等）等授权的记录。</p> <p>(4)接受不同层次的心肺复苏技术培训，考核合格，有能胜任复苏工作的记录。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 人力资源管理部门会同相关职能部门及用人科室共同管理。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 至少每3年一次对每位卫技人员资质，包括：业务水平、工作成绩和职业道德、高危操作项目授权等，进行重新审核评估有记录。</p>
5.3.2.2 外来短期工作人员的技术资质管理。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有外来短期工作人员（医学实习生、研究生、进修生、国内外来访者）直接从事医疗保健活动的资质管理制度，并与国家的法律法规和卫生健康行政部门现行规定相符。</p> <p>2.明确规定对外来短期工作人员直接从事医疗保健工作所发生的医疗保健不良事件、差错、事故的处理与后果承担责任。</p> <p>3.明确规定医学实习生、进修生、研究生岗位培训的项目（如职业道德、医疗文书、心肺复苏、患者安全、患者隐私保护与知情同意等），考核合格后上岗，应在上级卫生技术人员指导下工作。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 明确规定，对外来短期工作人员直接从事各种有创诊疗时，事先取得患者书面知情同意。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 职能部门对管辖范围内的外来短期工作人员进行监管，有详细的监管记录，有工作质量追踪与成效评价。</p>
5.3.3 有卫生专业技术人员岗前培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。	
5.3.3.1 实行卫生专业技术人员岗前培训制度。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有新员工岗前培训制度。</p> <p>2.有卫生专业技术人员轮岗、转岗的上岗前培训制度。</p> <p>3.有针对不同培训要求制订的岗前培训大纲、教学计划。</p> <p>4.有培训考核记录并将考核结果列入个人技术档案。</p> <p>5.有指定的职能部门负责相应的岗前培训工作。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 有完整的岗前培训资料（如职业道德、医疗文书、心肺复苏、患者安全、患者隐私保护与知情同意等）。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 有岗前培训教育质量评价和岗前培训的效果评价，持续改进岗前培训工作。</p>
5.3.3.2 实施卫生专业技术人员继续教育制度。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有继续医学教育组织及专（兼）职人员，有职能部门负责具体组织实施。</p> <p>2.有保障继续医学教育的资金投入和完善的设备设施。</p> <p>3.有定期的继续医学教育督导检查，持续改进工作，检查结果与科室、个人考核挂钩。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 全所卫生技术人员年度继续医学教育达标率≥90%。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 每年承担继续医学教育项目≥1个。</p>
5.3.3.3 承担与本所功能任务相适应的医学教育项目。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.制订教学管理制度并落实，有专人负责医学教育工作。</p> <p>2.承担所外卫生技术人员进修生、专科技术培训。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 使用管理工具，设有相关的指标监测与评估教学工作。</p>

	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 证据表明医学教育工作质量持续改进，教学水平不断提高。</p>
5.3.4 加强专科建设和人才培养，培养复合型人才，有学科带头人选拔与激励机制。	
5.3.4.1 加强专科建设和人才培养，积极培育重点专科。	<p><b>【C】</b> 1.有专科建设及重点专科建设发展规划。 2.有学科带头人选拔与激励机制。 3.有人才培养计划和人才梯队。 4.有重点专科培育与支持措施，包括经费投入等。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.有近3年来专科建设、专科培育及人才培养的相关资料。 2.专科建设与人才培养经费到位率≥80%（以年终财务报表数据为准）。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 专科建设与人才培养经费到位率100%（以年终财务报表数据为准）。</p>
5.3.5 有制度支持鼓励医务人员参与、开展与本区域常见病、多发病相关的调查研究，并提供适当的经费、条件与设施。	
5.3.5.1 有制度支持鼓励医务人员参与、根据本区域常见病、多发病开展的相关调查研究，提供适当的经费、条件与设施。	<p><b>【C】</b> 1.有制度支持鼓励医务人员参与、根据本区域常见病、多发病开展的相关调查研究。 2.参与各级各类外来科研课题组研究任务。 3.提供适当的经费、条件与设施。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.具有与本所医疗技术水平相适应的科研课题选题、立项、设计及研究能力。 2.相关职能部门对工作有监管，有追踪、有评估与持续改进。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 本所作为第一主研人的科研成果得到奖励。</p>
5.3.6 有保障与鼓励群体保健人员从事群体保健工作的措施。	
5.3.6.1 有保障与鼓励群体保健人员从事群体保健工作的措施。	<p><b>【C】</b> 1.有保障与鼓励群体保健人员从事群体保健的制度。 2.从事群体保健的工作人员待遇不低于本所同类专业技术人员的平均水平。 3.绩效考核的分配机制有利于群体保健工作的开展。 4.提供群体保健工作必须的交通工具、安全保障条件。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 从事群体保健的工作人员待遇高于本所同类专业技术人员的平均水平。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 职务、职称晋级向群体保健工作人员适当倾斜。</p>
5.3.7 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律法规，建立与完善职业安全防护的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前进行职业安全防护教育。	
5.3.7.1 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律法规的要求，建立与完善职业安全防护与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	<p><b>【C】</b> 1.有职业安全防护应急预案。 2.有员工职业暴露损害的紧急处理程序和措施。 3.有职业安全防护的教育培训。 4.有职业安全监测制度。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 有高危岗位的个人安全监测（如放射剂量监测）记录档案（近三年）。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 职能部门有监管记录、职业损害根因分析、职业安全评价。</p>



## 四、信息与图书管理

评审标准	评审要点
5.4.1 有以所长为核心的信息化建设领导小组，有负责信息管理的专（兼）职部门，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。	
5.4.1.1 建立以所长为核心的信息化管理组织及负责信息管理的专职部门、制度、中长期规划与计划。	<b>【C】</b> 1.有所级信息化领导组织，有明确的职责并定期召开专题会议，每年至少1次，有记录。 2.依据规模，设置信息管理专职部门和人员。 3.有信息化建设中长期规划和年度工作计划，信息化建设规划与本所中长期规划一致。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.规划内容应包括实施方法、实施步骤、工作分工、经费预算等。 2.根据管理需要和信息化建设发展要求及时修订相应的规章制度。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 年度目标明确，量化可行，有追踪机制。
5.4.2 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，为机构管理提供决策依据。	
5.4.2.1 管理信息系统应用满足本所管理需求。	<b>【C】</b> 有管理信息系统和资源管理信息系统以及相关子系统（如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等）满足管理需求。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 信息系统能准确收集、整理本所管理数据和医疗保健质量控制资料。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 有决策支持系统，为本所管理提供全面支撑。
5.4.2.2 医疗保健信息系统应用满足医疗保健工作需求。	<b>【C】</b> 有医疗保健信息系统，主要包括医生工作站系统、实验室系统等系统。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 信息系统有自助挂号或预约等有益于方便就诊的功能措施。
5.4.3 实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护服务对象隐私。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。	
5.4.3.1 加强信息系统的安全保障和服务对象的隐私保护。	<b>【C】</b> 1.实施国家信息安全等级保护制度，有落实的具体措施。 2.有信息系统安全措施和应急处理预案。 3.信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 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（包括数据库和运用系统）、医疗保健数据使用控制、保障网络信息安全和保护病人隐私。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 外部评估信息系统安全保护等级不低于第二级。
5.4.3.2 加强信息系统运行维护。	<b>【C】</b> 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.有信息系统软件更新、增补记录。 4.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。

	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.有信息系统运行事件（如系统瘫痪）相关的应急预案并组织演练，各部门各科室有相应的应急措施，保障全所运营，尤其是医疗保健工作在系统恢复之前不受影响。</p> <p>2.有根据演练总结开展持续改进的方案和措施。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>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和改进方案，并组织落实。</p>
5.4.4 图书室基本设置和藏书数量能满足管理、业务、教学和科研的需要，提供网络版医学文献数据库检索服务。	
5.4.4.1 图书室基本设置和藏书数量能满足管理、业务、教学和科研的需要，提供网络版医学文献数据库检索服务。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有医学图书室工作制度和医学图书馆信息服务制度。</p> <p>2.藏书数量（包括电子图书）不低于 1000 册/百名卫技人员。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>提供网络版医学文献数据库检索服务（中文）。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>有网上图书预约、催还和续约。</p>

## 五、财务与价格管理

评审标准	评审要点
5.5.1 执行《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、《中华人民共和国审计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关法规制度，财务部门设置合理、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。	
5.5.1.1 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。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.根据相关法律法规的要求，制订健全机构财务管理制度，并根据政策法规变动情况及时更新。</p> <p>2.实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，财务活动在所长领导下，由院财务部门集中管理。</p> <p>3.有内部监督制度和经济责任制。</p> <p>4.有月度、季度、年度财务报告。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.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。</p> <p>2.财务监督实行事前、事中、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，并接受上级有关部门监督。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>1.无违法违规案件，无“小金库”。</p> <p>2.有定期财务管理总结分析报告，持续改进财务工作。</p>
5.5.1.2 财务管理人员配置合理，岗位职责明确。	<p><b>【C】</b></p> <p>1.财务人员配置到位，会计人员持证上岗。</p> <p>2.各级各类人员有明确的岗位职责。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <p>1.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 5 年以上经历。</p> <p>2.有人员业务培训计划和执行记录。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <p>重要岗位有轮转机制，转岗前进行新岗位上岗培训。</p>
5.5.2 有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。	
5.5.2.1 有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大	<p><b>【C】</b></p> <p>1.有经济活动决策机制和程序。</p> <p>2.有重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。</p>

经济事项集体决策制度和责任追究制度。	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.对重大经济事项决策实行权限管理、分级负责。 2.重大经济项目有详实、合理的立项论证报告。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 对重大经济项目有跟踪评价、成本效益分析和审计，向职代会或职工大会报告。</p>
5.5.3 实行成本核算，降低运行成本。控制债务规模，降低财务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。	
5.5.3.1 实行成本核算，降低运行成本。	<p><b>【C】</b> 1.有成本管理相关制度。 2.有专（兼）职成本核算人员负责成本核算工作，有岗位职责。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 加强成本控制，建立健全费用审核等相关制度，采取有效措施，控制成本费用支出（近三年案例）。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 根据成本分析报告，向机构管理层提交相关建议，提高机构成本效益。</p>
5.5.3.2 控制债务规模，加强资产管理，提高国有资产使用效益。	<p><b>【C】</b> 1.有收支结余管理、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。 2.医疗保健服务相关领域的对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准，并进行专项监督管理。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 有对本所资产管理的监管机制，定期分析评价，保障国有资产保值增值。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 有根据监管评价建议，持续改进资产管理工作，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内。</p>
5.5.4 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；确保医药价格计算机管理系统信息准确。	
5.5.4.1 按照有关政策规定，合理配置价格管理人员。	<p><b>【C】</b> 1.制订和落实价格管理相应制度。 2.有价格管理专（兼）职人员和相应的岗位职责，能够正确掌握医药价格政策。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 合理配置价格管理人员，满足工作需要。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 有价格管理人员考核相关制度与记录。</p>
5.5.4.2 健全、完善所内医药价格管理机制和医药价格管理制度，不断改进所内价格管理工作。	<p><b>【C】</b> 1.全面落实价格公示制度，提高收费透明度。 2.有明确的价格管理工作流程、管理制度，有医药收费复核制度与监管措施。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 有价格投诉处理机制和处理程序，有专人负责价格投诉处置工作，处理及时。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 落实整改措施，持续改进价格管理工作，无违规收费。</p>
5.5.5 建立与完善内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对本所经济运行进行定期评价与监控，审计结果对所长负责。	
5.5.5.1 建立与完善内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对本所经济运行进行定期评价与监控，审计结果对所长负责。	<p><b>【C】</b> 建立内部审计制度，有内部审计人员，岗位职责明确。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 有年度审计计划，对本所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。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 所年度财务报告按规定经注册会计师审计，由注册会计师签发“所年度财务审计报告”。</p>

5.5.6 按照《中华人民共和国预算法》和财政部门、主管部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算，严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	
5.5.6.1 按照预算管理制度，编制年度预算。	<b>【C】</b> 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.所有收支全部纳入预算管理，实行全面预算管理。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 按规范程序进行预算编制、审批和调整。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 对预算制度执行情况进行定期监管，提高预算管理水平。
5.5.6.2 严格执行预算，加强预决算管理和监督。	<b>【C】</b> 1.严格执行批复的预算。 2.定期进行预算执行结果的分析和考核。 3.按照规定及时编制年度决算报财政部门审核。 4.根据财政部门对决算批复意见及时调整有关数据。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 将部门预算执行结果、成本控制目标实现情况和业务工作效率作为内部业务综合考核内容，定期进行考核。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 有预算执行情况分析报告和相关的改进措施，预算管理得到加强。
5.5.7 建立以公共卫生职能履行、服务质量与安全、服务数量和群众满意度为核心的所内部门和人员绩效考核制度。	
5.5.7.1 建立以公共卫生职能履行、服务质量与安全、服务数量和群众满意度为核心的所内部门和人员绩效考核制度。	<b>【C】</b> 1.有绩效工资管理制度。 2.明确规定个人收入不与业务收入直接挂钩。 3.相关人员知晓分配方案。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.综合绩效考核突出医德医风、公共卫生职能履行、技术能力、服务质量、安全和数量等。 2.有持续改进内部收入分配制度，体现公平公正的事例。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 绩效考核与分配方案经过职工大会讨论通过。

## 六、医德医风管理

评审标准	评审要点
5.6.1 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，尊重、关爱服务对象，主动、热情、周到、文明服务。	
5.6.1.1 有负责医德医风管理的组织体系，指定部门负责医德医风管理与考核。将医德医风的要求纳入各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责。	<b>【C】</b> 1.有医德医风管理组织体系，指定部门负责管理与考评。 2.有多部门共同参与的医德医风考评及结果共享机制。 3.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.有全所医德医风考评方案和量化标准。 2.有定期进行医德医风考评的档案（近三年）。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 有优秀科室及个人的宣传、表彰、奖励措施，并落实（近三年）。
5.6.2 有制度与相关措施对本所及其工作人员不得通过职务便利谋取不正当利益的情况进行监控与约束。	
5.6.2.1 有制度与相关措施对机构及其工作人员不	<b>【C】</b> 1.有廉洁自律的工作规范，重点部门、重点人员监控与约束相关制度。 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。

得通过职务便利谋取不正当利益的情况进行监控与约束。	<b>【B】</b> 符合“C”，并有落实重点部门、重点人员定期告诫或轮岗制度的记录。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并对存在问题和隐患有分析及反馈，有改进措施落实的记录。
5.6.3 开展本所文化建设。逐步建立起以妇女儿童为中心导向的、根植于本所理念的特色价值趋向、行为标准。	
5.6.3.1 建立以妇女儿童为中心导向、根植于本所服务理念，并不断物化的特色价值趋向、行为标准。	<b>【C】</b> 1.文化建设能够体现以妇女儿童为中心导向、根植于本所服务理念（如开展“优质护理服务”、“志愿者活动”等）。 2.有对员工价值取向的培训和教育，员工知晓率达到90%。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.有员工行为准则。 2.所内环境、员工行为规范体现本所文化特色。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 本所在该地区社会评价高。
5.6.3.2 开展所安全文化建设。	<b>【C】</b> 1.将安全文化建设方案或计划纳入本所建设发展规划，传递至全体员工。 2.有措施强化伦理管理，执业过程严格遵守职业道德，以保护服务对象的权利。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.有措施确保进行医疗保健安全（不良）等信息监测与分析时，是不针对特定的个人。 2.有措施确保不因财务费用因素而危及患者抢救。

## 七、后勤管理

评审标准	评审要点
5.7.1 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“以妇女儿童为中心”，满足医疗保健服务流程需要。	
5.7.1.1 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“以妇女儿童为中心”，满足医疗保健服务流程需要。	<b>【C】</b> 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“以妇女儿童为中心”，满足医疗保健服务流程需要，有定期教育培训活动。 2.后勤人员知晓本岗位职责和相关制度。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 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>【A】</b> 符合“B”，并 就诊者、员工对服务工作满意度高。
5.7.2 水、电、气等后勤保障满足本所运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。	
5.7.2.1 水、电、气等后勤保障满足本所运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。（★）	<b>【C】</b> 1.有水、电、气等后勤保障的操作规程，合理配备人员，职责明确，按规定持证上岗。 2.水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，张贴和悬挂相关操作规程和设备设施的原理图。 3.有日常运行检查、定期定级维护保养，且台账清晰。 4.有明确的故障报修、排查、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，明确出现应急情况下优先保障水、电、气等资源供应的科室/部门，并定期组织演练。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 有控制与降低能源消耗的计划、措施与目标并落实到相关科室。

	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 主管部门能运用质量管理工具对本所控制与降低能源消耗的成效进行分析、评价与持续改进，季有通报、半年有小结、年度有总结报告（近三年）。</p>
5.7.2.2 有完善的物流供应系统，物资供应满足本所需要。	<p><b>【C】</b> 1.物流系统完善。 2.有明确的物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程，记录完整。 3.有适宜的存量管理及应急物资采购预案。 4.依据使用部门业务需求和意见，制订物资采购计划。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 有物资下送科室相关制度并严格执行。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 定期征集各部门意见，开展物流工作追踪与评价，并持续改进。</p>
5.7.3 为员工和服务对象提供餐饮服务，满足需要，保障饮食卫生安全。（可选）	
5.7.3.1 有专职部门或专人负责膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位责任。	<p><b>【C】</b> 1.根据规模，有专职部门和人员负责本所（患者与员工）膳食服务。 2.有各项食品卫生安全管理制度和岗位责任，相关人员应知晓。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 膳食服务外包的，机构需确认供应商生产、运输及机构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。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 有年度外包业务管理的内部审计与质量安全评估报告（近三年）。</p>
5.7.3.2 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。	<p><b>【C】</b> 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。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 有监管评价及相关记录。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 有证据表明根据监管情况，不断改进食品卫生管理。</p>
5.7.3.3 有突发食品安全事件应急预案。	<p><b>【C】</b> 1.有根据相关法律法规制订的突发食品安全事件应急预案。 2.相关人员知晓本部门、本岗位的应急职责与应急流程。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 有根据预案开展的应急演练，有记录、有总结和改进措施。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 有证据表明持续改进措施得到落实。</p>
5.7.4 有健全的医疗废物管理制度。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。	
5.7.4.1 建立健全医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。	<p><b>【C】</b> 1.有医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。 2.污水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和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 相关职能部门对制度与岗位职责落实情况有监管评价和记录。</p>
	<p><b>【A】</b>符合“B”，并 有证据表明持续改进措施得到落实。</p>
5.7.4.2 工作人员的安全防护符合规定。	<p><b>【C】</b> 1.有安全防护规定。 2.工作人员经过相关培训合格。</p>
	<p><b>【B】</b>符合“C”，并 有安全防护的监管和完整的监管资料。</p>

	<p><b>【A】</b>符合“B”，并有证据表明持续改进措施得到落实。</p>
5.7.4.3 医疗废物处置和污水处理符合规定。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.医疗废物处置设施设备运转正常，有运行日志。</li> <li>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。</li> <li>3.有应急预案及监管记录。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 医疗废物存放、处理符合环保要求，污水处理系统通过环保部门评价。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有证据表明持续改进措施得到落实。</p>
5.7.5 安全保卫组织机构	健全，制度完善，人员、设备、设施要求符合规范。
5.7.5.1 安全保卫组织健全，制度完善；保卫人员配备结构合理，岗位职责明确。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.安全保卫组织健全。</li> <li>2.有安全保卫部署方案和管理制度。</li> <li>3.保卫人员配备结构合理，岗位职责明确。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 安全保卫人员知晓自身岗位职责并经过相应的技能培训。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有职能部门对安全保卫工作进行监管，并持续改进有成效。</p>
5.7.5.2 有应急预案，定期组织演练。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有安全保卫应急预案。</li> <li>2.相关人员知晓安全保卫应急预案的相关内容和要求。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 定期（至少每年一次）组织演练。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 根据演练评价结果制定改进措施并得到落实。</p>
5.7.6 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。
5.7.6.1 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。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.各种安全保卫设备设施配置完好，满足管理要求。</li> <li>2.有完整的全所安全网络信息库和设备设施清单，有完整的监管记录和维护记录。</li> <li>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、计算机中心等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。</li> <li>4.视频监控室符合相关标准，有严格管理制度。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.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”。</li> <li>2.视频监控系统应采用数字硬盘录像机等作为图像记录设备。</li> </ol> <p><b>【A】</b>符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有一定维护能力或外包服务，做到在出现故障时，能在1小时内现场响应，并保证故障现场解决时间降低到2小时以内。</li> <li>2.视频监控系统完好率做到100%。</li> </ol>
5.7.6.2 合理使用视频监控资源。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有视频监控资源使用有制度与程序。</li> <li>2.有明确的隐私保护规定，具体措施能到位。</li> <li>3.进行24小时图像记录，保存时间不少于30天。</li> </ol> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 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。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有严格的视频监控资源使用审批和完整的资源使用记录。</p>
5.7.7 消防系统管理符合	国家相关标准，定期开展演练；消防器材、压力容器、电梯等设备按期年检。
5.7.7.1 消防安全管理。	<p><b>【C】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有消防安全管理制度、教育制度和应急预案。</li> </ol>

<p>(★)</p>	<p>2.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。 3.消防安全教育纳入新员工培训考核内容，定期（至少每年一次）进行全所职工的消防安全教育。 4.科室消防安全职责管理落实到人，当班人员有火灾时的应急分工。 5.消防通道通畅，防火器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范要求。 6.每月至少组织一次消防安全检查，同时根据消防安全要求，开展年度检查、季节性检查、专项检查等，有完整的检查记录。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 1.加强消防安全重点部门、重要部位防范与监管，有监管记录。 2.全所职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能，知晓报警、初起火灾的扑救方法，会使用灭火器材，能自救、互救和逃生，按照预案疏散病人。 3.定期（至少每年一次）进行消防安全重点部门的消防演练。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 对消防检查中发现的问题进行分析并持续改进。</p>
<p>5.7.7.2 加强特种设备管理。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有特种设备（锅炉和其他压力容器、电梯等）管理制度和管理人员岗位职责。 2.有特种设备操作规程，专人负责，作业人员持证上岗，有相关操作记录。 3.有维护、维修、验收记录。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 年检合格，并公示年检标签。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 主管职能部门有完整的特种设备清单和档案资料，有监管记录。</p>
<p>5.7.7.3 加强危险品管理。</p>	<p><b>【C】</b> 1.有危险品安全管理部门、制度和人员岗位职责。 2.作业人员熟悉岗位职责和管理要求，经过相应培训，取得相应资质。 3.有全所危险品分布清单、采购、使用、消耗等登记资料，账物相符。 4.危险品存放场地要符合有关管理部门制订的安全要求。 5.有相应的危险品安全事件处置预案，相关人员熟悉预案及处置程序。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 对危险品监管有定期专人巡查记录，机构信息系统能动态反映（重点为易燃、易爆和有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施）。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 根据安全主管部门对职能部门的监管情况提出的整改措施得到落实。</p>
<p>5.7.8 后勤相关技术人员持证上岗，按技术操作规程工作。</p>	
<p>5.7.8.1 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。</p>	<p><b>【C】</b> 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，法律、法规无特别要求的其他非专业特殊工种，经相关省级行业协会的培训合格。 2.操作人员均掌握技术操作规程。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 定期参加或举办相关教育培训活动。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 职能部门对相关人员进行监管有记录。</p>
<p>5.7.9 环境卫生符合爱国卫生运动和无烟医院的相关要求，美化、硬化、绿化达到环境标准要求，为服务对象提供温馨、舒适的服务环境。</p>	
<p>5.7.9.1 环境卫生符合爱国卫生运动和无烟医院的相关要求，环境美化、绿化，道路硬化，做到优美、整洁、舒适。</p>	<p><b>【C】</b> 有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责本所环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施。</p> <p><b>【B】</b>符合“C”，并 环境优美、整洁、舒适，符合爱国卫生运动委员会和无烟医院相关要求。</p> <p><b>【A】</b>符合“B”，并 有上述工作的监管制度并落实，不断改进环境卫生工作质量。</p>



5.7.10 对全所各类外包服务质量与安全实施监督管理。	
5.7.10.1 制订外包业务管理制度。	<b>【C】</b> 1.有主管职能部门设置专人负责全所后勤、医疗保健与医技等层面的外包业务监督管理，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，以及服务质量与安全的内容和标准。 3.有外包业务的项目评估和审核制度与程序。 4.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。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 每个项目均有考核记录，对违约事实根据合同落实违约责任。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 每个项目均有年度外包业务管理的内部审计与质量安全评估报告（近三年）。外包业务质量改进得到落实。

## 八、医学装备管理

评审标准	评审要点
5.8.1 医学装备管理符合相关要求，有设备论证、采购、使用、保养、维修、更新和资产处置制度与措施。	
5.8.1.1 建立医学装备部门和装备管理技术队伍，人员配置合理。有相关工作制度、职责和 workflows。	<b>【C】</b> 1.根据“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则建立所领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备委员会。 2.根据机构规模及医学装备情况建立相应的医学装备部门和专（兼）职医学装备的管理技术队伍，人员配置合理，人员岗位职责明确。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.有医学装备申请、论证、决策、购置、验收、使用、保养、质控、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与工作流程。 2.相关人员知晓相关制度、工作流程和岗位职责。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 有职能部门监管医学装备工作并记录，不断改进医学装备管理质量。
5.8.2 按照《大型医用设备配置与使用管理办法》，加强大型医用设备配置管理，优先配置功能适用、技术适宜的医疗设备。有社会效益、临床使用效果、应用质量、功能开发等分析。	
5.8.2.1 制订常规与大型医学装备配置方案。	<b>【C】</b> 1.医学装备配置原则与配置标准，优先配置功能适用、技术适宜、节能环保的装备。注重资源共享，杜绝盲目配置。 2.医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在 50 万元以上的医学装备有可行性论证。 3.购置纳入国家规定管理品目的大型设备持有配置许可证。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 1.有根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立的医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。 2.有健全医学装备档案管理制度与完整的档案资料，单价在 5 万元以上的医学装备按照集中统一管理的原则，做到档案齐全、账目明晰、帐物相符、完整准确。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 有实施医学装备配置方案的全程监管和审计以及完整的相关资料。
5.8.2.2 有大型医用设备成本效益、临床保健使用效果、质量等分析。	<b>【C】</b> 1.大型医用设备相关医师、操作人员、工程技术人员须接受岗位培训，业务能力考评合格。 2.有医学装备使用评价相关制度。

	3.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。 【B】符合“C”，并 分析评价报告提供给装备委员会并反馈到有关科室。 【A】符合“B”，并 有证据表明分析报告涉及的问题得到改进。
5.8.3 对医疗仪器设备使用人员进行操作培训，开展医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作，定期对医疗器械使用安全情况进行考核和评估。	
5.8.3.1 对医疗仪器设备使用人员进行操作培训，开展医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作，定期对医疗器械使用安全情况进行考核和评估。	【C】 1.有医学装备临床使用安全控制与风险管理的相关工作制度与流程。 2.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。 3.医疗设备操作人员经过相应设备操作培训。 4.医疗装备部门为医疗保健科室合理使用医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。 【B】符合“C”，并 1.有医疗设备操作手册并随设备存放，供方便查阅。 2.建立医疗器械安全（不良）事件报告分析、评估、反馈机制。 【A】符合“B”，并 根据风险程度，发布风险预警，暂停或终止高风险器械的使用，能运用质量管理工具对存在风险程度（案例）进行根因分析与持续改进，有年度分析报告（近三年）。
5.8.3.2 加强特殊装备技术安全管理。	【C】 1.特殊装备（如高压容器、放射装置等）具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明。 2.特殊装备操作人员经过培训，具有相应的上岗资格。 【B】符合“C”，并 装备管理部门对特殊装备定期自查和监测，有完整的自查和监测资料。 【A】符合“B”，并 有根据自查和监测情况改进特殊装备安全的措施并得到落实。
5.8.3.3 加强计量设备监测管理。	【C】 1.有计量设备清单、定期检测记录和维修记录等相关资料。 2.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。 【B】符合“C”，并 为医疗保健提供准确的计量设备，无因“计量错误”的原因所致的医疗保健安全事件。 【A】符合“B”，并 计量器具 100%具有计量检测合格标志，100%在有效期内。
5.8.4 用于急救、生命支持的仪器装备要始终保持在待用状态，建立全所应急调配机制。	
5.8.4.1 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全所应急调配机制。（★）	【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。 3.有全所医学装备应急调配机制，相关人员知晓。 【B】符合“C”，并 主管部门会同职能部门定期追踪各科室急救类、生命支持类装备的状态，并记录。 【A】符合“B”，并 1.急救类、生命支持类装备完好率 100%。 2.有备用的处于待用状态的急救类、生命支持类装备。
5.8.5 加强医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理。	
5.8.5.1 加强医用耗材和一次性使用无菌器械管	【C】 1.用制度与程序统一全所管理医用耗材和一次性使用无菌器械管理，有相关记录。

理。	(1)采购记录、溯源管理、储存管理、档案管理、销毁记录等。 (2)采购记录内容应当包括企业名称、产品名称、原产地、规格型号、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、采购日期等，确保能够追溯至每批产品的进货来源。 2.支持主动免责报告医用耗材和一次性使用无菌器所致的相关不良事件。
	<b>【B】</b> 符合“C”，并 主管部门对高值耗材和一次性使用无菌器械采购与使用情况监督，有检查记录。
	<b>【A】</b> 符合“B”，并 主管部门能运用质量管理工具对存在问题缺陷进行根因分析与持续改进，季有通报、半年有小结、年度有总结报告（近三年）。

## 九、应急管理

评审标准	评审要点
5.9.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府与卫生健康行政部门制定的应急预案。服从指挥，承担突发公共事件的紧急医疗救援任务和配合突发公共卫生事件防控工作。	
5.9.1.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，承担突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。	<b>【C】</b> 1.有关人员了解国家有关法律、法规和各级政府制定的应急预案的内容。 2.明确本机构在应对突发事件中应发挥的功能和承担的任务。 3.根据卫生健康行政部门指令承担突发公共事件的医疗救援及突发公共卫生事件防控工作。 <b>【B】</b> 符合“C”，并 有职能部门负责应急管理工作，相关人员熟悉应急预案以及本所的执行流程。 <b>【A】</b> 符合“B”，并 对参与的每项医疗救援或防控工作均有总结分析，持续改进应急管理工作。
5.9.2 建立健全本所应急管理组织和应急指挥系统，负责全所应急管理工作。	
5.9.2.1 建立健全本所应急管理组织和应急指挥系统，负责全所应急管理工作。	<b>【C】</b> 1.有应急指挥系统，所长是单位应急管理的第一责任人。 2.主管职能部门负责日常应急管理工作。 3.有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。 4.行政总值班有应急管理的明确职责和流程。 5.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 <b>【B】</b> 符合“C”，并 1.有信息报告和信息发布相关制度。 2.根据法律法规要求和有关部门授权履行信息发布。 <b>【A】</b> 符合“B”，并 有应急演练或应急实践总结分析，对应急指挥系统的效能进行评价，持续改进应急管理工作。
5.9.3 开展灾害脆弱性分析，明确本所需要应对的主要突发事件及应对策略。	
5.9.3.1 开展灾害脆弱性分析，明确本所需要应对的主要突发事件及应对策略。	<b>【C】</b> 定期(至少每年一次)进行灾害脆弱性分析，有灾害脆弱性分析报告。 <b>【B】</b> 符合“C”，并 进行风险评估和分类排序，明确应对的重点。 <b>【A】</b> 符合“B”，并 对应对重点进行调整，对相应预案进行修订，并开展再培训与教育。
5.9.4 制定各类应急预案，提高快速反应能力。	
5.9.4.1 制定各类应急预案。 (★)	<b>【C】</b> 1.根据灾害脆弱性分析评估和分类排序确定的重点，制订本所应对各类突发事件的总体预案和部门预案、标准操作程序。 2.明确在应急状态下各个部门的责任和各级各类人员的职责、应急反应行动的程序。

	3.有节假日及夜间应急相关工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。
	【B】符合“C”，并编制应急预案手册，方便员工随时查阅，各部门各级各类人员知晓本部门和本岗位相关职责与流程。
	【A】符合“B”，并定期并及时修订总体预案和专项预案，持续完善。
5.9.5 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全所的整体应急能力。	
5.9.5.1 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全所的整体应急能力。	【C】 制订安全知识及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。
	【B】符合“C”，并开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。
	【A】符合“B”，并各科室、部门每年至少组织一次系统的防灾训练。
5.9.6 有停电事件的应急对策。	
5.9.6.1 有停电事件的应急对策。	【C】 1.对突发火灾、雷击、风灾、水灾等造成的意外停电，有应急措施明确应急供电的范围（手术室等），至少每年一次演练，有记录。 2.员工都应知晓停电时的对策程序，各个病区都设置有应急用照明灯。 3.至少每年一次检查接地系统，对手术室医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地常规维护，有记录。
	【B】符合“C”，并对本所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。
	【A】符合“B”，并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。

## 十、所务公开

评审标准	评审要点
5.10.1 按照有关规定，向社会及服务对象公开信息。	
5.10.1.1 按照有关规定，向社会及服务对象公开信息。	<p>【C】</p> <p>1.向社会公开的主要内容有清单，至少包括，但不限于：</p> <p>(1)机构资质信息；</p> <p>(2)医疗保健质量；</p> <p>(3)医疗保健服务价格和收费信息；</p> <p>(4)便民措施；</p> <p>(5)集中采购招标；</p> <p>(6)行业作风建设情况；</p> <p>(7)本所设定的其他需向社会公开的信息。</p> <p>2.对所内的所务公开内容有清单，至少包含，但不限于：</p> <p>(1)本所重大决策事项；</p> <p>(2)运营管理；</p> <p>(3)人事管理；</p> <p>(4)领导班子和党风廉政建设情况；</p> <p>(5)本所设定的其他需向所内公开的信息。</p> <p>3.有指定部门负责本项工作，职责明确。</p> <p>4.有便于公众知晓的多种方式公开信息，如机构网站、公告或者公开发行的信息专刊、广播、电视、报刊等新闻媒体、信息公开服务、监督热线电话、单位的公共查阅室、资料索取点、信息公开栏、信息亭、电子屏幕、电子触摸屏等场所或</p>

	设施等。
	【B】符合“C”，并有完整的信息发布登记。
	【A】符合“B”，并信息更新及时。
5.10.1.2 向就诊者提供查询服务或提供费用清单。	【C】 向就诊者提供医疗保健服务中所使用的药品、血液及其制品、医用耗材；接受医疗保健服务的名称、数量、单价、金额及医疗保健总费用等情况的查询服务或提供相应的费用清单。
	【B】符合“C”，并查询服务或费用清单清晰无误。
	【A】符合“B”，并患者对提供的服务满意度近2年逐步提高。
5.10.2 动员职工充分行使民主权利，积极参与所务公开。	
5.10.2.1 动员职工充分行使民主权利，积极参与所务公开。	【C】 鼓励职工监督所务公开工作，通过座谈会、网络信息交流、职工大会等多种途径听取职工意见。
	【B】符合“C”，并职工有多种渠道提供意见和建议。
	【A】符合“B”，并有证据表明，职工的合理化建议被有效采纳。

## 十一、社会评价

评审标准	评审要点
5.11.1 定期收集所内、外对服务的意见和建议，设计与确定社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。	
5.11.1.1 定期收集所内、外对服务的意见和建议，设计与确定社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。	【C】 1.有定期收集所内、外对服务的意见和建议的相关制度和多种渠道。 2.建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动。 3.有指定部门负责，职责明确。
	【B】符合“C”，并相关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。
	【A】符合“B”，并持续改进有成效，满意度不断提高。
5.11.2 建立社会评价的质量控制体系与数据库，确保社会评价结果的客观公正。	
5.11.2.1 建立社会评价质量控制体系与数据库，确保社会评价结果的客观公正。	【C】 1.建立社会评价的质量控制体系与数据库，有数据库管理和应用的相关制度。 2.社会评价方案设计科学，有质量控制措施，确保社会评价结果的客观公正。 3.有指定的部门负责本项工作，职责明确。
	【B】符合“C”，并充分运用数据分析，评价和改进本所工作。
	【A】符合“B”，并开展第三方社会调查与评价。

## 第六章 日常统计学评价指标

### 概述:

机构运行、医疗保健质量与安全监测指标反映医疗保健质量在一定时间和条件下的结构、过程、结果等概念和数值。由指标名称和指标数值组成。建立科学的医疗保健质量评价指标,实施持续性的医疗保健质量监测和追踪评价,是实施妇幼保健机构科学评审的基础,同样是促进医疗保健质量持续改进的重要手段。实践证明,医疗保健质量持续改进的结果源于管理者对医疗保健质量改进的定义、测量、考核的要求与努力。

本监测指标包括辖区保健管理、机构运行、医疗保健质量与安全监测指标三部分。

第一部分辖区保健管理指标是衡量辖区群体保健工作开展情况的重要方法,是公共卫生职能发挥的重要体现,分为以下二部分:

一、辖区业务管理工作指标

二、辖区妇幼健康指标

第二部分机构运行基本监测指标部分项目及数据引自机构统计和财务报表。

第三部分医疗保健质量与安全监测指标是以过程(核心)质量指标与结果质量指标并重的模式展现,合理使用抗菌药物的监测指标,是妇幼保健所抗菌药物使用的结果指标。

### 第一节 辖区保健管理指标

主要包括辖区妇女儿童保健业务管理工作与妇幼健康指标两部分,分述如下:

一、辖区业务管理工作指标

$$1. \text{婚前医学检查率} = \frac{\text{该年该地婚前医学检查人数}}{\text{某年某地结婚登记人数}} \times 100\%$$

$$2. \text{产妇建卡率} = \frac{\text{该年该地区产妇建卡人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$$

$$3. \text{产前筛查率} = \frac{\text{该年该地区孕产妇产前筛查人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$$

(产前筛查率仅包括血清学筛查,不包括超声学筛查)

$$4. \text{孕产妇系统管理率} = \frac{\text{该年该地区产妇系统管理人数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 100\%$$

5. 高危产妇管理率 =  $\frac{\text{该年该地区高危产妇管理人数}}{\text{某年某地区高危产妇数}} \times 100\%$
6. 孕产妇艾滋病病毒检测率 =  $\frac{\text{该年该地区产妇艾滋病病毒检测人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$
7. 孕产妇梅毒检测率 =  $\frac{\text{该年该地区产妇梅毒检测人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$
8. 孕产妇乙肝表面抗原检测率 =  $\frac{\text{该年该地区产妇乙肝表面抗原检测人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$
9. 住院分娩率 =  $\frac{\text{该年该地区住院分娩活产数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 100\%$
10. 剖宫产率 =  $\frac{\text{该年该地区剖宫产活产数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 100\%$
11. 《出生医学证明》首次签发率 =  $\frac{\text{某年某地区当年出生当年首次签发数}}{\text{该年该地区活产数}} \times 100\%$
12. 新生儿疾病筛查率:
- (1) 新生儿苯丙酮尿症筛查率 =  $\frac{\text{该年该地新生儿苯丙酮尿症筛查人数}}{\text{某年某地活产数}} \times 100\%$
- (2) 新生儿甲状腺功能减低症筛查率 =  $\frac{\text{该年该地新生儿甲状腺功能减低症筛查人数}}{\text{某年某地活产数}} \times 100\%$
13. 新生儿听力筛查率 =  $\frac{\text{该年该地新生儿听力筛查人数}}{\text{某年某地活产数}} \times 100\%$
14. 新生儿访视率 =  $\frac{\text{该年该地新生儿访视人数}}{\text{某年某地活产数}} \times 100\%$
15. 6个月内婴儿纯母乳喂养率 =  $\frac{\text{24小时内只接受母乳喂养的0-5月龄婴儿数}}{\text{0-5月龄婴儿数}} \times 100\%$
16. 3岁以下儿童系统管理率 =  $\frac{\text{该年该地3岁以下儿童系统管理人数}}{\text{某年某地3岁以下儿童数}} \times 100\%$
17. 妇女常见病筛查率 =  $\frac{\text{该年该地区妇女常见病实查人数}}{\text{某年某地区应查人数}} \times 100\%$
18. 某项计划生育手术服务百分比 =  $\frac{\text{该年该地区某项计划生育手术服务务例}}{\text{某年某地区各项年某地育手术服务务总例}} \times 100\%$
19. 计划生育手术并发症发生率 =  $\frac{\text{该年该地该项计划生育手术并发症发生例数}}{\text{某年某地某项计划生育手术例数}} \times 10000/\text{万}$

## 二、辖区妇幼健康指标

1. 高危产妇占总产妇数的百分比 =  $\frac{\text{该年该地区高危产妇人数}}{\text{某年某地区产妇数}} \times 100\%$

- 2.孕产妇死亡率= $\frac{\text{该年该地区孕产妇死亡人数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 10 \text{ 万}/10 \text{ 万}$
- 3.新生儿死亡率= $\frac{\text{该年该地新生儿死亡数}}{\text{某年某地活产数}} \times 1000\%$
- 4.婴儿死亡率= $\frac{\text{该年该地婴儿死亡数}}{\text{某年某地活产数}} \times 1000\%$
- 5.5岁以下儿童死亡率= $\frac{\text{该年该地5岁以下儿童死亡数}}{\text{某年某地活产数}} \times 1000\%$
- 6.某种出生缺陷发生率= $\frac{\text{该年该地区患有某种先天性缺陷的围产儿数}}{\text{同期同地区围产儿数}} \times 10000/\text{万}$
- 7.低出生体重儿百分比= $\frac{\text{该年该地区低出生体重儿数}}{\text{某年某地区活产数}} \times 100\%$
- 8.5岁以下儿童生长迟缓率= $\frac{\text{该年该地5岁以下儿童年龄别身高(长)} < (\text{中位数} - 2SD)\text{人数}}{\text{某年某地5岁以下儿童身高(长)体重检查人数}} \times 100\%$
- 9.5岁以下儿童低体重患病率= $\frac{\text{该年该地5岁以下儿童年龄别体重} < (\text{中位数} - 2SD)\text{人数}}{\text{某年某地5岁以下儿童身高(长)体重检查人数}} \times 100\%$
- 10.5岁以下儿童中重度贫血患病率= $\frac{\text{该年该地6-59月龄儿童中重度贫血患病人数}}{\text{某年某地6-59月龄儿童血红蛋白检测人数}} \times 100\%$
- 11.5岁以下儿童肥胖率= $\frac{\text{该年该地5岁以下儿童身高(长)别体重} > (\text{中位数} + 2SD)\text{人数}}{\text{某年某地5岁以下儿童身高(长)体重检查人数}} \times 100\%$
- 12.妇女常见病患病率= $\frac{\text{该年该地区妇女常见病患病总人数}}{\text{某年某地区实查人数}} \times 100\%$

## 第二节 机构运行基本监测指标

### 一、解读

通过机构运行基本监测指标，监测与了解机构日常运行的基本情况。

### 二、监测指标

#### (一) 资源配置。

- 1.本所员工总数、卫生技术人员数（医师数、保健人员数、护理人员数、助产士数、医技人员数、药剂人员数、工程技术人员数）。
- 2.本所占地面积、总建筑面积、医疗保健业务用房建筑面积。
- 3.医疗保健科室设置比例。

#### (二) 工作数量。

- 1.年门诊人次、所外保健服务人次。



- 2.年门诊手术例数、年计划生育手术例数。
- 3.科室间转介人次。
- 4.年对辖区医疗卫生机构进行现场业务指导、督导的次数。
- 5.年举办辖区妇幼保健专业培训班期数。
- 6.年培训辖区妇幼保健人员总人次。
- 7.年接受下级医疗卫生机构人员进修总人月数。
- 8.年举办群众性健康教育次数（讲座、面向大众的咨询活动）。
- 9.年制作并发放宣传品种数。
- 10.年通过公众媒体（报纸、电台、电视、互联网）进行宣传的次数。

（三）医疗质量。

- 1.中医妇科、儿科门诊日均中药饮片处方数占本科室日均门诊处方总数的比例。
- 2.西医妇科、儿科室平均每月分别申请中医会诊次数。

（四）就诊者负担（数据引自医院财务报表）。

- 1.每门诊人次费用（元），其中药费（元）。

（五）资产运营（数据引自医院财务报表）。

- 1.流动比率、速动比率。
- 2.医疗保健收入/百元固定资产。
- 3.业务支出/百元业务收入。
- 4.人员经费支出/百元业务收入。
- 5.资产负债率。
- 6.固定资产总值。
- 7.医疗保健收入中药品收入、医用材料收入比率。

（六）科研成果（评审前五年）。

- 1.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。
- 2.承担与完成省级及市级科研课题数。
- 3.获得省级及市级科研基金额度。
- 4.获得省级及市级科技成果奖项数。

### 第三节 门诊医疗保健质量与安全监测指标

#### 一、监测指标

## 【解读】

按每季、每年，统计每种期内总例数等监测指标，了解门诊医疗保健质量的总体情况。

### （一）门诊重点医疗保健总例数

- 1.高危孕妇管理人数/季/年
- 2.高危儿管理人数/季/年
- 3.产前筛查高危人数/季/年

### （二）门诊重点手术总例数

- 1.计划生育技术服务总例数/季/年

### （三）麻醉指标。

- 1.麻醉总例数/季/年。  
门诊患者例数/季/年。（如，无痛人流流产等）
- 2.由麻醉医师实施镇痛治疗例数/季/年。
- 3.由麻醉医师实施心肺复苏治疗例数/季/年。

复苏成功例数/季/年。

- 4.麻醉非预期的相关事件例数/年。
  - （1）麻醉中发生未预期的意识障碍例数/季/年。
  - （2）麻醉中出现氧饱和度重度降低例数/季/年。
  - （3）麻醉中因误咽误吸引发呼吸道梗阻例数/季/年。
  - （4）麻醉意外死亡例数/季/年。
  - （5）其他非预期的相关事件例数/季/年。

## 第四节 特定（单）病种质量监测指标

### （一）艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播疾病。

#### 1.艾滋病母婴传播疾病。

##### （1）孕期保健。

- 1) 进行妊娠危险因素筛查及时发现孕期并发症；进行胎儿生长发育监测；加强孕期营养监测和指导，感染 HIV 妇女在孕期应补充铁剂、叶酸、锌和其他微量元素；
- 2) 应根据实施方案要求做好转介诊疗服务。
- 3) 孕期避免羊水穿刺、胎儿镜等有产科创伤性检查；
- 4) 提供充分的咨询鼓励艾滋病感染孕产妇住院分娩；
- 5) 性生活中正确使用避孕套，避免感染病情加重或重复感染；

6) 提供心理支持和综合关怀服务，注意尊重艾滋病感染孕妇及家庭的意愿，并为其保密。

### **(2) 产后保健。**

1) 产妇和所生婴儿应根据实施方案要求做好转介诊疗服务。

2) 给予正确的喂养指导和支持。提倡人工喂养，避免母乳喂养，杜绝混合喂养。无条件进行人工喂养时，如选择母乳喂养应为纯母乳喂养，并缩短喂养时间，一般为6个月；

3) 加强对艾滋病感染产妇产褥期的卫生指导，指导对产妇用过的卫生巾等物品应及时处理，避免产后排出的血液传染接触的人或污染环境，指导孕产妇使用的餐具、物品、用具的消毒处理。产后42天进行产后检查，对母子情况作出进一步的评估；

4) 感染妇女每次性生活时使用避孕套是最佳的避孕方法；

5) 及时为产后的艾滋病感染妇女及其家庭提供关怀支持服务，对需要治疗的产妇与抗病毒治疗部门联系，提供抗病毒治疗服务。

## **2.梅毒母婴传播疾病。**

### **(1) 孕期保健。**

1) 为感染梅毒的孕妇进行母婴传播的风险评估，对孕妇进行梅毒的健康教育。

2) 在获知孕产妇感染梅毒后，应对其配偶/性伴进行相应的检测和治疗。

3) 提醒梅毒感染的孕妇及家人密切注意流产征兆。

4) 应根据实施方案要求做好转介诊疗与随访服务。

5) 在孕期提供充分的咨询，鼓励住院分娩，预防梅毒感染孕产妇发生早产。

6) 提供避孕套，并指导其正确使用，避免重复感染或感染其他性传播性疾病。

7) 感染孕妇在孕晚期定期进行胎儿监护，指导孕妇自我监测胎动，了解胎儿在宫内的状况。

8) 提供心理支持和综合关怀服务，注意尊重梅毒感染孕妇及家庭的意愿，并为其保密。

### **(2) 产后保健。**

1) 继续产后的梅毒治疗后的随访。

2) 指导产后避孕。在知情同意的前提下，建议采用口服避孕药、宫内节育器等高效避孕方法，并在每次性生活时同时使用避孕套。

3) 及时为产后的梅毒感染妇女提供关怀、随访和转介服务。

4) 梅毒感染孕产妇所生儿童自出生时开始，定期进行梅毒血清学检测和随访，直至排除或诊断先天梅毒。

## **3.乙肝的母婴传播疾病。**

1) 为乙肝病毒表面抗原阳性的感染孕产妇提供乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）和肝功能检测，有条件的地区可进行乙肝病毒载量（HBV DNA）检测，必要时转介至传染病专科接受相应的诊疗服务。

2) 所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应按照《预防接种规范》中新生儿乙肝疫苗免疫程序，完成 3 剂次乙肝疫苗接种。有条件的地区，在完成第 3 剂次乙肝疫苗接种后 1~6 个月，即儿童 7 月龄至 1 周岁期间，可进行乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）检测，判断免疫效果。

## 第五节 合理用药监测指标

### 一、解读

按每季、每年，统计合理用药的基本监测指标，了解妇幼保健所合理用药的基本情况。不设固定值，应根据各地的实际情况来确定。

### 二、监测指标

#### （一）抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）。

指标名称：抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）。

对象选择：全部门诊处方。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：单位时间内含有抗菌药物的门诊处方数。

分母：单位时间内门诊处方总数。

#### （二）注射剂处方数/每百张门诊处方（%）。

指标名称：注射剂处方数/每百张门诊处方（%）。

对象选择：全部门诊处方。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：单位时间内含有注射剂的门诊处方数。

分母：单位时间内门诊处方总数。

#### （三）药费收入占医疗总收入比重（%）。

指标名称：药费收入占医疗总收入比重（%）。

对象选择：医疗总收入中的药费总收入金额。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：年度药费总收入（万元）。

分母：年度医疗总收入（万元）。

#### （四）抗菌药物占西药出库总金额比重（%）。

指标名称：抗菌药物占西药出库总金额比重（%）。

对象选择：西药出库总金额中的抗菌药出库总金额。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：年度抗菌药出库总金额（万元）。

分母：年度西药出库总金额（万元）。

#### （五）妇幼保健所抗菌药物品种原则上不超过 40 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。

不包括抗结核病药、抗病毒药、抗寄生虫药；不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。

#### （六）门（急）诊患者抗菌药物处方比例。

指标名称：抗菌药物处方数/每百张门（急）诊处方（%）。

对象选择：全部门（急）诊处方。

指标类型：过程指标。

指标改善：比率降低（<20%）。

分子：单位时间内含有抗菌药物的门（急）诊处方数。

分母：单位时间内门（急）诊处方总数。

计算公式：

$$\text{门（急）诊患者抗菌药物处方比例（\%）} = \frac{\text{单位时间内含有抗菌药物的门（急）诊处方数}}{\text{同一单位时间内门（急）诊处方总数}} \times 100$$

注：

- 1.门（急）诊患者抗菌药物处方包括抗生素类和合成抗菌药物类，不含植物成分的抗菌药。
- 2.抗结核病药、抗麻风病药、抗真菌药、抗病毒药、抗寄生虫药在此表中不列为抗菌药。
- 3.抗皮肤感染药、抗眼科感染药及含庆大霉素、喹诺酮类或其他复方的止泻药，列为抗菌药。

## 第七章 附录

### 第一节 妇幼保健所建筑指标基本要求

妇幼保健所建筑必须体现“以妇女儿童健康为中心”的理念，业务用房、行政管理、后勤保障等满足医疗保健服务流程优化需要，做到持续改进。

#### 一、妇幼保健所基本建设总体要求

1. 总体规划科学合理。总体规划经过论证并通过当地政府批准；基本建设符合国家基本建设程序规定。

2. 妇幼保健所建筑符合国家相关规定。

#### 二、建筑用地与建筑面积的要求

1. 平均日门诊人数建筑面积 $\geq 5 \text{ m}^2$ 。

2. 医疗、保健、教学、科研等业务用房 $\geq$ 妇幼保健所总建筑面积 80%。

#### 三、医疗、保健用房主要指标

1. 保健业务用房使用面积 $\geq 2000 \text{ m}^2$ 。新建市（地）、县妇幼保健所公共卫生业务用房面积分别按照  $65 \text{ m}^2/\text{人}$ 、 $70 \text{ m}^2/\text{人}$  计算，人指编制人数且分别不超过 90 人、70 人；其中孕产保健  $800\text{-}1300 \text{ m}^2$ ；儿童保健  $1050\text{-}1600 \text{ m}^2$ ；妇女保健  $500\text{-}800 \text{ m}^2$ 。

#### 2. 相关业务用房面积

(1) 孕妇学校面积 $\geq 30 \text{ m}^2$ 。

(2) 儿童保健门诊区域范围 $\geq 500 \text{ m}^2$ ，候诊区设施符合儿童特点，有爱心母婴室。有 $\geq 20 \text{ m}^2$ 科学育儿宣教室。

(3) 心理科门诊至少设置 1 间心理初诊接待室，面积至少  $9 \text{ m}^2$ 。至少设置 1 间专用心理治疗室，用于个别心理治疗，使用面积至少  $10 \text{ m}^2$ ，治疗室一面墙壁应当配有单向玻璃。至少设置 1 间心理测量室，使用面积至少  $10 \text{ m}^2$ 。

(4) 计划生育手术室 $\geq 30 \text{ m}^2$ 以上，应有缓冲区、清洁区、污染区与污物专用通道。至少有一间观察康复室，1~3 个床位，每床使用面积  $7 \text{ m}^2$ 以上。

(5) 新建建筑检验科面积占所总建筑面积 3%或床位数乘以  $2 \text{ m}^2$ ；或检验科用房面积至少  $1000 \text{ m}^2$ 。

(6) 新生儿听力筛查测听室使用面积  $10\text{-}15 \text{ m}^2$ 。

#### 四、建筑指标

妇幼保健所建筑指标符合规范，新建妇幼保健所建筑指标：

1. 建筑密度 $\leq 0.35$ 。

2. 建筑容积率 0.8-1.3。
3. 绿化面积大于妇幼保健所占占地面积的 35%，可绿化面积覆盖率 100%。

## 五、基础配套设施

1. 所内医疗用房之间有雨廊链接，并设置残疾人通道与设施。
2. 所内出入口设置合理，做到人车分流。
3. 所内车辆停放有序，专人管理。
4. 所内道路布局合理，排水畅通，主干道路幅宽 $\geq 6$ 米。路灯亮化满足夜间照明要求。

## 六、医疗保健建筑设施配备和管理

1. 建筑附属（电梯、空调、高压系统等）设施应有操作规程，人员持证上岗，安全运转，并做好书面操作和维保记录。
2. 医疗用房具有双回路供电系统和自备发电配送系统，确保医疗用电不中断。
3. 污水污物、毒气排放、放射线物质处理等均符合国家标准。
4. 水电气设施良好，运行安全，做到“三通”、“三不漏”。
5. 消防通道畅通，无障碍物。消防设备齐全，标志醒目，专人管理，设有消防预警系统。有火灾事故的应急预案并定期演练。遇紧急状态时有与外界通讯联系的可靠方式和畅通的疏散路线。
6. 加强对放射科、检验科、医用氧舱、配电室、电梯、危险品仓库、污水站等重要部门的安全管理。

## 七、相关妇幼保健所建筑指标法律规范：

1. 《医院建筑设计规范》
2. 《妇幼保健机构建设标准》
3. 《综合医院建设标准（2008年正式版）》
4. 《江苏省城市技术管理规定（2011版）》
5. 《全民健康保障工程建设规划》（发改社会〔2016〕2439号）



## 第二节 妇幼保健所医疗设备基本要求

医疗设备应与妇幼保健机构开展的业务范围、工作量及医疗保健人员的技术水平相适应。设备配置要坚持成熟、实用、安全、可靠的原则。

### 一、与妇幼保健所技术相适应的大型设备

DR、彩超、全自动免疫分析系统、MRI（可选）、CT（可选）、腔镜手术系统（可选）等。

### 二、急诊抢救室基本设备

1. 呼吸机
2. 心电图机
3. 除颤器
4. 多功能监护仪
5. 输液泵、输液（血）器
6. 吸引器
7. 氧气筒
8. 抢救车（药品、器材等）

## 附件 妇幼保健所评审法律规范首字母索引

妇幼保健所评审标准实施细则中引用的法律、法规及规范性文件均由国家统一发布：

1. 《病理科建设与管理指南（试行）》（卫办医政发〔2009〕31号）。
2. 《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）。
3. 《产前诊断技术管理办法》（卫生部令第33号）。
4. 《处方管理办法》（卫生部令第53号）。
5. 《大型医用设备配置与使用管理办法》（卫规财发〔2004〕474号）。
6. 《电子病历基本规范（试行）》（卫医政发〔2010〕24号）。
7. 《儿童心理保健技术规范》（卫办妇社发〔2013〕26号）。
8. 《放射诊疗管理规定》（卫生部令第46号）。
9. 《各级妇幼健康服务机构业务部门设置指南》（国卫办妇幼发〔2015〕59号）。
10. 《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》（卫办发〔2007〕296号）。
11. 《关于完善政府卫生投入政策的意见》（财社〔2009〕66号）。
12. 《国家基本药物处方集》（卫办药政发〔2009〕232号）。
13. 《国家基本药物临床应用指南》（卫办药政发〔2009〕232号）。
14. 《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》（卫办应急发〔2005〕288号）。
15. 《国家卫生计生委关于妇幼健康服务机构标准化建设与规范化管理的指导意见》（国卫办妇幼发〔2015〕54号）。
16. 《护理分级》（国卫通〔2013〕6号）（WS/T 431-2013）。
17. 《护士条例》（国务院令第517号）。
18. 《婚前保健服务工作规范（修订）》（卫基妇发〔2002〕147号）。
19. 《疾病分类与代码（修订版）》（卫办综发〔2011〕166号）。
20. 《静脉用药集中调配操作规程》（卫医政发〔2010〕62号）。
21. 《静脉用药集中调配质量管理规范》（卫医政发〔2010〕62号）。
22. 《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第84号）。
23. 《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）。
24. 《母乳代用品销售管理办法》（卫妇发〔1995〕5号）。
25. 《全国儿童保健工作规范（试行）》（卫妇社发〔2009〕235号）。

26. 《手术安全核查制度》（卫办医政发〔2010〕41号）。
27. 《突发公共卫生事件应急条例》（国务院令 第376号）。
28. 《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》（卫生部令 第37号）。
29. 《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》（卫生部、教育部令 第76号）。
30. 《无烟医疗机构标准（试行）》（卫妇社发〔2008〕15号）。
31. 《新生儿疾病筛查技术规范》（卫妇社发〔2010〕96号）。
32. 《医疗废物管理条例》（国务院令 第380号）。
33. 《医疗机构病历管理规定》（卫医发〔2002〕193号）。
34. 《医疗机构管理条例》（国务院令 第149号）。
35. 《医疗机构临床实验室管理办法》（卫医发〔2006〕73号）。
36. 《医疗机构药事管理规定》（卫医政发〔2011〕11号）。
37. 《医疗机构中药煎药室管理规范》（国中医药发〔2009〕3号）。
38. 《医疗事故处理条例》（国务院令 第351号）。
39. 《医疗质量安全事件报告暂行规定》（卫医管发〔2011〕4号）。
40. 《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护指导原则》（卫医发〔2004〕108号）。
41. 《医务人员手卫生规范》（WS/T313-2009）。
42. 《医院财务制度》（财社〔2010〕306号）。
43. 《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28号）。
44. 《医院感染管理办法》（卫生部令 第48号）。
45. 《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）。
46. 《医院隔离技术规范》（WS/T311-2009）。
47. 《医院会计制度》（财会〔2010〕27号）。
48. 《医院手术部（室）管理规范（试行）》（卫医政发〔2009〕90号）。
49. 《医院投诉管理办法（试行）》（卫医管发〔2009〕111号）。
50. 《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》（WS310.2-2009）。
51. 《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》（WS310.2-2009）。
52. 《医院消毒技术规范》（WS/T367-2012）。
53. 《医院中药房基本标准》（国中医药发〔2009〕4号）。
54. 《预防接种规范》（卫疾控发〔2005〕373号）。
55. 《孕产期保健工作管理办法》（卫妇社发〔2011〕56号）。
56. 《孕产期保健工作规范》（卫妇社发〔2011〕56号）。

57. 《孕前保健服务工作规范（试行）》（卫妇社发〔2007〕56号）。
58. 《中华人民共和国传染病防治法》（主席令第17号）。
59. 《中华人民共和国会计法》（主席令第24号）。
60. 《中华人民共和国劳动法》（主席令第28号）。
61. 《中华人民共和国母婴保健法》（主席令第33号）。
62. 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》（国务院令第308号）。
63. 《中华人民共和国侵权责任法》（主席令第21号）。
64. 《中华人民共和国审计法》（主席令第48号）。
65. 《中华人民共和国统计法》（主席令第15号）。
66. 《中华人民共和国预算法》（主席令第21号）。
67. 《专科护理领域护士培训大纲》（卫办医发〔2007〕90号）。
68. 《综合医院分级护理指导原则》（卫医政发〔2009〕49号）。