

三级医院评审标准(2020年版)
安徽省实施细则(试行)

试用水印

安徽省卫生健康委员会

目 录

| | |
|------------------------------------|-------------|
| 实施细则说明 | (1) |
| 第一部分 前置要求 | (8) |
| 一、依法设置与执业 | (8) |
| 二、公益性责任和行风诚信 | (9) |
| 三、安全管理与重大事件 | (10) |
| 四、国家公立医院绩效考核 | (10) |
| 五、信息化建设 | (10) |
| 第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据 | (11) |
| 第一章 资源配置与运行数据指标 | (11) |
| 第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标 | (13) |
| 第三章 重点专业质量控制指标 | (15) |
| 第四章 单病种(术种)质量控制指标 | (25) |
| 第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标 | (30) |
| 第三部分 现场检查 | (37) |
| 第一章 医院功能与任务 | (37) |
| 第二章 临床服务质量与安全管理 | (43) |
| 第三章 医院管理 | (142) |
| 附件1 115个低风险病种 ICD-10(2019 v2.0)编码表 | (173) |
| 附件2 专科医院单病种(术种)目录 | (177) |

实施细则说明

一、总则

为进一步充分发挥医院评审工作在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代医院管理制度、提高管理水平的导向和激励作用，助力分级诊疗体系建设，提高医院分级管理的科学化、规范化和标准化水平，努力实现“三个转变、三个提高”，依据国家卫生健康委《三级医院评审标准(2020年版)》(国卫医发〔2020〕26号)和《三级医院评审标准(2020年版)实施细则》(国卫办医发〔2021〕19号)，遵循“继承、发展、创新，兼顾普遍适用与专科特点”的原则，制定《三级医院评审标准(2020年版)安徽省实施细则(试行)》(以下简称《实施细则》)，适用于三级综合医院及三级专科医院，二级医院等医疗机构可参照使用。

二、主要内容

本《实施细则》涉及标准共3个部分115节，设置520条标准和监测指标。

第一部分为前置要求部分。共5节29条评审前置标准。医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

第二部分为医疗服务能力与质量安全监测数据部分。共83节305条监测指标。内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据，据统计周期为全评审周期。本部分在评审综合得分中的权重为60%。由以现场检查、主观定性、集中检查为主的评审形式向以日常行为、客观指标、定量评价为主的评审工作模式转变，引导医院重视日常质量管理和绩效指标的完成。

第三部分为现场检查部分。共3章27节186条350款评审指标。用于

对医院日常管理和持续改进情况的现场评价。本部分在评审综合得分中的权重为 40%。旨在最大限度减少实地评审工作量，提高工作效率；努力降低评审人员主观评价偏倚，提升标准可操作性和评审结果客观性。

本《实施细则》增加了“指令性指标”板块，旨在及时评价国家及本省政府主管部门部署要求纳入“等级医院评审”的工作，指标类型为准入性指标，以“已开展”或“已完成”评价。

本《实施细则》中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用国家卫健委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。手术操作名称与 ICD-9-CM-3 编码采用国家卫健委发布的《手术操作分类代码国家临床版 3.0》（国卫办医函〔2020〕438 号）。

三、评审程序

第一阶段：由卫生健康委相关部门对参评医院对照《实施细则》第一部分《前置要求》逐条审核，并向有关部门（前置要求涉及的发展改革、生态环境、医保等相关部门）和社会公开征询参评医院是否存在违反前置条件的情况，征询时间为 7 个工作日。

第二阶段：在参评医院《实施细则》第一部分《前置要求》通过的前提下，要求参评医院登录安徽省医院评审管理系统进行《实施细则》的第二部分《医疗服务能力与质量安全监测数据》的数据填报，已在国家卫生统计信息网络直报系统、全国医疗质量控制调查监测平台（NCIS）、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家单病种质量监测平台、其他省级及以上数据收集、监测平台报送过的数据在评审管理系统填报时需保持一致，未在上述平台报送过的指标由参评医院依照省卫健委发布的《医疗服务能力与质量安全监测数据指标口径及计算方法指导手册（2021 版）》自行填报。由系统依据评分办法和评审等次认定标准进行评价。

第三阶段：在第二阶段评价结果合格的前提下，由专家至参评医院进行《实施细则》第二部分数据的现场复核。

第四阶段：在第三阶段评价结果现场复核合格的前提下，由专家至参

评医院进行第三部分《现场检查》评审。

四、评分办法

第二部分《医疗服务能力与质量安全监测数据》

1. 根据指标性质不同分为准入指标(标注*)、横向对比指标(标注 Δ)、纵向对比指标(标注#)及观察指标(标注 \odot)四类。每个指标评价及赋值为四档,分别为A(优秀,赋值10分),B(良好,赋值8分),C(合格,赋值6分),D(不合格,赋值4分)。

2. 第一章指标评价方法:该章节的指标均为准入指标,本章指标(除科研指标)只需报送评审周期最后一年数据,达标即为A,不达标为D。科研指标在提供评审周期近四年数据的基础上进行评价,达标即为A,不达标为D,若未能提供评审周期近四年数据也认定为D。

3. 第二章、第三章横向对比指标评价方法:收集现有各三甲医院数据,同一指标数值四年均值从小到大进行排序后计算百分之二十(P20)、五十(P50)及八十分位数(P80);以参评医院指标数值为 λ 为例,当 λ 为高优指标时, $\lambda \geq P50$ 评为A; $P20 \leq \lambda < P50$ 时评为B, $\lambda < P20$ 时若本评审周期最后一个年度与前三个年度均值相比有提高则评为C,未提高则为D;当 λ 为低优指标时, $\lambda \leq P50$ 评为A; $P50 < \lambda \leq P80$ 时评为B, $\lambda > P80$ 时若本评审周期最后一个年度与前三个年度均值相比有降低则评为C,未降低则为D。

4. 第二至第五章,准入指标评价方法同第一章。第二、三、五章纵向对比指标评价方法:四年数据完整,本评审周期最后一个年度优于其他三个年度或达到指标理论最优水平(例如:病死率为0)为A;若最后一个年度水平优于任意两个年度则为B;若优于任意一个年度则为C,若最后一个年度为最差水平则为D;若只报送一年数据则直接判定为D。

5. 第四章单病种质量指标评价方法:评审周期内数据不完整或单个病种年均上报例数少于30例的病种,不予评分。不低于30例的病种,每个病种考察平均住院日及病死率两项(平均住院日的单位为“天”,保留小数

点后两位；病死率的取值范围为小数点后两位，计量单位为%）。本评审周期最后一个年度与前三个年度均值相比，两项均下降或住院日下降的同时病死率持平为 0，则为 A；若任意一项下降为 B；若无下降项，有任一项持平为 C；两项均升高为 D。

6. 评价指标数量原则上不低于指标总数的 80%，剩余指标为观察指标，观察指标由医疗机构正常报送数据但不参与评价。观察指标数量根据政策要求及本省数据水平实际情况动态调整，直至实现全指标覆盖评价。

7. 数据复核

(1) 复核数据比例：原则上不少于医院上报数据的 20%。如果医院信息化平台不能满足数据上报质量要求，抽取数据核查比例适当提高，增加复核内容视上报数据具体情况确定。

(2) 复核数据类别：第一章准入指标全部必核；第二章到第四章非准入指标按照整群随机抽样的原则随机抽取 10 个大类（其中第二章抽取一个大类，第三章抽取两个大类，第四章抽取七个大类）；第五章重点医疗技术抽取一个大类，通过查看相关支撑材料、信息系统数据及纸质病历等核查数据。

(3) 复核结果处理：所有错误数据应按核查后的数据结果再次计算，并根据错误数据占现场复核数据的百分比予以惩罚性扣分，扣除第二部分最后得分比例见下表。

| 错误数据比例 (%) | 处罚扣分比例 (%) |
|--------------------------|------------|
| $\geq 1\% \sim \leq 2\%$ | 5% |
| $> 2\% \sim \leq 5\%$ | 10% |
| $> 5\% \sim \leq 10\%$ | 20% |
| $> 10\%$ | 不予通过 |

8. 数据管理

数据实行动态管理。三级甲等医院每年三月底前完成上一年数据填报，以保证数据库的及时更新。

五、评审等次认定

除第一部分外，其余部分评审总分为 1000 分（第二部分 600 分，第三部分 400 分）。判定相应等次必须同时满足以下(一)至（二）条件：

（一）第二部分评价

| 项目类别 | 第一章至第四章 | | 第五章重点医疗技术开展 |
|------|-----------------------------|------------------------|-------------|
| | 评为 C 或 C 以上指标数 占总评价指标数比例 | 评为 A 的指标数 占总评价指标数比例 | |
| 甲等 | ≥90% | ≥20% | ≥2 项 |
| 乙等 | ≥80% | ≥10% | ≥1 项 |

第二部分理论赋值满分=总指标数量×10，第二部分实际得分= $(N_A \times 10 + N_B \times 8 + N_C \times 6 + N_D \times 4) \times 600 / (N \times 10)$ ，其中， N_A 代表评为 A 的指标数量， N_B 代表评为 B 的指标数量， N_C 代表评为 C 的指标数量， N_D 代表评为 D 的指标数量，N 代表第二部分去除观察指标后的总指标数(备注：鉴于第二部分评价方法为初次实施，考核指标中包含多个近几年新出台标准，且 2020 年各医疗机构受新冠疫情影响，数据水平可能均有不同程度下滑。为兼顾实事求是和持续改进，在本《实施细则》实施的第一个评审周期内三级甲等 C 或 C 以上指标占比调整为不低于 70%，三级乙等 C 或 C 以上指标占比调整为不低于 60%；后续每个评审周期该项占比上调 5%，直至三级甲等 C 或 C 以上指标不低于 90%，三级乙等 C 或 C 以上指标不低于 80%后不再上调)。

（二）第三部分评价

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

1、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医院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。

| A | B | C | D |
|----------------|--------|-----------|--------------------|
| 优秀 | 良好 | 合格 | 不合格 |
| 完全达到 | 一般水平以上 | 一般水平 | 一般水平以下 |
| 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 |
| P D C A | P D C | P D | 仅P 或全无 |

2、标准条款达标要求

| 项目类别 | 评为C或C以上条款数占总 指标数比例 | 评为B或B以上条款数占总 指标数比例 | 评为A的条款数占总 指标数比例 |
|------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| 甲等 | ≥90% | ≥60% | ≥20% |
| 乙等 | ≥80% | ≥50% | ≥10% |

第三部分理论赋值满分=总条款数量×10，第三部分实际得分= $(N_A \times 10 + N_B \times 8 + N_C \times 6 + N_D \times 4) \times 400 / (N \times 10)$ ，其中， N_A 代表评为A的条款数量， N_B 代表评为B的条款数量， N_C 代表评为C的条款数量， N_D 代表评为D的条款数量，N代表第三部分总条款数（不包括不适用条款）。

六、三级专科医院评审

（一）三级专科医院评审按此《实施细则》执行，不另行制定实施细则。

（二）第二、三部分相关条款不在专科医院执业范围或不符合专科医院设置要求，作为“不适用条款”。

（三）本《实施细则》第二部分第三章《重点专业质量控制指标》中增设了专科医院（含胸科医院、儿童医院、妇产医院、肿瘤医院、口腔医院、传染病医院、精神病医院、眼科医院、康复医院等）重点质量控制指标（精神病医院指标名称为患者安全和权益保障），作为专科医院增加指标。在第四章《单病种（术种）质量控制指标》增加了专科医院单病种（术种）目录，供相关专科医院评审使用（见附件2）。

七、三级社会办医院评审

按此《实施细则》执行，不另行制定实施细则。因所有制形式差异等与公立医院不同部分的条款，作为“不适用条款”。

试用水印

第一部分 前置要求

一、依法设置与执业

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

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

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

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

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

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

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

（八）违反《中华人民共和国传染病防治法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件，造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督

综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。

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

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

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

（十二）违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作，造成严重后果。

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

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

（十五）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

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

（二）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

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

（四）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

（五）违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》《医学科研诚信和相关行为规范》相关要求，提供、报告虚假住院病案首页等医疗

服务信息、统计数据、申报材料和科研成果，情节严重。

三、安全管理与重大事件

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

（二）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

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

（四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（五）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

四、国家公立医院绩效考核

被国家列入“取消参评资格考核”名单。

五、信息化建设

（一）2022 年底未达到电子病历评级 4 级以上。

（二）2022 年底医院信息互联互通标准化建设未达到以下标准之一的：

1. 医院信息互联互通标准化成熟度测评达到 4 级以上；
2. 按照国家标准自评达到 4 级以上且通过省级标准符合性测试。

（三）医院未通过省级全民健康信息平台联通率年度考核。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

根据指标性质不同分为准入指标(标注*)、横向对比指标(标注△)、纵向对比指标(标注#)及观察指标(标注⊙)四类。

第一章 资源配置与运行数据指标

| 指标大类 | 指标明细 | 指标类型 | 标准 |
|------------|-------------------------|---------|---|
| | | *代表准入指标 | |
| 一、床位配置 | (一)核定床位数 | * | ≥500张 |
| | (二)实际开放床位数 | * | ≥500张 |
| | (三)平均床位使用率 | * | 93%--100% |
| 二、卫生技术人员配备 | (一)卫生技术人员数与开放床位数比 | * | ≥1.2:1 |
| | (二)全院护士人数与开放床位数比 | * | ≥0.4:1 |
| | (三)病区护士人数与开放床位数比 | * | ≥0.4:1 |
| | (四)医院感染管理专职人员数与开放床位数比 | * | ≤500张床位的医院不得少于4人；每增加150-200张开放床位增加1人。(新冠救治定点医院配备数量为该标准的1.5--2倍) |
| 三、相关科室资源配置 | (一)急诊医学科 | | |
| | 1.固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例 | * | ≥75% |
| | 2.固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例 | * | ≥75% |
| | (二)重症医学科 | | |
| | 1.重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例 | * | ≥5% |

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| 2.重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比 | * | $\geq 0.8:1$ |
| 3.重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比 | * | $\geq 3:1$ |
| (三) 麻醉科 | | |
| 1.麻醉科医师数与手术间数(含无痛诊疗手术间数) | * | $\geq 2:1$ (大学附属医院满足教学需要人员增加 10%) |
| 2.麻醉科医师数与年均全麻手术台次比 | * | $\geq 1:400$ 例次 |
| (四) 中医科 | | |
| 1.中医科开放床位数占医院开放床位数的比例 | * | $\geq 3\%$ |
| 2.中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比 | * | $\geq 0.4: 1$ |
| 3.中医科护士人数与中医科开放床位数比 | * | $\geq 0.4: 1$ |
| (五) 康复医学科 | | |
| 1.康复科开放床位数占医院开放床位数的比例 | * | $\geq 2\%$ |
| 2.康复科医师人数与康复科开放床位数比 | * | $\geq 0.2:1$ |
| 3.康复科康复师人数与康复科开放床位数比 | * | $\geq 0.3:1$ |
| 4.康复科护士人数与康复科开放床位数比 | * | $\geq 0.3:1$ |
| (六) 感染性疾病科 | | |
| 1.固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例 | * | $\geq 75\%$ |
| 2.固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例 | * | $\geq 75\%$ |
| 3.感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例 | * | $\geq 3\%$ |
| 4.可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例 | * | $\geq 15\%$ |
| (七) 老年医学科 | | |
| 1.老年医学科开放床位数 | * | ≥ 20 张 |
| 2.老年医学科医师人数与老年医学开放床位数比 | * | $\geq 0.3:1$ |
| 3.老年医学科护士人数与老年医学科开放床位数比 | * | $\geq 0.6:1$ |

| | | | |
|------------|-------------------------|---|---------------------------------|
| 四、运行 指标 | (一) 相关手术科室年手术人次占其出院人次比例 | * | ≥65% |
| | (二) 开放床位使用率 | * | 93%--100% |
| | (三) 人员支出占业务支出的比重 | * | ≥35% |
| 五、科研 指标 | (一) 新技术临床转化数量 | * | 评审周期内逐年提高(每百名卫生技术人员科技成果转化金额)。 |
| | (二) 取得临床相关国家专利数量 | * | 评审周期内逐年提高(每百名卫生技术人员发明国家发明专利数量)。 |

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

| 指标大类 | 指标明细 | 指标类型 |
|--------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| | | △代表横向对比指标 |
| 一、医疗 服务能力 | (一) 收治病种数量(ICD-10 四位亚目数量) | △ |
| | (二) 住院术种数量(ICD-9-CM-3 四位亚目数量) | △ |
| | (三) DRG-DRGs 组数 | ⊙ |
| | (四) DRG-CMI | △ |
| | (五) DRG 时间指数 | ⊙ |
| | (六) DRG 费用指数 | ⊙ |
| 二、医院 质量指标 | (一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况 | 考核达标个数(改进≥8项为A、6项为B、5项为C, ≤4项为D) |
| | (二) 患者住院总死亡率 | △ |
| | (三) 新生儿患者住院死亡率 | △ |
| | (四) 手术患者住院死亡率 | △ |
| | (五) 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率 | △ |
| | (六) 手术患者术后 48 小时/31 天内非预期重返手术室再次手术率 | △ |

| | | |
|--------------|-------------------------------|---|
| | (七) ICD 低风险病种患者住院死亡率 | △ |
| | (八) DRGs 低风险组患者住院死亡率 | △ |
| 三、医疗 安全指标 | (一) 手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率 | △ |
| | (二) 手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率 | △ |
| | (三) 手术患者手术后败血症发生例数和发生率 | △ |
| | (四) 手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率 | △ |
| | (五) 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率 | △ |
| | (六) 手术患者手术后猝死发生例数和发生率 | △ |
| | (七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率 | △ |
| | (八) 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率 | △ |
| | (九) 与手术/操作相关感染发生例数和发生率 | △ |
| | (十) 手术过程中异物遗留发生例数和发生率 | △ |
| | (十一) 手术患者麻醉并发症发生例数和发生率 | △ |
| | (十二) 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率 | △ |
| | (十三) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率 | △ |
| | (十四) 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率 | △ |
| | (十五) 各系统/器官术后并发症发生例数和发生率 | △ |
| | (十六) 植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数和发生率 | △ |
| | (十七) 移植的并发症发生例数和发生率 | △ |
| | (十八) 再植和截肢的并发症发生例数和发生率 | △ |
| | (十九) 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率 | △ |
| | (二十) 新生儿产伤发生例数和发生率 | △ |
| | (二十一) 阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率 | △ |
| | (二十二) 剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率 | △ |
| | (二十三) 2 期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率 | △ |
| | (二十四) 输注反应发生例数和发生率 | △ |
| | (二十五) 输血反应发生例数和发生率 | △ |

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| | (二十六) 医源性气胸发生例数和发生率 | △ |
| | (二十七) 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数和发生率 | △ |
| | (二十八) 住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率 | △ |
| | (二十九) 住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生例数和发生率 | △ |
| | (三十) 住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数和发生率 | △ |
| | (三十一) 临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率 | △ |
| | (三十二) 血液透析所致并发症发生例数和发生率 | △ |

第三章 重点专业质量控制指标

| 指标大类 | 指标明细 | 指标类型 |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| | | *代表准入指标 △代表横向对比指标 #代表纵向对比指标 |
| 一、麻醉专业医疗质量控制指标(2015版) | (一) 麻醉科医患比 | ⊙ |
| | (二) 各 ASA 分级麻醉患者比例 | ⊙ |
| | (三) 急诊非择期麻醉比例 | ⊙ |
| | (四) 各类麻醉方式比例 | ⊙ |
| | (五) 麻醉开始后手术取消率 | # |
| | (六) 麻醉后监测治疗室(PACU)转出延迟率 | # |
| | (七) PACU 入室低体温率 | # |
| | (八) 非计划转入 ICU 率 | # |
| | (九) 非计划二次气管插管率 | # |
| | (十) 麻醉开始后 24 小时内死亡率 | # |
| | (十一) 麻醉开始后 24 小时内心跳骤停率 | # |
| | (十二) 术中自体血输注率 | # |
| | (十三) 麻醉期间严重过敏反应发生率 | # |
| 二、重症医学专业医疗质量控制指标(2015年版) | (一) ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率 | ⊙ |
| | (二) 急性生理与慢性健康评分(APACHE II 评分) ≥15 分患者收治率(入 ICU24 小时内) | * (≥65%) |
| | (三) 感染性休克 3h 集束化治疗(bundle)完成率 | # |
| | (四) 感染性休克 6h 集束化治疗(bundle)完成率 | # |
| | (五) ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率 | # |

| | | |
|----------------------------|-------------------------------------|---|
| | (六) ICU 深静脉血栓 (DVT) 预防率 | # |
| | (七) ICU 患者预计病死率 | ⊙ |
| | (八) ICU 患者标化病死指数 | ⊙ |
| | (九) ICU 非计划气管插管拔管率 | # |
| | (十) ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率 | # |
| | (十一) 非计划转入 ICU 率 | # |
| | (十二) 转出 ICU 后 48h 内重返率 | # |
| | (十三) ICU 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发病率 | # |
| | (十四) ICU 血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发病率 | # |
| | (十五) ICU 导尿管相关泌尿系统感染 (CAUTI) 发病率 | # |
| 三、急诊专业医疗质量控制指标 (2015 年版) | (一) 急诊科医患比 | ⊙ |
| | (二) 急诊科护患比 | ⊙ |
| | (三) 急诊各级患者比例 | ⊙ |
| | (四) 抢救室滞留时间中位数 | △ |
| | (五) 急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门药时间及门药时间达标率 | △ |
| | (六) 急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门球时间及门球时间达标率 | △ |
| | (七) 急诊抢救室患者死亡率 | △ |
| | (八) 急诊手术患者死亡率 | △ |
| | (九) ROSC 成功率 | △ |
| | (十) 非计划重返抢救室率 | ⊙ |
| 四、临床检验专业医疗质量控制指标 (2015 年版) | (一) 标本类型错误率 | △ |
| | (二) 标本容器错误率 | △ |
| | (三) 标本采集量错误率 | △ |
| | (四) 血培养污染率 | △ |
| | (五) 抗凝标本凝集率 | △ |
| | (六) 检验前周转时间中位数 | ⊙ |
| | (七) 室内质控项目开展率 | △ |
| | (八) 室内质控项目变异系数不合格率 | △ |
| | (九) 室间质评项目参加率 | △ |
| | (十) 室间质评项目不合格率 | △ |
| | (十一) 实验室间比对率 (用于无室间质评计划检验项目) | △ |
| | (十二) 实验室内周转时间中位数 | ⊙ |
| | (十三) 检验报告不正确率 | ⊙ |
| | (十四) 危急值通报率 | △ |
| | (十五) 危急值通报及时率 | △ |

| | | |
|--------------------------|---------------------|---------|
| 五、病理专业医疗质量控制指标（2015年版） | （一）每百张病床病理医师数 | *（≥1人） |
| | （二）每百张病床病理技术人员数 | *（≥1人） |
| | （三）标本规范化固定率 | △ |
| | （四）HE染色切片优良率 | ⊙ |
| | （五）免疫组化染色切片优良率 | ⊙ |
| | （六）术中快速病理诊断及时率 | △ |
| | （七）组织病理诊断及时率 | △ |
| | （八）细胞病理诊断及时率 | △ |
| | （九）各项分子病理检测室内质控合格率 | △ |
| | （十）免疫组化染色室间质评合格率 | △ |
| | （十一）各项分子病理室间质评合格率 | △ |
| | （十二）细胞学病理诊断质控符合率 | △ |
| | （十三）术中快速诊断与石蜡诊断符合率 | △ |
| 六、医院感染管理医疗质量控制指标（2015年版） | （一）医院感染发病（例次）率 | △ |
| | （二）医院感染现患（例次）率 | △ |
| | （三）医院感染病例漏报率 | △ |
| | （四）多重耐药菌感染发现率 | △ |
| | （五）多重耐药菌感染检出率 | △ |
| | （六）医务人员手卫生依从率 | △ |
| | （七）住院患者抗菌药物使用率 | *（≤60%） |
| | （八）抗菌药物治疗前病原学送检率 | △ |
| | （九）I类切口手术部位感染率 | △ |
| | （十）I类切口手术抗菌药物预防使用率 | *（≤30%） |
| | （十一）血管内导管相关血流感染发病率 | △ |
| | （十二）呼吸机相关肺炎发病率 | △ |
| | （十三）导尿管相关泌尿系感染发病率 | △ |
| 七、临床用血质量控制指标（2019年版） | （一）每千单位用血输血专业技术人员数 | ⊙ |
| | （二）《临床输血申请单》合格率 | △ |
| | （三）受血者标本血型复查率 | △ |
| | （四）输血相容性检测项目室内质控率 | △ |
| | （五）输血相容性检测室间质评项目参加率 | △ |
| | （六）千输血人次输血不良反应上报例数 | △ |
| | （七）一二级手术台均用量 | ⊙ |
| | （八）三四级手术台均用量 | ⊙ |
| | （九）手术患者自体输血率 | △ |
| | （十）出院患者人均用量 | ⊙ |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| 八、呼吸内科专业医疗质量控制指标（2019年版） | （一）急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例 | # |
| | （二）急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例 | # |
| | （三）急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例 | # |
| | （四）住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例 | # |
| | （五）急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例 | # |
| | （六）急性 PTE 患者住院死亡率 | # |
| | （七）急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例 | # |
| | （八）慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例 | # |
| | （九）慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例 | # |
| | （十）慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例 | # |
| | （十一）慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例 | # |
| | （十二）慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例 | # |
| | （十三）慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例 | # |
| | （十四）慢阻肺急性加重患者住院死亡率 | # |
| | （十五）使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率 | # |
| | （十六）住院成人社区获得性肺炎（CAP）患者进行 CAP 严重程度评估的比例 | # |
| | （十七）低危 CAP 患者住院比例 | # |
| | （十八）CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例 | # |
| | （十九）CAP 患者住院死亡率 | # |
| | （二十）住院 CAP 患者接受机械通气的比例 | # |
| 九、产科专业医疗质量控制指标（2019年版） | （一）剖宫产/初产妇剖宫产率 | # |
| | （二）阴道分娩椎管内麻醉使用率 | # |
| | （三）早产/早期早产率 | # |
| | （四）巨大儿发生率 | ⊙ |
| | （五）严重产后出血发生率 | # |
| | （六）严重产后出血患者输血率 | # |
| | （七）孕产妇死亡活产比 | # |
| | （八）妊娠相关子宫切除率 | # |
| | （九）产后或术后非计划再次手术率 | # |
| | （十）足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分<7 分发生率 | # |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| 十、神经系统疾病医疗质量控制指标（2020年版） | （一）癫痫与惊厥癫痫持续状态 | |
| | 1.癫痫发作频率记录率 | # |
| | 2.抗癫痫药物规范服用率 | ⊙ |
| | 3.抗癫痫药物严重不良反应发生率 | # |
| | 4.癫痫患者病因学检查完成率 | # |
| | 5.癫痫患者精神行为共患病筛查率 | ⊙ |
| | 6.育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率 | ⊙ |
| | 7.癫痫患者择期手术在院死亡率 | # |
| | 8.癫痫患者术后并发症发生率 | # |
| | 9.癫痫患者术后病理明确率 | ⊙ |
| | 10.癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率 | # |
| | 11.惊厥性癫痫持续状态发作控制率 | # |
| | 12.惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率 | ⊙ |
| | 13.难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率 | ⊙ |
| | 14.难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率 | # |
| | 15.在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率 | # |
| | 16.在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率 | # |
| | 17.在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率 | # |
| | 18.在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率 | # |
| | 19.惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率 | # |
| | 20.惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院 30 天内）死亡率 | ⊙ |
| | （二）脑梗死 | |
| | 1.脑梗死患者神经功能缺损评估率 | # |
| | 2.发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 30 分钟内完成头颅 CT 影像学检查率 | # |
| | 3.发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分钟内临床实验室检查完成率 | # |
| | 4.发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率 | # |
| | 5.静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于 60 分钟的比例 | # |
| | 6.发病 6 小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率 | # |
| | 7.脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率 | # |
| | 8.非致残性脑梗死患者发病 24 小时内双重强化抗血小板药物治疗率 | # |
| 9.不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内深静脉血栓预防率 | ⊙ | |
| 10.脑梗死患者住院 7 天内血管评价率 | # | |

| | |
|---|---|
| 11.住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率 | # |
| 12.住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率 | # |
| 13.脑梗死患者吞咽功能筛查率 | # |
| 14.脑梗死患者康复评估率 | # |
| 15.出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率 | # |
| 16.出院时合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者降压/降糖药物/抗凝治疗率 | # |
| 17.脑梗死患者住院死亡率 | # |
| 18.发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率 | # |
| 19.发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率 | # |
| 20.发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率 | # |
| 21.发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率 | # |
| 22.发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率 | # |
| 23.发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率 | # |
| 24.发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率 | # |
| 25.发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 评估率 | ⊙ |
| 26.发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率 | ⊙ |
| 27.发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率 | # |
| (三) 帕金森病 | |
| 1.住院帕金森病患者规范诊断率 | ⊙ |
| 2.住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率 | # |
| 3.住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率 | # |
| 4.住院帕金森病患者进行临床分期的比例 | # |
| 5.住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率 | # |
| 6.住院帕金森病患者运动并发症筛查率 | # |
| 7.住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率 | # |
| 8.住院帕金森病体位性低血压筛查率 | # |
| 9.合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选 评估率 | # |
| 10.住院帕金森病患者康复评估率 | # |
| 11.住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率 | # |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| | (四) 颈动脉支架置入术 | |
| | 1.颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率 | # |
| | 2.颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率 | # |
| | 3.颈动脉支架置入术手术指征符合率 | # |
| | 4.颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率 | # |
| | 5.颈动脉支架置入术保护装置使用率 | ⊙ |
| | 6.颈动脉支架置入术技术成功率 | # |
| | 7.颈动脉支架置入术并发症发生率 | # |
| | 8.颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率 | ⊙ |
| | 9.颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率 | # |
| | 10.颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率 | ⊙ |
| | (五) 脑血管造影术 | |
| | 1.脑血管造影术(DSA)前无创影像评估率 | # |
| | 2.脑血管造影术中非离子型对比剂应用率 | ⊙ |
| | 3.脑血管造影术造影时相完整率 | # |
| | 4.脑血管造影术造影阳性率 | # |
| | 5.脑血管造影术严重并发症发生率 | # |
| | 6.脑血管造影术穿刺点并发症发生率 | # |
| | 7.脑血管造影术死亡率 | # |
| 十一、肾病专业 医疗质量控制 指标(2020年 版) | (一) IgA 肾病 | |
| | 1.肾活检患者术前检查完成率 | # |
| | 2.肾脏病理切片染色规范率 | # |
| | 3.IgA 肾病患者病理分型诊断率 | # |
| | 4.IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率 | # |
| | 5.IgA 肾病患者随访完成率 | # |
| | 6.IgA 肾病患者血压控制达标率 | # |
| | 7.肾功能恶化率 | ⊙ |
| | 8.治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白<1g 的患者比例 | ⊙ |
| | 9.肾活检严重并发症发生率 | ⊙ |
| | 10.激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率 | ⊙ |
| | (二) 血液净化技术 | |
| | 1.治疗室消毒合格率 | # |
| | 2.透析用水生物污染检验合格率 | # |
| | 3.新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率 | # |
| | 4.维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率 | # |
| | 5.维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率 | # |
| | 6.血液透析患者尿素清除指数(Kt/V)和尿素下降率(URR)控制率 | # |

| | | |
|---------------------------------------|---|---------|
| | 7.腹膜透析患者尿素清除指数 (Kt/V) 及总内生肌酐清除率 (Ccr) 控制率 | # |
| | 8.透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率 | # |
| | 9.血液透析患者透析间期体重增长控制率 | # |
| | 10.维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率 | ⊙ |
| | 11.腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率 | # |
| | 12.腹膜透析退出患者治疗时间 | ⊙ |
| | 13.透析患者血常规定时检验率 | # |
| | 14.透析患者血液生化定时检验 | # |
| | 15.透析患者全段甲状旁腺素(iPTH)定时检验完成率 | # |
| | 16.透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率 | # |
| | 17.透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率 | # |
| | 18.透析患者的 C 反应蛋白 (CRP) 定时检验完成率 | # |
| | 19.透析患者高血压控制率 | # |
| | 20.透析患者肾性贫血控制率 | # |
| | 21.透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常(CKD-MBD)指标控制率 | # |
| | 22.透析患者血清白蛋白控制率 | # |
| 十二、护理专业 质量控制指标 (2020 版) | (一) 床护比 | * |
| | (二) 护患比 | ⊙ |
| | (三) 每住院患者 24 小时平均护理时数 | ⊙ |
| | (四) 不同级别护士配置占比 | ⊙ |
| | (五) 护士离职率 | △ |
| | (六) 住院患者身体约束率 | ⊙ |
| | (七) 住院患者跌倒发生率 | △ |
| | (八) 住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率 | △ |
| | (九) 置管患者非计划拔管率 | △ |
| | (十) 导管相关感染发生率 | △ |
| | (十一) 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发生率 | △ |
| | (十二) 护理级别占比 | ⊙ |
| 十三、药事管理 专业医疗质量 控制指标(2020 年版) | (一) 药学专业技术人员占比 | * (≥4%) |
| | (二) 每百张床位临床药师人数 | △ |
| | (三) 处方审核率 | △ |
| | (四) 住院用药医嘱审核率 | △ |
| | (五) 静脉用药集中调配医嘱干预率 | ⊙ |
| | (六) 门诊处方点评率 | △ |
| | (七) 门诊处方合格率 | △ |
| | (八) 严重或新的药品不良反应上报率 | △ |

| | | |
|---------------------------|----------------------------|---|
| | (九) 住院患者药学监护率 | △ |
| | (十) 用药错误报告率 | ⊙ |
| | (十一) 严重或新的药品不良反应上报率 | ⊙ |
| | (十二) 住院患者抗菌药物使用情况 | △ |
| | (十三) 住院患者静脉输液使用率 | △ |
| | (十四) 住院患者中药注射剂静脉输液使用率 | △ |
| | (十五) 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率 | △ |
| | (十六) 住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率 | △ |
| 十四、胸科医院 重点医疗质量 控制指标 | (一) 术前的风险评估执行率 | # |
| | (二) 非计划再次手术率 | # |
| | (三) 术后出院 7 天内 (含 7 天) 再入院率 | # |
| | (四) 术后呼吸衰竭发生率 | # |
| | (五) 术后住院时间 ≥21 天患者占手术患者比例 | # |
| | (六) 拟恶性肿瘤术后病理确诊符合率 | # |
| | (七) 手术死亡率 | # |
| | (八) 呼吸内科专业医疗质量控制指标 (同八、内容) | # |
| 十五、肿瘤医院 重点医疗质量 控制指标 | (一) 恶性肿瘤 TNM 分期执行率 | # |
| | (二) 术前的风险评估执行率 | # |
| | (三) 非计划再次手术率 | # |
| | (四) 术后出院 7 天内 (含 7 天) 再入院率 | # |
| | (五) 拟恶性肿瘤术后病理确诊符合率 | # |
| | (六) 手术死亡率 | # |
| 十六、儿童医院 重点医疗质量 控制指标 | (一) ≤5 岁住院患儿死亡率 | # |
| | (二) 住院患儿出院 7 天内再住院率 | # |
| | (三) 住院患儿抗菌药物 DDDs 值 | # |
| | (四) 门诊患儿输液率 | # |
| | (五) 手术死亡率 | # |
| 十七、妇产医院 重点医疗质量 控制指标 | (一) 产前筛查率 | ⊙ |
| | (二) 高危产妇管理率 | ⊙ |
| | (三) 剖宫产率 | # |
| | (四) 高危产妇占总产妇数百分比 | # |
| | (五) 孕产妇死亡率 | # |
| | (六) 住院新生儿死亡率 | # |
| | (七) 新生儿苯丙酮尿症筛查率 | # |
| | (八) 新生儿甲状腺功能减低症筛查率 | # |
| | (九) 新生儿听力筛查率 | # |
| | (十) 拟恶性肿瘤术后病理确诊符合率 | # |

| | | |
|-----------------------|-------------------------------------|---|
| 十八、传染病医院重点医疗质量控制指标 | (一) 住院患者抗菌药物使用率 | # |
| | (二) 住院患者抗菌药物使用 DDDs 值 | # |
| | (三) 使用抗菌药物住院患者微生物样本送检率 | # |
| | (四) 住院患者发热待诊诊断率 | # |
| | (五) 重型肝炎(乙肝)抗乙肝病毒治疗率 | # |
| | (六) 重型肝炎死亡率 | # |
| | (七) 住院肺结核患者经组织学或/和细胞学确诊率 | # |
| 十九、口腔医院重点医疗质量控制指标 | (一) 每诊椅日入次数 | # |
| | (二) 根管治疗合格率 | # |
| | (三) 义齿返工率 | # |
| | (四) 住院患者临床诊断与病理诊断符合率 | # |
| 二十、精神病医院患者安全和权益保障重点指标 | (一) 入院时完成攻击、自伤和自杀风险、物质滥用、不良生活事件等评估率 | # |
| | (二) 住院期间约束和隔离措施使用率 | # |
| | (三) 噎食窒息发生率 | # |
| | (四) 自杀、自伤发生率 | # |
| | (五) 伤人、毁物发生率 | # |
| | (六) 擅自离院发生率 | # |
| | (七) 出院前完成社会功能评估完成率 | # |
| | (八) 出院后持续服务计划实施率 | # |
| 二十一、眼科医院重点医疗质量控制指标 | (一) 眼科三、四级手术率 | ⊙ |
| | (二) 日间手术占比 | # |
| | (三) 人工晶体植入率 | # |
| | (四) 非计划再次手术率 | # |
| | (五) 眼后节手术占比 | # |
| | (六) 临床路径管理病例占比 | # |
| | (七) 内眼手术感染率 | # |
| 二十二、康复医院重点医疗质量控制指标 | (一) 康复治疗前、中、末评估率(住院周期≥2周) | # |
| | (二) 康复治疗安全核查与风险评估执行率 | # |
| | (三) 住院患者康复治疗发生并发症、二次损伤的发生率 | # |
| | (四) 开展早期康复介入服务率(发病时间≤2周) | # |
| | (五) 住院患者日常生活活动能力改善率 | # |
| | (六) 住院患者认知、言语、吞咽改善率 | # |
| | (七) 带管住院患者拔管率 | # |
| | (八) 脊髓损伤患者间歇导尿率 | ⊙ |
| | (九) 意识障碍促醒治疗率 | ⊙ |

第四章 单病种（术种）质量控制指标

| 指标大类 | 指标明细 | 指标类型 |
|---------------------------|---|------------|
| | | # 代表纵向对比指标 |
| 一、急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院） | 主要诊断 ICD-10 编码：I21.0 至 I21.3，I21.9 的出院患者 | # |
| 二、心力衰竭 | 主要诊断原发病 ICD-10 编码：I05 至 I09，或 I11 至 I13，或 I20 至 I21，或 I40 至 I41，或 I42 至 I43 伴第二诊断为 I50 的出院患者 | # |
| 三、冠状动脉旁路移植术 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：36.1 的手术出院患者 | # |
| 四、房颤 | 主要诊断 ICD-10 编码：I48 的出院患者 | # |
| 五、主动脉瓣置换术 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.0，35.2 的手术出院患者 | # |
| 六、二尖瓣置换术 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.02，35.12，35.23，35.24 的手术出院患者 | # |
| 七、房间隔缺损手术 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.51，35.52，35.61，35.71 的手术出院患者 | # |
| 八、室间隔缺损手术 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.53，35.55，35.62，35.72 的手术出院患者 | # |
| 九、脑梗死（首次住院） | 主要诊断 ICD-10 编码：I63.0 至 I63.9 的出院患者 | # |
| 十、短暂性脑缺血发作 | 主要诊断 ICD-10 编码：G45.0 至 G45.9 的出院患者 | # |
| 十一、脑出血 | 主要诊断 ICD-10 编码：I61.0 至 I61.9 的出院患者 | # |
| 十二、脑膜瘤（初发，手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：C70.0，C70.9，D32.0，D32.9，D42.9，且伴 ICD-9-CM-3 编码：01.51，01.59 的手术出院患者 | # |
| 十三、胶质瘤（初发，手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：C71，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：01.52 至 01.59 的手术出院患者 | # |
| 十四、垂体腺瘤（初发，手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：D35.2，C75.1，D44.3，E22.0，E23.6，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：07.61 至 07.69，07.71，07.72，07.79 和 01.59 的手术出院患者 | # |
| 十五、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：I60.0 至 I60.9，且伴主要手术 ICD-9-CM 编码：01.3，02.2，02.3，38.3，38.4，38.6，39.5 的手术出院患者 | # |

| | | |
|------------------------|---|---|
| 十六、惊厥性癫痫持续状态 | 主要诊断 ICD-10 编码: G41.0, G41.8, G41.9 的出院患者 | # |
| 十七、帕金森病 | 主要诊断 ICD-10 编码: G20.x00 的出院患者 | # |
| 十八、社区获得性肺炎 (成人, 首次住院) | 主要诊断 ICD-10 编码: J13 至 J16, J18; 年龄 ≥ 18 岁的出院患者 | # |
| 十九、社区获得性肺炎 (儿童, 首次住院) | 主要诊断 ICD-10 编码: J13 至 J16, J18; 2 岁 \leq 年龄 < 18 岁的出院患儿 | # |
| 二十、慢性阻塞性肺疾病 (急性发作, 住院) | 主要诊断 ICD-10 编码: J44.0, J44.1 的出院患者 | # |
| 二十一、哮喘 (成人, 急性发作, 住院) | 主要诊断 ICD-10 编码: J45, J46; 年龄 ≥ 18 岁的出院患者 | # |
| 二十二、哮喘 (儿童, 住院) | 主要诊断 ICD-10 编码: J45, J46; 2 岁 \leq 年龄 < 18 岁的出院患儿 | # |
| 二十三、髋关节置换术 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 00.7, 81.51 至 81.53 的手术出院患者 | # |
| 二十四、膝关节置换术 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 00.80 至 00.83, 81.54, 81.55 的手术出院患者 | # |
| 二十五、发育性髋关节发育不良 (手术治疗) | 主要诊断 ICD-10 编码: Q65.0 至 Q65.6, Q65.8, Q65.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 79.85, 77.25, 77.29; 1 岁 \leq 年龄 ≤ 8 岁 (旧称先天性髋关节脱位) 的手术出院患儿 | # |
| 二十六、剖宫产 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的手术出院患者 | # |
| 二十七、异位妊娠 (手术治疗) | 主要诊断 ICD-10 编码: O00 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 66.01, 66.02, 66.62, 66.95, 74.30 的手术出院患者 | # |
| 二十八、子宫肌瘤 (手术治疗) | 主要诊断 ICD-10 编码与名称: D25 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 68.29, 68.3 至 68.5, 68.9 的手术出院患者 | # |
| 二十九、肺癌 (手术治疗) | 主要诊断 ICD-10 编码: C34 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 32.2 至 32.6, 32.9 的手术出院患者 | # |
| 三十、甲状腺癌 (手术治疗) | 主要诊断 ICD-10 编码: C73 开头, 且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.5 的手术出院患者 | # |
| 三十一、乳腺癌 (手术治疗) | 主要诊断 ICD-10 编码: C50 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 85.2 至 85.4 的手术出院患者 | # |
| 三十二、胃癌 (手术治疗) | 主要诊断 ICD-10 编码: C16 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 43.4 至 43.9 的手术出院患者 | # |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| 三十三、结肠癌（手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：C18, D01.0；且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码：45.4,45.73 至 45.79,45.8 的手术出院患者 | # |
| 三十四、宫颈癌（手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：C53 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：67.2 至 67.4，68.4 至 68.7 的手术出院患者 | # |
| 三十五、糖尿病肾病 | 主要诊断和其他诊断 ICD-10 编码：E10 至 E14，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：55.23 的非产妇出院患者 | # |
| 三十六、终末期肾病血液透析 | 主要诊断 ICD-10 编码：N18.0，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：38.95，39.27，39.42，39.95 的血液透析患者 | # |
| 三十七、终末期肾病腹膜透析 | 主要诊断 ICD-10 编码：N18.0，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：54.98 的腹膜透析患者 | # |
| 三十八、舌鳞状细胞癌（手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：C01, C02，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：25.1 至 25.4，40.4 的手术出院患者 | # |
| 三十九、腮腺肿瘤（手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：D11.0，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：26.2，26.3 伴 04.42 的手术出院患者 | # |
| 四十、口腔种植术 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：23.5，23.6 的门诊或者 76.09，76.91，76.92，22.79 的手术出院患者 | ⊙ |
| 四十一、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：H26.2, H40.0, H40.2, H40.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：10.1, 10.49, 10.6, 10.91, 10.99, 12.11, 12.12, 12.64, 12.66, 12.67, 12.71 至 12.73, 12.79, 12.83, 12.85, 12.87, 12.91, 12.92, 12.99, 13.19, 13.3, 13.41, 13.59, 13.70, 13.71, 13.90, 14.73, 14.74, 14.79 的手术出院患者 | # |
| 四十二、复杂性视网膜脱离（手术治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：E10.3, E11.3, E14.3, H33.0 至 H33.5，H59.8，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.73, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 14.75, 14.9 的手术出院患者 | # |
| 四十三、围手术期预防感染 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者： | # |

| | | |
|-------------------|--|---|
| | 1.甲状腺切除术：06.2 至 06.5 | |
| | 2.膝半月软骨切除术：80.6 | |
| | 3.晶状体相关手术：13.0 至 13.9 | |
| | 4.腹股沟疝相关手术：17.11 至 17.13，17.21 至 17.24，53.00 至 53.17 | |
| | 5.乳房组织相关手术：85.2 至 85.4 | |
| | 6.动脉内膜切除术：38.1 | |
| | 7.足和踝关节固定术和关节制动术：81.1 | |
| | 8.其他颅骨切开术：01.24 | |
| | 9.椎间盘切除术或破坏术：80.50 至 80.59 | |
| | 10.骨折切开复位+内固定术：03.53，21.72，76.72 至 76.79，79.30 至 79.39 | |
| | 11.关节脱位切开复位内固定术：76.94，79.8 | |
| | 12.骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除：78.5 至 78.6 | |
| | 13.卵巢相关手术：65.2 至 65.6 | |
| | 14.肌腱相关手术：83.11 至 83.14 | |
| | 15.睾丸相关手术：62.0 至 62.9 | |
| | 16.阴茎相关手术：64.0 至 64.4 | |
| | 17.室间隔缺损修补术：35.62 | |
| | 18.房间隔缺损修补术：35.61 | |
| | 19.髋关节置换术：00.7，81.51 至 81.53 | |
| | 20.膝关节置换术：00.80 至 00.83，81.54，81.55 | |
| | 21.冠状动脉旁路移植术：36.1 | |
| | 22.剖宫产：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99 | |
| 四十四、围手术期预防深静脉血栓栓塞 | 主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者： 1.闭合性心脏瓣膜切开术：35.00 至 35.04 2.心脏瓣膜切开和其他置换术：35.20 至 35.28 3.脊柱颈融合术：81.04 至 81.08 4.脊柱再融合术：81.34 至 81.38 5.胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术：43.6 6.胃部分切除术伴胃空肠吻合术：43.7 7.其他胃部分切除术：43.8 8.胃全部切除术：43.9 9.开放性和其他部分大肠切除术：45.7 10.腹会阴直肠切除术：48.5 11.直肠其他切除术：48.6 12.肝叶切除术：50.3 | # |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| | 13.部分肾切除术：55.4 | |
| | 14.全部肾切除术：55.5 | |
| | 15.部分膀胱切除术：57.6 | |
| | 16.全部膀胱切除术：57.7 | |
| | 17.卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术：65.2 | |
| | 18.单侧卵巢切除术：65.3 | |
| | 19.单侧输卵管-卵巢切除术：65.4 | |
| | 20.双侧卵巢切除术：65.5 | |
| | 21.双侧输卵管-卵巢切除术：65.6 | |
| | 22.子宫病损或组织的切除术或破坏术：68.2 | |
| | 23.经腹子宫次全切除术：68.3 | |
| | 24.经腹子宫全部切除术：68.4 | |
| | 25.阴道子宫切除术：68.5 | |
| | 26.经腹根治性子宫切除术：68.6 | |
| | 27.根治性阴道子宫切除术：68.7 | |
| | 28.盆腔脏器去除术：68.8 | |
| | 29.髋关节置换术：00.7, 81.51 至 81.53 | |
| | 30.膝关节置换术：00.80 至 00.83, 81.54, 81.55 | |
| | 31.冠状动脉旁路移植术：36.1 | |
| 四十五、住院精神疾病 | 主要诊断 ICD-10 编码：F00-F99 的出院患者 | # |
| 四十六、中高危风险患者 预防静脉血栓栓塞症 | 需要落实预防静脉血栓措施的重点患者： 1.入住 ICU 的患者 2.中高危风险患者 | ⊙ |
| 四十七、感染性休克早期 治疗 | 主要诊断/其他诊断 ICD-10 编码：A02.1, A22.7, A32.7, A40.1 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, A42.7, A54.8, B37.7, R57.2 的出院患者 | # |
| 四十八、儿童急性淋巴细胞 白血病（初始诱导化疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：C91.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：99.25 的出院患儿 | # |
| 四十九、儿童急性早幼粒 细胞白血病（初始化疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：C92.4, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：99.25 的出院患儿 | # |
| 五十、甲状腺结节（手术 治疗） | 主要诊断 ICD-10 编码：D34, E04.0, E04.1, E04.2, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：06.2 至 06.5 的手术出院患者 | # |
| 五十一、HBV 感染分娩母 婴阻断 | 主要诊断 ICD-10 编码：O98.4, Z22.5+O80 至 O84+Z37；且伴①阴道分娩操作 ICD-9-CM-3 编码 72.0 至 72.9, 73.0, 73.1, 73.21, 73.4 至 73.6, 73.9；或②剖宫产手术 ICD 9-CM-3 编码：74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的出院患者 | # |

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

| 指标大类 | 指标明细 | 指标类型 | |
|-------------|---|------------------------|---|
| | | *代表准入指标 #代表纵向对比指标 | |
| 一、国家限制类医疗技术 | (一) 造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2017年版) | 1.造血干细胞移植适应证符合率 | # |
| | | 2.异基因造血干细胞移植植入率 | # |
| | | 3.重度(Ⅲ-Ⅳ度)急性移植物抗宿主病发生率 | # |
| | | 4.慢性移植物抗宿主病发生率 | # |
| | | 5.异基因造血干细胞移植相关死亡率 | # |
| | | 6.异基因造血干细胞移植总体生存率 | # |
| | | 7.异基因造血干细胞移植无病生存率 | # |
| | | 8.平均住院日 | # |
| | | 9.平均住院费用 | # |
| | | 10.平均住院药费 | # |
| | (二) 同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2017年版) | 1.胰岛纯度 | # |
| | | 2.总胰岛当量 | # |
| | | 3.胰岛活率 | # |
| | | 4.胰岛产物微生物培养阳性率 | # |
| | | 5.胰岛产物内毒素超标率 | # |
| | | 6.围手术期并发症发生率 | # |
| | | 7.术后死亡率 | # |
| | | 8.患者随访率 | # |
| | | 9.移植后有效率(1年、3年、5年) | # |
| | (三) 同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2017年版) | 1.各类来源移植物比例 | ⊙ |
| | | 2.术中移植物微生物培养阳性率 | # |
| | | 3.围手术期并发症发生率 | # |
| | | 4.移植后临床满意率 | # |
| | | 5.移植后影像学 and 电生理学评估优良率 | # |
| | | 6.微创手术比例 | # |
| | | 7.患者随访率 | # |
| | (四) 同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2018年版) | 1.供体使用率 | ⊙ |
| | | 2.成分供体使用率 | ⊙ |
| | | 3.同种异体角膜移植成功率 | # |
| | | 4.角膜植片透明率 | # |
| 5.角膜原发疾病控制率 | | # | |

| | | |
|--|----------------------|---|
| | 6.并发症发生率 | # |
| | 7.术后视力提高率 | # |
| | 8.诊断符合率 | # |
| | 9.患者随访率 | # |
| | 10.角膜组织存活率（1 年、3 年） | # |
| （五）同种异体皮肤移植技术临床应用质量控制指标（2017 年版） | 1.深度创面比例 | ⊙ |
| | 2.异体移植皮肤面积比例 | ⊙ |
| | 3. 异体移植皮肤成活 | # |
| | 4.异体移植皮肤感染率 | # |
| | 5.自异体皮肤混合移植率 | # |
| | 6.救治成功率 | # |
| | 7.活体供体供皮区平均愈合时间 | # |
| | 8.活体供体供皮区并发症发生率 | # |
| | 9.活体供体平均住院日 | # |
| | 10.受体平均住院日 | # |
| （六）性别重置技术临床应用质量控制指标（2017 年版） | 1.术中输血率 | # |
| | 2.术后输血率 | # |
| | 3.术中自体血输注率 | # |
| | 4.手术对象满意度 | ⊙ |
| | 5.术后 1 年随访率 | # |
| | 6.术后 2 周内感染率 | # |
| | 7.尿瘘发生率 | # |
| | 8.再造尿道狭窄率 | # |
| | 9.再造阴道狭窄率 | # |
| | 10.直肠阴道瘘发生率 | # |
| | 11.皮瓣坏死发生率 | # |
| | 12.术后 1 周内死亡率 | # |
| （七）质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量 控制指标（2017 年版） | 1.适应证符合率 | # |
| | 2.病理诊断率 | # |
| | 3.临床 TNM 分期比例 | # |
| | 4.MDT 执行率 | # |
| | 5.知情同意书签署率 | # |
| | 6.治疗方案完成率 | # |
| | 7.不良反应发生率 | # |
| | 8.6 个月内死亡率 | # |
| | 9.患者随访率（1 年、2 年、5 年） | # |
| | 10.在线 IGRT 使用率 | # |
| | 11.输出射束精度达标率 | # |

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| | 12.输出剂量精度达标率 | # |
| | 13.能量精度达标率 | # |
| | 14.放疗计划三维验证达标率 | # |
| | 15.设备开机率（半年、1 年） | # |
| （八）放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版） | 1.植入指征正确率 | # |
| | 2.术前制订治疗计划率 | # |
| | 3.术后放射剂量验证率 | # |
| | 4.术中及术后 30 天内主要并发症发生率 | # |
| | 5.放射性粒子植入治疗有效率 | # |
| | 6.术后 30 天内全因死亡率 | # |
| | 7.患者随访率 | # |
| | 8.患者术后生存率（2 个月、4 个月、半年、1 年、2 年） | # |
| （九）肿瘤深部热疗和全身热疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版） | 1.适应征符合率 | # |
| | 2.肿瘤热疗治疗温度和时间选择正确率 | # |
| | 3.围手术期并发症发生率 | # |
| | 4.术后死亡率 | # |
| | 5.实体肿瘤热疗有效率与控制率 | # |
| | 6.实体肿瘤坏死率 | # |
| | 7.胸（腹、盆）腔积液消退率 | # |
| | 8.患者生活质量改善率 | # |
| （十）肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版） | 1.肿瘤消融治疗指征正确率 | # |
| | 2.肿瘤消融治疗完成率 | # |
| | 3.肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解率 | # |
| | 4.肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率 | # |
| | 5.肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率 | # |
| | 6.肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率 | # |
| | 7.患者随访率（6 月、1 年、2 年、3 年、5 年） | # |
| | 8.患者术后生存率（6 月、1 年、3 年、5 年） | # |
| | 9.平均住院日 | # |
| （十一）心室辅助技术临床应用质量控制指标（2017 年版） | 1.心室辅助技术应用适应证选择正确率 | # |
| | 2.心室辅助装置有效撤除率 | # |
| | 3.术后 30 天死亡率 | # |
| | 4.心室辅助转换心脏移植率 | ⊙ |
| | 5.术中及术后 30 天内主要并发症发生率 | # |

| | | |
|---------------------------------------|------------------------|---|
| | 6.术后随访率（1年、3年） | # |
| | 7.患者术后生存率（1年、3年） | # |
| （十二）人工智能辅助诊断技术临床应用质量控制指标（2017年版） | 1.诊断准确率 | # |
| | 2.信息采集准确率 | # |
| | 3.人工智能辅助诊断平均时间 | # |
| | 4.人工智能辅助诊断增益率 | # |
| （十三）人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标（2017年版） | 1.平均术前准备时间 | # |
| | 2.平均手术时间 | # |
| | 3.重大并发症发生率 | # |
| | 4.手术中转率 | # |
| | 5.术中设备不良事件发生率 | # |
| | 6.术中及术后死亡率 | # |
| | 7.各专业月手术量及人工智能辅助治疗技术比例 | ⊙ |
| | 8.平均住院日 | # |
| （十四）颅颌面畸形颅面外科矫治技术临床应用质量控制指标（2017年版） | 1.医患比 | ⊙ |
| | 2.各类手术患者比例 | ⊙ |
| | 3.正颌术前正畸比例 | # |
| | 4.颅眶外科手术术前CT检查率 | # |
| | 5.术前计算机辅助设计系统使用率 | # |
| | 6.意外骨折发生率 | # |
| | 7.输血率 | # |
| | 8.术中自体血输注率 | # |
| | 9.失血性休克发生率 | # |
| | 10.术后并发症发生率 | # |
| | 11.非计划二次手术率 | # |
| | 12.术后抢救率、术后抢救成功率 | # |
| | 13.术中及术后死亡率 | # |
| （十五）口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术临床应用质量控制指标（2017年版） | 1.诊断符合率 | # |
| | 2.术后手术部位感染率 | # |
| | 3.术后血肿手术探查率 | # |
| | 4.血管危象手术探查率 | # |
| | 5.手术探查后皮瓣成活率 | # |
| | 6.术后脑脊液漏发生率 | # |
| | 7.术后颅内感染发生率 | # |
| | 8.术后全身系统严重并发症发生率 | # |
| | 9.术后抢救率、术后抢救成功率 | # |
| | 10.术后死亡率 | # |

| | | | |
|---|----------------------------------|---|---|
| 二、人体器官捐献、获取与移植技术 | (一)向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比 | | # |
| | (二)实现器官捐献的人数与院内死亡人数比 | | # |
| | (三)人体器官获取组织质量控制指标 | 1.器官捐献转化率 | # |
| | | 2.平均器官产出率 | # |
| | | 3.器官捐献分类占比 | ⊙ |
| | | 4.获取器官利用率 | # |
| | | 5.器官病理检查率 | # |
| | | 6.边缘供器官比率 | ⊙ |
| | | 7.器官保存液病原菌培养阳性率 | # |
| | | 8.移植器官原发性无功能发生率 | # |
| | | 9.移植器官术后功能延迟性恢复发生率 | # |
| | (四)肝脏移植技术医疗质量控制指标(2020年版) | 1.肝癌肝脏移植指标 | |
| | | (1)肝癌肝脏移植受者比例 | ⊙ |
| | | (2)单发肿瘤,直径不超过5cm的肝癌肝脏移植受者比例 | ⊙ |
| | | (3)多发肿瘤,肿瘤数目不超过3个,最大直径不超过3cm的肝癌肝脏移植受者比例 | ⊙ |
| | | 2.肝脏移植手术指标 | |
| | | (1)冷缺血时间比例 | |
| | | (2)无肝期比例 | * |
| | | (3)手术时间比例 | * |
| | | (4)术中大出血发生率 | # |
| | | 3.术后主要并发症指标 | |
| (1)术后早期肝功能不全(EAD)发生率 | | # | |
| (2)术后非计划二次手术率 | | # | |
| (3)术后血管并发症发生率(1周内、1月内、3月内) | | # | |
| (4)术后超急性排斥反应、急性排斥反应发生率(1周内、1月内、6月内、1年内) | | # | |
| (5)术后胆道并发症发生率(1月内、6月内、1年内) | | # | |
| (6)术后耐药菌感染发生率(1周内、1月内、6月内、1年内) | | # | |
| 4.受者术后生存指标 | | | |

| | | | |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|
| | | (1) 术后早期死亡率 | # |
| | | (2) 受者术后生存率(1 年、3 年、5 年) | # |
| | | (3) 肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率(1 年、3 年、5 年) | # |
| | | 5.中国肝移植注册系统 (CLTR) 数据报送质量指标 | |
| | | (1) 数据完整度 | # |
| | | (2) 数据及时性 | # |
| | | (3) 数据真实性 | # |
| | | (4) 有效随访率 | # |
| | | (5) 受者失访率 | # |
| | (五) 肾脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版) | 1.冷热缺血时间 | # |
| | | 2.亲属间活体捐献者重大并发症发生率 | # |
| | | 3.术后 30 天内死亡率 | # |
| | | 4.移植肾功能延迟恢复发生率 | # |
| | | 5.血管并发症发生率 | # |
| | | 6.急性排斥反应发生率 | # |
| | | 7.术后感染发生率 | # |
| | | 8.中国肾脏移植科学登记系统 (CSRKT) 数据报送质量指标 | |
| | | (1) 数据完整度 | # |
| | | (2) 数据及时性 | # |
| | (3) 数据真实性 | # | |
| | (4) 受者总体随访质量 | # | |
| | 9.移植肾生存率 | ⊙ | |
| | (六) 心脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版) | 1.伦理委员会决议通过率 | # |
| | | 2.术前有创肺动脉压监测率 | # |
| | | 3.术前心肺运动试验检查率 | # |
| | | 4.供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例 | # |
| | | 5.术中术后生命支持应用率 | # |
| 6.术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例 | | # | |
| 7.术后并发症发病率 | | # | |
| 8.术后院内死亡率 | | # | |
| 9.术后存活率 | | # | |
| 10.中国心脏移植注册登记数据报送质量指标 | | | |
| (1) 数据完整度 | | # | |
| (2) 数据及时性 | | # | |
| (3) 随访完整度 | | # | |

| | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|---|
| | (七) 肺脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版) | 1.肺脏移植绝对适应证占比 | # |
| | | 2.热缺血时间≤1 分钟 (min) 比例 | # |
| | | 3.冷缺血时间≤12 小时 (h) 比例 | # |
| | | 4.术中异体输血≤1000 毫升 (ml) 手术比例 | # |
| | | 5.术后二次开胸率 | # |
| | | 6.术后 3 个月内感染发生率 | # |
| | | 7.术后 6 个月内气道吻合口并发症发生率 | # |
| | | 8.诊断符合率 | # |
| | | 9.术后 (6 月、1 年、3 年、5 年、10 年) 生存率 | # |
| | | 10.中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标 | |
| | | (1) 数据完整度 | # |
| | | (2) 数据及时性 | # |
| | | (3) 随访完整度 | # |
| | | (八) 其他器官移植技术医疗质量控制指标 | |

试用水印

第三部分 现场检查

第一章 医院功能与任务

一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|---|---|
| 1.1.1 医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。 | | |
| 1.1.1.1 医院的功能任务与目标符合区域卫生规划。 | 【C】 1. 医院的功能与任务符合区域卫生发展规划和医疗机构设置规划。 2. 发展规划和管理目标能体现医院宗旨及愿景。 | 1. 查阅医疗机构执业证书原件。 2. 查阅医院章程、近5年发展规划及每年管理目标是否体现医院宗旨及愿景。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 医院应用多种途径向全体员工、患者及社会宣传医院的宗旨、愿景、目标和功能任务。 2. 医院宗旨、办院理念、愿景等员工知晓。 | 1. 查阅相关资料，现场查看网站、宣传栏、屏幕等。 2. 现场询问5名医务人员医院宗旨、办院理念、愿景等，知晓率100%。 |
| | 【A】符合“B”，并 医院的功能任务与区域发展规划同步。 | 查阅相关资料。 |
| 1.1.2 制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。 | | |
| 1.1.2.1 根据医院的功能任务，制定医院中长期规划及年度计划。 | 【C】 1. 医院制定中长期规划（内容包括：目标、实施方法、实施步骤、工作分工、相关预算以及年度安排等）及年度工作目标。 2. 根据医院计划制定各部门、科室的年度工作目标。 3. 医院的中长期规划及年度计划征求职工意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。 4. 医院中长期规划及年度计划经过职工代表大会讨论通过。 | 1. 查阅医院中长期规划及年度工作目标相关内容。 2. 查阅职能部门及科室年度工作目标相关内容。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并对年度计划进行分析、总结，并提出改进措施。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，中长期规划得到落实。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|---|
| 1.1.3 医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。 | | |
| 1.1.3.1 医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。 | 【C】 1.医院具备本区域急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。 2.重症医学科负责全院重症医学患者的诊治。 3. 提供 24 小时急危重症诊疗服务。 | 1.查阅急诊、重症医学设施设备配置目录及医护团队花名册（含配置人数、人员职称、执业证书、专科护士等人员情况）。 2.查阅呈现重症医学科诊治能力的相关资料（含救治病种、救治技术及救治好转率等）。 3.现场查看急诊小区设置、布局、人员及相关医技科室服务能否满足急诊急救需要。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门对急危重症和疑难疾病诊疗服务有监管。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现医院对急危重症和疑难疾病诊治服务能力不断提升。 | 查阅相关资料。 |

二、坚持公立医院公益性，把社会效益放在第一位，履行相应的社会责任和义务

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|--|--|
| 1.2.1 坚持公立医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。公立医院资源主要用于公众服务，控制公立医院特需服务规模。 | | |
| 1.2.1.1 坚持公立医院公益性，履行相应的社会责任和义务。 | 【C】 1. 有保障基本医疗服务的相关制度与规范，有“以患者为中心”、优化质量、改进服务、降低成本、控制费用的措施并执行。 2. 完成法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、支农、支边和支援社区等任务。 | 1.查阅相关制度、规范，有体现“优化质量、改进服务、降低成本、控制费用”等措施并有执行的资料。 2.查阅指令性任务完成情况的相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对基本医疗服务任务完成情况有自查、有改进措施。 2. 主管部门有检查与监管。 | 1. 抽查 2 个临床科室相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 1. 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 2. 特需床位的比例不超过总床位数的 10%，特需门诊诊次不超过门诊总诊次的 10%。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| 1.2.2 根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。 | | |

| | | |
|--|---|--|
| 1.2.2.1 根据相关法律法规要求,建立健全的传染病防治组织架构,承担传染病及食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。 | 【C】 1. 有传染病及食源性疾病预防组织架构,有工作领导组织、重点传染病防控、食源性疾病和突发公共卫生事件救治防控专家组,有专门部门负责管理工作。 2. 有相关的管理制度及流程。 3. 有布局及流程符合相关规范要求的发热门诊及肠道门诊,并规范运行。 4. 按照传染病及食源性疾病预防有关规定及时报告,有指定人员负责传染病疫情及食源性疾病的监控、报告等工作。 5. 对发现的法定传染病患者、病原携带者、疑似患者的密切接触者采取必要的治疗和控制措施。 6. 对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品实施消毒和无害化处置。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.现场查看。 4.查阅相关资料。 5.查阅相关资料。 6.查阅处置记录,现场查看相关制度、流程的执行情况。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门对传染病及食源性疾病的报告情况定期监督检查、总结分析。 | 查阅相关监督检查(包括上级主管部门及医院职能部门)等资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,传染病防控管理工作规范,无传染病漏报,无管理原因导致传染病播散事件。 | 查阅相关资料(包括CDC等主管部门督查反馈资料)。 |
| 1.2.2.2 定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能的培训与处置演练。 | 【C】 1.有相关防治知识和技能培训计划,并组织相关培训。 2.医务人员知晓相关知识并能遵循。 3.根据传染病及食源性疾病疫情,适时开展处置相关演练(每年不少于2次)。 | 1.查阅相关资料。 2.随机抽查10名医务人员(含职能部门、医护人员及后勤保障人员)对相关知识的知晓度,知晓率 $\geq 95\%$ 。 3.查阅相关资料(含预案、演练脚本、演练现场图片记录及总结资料等)。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门对培训有管理,对培训效果有评价、分析。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据或案例体现医院传染病处置能力不断提升。 | 查阅相关资料。 |
| 1.2.3 按照《基本药物临床应用指南》和《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,优先合理使用基本药物。 | | |

| | | |
|--|---|--|
| 1.2.3.1 按照《基本药物临床应用指南》、《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,优先合理使用基本药物。 | 【C】 1. 有贯彻落实《基本药物临床应用指南》和《基本药物处方集》,优先使用基本药物的相关规定及监管体系。 2. 《基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”,有相应的采购、库存量。 3.使用基本药物的比例符合上级主管部门的规定。 | 1.查阅相关制度(如优先使用国家基本药物管理制度、考核办法等)。 2.查阅《医院用药目录》及采购、库存等符合规定要求。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1.科室对医师使用基本药物情况有自查。 2.主管部门定期对使用基本药物情况有检查、分析、反馈。 | 1.抽查2个临床科室相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,基本药物在医院能够优先合理使用。 | 查阅相关资料。 |

三、促进医疗资源下沉,完成政府指令性任务

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|---|---|
| 1.3.1 加强医联体建设,实行分级诊疗,建立与实施双向转诊制度与相关服务流程,提升医联体内基层医疗机构服务能力,促进优质医疗资源扩容和下沉。 | | |
| 1.3.1.1 实行分级诊疗,医院应建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。提升医联体内基层医疗机构服务能力,促进优质医疗资源扩容和下沉。 | 【C】 1.实行分级诊疗,建立与实施双向转诊制度与服务流程,并落实。 2.有与基层医疗机构双向转诊协议。 3.建立基层医疗机构双向转诊信息平台,通过信息平台规范开展与基层医疗机构双向转诊工作。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅双向转诊协议。 3.查看信息平台运行情况。 |
| | 【B】符合“C”,并为签约服务提供专家(专科)门诊号源及优先提供床位等“绿色通道”的措施并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据体现分级诊疗及双向转诊工作落实到位。 | 查阅相关资料。 |
| 1.3.2 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划,有实施方案,由专人负责。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1.3.2.1 将对口支援下级医院和支援社区(简称受援单位)卫生服务工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划,有实施措施及部门负责人负责。 | 【C】 1. 医院有相关工作目标并纳入年度工作计划。 2. 有根据受援单位的实际情况,双方制定具体的技术指导、人才培养及管理帮扶目标和实施方案,签订协议书。 3. 将受援单位考核结果纳入绩效考核与医师定期考核,并与晋升、聘任、任用、评优等挂钩。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门对计划、方案和协议的落实有检查、分析、反馈。 | 查阅医院对该工作总结资料、受援医院的评价资料及上级主管部门督查反馈资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据体现完成对口支援责任目标。 | 查阅相关资料。 |
| 1.3.2.2 将慢性病管理纳入医院目标管理及年度工作计划。有实施措施及部门负责人负责。 | 【C】 1.将慢性病管理工作纳入医院目标管理和医院年度工作计划。 2.制定慢性病宣传及管理的具体实施方案并执行。对病情稳定的慢性病患者有下转基层的工作机制,为基层医疗卫生机构上转病人预留一定比例专家号、住院床位。 3. 有专门部门和人员负责慢性病管理工作。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门定期对慢性病管理督查、分析、反馈,并检查整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 1.3.3 承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务,制订相关的制度、方案,并有具体措施予以保障。 | | |
| 1.3.3.1 承担政府指令性援疆援藏及健康扶贫任务,实现对口支援责任目标。 | 【C】 1.医院有相关的制度、方案及保障措施,并实施。 2.针对受援医院的需求,制订重点扶持计划并组织实施,在技术指导、人才培养及管理等方面开展帮扶。 3. 有专门部门和人员负责援疆援藏及健康扶贫协调工作。 | 1.查阅相关制度、措施及落实资料。 2 查阅培训方案及实施记录等相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门定期检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| 1.3.3.2 承担政府为下级医院卫生技术人员培养的指令性任务及适宜技术项目推广任务,制订相关制度、培训方案,并有具体措施予以保障。 | 【C】 1.医院有相关的制度、方案及保障措施,并实施。 2.有每年为县级骨干医师培训,社区、农村培养人才项目的实施计划和培训方案,并组织实施。 3.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。 4.到下级医院服务医师人数占符合晋升条件人数比例 $\geq 60\%$ 。 | 1.查阅相关制度、措施。 2.查阅培训方案及实施记录等相关资料。 3.查阅相关资料。 4.查阅人数比例是否达标。 |
| | 【B】 符合“C”,并 1.主管部门对培养效果有检查、分析、反馈。 2.到下级医院服务医师人数占符合晋升条件人数的比例 $\geq 70\%$ 。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅人数比例是否达标。 |
| | 【A】 符合“B”,并 1.持续改进有成效,培养任务有效完成,培训效果达到相关要求。 2.到下级医院服务医师人数占符合晋升条件人数的比例 $\geq 90\%$ 。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅人数比例是否达标。 |

四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|---|--|
| 1.4.1 遵守国家法律、法规,严格执行各级政府制定的应急预案,承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。遵守国家法律、法规,严格执行各级政府制定的应急预案,按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设,承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。 | | |
| 1.4.1.1 遵守国家法律、法规,严格执行各级政府制定的应急预案,按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设,承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。 | 【C】 1.根据各级政府制定的应急预案及医院在应对突发事件和重大事故灾害中的功能和承担的任务,制定本单位应急预案,有应对突发公共卫生事件与重大事故灾害的紧急医疗救援与救治响应机制和启动流程。 2.根据医院年度脆弱性分析结果,制定院内各类应急预案。 3.根据卫生健康行政部门指令,承担突发公共卫生事件相关工作。 4.紧急救援、救治物资储备合理、完备、可用。 5.相关人员知晓应急预案相关内容。 6.定期组织应急预案培训与演练。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 4.查阅目录、储备情况、使用登记及定期维护记录等资料。 5.随机询问管理部门及医护人员各2名的知晓度。 6.查阅相关资料。 |
| | 【B】 符合“C”,并 主管部门对培训和演练有督查、分析及反馈。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”,并 持续改进有成效,应急预案不断完善,有数据或案例体现应急能力和水平得到提升。 | 查阅相关资料。 |

第二章 临床服务质量与安全管理

一、医疗质量管理体系和工作机制

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|--|---|
| 2.1.1 有医疗质量管理体系, 落实医疗质量管理主体责任, 实行医疗质量管理院、科两级责任制。 | | |
| 2.1.1.1 有质量与安全管理, 实行院、科两级责任制。院长是第一责任人, 负责制定医院质量方针与目标, 策划医院质量管理, 确保质量与安全管理所需资源的获得, 指挥与协调医院质量管理活动, 定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。 | 【C】 1. 院长是医院质量管理第一责任人, 负责制定医院质量方针与目标, 定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。 2. 医院质量与安全管理组织机构健全、人员构成合理、职责明确, 主要包括: 医院质量与安全管理委员会、各质量相关委员会(医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会等)、质量管理部门、各职能部门、科室质量与安全管理小组等。 3. 医院质量与安全管理委员会及各相关管理委员会能在质量与安全管理中发挥决策作用。 | 1. 查阅以医院文件颁布的各委员会组成名单、质量管理各职能部门人员配备一览表、各临床科室质量管理小组名册。 2. 查阅医院质量管理构架图、可以体现院科两级管理的客观材料。 3. 查阅相关委员会的职责及工作记录, 随机询问医院领导、职能部门管理者等 5 名人员有关质量与安全管理知识及职责的知晓情况。 |
| | 【B】 符合“C”, 并各相关管理委员会定期专题研究质量与安全工作, 有分析总结, 有改进措施, 有记录。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”, 并持续改进有成效, 有数据或案例体现各医院质量与安全管理委员会能够执行三级管理, 职责落实到位。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.1.2 有质量管理方案, 包括: 质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等, 有相关配套的措施保证方案的落实。 | 【C】 1. 有医院质量管理方案, 包括: 质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等, 以及相配套制度。 2. 设置独立的质量与安全管理部门, 配置充足人力, 并落实医疗质量管理方案。 3. 有院、科两级质量管理流程。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅部门设置、人员配置及相关管理资料。 3. 查阅院级质量管理流程, 抽查内、外科及医技科室各 1 个科室的相关管理流程资料。 |
| | 【B】 符合“C”, 并职能部门能运用管理工具统计分析质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料, 对质量与安全工作实施监控, 并定期总结、分析、反馈, 有记录。 | 查阅相关职能部门运用质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料对质量与安全工作实施监控的相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.2. 设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。 | | |
| 2.1.2.1 设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。 | 【C】 1.设立医疗质量管理委员会，医疗质量管理委员会人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求，指定专门部门具体负责日常工作。 2.医疗质量管理委员会能在质量与安全工作中发挥决策作用。职责清晰，负责组织制定本机构医疗质量管理制度、质量持续改进计划及实施方案，并组织实施。 3.医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并医疗质量管理委员会定期对质量与安全工作进行督查、分析、反馈，并督查整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.3 各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。 | | |
| 2.1.3.1 各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。 | 【C】 1. 科室负责人是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理小组工作。成员构成及职责，符合《医疗质量管理办法》相关要求。 2. 制定科室质量与安全工作计划，召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题，有记录。 3. 贯彻执行医疗质量管理相关的法律、法规、规章制度、技术规范、标准、诊疗常规及指南，定期开展培训教育。 | 1.查阅医院关于成立科室医疗质量管理小组的相关文件。 2.抽查内、外科及医技科室各2个的相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并管理小组对科室质量与安全进行定期检查、能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施与落实执行。 | 查阅相关资料：科室质控小组每个月对本科室进行不少于一次的质量与安全检查，召开会议对相关控制指标进行分析，提出整改意见并落实。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例科室对质量与安全工作计划、问题改进落实到位。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|--|
| 2.1.4 建立健全医疗质量管理培训 and 考核制度, 充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。 | | |
| 2.1.4.1 建立健全医疗质量管理培训 and 考核制度, 充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。 | 【C】 1. 医院有医疗质量管理培训 and 考核制度, 并定期更新。 2. 医院领导、职能部门管理人员及科室质量管理小组人员接受全面质量管理培训与教育。 3. 各级各类质量管理专业人员熟悉相关管理知识。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料: 每年不少于 1 次的院级系列质量管理培训及考核, 相关的专题培训及考核不少于 3 次。 3. 随机抽考院领导、职能部门、科室负责人及质量管理共 10 人质量管理知识掌握情况, 合格率 ≥ 80%。 |
| | 【B】符合“C”, 并 主管部门有定期检查、总结分析与整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 培训考核合格率不断提升。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.5 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。 | | |
| 2.1.5.1 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准等有关要求开展诊疗工作。 | 【C】 1. 临床诊疗工作遵循诊疗指南和规范。 2. 有临床诊疗指南和规范的培训。 3. 相关人员掌握临床诊疗工作的指南/规范。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 随机询问临床医生 5 名对其的知晓情况, 知晓率 ≥ 80。 |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 科室对执行情况有自查。 2. 主管部门对执行情况有监管, 对落实中存在的问题进行分析和反馈并督促整改。 | 1. 随机抽查内、外科各 2 个科室相关自查记录。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 有数据体现改进成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.5.2 实施临床路径管理。 | 【C】 1. 有对临床路径管理的组织、实施的相关制度和工作职责。 2. 根据本院实际情况选择进入临床路径病种目录和文本。 3. 对“临床路径”监测指标包括: 患者的入组率、入组后完成率、平均住院日、平均住院费用。 4. 临床路径实施有多部门和科室间的协调配合。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 科室对临床路径有管理 and 对存在的问题有整改。 2. 主管部门每季度对监测指标进行汇总与分析, 问题及时反馈。 | 1. 随机抽查 2 个临床科室的相关资料。 2. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 临床路径实施病种数量和总数量达到卫生行政主管部门要求，实行信息化管理。 2. 实施临床路径管理的病例数达到医院出院病例数的30%。 3. 对符合进入临床路径标准的患者达到入组率$\geq 50\%$，入组完成率$\geq 70\%$。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料及现场查看临床路径信息系统。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| 2.1.6 开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施 | | |
| 2.1.6.1 患方对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利，医院有相关制度保证医务人员履行告知义务。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有保障患者合法权益的相关制度并落实。 2. 对患方病情、诊断、医疗措施、医疗风险和替代治疗方案进行告知。 3. 患方对医务人员的告知情况能理解并在病历中体现。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关规定及随机询问医师及患者（家属）各3名知晓度。 3. 抽查在院患者电子病历5份，评价是否符合要求。 |
| | <p>【B】符合“C”，并 主管部门对医务人员履行告知义务进行检查与监管。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效，患者合法权益得到保障。</p> | <p>查阅相关资料并询问3名患者或家属相关情况。</p> |
| 2.1.6.2 尊重患者隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰；完善保护患者隐私的管理措施和设施。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有保护患者隐私权的相关制度并落实 2. 有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度并落实。 3. 医务人员熟悉相关制度，了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。 4. 医务人员自觉保护患者隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。 5. 有完善的保护患者隐私措施及设施。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关制度及现场查看落实情况。 2. 查阅相关制度及现场查看落实情况。 3. 4. 随机询问3名医务人员了解其知晓情况。 5. 现场查看相关设施是否符合要求（医疗区域患者信息的公示、医疗区域隔帘、谈话室等） |
| | <p>【B】符合“C”，并 主管部门对患者隐私保护有检查与监管。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效，患者隐私保护落实到位。</p> | <p>查阅相关资料并询问3名患者或家属相关情况。</p> |
| 2.1.7 建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。 | | |
| 2.1.7.1 建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院有诊疗活动全流程、全员参与的质量管理与控制工作制度，并定期更新。 2. 有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）管理制度与流程。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| | 3. 有重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内镜中心、介入中心、重症医学科、产房、新生儿病房、消毒供应中心等）的管理制度与流程。 | |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、总结分析、提出整改措施，并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.8 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价,完善本院医疗质量管理相关指标体系,掌握本院医疗质量基础数据。 | | |
| 2.1.8.1 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价, | 【C】 1. 医院有全面质量管理、PDCA 循环、品管圈、DRGs 质量评价等医疗质量管理工具的培训计划,并落实。 2. 医院领导、职能部门管理人员及科室质量安全管理小组人员,掌握一种以上医疗质量管理常用工具。 | 1. 查阅相关计划及落实记录等资料。 2. 随机抽考医院领导、职能部门管理者等5名人员对质量管理工具的掌握情况,合格率≥90%。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.8.2 医院有完善的医疗质量管理相关指标体系,及医疗质量基础数据。 | 【C】 1. 有医疗质量管理信息数据库,符合《三级医院评审标准(2020年版)》第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据的管理要求。 2. 医院对全院各临床及医技科室有明确的质量安全指标,定期衡量各科室医疗服务能力与质量水平。 3. 有指定的部门负责收集和处理相关信息,信息数据集中归口管理,方便管理人员调阅使用。 | 1. 现场查看数据库运行情况,是否满足要求。 2. 查阅相关资料。 3. 现场查看及查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室定期分析质量安全监测指标变化趋势,针对负向趋势有原因分析、改进措施并落实。 2. 职能部门定期分析质量安全监测指标变化趋势,为制订本部门质量管理与持续改进目标提供依据。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,质量指标呈现正向趋势。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.9 加强临床专科服务能力建设,重视专科协同和中西医共同发展,制订专科建设发展规划并组织实施,推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。 | | |

| | | |
|--|--|---|
| 2.1.9.1 医院有制定专科建设发展规划并落实。 | 【C】 1. 医院有专科建设规划（包括重点、特色、培育等）、考核指标及配套发展支持经费等。 2. 科室根据医院总体规划制定本科室专科建设发展规划，并落实。 3. 各专科医护人员知晓本专科发展规划。 | 1. 查阅相关资料。 2.3.抽查2个学科相关资料，并询问科主任及2名医护人员，了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期考核、总结分析规划落实情况，提出整改意见并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 建设成效显著，有数据体现临床专科能力持续提升。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.9.2 推行“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式。 | 【C】 1. 医院有相关制度与流程支持开展多学科诊疗。 2. 有相关部门负责工作的开展。 3. 工作开展有记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门有定期总结分析、提出整改措施并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.10 加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。 | | |
| 2.1.10.1 加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。 | 【C】 1. 医院有单病种管理实施方案，单病种管理病种至少满足《三级医院评审标准（2020年版）》管理要求。 2. 医院有单病种管理指标和质量参考标准体系。 3. 医院有指定主管部门及临床科室有专人负责单病种管理，负责数据上报及定期统计分析质量指标。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期对单病种过程质量开展系统追踪和个案追踪、总结分析与整改。 2. 主管部门定期对单病种过程质量开展系统追踪和个案追踪、分析、反馈，并检查科室整改落实情况，将监控结果纳入科室工作质量评价。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 1. 医院单病种实现信息化管理。 2. 有数据体现改进效果。 | 1. 现场查看管理系统。 2. 查阅相关资料。 |
| 2.1.11 制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。 | | |

| | | |
|--|--|---|
| 2.1.11.1 制订满意度监测指标并不断完善,实施社会评价活动,改善患者就医体验。 | 【C】 1. 医院建立社会满意度测评指标体系,并不断完善;有指定的主管部门负责本项工作,职责明确。 2. 有相关制度及流程保障多种渠道、定期收集院内、外对医院服务意见和建议。 3. 开展第三方社会调查与评价,并充分运用数据分析,评价和改进医院工作。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】 符合“C”,并 主管部门定期督查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”,并 持续改进有成效,患者满意度不断提高。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.11.2 建立员工满意度评价体系,改善员工执业感受。 | 【C】 1. 有员工满意度评价体系及相关制度。 2. 有指定的主管部门负责本项工作,职责明确,有定期收集员工对医院服务及管理意见和建议。 3. 员工知晓医院员工满意度测评的方式、途径,并积极参与。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 随机询问10名员工,了解知晓度及参与情况,知晓率 $\geq 90\%$ 。 |
| | 【B】 符合“C”,并 1. 每年不少于2次的集中调查。员工参与度不少于90%。 2. 医院对存在问题及建议有分析、提出改进措施,并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”,并 持续改进有成效,员工满意度 $\geq 80\%$ 。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.12 建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。 | | |
| 2.1.12.1 建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。 | 【C】 1. 医院对各科室有明确的医疗质量与安全指标。 2. 有定期检查考核的规范及要求,由主管部门牵头考核,并公示考核结果。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】 符合“C”,并 主管部门定期分析质量与安全指标的变化趋势,衡量各科室的医疗服务能力与质量水平。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”,并 持续改进有成效,各项质量与安全指标呈正向变化趋势。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|---|
| 2.1.13 强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。 | | |
| 2.1.13.1 强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。 | 【C】 1. 有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台。 2. 数据库除一般常规数据外，还应包括下列有关数据：合理用药、围手术期管理/医疗技术管理/医保管理等医疗质量与安全管理等系统。 3. 有指定的部门负责收集和处理相关信息，信息数据集中归口管理，方便管理人员调阅使用。 | 1.2. 现场查看相关系统是否符合要求。 3. 现场查看及查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门收集问题及建议并分析，提出整改措施并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，信息平台建设不断完善。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.14 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改进。 | | |
| 2.1.14.1 建立医疗质量数据内部验证、分析与反馈工作机制。 | 【C】 1. 有医疗质量信息数据库、内部验证等相应管理制度与工作流程。 2. 根据相关规范等要求，对所采集的数据有明确的标准和准确的来源，能够做到及时更新与验证。 | 1. 查阅相关资料，现场查看数据库。 2. 现场查看及查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门有专人对医疗数据采集质量进行自查，利用医疗质量数据开展分析与评价。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，医疗质量数据采集质量不断提升。 | 查阅相关资料。 |
| 2.1.14.2 有对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警、干预的制度。 | 【C】 1. 医院有对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警、干预的制度，并落实。 2. 院科两级有医疗质量安全的培训计划并落实。 3. 主管部门定期组织开展医疗质量问题和医疗安全风险分析，及时发布预警。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、分析、反馈，并落实整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

二、医疗质量安全核心制度

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|--|---|--|
| 2.2.1 医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。 | | |
| 2.2.1.1 根据《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》，结合医院实际，制定医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。 | 【C】 1. 根据《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》，制定医院医疗质量安全核心制度（十八项），内容完整。 2. 有院科两级医疗质量安全核心制度培训及考核计划，并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅医院并抽查内、外科各2个科室培训计划及落实的相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并培训率、知晓率≥90%。 | 查阅相关培训资料，抽查20名医护人员，了解知晓率是否达标。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，培训率、知晓率100%。 | 查阅相关培训资料，抽查20名医护人员，了解知晓率是否达标。 |
| 2.2.2 建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。 | | |
| 2.2.2.1 规范执行首诊负责制度 | 【C】 1. 医院制定相关制度，有首诊负责的具体要求及流程。 2. 各级医师熟悉首诊负责相关要求并执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 随机询问3名不同级别的医师，了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门定期督查，对存在问题及时反馈，并督促整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.3 建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。 | | |
| 2.2.3.1 规范执行三级查房制度 | 【C】 1. 医院有三级查房的具体要求及流程。 2. 有明确的各级医师的医疗决策和实施权限。 3. 科室的三级查房记录符合相关要求。 4. 各级医师熟悉三级查房相关要求。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关授权文件。 3. 抽查在院患者电子病历5份，评价相关记录是否符合要求。 4. 随机询问3名不同级别的医师，了解其熟悉程度。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门定期督查，对存在问题及时反馈，并督促整改。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|---|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.4 建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。 | | |
| 2.2.4.1 规范执行会诊制度 | 【C】 1. 医院有院内外会诊的具体要求及流程。 2. 有明确的各级医师会诊权限。 3. 科室的会诊记录符合相关要求。 4. 各级医师熟悉会诊相关要求。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 抽查在院患者电子病历5份，评价相关记录是否符合要求。 4. 随机询问3名不同级别的医师，了解其熟悉程度。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门定期督查，对存在问题及时反馈，并督促整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.5 建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。 | | |
| 2.2.5.1 规范执行分级护理制度 | 【C】 1. 医院有分级护理的相关制度，并落实。 2. 各级别护理内容规范。 3. 医师能规范下护理级别医嘱。 4. 医护人员熟悉护理级别内容。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 抽查在院患者电子病历5份，评价医嘱是否规范。 4. 随机询问3名医护人员，了解其知晓情况，知晓率100%。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门（医务、护理部门）定期督查，对存在问题及时反馈，并督促整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.6 建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。 | | |
| 2.2.6.1 建立全院性值班体系，实行医院总值班制度。 | 【C】 1. 医院有总值班制度，并落实。 2. 总值班人员接受岗前培训，考核合格后上岗。 3. 总值班至少涵盖行政及医疗总值班，并在医院OA上公示。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅排班表及公示情况。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 主管部门及时了解总值班发现的问题，提出改进措施，并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.6.2 规范执行 科室值班规定，保障医疗安全。 | 【C】 1. 临床医技科室 24 小时排班满足临床工作需要，原则上为三班制，不得 24 小时排同一人值班。值班表在医院 OA 上公示。 2. 无执业资质及非本机构执业人员不得单独值班。 3. 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。 | 1. 抽查内、外科、医技各 2 个科室排班表，是否符合要求。查看全院排班表公示情况。 2. 抽查内、外科、医技各 2 个科室排班表，核查有无此情况。 3. 抽查在院患者电子病历 5 份，评价相关病程记录是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查，对存在问题及时反馈，并督促整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.7 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。 | | |
| 2.2.7.1 规范执行 交接班制度。 | 【C】 1. 医院制定相关制度，医院有交接班工作的具体要求及流程。 2. 科室的交接班记录符合相关要求。 3. 医护人员熟悉交接班相关要求。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查内、外科、医技各 2 个科室交班记录是否符合要求。 3. 随机询问医护人员 5 名。了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、反馈，落实问题整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.8 建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。 | | |
| 2.2.8.1 规范执行 疑难病例讨论制度。 | 【C】 1. 医院有疑难病例讨论相关制度，并落实。 2. 有疑难病例讨论记录本，并规范记录。 3. 讨论结论及时记入病历。 4. 各级医师熟悉制度的相关内容。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 抽查内、外科各 2 个科室，查阅疑难病例讨论记录本及相关病历，评价记录是否规范。 4. 随机询问被抽查科室各 2 名医师，了解其知晓情况。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、反馈，落实问题整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.9 建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历。 | | |
| 2.2.9.1 规范执行急危重患者抢救制度。 | 【C】 1. 医院有急危重患者抢救相关制度，并落实。 2. 有明确的抢救资源配置及紧急调配流程。 3. 有抢救危重患者的绿色通道。 4. 抢救完成后 6 小时内将抢救记录记入病历。 | 1. 查阅相关资料。 2.3.现场查看急诊小区，并现场模拟急危重患者救治，评价流程是否符合要求。 4. 调阅在院抢救患者电子病历 3 份，查阅记录是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、反馈，落实问题整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.10 建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。 | | |
| 2.2.10.1 规范执行术前讨论制度。 | 【C】 1. 医院有术前讨论的具体要求及流程,并执行。 2. 手术科室有本科室各级手术术前讨论的范围并经医务部门审定。 3. 术前讨论结论及时记入病历。 4. 各级医师熟悉术前讨论相关要求。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查 2 个手术科室相关资料。 3. 抽查在院手术患者病历 5 份,评价该制度执行情况。 4. 随机询问 3 名医师,了解其熟悉程度。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、反馈，落实问题整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.11 建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。 | | |
| 2.2.11.1 规范执行死亡病例讨论制度。 | 【C】 1. 医院有死亡病例讨论相关制度，并落实。 2. 死亡病例讨论范围、参加人员、时限及记录符合规定要求。 3. 各级医师熟悉死亡病例讨论相关要求。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查 2 个科室死亡病例讨论记录本，评价是否符合规定要求。 3. 随机询问 3 名医师，了解其知晓情况。 |

| | | |
|---|---|---|
| | 【B】符合“C”，并 主管部门监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出改进措施，并督促落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.12 建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。 | | |
| 2.2.12.1 对就诊患者身份施行唯一标识（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。使用“腕带”作为识别患者身份的标识。 | 【C】 1. 有门诊及住院患者的身份标识制度。 2. 使用“腕带”作为识别患者身份的标识。对传染病、药物过敏等特殊患者有标识（腕带与床头卡），对门诊及住院患者施行唯一标识管理。 3. 有关键流程（急诊、病房、手术室、ICU）的患者识别措施，并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看患者身份标识是否符合规范。 3. 查阅相关资料，现场查看落实情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门对患者身份标识制度落实情况有督查、反馈，有整改措施并督促落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，未发生与身份识别有关的不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.12.2 规范执行查对制度。 | 【C】 1. 有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认的查对流程。 2. 医护人员熟悉上述制度和流程，并履行相应职责。 | 1. 查阅相关资料。 2. 随机询问 5 名医护人员，了解其知晓情况，知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门（医务、护理）定期督查、反馈，落实问题整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，未发生与查对有关的不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.13 建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容由国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。 | | |
| 2.2.13.1 规范执行手术安全核查制度。 | 【C】 1. 医院有手术安全核查制度，制度涵盖产房分娩核查。 2. 核查流程符合要求，并规范记录。 3. 医护人员熟悉手术安全核查制度的相关要求。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看并调阅电子病历 5 份，评价是否规范。 3. 随机询问 5 位医护人员，了解其对制度的知晓情况，知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 主管部门定期督查、反馈，落实问题整改。 2. 未发生与手术安全核查有关的不良事件。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| | 【A】符合“B”，并 1. 手术安全核查执行率 100%。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.14 建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。 | | |
| 2.2.14.1 规范执行手术分级管理制度。 | 【C】 1. 医院有手术医师资格许可授权组织、制度、流程及目录。 2. 有资格初评、复评、取消及级别变更的标准。 3. 有相关医师档案与授权动态管理的数据资料。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对手术分级管理有定期自查。 2. 主管部门对手术分级管理实施全程监管。 | 1. 抽查 2 个外科科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，执行率 100%。 | 抽查在院手术患者电子病历，核实执行情况， |
| 2.2.15 建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。 | | |
| 2.2.15.1 有新技术和新项目准入制度，并执行。新技术和新项目审批流程符合规范要求。 | 【C】 1. 医院有临床新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、风险评估、审批、不良事件报告、追踪、评价、转常规技术等管理程序。 2. 医院有新技术、新项目目录和管理档案并定期更新。 3. 新技术、新项目须通过医院医疗技术临床应用管理委员会审核同意，需伦理审查的技术及项目必须经医院医学伦理委员会通过后开展。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 抽查评审年度内开展的新技术（项目）5 项，核实是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对本专业开展的新技术和新项目有完整的档案资料。 2. 主管部门有监管，对存在的问题有反馈、并督促整改。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.16 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。 | | |

| | | |
|--|--|---|
| 2.2.16.1 有开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。 | 【C】 1. 医院有开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围和资质的相关规定，医院医疗技术临床应用管理委员会对其技术能力进行评估，并有资质授权。 2. 科室针对安全隐患或技术风险有制定相应预案并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查内、外科各 2 个科室，查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有自查、总结分析、整改。 2. 主管部门有监管，总结分析、反馈，并检查科室落实整改情况。 | 1. 抽查内、外科各 2 个科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，管理规范，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.16.2 有新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。 | 【C】 1. 医院有新技术和新项目临床应用动态评估制度。监管内容包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床效果、并发症等内容；有需要及时报告管理部门及中止开展的情形管理。 2. 首次评估应在新技术和新项目开始使用 3 个月内进行，根据新技术和新项目特点和开展例数等情况，每 3 个月至半年评估一次，转为常规技术前，至少有两次以上评估。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查评审年度内开展的新技术（项目）5 项，核实是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对新技术和新项目的开展情况有自查、分析，对存在问题有整改，并有完整记录。 2. 主管部门有监管，定期总结分析、反馈，并检查科室落实整改情况。 | 1. 抽查内、外科各 2 个科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，管理规范，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.17 建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。 | | |
| 2.2.17.1 根据医院实际情况确定“危急值”项目，建立“危急值”管理制度。 | 【C】 1. 医院有“危急值”管理制度，涵盖外送检查项目存在危急值项目的报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值。 2. 有危急值清单（含检验、病理、医学影像、电生理检查、内镜检查、血药浓度监测及 POCT 项目等）。 3. 医院有统一规范的危急值信息登记本，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅登记本，评价是否符合要求。 |

| | | |
|--|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期分析、总结，根据管理需要修订制度及“危急值”项目。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，制度逐步完善，符合管理需要。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.17.2 科室规范执行“危急值”报告制度与流程。 | 【C】 1. 医技科室相关人员按照危急值报告流程，及时向临床发出危急值报告。 2. 临床科室医护人员接获危急值报告后应记录患者信息、危急值内容和报告者的信息，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。 3. 经治或值班医师及时处置危急值并记录。 | 1. 抽查 2 个医技科室危急值报告流程是否符合要求。 2.3. 抽查 2 个临床科室“危急值”接收、处置流程是否规范；查阅病历处置记录。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、分析、反馈，督查结果纳入科室医疗质量考核。 | 1. 抽查临床、医技科室各 2 个的相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，未发生与“危急值”报告有关的不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.18 建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。 | | |
| 2.2.18.1 按照《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范的要求，制定病历管理制度；设置病案科，人员配置合理。 | 【C】 1. 医院有病历书写、管理和应用管理制度，且符合国家有关法律法规及相关规定管理要求。 2. 设置病案管理部门，配备从事病案管理五年以上的高级职称人员负责病案科（室）管理工作，人员配置满足工作需要。 3. 有病案管理质量控制指标监测。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 病案科（室）有定期检查、总结分析与整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，质量指标持续改进。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.18.2 按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历， | 【C】 1. 医院有病历质量评价相关制度。 2. 医师按照规范书写门诊、急诊、住院患者病历。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查相关病历各 5 份，评价是否符合要求。 |

| | | |
|--|--|---|
| 有病历质量检查、评估与反馈机制,保证病历书写符合规范。 | 【B】符合“C”,并 1. 科室有自查,对存在的问题有整改。 2. 主管部门有定期检查、分析、反馈,病历质量结果纳入科室医疗质量管理考核。 | 1. 抽查内、外科各 2 个科室,查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.18.3 按《医疗机构病历管理规定》保存病历资料,以保证病历及时归档,保障病历安全。 | 【C】 1.采用病案示踪系统等方式,控制每份病案的去向。 2.有 3 年病案存放的发展空间,病历保存符合管理要求。 3.病案查阅、借阅和归档期限有明确的规定,未归的病案有催还记录。 4.患者出院后,住院病历 7 个工作日之内归档率达 90%。 | 1.现场查看是否符合要求。 2.现场查看是否符合要求。 3.查阅相关规定及执行记录。 4.现场随机抽查 50 份病历,是否达到 90%。 |
| | 【B】符合“C”,并 1.科室对病历归档有自查,对存在问题有改进措施。 2.主管部门有检查、分析、反馈。 3.住院病历 7 个工作日之内归档率达 95%。 | 1.随机抽查 2 个科室,查阅自查资料。 2.查阅相关检查、反馈资料。 3.现场随机抽查 50 份病历,是否达到 95%。 |
| | 【A】符合“B”,并 1.持续改进有成效,病历归档与保存管理规范,保障病历安全。 2.住院病历 7 个工作日之内归档率达 100%。 | 1.查阅相关资料,体现持续改进。 2.现场随机抽查 50 份病历,是否达到 100%。 |
| 2.2.18.4 采用国家卫生健康委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0》和《手术操作分类代码国家临床版 3.0》分别对疾病和手术名称进行编码。 | 【C】 1.对出院病案进行疾病分类,编码符合国家卫健委规定。 2.疾病分类编码人员有资质与技能要求,编码人员均要接受编码培训并获得培训证书。 3.有对临床医师疾病分类与手术操作分类编码培训计划,并落实。 | 1.现场查阅出院病案分类编码是否符合要求。 2.查阅疾病分类编码人员资质。 3.查阅相关培训计划及培训资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1.编码人员定期对临床科室疾病与手术填写准确性进行检查、分析与反馈。 2.病案科(室)定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导,提高编码质量。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,编码质量不断提高。 | 查阅相关数据,体现持续改进。 |

| | | |
|--|--|--|
| 2.2.18.5 有出院病案信息的查询系统。 | 【C】 1.医院有出院病案信息的查询系统。 2.病案首页内容完整、准确。 3.病案首页全部资料信息录入查询系统,至少能为评审提供4年以上完整信息。 | 1.2.3.现场查看评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”,并病案科(室)有定期自查、总结分析与整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.18.6 有病案服务管理制度,为医院医务人员及管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。 | 【C】 1.医院有病案服务管理制度,有明确的服务规范与流程。 2.病案服务限于相关医务人员及管理人员,患者及其代理人,公安机关,检察院、法院等有关司法机关,医疗保险机构相关人员。 3.依照法律、法规和规章为患者及其代理人、司法机关和医疗保险机构人员提供病案服务,履行借阅、复印或复制申请核查与病案信息核查。 4.有回避与保护患者隐私的规范与措施。 5.有完整的病案服务登记信息,包括借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复印或复制的内容,保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。 | 1. 查阅相关资料。 2.3. 查阅相关借阅记录,是否符合规定。 4. 查阅相关规范与措施。 5. 查阅相关资料,是否完整,符合要求。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 病案科(室)有定期自查、总结分析与整改。 2. 医务部门有定期督查、反馈,督促整改。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,未发生与其相关的不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.19 实施电子病历的医院,应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。 | | |
| 2.2.19.1 有电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。 | 【C】 1. 有符合《电子病历应用管理规范(试行)》的电子病历系统,对电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等有管理制度。 2. 电子病历系统具备病案质量控制功能,满足医院病案基本信息采集、医疗质量指标数据统计与分析。 3.落实信息安全管理。严格管理患者信息和诊疗数据,防控患者医疗信息泄露风险,做好医疗数据安全存储和容灾备份。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看电子病历系统,是否满足需要。 3. 查阅相关资料及执行记录。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 电子病历应用水平分级评价达到4级，医院信息互联互通标准化成熟度测评4级水平。 | 查阅相关证书。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，未发生与其有关的不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.20 建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。 | | |
| 2.2.20.1 依据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，建立抗菌药物临床应用合理应用的组织，明确职责，规范管理抗菌药物临床应用。 | 【C】 1. 医院药事管理组织设立抗菌药物管理工作组和临床应用管理专业技术团队，人员构成、职责任务和管理工作符合《抗菌药物临床应用管理办法》相关要求。 2. 有抗菌药物管理制度并落实执行。参加全国、省或市抗菌药物临床应用监测网。 3. 医院对临床科室抗菌药物的使用制定合理的管理指标，实行责任制管理。 4. 定期对医务人员进行抗菌药物合理应用相关知识培训、考核。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 临床科室对管理指标的执行情况有定期自查、分析、整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 1. 抗菌药物使用指标符合： （1）门诊患者抗菌药物使用率≤20%； （2）急诊患者抗菌药物使用率≤40%； （3）住院患者抗菌药物使用率≤60%； （4）抗菌药物使用强度评审期内逐年下降。 2. 有干预前后分析报告，体现持续改进效果。 | 1. 查阅上报的有关指标及自查的有关数据是否符合要求。 2. 查阅相关资料。 |
| 2.2.20.2 结合本院实际情况制定抗菌药物临床应用和管理实施细则，对抗菌药物使用实施分级管理。 | 【C】 1. 有抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度，有明确的医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序。 2. 利用信息化管理手段落实抗菌药物分级管理。 3. 有抗菌药物临床应用的监测与评价制度，有评价标准；对不合理使用有检查、干预和改进措施。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有检验（临床微生物室）、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析与通报机制，至少每半年一次。</p> <p>2. 相关部门对抗菌药物分级管理和使用情况进行全程联合监管，对存在问题有反馈，并检查科室整改落实情况，必要时予以干预。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1、抗菌药物合理应用情况作为临床科室综合目标考核的重要指标。</p> <p>2、碳青霉烯及替加环素等抗菌药物的临床使用通过专档管理持续改进有成效。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| 2.2.20.3 严格执行国家有关围手术期预防性应用抗菌药物管理的相关制度，落实各类手术（特别是？类清洁切口）预防性应用抗菌药物的有关规定。 | <p>【C】</p> <p>1. 医院有手术期预防性应用抗菌药物管理的相关制度，并落实。</p> <p>2. 相关临床科室有定期自查及改进。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> | 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，监控数据持续向好。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.2.20.4 加强抗菌药物购用管理。 | <p>【C】</p> <p>1. 医院抗菌药物采购目录，品种、品规符合规定；凡采购目录发生变化时，需向发证的卫生行政部门备案。</p> <p>2. 目录外抗菌药物临时采购符合规定。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 药学部对抗菌药物购用情况有定期自查、总结分析、整改。</p> <p>2. 主管部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，抗菌药物购用规范。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.2.21 建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。 | | |
| 2.2.21.1 设立临床用血管理委员会，履行工作职能。 | <p>【C】</p> <p>1. 医院有临床用血管理委员会，主任委员由院长或分管医疗的副院长担任，成员组成包括医疗管理、临床、输血、麻醉、护理、检验等相关专业的负责人和专家。职责明确，符合《医疗机构临床用血管理办法》。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>2. 临床用血管理委员会履行职责，年度召开工作会议两次以上，内容充实，记录齐全，保证临床用血质量与安全。</p> <p>3. 医务、输血部门共同负责临床合理用血日常工作。</p> | |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 定期召开专题会议，对输血管理现状进行分析，对存在问题有反馈、整改。</p> <p>2. 对卫生行政部门检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有案例或数据体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 4. 2.2.21.2 落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批续。 | <p>【C】</p> <p>1. 有临床用血申请和申请审核制度，包括：申请备血量及医师权限、适应症判断、审核程序及紧急用血报批手续等，并执行。</p> <p>2. 用血的申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。</p> <p>3. 对临床单例患者一天用全血或红细胞超过 1600ml（8U）有主管部门审批。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>主管部门有督查、反馈，并督促科室整改。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有案例或数据体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.2.22 建立信息安全管理。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和保障体系。 | | |
| 2.2.22.1 有信息安全管理。明确医院主要负责人是信息安全管理第一责任人，有患者诊疗信息管理全流程的制度和保障体系。 | <p>【C】</p> <p>1. 医疗机构主要负责人是医疗机构患者诊疗信息安全管理第一责任人。</p> <p>2. 严格执行国家信息安全等级保护制度，有信息安全管理制度和防护体系，分级管理；系统运行稳定，有防灾备份系统，实行网络运行监控。</p> <p>3. 医疗信息安全管理组织架构清晰，信息系统安全保护等级不低于第三级。</p> <p>4. 有患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制，制定应急预案，并定期演练。</p> <p>5. 信息部门人员知晓各项制度并在日常工作中落实。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料及现场查看。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> <p>4. 查阅相关资料。</p> <p>5. 随机询问 3 名部门工作人员，了解其知晓程度，并现场查看制度的执行情况。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>信息中心对日常使用信息系统及设备安全有定期自查、总结分析、整改。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.2.23 确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。 | | |
| 2.2.23.1 有制度及措施确保医院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。 | 【C】 1. 有相关制度及措施保障患者诊疗信息管理全流程安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性； 2. 对不同数据资料制定不同的保护路径。 3. 有员工分级授权管理制度，并落实，保障网络信息安全和保护患者隐私。 4. 有患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。 5. 信息部门人员知晓相关制度。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料，现场抽查授权的执行情况。 4. 查阅相关资料。 5. 随机询问3名工作人员，了解其对制度的熟悉情况，知晓率100%。 |
| | 【B】符合“C”，并相关部门（信息中心、医务、护理等管理部门）有定期督查、总结分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |

三、医疗技术临床应用管理

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|--|--|
| 2.3.1 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。 | | |
| 2.3.1.1 依据法律法规开展医疗技术服务，与医院功能任务相适应。 | 【C】 1. 医疗技术服务项目符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，与功能任务相适应。 2. 有相关部门负责医疗技术管理工作，有统一的审批、管理流程。 3. 管理人员和医务人员知晓医疗技术管理要求。 | 1. 查阅相关资料，无超范围执业情况。 2. 查阅相关资料。 3. 随机询问管理部门和内外科各2名医护了解知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门对医疗技术服务有监管。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，医院相关技术管理资料完整，均在有效期内。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|--|
| 2.3.1.2 医学伦理委员会承担医疗技术伦理审核工作(GCP按照相关伦理委员会要求进行伦理审核) | 【C】 1. 医学伦理管理委员会承担医疗技术伦理审核工作，重点是器官移植、限制类医疗技术与诊疗新技术等的审核。 2. 有医学伦理审核的回避流程。 | 1. 查阅相关管理制度及流程。 2. 查阅相关规定。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门和医学伦理管理委员对医疗技术的实施全程监管，对问题及时反馈。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，医院开展的医疗技术经过伦理委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术案例。 | 查阅相关资料。 |
| 2.3.2 医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。 | | |
| 2.3.2.1 设立医疗技术临床应用管理委员会，人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。 | 【C】 1. 医院有医疗质量管理委员会下的医疗技术临床应用管理委员会，人员组成和职责符合《医疗技术临床应用管理办法》要求，并根据医院人事变动、政策变化等进行相应调整、更新。 2. 医疗技术临床应用管理委员会每年至少召开二次管理会议，审核、论证医院医疗技术临床应用各项工作开展情况并有相关决策，会议记录完整。 3. 医务部门负责医疗技术临床应用的日常管理工作，落实专门组织作出的各项决策。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 医务部门有对医疗技术临床应用的日常管理工作情况进行自查、总结，对存在问题进行分析、整改，并汇报管理委员会。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.3.3 医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。 | | |
| 2.3.3.1 开展医疗技术需符合诊疗科目要求，有质量控制体系，并遵守临床应用管理规范。 | 【C】 1. 医院开展医疗技术符合诊疗科目范围要求，人员配置符合医疗技术开展要求并有相应资质，设备、设施统一由医院采购并符合国家要求。 2. 所有在院开展的医疗技术均应有诊疗规范和操作流程，并根据国家相关规范及时更新、标明出处。 3. 医院有医疗技术开展情况的质量控制体系并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 医务部门对医院开展的医疗技术是否符合诊疗科目、质控情况有督查，整改存在问题。</p> <p>2. 医院开展的每项医疗技术均有对应的诊疗科目、人员资质要求和质控指标，资料完整。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，质控指标依据管理需要更新。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.3.4 医院开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。 | | |
| 2.3.4.1 按照《医疗技术临床应用管理办法》，开展限制类医疗技术，需履行自我评估和备案程序。 | <p>【C】</p> <p>1. 医院开展限制类医疗技术的自我评估内容应包含且不限于基本要求、硬件条件、人员资质等是否符合要求、可能发生的风险、意外及处置预案等；评估流程应符合本院实际，科学、合理、可行、完整，且符合要求。</p> <p>2. 符合条件开展的限制类医疗技术，应于开展首例临床应用之日起 15 个工作日内，向核发本院《执业许可证》的卫生行政部门备案；备案材料符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 随机询问管理人员及医护人员各 2 名，了解其对相关要求的知晓情况。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>主管部门有对医院开展限制类技术的评估和备案情况进行自查、监管，对存在问题有总结、分析、反馈、整改。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>无未经评估和备案开展的限制类技术。</p> | <p>抽查 1-2 项在开展的相关技术资料，评价是否符合管理要求。</p> |
| 2.3.5 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床 | | |
| 2.3.5.1 严格管理医疗技术临床应用，未经伦理委员会审查通过的医疗技术，不得应用于临床。 | <p>【C】</p> <p>1. 医疗技术临床应用应符合伦理要求，医疗技术临床应用开展需经伦理委员会审查，审查包括医疗技术是否符合伦理要求、是否存在伦理问题、伦理风险等。</p> <p>2. 医院有已开展和新开展的医疗技术目录，目录中需有医疗技术首例开展的日期；限制类技术目录需单列。</p> <p>3. 新开展的医疗技术临床应用有医院审批批件，批件需包含伦理委员会审查通过意见。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>主管部门对全院医疗技术临床应用伦理审核情况有监管，对存在问题有处理、整改。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | 【A】符合“B”，并无未经伦理委员会审批通过就开展的医疗技术。 | 抽查2项在开展的相关技术资料，评价是否符合管理要求。 |
| 2.3.6 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。 | | |
| 2.3.6.1 有本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整。 | 【C】 1. 医院有医疗技术临床应用管理目录，目录内的手术进行分级管理，动态管理目录。 2. 将医院医疗技术临床应用管理目录及动态调整情况纳入“院务公开”范围发布。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看医院网站相关内容。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门对医疗技术管理落实情况有监管、总结、反馈及整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并管理目录完整并及时调整更新，无目录外医疗技术临床应用。 | 查阅相关资料。 |
| 2.3.7 建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。 | | |
| 2.3.7.1 建立适合本医疗机构的医师手术授权与动态管理制度。 | 【C】 1. 有手术医师资质与授权管理制度，医师手术授权需明确到具体手术项目；有紧急状态下的越级手术审核制度，并建立周期性医师手术能力评价与再授权机制。 2. 根据医师的专业能力、临床工作开展情况、手术质量与安全指标、专业技能培训等情况，结合本人技术职称、临床工作年限进行手术授权及再授权动态管理，再授权周期不超于2年一次。 3. 对不符合要求的手术医师，有下调直至取消手术级别的动态管理。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对医师手术授权进行有效管理，对存在问题有及时整改。 2. 主管部门对医师手术授权与动态管理工作有督导，对存在问题有分析、总结、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并医师手术授权与动态管理资料完整，无违规越级手术等情况。 | 查阅相关资料。 |
| 2.3.8 医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2.3.8.1 医院依法准予医务人员开展与其专业能力相适应的医疗技术,并建立医疗技术临床应用档案,纳入个人专业技术档案管理。 | 【C】 1. 医院依《执业医师法》等相关法律法规,制定医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术管理制度、审批流程及考核机制。 2. 主管部门负责为医师建立医疗技术临床应用管理档案,需明确依法授予的执业范围,并纳入个人专业技术档案管理。 3. 个人专业技术档案包括:医师资格证、执业证、职称证、学历学位证、进修和培训证明、年度考核结果、执业范围等。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查 10 名各级医师管理档案,评价是否符合要求。 3. 抽查 10 名个人技术档案,核实内容是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室对照医院相关制度每年进行一次医师实施与其专业能力相适应的医疗技术评估状况,及时动态调整。 2. 主管部门定期督查,对存在问题进行分析、反馈,并落实整改。 | 1. 抽查内外科各 2 个科室相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 规范动态管理,无超范围执业等情况。 | 查阅上级主管部门依法督查等相关资料。 |
| 2.3.9 建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效,但属本院首次应用的医疗技术,应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。 | | |
| 2.3.9.1 建立医疗技术临床应用论证制度。本院首次应用的医疗技术,按新技术开展规范进行论证,并伦理审查。 | 【C】 1. 医院建立医疗技术临床应用论证制度,明确准入、申报、审批、反馈、退出等流程,并针对可能存在的风险制定处置预案。 2. 对本院首次临床应用的医疗技术,包括外院已证明安全有效,但属本院首次应用的医疗技术,需经本机构医疗技术管理委员会对技术能力和安全保障能力进行论证,并经伦理审查,通过论证的方可在临床开展。 3. 医务人员熟知医疗技术临床应用论证制度。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查 2 项在医院首次开展的技术,审核其是否符合管理要求。 3. 随机询问 5 名临床医师,了解其知晓情况,知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门定期督查科室落实规范、制度的情况,对存在问题进行总结、分析、反馈,提出整改意见并检查整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 监管资料完整,无违规擅自开展医疗技术案例。 | 查阅相关资料。 |
| 2.3.10 建立医疗技术临床应用评估制度,对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估,并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2.3.10.1 建立医疗技术临床应用评估制度,根据评估结果及时动态调整医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限等。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院建立医疗技术临床应用评估制度,对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估。 2. 根据评估结果动态调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限。 3. 对禁止类技术、存在严重质量问题或者不再符合有关技术管理要求的,立即停止临床应用,并有相关记录。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”,并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室有定期开展自查自纠工作。 2. 主管部门履行监管职责,对医疗技术临床应用进行动态的全程追踪评估管理。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查内、外科各2个科室相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”,并持续改进有成效,管理资料完整,管理规范。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.3.11 建立医疗技术临床应用质量控制制度,以限制类技术为重点,制定本院医疗技术质量控制指标,加强信息收集、分析与反馈,持续改进技术临床应用质量。 | | |
| 2.3.11.1 建立医疗技术临床应用质量控制制度,制定质量控制指标,持续改进技术临床应用质量。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院有医疗技术临床应用质量控制制度。 2. 以限制类技术为重点,制定本院医疗技术质量控制指标。 3. 有信息系统支持医疗技术质量控制指标数据分析。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 现场查看信息系统,查阅相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”,并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室对本专业医疗技术临床应用质量控制开展自查、分析、整改,并有记录。 2. 主管部门对医疗技术临床应用质量有督查、总结、分析、反馈,提出整改意见并检查整改落实情况。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查内外科各2个科室相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”,并持续改进有成效,质量控制指标向好。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.3.12 建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍建设和培养。 | | |
| 2.3.12.1 建立医疗技术临床应用规范化培训制度。加强医疗技术临床应用管理人才队伍的建设。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院有医疗技术临床应用规范化培训制度,尤其应加强首次在本医疗机构临床应用的医疗技术规范化培训。 2. 相关医护人员按照《医疗技术临床应用管理办法》要求接受培训与考核。 3. 有医疗技术临床应用管理人才队伍的建设方案和培养计划,并落实。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|--|
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期对培训工作进行总结，分析存在问题， 并落实整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 有完整的培训和考核资料，培训考核工作持续改进。 | 查阅相关资料。 |
| 2.3.13 医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。 | | |
| 2.3.13.1 医院将开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。 | 【C】 医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，有至少二种方式可方便查看，接受社会监督。 | 现场查看公示情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门对医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用院务公开情况进行督查、反馈并整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 相关资料完整，公示符合要求。 | 查阅相关资料。 |
| 2.3.14 医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。 | | |
| 2.3.14.1 医疗机构在医疗技术临床应用过程中出现《医疗技术临床应用管理办法》第二十五条规定情形的，应当即停止该项医疗技术的临床应用，并按规定履行报告程序。 | 【C】 1. 医院根据《医疗技术临床应用管理办法》，制定相关制度，并落实。 2. 临床科室在医疗技术临床应用过程中出现不良事件应按规定及时报告及处置。 3. 医院主管部门发现本机构出现规定中需立即停止情形的，应立即要求临床科室停止该项医疗技术的临床应用，并立即向核发其《执业许可证》的卫生行政部门报告。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅有关案例资料。 3. 查阅有关案例资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门对相关情况有督查、对存在问题有总结分析并及时整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 无开展禁止类技术，无瞒报出现的重大医疗质量、医疗安全或伦理问题、或与技术相关的严重不良后果事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.3.15 医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。 | | |

| | | |
|--|--|---|
| 2.3.15.1 按要求及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。 | 【C】 1. 医院有向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台报送限制类技术开展情况信息的制度与流程。 2. 医院完成限制类技术《医疗机构执业许可证》副本备注后 7 个工作日内，登录指定信息平台注册、登记。 3. 按要求和时限完成国家级和省级限制类技术开展情况数据上报。 4. 开展限制类技术的科室医护人员熟知上报制度和要求，并执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 现场查看注册、报送情况。 4. 现场询问开展相关技术科室的医护人员 2 名，了解其知晓及执行情况 |
| | 【B】 符合“C”，并 1. 科室对信息上报工作有自查，信息报送前有审核，对存在问题有总结、分析、整改。 2. 主管部门有督查科室上报信息情况，对存在问题有总结、分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”，并按要求逐例完整报送限制类技术开展情况数据信息。 | 查阅相关资料，核查是否符合要求。 |
| 2.3.16 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。 | | |
| 2.3.16.1 承担限制类技术临床应用规范化培训的，需按规范制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。 | 【C】 1. 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件；建立制度及流程。 2. 有专门部门负责限制类技术临床应用规范化培训工作，明确岗位职责和管理要求；制定培训方案并按要求向社会公开，并于首次发布招生公告之日起 3 个工作日内，向省级卫生行政部门备案，备案材料符合要求。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】 符合“C”，并 主管部门对医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作全程监管，对发现的问题及时分析、反馈，落实整改情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，监管资料完整；有备案，可追踪。 | 查阅相关资料。 |
| 2.3.17 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。 | | |

| | | |
|--|---|--|
| 2.3.17.1 建立限制类技术临床应用规范化培训规章制度及流程,明确岗位职责和管理要求;建学员培训档案;培训方案和计划开展培训工作,保障培训质量。 | 【C】 1. 医院有限制类技术临床应用规范化培训制度、培训方案及计划,专人负责并明确岗位职责和管理要求。 2. 加强对培训导师的管理,严格按统一的培训大纲和教材制定培训方案与计划开展培训工作,建立医师培训档案,制定保障培训质量的制度及具体措施,确保培训质量和效果。 3. 有参加培训的学员管理制度并建立个人培训档案。参加培训的医师应符合相关医疗技术临床应用管理规范要求,完成培训后应接受考核,考核包括过程考核和结业考核;考核应委托第三方组织实施。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】 符合“C”,并 主管部门对培训制度、教学、效果及学员档案等有全程督查,对存在问题有总结、分析、反馈,并检查整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”,并 持续改进有成效,有数据体现培训质量提升(培训方案、效果等)。 | 查阅相关资料。 |

四、医疗安全风险防范

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|---|---|
| 2.4.1 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标,建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量(安全)不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。 | | |
| 2.4.1.1 建立健全医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制并落实。 | 【C】 1. 医院有医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。 2. 有途径便于相关人员报告医疗质量(安全)不良事件;有部门统一收集、核查医疗质量(安全)不良事件,并按要求向相关机构上报。 3. 有不良事件报告制度及流程的培训,相关人员知晓基本要求并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 随机询问5名医务人员,对制度及报告流程的知晓度,知晓率100%。 |
| | 【B】 符合“C”,并 1. 有部门统一收集、核查医院安全(不良)事件,向相关机构上报。 2. 主管部门有检查、分析、反馈。 3. 每百张床位年报告≥10件。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 持续改进有成效，建立医院安全（不良）事件直报系统及数据库。 2. 每百张床位年报告≥20件。 3. 有统计数据说明评审周期内漏报率逐年降低。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看医疗安全(不良)事件网络直报系统。 2. 查阅相关统计资料。 3. 查阅相关统计资料。 |
| 2.4.1.2 定期分析医院安全（不良）事件信息，利用信息资源改进医院安全管理。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期分析医院安全（不良）事件信息。 2. 对医疗质量安全不良事件实施分级、分类管理，开展医疗质量（安全）不良事件根本原因分析。 3. 主管部门结合全院共性及各科室特点，开展针对性的教育与培训。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.4.2 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。 | | |
| 2.4.2.1 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，针对医疗风险制定相应制度、流程与医疗风险管理方案。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院有医疗风险管理的制度、方案及流程。包括医疗风险识别、评估、分析、处理和监控等内容。 2. 有医疗风险防范培训的计划，能够针对共性及各科室专业特点制定相关培训内容。 3. 相关人员知晓并落实。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 随机询问医护人员各5名，了解其知晓情况，知晓率100%。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.4.3 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。 | | |
| 2.4.3.1 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院有医患沟通、投诉管理制度及投诉协调处置机制。落实“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确。 2. 有专门部门统一受理、处理投诉。投诉接待室配有录音录像设施。 3. 主管部门及时分析、反馈投诉信息，并开展多种形式典型案例教育。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 4. 抽查内外科及医技科室各1个的相关资料。 |

| | | |
|---|--|--|
| | 4. 科室及时讨论分析投诉信息，针对问题及时整改。 | |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.4.4 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。 | | |
| 2.4.4.1 建立全院药品不良反应与药品损害事件监测体系、报告制度及药害事件调查处理程序。（医疗器械不良事件监测报告详见 3.5.3） | 【C】 1. 医院有药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序，有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施。 2. 建立药品不良事件报告信息平台，药学部为药品不良事件报告汇总部门，与医疗安全（不良）事件统一管理，每月对全院药物不良事件进行初步调查、分析、总结，并按国家有关规定向相关部门报告。 3. 有药物不良反应、药害事件上报流程培训，相关人员熟练掌握并落实执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料，随机询问药学部人员、医师及护士各 2 名，了解其知晓情况，知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 药学部有定期自查不良事件分析总结开展情况，对存在问题有整改。 2. 主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.4.5 有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。 | | |
| 2.4.5.1 有深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程。 | 【C】 1. 医院有防治深静脉血栓管理组织，制定深静脉血栓防治管理制度或防治管理手册。 2. 有深静脉血栓评估、识别、预防、诊断和处置流程及评估表并能落实评估。 3. 有成立深静脉血栓快速反应团队或专家会诊团队。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料，抽查在院相关病历 5 份，评价执行情况，执行率 100%。 3. 查阅相关资料（包括工作记录）。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 抽查 2 个临床科室的相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| 2.4.6 关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。 | | |
| 2.4.6.1 完善院内安全制度和应急抢救规范、流程，有各种紧急预案，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。 | 【C】 1. 医院有保障院内安全的相关制度及各种紧急预案，包括心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件；职责明确、流程清晰，有多部门协调机制。 2. 急救布局覆盖全院，含急救设施配置、提供紧急救治和高级生命支持的相关科室、呼救方式等，有明晰的分布图并在相关区域粘贴，便于现场人员第一时间有效呼救。 3. 有定期对全院员工心肺复苏的培训及考核。 4. 相关流程有演练，资料完整。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看，并在 2 个区域模拟呼救，评价整个救治过程是否符合要求，符合率 100%。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】 符合“C”，并 1. 全院各科室对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的处置预案等有演练、自查、总结分析整改。 2. 主管部门对相关工作有督查、总结、反馈，有改进措施。 3. 全院员工心肺复苏的培训率 100%。 | 1. 抽查 3 个科室的相关资料（内、外科及医技科室各 1 个）。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.4.7 关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。 | | |
| 2.4.7.1 建立控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程，保障分娩安全。 | 【C】 1. 医院有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程，并及时更新。 2. 有制度、技术规范和流程的培训。 3. 有定期收集分娩信息数据、总结分析分娩疼痛及分娩损伤发生情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】 符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |

五、诊疗质量保障与持续改进

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|--|------|------|
| 2.5.1 门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。 | | |

| | | |
|--|---|---|
| 2.5.1.1 门诊布局符合相关规定,满足临床工作。建立门诊管理制度和工作流程、突发事件应急处置预案并组织实施。 | 【C】 1. 门诊布局合理,流程有序、连贯、便捷。 2. 有门诊管理制度;有措施保障门诊重点区域和高峰时段诊疗的秩序和连贯性,缩短患者等候时间;有便民措施。 3. 有信息系统支持门诊分层挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务。 4. 有根据门诊就诊患者流量,调配医疗资源的方案并落实。 5. 有门诊突发事件应急处置预案,包括:人员职责、处理流程、通讯方式、保障措施等。 | 1. 现场查看。 2. 查阅相关资料及现场查看。 3. 现场查看。 4. 查阅相关资料。 5. 查阅相关资料。 |
| | 【B】 符合“C”,并 1. 门诊部对出诊等门诊工作有监管与检查、反馈及督促整改。 2. 有定期进行应急预案的演练、总结及改进。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”,并持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.1.2 急诊小区布局符合要求,有急诊管理制度和工作流程,有突发事件应急处置预案。 | 【C】 1. 急诊小区按照相关要求独立设置,其功能、布局、人员和设备配备、及药品配置符合要求。并符合医院感染防控相关规定,设隔离应急抢救室、应急隔离留观室。 2. 急诊小区与辅助检查、药房、收费等区域的距离利于急诊抢救。 3. 有急诊小区管理制度和工作流程,对急诊留观时间超过 72 小时的患者有管理协调机制,及时妥善处置,相关人员知晓并执行。 4. 有急诊小区突发事件应急处置预案,包括:人员职责、处理流程、通讯方式、保障措施等。 | 1.2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】 符合“C”,并 1. 主管部门对急诊工作有监管与检查、反馈及督促整改。 2. 有定期进行应急预案的演练、总结及改进。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】 符合“B”,并持续改进有成效,有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.2 加强门、急诊专业人员和技术力量配备,根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源,做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。 | | |

| | | |
|--|--|---|
| 2.5.2.1 急诊科应当配备足够数量,受过专门训练,掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能,具备独立工作能力的医护人员。 | 【C】 1.急诊科固定的急诊医师、急诊护理人员分别不少于在岗相应人员的 75%。 2.急诊科主任由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的医师担任;急诊科护士长由主管护师及以上任职资格和 5 年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1.急诊医师以主治医师以上职称为主体(在岗≥70%)。 2.急诊护理人员以护师以上职称为主体(在岗≥70%)。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 1.急诊医师以主治医师以上职称为主体(在岗≥75%)。 2.急诊护理人员以护师以上职称为主体(在岗≥75%)。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| 2.5.2.2 仪器设备 及药品配置符合 急诊科建设与管理 的基本标准。急救 设备处于应急 备用状态,有应急 调配机制。 | 【C】 1.仪器设备及药品配置符合急诊科建设与管理的基本标准,满足急救需要。 2.各种抢救设备操作规程随设备存放,方便使用。急救设备有专人保养维护,急救药品有专人管理,急救设备处于应急备用状态。 3.医院有应急调配制度并落实。 | 1. 查阅相关资料及现场查看。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1.科室对应急设备状态有自查,问题及时整改。 2.主管部门对急诊设备药品配置和维护情况有检查与监管。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,应急设备使用、维护和管理规范。 | 现场查看。 |
| 2.5.2.3 急诊医护人员经过专业培训,考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能”要求。 | 【C】 1.有急诊医护人员技术和技能的年度培训计划。 2 急诊医护人员全部经过急诊专业培训,考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”,有考核记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门(医务、护理)对培训效果有检查与监管。 | 查阅相关资料 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据体现急诊人员诊疗水平不断提高。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|--|
| 2.5.3 实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。 | | |
| 2.5.3.1 实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。 | 【C】 1. 医院有预检分诊制度和流程，并执行。 2. 预检分诊点设立在门、急诊醒目位置，标识清楚，相对独立，通风良好，流程合理。备有发热患者用的口罩、体温表、手卫生设施、医疗废物桶、疑似患者基本情况登记表等。 3. 有专人负责 24 小时预检分诊，预检分诊人员个人防护符合要求。 4. 预检分诊人员接受岗前和在岗相关制度、流程的培训并考核，考核合格方可上岗。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 现场查看及查看排班表。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.4 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容。 | | |
| 2.5.4.1，建立门、急诊工作质量考核体系，明确目标，不断提升工作质量。 | 【C】 1. 医院有门、急诊工作质量考核标准，并在全院发布。 2. 医院有将门、急诊工作质量考核列入临床科室及医务人员年度考核内容。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 抽查 2 个临床科室的相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.5 有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。 | | |
| 2.5.5.1 建立急危重症患者“绿色通道”，保证院前急救、院内救治的连贯医疗服务，并持续改进。 | 【C】 1. 医院有急危重症患者“绿色通道”制度，明确“绿色通道”涉及部门、项目和流程，及进入“绿色通道”的急危重症范围；“绿色通道”患者可根据病情实行优先住院、先抢救后付费等。 2. 建立进入“绿色通道”患者的交接制度，根据首诊负责制责任主体要求，保证患者在院前急救、院内急诊、住院或转诊的医疗服务过程中有交接、连贯完整。 3. 各相关科室人员知晓“绿色通道”相关制度并在日常工作中落实执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 随机询问现场医护人员 4 名，了解其知晓情况。 |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 医院、科室定期组织院内多学科协同演练，保证“绿色通道”的真正顺畅落实。</p> <p>2. 科室对“绿色通道”执行情况有定期自查，对存在问题及时分析整改。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>医院有信息系统支持“绿色通道”建设，并不断优化满足急诊急救需要。</p> | <p>现场查看，评价是否满足需要。</p> |
| <p>2.5.6 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。</p> | | |
| 2.5.6.1 对创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群建立服务规范和流程。 | <p>【C】</p> <p>1. 根据医院特点，建立包括急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭、高危孕产妇及新生儿等重点病种和重点人群目录，制定重点病种、重点人群服务规范和流程。</p> <p>2. 医院和相关科室有对规范和流程进行培训，保证相关人员知晓并落实执行。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料，并现场询问2名医护人员，了解其知晓情况。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 科室质控小组有定期对执行情况自查，对存在问题及时分析整改。</p> <p>2. 医院和相关科室有针对重点病种和重点人群定期开展演练，发现存在问题并整改。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>医院信息系统支持救治流程，并不断优化满足急诊急救需要。</p> | <p>现场查看，评价是否满足需要。</p> |
| <p>2.5.7 优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。</p> | | |
| 2.5.7.1 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。 | <p>【C】</p> <p>1. 以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。</p> <p>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患者。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.5.7.2 开展多学科综合门诊，方便患者就医。 | <p>【C】</p> <p>1. 医院有开展多学科综合门诊的相关制度与流程。</p> <p>2. 有专人负责相关工作落实的部门，有完整的管理资料。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期对多学科综合门诊工作有督查、分析与反馈。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，多学科综合门诊数量及质量不断提升。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.7.3 有预约诊疗工作制度和规范，实施多种形式的预约诊疗服务，采取有效手段逐步提高患者预约就诊比例。 | 【C】 1. 医院有预约诊疗工作制度和流程，门诊部负责统一预约管理和协调工作。 2. 医院至少提供两种以上形式预约诊疗服务，如网络、现场、诊间预约等，并方便患者及时获取预约诊疗信息，对变动出诊时间提前公告。 3. 专家、专科、普通门诊均开展预约诊疗服务，并实行分时段预约。 4. 有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理与动态调配。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 4. 现场查看预约形式、平台及相关信息获取情况，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 不断提高预约就诊比例，门诊预约率达到门诊量 50% 以上。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.8 优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。 | | |
| 2.5.8.1 诊疗环境清洁、舒适、安全。 | 【C】 1. 医院建筑布局符合患者就诊流程要求、符合医院安全规范要求和医院感染管理需要。 2. 门诊满足患者就诊需要，有配备适宜座椅的等候休息区，有候诊排队提示系统。卫生间清洁、无味、防滑，包括专供残疾人使用的卫生设施。环境整洁、安静，卫生。 | 1. 现场查看。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例体现门诊就诊环境不断改善。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.8.2 提供就诊接待引导、咨询服务；标识清晰、规范、醒目、易懂。 | 【C】 1. 医院有就诊指南、建筑平面图、患者权益说明、价格公示等；有专人为患者提供咨询服务，佩戴标识规范，便于患者识别，相关人员熟知各项业务指引和服务流程。 | 1. 2. 3. 现场查看，并随机询问相关工作人员 2 名，了解其对门诊相关的诊疗服务及服务流程的知晓情况。 |

| | | |
|--|---|---|
| | 2. 有各种便民措施与服务, 如为老年人、有困难的患者提供帮助, 提供饮水、电话、健康教育宣传等; 有适宜的供患者停放车辆的区域。 3. 有清晰、规范、醒目、易懂的标识, 尤其与急救相关的科室与路径; 标识与服务区域功能或路径相符; 有预防意外事件的警示标识与措施; | |
| | 【B】符合“C”, 并 门诊部有定期检查、总结, 对存在问题提出整改措施, 并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.9 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理制度和标准, 为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。 | | |
| 2.5.9.1 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理制度和标准, 改进服务流程, 方便患者。 | 【C】 1. 医院有入院、出(转)院、转科管理制度与流程, 并落实。 2. 能分时段或床边办理出(转)院。 3. 能为特殊患者(如残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等)提供多种服务及便民措施。 4. 有部门或专人负责协调全院床位。体现“以患者为中心”, 增加入院患者管理的透明度。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 现场查看。 |
| | 【B】符合“C”, 并 主管部门对入院、出院、转科、转院工作有检查与监管。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 有信息化系统支持全院床位统一调配管理。 | 现场查看。 |
| 2.5.9.2 有保证急诊患者能及时、快捷入院的制度与流程, 危重患者应先抢救并及时办理入院手续。 | 【C】 有急诊患者合理、便捷的入院制度与流程, 内容包括危重患者应先抢救并及时办理入院手续等。 | 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”, 并 职能部门有督查、总结、反馈及改进措施。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.9.3 加强转诊、转科患者的交接, 及时传递患者病历与相关信息, 为患者提供连续医疗服务。 | 【C】 1. 医院有转科、转院流程, 实施患者评估, 履行知情同意。有病情和病历等资料交接。 2. 相关医护人员熟悉并执行上述流程。 | 1. 查阅相关资料, 并抽查 2 份在院有转科的病历, 是否执行相关流程。 2. 抽查内、外科各 1 个科室 4 名医护人员, 了解其知晓情况。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 职能部门有督查、总结、反馈及改进措施，并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.10 加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。 | | |
| 2.5.10.1 加强出院患者健康教育和随访预约管理，提高患者健康知识和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度。 | 【C】 1. 医院有出院患者健康教育相关制度并落实。 2. 利用电话、电子邮件、互联网+护理服务等多种形式开展随访。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对相关工作有检查、分析及整改。 2. 主管部门有督查、总结、反馈及改进措施。 | 1. 抽查内、外科各 1 个科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，出院患者随访率不断提高。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.10.2 出院患者有出院记录，主要内容记录完整，与住院病历记录内容保持一致；为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。 | 【C】 患者出院记录内容完整，与住院病历记录内容一致；有规范的出院医嘱；有向出院患者提供康复指导意见，并有记录并有签名。 | 抽查内、外科出院电子病历各 5 份，评价是否符合要求。合格率≥80%。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有自查、总结、分析，对存在问题有整改。 2. 主管部门有定期督查、反馈，并检查科室落实整改情况。 | 1. 抽查内、外科各 1 个科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.10.3 医院对特定患者（根据临床/科研需要）采用多种形式延续性护理服务。 | 【C】 1. 医院有延续性护理服务相关制度并执行。 2. 对特定患者实施延续性护理服务，形式包括：书面随访、电话随访、家庭访视、互联网+护理服务等，并有记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门对出院指导及随访工作落实情况有督查、分析、反馈。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.11 建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。 | | |

| | | |
|--|--|---|
| 2.5.11.1 各专科建立本专业疾病临床诊疗规范和技术操作流程各级医师按照规范和流程开展诊疗活动。 | 【C】 1. 医院有各临床科室根据国家相关指南建立本专业各疾病临床诊疗规范和技术操作流程，并定期培训、更新。 2. 由具有法定资质的医师按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划，并按规范进行病历书写。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查内、外科在院电子病历各 5 份，评价执行情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对落实诊疗规范和技术操作流程有自查，存在问题有改进。 2. 主管部门定期有督查、分析、反馈。 | 1. 抽查内、外科各 1 个科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料 |
| 2.5.11.2 建立疑难危重患者、恶性肿瘤患者多学科评估和综合诊疗制度，并落实。 | 【C】 1. 医院有明确疑难危重患者范围，根据本院实际情况制定包括疑难危重患者、恶性肿瘤患者的多学科评估和综合诊疗制度与流程。 2. 临床科室各级医师熟知多学科评估和综合诊疗制度并在日常医疗工作中落实执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查内、外科各 1 个科室的科主任及主治、住院医师各 1 名，了解其的知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对多学科综合诊疗有自查，对存在问题有改进。 2. 主管部门有定期督查、分析、反馈，并参与、组织多学科综合诊疗工作。 | 1. 抽查内、外科各 1 个科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.12 对住院患者实施营养筛查与评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。 | | |
| 2.5.12.1 设置临床营养科（室），并配备与其规模相适应的医、护、技营养专业人员，开展临床营养工作。 | 【C】 1. 医院设置临床营养科，有各级各类人员岗位职责。 2. 配置与医院规模相适应、具有相关执业资质、且经过临床营养相关专业培训的医、护、技等专业人员。 3. 临床营养科负责人应具备卫生专业技术资格高级职称且从事临床营养工作两年以上。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 营养门诊每周不少于 3 个。 | 查看门诊排班及抽查门诊病历。 |
| | 【A】符合“B”，并 1. 有临床营养科病房，床位不少于 15 张。 2. 营养治疗产品（包括特殊医学用途配方食品）的应用种类不少于 10 种。 | 1. 现场查看。 2. 现场查看。 |

| | | |
|---|--|--|
| 2.5.12.2 有临床营养工作管理制度和诊疗技术规范,并落实。 | 【C】 1. 临床营养科工作管理制度健全,制定营养筛查与评估管理规范,建立标准化临床营养诊疗流程,防治营养不良及营养代谢病诊疗相关并发症。 2. 遵循住院患者各类膳食的适应证和膳食应用原则要求,有膳食医嘱执行路径。 3. 有临床营养科诊疗质量与服务监管指标和要求。 | 1. 查阅相关资料(包括相关制度、流程等,抽查在院患者电子病历5份,查阅营养筛查的相关记录)。 2. 抽查在院患者电子病历5份,是否符合要求。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室对制度、规范执行情况有自查,对问题有分析及改进措施。 2. 主管部门对相关工作有督查、反馈,对整改问题有检查落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据体现营养诊疗质量与服务质量指标不断改进。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.12.3 开展规范化临床营养诊疗工作和营养健康教育服务,对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊,并按规范完成记录。 | 【C】 1. 为患者提供营养咨询、膳食指导和营养宣教,定期听取并征求患者及家属的意见。 2. 营养医师根据规范开展营养查房,对有需要的患者制定营养支持治疗计划、开具营养处方及随访、监测效果,并按规范书写查房记录。 3. 参与特殊、疑难、危重大手术患者的临床病历讨论和营养会诊,会诊意见、营养治疗方案和膳食方案按要求在病程记录中有体现。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 抽查相关病历5份,评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室对重点病人治疗膳食医嘱有效果评价,对相关工作有自查、分析,对存在问题有整改。 2. 主管部门有督查、反馈,并检查科室落实整改情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 临床营养科配备与医院 HIS、LIS、医院膳食订餐系统等信息系统相链接的临床营养诊疗系统。 | 现场查看及查阅相关资料。 |
| 2.5.13 实施手术患者评估制度,合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度,有急诊手术管理措施,保障急诊手术安全。 | | |
| 2.5.13.1 建立手术患者评估制度和重大手术报告审批制度。 | 【C】 1. 医院有手术患者评估制度,为每位手术患者制订手术治疗计划或方案。 2. 有重大手术(包括急诊情况下)报告审批制度与流程及目录。 3. 对医务人员进行培训,医务人员熟悉并执行上述制度和流程。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料,询问2个外科科室各2名医师,了解其知晓情况。 |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室对上述工作有自查、分析、整改。 2. 主管部门对上述有检查与监管。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查外科 2 个科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.5.13.2 有急诊手术管理制度及流程，保障手术安全。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院有急诊手术管理制度及急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。 2. 对医务人员进行培训，医务人员熟悉并执行上述制度和流程。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料，询问 2 个外科科室各 2 名医师，了解其知晓情况。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室对上述工作有自查、分析、整改。 2. 主管部门对上述有督查、反馈并督促整改。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查外科 2 个科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并形成标准化急诊手术流程，未发生与流程不畅有关的不良事件。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.5.14 手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。 | | |
| 2.5.14.1 手术病人的手术全过程、术后治疗、病情变化及护理情况及时、准确、完整地记入病历。 | <p>【C】</p> <p>按病历书写规范，医师及护士为手术患者及时、完整完成相关记录。包括有参加手术的医师在术后即时完成术后首次病程记录，并记录术后处理措施、术后观察注意事项等；手术主刀医师在术后 24 小时内完成手术记录（特殊情况下，由一助书写，主刀签名），内容包括反映手术的一般情况、手术经过、术中发现及处理情况等。术后患者生命指标监测结果等护理记录。</p> | 抽查在院手术患者电子病历，评价记录内容是否符合规范要求。合格率 $\geq 80\%$ 。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室对上述工作有自查、分析及整改。 2. 主管部门对上述工作有定期督查、分析反馈，并检查科室落实整改情况。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.5.14.2 手术离体组织送病理学检查，明确术后诊断。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院有手术后离体组织送病理学检查的规定、流程，并执行。 2. 对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与流程，其结果有记录。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”，并主管部门对上述工作有监管，并检查科室落实整改情况。</p> | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|---|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.15 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。 | | |
| 2.5.15.1 有日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。开展日间手术，缩短住院患者等待时间。 | 【C】 1. 医院有日间手术质量安全管理制度、评估工作机制并落实。 2. 制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。 3. 有日间手术病历相关管理制度并落实。 4. 有日间手术宣教与随访制度并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料及查看公示情况。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查,反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 抽查外科 2 个科室，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.16 手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。 | | |
| 2.5.16.1 手术麻醉人员配置合理。麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，完成继续教育。 | 【C】 1. 麻醉科主任具有副高级及以上、护士长具有中级及以上专业技术职务任职资格。 2. 麻醉医师人数与手术台（含无痛诊疗手术台）比例应不低于 2：1（大学附属医院满足教学需要，人员增加 10%）。麻醉科医师与护士比例不低于 3:1。 3. 麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。定期（至少每年 1 次）接受继续教育知识更新。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 每张手术台配备一名麻醉住院医师及一名主治及以上的麻醉医师。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，定期培训考核合格率 100%。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|--|
| 2.5.16.2 有麻醉意外与并发症处理规范,有麻醉效果评价。 | 【C】 1. 医院有麻醉意外与并发症处理、麻醉效果评价的规范与流程。 2. 有麻醉意外与并发症处理、麻醉效果评价制度的培训,相关人员知晓并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料,并抽查2名麻醉科医师,了解其知晓情况。知晓率100%。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.16.3 麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。 | 【C】 1. 医院有麻醉全过程书写标准与规范。 2. 麻醉医师按规范记录麻醉单,麻醉全过程在病历/麻醉记录单上得到充分体现。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查在院手术患者病历5份,评价记录是否规范。合格率≥80%。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.16.4 麻醉后复苏室合理配置,管理措施到位。有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。 | 【C】 1. 医院麻醉复苏室床位与手术台比不低于1:3,医护人员配备满足临床需要,麻醉复苏室设专科护理单元,设护士长1名。护士人数与监护床位之比不少于1:1,至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师。 2. 复苏室每床配备吸氧设备、无创血压和血氧饱和度等监护设备,配备呼吸机、除颤仪等抢救设备,定期维护设施设备,有维护记录。 3. 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程。有患者进入、转出麻醉术后复苏室的记录。 4. 转出的患者有评价标准(Steward评分或Aldrete评分等),评价结果有记录。 | 1. 现场查看,并查看排班表及人员资质。 2. 现场查看相关配置是否满足需要及维护记录。 3. 4. 现场查阅相关流程及标准,并抽查5份相关记录,评价是否符合要求,合格率100%。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|---|
| 2.5.16.5 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程,能有效地执行。 | 【C】 1. 医院有术后疼痛患者的镇痛治疗规范。 2. 麻醉前麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人说明术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案。 3. 麻醉医师掌握术后镇痛治疗规范与流程,镇痛治疗效果有评价,有记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查在院手术患者病历5份,查看知情同意是否符合要求。 3. 抽查在院手术患者病历5份,查看术后镇痛治疗、治疗效果评价及记录是否符合要求,合格率≥80%。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.17 根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊,其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。 | | |
| 2.5.17.1 根据相关法律、法规及《发热门诊设置管理规范》(联防联控医疗发【2021】80号)要求设置发热门诊,其布局、流程、医疗设备和设施、人员符合相关规定。 | 【C】 1. 医院有独立设置发热门诊。其选址、面积、布局、流程符合要求。 2. 有相关管理制度、应急预案、岗位职责。 3. 医疗设备、设施配置符合要求。 4. 人员配置满足诊疗需求,排班符合规范要求。 5. 有岗前及在岗培训计划,内容包括标准预防、职业暴露后处置、新颁布或修订诊疗规范等并落实。 6. 有医务人员健康监测(包括心理健康)相关规定并落实。 7. 发热门诊的管理由分管医疗工作的副院长负责。 | 1. 现场查看。 2. 查阅相关资料。 3. 4. 查阅配置清单、排班表并现场查看。 5. 查阅相关资料,现场查看3名医务人员防护是否符合规范并询问相关知识的知晓情况,知晓率100%。 6. 查阅相关资料。 7. 查阅相关文件及相关工作记录(如会议记录、现场工作照片等)。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 依据相关疫情防控需要,及时制定、修订相关制度与流程,符合防控要求。 2. 医务部、护理部、医院感染管理部门等部门定期督查、反馈并落实整改。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据及案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|--|
| 2.5.17.2 根据相关法律、法规要求设置感染性疾病科(含门诊)、肠道门诊,其建筑规范,医疗设备和设施、人员应符合国家有关规定。。 | 【C】 1. 医院感染性疾病科(含门诊)、肠道门诊建筑规范,布局合理,分区清楚,设备设施符合相关规范要求,便于患者就诊,满足医院感染防控要求。 2. 有感染性疾病科(含门诊)、肠道门诊相关管理制度与流程、岗位职责。 3. 人员配置符合要求。 | 1. 现场查看。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 医务部、护理部、医院感染管理部门等部门定期督查、反馈并落实整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据及案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.17.3 对感染性疾病科(含门诊)、肠道门诊工作人员进行岗前及在岗培训。 | 【C】 1. 医院有对感染性疾病科(含门诊)、肠道门诊工作人员有岗前及在岗培训计划,内容包括标准预防、职业暴露后处置等。 2. 针对新颁布或修订的规范及新发传染病,能及时组织相关工作人员进行培训。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 考核合格后方可上岗,对不合格人员实行离岗再培训。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,培训考核合格率 100%。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.18 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质;医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施,向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。 | | |
| 2.5.18.1 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。有明确的精神类治疗服务范围。 | 【C】 1. 医院具有精神专科执业资质,设有精神科,承担精神疾病防治任务,提供防治技术指导和专业管理。 2. 医师具备精神科执业资质,精神科护士等专业人员相对固定。临床科室(每个病区)至少具有高级职称精神科医师和中级以上职称护士各 1 名。 3. 医院精神专科有明确的诊疗范围。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 精神科卫生技术人员与实际开放床位之比应不低于 0.55:1,病房护士与实际开放床位之比应不低于 0.35:1。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.18.2 建立患者入院评估、住院说明、诊疗规范、疗效评估以及病历书写等相关制度。 | 【C】 1. 医院有精神病患者入院评估、住院说明、诊疗规范、疗效评估和病历书写等相关制度、工作规范和流程。 2. 有精神医学行为能力评估、住院说明、疗效评估等均记录在病历中。 3. 向患者的监护人或授权委托人充分说明并履行书面知情同意手续。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 抽查在院患者病历 5 份，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.18.3 依据服务的范围，为患者提供适当的医疗保障措施，向监护人或授权委托人提供医疗保障措施的知情同意和教育。 | 【C】 1. 医院有患者住院医疗保障措施、使用物理约束及隔离的制度与流程。 2. 医院有非自愿住院患者医疗措施的适用条件与住院流程，有入院后诊断复核程序并遵照执行。 3. 医院有向患者监护人就实施医疗保障措施可能发生的意外情况告知的相关管理规定，并履行书面知情同意签字，患者监护人身份应符合法律规范。 4. 有上述制度及流程的培训及考核。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 查阅相关资料及抽查在院患者病历 5 份，评价是否符合要求。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.18.4 执行精神疾病司法鉴定技术标准 和操作规程，实行质量控制、定期质量评价。 | 【C】 1. 医院有开展司法精神医学鉴定的，需有国家认证的执业许可证书，并可从国家认可的合法渠道查询许可证书。 2. 按照中华医学会司法精神病鉴定学组和司法部司法鉴定管理局规定的有关技术标准和操作规程实施鉴定。 3. 鉴定人员资质符合国家相关法规，并定期参加相关法律法规和专业技能培训、考核，培训、考核记录完整。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|---|
| | 4. 有符合法律规定的司法鉴定流程和质量安全标准，有统一规范的鉴定记录要求和各类档案格式，每一例鉴定记录完整、数据真实。 | |
| | 【B】符合“C”，并 医院有定期质量评价，提出改进措施，并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.19 实施精神类疾病治疗的医院为精神障碍者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神障碍者提供出院康复指导与随访。 | | |
| 2.5.19.1 为精神障碍者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务。 | 【C】 1. 医院有为精神障碍者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务的管理制度及流程。 2. 有上述制度及流程的培训及考核。 3. 多学科联合诊疗服务实施情况在病历中记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 抽查在院患者病历 5 份，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期总结、反馈，提出整改措施，并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.19.2 有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。 | 【C】 1. 医院有常见并发症的诊疗规范、预防和处理措施、风险防范预案与流程等。 2. 有上述规范、预案及流程的培训及演练。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 根据执行中发现问题，及时修订相关规范与流程，并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.19.3 无抽搐电休克治疗科（室）布局、流程合理，分区明确，标识清晰。符合医院感染管理要求。工作人员配备合理，有各项规章制度、岗位职责及操作常规。 | 【C】 1. 医院有无抽搐电休克治疗科（室）的，治疗室布局符合院感、消防等相关规范，各功能分区明确、标识清晰； 2. 有医师和护理人员资质要求，根据工作量及需要配备护理人员，医生与护理人员之比 $\geq 1:2$ ；护理人员经过专业技能培训考核合格后方能上岗。 3. 有无抽搐电休克治疗室各项制度、岗位职责和操作规范，有各类人员培训方案和计划，并在日常工作中按规范开展各项工作。 4. 对患者治疗前有评估，有知情告知并签署同意书，知情告知符合法律相关要求，同意书随病历归档。 | 1. 现场查看。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 3. 抽查在院患者病历 5 份，评价是否符合要求。 4. 查阅相关资料。 5. 查阅相关资料。 6. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>5. 有治疗过程及治疗后病情观察与记录，病人返回病房与临床科室护士有病情交接及交接记录；定期征求临床科室意见，改进工作。</p> <p>6. 有无抽搐电休克治疗科（室）突发事件应急预案，并定期演练。</p> | |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 科室对执行制度及诊疗活动情况定期自查、总结分析与整改，有追踪病人治疗后效果评价并记录。</p> <p>2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.5.19.4 开设心理热线，为精神残障者提供出院康复指导与随访。 | <p>【C】</p> <p>1. 医院有为精神残障者提供出院康复指导、出院后随访制度。</p> <p>2. 有开展心理热线的各项制度、服务流程和心理热线24小时值班制度；</p> <p>3. 心理热线接线员具有心理专业知识背景，接受上岗前培训。</p> <p>4. 有出院康复指导及随访的相关记录。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> <p>4. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>医院有定期总结工作情况，提出改进措施，并落实。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>2.5.20 医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。</p> | | |
| 2.5.20.1 医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。 | <p>【C】</p> <p>1. 专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》，包括有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品等保障措施。</p> <p>2. 根据卫生行政部门制定的介入诊疗技术管理规范，制定实施细则与流程。</p> <p>3. 医院有相关人员培训计划、培训方案并考核。</p> | <p>1. 查阅相关资料及现场查看设备、设施。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 科室有自查，对存在问题有分析、整改。</p> <p>2. 主管部门对相关工作督查、反馈，并检查整改落实情况。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>相关人员无违规操作事件发生。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

| | | |
|--|---|---|
| 2.5.20.2 有介入诊疗工作制度和技术操作常规,按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。 | 【C】 1. 医院有介入诊疗管理、术后随访和质量评价工作制度与规范、技术操作常规和介入诊疗各级各类人员岗位职责等。 2. 有定期质量评价并有记录,每季度不少于1次。 3. 介入诊疗科室与相关科室共同制定介入诊疗应急预案与流程。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门对介入诊疗全程管理和介入诊疗技术适应证有定期督查、反馈,并检查整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.20.3 有介入诊疗高值耗材管理制度,保证耗材来源可追溯。 | 【C】 1. 医院有介入诊疗高值耗材管理制度,保证耗材来源可追溯。 2. 每例介入诊疗耗材使用者的病历中均有耗材使用的识别标志的记录。 3. 对一次性介入诊疗耗材使用流程有明确规定,使用数量与出库数量相符。 4. 用后一次性耗材按医疗废物管理规定规范处理并有记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查相关在院电子病历5份,评价是否符合要求。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室对耗材管理有自查,对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门对耗材管理制度落实情况有监管,定期督查、反馈,并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 介入耗材管理规范,可追溯,无违规采购、使用情况。 | 现场查看及查阅相关资料。 |
| 2.5.21 开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理体系、安全保障措施和紧急处理预案。 | | |
| 2.5.21.1 血液透析室分区布局、设施设备符合国家法律法规及行业规范要求。有各项质量管理体系。 | 【C】 1. 血液透析室分区布局符合院感染控制要求,流程合理;每个透析单元使用面积不少于3.2平方米,水处理间使用面积不低于水处理机占地面积的1.5倍。 2. 配备满足工作需要的血液透析机、水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等基本设备;急救设备齐全;有必要的职业防护物品;开展透析器复用的,应当配备相应的设备。 3. 有血透室各项管理制度及质量安全指标要求,按照血液净化标准操作规程开展血液透析质量及相关工作,建立合理、规范的血液透析治疗流程。 | 1. 现场查看分区、布局等。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|--|
| | 4. 定期对全体人员开展各项管理制度和技术规范的培训及考核。 | |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查，对存在问题有整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 信息系统实现对血液透析全程质量监测、追踪和分析相关数据。 | 现场查看，评价是否符合要求。 |
| 2.5.21.2 血透室 医、护、技岗位专业设置满足医院功能与任务要求，有明确的岗位职责。 | 【C】 1. 至少有 2 名执业医师，其中至少 1 名具有肾脏病学中级以上专业技术职称。 2. 每台血透机至少配备 0.4 名护士；血透室护士长或护理组长由具备透析护理工作经验的中级以上职称的护士担任。 3. 至少配备 1 名熟悉血液透析机和水处理设备性能结构、工作原理和维修技术的技师。 4. 各岗位有明确的岗位职责，各级各类人员熟知职责并按要求开展各项工作。 | 1.2.3. 现场查阅相关资料。 4. 随机询问 3 名不同岗位的人员，了解其知晓情况，知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 血透室负责人由肾脏病学副高以上职称执业医师担任。 2. 20 台血液透析机以上的血透中心，每新增 10 台血液透析机至少新增 1 名执业医师。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，各岗位人员满足要求。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.21.3 执行医院感染管理的相关制度与流程。 | 【C】 1. 有针对血液透析的医院感染管理的相关制度及流程。 2. 有医院感染风险紧急情况的处理预案，并定期演练。 3. 有传染病患者隔离制度与具体措施，明确分区布局、专机使用。 4. 血液透析机和透析管路的消毒符合要求，相关监测指标合格。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料及现场查看。 4. 现场查看及查阅监测结果。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对院感相关制度落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门对科室院感管理情况有定期督查、反馈，并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| 2.5.21.4 有血液透析病例登记及管理。有血传播传染病筛查和管理。建立与完善数据库，实时记录。定期分析质量与安全管理指标，保障血液透析患者的安全。 | 【C】 1. 医院有血液透析患者接诊、登记相关制度，实施患者实名制管理。有运行数据收集的制度及流程。 2. 血液透析记录等医疗文书书写符合病历书写规范要求。 3. 有血透患者血传播传染病筛查和管理制度并实施。 4. 建立血液透析质量的基础数据库，内容涵盖血液透析的全过程。建立维持性血液透析患者质量监测指标体系，定期进行统计分析。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查 5 份血透患者病历，评价是否符合要求。 3. 查阅相关资料，抽查 5 份血透患者病历，评价执行情况。 4. 现场查看数据库，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对制度落实情况、数据库运行情况和质量监测指标体系有自查，定期对质量管理指标进行分析评价，对存在问题有整改。 2. 主管部门有督查、反馈，并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，质量监控指标持续向好。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.21.5 有紧急意外情况与并发症的紧急处理预案。 | 【C】 1. 医院有常见并发症的紧急处理流程和上报制度。 2. 对紧急意外情况处置有培训，相关人员均能熟练掌握。 3. 对应急预案与处理流程有演练（至少每半年一次），有记录，有讨论与评价。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料，现场询问 3 名医护人员，了解其知晓情况，知晓率 100%。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对意外情况处置流程落实及并发症登记情况有自查，对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门有定期督查、反馈，并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并制度执行到位，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.22 血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。 | | |
| 2.5.22.1 有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程，有完整的水质量监测记录。 | 【C】 1. 医院有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程。 2. 透析用水定期进行残余氯及硬度检测及电导率监测（前处理系统），化学污染物、透析液细菌及内毒素检测合格。 3. 相关人员熟知要求并在工作中落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 现场询问 2 名相关人员，了解其知晓情况，知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有自查，对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门有督查，反馈，并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|--|
| 2.5.22.2 透析液配制符合要求。 | 【C】 1. 有透析液配制规范的操作流程，并落实。 2. 透析液和透析粉符合国家标准，透析液配制符合要求。 | 1. 现场查看流程及工作人员操作情况。 2. 现场查看。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对透析液配制流程落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门对透析液配制规程执行情况有督查、反馈，并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并无透析液相关不良事件发生。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.22.3 医院对透析器复用有管理制度和流程。对从事血液透析器复用的人员资质有规定。 | 【C】 1. 医院有透析器复用有明确的管理制度和流程，复用流程设计合理，并定期对复用设备进行保养和维护。 2. 从事血液透析器复用的人员必须经过专门培训，符合复用技术资格要求。 3. 可复用血液透析器复用次数符合规范要求。复用透析器只能使用于同一个患者。血传播传染病患者使用过的透析器不复用，复用过程中对消毒剂过敏的患者使用过的透析器不能复用。复用登记记录完整，复用病例与透析器可追溯。 4. 废弃血液透析器规范处置，有完整的记录。 | 1. 查阅相关资料及现场查看。 2. 查阅相关资料。 3. 现场查看相关资料。 4. 现场查看并查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有自查，对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门有督查、反馈，并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并透析器复用管理规范，无因透析器复用发生感染事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.23 开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行。 | | |
| 2.5.23.1 开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。 | 【C】 1. 医院有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目，相关执业文件核准与校验均在有效期内。机房建筑取得国家的合格证书。 2. 具备开展放射治疗的基本设备(直线加速器或钴-60治疗机=1台、后装治疗机≥1台、模拟定位机=1台、三维计划治疗系统≥1台、验证设备)。 3. 放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看及核查相关证件。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|--|
| | 【B】符合“C”，并管理规范，有完整的定期核准与校验的管理档案。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并设备使用完全符合国家规范要求，无上级主管部门依法督查处罚记录。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.23.2 有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行。 | 【C】 1. 医院有放射治疗装置操作、维护维修和检测制度。 2. 有放射治疗设备使用操作指南及必要的联动设置。 3. 有患者及工作人员放射防护制度。相关放射场所设置明显警示标识、配备防护用品，并规范使用。 4. 工作人员规范佩戴个人放射剂量计。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料及现场查看。 4. 现场查看。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 使用、维护、检测与维修记录完整。 2. 个人放射剂量计按规定送检资料完整。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.24 实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。 | | |
| 2.5.24.1 实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。 | 【C】 1. 医院有放射治疗的规范与流程。有确保放射治疗定位精确与计量准确的相关程序。 2. 有放射治疗计划讨论制度并有讨论记录；有根据患者放射治疗过程中情况及时调整放疗计划的相关流程。 3. 有对放射治疗效果和毒副作用的评价制度，有防范毒副作用、改善放疗效果的措施。 | 1. 查阅相关资料及现场查看。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.24.2 有放射治疗意外应急预案及处置措施。 | 【C】 1. 医院有放射诊疗、放射性同位素储存工作场所安全管理制度并落实。 2. 有预防放射治疗意外应急预案、处置措施。 3. 工作区域配置有可及的相关抢救药品、器材与氧气等。 4. 有上述制度、预案与措施的培训及演练，相关人员知晓基本要求并落实。 | 1. 查阅相关资料及现场查看。 2. 查阅相关资料。 3. 现场查看。 4. 查阅相关资料，随机询问3名工作人员，了解其知晓情况，知晓率100%。 |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>相关制度规范落实，无相关不良事件发生。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>2.5.25 医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。</p> | | |
| <p>2.5.25.1 开展诊断核医学特殊诊疗技术应符合医疗机构诊疗科目，有独立场所，人员资质符合要求，有管理制度和诊疗规范，保证临床诊疗需求。</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院开展诊断核医学特殊诊疗技术，应与执业许可证诊疗科目一致，有独立场所，场所环境防护等符合国家要求。 2. 有特殊诊疗技术管理制度和诊疗规范，明确诊疗技术报告时限，有与临床沟通机制，有落实并有记录。 3. 所有人员均接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格； 4. 诊断报告规范，出具报告由经过授权、具备执业医师资质的人员，报告签发由副主任医师及以上职称人员担任。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 抽查 5 份报告，评价是否符合要求。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室对制度落实情况有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>2.5.25.2 开展诊断核医学活动应符合 GBZ 120-2006《临床核医学卫生防护标准》要求，有制度流程保证设备实施性能与诊断质量，有事故应急预案，防护符合要求。</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院开展诊断核医学特殊诊疗项目符合临床核医学卫生防护国家标准要求，且经省级卫生健康行政部门核准。 2. 有放射性分析程序、书面质量控制流程、防护管理制度。 3. 有放射事故应急预案，责任分工明确，相关人员有培训及演练（每年不少于 1 次）。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

| | | |
|---|---|--|
| 2.5.25.3 开展脑电图、肌电图等特殊诊疗技术应符合医疗机构诊疗科目，有独立场所，人员资质符合要求，有管理制度和诊疗规范，保证临床诊疗需求。 | 【C】 1. 医院开展脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应与执业许可证诊疗科目一致，有独立场所，场所环境防护等符合国家要求。 2. 有特殊诊疗技术管理制度和诊疗规范，明确诊疗技术报告时限，有与临床沟通机制，有落实并有记录。 3. 所有人员均接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格。 4. 诊断报告规范，出具报告由经过授权、具备执业医师资质的人员，报告签发由副主任医师及以上职称人员担任。 | 1. 查阅相关资料及现场查看。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 抽查5份报告，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.26 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。 | | |
| 2.5.26.1 特殊检查室（放射、介入、放疗、核医学等）机房环境安全技术指标、安全 and 防护性能符合要求，区域划分符合规范要求，有效避免医务人员及其他人员接触有害物质。 | 【C】 1. 医院放射、介入、放疗、核医学等机房设计、建设及设施符合安全、环保、职业病防护等规范要求并验收合格；实时监测环境剂量。 2. 布局、流程符合规范要求；机房显著位置有规范的警示标识。 3. 所有设备、仪器、药品符合国家相关标准，定期检测；所有证书均在有效期内；放射诊疗许可证、辐射安全许可证与现有设备相符。 4. 防护用具齐全、有效。 | 1. 现场查看及查阅相关验收、监测报告。 2. 现场查看。 3. 现场抽查相关资料。 4. 现场查看。 |
| | 【B】符合“C”，并管理规范，有完整的符合上述管理要求的资料。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并无上级主管部门依法督查处罚记录。无医务人员及其他人员接触有害物质的不良事件发生。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.26.2 有突发意外事故处置应急预案及流程。 | 【C】 1. 医院有突发意外事故应急预案及流程；放射性操作区有简明的应急救援流程，有指定该区域的防护负责人。 | 1. 2. 查阅相关资料并现场查看。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| | 2. 工作区备有急救药品和急救设备,指定专人负责,定期检查急救药品和设备保持有效和正常状态并有检查记录。 3. 相关人员有培训,并有演练(每年不少于2次)。 | |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室对相关工作有自查、分析,对存在问题有整改。 2. 主管部门对应急管理有督查、反馈,并检查科室落实整改情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有案例或数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.27 开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围,集中配置化疗药物,有安全管理制度及质量保证措施。 | | |
| 2.5.27.1 开展日间化疗服务应符合国家相关规定要求,有管理规范,保证医疗质量与安全。 | 【C】 1. 医院开展日间化疗服务应符合国家相关规定要求,有明确的日间化疗纳入标准和服务适用范围。 2. 建立日间化疗工作制度与管理流程,严格按诊疗规范开展诊疗服务。 3. 有各类意外发生应急处置预案并定期开展演练,有记录。 4. 按病历书写规范做好各项诊疗记录,患方需签署知情同意书并随病历归档保存。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料,抽查5份病历,评价是否规范执行。 3. 查阅相关资料。 4. 抽查5份病历,评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”,并有日间化疗质量安全控制指标,日间化疗病人纳入慢病管理、建立档案,有定期随访评价。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,质量安全控制指标持续向好。 | 查阅相关资料。 |
| 2.5.27.2 集中调配化疗药物,保障药物质量和患者安全。 | 【C】 1. 医院有规范的化疗药物管理规定,集中调配化疗药物。 2. 有药物不良反应处置方案及上报要求,相关人员熟悉掌握并落实执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料,随机询问2名工作人员,了解其知晓情况,知晓率100%。 |
| | 【B】符合“C”,并有全流程的用药安全监控与评价,保证用药安全。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,化疗药物全部进行集中调配。 | 随机抽查10份日间化疗病历,核查化疗医嘱与调配记录是否一致。 |

六、护理质量保障与持续改进

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|--|------|------|
| 2.6.1 建立扁平高效的护理管理体系,建立护理质量与安全管理委员会,依据法律法规、行业指南、标准,制定护理制度、常规和操作规程,实施护理质量管理工作。 | | |

| | | |
|---|--|--|
| 2.6.1.1 建立院长（或副院长）领导下的护理垂直管理体系，对护理工作实施目标管理。 | 【C】 1. 根据国家相关要求成立由院长或主管院领导任主任委员、有多部门人员组成的护理管理委员会，有相关职责。 2. 将护理工作发展纳入本单位整体发展规划。 3. 实施护理工作目标管理，有明确的管理目标及实施措施等。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 医院对规划、目标的落实情况有定期评价，有改进措施并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 有数据体现与医院发展相适应的护理规划与计划有效落实。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.1.2 建立护理质量与安全管理委员会，有院-科-病区或院-病区护理质量与安全管理组织体系，职责明确，落实到位。 | 【C】 1. 有护理质量与安全管理委员会，定期研究护理质量与安全工作（每年不少于2次），制定护理质量与安全管理工作计划及护理质量监测指标。 2. 有院-科-病区或院-病区护理质量与安全管理组织体系，科或病区有护理质量与安全管理小组，负责落实护理质量与安全管理工作。 3. 有基于数据的质量指标管理体系，并及时、准确上报监测护理质量指标并分析。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室或病区护理质量安全管理小组每月对护理质量与安全管理有自查、分析，对存在问题有整改。 2. 主管部门对有定期督导、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.1.3 依据法律法规、行业指南、标准，制定护理管理制度、常规和操作规程等，并落实。 | 【C】 1. 医院依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程等； 2. 有定期培训、考核。 3. 科室对护理制度、护理常规、操作规范的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门对护理制度落实情况有定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| 2.6.1.4 对患者进行风险评估,主动向高危患者告知跌倒、坠床风险,采取有效措施防止意外事件的发生。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院有防范患者跌倒、坠床的相关制度。 2. 对住院患者跌倒、坠床风险评估及根据病情、用药变化再评估,并在病历中记录。 3. 主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。 4. 医院环境有防止跌倒安全措施,如走廊扶手、卫生间及地面防滑。 5. 对特殊患者,如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等患者,主动告知跌倒、坠床危险,采取适当措施防止跌倒、坠床等意外,如警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、床挡等。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 随机抽查 5 份病历,相关记录是否符合要求。 3. 查阅相关记录。 4. 5. 现场查看是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门定期组织对相关不良事件定期分析、对存在问题提出改进意见,并落实(如制度修订及落实、设施、标示等)。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 1.持续改进有成效,有数据或案例体现跌倒和坠床管理规范,措施落实到位。 2.高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率 100%。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 抽查内、外科相关患者在院电子病历各 10 份,评价是否符合要求。 |
| 2.6.1.5 有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处置预案与流程。 | 【C】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 有患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与流程。 2. 相关人员知晓患者发生坠床或跌倒的处置及报告流程。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 随机抽查内、外科各 1 个科室 5 位护理人员,了解知晓情况,知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”,并 <ol style="list-style-type: none"> 1.科室对患者跌倒、坠床等报告制度与处置预案等的落实情况有自查。 2.主管部门对跌倒和坠床等意外事件报告有督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.1.6 有压疮风险评估与报告制度,有压疮诊疗及护理规范并落实。 | 【C】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 有压疮风险评估、报告制度与诊疗措施。 2. 有压疮诊断与压疮创面处理的诊疗及护理规范。 3. 有预防压疮的设备、材料,医护人员能够正确使用。 4. 高危患者入院时压疮的风险评估率 100%。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 现场查看并询问护理人员使用方法,评价是否正确。 4. 抽查内、外科相关患者在院电子病历各 10 份,评价是否符合要求。 |

| | | |
|--|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期组织对相关不良事件定期分析、对存在问题提出改进意见，并落实（如制度修订及落实、设备、护理措施改进等）。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.2 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。 | | |
| 2.6.2.1 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则。 | 【C】 1. 医院有护士人力资源管理制度，保障临床护理需求。 2. 临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。 3. 全院病区护士与实际开放床位比不低于0.4:1，普通病房日间每位护士平均负责患者数≤8人。 4. 重症监护病房护士与实际开放床位比不低于2.5-3:1。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门对护理人员配置情况有督查，对问题有追踪分析。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 护理人力配置合理，全院病区护士与实际开放床位比满足临床需求。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.2.2 根据收住患者特点、护理级别比 例、床位使用情况 对护理人力资源 实行弹性调配，有 护理人力资源动 态调配的方案和 措施；有紧急状态 下调配护理人力 资源的预案。 | 【C】 1. 有护理人力资源动态调配的方案，方案能根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况等制定，并能实现护理人力资源动态调配。 2. 相关护理管理人员知晓紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程，并执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 询问2名护士长及护理部管理人员，了解其知晓情况，并查阅相关记录。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对人力资源动态调配工作有检查、分析及整改。 2. 主管部门对人力资源动态调配工作有定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.3 护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。 | | |

| | | |
|---|--|--|
| 2.6.3.1 有护理人员实行分层级管理的相关制度,有护理人员在岗继续医学教育计划,并落实。 | 【C】 1. 医院有护士分层级管理制度。 2. 有明确护士层级能力要求和培养方案,有统一的护理人员分级管理档案。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 护理管理部门对护理人员分层级管理及在岗继续教育有定期检查、总结及改进。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据体现护理人员分层级管理及在岗教育相关制度落实到位。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.3.2 护理有明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。 | 【C】 1. 有护理岗位管理实施方案,明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位职责要求,并按照规定执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 随机询问内、外科各1个科室,5名护理人员,了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”,并 护理管理部门对护理人员岗位管理工作有追踪和评价。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,实现护士岗位管理从身份管理到岗位管理的转变。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.3.3 建立护士岗位培训制度,建立以岗位需求为导向、以岗位胜任力为核心的护士培训制度。 | 【C】 1. 医院有护士岗位培训制度,内容包括护士规范化培训、核心能力培训、护士继续教育等。 2. 参照《新入职护士培训大纲》开展新入职护士规范化培训。 3. 有护理人员在岗继续教育方案,并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 护理管理部门定期对相关工作有检查、分析、反馈,并整改落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据体现护理人员技术能力和水平不断提升。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.3.4 落实专科护理培训要求,培养专科护理人才。 | 【C】 1. 根据医院功能及需要,培养临床所需的专科护理人员。 2. 有市级及以上卫生行政部门批准的专科护理人员培训基地。 3.按照《专科护理领域护士培训大纲》等要求,有本院专科护理人员培训方案和培养计划。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有省级以上卫生行政部门批准的专科护理人员培训基地。</p> <p>2. 有培训效果的追踪和评价机制。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 有省级以上卫生行政部门批准的专科护理人员培训基地≥5个。</p> <p>2. 持续改进有成效，专科护士培训措施落实，专科护理人员得到合理充分使用。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料，培养的专科护士100%仍在本专业岗位。</p> |
| <p>2.6.4 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。</p> | | |
| 2.6.4.1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核办法，考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩。 | <p>【C】</p> <p>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的绩效考核制度、有具体的绩效考核实施方案。</p> <p>2. 绩效考核方案制定征求护理人员意见，护理人员知晓绩效考核方案。</p> <p>3. 护理绩效考核向高劳动强度、高风险、高技术含量倾斜。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料及随机询问5名护理人员，了解其知晓情况。</p> <p>3. 查阅相关资料，评价分配方案是否符合要求。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>主管部门对绩效考核方案落实情况有检查与监管，对问题有追踪分析。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，考核方案不断完善。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>2.6.5 依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。</p> | | |
| 2.6.5.1 依据《护士条例》等法律法规，规范护理工作，优质护理服务落实到位。 | <p>【C】</p> <p>1. 有优质护理服务规划、目标、工作计划和实施方案，并落实。</p> <p>2. 有推进开展优质护理服务的保障制度、措施及激励机制，并与多部门有联动机制。</p> <p>3. 根据各专业特点，有细化、量化的优质护理服务目标和措施，并落实。</p> <p>4. 后勤部门和辅助科室全面保障临床一线护理工作，实行物品下收下送、药品单剂量摆放并下送、设备下修等，信息系统能够为临床服务提供支持。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 随机抽查科护士长、护士长、临床护士的知晓情况。</p> <p>4. 现场查看相关保障是否符合要求。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 主管部门对优质护理落实情况有检查与监管。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | 2.优质护理服务病房覆盖率达到 100%。 | |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.5.2 实施“以病人为中心”的整体护理，为患者提供适宜的护理服务。 | 【C】 1.根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制定实施方案，体现护理人员工作中的责任制。 2.依据患者需求制定护理计划，充分考虑患者生理、心理、社会、文化等因素。 | 1.随机抽查内科、外科各 2 个病房排班表；请每个病房 2 个责任护士陈述每日工作内容和流程。 2.随机抽查 10 个患者护理计划制定是否考虑其生理、心理、社会、文化等因素。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 依据患者的个性化护理需求制定护理计划，护理人员掌握相关的知识。 2. 科室对落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。 3. 主管部门对落实情况进行定期检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提整改建议。 | 1. 随机询问不同科室的 5 名护士的知晓情况，知晓率 $\geq 80\%$ 。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，责任制整体护理落实到位，患者对护理工作满意度不断提升。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.6 根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T 431-2013)的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。 | | |
| 2.6.6.1 根据分级护理的原则和要求，实施护理措施，有护理质量评价标准，有质量可追溯机制。 | 【C】 1.依据《综合医院分级护理指导原则》，制定符合医院实际的分级护理制度。 2.护理人员掌握分级护理的内容。 3.有护理级别标识，患者的护理级别与病情相符。 | 1.查阅相关资料 2 随机询问 5 名护士，了解其知晓情况，知晓率 $\geq 80\%$ 。 3.抽查 5 位患者护理级别与病情相符情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.科室对分级护理落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。 2.护理管理部门对分级护理落实情况进行定期督查，评价，对存在的问题，及时反馈，并检查整改情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.6.2 护理人员具备危重患者护理的相关知识与操作技能。 | 【C】 1.护理人员具备的技术能力包括:危重患者护理常规及抢救技能、生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。 | 1.2. 查阅相关资料。 3.查阅相关资料 4. 随机抽查 2 位护理危重患者的护士，了解其相关技能的掌握情况。 |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>2.护理人员经过危重患者护理理论和技术培训并考核合格。</p> <p>3.有针对危重患者病情变化的风险评估和安全防范措施。</p> <p>4.护理人员掌握上述相关的理论与技能。</p> | |
| | <p>【B】符合“C”，并 主管部门有护理人员培训、训练的考核评价机制。</p> | 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.6.6.3 有危重患者护理常规及技术规范、工作流程及应急预案，对危重患者有风险评估和安全防范措施。 | <p>【C】</p> <p>1.有危重患者护理常规及技术规范,工作流程及应急预案。</p> <p>2.有危重患者风险评估、安全护理制度和措施。</p> <p>3.护理人员知晓并掌握相关制度与流程的内容。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 随机询问 5 名护士,了解其知晓情况,知晓率$\geq 80\%$。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.密切观察危重患者的病情变化,有风险评估和安全防范措施。</p> <p>2.根据专科特点,使用恰当的质量监测指标并实施监测。</p> <p>3.主管部门对落实情况进行定期检查,评价、分析,对存在的问题,及时反馈,并提整改建议。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效,相关质量检测指标持续改进。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.6.7 护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 | | |
| 2.6.7.1 按照《病历书写基本规范》书写护理文件,定期质量评价。 | <p>【C】</p> <p>1.有护理文件书写标准及质量考核标准。</p> <p>2.护理人员掌握《病历书写基本规范》。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 随机抽查 5 份护理记录,评价是否符合规范要求,合格率$\geq 80\%$。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并 主管部门对运行的护理文件进行质量评价,有考核记录。</p> | 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效,有数据体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.6.7.2 定期进行护理查房、护理病例讨论。对疑难护理问题组织护理会诊。 | <p>【C】</p> <p>1.有定期护理查房、病例讨论制度。</p> <p>2.有对疑难护理问题进行护理会诊的工作制度。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并 落实护理查房、病例讨论和护理会诊,解决患者实际问题。护理会诊原则上每季度不少于 1 次。</p> | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|---|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现解决疑难护理问题的能力和水平不断提升。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.8 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。 | | |
| 2.6.8.1 有临床护理技术操作常见并发症的预防及处理指南。 | 【C】 1.医院有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 2.有相关规范培训计划并落实到位。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并培训率 100%,考核合格率≥85%。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，考核合格率 100%。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.8.2 有紧急意外情况的应急预案及流程，有培训及演练。 | 【C】 1. 医院有护理紧急意外情况的应急预案及流程，内容包括患者用药、输血、标本采集、围术期管理、安全管理等。 2. 有相关培训计划并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.有院、科两级应急预案的定期演练，总结、分析及完善预案。 2.护理人员掌握相关预案及流程。 | 1. 查阅相关资料。 2. 随机询问 5 名护理人员，了解其知晓情况。知晓率 100%。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.9 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，完善手术部（室）、消毒供应中心（室）和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。 | | |
| 2.6.9.1 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》，建立手术室护理质量控制标准及医院感染预防与控制制度，并执行。 | 1. 医院有手术部（室）护理质量控制标准及医院感染预防与控制制度。 2. 手术室布局合理，分区明确，标识清楚，各工作区域功能与实际工作内容符合。 3. 科室对护理质量控制标准、医院感染防控的措施及监测指标有落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 现场查看及查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对相关工作有自查、分析、整改。 2. 相关管理部门（护理部、院感管理）定期对标准及管理制度的落实情况有督查、反馈并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|--|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，相关质量监测指标持续改进。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.9.2 根据医院手术间数量和手术工作量,合理配置手术室护理人员,保证手术正常开展;有岗位职责和操作规范等,并落实。 | 【C】 1. 医院根据手术量及工作需要配备护理人员、辅助工作人员和设备技术人员;各类人员资质及岗位技术能力符合要求。 2. 手术室护理人员与手术间之比不低于3:1。 3. 手术室护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格和5年及以上手术室工作经验。 4. 有岗位职责和操作规范等,并有培训。 5. 有手术室各类应急预案,并定期演练。 | 1. 查阅相关资料(人员花名册、资质证书等)。 2. 查阅护士排班表。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 5. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室对相关工作有自查,对存在问题有整改。 2. 主管部门对科室管理工作有督查、反馈并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.9.3 有手术室患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等相关制度及流程,并落实。 | 【C】 1. 医院有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等相关制度及流程。 2. 有相关管理制度及流程的培训。 3. 制度及流程规范执行,并有相关记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 现场抽查相关记录,评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室对相关工作有自查,对存在问题有整改。 2. 主管部门对科室管理工作有督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.9.4 按照《医院消毒供应中心管理规范》,建立消毒供应中心质量控制标准及医院感染预防与控制制度,并执行。 | 【C】 1. 医院有消毒供应中心质量控制标准及医院感染预防与控制制度。 2. 消毒供应中心布局合理,分区明确,标识清楚,各工作区域功能与实际工作内容符合。 3. 科室对质量控制标准、医院感染防控的措施及监测指标有落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室对相关工作有自查、分析、整改。 2. 相关管理部门(护理部、院感管理)定期对标准及管理制度的落实情况有督查、反馈,并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|---|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，相关质量监测指标持续改进。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.9.5 根据医院消毒供应工作量，合理配置消毒供应中心工作人员；有岗位职责和操作规范等。 | 【C】 1. 根据医院规模、工作量及各岗位需求，合理配置具有执业资格的护士、消毒员和其他工作人员；2. 护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格及专科培训经历。 3. 有岗位职责和操作规范等，并有培训。 4. 有消毒供应中心各类应急预案，并定期演练。 | 1. 查阅相关资料(人员花名册、资质证书等)。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对相关工作有自查，对存在问题有整改。 2. 主管部门对科室管理工作有督查、反馈并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 相关制度落实到位，未发生与灭菌失败导致的感染事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.9.6 采用外院提供消毒灭菌服务的医院，按《医疗消毒供应中心管理规范(试行)》的要求，建立相关的监管制度及流程，实施全过程的监管。 | 【C】 1. 医院设立专门的部门负责该项工作；建立相关的监管制度及流程，并落实，有完整的监管记录。 2. 医院设置独立的污染器械处置、暂存间，规范处置污染器械。 3. 医院设置符合规范要求的无菌物品存放间，规范储存及发放无菌物品。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 现场查看，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 负责部门有定期自查，对存在问题有分析、整改，并及时向服务机构反馈质量验收、评价及使用过程存在的问题，并督促落实改进。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 外包服务规范，满足临床需要，未发生相关的不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.9.7 按照《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医疗机构新生儿安全管理制度(试行)》，建立新生儿科护理质量控制标准及医院感染预防与控制制度，并执行。 | 【C】 1. 医院有新生儿护理质量控制标准及医院感染预防与控制制度，并落实。 2. 新生儿科布局合理，分区明确，标识清楚，各工作区域功能与实际工作内容符合。 3. 科室对护理质量控制标准、医院感染防控的措施及监测指标有落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 现场查看及查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对相关工作有自查、分析、整改。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|---|
| | 2. 相关管理部门（护理部、院感管理）定期对标准及管理制度落实情况有督查、反馈并检查整改落实情况。 | |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，相关质量监测指标持续改进。 | 查阅相关资料。 |
| 2.6.9.8 根据新生儿科设置床位数和工作量，合理配置护理人员，保证护理工作质量；有岗位职责和操作规范等，并落实。 | 【C】 1. 新生儿病区护士人数与床位数之比不低于 0.6:1，重症病区比例不低于 1.8:1。 2. 护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格和 5 年及以上新生儿科工作经验。 3. 有岗位职责和操作规范等，并有培训。 4. 有新生儿科各类应急预案，并定期演练。 | 1. 查阅护士排班表。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室对相关工作有自查，对存在问题有整改。 2. 主管部门对科室管理工作有督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|--|--|--|
| 2.7.1 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。 | | |
| 2.7.1.1 医院设立药事管理与药物治疗委员会，健全药事管理体系。 | 【C】 1. 医院有药事管理与药物治疗委员会，职责明确，有相应的工作制度，定期召开会议落实相关工作（每年不少于 2 次），人员组成符合相关规定。 2. 有年度工作计划和总结。 3. 医务管理部门与药学部有工作协调机制，并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并医院相关职能部门对药事管理相关工作有定期督查、反馈，有整改措施，并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.1.2 建立完善的药事管理工作制度。 | 【C】 1. 医院有药事管理相应的工作制度、岗位职责及培训要求。 2. 有优先使用国家基本药物、国家集中采购中选药品的相关制度与措施。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料，评价是否相符合。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 3. 有临床用药具体评价方法,有改进措施和干预办法; 4. 医院每年用药金额及数量排序前十位的药品与医院性质及承担的主要医疗任务相符合。 | |
| | 【B】符合“C”,并 1. 药学部对药事管理工作定期自查、总结分析、整改。 2. 主管部门(医务部、质量管理部门)定期督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.1.3 根据医院功能任务及规模,配备药学专业技术人员,岗位职责明确。 | 【C】 1. 从事药学各岗位工作的人员资质符合要求;具有药学(临床药学)专业全日制本科及以上学历的人员占比不低于药学专业技术人员的30%。 2. 药学部负责人应具有药学(临床药学)专业本科及以上学历、本专业高级技术职务任职资格。 3. 药学专业技术人员参加继续医学教育,并作为考核、晋升、聘任的条件之一。 4. 各级药学人员熟悉并履行岗位职责。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 现场查看并随机询问3名不同岗位的人员,了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”,并有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定,并执行。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 1. 药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的8%。 2. 能承担相关的临床药学教育和药物临床应用研究任务。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| 2.7.2 加强药品管理,规范药品遴选、采购、储存、调剂,建立全流程监测系统,保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。 | | |
| 2.7.2.1 有药品遴选制度,制定本医院“药品处方集”和“基本用药供应目录”。 | 【C】 1. 医院有药品遴选制度与程序,并严格执行。 2. 动态管理医院“基本用药供应目录”,建立医院“药品处方集”。 3. “基本用药供应目录”品规数符合规定:500-800床的医院,西药品规数≤1000个,中成药品规数≤200个;800床以上的医院,西药品规数≤1200个,中成药品规数≤300个(医院自制制剂除外)。国家政策性引进药品不纳入品规数计数。单品种品规数符合《处方管理办法》相关规定。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 药学部对药品遴选及目录管理工作有自查、总结分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 药事管理与药物治疗委员会定期召开会议，讨论药品目录，并根据临床需要予以调整（原则每年一次）。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.2.2 建立严格的药品采购供应管理制度与流程，有适宜的药品储备。 | 【C】 1. 有药品采购供应管理制度与流程，供药渠道合法；药学部负责全院药品采购供应。 2. 药品采购规范，按省市要求在交易平台上网上采购药品，采购数量及金额占比等符合平台要求，线下采购经医院审批，临时采购规范。 3. 药品储备量与功能、任务和服务量相适应；根据药品用量评估药品储备情况，85%以上药品品种库存药品月周转1次以上。 4. 药学部对药品采购供应，特别是线下和临时采购有定期自查总结分析、整改。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 定期检查总结药品采购供应制度的执行情况，每年至少2次，无违规采购。 2. 定期评估药品储备情况，85%以上药品库存周转率少于10~15日，定期评估，有分析报告和提出改进措施。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.2.3 有药品贮存管理制度，贮存药品的场所、设施与设备符合有关规定。 | 【C】 1. 医院有药品贮存管理制度，并执行。 2. 药品贮存场所、设施与设备满足药品质量要求；根据药品性质与特点，分库、分区、分类存放药品；按规定设置验收、退药、发药等功能区域。 3. 执行药品有效期管理相关制度与处理流程，有控制措施和记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 药学部对药品储存有定期自查、总结分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.2.4 建立高警示药品，听似、看似等易混淆药品的目录和管理制度，全院统一执行。 | 【C】 1. 医院建立高警示药品管理制度，并执行。 2. 对听似、看似药品、一品多规格或多剂型药品的存放，有统一的“警示标识”。 3. 相关工作人员知晓警示标识含义和管理要求，能够识别和使用。 | 1. 2. 查阅相关资料并现场查看执行情况。 3. 随机询问3名工作人员，了解其知晓情况，知晓率100%。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 药学部有定期自查、总结分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，制度落实到位，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.2.5 对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。 | 【C】 1. 医院建立各诊疗科室的急救、备用药品管理制度。 2. 各相关科室有急救备用药品目录及数量清单，实行基数管理，专人负责，每月检查；使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。 3. 各科室备用急救等药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 抽查内、外科及医技科室各一个，现场检查及查阅相关资料，是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 临床科室对急救、备用药品有定期自查、总结分析、整改。 2. 护理部与药学部每季度不少于1次对各科室急救及备用药品的管理与使用情况进行督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 抽查内、外科及医技科室各1个，查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，制度落实到位，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.2.6 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂的准确性。 | 【C】 1. 医院有门诊、住院（含互联网医院）药品调剂制度和操作规程。 2. 有药品调配差错报告制度，有登记、分析及整改，记录完整。 3. 发出的药品标示有用法、用量和特殊注意事项；有口头用药交代或其它书面、视频用药指导资料。 4. 药品如需分装调剂，应有操作规程和记录。分包装上有药品名称、规格、剂量、批号、有效期、分装日期等信息。 5. 对病房（区）口服药品实行单剂量配发，注射剂可按日剂量发药。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 4. 5. 现场查看。 |
| | 【B】符合“C”，并 药学部对药品调剂质量管理有定期自查、总结分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，制度落实到位，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <p>2.7.2.7 静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院根据《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》的规定，制定相关管理制度及工作流程。 2. 静脉药物调配中心布局、流程、功能区域洁净度及设备设施符合规范要求。并由省级卫生行政管理部门质控专家组进行技术评估与指导，确保符合有关规定。 3. 有静脉用药调配人员岗位培训计划，并执行。 4. 具有药学专业本科以上学历、5年以上临床用药或调剂工作经验、药师以上专业技术职务任职资格人员审核静脉用药处方，对不合理用药进行有效干预。 5. 有调研、评估临床静脉用药状况；收集临床科室有关成品输液质量等反馈信息记录及处理措施。 6. 肠外营养液和危害药品静脉用药应当按规定实行集中调配。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 5. 查阅相关资料。 6. 现场抽查 10 份相关在院患者医嘱与中心调配记录是否符合要求。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 实行住院患者医嘱（“长期医嘱”或“临时医嘱”）静脉药物集中调配。 2. 药学部对静脉用药集中调配的日常管理有定期自查、总结分析、整改。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 抽查内、外科各 1 个近期 1 天的静脉药物医嘱与中心调配记录是否一致。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>2.7.2.8 建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有药品质量管理组织，药品质量管理相关制度及质量管理指标，职责明确。 2. 有药品质量监管信息平台，相关部门和人员可查询。 3. 有药品质量（外观质量、效期等）及科室备用药品管理制度，相关部门和人员有定期检查并有记录。 4. 对因病情变化、医嘱调整而产生的病房（区）退药进行有效管理。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”，并药学部有定期自查、总结分析、整改。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>2.7.2.9 建立药品召回管理制度，保障患者安全。</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院有药品（含医院制剂）召回管理制度，并落实执行。 2. 对存在质量问题的药品，应按规定及时报告有关部门并召回，妥善保存，保留原始记录。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| | 3. 有针对患者用药召回的处置预案与流程。 | |
| | 【B】符合“C”，并 药学部有定期自查、总结分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，制度落实到位，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.2.10 有住院患者处方外配、自备药品管理流程，保障临床用药安全。 | 【C】 1. 医院有相关规定，明确住院患者原则上不得自行外购药品及使用自备药品，确因特殊情况需使用处方外配或自备药品的，应有全院统一的管理规定和审批流程，对手续不完备的处方外配药品、患者自备药品不得执行医嘱。 2. 住院患者确需使用处方外配药品或使用自备药品的，医院应有统一规范的知情同意书，患者或授权家属签署同意后方得执行，知情同意书随病历归档。 3. 凡住院患者使用处方外配药品或自备药品的，病历中需记录患者的特殊情况、具体使用药物、使用疗效及安全性等内容。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 抽查2个内科科室，查阅相关病历，是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 临床科室对处方外配药品和自备药品使用情况有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，制度落实到位，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.2.11 有超说明书用药管理规范及审核流程，保障患者用药安全。 | 【C】 1. 医院有超说明书用药的管理规定与审批流程，明确临床用药原则上不得超药品说明书范围，确因病情需要超范围使用的，需按规定完成申请、审批手续（包括伦理审查），并对超说明书用药需要签署知情同意书的情形进行规定。 2. 审批资料完整、可查询。 3. 凡超说明书用药的，病历中需记录患者用药的详情情况及使用后反应。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 抽查相关病历5份，评价相关记录是否符合要求（知情同意书及病程录） |
| | 【B】符合“C”，并 1. 临床科室及有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。 2. 医务部与药学部全程监管，定期总结、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，制度落实到位，无违规使用情况。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.2.12 建立完善的药品管理信息系统，与医院整体信息系统联网运行。 | 【C】 1. 药品管理信息系统与医院信息系统联网运行，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。 2. 有药库和药房药品进、销、存、使用等的实时管理及药品查询功能。 3. 有合理用药支持系统，方便医务人员查询、适时获取正确的药品信息。 | 1. 2. 3. 现场查看相关系统运行情况是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并有合理用药监控系统，能为合理用药提供技术支持，并定期更新。 | 现场查看系统是否符合要求。 |
| | 【A】符合“B”，并通过合理用药监控系统，对抗菌药物、麻精药品等实行处方权限与用药时限信息化管理。 | 现场查看系统是否符合要求。 |
| 2.7.3 实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。 | | |
| 2.7.3.1 建立临床药师制，按《医疗机构药事管理规定》配备临床药师，加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。 | 【C】 1. 医院有临床药师制，临床药师配备数量符合国家相关规定，并全职专科从事临床药物治疗工作，至少在3类药物的临床应用中设有临床药师，其工作至少覆盖3个以上临床专业科室。 2. 临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间≥85%。 3. 有对临床药师有培养计划及规范的培训管理，并纳入医院医疗技术人员培养计划。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅临床药师相关工作安排表。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并药学部对临床药师开展工作情况有定期自查、总结分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并在5类药物的临床应用中设有临床药师，其工作至少覆盖5个以上临床专业科室。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.3.2 临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药物治疗、咨询和用药教育，促进合理用药。 | 【C】 1. 临床药师开展药学查房、医嘱重整、审核处方和用药医嘱适宜性等工作，对不合理用药及时进行干预，工作记录完整。 2. 对重点患者实施药学监护和建立药历，记录完整，体现用药分析能力和对患者实施持续药学监护的过程。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 3. 参加病例讨论, 提出用药意见和个体化药物治疗建议; 参与院内疑难重症会诊和危重患者的救治。 | |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 临床药师参与临床路径及单病种质量控制等药学部分工作。 2. 常规开展治疗药物监测工作, 且临床药师根据检测结果指导临床用药。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 有数据体现住院患者药学监护率不断提高。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.4 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准, 加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。 | | |
| 2.7.4.1 依据法律法规, 建立和完善“麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品的使用与管理制度。 | 【C】 1. 依法建立麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品的使用管理制度。 2. 特殊管理药品有安全设施, 药库设置有“毒、麻、精”药品专用库(柜), 配有安全监控及自动报警设施; 调剂室、病房(区)、手术室等有专用保险柜, 有防盗设施; 放射性药品按有关规定执行。 3. 有“麻、精一”药品实行三级管理和“五专”管理的制度与流程。 4. 有“麻、精一”药品实行批号管理的制度与流程, 开具的药品可溯源到患者。 5. 有特殊管理药品的应急预案。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看相关部门和科室(病区)的特殊管理药品安全管理是否符合规定。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 5. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 药学部门定期对特殊管理药品检查, 每月至少1次。 2. 无相关不良事件发生。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 特殊管理药品各环节管理规范, 原始记录完整。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.4.2 根据《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》, 制定糖皮质激素类药物临床应用指南, 规范临床用药。 | 【C】 1. 医院有糖皮质激素类药物的临床使用指南或规范; 2. 对临床相关人员进行药物使用相关知识培训。 3. 按照指南和规范使用糖皮质激素类药物, 临床用药依据充分, 剂量疗程合理。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 抽查相关在院患者病历5份, 评价药物使用是否符合规范。 |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 临床科室有定期自查、总结分析、整改。 | 1. 抽查2个内科科室, 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|--|
| | 2. 主管部门定期督查、反馈, 并检查科室整改落实情况。 | 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并持续改进有成效, 有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.4.3 根据相关临床诊疗指南和疾病诊疗规范, 制定抗肿瘤药物临床应用指南, 规范临床用药。 | 【C】 1. 有抗肿瘤药物的使用指南或规范。 2. 建立抗肿瘤药物临床应用分级管理制度, 包括分级管理目录与处方权限管理等并执行。 3. 对临床相关人员进行药物使用相关知识培训。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料, 并抽查相关在院患者病历 5 份, 评价是否符合要求。 3. 查阅相关资料, |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 临床科室有定期自查、总结分析、整改。 2. 主管部门定期督查、反馈, 并检查科室整改落实情况。 | 1. 抽查内、外科各 1 个科室, 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并持续改进有成效, 有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.4.4 加强重点监控药物、中药注射剂的临床应用管理, 减少不合理用药。 | 【C】 1. 医院有重点监控药物、中药注射剂的管理制度及目录。 2. 定期对重点监控药物、中药注射剂的处方进行点评, 实施临床使用监测与预警。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 临床科室对重点监控药物、中药注射剂的使用和管理有定期自查、总结分析、整改。 2. 主管部门定期督查、反馈, 并检查科室整改落实情况。 | 1. 抽查内、外科各 1 个科室, 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并持续改进有成效, 有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.5 依照《处方管理办法》《医院处方点评管理规范(试行)》等有关规定, 规范开展处方审核和处方点评, 并持续改进。 | | |
| 2.7.5.1 落实《处方管理办法》, 规范医生处方权、药师调配权管理。 | 【C】 1. 有根据《处方管理办法》, 制定本院处方管理实施细则, 对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定。 2. 医师处方签名或签章式样, 分别在医疗管理、药学部门留样备案。医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。 3. 处方书写规范、完整。处方用法用量符合《处方管理办法》规定。 4. 麻醉、精神等特殊管理药品开具符合《处方管理办法》规定。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料, 抽查处方 10 张, 其签章/签字是否与备案一致。 3. 抽查(电子)处方 10 张, 评价是否符合规范要求。 4. 抽查麻醉、精神等特殊管理药品处方 10 张, 评价是否符合规范要求。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 【B】符合“C”，并 门诊部与药学部定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.5.2 药师应 按照《处方管理办 法》、《医疗机构处 方审核规范》等法 规或规范，对处方 进行适宜性审核， 对临床不合理用 药进行有效干预。 | 【C】 1. 依据《处方管理办法》的相关规定，药师及以上资 质人员承担处方或医嘱的审核工作，对不规范处方、 用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通。 2. 门诊药房设有用药咨询窗口（台），或临床药师开展 药学门诊。 3. 开展合理用药咨询服务，有咨询记录，并针对患者 咨询的常见问题开展合理用药宣教工作。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 药学部有定期自查、总结、分析，对存在问题进行整 改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.5.3 依据《医 院处方点评管理 规范（试 行）》开展处方点 评，建立药物使用 评价体系。 | 【C】 1. 医院有处方点评制度及实施细则。 2. 定期对门、急诊处方和出院病历进行点评，点评处 方（病历）数符合相关规定。 3. 药学部定期发布处方评价指标与评价结果，通报超 常预警情况。 4. 点评结果纳入医院质量考核评价。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评， 每年至少开展 2 项，每项评价不少于 4 次。 2. 医务部与药学部定期对处方点评情况进行总结分 析，对存在问题进行整改。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.7.6 建立药品监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应，不良 反应情况应记入病历。 | | |
| 2.7.6.1 临床科室 落实药物警戒和 不良反应监测制 度，及时发现、处 置和报告不良反 应。 | 【C】 1. 医院有药品不良反应、用药错误、药品质量事件监 测报告管理的制度与流程。 2. 医师、药师、护士对患者用药情况进行监测，重点 监测非预期（新发现）的、严重的药品不良反应。有 原始记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| | 3. 发生严重药品不良反应或药害事件，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，并对事件进行及时的调查、分析，按规定上报卫生行政部门和药品监督管理部门。 | |
| | 【B】符合“C”，并 1. 有鼓励药品不良反应和药害事件报告的措施并执行。 2. 对用药错误报告有分析，有整改措施并执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 建立药品不良事件报告信息平台，报告及时、规范。 | 现场查看信息平台运行。 |
| 2.7.6.2 建立突发事件药事管理应急预案，药学人员熟知并执行。 | 【C】 1. 医院有突发事件药事管理应急预案。 2. 有突发事件医疗救治药品目录，应急药品具有可及性和质量保证。 3. 有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料及现场查看。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 有突发事件药事管理应急预案培训及演练，相关人员熟练掌握。 2. 医务部与药学部有定期检查与整改。 3. 对已发生突发事件有总结分析。 | 1. 查阅相关资料，现场询问2名工作人员，了解其知晓情况。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

八、检查检验质量保障与持续改进

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|---|--|
| 2.8.1 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。 | | |
| 2.8.1.1 临床检验科设置布局、设备、设施符合相应规范标准，临床检验项目满足临床需要，提供 24 小时急诊检验服务。 | 【C】 1. 全院临床实验室集中设置，统一管理，资源共享，布局、设备、设施符合相关规定。 2. 开展的检验项目满足临床基本需要；根据临床各学科诊治病种需求，及时增加新项目。 3. 具备新冠病毒、流感病毒、登革病毒、肠道病毒、轮状病毒等常见病原体的实验室检测能力。 4. 能提供 24 小时急诊检验服务，具体检验项目有明确规定，急诊临检项目报告时间≤30 分钟、急诊生化和免疫项目报告时间≤2 小时，并执行。 5. 对委托其他机构所开展的检验项目，应签署委托服务协议，并有质量保证条款。 | 1. 2. 3. 现场查看，查阅相关资料。 4. 现场查看，并抽查相关报告，评价是否符合要求。 5. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室有自查，对存在问题有分析、整改。 2. 定期（每年不少于2次）向临床征求对检验项目开展的意见和建议，确保检验项目满足临床需要。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.8.1.2 检验项目、设备、试剂与校准品管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医院按招标采购相关法规、规范统一招采检验设备、试剂。 2. 试剂与校准品有专人管理，有岗位职责及使用登记。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看，并查阅相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”，并科室对项目 and 仪器、试剂与校准品管理有自查，对存在问题有分析、整改。</p> | 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，管理规范，无上级主管部门处罚记录。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.8.1.3 病理科设置布局、设备、设施符合相应规范标准。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病理科布局、流程合理，符合生物安全的要求。 2. 专业技术设备、设施符合管理要求，有定期维护、校准记录。 3. 所用试剂及耗材管理规范，符合国家有关规定。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 现场查看。 2. 现场查看，查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，管理规范，无上级主管部门处罚记录。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.8.1.4 规范病理学诊断项目对外委托服务管理，保障病理质量，满足临床需要。 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 根据医院的资源情况，病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构或经省市卫生行政部门审批通过医学检测机构签订对外委托服务协议，并有明确的服务形式与质量保障条款。 2. 对外委托服务协议中，有对危急值报告以及各类报告的时限与诊断质量等有明确的管理要求。 3. 被委托的检测机构需通过信息化平台、远程会诊等形式，定期与医院病理医师、临床医师开展联合病例讨论，不断提升技术水平，保证病理诊断质量。 4. 医院有指定部门和专人负责标本收集、报告接收与发放、质量监管与评价等跟踪服务，发现问题及时向被委托的检测机构反馈。 5. 被委托检测机构有定期开展检测项目质量的自查、总结分析，对存在问题有整改。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 现场查看，并查阅相关工作记录。 4. 查阅相关资料。 5. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|---|
| | 【B】符合“C”，并 主管部门对对外委托服务项目工作有监管，有检查整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现服务质量提升，满足临床需求。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.1.5 医学影像 部门设置布局、设备、设施符合相应 规范标准，服务满足 临床需要，提供 24 小时急诊诊断 服务。 | 【C】 1. 医学影像服务与医疗机构执业诊疗科目许可登记项目相符合，执业文件齐全并在有效期内。 2. X 线摄影、超声检查、CT 提供 24 小时×7 天的 急诊（包括床边急诊）检查服务。 3. 有明确的服务项目、报告时限的规定并公示。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 现场查看。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情 况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，管理规范，无上级主管部门处罚记 录。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.2 从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应 专业技术职务任职资格。 | | |
| 2.8.2.1 有明确的 临床检验专业技 术人员资质要求。 | 【C】 1. 临床检验工作的专业技术人员应当具有相应的专业 学历，并取得相应专业技术职务任职资格。 2. 科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。 3. 分子生物学、特殊岗位（HIV 初筛实验室、产前筛 查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员经培训考核 后持卫生行政管理部门核发的上岗证方可独立工作。 | 1.2. 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 有科室人才培养计划，并落实。 2. 有各岗位人员专业水平定期培训、考核。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现人才梯队不断完善。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.2.2 从事病理 诊断和技术工作 人员资质符合专 业技术职务任职 资格。 | 【C】 1. 病理科人员配置合理，满足工作需要。 2. 科主任具有副高级以上病理学专业技术职务任职资格。 3. 病理科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。 | 1.2. 查阅相关资料。 3.4. 现场查看，抽查相关 报告各 5 份，评价是否符合 要求。 |

| | | |
|--|---|---|
| | 4. 病理科出具快速病理诊断报告的医师具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有 6 年以上病理阅片诊断经历。 | |
| | 【B】符合“C”，并 1. 有科室人才培养计划，并落实。 2. 有各岗位人员专业水平定期培训、考核。。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现人才梯队不断完善。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.2.3 从事医学影像诊断和技术工作人员资质符合相应专业技术职务任职资格。 | 【C】 1. 医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。 2. 各级各类人员具有相应资质及执业资格。 3. 科主任具备副主任医师及以上专业技术任职资格。 4. 根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组，各专业组设置合理。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查不同岗位人员相关证件 4 份，是否符合要求。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料，评价是否设置合理。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 有科室人才培养计划，并落实。 2. 有各岗位人员专业水平定期培训、考核。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现人才梯队不断完善。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.3 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。 | | |
| 2.8.3.1 建立临床检验管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。 | 【C】 1. 有临床检验科相关管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范。 2. 实验室分区及工作流程符合生物安全要求。 3. 核酸检测实验室至少应达到 P2 实验室标准。 4. 微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。有微生物菌种、毒株检测样品收集、取用的过程记录。有相应的应急预案。 5. 实验室配置充足的安全防护设施，包括洗眼器、冲淋装置及其他急救设施等。 6. 对生物安全、易燃易爆危险化学品等有警示标识。 7. 有检验标本采集运输指南、标本交接规范与流程；标本处理和保存由专人负责，有标本接收、拒收和废弃的记录，对标本进行全程跟踪。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 3. 现场查看，并查阅相关验收资料。 4. 现场查看，并查阅相关资料。 5. 现场查看，评价是否符合要求。 6. 现场查看。 7. 现场查看，并查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有自查，对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，管理规范，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.3.2 建立病理实验室诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。 | 【C】 1. 有病理科相关管理制度、安全程序、标准操作流程、诊断和技术操作规范及质量管理标准；有仪器、试剂的质控管理制度和完整的记录。 2. 有病理标本采集、固定、送达及交接相关流程，有保证特殊染色、免疫组织化学染色操作规范与流程，并执行。 3. 有完善的易燃品、剧毒化学品的登记和管理规范，并执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料(含执行记录)。 3. 查阅相关资料(含执行记录)。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有自查，对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，管理规范，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.3.3 医学影像部门建立健全各项制度和技术操作规范，场所配备抢救车，相关人员具备紧急抢救能力。 | 【C】 1. 有影像质量控制相关制度、岗位职责、技术规范、操作常规。 2. 有放射安全管理相关制度及医学影像设备、场所定期检测制度，并落实。 3. 配备满足紧急救治需要的抢救车，相关人员经过急救培训，具备紧急抢救能力。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 现场查看，并抽查2名工作人员，考核其急救能力是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，管理规范，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.4 临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。 | | |
| 2.8.4.1 检验报告管理制度落实，格式规范，并严格执行检验报告双签字制度，保证每一项检验结果的准确性。 | 【C】 1. 医院有检验报告相关管理制度、标准与流程。 2. 相关制度有落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场抽查5份报告，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 科室有自查，对存在问题有分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|--|
| 2.8.4.2 检验结果报告时间满足临床诊疗需求,与临床建立有效的沟通方式。实验室信息管理完善。 | 【C】 1. 有常规检测项目报告时限 (TAT)要求, 临检常规项目≤30 分钟出报告; 生化、免疫常规项目≤1 个工作日出报告; 微生物常规项目≤4 个工作日。 2. 有“特殊检验项目”清单, 报告时限原则上不超过1周。 3. 有检验科与临床科室沟通机制, 并落实。 4. 建立实验室信息管理系统, 与医院信息系统联网。 5. 提供自助取化验报告单系统。 | 1. 现场抽查相关报告 5 份, 评价是否符合要求。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 现场查看。 5. 现场查看。 |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 科室有自查, 对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门定期督查、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。 | 1, 查阅相关资料。 2, 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并持续改进有成效, 有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.4.3 病理报告及时、准确、规范, 并严格执行审核制度。 | 【C】 1. 有病理科规范病理诊断的管理制度、诊断报告审核流程及时限要求; 有保证术中快速病理 (含快速石蜡) 诊断规范与准确的制度。 2. 有疑难病例讨论、上级医师会诊及院际会诊管理制度, 并落实。 3. 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序, 并落实。。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈, 并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并持续改进有成效, 有数据或案例体现成效 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.4.4 有病理医师临床医师沟通的相关制度, 提供便捷、及时的检查检验信息服务。 | 【C】 1. 有病理医师与临床医师沟通的相关制度。有重点病例随访与反馈相关规定, 并落实。 2. 定期召开临床病理联合病例讨论会 (每季度不少于 1 次)。 3. 与临床科室有多种形式和途径的沟通, 满足临床科室对病理项目的咨询。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”, 并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈, 并检查整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并持续改进有成效, 有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|--|
| 2.8.4.5 医学影像 诊断报告及时、规范，严格执行审核制度。 | 【C】 1. 有诊断报告书写规范、审核制度与流程，对报告医师资质、时限有明确的管理要求。 2. 有影像疑难病例讨论、随访与反馈制度，定期进行疑难病例讨论与读片会。 3. 有与临床医师沟通途径，定期组织疑难病例讨论会（每季度不少于一次）。 | 1. 查阅相关资料，现场抽查5份报告，评价是否符合要求。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查、总结分析与整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.5 落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测。 | | |
| 2.8.5.1 检验科常规开展室内质控；参加室间质评或能力验证计划；保证检测系统的完整性和有效性。 | 【C】 1. 有本实验室室内质控规则。内容包括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；有室内质控重点项目；室内质控报告有负责人签字等。 2. 有参加省级室间质量评价计划或能力验证计划。内容包括室间质评或能力验证应覆盖实验室内检测项目及不同标本类型；明确无法提供相应评价计划的项目的目录/清单；对无法提供相应评价计划的项目，应有替代评估方案等。 3. 有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，并严格执行，有完整的记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 有效处理失控，定期评估室内质控各项参数及失控率。 2. 参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。 3. 有完整的定期校准、维修维护记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.5.2 病理科常规开展室内质控；参加室间质评或能力验证计划；保证检测系统的完整性和有效性。 | 【C】 1. 有本实验室室内质控规则。内容包括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；有室内质控重点项目；室内质控报告有负责人签字等。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>2. 有参加省级室内质量评价计划或能力验证计划。内容包括室内质评或能力验证应覆盖实验室内检测项目及不同标本类型；明确无法提供相应评价计划的项目的目录/清单；对无法提供相应评价计划的项目，应有替代评估方案等。</p> <p>3. 有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，并严格执行，有完整的记录。</p> | |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有效处理失控，定期评估室内质控各项参数及失控率。</p> <p>2. 参加国家级室内质量评价计划或能力验证计划。</p> <p>3. 有完整的定期校准、维修维护记录。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.8.5.3 所有 POCT (现场快速检测) 项目统一管理, 均应开展室内质控, 并参加室内质评。 | <p>【C】</p> <p>1. 医院有 POCT 项目管理制度, 有指定部门负责 POCT 管理, 有院内 POCT 项目清单。</p> <p>2. 有床旁检测授权、再授权制度并落实。</p> <p>3. 检验科按规定对 POCT 项目进行质控监管, 并有记录。</p> <p>4. 所有 POCT 设备按要求进行室内质控, 通过参加室内质评或进行仪器间比对或进行方法学比对方式确保检验结果的可接受性, 结果有作记录。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> <p>4. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>主管部门定期督查、反馈, 并检查整改落实情况。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效, 管理规范, POCT 项目比对为 100%。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.8.5.4 放射科制定设备标准操作、维护规程; 常规开展图像质量评价活动。 | <p>【C】</p> <p>1. 放射科有设备标准操作、维护规程, 并严格执行, 有完整的记录。</p> <p>2. 有图像质量评价小组, 有质量评价标准, 定期对图像质量进行评价, 有工作记录。</p> <p>3. 将图像质量评价结果纳入相关技术人员能力评价与授权。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 科室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>2. 主管部门定期督查、反馈, 并检查科室整改落实情况。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效, 有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

| | | |
|--|--|--|
| 2.8.6 按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。 | | |
| 2.8.6.1 按照有关规定建立检验科环境安全管理规定、流程及职业安全防护措施。环境保护及人员职业安全防护符合规定。 | 【C】 1. 按照行业规范制定环境、人员职业安全防护管理规定与流程（包括职业暴露后处置预案）。 2. 配备符合国家标准消毒与防护用品，及暴露后处置设施及用品，配备完整、数量充足，便于工作人员获取和使用。 3. 有定期培训，相关人员知晓并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看，评价是否符合要求。 3. 现场查看，并询问2名工作人员了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 各实验室设置安全员，负责相关的安全管理，工作有记录。 2. 主管部门对实验室安全管理工作有检查与监管。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.6.2 按照有关规定建立病理科环境安全管理规定、流程及职业安全防护措施。环境保护及人员职业安全防护符合规定。 | 【C】 1. 按照行业规范制定环境、人员职业安全防护管理规定与流程（包括职业暴露后处置预案）。 2. 配备符合国家标准消毒与防护用品，及暴露后处置设施及用品，配备完整、数量充足，便于工作人员获取和使用。 3. 有定期培训，相关人员知晓并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看，评价是否符合要求。 3. 现场查看，并询问2名工作人员了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 各实验室设置安全员，负责相关的安全管理，工作有记录。 2. 主管部门对实验室安全管理工作有检查与监管。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.8.6.3 建立医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度；有受检者和工作人员防护措施；有放射安全事件应急预案并组织演练。 | 【C】 1. 有放射安全管理相关制度与落实措施。有医学影像设备、场所定期检测制度与落实措施。 2. 有放射废物处理的相关规定并执行。 3. 设置电离辐射警告标志。 4. 有完整的放射防护器材与个人防护用品，并规范使用 5. 影像科人员按照规定佩戴个人放射剂量计。 6. 影像科人员按照规定每年进行健康检查。 7. 有放射安全事件应急预案，并定期演练。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料，并现场查看。 3. 4. 5. 现场查看。 6. 查阅相关资料。 7. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.各区域设置安全员，负责相关的安全管理，工作有记录。</p> <p>2.主管部门对实验室安全管理工作有检查与监管。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

九、输血管理与持续改进

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|--|--|
| 2.9.1 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供 24 小时输血服务的能力，满足临床工作需要。 | | |
| 2.9.1.1 输血科（血库）设置与医院功能和临床科室诊疗需求相适应，职责明确并执行到位，为临床提供 24 小时输血服务的能力，满足临床工作需要。 | <p>【C】</p> <p>1. 根据医院功能和临床科室诊疗需求设置输血科（血库）。布局、流程、设施、设备等符合相关规范要求。</p> <p>2. 输血科或血库人员配置合适，满足临床用血需要。</p> <p>3. 负责人具有副高以上技术职称、输血技术工作经验五年以上。</p> <p>4. 有输血科（血库）工作制度、岗位职责、相关技术规范与操作规程，并对工作人员进行培训。</p> <p>5. 有临床用血储备计划，有血液库存预警机制及应急用血保障机制，确保急救抢救用血。</p> <p>6. 能 24 小时为临床提供供血服务。</p> | <p>1. 现场查看，评价是否符合规范要求。</p> <p>2. 查阅相关资料，评价是否符合要求。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> <p>4. 查阅相关资料。</p> <p>5. 查阅相关资料。</p> <p>6. 查阅工作排班及工作记录。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 科室有自查，对存在问题有分析、整改。</p> <p>2. 主管部门有督查、反馈，并检查整改落实情况。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据体现临床用血保障能力不断提升。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 2.9.1.2 依据《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》制定医院临床用血、输血全过程管理制度，保障临床用血安全。 | <p>【C】</p> <p>1. 依据相关法律法规，制定临床输血管理相关制度（内容覆盖本机构临床输血管理的全过程）。</p> <p>2. 对全院医护人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度、输血知识等培训，并有考核；（每年不少于 1 次）。</p> <p>3. 建立临床用血分级管理制度，并执行。</p> <p>4. 开展临床用血评价及公示，临床医师合理用血评价结果与个人能力考核及与用血权限的认定挂钩。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关制度，抽查用血申请单 10 份，评价是否符合要求。</p> <p>4. 查阅相关资料。</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 输血科有定期自查,对存在问题有分析、整改。</p> <p>2. 各临床科室定期对医师合理用血情况进行评价。</p> <p>3. 主管部门有督查、反馈,并检查整改落实情况。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 抽查 2 个用血较多的科室(如血液内科、儿科血液病病区、骨科、神经外科、急诊内、外科、重症医学科等)相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效,有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>2.9.2 加强临床用血过程管理,严格掌握输血适应证和输血技术规范,促进临床安全、有效、科学用血。</p> | | |
| <p>2.9.2.1 执行输血前相关检测规定,输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险,并签署“输血治疗知情同意书”。</p> | <p>【C】</p> <p>1. 具备为准备输血的患者进行血型及感染筛查(乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体)的相关检测能力,并开展相关检测。</p> <p>2. 输血前检测率 100%。</p> <p>3. 有输血前医患双方共同签署的输血治疗知情同意书。</p> <p>4. 有对抢救生命垂危的患者等特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程,并执行。</p> | <p>1. 2. 3. 抽查在院相关病历 10 份,评价是否符合规范要求。</p> <p>4. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 科室有定期自查,对存在问题有整改。</p> <p>2. 主管部门有定期督查、反馈,并检查整改落实情况。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效,管理规范,无相关不良事件发生。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>2.9.2.2 严格掌握输血适应证,落实临床用血申请、审核制度;促进临床合理用血。</p> | <p>【C】</p> <p>1. 医院有临床用血前评估、申请审核和用血后效果评价管理制度。</p> <p>2. 按照输血规范,严格掌握输血适应证申请用血,用血申请单应明确书写用血原因。</p> <p>3. 无特殊原因,输血患者应施行成分输血。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 抽查 10 份申请单,评价是否符合要求。</p> <p>3. 查阅相关资料,评价成分输血执行情况。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 临床科室对临床用血执行情况(输血适应证、输血前评估指征、检测指标、输血后效果评价等记录)有自查。</p> <p>2. 主管部门定期对安全、有效、合理用血有检查、反馈,并督促科室整改。</p> <p>3. 成分输血率 100%达到相关要求。</p> | <p>1. 抽查血液内科、心脏外科或骨科相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料,评价成分输血是否达到要求。</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.9.2.3 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。 | 【C】 1.根据相关法律法规和临床输血技术规范制定输血全过程质量管理监控的管理制度、评价指标和管理流程。（包括：储血、发血、输血的、输血后、输血室内质控和室间质评等）和监测评价结果。 2. 血液发出后，受血者和供血者标本于 2℃ ~ 6℃保存至少 7 天。 3. 从发血到输血各个交接环节要有记录，时间应精确到分钟。 4. 输血中实施全程监护，有输血反应处理预案与流程，输血不良反应发现和处理时间应精确到分钟记录在病历中。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看及查阅相关资料。 3. 随机抽查 5 份在院输血患者病历，查阅相关交接是否符合要求。 4. 查阅输血反应处理预案及流程，相关规定是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门对输血全过程制度的落实情况有督查、反馈，并督促科室整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.9.3 建立与麻醉科有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。 | | |
| 2.9.3.1 与麻醉科科室保持有效沟通，严格掌握术中输血适应证；积极开展自体输血。 | 【C】 1. 有对开展自体输血、围手术期血液保护等输血技术管理规定。 2. 有支持开展血液保护相关技术的设备条件。 3. 有开展血液保护相关技术的人员并能开展工作。 4. 自体输血率达到 10%以上 | 1. 查阅相关资料。 2. 3. 现场查看。 4.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有自体输血和异体输血管理情况自查，并有与上年度用量比较的数据信息。 2. 主管部门对自体输血有检查、反馈。 3. 自体输血率达到 25%以上。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，自体输血率达到 35%以上。 | 查阅相关资料。 |
| 2.9.4 开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。 | | |

| | | |
|---|---|--|
| 2.9.4.1 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。 | 【C】 1. 医院有血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度，并执行。 2. 血液储存符合国家要求，有专人对血液贮存情况（存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等）定期监测并记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看。 |
| | 【B】符合“C”，并 科室对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.9.4.2 建立输血管理信息系统，做好血液入库、贮存和发放管理。输血管理信息系统 | 【C】 1. 医院有制度对血液预订、接收、入库、储存、出库及库存预警等进行管理，保证血液储存、运送符合国家有关标准和要求，并执行。 2. 医院有输血管理信息系统，并与供血血站之间互联互通。 | 1. 查阅相关资料 2. 现场查看信息系统的运行是否符合要求及制度执行情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 输血科有定期自查，对存在问题有分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 管理规范，未发生血液质量相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 2.9.4.3 落实临床用血不良事件报告制度，有控制输血严重危害，包括输血传染疾病、严重不良反应的方案与实施情况记录；有输血相关应急预案，并得到落实。 | 【C】 1. 根据国家有关法律法规和规范建立临床用血不良事件监测报告制度，并执行。 2. 有控制包括输血传染疾病、严重不良反应等输血严重危害发生的处置预案。 3. 医院有定期培训及考核。 | 1. 查阅相关资料，查看不良事件报告情况（报告系统或纸质报告）。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.9.4.4 落实输血相容性检测管理制度。 | 【C】 1. 有输血相容性检测实验室管理制度，输血前检测项目包括：血型 ABO 正反定型、RH(D)、交叉配血及不规则抗体等。 2. 需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作患者应进行输血相容性检测检查。 3. 交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。 | 1. 查阅相关资料。 2. 3.4. 现场查看及查阅相关资料，评价相关检测是否符合要求。 |

| | | |
|--|---|--|
| | 4. 用于输血相容性检测的试剂应符合相应标准。 | |
| | 【B】符合“C”，并 科室有自查，对存在问题有分析、整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，输血相容性检测相关制度执行 率 100%。 | 查阅相关检测记录。 |
| 2.9.4.5 开展实验 室室内质控，室间 质评，确保输血安 全。 | 【C】 1. 有室内质控管理规定，包括：质控品的技术规 则定义，质控品常规使用前的确认，实施质控的 频次，质控品检测数据分析方法，质控规则的选 定等。 2. 有试验有效性判断和失控的判定标准。 3. 对失控的结果有调查分析、处理，并记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 输血科对室内失控项目和室间质评不合格项 目有自查。 2. 参加省级或国家级室间质评时，应按常规检测 方法与常规检测标本同时进行，不得另选检测系 统，且成绩合格。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现输血相容性检测质 量不断提高。 | 查阅相关资料。 |

十、医院感染管理与持续改进

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|--|--|--|
| 2.10.1 按照《医院感染管理办法》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。 | | |
| 2.10.1.1 依据《医院感染管理办法》建立医院感染管理组织，建立院感管理多部门协调机制，负责医院感染管理工作。 | 【C】 1. 医院法人分管医院感染管理职能部门。 2. 建立“医院感染管理委员会-医院感染管理部门-临床科室”三级医院感染监控体系，有相关职责。 3. 医院感染管理委员会各组成成员符合《医院感染管理办法》要求，并履行在院感管理中的职责。 4. 医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标。 5. 医院感染管理部门为独立设置的职能部门，其负责人应专职从事院感工作五年以上并具有副高以上职称。 | 1. 查阅院领导分工文件，并访谈医院法人，了解其对医院感染管理工作的知晓情况。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料，随机询问 3 名成员，了解其对职责的知晓度。 4. 查阅相关资料。 5. 查阅相关资料。 6. 查阅相关资料，抽查 2 个临床科室的院感兼职监控医护人员，了解其对职责的知晓及履行情况。 |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>6. 临床科室有兼职的医院感染管理人员，有相关人员岗位职责，并履行。</p> <p>7. 有医院感染管理、医务、护理、总务、微生物实验室、药学等多部门协调机制，有具体工作方案并执行。</p> | 7. 查阅相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”并</p> <p>1. 医院感染管理部门对院，科两级医院感染管理工作及制度落实情况的督查、反馈，并督促整改（至少每季度1次）。</p> <p>2. 医院感染管理委员会定期召开专题会议，对医院感染管理现状进行分析，对存在的问题有反馈及改进措施（每年不少于2次）。</p> <p>3. 医院对上级主管部门检查中发现的问题，及时整改，并有记录。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.10.1.2 制订相应的管理制度、防控流程等，并落实。 | <p>1. 医院有医院感染的预防与控制相关制度，并根据管理需要及时修订完善。</p> <p>2. 有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的具体措施，并落实。</p> <p>3. 医务人员熟知相关制度、工作流程及所科室医院感染特点。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关 SOP 及落实的相关记录。</p> <p>3. 随机抽查重点部门、内、外科及医技科室各一个，询问 10 名医务人员了解其知晓情况。知晓率$\geq 80\%$。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 科室对医院感染管理工作的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。</p> <p>2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |
| 2.10.1.3 医院有感染管理培训计划、培训大纲和培训教材，实施全员培训。 | <p>【C】</p> <p>1. 有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划。</p> <p>2. 按计划开展相关培训并有考核。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并落实培训计划，有严格管理，相关资料完整。</p> | 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，对培训效果进行追踪与评价，培训率达 100%。</p> | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| 2.10.1.4 有医院感染暴发报告流程与处置预案。 | 【C】 1. 有医院感染暴发报告流程与处置预案。 2. 按要求上报医院感染暴发事件。 3. 有院、科两级医院感染暴发处置的演练。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料,其中抽查2个感控重点部门的演练资料。 |
| | 【B】符合“C”,并有医院感染暴发处置演练效果评价报告,对存在问题有改进措施。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.10.2 按照《医院感染监测规范》,加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测,控制并降低医院感染风险。 | | |
| 2.10.2.1 实施重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测,有具体防控措施,并落实。 | 【C】 1. 根据相关规范要求并结合医院实际,确定医院的重点部门、重点环节、重点人群与高危因素,制定监测计划和管理措施,并落实。 2. 有对感染较高风险的科室(如重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、介入中心、内镜中心、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等)感染控制情况进行风险评估,并制定针对性的控制措施,严格执行。 3. 有手术部位、呼吸机相关下呼吸道、导尿管相关尿路、血管导管相关血流等主要部位感染预防控制的相关措施,并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料(抽查3个部门)。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室有定期自查,对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门定期督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 3. 医院有信息系统支持对重点环节、重点人群与高危因素监测及分析。 | 1. 查阅相关资料(抽查三个部门)。 2. 查阅相关资料。 3. 现场查看,评价信息系统是否满足需要。 |
| | 【A】符合“B”,并持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.10.3 医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势,定期开展风险评估并持续改进诊疗流程;定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。 | | |
| 2.10.3.1 ,有医院感染监测指标体系,按照《医院感染监测规范》开展监测工作,并加强横向比较、定期开展风险评估、持续改进诊疗流程。 | 【C】 1. 医院按照相关规范要求建立医院感染监测制度、指标体系和流程,开展目标性监测、综合性监测等,监测的目录/清单符合《医院感染监测规范》要求。 2. 定期分析、通报医院感染监测结果。 3. 对感染监测信息,进行横向比较分析,提出改进建议。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>【B】符合“C”，并 主管部门对医院感染风险、医院感染率及变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议，并检查科室整改落实情况。</p> | 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |
| <p>2.10.4 消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。</p> | | |
| <p>2.10.4.1 根据国家相关法律法规，结合医院实际情况，制定全院和各部门的消毒、灭菌工作制度及标准规范。</p> | <p>【C】</p> <p>1. 有全院和重点部门（如重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、介入中心、内镜中心、血透中心、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等）的消毒工作制度，并执行。</p> <p>2. 有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂，符合国家的有关要求，质量和来源可追溯。</p> <p>3. 定期针对消毒开展常规监测，包括消毒液的浓度监测、紫外线灯的强度监测以及必要的消毒后生物监测等，并有记录。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 现场查看及索证消毒设备一台及一种消毒剂，评价是否符合要求。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> | 查阅相关资料。 |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |
| <p>2.10.4.2 制定符合要求的隔离管理制度，有不同传播途径疾病的隔离与防控措施；医务人员正确使用消毒和防护用品。</p> | <p>【C】</p> <p>1. 医院有针对感染性疾病、免疫低下等患者的隔离制度及操作流程。</p> <p>2. 为隔离患者和相关医务人员提供符合国家标准的个人防护用品。隔离设施及物品配备能满足临床需要。</p> <p>3. 医务人员掌握隔离的原则、标准、技术，并能正确使用防护用品。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 现场查看 2 个重点部门相关设施及物品，是否符合要求。</p> <p>3. 在上述现场每个部门随机考核 2 名医务人员，了解相关知识掌握情况，并评价使用是否符合规范。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 科室对隔离制度与操作流程的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。</p> <p>2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> | <p>1. 抽查 2 个临床科室及 2 个重点部门的相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| 2.10.4.3 医院消毒供应中心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。 | 【C】 1.有医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范。 2.有消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果有监测的流程与规范,判定标准。 3.有定期培训,相关人员知晓相关规范,并执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料(培训及考核、执行记录等),现场询问2名工作人员,了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”,并有定期自查、分析及整改措施,并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 1.使用消毒供应中心追溯管理信息系统。 2.灭菌合格率100%。 | 1. 现场查看。 2. 查阅相关资料。 |
| 2.10.5 按照《医务人员手卫生规范》,建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施,加强手卫生落实情况监管。 | | |
| 2.10.5.1 按照手卫生规范,制定手卫生相关管理制度,医务人员在临床诊疗活动中应严格遵循。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。 | 【C】 1. 根据手卫生规范要求制定手卫生管理相关制度。 2. 根据手卫生规范要求,配置有效、齐全、便捷的手卫生设施。有手卫生相关要求(洗手方法、外科洗手操作规程等)的宣教图示。 3. 医院有全员手卫生培训及考核。 4. 医务人员掌握手卫生规范。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看,评价是否符合要求。 3. 查阅相关资料。 4. 随机询问、考核10名医务人员手卫生规范掌握情况,知晓率及执行正确率 $\geq 90\%$ 。 |
| | 【B】符合“C”,并 1. 科室有定期自查,存在问题有分析、整改。 2. 主管部门定期督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 1. 随机抽查重点部门、内、外科及医技科室各一个的相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 重点部门有医务人员手卫生执行监管系统,并有数据体现手卫生的依从性持续提高。 | 现场查看,并调阅相关监管资料。 |
| 2.10.6 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序,有多部门共同参与的多重耐药菌管理协作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。 | | |
| 2.10.6.1 制定多重耐药菌医院感染控制管理制度与流程,并落实。 | 【C】 1. 医院有多重耐药菌医院感染控制管理制度与流程,并根据管理需要及时更新。 2. 临床科室有效落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查在院多重耐药菌感染患者病历2份及现场查看,评价制度是否规范执行。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门(医务、护理及医院感染管理部门)定期督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|--|
| | 【A】符合“B”，并有信息系统支持多重耐药菌感染管理，有数据体现管理有效。 | 现场查看并调阅相关数据，评价管理是否有效。 |
| 2.10.6.2 有多部门参与的多重耐药菌管理协作机制。 | 【C】 1.有医务部、护理部、医院感染管理部门、微生物实验室、药学部等在多重耐药菌管理方面的协作机制，并有落实方案。 2. 各部门职责明确，相关人员知晓。 | 1. 查阅相关资料。 2. 随机询问不同部门 3 位人员，了解其知晓情况，知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”，并有具体实施方案的工作记录。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并多部门联动常态化，并有实际成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.10.6.3 有细菌耐药监测及预警机制，临床科室及相关管理部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。 | 【C】 1. 有细菌耐药监测及预警机制，有细菌耐药监测变化趋势图，并每半年进行反馈。 2. 有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。 3. 有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。 4. 有相关数据信息平台供临床医护人员及管理者及时查询。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 现场查看。 |
| | 【B】符合“C”，并根据监测信息，医务部门牵头组织相关部门联合评估，制定干预措施，指导临床合理使用抗菌药物，并检查科室落实整改情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成效 | 查阅相关资料。 |
| 2.10.7 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。 | | |
| 2.10.7.1 建立侵入性器械、手术及其他侵入性操作相关感染防控制度及名录，制订相关防控措施并实施数据监测。 | 【C】 1. 有侵入性诊疗器械、手术及其他侵入性诊疗操作（包括介入诊疗操作、内镜诊疗操作、CT/超声等引导下穿刺诊疗等）相关感染防控制度、流程。 2. 建立医院诊疗活动中使用的侵入性诊疗器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作的名录。 3. 实施临床使用侵入性诊疗器械相关感染病例、手术及其他侵入性诊疗操作相关感染的目标性监测，并开展相关感染防控措施执行依从性监测。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 抽查在院相关患者病历 5 份，评价抗菌药物预防使用是否规范，合格率 100%。 |

| | | |
|---|--|---|
| | 4. 手术及其他侵入性诊疗操作使用抗菌药物预防符合规范要求。 | |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门（医务、医院感染管理等部门）定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 2.10.8 按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训。 | | |
| 2.10.8.1 建立健全 医疗废物、废液管理 组织架构、管理制度 和相关人员 岗位职责。 | 【C】 1. 依据国家相关法律、法规及规范制定医院医疗废物、废液管理制度，明确管理部门及人员职责。 2. 有专人负责医疗废物、废液处理工作，上岗前与在岗期间接受相关知识培训，个人防护符合规范要求。 3. 相关科室按要求进行医疗废物、废液的分类、收集、运送、暂存、转移等处置并有记录。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料，现场查看处置及个人防护情况，评价是否符合规范要求。 3. 抽查 2 个临床科室及病理科，并查阅相关记录。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 科室有定期自查，对存在问题有分析、整改。 2. 主管部门定期督查、反馈，并检查科室整改落实情况。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 有医疗废物管理系统支持规范管理，并有数据体现管理成效。 | 现场查看及查阅相关资料。 |

十一、中医诊疗质量保障与持续改进

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|--|--|
| 2.11.1 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。 | | |
| 2.11.1.1 中医科设置符合《综合医院中医临床科室基本标准》等基本要求。 | 【C】 1. 中医科为医院的一级临床科室，开设中医门诊。 2. 中医师具备中医类别任职资格，科主任具有中医类别副高及以上职称人员担任。 3. 护士接受过中医药知识技能岗位培训。护士长具有主管护师及以上任职资格，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术。 4. 门诊开设中医专科≥3 个； | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅门诊排班。 |
| | 【B】符合“C”，并 门诊开设中医专科≥5 个；中医科床位≥30 张。 | 查阅门诊排班及床位设置。 |

| | | |
|---|--|---|
| | 【A】符合“B”，并床位不低于医院标准床位数3%，有独立设置的亚专科如中医外科、中医康复等病区。 | 查阅床位及亚专科设置是否达标。 |
| 2.11.1.2 根据医院规模和临床需要设置中药房，布局、人员等要求符合《医院中药房基本标准》，有质量管理制度并执行。 | 【C】 1. 根据医院规模设置规范的中药房，中药房布局符合相关要求。 2. 有中药房各项管理制度及中药饮片配置操作规范和流程，有明确的中药房人员设置资质要求。 3. 有中药质量管理的相关制度，对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。 | 1. 现场查看是否符合要求。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并科室有定期自查、总结分析各项工作情况，对存在问题有整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，建立中药饮片处方点评制度并落实。提供中药临床药学服务，促进中药合理使用。 | 查阅相关资料。 |
| 2.11.1.3 根据临床需要，设置的中药煎药室符合《医疗机构中药煎药室管理规范》等要求，有各项管理制度并执行。 | 【C】 1. 根据临床需要，设置规范的中药煎药室，归属药学部管理。布局、煎药设施设备、容器等符合相关要求， 2. 有煎药室各项管理制度、各岗位职责及煎药相关工作流程。 3. 有各项意外应急处置预案及预防措施，并开展定期演练。 | 1. 现场查看是否符合要求。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并科室有定期自查、总结分析各项工作情况，对存在问题有整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，工作规范，有数据体现服务能力满足临床需要。 | 查阅相关资料。 |
| 2.11.2 建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。 | | |
| 2.11.2.1 根据国家中医药相关指南，建立体现中医特色的诊疗规范，为患者提供适宜的诊疗服务。 | 【C】 1. 根据国家中医药相关指南，建立体现中医特色的诊疗规范，并及时更新。 2. 有依据患者病症采取中西医结合治疗的规范和措施。 3. 有对疑难重症患者病情评估、科间会诊、转诊的相关制度与流程。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 随机询问2名医师，了解其知晓情况。并抽查3份病历，评价诊疗方案是否规范。 |

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| | 4. 各级医务人员熟知相关制度、流程和诊疗规范，并依规范为患者制定适宜的诊疗方案。 | |
| | 【B】符合“C”，并 1. 通过科室间协作，把中医药服务拓展到西医临床科室。 2. 主管部门对中西医开展联合诊治工作有检查与监管。 | 1. 抽查相关在院患者病历，评价是否符合要求。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现中医特色诊疗在多学科综合诊疗中发挥作用。 | 查阅相关资料。 |
| 2.11.2.2 开展辨证施护，提供具有中医特色的优质护理服务。 | 【C】 1. 有中医护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色。 2. 相关人员知晓，按相关技术规范执行护理工作。 | 1. 查阅相关资料。 2. 随机询问2名护士，了解其知晓情况，并抽查2份病历，查阅护理相关记录，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 为患者提供具有中医特色的康复和健康指导，开展具有中医特色的优质护理服务。 | 抽查3份相关病历，评价是否符合要求。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现中医特色的护理服务质量持续改进。 | 查阅相关资料。 |

第三章 医院管理

一、管理职责与决策执行机制

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|--|---|--------------------------|
| 3.1.1 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理。 | | |
| 3.1.1.1 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理。 | 【C】 1. 医院把实行党委领导下的院长负责制列入章程，在章程中设立党建工作专章，党委主要职责在医院章程中表述清晰，规范内部管理结构和权力运行规则，提高医院运行效率。 2. 医院以章程为依据，制定医院相关管理制度，医院内部治理体系结构清晰，职责明确。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 医院领导人员严格按照医院决策执行机制管理各项工作。 | 抽查3项“三重一大”事项，评价是否规范。 |

| | | |
|---|---|--|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.1.2 公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。 | | |
| 3.1.2.1 公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。 | 【C】 1. 医院党委发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。 2. 健全完善党委会和院长办公会议事决策制度、建立书记、院长定期沟通和党委领导下的院长负责制执行情况报告制度，着力构建党委统一领导、党政分工合作、协调运行的工作机制。 3. 医院党建工作有年度计划、目标及措施，并落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 不断完善医院党委与行政领导班子议事决策制度。 2. 开展党建特色活动，并取得成效。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 党建工作成绩显著，获得省级以上表彰。 | 查阅相关资料。 |
| 3.1.3 医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。 | | |
| 3.1.3.1 医院有明确的组织架构图，能清楚反映医院组织架构。根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。 | 【C】 1. 医院有清晰的管理组织架构图，设置满足管理需要。 2. 医院依据法律法规、规章规范以及相关标准，制定各项管理制度、岗位职责。 3. 各级管理人员熟悉制度、岗位职责。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 随机询问 5 名各岗位管理人员（含一名院领导），了解其知晓情况，知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”，并 依据医院管理需要及时调整管理架构、完善管理制度及岗位职责。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.1.3.2 建立沟通协调机制，履行协调职能，提高工作效率。 | 【C】 1. 医院有各部门之间、部门与临床科室之间的沟通协调机制，有制度保障，有多种沟通、协调渠道。 2. 定期召开多部门工作协调会（如职能部门之间、管理部门-临床、医技、管理部门与第三方服务等），并有会议记录。每次会议有明确议题和相关牵头部门，相关工作有落实。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| | 【B】符合“C”，并 工作落实情况作为相关部门年度工作的考核内容之一，有部门落实考核。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.1.4 医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。 | | |
| 3.1.4.1 医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力和质量安全培训与教育。 | 【C】 1. 医院有全员学习培训年度计划、目标及措施，开展全员培训教育，提高员工履职能力。 2. 每年至少开展 2 次法律法规全员培训。员工对岗位相关的常用法律法规知晓率≥80%。 3. 管理人员均接受管理相关培训，培训时数每人每年≥12 个学时。 4. 新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 培训教育计划有效落实，院级培训参训率达 80%。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，院级培训参训率达 90%。 | 查阅相关资料。 |
| 3.1.5 加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。 | | |
| 3.1.5.1 加强院务公开管理，按照国家有关规定向社会及员工公开信息。 | 【C】 1. 医院有院务公开工作制度与流程。 2. 院务公开形式多样，方便社会与员工获取相关公开信息。 3. 鼓励员工监督院务公开工作，员工有多种途径提供意见与建议，保障员工的民主权利。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看及查阅相关资料。 3. 查阅员工提供不同途径提出的意见和建议。 |
| | 【B】符合“C”，并 院务公开制度得到落实，员工知晓率达到 80%。 | 随机询问 5 名不同岗位的员工，了解其知晓情况，知晓率达 80%。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.1.6 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。 | | |
| 3.1.6.1 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。 | 【C】 1. 医院有符合相关法律法规及内部风险控制的对外委托服务管理制度和管理办法，有项目遴选、管理、退出及项目评估和监督考核机制， 2. 全部对外委托服务项目招投标及各类合同符合国家相关要求。委托项目按合同执行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 抽查 2 项对外委托项目，查阅相关资料，评价是否符合要求。 3. 抽查 2 项在服务期限内的项目，查阅相关资料，评价是否符合管理要求。 |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>3. 有主管部门与专人负责各类对外委托服务项目管理，实行对对外委托服务单位资质、人员、设备、流程、质控、场地等按行业标准进行全过程监管，包括但不限于病理学诊断项目、消毒供应室、中药饮片、物业管理、消防维保、医疗设备维修等。</p> <p>4. 有被委托方年度质量安全评估报告。</p> <p>5. 被委托方服务人员有持续专业培训记录，具有上岗资格。</p> | <p>4. 查看报告资料目录，抽查 2 份年度质量安全报告。</p> <p>5. 抽查 2 项在服务期限内的项目，查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 医院各主管部门，对对外委托项目的质量与安全实施监督管理，定期督查、总结分析、提出整改措施，并落实。</p> <p>2. 医院有对对外委托服务项目进行专项审计，并反馈主管部门，督促整改，对违约情况依规处理。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅审核目录，抽查 2 份审计报告、整改资料等。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

二、人力资源管理

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|---|---|
| 3.2.1 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。 | | |
| 3.2.1.1 设置人力资源管理部门，人力资源管理制度健全。 | <p>【C】</p> <p>1. 设置人力资源管理部门，职责明确。</p> <p>2. 有人事管理制度与流程，并能够根据有关部门要求及时更新。</p> <p>3. 人事制度通过多种渠道公布，方便职工查询。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 现场查看公布情况，评价是否符合要求。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并建立全员聘用制度和岗位管理制度并落实。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并持续改进有成效，制度健全，满足管理需要。</p> | <p>查阅制度目录等资料，评价是否符合要求。</p> |
| 3.2.1.2 医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划、人力资源配置方案和人员紧急替代机制，医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。 | <p>【C】</p> <p>1. 有人力资源发展规划，符合医院功能任务和整体发展规划要求。</p> <p>2. 有人才梯队建设计划，符合持续发展需要。</p> <p>3. 有人力资源配置原则与工作岗位设置方案。</p> <p>4. 有人力资源配置调整方案与调整流程。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 查阅相关资料。</p> <p>4. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并医院人力资源配置、人才梯队建设计划有落实措施、有成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | 【A】符合“B”，并 人力资源配置满足临床服务与医院管理需要。 | 抽查临床、医技及管理部门各2个，评价是否满足需要。 |
| 3.2.2 有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术人员档案。 | | |
| 3.2.2.1 卫生专业技术人员资质的认定与聘用符合要求、公开透明。 | 【C】 1.医院有卫生技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关制度和流程；并按上级主管部门的要求及时修订。 2.有完整的专业技术人员技术考评档案。 3.定期按制度规范聘用专业技术人员。 | 1.查阅相关资料。 2.抽查各类岗位专业技术人员的档案，评价是否符合要求。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并根据岗位职责、技术能力、职业道德等定期实施再考核和再授权管理。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.2.2.2 建立外来（国内外、境内外等）专业人员技术档案、规范管理。 | 【C】 1.按照国家法律法规和卫生行政部门现行规定，制定外来技术人员资质管理的规定与流程。 2.外来技术人员在本院实施的诊疗活动有记录并可追溯。 3.外来技术人员直接从事患者临床各种有创诊疗时，事先取得患者书面知情同意。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.抽查相关病历3份，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门（人力资源、医务部门）有监管、并有记录。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，管理规范，未发生相关不良事件。 | 查阅相关资料。 |
| 3.2.3 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。 | | |
| 3.2.3.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。 | 【C】 1.根据《公立医院领导人员管理暂行办法》制定公立医院领导人员职业化培训制度。 2.院领导每年参加相关培训。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并院领导每年每人参加相关培训不少于2次。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并有院领导参加国家卫健委举办的职业化培训班2次及以上。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| 3.2.4 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。 | | |
| 3.2.4.1 有卫生专业技术人员岗前培训、继续医学教育相关管理制度并组织实施。 | 【C】 1.医院有岗前培训、继续医学教育管理制度、规划及实施方案。 2.有保障岗前培训、继续医学教育的资金投入和完善的设备设施。 3.有相关完善的管理档案。 4.将继续医学教育与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料及现场查看。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率 \geq 90%。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率 \geq 95%。 | 查阅相关资料。 |
| 3.2.4.2 加强学科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。 | 【C】 1.医院有重点学科（或专科）建设发展规划及学科带头人选拔与激励机制。 2.医院有人才培养计划，有重点学科（或专科）培育与支持措施，包括经费投入等。 3.人才培养工作纳入年度目标责任考核的重要指标。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.有对重点学科和学科骨干的评价机制。 2.相关部门对学科建设和人才培养落实专项管理。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 有省级重点学科或省级临床重点学（专）科 \geq 3个或有国家级重点学科或国家级临床重点学（专）科 \geq 1个。 | 查阅相关资料。 |
| 3.4.2.3 按照规范开展住院医师规范化培训工作和承担下级医院骨干医师培养任务。 | 【C】 1.医院有规范化培训和下级医院骨干医师培训相关管理制度措施，培训方案、课程设计、培训内容、考核等符合相关要求，并得到实施。 2.有住院医师规范化培训基地资质，有专职人员负责培训工作。 3.对规范化培训等项目提供所需的经费、师资、设备设施等资源保障。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料及现场查看。 4.查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|--|
| | 4.有承担住院医师等规范化培训管理档案等相关资料。 | |
| | 【B】符合“C”，并 1.承担培训项目的科室有自查、总结分析、有改进措施并落实。 2.主管部门定期督查、反馈，并检查整改落实情况。 | 1.抽查2个承担项目科室的相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 1.有专科获国家住院医师培训示范基地。 2.受培人员对培训的满意度 $\geq 80\%$ 。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| 3.2.5 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。 | | |
| 3.2.5.1 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相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。 | 【C】 1.医院有职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度。 2.按照国家的法律法规和相关标准对危险性程度制定分级防护的规定，配备防护设施设备和用品。 3.有职业安全防护的培训、考核。 4.有完整的员工个人职业防护健康档案。 5.相关人员知晓职业暴露的应急预案、处置流程，并落实。 | 1.查阅相关资料。 2.抽查相关科室2个(如放射科、核医学科、介入中心等)，评价防护设施、设备及用品是否符合要求。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。 5.抽查相关科室2个(如放射科、核医学科、介入中心等)，每个科室随机询问2名工作人员 |
| | 【B】符合“C”，并 1.相关科室有定期自查、总结分析、整改。 2.主管部门定期督查、反馈，并检查整改落实情况。 | 1.抽查相关科室2个(如放射科、核医学科、介入中心等)相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.2.6 关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。 | | |
| 3.2.6.1 关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。 | 【C】 1.医院有保障员工身体和心理健康的制度并落实。 2.有为职工免费提供每年一次的体检服务。 3.医院配备相应舒缓员工压力的设施设备及场所(如运动场、健身房、瑜伽馆、书吧、音乐茶吧等)。 4.提供心理健康咨询服务。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.现场查看。 4.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 建立职工健康状况数据库，为不同健康状况职工提供个性化饮食和运动指导、心理咨询。 | 查阅数据库及相关资料。 |

| | | |
|---|--|------------------------|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现职工健康状况持续向好。 | 查阅相关资料。 |
| 3.2.7 医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。 | | |
| 3.2.7.1 医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。 | 【C】 1.医院将医疗质量管理作为对科室年度综合目标考核的主要内容之一，有具体考核指标。 2.考核结果作为科主任聘任、科室评先、评优的重要指标之一。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并建立医师医疗质量负面清单管理制度，有具体考核指标，考核结果与定期考核、晋升及评先、评优挂钩。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

三、财务和价格管理

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|--|---|---|
| 3.3.1 执行《中华人民共和国会计法》、《政府会计制度》、《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度。 | | |
| 3.3.1.1 执行《中华人民共和国会计法》、《政府会计制度》、《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范。 | 【C】 1.医院根据相关法律法规制订医院财务管理制度，并根据政策法规变动等及时修订。 2.财务人员配置合理，职责明确。 3.有月度、季度、年度财务报告。 4.年度财务报告按规定经过注册会计师审计。 5.财务管理人员参加财务管理专业培训，每年不少于1次。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅岗位设置及人员配备资料，评价是否满足要求。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。 5.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并财务监督实行事前、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。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|--|
| 3.3.1.2 医院实行总会计师制。 | 【C】 1.按照《关于加快推进三级公立医院建立总会计师制度的意见》(国卫财务发[2017]31号)设置总会计师。 2.有总会计师制度及岗位资质要求,明确岗位职责和权限。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 医院对总会计师履职有保障机制。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 总会计师对医院财务管理与监督在医院重要经济事项分析决策中发挥专业优势,并形成新的优化流程和新的制度。 | 查阅相关资料。 |
| 3.3.2 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算,加强预算管理、监督和绩效考评。 | | |
| 3.3.2.1 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理相关规定编制和执行预算,加强预算管理、监督和绩效考评。 | 【C】 1.医院预算管理体系健全,有预算管理委员会、管理办公室和管理制度。 2.医院所有收支全部纳入预算管理,实行全面预算管理,包括财务预算、业务预算、专门决策预算等。 3.定期开展预算管理培训。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1.主管部门有定期督查、反馈、提出整改措施。 2.预算管理委员会定期对年度预算执行情况听取汇报、总结分析、并提出整改意见(每年不少于2次)。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.3.3 实行全成本核算管理,控制运行成本和医院债务规模,降低财务风险,优化投入产出比,提高医疗资源利用效率。 | | |
| 3.3.3.1 实行全成本核算管理,控制运行成本和医院债务规模,降低财务风险,优化投入产出比,提高医疗资源利用效率。 | 【C】 1.医院有全成本定额管理、费用审核等管理制度。 2.有成本核算工作领导小组和成本核算部门,工作职责明确。 3.在全院推行全成本核算管理培训。 4.开展科室成本核算、诊次成本核算、床日成本等核算。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 开展医疗服务项目成本核算、按病种分值付费(DIP)或按疾病诊断相关分组(DRG)成本核算。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|---|
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据体现成本费用得到控制，成本效益提升。 | 查阅相关资料。 |
| 3.3.4 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。 | | |
| 3.3.4.1 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。 | 【C】 1.医院有医疗服务价格管理委员会（或管理领导小组）及价格管理部门。 2.有医院医药收费及收费复核、新增医疗服务价格项目管理等价格管理制度。 3.有医药价格信息管理系统并落实国家有关规定调整价格、保障价格信息真实、准确。 4.医疗服务价格公示制度得到落实。 5.专职物价员掌握国家物价政策及实施细则。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.现场查看并查阅相关资料。 4.查阅相关资料并现场查看。 5.现场询问，了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”，并主管部门定期督查、反馈价格管理存在的问题，提出改进措施，并检查科室整改落实情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.3.5 执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。 | | |
| 3.3.5.1 执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。 | 【C】 1.医院依据相关法律、法规及相关管理规范，制定医院相关招采管理制度、流程。 2.设置招采管理部门，专职人员满足需要。 3.实行招采的决策、实施、监督相分离。 | 1.查阅相关资料。 2.查看部门设置及人员配置情况，评价是否满足需要。 3.抽查已完成的2项招采项目，评价是否符合规范要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.主管部门有定期自查、总结分析，并改进。 2.监管部门对招采工作有督查、反馈，并督促整改。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.3.6 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。 | | |

| | | |
|---|--|--|
| 3.3.6.1 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。 | 【C】 1.医院以综合绩效考核为依据，制定绩效分配方案，体现“多劳多得、优绩优酬”的分配导向，并不断完善。 2.绩效考核与分配方案报职工代表大会并经党委会议讨论通过，按规定向全院公开。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.医院有科室、部门二次绩效分配的指导原则，指导合理分配。 2.个人分配不得与业务收入直接挂钩。 | 1.查阅相关资料。 2.抽查内、外科技医技科室各1个，查阅二次分配方案是否有此类情况。 |
| | 【A】符合“B”，并 人员支出占业务支出的比重 $\geq 35\%$ 。 | 查阅相关资料。 |

四、信息管理

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|--|-------------------------------------|
| 3.4.1 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。 | | |
| 3.4.1.1 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，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。 | 【C】 1.有院级信息化领导委员会或领导小组，有明确的职责，并定期召开专题会议(每年不少于2次)。 2.有保障信息系统建设、管理的制度。 3.有医院信息化建设中长期规划和年度工作计划，包括实施方法、实施步骤、信息化建设及运行维护的年度预算并落实。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 领导委员会或领导小组定期研判年度工作计划及规划的实施情况，有改进措施并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，年度工作计划完成率 $\geq 90\%$ 。 | 查阅相关资料。 |
| 3.4.1.2 设置信息管理的部门，负责医院的信息化建设及管理。建立各部门间的沟通协调机制。 | 【C】 1.依据医院规模，设置信息管理部门和配备专职管理人员。 2.有信息系统专业技术人员教育培训、授权审批、岗位交接等考核制度。 3.建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制，有相关制度及流程。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.专职人员每年接受相关培训不少于1次。 2.各职能部门参与互联网与智慧医疗应用，有对网络运行情况、引入新技术产品、提高临床管理、服务效率，患者体验、就诊满意度等方面提出意见和建议。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|--|
| | 【A】符合“B”，并 岗位设置合理，岗位职责、技术等级明确，人员档案资料完整。每百张床位与信息化专职人员配比 $\geq 1:1$ 。 | 查阅相关资料。 |
| 3.4.2 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。 | | |
| 3.4.2.1 医院信息系统为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。 | 【C】 1.医院有管理信息系统（HIS）和医院资源管理信息系统（HRP）以及相关子系统（如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等）。 2.信息系统符合《基于电子病历的医院信息平台建设技术解决方案》有关要求，符合国家医疗管理相关管理规范和技术规范。 3.有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台。实现全院信息共享，具备医疗决策支持功能。 4.医院信息系统满足临床诊疗需求，如临床路径、单病种管理等。 5.电子病历通过4级测评。 | 1.现场查看。 2.现场查看,评价是否符合要求。 3.现场查看。 4.现场查看。 5.查阅证书。 |
| | 【B】符合“C”，并 1. 利用“互联网+医疗健康”新模式提升医疗服务连续性。 2. 支持患者持电子健康卡进行就诊。 | 1.现场查看。 2.现场查看。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，电子病历通过5级及以上测评。 | 查阅相关证书。 |
| 3.4.2.2 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。 | 【C】 1.按国家相关规定，有实现信息互联互通、交互共享的设备、技术力量和实施方案并落实。 2.有信息互联互通、交互共享的管理制度。 | 1.现场查看，并查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 强化公共卫生责任，按要求提供共享对接公共卫生相关信息的功能接口。 | 现场查看。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，医院信息互联互通标准化成熟度测评等级为四级以上。 | 查阅相关证件。 |
| 3.4.2.3 有医疗质量与安全管理信息相关的数据库，为质量与安全管理决策和持续改进提供依据。 | 【C】 1. 有医疗质量与安全管理信息相关数据库，包括：医院基本监测、运行基本指标监测、药品和耗材管理、血液和血制品管理、质量管理、医技科室、医疗安全管理等。 | 1.现场查看相关数据库的运行情况。 2.现场查看并查看相关资料。 |

| | | |
|---|--|--|
| | 2. 主管部门负责收集和处理相关信息，数据实行集中归口管理。 | |
| | 【B】符合“C”，并建立运营管理系统和数据中心，推进资源全流程管理。 | 现场查看。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.4.3 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。 | | |
| 3.4.3.1 加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。 | 【C】 1. 按照国家信息安全等级保护规定和国家标准，建立信息安全保护制度并落实。 2. 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、应急处理预案。 3. 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）、患者数据使用控制、保障网络信息安全和保护患者隐私。 | 1. 查阅相关资料。 2. 现场查看，并查阅相关资料。 3. 查阅相关资料，并现场查看。 |
| | 【B】符合“C”，并医院的 HIS、电子病历、临床 CDR 等核心系统有备案证明并通过等保 2.0 测评。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.4.3.2 加强信息系统运行维护，有突发事件应急响应制度并落实。 | 【C】 1. 医院有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理制度并落实。 2. 有值班、交接班制度，有完整的日常运维记录和值班记录。 3. 有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。 4. 有信息系统运行事件（如系统瘫痪）应急预案并组织演练，保障运行。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 4. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并信息主管部门有定期自查、总结分析，有改进措施并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| 3.4.4 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。 | | |
| 3.4.4.1 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。 | 【C】 1.医院有向卫生行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成相关信息报送工作。 2.有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施，实行信息报告问责制。 3.相关人员熟悉信息数据报送规定及流程。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.随机询问相关部门工作人员 2 名，了解其知晓情况。 |
| | 【B】符合“C”，并 信息上报责任部门定期检查、分析，有整改措施，并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

五、医学装备管理

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|---|-------------------------------------|
| 3.5.1 根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。 | | |
| 3.5.1.1 建立和完善医学装备管理体系、医学装备管理制度和岗位职责。 | 【C】 1.建立医学装备三级管理体系，成立院级领导、医学装备管理部门、相关部门人员和专家组成的医学装备委员会，负责对医院医学装备发展规划、年度装备计划、采购活动等重大事项进行评估、论证等（每年不少于 2 次），有工作记录。 2.医学装备管理部门根据医院功能和任务需求，配备专人管理和专业技术人员。 3.遵循“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则，制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责，并执行。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.主管职能部门对医学装备委员会工作计划进展有自查。 2.对管理人员有培训及考核。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|--|---|
| 3.5.1.2 根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求，制定常规与大型医学装备配置方案。 | 【C】 根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求，制定常规与大型医学装备配置方案。包括医学装备论证、决策、购置、验收等内容与工作流程，并执行。 | 查阅相关资料。抽查 2 台设备的相关资料，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 医学装备委员会定期对方案的落实有追踪评价（每年不少于 2 次） | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.5.2 根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。 | | |
| 3.5.2.1 有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。 | 【C】 1.有医学装备购置论证相关制度与决策流程，单价在 50 万元及以上的医学装备有可行性论证。 2.有根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立的医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。 3.有医学装备使用评价相关制度。有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。 | 1.查阅相关资料。抽查 2 台大型设备的相关资料，评价是否符合要求。 2.现场查看信息化管理系统，是否符合要求。 3.查阅相关资料。抽查 2 台大型设备的相关资料，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.医学装备管理部门对制度建设、档案资料、账目、设备管理和使用情况等有自查。 2.主管职能部门对医学装备配置、审计结果、分析报告有监管，提出改进建议，及时报送医学装备委员会。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 有信息系统支持大型设备使用及成本效益分析的全流程管理。 | 现场查看管理系统及查阅相关资料。 |
| 3.5.3 加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。 | | |
| 3.5.3.1 加强医学装备安全管理，对医疗器械临床使用安全控制与风险管理有明确的工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。 | 【C】 1.有医学装备临床使用安全控制与风险管理、医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度与流程，并落实。 2.有医学装备质量保障，如：操作者自我检查，医学装备计（剂）量准确、安全防护、性能指标符合要求。对暂停或终止使用的高风险器械有记录。 | 1.查阅相关资料。 2.随机抽查 2 个医技科室 4 台设备的相关质量保障的记录。 3.查阅相关资料。 |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| | 3.有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。 | |
| | 【B】符合“C”，并 1.使用部门对医学装备、医疗器械安全管理有自查，有风险程度分析和使用情况的分析，有记录。 2.医学装备管理部门有监管、反馈，并督促整改。 | 1.随机抽查 2 个医技科室的相关资料，评价是否符合要求。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并有信息系统支持医疗器械临床使用安全事件监测与报告管理。 | 现场查看管理系统及查阅相关资料。 |
| 3.5.3.2 加强特种设备和特殊医学装备安全管理。 | 【C】 1.高压容器等特种设备和放射装置等特殊医学装备具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明。 2.特种设备和特殊医学装备操作人员经过培训，具有上岗资格。 | 1. 2.查阅相关登记目录；抽查 2 台特种设备的相关资料，操作人员相关证件。 |
| | 【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。 | 抽查 2 台特种设备的相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.5.3.3 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。 | 【C】 1.医院有医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度与流程，有鼓励医疗器械临床使用不良事件报告的措施。 2.有医疗器械使用不良事件报告信息平台，指定管理部门，定期汇总、分析；有根据医疗器械使用不良事件风险程度，发布风险预警，暂停或终止高风险器械使用的规定。 3.根据国家要求及时向有关部门报告医疗器械临床使用安全事件，有完整的信息资料。 4.相关人员知晓不良事件报告制度和流程，并落实。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 4.随机询问相关医护人员 5 名，了解其知晓情况。知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.科室对存在使用不当造成不良事件的情况有自查、总结、整改。 2.主管部门有监管、反馈，检查科室整改情况。 | 1.抽查临床科室 2 个及医技科室 2 个，查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|---|
| 3.5.4 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训,为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。 | | |
| 3.5.4.1 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训,为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。 | 【C】 1.医院有设备管理和使用人员的培训制度,培训内容涵盖操作流程、日常维护、使用中可能出现的意外情况处理预案及措施等。 2.有培训计划,有培训考核记录。 3.操作者考核合格方能使用设备。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.抽查操作者5名,查阅培训考核是否合格。 |
| | 【B】符合“C”,并 1.管理人员接受相关咨询,并能解决问题,有相关记录。 2.管理部门定期巡查,发现解决问题,有工作记录。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.5.5 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范,对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持待用状态,建立全院应急调配机制。 | | |
| 3.5.5.1 建立相管制度、预案与流程,保障用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。 | 【C】 1.有全院装备配置和使用情况清单,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.对相关设备保养、维修、校验等实施统一管理,操作人员规范履行日常保养和维护。 3.各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态,完好率100%。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料,抽查2台设备,查阅日常保养和维护记录。 3.抽查2个临床科室,查看急救类、生命支持类设备的情况,并查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1.科室对相关工作有自查、分析,对存在问题有整改。 2.主管部门定期督查、反馈,并检查科室整改情况。 | 1.抽查?个临床科室的相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据后案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.5.5.2 建立全院保障医学装备应急调配机制。 | 【C】 1.建立与医院规模、功能相匹配的生命支持医疗器械和相关重要医疗器械故障的应急管理预案。 2.优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。调配流程满足急救需要,并可执行。 3.医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。 | 1.查阅相关资料。 2.现场模拟调配,评价是否满足需要。 3.随机询问5名临床科室的医护人员,了解其知晓情况,知晓率100%。 |
| | 【B】符合“C”,并 定期对医学装备应急调配有演练,有总结分析,有改进措施,并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有书或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| 3.5.6 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。 | | |
| 3.5.6.1 依据国家相关规定，加强高值医用耗材、一次性使用的无菌器械和其他医用耗材的管理。 | 【C】 1.依据国家相关规定制定高值医用耗材、一次性使用无菌器械及其他医用耗材的管理制度及实施细则。 2.对高值医用耗材、一次性使用无菌器械和其他医用耗材的采购记录有管理，可追溯到每批产品的进货来源。 3.有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.科室对医用耗材使用情况、不良事件的管理有自查，对存在问题有整改。 2.主管部门对医用耗材管理的全过程有检查、评估、反馈。有不良事件监测和分析报告并检查科室整改落实情况。 | 1.抽查医用耗材使用较多的2个临床科室及1个医技科室，查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 1.使用SPD（医用耗材管理系统），对医用耗材实行全流程规范管理。 2.百元医疗收入(不含药品收入)中消耗的卫生材料降到20元以下。 | 1.查看SPD的运行，评价是否满足管理要求。 2.查阅相关资料。 |
| 3.5.7 医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理。 | | |
| 3.5.7.1 医学装备部门建立由部门负责人和相关设备技术人员共同组成的质量安全小组，管理全院医疗设备使用和安全 管理。 | 【C】 1.医学装备和使用部门管理人员应接受医学装备管理基本技能培训，具备质量管理基本知识。 2.定期分析全院医学装备使用情况；分析医学装备维修和报废等管理过程中存在问题。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 定期巡视检查医学装备使用、维护情况，并有分析、评估和反馈记录。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 医院有设备管理系统，实行医用设备使用全流程管理。 | 查看管理系统的运行，查阅相关资料。 |
| 3.5.7.2 医学装备使用科室（或部门）将医疗仪器设备管理和使用纳入科室管理。 | 【C】 1.医学装备使用科室（或部门）有医学装备日常管理工作 and 意外应急管理等相关规定，并设专职或兼职人员管理科室医学装备。 2.医学装备相关使用人员接受基本技能培训，合格后方可上岗。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料 |

| | | |
|--|---------------------------------------|--------------------|
| | 3.科室有对维护保养和管理情况有自查、有记录，对存在问题有整改。 | |
| | 【B】符合“C”，并建立医用设备管理台账，大型医用设备预防性维护保养规范。 | 抽查 2 个医技科室，查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

六、后勤保障管理

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|---|---|
| 3.6.1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。 | | |
| 3.6.1.1 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，并落实。后勤保障服务坚持“以病人为中心”，满足医疗服务流程需要。 | 【C】 1.后勤保障管理组织机构健全，制度完善，岗位职责明确。 2.后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训。 3.后勤人员在日常工作中落实制度、职责。各项服务措施满足医疗流程需要。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅培训资料，随机抽查 5 位不同岗位的人员，了解其知晓情况。知晓率≥80%。 3.现场查看及询问相关服务，评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.后勤保障部门有自查、总结分析，有改进措施，并落实。 2.监管部门定期督查、反馈，并督促整改。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.6.2 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。 | | |
| 3.6.2.1 遵守国家法律、法规要求，相关岗位操作人员应具有上岗证、操作证，且操作人员应掌握技术操作规程。 | 【C】 1.有后勤相关人员持证上岗管理制度和岗位人员分布目录。 2.相关岗位操作人员有上岗证、操作证，非专业特殊工种，经相关级别的培训合格。 3.岗位操作人员掌握相关岗位的技术操作规程。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.随机询问不同岗位人员 3 名，了解其掌握情况，知晓率 100%。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.后勤保障部门有自查、总结分析，有改进措施，并落实。 2.监管部门定期督查、反馈，并督促整改。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|---|---|---|
| 3.6.3 控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。 | | |
| 3.6.3.1 水、电、汽等后勤保障满足医院运行需要。 | 【C】 1.有水、电、气、电梯等人员岗位配置、岗位职责和操作规范。 2.水、电、气供应机房有标识，有24小时应急值班制。 3.机房有日常运行检查、定期维护保养记录，特种设备按规定定期检测并按相关要求张贴检测标签。 4.有明确的故障报修、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。 5.有水、电、气等后勤保障应急预案，有演练。 6.按照要求对集中空调通风系统的设备设施进行日常维护和清洗，开展集中空调通风系统卫生状况的检测。卫生指标符合有关标准要求。 7.每季度对二次供水水质检测一次，至少每半年对二次供水储水设施清洗、消毒一次。水质指标符合国家和本市生活饮用水标准要求。 | 1.查阅相关资料。 2.现场查看。 3.现场查看。 4.查阅相关资料。 5.查阅相关资料。 6.查阅相关资料。 7.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.后勤保障部门有自查、总结分析，有改进措施，并落实。 2.监管部门定期督查、反馈，并督促整改。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.6.3.2 严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。 | 【C】 1.医院有节能降耗的计划或方案，有具体的控制指标。 2.有主管部门制定具体措施并实施。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并节能降耗措施有落实成效。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，单位面积各种能源消耗呈下降趋势。 | 查阅相关资料。 |
| 3.6.4 为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。 | | |
| 3.6.4.1 有专职部门负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位责任。 | 【C】 1.根据医院规模，有专职部门负责医院膳食服务，有工作人员岗位职责、职业道德、行为规范与考核制度。相关人员符合食品安全上岗健康要求。 2.有食品安全与卫生管理制度和膳食经营管理制度（财务管理、经营核算、设备维护等）。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| | 3.有配送餐饮服务的措施并落实。 | |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门有检查与监管，有记录。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，员工对餐饮服务的满意度≥ 80%。 | 查阅相关资料。 |
| 3.6.4.2 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。 | 【C】 1.有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，符合卫生管理要求，并落实。 2.有食品留样相关制度，并落实。 3.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 4.有措施保障食品卫生管理相关制度和规范的落实。 | 1.现场查看，并查阅相关资料。 2.现场查看，并查阅相关资料。 3.随机询问不同岗位的工作人员3名，了解其知晓情况。 4.现场查看，并查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门有检查与监管，有记录。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.6.5 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。 | | |
| 3.6.5.1 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。 | 【C】 1.有医疗废物、废液处置管理制度及流程。有专人负责医疗废物、废液处置工作，有岗位职责。 2.医疗废物、废液管理全流程符合相关法律法规的要求。 3.医疗废物处置暂存点建设规范、配置齐全，有运行日志，交接记录完整。 | 1.查阅相关资料。 2.3.现场查看，并查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.负责处置部门定期自查、有改进措施并落实。 2.主管部门有检查和监管，并检查落实整改情况。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.6.5.2 污水管理和处置符合规定。 | 【C】 1.医院有污水处理管理制度及流程。有专人负责污水处理工作，有岗位职责，相关人员有上岗证。 2.污水处理符合相关法律法规的要求。并通过环保部门验收与评价。 3.污水站设施设备运行正常，有运行日志与监测的原始记录，记录完整。 | 1.查阅相关资料。 2.3.现场查看，并查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.负责处置部门定期自查、有改进措施并落实。</p> <p>2.主管部门有检查和监管，并检查落实整改情况。</p> | <p>1.查阅相关资料。</p> <p>2.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>3.6.6 安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。</p> | | |
| <p>3.6.6.1 安全保卫组织健全，制度完善，安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控措施，监控室符合相关标准。</p> | <p>【C】</p> <p>1.有全院安全设备设施清单，安全保卫设备设施配置满足要求。</p> <p>2.有视频监控系统应用解决方案，在重点环境、重点部位（如财务、仓库、档案室、计算机中心、新生儿室、麻醉药品库房、重要设备等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。</p> <p>3.视频监控室符合国家相关标准，视频保存时间≥ 30天，系统时间误差≤ 30秒，监控系统出现故障时，维护能在1小时内现场响应。</p> <p>4.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》。</p> | <p>1.查阅相关资料。</p> <p>2.3.现场查看，并查阅相关资料。</p> <p>4.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.执行安保部门有定期自查、有改进措施并落实。</p> <p>2.主管部门有检查和监管，并检查落实整改情况。</p> | <p>1.查阅相关资料。</p> <p>2.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有书或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>3.6.7 医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。</p> | | |
| <p>3.6.7.1 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。</p> | <p>【C】</p> <p>1.有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责，科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工。</p> <p>2.有消防安全管理制度、培训制度和应急预案；开展年度、季节性、专项检查等，每年至少进行一次消防安全重点部门的消防演练，每月至少组织一次消防安全检查，有记录。</p> <p>3.消防通道通畅，消防器材（灭火器、消防栓等）完好。重点部门、重要部位防范有监管，有记录。</p> <p>4.新员工培训考核有消防安全教育内容，至少每年一次进行全院职工的消防安全教育，包括：报警、初起火灾处理流程和方法，消防器材使用，自救、互救和逃生，按照预案疏散患者等相关知识。</p> | <p>1.查阅相关资料。</p> <p>2.查阅相关资料。</p> <p>3.查阅相关资料。</p> <p>4.查阅相关资料。</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>【B】符合“C”，并 1.科室、部门对消防通道、员工消防知识和技能、消防器材等有自查，且责任到人。 2.主管职能部门对全院消防安全管理有督查、反馈，督促整改。</p> | <p>1.抽查 2 个临床科室、医技科室及管理部门各 1 个，现场查看，并查阅相关资料。 2.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 3.6.7.2 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。 | <p>【C】 1.有特种设备管理的相关制度、操作规范和岗位职责。 2.有专人负责，相关人员持证上岗，有相关操作记录；有培训及三级安全教育卡。 3.有维护、维修、验收记录。 4.年检合格，并公示年检标签。</p> | <p>1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并 1.使用部门有定期自查、有改进措施并落实。 2.主管部门有检查和监管，并检查落实整改情况。</p> | <p>1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 3.6.7.3 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。 | <p>【C】 1.有危险品安全管理部门、制度和岗位职责，尤其对易燃、易爆、有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施实施重点管理。 2.有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料，账物相符。 3.有全院的危险品种类与目录清单、统一的危险品标识，有危险品库或专用储存柜。 4.作业人员熟悉岗位职责和管理要求，有培训，有资质。 5.有相应的危险品安全事件处置预案及流程，并定期演练（每年不少于 2 次）。</p> | <p>1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.现场查看，并查阅相关资料。 4.随机询问相关工作人员 2 名，了解其知晓情况，知晓率 100%。 5.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并 1.使用科室或部门有定期自查、有改进措施并落实。 2.主管部门有检查和监管，并检查落实整改情况。</p> | <p>1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| 3.6.8 为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。 | | |

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| 3.6.8.1 环境卫生符合爱国卫生运动相关要求, 环境美化、绿化, 道路硬化, 做到优美、整洁、舒适。 | 【C】 1.有爱国卫生运动委员会, 有指定的部门和人员负责医院环境卫生工作, 制订环境卫生工作计划并组织实施。 2.医院环境优美、整洁、舒适, 符合爱国卫生运动要求(包括无卫生死角、生活垃圾暂存规范、厕所无异味、无鼠等)。 | 1.查阅相关资料。 2.现场查看, 评价是否符合要求。 |
| | 【B】符合“C”, 并 1.环境卫生负责部门有定期自查、有改进措施并落实。 2.主管部门定期检查、反馈并督促整改。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 有案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

七、应急管理

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|--|--|
| 3.7.1 成立医院应急工作领导小组, 建立医院应急指挥系统, 落实责任, 建立并不断完善医院应急管理的机制。 | | |
| 3.7.1.1 成立医院应急工作领导小组, 建立医院应急指挥系统, 落实责任, 建立并不断完善医院应急管理的机制。 | 【C】 1. 有医院应急指挥系统, 院长是医院应急管理的第一责任人。 2. 医院总值班参与应急管理, 各部门、各科室负责人在应急工作中有具体职责与任务。有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制, 有明确的协调部门和协调人。 3. 有信息报告和信息发布相关制度。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”, 并 主管部门对应急管理有督查、反馈, 并检查科室落实整改情况。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 有案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.7.2 明确医院需要应对的主要突发事件策略, 制定和完善各类应急预案, 提高快速反应能力。 | | |
| 3.7.2.1 明确医院需要应对的主要突发事件策略, 制定和完善各类应急预案, 提高快速反应能力。 | 【C】 1. 医院每年有灾害脆弱性分析报告, 制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案及流程, 各个部门及相关人员职责明确。 2. 有院、科两级的培训计划, 并落实。 3. 建立健全本单位突发公共卫生事件报告和风险管理机制, 做好传染病和突发公共卫生事件的发现、登记、报告。 | 1. 查阅相关资料。 2. 查阅相关资料。 3. 查阅相关资料 |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 主管部门定期进行灾害脆弱性分析、评估，对预案及流程及时修订。</p> <p>2. 医院安全生产管理委员会定期召开会议，专题听取汇报，讨论相关工作。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>3.7.3 开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。</p> | | |
| <p>3.7.3.1 开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。</p> | <p>【C】</p> <p>1. 医院有应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行相应培训，组织考核。培训考核的内容涵盖了本地区、本院需要应对的主要公共突发事件。</p> <p>2. 医院有定期开展各类突发事件的应急演练，并有记录、总结、分析（本院灾害脆弱性分析排位前五的应急预案演练每年不少于1次）。</p> <p>3. 各科室（部门）每年至少组织一次系统的应急演练。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 抽查2个临床科室、重点部门查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>主管部门对应急培训和演练中存在的问题有督查，并检查科室落实整改情况。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| <p>3.7.4 合理进行应急物资和设备的储备。</p> | | |
| <p>3.7.4.1 合理进行应急物资和设备的储备。</p> | <p>【C】</p> <p>1. 医院有应急物资和设备的储备计划、管理制度、审批程序。</p> <p>2. 有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记。有定期维护，确保效期，有记录。</p> | <p>1. 查阅相关资料。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>主管部门定期对应急物资和设备储备有定期检查，并落实整改。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>持续改进有成效，有数据或案例体现成效。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

八、科研教学与图书管理

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|--|--|---|
| 3.8.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法,促进科研成果向临床应用转化,并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。 | | |
| 3.8.1.1 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法,并提供适当的经费、条件与设施。 | 【C】 1.医院有科研工作管理制度以及鼓励医务人员参与科研工作的具体措施。 2.有科研经费支持及相应的科研条件与设施。 | 1.查阅相关资料。 2.现场查看,并查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门定期总结分析,有改进措施,并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,有数据体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.8.1.2 有将研究成果转化实践应用的激励政策,并取得成效。 | 【C】 1.医院有将研究成果转化实践应用的激励政策并落实。 2.有多种途径向全体医务人员培训、宣传。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 主管部门定期总结分析,并提出整改措施,并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,五年内医院有自主创新的适宜技术得到推广或院级研究成果。转化实践应用或引进技术提高临床诊疗水平的案例。 | 查阅相关资料。 |
| 3.8.2 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》、《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定。 | | |
| 3.8.2.1 药物、医疗器械、体外诊断试剂的临床试验及临床研究的开展符合规定。 | 【C】 1.医院有临床试验机构和专业组PI备案资质开展药物、医疗器械、体外诊断试剂临床试验。 2.有机构相关管理制度与流程,并执行。 3.有专业组相关管理制度与流程,并执行。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.抽查2个专业组的相关资料。 |
| | 【B】符合“C”,并 1.专业组对相关单位与部门的监查、质控和检查所发现的问题有改进,有记录。 2.机构定期督查、反馈,并检查科室整改落实情况。 | 1.抽查2个专业组的相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,临床研究管理规范,资料完整。 | 抽查2个项目的相关资料,评价是否规范、完整。 |

| | | |
|--|---|---|
| 3.8.3 开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。 | | |
| 3.8.3.1 开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。 | 【C】 1.医院设立伦理委员会，制定委员会职责及开展涉及人的生物医学研究伦理审查相关制度、流程。 2.医学伦理委员会人员组成、日常管理和审查工作符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。 3.医院设置独立伦理办公室负责相关工作。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.现场查看，并查阅部门设置的相关文件。 |
| | 【B】符合“C”，并 伦理办公室对工作有自查，有改进措施并落实。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.8.4 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。 | | |
| 3.8.4.1 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。 | 【C】 1.医院有教学规划、资金投入和保障制度，并落实。 2.医学院校教学师资、设施设备，符合教育部对教学医院的规定要求。 3.有主管院领导，专门部门和专职人员、专业教研组、专（兼）职教师负责教学管理工作。 4.完成本科临床教学与实习任务，开展继续医学教育工作，资料完整。 5.有师资激励机制并落实， | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。 5.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 医院对教学工作有专题研究，提出改进措施并落实（每年不少于2次）。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.8.5 根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。 | | |
| 3.8.5.1 图书馆(室)基本设置和藏书数量能满足临床、科研、教学需求。 | 【C】 1.医院有医学图书馆工作制度和信息服务制度，能提供文献查询服务。可使用高校图书馆资源的高校附属医院，无需设置独立图书馆。 2.图书馆有专职人员管理，基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求。 | 1.查阅相关资料。 2.现场查看，评价是否满足要求。 3.现场查看文献数据库。 |

| | | |
|--|---|---------|
| | 3.可提供网络版医学文献数据库(中文、外文期刊库等)全文文献检索服务。 | |
| | 【B】符合“C”，并 部门有定期自查、并有措施提高服务能力。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现服务能力不断提升。 | 查阅相关资料。 |

九、行风与文化建设管理

| 评审标准 | 评审要点 | 评审方法 |
|---|---|--|
| 3.9.1 医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。 | | |
| 3.9.1.1 医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。 | 【C】 1.医院有医务人员职业道德建设和教育的制度并落实。 2.医院有开展弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神的实施方案，并对在践行过程中涌现的先进典型进行宣传。 3.员工知晓职业道德规范要求、社会主义核心价值观及新时代医疗卫生职业精神内涵。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.随机询问5位医务人员，了解其知晓情况，知晓率≥80%。 |
| | 【B】符合“C”，并 主管部门对方案落实有督查、反馈，并督促整改。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.9.2 重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。 | | |
| 3.9.2.1 重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。 | 【C】 1.医院文化建设纳入医院建设发展规划，有制度和方案。 2.有对员工进行相关教育、培训。 3.各部门、科室有开展多种形式的医院文化建设活动。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.抽查临床、医技科室及管理部门各1个党支部，查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 有案例体现医院文化建设有特色、有成效。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现医院文化建设提升了医院的核心竞争力、员工对医院文化的认同感不断提升。 | 查阅相关资料。 |

| | | |
|--|---|--|
| 3.9.3 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。 | | |
| 3.9.3.1 建立责行风建设与管理的组织体系，有明确的职能主管部门负责行风监管与考核；制定相关制度，有奖惩措施并确保落实。 | 【C】 1.医院有行风建设与管理组织体系，有专（兼）职人员负责管理与考评。 2.有行风建设、考评、奖惩和公示等制度，有行风考评方案和量化标准，并落实。 3.医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并有规范的行风考评档案。有多部门共同参与的行风考评及结果共享机制。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有数据或案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.9.3.2 有制度与相关措施监管和约束医院员工通过职务便利谋取不正当利益，落实“行风建设九不准”行为。 | 【C】 1.医院有廉洁自律的工作规范和相关制度，并落实。 2.对全体员工，尤其重点部门、重点人员进行廉洁自律及警示教育（每年不少于2次）。 3.有重点岗位、重点人员轮岗机制，并落实。 4.有措施落实“行风建设九不准”。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.管理部门及科室有自查、总结分析，有改进措施并落实。 2.主管部门定期督查、反馈，并督促整改。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有案例体现成效。 | 查阅相关资料。 |

十、公立医院绩效考核

| | | |
|--|--|------------------------|
| 3.10.1 医院重视公立医院绩效考核，积极开展相关工作，考核指标持续改进。 | | |
| 3.10.1.1 医院重视公立医院绩效考核，积极开展相关工作，考核指标持续改进。 | 【C】 1.医院成立领导小组并设有办公室专门负责公立医院绩效考核工作。 2.对公立医院绩效考核工作有目标、有方案并执行。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 1.工作有定期总结分析，有改进措施并落实。 2.监测指标等级达到“B”以上。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并监测指标等级保持在“A”及以上。 | 查阅相关资料。 |

十一、公立医院领导班子、干部队伍和人才队伍建设

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| 3.11.1 加强公立医院领导班子、干部队伍和人才队伍建设 | | |
| 3.11.1.1 加强公立医院领导班子建设。 | 【C】 1.选优配强领导班子，党委书记、院长分设，配备专职纪委书记，党委、行政、纪委班子健全，院领导主要精力与时间应用于管理。 2.党委书记要熟悉医疗卫生行业发展情况和相关政策法规，有先进的医院管理理念和实践经验，符合深化医药卫生体制改革和健全现代医院管理制度需要，业界声誉好。 3.院长和分管医疗、科研、教学等相关业务的副院长应当已担任正高级专业技术职务，有医学背景。 4.按规定交流轮岗。 5.强化领导班子思想政治建设，及时贯彻党的路线、方针、政策，有理论中心组学习制度与计划。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。 5.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 领导班子健全、制度完善、落实到位。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。有案例或数据体现公立医院领导班子建设成效。 | 查阅相关资料。 |
| 3.11.1.2 加强干部队伍管理和人才工作建设。 | 【C】 1.制定公立医院中层干部选拔任用工作实施办法。 2.深化思想政治建设。 3.完善人才引进、使用、培养办法与方案。 4.建立医院领导班子成员联系高层次人才制度。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。 |
| | 【B】符合“C”，并 制度健全、流程合理、落实到位，建立以需求为导向，以医德、能力、业绩为重点的人才评价体系。 | 查阅相关资料。 |
| | 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，有数据或案例体现干部队伍管理和人才工作建设成效。 | 查阅相关资料。 |

十二、公立医院基层党组织建设

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| 3.12.1 全面提升公立医院基层党建和党员队伍建设工作水平 | | |
| 3.12.1.1 着力提升公立医院基层党建工作水平。 | 【C】 1.坚持把党支部建在科室，有3名及以上正式党员的科室及时成立党支部，正式党员不足3名的，可成立联合党支部，党支部人数控制在50人以内。 | 1.查阅相关资料。 2.查阅相关资料。 3.查阅相关资料。 4.查阅相关资料。 |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>2.党支部书记一般应当由内设机构负责人中的党员担任，党支部书记由业务骨干担任的比例达到90%以上。</p> <p>3.基层党组织标准化建设达标率 100%。</p> <p>4.建立党支部参与人才引进、队伍建设、职称职级晋升、绩效考核、薪酬分配、评奖评优等重大事项讨论决策的制度机制，把好政治关，医德医风关。</p> <p>5.建立党组织常态化考核、整顿和提升机制，扎实开展基层党建述职评议考核工作。</p> | <p>5.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1.实施党支部书记“双带头人”培育工程。</p> <p>2.建立把业务骨干培养成党员、把党员培养成业务骨干的“双培养”机制。</p> <p>3.积极参加卫生健康行业基层党建工作“领航”计划。</p> | <p>1.查阅相关资料。</p> <p>2.查阅相关资料。</p> <p>3.查阅相关资料。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并 基层党建工作受到上级部门的表彰。</p> | <p>查阅相关资料。</p> |

试用水印

附件 1

115 个低风险病种 ICD-10 (2019 v2.0) 编码表

| 序号 | ICD-10 编码类目 | 病 种 名 称 |
|----|-------------|------------------------------|
| 1 | A18 | 其他器官的结核 |
| 2 | B00 | 疱疹病毒[单纯疱疹]感染 |
| 3 | B02 | 带状疱疹 |
| 4 | B08 | 其他以皮肤和粘膜损害为特征的病毒性感染，不可归类在他处者 |
| 5 | B18 | 慢性病毒性肝炎 |
| 6 | C73 | 甲状腺恶性肿瘤 |
| 7 | D13 | 消化系统其他和不明确部位的良性肿瘤 |
| 8 | D16 | 骨和关节软骨良性肿瘤 |
| 9 | D17 | 良性脂肪瘤样肿瘤 |
| 10 | D18 | 血管瘤和淋巴管瘤，任何部位 |
| 11 | D24 | 乳房良性肿瘤 |
| 12 | D25 | 子宫平滑肌瘤 |
| 13 | D27 | 卵巢良性肿瘤 |
| 14 | D36 | 其他和未特指部位的良性肿瘤 |
| 15 | D50 | 缺铁性贫血 |
| 16 | D69 | 紫癜和其他出血性情况 |
| 17 | E05 | 甲状腺毒症（甲状腺功能亢进症） |
| 18 | E07 | 甲状腺的其他疾患 |
| 19 | E10 | 胰岛素依赖型糖尿病 |
| 20 | E11 | 非胰岛素依赖型糖尿病 |
| 21 | G40 | 癫痫 |
| 22 | G45 | 短暂性大脑缺血性发作和相关的综合征 |
| 23 | H02 | 眼睑的其他疾患 |
| 24 | H11 | 结膜的其他疾患 |
| 25 | H25 | 老年性白内障 |
| 26 | H26 | 其他白内障 |
| 27 | H33 | 视网膜脱离和断裂 |
| 28 | H40 | 青光眼 |
| 29 | H81 | 前庭功能疾患 |
| 30 | H91 | 其他听觉丧失 |

| | | |
|----|-----|--------------------|
| 31 | I10 | 特发性（原发性）高血压 |
| 32 | I20 | 心绞痛 |
| 33 | I47 | 阵发性心动过速 |
| 34 | I70 | 动脉粥样硬化 |
| 35 | I80 | 静脉炎和血栓性静脉炎 |
| 36 | I83 | 下肢静脉曲张 |
| 37 | I84 | 痔 |
| 38 | I86 | 其他部位的静脉曲张 |
| 39 | I87 | 静脉的其他疾患 |
| 40 | J04 | 急性喉炎和气管炎 |
| 41 | J06 | 多发性或未特指部位的急性上呼吸道感染 |
| 42 | J20 | 急性支气管炎 |
| 43 | J21 | 急性细支气管炎 |
| 44 | J32 | 慢性鼻窦炎 |
| 45 | J33 | 鼻息肉 |
| 46 | J34 | 鼻和鼻窦的其他疾患 |
| 47 | J35 | 扁桃体和腺样体慢性疾病 |
| 48 | J38 | 声带和喉疾病，不可归类在他处者 |
| 49 | J40 | 支气管炎，未特指为急性或慢性 |
| 50 | J45 | 哮喘 |
| 51 | K11 | 涎腺疾病 |
| 52 | K12 | 口炎和有关损害 |
| 53 | K21 | 胃-食管反流性疾病 |
| 54 | K22 | 食管的其他疾病 |
| 55 | K25 | 胃溃疡 |
| 56 | K29 | 胃炎和十二指肠炎 |
| 57 | K31 | 胃和十二指肠的其他疾病 |
| 58 | K35 | 急性阑尾炎 |
| 59 | K40 | 腹股沟疝 |
| 60 | K52 | 其他非感染性胃肠炎和结肠炎 |
| 61 | K60 | 肛门及直肠区的裂和瘻 |
| 62 | K61 | 肛门和直肠区脓肿 |
| 63 | K63 | 肠的其他疾病 |
| 64 | K80 | 胆石症 |
| 65 | L08 | 皮肤和皮下组织其他局部感染 |
| 66 | M06 | 其他类风湿性关节炎 |

| | | |
|-----|-----|-----------------------------|
| 67 | M13 | 其他关节炎 |
| 68 | M17 | 膝关节病 |
| 69 | M47 | 脊椎关节强硬 |
| 70 | M48 | 其他脊椎病 |
| 71 | M51 | 其他椎间盘疾患 |
| 72 | M79 | 其他软组织疾患，不可归类在他处者 |
| 73 | M87 | 骨坏死 |
| 74 | N02 | 复发性和持续性血尿 |
| 75 | N04 | 肾病综合征 |
| 76 | N10 | 急性肾小管-间质肾炎 |
| 77 | N13 | 梗阻性和反流性尿路病 |
| 78 | N20 | 肾和输尿管结石 |
| 79 | N40 | 前列腺增生 |
| 80 | N43 | 鞘膜积液和精子囊肿 |
| 81 | N45 | 睾丸炎和附睾炎 |
| 82 | N80 | 子宫内膜异位症 |
| 83 | N83 | 卵巢、输卵管和阔韧带的非炎性疾患 |
| 84 | O00 | 异位妊娠 |
| 85 | O02 | 受孕的其他异常产物 |
| 86 | O20 | 妊娠早期出血 |
| 87 | O26 | 为主要与妊娠有关的其他情况给予的孕产妇医疗 |
| 88 | O35 | 为已知或可疑胎儿异常和损害给予的孕产妇医疗 |
| 89 | O36 | 为其他已知或可疑的胎儿问题给予的孕产妇医疗 |
| 90 | O42 | 胎膜早破 |
| 91 | O47 | 假临产 |
| 92 | O60 | 早产 |
| 93 | O69 | 产程和分娩并发脐带并发症 |
| 94 | O80 | 单胎顺产 |
| 95 | O82 | 经剖宫产术的单胎分娩 |
| 96 | O99 | 可归类在他处的孕产妇的其他疾病并发于妊娠、分娩和产褥期 |
| 97 | P23 | 先天性肺炎 |
| 98 | P59 | 其他和未特指原因所致的新生儿黄疸 |
| 99 | P91 | 新生儿的其他大脑障碍 |
| 100 | Q35 | 腭裂 |
| 101 | R42 | 头晕和眩晕 |
| 102 | R56 | 惊厥，不可归类在他处者 |

| | | |
|-----|-----|----------------|
| 103 | S00 | 头部浅表损伤 |
| 104 | S22 | 肋骨、胸骨和胸部脊柱骨折 |
| 105 | S42 | 肩和上臂骨折 |
| 106 | S52 | 前臂骨折 |
| 107 | S62 | 在腕和手水平的骨折 |
| 108 | S82 | 小腿（包括踝）骨折 |
| 109 | S83 | 膝关节和韧带脱位、扭伤和劳损 |
| 110 | T14 | 身体未特指部位的损伤 |
| 111 | T18 | 消化道内异物 |
| 112 | Z34 | 正常妊娠监督 |
| 113 | Z47 | 其他矫形外科的随诊医疗 |
| 114 | Z48 | 其他手术的随诊医疗 |
| 115 | Z51 | 其他医疗照顾 |

试用水印

附件 2

专科医院单病种（术种）目录

| |
|--|
| 一、口腔医院 |
| （一）住院重点疾病 |
| 1. 先天性唇裂 ICD-10: Q36 |
| 2. 腮腺浅叶多形性腺瘤 ICD-10: D11.000, 且形态学编码 M89400/0 |
| 3. 舌癌 ICD-10: C01-C02 |
| 4. 牙颌面畸形 ICD-10: K07 |
| 6. 上颌骨骨折 ICD-10: S02.400x003、S02.411、S02.400 |
| 7. 口腔颌面部间隙感染 ICD-10: K12.217 |
| （二）住院重点手术 |
| 1. 唇裂修复术 (ICD-9-CM-3:) 27.54 |
| 2. 腮腺肿物及浅叶切除 (ICD-9-CM-3: 26.2901、26.3100x009) +面神经解剖术 (ICD-9-CM-3: 04.0401) |
| 3. 舌癌扩大切除术 (ICD-9-CM-3: 25.2-25.4) +颈淋巴清扫术 (ICD-9-CM-3: 40.40-40.42) |
| 4. 口腔颌面部肿瘤切除整复术 |
| 上颌骨全部切除伴重建术 ICD-9-CM-3: 76.4400x003 |
| 上颌骨全部切除术 ICD-9-CM-3: 76.4502 |
| 上颌骨病损切除术 ICD-9-CM-3: 76.2x02 |
| 上颌骨次全切除术 ICD-9-CM-3: 76.3900x016 |
| 上颌骨部分切除术 ICD-9-CM-3: 76.3902 |
| 上颌骨重建术 ICD-9-CM-3: 76.4600x007 |
| 下颌骨部分切除术 ICD-9-CM-3: 76.3100x011 |
| 下颌骨次全切除术 ICD-9-CM-3: 76.3101 |
| 下颌骨全部切除术 ICD-9-CM-3: 76.4200x002 |
| 下颌骨病损切除术 ICD-9-CM-3: 76.2x01 |
| 下颌骨全部切除术伴重建术 ICD-9-CM-3: 76.41 |
| 下颌骨缺损修复术 ICD-9-CM-3: 76.4301 |
| 下颌骨重建术 ICD-9-CM-3: 76.4300x003 |
| 5. 牙颌面畸形矫正术 |
| 颅颌面矫形术 (ICD-9-CM-3: 27.9904) +颅颌牵引 (ICD-9-CM-3: 93.4400x009) +牙钢丝矫形术 (ICD-9-CM-3: 24.7x02) |
| 上颌 Le Fort I 型截骨术 (ICD-9-CM-3: 76.6500x009) +双侧下颌升支劈开截骨术 (ICD-9-CM-3: 76.0900x003) +下颌骨截骨成形术 (ICD-9-CM-3: 76.6402) |

| |
|---|
| 6. 放射性粒子组织间植入术 放射性粒子置入放射治疗 ICD-9-CM-3: 92.2700x002 血管内近距离放射治疗 ICD-9-CM-3: 92.2701 前列腺放射性粒子置入术 ICD-9-CM-3: 92.2702 食管放射性粒子置入术 ICD-9-CM-3: 92.2703 甲状腺放射性粒子置入术 ICD-9-CM-3: 92.2704 鼻咽放射性粒子置入术 ICD-9-CM-3: 92.2705 肺放射性粒子置入术 ICD-9-CM-3: 92.270 |
| 7. 恶性肿瘤根治术 ICD-10: C00-C14, 伴“某器官全切除术”、或大部分(或部分)切除术 |
| 8. 口腔种植术 ICD-9-CM-3: 23.5, 23.6 的门诊或者 76.09, 76.91, 76.92, 22.79 |
| 二、儿童医院 |
| (一) 住院重点疾病 |
| 1. 支气管肺炎 ICD10: J18.0 |
| 2. 小儿腹泻病 ICD10: F45.3、K52.9、K59.1、P78.3 |
| 3. 先天性心脏病 ICD10: (Q20-Q24,Q25.000) |
| 4. 川崎病 ICD10: M30.3 |
| 5. 急性淋巴细胞白血病 ICD10: C91.0 |
| 6. 特发性血小板减少性紫癜 ICD10: D69.303 |
| 7. 中枢神经系统感染 ICD10: G04.904 |
| 8. 癫痫 ICD10: G40/G41 |
| 9. 低出生体重儿 ICD10: P07.0-P07.1, P05.0, P05.1 |
| 10. 新生儿高胆红素血症 ICD10: P59.901 |
| 11. 新生儿呼吸窘迫 ICD10: P22 |
| 12. 原发性肾病综合征 ICD10: N04 |
| 13. 泌尿系统感染 ICD10: N39.0 |
| 14. 急性阑尾炎 ICD10: K35 |
| 15. 脓毒血症 ICD10: A41.901、A41.900x003 |
| 16. 小儿先天性疾病(先天性膈疝、食管裂孔疝、气管食管瘘、胆道闭锁、各类型肠闭锁、肛门闭锁):先天性膈疝 ICD10: Q79、先天性食管裂孔疝 ICD10: Q40.1、先天性气管食管瘘 ICD10: Q39.2、先天性胆道闭锁 ICD10: Q44.2、先天性各类型肠闭锁 ICD10: Q41-Q42(Q42.2/Q42.3 除外)、先天性肛门闭锁 ICD10: Q42.2/Q42.3 |
| (二) 住院重点手术 |
| 1. 腹股沟相关手术 ICD 9-CM-3: 53.0-53.1/17.1-17.2 |
| 2. 先天性心脏病相关手术 胸腔镜下室间隔缺损修补术 ICD 9-CM-3: 35.7201 胸腔镜下房间隔缺损修补术 ICD 9-CM-3: 35.7101 |

| |
|---|
| 肺动脉环缩术 ICD 9-CM-3: 38.8501 |
| 3.泌尿系统相关手术: ICD 9-CM-3: 55.8701 |
| 4.骨科相关手术: ICD 9-CM-3: 83.85 |
| 5.神经外科相关手术 侧脑室腹腔内分流术 02.3401 脑室胆囊分流术 02.3402 |
| 三、肿瘤医院 |
| (一) 住院重点疾病 |
| 1. 肺癌 ICD10: C34 |
| 2. 结直肠癌 ICD10: C18/C19/C20 |
| 3. 胃癌 ICD10: C16 |
| 4. 乳腺癌 ICD10: C50 |
| 5. 肝癌 ICD10: C22 |
| 6. 食管癌 ICD10: C15 |
| 7. 胰腺癌 ICD10: C25 |
| 8. 膀胱癌 ICD10: C67 |
| 9. 肾癌 ICD10: C64 |
| 10. 宫颈癌 ICD10: C53,D06 |
| 11. 鼻咽癌 ICD10: C11 |
| 12. 甲状腺癌 ICD10: C73 |
| 13. 卵巢癌 ICD10: C56 |
| 14. 子宫内膜癌 ICD10: C54.1 |
| 15. 喉癌 ICD10: C32 |
| 16. 前列腺癌 ICD10: C61 |
| (二) 住院重点手术 |
| 1. 甲状腺癌联合根治术 ICD9-CM-3: 06.2-06.5 |
| 2. 喉癌联合根治术 ICD9-CM-3: 30.4 |
| 3. 肺叶切除术 ICD9-CM-3:32.4, 全肺切除 ICD9-CM-3:32.5 (包括腔镜下) |
| 4. 食管癌手术: (1) 食管部分切除术 ICD9-CM-3: 42.40-42.41 (2) 食管胃弓上吻合术 ICD9-CM-3: 42.5201 (3) 食管胃弓下吻合术 ICD9-CM-3: 42.5202 |
| 5. 胃癌手术 (1) 胃远端切除术 ICD9-CM-3: 43.6、43.7 (2) 胃近端切除术 ICD9-CM-3: 43.5 (3) 全胃切除术 ICD9-CM-3: 43.9 |
| 6. 肝癌手术 |

| |
|---|
| (1) 肝叶切除术 ICD9-CM-3: 50.3 |
| (2) 肝部分切除、楔形切除 ICD9-CM-3:50.22 |
| (3) 肝叶切除 ICD9-CM-3:50.23 |
| 7. 结直肠癌手术 |
| (1) 左半结肠切除术 ICD9-CM-3:45.75/17.35 |
| (2) 右半结肠切除术 ICD9-CM-3:45.73/17.33 |
| (3) 直肠前切除术 ICD9-CM-3:48.62/48.63 |
| (4) 腹会阴直肠切除术 ICD9-CM-3: 48.5 |
| 8. 胰腺癌手术 |
| (1) 惠普尔氏术(根治性胰十二指肠切除术) ICD9-CM-3:52.7 |
| (2) 胰体尾切除术 ICD9-CM-3:52.5904 |
| (3) 腹腔镜根治性胰体尾切除术 ICD9-CM-3:52.5301 |
| 9. 乳腺癌手术 |
| (1) 乳腺癌改良根治术 ICD9-CM-3: 85.4 |
| (2) 乳腺癌保留乳房术 ICD9-CM-3: 85.21/85.22 |
| 10. 肾癌手术 |
| (1) 肾癌根治术 ICD9-CM-3: 55.5 |
| (2) 肾肿瘤保留肾单位手术 ICD9-CM-3: 55.3 |
| 11. 前列腺癌手术 |
| (1) 根治性前列腺切除术 ICD9-CM-3:60.5x00 |
| (2) 腹腔镜下前列腺根治性切除 ICD9-CM-3:60.5x02 |
| 12. 根治性膀胱切除术 ICD9-CM-3:57.7 |
| 13. 双侧输卵管-卵癌切除术 ICD9-CM-3: 65.6 |
| 14. 全子宫广泛性切除术(ICD-9-CM-3: 68.6/68.7)+盆腔淋巴结清扫术(ICD-9-CM-3: 40.5910)。 |
| 四、胸科医院 |
| (一) 住院重点疾病 |
| 1. 急性心肌梗塞 ICD-10: I21-I22 |
| 2. 充血性心力衰竭 ICD-10: I50.0 |
| 3. 心绞痛 ICD10: I20 |
| 4. 高血压病(成人) ICD10: I10-I15 |
| 5. 阵发性室上性心动过速 ICD10: I47.102 |
| 6. 心房颤动[心房纤颤] I48.x00x022 |
| 7. 预激综合征 ICD10:I45.6 |
| 8. 病态窦房结综合征 ICD10:I49.5 |
| 9. 风湿性瓣膜病 ICD10: I05-I08 |
| 10. 社区获得性肺炎(首次住院) ICD-10: J13 至 J16, J18; 年龄≥18岁的出院患者 |
| 11. 慢性阻塞性肺疾病 ICD10: J44 |
| 12. 恶性肿瘤术后化疗 ICD10: Z51.102 |

| |
|---|
| 13. 恶性肿瘤维持性化学治疗 ICD10: Z51.103 |
| 14. 支气管哮喘 ICD10: J45, J46; 年龄≥18岁的出院患者 |
| 15. 肺结核 ICD10:A15-A16 |
| 16. 结核性脑膜炎 ICD10: A17.000†G01* |
| 17. 结核性胸膜炎 ICD10:A15.6,A16.5 |
| 18. 非结核分枝杆菌肺病 ICD10: A31.0 |
| 19. 耐多药结核 ICD10: A15.000x016, A15.000x017, A15.000x026, A15.000x027, A15.500x016, A15.500x017, A15.500x026, A15.500x027, A19.800x016, A19.800x017, A19.800x026, A19.800x027 |
| 20. 尘肺 ICD10: J60-J67, M05.103†J99.0* (类风湿尘肺) |
| (二) 住院重点手术 |
| 1. 食管手术 ICD-9-CM-3: 42.0-42.1, 42.3-42.9 |
| 2. 肺切除术 ICD-9-CM-3: 32.3-32.5, 32.9 |
| 3. 纵隔、胸腺手术 ICD-9-CM-3: 34.1-34.3, 07.8-07.9 |
| 4. 气管镜下病损切除术 ICD-9-CM-3: 31.5x04, 32.0101 |
| 5. 气管镜下球囊扩张术 ICD-9-CM-3: 31.9903, 33.9101, 31.7900x007, 33.7900x001 |
| 6. 肺血管介入止血术 ICD-9-CM-3: 39.7900x011, 39.7902 |
| 7. 血管介入滤器 ICD-9-CM-3: 38.7x03, 38.7x04, 38.8900x001 |
| 8. 气管镜下冷冻治疗术 ICD-9-CM-3: 31.5x00x015, 32.0100x004 |
| 9. 气管镜下热消融术 ICD-9-CM-3: 32.0101 |
| 五、传染病医院 |
| (一) 住院重点疾病 |
| 1. 急性病毒性肝炎 ICD-10: B15-B17 |
| 2. 慢性病毒性肝炎 ICD-10: B18 |
| 3. 急性重型肝炎(肝衰竭) ICD-10: K72 |
| 4. 肝炎肝硬化伴随合并症 |
| (1)肝硬化腹水 ICD-10: K74+R18 |
| (2)肝硬化并发肝性脑病 ICD-10: K72.903 伴 K70.2/K70.3/K71.7/K74.1-K74.6/K76.101/P78.803/A52.705†K77.0*/B65.202†K77.0* |
| (3)肝硬化合并食管胃静脉曲张出血(内科治疗) ICD-10: (K70†-K76† /B65) 伴 I98.3* |
| 5. 肝癌 ICD-10:C22 |
| 6. 流行性脑脊髓膜炎 ICD-10: A39.0† G01* |
| 7. 麻疹 ICD-10:B05 |
| 8. 水痘 ICD-10:B01 |
| 9. 流行性出血热 ICD-10: A98.500x001†N08.0* |
| 10. 手足口病 ICD-10: B08.400x002/B08.401 |
| 11. 艾滋病 ICD-10:B20-B24 |
| 12. 结核病 ICD-10:A15-A19 |

| |
|--|
| (二) 住院重点手术 |
| 1. 剖宫产 ICD-9-CM-3: 74.0,74.1,74.2,74.4,74.99 |
| 2. 阴道分娩 ICD-9-CM-3: 72, 73.0-73.2,73.4-73.9 (伴 ICD-10: Z37) |
| 3. 肝叶切除术 ICD-9-CM-3: 50.3 |
| 4. 门奇静脉断流术[食管-胃底静脉结扎术] ICD-9-CM-3: 44.9100x002+ 41.5x00 |
| 5. 门静脉-腔静脉吻合术 ICD-9-CM-3: 39.1x03 |
| 6. 胆囊切除术 ICD-9-CM-3: 51.2 |
| (六) 妇产科医院 |
| (一) 住院重点疾病 |
| 1. 产后出血 ICD-10:O72 |
| 2. 妊娠合并糖尿病 ICD-10:O24 |
| 3. 盆腔炎性疾病 ICD-10:N70-N74 |
| 4. 异位妊娠 ICD-10: O00 |
| 5. 女性生殖器脱垂 ICD-10:N81。 |
| 6. 直肠阴道隔子宫内位异位症 ICD-10:N80.401 |
| 7. 妊娠滋养细胞疾病 ICD-10:O01.901 |
| 8. 重度卵巢过度刺激综合征 ICD-10:N98.1 |
| 9. 重度先兆子痫 ICD-10:O14.100 |
| 10. 早产 ICD-10:O60.1-060.3 |
| 11. 多胎妊娠 ICD-10:O30 |
| 12. 胎膜早破 ICD-10:O42 |
| 13. 前置胎盘 ICD-10:O44 |
| 14. 胎盘早剥 ICD-10:O45 |
| 15. 新生儿窒息 ICD-10:P21 |
| 16. 新生儿呼吸窘迫 ICD10:P22 |
| 17. 支气管肺炎 ICD10:J18.0 |
| 18. 小儿腹泻病 ICD10:F45.3/K52.9/K59.1,P78.3 |
| 19. 低出生体重儿 ICD10: P07.0-P07.1/ P05.0/P05.1 |
| 20. 新生儿高胆红素血症 ICD10:P59.901 |
| (二) 住院重点手术 |
| 1. 子宫切除术 ICD-9-CM-3: 68.4-68.7 |
| 2. 宫腔镜下宫腔粘连切除术 ICD-9-CM-3: 68.2101 |
| 3. 盆底重建术 ICD-9-CM-3: 70.5301-70.5305/71.7900x010/71.7900x011 |
| 4. 剖宫产 ICD-9-CM-3: 74.0/74.1/74.2/74.4/74.99 |
| 5. 产钳助产术 ICD-9-CM-3: 72.0-72.3 |
| 6. 子宫颈根治性切除术 ICD-9-CM-3: 67.4x00x002/67.4x00x005/67.4x05/67.4x08 |
| 7. 腹腔镜下子宫次全切除术 ICD-9-CM-3: 68.3102 |
| 8. 腹腔镜下子宫全切除术 ICD-9-CM-3: 68.4100 |
| 9. 腹腔镜下子宫肌瘤切除术 ICD-9-CM-3: 68.2912 伴 ICD10: D20 |

| |
|---|
| 10.宫腔镜电切术 ICD-9-CM-3: 67.3203 /68.2913 |
| 11.阴式子宫肌瘤切除术 ICD-9-CM-3: 68.2907 伴 ICD10: D25 |
| 12. 子宫广泛性切除术(ICD-9-CM-3: 68.6/68.7)+盆腔淋巴结清扫术(ICD-9-CM-3: 40.5910)。 |
| 13.乳腺癌根治术 ICD-9-CM-3: 85.43-85.48。 |
| 七、精神病医院 |
| 住院重点疾病 |
| 1. 阿尔茨海默氏病性痴呆 ICD-10: G30.0†F00.0*/G30.1†F00.1*/G30.8†F00.2*/G30.9†F00.9* |
| 2. 使用酒精所致的精神和行为障碍 ICD-10: F10 |
| 3. 精神分裂症 ICD-10: F20 |
| 4. 双相情感障碍 ICD-10: F31 |
| 5. 抑郁症 ICD-10: F32-F33 |
| 6. 焦虑障碍 ICD-10: F40-F41 |
| 7. 强迫性障碍 ICD-10: F42 |
| 8. 严重应激反应 ICD-10: F43 |
| 9. 躯体形式障碍 ICD-10: F45 |
| 10. 儿童孤独症 ICD-10: F84.0 |
| 八、眼科医院 |
| 住院重点手术 |
| 1. 白内障 主要诊断 ICD-10 编码: H25.0, H25.1, H25.2, H25.8, H25.9, H26, H28, Q12.0 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 13.1 至 13.9 的手术出院患者 |
| 2. 原发性急性闭角型青光眼 主要诊断 ICD-10 编码: H26.2, H40.0, H40.2, H40.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 10.1, 10.49, 10.6, 10.91, 10.99, 12.11, 12.12, 12.64, 12.66, 12.67, 12.71 至 12.73, 12.79, 12.83, 12.85, 12.87, 12.91, 12.92, 12.99, 13.19, 13.3, 13.41, 13.59, 13.70, 13.71, 13.90, 14.73, 14.74, 14.79 的手术出院患者 |
| 3. 复杂性视网膜脱离 主要诊断 ICD-10 编码: E10.3, E11.3, E14.3, H33.0 至 H33.5, H59.8, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 14.74, 14.75, 14.9 的手术出院患者 |
| 4. 慢性泪囊炎 主要诊断 ICD-10 编码: H04.401 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 09.8 的手术出院患者 |
| 九、康复医院 |
| 住院重点疾病 |
| 1. 脑卒中 主要原疾病诊断 ICD-10 编码: 基底节出血 I61.004, 大动脉栓塞脑梗死 I63.400, 大动脉狭窄脑梗死 I63.501, 脑梗死 I63.900, 脑内出血后遗症 I69.100, 脑梗塞后遗症 I69.300, 脑卒中后遗症 I69.400 伴功能诊断偏瘫 G81.900, 吞咽困难 R13.x00, 言语障碍 R47.802, 认知障碍 F06.800x027, 运动障碍 G24.902 的出院患者 |
| 2. 颅脑损伤 主要原疾病诊断颅内损伤后遗症 ICD-10: T90.500 无动性缄默 G93.800x012 的出院患者 |

| |
|---|
| 3. 脊髓损伤 主要原疾病诊断 ICD-10 编码：脊髓损伤 T09.300，马尾综合征 G83.400 伴截瘫 G82.200，四肢瘫痪 G82.500，神经源性肠 K59.200，神经源性膀胱 N31.901，运动障碍 G24.902 的出院患者 |
| 4. 关节病 主要原疾病诊断 ICD-10 编码：膝关节病 M17.900,髌关节病 M16.900, 肩周炎 M75.001 伴运动障碍 G24.902 的出院患者 |
| 5. 混合型颈椎病 主要疾病诊断 ICD-10：M47.802 出院患者 |
| 6. 骨折术后(四肢骨折术后康复) 主要原疾病诊断 ICD-10 编码：S72.900,骨折术后 Z98.800x602, 骨折术后恢复期 Z54.000x022 的出院患者 |
| 7. 关节置换术后 主要诊断 ICD-10 编码：髌关节置换术(康复)Z98.800x607,人工膝关节 Z96.602 出院患者 |
| 8. 帕金森病 ICD-10：G20.x00 的出院患者 |
| 9. 癫痫 ICD-10：G40.900 的出院患者 |
| 10. 阿尔茨海默病 主要诊断 ICD-10 编码：G30.900 的出院患者 |
| 11. 周围神经病 主要诊断 ICD-10 编码：G62.901 的出院患者 |
| 12. 儿童孤独症 主要诊断 ICD-10 编码：F84.000x001 的出院患者 |
| 13. 注意力缺陷与多动障碍 主要诊断 ICD-10 编码：F90.000x001 的出院患者 |
| 14. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 主要诊断 ICD-10 编码：I25.103 的出院患者 |
| 15. 心肌梗死（PCI 术后） 主要诊断 ICD-10 编码：I21.900x011 的出院患者 |
| 16. 慢性心力衰竭 主要诊断 ICD-10 编码：I50.908 的出院患者 |
| 17. 慢性阻塞性肺疾病 主要诊断 ICD-10 编码：J44.900 的出院患者 |