广西壮族自治区三级综合医院

评审标准实施细则

（2020年版）

广西壮族自治区三级综合医院评审标准实施细则

（2020年版）说明

根据国家卫生健康委《三级医院评审标准（2020年版）》（以下简称《国家标准》），遵循“标准只升不降，周期全程追踪，检查核查并重”的原则，结合广西实际，我委制定了《广西壮族自治区三级综合医院评审标准实施细则（2020年版）》（以下简称《实施细则》），《实施细则》共设3个部分55节502条标准及其监测指标。二级医院可参照使用。

一、第一部分为前置要求部分。在《国家标准》的基础上，新增2条标准，共3节27条。评审周期为四年，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。自治区卫生健康行政部门应当在收到医院提交的评审申请材料后，向有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，征询时间不少于7天。

二、第二部分为医疗服务能力与质量安全监测数据部分。共设5章26节285条652个监测指标。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。第一章是资源配置与运行数据指标，共5节18条30个监测指标。第二章是医疗服务能力与医院质量安全指标，共3节46条46个监测指标。第三章是重点专业质量控制指标，共13节138条220个监测指标。第四章是单病种 （术种）质量控制指标，共3节51条212个监测指标，新增“病例上报率”和“上报病种覆盖率”等指标。第五章是重点医疗技术临床应用质量控制指标，共2节32条144个监测指标。本部分监测指标将根据年度国家医疗质量安全改进目标和自治区医疗服务能力与质量安全监测情况进行动态调整，适当增加或减少相关指标。

三、第三部分为现场检查部分。在《国家标准》24节的基础上，补充2节7条标准，增加康复科、性病艾滋病诊疗管理等内容，共设4章26节190条549个指标。现场检查评审采取文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、患者访谈、现场检查、病历检查、病案检查和数据核查等方式进行。

四、计分与评分规则

（一）计分规则。实行千分制，第一部分前置要求实行一票否决，不占分数；第二部分在评审综合得分中的权重占60%, 总分为600分；第三部分在评审综合得分中的权重占40%,总分为400分。

（二）评分规则。

1.第二部分评分规则，规模类和配比类指标执行“全或无”规则，比如“护床比”，达到标准予以“给分”（或“满分”），否则计“零分”；连续监测指标按照“区间赋分兼顾持续改进”原则评分。具体评分方法结合本部分各年度的监测指标调整情况另行通知。

2.第三部分评分规则，参考PDCA循环管理模式，根据指标完成程度酌情给分。要求各个指标完成有计划、执行、检查、处理等阶段，有院科两级质量管理组织定期检查结果、分析、总结和整改措施，有说明持续改进的数据或案例。在现场评审过程中，评审员可采用下列方法对指标要求逐款进行符合程度判断：

【文件查阅】：查看医院和科室发布的文件类资料，如职责、制度、规范、流程、计划、报告、总结等资料。

扣分原则：查阅的文件类资料内容有缺项，扣该款该项目分值的25%，缺重要项目扣该款该项目分值的50%，缺项超过一半该款该项目不得分。

【记录查看】：参看医院和科室的工作记录，不包括患者个人相关的资料，如会议记录、签到、培训记录，考试记录、各种讨论记录等资料。

扣分原则：查看的记录内容有缺项，扣该款该项目分值的25%，缺重要项目扣该款该项目分值的50%，缺项超过一半或者与内容事实不符该款该项目不得分。

【员工访谈】：指现场对员工进行访谈，提问和讨论， 包括开会集体访谈等。

扣分原则：原则上访谈10人次，每一人完全或大部分不知晓扣该款该项目分值的10%，扣完为止；访谈不足10人次，按照实际访谈人数调整扣分比例。

【现场检查】：评审现场通过目视检查医院和科室的设备设施、环境、标识标牌，员工行为和合作，对照评审标准和医院要求评判符合程度。

扣分原则：有缺项的扣该款该项目分值的25%，缺重要项目的扣该款该项目分值的50%，严重不符合的该款该项目不得分。

【员工操作】：评审现场要求员工完成特定操作的内容。

扣分原则：原则上抽考10人次，每一个员工操作不合格扣该款该项目分值10%，扣完为止；抽考不足10人次，按照实际抽考人数调整扣分比例。

【患者访谈】：评审员对患者或家属开展访谈。

扣分原则：原则上抽选10人次，超过1/3的患者或者家属不满意扣该款该项目分值30%，超过2/3的患者或者家属不满意该款该项目不得分。访谈不足10人次，根据实际访谈人次调整扣分比例。

【病历检查】：评审现场对运行病历进行检查。

扣分原则：原则上按编制床位数的2%-5%抽查病历，不少于10 份。每一份病历不合格扣该款该项目分值的10%，扣完为止。

【病案检查】：评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

扣分原则：只能提供部分特定归档病案的扣该分值50%，完全不能提供特定病案的该款该项目分值不得分。

五、数据采集

（一）采集方式。依托自治区全民健康数据平台建立三级医院评审信息化平台，直接采集来源包括国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、国家单病种质量监测平台、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家公立医院绩效考核管理平台、中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）、肝脏移植登记注册系统、肾脏移植登记注册系统、心脏移植登记注册系统、肺脏移植登记注册系统、医疗技术管理备案信息系统、国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统、自治区医政管理系统、自治区卫生健康统计信息网络直报系统等数据。

（二）采集原则。

1.指标数据采集为全评审周期。

2.行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。

3.按日、月、季获取的数据，采用均值计算当年的年度数据。按年度获取的数据，直接采用。

4.需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据时，按照以下规则：

（1）规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达标。

（2）连续监测指标，数据趋势呈与管理目标方向一致的或呈波动型的，采用中位数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

（三）数据核查原则。

1.现场检查时，应当对本部分数据进行复核，复核数据比例不少于医疗机构上报数据的20%。

2.医疗机构应当根据现场评审专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

3.医院提供值与核查真实值差距在 10%以上（含正负）、无法提供原始数据或被评审专家组认定为虚假数据的均视为错误数据。

4.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核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

|  |  |
| --- | --- |
| **错误数据比例(X)** | **惩罚性扣分比例** |
| 1%≤X＜2% | 5% |
| 2%≤X＜5% | 10% |
| 5%≤X＜10% | 20% |
| 10%≤X | 不予通过 |

（四）数据核查准备指引。

1.医院应当准备所有纳入本轮评审标准的“第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据”和“第三部分现场评审”标准中涉及的数据目录清单。

2.该清单应当包含每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴，采集结果等要素，数据应有负责部门，有条件的应设置汇总部门。

3.对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

（五）数据采集说明。

本《细则》中所指的手术，如无特殊注明（例如门急诊手术）均为住院择期手术。

六、等级判定标准

采用总分和现场检查得分相结合的方式。总分为第二部分与第三部分评审得分之和。判定相应等次必须同时满足两个条件：一是总分达到最低标准的分数线；二是第三部分得分不得低于相应等次最低标准的分数。详见下表：

**等级判定评分表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目类别 | 总分 | 第三部分 |
| 甲等 | ≥900分 | ≥360分 |
| 乙等 | ≥800分 | ≥320分 |
| 丙等 | ≥700分 | ≥280分 |
| 不合格 | ＜700分 | ＜280分 |

**目 录**

[广西壮族自治区三级综合医院评审标准实施细则（2020年版）说明 I](#_Toc87537682)

[第一部分 前置条件 1](#_Toc87537683)

[一、依法设置与执业 1](#_Toc87537684)

[二、公益性责任和行风诚信 2](#_Toc87537685)

[三、安全管理与重大事件 3](#_Toc87537686)

[第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据评审 4](#_Toc87537687)

[第一章 资源配置与运行数据指标 4](#_Toc87537688)

[一、床位配置 4](#_Toc87537689)

[二、卫生技术人员配备 5](#_Toc87537690)

[三、相关科室资源配置 6](#_Toc87537691)

[四、运行指标 8](#_Toc87537692)

[五、科研指标 9](#_Toc87537693)

[第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标 10](#_Toc87537694)

[一、医疗服务能力 10](#_Toc87537695)

[二、医院质量指标 11](#_Toc87537696)

[三、医疗安全指标 12](#_Toc87537697)

[第三章 重点专业质量控制指标 18](#_Toc87537698)

[一、麻醉专业医疗质量控制指标 18](#_Toc87537699)

[二、重症医学专业医疗质量控制指标 20](#_Toc87537700)

[三、急诊专业医疗质量控制指标 22](#_Toc87537701)

[四、临床检验专业医疗质量控制指标 23](#_Toc87537702)

[五、病理专业医疗质量控制指标 26](#_Toc87537703)

[六、医院感染管理医疗质量控制指标 28](#_Toc87537704)

[七、临床用血质量控制指标 29](#_Toc87537705)

[八、呼吸内科专业医疗质量控制指标 31](#_Toc87537706)

[九、产科专业医疗质量控制指标 33](#_Toc87537707)

[十、神经系统疾病医疗质量控制指标 34](#_Toc87537708)

[十一、肾病专业医疗质量控制指标 41](#_Toc87537709)

[十二、护理专业医疗质量控制指标 46](#_Toc87537710)

[十三、药事管理专业医疗质量控制指标 48](#_Toc87537711)

[第四章 单病种（术种）质量控制指标 52](#_Toc87537712)

[第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标 74](#_Toc87537713)

[一、国家限制类医疗技术 74](#_Toc87537714)

[二、广西壮族自治区限制类医疗技术 80](#_Toc87537715)

[第三部分 现场检查 87](#_Toc87537716)

[第一章 医院功能与任务 87](#_Toc87537717)

[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 87](#_Toc87537718)

[二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务 90](#_Toc87537719)

[三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务 93](#_Toc87537720)

[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 96](#_Toc87537721)

[第二章 临床服务质量与安全管理 98](#_Toc87537722)

[一、医疗质量管理体系和工作机制 98](#_Toc87537723)

[二、医疗质量安全核心制度 112](#_Toc87537724)

[三、医疗技术临床应用管理 143](#_Toc87537725)

[四、医疗安全风险防范 162](#_Toc87537726)

[五、诊疗质量保障与持续改进 169](#_Toc87537727)

[六、护理质量保障与持续改进 207](#_Toc87537728)

[七、药事管理与药学服务质量与持续改进 219](#_Toc87537729)

[八、检查检验质量保障与持续改进 225](#_Toc87537730)

[九、输血管理与持续改进 233](#_Toc87537731)

[十、医院感染管理与持续改进 240](#_Toc87537732)

[十一、中医诊疗质量保障与持续改进 252](#_Toc87537733)

[第三章 医院管理 255](#_Toc87537734)

[一、管理职责与决策执行机制 255](#_Toc87537735)

[二、人力资源管理 261](#_Toc87537736)

[三、财务和价格管理 269](#_Toc87537737)

[四、信息管理 276](#_Toc87537738)

[五、医学装备管理 281](#_Toc87537739)

[六、后勤保障管理 292](#_Toc87537740)

[七、应急管理 302](#_Toc87537741)

[八、科研教学与图书管理 306](#_Toc87537742)

[九、行风与文化建设管理 314](#_Toc87537743)

[第四章 补充条款 318](#_Toc87537744)

[一、康复医学管理与持续改进 318](#_Toc87537745)

[二、传染病、艾滋病和性病管理与持续改进 323](#_Toc87537746)

第一部分 前置条件

●依法设置与执业

●公益性责任和行风诚信

●安全管理与重大事件

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《中华人民共和国执业医师法》《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《人类辅助生殖技术管理办法》，非法开展人类辅助生殖技术，造成严重影响。

（七）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。

（八）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。

（九）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）。

（十）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。

（十一）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。

（十二）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。

（十三）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。

（十四）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。

（十五）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。

（十六）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

（十七）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。

（十八）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

（十九）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《医疗卫生行风建设“九不准”》的群体性事件（≥3人/起），造成重大社会影响。

（二十）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

（二十一）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。

（二十二）年度三级公立医院绩效考核不合格。

三、安全管理与重大事件

（二十三）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。

（二十四）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

（二十五）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。

（二十六）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（二十七）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。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据评审（600分）

* 资源配置与运行数据指标
* 医疗服务能力与医院质量安全指标
* 重点专业质量控制指标
* 单病种（术种）质量控制指标
* 重点医疗技术临床应用质量控制指标

第一章 资源配置与运行数据指标（103分）

数据来源：

1.自治区卫生健康统计信息网络直报系统

2.国家公立医院绩效管理平台

3.国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

4.医院填报

**一、床位配置（24分）**

本节评审设3条3个指标，均为数据评审指标，共24分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 1.1.1核定床位数 | 以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。 | 规模类定量指标 | 8 | 监测达标。 |
| 1.1.2实际开放床位数 | 统计正规床、简易床、监护床、超过半年加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位数。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人陪侍床。 | 规模类定量指标 | 8 | 监测达标。 |
| 1.1.3平均床位使用率 | 实际占用的总床日数/同期实际开放的总床日数×100% | 规模类定量指标 | 8 | 监测达标。 |

**二、卫生技术人员配备（30分）**

本节评审设5条5个指标，均为数据评审指标，共30分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 1.2.1 卫生技术人员数与开放床位数比 | 医院卫生技术人员数/同期全院实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 6 | 监测达标。 |
| 1.2.2 全院护士人数与开放床位数比 | 医疗机构执业护士人数/同期实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 6 | 监测达标。 |
| 1.2.3 病区护士人数与开放床位数比 | 医疗机构病区执业护士人数/同期实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 6 | 监测达标。 |
| 1.2.4 医院感染管理专职人员数与开放床位数比 | 医院感染管理专职人员数/同期全院实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 6 | 监测达标。（按照国家最新文件要求）。 |
| 1.2.5 配备正高级卫技人员科室数与临床医技科室数比 | 配备有正高级卫技人员的科室数/同期医院设置的临床和医技科室总数 | 配比类定量指标 | 6 | 监测达标。 |

**三、相关科室资源配置（27分）**

本节评审设6条18个指标，均为数据评审指标，共27分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.3.1 急诊医学科 | | | | |
| 1.3.1.1 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例 | 医院注册的固定在急诊科的在岗医师数/同期医院急诊科在岗医师总数×100% | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.1.2 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例 | 医院注册的固定在急诊的在岗护士数/同期医院急诊科在岗护士总数×100% | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.2 重症医学科 | | | | |
| 1.3.2.1 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例 | 重症医学科开放床位数/同期医院开放床位数×100% | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.2.2 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比 | 医院注册的重症医学科在岗医师数/同期重症医学科实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.2.3 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比 | 医院注册的重症医学科在岗护士数/同期重症医学科实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.3 麻醉科 | | | | |
| 1.3.3.1 麻醉科医师数与手术间数比 | 医院注册的麻醉科在岗医师数/同期医院手术室间数 | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.3.2 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比 | 医院注册的麻醉科在岗医师数/同期医院日均全麻手术台次数 | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.4 中医科 | | | | |
| 1.3.4.1 中医科开放床位数或其所占医院开放床位数的比例 | 中医科开放床位数/同期医院开放床位数×100% | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.4.2 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比 | 医院注册的中医科在岗中医类别医师人数/同期中医科实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.4.3 中医科护士人数与中医科开放床位数比 | 医院注册的中医科在岗护士人数/同期中医科实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.5 康复医学科 | | | | |
| 1.3.5.1 康复科开放床位数或其所占医院开放床位数的比例 | 康复科开放床位数/同期医院开放床位数×100% | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.5.2 康复科医师人数与康复科开放床位数比 | 医院注册的康复科在岗医师人数/同期康复科实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.5.3 康复科康复师人数与康复科开放床位数比 | 康复科在岗的康复师人数/同期康复科开放床位数 | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.5.4 康复科护士人数与康复科开放床位数比 | 在医院注册的康复科在岗护士人数/同期康复科实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.6 感染性疾病科 | | | | |
| 1.3.6.1固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例 | 在医院注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数/同期医院感染性疾病科在岗医师总数×100% | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.6.2固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例 | 在医院注册的感染性疾病科的在岗护士总数/同期医院感染性疾病科在岗护士总数×100% | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.6.3感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例 | 感染性疾病科开放床位数/同期医院开放床位数×100% | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |
| 1.3.6.4可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例 | 可转换感染性疾病床位数/医院开放床位数**×**100% | 配比类定量指标 | 1.5 | 监测达标。 |

**四、运行指标（16分）**

本节评审设2条2个指标，均为数据评审指标，共16分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.4.1 相关手术科室年手术人次占其出院人次比例 | 相关手术科室出院患者手术人次数/相关手术科室同期患者出院总人次数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 8 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 1.4.2 人员支出占业务支出的比重 | 人员经费/医疗活动费用×100%  （1）分子：人员经费包括医院全部人员发生的费用。（2）分母：医疗活动费用包括业务活动费用（不含财政项目拨款经费和科教经费）、单位管理费用（不含财政项目拨款经费和科教经费）、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用、其他费用。（3）财政项目拨款经费和科教项目经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员经费不在本指标。 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 8 | 监测比较，达标或逐步提高。 |

**五、科研指标（6分）**

本节评审设2条2个指标，均为数据评审指标，共6分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 1.5.1 新技术临床转化数量 | 每百名卫生技术人员科研成果转化金额=年度科技成果转化总金额/同期医院卫生技术人员总数×100 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 3 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 1.5.2 取得临床相关国家专利数量 | 每百名卫生技术人员取得专利数量=年度取得专利数量/同期医院卫生技术人员总数×100 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 3 | 监测比较，达标或逐步提高。 |

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标（195分）

**数据来源：**

**1.国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）**

**2.全国医院质量监测系统（HQMS）**

**3.国家公立医院绩效管理平台**

**4.自治区卫生健康统计信息网络直报系统**

**5.医院填报**

**一、医疗服务能力（36分）**

本节评审设6条6个指标，均为数据评审指标，共36分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.1.1 收治病种数量（ICD-10四位亚目数量） | 根据ICD-10四位亚目，从病案首页中统计主要诊断数量 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 7 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 2.1.2 住院术种数量（ICD-9-CM-3四位细目数量） | 从病案首页中统计主要手术（ICD-9-CM-3）数量 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 7 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 2.1.3DRG-DRGs组数 | 医院病例数经过DRG分组器的运算可以分入“k”个DRG，即是该医院的DRG组数量 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 7 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 2.1.4DRG-CMI | 参照DRG评价标准计算方法 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 7 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 2.1.5DRG时间指数 | 参照DRG评价标准计算方法 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 2.1.6DRG费用指数 | 参照DRG评价标准计算方法 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |

**二、医院质量指标（95分）**

本节评审设8条8个指标，均为数据评审指标，共95分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.2.1年度国家医疗质量安全目标（约每年10个） | 按国家下达年度目标规定执行（与本细则已规定的监测指标有重复的，不纳入计算）。 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 60 | 分年度分目标监测达标。 |
| 2.2.2 患者住院总死亡率 | 住院总死亡患者人数/同期出院患者总人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.2.3 新生儿患者住院死亡率 | 新生儿住院死亡人数/同期新生儿出院患者人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.2.4 手术患者住院死亡率 | 手术患者住院死亡人数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.2.5 住院患者出院后0～31天非预期再住院率 | 出院后0～31天非预期再住院患者人次/同期出院患者总人次（除死亡患者外）×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.2.6 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 | 择期手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室手术人次/择期手术总台次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.2.7 ICD低风险病种患者住院死亡率 | ICD低风险病种患者住院死亡人数/ICD低风险病种患者住院总病例数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 2.2.8DRGs低风险组患者住院死亡率 | DRG低风险组死亡例数/DRG低风险组总病例数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |

**三、医疗安全指标（64分）**

本节评审设32条32个指标，均为数据评审指标，共64分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.3.1 手术患者手术后肺栓塞发生率，ICD-10编码：I26.9的手术出院患者 | 手术患者手术后肺栓塞发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.2 手术患者手术后深静脉血栓发生率，ICD-10编码：I80.1，I80.2，I82.8的手术出院患者 | 手术患者手术后深静脉血栓发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.3 手术患者手术后败血症发生率，ICD-10编码：A40，A41，T81.411的手术出院患者 | 手术患者手术后败血症发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.4 手术患者手术后出血或血肿发生率，ICD-10编码：T81.0的手术出院患者 | 手术患者手术后出血或血肿发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.5 手术患者手术伤口裂开发生率，ICD-10编码：T81.3的手术出院患者 | 手术患者手术伤口裂开发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.6 手术患者手术后猝死发生率，ICD-10编码：R96.0，R96.1，I46.1的手术出院患者 | 手术患者手术后猝死发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.7 手术患者手术后呼吸衰竭发生率，ICD-10编码：J96.0，J96.1，J96.9的手术出院患者 | 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.8 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率，ICD-10编码：E89的手术出院患者 | 手术患者手术后生理(代谢）紊乱发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.9 与手术/操作相关感染发生率，ICD-10编码：T81.4的手术出院患者 | 与手术(操作)相关感染发生例数/同期手术/操作患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.10 手术过程中异物遗留发生率，ICD-10编码：T81.5，T81.6的手术出院患者 | 手术过程中异物遗留发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测达标。 |
| 2.3.11 手术患者麻醉并发症发生率，ICD-10编码：T88.2至T88.5的手术出院患者 | 手术患者麻醉并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.12 手术患者肺部感染与肺机能不全发生率，ICD-10编码：J95.1至J95.9，J98.4的手术出院患者 | 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.13 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率，ICD-10编码：T81.2的手术出院患者 | 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.14 手术后急性肾衰竭发生率，ICD-10编码：N17，N99.0的手术出院患者 | 手术患者手术后急性肾衰竭发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.15 各系统/器官术后并发症发生率，包括消化K91；循环I97.0，I97.1，I97.8，I97.9、神经G97.0，G97.1，G97.2，G97.8，G97.9，I60至I64；眼和附器H59.0，H59.8，H59.9；肌肉骨骼M96；泌尿生殖N98.0至N98.3，N98.8，N98.9，N99；口腔K11.4，S04.3，S04.5，T81.2等的手术出院患者 | 手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统器官术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.16 植入物的并发症发生率，包括心脏和血管T82；泌尿生殖道T83；骨科T84；其他T85等的手术出院患者，不包括脓毒症 | 植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.17移植的并发症发生率，ICD-10编码：T86的手术出院患者 | 移植的并发症发生例数/同期移植手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.18 再植和截肢的并发症发生率，ICD-10编码：T87.0至T87.6的手术出院患者 | 再植和截肢并发症发生例数/同期再植和截肢患者出院（ICD-9=84.0-84.2,84.91）人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.19 介入操作与手术后患者其他并发症发生率，ICD-10编码：T81.1，T81.7，T81.8，T81.9的介入操作及手术出院患者 | 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数/同期介入操作与手术患者出院人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.20 新生儿产伤发生率，ICD-10编码：P10，P11，P12，P13，P14，P15，A33的新生儿（出生天数≤28天） | 发生产伤的新生儿出院患者人次/同期活产儿人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.21 阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生率，ICD-10编码：O70.1,O70.2,O70.3,O70.9,071.0至O71.9,O72.0,O72.1,O72.2,O72.3,O73.0,O73.1,O74.0至O74.9,O75.0至O75.6,O75.8,O75.9,O86.0至O86.8,O87.0至O87.9,O88.0至O88.8,O89.0至O89.9,O90.1至O90.9，A34的阴道分娩产妇。排除条件:ICD-9=74.0-74.2，74.4，74.99的出院患者人数。 | 阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数/同期阴道分娩出院产妇人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.22 剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生率，ICD-10编码：O71.0至071.9，O72.0，O72.1，O72.2，O72.3，O73.0，O73.1，O74至074.9，,O75，O86.0至O86.8，O87.0至087.9，O88.0至O88.8，O89.0至089.9，O90.1至090.9，O95，A34的剖宫产分娩产妇。：并发条件： ICD-9=74.0-74.2/74.4/74.99 | 剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数/同期剖宫产分娩产妇出院人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.23 2期及以上院内压力性损伤发生率，ICD-10编码：L89.1，L89.2，L89.3，L89.9的出院患者 | 2期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.24 输注反应发生率，ICD-10编码：T80.0，T80.1，T80.2，T80.8，T80.9的出院患者 | 发生输注反应的出院患者例次/同期接受输注的出院患者人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.25 输血反应发生率，ICD-10编码：T80的输血出院患者 | 发生输血反应的出院患者例次/同期出院患者输血总例次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较 |
| 2.3.26 医源性气胸发生率，ICD-10编码：J93.8，J93.9，J95.8，T81.218的出院患者 | 发生医源性气胸出院患者人次/同期出院患者人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.27 住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生率，ICD-10编码：S32.4，S32.7，S32.8，S72，S73.0，S73.1的出院患者 | 住院患者医院内跌倒(坠床)所致髋部骨折发生例数/同期住院患者跌倒(坠床)发生例数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.28 住院ICU患者呼吸机相关性肺炎（VAP）发生率，ICD-10编码：J95.802的ICU出院患者 | VAP发生例数/同期患者有创机械通气总天数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.29 住院ICU患者血管导管相关性感染（CRBSI）发生率，ICD-10编码：T82.700x001的使用血管导管ICU出院患者 | CRBSI发生例数/同期患者血管内导管留置总天数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.30 住院ICU患者导尿管相关性尿路感染（CAUTI）发生率，ICD-10编码：T83.500x003的使用导尿管ICU出院患者 | CAUTI发生例数/同期患者导尿管留置总天数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.31 临床用药所致的有害效应（不良事件）发生率，包括全身性抗菌药物的有害效应Y40；降血糖药物的有害效应Y42.3；抗肿瘤药物的有害效应Y43.1，Y43.3；抗凝剂的有害效应Y44.2，Y44.3，Y44.4，Y44.5；镇痛药和解热药的有害效应Y45；心血管系统用药的有害效应Y52；X线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应Y57.5，Y57.6等的出院患者 | 临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数/同期出院患者人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.32 血液透析所致并发症发生率，ICD-10编码：T80.6，T80.8，T80.9，T82.4，T82.7，ICD-9=39.95的血液透析出院患者 | 住院患者血液透析所致并发症发生例数/同期血液透析出院患者人次×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |

第三章 重点专业质量控制指标（174分）

**数据来源：**

**1.国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）**

**2.国家公立医院绩效考核管理平台**

**3.国家临床检验质控中心质控平台**

**4.国家护理质量数据平台**

**5.全国医院质量监测系统（HQMS）**

**6.自治区卫生健康统计信息网络直报系统**

**7.自治区级以上临床检验质控中心质控平台**

**8.医院填报**

**一、麻醉专业医疗质量控制指标（14分）**

本节评审设17条17个指标，均为数据评审指标，共14分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.1.1人均麻醉例次 | 麻醉科年度完成麻醉总例次数/同期麻醉科固定在岗（本院）医师总数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较。 |
| 3.1.2 各ASA分级麻醉患者比例 | 该ASA分级麻醉患者数/同期各ASA分级麻醉患者总数×100%  Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级、Ⅳ级、Ⅴ级以上等分级病人的比率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较。 |
| 3.1.3急诊手术麻醉比例 | 急诊手术所实施的麻醉数/同期麻醉总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较。 |
| 3.1.4各类麻醉方式比例 | 该麻醉方式数/同期各类麻醉方式总数×100%  麻醉方式：椎管内麻醉、插管（喉罩）全麻、非插管全麻、复合麻醉 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，各类比率趋向合理。 |
| 3.1.5麻醉开始后手术取消率 | 麻醉开始后手术开始前手术取消的数/同期麻醉总数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.6麻醉后监测治疗室（PACU）转出延迟率 | 入PACU超过2小时的患者数/同期入PACU患者总数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。未设置PACU不得分。 |
| 3.1.7 PACU入室低体温率 | PACU入室低体温患者数/同期入PACU患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。未设置PACU不得分。 |
| 3.1.8非计划转入ICU率 | 非计划转入ICU患者数/同期转入ICU患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.9 非计划二次气管插管率 | 非计划二次气管插管患者数/同期术后气管插管拔除患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.10 麻醉开始后24小时内死亡率 | 麻醉开始后24小时内死亡患者数/同期麻醉患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.11 麻醉开始后24小时内心跳骤停率 | 麻醉开始后24小时内心脏骤停患者数/同期麻醉患者总数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.12 术中自体血输注率 | 手术麻醉中接受400ml及以上自体血输注患者数/同期麻醉中接受400ml及以上输血治疗的患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。） | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.1.13 麻醉期间严重过敏反应发生率 | 麻醉期间严重过敏反应发生例数/同期麻醉总例数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较。 |
| 3.1.14 椎管内麻醉后严重神经并发症发生率 | 椎管内麻醉后严重神经并发症发生例数/同期椎管内麻醉总例数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.15阴道分娩椎管内麻醉镇痛应用率 | 经阴道试产产妇接受椎管内分娩镇痛总人数（含术中转剖宫产产妇人数）/同期经阴道试产产妇总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 不低于全国三级综合医院平均水平。 |
| 3.1.16日间手术麻醉占比 | 日间手术实施麻醉数/同期麻醉总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 不低于全国三级综合医院平均水平。 |
| 3.1.17麻醉门诊量与麻醉总量的比 | 麻醉门诊量（不含疼痛门诊）/麻醉总量×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 不低于全国三级综合医院平均水平。 |

**二、重症医学专业医疗质量控制指标（11分）**

本节评审设10条11个指标，均为数据评审指标，共11分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.2.1 ICU患者收治率和ICU患者收治床日率 | | | | |
| 3.2.1.1 ICU患者收治率 | ICU收治患者总数/同期医院收治患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，持平或逐步提高。 |
| 3.2.1.2 ICU患者收治床日率 | ICU收治患者总床日数/同期医院收治患者总床日数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，持平逐步提高。 |
| 3.2.2感染性休克6h集束化治疗（bundle）完成率 | 入ICU诊断为感染性休克并全部完成6h bundle的患者数/同期入ICU诊断为感染性休克患者总数 ×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.2.3 ICU抗菌药物治疗前病原学送检率 | 使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.2.4 ICU深静脉血栓（DVT）预防率 | 进行深静脉血栓（DVT）预防的ICU患者数/同期ICU收治患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。） | 1 | 监测比较，持平逐步提高。 |
| 3.2.5 ICU非计划气管插管拔管率 | 非计划气管插管拔管例数/同期ICU患者气管插管拔管总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.6 ICU气管插管拔管后48h内再插管率 | 气管插管计划拔管后48h内再插管例数/同期ICU患者气管插管拔管总例数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.7转出ICU后48h内重返率 | 转出ICU后48h内重返ICU的患者数/同期转出ICU患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.8 ICU呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率 | VAP发生例数/同期ICU患者有创机械通气总天数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.9 ICU血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率 | CRBSI发生例数/同期ICU患者血管内导管留置总天数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.10 ICU导尿管相关泌尿系统感染（CAUTI）发病率 | CAUTI发生例数/同期ICU患者导尿管留置总天数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |

**三、急诊专业医疗质量控制指标（10分）**

本节评审设8条10个指标，均为数据评审指标，共10分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.3.1 急诊科医患比 | 急诊科固定在岗医师总数/急诊科年接诊患者总数（固定在岗急诊医师总数/每万患者）×100% | 配比类定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.3.2 急诊科护患比 | 急诊科固定在岗（本院）护士总数/急诊科年接诊患者总数（万人次）×100% | 配比类定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.3.3 抢救室滞留时间中位数 | X(n+1)/2,n为奇数  （Xn/2+Xn/2+1）/2，n为偶数  注：n为急诊抢救室患者数，X为抢救室滞留时间。 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.3.4急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间及门药时间达标率 | | | | |
| 3.3.4.1急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间 | 行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（STEMI）患者的门药时间总和/同期行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（（STEMI））患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐渐降低。 |
| 3.3.4.2急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标率 | 急性心肌梗死患者门药时间达标的患者数 /同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控 | 1 | 监测比较，达标或逐渐升高。 |
| 3.3.5急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间及门球时间达标率 | | | | |
| 3.3.5.1急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间 | 行急诊PCI的急性心肌梗死患者的门球时间总和/同期行急诊PCI的急性心肌梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐渐降低。 |
| 3.3.5.2急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率 | 急性心肌梗死患者的门球时间达标的患者数/同期就诊时在PCI时间窗内应行PCI的急性心肌梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求 | 1 | 监测比较，达标或逐渐升高。 |
| 3.3.6急诊抢救室患者死亡率 | 急诊抢救室患者死亡总数/同期急诊抢救室抢救患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.3.7急诊手术患者死亡率 | 急诊手术患者死亡总数 /同期急诊手术患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.3.8 ROSC成功率 | ROSC成功总例次数/同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |

**四、临床检验专业医疗质量控制指标（19分）**

本节评审设15条个19指标，均为数据评审指标，共19分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.4.1 标本类型错误率 | 类型不符合要求的标本数/同期标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.2 标本容器错误率 | 采集容器不符合要求的标本数/同期标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.3 标本采集量错误率 | 采集量不符合要求的标本数/同期标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.4 血培养污染率 | 污染的血培养标本数/同期血培养标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.5 抗凝标本凝集率 | 凝集的标本数/同期需抗凝的标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.6 检验前周转时间中位数（检验前周转时间中位数=X(n+1)/2,n为奇数；检验前周转时间中位数=（Xn/2+Xn/2+1）/2，n为偶数） | | | | |
| 3.4.6.1检验前周转时间（急诊）。 | 所有急诊检验（含门急诊和住院）从标本采集到实验室接收标本的时间间隔的中位数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.6.2检验前周转时间（住院）。 | 所有住院检验从标本采集到实验室接收标本的时间间隔的中位数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.6.3检验前周转时间（门诊） | 所有门诊检验从标本采集到实验室接收标本的时间间隔的中位数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.7 室内质控项目开展率 | 开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.4.8 室内质控项目变异系数不合格率 | 室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数/同期对室内质控变异系数有要求的检验项目总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.9 室间质评项目参加率 | 参加国家或省级临检中心组织的室间质评项目数/同期实验室已开展且同时国家或省临检中心已组织的室间质评项目总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.4.10 室间质评项目不合格率 | 参加国家或省级临检中心组织的室间质评不合格的检验项目数/同期参加国家或省级临检中心组织的室间质评检验项目总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.11实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目） | 执行实验室间比对的检验项目数/同期无室间质评计划检验项目总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.4.12实验室内周转时间中位数（实验室内周转时间中位数=X(n+1)/2,n为奇数；实验室内周转时间中位数=（Xn/2+Xn/2+1）/2，n为偶数） | | | | |
| 3.4.12.1实验室内周转时间（急诊） | 所有急诊（含住院和门急诊）检验从实验室收到标本到发送报告的时间间隔的中位数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.12.2实验室内周转时间（住院） | 所有住院检验从实验室收到标本到发送报告的时间间隔的中位数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.12.3实验室内周转时间（门诊） | 所有门诊检验从实验室收到标本到发送报告的时间间隔的中位数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.13 检验报告不正确率 | 实验室发出的不正确检验报告数/同期检验报告总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.4.14 危急值通报率 | 已通报的危急值检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.4.15 危急值通报及时率 | 危急值通报时间符合规定时间的检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |

**五、病理专业医疗质量控制指标（13分）**

本节评审设13条13个指标，均为数据评审指标，共13分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.5.1每百张病床病理医师数 | 病理医师数/同期该医疗机构实际开放床位数×100% | 配比类定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.5.2每百张病床病理技术人员数 | 病理技术人员数/本院实际开放病床数×100% | 配比类定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.5.3标本规范化固定率 | 规范化固定的标本数/同期标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.5.4HE染色切片优良率 | HE染色优良切片数/同期HE染色切片总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.5.5免疫组化染色切片优良率 | 免疫组化染色优良切片数/同期免疫组化染色切片总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.5.6术中快速病理诊断及时率 | 在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数/同期术中快速病理诊断标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.5.7组织病理诊断及时率 | 在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数/同期组织病理诊断标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.5.8细胞病理诊断及时率 | 在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数/同期细胞病理诊断标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.5.9各项分子病理检测室内质控合格率 | 各项分子病理检测室内质控合格病例数/同期同种类型分子病理检测病例总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.5.10免疫组化染色室间质评合格率 | 免疫组化染色室间质评合格次数/同期免疫组化染色室间质评总次数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.5.11各项分子病理室间质评合格率 | 分子病理室间质评合格次数/同期同种分子病理室间质评总次数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 3.5.12细胞学病理诊断质控符合率 | 细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数/同期抽查质控标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.5.13术中快速诊断与石蜡诊断符合率 | 术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数/同期术中快速诊断标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |

**六、医院感染管理医疗质量控制指标（11分）**

本节评审设9条9个指标，均为数据评审指标，共11分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.6.1 医院感染发病（例次）率 | 医院感染新发病例（例次）数/同期住院患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.2 医院感染现患（例次）率 | 确定时段或时点住院患者中医院感染患者（例次）数/同期住院患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.3 多重耐药菌感染发现率 | 多重耐药菌感染患者数（例次数）/同期住院患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.4 多重耐药菌感染检出率 | 多重耐药菌检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.5 医务人员手卫生依从率 | 受调查的医务人员实际实施手卫生次数/同期调查中应实施手卫生次数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.6.6 I类切口手术部位感染率 | 发生I类切口手术部位感染病例数/同期接受I类切口手术患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1.5 | 监测达标。 |
| 3.6.7 血管内导管相关血流感染发病率 | 血管内导管相关血流感染例次数/同期患者使用血管内导管留置总天数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.8 呼吸机相关肺炎发病率 | 呼吸机相关肺炎例次数/同期患者使用呼吸机总天数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.9 导尿管相关泌尿系感染发病率 | 导尿管相关泌尿系感染例次数/同期患者使用导尿管总天数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1.5 | 监测比较，逐步降低。 |

**七、临床用血质量控制指标（10分）**

本节评审设10条10个指标，均为数据评审指标，共10分

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.7.1 每千单位用血输血专业技术人员数 | 输血科（血库）专职专业技术人员数/(医疗机构年度用血总单位数/1000) | 配比类定量指标。 | 1 | 监测达标。 |
| 3.7.2 《临床输血申请单》合格率 | 填写规范且符合用血条件的申请单数/同期输血科（血库）接收的申请单总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.7.3 受血者标本血型复查率 | 受血者血液标本复查血型数/同期接收的受血者血液标本总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.7.4 输血相容性检测项目室内质控率 | 开展室内质控的输血相容检测项目数/医疗机构开展的输血相容性检测项目数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.7.5 输血相容性检测室间质评项目参加率 | 参加国家或省级临检中心组织的输血相容性检测室间质评项目数/同期实验室已开展且同时国家或省临检中心已组织的输血相容性检测室间质评项目总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.7.6 千输血人次输血不良反应上报例数 | 输血不良反应上报例数/(输血人数/1000) | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 无漏报，严重输血不良反应如溶血性输血不良反应逐步降低。 |
| 3.7.7 一二级手术台均用血量 | 一级和二级手术用血总单位数/同期一级和二级手术总台数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较。 |
| 3.7.8 三四级手术台均用血量 | 三级和四级手术用血总单位数/同期三级和四级手术总台数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较。 |
| 3.7.9 手术患者自体输血率 | 手术患者自体输血总单位数/（同期手术患者异体输血单位数+自体输血单位数）×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测达标。 |
| 3.7.10 出院患者人均用血量 | 出院患者用血总单位数/同期出院患者人次 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较。 |

**八、呼吸内科专业医疗质量控制指标（15分）**

本节评审设15条15个指标，均为数据评审指标，共15分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.8.1 急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例 | 急性PTE患者行确诊检查人数/同期急性PTE患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.2 急性PTE患者行深静脉血栓相关检查比例 | 急性PTE患者行深静脉血栓相关检查人数/同期急性PTE患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.3 急性PTE患者行危险分层相关检查比例 | 急性PTE患者行危险分层相关检查人数/同期急性PTE患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.4 住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者比例 | 住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者数/同期行溶栓治疗的急性PTE患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.8.5 急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例 | 急性PTE患者住院期间抗凝治疗人数/同期的急性PTE患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.6 慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例 | 住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.7 慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例 | 住院期间胸部影像学检查慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.8慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例 | 住院期间进行超声心动图检查慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.9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 | 住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.10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 | 住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.11 慢阻肺急性加重患者住院死亡率 | 住院慢阻肺急性加重患者死亡人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.8.12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 | 进行了CAP严重程度评估的住院CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.13 CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例 | 本次入院治疗前行病原学送检的住院CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.14 CAP患者住院死亡率 | 住院CAP患者死亡人数/同期住院CAP患者总人数/×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.8.15 住院CAP患者接受机械通气的比例 | 住院期间接受机械通气的CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |

**九、产科专业医疗质量控制指标（11分）**

本节评审设9条11个指标，均为数据评审指标，共11分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.9.1.1剖宫产率 | 剖宫产分娩产妇人数/同期分娩产妇总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 3.9.1.2初产妇剖宫产率 | 初产妇剖宫产人数/同期初产妇总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.2.1 早产率 | 早产产妇人数/同期分娩产妇总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.2.2 早期早产率 | 早期早产产妇人数/同期分娩产妇总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.3 巨大儿发生率 | 巨大儿人数/同期活产数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.4严重产后出血发生率 | 严重产后出血产妇人数/同期分娩产妇总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.5严重产后出血患者输血率 | 严重产后出血输血治疗人数/同期严重产后出血患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.9.6 孕产妇死亡 | 评审周期内（评审前3年）发生本医疗机构责任所致的可避免孕产妇死亡1例不得分 | 监测达标。 | 1 | 监测达标。 |
| 3.9.7 妊娠相关子宫切除率 | （妊娠相关子宫切除人数/同期分娩产妇总人数）×（10万/10万） | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.8 产后或术后非计划再次手术率 | （产后或术后发生非计划再次手术人数/同期分娩产妇总人数）×（10万/10万） | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.9 足月新生儿5分钟Apgar评分＜7分发生率 | 足月新生儿5分钟Apgar评分＜7分人数/同期足月活产儿总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |

**十、神经系统疾病医疗质量控制指标（15分）**

本节评审设5条44个指标，均为数据评审指标，共15分

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.10.1 癫痫与惊厥癫痫持续状态 | | | | |
| 3.10.1.1 癫痫发作频率记录率 | 各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.1.2 抗癫痫药物规范使用率 | 住院癫痫患者中按照癫痫诊断类型规划化使用抗癫痫药物的患者数/同期住院癫痫患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.10.1.3 抗癫痫药物严重不良反应发生率 | 病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的住院癫痫患者人次数/同期住院癫痫患者总人次数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.1.4 癫痫患者病因学检查完成率 | 完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.1.5 癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率 | 出院时继续抗癫痫药物治疗的癫痫手术患者数/同期住院行癫痫手术的患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.1.6 惊厥性癫痫持续状态发作控制率 | 发作在接诊后1小时内得到控制的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续态患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.1.7 在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率 | 入院72小时内完成神经影像学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.10.1.8 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率 | 入院24小时内完成脑电监测的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.1.9 在院惊厥性癫痫持续状态患者病因学检查明确率。 | 住院惊厥性癫痫持续状态患者在院期间病因学明确的患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.1.10 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率 | 院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.10.2 脑梗死 |  | | | |
| 3.10.2.1 脑梗死患者神经功能缺损评估率 | 入院时行神经功能缺损NIHSS评估的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.2 发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成颅CT影像学检查率 | 发病24小时内急诊就诊的脑梗死患者30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的人数/同期发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.3 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 | 发病24小时内急诊就诊脑梗死患者45分钟内获得临床实验室诊断信息的人数/同期发病24小时内急诊就诊行实验室检查的脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.4发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率 | 发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数/同期发病4.5小时到院的脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.5 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 | 静脉溶栓DNT小于60分钟的脑梗死患者数/同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.6脑梗死患者入院24小时内头部(或头颈部) MRA/CTA/DSA检查完成率 | 入院24小时内行头部(或头颈部) MRA/CTA/DSA检查的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.7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 | 发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数/同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.8行血管内治疗的脑梗死患者严重致残、致死率 | 行血管内治疗的脑梗死患者致残、致死人数/同期行血管内治疗的脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.9 脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率 | 入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.10 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 | 发病24小时内给予双重强化抗血小板治疗的非致残性脑梗死患者数/同期住院非致残性脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.11脑梗死患者入院48小时内他汀类药物治疗率 | 入院48小时内给予他汀类药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.12 脑梗死患者康复评估率 | 进行康复评估的住院脑梗死患者数/同期脑梗死住院患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.13住院期间合并心房颤动的脑梗死患者抗凝治疗率 | 脑梗死合并心房颤动患者住院期间使用抗凝药物治疗的人数/同期住院脑梗死合并心房颤动患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.14 出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率 | 出院时给予抗栓（包括抗血小板药物和抗凝药物）/他汀类药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.2.15 脑梗死患者住院死亡率 | 住院期间死亡的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.10.3 帕金森病 | | | | |
| 3.10.3.1 住院帕金森病患者规范诊断率 | 使用运动障碍疾病协会标准（2015年版）或中国帕金森病诊断标准（2016年版）进行诊断的住院帕金森病患者占同期住院帕金森病患者总数×100 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.3.2 住院帕金森病患者进行临床分期的比例 | 进行临床分期的住院帕金森病患者占同期住院帕金森病患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求 | 0.1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.3.3 住院帕金森病患者完成头颅MRI或CT检查率 | 进行头颅MRI或CT检查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求 | 0.1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.3.4 住院帕金森病患者运动并发症筛查率 | 进行运动并发症（包括运动波动、异动症）筛查的住院帕金森病患者占同期住院帕金森病患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求 | 0.1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.3.5 住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率 | 进行认知障碍功能筛查（包括MMSE、MoCA）的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求 | 0.1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.4 颈动脉支架置入术 | | | | |
| 3.10.4.1 颈动脉支架置入术患者术前mRS评估率 | 术前行mRS评估的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.4.2 颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率 | 术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.4.3 颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率 | 颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数/同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.4.4 颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率 | 颈动脉支架置入术患者术前规范化药物（双重抗血小板药物+他汀类药物）治疗人数/颈动脉支架置入术总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.4.5 颈动脉支架置入术技术成功率 | 颈动脉支架置入术技术成功人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.4.6 颈动脉支架置入术并发症发生率 | 发生并发症的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.4.7 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率 | 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.10.4.8 颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率 | 出院时给与规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数/颈动脉支架置入术患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.10.4.9 颈动脉支架置入术患者术后（术后30天、术后1年）同侧缺血性卒中发生率 | 动脉支架置入术患者术后（术后30天、术后1年）发生同侧缺血性卒中人数/同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.10.5 脑血管造影术 | | | | |
| 3.10.5.1 脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率 | 脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.5.2 脑血管造影术造影阳性率 | 脑血管造影术检查有异常发现的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.5.3 脑血管造影术严重并发症发生率 | 脑血管造影术发生严重并发症的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.10.5.4 脑血管造影术穿刺点并发症发生率 | 脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.10.5.5脑血管造影术死亡率 | 脑血管造影术后住院期间死亡患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |

**十一、肾病专业医疗质量控制指标（15分）**

本节评审设2条25个指标，均为数据评审指标，共15分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.11.1IgA肾病 | | | | |
| 3.11.1.1肾活检患者术前检查完成率 | 2周内完成术前检查的肾活检患者数/同期肾活检患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.1.2 IgA肾病患者病理分型诊断率 | 肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者数/同期完成肾脏病理分型诊断IgA的患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.1.3 IgA肾病患者RAS阻断剂的使用率 | 使用RAS阻断剂的IgA肾病患者数/同期适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.1.4 IgA肾病患者随访完成率 | 完成随访的IgA肾病患者数/同期IgA肾病患者总数  ×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.1.5肾功能恶化率 | 治疗6个月后，血肌酐倍增的IgA肾病患者数/同期随访的IgA肾病患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.11.1.6治疗6个月后24小时尿蛋白≤1g的患者比例 | 治疗6个月后,24小时尿蛋白≤ lg的IgA肾病患者数/同期随访的IgA肾病患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.1.7肾活检严重并发症发生率 | 肾活检发生严重并发症的IgA肾病患者数/同期完成肾活检术的IgA肾病患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.11.1.8 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率 | 应用激素、免疫抑制剂治疗6个月内出现严重并发症发生的IgA肾病患者数/同期应用激素、免疫抑制剂治疗的IgA肾病患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.11.2血液净化技术 | | | | |
| 3.11.2.1 治疗室消毒合格率 | 血液透析治疗室消毒合格率=治疗室消毒合格的月份数量/12×100%  腹膜透析治疗室消毒合格率=腹膜透析治疗室消毒合格的月份数量/12×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测达标。 |
| 3.11.2.2 透析用水生物污染检验合格率 | 透析用水生物污染检验合格月份数量（或季度数量）/12（或4）×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测达标。 |
| 3.11.2.3新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率 | 新入血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数/同期新入血液透析患者总数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测达标，逐步提高。 |
| 3.11.2.4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 | 每 6 个月完成血源性传染病标志物检验的患者数/同期维持性血液透析患者总数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求 | 0.6 | 监测达标，逐步提高。 |
| 3.11.2.5血液透析患者尿素清除指数（Kt/V）和尿素下降率（URR）控制率 | spKt/V>1.2 且 URR>65%的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求 | 0.6 | 监测达标，逐步提高。 |
| 3.11.2.6透析患者ß2微球蛋白定时检验完成率 | 维持性血液透析患者ß2微球蛋白定时检验完成率=每6个月完成ß2微球蛋白维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%  腹膜透析患者ß2微球蛋白定时检验完成率=每6个月完成ß2微球蛋白维持性血液透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.7血液透析患者透析间期体重增长控制率 | 透析间期体重增长≤5%的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数 ×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.8 维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率 | 同一动静脉瘘持续使用时间>2年的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.9腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率 | 6个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.10腹膜透析退出患者治疗时间 | 退出患者腹膜透析病人月总和/同期退出腹膜透析患者数（单位：月） | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.11 透析患者血常规定时检验率 | 维持性血液透析患者血常规定时检验率=每3个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%  腹膜透析患者血常规定时检验率=每3个月完成血常规检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.12 透析患者血液生化定时检验率 | 维持性血液透析患者血液生化定时检验率=每3个月完成血液生化检验的透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%  腹膜透析患者血液生化定时检验率=每3个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.13透析患者全段甲状旁腺素（iPTH）定时检验完成率 | 维持性血液透析患者iPTH定时检验完成率=每6个月完成iPTH检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%  腹膜透析患者iPTH定时检验完成率=每6个月完成iPTH检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.14 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 | 维持性血液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=每6个月完成血清蛋白和转铁蛋白饱和度的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%  腹膜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=每6个月完成血清蛋白和转铁蛋白饱和度检验的腹膜透析患者/同期腹膜透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.15 透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率 | 维持性血液透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率=每6个月完成CRP检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%  腹膜透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率=每6个月完成CRP检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.16 透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常(CKD-MBD)指标控制率 | 维持性血液透析患者CKD -MBD指标控制率=CKD−MBD指标控制达标的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%  腹膜透析患者CKD-MBD指标控制率=CKD−MBD指标控制达标的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.17 透析患者血清白蛋白控制率 | 维持性血液透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白≥35g/L的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%  腹膜透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白≥35g/L的腹膜透析患者数同期腹膜透析患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步提高。 |

**十二、护理专业医疗质量控制指标（14分）**

本节评审设9条16个指标，均为数据评审指标，共14分

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.12.1儿科病区床护比 | 儿科病区执业护士人数/同期儿科病区实际开放床位数 | 配比类定量指标。 | 1 | 监测达标。 |
| 3.12.2 护患比（1：X） | | | | |
| 3.12.2.1护患比（白班） | 每天白班护理患者数之和/同期每天白班责任护士数之和 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.2.2 护患比（夜班） | 每天夜班护理患者数之和/同期每天夜班责任护士数之和 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.3 每住院患者24小时平均护理时数 | 医疗机构病区执业护士实际上班小时数/同期住院患者实际占用床日数 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步增高。 |
| 3.12.4不同级别护士配置占比 | | | | |
| 3.12.4.1 护士及以下职称占比 | 病区护士及以下职称的护士总数/同期病区执业护士总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较。 |
| 3.12.4.2副高及以上职称占比 | 副高及以上职称的护士总数/同期病区执业护士总人数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较。 |
| 3.12.5 护士离职率 | 护士离职人数/（期初医疗机构执业护士总人数+期末医疗机构执业护士总人数）/2×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.6 住院患者身体约束率 | 住院患者身体约束日数/同期住院患者实际占用床日数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.7住院患者跌倒发生率 | | | | |
| 3.12.7.1 住院患者跌倒发生率 | 住院患者跌倒例次数/同期住院患者实际占用床日数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.7.2 住院患者跌倒伤害占比 | 住院患者跌倒伤害总例次数/同期住院患者跌倒例次数×100％ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.8 住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率 | 住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数×100％ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.9 置管患者非计划拔管率 | | | | |
| 3.12.9.1 气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率 | 气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管例次数/同期气管导管（气管插管、气管切开）留置总日数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.9.2 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率 | 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数/同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.9.3 导尿管非计划拔管率 | 导尿管非计划拔管例次数/同期导尿管留置总日数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.9.4 中心静脉导管（CVC）非计划拔管率 | CVC非计划拔管例次数/同期 CVC留置总日数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.12.9.5 经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率 | PICC非计划拔管例次数/同期 PICC留置总日数×1000‰ | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.6 | 监测比较，逐步降低。 |

**十三、药事管理专业医疗质量控制指标（16分）**

本节评审设16条20个指标，均为数据评审指标，共16分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.13.1 药学专业技术人员占比 | 药学专业技术人员数/同期医疗机构卫生专业技术人员总数×100%（药学专业技术人员指在药学部门从事药学技术工作的人员） | 配比类定量指标。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.13.2 每百张床位临床药师人数 | 临床药师人数/同期实际开放床位数×100%（临床药师指获得中国医院协会、中华医学会或中华中医学会临床药师岗位培训证书的药师） | 配比类定量指标。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.13.3处方审核率 | | | | |
| 3.13.3.1 门诊处方审核率 | 药品收费前药师审核门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%（处方审核统计表有审方药师签名） | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.13.3.2 急诊处方审核率 | 药品收费前药师审核急诊处方人次数/同期急诊处方总人次数×100%（处方审核统计表有审方药师签名） | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.13.4 住院用药医嘱审核率 | 药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数/同期住院患者用药医嘱总条目数×100%（处方审核统计表有审方药师签名） | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.13.5 静脉用药集中调配医嘱干预率 | 医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数/同期静脉用药可疑问题医嘱总条目数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.13.6 门诊处方点评率 | 点评的门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.13.7 门诊处方合格率 | 合格的门诊处方人次数/同期点评门诊处方总人次数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.13.8 住院患者药学监护率 | 实施药学监护的住院患者数/同期住院患者总数×100%（药学监护包括药学查房、患者用药教育、药学会诊、监护计划与记录或药历） | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.13.9 严重或新的药品不良反应上报率 | 严重或新的药品不良反应上报人数/同期用药患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较。 |
| 3.13.10 住院患者抗菌药物使用情况 | | | | |
| 3.13.10.1 住院患者抗菌药物使用率 | 住院患者使用抗菌药物人数/同期医疗机构住院患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测达标。 |
| 3.13.10.2 住院患者抗菌药物使用强度 | 住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数）/同期住院患者床日数×100 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1.5 | 监测达标。 |
| 3.13.10.3住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比 | 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计DDD数）/同期住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数）×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.13.10.4Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率 | Ⅰ类切口手术预防使用抗菌药物的患者数/同期Ⅰ类切口手术患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测达标。 |
| 3.13.11 住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率 | 使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100%（使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数以治疗用抗菌药物第一次医嘱前有送检医嘱为有效例数，检验项目包括微生物培养、显微镜检查；微生物免疫学检测、微生物基因测序、降钙素原检测、白介素-6 检测、真菌1-3-β-D 葡聚糖检测（G 试验、半乳糖甘露醇聚糖抗原检测（GM试验）等。） | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测达标 |
| 3.13.12 住院患者静脉输液使用率 | 使用静脉输液的住院患者数/同期住院患者总数×100%（使用静脉输液的住院患者不包括非治疗性的检查用药输液） | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.13.13 住院患者中药注射剂静脉输液使用率 | 使用中药注射剂静脉输液住院患者数/同期住院患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.13.14 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率 | 急诊患者静脉使用糖皮质激素人数/同期急诊患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.13.15 住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率 | 静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数/同期住院患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.13.16用药错误报告率 | 报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数/同期用药患者总数×100% | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较。 |

第四章 单病种（术种）质量控制指标（96分）

单病种系由国家卫生健康委发布的单病种质量控制指标而确定。本细则根据三级医院特点选取相应的单病种进行监测，按照国家卫生健康委《卫生部办公厅关于印发第一批单病种质量控制指标的通知》、《卫生部办公厅关于印发第二批单病种质量控制指标的通知》、《卫生部办公厅关于印发第三批单病种质量控制指标的通知》、《单病种质量监测信息项（2020年版）》的要求，监测51个病种的相应指标。

计算方法：

**病例上报率**=年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100％；

**平均住院日**=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数；

**次均费用**=某病种总出院费用/同期某病种例数；

**病死率**=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%；

**手术患者并发症发生率=**某种手术患者并发症发生例数/同期某种病种出院的手术患者人数×100％。

**一、以下19个单病种，对每个单病种各监测4个一级指标，分别为上报率、平均住院日、次均住院费用、病死率。**

本节评审设19条76个指标，均为数据评审指标，共38分。

| 监测指标 | 指标设定（年度） | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.1 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** | | | |
| 4.1.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.1.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.1.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.1.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.2 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** | | | |
| 4.2.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.2.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.2.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.2.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.3 房颤**  **主要诊断ICD-10编码：I48的出院患者** | | | |
| 4.3.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.3.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.3.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.3.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.4 脑梗死（首次住院）**  **主要诊断ICD-10编码：I63的出院患者** | | | |
| 4.4.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.4.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.4.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.4.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.5 短暂性脑缺血发作**  **主要诊断ICD-10编码：G45的出院患者** | | | |
| 4.5.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.5.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.5.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.5.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.6 脑出血（出血性脑卒中）**  **主要诊断ICD-10编码：I61的出院患者** | | | |
| 4.6.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.6.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.6.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.6.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.7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** | | | |
| 4.7.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.7.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.7.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.7.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.8 帕金森病**  **主要诊断ICD-10编码：G20的出院患者** | | | |
| 4.8.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.8.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.8.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.8.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.9 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** | | | |
| 4.9.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.9.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.9.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.9.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.10 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≤年龄＜18岁的出院患儿** | | | |
| 4.10.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.10.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.10.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.10.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.11 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** | | | |
| 4.11.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.11.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.11.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.11.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.12 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** | | | |
| 4.12.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.12.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.12.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.12.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.13哮喘（儿童，住院）**  **主要诊断ICD-10编码：J45, J46； 2岁≤年龄＜18岁 的出院患儿** | | | |
| 4.13.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.13.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.13.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.13.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.14糖尿病肾病**  **主要诊断和其他诊断ICD-10编码：E10.2、E11.2、E12.2、E13.2、E14.2,且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：55.23的非产妇出院患者** | | | |
| 4.14.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.14.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.14.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.14.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.15 住院精神疾病，主要诊断ICD-10编码：F00-F99的出院患者** | | | |
| 4.15.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.15.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.15.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.15.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.16 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，A41，A42.7，A54.8，B37.7，R65.2，R65.3，R65.9的出院患者** | | | |
| 4.16.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.16.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.16.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.16.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.17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2岁≤年龄＜18岁出院患儿** | | | |
| 4.17.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.17.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.17.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.17.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.18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2岁≤年龄＜18岁出院患儿** | | | |
| 4.18.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.18.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.18.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.18.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| **4.19 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72，73. 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** | | | |
| 4.19.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.19.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.19.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.19.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.5 | 监测比较，达标或逐步降低。 |

**二、以下26个单病种，对每个单病种各监测5个一级指标，分别为上报率、平均住院日、次均住院费用、病死率、手术患者并发症发生率。**

本节评审设26条130个指标，均为数据评审指标，共52分

| 监测指标 | 指标设定（年度） | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.20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 | | | |
| 4.20.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.20.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.20.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.20.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.20.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.21 主动脉瓣置换术  主要手术ICD-9-CM-3编码：35.01, 35. 21,35.22的手术出院患者 | | | |
| 4.21.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.21.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.21.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.21.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.21.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.22二尖瓣置换术  主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35. 02, 35. 23, 35. 24 的手术出院患者 | | | |
| 4.22.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.22.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.22.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.22.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.22.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.23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 | | | |
| 4.23.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.23.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.23.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.23.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.23.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.24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 | | | |
| 4.24.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.24.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.24.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.24.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.24.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.25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 | | | |
| 4.25.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.25.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.25.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.25.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.25.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.26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 | | | |
| 4.26.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.26.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.26.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.26.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.26.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.27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 | | | |
| 4.27.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.27.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.27.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.27.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.27.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.28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,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 | | | |
| 4.28.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.28.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.28.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.28.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.28.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.29 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 | | | |
| 4.29.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.29.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.29.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.29.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.29.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.30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 | | | |
| 4.30.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.30.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.30.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.30.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.30.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.31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≤年龄≤8岁（旧称先天性髓关节脱位）的手术出院患儿 | | | |
| 4.31.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.31.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.31.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.31.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.31.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.32 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 | | | |
| 4.32.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.32.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.32.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.32.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.32.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.33 异位妊娠（手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：O00，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：66.01，66.02，66.62，66.95，74.3的手术出院患者 | | | |
| 4.33.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.33.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.33.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.33.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.33.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.34 子宫肌瘤（手术治疗）  主要诊断ICD-10编码与名称：D25，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 | | | |
| 4.34.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.34.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.34.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.34.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.34.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.35肺癌（手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：C34，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 | | | |
| 4.35.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.35.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.35.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.35.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.35.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.36甲状腺癌（手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：C73，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 | | | |
| 4.36.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.36.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.36.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.36.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.36.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.37乳腺癌（手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：C50，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：85. 2至85.4的手术出院患者 | | | |
| 4.37.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.37.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.37.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.37.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.37.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.38胃癌（手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：C16，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：43. 4至43.9的手术出院患者 | | | |
| 4.38.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.38.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.38.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.38.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.38.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.39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 | | | |
| 4.39.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.39.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.39.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.39.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.39.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.40宫颈癌（手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：C53，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 | | | |
| 4.40.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.40.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.40.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.40.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.40.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.41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 | | | |
| 4.41.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.41.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.41.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.41.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.41.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.42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 | | | |
| 4.42.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.42.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.42.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.42.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.42.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.43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 | | | |
| 4.43.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.43.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.43.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.43.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.43.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.44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 | | | |
| 4.44.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.44.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.44.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.44.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.44.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.45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 | | | |
| 4.45.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.45.2平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.45.3次均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.45.4病死率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.45.5并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.4 | 监测比较，达标或逐步降低。 |

**三、以下6个单病种（四十六至五十一），各监测1条一级指标，为病例上报率，共6条一级指标。**

本节评审设6条6个指标，均为数据评审指标，共6分。

| 监测指标 | 指标设定（年度） | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.46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 | | | |
| 4.46.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.47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 | | | |
| 4.47.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.48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 | | | |
| 4.48.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.49 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.甲状腺叶切除术：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。 | | | |
| 4.49.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 4.50 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。 | | | |
| 4.50.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 4.51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 | | | |
| 4.51.1病例上报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 1 | 监测比较，达标或逐步提高。 |

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标（32分）

**数据来源：**

**（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）**

**（2）全国医院质量监测系统（HQMS）**

**（3）医疗技术临床应用管理信息系统**

**（4）医疗机构电子化注册信息系统**

**（5）中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）**

**（6）自治区卫生健康统计信息网络直报系统**

**（7）肝脏移植登记注册系统**

**（8）肾脏移植登记注册系统**

**（9）心脏移植登记注册系统**

**（10）肺脏移植登记注册系统**

**（11）医院填报**

**一、国家限制类医疗技术（16分）**

国家限制类医疗技术参照国家最新目录，共监测4条组合性一级指标，分别为备案完成率、系统填报率、死亡率、并发症发生率。

本节评审设16条64个指标，均为数据评审指标，共16分。

| 监测指标 | 指标设定（评审周期） | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.1 造血干细胞（包括脐带血造血干细胞）移植治疗血液系统疾病技术 | | | |
| 5.1.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.1.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.1.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.1.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.2 质子、重离子加速器放射治疗技术 | | | |
| 5.2.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.2.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.2.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.2.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.3 放射性粒子植入治疗技术（包括口腔颌面部恶性肿瘤放射性粒子植入治疗技术） | | | |
| 5.3.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.3.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.3.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.3.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.4 肿瘤深部热疗和全身热疗技术 | | | |
| 5.4.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.4.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.4.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.4.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.5 肿瘤消融治疗技术 | | | |
| 5.5.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.5.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.5.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.5.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.6心室辅助装置应用技术 | | | |
| 5.6.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.6.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.6.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.6.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.7颅颌面畸形颅面外科矫治术 | | | |
| 5.7.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.7.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.7.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.7.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.8 口颌面部肿瘤颅颌联合根治术 | | | |
| 5.8.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.8.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.8.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.8.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.9 人工智能辅助诊断治疗技术 | | | |
| 5.9.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.9.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.9.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.9.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.10 人工智能辅助治疗技术 | | | |
| 5.10.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.10.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.10.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.10.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.11 同种胰岛移植治疗糖尿病技术 | | | |
| 5.11.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.11.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.11.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.11.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.12 同种异体运动系统结构性组织移植治疗技术 | | | |
| 5.12.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.12.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.12.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.12.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.13 同种异体角膜移植治疗技术 | | | |
| 5.13.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.13.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.13.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.13.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.14 同种异体皮肤移植治疗技术 | | | |
| 5.14.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.14.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.14.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.14.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.15 肝脏移植技术 | | | |
| 5.15.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.15.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.15.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.15.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.16 肾脏移植技术 | | | |
| 5.16.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测达标。 |
| 5.16.2系统填报率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步提高。 |
| 5.16.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.16.4并发症发生率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.25 | 监测比较，达标或逐步降低。 |

**二、广西壮族自治区限制类医疗技术（16分）**

本节评审设16条80个指标，均为数据评审指标，共16分。

| 监测指标 | 指标设定（评审周期） | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.17 心血管疾病介入诊疗技术(含先天性心脏病介入治疗技术、心脏导管消融技术、起搏器植入技术、冠心病介入诊疗技术 | | | |
| 5.17.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.17.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.17.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.17.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.17.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.18 神经血管介入诊疗技术 | | | |
| 5.18.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.18.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.18.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.18.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.18.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.19 人工膝关节置换技术 | | | |
| 5.19.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.19.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.19.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.19.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.19.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.20 人工耳蜗植入技术 | | | |
| 5.20.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.20.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.20.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.20.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.20.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.21 角膜移植手术 | | | |
| 5.21.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.21.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.21.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.21.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.21.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.22 血液净化技术(含血液透析、血液透析滤过、血液灌流、血浆置换、腹膜透析等技术) | | | |
| 5.22.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.22.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.22.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.22.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.22.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.23 临床基因扩增检验技术(含基因测序和染色体芯片技术) | | | |
| 5.23.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.23.2室内质控开展率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.23.3室内质控失控率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.23.4室间质评参加率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.23.5室间质评合格率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.24 颌面部轮廓整形技术 | | | |
| 5.24.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.24.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.24.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.24.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.24.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.25 脊柱内镜诊疗技术(三、四级) | | | |
| 5.25.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.25.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.25.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.25.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.25.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.26 调强放疗技术(含χ刀、γ刀、Cyberknife，TOMO等治疗技术) | | | |
| 5.26.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.26.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.26.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.26.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.26.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.27 普通外科内镜诊疗技术(四级) | | | |
| 5.27.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.27.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.27.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.27.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.27.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.28 泌尿外科内镜诊疗技术(四级) | | | |
| 5.28.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.28.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.28.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.28.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.28.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.29 妇科内镜诊疗技术(四级) | | | |
| 5.29.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.29.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.29.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.29.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.29.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.30 小儿外科内镜诊疗技术(四级) | | | |
| 5.30.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.30.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.30.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.30.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.30.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.31 儿科呼吸内镜诊疗技术(三、四级) | | | |
| 5.31.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.31.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.31.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.31.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.31.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.32 呼吸内镜诊疗技术(三、四级) | | | |
| 5.32.1备案完成率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测达标。 |
| 5.32.2手术并发症 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 532.3死亡率 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.32.4平均住院费用 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |
| 5.32.5平均住院日 | 定量指标，符合国家或自治区质控监测要求。 | 0.2 | 监测比较，达标或逐步降低。 |

第三部分 现场检查（共400分）

•**医院功能与任务**

•**临床服务质量与安全管理**

•**医院管理**

•**补充条款**

第一章 医院功能与任务（20分）

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（6分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一）医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。 | | | | |
| 1.1.1.1 | 医院有明确的功能和任务。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查阅医院中长期（3年以上）建设发展规与基于规划编制的年度工作计划。内容包括但不限于医院发展建设宗旨、愿景、目标、功能任务，在章程中能体现医院公益性（ 0.5分）； | 1 |
| 2.有保障基本医疗服务、教学、科研和预防保健的制度、措施（0.5分）。 |
| 1.1.1.2 | 功能和任务符合本区域卫生发展规划。 | 文件查阅  记录查看  人员访谈 | 1.查阅：医院中长期规划与广西十四五规划是否相符（0.3分）； | 1 |
| 2.各部门年度计划与医院的中长期规划相符（0.3分）； |
| 3.访谈人员10名，员工知晓医院的宗旨、核心理念、目标和功能定位（0.4分）。 |
| （二）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 | 医院制定中长期规划及年度计划，并经职工代表大会或院长办公会通过。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查看医院的十三五规划、十四五规划（0.4）； | 1 |
| 2.经职工代表大会或院长办公会通过的会议资料（0.3分）； |
| 3.各部门、各科室所制定的规划与年度计划，要求与医院十四五规划相符（0.3分）。 |
| 1.1.2.2 | 医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。 | 文件查阅  记录查看 | 1.围绕医院发展目标与功能任务制度年度计划并有上一年度的总结及改进措施（0.5分）； | 1 |
| 2.各部门、各科室所制定的规划与年度计划，要求与医院十四五规划相符（0.5分）。查看5个部门年度计划，缺如或与医院十四五规划不符的每个扣0.1分。 |
| （三）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和技术梯队。 | 文件查阅：查看设备清单、人员结构等资料  记录查看  现场检查：重症医学科、急诊科 | 1.查看评审周期年度内门诊、住院、手术疾病前20顺位，包含本地区常见病、多发病、急危重症和疑难疾病（0.3分）； | 1 |
| 2.重症医学科、急诊科设置与医院功能定位符合，满足区域急危重症救治任务需要（0.4分）； |
| 3.具备承担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（0.3分，缺必要设备扣0.05分/台，缺相应职称人员扣0.05分/人）。 |
| 1.1.3.2 | 医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的处置能力，提供 24 小时急危重症诊疗服务。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.承担本辖区各类突发事件紧急医疗救治任务情况，及开展实际救治工作的记录、分析总结（医疗队中人员、任职、具体专业救治任务）（0.3分）； | 1 |
| 2.查看审周期内开展实际救治工作的记录（0.2分）； |
| 3.获重点专科、重点学科、疑难病会诊中心等（0.3分）； |
| 4.急诊科、医学影像、介入诊疗科室、检验检查相关诊疗科室排班表，体现24小时值班（0.2分）。 |

**二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务（6分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （四）坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。 | | | | |
| 1.2.4.1 | 制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有系统、规范、符合本院实际的医院工作制度与人员岗位职责（0.2分）； | 1 |
| 2.有系统、规范、符合本院实际的医院诊疗规范与技术操作规程（0.2分）； |
| 3.有符合医改要求，保障基本医疗服务有效供给、保障患者安全、优化服务流程便民惠民和合理控制诊疗费用的制度安排和具体措施（0.2分）； |
| 4.医务人员对医保相关政策制度的知晓率，访谈10名各级医务人员及职能部门管理人员对医保相关政策制度知晓情况（0.3分）； |
| 5.职能部门进行持续监管及对医保服务执行情况分析整改（0.1分）。 |
| 1.2.4.2 | 参加并完成政府部门指定的社会公益性任务。 | 文件查阅  记录查看：  承担政府公益性任务清单及完成情况分析总结 | 1.医院有保障承担政府公益性任务的制度文件(0.1分)； | 0.5 |
| 2.完成政府指定的公益性任务(0.3分)； |
| 3.对承担政府公益性任务的分析总结，体现持续改进（0.1分）。 |
| 1.2.4.3 | 医疗机构住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本区域GDP 年均增幅。 | 文件查阅 | 评审周期内每低于本省GDP的年度得0.125分，共0.5分；无评审周期内各年数据及分析总结不得分。 | 0.5 |
| （五）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。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。 | | | | |
| 1.2.5.1 | 制定传染病、食源性疾病发现、救治、报告、预防等制度、流程和规范。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查 | 1.制定传染病、食源性疾病发现、救治、报告、预防等制度、流程和规范，成立领导小组、救治专家组（0.2分）； | 1 |
| 2.设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊、预检分诊，有传染病上报部门的职责制度（0.2分）； |
| 3.有相关人员岗位设置，并知晓其职责（0.3分）；访谈10名员工，每2人回答不全扣0.05分； |
| 4.有预检分诊及消毒隔离制度（0.3分）；未规范预检分诊扣0.1分。 |
| 1.2.5.2 | 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培训与处置演练。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.管理部门建立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培训的制度（0.1分）； | 1 |
| 2.对各类传染病、食源性疾病防治知识和技能培训、考试的记录资料（签到表、课件、照片、考试）（0.2分）； |
| 3.有培训考试考核不合格人员的补考资料（0.1分）； |
| 4.有传染病、食源性疾病处置案例资料（0.2分）； |
| 5.有应对突发传染病处置的演练、总结分析及改进措施（0.1分）； |
| 6.上级主管部门定期督查（0.1分）； |
| 7.访谈员工知晓处理流程（0.2分）。 |
| （六）按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》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。 | | | | |
| 1.2.6.1 | 制定优先使用基本药物的相关规定。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1.有优先使用国家基本药物的相关规定及措施（0.3分）； | 1 |
| 2.基本药物配备符合要求（0.3分）； |
| 3.有《国家基本药物目录》和《药品处方集》（0.2分）； |
| 4.定期培训和考核（0.2分）。 |
| 1.2.6.2 | 定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈，规范医师处方行为。 | 记录查看  数据核查  病历检查  病案检查 | 1.评审周期内，开展基本药物使用点评（0.2分）； | 1 |
| 2.定期监测基本药物使用品种占比和收入占比，达标（0.2分）； |
| 3.定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈（0.2分）； |
| 4.对未达标的指标有分析有整改措施（0.1分）； |
| 5.主管职能部门定期对基本药物使用督查（0.1分）； |
| 6.病历和病案检查合理（0.2分）。 |

**三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务（6分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （七）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。 | | | | |
| 1.3.7.1 | 根据医联体建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。 | 文件查阅 | 1.将医联体建设工作纳入医院中长期规划及年度工作规划，有计划和具体实施方案（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有专门部门和人员负责医联体建设等协调工作（0.3分）。 |
| 1.3.7.2 | 实行分级诊疗，建立并实施双向转诊制度与相关服务流程。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立双向转诊制度与服务流程、签订合作协议（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有双向转诊病例记录（0.3分）。 |
| 1.3.7.3 | 提升医联体内基层医疗机构服务能力。 | 记录查看  员工访谈 | 1.有提升医联体内基层医疗机构服务能力的案例（服务能力、学科建设、科研与教学等）（0.5分）； | 1 |
| 2.有主管部门监管督查记录，检查整改落实情况（0.3分）； |
| 3.有医联体建设情况总结（0.2分）。 |
| （八）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。 | | | | |
| 1.3.8.1 | 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划内容。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.根据政府指令性任务制定对口支援任务计划与执行文件（包括协议书、中长期规划、年度计划、实施方案及工作记录）（0.3分）； | 1 |
| 2.纳入院长目标责任制与医院年度工作规划，有双方的实施方案（0.4分）； |
| 3.访谈医院领导及主管部门负责人，相关人员知晓工作规划及实施方案（0.3分）。 |
| 1.3.8.2 | 有专人负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有专门部门和人员负责下级医院对口支援及慢性病管理工作（0.2分）； | 1 |
| 2.有主管部门的督查记录，对发现的问题进行整改落实（0.2分）； |
| 3.有考核机制，参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容（0.2分）； |
| 4.有年度对口支援工作总结，有数据或案例资料（0.2分）； |
| 5.有体现工作改进的资料（0.2分）。 |
| （九）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。 | | | | |
| 1.3.9.1 | 承担援疆援藏、健康扶贫等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制订相关的制度、方案及保障措施并组织实施（0.2分）； | 1 |
| 2.根据政府指令性任务制订具体计划并落实落实扣（0.2分）； |
| 3.有专门部门和人员负责相关工作（0.2分）； |
| 4.责任部门有自查、总结、反馈（0.2分）； |
| 5.参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容（0.2分）。 |
| 1.3.9.2 | 承担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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定相关项目实施计划、方案（0.2分）； | 1 |
| 2.为下级单位提供学习进修岗位，开展业务培训及协助开展新技术新项目（0.3分）； |
| 3.有专门部门和人员负责落实下级医院技术人员培养（0.3）； |
| 4.制定相关项目实施计划、方案扣并落实（0.1）； |
| 5.有年度对口支援工作总结，有数据或案例体现帮扶效果（0.1分）。 |

**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（2分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （十）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。 | | | | |
| 1.4.10.1 | 遵循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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.根据各级政府应急预案，制定医院总体应急预案及专项应急预案（0.1分）； | 0.5 |
| 2.医院各类应急预案中相关部门与人员在应急工作中承担的责任与任务明晰（0.1分）； |
| 3.访谈应急队伍成员，知晓本人承担的任务（0.3分）。 |
| 1.4.10.2 | 完善应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.医院发展规划体现平战结合、防治结合，有应急可转换床位（0.1分）； | 0.7 |
| 2.医疗救援、突发公共卫生事件防控的资料（0.2分）； |
| 3.有医疗救援或防控工作后的总结与分析（0.1分）； |
| 4.有体现持续改进的相关数据或资料（0.1分）； |
| 5.绿色通道流程通畅有相关记录（0.2分）。 |
| 1.4.10.3 | 定期组织应急预案培训与演练。 | 文件查阅  员工操作 | 1.有应急演练脚本及照片、录像资料（0.1分）； | 0.8 |
| 2.有医院对职能部门管理人员与相关科室人员进行应急预案培训的资料（0.1分）； |
| 3.所有员工熟练掌握急救知识，能够进行徒手心肺复苏 (0.5分)； |
| 4.有对应急演练的总结、分析及改进措施（0.1分）。 |

第二章 临床服务质量与安全管理（262分）

**一、医疗质量管理体系和工作机制（28分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （十一）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。 | | | | | |
| 2.1.11.1 | 建立医疗质量管理体系，有明确的体系架构、内容。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.医疗质量管理组织机构健全，层次合理。决策层、管理层、执行层职责明确（0.3分）； | 0.5 | |
| 2.访谈中各层次人员知晓本人的质量管理岗位职责（0.2分）。 |
| 2.1.11.2 | 有明确的体系运行机制，有记录证明体系运行常态化。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.体系运行机制规范合理，能通过风险管理和绩效奖惩等措施推动医疗质量持续改进，符合《医疗质量管理办法》要求（0.3分）； | 1 | |
| 2.被访谈人员能明确说出任期内本人参与的体系运行活动（0.2分）； |
| 3.体现质量体系各层次运行的记录完整：如会议记录，纪要，决议执行单，督导检查，执行效果追踪等（0.3分）； |
| 4.有定期的医疗质量体系运行评估报告（0.2分）。 |
| 2.1.11.3 | 院科两级责任制体现在各自的职责中，负责人知晓本人职责。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有明确医疗质量管理的院级、科级责任范畴（0.1分）； | 0.5 | |
| 2.各部门根据职责分工制定工作计划并落实(0.2分)； |
| 3.被访谈人员知晓本人职责（0.1分）； |
| 4.定期开展检（督）查、数据采集与分析反馈（0.1分）。 |
| （十二）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。 | | | | | |
| 2.1.12.1 | 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。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.组成及职责符合《医疗质量管理办法》要求，有负责日常工作的办公室（0.3分）； | 0.5 | |
| 2.分工合理，成员名单与实际工作相符（0.1分）； |
| 3.成员知晓本人职责（0.1分）。 |
| 2.1.12.2 | 医疗质量管理委员会有工作制度、工作计划、工作记录。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有明确的委员会工作制度（0.2分）； | 1 | |
| 2.各年度工作计划与职责相符，并落实（0.2分）； |
| 3.统筹组织本机构医疗质量监测、预警、分析、考核、评估以及反馈工作，定期发布本机构质量管理信息（0.4分）； |
| 4.委员会工作记录完整，真实（0.2分）。 |
| 2.1.12.3 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有承接自治区级及以上质控中心等组织（0.2分）； | 0.5 | |
| 2.有承接市级质控中心等组织（0.1分）； |
| 3.有配合各级质控中心等组织开展督导检查活动的记录（0.1分）； |
| 4.定期听取各质控中心等组织的工作报告，协调解决疑难问题，并有案例证明（0.1分）。 |
| （十三）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。 | | | | | |
| 2.1.13.1 | 各业务科室常设医疗质量管理工作小组，人员、职责符合《医疗质量管理办法》要求。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.成员分工合理，职责具体明确，符合《医疗质量管理办法》要求（0.3分）； | 1 | |
| 2.人员变动时能及时调整（0.2分）； |
| 3.员工知晓并能举例描述本人在科室质管小组中的具体职责（0.5分）。 |
| 2.1.13.2 | 制定工作计划，有工作记录，可追溯。 | 记录查看  员工访谈 | 1.各年度科室质控工作计划与医院计划相适应，有明确目标，落实措施（0.2分）； | 1 | |
| 2.有体现科室每月、季定期自查与分析，自我改进的记录（0.3分）； |
| 3.有案例说明科室保持质量活动的持续性，针对问题改进效果明显（0.3分）； |
| 4.并能够体现人人参与（0.2分）。 |
| （十四）建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。 | | | | | |
| 2.1.14.1 | 建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，培训范围包括所有参与医疗质量管理工作的人员，有相关培训记录。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.培训及考核制度明确：培训范围，频次满足要求。培训方式培训内容包括管理学知识、管理工具应用，数据管理和必要的统计分析等（0.3分）； | 1 | |
| 2.有记录体现管理人员每年按计划完成培训及考核（0.3分）； |
| 3.相关人员已完成的培训及考核记录完整（0.2分）； |
| 4.相关人员能够应用管理工具及数据分析案例（0.2分）。 |
| 2.1.14.2 | 有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作  员工访谈 | 1.专业人员被鼓励通过进修、专班培训和在工作中自学、上级带教等措施提升管理能力（0.4分）； | 1 | |
| 2.完成本人应参加的培训计划（0.3分）； |
| 3.有案例体现开展本专业医疗质量与安全管理改进活动，有成效（0.3分）。 |
| （十五）遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。 | | | | | |
| 2.1.15.1 | 遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.医院对各专业的临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等标准用书有统一审核与管理（0.3分）； | 1 | |
| 2.有明确清单（0.2分）； |
| 3.能动态更新，符合法律法规等要求，并满足诊疗工作（0.2分）； |
| 4.被访谈人员知晓本专业标准用书版本、内容及要求（0.3分）。 |
| 2.1.15.2 | 对落实上述诊疗、操作规范、行业标准和临床路径开展定期或不定期的自查和督查。 | 记录查看  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.有医院层面培训与督查记录（0.3分）； | 1 | |
| 2.有科室开展自查记录（0.2分）； |
| 3.病历体现诊疗工作符合上述标准及规范要求（0.5分）。 |
| （十六）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。 | | | | | |
| 2.1.16.1 | 诊疗活动中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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  患者访谈  病历检查  病案检查  现场检查 | 1.医院有明确的制度保证医院和医务人员在开展医疗服务时履行告知义务，按照相关规定取得患者或/和家属同意认可（0.3分）； | 1 | |
| 2.告知书能体现让患者或/和家属理解医疗服务的局限性，了解各种诊疗方式的成本、获益和风险，方便患方自主选择（0.2分）； |
| 3.手术、特殊检查、特殊治疗都获得患者或/和家属明确同意的资料（包括但不限于书面同意、录音录像和律师公证等）（0.3分）； |
| 4.职能部门对告知制度的执行情况有定期督导，发现问题能整改，改善有效果（0.2分）。 |
| 2.1.16.2 | 尊重患者隐私权，并对患者的隐私保密，有保护患者隐私的设施和管理措施。 | 记录查看  现场检查  访谈患者  员工访谈 | 1.医护人员有患者隐私保护意识（0.1分）； | 0.6 | |
| 2.在私密性的诊疗场所，有保护患者隐私的设施和措施（0.4分）； |
| 3.有职能部门巡查，督导改善（0.1分）。 |
| 2.1.16.3 | 尊重民族习惯和宗教信仰。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.医护人员有尊重民族习惯和宗教信仰的意识（0.1分）； | 0.4 | |
| 2.医院有志愿者或请专门人员，对当地常见少数民族患者前来就诊提供语言沟通等帮助（0.2分）； |
| 3.有协助和方便宗教信仰差异的患者就医的措施（0.1分）。 |
| （十七）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。 | | | | | |
| 2.1.17.1 | 医疗机构建立有全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制制度。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.医院质量管控制度能覆盖全员、全过程、全要素(1分)； | 2 | |
| 2.制度清单归口、分类明晰（0.4分）； |
| 3.医院对制度施行动态管理，及时更新，确保工作场所的制度有效性（0.6分）。 |
| （十八）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。 | | | | | |
| 2.1.18.1 | 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。 | 记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.员工知晓和参与质量管理工具运用（0.1分）；（注：医疗质量管理工具，如全面质量管理（TQC）、质量环（PDCA循环）、品管圈（QCC）、疾病诊断相关组（DRGs）绩效评价、单病种管理、临床路径管理等。——《医疗质量管理办法》） | 0.5 | |
| 2.有案例说明，院、科两级质控人员应用质量管理工具开展质控工作（0.2分）； |
| 3.医院质控工作中应用质量管理工具成为常态（0.2分）。 |
| 2.1.18.2 | 完善本院医疗质量管理相关指标体系，包括但不限于国家发布的医疗质量控制指标和“国家医疗质量安全改进目标”相关指标。 | 查阅文件  记录查看  员工访谈  数据核查 | 1.医院有适合本机构实际情况的质控指标体系（0.3分）； | 1 | |
| 2.明确相关指标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式（0.3分）； |
| 3.将国家医疗质量安全改进目标纳入年度医院质控指标体系（0.2分）； |
| 4.有质控指标体系合理动态调整机制（0.2分）。 |
| 2.1.18.3 | 相关人员应掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。 | 员工访谈  数据核查 | 1.熟悉本院医疗质量基础数据获取方式，能准确调取相关数据，数据可追溯（0.2分）； | 0.5 | |
| 2.有指定部门定期汇总，反馈，分析本院医疗质量基础数据（0.2分）； |
| 3.有不断提高数据准确性、可用性的措施和成效（0.1分）。 |
| （十九）加强临床专科服务能力建设，重视专科协同发展，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。 | | | | | |
| 2.1.19.1 | 制订切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际情况的专科建设发展规划，并组织实施。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院有与区域人口结构和疾病谱相适应的专科建设发展规划，包括：优势专科、培育专科、潜力专科的发展方案、配套支持政策、考核标准、考核办法等（0.3分）； | 1 | |
| 2.各临床专科落实发展规划，有职能部门对实施效果进行阶段性评估（0.4分）； |
| 3.根据评估效果对发展规划及时调整、优化（0.3分）。 |
| 2.1.19.2 | 重视专科协同发展，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.有“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗制度（0.3分）； | 1 | |
| 2.病历体现多学科诊疗模式得到落实（0.4分）； |
| 3.有案例证明专科协同发展能力不断提高（0.3分）。 |
| （二十）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。 | | | | | |
| 2.1.20.1 | 将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理工作体系。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有本院单病种质量管理制度和指定管理部门（0.1分）； | 0.5 | |
| 2.将单病种质量管理情况纳入院、科两级质控内容（0.2分）； |
| 3.纳入监管的单病种数量符合国家相关要求（0.2分）。 |
| 2.1.20.2 | 建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，并开展应用。 | 记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.建立本院的单病种质量管理指标（0.3分）； | 1 | |
| 2.有明确的单病种质量参考标准体系，符合国家单病种质量监测平台要求（0.3分）； |
| 3.抽查的单病种病例符合上述质控要求，达60%以上（ 0.2分），达80%以上（0.4分）。 |
| 2.1.20.3 | 按照相关要求，及时、全面、准确上报国家单病种质量管理与控制平台数据。 | 记录查看  数据核查  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.有专人负责单病种上报审核工作，数据可追溯（0.1分）； | 0.5 | |
| 2.数据上报及时、完整、准确，符合国家要求，达标率60%以上（0.2分），80%以上（0.3分），90%以上（0.4分）。 |
| （二十一）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。 | | | | | |
| 2.1.21.1 | 医院指定部门负责患者和员工满意度监测管理，有相关的制度、流程及适宜的评价内容。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.医院有指定部门负责满意度监测归口管理（0.2分）； | 1 | |
| 2.有完善的患者及员工满意度监测制度（0.3分）； |
| 3.监测流程合理，评价内容适宜，具有可操作性（0.3分）； |
| 4.按时完成国家满意度监测平台调查，调查问卷量达标（0.2分）。 |
| 2.1.21.2 | 对满意度监测中发现的问题，及时沟通、协商、整改和反馈。 | 记录查看  员工访谈  数据核查 | 1.定期公布满意度测评结果，并分析评估（0.3分）； | 1 | |
| 2.监测发现的问题，有沟通协商，有针对性的整改措施（0.5分）。 |
| 3.国家满意度监测平台数据显示，综合满意度持续提升（0.2分） |
| （二十二）建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。 | | | | | |
| 2.1.22.1 | 建立本院各科室医疗质量内部现场检查制度并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有医院定期对各科室进行医疗质量内部现场检查的制度（0.2分）； | 1 | |
| 2.有完善的医疗质量内部现场检查流程，方法和标准（0.2分）； |
| 3.定期实施医疗质量内部现场检查，并有记录（0.3分）； |
| 4.有每次内部现场检查评估报告，体现持续改进（0.3分）。 |
| 2.1.22.2 | 建立本院医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.医院有定期内部公示本院医疗质量情况的制度（0.3分）； | 1 | |
| 2.有明确的公示范围，包括各科室的医疗质量关键指标完成值。员工知晓内部公示的查阅方式（0.4分）； |
| 3.抽查的公示内容完整(0.3分)。 |
| （二十三） 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。 | | | | | |
| 2.1.23.1 | 基于电子病历的医院信息平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求，功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求，技术符合《医院信息化建设应用技术指引（2017 版）》的要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查 | 1.医院有明确的基于电子病历的医疗质量管理信息平台建设方案，并成为医院各管理层面的共识（0.2分）； | 1 | |
| 2.有明确的建设步骤、进度时限和具体的落实措施（0.3分）； |
| 3.电子病历应用功能水平分级达到4级（0.3分），达到5级及以上（0.5分）。 |
| 2.1.23.2 | 医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所需的数据信息，数据符合《全国医院数据上报管理方案》、《全国医院上报数据统计分析指标集》要求。 | 数据核查  现场检查 | 1.医院有基于信息平台的常规基础质控数据库（0.4分）； | 1 | |
| 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/单病种质控数据/各重点专业质控指标数据/医院获得性指标数据/医院感染管理/医疗技术管理/医保管理等医疗质量与安全管理系统（0.6分）。 |
| （二十四）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，对医疗质量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，促进医疗质量的持续改进。 | | | | | |
| 2.1.24.1 | 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。 | 记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有医疗质量管理执行情况定期评估制度（0.1分）； | | 0.5 |
| 2.评估报告客观，完整，有数据支撑，有分析及改进建议（0.3分）； | |
| 3.有案例说明医疗质量评估报告为医院决策提供依据（0.1分）。 | |
| 2.1.24.2 | 对医疗质量信息数据开展内部验证，并及时分析和反馈。 | 记录查看  员工访谈  数据核查 | 1.医院有明确有效的医疗质量信息数据内部验证机制（0.3分）； | | 1 |
| 2.内部验证结果有分析和反馈（0.2分）； | |
| 3.核查证实医疗质量信息数据真实、可信、有效、可用（0.5分）。 | |
| 2.1.24.3 | 对医疗质量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，促进医疗质量的持续改进。 | 记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.有制度保证对发现的医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预（0.2分）； | | 0.5 |
| 2.对存在的问题及时采取有效干预措施，并评估效果（0.2分）； | |
| 3.有案例说明，因采取干预措施后成效明显，医院确定新的管理标准或制度（0.1分）。 | |

**二、医疗质量安全核心制度（46分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | | 评分细则 | | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （二十五）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。 | | | | | | |
| 2.2.25.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | | 1.制定、完善本院18个核心制度和相关配套制度，符合《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求 (0.7分) ； | | 1 |
| 2.根据制度落实情况适时修订更新(0.3分)。 | |
| 2.2.25.2 | 开展针对医疗质量安全核心制度的全员培训。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | | 1.针对医疗质量安全核心制度，开展全员培训，覆盖率100%（0.2分）； | | 0.6 |
| 2.有考核记录（0.1分）； | |
| 3.18项医疗质量安全核心制度知晓率达到70%（0.2分），达90%（0.3分）。 | |
| 2.2.25.3 | 有针对新员工的专项培训，确保新员工尽快知晓其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | | 1.新员工获得针对其岗位职责相关的医疗质量安全核心制度培训（0.2分）； | | 0.4 |
| 2.知晓率100%（0.2分）。 | |
| （二十六）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。 | | | | | | |
| 2.2.26.1 | 明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，确保患者的所有诊疗过程都有人负责。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  患者访谈 | | 1.首诊负责制明确规定首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前全面负责该患者诊疗的诊疗管理职责（0.2分）； | | 0.4 |
| 2.明确患者所有诊疗过程的负责人，落实到个人，并延伸到科室（0.2分）。 | |
| 2.2.26.2 | 各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | | 1.对各项目诊疗过程有明确的转接流程（0.3分）； | | 1 |
| 2.需转院诊治的患者应有明确的告知和转院流程（0.2分）； | |
| 3.能确保患者诊疗服务连续性（0.5分）。 | |
| 2.2.26.3 | 医疗行为有记录，可追溯。 | 病历检查  病案检查 | | 1.能体现上述所有医疗行为都有相应的记录和明确的责任人（0.4分）； | | 0.6 |
| 2.记录可追溯（0.2分）。 | |
| （二十七）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。 | | | | | | |
| 2.2.27.1 | 实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  访谈患者/家属  现场检查  病历检查  病案检查 | | 1.三级查房制度能明确体现科主任领导下的三个不同级别的医师开展查房；如实行主诊医师负责制的须明确规定医疗团队的负责人（含主诊医师、医疗组长和带组的主任医师等），—中间级别—最低级别的三个级别医师查房要求（0.2分）； | | 0.6 |
| 2.访谈及抽查病历体现满足以上要求（0.4分）。 | |
| 2.2.27.2 | 严格明确查房周期。工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。 | 文件查阅  员工访谈  访谈患者/家属  病历检查  病案检查 | | 1.三级查房制度明确规定查房周期符合《医疗质量安全核心制度要点》要求（0.2分）； | | 0.7 |
| 2.访谈与病历抽查能体现符合上述查房周期规定（0.5分）。 | |
| 2.2.27.3 | 明确各级医师的医疗决策和实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  访谈患者/家属  病历检查  病案检查 | | 1.三级查房制度明确各级别医师的医疗决策和实施权限（0.2分）； | | 0.7 |
| 2.有各级医师相关权限的授权目录（0.1分）； | |
| 3.访谈与抽查的病历体现符合上述要求（0.3分）； | |
| 4.员工相关权限的授权目录有定期调整（0.1分）。 | |
| （二十八）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。 | | | | | | |
| 2.2.28.1 | 明确各类会诊的具体流程和时间要求，急会诊必须在10 分钟之内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | | 1.会诊制度有明确分类的流程、时限要求，符合《医疗质量安全核心制度要点》要求（0.2分）； | | 0.5 |
| 2.现场访视和病历抽查结果满足上述要求（0.3分）。 | |
| 2.2.28.2 | 会诊请求人员应当陪同完成会诊。 | 文件查阅  员工访谈  患者访谈  现场检查 | | 1.制度明确规定会诊请求人员应当陪同完成会诊（0.1分）； | | 0.4 |
| 2.访谈和现场检查结果符合上述要求（0.3分）。 | |
| 2.2.28.3 | 医院统一会诊单格式及填写规范，员工知晓。 | 记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | | 1.医院有统一的会诊单格式及填写规范（0.1分）； | | 0.4 |
| 2.医师100%知晓（0.2分）； | |
| 3.抽查中无非统一格式会诊单（0.1分）。 | |
| 2.2.28.4 | 会诊情况和处置按规定进行记录，有定期的自查与督查。 | 记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | | 1.有科室自查记录，有整改措施（0.3分）； | | 0.7 |
| 2.有职能部门督查，有反馈整改建议（0.3分）； | |
| 3.有资料证明会诊制度落实情况明显改进，现场检查中无不符合制度要求情况（0.1分）。 | |
| （二十九） 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。 | | | | | | |
| 2.2.29.1 | 按照国家分级护理管理相关指导原则，制定医院分级护理制度，有针对各级别护理的工作规范。 | 文件查阅  数据核查  员工访谈 | | | 1.查阅分级护理制度（结合医院与专科实际制定）（0.3分）； | 1.2 |
| 2.分级护理服务标准及服务规范，护理级别标识统一（0.3分）； |
| 3.护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.5分）； |
| 4.员工访谈（0.1分）。 |
| 2.2.29.2 | 根据患者病情与生活自理能力变化的情况，合理动态调整患者护理级别。 | 现场检查  病历检查 | | | 根据患者病情与自理能力确定并合理动态调整护理级别（0.4分）。 | 0.4 |
| 2.2.29.3 | 护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。 | 现场检查  病历检查 | | | 查看病历、患者一览表及床头卡，护理级别标识一致（0.4分）。 | 0.4 |
| （三十）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。 | | | | | | |
| 2.2.30.1 | 有全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并纳入职责汇编，员工知晓。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.建立完善的全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.各值班岗位有明确的职责，并纳入医院职责汇编（0.1分）； | | |
| 3.员工对本岗位值班职责与要求知晓率达90% （0.1分）。 | | |
| 2.2.30.2 | 值班人数应满足岗位职责需要，并保证常态运行。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有值班人员资质，人数要求，满足常态运行需要（0.1分）； | | | 0.2 |
| 2.未发现值班人员与制度不符情况（0.1分）。 | | |
| 2.2.30.3 | 实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.有明确的医院总值班制度，符合国家相关要求（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.总值班人员100%知晓总值班制度、职责、权限（0.1分）； | | |
| 3.总值班人员熟悉医院应急预案，能妥善处置突发事件（0.1分）。 | | |
| 2.2.30.4 | 医院及科室值班表应当定期提前全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.医院及科室值班表定期并提前在全院公开（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.与患者诊疗相关的所有岗位及时段，都有相应值班人员（0.2分）。 | | |
| 2.2.30.5 | 值班人员资质和值班记录应当符合规定。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有各岗位值班记录的规范要求和标准模板（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.值班人员资质符合规定（0.1分）； | | |
| 3.值班记录符合规定（0.1分）。 | | |
| 2.2.30.6 | 非本机构执业医务人员不得单独值班。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有制度明确规定不得安排非本机构执业医务人员单独值班（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.无非本机构执业医务人员单独值班现象（0.2分）。 | | |
| 2.2.30.7 | 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历，有定期的自查与督查。 | 记录查看  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.病历中，值班人员对患者病情变化和诊疗活动的记录及时、准确、完整（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.有科室自查及整改（0.1分）； | | |
| 3.有职能部门督查和整改反馈（0.1分）。 | | |
| （三十一）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。 | | | | | | |
| 2.2.31.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院对交接班记录册的内容和格式有统一的规范要求（0.3分）； | | | 1 |
| 2.交接班记录本符合规范要求，交接班人员签名确认（0.7分）。 | | |
| 2.2.31.2 | 四级手术的患者手术当日和急危重患者必须床旁交班， 并在交接班记录中予以体现。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：临床医生、护士  现场检查 | 1.有制度规定当日四级手术和急危重患者增加床旁交班，并在值班记录上注明（0.3）； | | | 1 |
| 2.上述要求得到落实（0.7分）。 | | |
| （三十二）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。 | | | | | | |
| 2.2.32.1 | 医院和科室应当确定疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。 | 文件查阅  记录查看  访谈医生  病历检查  病案检查 | 1.医院的疑难病例讨论制度符合《医疗质量安全核心制度要点》要求，有明确的疑难病例范围界定（0.1分）； | | | 0.4 |
| 2.医生熟悉本科室的疑难病例范围（0.1分）； | | |
| 3.科室能按规范落实疑难病例讨论（0.2分）。 | | |
| 2.2.32.2 | 明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。讨论成员 专业技术职务任职资格。 | 文件查阅  访谈医生 | 1.医院制定的疑难病例讨论制度，对参加讨论的人员范围、组成和流程有明确规定，符合《医疗质量安全核心制度要点》要求（0.1分）； | | | 0.4 |
| 2.病历中体现上述规定得到落实（0.3分）。 | | |
| 2.2.32.3 | 疑难病例讨论内容专册记录，主持人需审核并签字。 | 记录查看 | 1.医院对疑难病例讨论专册的内容，格式和主持人签字有规范要求（0.1分）； | | | 0.4 |
| 2.各科室的疑难病例讨论记录册符合上述规范要求（0.3分）。 | | |
| 2.2.32.4 | 疑难病例讨论结论记入病历，定期自查与督查。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.疑难病例讨论结论记入病历，符合规范要求（0.4分）； | | | 0.8 |
| 2.有科室定期自查记录，发现问题有整改（0.2）； | | |
| 3.有职能部门定期督查记录，有反馈建议（0.2）。 | | |
| （三十三） 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。 | | | | | | |
| 2.2.33.1 | 医院和科室应当确定急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.医院的急危重患者抢救制度符合《医疗质量安全核心制度要点》要求，有明确的急危重患者范围界定（0.2分）； | | | 0.3 |
| 2.医生熟悉本科室的急危重患者范围（0.1分）。 | | |
| 2.2.33.2 | 建立抢救资源配置机制。抢救资源包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  员工操作  病案检查 | 1.医院制定明确的抢救资源配置机制，包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.相关医护人员知晓上述机制，熟悉本科室资源配置及使用（0.2分）。 | | |
| 2.2.33.3 | 建立抢救资源紧急调配机制。紧急调配机制可以包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.医院建立完善的抢救资源紧急调配机制，可以包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制（0.1分）； | | | 0.4 |
| 2.相关岗位人员熟悉上述紧急调配机制，知晓本岗位紧急调配权限和职责（0.1分）； | | |
| 3.现场证实上述机制得到落实（0.1分）； | | |
| 4.医院根据实际运行情况，对紧急调配机制定期评估和更新（0.1分）。 | | |
| 2.2.33.4 | 医院建立急危重患者相关绿色通道，明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.医院建立完善的急危重患者绿色通道相关机制，符合国家相关规范要求（0.1分）； | | | 0.5 |
| 2.医护人员知晓进入绿色通道条件及流程（0.2分）； | | |
| 3.职能部门定期评估绿色通道运行状况，根据实际情况合理调整运行机制（0.2分）。 | | |
| 2.2.33.5 | 抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历，有定期自查与督查。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.病历证实抢救记录符合《病历书写规范》相关要求（0.3分）； | | | 0.5 |
| 2.有科室自查记录，发现问题有整改（0.1分）； | | |
| 3.有职能部门督查记录，有反馈建议（0.1分）。 | | |
| （三十四） 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。 | | | | | | |
| 2.2.34.1 | 明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。 | 文件查阅  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.医院制定的术前讨论制度明确规定不同手术术前讨论形式的参加人员范围和流程，符合国家相关要求(0.1分)； | | | 0.4 |
| 2.手术病历符合上述术前讨论制度要求（0.3分）。 | | |
| 2.2.34.2 | 明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。 | 文件查阅  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.医院有明确的术前讨论流程和时间节点要求（0.1分）； | | | 0.4 |
| 2.医师知晓完成术前讨论后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书（0.1分）； | | |
| 3.手术病例符合上述要求（0.2分）。 | | |
| 2.2.34.3 | 科室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。 | 文件查阅  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.科室确定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（0.2分）； | | | 0.5 |
| 2.医师知晓本科室术前讨论范围（0.1分）； | | |
| 3.手术病历符合上述术前讨论制度要求（0.2分）。 | | |
| 2.2.34.4 | 术前讨论的结论记入病历，有定期自查与督查。 | 记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.术前讨论结论记入病历（0.3分）； | | | 0.7 |
| 2.有科室自查记录，发现问题有整改（0.2分）； | | |
| 3.有职能部门督查记录，有反馈建议（0.2分）。 | | |
| （三十五）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。 | | | | | | |
| 2.2.35.1 | 医院监测全院死亡病例发生情况并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  病历检查  病案检查 | 1.医院建立全面的死亡病例管理机制，至少包括：死亡病例讨论制度符合《医疗质量安全核心制度要点》，死亡病例数据统计，死亡病例监测（全院新生儿死亡、手术死亡、低风险死亡）与分析（0.3分）； | | | 0.8 |
| 2.临床科室能按规范开展死亡病例讨论（0.3分）； | | |
| 3.有职能部门对上述情况进行监管，并提出改进措施（0.2分）。 | | |
| 2.2.35.2 | 死亡讨论在全科范围内完成，由科主任主持死亡讨论。 | 员工访谈  记录查看  病历检查  病案检查 | 1.死亡病例讨论的范围、参加人员，符合制度规定（0.2分）； | | | 0.4 |
| 2.死亡讨论由科主任主持（0.2分）。 | | |
| 2.2.35.3 | 死亡讨论在患者死亡一周内完成，尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次讨论。 | 记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.死亡讨论在患者死亡一周内完成（0.2分）； | | | 0.4 |
| 2.尸检病例在尸检报告出具后 1 周内再次讨论(0.2分)。 | | |
| 2.2.35.4 | 死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专册记录。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.死亡病例讨论结果按规范记入病历（0.2分）； | | | 0.4 |
| 2.死亡病例讨论记录本，符合医院的统一规范模板要求（0.2分）。 | | |
| （三十六）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。 | | | | | | |
| 2.2.36.1 | 医院建立患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对。 | 文件查阅  现场检查  员工操作 | 1.医院建立规范的患者身份识别制度，明确患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对（0.1分）； | | | 0.5 |
| 2.对实施“手腕带”识别患者身份有规范要求（0.1分）； | | |
| 3.医务人员按规范执行患者身份识别，保障行为措施与预期作用对象一致（0.3分）。 | | |
| 2.2.36.2 | 有临床诊疗行为的查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节。 | 文件查阅  现场检查  员工操作 | 1.医院有明确的临床诊疗行为查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节（0.2分）； | | | 0.5 |
| 2.医务人员进行诊疗操作时，按规范执行查对，保障行为过程与预期行为过程一致（0.3分）。 | | |
| 2.2.36.3 | 建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。 | 文件查阅  现场检查  员工操作 | 1.医院有明确的医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度，符合国家标准要求（0.2分）； | | | 0.5 |
| 2.现场查看器械、设备运行状态及环境，能保障客观事物的实际情况与相关规定和标准一致（0.3分）。 | | |
| 2.2.36.4 | 药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。 | 员工访谈  现场检查 | 1.医院有明确的药品、标本等查对制度，符合国家相关规定标准要求（0.2分）； | | | 0.5 |
| 2.现场查看药品、标本等客观事物的实际情况与相关规定和标准一致（0.3分）。 | | |
| （三十七）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按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。 | | | | | | |
| 2.2.37.1 | 建立手术安全核查制度和标准化流程，手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.有手术安全核查制度和标准化流程，符合国家相关规定（0.2分）； | | | 0.8 |
| 2.被访谈人员对手术安全核查制度及核查流程知晓率达100%（0.2分）； | | |
| 3.现场查看手术医生、麻醉医生、手术护士等人员手术安全核查操作熟练，符合制度要求（0.3分）； | | |
| 4.有职能部门的定期监管、反馈及分析（0.1分）。 | | |
| 2.2.37.2 | 建立产房分娩核查制度和标准化流程。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.医院有产房分娩核查制度及流程，符合国家规定（0.1分）； | | | 0.5 |
| 2.被访谈人员对产房分娩核查制度知晓率达100%（0.1分）； | | |
| 3.抽查产房医、护、助产士等人员能熟练执行分娩核查操作，流程符合制度要求（0.3分）。 | | |
| 2.2.37.3 | 手术安全核查表纳入病历。 | 文件查阅  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.手术安全核查表有统一规定模板，符合相关规定（0.2分）； | | | 0.7 |
| 2.抽查的病历中安全核查表都纳入病历（0.5分）。 | | |
| （三十八）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。 | | | | | | |
| 2.2.38.1 | 建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1.根据手术风险和难易程度，对本院开展的所有手术分为四级，明确本院的手术分级管理目录（0.2分）； | | | 0.4 |
| 2.制定本院手术分级管理工作制度，符合国家相关规定（0.2分）； | | |
| 2.2.38.2 | 制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有根据医师技术能力和资质，对手术医师进行手术授权管理的制度（0.2分）； | | | 0.4 |
| 2.按照手术名称进行各专科手术医师授权，保障医师开展与其技术能力相适应的手术，合理调配医疗资源（0.2分）。 | | |
| 2.2.38.3 | 手术分级授权管理制度必须落实到本机构每一位医师，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。 | 文件查阅、  记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.对照医师花名册中每一名医师都有手术医师手术授权，与其实际能力相符（0.2分）； | | | 0.6 |
| 2.医师知晓本人获授权的手术级别及手术名称（0.2分）； | | |
| 3.抽查的病历体现手术名称与手术医师授权相符（0.2分）。 | | |
| 2.2.38.4 | 建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1.建立手术医师技术档案，内容至少包括：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.职能部门有完善的手术医师技术档案清单，定期更新（0.1分）； | | |
| 3.核查手术医师技术档案内容数据，与实际相符（0.1分）。 | | |
| 2.2.38.5 | 定期对手术医师的手术能力进行再评估，动态调整医师手术权限。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场查看 | 1.有定期对手术医师能力评估与再授权规定，评估内容、频度符合国家要求（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.能根据评估结果动态调整医师手术授权（0.1分）； | | |
| 3.医师手术授权院内公开，可实时查询（0.1分）。 | | |
| （三十九）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。 | | | | | | |
| 2.2.39.1 | 建立本院医疗技术临床应用目录，涵盖所有常规开展的临床诊疗项目并定期更新。 | 记录查看  员工访谈 | 1.有医院医疗技术临床应用目录，涵盖本院常规开展的所有医疗活动，并定期更新（0.3分）； | | | 0.5 |
| 2.有各专科医疗技术临床应用目录，涵盖本专业常规开展的所有医疗活动，与医院目录相符，并定期更新（0.2分）。 | | |
| 2.2.39.2 | 建立符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有明确的新技术和新项目定义、审批流程，并符合相关法律法规要求（0.3分）； | | | 1 |
| 2.在本院范围内首次应用于临床的诊断和治疗技术，都应执行审批流程（0.5分）； | | |
| 3.有职能部门监管，确保目录外项目均纳入新技术新项目的管理范围（0.2分）。 | | |
| 2.2.39.3 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：业务科室主任、医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会成员  现场检查 | 1.有制度约束，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，方可开展临床应用（0.2分）； | | | 0.5 |
| 2.确保临床开展应用的新技术新项目都经过上述委员会审核同意（0.3分）。 | | |
| （四十）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。 | | | | | | |
| 2.2.40.1 | 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围， 所有新技术和新项目实施人均有授权。 | 查阅文件  查看记录  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.医院有制度明确规定，实施新技术新项目人员应具备相应能力，并有授权（0.1分）； | | | 0.5 |
| 2.本周期内所有新技术新项目都落实上述制度（0.3分）； | | |
| 3.有职能部门定期监督检查落实情况，发现问题及时整改（0.1分）。 | | |
| 2.2.40.2 | 对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院有制度规定，新技术新项目开展前必须对可能存在的安全隐患和技术风险进行论证，并制定相应的预案等（0.2分）； | | | 0.5 |
| 2.所有新技术新项目都落实上述论证制度，并制定相应预案（0.3分）。 | | |
| 2.2.40.3 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.医院对新技术新项目临床应用进行全程追踪管理，有完善的质量控制和动态评估、确认制度（0.3分）； | | | 1 |
| 2.已开展的新技术新项目都落实上述制度（0.5分）； | | |
| 3.职能部门对新技术新项目临床应用的质量安全情况，当前管理措施的有效性进行定期评估，及时对存在的问题提出改进（0.2分）。 | | |
| （四十一）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。 | | | | | | |
| 2.2.41.1 | 制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单，包括疾病危急值清单并定期调整。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.医院有明确的危急值清单，包括可能危及患者生命的各项检查、检验结果和疾病等（0.2分）； | | | 0.4 |
| 2.危急值清单有定期调整（0.1分）； | | |
| 3.医务人员知晓本专业相关的危急值清单，知晓率达80%（0.05分），达100%（0.1分）。 | | |
| 2.2.41.2 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.医院建立适合住院和门急诊患者的危急值报告流程：院内能通畅落实，医技部门应以最快的速度通知临床和患者，以采取及时的措施抢救生命和避免造成不良后果（0.2分）； | | | 0.5 |
| 2.有外送的检验标本或检查项目存在危急值项目时，与协作机构有协议约束其履行危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值，过程可追溯（0.1分）； | | |
| 3.有符合规范要求的统一危急值记录模板（0.1分）； | | |
| 4.员工知晓管理流程和记录规范（0.1分）。 | | |
| 2.2.41.3 | 确保危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.制定的危急值处理流程中，必须明确危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟（0.2分）； | | | 0.7 |
| 2.员工熟悉上述流程（0.2分）； | | |
| 3.上述流程得到落实（0.3分）。 | | |
| 2.2.41.4 | 临床危急值信息专项（纸质或者电子）登记，患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等关键要素可追溯。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.医院有规范的临床危急值专册登记模板，项目至少包括患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等内容（0.1分）； | | | 0.4 |
| 2.落实专册登记并可追溯（0.2分）； | | |
| 3.有职能部门对危急值管理落实情况进行监管，发现问题及时改进（0.1分）。 | | |
| （四十二）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，建立门急诊及住院病历规范书写、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。 | | | | | | |
| 2.2.42.1 | 建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，建立病历质量检查、评估与反馈机制。 | 记录查看  员工访谈 | 1.有本院病历书写及管理制度，包括门急诊及住院，病历的书写、管理、质控，符合国家相关法律法规和标准要求（0.2分）； | | | 1 |
| 2.定期对各类医务人员进行病历管理相关培训（0.1分）； | | |
| 3.有科室病历质量自查，发现问题有改进（0.2分）； | | |
| 4.有职能部门定期对全院运行病历实时监管、归档病历及时检查的闭环质量管理体系，有分析反馈，促进改进（0.3分）； | | |
| 5.病案管理委员会定期对医院病历管理问题进行研讨与决策（0.2分）。 | | |
| 2.2.42.2 | 病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限。 | 文件查阅  病历检查  病案检查 | 1.医院对病历书写的格式、内容、时限等有明确的规定，符合《病历书写规范》标准要求（0.1分）； | | | 0.4 |
| 2.病历书写符合上述规范要求（0.3分）。 | | |
| 2.2.42.3 | 建立病案管理体系，落实分类编码的相关规定。 | 文件查阅  员工访谈：医师、病案编码员、病案科管理人员  病案检查 | 1.医院有明确的病案管理制度，符合国家相关法律法规要求，并及时更新（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.病案首页信息填写及分类编码符合国家相关要求（0.2分）。 | | |
| 2.2.42.4 | 有保护病历与病案及信息安全的相关制度。确保病历内容记录与修改信息可追溯。 | 文件查阅  员工访谈员  病案检查 | 1.医院有保护病历与病案信息资料安全的制度（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.医护人员知晓病历内容记录与修改的相关要求（0.1分）； | | |
| 3.有确保病历内容记录与修改信息可追溯的措施，并落实（0.1分）。 | | |
| （四十三）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。 | | | | | | |
| 2.2.43.1 | 实施电子病历的医院，建立电子病历的建立、记录、修改、使用等管理制度。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.医院对电子病历的建立、记录、修改、使用、有明确的制度要求（0.2分）； | | | 0.7 |
| 2.医护人员知晓相关规定（0.2分）； | | |
| 3.落实流程，确保电子病历符合制度规范（0.3分）。 | | |
| 2.2.43.2 | 实施电子病历的医院，建立电子病历的存储、传输等管理制度。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.医院制定电子病历的存储和传输流程等管理规定，符合国家相关要求（0.2分）； | | | 0.6 |
| 2.医护人员知晓相关规定（0.1分）； | | |
| 3.上述流程得到落实（0.3分）。 | | |
| 2.2.43.3 | 实施电子病历的医院，建立电子病历的质控、安全等级保护等管理制度。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.医院有电子病历的质控和安全等级保护管理制度，符合国家相关法律法规要求（0.2分）； | | | 0.7 |
| 2.落实电子病历质控管理（0.2分）； | | |
| 3.安全等保达到2级（0.1分），达到3级（0.2分），达到4级及以上（0.3分）。 | | |
| （四十四）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。 | | | | | | |
| 2.2.44.1 | 建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.有本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程，符合国家《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定（0.2分）； | | | 0.6 |
| 2.医务人员知晓上述制度（0.1分）； | | |
| 3.上述制度在全院范围内得到落实（0.3分）。 | | |
| 2.2.44.2 | 建立本院抗菌药物临床应用的管理制度和具体操作流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：药学部主任、药师、临床医生  病历检查  病案检查 | 1.有完善的抗菌药物临床应用全流程监管机制，符合国家抗菌药物临床合理应用原则（0.1分）； | | | 0.6 |
| 2.医护人员熟悉抗菌药物使用前微生物送检、术前预防性抗菌药物使用，抗菌药物应用的病程记录等各项操作流程（0.1分）； | | |
| 3.有科室自查，职能部门督查，分析（0.2分）； | | |
| 4.抗菌药物使用率及使用强度达到国家相关要求的90%（0.1分）， 100%达到要求（0.2分）。 | | |
| 2.2.44.3 | 确定抗菌药物分级管理目录，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：药学部主任、药师、临床医生  病历检查  病案检查 | 1.有本院抗菌药物分级管理制度，符合国家有关规定（0.1分）； | | | 0.4 |
| 2.有明确的抗菌药物的分级目录，分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级，符合国家相关分级规范（0.1分）； | | |
| 3.员工熟悉上述分级相关要求（0.2分）。 | | |
| 2.2.44.4 | 确定医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：药学部主任、药师、临床医生  病历检查  病案检查 | 1.有明确的医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整（0.2分）； | | | 0.4 |
| 2.医师熟知本人抗菌药物处方权限及会诊权限（0.1分）； | | |
| 3.所有特殊使用级抗菌药物的应用都有相应会诊记录，且符合规范要求（0.1分）。 | | |
| （四十五）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医院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。 | | | | | | |
| 2.2.45.1 | 建立临床用血管理委员会或工作组，成员由医务部门、输血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部门、手术室等部门负责人组成，有职责、工作计划、工作记录。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有临床用血管理委员会，人员组成符合国家相关规定。成员工作变动时能及时更新名单，保持与实际工作相符（0.2分）； | | | 0.5 |
| 2.有明确的委员会职责及人员分工职责，有每年度工作计划并落实（0.1分）； | | |
| 3.委员会工作记录完整，会议纪要有公示，决议有执行（0.2分）。 | | |
| 2.2.45.2 | 制定临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.按照国家有关规定，制定临床用血管理制度，包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应证判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节，并全程记录，保障信息可追溯（0.3分）； | | | 0.8 |
| 2.健全临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程（0.1分）； | | |
| 3.医务人员知晓用血审核制度，知晓率90%以上（0.1分）； | | |
| 4.上述制度与流程得到落实（0.3分）。 | | |
| 2.2.45.3 | 建立保障急救用血治疗的机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.急救用血管理制度符合国家相关要求，流程合理（0.2分）； | | | 0.7 |
| 2.有措施保障急救用血治疗的需要（0.3分）； | | |
| 3.有职能部门定期监管与评估，证实急救保障能力不断提高（0.2分）。 | | |
| （四十六）建立信息安全管理制度。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技术保障体系。 | | | | | | |
| 2.2.46.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：院长，信息科长 | 1.医院信息管理制度中，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（0.1分）； | | | 0.3 |
| 2.医院主要负责人履行信息安全管理第一责任人职责（0.2分）。 | | |
| 2.2.46.2 | 建立全面的信息安全管理制度，从组织结构、责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等建立制度体系。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：院长，信息管理组织成员，信息科长，信息科员工，医务人员  现场检查  员工操作 | 1.医院有全面的信息安全管理制度，有信息安全管理组织架构、明确责任分工、确定安全管理范围、信息访问权限，有信息系统应急处置预案等（0.3分）； | | | 0.6 |
| 2.员工知晓本人相关的信息安全职责与权限（0.3分）。 | | |
| 2.2.46.3 | 建立完整的信息安全技术体系，从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理。 | 记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.信息安全技术体系完整，能够从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理（0.3分）； | | | 0.6 |
| 2.有定期对上述体系运行状况的评估与改进，持续提高安全管理能力（0.3分）。 | | |
| 2.2.46.4 | 建立应急响应机制，定期评估信息安全风险，定期开展信息安全应急演练。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.有信息系统应急响应机制（0.1分）； | | | 0.5 |
| 2.员工知晓应急预案（0.1分）； | | |
| 3.对信息安全风险有定期评估，及时改进（0.1分）； | | |
| 4.定期开展应急演练（0.1分）； | | |
| 5.能根据风险评估结果和应急演练情况，更新预案（0.1分）。 | | |
| （四十七） 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。 | | | | | | |
| 2.2.47.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有患者诊疗信息安全管理制度（0.2分）； | | | 0.7 |
| 2.有具体落实措施（0.3分）； | | |
| 3.有监管与改进（0.2分）。 | | |
| 2.2.47.2 | 对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.遵循合法、依规、正当、必要原则对员工使用患者诊疗信息进行授权，有授权目录（0.2分）； | | | 0.7 |
| 2.员工岗位或职能变动时，能及时更新授权（0.1分）； | | |
| 3.员工知晓本人权限并严格执行（0.2分）； | | |
| 4.对授权执行情况，有管理部门定期巡查，监督，发现问题有反馈与处理（0.2分）； | | |
| 5.发现有出售或违规擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息的，本款不得分。 （？） | | |
| 2.2.47.3 | 为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有方便员工依法使用患者诊疗信息的措施、途径和方法（0.2分）； | | | 0.6 |
| 2.能有效防止不当使用的措施（0.2分）； | | |
| 3.有管理部门定期巡查与监督，发现问题及时处理（0.2分）。 | | |

**三、医疗技术临床应用管理（34分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （四十八）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。 | | | | |
| 2.3.48.1 | 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。 | 文件查阅  现场检查 | 1.医院开展的限制类技术备案符合要求（0.1分）； | 0.5 |
| 2.医院有根据服务能力和诊疗科目许可制定本院的医疗技术目录（0.1分）； |
| 3.现场复核人员资质符合医院开展的各类医疗技术要求（0.1分）； |
| 4.现场复核设备设施符合医院开展的各类医疗技术要求（0.1分）； |
| 5.现场复核场地符合医院开展的各类医疗技术要求（0.1分）。 |
| 2.3.48.2 | 医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济原则，并在实际工作中予以体现。 | 文件查阅  记录查看 | 1.已开展和新开展的医疗技术有风险预警机制（0.2分）； | 1 |
| 2.已开展和新开展的医疗技术有医疗技术损害处置预案（0.2分）； |
| 3.针对每一项新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等有追踪和评价（0.6）。 |
| 2.3.48.3 | 医院开展医疗技术服务符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则。 | 记录查看  病历检查 | 1.每1项新技术、新项目或涉及伦理的医疗技术（重点是器官移植、产前诊断、生殖等）开展前均有伦理审核（0.2分）； | 0.5 |
| 2.涉及伦理问题的病历有伦理讨论情况记载（0.3分）。 |
| （四十九）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。 | | | | |
| 2.3.49.1 | 在医疗质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员组成。 | 文件查阅 | 1.医疗质量管理委员会下设医疗技术临床应用管理委员（0.5分）； | 1 |
| 2.医疗技术临床应用管理委员会人员组成和职责符合要求（0.3分）； |
| 3.委员会根据医院人事变动、政策变化等进行相应调整、更新（0.2分）。 |
| 2.3.49.2 | 医疗技术临床应用管理专门组织履行医疗技术临床应用管理职责，有工作计划、工作记录，可追溯。 | 记录查看 | 1.医疗技术临床应用管理委员会有年度工作计划（0.1分）； | 1 |
| 2.每年医疗技术临床应用委员会不少于两次且会议资料齐全（0.2分）； |
| 3.医务部门有落实每次委员会决策的工作记录（0.2分）； |
| 4.医务部门有医疗技术临床应用日常管理记录、分析总结（0.4分）； |
| 5.评审周期内有案例或数据体现持续改进（0.1分）。 |
| （五十）医院开展医疗技术临床应用应当符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守临床应用管理规范。 | | | | |
| 2.3.50.1 | 医院开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。 | 文件查阅 | 医院开展的每项医疗技术均有对应的诊疗科目，特别是限制类技术（0.2分）。 | 0.2 |
| 2.3.50.2 | 开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。 | 文件查阅 | 1.查阅医疗技术人员档案，开展相关医疗技术人员符合资质要求（0.2分）； | 0.4 |
| 2.评审周期内，开展相关医疗技术人员有动态院内授权记录（0.2分）。 |
| 2.3.50.3 | 开展相关医疗技术的设备、设施功能完好、符合要求。 | 现场查看 | 1.医院开展的每项医疗技术所需设备、设施符合要求（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医院开展的每项医疗技术所需设备、设施功能完好（0.2分）。 |
| 2.3.50.4 | 建立医疗技术临床应用质量控制体系，有医疗技术实施路径或操作规范，有医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈，持续改进。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医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（0.1分）； | 0.6 |
| 2.医院制定有医疗技术临床应用质量管理的指标（0.1分）； |
| 3.医务部针对医疗技术质量管理指标落实督导检查并整改存在问题（0.2分）； |
| 4.医务部门根据质量管理指标展开定期分析（0.1分）； |
| 5.评审周期内，有案例或数据体现持续改进（0.1分）。 |
| 2.3.50.5 | 遵守相关技术临床应用管理规范。 | 员工访谈：相关技术医务人员  数据核查 | 1.每位员工知晓医疗技术临床应用管理规范（0.2分）； | 0.4 |
| 2.核查医疗技术临床应用管理指标相关数据，可溯源（0.2分）。 |
| （五十一）医院开展限制类技术，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。 | | | | |
| 2.3.51.1 | 医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对医院、开展人员，技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有限制类医疗技术管理规定（0.2分）； | 1 |
| 2.每项限制类技术有自我评估资料且内容齐全（0.6分）； |
| 3.每位员工知晓限制类医疗技术管理规定（0.2分）。 |
| 2.3.51.2 | 自我评估结果报医疗技术临床应用管理专门组织审核。 | 文件查阅 | 每一项限制类医疗技术有医疗技术临床应用管理组织审核记录（0.5分）。 | 0.5 |
| 2.3.51.3 | 开展首例临床应用后15个工作日向卫生健康行政部门完成备案程序。 | 记录查看 | 评审周期内，新开展的限制类技术开展首例后在规定时限内完成备案（0.5分）。 | 0.5 |
| （五十二）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。 | | | | |
| 2.3.52.1 | 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，不得应用于临床。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查 | 1.医院新开展的医疗技术临床应用审批流程包含伦理委员会审查环节（0.5分）； | 2 |
| 2.已开展的医疗技术临床应用特别是限制类技术、器官移植、产前诊断、生殖等，有伦理审查意见（0.5分）； |
| 3.抽查相关医疗技术病历，规范开展伦理审查并记录（0.5分）； |
| 4.员工知晓未经伦理审查的医疗技术不得应用临床（0.5分）。 |
| （五十三）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。 | | | | |
| 2.3.53.1 | 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。 | 文件查阅 | 1.有医疗技术临床应该管理目录（0.3分）； | 1 |
| 2.目录覆盖所有医疗技术（0.3分）； |
| 3.评审周期内，管理目录体现动态更新（0.4分）。 |
| 2.3.53.2 | 对医疗技术临床应用管理目录内的手术进行分级管理， 有手术分级目录，并根据手术开展情况定期调整。 | 文件查阅  病历检查  病案检查 | 1.医院有手术分级管理制度（0.2分）； | 1 |
| 2.医院制定有适合本院的手术分级管理目录（0.2分）； |
| 3.手术分级管理目录定期调整（0.2分）； |
| 4.病历病案检查手术开展情况与定期调整目录相符（0.4分）。 |
| （五十四）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、培训情况予以或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。 | | | | |
| 2.3.54.1 | 建立医师手术授权制度，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。 | 文件查阅  员工访谈：各科室各级医师  病历检查  病案检查 | 1.有手术医师资质与授权管理相关制度（0.2分）； | 1 |
| 2.评审周期内，实行手术授权管理明确到级到项目（0.2分）； |
| 3.有紧急状态下的越级手术审核制度（0.2分）； |
| 4.抽问每一位医师知晓手术授权管理制度（0.2分）； |
| 5.核实出院病历，无违规越级手术（0.2分）。 |
| 2.3.54.2 | 建立动态管理制，明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有动态管理手术授权制度，体现取消和增加授权情形（0.2分）； | 0.5 |
| 2.抽查评审周期内医师的授权档案完整，内容包括但不限于医师的专业能力、临床工作开展情况、手术质量与安全指标、专业技能培训等（0.2分）； |
| 3.评审周期内，每两年完成再授权一次（0.1分）。 |
| 2.3.54.3 | 建立医师手术质量监测机制，供定期调整授权时参考、决策。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制定手术质量评价监测机制（0.2分）； | 0.5 |
| 2.主管部门落实评价监测，有手术质量定期评价分析记录（0.2分）； |
| 3.评审周期内，体现运用评价结果动态授权管理（0.1分）。 |
| （五十五）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。 | | | | |
| 2.3.55.1 | 建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于：准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.建立每位医务人员医疗技术临床应用管理档案（0.3分）； | 1 |
| 2.档案内容符合要求（0.3分）； |
| 3.档案管理每年动态更新（0.2分）； |
| 4.员工知晓医疗技术临床应该管理档案内容（0.2分）。 |
| 2.3.55.2 | 医疗技术临床应用管理档案纳入个人专业技术档案管理。 | 文件查阅  现场检查  数据核查 | 1.个人专业技术档案包含医疗技术临床应用管理档案（0.5分）； | 1 |
| 2.医疗技术临床应用管理档案可查询（0.5分）。 |
| （五十六）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，应当组织开展医疗技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。 | | | | |
| 2.3.56.1 | 建立医疗技术临床应用论证制度。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.建立有医疗技术临床应用论证制度（0.2分） | 1 |
| 2.医疗技术临床应用论证内容齐全，包括但不限于准入、申报、审批、 反馈、退出等流程，针对可能存在的风险制定处置预案等（0.2分）； |
| 3.每一名医务人员知晓论证制度（0.2分）； |
| 4.科室首次开展技术落实论证制度（0.4分）。 |
| 2.3.56.2 | 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。 | 记录查看 | 提供医疗技术管理委员会对首次应用的医疗技术能力和安全保障能力进行论证的相关资料（0.5分）。 | 0.5 |
| 2.3.56.3 | 本院首次应用的医疗技术通过伦理审查。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.提供医疗伦理委员会对首次应用的医疗技术伦理相关问题进行审查通过的相关资料（0.3分）；  2.病历病案显示首次应用医疗技术已通过伦理审查（0.2分）。 | 0.5 |
| （五十七）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。 | | | | |
| 2.3.57.1 | 建立医疗技术临床应用评估制度。 | 文件查阅 | 有医疗技术临床应用评估制度（0.2分）。 | 0.2 |
| 2.3.57.2 | 对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估(适应症和禁忌症、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故)、环境评估和设备设施评估等。 | 记录查看  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.有限制类技术重点评估记录，内容包括患者、环境、设备设施三方面（0.4分）； | 0.7 |
| 2.复核相关限制类技术病历符合评估记录（0.3分）。 |
| 2.3.57.3 | 遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，评估指标量化。 | 文件查阅  员工访谈  记录查看  数据核查 | 1.有医疗技术临床应用评估量化指标（0.2分）； | 0.6 |
| 2.员工知晓医疗技术临床应用评估内容及量化指标（0.2分）； |
| 3.主管部门履行监管职责，通过量化指标进行监管，有记录（0.2分）。 |
| 2.3.57.4 | 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、医疗技术临床应用管理要求。 | 文件查阅 | 1.主管部门将评估结果运用在医疗技术临床应用管理目录调整上（0.2分）； | 0.5 |
| 2.主管部门将评估结果运用在医师医疗技术授权上（0.3分）。 |
| （五十八）建立医疗质量控制指标，加强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信息收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量。 | | | | |
| 2.3.58.1 | 建立医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。 | 文件查阅 | 1.建立医疗技术临床应用质量控制相关制度（0.2分）； | 0.4 |
| 2.制度覆盖医疗技术临床应用全过程（0.2分）。 |
| 2.3.58.2 | 以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，需符合国家和省级管理要求。 | 文件查阅 | 1.限制类技术有医疗质量控制指标（0.2分）； | 0.4 |
| 2.质量控制指标符合国家和省级要求（0.2分）。 |
| 2.3.58.3 | 根据医院开展的医疗技术，制定科室医疗技术临床应用质控指标，关注本科室日常开展的医疗技术。 | 记录查看  员工访谈：各科室医务人员 | 1.医疗技术临床应用质控指标落实到科室（0.2分）； | 0.7 |
| 2.医务人员知晓本科室医疗技术质控指标（0.2分）； |
| 3.科室根据指标情况针对相关技术进行自查、分析，有记录（0.2分）； |
| 4.评审周期内，科室数据、案例体现持续改进（0.1分）。 |
| 2.3.58.4 | 加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。 | 现场检查  记录查看  数据核查 | 1.信息系统支持医疗技术质量控制指标数据收集与分析，且数据准确（0.2分）； | 0.5 |
| 2.主管部门对指标数据有监管、分析记录（0.2分）； |
| 3.评审周期内，数据体现持续改进（0.1分）。 |
| （五十九）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的建设和培养。 | | | | |
| 2.3.59.1 | 建立医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、 培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有医疗技术临床应用规范化培训制度（0.2分）； | 1 |
| 2.有培训大纲、培训计划、考核标准（0.2分）； |
| 3.培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习（0.2分）； |
| 4.落实医疗技术考核，有记录（0.4分）。 |
| 2.3.59.2 | 重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养， 进行管理学理论及方法的培训，强化自我管理意识，提高管理水平和技能。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：访谈医疗技术管理人员 | 1.有医疗技术管理人才培训计划（0.2分）； | 1 |
| 2.员工知晓医院医疗技术管理人才培训计划（0.3分）； |
| 3.提供管理人才培训实施材料（0.5分）。 |
| （六十）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。 | | | | |
| 2.3.60.1 | 限制类技术目录、手术分级管理目录纳入医院院务公开范围，接受社会监督。 | 现场检查  文件查阅  记录查看 | 1.医院通过多种形式包括但不限于网站、电子屏幕向社会公开医院限制类技术目录、手术分级目录（0.5分）； | 1 |
| 2.及时更新信息（0.5分）。 |
| 2.3.60.2 | 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。 | 现场检查  文件查阅  记录查看 | 1.公开限制类技术在医院开展的科室及人员资质情况（0.5分）； | 1 |
| 2.及时更新信息（0.5分）。 |
| （六十一）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。 | | | | |
| 2.3.61.1 | 按照规定，出现以下情形时应立即停用:被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术；从事该项医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果的；该项医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或伦理问题； 或者发生与技术相关的严重不良后果的；发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或存在重大质量、安全、或伦理缺陷的。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.出现相关情形下停止使用医疗技术临床应用的相关制度（0.3分）； | 1 |
| 2.开展相关培训且培训资料齐全（0.3分）； |
| 3.医务人员知晓相关内容包括：在医疗技术临床应用过程中出现不良事件应按规定程序报告；属于规定中需立即停止情形的，应立即停止该项医疗技术的临床应用，并向医院主管部门报告（0.4分）。 |
| 2.3.61.2 | 前款停用的医疗技术，属于限制类技术的，上报省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案，并向社会公示。 | 记录查看  病历检查：停用技术相关病历  病案检查 | 1.医院如有停用限制类医疗技术，复核该停用技术相关病历未再开展（0.4分）； | 1 |
| 2.停用的限制类技术及时上报省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案（0.3分）； |
| 3.有停用的限制类技术主动向社会公示的资料（0.3分）。 |
| （六十二）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。 | | | | |
| 2.3.62.1 | 有上报机制，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。 | 文件查阅  员工访谈：访谈开展限制类技术科室医务人员 | 1.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（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医务人员熟知上报制度和要求（0.2分）。 |
| 2.3.62.2 | 建立数据信息内部验证机制，确保数据真实，符合上报要求。 | 文件查阅  记录查看  病案检查  数据核查 | 1.有数据信息内部验证自查机制（0.2分）； | 1 |
| 2.科室对信息上报有自查记录（0.3分）； |
| 3.医院流程或工作记录体现院科两级审核数据工作（0.3分）； |
| 4.病案检查证实数据真实（0.2分）。 |
| 2.3.62.3 | 对上报情况定期进行分析反馈，持续改进上报质量。 | 记录查看  文件查阅 | 1.科室对数据上报情况有总结分析及整改（0.2分）； | 0.5 |
| 2.主管部门对数据上报情况有总结分析、反馈（0.2分）； |
| 3.评审周期内，有数据或案例显示上报质量持续改进（0.1分）。 |
| （六十三）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并向社会公开，同时履行备案程序。 | | | | |
| 2.3.63.1 | 承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，应当满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件。 | 文件查阅  现场检查 | 医院的师资、设备、设施、场地等条件，符合自治区规定的限制类技术临床应用规范化培训工作条件（0.5分）。 | 0.5 |
| 2.3.63.2 | 制定培训方案，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，并向社会公开。 | 文件查阅  员工访谈：参加培训工作的管理人员和医务人员  现场检查 | 1.制定培训方案（0.2分）； | 1 |
| 2.培训内容齐全，包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等（0.2分）； |
| 3.每一名员工知晓培训管理要求、方案、流程（0.4分）； |
| 4.培训方案通过医院网站向社会公示（0.2分）。 |
| 2.3.63.3 | 及时履行备案程序。 | 文件查阅 | 查阅在首次发布招生公告之日起3个工作日内，按照规定及时备案成功的相关资料（0.5分）。 | 0.5 |
| （六十四）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，需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。 | | | | |
| 2.3.64.1 | 为限制类技术临床应用规范化培训工作制定规章制度及流程，明确相关职责和管理要求。 | 文件查阅 | 1.有限制类技术临床应用规范化培训工作规章制度及流程（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有明确专人负责（0.1分）； |
| 3.有岗位职责或管理要求（0.2分）。 |
| 2.3.64.2 | 按照培训方案和计划开展培训工作，按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，制定培训方案和计划，培训教材和大纲要满足培训要求，保障培训质量。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制定培训方案和计划符合国家或自治区的培训标准和要求（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有保障培训质量的措施(0.1分)； |
| 3.主管部门针对培训质量进行督查、总结、分析并记录（0.2分）； |
| 4.有数据或案例体现培训质量持续改进（0.1分）。 |
| 2.3.64.3 | 考核包括过程考核和结业考核，过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。 | 文件查阅  记录查看  员工操作 | 1.医院有过程考核和结业考核方案，且内容齐全（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有考核方案具体实施材料（0.2分）； |
| 3.抽考参加培训人员熟练掌握临床实践技能（0.2分）。 |
| 2.3.64.4 | 加强学员管理，建立学员培训档案，档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。 | 文件查阅 | 1.建立有学员培训档案（0.2分）； | 0.4 |
| 2.档案内容齐全（0.2分）。 |

**四、医疗安全风险防范（14分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （六十五）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。 | | | | |
| 2.4.65.1 | 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，明确相关部门职责。 | 文件查阅 | 1.有医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告制度（0.2分）； | 0.4 |
| 2.有负责部门及工作职责（0.2分）。 |
| 2.4.65.2 | 有不良事件分类目录，员工知晓。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有不良事件分类分级管理制度，有目录（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医院员工知晓不良事件分类情况（0.2分）。 |
| 2.4.65.3 | 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，鼓励主动上报医疗质量（安全）不良事件，建立激励机制。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院有鼓励主动上报不良事件的激励机制（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医院有数据或案例体现落实激励机制（0.2分）。 |
| 2.4.65.4 | 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。 | 记录查看  现场检查 | 1.主管部门针对不良事件及管理缺陷有分析总结记录（0.2分）； | 0.4 |
| 2.信息共享，分析总结信息做到全院可及可看（0.2分）。 |
| 2.4.65.5 | 建立持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1.有持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制（0.2分）； | 0.4 |
| 2.评审周期内，有数据或案例体现医院通过不良事件持续改进医疗质量（0.2分）。 |
| （六十六）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、评价，及时消除隐患。 | | | | |
| 2.4.66.1 | 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，有医疗风险管理方案并定期修订。 | 文件查阅 | 1.有医疗风险管理方案（0.3分）； | 0.5 |
| 2.定期修订方案（0.2分）。 |
| 2.4.66.2 | 识别、评估医院内部存在的医疗风险点，根据负性事件发生的概率、严重性等指标对医疗风险进行分级。 | 文件查阅 | 1.医疗风险管理方案能够识别、评估内部医疗风险点(0.3分)； | 0.5 |
| 2.对医疗风险点进行分级管理（0.2分）。 |
| 2.4.66.3 | 员工知晓本部门及本岗位医疗风险，并有针对性的风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、预警、控制、避让和风险分担等措施 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定各部门各岗位医疗风险防控措施（0.2分）； | 0.5 |
| 2.针对防控措施开展院内培训，培训资料齐全（0.1分）； |
| 3.抽查员工知晓本部门本岗位的医疗风险及防范措施（0.2）。 |
| 2.4.66.4 | 定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。 | 记录查看 | 1.主管职能部门定期检查防控措施落实情况，有记录（0.3分）； | 0.5 |
| 2.有案例显示通过分析整改消除隐患（0.2分）。 |
| （六十七）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。 | | | | |
| 2.4.67.1 | 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程 | 文件查阅 | 有医患沟通制度、投诉管理制度、投诉处置流程（0.5分）。 | 0.5 |
| 2.4.67.2 | 设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开 | 现场检查  记录查看 | 1.设置有专职部门负责接待投诉（0.2分）； | 0.5 |
| 2.针对每例投诉均有及时回复（0.2分）； |
| 3.投诉渠道向社会公开（0.1分）。 |
| 2.4.67.3 | 对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。 | 文件查阅  记录查看：  患者访谈 | 1.投诉处置有明确时限规定（0.2分）； | 0.5 |
| 2.每例投诉有回复患者处置结果的记录且未超时（0.3分）。 |
| 2.4.67.4 | 定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育，持续改进医疗质量安全。 | 记录查看 | 1.主管部门有定期分析记录，寻找共性问题（0.2分）； | 0.5 |
| 2.定期开展典型案例警示教育，有记录（0.2分）； |
| 3.评审周期内，有案例或数据体现医疗质量安全持续改进（0.1分）。 |
| （六十八）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，定期评估相相关事件，及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。 | | | | |
| 2.4.68.1 | 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，有报告流程并落实。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有药品、医疗器械不良事件监测报告制度及报告流程（0.5分）； | 1 |
| 2.评审周期内，每年上报例数符合要求（0.5分）。 |
| 2.4.68.2 | 定期评估相关事件并及时反馈临床。 | 记录查看  现场检查 | 1.主管部门有定期评估相关事件的总结报告（0.3分）； | 0.5 |
| 2.评估报告及时反馈给临床（0.2分）。 |
| 2.4.68.3 | 按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯 | 现场检查  数据核查 | 1.按照规定向相关部门上报不良反应（0.3分）； | 0.5 |
| 2.可在上报系统追溯（0.2分）。 |
| （六十九）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。 | | | |  |
| 2.4.69.1 | 制定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，纳入相关疾病诊疗规范并落实。 | 查阅文件  病历检查  病案检查 | 1.制定有深静脉血栓防治管理组织、管理制度与防治手册（0.4分）； | 1 |
| 2.成立深静脉血栓快速反应团队或专家会诊团队（0.1分）； |
| 3.每份高危患者病历相关疾病诊治过程有血栓风险评估表及根据评估风险等级落实防治处置（0.5分）。 |
| 2.4.69.2 | 开展全员相关培训，员工知晓。 | 记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.开展VTE防治培训，资料齐全包括但不限于签到、培训课件、照片、培训总结（0.4分）； | 1 |
| 2.抽查VTE防治核心科室如骨科、妇科、肿瘤科、血管外科、重症科等医护人员10人次，每名医护知晓防治制度流程或相关操作（0.6分）。 |
| （七十）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应急救护机制保障全院任何域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。 | | | | |
| 2.4.70.1 | 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。 | 文件查阅 | 1.有院内高风险意外事件的应急措施和救治机制、处置预案与流程（0.3分）； | 0.5 |
| 2.保障区域覆盖全院（0.2分）。 |
| 2.4.70.2 | 定期开展应对高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求，对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。 | 记录查看  员工操作  员工访谈 | 1.医院定期开展高风险意外事件应急演练，演练资料齐全包括但不限于签到、照片、演练脚本、总结等（0.2分）； | 1.2 |
| 2.对员工高风险意外事件处置能力开展培训、考核有记录（0.2分）； |
| 3.每名员工知晓高风险意外事件处置流程（0.4分）； |
| 4.每名员工掌握抢救技能，如：心肺复苏（0.4分）。 |
| 2.4.70.3 | 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。 | 现场检查 | 现场检验紧急救治能力覆盖全院区域（0.3分）。 | 0.3 |
| （七十一）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。 | | | | |
| 2.4.71.1 | 制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。 | 查阅文件  记录查看  病历检查  病案检查 | 1.制定有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度（0.2分）； | 0.9分 |
| 2.相关科室开展制度培训，培训资料齐全，包括但不限于签到、培训课件、照片、考核总结（0.2分）； |
| 3.每份产科病历遵照制度、技术规范落实工作（0.5分）。 |
| 2.4.71.2 | 根据法律法规和行业规范要求，制定分娩技术规范及流程，以控制分娩疼痛和减少分娩损伤。 | 查阅文件  记录查看 | 1.有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的技术规范和流程（0.2分）； | 0.4 |
| 2.相关科室有技术规范及流程培训，培训资料齐全，包括但不限于签到、培训课件、照片、考核总结（0.2分）。 |
| 2.4.71.3 | 制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，分析相关因素并持续改进。 | 查阅文件  记录查看  数据核查 | 1.制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标（0.2分）； | 0.7 |
| 2.科室有针对质控指标进行总结分析记录（0.2分）； |
| 3.主管部门定期督导检查，分析、反馈指标情况（0.2分）； |
| 4.评审周期内，有数据或案例体现持续改进（0.1分）。 |

**五、诊疗质量保障与持续改进（59分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （七十二）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、急诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施。 | | | | |
| 2.5.72.1 | 门、急诊布局注重“以患者为中心”的宗旨，并符合相关规定，能满足临床管理工作。 | 文件查阅  现场检查 | 1.医院门急诊平面图，门急诊分区布局符合规定（0.1分）； | 0.6 |
| 2.门、急诊药房、收费、辅助检查等功能区分布合理，距离半径较短（0.3分）； |
| 3.发热门诊设置在独立区域（0.2分）。 |
| 2.5.72.2 | 急诊科诊室入口应当通畅，有醒目的路标和标识，并设有救护车通道和专用停靠处。 | 现场检查 | 1.急诊科诊室标识、指引路标清晰醒目（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有救护车通道和专用停车位（0.1分）； |
| 3.有专人巡查，保持急诊科诊室入口和救护车通道通畅，专用车位不被其他车辆占用（0.2分）。 |
| 2.5.72.3 | 建立门、急诊管理制度和工作流程，并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有门、急诊管理制度和工作流程，并培训（0.2分）； | 0.6 |
| 2.员工对相应工作流程不熟悉扣 0.01 分/人（0.2分）； |
| 3.对制度流程执行情况，有职能部门监管记录（0.2分）。 |
| 2.5.72.4 | 制定门、急诊突发应急事件处置预案并组织实施。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定门、急诊突发应急事件处置预案（0.2分）； | 0.8 |
| 2.有培训和演练记录（0.2分）； |
| 3.员工对预案不熟悉，扣0.01分/人（0.2分）； |
| 4.有突发应急事件处置的记录（0.2分）。 |
| （七十三）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。 | | | | |
| 2.5.73.1 | 根据门、急诊就诊患者流量配备适宜数量的门、急诊专业人员和技术力量，满足门、急诊患者医疗需求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有每日各诊室、收费、药房、辅助检查等部门的患者数量统计（0.2分）； | 0.8 |
| 2.门、急诊岗位设置和人员安排（0.2分）； |
| 3.患者等候时间在合理范围（0.2分）； |
| 4.有资料体现根据患者流量调整门急诊工作人员数量（0.2分）。 |
| 2.5.73.2 | 对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.制定门、急诊人员技术和技能专业培训培训计划（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有门、急诊人员技术和技能专业培训记录（0.2分）； |
| 3.员工现场考核不合格，扣0.01分/人（0.2分）； |
| 2.5.73.3 | 有针对门、急诊就诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制及应急预案 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定相应机制和预案，并培训（0.2分）； | 0.6 |
| 2.员工对预案不熟悉，扣0.01分/人（0.2分）； |
| 3.实施紧急调配预案的记录完整（0.2分）。 |
| 2.5.73.4 | 定期分析门、急诊流量和突发事件情况，及时调整门、急诊医疗资源配备。 | 记录查看  员工访谈 | 1.定期分析门、急诊流量和突发事件情况（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有记录体现根据分析总结，调整门、急诊医疗资源配备（0.3分）。 |
| （七十四）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。 | | | | |
| 2.5.74.1 | 制定预检分诊制度，完善预检分诊流程，对急诊患者进行分级管理，实施分类救治。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.制定预检分诊制度和流程，并培训（0.3分）； | 0.8 |
| 2.急诊患者实施分级管理（0.2分）； |
| 3.预检分诊人员熟悉制度和流程（0.3分）。 |
| 2.5.74.2 | 通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定传染病、发热患者预检分诊流程（0.3分）； | 1 |
| 2.设置预检分诊点，严格实施传染病、发热患者预检分诊（0.3分）； |
| 3.传染病、发热患者未经预检分诊直接到专科就诊，扣0.02分/人次（0.2分）； |
| 4.有职能部门监管记录（0.2分）。 |
| 2.5.74.3 | 规范设置预检分诊场所，通风良好，相对独立，标识导向醒目易懂。 | 现场检查 | 1.预检分诊点设在门、急诊患者必经道路，标识导向清晰（0.2分）； | 0.4 |
| 2.预检分诊点位置相对独立，通风良好（0.2分）。 |
| 2.5.74.4 | 分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品，工作人员采取必要的防护措施，有快速鉴别病情的相关医疗设备。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.分诊台有消毒隔离和个人防护用品清单（0.2分）； | 0.8 |
| 2.消毒隔离物品和个人防护用品配备齐全，定期更新（0.2分）； |
| 3.工作人员按要求实施个人防护（0.4分）。 |
| （七十五）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。 | | | | |
| 2.5.75.1 | 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围 | 文件查阅  记录查看 | 1.设立门急诊质量指标，并纳入质量管理体系（0.4分）； | 0.8 |
| 2.职能部门定期反馈的门、急诊质量指标（0.4分）。 |
| 2.5.75.2 | 把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。 | 记录查看  员工访谈 | 1.门、急诊工作质量指标定期统计、分析、反馈（0.4分）； | 1.2 |
| 2.门、急诊工作质量与科室、个人绩效考核成绩挂钩（0.4分）； |
| 3.职能部门监管有记录（0.4分）。 |
| （七十六）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。 | | | | |
| 2.5.76.1 | 建立针对急危重患者的院内急诊、住院（含处置）和转诊的绿色通道机制，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1.制定急诊绿色通道相关制度和流程（0.2分）； | 0.4 |
| 2.制度、流程涵盖院前急救、院内急诊与住院或转诊等全过程。涉及病种、流程、财务和标识等内容（0.2分）。 |
| 2.5.76.2 | 员工知晓绿色通道的实施范围及流程，并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.开展急诊绿色通道相关制度和流程培训（0.3分）； | 1 |
| 2.医护人员对急诊绿色通道制度及流程不熟悉，扣0.01分/人（0.2分）； |
| 3.绿色通道的实施记录完整（0.5分）。 |
| 2.5.76.3 | 有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1.制定为急危重症患者住院备床、备手术室的制度（0.2分）； | 0.6 |
| 2.评审周期内ICU每日病床使用率不超过100%（0.2分）； |
| 3.评审周期内手术间每日使用率不超过100%（0.2分）； |
| 2.5.76.4 | 定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。 | 记录查看 | 1.绿色通道的登记管理资料完整（0.3分）； | 1 |
| 2.定期汇总、分析、总结（0.3分）； |
| 3.职能部门定期监管（0.2分）； |
| 4.绿色通道流程、实施效果持续改进（0.2分）。 |
| （七十七）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。 | | | | |
| 2.5.77.1 | 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种的服务规范和流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.有急危重症救治服务规范和流程相关资料（0.4分）； | 1 |
| 2.急危重症患者院前及入院后的救治记录完整，严格按服务规范执行（0.4分）； |
| 3.急诊科、相关科室医务人员不熟悉流程（扣0.02分/人）（0.2分）。 |
| 2.5.77.2 | 有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.高危孕产妇及新生儿的服务规范和流程相关资料（0.4分）； | 1 |
| 2.高危孕产妇及新生儿救治记录完整，严格按服务规范执行（0.4分）； |
| 3.医务人员不熟悉流程，（扣0.02分/人）（0.2分）。 |
| （七十八）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。 | | | | |
| 2.5.78.1 | 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。 | 记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.提供电话、网络、现场、诊间等至少两种形式的预约诊疗服务（0.2分）； | 0.5 |
| 2.进行定期统计分析，体现患者预约就诊比例逐步提高（0.2分）； |
| 3.员工不熟悉预约方式，扣0.01分/人（0.1分）。 |
| 2.5.78.2 | 及时公开出诊信息 | 现场检查  员工操作 | 1.在预约挂号、现场挂号时可获得出诊医生信息（0.2分）； | 0.4 |
| 2.定期更新出诊人员的基本信息（0.2分）。 |
| 2.5.78.3 | 开展多学科诊疗，有多学科诊疗的规范流程，提高患者就医质量。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制定多学科诊疗的制度、流程（0.2分）； | 0.4 |
| 2.有实施多学科会诊的案例（0.2分）。 |
| 2.5.78.4 | 优化门、急诊服务，有明确的服务流程、质量指标， 定期分析，持续改进 | 文件查阅  记录查看 | 1.有门、急诊服务流程（0.1分）； | 0.7 |
| 2.制定门急诊服务质量指标（0.1分）； |
| 3.定期分析质量指标完成情况（0.3分）； |
| 4.体现持续改进（0.2分）。 |
| （七十九）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。 | | | | |
| 2.5.79.1 | 优化就诊环境，就诊环境清洁、舒适、安全，定期检查，及时维护。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定优化就诊环境的规范和标准（0.2分）； | 0.4 |
| 2.安排人员定期进行环境巡查，记录完整（0.1分）； |
| 3.及时维护，就诊环境保持，清洁、舒适、安全（0.1分）。 |
| 2.5.79.2 | 有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定就诊环境质量的量化标准（0.2分）； | 0.6 |
| 2.保洁员工知晓环境质量标准，回答不全扣0.01分/人（0.2分）； |
| 3.严格按照环境质量标准进行考核，记录完整（0.2分）。 |
| 2.5.79.3 | 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。 | 现场检查 | 1.设置服务台，提供就诊接待、引导、咨询服务（0.2分）； | 0.5 |
| 2.服务台工作人员主动上前服务（0.3分）； |
| 2.5.79.4 | 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。 | 现场检查 | 1.门急诊候诊区、医技部门设有规范的标识（0.2分）； | 0.5 |
| 2.标识醒目、易懂、指向清晰（0.3分）。 |
| （八十）完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，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。 | | | | |
| 2.5.80.1 | 有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程，有培训（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医护人员知晓入院、出院、转科、转院流程，回答不全扣0.02分/人（0.2分）。 |
| 2.5.80.2 | 患者转运前，有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范；对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运 | 记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.医护人员接受转运风险评估和防范培训（0.1分）； | 0.4 |
| 2.转诊记录单中有风险评估记录（0.2分）； |
| 3.在记录中体现危重患者转运时有医护人员陪同转运，有监护设备（0.1分）。 |
| 2.5.80.3 | 有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全 | 记录查看 | 1.定期进行转运流程的总结（0.2分）； | 0.4 |
| 2.有案例体现转运流程的不断完善（0.2分）。 |
| 2.5.80.4 | 为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有急诊患者入院流程（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医护人员知晓流程，回答不全扣0.02分/人（0.2分）。 |
| 2.5.80.5 | 加强转科、转院患者的交接管理，有交接流程和交接清单，过程有记录，可追溯。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有转科、转院患者的交接管理制度（0.1分）； | 0.4 |
| 2.交接清单记录完整（0.2分）； |
| 3.医护人员知晓转运流程，回答不全扣0.01分/人（0.1分）。 |
| （八十一）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。 | | | | |
| 2.5.81.1 | 加强出院患者健康教育，普及相关健康知识 | 文件查阅  现场检查  病案检查 | 1.制定科室常见疾病健康教育规范（0.2分）； | 0.4 |
| 2.为出院患者进行健康教育，病历未体现扣0.02分/份（0.2分）。 |
| 2.5.81.2 | 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，在出院记录中体现 | 文件查阅  病案检查 | 1.根据不同疾病制定规范的出院医嘱和康复指导意见（0.2分）； | 0.4 |
| 2.出院记录中有出院医嘱或康复指导意见，未体现者扣0.02分/份（0.2分）。 |
| 2.5.81.3 | 建立出院患者随访制度并组织实施，有患者随访记录， 便于医务人员医疗服务流程和医疗措施的持续改进。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有出院患者随访制度（0.2分）； | 1.2 |
| 2.按时进行出院患者随访、有完整记录（0.4分）； |
| 3.定期患者反馈的意见进行总结（0.3分）； |
| 4.根据患者反馈，不断改进医疗服务流程和医疗措施（0.3分）。 |
| （八十二）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。 | | | | |
| 2.5.82.1 | 根据法律法规和行业指南，建立临床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程，员工知晓并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查  病历检查 | 1.制定各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程（0.1分）； | 0.4 |
| 2.培训记录完整（0.1分）； |
| 3.医护人员对专科的诊疗规范和技术操作流程不熟悉，扣0.01分/人（0.1分）； |
| 4.病历中诊疗计划与制定的规范不符，扣0.01分/份。（0.1分）。 |
| 2.5.82.2 | 诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。 | 文件查阅  病案检查  病历检查 | 1.有化疗、手术、麻醉、有创操作等等活动前为患者实施病情、风险评估的制度（0.1分）； | 0.3 |
| 2.每例手术开展术前讨论（0.1分）； |
| 3.病历中有体现：评估结果告知患方，取得患方同意，每缺一份扣0.01分（0.1分）。 |
| 2.5.82.3 | 根据法律法规和行业指南的变化，及时更新各科室的诊疗规范和技术操作流程 | 文件查阅  记录查看 | 1.评审周期内诊疗规范和技术操作流程及时更新（0.2分）； | 0.3 |
| 2.职能部门有监管记录（0.1分）。 |
| 2.5.82.4 | 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。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有卫生技术人员执业资格审核与执业准入、诊疗权限授权管理相关规定（0.1分）； | 0.5 |
| 2.卫生技术人员执业资格、诊疗权限授权管理资料完整（0.2分）； |
| 3.职能部门对全院卫生技术人员执业监管有记录（0.1分）； |
| 4.有违规或超范围执业及从事诊疗活动扣0.01/例（0.1分）。 |
| 2.5.82.5 | 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。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.有实施多学科会诊的制度，明确实施的病种范围（0.2分）； | 0.5 |
| 2.职能部门对多学科会诊有监管记录（0.1分）； |
| 3.病历中体现为患者实施多学科诊疗，未实施者扣0.02分/例（0.2分）。 |
| （八十三）对住院患者实施营养评估，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。 | | | | |
| 2.5.83.1 | 开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径，依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对其效果开展评价。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.有住院患者实施营养评估的制度，建立营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径（0.2分）； | 0.5 |
| 2.落实营养评估至少包括营养风险筛查、诊疗活动对机体营养状态的影响，机体营养状态对诊疗活动的耐受力（0.2分）； |
| 3.有定期对住院患者进行营养治疗后的效果评价记录（0.1）。 |
| 2.5.83.2 | 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。 | 文件查阅  现场检查  病案检查 | 1.有专门的部门或人员负责营养膳食指导（0.2分）； | 0.5 |
| 2.食堂能为患者提供营养配餐和治疗饮食（0.3分）。 |
| 2.5.83.3 | 营养科积极参与多学科诊疗，组建营养支持团队；接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊；按需提供营养支持方案，按规定记入病历。 | 文件查阅  病案检查 | 1.有营养师参与会诊的制度，并组建营养支持团队（0.2分）； | 1 |
| 2.营养会诊的记录，存入病历中（0.3分）； |
| 3.有典型病案资料体现医院营养支持团队对于特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养支持并取得效果（0.3分）； |
| 4.职能部门有监管记录（0.2分）。 |
| （八十四）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。 | | | | |
| 2.5.84.1 | 建立手术患者评估制度，在患者评估的基础上，完成手术患者的术前讨论，合理制定手术方案。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.有手术患者评估制度（0.1分）； | 0.4 |
| 2.每例手术均实行术前讨论，讨论由主刀医师主持，记录存入病历中（0.2分）； |
| 3.手术讨论时制定明确手术方案（0.1分）。 |
| 2.5.84.2 | 患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。 | 文件查阅  病案检查 | 1.疾病评估和重要脏器功能评估（0.1分）； | 0.2 |
| 2.手术患者评估内容包含患者心理、经济、社会因素（0.1分）。 |
| 2.5.84.3 | 建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程，明确重大手术的范围，员工知晓。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.建立重大手术报告审批制度和流程，并培训（0.2分）； | 0.7 |
| 2.有重大手术的目录（0.1分）； |
| 3.外科医师知晓重大手术的范围和审批流程（0.1分）； |
| 4.审批资料完整，无违规案例（0.2分）； |
| 5.职能部门对重大手术审批，有定期监管，发现的问题及时反馈（0.1分）。 |
| 2.5.84.4 | 有急诊手术管理措施，落实急诊手术优先和手术资源 应急保障机制，有量化的急诊手术质控指标，保障急诊手术安全。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查 | 1.有急诊手术管理的相关制度与流程，有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制并培训（0.2分）； | 0.7 |
| 2.制定量化的急诊手术质控指标（0.1分）； |
| 3.相关人员知晓上述制度和流程（0.1分）； |
| 4.主管部门履行监管职责，定期分析、反馈和整改措施（0.2分）； |
| 5.多部门协调机制有效，保障急诊手术及时与安全（0.1分）。 |
| (八十五) 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。 | | | | |
| 2.5.85.1 | 手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录，由一助完成手术记录的，手术主刀医生有审核签名。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.手术主刀医师在术后24小时内完成手术记录，手术记录内容完整详细（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有明确规定在何种特殊情况下手术记录可由一助完成，但必须经过手术主刀医生有审核签名（0.1分）； |
| 3.医务部定期进行督查，并反馈（0.1分）。 |
| 4.手术记录及时、完整，合格率100%（0.1分）。 |
| 2.5.85.2 | 术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.按【病历书写基本规范】要求及时书写术后首次病程记录（0.1分）； | 0.5 |
| 2.术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项（0.1分）； |
| 3.医务部定期进行督查，并反馈（0.1分）； |
| 4.术后首次病程记录合格率100%（0.2分）。 |
| 2.5.85.3 | 术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.制定患者术后医疗、护理和其他服务计划（0.1分）； | 0.5 |
| 2.由手术医师或由手术者授权委托的医师开具手术后医嘱（0.1分）； |
| 3.术后密切观察患者病情，及时评估手术效果，观察手术并发症（0.1分）； |
| 4.每位患者手术后的术后治疗措施、病情变化、手术效果、护理过程等情况均记录在病历中（0.2分）。 |
| 2.5.85.4 | 手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.对手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程（0.1分）； | 0.5 |
| 2.手术室有具体措施保障规定与程序的执行（0.1分）； |
| 3.手术后标本病理诊断报告应及时记录在病历中，当术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，应进行讨论（0.1分）； |
| 4.职能部门定期监督、反馈（0.1分）； |
| 5.手术离体组织送检率100%（0.1分）。 |
| (八十六)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。 | | | | |
| 2.5.86.1 | 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有日间手术质量安全管理制度和评估工作机制（0.1分）； | 0.3 |
| 2.指定部门负责日间手术管理（0.1分）； |
| 3.有日间手术质量监管记录（0.1分）。 |
| 2.5.86.2 | 制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。 | 文件查阅  记录查看 | 1.根据国家日间手术目录和医院实际情况制定本院日间手术病种和技术目录（0.1分）； | 0.2 |
| 2.日间手术病种目录向社会公示 （0.1分）。 |
| 2.5.86.3 | 制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式，对外科医师进行培训（0.2分）； | 0.5 |
| 2.外科医师知晓日间手术操作规范、适应证、麻醉方式等（0.1分）； |
| 3.职能部门定期监管日间手术的实施情况（0.1分）； |
| 4.无违规开展日间手术（0.1分）。 |
| 2.5.86.4 | 加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访，有随访记录，可追溯。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.制定日间手术病历书写规范并培训（0.1分）； | 0.5 |
| 2.按照书写规范认真书写日间手术病历（0.2分）； |
| 3.实施日间手术患者宣教和随访，有随访记录（0.1分）； |
| 4.职能部门定期对日间手术病历质量进行监管（0.1分）。 |
| 2.5.86.5 | 制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制订日间手术质控指标（0.1分）； | 0.5 |
| 2.定期分析、总结日间手术质量情况，评估日间手术的风险（0.2分）； |
| 3.职能部门对日间手术质量情况进行监督、反馈（0.1分）； |
| 4.日间手术完成质量不断提升（0.1分）。 |
| （八十七）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和流程并严格执行。 | | | | |
| 2.5.87.1 | 手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。 | 文件查阅 | 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（0.2分）； | 0.7 |
| 2.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（0.3分）； |
| 3.麻醉科固定在岗（本院）医师与麻醉护士人数的比例不低于4:1（0.2分）。 |
| 2.5.87.2 | 实行患者麻醉前病情评估制度，所有患者在麻醉前完成病情评估、脏器功能评估和其他必要的评估。 | 文件查阅  病历检查 | 1.有患者麻醉前访视、评估和麻醉前讨论制度（0.1分）； | 0.3 |
| 2.由具有资质及授权的麻醉医师为每一位手术患者进行风险评估并制定麻醉计划（0.1分）； |
| 3.抽查手术病历体现麻醉前评估与讨论记录及时完整（0.1分）。 |
| 2.5.87.3 | 预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通，术前应告知患方，明确术中的授权委托人。 | 文件查阅  病历检查 | 1.有麻醉知情同意管理制度，包括术前告知患方明确术中的授权委托人（0.1分）； | 0.2 |
| 2.手术病历中有麻醉知情同意书且内容完整（0.1分）。 |
| 2.5.87.4 | 有麻醉后复苏室，人员、设备设施配置满足临床需求，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。 | 现场检查  文件查阅  病历检查 | 1.配置有麻醉后复苏室，复苏室床位与手术台比不低于1:3（0.3分）； | 0.8 |
| 2.人员、设备、设施满足临床需求：至少有一名能独立实施麻醉的麻醉医师；每床配备吸氧设备，包括无创血压和血氧饱和度在内的监护设备；配备足够的呼吸机、抢救用药及必需设备等（0.2分）； |
| 3.病历体现麻醉复苏患者全程监测记录（0.1分）； |
| 4.有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程（0.1分）； |
| 5.转出的患者有评价标准（全身麻醉患者Aldre评分），评价结果记录在病历中（0.1分）。 |
| 2.5.87.5 | 建立麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测、分析与反馈，并持续改进。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查 | 1.建立有麻醉并发症的预防措施并全员培训（0.1分）； | 0.5 |
| 2.医务人员知悉麻醉并发症预防措施（0.1分）； |
| 3.科室开展麻醉并发症监测、有总结分析与整改记录（0.1分）； |
| 4.主管部门有定期督查、分析、反馈记录，落实整改（0.1分）； |
| 5.有数据或案例体现麻醉并发症预防措施到位，持续改进（0.1分）。 |
| 2.5.87.6 | 制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行。 | 文件查阅  记录查看  病历检查：术后镇痛病历  员工访谈 | 1.制定术后镇痛治疗管理规范和流程（0.1分）； | 0.5 |
| 2.麻醉医师掌握术后镇痛治疗管理规范和流程（0.1分）； |
| 3.术后镇痛效果有评价、有记录并在病历中体现（0.1分）； |
| 4.科室能够定期自查、分析总结镇痛效果（0.1分）； |
| 5.主管部门有定期督查、反馈记录，落实整改（0.1分）。 |
| （八十八）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。 | | | | |
| 2.5.88.1 | 设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律、法规要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.查阅医院执业许可证，设置感染性疾病科，并设置发热门诊、肠道门诊（0.2分）； | 0.8 |
| 2.感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊内部结构布局合理，分区清楚，符合医院感染预防与控制要求（0.2分）； |
| 3.配备有必要的消毒、隔离设施、设备（0.2分）； |
| 4.感染性疾病科医师具有内科医师资质，接受过临床微生物学、抗菌药物应用、传染病学、流行病学等专业知识培训，不符合者扣0.05分/人（0.2分）。 |
| 2.5.88.2 | 发热门诊应当根据相关要求，在医院内相对独立的区域，与普通门（急）诊相对隔离，满足“三区两通道”设置。 | 现场检查 | 1..发热门诊应当在医院内相对独立的区域，与普通门（急）诊相对隔离（0.2分）； | 0.4 |
| 2.发热门诊布局合理，分区清楚，满足“三区两通道”设置（0.2分）。 |
| 2.5.88.3 | 制定传染病防治相关培训和考核制度并落实，可追溯。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有感染性疾病科工作人员岗前培训计划，培训内容至少包括：传染病防治相关法律、法规、工作制度；传染病的流行病学、预防、诊断、治疗、职业暴露处理和防护等内容（0.2分）； | 0.8 |
| 2.落实培训计划，考核合格后方可上岗，有完整培训记录可追溯，不符合者扣0.02分/人；(0.2分)； |
| 3.职能部门对培训计划的落实有监管记录（0.2分）； |
| 4.根据新颁布或修订的规章、规范定期对工作人员进行再培训（0.2分）。 |
| （八十九）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。 | | | | |
| 2.5.89.1 | 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。 | 文件查阅 | 1.取得执业许可登记（0.3分）； | 0.5 |
| 2.从事精神类疾病诊治的医师具备相应的执业资格（0.2分）。 |
| 2.5.89.2 | 医院明确精神类治疗服务范围，根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范。 | 文件查阅 | 1.医院有相应的规章制度明确治疗服务范围（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有适合本院的精神类疾病诊疗规范（0.3分）。 |
| 2.5.89.3 | 制定规范的患者安全保护措施并落实。 | 文件查阅  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.有根据患者病情评估结果，实施适宜的住院医疗保护措施、使用物理约束及使用隔离的制度与流程（0.3分）； | 0.5 |
| 2.执行上述制度与流程并在病历中完整记录（0.2分）。 |
| 2.5.89.4 | 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。 | 文件查阅  病历检查  病案检查 | 1.有向患者监护人就实施医疗保护措施可能发生的意外情况告知的相关管理规定（0.2分）； | 0.5 |
| 2.履行书面知情同意并签字保存在病历中（0.3分）。 |
| （九十）实施精神类疾病治疗的医院为精神残障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。为精神残障者提供出院康复指导与随访。 | | | | |
| 2.5.90.1 | 有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神残障者的其他躯体疾病开展诊疗服务，及时、规范和全面的开展精神残障者的躯体疾病的诊疗。 | 文件查阅  病历检查  病案检查  记录查看 | 1.有为精神残障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（0.2分）； | 0.8 |
| 2.有病历体现多学科诊疗模式，有记录（0.4分）； |
| 3.主管部门有监管记录，通过评价多学科诊疗效果持续改进诊疗工作（0.2分）。 |
| 2.5.90.2 | 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，员工知晓。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.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（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有针对医务人员、患者家属开展培训教育（0.2分）； |
| 3.员工知晓预防规范与风险防范流程（0.2分）。 |
| 2.5.90.3 | 为精神残障者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  病案检查  患者访谈 | 1.有为精神残障者提供出院康复指导、出院后随访的制度（0.2分）； | 0.6 |
| 2.患者及家属、授权委托人知晓并理解出院指导内容（0.2分）； |
| 3.有出院后随访记录，可追溯（0.2分）。 |
| (九十一)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。 | | | | |
| 2.5.91.1 | 医院开展介入诊疗技术，具备卫生健康行政部门颁发的介入诊疗许可，定期校验。 | 文件查阅 | 1.有卫生健康部门颁发的介入诊疗许可登记、备案（0.2分）； | 0.4 |
| 2.介入诊疗许可定期校验（0.2分）。 |
| 2.5.91.2 | 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。 | 现场检查  文件查阅 | 1.人员配备符合《放射诊疗管理规定》和介入诊疗技术管理规范（0.2分）； | 0.4 |
| 2.设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和介入诊疗技术管理规范，且处于完好状态（0.2分）。 |
| 2.5.91.3 | 介入医师具备相应的资质和授权，接受定期学习和培训。 | 文件查阅  现场检查 | 1.介入医师具备相应资质，并有医院授权资料（0.2分）； | 0.4 |
| 2.介入医师有定期学习和培训的证明（0.2分）。 |
| 2.5.91.4 | 根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范并定期修订，按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  病案检查 | 1.根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范（0.2分）； | 0.8 |
| 2.评审周期内，定期修订更新操作规范（0.2分）； |
| 3.科室开展质量控制，定期对介入诊疗病例的适应证进行回顾总结，对存在问题有分析、整改（0.2分）； |
| 4.每份介入诊疗病历适应症符合诊疗操作规范（0.2分）。 |
| 2.5.91.5 | 建立质控指标管理介入诊疗操作流程，定期汇总质控结果，分析反馈，持续改进。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有介入诊疗质控指标（0.2分）； | 0.5 |
| 2.主管部门有定期汇总质控结果、分析反馈记录（0.2分）； |
| 3.有数据或案例显示介入诊疗质量持续改进（0.1分）。 |
| 2.5.91.6 | 对介入诊疗器械实施全流程管理，有介入诊疗器械登记制度，一次性器械条码归档病历中，保证器械来源可追溯。 | 文件查阅  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.有介入诊疗器械登记制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.每份介入诊疗病历有一次性器械条码，可追溯（0.3分）。 |
| （九十二）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。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。 | | | | |
| 2.5.92.1 | 人员、设备、空间及院感控制流程均符合行业管理要求。 | 文件查阅  现场检查 | 1.布局、流程合理，符合行业管理要求（0.1分）； | 0.7 |
| 2.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（0.1分）； |
| 3.配备满足工作需要的血液透析机、水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等基本设备；急救设备齐全，配置有除颤仪、简易呼吸器、抢救车；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；配备有信息化设备（0.1分）； |
| 4.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。20台血液透析机以上的，每新增10台血液透析机至少新增1名执业医师；血透室负责人应由肾脏病学副高以上职称执业医师担任（0.1分）； |
| 5.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注册护士担任（0.1分）； |
| 6.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（0.1分）； |
| 7. 医师、护士和技师应具有3个月以上三级医院血液透析工作经历或培训经历（0.1分）。 |
| 2.5.92.2 | 根据法律法规和行业指南，有血液净化操作流程并定期更新，建立全流程的血液净化质量管理和控制制度。并根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  员工操作 | 1.有规范的血液净化操作流程并定期更新（0.1分）； | 0.6 |
| 2.各项管理制度齐全，有质量安全指标（0.1分）； |
| 3.科室建立血液透析质量方面的基础数据库，有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，对存在问题有整改（0.1分）； |
| 4.主管部门对质控指标有监管，定期分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.1分）； |
| 5.每位护士操作熟练规范（0.1分）； |
| 6.有数据或案例体现血透质量持续改进（0.1分）。 |
| 2.5.92.3 | 有保障患者和员工安全的措施和紧急情况处理预案，并定期演练 | 文件查阅  现场检查  员工访谈 | 1.有紧急意外情况的处理流程与预案（0.1分）； | 0.7 |
| 2.有常见并发症的紧急处理流程和上报制度（0.1分）； |
| 3.针对预案展开定期演练（每年至少一次），演练有记录有评价（0.1分）； |
| 4.科室对意外情况处置、并发症登记和处置落实情况有自查，对存在问题有分析、整改（0.1分）； |
| 5.主管部门对上述工作制度落实有监管，定期分析、反馈（0.1分）； |
| 6.每名工作人员知晓紧急情况处理预案与流程（0.1分）； |
| 7.有数据或案例体现持续改进（0.1分）。 |
| （九十三）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》。 | | | | |
| 2.5.93.1 | 血液透析机与水处理设备符合要求。 | 现场检查  记录查看 | 1.血液透析机与水处理符合国家要求（0.1分）； | 0.5 |
| 2.建立设备档案与记录，每一台透析机档案包括但不限于出厂信息（技术信息和操作信息）、操作运行和维修记录；水处理设备包括但不限于出厂信息、消毒和冲洗记录、问题和维修记录（0.2）； |
| 3.在用透析机运转正常，超滤准确、监测系统和报警系统正常，有定期校验记录（0.2分）。 |
| 2.5.93.2 | 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。 | 现场检查  记录查看  文件查阅 | 1.透析液和透析粉符合国家标准（0.1分）； | 0.5 |
| 2.透析液配制有操作规范（0.1分）； |
| 3.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（0.1分）； |
| 4.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），透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测合格（0.1分）； |
| 5.科室有落实监督检查，无透析液相关事故发生（0.1分）。 |
| 2.5.93.3 | 血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。 | 文件查阅  现场检查 | 1.对透析器复用有明确的管理制度和流程（0.1分）； | 1 |
| 2.除依法批准的有明确标识的可重复使用的血液透析器外,不复用其他任何透析器，现场核查医院透析器入库出库数，复用登记记录完整，复用案例与透析器可追溯（0.1分）； |
| 3.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（0.1分）； |
| 4.复用透析器只能使用于同一个患者，标签必须能够确认使用该透析器的患者（0.1分）； |
| 5.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（0.1分）； |
| 6.可复用血液透析器复用次数符合规范要求（0.1分）； |
| 7.科室与医院感染管理部门有监督检查，定期反馈与整改（0.2分）； |
| 8.无因透析器复用发生感染事件（0.2分）。 |
| （九十四）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。 | | | | |
| 2.5.94.1 | 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》 | 文件查阅 | 1.具有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目且在有效期内（0.2分）； | 0.5 |
| 2.具有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》（0.3分）。 |
| 2.5.94.2 | 布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。 | 文件查阅  现场检查 | 1.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）（0.2分）； | 0.5 |
| 2.放射治疗设备证件齐全，符合国家相关准入标准（0.2分）； |
| 3.机房建筑取得国家的合格证书（0.1分）。 |
| 2.5.94.3 | 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，并严格执行 | 文件查阅  记录查看 | 1.有放射治疗装置操作、维护维修、质量保证和检测制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有完整的使用、维护、检测与维修记录（0.2分）； |
| 3.科室与主管部门落实监督检查，有记录，对存在问题有整改意见（0.1分）。 |
| 2.5.94.4 | 有放射防护制度，并严格执行。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.有患者与工作人员放射防护制度（0.1分）； | 0.5 |
| 2.相关放射场所设置明显警示标识、配备防护用品，工作人员佩戴个人放射剂量计（0.1分）； |
| 3.放疗工作人员知晓放射防护制度（0.1分）； |
| 4.科室与主管部门落实监督检查，有记录，对存在问题有整改意见（0.1分）； |
| 5.患者与工作人员放射防护达到100%（0.1分）。 |
| （九十五）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。 | | | | |
| 2.5.95.1 | 根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范，定期修订规范，并落实。 | 文件查阅 | 1.有相关疾病的放射诊疗规范（0.2分）； | 0.6 |
| 2.诊疗规范定期修订更新（0.2分）； |
| 3.科室落实放射诊疗规范，有定期自查、总结分析与整改（0.1分）； |
| 4.主管部门定期督导检查、反馈，并检查科室整改落实情况（0.1分）。 |
| 2.5.95.2 | 有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  病案检查 | 1.有放射治疗计划讨论制度，医学物理人员参与讨论（0.2分）； | 0.8 |
| 2.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（0.2分）； |
| 3.有放射治疗定位精确与计量准确的相关程序并落实（0.2分）； |
| 4.病历资料有放射治疗计划并根据治疗过程及时调整（0.2分）。 |
| 2.5.95.3 | 有放射治疗意外应急预案及处置措施，定期演练，员工知晓。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有应急预案及处置措施（0.2分）； | 0.6 |
| 2.定期开展演练（0.1分）； |
| 3.每名放射治疗员工知晓应急预案及处置措施（0.2分）； |
| 4.根据演练情况，不断改进应急管理（0.1分）。 |
| （九十六）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。 | | | | |
| 2.5.96.1 | 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。 | 文件查阅  现场检查 | 1.开展诊断核医学、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且经省卫生行政部门核准（0.5分）； | 1 |
| 2.有独立场所，场所环境防护等符合国家要求（0.5分）。 |
| 2.5.96.2 | 根据法律、法规和行业指南，制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程，建立质控标准，并有效落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程并定期修订（0.2分）； | 1 |
| 2.建立质控标准（0.2分）； |
| 3.特殊诊疗技术人员知晓本部门的质控指标（0.2分）； |
| 4.科室定期自查、总结分析质控结果（0.2分）； |
| 5.主管部门定期督查、分析、反馈质控结果（0.2分）。 |
| （九十七）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。 | | | | |
| 2.5.97.1 | 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。 | 现场检查  文件查阅 | 1.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（0.2分）； | 0.6 |
| 2.空间区域严格划分患者、检查人员、其他人员区域（0.2分）； |
| 3机房显著位置有规范的警示标识。实时监测环境剂量（0.2分）。 |
| 2.5.97.2 | 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。 | 现场检查  文件查阅 | 1.有完整的设备、环境、人员防护制度（0.2分）； | 0.4 |
| 2.防护用具齐全、有效（0.1分）； |
| 3.科室与主管部门对落实防护制度有自查、分析、反馈、整改记录（0.1分）。 |
| 2.5.97.3 | 有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有突发意外事故管理制度、流程及应急预案，放射性操作区有简明的应急救援流程（0.2分）； | 1 |
| 2.应急预案有培训，培训资料齐全（0.2分）； |
| 3.定期完成应急演练（0.2分）； |
| 4.每名员工知晓应急预案、流程（0.2分）； |
| 5.职能部门履行监管职责，对存在问题提出整改措施（0.1分）； |
| 6.有案例或数据显示科室持续改进应急管理（0.1分）。 |
| （九十八）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。 | | | | |
| 2.5.98.1 | 明确规定日间化疗服务适用范围。 | 文件查阅 | 有明确的日间化疗纳入标准和服务适用范围（0.5分）。 | 0.5 |
| 2.5.98.2 | 建立日间化疗的操作流程及质量控制指标，定期监测、分析并反馈持续改进。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立日间化疗工作制度与管理流程（0.2分）； | 1 |
| 2.有日间化疗质量安全控制指标（0.2分）； |
| 3.临床科室对日间化疗服务工作有定期自查、总结分析、整改（0.2分）； |
| 4.主管部门有督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）； |
| 5.有数据体现改进效果或优化流程（0.2分）。 |
| 2.5.98.3 | 建立集中配置化疗药物安全管理制度并落实，集中配置化疗药物。 | 文件查阅  现场检查  员工访谈 | 1.有集中配置化疗药物安全管理制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.医院落实安全管理制度，保证集中配置化疗药物（0.3分）。 |

**六、护理质量保障与持续改进（24分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （九十九）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。 | | | | |
| 2.6.99.1 | 建立简洁高效的护理管理体系。有院领导负责下的护理管理体系，实行三级或二级管理层级。有护理工作发展规划、年度计划，符合医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行，有总结评价。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.护理管理体系健全（0.1分）； | 0.5 |
| 2.规划、计划与医院总体规划和护理学科发展方向一致（0.1分）； |
| 3.工作规划、计划有效执行，有总结评价（0.2分）； |
| 4.访谈规划、计划内容（0.1分）。 |
| 2.6.99.2 | 建立护理管理委员会。委员会成员应包含与护理工作密切相关的部门，并制订委员会职责和工作制度，定期研究护理质量与安全问题，提出改进策略并落实。 | 文件查阅  记录查看 | 1.护理质量与安全管理委员会健全（0.1分）； | 0.5 |
| 2.护理质量与安全管理委员会职责、工作制度明确（0.1分）； |
| 3.定期召开护理质量与安全管理委员会议（0.1分）； |
| 4.委员会决议执行并追踪（0.2分）。 |
| 2.6.99.3 | 根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程，定期修订。并根据科室执行落实情况，开展护理质量管理工作，有监测、分析、反馈，指导改进。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查  员工操作 | 1.查阅护理制度、护理常规和操作规程、护理质量评价标准与现行的法律法规、行业标准、指南一致，并及时修改（0.2分）； | 1 |
| 2.护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.3分）； |
| 3.落实护理敏感质量指标监管，有统计分析（0.1分）； |
| 4.访谈护理人员：制度、护理常规（0.2分）； |
| 5.考核护理操作（0.2分）。 |
| （一百）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。 | | | | |
| 2.6.100.1 | 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，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。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1.查阅护理人力资源管理相关制度及护理单元护理人员的配置原则、弹性调配方案（0.2分）； | 1 |
| 2.核查全院护士花名册，岗位设置一览表，临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%（0.2分）； |
| 3.核实全院病区护理人员总数与实际床位比不低于0.6∶1，重症监护病房护理人员与实际开放床位比不低于3:1（0.2分）； |
| 4.查看护理人力资源调配记录（0.2分）； |
| 5.人事科、护理部落实护理人员配置情况监管并追踪整改（0.2分）。 |
| 2.6.100.2 | 有人力资源调配的应急预案，并有演练。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.查阅紧急状态下调配护理人力资源的预案及演练记录（0.4分）； | 1 |
| 2.访谈护理人员紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程（0.1分）； |
| 3.模拟抽查：紧急状态下护理人力资源调配流程（0.5分）。 |
| （一百零一）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。 | | | | |
| 2.6.101.1 | 根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定，制定护理人员资质管理制度和审核程序，落实依法执业。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.查阅护理人员执业准入、特殊护理岗位资质、技术能力要求、夜班准入管理等护理人员资质管理制度和审核程序（0.2分）； | 1 |
| 2. 查看护理部、大科、科室人员执业准入管理记录（0.2分）； |
| 3.护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.2分）； |
| 4.护理人员依法执业（0.4分）；不符合不得分。 |
| 2.6.101.2 | 实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.查阅护理岗位管理制度及实施方案，岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准（0.1分）； | 0.5 |
| 2.核查科室岗位设置（0.1分）； |
| 3.人事科、护理部门定期监管并追踪整改落实（0.1分）； |
| 4.访谈：岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准（0.2分）。 |
| 2.6.101.3 | 制定护理人员管理规定，根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理，各层级护士职业晋升路径及标准清晰。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.查阅护理人员管理规定（0.1分）； | 0.5 |
| 2.科室根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行护士分级管理（0.1分）； |
| 3.层级护士职业晋升路径及标准清晰（0.1分）； |
| 4.访谈护士：分层级管理内容（0.2分）。 |
| 2.6.101.4 | 根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.查阅护理部、大科、科室护士在职继续教育计划，计划与医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律一致并落实（0.2分）； | 1 |
| 2.培训经费、设备设施完善（0.2分）； |
| 3.护理部、大科定期监管及追踪整改（0.3分）； |
| 4.护理部、大科、科室在职继续教育培训工作持续改进（0.3分）。 |
| （一百零二）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。 | | | | |
| 2.6.102.1 | 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应充分征求护士的意见和建议，并能提供多种途径方便查询。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.查阅绩效考核制度及实施方案（0.3分）； | 1 |
| 2.绩效方案征求护理人员意见和建议（0.3分）； |
| 3.绩效考核方案可以通过多种途径查询（0.2分）； |
| 4.访谈护士知晓（0.2分）。 |
| 2.6.102.2 | 考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合， 体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬，调动护理人员积极性。 | 文件查阅  记录查看 | 1.绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩（0.5分）； | 1 |
| 2.绩效分配体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬（0.5分）。 |
| （一百零三）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。 | | | | |
| 2.6.103.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  患者访谈 | 1.查阅优质护理服务工作计划；优质护理服务的保障制度、措施及激励机制（0.4分）； | 2 |
| 2.定期征求患者及医护人员意见，对存在问题落实改进追踪（0.3分）； |
| 3.护理部、大科、科室定期监管及追踪整改（0.5分）； |
| 4.优质护理服务常态化开展并持续改进（0.3分）； |
| 5.访谈员工、患者对优质护理服务工作满意（0.5分）。 |
| 2.6.103.2 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.查阅“以患者为中心”的责任制整体护理实施方案（0.2分）； | 2 |
| 2.依据患者需求制定个性化护理计划（0.4分）； |
| 3.现场查看责任制整体护理落实（0.6分）； |
| 4.开展延续护理实例（0.4分）； |
| 5.访谈护士：患者诊疗信息（0.4分）。 |
| （一百零四）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T431-2013)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。 | | | | |
| 2.6.104.1 | 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。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  病历检查 | 1.查阅分级护理制度（结合医院与专科实际制定）（0.1分）； | 0.5 |
| 2.根据患者病情和自理能力确定护理级别并动态调整（0.2分）； |
| 3.访谈护士：分级护理的内容（0.2分）。 |
| 2.6.104.2 | 按护理级别实施分级护理，护理措施符合患者实际需要并落实。 | 记录查看  现场检查 | 1.实地查看病区分级护理落实（0.5分）； | 1 |
| 2.护理部、大科、科室定期监管（0.2分）； |
| 3.抽查1个检查中发现的问题跟踪，对整改措施、整改效果进行评价（0.3分）。 |
| 2.6.104.3 | 制定危重患者护理常规并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查  员工操作 | 1.查阅危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范制度及措施（0.2分）； | 2 |
| 2.开展危重患者护理的相关理论知识与操作技能培训考核（0.3分）； |
| 3.现场查看危重患者护理措施落实（0.7分）； |
| 4.护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.3分）； |
| 5.考核护士心肺复苏、心电监护仪、呼吸机、除颤仪、简易呼吸囊操作（0.5分）。 |
| （一百零五）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。 | | | | |
| 2.6.105.1 | 护理文书参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.查阅护理文书书写规范及书写质量考核标准（0.1分）； | 0.5 |
| 2.按照规范完成日常护理文书记录（0.2分）； |
| 3.护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.2分）。 |
| 2.6.105.2 | 护理查房参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查 | 1.查阅护理查房制度、年度临床科室查房计划、三级护理业务查房标准（0.2分）； | 0.5 |
| 2.组织开展护理查房（0.2分）； |
| 3.护理部落实监管，追踪整改（0.1分）。 |
| 2.6.105.3 | 护理会诊参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查 | 1.查阅护理会诊制度；建立护理MDT团队协作机制和流程，有效解决护理问题（0.2分）； | 0.5 |
| 2.护理会诊记录完善，护理方案有针对性（0.2分）； |
| 3.护理部落实监管，追踪整改（0.1分）。 |
| 2.6.105.4 | 护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查 | 1.查阅护理病例讨论制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.组织开展护理病例讨论（0.2分）； |
| 3.护理部落实监管，追踪整改（0.1分）。 |
| （一百零六）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。 | | | | |
| 2.6.106.1 | 制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.查阅临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范（0.3分）； | 1.5 |
| 2.查看培训计划及落实（0.3分）； |
| 3.护理部、大科定期监管及追踪整改（0.3分）； |
| 4.科室落实“临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范”的成效有评价并持续改进（0.3分）； |
| 5.现场考核护士：常见技术操作及并发症预防、处理流程（0.3分）。 |
| 2.6.106.2 | 制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心跳骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。 | 文件查阅  现场检查  员工访谈 | 1.查阅紧急意外情况如患者突发昏迷、心跳骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程（0.3分）； | 0.5 |
| 2.访谈护士：护理应急预案和处理流程（0.2分）。 |
| 2.6.106.3 | 定期实施相关培训与演练。 | 记录查看  现场检查 | 1.查看护理应急预案和处理流程及演练培训（0.3分）； | 0.5 |
| 2.针对演练存在的问题有分析、改进（0.2分）。 |
| (一百零七)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《医院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。 | | | | |
| 2.6.107.1 | 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》，完善手术部（室）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。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  病历检查  员工访谈  员工操作 | 1.现场查看手术室建筑布局，工作流程符合要求（0.1分）； | 1 |
| 2.核查手术室护理人员与手术间之比不低于3∶1；手术室工作经历2年以内护理数占总数≤20%；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（0.1分）； |
| 3.查阅手术室制度、职责、操作流程、应急预案，按计划落实培训（0.1分）； |
| 4.现场查看手术室护理质量管理与监测：随机抽查1台手术患者交接、安全核查、体位安全、手术物品清点、标本管理等（0.2分）； |
| 5.现场查手术室感染预防与控制管理制度落实：定期开展空气质量、环境、手术器械等监测（0.2分）； |
| 6.院感、护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.2分）； |
| 7.员工操作及访谈（0.1分）。 |
| 2.6.107.2 | 按照《医院消毒供应中心管理规范》，完善消毒供应中心（室）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  员工操作  员工访谈 | 1.现场查看消毒供应中心实行集中管理，建筑布局，工作流程合理，设施、设备完善，工作区域划分符合消毒隔离要求（0.2分）； | 1 |
| 2.核查护士占编制总人数≥1/3。CSSD所有人员经过相应岗位系统培训，取得岗位培训证书，符合岗位工作需要；护士长具有大专以上学历及中级以上职称在消毒供应中心工作2年以上或具备管理岗位工作经验（0.1分）； |
| 3.查阅消毒供应中心的制度、职责、操作流程、应急预案（0.1分）； |
| 4.查阅岗位培训计划及落实（0.2分）； |
| 5.现场查看清洗 、消毒、灭菌环节监测及质量控制追溯（0.1分）； |
| 6.院感、护理部、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.2分）； |
| 7.员工操作及访谈（0.1分）。 |
| 2.6.107.3 | 按照《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医院新生儿安全管理制度（试行）》，完善新生儿病室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。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  病历检查  员工操作  员工访谈 | 1.查看新生儿科建筑布局，工作流程符合要求；新生儿科护士人数与床位数之比不低于0.6:1，NICU为≥1.5-1.8:1，1名护理人员负责≤6名普通患儿或≤3名重症患儿。护士长具备主管护师职称且有2年以上新生儿护理工作经验（0.2分）； | 1 |
| 2.查阅新生儿科工作制度、岗位职责、护理常规、专业技术规范、应急预案和操作等，并及时更新（0.1分）； |
| 3.查阅岗位培训计划及落实（0.1分）； |
| 4.现场查看新生儿病室护理质量管理与监测，随机抽查新生儿身份核查、交接等（0.2分）； |
| 5.现场查看新生儿室消毒隔离制度、高危新生儿、疑似传染病、传染病患儿消毒隔离制度落实，查看新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴清洁消毒（0.2分）； |
| 6.院感、护理部、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.1分）； |
| 7.员工操作及访谈（0.1分）。 |

**七、药事管理与药学服务质量与持续改进（17分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百零八）医院药事管理工作机构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。 | | | | | |
| 2.7.108.1 | 建立与完善医院药事管理组织，有工作职责、制度和计划，并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.成立药事管理与药物治疗学委员会，制定委员会制度、职责（0.2分）； | | 1.5 |
| 2.组织架构合理，体现医务部门专人负责与医疗机构药物治疗相关性的管理工作（0.2分）； | |
| 3.定期召开委员会常规会议（0.2分）； | |
| 4.委员会会议有明确决议（0.1分）； | |
| 5.委员会决议落实到位，解决实际问题（0.2分）； | |
| 6.药事管理工作有年度计划和总结（0.2分）； | |
| 7.对未完成的计划有分析，并有措施（0.2分）； | |
| 8.访谈人员知晓（0.2分）。 | |
| 2.7.108.2 | 医院药事管理工作机构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 | 数据核查  现场检查 | 1.药事管理工作机构和药学部门设置符合要求（0.4分）； | | 1 |
| 2.药学部负责人资质符合要求（0.3分）； | |
| 3.在药学部门从事药学技术工作的人员配备达标（0.3分）。 | |
| 2.7.108.3 | 完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.药事管理与临床药学服务各项规章制度完善（0.2分）； | | 0.5 |
| 2.有药事管理与临床药学服务工作记录和总结（0.2分）； | |
| 3.访谈人员知晓（0.1分）。 | |
| （一百零九）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。 | | | | | |
| 2.7.109.1 | 加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂工作、召回工作，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.有保障药品供应保障与质量管理制度体系，应包括有药品遴选制度、药品采购管理、药品贮存相关制度、药品有效期管理相关制度、药品调剂制度、召回等并落实（0.5分）； | 1.5 | |
| 2.有医院“基本用药供应目录”和“药品处方集”，品规数符合规定（0.2分）； |
| 3.药品贮存场所、设施与设备满足药品质量要求（0.3分）； |
| 4.药品有全流程监测信息系统支持（0.1分）； |
| 5.有适宜的合理用药监控系统（0.2分）； |
| 6.访谈人员知晓（0.2分）。 |
| 2.7.109.2 | 静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。 | 文件查阅  现场检查  员工操作 | 1.有静脉用药集中调配中心（室）（0.3分）； | 1.5 | |
| 2.建立健全各项管理制度、人员岗位职责（0.3分）； |
| 3.肠外营养液和静脉用危害药物集中调配（0.3分）； |
| 4.静脉药物调配中心人员配备和岗位设制符合规定（0.3分）； |
| 5.员工操作规范（0.3分）。 |
| （一百一十）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。 | | | | | |
| 2.7.110.1 | 实施临床药师制，按相关规定配备药师，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.建立临床药师制（0.2分）； | 2 | |
| 2.临床药师配备数量符合国家相关规定（0.2分）； |
| 3.至少在4类药物的临床应用中设有临床药师，其工作至少覆盖4个以上临床专业科室（0.2分）； |
| 4.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%（0.2分）； |
| 5.临床药师日常性药物治疗工作有记录，（0.2分）； |
| 6.访谈医生、护士、患者对临床药师及其工作知晓（0.4分）； |
| 7.病历和病案，体现药师参与临床药物治疗（0.4分）； |
| 8.有开设药学门诊，或开展社区药学服务、在线药学咨询等工作（0.2分）。 |
| 2.7.110.2 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有临床药师培养计划及规范的培训管理（0.2分）； | 1 | |
| 2.临床药师参与医院多学科联合诊疗（0.2分）； |
| 3.临床药师参与医联体建设，并取得成效（0.3分）； |
| 4.临床药师参与慢病处方管理或慢病患者家庭药学服务（0.1分）； |
| 5.访谈人员知晓（0.2分）。 |
| （一百一十一）按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、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。 | | | | | |
| 2.7.111.1 | 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强抗菌药物临床应用规范化管理。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  病历检查  病案检查 | 1.成立抗菌药物管理小组，制定管理小组制度和职责（0.1分）； | 0.5 | |
| 2.有抗菌药物临床应用和管理相关制度和规定，培训和考核资料（0.1分）； |
| 3.抗菌药物品规数、抗菌药物点评情况、抗菌药物合理使用指标符合要求（0.1分）； |
| 4.访谈人员知晓（0.1分）； |
| 5.病历和病案有体现应用规范化管理（0.1分）。 |
| 2.7.111.2 | 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品临床应用规范化管理。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有麻醉药品、精神药品、放射性药品临床应用和管理相关制度和规定，培训和考核资料（0.4分）； | 1 | |
| 2.现场检查药学部门和临床使用部门“麻醉药品、第一类精神药品”储存和管理，符合相关管理规定（0.4分）； |
| 3.访谈人员知晓（0.2分）。 |
| 2.7.111.3 | 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则， 加强抗肿瘤药物、激素类药物临床应用规范化管理。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查 | 1.有抗肿瘤药物、激素类药物，培训和考核资料（0.2分）； | 0.5 | |
| 2.有抗肿瘤药物、激素类药物分级管理目录（0.1分）； |
| 3.访谈人员知晓（0.1分）； |
| 4.病历有体现应用规范化管理（0.1分）。 |
| 2.7.111.4 | 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  员工访谈  病历检查 | 1.在评审周期内，有重点监控药物、基本药物、中药注射剂相应的管理制度和规定（0.2分）； | 1 | |
| 2.重点监控药物药品目录符合规定（0.2分）； |
| 3.重点监控药物使用金额符合规定（0.2分）； |
| 4.访谈人员知晓（0.2分）； |
| 5.病历有体现应用规范化管理（0.2分）。 |
| （一百一十二）依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。 | | | | | |
| 2.7.112.1 | 依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核、处方点评，并持续改进。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.有医院处方管理制度、处方审核和医院处方点评制度及实施细则（0.3分）； | 3 | |
| 2.每年至少培训1次，有记录有考核（0.2分）； |
| 3.按规定授予处方开具和调剂权限（0.3分）； |
| 4.落实处方点评制度，开展点评处方（病历）数符合相关规定（0.4分）； |
| 5.对不合理处方有分析、有总结，有干预，有记录（0.3分）； |
| 6.医疗管理部门对处方点评工作进行监管（0.3分）； |
| 7.医师处方签名或签章式样，在医务部门备案、药学部存档；医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致；实施电子签名的有相应管理措施（0.2分）； |
| 8.访谈人员知晓（0.4分）； |
| 9.病历和病案检查处方合理（0.4分）； |
| 10.员工操作规范（0.2分）。 |
| （一百一十三）建立药物监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床，不良反应情况应记入病历。 | | | | | |
| 2.7.113.1 | 建立药物监测和警戒制度，实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.评审周期内，有药物监测和警戒制度（0.2分）； | 1 | |
| 2.有观察用药过程，监测用药效果记录（0.2分）； |
| 3.开展药品不良反应监测，实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接，按规定报告（0.2分）； |
| 4.药品不良反应监测定期总结和反馈（0.2分）； |
| 5.访谈人员知晓（0.2分）。 |
| 2.7.113.2 | 不良反应情况应记入病历。 | 现场检查  员工访谈 | 1.现场检查已上报不良反应的病案，病历有记录（0.3分）； | 0.5 | |
| 2.访谈人员知晓（0.2分）。 |
| 2.7.113.3 | 发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品。 | 文件查阅  员工操作 | 1.有药品质量管理相关制度和相应的应急预案与流程（0.3分）； | 0.5 | |
| 2.发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品，有记录（0.2分）。 |

**八、检查检验质量保障与持续改进（12分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百一十四）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。 | | | | |
| 2.8.114.1 | 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局符合相应规范标准，服务满足临床需要。 | 文件查阅  现场检查 | 1.各部门区域布局符合国家相应规范，人、物、标本和污物流向无交叉污染、避免辐射且方便工作（0.1分）； | 0.5 |
| 2.人员配置合理、满足工作需要（0.1分）； |
| 3.服务流程合理，无相关质量安全隐患（0.3分）。 |
| 2.8.114.2 | 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设备设施符合相应规范标准，服务满足临床需要。 | 记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.具备相应的设备设施，满足临床检验检查需要，大型检查等待时间合理（0.1分）； | 0.5 |
| 2.设备、设施定期检测报告或记录（0.1分）； |
| 3.特殊场所有警告标志：如影像检查室门口设置电离辐射警告标志、实验室有禁入标识及生物安全标识（0.1分）； |
| 4.服务与医疗机构执业诊疗科目许可登记项目一致（0.2分）。 |
| 2.8.114.3 | 临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。 | 记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.向门急诊、住院病人提供24小时急诊检验和医学影像服务；急诊项目和范围明确（0.5分）； | 1 |
| 2.持续改进急诊报告的时限和准确性；急诊报告对各类危急重症的诊治支持充分（0.5分）。 |
| （一百一十五）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。 | | | | |
| 2.8.115.1 | 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应该具备必要的专业知识和能力，具有相应专业技术职务任职资格。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.各级各类人员完全具有相应资质、资格及能力。应按相关规定和科室质量安全管理体系要求设置科室质量、技术、安全负责人和专业组的质控管理岗、技术管理岗、安全管理岗；各岗位有相应职责，任职要求；认真执行上岗，轮岗，在岗培训、考核和授权（检验），并对上述工作持续改进。实验室相关人员应具实验室生物安全培训合格证明（0.5分）； | 1.2 |
| 2.科主任应具备副主任医师（技师）以上专业技术任职资格及能力（0.4分）； |
| 3.设若干专业组；专业组长、质量负责人、技术负责人、安全负责人至少具有中级职称（0.2分）； |
| 4.专业组设置合理及人员梯队结构合理（0.1分）。 |
| 2.8.115.2 | 分子生物学、特殊岗位（HIV 初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员等国家有特殊规定的，应具备符合国家规定的资质方可独立工作。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.特殊岗位有特殊培训和资质要求。实验室正副主任应经省级以上卫生行政部门或临检中心组织的临床实验室管理培训合格；临床基因检测、高通量测序、HIV初筛、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等国家有特殊专业规定的工作人员应有相应培训合格的资质证明（0.5分）； | 0.8 |
| 2.按要求参加进修学习，取得规定学分（0.3分）。 |
| （一百一十六）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。 | | | | |
| 2.8.116.1 | 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，遵照实施并准确记录。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.有相应部门的安全管理相关制度（0.3分）； | 1 |
| 2.遵守生物安全准入或备案管理规定，生物安全等级标志和警示标识完善，有门禁系统及外来人员入出登记（0.3分）； |
| 3.医学影像诊疗场所配备紧急抢救药品器材，相关人员经过急救培训（有记录），具备紧急抢救能力（0.2分）； |
| 4.医学影像部门有发热患者专用机房管理机制，包括检查区域划分、发热患者专用检查路径、发热专用设备操作及消毒规范等（0.2分）。 |
| 2.8.116.2 | 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.有质量安全管理体系文件，含质量安全手册、程序文件、SOP和记录（0.3分）； | 1 |
| 2.有技术操作规范（0.2分）； |
| 3.执行和改进，定期培训，人员应知晓职责相应的各项实验室场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范（0.3分）； |
| 4.遵照实施并准确记录，相关工作记录可追溯；上述制度和文件应符合国家相关规范标准及其更新（0.2分）。 |
| （一百一十七）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。 | | | | |
| 2.8.117.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.有报告审核制度与报告发放制度，包含保证报告准确、及时和信息完整，保护患者隐私的内容（0.2分）； | 1 |
| 2.报告审核者应是经验丰富、技术水平和业务能力较高的人员（0.2分）； |
| 3.报告单格式及内容符合国家规定及行业标准；建立并执行复检制度（0.2分）； |
| 4.有明确报告时限告知（0.2分）； |
| 5.将报告质量（及时、准确、规范）纳入医疗质量管理的内容，定期对报告质量情况进行分析反馈和督促改进（0.1分）； |
| 6.抽10份报告，每份0.05分（包括资质、报告规范、及报告时限）（0.1分）。 |
| 2.8.117.2 | 建立和临床的沟通机制，根据临床需求开展相应服务， 由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。 | 记录查看  患者访谈  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.有建立与临床病例讨论机制，接受临床咨询、进行检验结果解释，与临床沟通方便快捷及时（如网络和电话）（0.2分）； | 0.5 |
| 2.定期召开由科主任或副主任医师以上人员主持的疑难病例讨论与读片会（0.1分）； |
| 3.通过参与临床病例讨论、会诊查房、现场宣讲等途径有效解决临床诊疗困难和需求；定期对咨询情况和沟通信息进行总结分析，针对共性问题开展培训（0.2分）。 |
| 2.8.117.3 | 提供便捷、及时的检验、检查信息服务。 | 患者访谈  现场检查  员工操作 | 1.提供检验、检查报告和查询服务。实验室LIS系统、影像PACS系统贯穿检验检查前中后全过程管理（0.3分）； | 0.5 |
| 2.检验报告、数据及图像、病理蜡块保存和管理完善，能提供3年内报告在线查询；提供24小时自助取单或检验报告信息主动推送或网络自主查询服务（0.2分）。 |
| （一百一十八）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。 | | | | |
| 2.8.118.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.建立全面质量管理与改进制度。有科室主任牵头、各专业组负责人参加的质量管理小组，有切实的质量目标和覆盖检验检查全过程的量化质量指标、质量管理工作计划，至少每月召开质量管理工作会议；及时分析、有效改进检验检查过程质控、结果质量、报告质量（0.2分）； | 1 |
| 2.室内质控和室间质评应覆盖全部检测项目。全部检测项目及不同标本类型均应开展室内质控并记录（无法用质控品的项目通过有效的替代方法进行日常质控（0.1分）； |
| 3.室内质控失控应及时分析处理，确保失控点前后标本检测结果准确，记录完整（0.1分）； |
| 4.按要求参加省级或国家级临床检验中心室间质量评价；未参加室间质评的检验项目应通过实验室间比对保证检测一致性和准确性（0.2分）； |
| 5.质控记录可追溯。每一份标本从采集到检测和结果报告记录可追溯；室内质控的原始结果可追溯；每一个室间质评和比对的原始结果可追溯；上报的临床检验质量指标原始数据可追溯、应纳入统计的数据无遗漏、无偏向性选择（0.2分）； |
| 6.采取多种形式，开展图像质量评价活动（0.1分）； |
| 7.科室有自查，对存在问题有分析、整改（0.1分）。 |
| 2.8.118.2 | 相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测并有记录。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1，成立床旁POCT的设备管理委员会，负责全院POCT相关事项的协调管理（0.1分）； | 1 |
| 2，有全院POCT管理的制度：选择资质、质量和服务优良的POCT设备（0.1分）； |
| 3.对每一POCT设备统一编号；专人协调和督促厂商每月对本院的POCT设备进行巡回质量检查和检测；对所有POCT设备组织每半年一次统一比对或室间质评（0.2分）； |
| 4.POCT设备应开展室内质控；非临床检验部门人员开展室内质控，应得到培训和授权，确保质控到位。POCT设备一经发现质量问题应立即暂停使用（0.3分）； |
| 5.新安装或修复后的检验设备正式启用前，实验室应验证其性能符合相应检验要求（0.1分）； |
| 6.检验设备应按国家法规（强检）或制造商要求（非强检）定期检定和校准；应按制造商要求对设备进行维护和保养，保证设备进行临床检测时处于良好性能状态和校准状态；自动分析设备的校准应包括加样、检测和温控系统（0.1分）； |
| 7.POCT设备应有状态标识和校准标识（0.1分）。 |
| （一百一十九）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。 | | | | |
| 2.8.119.1 | 按照国家法律法规和行业规范，建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全。 | 文件查阅  记录查看 | 有安全管理相关制度、流程（环境、生物和消防安全）（0.3分）。 | 0.3 |
| 2.8.119.2 | 定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测，保证辐射水平符合国家规定或者标准。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 有医学设备场所定期检测相记录、报告（0.1分）。 | 0.1 |
| 2.8.119.3 | 按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，并落实 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.有防护器材、个人防护用品管理制度（0.1分）； | 1 |
| 2.有员工职业安全保障制度（包括职业风险评估、风险防范、卫生津贴和健康档案等）并执行（0.1分）； |
| 3.据不同工作性质按规范进行充分的个人防护；提供符合国家标准的消毒与防护用品，配备完整、数量充足，便于获取和使用（0.1分）； |
| 4.有人员有防护档案与健康档案（0.1分）； |
| 5.实验污染区出口处有洗手和更衣（鞋）设施；衣鞋洁污分开放置（0.1分）； |
| 6.专人负责菌（毒）种管理；有菌种、毒株的管理规定与流程、应急预案；菌种、毒株收集、取用有相应的过程记录（0.1分）； |
| 7.有安全事件应急预案，有辐射等损伤具体处置流程和规范，并组织相关人员培训、演练（0.2分）； |
| 8.针对实验室工作可能的传染病有职业暴露应急措施和处置流程并培训（0.2分）。 |
| 2.8.119.4 | 病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.根据国家对实验室病原微生物的生物安全分级管理要求，从事相应的病原微生物实验活动（0.1分）；  2.依据国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施，制定相应的程序文件及标准操作规程（0.1分）；  3.操作人员经过培训考核，熟练掌握操作流程及生物安全防护知识，掌握实验室应急处理流程（0.1分）。 | 0.3 |
| 2.8.119.5 | 从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.符合国家生物安全实验室体系规划并依法履行有关审批手续，取得相应级别的生物安全实验室备案证明（0.1分）；  2.依据相应级别要求设置实验室，严格分区管理，设置警示标识（0.1分）；  3.操作人员严格遵守操作规程，无生物污染事件发生，无实验室医源性感染（0.1分）。 | 0.3 |

**九、输血管理与持续改进（8分）**

| 评审指标细则 | | | 评审方法 | | | 评分细则 | | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百二十）医疗机构按照相关法律法规规范建设输血科或血库，人员配置、布局和设施设备应达到相关标准，建立相关制度和规范，建立储血供血机制，具有提供 24 小时输血服务的能力。 | | | | | | | | |
| 2.9.120.1 | 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关法律规定和规范，成立临床用血管理委员会，制定本院临床用血管理制度并落实。 | | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | | | 1.临床用血管理制度健全，与现行的法律法规要求一致，并及时修改（0.1分）； | | 0.5 |
| 2.每年至少一次对全院医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度、输血知识及无偿献血知识等培训，并有考核；用血科室有针对本专业特点进行相关输血知识培训；医务人员熟知相关制度并严格执行（0.1分）； | |
| 3. 医疗机构制定临床用血计划，与指定供血单位签订供血协议，无非法渠道用血、自采和自供血液行为（0.1分）； | |
| 4.在院内开展临床用血评价及公示， 有临床医师合理用血评价结果用于个人业绩考核与用血权限认定的管理规定（0.1分）； | |
| 5.主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况（0.1分）。 | |
| 2.9.120.2 | 按照法律法规规范要求，设置输血科或血库，人员配置、布局和设备设施满足医院输血工作需要。 | | 文件查阅  记录查看  现场查看 | | | 1.输血科人员配置：具备输血、检验、医疗、护理等专业知识，并接受输血相关理论和实践技能的培训和考核；输血科工作人员无影响履行输血专业职责的疾病（0.1分）； | | 0.5 |
| 2.输血科主任应具有高级专业技术职称资格，从事输血技术工作五年以上，有丰富的输血相关专业知识及管理能力（0.1分）； | |
| 3. 输血科位置：远离污染源，靠近手术室和病区，布局应符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，业务用房面积达到相关要求。至少应设置血液入库前的血液处置室、储血室、发血室、血液标本处理室、输血相容性检测实验室，值班室和资料保存室（0.1分）； | |
| 4. 查看输血科设备：根据不同的血液成分储存温度要求，配备2-6℃及-18℃以下专用储血冰箱、血型血清学专用离心机、血小板保存箱、显微镜、融浆机（血浆解冻箱）、专用取血箱、标本离心机、计算机及输血管理信息系统等仪器设备（0.1分）； | |
| 5. 强检设备符合检定要求（0.1分）。 | |
| 2.9.120.3 | 明确输血科各岗位职责，员工履职能力符合要求。 | | 文件查阅  记录查看  员工访谈  员工操作 | | | 1.输血科岗位职责、工作制度、技术规范与操作流程健全（0.2分）； | | 0.5 |
| 2.每年有培训、考核及授权记录（0.1分）； | |
| 3.员工熟知岗位职责和技能操作（0.2分）。 | |
| 2.9.120.4 | 具有提供 24 小时输血服务的能力，满足临床需要。 | | 文件查阅  记录查看  现场查看  员工操作 | | | 1.血液库存预警机制健全， 能及时掌握预警信息（0.1分）； | | 0.5 |
| 2.有血液库存量的管理要求，能 24 小时为临床提供供血服务（0.1分）； | |
| 3.有特殊用血（如稀有血型）应急协调机制，确保急诊抢救用血（0.1分）； | |
| 4.有应急用血时工作人员、后勤（通信、人员、交通等）保障能力（0.1分）； | |
| 5.有应急演练及分析总结，对存在问题的整改（0.1分）。 | |
| （一百二十一）加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。 | | | | | | | | |
| 2.9.121.1 | 加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应症开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。 | | 文件查阅  记录查看  病历检查 | | | 1.临床用血全过程管理制度健全， 包含知情告知、用血申请、标本采集、输血前评估、输血后效果评价、病程记录、输血观察、输血不良反应监测与报告等（0.3分）； | | 1 |
| 2.输血申请单分级审核符合要求，病程记录全面真实（0.5分）； | |
| 3.制度及时更新与完善（0.2分）。 | |
| 2.9.121.2 | 严格掌握输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。 | | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  员工操作  病历检查 | | | 1.输血前检查项目范围，包含患者的血型、肝功能、感染筛查（乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）的检测情况。医患双方在输血前共同签署的输血治疗知情同意书：输血治疗知情同意书书写符合要求、信息记录完整，保存在病历中；输血器和辅助设备符合国家标准；从发血到输血各个环节的完整记录，时间精确到分钟（0.2分）； | | 1 |
| 2.输血科参与疑难血病例的诊断、会诊与治疗、指导临床合理用血（0.2分）； | |
| 3. 输血病例病程记录完整：包括输血原因、不同输血方式的选择、输注成分、血型和数量、输注起始时间、输血过程观察情况、有无输血不良反应等内容；手术输血患者的手术记录、麻醉记录、护理记录和术后记录中输血量与发血量的一致性（0.2分）； | |
| 4. 临床医生对输血指征的把握、用血原因及实施成份输血规范。用血科室对临床用血执行情况（包含输血适应征、输血前评估、实验室检测指标、输血后效果评价）有自查、总结、分析及对存在问题的整改（0.2分）； | |
| 5. 监管部门有对科室、个人安全、合理用血的监管、定期分析、反馈及整改落实效果（数据体现改进效果）（0.2分）。 | |
| （一百二十二）建立与麻醉科和手术科室有效沟通，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。 | | | | | | | | |
| 2.9.122.1 | | 建立与麻醉科和手术科室有效沟通机制，制定自体输血的流程与规范，积极开展自体输血 | | | 文件查阅  记录查看  现场查看  员工操作 | | 1.麻醉科、手术室与输血科沟通的流程顺畅，落实到位，能有效保障术中输血及时、合理、安全（0.3）； | 1 |
| 2.自体输血管理制度和技术规范健全，开展自体输血等血液保护相关技术，配备开展血液保护相关技术的人员，有支持开展血液保护相关技术的设备条件，如：血液回收机、血液成分离机等设备，开展自体输血工作落实到位。联合应用术前自身贮血、术中急性等容血液稀释及血液回收等技术（0.5分）； |
| 3.自体输血和异体输血量、自体输血率达到三级综合医院自体输血率≥20%的要求。[自体输血率（%）=自体血总量（U）÷（手术科室患者异体红细胞总用血量+自体血总量）× 100%）]（0.2分）。 |
| 2.9.122.2 | | 严格掌握术中输血适应征，合理、安全输血。 | | | 文件查阅  记录查看  病历检查  员工访谈 | | 1.手术中用血的相关制度与流程规范，参与手术人员知晓并严格掌握手术用血指征（0.5分）； | 1 |
| 2.严格把握术中输血适应征（0.3分）； |
| 3.主管部门对术中输血有督查，监管，对存在问题有分析，整改。（0.2分）。 |
| （一百二十三）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。 | | | | | | | | |
| 2.9.123.1 | | 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。 | | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | | | 1.血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度健全，血液储存、运送符合国家有关标准和要求。血液贮存情况（存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等）有定期监测的记录（0.3分）； | 1 |
| 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预案及处理方案；有其它输血相关应急事件（包括紧急用血、关键设备故障、信息网络故障、停电等）的处理预案（0.3分）； |
| 3.访谈相关人员知晓临床用血不良事件报告制度及各类应急预案处置流程，临床用血科室和输血科有自查、分析及整改落实情况（0.2分）； |
| 4.主管部门对血液质量管理有督查、监管，对存在问题有分析、整改（0.2分）。 |
| 2.9.123.2 | | 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。 | | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作  员工访谈 | | | 1.输血相容性检测管理制度完善，输血前检验项目包括：血型 ABO正反定型、 Rh（D）血型鉴定、交叉配血、不规则抗体筛查及输血感染性疾病免疫标志物等；需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作患者进行输血相容性检测检查；交叉配血方法齐全，能检测不完全抗体（0.2分）； | 1 |
| 2.室内质量控制的管理体系健全，包括：质量控制品的技术规则定义、质量控制品常规使用前的确认、实施质量控制的频次，质量控制品检测数据分析方法，质量控制规则的选定，相容性检测室内质控操作流程、室内质量实施控制流程、室内质控方案（0.3分）； |
| 3.参加省级或国家级室间质评，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。对于室间质量评价不合格的项目，应采取纠正措施，有对其进行培训与管理的记录（0.3分）； |
| 4.科室有质量控制总结及对存在问题的分析、整改，有数据体现整改效果或形成新制度、规范、流程和举措等（0.2分）。 |

**十、医院感染管理与持续改进（16分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百二十四）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。 | | | | |
| 2.10.124.1 | 建立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。 | 文件查阅  记录查看 | 1.成立委员会，有委员会名单（0.1分）； | 0.5 |
| 2.委员会构成合理(0.1分)； |
| 3.每年委员会召开常规会议2次以上；有明确会议议题并形成明确决议(0.2分)； |
| 4.委员会决议有落实跟踪和评价(0.1分)。 |
| 2.10.124.2 | 根据国家法律法规、标准要求以及《医疗机构感染预防与控制基本制度》，制定并及时完善医院感染管理和控制制度并落实。 | 文件查阅  记录查看 | 1、制度健全，内容至少覆盖《医疗机构感染预防与控制基本制度》所提及的十项基本制度(0.2分)； | 0.5 |
| 2、依据《医疗机构感染预防与控制基本度》,结合本医院业务特点和实际情况，制定具体的落实措施或操作规程(0.2分)； |
| 3、国家法律法规、标准要求发生变化时，应对制度、措施或操作规程进行评估，及时更新（0.1分）。 |
| 2.10.124.3 | 医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定应急预案，建立医院感染事件报告责任制，明确医院感染事件监测、报告、应急处置的部门及人员职责(0.1分)； | 0.5 |
| 2.针对不同科室和病种特点开展应急演练，有应急演练脚本、演练实施记录，有预案适宜性评估总结和改进措施(0.1分)； |
| 3.每年有应急预案培训考核计划和实施记录，员工知晓医院感染事件定义、流行病学、相关法律法规、应急报告及处置流程(0.2分)； |
| 4.对医院感染聚集性事件、感染率异常波动情况及时进行评估和干预，并按规定的流程进行报告和处置，有记录（0.1 分）。 |
| 2.10.124.4 | 医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实，包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。医院员工（含外聘人员）掌握有关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用。 | 记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.每年有院科两级的全员培训计划和考核方案，有针对性的培训大纲、培训教材（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有培训和考核实施工作记录，有总结分析报告（0.2分）； |
| 3.现场员工访谈和操作，员工掌握医院感染防控知识和技能（0.1分）。 |
| （一百二十五）按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，控制并降低医院感染风险。 | | | | |
| 2.10.125.1 | 医院对重点部门、重点环节、重点人群有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  员工操作 | 1.每年制定重点部门、重点环节、重点人群的监测内容清单，根据国家规范、标准明确监测的范围、方法、监测质量控制要求（0.2分）； | 1 |
| 2.制定监测数据目录清单和数据核查指引，明确数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴等要素，明确实施监测的责任主体部门、参与部门及其职责，明确数据分析的周期（0.2分）； |
| 3.制定并发布监测计划，监测相关人员知晓监测计划、方法、监测质量控制要求，操作正确（0.2分）； |
| 4.实施监测计划，收集监测数据，有相关工作记录（0.2分）； |
| 5.按数据核查指引对数据进行核查（0.2分）。 |
| 2.10.125.2 | 医院对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高危险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。 | 记录查看  数据核查  现场检查 | 1.按规定的周期对监测结果进行分析评估，提出本院的医院感染高危险因素，制定针对性措施，有分析评估报告（0.2分）； | 1 |
| 2.按规定的周期将监测结果反馈到科室，并报送有关部门（0.2分）； |
| 3.科室按规定的周期对存在问题进行讨论，制定针对性措施并落实，有会议记录、工作记录（0.4分）； |
| 4.有案例或数据说明，评审周期内重点部门、重点环节、重点人群与感染高风险因素得到有效控制，感染率逐步降低（0.2分）。 |
| （一百二十六）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。 | | | | |
| 2.10.126.1 | 定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程，有相关报告或反馈记录。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  员工访谈 | 1.每年有全院医院感染危险因素、发病率的监测计划，明确数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴及数据核查要求，明确数据分析周期，明确实施监测的责任主体部门、参与部门及其职责（0.2分）； | 1 |
| 2.发布监测计划，监测相关责任人知晓监测计划，按要求实施监测计划，有记录（0.2分）； |
| 3.按规定的周期收集、汇总、分析及横向比较感染数据，对数据进行核查，有感染率趋势图及分析报告（0.3分）； |
| 4.按规定的周期进行风险评估，提出优化诊疗流程的措施并落实，有相关记录（0.3分）。 |
| 2.10.126.2 | 按照本院医院感染防控制度规定的周期向全院发布全院感染监测数据，及时将感染监测的数据和分析反馈临床科室。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  员工访谈 | 1.有明确的医院感染监测数据发布渠道，医务人员能方便、及时查阅监测数据信息（0.2分）； | 1 |
| 2.按规定的周期发布监测数据及分析报告，有记录（0.3分）； |
| 3.临床科室按规定的周期对本科室医院感染监测数据进行分析总结和纵向、横向比较，对存在问题提出改进措施并落实，有相关记录（0.3分）； |
| 4.医院感染管理专职人员及临床医院感染管理小组成员知晓感染率变化趋势、危险因素及管理重点（0.2分）。 |
| （一百二十七）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。 | | | | |
| 2.10.127.1 | 医院按照国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  员工访谈  员工操作 | 1.建立不同感染风险的诊疗器械、器具、用品及环境的清洁、消毒、灭菌、不同感染传播途径的隔离以及卫生学监测的相关制度、工作标准、操作规程及质量控制要求，制度及操作规程应符合国家相关规范、标准的要求并保持更新（0.1分）； | 1 |
| 2.建立消毒灭菌相关数据清单，明确数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴及数据核查要求，明确数据分析周期（0.1分）； |
| 3.岗位职责明确，工作人员掌握相关制度、工作标准、操作流程及质量控制要求（0.1分）； |
| 4.按相关制度、工作标准、操作规程对诊疗器械、器具、用品和各类环境进行清洁消毒灭菌，对感染患者实施隔离，人员操作正确，有工作记录（0.3分）； |
| 5.按规定的周期统计分析清洁、消毒、灭菌和隔离相关数据，对数据进行核查，对不达标项目进行整改和追踪评价（0.2分）； |
| 6.科室与职能部门定期进行监督检查和持续改进，有工作记录（0.2分）。 |
| 2.10.127.2 | 医院提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员应能够正确使用消毒与防护用品。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  员工操作 | 1.明确消毒产品和个人防护用品资质管理、日常维护管理要求，制定不同岗位的个人防护指引、职业暴露处理操作指引，部门和人员责任明确（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有本院消毒剂、消毒设备设施和个人防护用品的清单，有合法资质证明材料，建立消毒设备设施档案及维护保养操作流程（0.1分）； |
| 3.消毒剂、消毒设备设施和个人防护用品配置到位，管理符合相关规定，员工操作正确，有消毒设备设施维护保养记录（0.1分）； |
| 4.工作人员知晓个人防护要求及职业暴露处置流程，个人防护得当（0.1分）； |
| 5.科室与职能部门定期进行监督检查和持续改进，有工作记录（0.1分）。 |
| 2.10.127.3 | 重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  员工操作 | 1.制定重点部门环境和重点部位的清洁、消毒、隔离及卫生学监测的相关制度及操作流程（0.1分）； | 0.5 |
| 2.重点部门的布局流程合理，环境温湿度、卫生学指标符合相关标准和规范要求（0.2分）； |
| 3.工作人员知晓重点部门、重点部位的清洁、消毒、隔离要求，操作方法正确（0.1分）； |
| 4.重点部门感染管理小组与职能部门定期进行监督检查和持续改进，有相关工作记录（0.1分）。 |
| （一百二十八）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。 | | | | |
| 2.10.128.1 | 根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立手卫生管理制度，明确部门及人员责任（0.2分）； | 0.5 |
| 2.结合医院实际情况确定手卫生改善策略，包括但不限于宣传、培训教育、监测、评估、反馈、绩效考核等，制定实施计划、方案（0.2分）； |
| 3.有实例说明，评审周期内通过落实手卫生改善策略，手卫生工作得到明显改善，依从性不断提高（0.1分）。 |
| 2.10.128.2 | 充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性的监测与反馈。 | 记录查看  数据核查  现场检查  员工访谈  员工操作 | 1.手卫生设备设施配置到位，符合手卫生规范要求，工作人员手卫生意识普遍比较高，手卫生方法正确（0.5分）； | 1.5 |
| 2.制定手卫生依从性监测计划，明确监测部门和责任人、监测方法和监测周期，监测方法科学（0.2分）； |
| 3.按医院规定的周期实施手卫生依从性监测，收集和核查数据，进行评估和反馈，有记录（0.5分）； |
| 4.职能部门和科室分别对手卫生落实情况进行监督检查，并持续改进，有记录（0.2分）； |
| 5.使用信息技术手段或第三方进行依从性监测，方法科学、客观，明显促进手卫生工作（0.1分）。 |
| （一百二十九）有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。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。 | | | | |
| 2.10.129.1 | 根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序。针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防与控制等环节，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协调机制。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点，明确监测和管理的目标菌，制定规范微生物培养标本采集、送检、检测的措施，制定多重耐药菌培训教育、监测、预防与控制的管理规范，确定核心防控措施并制定操作流程（0.2分）； | 1 |
| 2.建立包含多重耐药菌感染诊断、监测、感染预防与控制、护理、重症医学、临床微生物学和临床药学在内的多学科协调机制，明确各部门的职责（0.1分）； |
| 3.落实防控核心措施，多重耐药菌感染在院患者、感染防控措施落实到位，病历、病案相关记录完善（0.4分）； |
| 4.院科两级对标本采集、送检、检测规范性以及多重耐药菌核心防控措施落实情况进行监督检查和持续改进，有记录（0.2分）； |
| 5.多部门协调解决多重耐药菌管理中存在的问题，有记录或相关案例（0.1分）。 |
| 2.10.129.2 | 定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。 | 记录查看  数据核查 | 1.制定本院标本送检率、微生物室检测和医院感染管理数据信息收集、汇总分析的计划，明确数据统计分析和反馈的周期、信息推送渠道、相关责任部门和人员职责（0.2分）； | 1 |
| 2.按规定的周期收集、统计微生物室检测和医院感染管理数据信息，进行数据核查，向临床推送相关信息，临床方便获取相关信息（0.2分）； |
| 3.按规定的周期分析微生物室检测和医院感染管理数据信息，有管理目标菌耐药趋势图，进行横向比较（0.2分）； |
| 4.按规定的周期评估本院细菌耐药流行情况，对抗菌药物管理提出建议，并进行宣传培训，有实施记录（0.3分）； |
| 5.有数据或案例说明，经过多部门协调管理，不断规范临床标本送检及多重耐药菌感染防控，抗菌药物的临床应用更合理（0.1分）。 |
| （一百三十）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。 | | | | |
| 2.10.130.1 | 医院有建立侵入性器械/操作相关感染防控制度；侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.根据本医院临床使用的侵入性器械（包括但不限于导尿管、呼吸机、血管导管、透析）、手术及其他侵入性操作（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），制定相关感染防控制度和具体实施方案，并保持更新（0.2分）； | 1 |
| 2.建立多部门协调机制，指定牵头部门，明确各部门职责（0.2分）； |
| 3.制定侵入性器械/操作相关感染发病率监测、防控措施执行依从率监测的规则和流程，明确质控指标数据定义、数据源、采集方法、数据核查程序及汇总分析周期（0.2分）； |
| 4.开展培训考核，医务人员熟练掌握核心防控措施及操作规程，有培训考核实施记录（0.2分）； |
| 5.落实侵入性器械、手术及其他侵入性操作相关感染防控制度和具体措施，员工操作正确（0.2分）。 |
| 2.10.130.2 | 医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。 | 记录查看 | 建立本医院临床使用的侵入性器械/操作、手术以及其他侵入性操作的名录（0.2分）。 | 0.2 |
| 2.10.130.3 | 根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。 | 记录查看  数据核查 | 1.每年制定侵入性器械/操作、手术及其他侵入性诊疗操作相关感染目标性监测及防控措施依从率监测计划（0.2分）； | 0.8 |
| 2.开展侵入性器械/操作、手术及其他侵入性诊疗操作的目标性监测，按规定的周期统计分析各科室侵入性器械使用率、相关感染发病率，进行数据核查（0.2分）； |
| 3.开展侵入性器械/操作、手术及其他侵入性诊疗操作相关感染防控措施执行监测，按规定的周期统计分析防控措施依从率，进行数据核查（0.2分）； |
| 4.根据侵入性器械/操作、手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，结合相关感染率和防控措施依从率进行风险评估，根据风险评估结果调整核心感染防控措施（0.2分）。 |
| （一百三十一）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。 | | | | |
| 2.10.131.1 | 按照有关法律法规，建立医院医疗废物管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作流程，落实岗位职责。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立医疗废物管理责任制，健全组织架构图，明确院科两级及外包服务提供方的管理责任，明确相关部门、岗位和人员职责（0.2分）； | 0.5 |
| 2.制定医疗废弃物、废水的管理制度、工作流程、应急预案、个人防护标准及职业暴露报告及处置流程（0.2分）； |
| 3.制定培训考核和监督检查的工作计划（0.1分）。 |
| 2.10.131.2 | 医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范，对从事分类收集、运送、暂存等工作人员采取的职业防护措施符合规范。 | 记录查看  现场检查  人员访谈 | 1.医疗废弃物暂存处建筑布局符合要求，废弃物收集容器、转运工具、消毒设施符合要求（0.2分）； | 1 |
| 2.医疗废弃物分类收集、转运、暂存、登记、交接记录规范，评审周期内未因违规受处罚（0.2分）； |
| 3.医疗废水设备设施齐全，运行良好，处理流程符合规范，排放达标，评审周期内未因违规排放受处罚（0.2分）； |
| 4.个人防护措施配置到位，个人防护合格，工作人员按规定的流程进行职业暴露处置和报告，有记录（0.2分）； |
| 5.科室、职能部门、外包服务提供方定期开展监督检查，存在问题有反馈及改进跟踪评价，有记录（0.2分）。 |
| 2.10.131.3 | 加强相关人员培训。对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员，根据岗位需要进行有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面的培训。 | 记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.每年制定相关人员岗前培训和继续教育的计划，有培训大纲、培训教材（0.1分）； | 0.5 |
| 2.实施培训考核，有培训考核实施记录（0.2分）； |
| 3.工作人员了解本岗位相关的法规、制度和规范，熟练掌握工作流程、个人防护要求、职业暴露处置报告流程，操作正确（0.2分）。 |

**十一、中医诊疗质量保障与持续改进（4分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百三十二）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。 | | | | | |
| 2.11.132.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | | 1.中医科设置独立病区，床位占医院床位数≥5%（0.2分）； | 1.2 |
| 2.中医门诊开设中医专业≧3个（0.2分）； |
| 3.科主任具有中医类别副高及以上职称（0.2分）； |
| 4.医师具备中医类别任职资格，不符合者扣0.05分/人（0.2分）； |
| 5.护士长具有主管护师及以上职称，从事中医临床护理5年以上（0.2分）； |
| 6.护士上岗前接受过中医药知识技能培训，不符合者扣0.02分/人（0.2分）。 |
| 2.11.132.2 | 中药房与中药煎药室设置符合相关法律法规的要求。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | | 1.中药房、煎药室布局合理，相应设施设备符合要求（0.2分）； | 0.8 |
| 2.有中药房、煎药室管理制度及操作规范、流程（0.2分）； |
| 3.中药房人员资质符合要求（0.2分）； |
| 4.工作人员对操作流程不熟悉，扣0.05分/人（0.2分）。 |
| （一百三十三）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。 | | | | | |
| 2.11.133.1 | 建立中医诊疗规范。 | | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.根据国家中医药相关指南，建立常见疾病的中医诊疗规范（0.2分）； | 0.8 |
| 2.培训记录完整（0.1分）； |
| 3.医生对中医诊疗规范不熟悉，扣0.04分/人（0.1分）； |
| 4.病历中诊疗计划与制定的规范不符，扣0.02分/份（0.2分）； |
| 5.诊疗规范及时更新（0.2分）。 |
| 2.11.133.2 | 开展中医特色护理。 | | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.制定中医特色的护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色（0.2分）； | 0.8 |
| 2.培训记录完整（0.1分）； |
| 3.护士对中医护理常规不熟悉，扣0.02分/人（0.1分）； |
| 4.护理记录与制定的规范不符，扣0.02分/份（0.2分）； |
| 5.护理常规、操作规程及时更新（0.2分）。 |
| 2.11.133.3 | 提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。 | | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.制定中医特色的康复和健康指导的规范（0.2分）； | 0.4 |
| 2.实施具有中医特色的康复和健康指导，在病历中体现，不符合者扣0.02分（0.2分）。 |

第三章 医院管理（101分）

**一、管理职责与决策执行机制（12分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百三十四）制定医院章程，建立医院内部决策执行机制，加强和改进公立医院领导人员管理。 | | | | |
| 3.1.134.1 | 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。 | 查阅资料 | 1.查看医院章程，职责制度汇编及版本，未及时完善每项扣0.1分，扣完为止（0.5分）； | 1 |
| 2.查看“三重一大”事项集体决策制度、党委会议议事规则、院长办公会议议事规则等医院议事规则和办事程序，未制定不得分，未及时完善每项扣0.1分，扣完为止（0.5分）。 |
| 3.1.134.2 | 加强和改进公立医院领导人员管理。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.医院有岗位职责汇编，院领导班子分工红头文件（0.1分）； | 1 |
| 2.访谈院领导班子成员、院办、人事科、账务科、后勤保障部、科教科、纪检监察室及重要业务职能科室负责人，回答不全每人次扣0.1分。【访谈提纲：本人分管/担任负责人的职能部门职责与本岗位责任；医院规定的议事规则及执行、落实情况；仍然从事临床专业工作的兼职院领导和职能部门负责人的周程安排；行政查房方式、时间和 基本内容构成；相关重大事前论证规则和程序。收集、反馈员工建议和意见的渠道、方式和鼓励措施】（0.5分）； |
| 3.访谈医院职工代表大会非领导或中层干部代表。【访谈内容：医院对职工代表提出意见、建议、提案的回复办理情况；“三重一大”事项向职代会通报并接受监督情况；职工参与医院管理，提出意见、建议的渠道等。】回答不对扣0.1分/人次，扣完为止（0.4分）。 |
| （一百三十五）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。 | | | | |
| 3.1.135.1 | 在章程中明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查看医院章程有明确的医院党委职责；（0.2分）； | 0.5 |
| 2.医院“三重一大”事项决策体现集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定原则，发挥党委集体讨论决定的领导作用（0.3分）。 |
| 3.1.135.2 | 实施党委领导下的院长负责制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院章程、职责制度体现实施党委领导下的院长负责制（0.2分）； | 0.5 |
| 2.医院在医、教、研、行政管理决策工作中落实党委领导下的院长负责制，支持院长依法依规负责地行使院长职权（0.3分）。 |
| 3.1.135.3 | 健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。 | 现场查看  员工访谈  记录查看 | 1.医院有“三重一大”事项集体决策制度、党委会议议事规则、院长办公会议议事规则等医院议事规则和办事程序，未制定不得分，未及时完善每项扣0.1分，扣完为止（0.2分）； | 0.5 |
| 2.访谈院领导班子成员、院办、人事科、账务科、后勤保障部、科教科、纪检监察室及重要业务职能科室负责人，知晓医院议事决策规则并执行，回答不全每人次扣0.05分（0.3分）。 |
| （一百三十六）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。 | | | | |
| 3.1.136.1 | 根据其功能、任务，设置合理的管理机构，部门职能、职责划分明确。 | 文件查阅  记录查看 | 1.组织架构图能清楚反映医院组织架构（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有《医院工作制度及岗位职责》和《岗位职责说明书》；（内容包括但不限于责任部门、岗位设置与职能；工作规范、时限与流程；执行落实情况的监督检查与反馈、处置等）（0.2分）； |
| 3.有各部门工作制度及工作流程图（0.1分）； |
| 4.制度、职责、流程按《文件控制程序》受控（0.1分）。 |
| 3.1.136.2 | 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，履行协调职能，提高工作效率。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.建立有部门和科室间的沟通协调机制（0.1分）； | 1 |
| 2.按要求召开多部门联席会议，有会议记录、决议、执行单（0.1分）； |
| 3.会议议题明确，议定事项有落实（0.1分）； |
| 4.有牵头部门监督、检查，有体现整改的资料（0.1分）； |
| 5.访谈相关科室员工5人，对会议执行内容不知晓的每人次扣0.1分（0.5分）； |
| 6.有案例或其他资料体现改进效果（0.1分）。 |
| 3.1.136.3 | 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，并及时修订完善。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.按法律、法规、规章规范以及相关标准，结合实际，制定各项规章制度（0.2分）； | 0.8 |
| 2.及时修订完善各项规章制度（0.1分）； |
| 3.访谈相关人员，对相关制度回答不全扣0.1分/人次（0.5分）。 |
| 3.1.136.4 | 各部门和科室命名规范。 | 现场查看 | 医院各部门及科室命名规范，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目相符（0.2分）。 | 0.2 |
| （一百三十七），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。 | | | | |
| 3.1.137.1 | 医院建立全员学习机制，强化学习文化。 | 文件查阅 | 1.建立学习机制，鼓励终生学习（0.1分）； | 0.2 |
| 2.有年度培训计划并实施（0.1分）。 |
| 3.1.137.2 | 定期对员工进行政策法规、管理能力培训与教育，有考核机制，员工知晓。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.每年至少开展2次法律法规全员培训，有培训资料（课件、照片、试卷等（0.2分）； | 0.8 |
| 2.有制度体现培训考核情况与绩效考核 、职称晋升 、评优评先等挂钩（0.1分）； |
| 3.现场查看培训资料和访谈相关人员10人，员工回答不全扣0.05分/人次（0.5分）。 |
| 3.1.137.3 | 定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。 | 记录查看  员工访谈 | 1.有培训资料（课件、照片、试卷等），内容包括但不限于管理人员接受管理相关培训、新员工的卫生法律法规培训、各科室的专业知识培训等（0.5分）； | 1 |
| 2.访谈相关人员专业技能、质量安全相关知识，员工回答不全扣0.05分/人次（0.5分）。 |
| （一百三十八）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。 | | | | |
| 3.1.138.1 | 加强院务公开管理，有指定部门、工作制度与程序。 | 文件查阅 | 1.成立由院领导牵头的院务公开领导小组（0.2分）； | 1 |
| 2.有指定部门负责，有明确的工作职责、工作制度与程序，每缺1项扣0.1分（0.8分）。 |
| 3.1.138.2 | 按照国家有关规定向社会及员工公开信息。有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。 | 记录查看  现场查看  员工访谈 | 1.现场查看：有院务公开内容、形式、程序和公示时限（0.2分）； | 1 |
| 2.“三重一大”事项按要求公开。有职工监督、有多种反馈途径（0.2分）； |
| 3.访谈员工，对院务公开内容回答不全的扣0.05分/人次（0.5分）； |
| 4.有体现院务效果及持续改进的案例资料（0.1分）。 |
| （一百三十九）对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。 | | | | |
| 3.1.139.1 | 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理，有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.制订外包业务的遴选、管理等相关制度和办法（0.2分）； | 2 |
| 2.相关招标及合同书符合规范（0.2分）； |
| 3.主管职能部门与专人负责外包业务管理有严格的质量监控措施（0.3分）； |
| 4.每季度进行一次督查，有督查资料（0.2分）； |
| 5.对外委托服务项目需进行专项审计，督查外包单位资料或整改落实情况（0.3分）； |
| 6.有体现持续改进外包服务质量的案例资料（0.3分）； |
| 7.员工对外包服务情况不了解每人扣0.1分（0.5分）。 |

**二、人力资源管理（14分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百四十）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。 | | | | |
| 3.2.140.1 | 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，设置人力资源管理部门。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1．医院工作制度/规范中有关内部机构设置、部门职责的规定及组织架构图（0.1分）； | 1 |
| 2.有人力资源管理制度（0.1分）； |
| 3.提供人才招聘信息查询、公布渠道，只有单一公布渠道的扣0.1分（0.1分）； |
| 4.随机抽查不同科室、岗位和级别员工10人对本岗位职位的聘任、职务/职称晋升、绩效工资、奖惩规定等人力资源管理相关信息的获知渠道与知晓程度，2人不知晓扣0.1分，扣完为止（0.5分）； |
| 5.抽查人力资源管理部门负责及相关岗位工作人员2人,对上述问题不知晓每人扣0.1分，扣完为止（0.2分）。 |
| 3.2.140.2 | 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。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有人力资源发展规划和配置方案（0.2分）； | 1 |
| 2.有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案,（0.2分）； |
| 3.不断优化人力资源配置，适应医院发展需要（0.1分）； |
| 4.访谈相关人员，对院科两级人员紧急替代制度、程序不知晓扣0.1分/人次，扣完为止（0.5分）。 |
| （一百四十一）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。 | | | | |
| 3.2.141.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定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（0.4分）； | 1 |
| 2.制订卫生专业技术人员岗位职责（0.1分）； |
| 3.针对不同培训要求制定的岗前培训大纲、教学计划并实施（0.1分）； |
| 4.对专业技术人员进行能力资质认定、聘用及考核（0.2 分）； |
| 5.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（0.2分）。 |
| 3.2.141.2 | 建立专业技术人员档案，包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。 | 文件查阅  记录查看 | 1.人事部门及各科室建立卫生专业技术人员个人技术档案（0.3分）； | 0.5 |
| 2.动态管理卫生专业技术人员个人技术档案，及时更新相关资料（0.2分）。 |
| 3.2.141.3 | 根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.按照聘用周期对卫生专业技术人员业务能力（包括业务水平、工作成绩）进行重新考核、认定（0.1分）； | 0.5 |
| 2.特殊岗位操作须经取得相应资质证明或有主管部门授权（0.1分）； |
| 3.职能部门对卫生专业技术人员履职情况进行监管，进行授权后的追踪与成效评价（0.1分）； |
| 4.访谈相关卫生专业技术人员， 对本人的岗位职责和履职要求回答不全扣0.02分/人次（0.2分）。 |
| （一百四十二）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。 | | | | |
| 3.2.142.1 | 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》； | 文件查阅  员工访谈 | 1.制定公立医院领导人员职业化培训制度并得到落实（0.1分）； | 1 |
| 2.院领导无兼职临床医技科室职务，有兼职每例次扣0.1分，扣完为止（0.2分）； |
| 3.领导人员在履行医院管理职责中表现突出、作出显著成绩和贡献的，按照有关规定给予表彰奖励，一名领导人员得到县级以上表彰奖励得0.1分（0.2分）； |
| 4.结合自治区卫生健康委大型医院巡查工作方案，有上级部门督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况；上级部门督查存在问题未整改落实一处扣0.1分，扣完为止（0.2分）； |
| 5.访谈院领导不熟悉分管工作的扣0.1分/人次，扣完为止（0.3分）。 |
| 3.2.142.2 | 加强公立医院行政领导人员职业化培训。 | 查阅资料  记录查看 | 现场查看领导人员参加医院管理培训或进修资料。院行政领导人员未经过相关培训学习，不得分，应该参加而未参加的每次扣0.1分，扣完为止（1分）。 | 1 |
| （一百四十三）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。 | | | | |
| 3.2.143.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有岗前培训制度、继续医学教育管理制度、住院医师规范化培训管理制度并执行（0.2分）； | 0.4 |
| 2.继续医学教育与职称聘任、晋升挂钩（0.1分）； |
| 3.全院卫生技术人员年度继续医学教育达标（达标率≥90%）（0.1分）。 |
| 3.2.143.2 | 有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有年度培训计划并实施（0.1分）； | 0.4 |
| 2.教学设备设施及教学资料完善（0.1分）； |
| 3.财务预、决算报告中有对继续教育的经费支持（0.1分）； |
| 4.教学、培训、考试考核档案齐全（0.1分）。 |
| 3.2.143.3 | 把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。 | 文件查阅 | 1.医院奖惩制度、绩效考核标准、职称晋升条件、评优评先条件中有体现对卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资考核评定标准的相关规定（0.1分）； | 0.2 |
| 2.现有绩效考核 、职称晋升 、评优评先案例中有体现（0.1分）。 |
| 3.2.143.4 | 把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面， 与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待。 | 文件查阅  记录查看  人员访谈 | 1.有重点学科建设发展规划，学科带头人选拨、激励机制（0.2分）； | 1 |
| 2.有人才培养计划并落实（0.2分）； |
| 3.有经费投入，人才培养纳入医院发展规划，发现落实不到位的职能部门每个部门扣0.05分，扣完为止（0.2分）； |
| 4.查看新招聘本科规培生的薪酬待遇，未达到硕士研究生水平的不得分（0.1分）； |
| 5.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措（0.1分）； |
| 6.访谈新招聘的规培生员工，未体现同等对待不得分（0.2分）。 |
| （一百四十四）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。 | | | | |
| 3.2.144.1 | 按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等，职工上岗前进行职业安全防护教育。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进制度（0.1分）； | 0.8 |
| 2.按要求配备防护设施设备和用品（0.1分）； |
| 3.有职业暴露的应急预案与处置流程并组织演练，有总结及改进措施（0.1分）； |
| 4.各类场所员工防护按要求做好防护，现场查看10人，发现员工未按要求做好职业防护每人扣0.05分（0.5分）。 |
| 3.2.144.2 | 上岗前有职业安全防护教育，有培训和考核制度。 | 记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.有职业安全防护教育培训的相关资料（培训课件，照片，考试试卷，网上考试资料）（0.1分）； | 0.7 |
| 2.有职业暴露的培训及考核（0.1分）； |
| 3.访谈相关人员对职业暴露的应急预案、处置流程回答不对扣0.05分/人次，扣完为止（0.5分）。 |
| 3.2.144.3 | 医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院设置有部门或指定职业卫生管理机构或组织负责本单位的职业病防治工作并配备有专职或兼职人员（0.2分）； | 0.5 |
| 2.建立有员工个人健康档案（0.2分）； |
| 3.有资料体现医院监督员工落实职业防护工作（0.1分）。 |
| （一百四十五）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。 | | | | |
| 3.2.145.1 | 关注员工身体和心理健康。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有保障员工身体和心理健康的制度并落实（0.2分）； | 1 |
| 2.定期为职工提供健康体检服务（0.2分）； |
| 3.对从事职业危害作业的员工未按照国家有关规定进行职业健康检查（0.2分）； |
| 4.开展健康向上的文体活动（0.2分）； |
| 5.有开展文体活动的相关设施设备及场所（0.2分）。 |
| 3.2.145.2 | 保障员工合法健康权益。 | 文件查阅  记录查看（员工考勤，排班表）  员工访谈 | 1.人力资源配备满足实际工作需要，可保障员工正常休息休假（0.2分）； | 1 |
| 2.有保障从事职业危害作业的员工按照国家有关规定进行休假疗养的制度并落实（0.1分）； |
| 3.按规定为职工购买社会保险，包含但不限于工伤保险、养老保险、失业保险及医疗保险等（0.2分）； |
| 4.访谈员工，对休假制度的知晓率及满意度（0.5分）。 |
| （一百四十六）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。 | | | | |
| 3.2.146.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.建立科主任考评体系，将科室医疗质量管理情况作为科主任综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标（0.3分）； | 1 |
| 2.量化科室质量管理指标，建立质量管理评价体系（0.3分）； |
| 3.查看科室负责人综合目标考核资料，有体现对科室质量管理的数据资料（0.2分）； |
| 4.动态管理量化指标，体现持续改进（0.2分）。 |
| 3.2.146.2 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.建立医师考评体系，将科室医疗质量管理情况作为医师考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标（0.2分）； | 1 |
| 2.量化科室质量管理指标，建立质量管理评价体系（0.2分）； |
| 3.医师定期考核、职称晋升、绩效考核资料，有将医疗质量管理情况纳入医师定期考核的案例（0.1分）； |
| 4.访谈科室负责人及医务人员是否知晓医疗质量管理情况作为相关考核指标，回答不全扣0.05分/人次（0.5分）。 |

**三、财务和价格管理（12分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (一百四十七）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。 | | | | |
| 3.3.147.1 | 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，会计核算规范。 | 文件查阅  记录查看  员工操作 | 1.根据会计业务的需要设置会计机构（0.2分）； | 1 |
| 2.医院财务管理制度健全（0.2分），根据国家政策法规及时更新（0.2分）； |
| 3.年度财务报告按规定由注册会计师审计（0.2分）； |
| 4.会计核算执行《政府会计制度》“双功能、双基础、双报告”模式（0.2分）。 |
| 3.3.147.2 | 人员配置合理，岗位职责明确。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.财务人员配置合理（0.1分）； | 0.5 |
| 2.根据会计业务需要设置会计工作岗位,岗位职责明确,不相容岗位应相互分离、相互制约、相互牵制（0.2分）； |
| 3.财务部门负责人应当具备会计师以上专业技术职务资格或者从事会计工作三年以上经历（0.1分）； |
| 4.评审周期内会计人员每年度进行继续教育培训（0.1分）。 |
| 3.3.147.3 | 三级公立医院实行总会计师制度。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.设置总会计师（0.2分）； | 0.5 |
| 2.制订总会计师制度（0.1分），明确总会计师的职责和权限（0.1分）； |
| 3.总会计师熟悉职责权限（0.1分）。 |
| （一百四十八）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。 | | | | |
| 3.3.148.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.按照自治区财政厅的要求编制预算（0.2分）； | 1 |
| 2.定期进行预算执行分析并反馈（0.2分）； |
| 3.按规定的程序进行预算调整（0.2分）； |
| 4.将预算执行结果、成本控制目标实现情况和业务工作效率等一并作为内部业务综合考核的重要内容（0.2分）； |
| 5.职能部门负责人应熟悉本部门预算情况（0.2分）。 |
| 3.3.148.2 | 建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。 | 文件查阅  现场检查 | 1.制订预算管理制度（0.3分）； | 0.5 |
| 2.预算管理制度能够有效落实（0.2分）。 |
| 3.3.148.3 | 实行全面预算管理，医院所有收支全部纳入预算管理。 | 文件查阅  记录查看 | 1.预算组织体系健全，有预算管理委员会、预算管理办公室、预算归口管理部门和预算科室组成的全面预算管理组织，预算责任落实到位（0.3分）； | 0.5 |
| 2.单位依法取得的各项收入、支出应按规定纳入预算管理，统一核算、统一管理（0.2分）。 |
| （一百四十九）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。 | | | | |
| 3.3.149.1 | 实行全成本核算管理，控制运行成本，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.制订成本核算制度（0.2分）； | 1 |
| 2.开展全成本核算并编制全成本报表（0.2分）； |
| 3.采取成本管控措施，控制成本费用支出（0.3分）； |
| 4.成本控制措施取得成效（0.3分）。 |
| 3.3.149.2 | 控制医院债务规模，降低财务风险。 | 文件查阅  记录查看 | 1.及时清理并按照规定办理结算，保证各项债务在规定期限内归还（0.4分）； | 1 |
| 2.定期分析债务情况，采取债务控制措施，控制债务规模（0.3分）； |
| 3.债务控制措施取得成效（0.3分）。 |
| （一百五十）落实《医院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流程和申报程序。 | | | | |
| 3.3.150.1 | 确保医疗机构内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医疗机构应当建立由医疗机构分管领导、医务管理部门、价格管理部门、临床科室和医药物资采供等部门组成的医疗机构价格管理体系，设立价格管理委员会（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医疗机构应当明确负责内部价格管理工作的部门，并由院领导主管（0.1分）； |
| 3.依据机构规模和医疗服务量配备专职医疗服务价格工作人员，各业务科室（部门）设置兼职医疗服务价格工作人员（0.1分）。 |
| 3.3.150.2 | 全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.制订医疗服务价格公示制度（0.1分）； | 0.4 |
| 2.医疗服务价格公示制度有效落实（0.1分）； |
| 3.采取措施保证医疗服务价格公示信息真实、准确（0.1分）； |
| 4.访谈人员知晓医疗服务价格公示制度（0.1分）。 |
| 3.3.150.3 | 完善医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录，及时纠正不规范收费行为。 | 文件查阅  记录查看  员工操作 | 1.制订医疗服务价格自查制度医疗（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医药收费自查复核制度有效落实并记录（0.1分）； |
| 3.医药收费复核人员业务熟练，能够及时纠正不规范收费行为（0.1分）。 |
| 3.3.150.4 | 确保医药价格管理系统信息准确。 | 记录查看  现场检查 | 1.落实国家有关规定及时调整价格（0.2分）； | 0.4 |
| 2.严格执行国家物价政策，按收费标准进行收费（0.2分）。 |
| 3.3.150.5 | 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制订新增医疗服务价格项目管理制度及内部申请、审核、复核、申报流程，程序规范（0.2分）； | 0.4 |
| 2.审核流程和申报程序有效落实（0.1分）； |
| 3.严格执行新增医疗服务价格（0.1分）。 |
| （一百五十一）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。 | | | | |
| 3.3.151.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.建立健全医院采购管理制度和采购流程（0.4分）； | 1 |
| 2. 医院采购管理制度和采购流程有效落实（0.4分）； |
| 3.采购岗位人员知晓采购流程（0.2分）。 |
| 3.3.151.2 | 有采购管理和监督部门，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，加强集中采购管理。 | 文件查阅  记录查看 | 1.明确医院采购管理和监管部门（0.3分）； | 1 |
| 2.采购业务的决策、实施、监督相分离（0.3分）； |
| 3.主管部门和监管部门对采购工作的执行情况有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）； |
| 4.对反馈的问题及时整改落实（0.2分）。 |
| （一百五十二）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。 | | | | |
| 3.2.152.1 | 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。 | 文件查阅  记录查看 | 1.分配制度实行同工同酬（0.4分）； | 1 |
| 2.分配制度体现多劳多得、优绩优酬（0.4分）； |
| 3.绩效考核分配总体方案经职工代表大会讨论通过（0.2分）。 |
| 3.2.152.2 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.以服务质量和数量作为综合绩效考核重要依据（0.3分）； | 0.5 |
| 2.医院员工待遇得到逐步提高（0.2分）。 |
| 3.2.152.3 | 个人分配不得与业务收入直接挂钩。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.绩效分配制度不将个人分配与业务收入直接挂钩（0.3分）； | 0.5 |
| 2.员工知晓个人绩效分配的影响因素（0.2分）。 |

**四、信息管理（8分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百五十三）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。 | | | | |
| 3.4.153.1 | 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，承担信息化建设规划和管理的 行政管理职能。 | 文件查阅（医院组织架构图）  记录查看 | 1.有院领导为主任信息化领导小组（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有负责信息管理的专职部门和信息管理委员会（0.2分）； |
| 3.按要求配备足够有专业的资质信息管理人员（0.2分）。 |
| 3.4.153.2 | 建立各部门间的组织协调机制。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.有保障信息系统建设、管理的规章制度（0.1分）； | 0.5 |
| 2.建立沟通协调机制（0.1分）； |
| 3.信息管理委员会定期开会议（每年至少2次），有会议记录，决议及执行单（0.2分）； |
| 4.对其他部门提出的问题有记录、讨论、解决的相关资料（0.1分）。 |
| 3.4.153.3 | 制订信息化发展总体规划，强化顶层设计，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有医院信息化建设中长期规划和年度工作计划（0.2分）； | 0.5 |
| 2.信息化建设及运行维护的年度预算落实情况（0.2分）； |
| 3.有对上一年度计划执行情况的总结分析（0.1分）。 |
| 3.4.153.4 | 制定信息化建设配套的相关管理制度。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有保障信息系统建设、管理的制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有相关材料体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措（0.3分）。 |
| （一百五十四）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。 | | | | |
| 3.4.154.1 | 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。 | 现场检查  文件查阅 | 1.建立医院管理信息系统（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），为患者提供便捷结算服务，为医院管理提供信息技术支撑；每缺2个子系统（如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等）扣0.1分，扣完为止（0.3分）； | 0.5 |
| 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。不符合要求不得分（0.2分）。 |
| 3.4.154.2 | 医院信息系统能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。 | 现场检查  文件查阅 | 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（0.2分）； | 1 |
| 2.实现全院信息共享，具备医疗决策支持功能（0.2分）； |
| 3.信息系统实行全诊疗过程管理（0.3分）； |
| 4.不断完善信息系统统计功能，满足数据提取需要（0.3分）。 |
| 3.4.154.3 | 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.建立信息互联互通、交互共享的管理相关制度（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有互联互通相关系统技术文档，设备文档和佐证材料（0.1分）； |
| 3.有与公共卫生专业机构共享、围绕新发传染病预防控制、突发公共卫生事件应急处置等内容，按要求向属地卫生健康行政部门报告情况，与公共卫生专业机构共享相关数据。有对接公共卫生相关信息功能接口佐证材料（0.1分）； |
| 4.访谈信息上报人员及信息科相关人员，不知晓相关制度扣0.05分/人次，扣完为止（0.2分）。 |
| （一百五十五）落实《中华人共和国网络安全法》，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。 | | | | |
| 3.4.155.1 | 落实《中华人共和国网络安全法》，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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 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（0.2分）； | 0.8 |
| 2.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，实行三级等级保护制度（0.2分）； |
| 3.信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施及应急处理预案；无备份系统、无材料体现运行稳定扣0.1分，无应急预案扣0.1分，无防病毒、防入侵措施扣0.1分（0.3分）； |
| 4.有主管部门督查记录及整改措施（0.1分）。 |
| 3.4.155.2 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.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（0.2分）； | 1 |
| 2.无信息值班、交接班制度，信息系统变更、发布、配置管理制度每处扣0.1分；无完整的日常运维记录和值班记录扣0.1分；不及时处置安全隐患每处扣0.1分（0.5分）； |
| 3.无信息系统应急预案（如系统瘫痪）扣0.1分，无应急演练扣0.1分（0.2分）； |
| 4.无主管部门督查记录扣0.1分；督查存在问题未整改扣0.1分（0.1分）。 |
| 3.4.155.3 | 医院定期对信息系统开展信息网络检查，保障信息安全。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院建立有信息网络安全日常巡检制度（0.1分）； | 0.2 |
| 2.主管部门落实信息网络检查，及时发现并解决安全隐患，有记录（0.1分）。 |
| （一百五十六）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。 | | | | |
| 3.4.156.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  病历检查  病案检查。 | 1.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，制定向卫生行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程（0.2分）； | 1 |
| 2.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，每一项漏报扣0.1分（0.5分）； |
| 3.按照统计报表制度要求履行对报表数据审核报送责任，报送报表签章不符合规定、报表数据存在差错的，每项扣0.1分，扣完为止（0.3分）。 |
| 3.4.156.2 | 有内部数据核查制度，确保数据真实可靠，可追溯。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  员工访谈 | 1.按统计报表编制流程采集数据，建立健全统计原始记录和统计台帐，确保统计数出有据的，缺一项记录或台帐扣0.1分，扣完本项分值为止（0.5分）； | 1 |
| 2.访谈数据统计及上报人员5人，不熟悉信息数据报送规定及流程每人扣0.1分，相关信息有错的每处扣0.1分，扣完为止（0.5分）。 |

**五、医学装备管理（14分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百五十七）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。 | | | | |
| 3.5.157.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.建立装备管理体系和组织架构，成立医学装备管理委员会（0.2分）； | 1 |
| 2.医学装备管理部门根据医院功能和任务需求，配备相适应的医学工程及其他专业技术人员（0.2分）； |
| 3.制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责并进行培训、落实（0.3分）； |
| 4.主管部门对医疗器械使用人员管理有检查、分析、反馈的监管机制，并检查科室整改落实情况。无检查记录扣0.1分；无分析、反馈扣 0.1分，存在问题未落实整改扣 0.1分（0.3分）。 |
| 3.5.157.2 | 制定常规与大型医学装备配置方案。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.根据国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准要求，制定常规与大型医学装备配置方案（0.2分）； | 1 |
| 2.有医学装备论证、决策、购置、验收、使用、保养、维修、应用分析和处置等相关制度与工作流程，并执行。现场查看方案落实情况，未执行每处扣0.1分，扣完为止（0.8分）。 |
| （一百五十八）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。 | | | | |
| 3.5.158.1 | 根据医院功能定位和发展规划，鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  员工访谈 | 1.有评审周期内该地区的区域卫生规划（0.1分）； | 1 |
| 2.根据区域卫生规划原则,充分兼顾技术的先进性、适宜性和可及性,配置适宜的医疗设备，缺主要设备的每件扣0.05分，扣完为止（0.1分）； |
| 3.特大型设备实现区域卫生资源共享,不断提高设备使用率，超前配置每件扣0.05分（0.1分）； |
| 4.大型设备有配置证，有相关管理制度，有50万元以上设备可行性报告（0.3分）； |
| 5.有医学装备档案管理制度及档案资料，单价在5万元及以上的医学装备按照集中统一管理的原则，做到档案、账目、账物相符。目录与分类不准确扣0.05分，未执行信息化管理扣0.05分；每缺2台设备档案扣0.1分，扣完为止（0.3分）； |
| 6.有大型医用设备功能开发的案例（0.1分）。 |
| 3.5.158.2 | 开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1.有医学装备使用评价相关制度，对大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价；无制度扣0.1分，未进行分析评价每台扣0.1分，扣完为止（0.2分）； | 0.5 |
| 2.分析评价结果提供给医学装备管理委员会作为装备改进依据，未提交装备会讨论每台扣0.1 分，扣完为止（0.3分）。 |
| 3.5.158.3 | 配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1. 大型医用设备配置应当符合国家或省市级卫生健康主管部门的规划设置（0.1分）；  2.配置大型医用设备前有充分的调研与论证，有相应数据支撑（0.1分）；  3.有相应的硬件设施支持，如场馆、电力供应、用水等，并实施对周围环境影响的评估（0.1分）；  4. 有具备相应资质、能力的专业技术人员，取得大型设备的操作许可证（0.1分）；  5.获得省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证（0.1分）。 | 0.5 |
| （一百五十九）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。 | | | | |
| 3.5.159.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  员工访谈 | 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(0.1分)； | 1 |
| 2.有医学装备质量保障要求，如：操作者自我检查，医学装备计（剂）量准确、安全防护、性能指标符合要求，对暂停或终止使用的高风险器械有记录。无自查记录扣0.1分，检查发现高风险器械未终止使用扣0.1分（0.2分）； |
| 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（0.2分）； |
| 4.临床及医技科室使用部门人员知晓上述要求，现场提问操作人员，每2名使用者不知晓上述要求的扣0.05分，扣完为止（0.3分）； |
| 5.主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。无监管分析资料扣0.1分，存在问题未整改扣0.1分（0.2分）。 |
| 3.5.159.2 | 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.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。无相关制度扣0.05分，无奖励措施扣0.05分（0.1分）； | 1 |
| 2.有不良事件报告信息平台0.1分，管理部门定期汇总分析0.1分（0.2分）； |
| 3.按要求向有关部门报告医疗器械临床使用安全事件（0.1分）； |
| 4.查看不良事件报送记录，未落实不良事件报告的每件扣0.05分（0.2分）； |
| 5.现场提问相关人员，相关人员不知晓不良事件报告制度和流程扣0.05分/人次，扣完为止（0.3分）； |
| 6.有案例体现追踪和分析整改成效（0.1分）。 |
| （一百六十）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。 | | | | |
| 3.5.160.1 | 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，有考核。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.有保障常用仪器、设备和抢救物品使用者培训的制度、培训计划及具体课程安排。无培训制度扣0.1分，未制定、执行培训计划扣0.1分（0.2分）； | 1 |
| 2.对设备操作人员的培训情况有考核，并有记录（0.1分）； |
| 3.主管部门有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。无主管部门督查记录扣0.1分，督查存在问题未整改扣0.1分（0.2分）； |
| 4.现场考核相关工作人员，考核不合格扣0.05分/人次，扣完为止（0.5分）。 |
| 3.5.160.2 | 为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.有指导临床使用仪器的相关资料（0.3分）； | 1 |
| 2.有技术支持工程人员联系方式，大型设备有技术工程师的巡检记录（0.2分）； |
| 3.器械、设备使用人员规范操作各种仪器设备；现场考核相关工作人员，不合格扣0.05分/人次，扣完为止（0.5分）。 |
| （一百六十一）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在待用状态，建立全院应急调配机制。 | | | | |
| 3.5.161.1 | 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立生命支持医疗设备和相关重要医疗器械核查制度（0.2分）； | 1 |
| 2.对医学装备保养、维修实施统一管理，并指导操作人员履行日常保养和维护，无维护保养记录每台扣0.05分，扣完为止（0.3分）； |
| 3.使用部门建立自查制度，并有自查记录。缺自查记录的每台扣0.05分，扣完为止（0.3分）； |
| 4.主管部门对医学装备完好情况和使用情况进行监管，根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施并落实（0.2分）。 |
| 3.5.161.2 | 急救、生命支持系统仪器装备应始终保持在待用状态。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.查看急救生命支持类设备清单，无急救生命支持类设备清单扣0.1分（0.1分）； | 0.5 |
| 2.使用科室建立急救、生命支持系统仪器装备使用状态记录表（0.1分）； |
| 3.主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行监管，根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施并落实（0.1分）； |
| 4.现场抽查急救设备2台，未在待用状态每台扣0.1分，扣完为止（0.2分）。 |
| 3.5.161.3 | 建立全院应急调配机制。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.建立与规模、功能相匹配的生命支持医疗器械故障的应急管理预案，装备故障时有紧急替代流程（0.1分）； | 0.5 |
| 2.优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配（0.1分）； |
| 3.有设备应急调配预案的演练资料，有总结分析及改进措施。调配流程不可执行扣0.1分，有发生医疗装备导致救治受影响的医疗纠纷或患者受伤害的案例扣0.1分，扣完为止（0.2分）； |
| 4.访谈操作人员，不知晓替代程序扣0.05分/人次，扣完为止（0.1分）。 |
| （一百六十二）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。 | | | | |
| 3.5.162.1 | 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源管理。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 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。无制度不得分，制度不齐全扣0.1分（0.2分）； | 1 |
| 2.有高值医用耗材、一次性使用无菌器械和其他医用耗材的采购记录，可追溯到每批产品的进货来源。无采购记录资料扣0.1分，资料无法追溯来源扣0.1分（0.2分）； |
| 3.有高值医用耗材使用程序与记录（0.2分）； |
| 4.管理部门对高值医用耗材使用情况有重点监控、点评，对存在问题有整改（0.2分）； |
| 5.主管部门对高值医用耗材管理的全过程有督查、评估、分析、反馈（0.2分）。 |
| 3.5.162.2 | 医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有医用耗材使用不良事件报告与监测相关制度和流程（0.2分）； | 1 |
| 2.有医用耗材使用不良事件报告案例，报告质量和数量符合规定（0.2分）； |
| 3.管理部门对重点监控耗材有点评记录（0.2分）； |
| 4.主管部门对耗材管理检查资料，有评估、分析、反馈及改进措施（0.2分）； |
| 5.访谈相关人员，对上报的不良事件的整改落实情况，无落实整改的每例扣0.05分，扣完为止（0.2分）。 |
| （一百六十三）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。 | | | | |
| 3.5.163.1 | 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查。 | 1.科室医学装备质量与安全管理组织架构体现院科两级管理模式（0.1分）； | 1 |
| 2.医院工作制度/规范中有关于医疗装备质量与安全管理的规定，内容包括有科室医学装备质量与安全管理组织（至少包括科主任、工程师与具备资质的质量控制人员）与人员岗位职责，无制度/规范扣0.1分，内容不全扣0.1分（0.2分）； |
| 3.5.163.1 | 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查。 | 3.有医学装备管理、使用、维修、安全防护与意外应急管理制度（0.1分）； |
| 4.使用科室对医学装备质量与安全指标定期评价，操作人员进行自我检查（0.1分）； |
| 5.有保证医学装备质量的相关文件，包括人员岗位职责，继续教育，医学装备的管理、使用、维修，安全防护管理相关制度、医学装备意外应急管理等相关制度（0.2）； |
| 6.仪器设备的操作培训知晓率，回答不全扣0.05分/人次，扣完为止（0.3分）。 |
| 3.5.163.2 | 医学装备部门建立质量安全小组。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.医院医疗装备部门成立质量与安全管理小组，至少包括科主任、工程师与具备资质的质量控制人员（0.1分）； | 0.5 |
| 2.使用科室有设备日常管理相关制度、使用科室设备管理员人员清单。无相关制度扣0.05分，未设置专职或兼职设备管理员扣0.05分（0.1分）； |
| 3.有相关人员岗位职责（0.1分）； |
| 4.相关人员不知晓自身的岗位职责，访谈设备管理人员及使用科室相关人员，回答不全扣0.05分/人次，扣完为止（0.2分）。 |
| 3.5.163.3 | 医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。 | 文件查阅  记录查看  现场检查。 | 1.使用科室对新购仪器设备有培训考核记录（0.1分）； | 0.5 |
| 2.使用科室有仪器设备维护保养、自查记录（0.1分）； |
| 3.使用科室有大型设备管理台账（0.1分）； |
| 4.有大型医用设备预防性维护保养相关规定并执行（0.1分）； |
| 5.主管部门对大型医用设备质量与安全管理情况有检查、分析、反馈， 并检查科室整改落实情况（0.1分）。 |

**六、后勤保障管理（16分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百六十四）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。 | | | | |
| 3.6.164.1 | 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈现场检查 | 1.后勤保障管理组织机构健，相关制度齐全，岗位职责明确（0.1分）； | 0.5 |
| 2.后勤人员在日常工作中落实制度、职责。缺1项工作记录扣0.05分，扣完为止（0.2分）； |
| 3.后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。现场查看培训资料，访谈工作人员10人，缺培训资料每次扣0.05分，访谈人员每2人不知晓岗位职责和相关制度扣 0.1分，扣完为止（0.2分）。 |
| 3.6.164.2 | 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。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.后勤人员满足临床需求，体现“以患者为中心”，本人负责的工作无巡查记录、维修记录，扣0.1分，每发现1项不满足临床需求的扣0.05分，扣完为止（0.2分）； | 1 |
| 2.实地考察，后勤保障部门为患者、员工服务的具体措施落实情况，未落实每处扣0.05分，扣完为止（0.2分）； |
| 3.有患者对后勤服务的满意度调查制度并实施（0.2分）； |
| 4.后勤管理部门对后勤服务有自查，对存在问题有分析、总结、整改。缺自查记录每处扣0.05分，自查存在问题未整改每处扣0.05分，扣完为止（0.2分）； |
| 5.有两处以上资料体现后勤服务改进效果或形成新制度、规范、流程、举措得 0.1分（0.2分）。 |
| 3.6.164.3 | 对员工的合理需求，应当尽力予以满足。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有员工对后勤服务制度满意度调查制度并实施（0.2分）； | 0.5 |
| 2.对员工提出的建议有会议讨论及决策记录，形成决议并实施。每1例案例说明工作改善情况，得0.1分（0.3分）。 |
| （一百六十五）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。 | | | | |
| 3.6.165.1 | 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有后勤相关人员持证上岗管理制度，有相关岗位人员分布目录（0.2分）； | 1 |
| 2.岗位操作人员有上岗证、操作证，非专业特殊工种，须经相关级别培训并合格。现场查看人员资质资料10份及培训资料，每发现无相应岗位资质证或未经培训人员上岗每人扣0.1分，扣完为止（0.8分）。 |
| 3.6.165.2 | 按技术操作规范开展工作。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.岗位操作人员熟悉并掌握相关岗位的技术操作规程，且安全无事故。有安全事故，不得分，访谈相关人员，不熟悉相关操作规程扣0.05分/人次，扣完为止（0.4分）； | 1 |
| 2.及时更新有效证件，每例证件过期扣0.1分，扣完为止（0.4分）； |
| 3.无科室对相关工作的自查、分析、总结报告扣0.1分；对存在问题无整改资料扣0.1分（0.2分）。 |
| （一百六十六）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。 | | | | |
| 3.6.166.1 | 控制与降低能源消耗。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1.有节能减排方案和具体措施（0.2分）； | 1 |
| 2.有控制和节能计划培训资料（0.2分）； |
| 3.科室对节能工作开展情况有自查、分析，对存在问题有整改（0.3分）； |
| 4.主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况（0.2分）； |
| 5.有数据资料体现持续改进效果（0.1分）。 |
| 3.6.166.2 | 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  员工访谈 | 1.有水、电、气设备在日常、夜间、节假日运行检查及维修保养的记录（0.2分）； | 1 |
| 2.有物资采购、验收、入库、保管、出库等相关制度与流程及人员职责，并组织实施。无相关制度职责扣0.1 分，无记录每项扣0.1分，扣完为止（0.3分）； |
| 3.实地查看故障报修、处理流程，不通畅不得分（0.2分）； |
| 4.科室和班组对各项工作开展情况有自查，对存在问题有整改。无自查资料扣0.1分，存在问题无整改扣0.1分（0.2分）； |
| 5.有资料体现水、电、气、物资供应服务改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。无资料体现改进效果（0.1分）。 |
| （一百六十七）为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。 | | | | |
| 3.6.167.1 | 为员工提供膳食服务。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有专职部门和人员负责膳食服务和指导工作，有配送餐饮服务、食品安全与卫生管理制度并落实（0.2分）； | 1 |
| 2.有食品安全事件应急预案，定期组织演练（0.3分）； |
| 3.供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求，有日常运行检查记录（0.3分）； |
| 4.主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况（0.2分）。 |
| 3.6.167.2 | 保障饮食卫生安全。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，所有食品管理符合食品卫生管理要求（0.2分）； | 1 |
| 2.有食品留样制度，规范落实食品留样（0.2分）； |
| 3.有餐饮人员培训、健康检查制度并落实。访谈相关人员，不知晓本部门、本岗位的履职扣 0.05分/人次，扣完为止（0.3分）； |
| 4.有主管部门督查记录,督查存在问题及时整改（0.2分）； |
| 5.有案例体现员工膳食服务改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措（0.1分）。 |
| （一百六十八）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。 | | | | |
| 3.6.168.1 | 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.有医疗废物、废液管理规章制度和相关人员岗位职责（0.2分）； | 1 |
| 2.有专人负责医疗废物、废液管理工作（0.1分）； |
| 3.医疗废物、废液管理全流程符合相关法律法规的要求；不符合法规要求扣0.1分，工作人员不了解流程扣0.1分（0.2分）； |
| 4.医疗废物处置暂存点建设规范、配置齐全，分类明确，转运交接台帐记录完整；设施配置不规范扣0.1分，分类不清晰扣0.1分，台帐记录不完整扣0.1分（0.3分）； |
| 5.主管部门定期检查、分析、整改；有环保安全事故不得分（0.2分）。 |
| 3.6.168.2 | 污水管理和处置符合规定。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查。 | 1.无污水处理管理规章制度和相关人员岗位职责各扣0.1分（0.2分）； | 1 |
| 2.无专人负责污水处理扣0.1分,负责工作人员不知晓岗位职责扣0.1分（0.2分）； |
| 3.无污水处理环评验收或验收不合格不得分（0.2分）； |
| 4.无污水站设施设备运行记录扣0.1分,记录不完善每2处扣0.1分扣完为止（0.2分）； |
| 5.有环保安全事故扣0.2分，无主管部门督查记录扣0.1分，督查存在问题未整改扣0.1分，扣完为止（0.2分）。 |
| （一百六十九）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。 | | | | |
| 3.6.169.1 | 安全保卫组织健全，制度完善。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有安全保卫组织或部门（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有全院安全保卫部署方案和管理制度（0.2分）； |
| 3.有安保人员岗位职责（0.1分）； |
| 4.保卫人员配备结构合理（0.1分）。 |
| 3.6.169.2 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.安全保卫设备设施配置完好且符合国家相关标准（0.2分）； | 1 |
| 2.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，每处扣0.05分,有防盗监控系统（0.4分）； |
| 3.有视频监控资源管理和安全保密制度,有资源使用审批和完整的记录（0.2分）； |
| 4.保卫人员经过技能培训,有主管部门监管，对存在问题及时整改（0.2分）。 |
| 3.6.169.3 | 监控室符合相关标准。 | 记录查看  现场检查 | 1.视频监控室建设符合国家相关标准。视频保存时间＞30天，系统时间误差＜30 秒，监控指标未达到要求每项扣0.1分，维护、维修未达到相应时间扣0.1分（0.3分）； | 0.5 |
| 2.监控系统出现故障时，维护能在1小时内现场响应，2小时内维修完成（0.2分）。 |
| （一百七十）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。 | | | | |
| 3.6.170.1 | 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.无消防安全管理部门，不得分。消防安全管理相关制度、职责不完善每项扣0.05分，扣完为止（0.1分）； | 1 |
| 2.消防系统设备完好，有消防设备设施定期检查、维护、保养、维修记录,定期（至少每年一次）进行全院职工的消防安全教育。无消防设备设施定期检查、维护、保养、 维修记录每项扣0.05分,无培训记录扣0.05 分（0.2分）； |
| 3.全院职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能，知晓报警、初起火灾的扑救方法，会使用灭火器材，能自救、互救和逃生，按照预案疏散病人，定期（至少每年一次）进行消防演练；无消防演练记录扣0.1分，访谈员工，对消防知识不了解扣0.05分/人次，扣完为止（0.4分）； |
| 4.组织消防安全检查，同时根据消防安全要求，开展年度检查、季度检查、专项检查等，有完整的检查记录，对上述检查发现的问题有整改及追踪（0.2分）； |
| 5.建筑符合消防安全要求（0.1分）。 |
| 3.6.170.2 | 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.特种设备相关管理人员持证上岗，有相关管理制度、职责和管理人员岗位职责（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有特种设备维护、维修记录；特种设备需年检并合格才能投入使用（0.1分）； |
| 3.有特种设备清单，设备管理档案齐全，有培训、演练记录（0.1分）； |
| 4.有使用科室自查、分析，对存在问题及时整改（0.1分）； |
| 5.有主管部门督查记录，对存在问题及时整改（0.1分）。 |
| 3.6.170.3 | 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有危险品管理制度且相关人员知晓，访谈5人不知晓每人扣0.05分，扣完为止（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料，账物相符（0.1分）； |
| 3.有危险品种类与目录清单，危险品标识统一、有专人管理、专用柜、独立空间、双人双锁和监控设施（0.1分）； |
| 4.有危险品库定期巡查记录，有危险品应急预案和演练（0.1分）； |
| 5.有主管部门督查记录，督查存在问题及时整改（0.1分）。 |
| （一百七十一）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。 | | | | |
| 3.6.171.1 | 深入开展爱国卫生运动，落实好医院病媒生物防治、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务，为患者提供清洁，温馨，舒适的医院环境。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  患者访谈  员工访谈 | 1.查看资料，无爱国卫生运动委员会扣0.1分，未落实各项工作扣0.1分（0.2分）； | 1 |
| 2.实地走访，环境不整洁每处扣0.1分，扣完为止（0.3分）； |
| 3.访谈员工及患者，对就医环境不满意的扣0.05分/人次（0.5分）。 |
| 3.6.171.2 | 美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.实地查看医院环境，美化、硬化、绿化不达要求的每处扣0.1分（0.5分）； | 1 |
| 2.有主管部门有检查与监管资料，满意度不达标扣每次0.1分（0.3分）； |
| 3.有相关资料体现改进效果（0.2分）。 |

**七、应急管理（8分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百七十二）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。 | | | | |
| 3.7.172.1 | 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 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（0.2分）； | 1 |
| 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（0.2分）； |
| 3.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（0.2分）； |
| 4.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。访谈相关人员，应急预案中不体现各部门职责的扣 0.1分，不熟悉应急职责扣0.05分/人次，扣完为止（0.3分）； |
| 5.有信息报告和信息发布相关制度且落实到位（0.1分）。 |
| 3.7.172.2 | 落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.主管部门对应急管理有检查与监管,并检查科室落实整改情况；无督查资料扣0.1分，没有体现整改的扣0.1分（0.4分）； | 1 |
| 2.整改的内容需要对员工进行在培训与考核（0.2分）； |
| 3.有案例体现应急管理改进效果，或形成新预案、制度、规范、流程、举措。无案例扣0.1分，未体现改进的扣0.1分（0.4分）。 |
| （一百七十三）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。 | | | | |
| 3.7.173.1 | 明确医院需要应对的主要突发事件策略。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.主管部门定期进行灾害脆弱性分析、评估，对脆弱点进行排序。无灾害脆弱性分析扣0.1分（0.2分）； | 1 |
| 2.各科室、各部门也相应的灾害脆弱性分析、排序。无灾害脆弱性分析每个科室扣0.05分，扣完为止（0.3分）； |
| 3.访谈各级人员，不知晓本部门面临的风险点的扣0.05分/人次（0.5分）。 |
| 3.7.173.2 | 制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.根据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，明确各个部门及相关人员职责以及应急反应行动的程序。未制定应急预案的每项扣0.05分；应急预案不体现各部门和相关人员职责扣0.05分（0.2分）； | 1 |
| 2.访谈各级人员，不知晓本部应急处置的扣0.05分/人次，扣完为止（0.3分）； |
| 3.做好传染病和突发公共卫生事件的发现、登记、报告；无登记扣0.1分，登记不规范、漏登记扣 0.1分（0.1分）； |
| 4.主管部门定期督查各类应急预案落实情况。无监督资料扣0.1分，未落实整改扣0.1分（0.2分）； |
| 5.有案例体现应对的主要突发事件改进效果，或形成新预案、制度、流程、举措。无案例扣0.1分，未体现改进的扣0.1分（0.2分）。 |
| （一百七十四）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。 | | | | |
| 3.7.174.1 | 有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实。 | 文件查阅  记录查看 | 1.定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力培训，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。无培训资料扣0.1分，培训内容不全每处扣0.1分（0.5分）； | 1 |
| 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；无演练脚本、照片资料扣0.1分（0.3分）； |
| 3.未对存在问题进行整改，形成新的应急预案扣0.1分（0.2分）。 |
| 3.7.174.2 | 有考核，员工知晓，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.应急培训全覆盖，有再培训及考核（0.2分）； | 1 |
| 2.主管部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管，并检查科室落实整改情况（0.2分）； |
| 3.访谈相关人员，对各应急流程回答不对扣0.05分/人次（0.5分）； |
| 4.有显示防灾意识不断增强，应急能力提升的相关资料，无资料的扣0.1分（0.1分）。 |
| （一百七十五）合理进行应急物资和设备的储备。 | | | | |
| 3.7.175.1 | 合理进行应急物资和设备的储备。 | 记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有应急物资和设备的储备计划、管理制度、审批程序（0.2分）； | 1 |
| 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，自查有记录。（0.2分）； |
| 3.有应急物资的流转制度，应急物资应及时补充、更新（0.2分）； |
| 4.有主管部门定期对应急物资和设备储备的检查与监管（0.2分）； |
| 5.访谈应急物资和设备的管理人员，对制度流程不知晓的扣0.1分/人次（0.2分）。 |
| 3.7.175.2 | 有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.物资准备能满足应急需求（0.3分）； | 1 |
| 2.与供应商签订应急物资紧急配送协议（0.2分）； |
| 3.管理人员知晓紧急配送联系方式，配送流程，访谈管理人员，回答不全扣0.1分/人次，扣完为止（0.3分）； |
| 4.有案例体现应急物资和设备储备改进效果（0.2分）。 |

**八、科研教学与图书管理（11分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百七十六）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。 | | | | |
| 3.8.176.1 | 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有科研工作管理制度（0.2分）；  2.有鼓励全员参与科研工作的制度和办法（0.2分）； | 0.6 |
| 3.员工知晓鼓励全员参与科研的制度和办法（0.2分）。 |
| 3.8.176.2 | 有促进科研成果转化的制度和激励措施。 | 文件查阅  记录查看 | 1．制定有将研究成果转化实践应用的激励政策（0.2分）； | 0.6 |
| 2.评审周期内医院至少有1项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（0.2分）； |
| 3.有省部级研究成果转化实践应用的案例（0.1分）； |
| 4.至少有国家级研究成果转化实践应用的案例（0.1分）。 |
| 3.8.176.3 | 提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。 | 文件查阅  记录查看  现场查看  数据核查 | 1.有提供科研经费支持的制度文件（0.2分）； | 0.8 |
| 2.有数据或记录证实落实科研经费支持科研工作（0.2分）； |
| 3.评审周期内，提供与科研相适应的科研条件与设施，如中心实验室/专业实验室建设、设备仪器购置等情况（0.2分）； |
| 4.有专门部门和人员对医务人员参与科研工作进行支持和管理（0.2分）。 |
| （一百七十七）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（规定）》等相关规定。 | | | | |
| 3.8.177.1 | 开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  记录查看 | 1.有获取国家药物临床相关机构相关资质的证明文件（0.1分）； | 1 |
| 2.并有相应的专用办公室、床位、设施与设备、药品储藏室等（0.1分）； |
| 3.有按照药物临床试验管理规范(GCP)要求开展临床试验 SOP及管理文件（0.1分）； |
| 3.8.177.1 | 开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  记录查看 | 4.有对参加临床药物试验人员专业资质管理与批准程序的规定及执行文件（0.1分）； |
| 5.有临床试验药品管理规范（0.1分）； |
| 6.研究员知晓并做到（0.2分）：  6.1必须详细阅读和了解试验方案的内容，并严格按照方案执行；  6.2应向受试者说明经伦理委员会同意的有关试验的详细情况，并取得知情同意书；  6.3有义务采取必要的措施以保障受试者的安全，并记录在案；保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗并及时上报严重不良事件。 |
| 7.有临床试验用药品的供给、使用、储藏及剩余实物的处理过程，有记录（0.1分）； |
| 8.研究者将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表（0.1分）； |
| 9.主管职能部门定期（试验期间至少每季度1次）对临床药物试验进行监督检查、总结分析，提出存在问题与缺陷，并有改进意见，有记录（0.1分）。 |
| 3.8.177.2 | 开展医疗器械临床试验应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范（规定）》的相关规定。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  记录查看 | 1.有获取国家医疗器械临床试验相关机构相关资质的证明文件（0.1分）； | 1 |
| 2.有相应的专用办公室、床位、设施与设备、器械储藏室等（0.1分）； |
| 3.有按照医疗器械临床试验质量管理规范要求开展临床试验 SOP及管理文件（0.1分）； |
| 4.有对参加医疗器械临床试验人员专业资质管理与批准程序的规定及执行文件（0.1分）； |
| 5.有临床试验医疗器械管理规范（0.1分）； |
| 6.研究员知晓并做到（0.2分）：  6.1必须详细阅读和了解试验方案的内容，并严格按照方案执行；  6.2应向受试者说明经伦理委员会同意的有关试验的详细情况，并取得知情同意书；  6.3有义务采取必要的措施以保障受试者的安全，并记录在案；保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗并及时上报严重不良事件。 |
| 7.有临床试验用医疗器械的供给、使用、储藏及剩余实物的处理过程，有记录（0.1分）； |
| 8.研究者将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表（0.1分）； |
| 9.主管职能部门定期（试验期间至少每季度1次）对临床药物试验进行监督检查、总结分析，提出存在问题与缺陷，并有改进意见，有记录（0.1分）。 |
| 3.8.177.3 | 开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.医院成立临床研究管理委员会，设立或指定专门部门负责临床研究管理工作，有工作职责、工作记录（0.1分）； | 0.8 |
| 2.医院制定有临床研究立项审核制度与临床研究项目实施过程中调整方案的再审查制度与流程，每项研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定（0.1分）； |
| 3.临床研究项目遵循伦理审查原则，有书面审查记录和审查意见（0.1分）； |
| 4.医院建立有临床研究经费管理制度，对批准立项的临床研究经费统一管理，遵循财务管理制度，实行单独建账、单独核算、专款专用，有记录（0.1分）； |
| 5.医院按照法律法规制定临床研究项目管理制度和操作规程，并落实管理（0.1分）； |
| 6.制定并落实不良事件记录、报告和处理的规章制度，根据不良事件的性质和严重程度及时作出继续、暂停或终止临床研究的决定（0.1分）； |
| 7.临床研究管理部门对临床研究伦理性、合规性、安全性有定期监管记录和效果评价（0.1分）； |
| 8.制定有临床研究项目档案管理制度，临床研究管理部门如实记录并妥善保管相关文书档案（0.1分）。 |
| 3.8.177.4 | 开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。 | 现场检查  文件查阅 | 1.开展的临床试验及临床研究项目清单（0.1分）； | 0.2 |
| 2.核实医院开展的临床试验及临床研究项目在国家医学研究完成登记备案（0.1分）。 |
| （一百七十八）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。 | | | | |
| 3.8.178.1 | 开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医学伦理管理委员会承担涉及人的生物医学研究伦理审核工作，有工作记录（0.3分）； | 0.7 |
| 2.员工知晓涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查（0.2分）； |
| 3.审查的研究项目如实在我国医学研究登记备案信息系统进行登记（0.1分）； |
| 4.无违规擅自开展涉及人的生物医学研究案例（0.1分）。 |
| 3.8.178.2 | 医疗机构应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程。 | 文件查阅 | 医院制定有开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查制度或操作规范，包括但不限于审查标准、审查内容和程序等（0.3分）。 | 0.3 |
| 3.8.178.3 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院成立伦理委员会并备案，人员组成、工作职责符合要求（0.2分）； | 1 |
| 2.有伦理委员会章程、工作制度及工作流程（0.2分）； |
| 3.伦理委员会有开展日常管理、审查工作的记录，每年召开不少于2次的伦理委员会（0.2分）； |
| 4.伦理委员会委员有定期的伦理培训、学习记录（0.2分）； |
| 5.伦理委员会成员知晓伦理审查的工作内容（0.1分）； |
| 6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况（0.1分）。 |
| （一百七十九）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。 | | | | |
| 3.8.179.1 | 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院的师资、教学管理干部均取得相应的资质证明，并符合有关教育教学标准要求（0.4分）； | 1 |
| 2.医院重视教学师资培训，制定有教学培训规划、资金投入和保障制度并落实（0.2分）； |
| 3.有针对师资、教学管理干部的定期培训学习的记录（0.2分）； |
| 4.有主管院领导、专门部门和专职人员、专（兼）职教师负责教学管理工作（0.2分）。 |
| 3.8.179.2 | 设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有保障教学设备、设施配置到位的制度并落实（0.5分）； | 1 |
| 2.医院的设备、设施等资源配置符合要求（0.5分）。 |
| （一百八十）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。 | | | | |
| 3.8.180.1 | 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。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有图书馆提供文献查询服务（0.4分）； | 1 |
| 2.图书馆有专门科室管理，能满足临床科研教学需求（0.3分）； |
| 3.有数据或记录体现医院不断更新藏书刊总量和中外文数据库检索服务情况以满足临床科研教学需求（0.3分）。 |
| 3.8.180.2 | 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。 | 现场检查  记录查看  员工访谈 | 1.有网上图书预约、催还、续借和馆际互借等功能；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（0.4分）； | 1 |
| 2.有开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作（0.4分）； |
| 3.员工对图书馆资源、服务效率满意（0.2分）。 |

**九、行风与文化建设管理（6分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百八十一）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。 | | | | |
| 3.9.181.1 | 医院应当加强医务人员职业道德教育。 | 文件查阅  记录查看 | 制定医务人员职业道德建设和教育的制度并落实。无制度扣0.1分；有制度无落实扣0.1分（0.2分）。 | 0.2 |
| 3.9.181.2 | 弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，在医院工作中予以体现。 | 文件查阅  现场查看  员工访谈 | 1.相关部门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。现场查看资料,无实施方案扣0.1分，无先进典型宣传扣0.1分（0.2分）； | 0.8 |
| 2.员工知晓职业道德规范要求、法律法规、社会主义核心价值观及新时代医疗卫生职业精神内涵。现场查看资料、无道德规范、法律法规培训各扣0.1分（0.2分）； |
| 3.访谈各级人员， 不知晓扣 0.05分/人次，扣完为止（0.4分）。 |
| 3.9.181.3 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  患者访谈 | 1.有指定部门负责收集院内、外对医院服务意见和建议；有相应的制度流程（0.2分）； | 1 |
| 2.有近3年所收集意见和建议原始记录及针对性分析、处理、回应记录（0.2分）； |
| 3.各种意见/建议收集渠道运行畅通（0.1分）； |
| 4.主管部门对所收集的意见和建议进行分析和反馈，有持续改进措施并得到落实。有案例资料显示持续改进（0.2分）； |
| 5.访谈患者的就医体验，对医院的服务满意（0.3分）。 |
| （一百八十二）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。 | | | | |
| 3.9.182.1 | 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。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场查看 | 1.有指定部门负责文化建设工作，树立医院宗旨、院训、愿景、目标定位等（0.1分）； | 1 |
| 2.开展医院文化调研活动，改善医院文化建设（0.1分）； |
| 3.对职工进行医院文化的培训和教育（0.1分）； |
| 4.员工知晓率高。现场访谈员工，员工不知晓扣0.05分/人次，扣完为止（0.5分）； |
| 5.院内各部门、科室有开展多种形式的医院文化建设活动（0.1分）； |
| 6.主管部门对医院文化建设有年度总结分析，持续改进（0.1分）。 |
| 3.9.182.2 | 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。 | 文件查阅  患者访谈  现场查看 | 1.医院文化建设应纳入医院建设发展规划、医院文化建设方案或计划（0.2分）； | 1 |
| 2.文化建设方案能体现以患者为中心导向、根植于本院服务理念（0.1分）； |
| 3.有体现以患者为中心，履行公立医院救死扶伤的职业道德的典型案例，并向社会宣传（0.1分）； |
| 4.有数据说明通过医院文化建设取得的社会效益（0.1分）； |
| 5.患者对医院服务满意度高。访谈患者，对医院服务理念认可（0.5分）。 |
| （一百八十三）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。 | | | | |
| 3.9.183.1 | 贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.有医德医风管理组织体系，有主管部门负责管理与考评；有医德医风管理组织架构图（0.2分）； | 1 |
| 2.有主管部门与其他职能部门的协调机制（0.1分）； |
| 3.医务部、护理部、投诉管理科、纪检监察室、人事科等部门有员工受到投诉及处理的原始资料，并将信息提供给医德医风考评机构（0.1分）； |
| 4.有医德医风考评方案及量化标准（0.2分）； |
| 5.定期对医务人员进行考评，有医务人员考评记录（0.1分）； |
| 6.有完整规范的医德考评档案，通过考评推动医德医风建设，改善服务质量（0.2分）； |
| 7.有资料或数据体现医德医风持续改善（0.1分）。 |
| 3.9.183.2 | 建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.有医德医风建设、考评和奖惩制度（0.2分）； | 1 |
| 2.医德考评结果在本院内公示，征求意见（0.1分）； |
| 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，有制度及案例（0.2分）； |
| 4.建立医德医风考评结果多部门共享机制（0.1分）； |
| 5.有优秀科室及个人的宣传、表彰、奖励措施并落实（0.2分）； |
| 6.有医德医风投诉渠道，记录及处理结果，并督导改进有成效（0.2分）。 |

第四章 补充条款（17分）

**一、康复医学管理与持续改进（9分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百八十四）进行康复治疗必要性的评估，并给予规范指导。 | | | | |
| 4.1.184.1 | 有康复诊疗指南/规范，康复医师对每位康复患者有明确诊断与功能评估，制订康复治疗计划。开展了临床早期康复介入服务 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查 | 1.康复指南/规范（0.1分）； | 1 |
| 2.对康复患者明确诊断与功能评估并制订康复治疗计划见病历资料（0.1分）； |
| 3.开展临床早期康复介入服务相关记录资料，查看病历资料（0.2分）； |
| 4.康复治疗计划见病历资料（0.2分）； |
| 5.科室对康复计划落实情况有自查、评价，有改进措施（0.2分）； |
| 6.主管部门进行检查、反馈，对存在的问题督促整改（0.2分）。 |
| 4.1.184.2 | 住院患者康复治疗。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查 | 1.有住院患者康复治疗的相关规定（0.2分）； | 1 |
| 2.会诊记录，病历资料有会诊记录（0.3分）； |
| 3.建立科间协作机制，病历资料体现科间协作（0.2分）； |
| 5.主管部门进行检查、反馈，对存在的问题督促整改（0.3分）。 |
| （一百八十五）向患者及其家属充分说明康复治疗计划/方案，鼓励患者主动参与康复治疗。 | | | | |
| 4.1.185.1 | 患者及家属、授权委托人知情同意，主动参与康复治疗。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.告知书；患者康复预期目标确认的规定；患者病情及所能承受能力确认规定与流程（流程图），病历资料，访谈（0.2分）； | 1 |
| 2.提问相关工作人员知晓康复治疗计划并落实措施，查看病历资料（0.2分）； |
| 3.科室对落实情况自查、评估、分析、反馈、整改（0.2分）； |
| 4.主管部门进行检查、反馈，对存在的问题督促整改（0.2分）； |
| 5.康复治疗记录真实、准确、完整，病历记录合格率100%（0.2分）。 |
| （一百八十六）功能康复的过程与训练的效果有记录，康复治疗训练的人员具备相应的资质。 | | | | |
| 4.1.186.1 | 康复治疗训练人员具备相应的资质。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.康复医学科归口统一管理规定；科室人员一览表，相关资质证明及规定，病历资料（0.3分）； | 1 |
| 2.科室康复人员年度培训、考核计划及培训考核记录（0.4分）； |
| 3. 主管部门进行检查、反馈，对存在的问题有整改监管记录康复治疗训练人员资质符合要求，康复训练质量有持续改进（0.3分）。 |
| 4.1.186.2 | 制定康复相关的医疗文书书写要求、质量控质标准、康复意外紧急处置预案。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  病案检查 | 1.康复医疗文书书写要求和质控标准（0.2分）； | 1 |
| 2.康复意外紧急处置预案与流程（流程图）（0.2分）； |
| 3.培训考核记录；访谈相关人员熟知上述内容（0.2分）； |
| 4.科室自查、评估、分析、反馈、整改质控活动记录（0.2分）； |
| 5.监管记录（0.2分）。 |
| 4.1.186.3 | 对康复治疗训练过程有记载。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  病案检查 | 1.康复治疗训练过程的记录规范、诊断标准与流程（流程图）（0.1分）； | 1 |
| 2.综合应用作业疗法、物理治疗法、语言治疗法等规定与流程（0.2分）； |
| 3.康复患者及家属满意度评价制度与流程（流程图），满意度调查表（0.2分）； |
| 4.访谈相关人员知晓上述规范和流程（0.2分）； |
| 5.科室质控活动记录；监管记录；对康复治疗训练过程记录真实、准确、完整，病历记录完整率100%（0.3分）。 |
| （一百八十七）评估康复治疗的效果。 | | | | |
| 4.1.187.1 | 有定期的康复治疗与训练效果评定标准与程序。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  员工访谈 | 1.康复治疗与训练效果评定标准与程序（0.2分）； | 1 |
| 2.访谈相关人员知晓效果评定的标准与程序（0.2分）； |
| 3.科室自查、评估、分析、反馈、整改质控活动记录（0.3分）； |
| 4.监管记录、督导改进记录（0.3分）。 |
| 4.1.187.2 | 对康复治疗训练效果、舒适程度、愿望与意见、并发症、预防二次残疾等有评价。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  员工访谈 | 1.病历资料-评估内容（康复治疗训练效果、舒适程度、愿望与意见），评价表（0.3分）； | 1 |
| 2.医疗安全管理制度及措施（0.2分）； |
| 3.诊疗活动质控指标（0.2分）； |
| 4.预防并发症、预防二次残疾的具体措施及病历资料（0.3分）。 |
| （一百八十八）科主任、护士长与具备资质的人员组成的质量与安全管理团队，能用康复工作质量和安全管理制度、规章、岗位职责、各类康复技术操作规程、质量与安全指标来确保患者康复安全，定期评价服务质量，促进持续改进。 | | | | |
| 4.1.188.1 | 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，开展质量与安全管理。开展质量与安全的教育与培训 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.质量与安全管理小组架构图；依据医院质量与安全管理计划，制定本科室质量与安全培训计划并实施。相关人员知晓培训内容，掌握并执行核心制度、岗位职责、诊疗规范、技术操作常规并严格遵循（0.2分）； | 1 |
| 2.科室质控小组工作职责、工作计划和工作记录；评价指标（0.2分）； |
| 3.科室质控活动记录；科室质量与安全培训计划及培训记录（0.2分）； |
| 4.监管记录（0.2分）； |
| 5.质量安全与管理记录（体现管理工具）；培训完成率≥90%（0.2分）。 |

**二、传染病、艾滋病和性病管理与持续改进（8分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百八十九）执行《传染病防治法》《艾滋病防治条例》《性病管理办法》及相关法律、法规、规章和规范及技术标准。 | | | | |
| 4.2.189.1 | 落实有关性病艾滋病防治的法律、法规、部门规章、工作制度。开展性病艾滋病的流行病学、预防、诊断、治疗、职业暴露处理和防护等工作。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.1医院行政与后勤职能科室设置架构图复印存档（0.1分）；  1.2医院临床科室设置架构图复印存档（0.1分）；  1.3医院关于成立性病艾滋病防治工作领导小组的文件（0.1分）； | 3 |
| 2.1传染病、艾滋病、性病管理相关制度、流程、岗位职责、诊疗规范（0.2分）；  2.2医院成立规范化性病门诊领导小组的通知（0.1分）；  2.3医院《传染病、艾滋病、性病病防治工作管理规定》；VCT流程图、VCT人员工作职责；VCT保密制度（0.2分）；  2.4传染病（结核病等）患者就诊流程（包括首诊、复诊）；传染病（结核病等）门诊规范诊疗服务流程；传染病、艾滋病、性病疫情报告流程（0.2分）；  2.5传染病、艾滋病、性病治疗科人员岗位职责；性病诊疗规范性病患者就诊流程（包括首诊、复诊）（0.2分）；  2.6性病门诊规范诊疗服务流程；性病疫情报告流程；艾滋病疫情报告流程；皮肤性病科人员岗位职责；性病诊疗规范（0.2分）； |
| 3.《标准预防标准操作规范》，医院《医务人员职业暴露防护指导原则》（0.2分）； |
| 4.2.189.1 | 落实有关性病艾滋病防治的法律、法规、部门规章、工作制度。开展性病艾滋病的流行病学、预防、诊断、治疗、职业暴露处理和防护等工作。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 4.医院《医疗废物分类处理操作流程》（0.2分）； |
| 5.医院HIV检测筛查、梅毒实验室资质，复印后存档（0.2分）； |
| 6.皮肤科人员学习相关制度（《传染病防治法》《艾滋病防治条例》《性病管理办法》《广西壮族自治区医疗机构性病诊疗管理规范》《广西壮族自治区医疗机构性病诊疗质量评价标准》《广西壮族自治区执行《梅毒诊断标准》和规范梅毒疫情报告管理的实施细则》）、岗位职责的培训记录（0.4分）； |
| 7.建立医院《性病艾滋病诊疗规范》，并有皮肤科人员学习记录（0.2分）； |
| 8.医院《职能科室协调机制的管理办法》，传染病防治工作多部门协调流程图（0.2分）； |
| 9.医院《性病艾滋病归口管理、会诊、转诊、及奖惩制度》（0.2分）。 |
| 4.2.189.2 | 对医院相关工作人员进行防治性病艾滋病院内培训。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查 | 1.医院艾滋病防治培训的年度计划（医疗、护理）和总结（0.2分）； | 1.2 |
| 2.落实相关规定和诊疗规范。本科室人员艾滋病防治知识的培训考核记录资料（0.4分）； |
| 3.传染病、艾滋病、性病新诊疗规范和管理规章培训记录（0.2分）； |
| 4.医院“三基”培训相关材料包括（性病和艾滋病）（0.2分）； |
| 5.员工访谈知晓率，回答不全扣分，扣完为止（0.2分）。 |
| 4.2.189.3 | 有专门部门或专（兼）职人员负责性病艾滋病疫情报告与管理工作，实行网络直报。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查 | 1.制订《传染病如结核病、艾滋病、性病疫情信息监测报告的制度》和流程，制定《艾滋病保密制度》（0.2分）； | 1.6 |
| 2.艾滋病实行实名确认检测，有4个关键信息（姓名、身份证号码、电话号码和联系方式、详细的现住址和户籍地址）的完整记录，艾滋病性病报告准确率100%，性病准确报告率≥80%（0.2分）； |
| 4.2.189.3 | 有专门部门或专（兼）职人员负责性病艾滋病疫情报告与管理工作，实行网络直报。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查 | 3.专人负责传染病如结核病、艾滋病、性病疫情报告与管理工作，性病疫情报告前必须经皮肤性病科医生确诊（0.2分）； |
| 4.传染病如结核病、艾滋病、性病疫情报告、登记、核对以及奖惩等相关制度的培训知晓记录（0.2分）； |
| 5.执行首诊负责制度，传染病如结核病、艾滋病、性病报告责任落实（0.2分）； |
| 6.有传染病如结核病、艾滋病、性病网络信息管理相关规定，明确疫情查询使用的权限（0.2分）； |
| 7.主管部门对疫情监管的记录。艾滋病实名确认检测，完整记录4个关键信息：姓名、身份证号码、联系方式和详细的现住址），艾滋病性病报告准确率100%，性病准确报告率≥85%（0.2分）； |
| 8.艾滋病疫情报告、管理和转诊的执行情况记录（0.2分）。 |
| （一百九十）《传染病防治法》《艾滋病防治条例》《性病管理办法》宣传和治疗技术标准。 | | | | |
| 4.2.190.1 | 进行性病艾滋病防治知识健康教育。 | 文件查阅  记录查看  患者访谈  现场检查 | 1.艾滋病性病防治宣传（0.2分）：  1.1 2条以上永久性的艾滋病防治宣传标语；  1.2 1版以上艾滋病防治知识的固定宣传栏；  1.3 电梯、卫生间（每个小便池、厕所蹲位）张贴艾滋病防治宣传画（拍照并打印存档）； | 1.2 |
| 2.相关科室开展传染病如结核病、艾滋病、性病防治健康教育（0.2分）：  2.1传染病如结核病、艾滋病、性病病防治知识健康教育登记本；  2.2健康教育干预包发放记录；  2.3推介使用安全套；  2.4发放防治性病艾滋病宣传资料；  2.5性伴通知记录； |
| 3.向公众开展健康教育和咨询的图片或记录；性病艾滋病防治知识健康教育活动的记录（0.2分）； |
| 4.根据教育效果评价持续改进健康宣传和健康促进的记录（0.2分）； |
| 5.现场抽查，经性病门诊治疗的在治病人艾滋病防治知晓率达85%（0.2分）； |
| 6.经性病门诊治疗的在治病人艾滋病防治知晓率达90%（0.2分）。 |
| 4.2.190.2 | 开展艾滋病抗病毒治疗的医疗机构有艾滋病防治药品管理制度，贮存库房、设施与设备符合有关规定。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有明确医疗质量管理的院级、科级责任范畴（0.2分）； | 1 |
| 2.艾滋病防治药品管理制度，贮存库房、设施与设备符合有关规定（0.3分）； |
| 3.被访谈人员知晓本人职责（0.2分）； |
| 4.定期开展检（督）查、数据采集与分析反馈（0.3分）。 |