

附件 1:

黑龙江省三级医院评审标准实施细则 (2021 年试行版)

黑龙江省三级医院评审标准 实施细则（2021 年试行版）说明

为进一步规范我省医院评审工作，充分发挥医院评审在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代医院管理制度、提高管理水平等方面的导向和激励作用，按照国家卫生健康委《三级医院评审标准（2020 年版）》要求，结合我省实际情况，遵循“标准只升不降、内容只增不减”的原则，按照“继承、发展、创新，兼顾普遍适用与专科特点”的思路，制定《黑龙江省三级医院评审标准实施细则（2021 年试行版）》（以下简称“实施细则”）。

本细则适用于三级医院（不含中医、中西医结合、妇幼保健、民族医疗机构），二级医院可参照使用。三级专科医院评审时将结合专科特点调整不适用条款。

一、基本框架及相关要求

本细则共 3 个部分 8 章 91 节，设置 1062 个具体标准和监测指标，总分 1000 分。

第一部分：前置要求

（一）此部分共设 30 条评审前置条款。

（二）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。旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

(三) 医院在申请评审前, 应向省卫生健康委提出前置条件符合情况审核的申请, 由省卫生健康委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 个工作日。

第二部分: 医疗服务能力与质量安全监测数据

(一) 指标设置情况。

1. 此部分共设 5 章 63 节 600 个具体指标。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。

2. 医疗机构所开展的限制类医疗技术、人体器官捐献、获取与移植技术, 相关的质量控制指标必须纳入评审, 未开展的医疗技术可不纳入评审范围。

3. 本部分在评审综合得分中的权重为 60%。

4. 根据我省信息化程度和相关数据监测基础性工作情况, 评审周期内酌情调整相关数据监测内容和范围, 分值所占权重不变。

(二) 数据采集原则及方式。

1. 数据统计周期为全评审周期。

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. 将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据。

5. 各参评医院通过“黑龙江省三级医院评审第二部分医疗服

务能力与质量安全监测数据采集系统”填报第二部分所需数据。各医院填报的相关数据要与以往报送给国家卫生资源统计年报系统、国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家单病种质量监测平台、中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）、各器官移植专业国家质控中心相关系统的数据保持一致。具备多元数据来源的指标与数据，如数据不符，依具体情形，相关指标扣除部分分数或计零分。

（三）数据核查原则。

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

2. 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。

3. 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	惩罚性扣分比例
1%（含）-2%	5%
2%（含）-5%	10%
5%（含）-10%	20%
10%（含）以上	不予通过

（四）数据核查准备。

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“第三部分现场检查”标准中涉及的数据目录清单并提交给评审组。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、采集结果等要求，各类数据应有负责部门，有条件的应设置汇总部门。

2. 对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

3. 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。

第三部分：现场检查

（一）指标设置情况。

在《国家三级医院评审标准（2020年版）》的基础上，充分考虑现场评价的可操作性，将类别一致的条款进行归类整合；并在临床病理、医学影像、科研教学与图书管理等方面增加了现场检查指标，共设3章、24节、432个具体指标。用于对三级医院实地评审以及医院自我管理和持续改进。本部分在评审综合得分中的权重为40%。

（二）评审方法。

评审专家可采用下列方法对实施细则内容逐项进行符合程度评判。

1. 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、预案、计划、报告、总结等资料。

2. 记录查看。查看医院和科室的工作记录，如会议记录、签到、培训记录，考试记录、各种讨论记录等资料。

3. 员工访谈。现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括开会集体访谈等。

4. 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。

5. 员工操作。评审现场要求员工完成特定操作的内容。

6. 患者访谈。评审员对患者或家属开展访谈。

7. 病历检查。评审现场对运行病历进行检查。

8. 病案检查。评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

9. 数据核查。同第二部分。

（三）相关要求。

1. 不适用条款说明。《医疗机构设置标准》、《黑龙江省三级医院评审标准实施细则（2021年试行版）》等文件中未要求三级医院设置的科室或开展的项目，评审时可申请作为不适用条款。医疗机构执业许可证中已登记而实际未开展的诊疗科目，评审时不能申请为不适用条款。医院所开展的条款相关的项目均应纳入评审。评审医院需在评审前对不适用条款提出书面申请，经评审组审核同意后方可列为不适用条款。

2. 本标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用国家卫生健康委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371号）。手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用国家卫生健康委发布的《手术操作分类代码国家临床版 3.0》。

二、赋分与计分规则

本实施细则共 3 个部分，总分 1000 分。

实施细则分值设置

部 分	章	节	具体指标	分值设置
第一部分		4	30	不设分值，一票否决
第二部分	5	63	600	600 分
第三部分	3	24	432	400 分
合 计	8	91	1062	1000 分

第一部分：共设 4 节 30 条评审前置条款，为医院评审的必备条件为“一票否决”指标，若有一个条款不合格，延缓一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

第二部分：共设 5 章 63 节 600 个具体指标，每个指标满分为 1 分，共计 600 分，占总分的 60%。对规模类和配比类指标按照“全或无”原则计分，达到标准予以“满分”，否则计“零分”；对连续监测指标按照“区间赋分兼顾持续改进”原则计分。第二部分采取评审软件自动评分和专家复核相结合方式进行评分，指标考核得分由评审软件自动计算，专家对照标准及原始数据进行分数确认，对自动评分有异议的提出修改意见，无异议的以自动评分结果为准。

对于第二部分的不适用条款，不参与计分，按实际适用条款得分权重折合得分。选择不适用条款后的计分方式：最终得分= 实际得分/实际总分×600 分。

第三部分：共设 3 章 24 节 432 个具体指标，共计 400 分，占总分的 40%。本部分按照现场检查各条款符合程度给分，

其中：64个标注★号指标每个指标满分为0.5分，达到A标准得0.5分、B标准0.4分、C标准0.3分、D标准0分、E为不适用条款；其他368个指标每个指标满分为1分，达到A标准得1分、B标准0.8分、C标准0.6分、D标准0分、E为不适用条款。

对于第三部分的不适用条款，不参与计分，按实际适用条款得分权重折合得分。选择不适用条款后的计分方式：最终得分=实际得分/实际总分×400分。

三、等次判定规则

采取“总分和第三部分得分相结合”的方式进行判定。

（一）甲等。总分不得低于840分，第三部分得分不得低于360分。

（二）乙等。总分不得低于740分，第三部分得分不得低于320分。

（三）丙等。总分不得低于640分，第三部分得分不得低于280分。

（四）不合格。总分低于640分或第三部分得分低于280分，判定为不合格，按未定等管理。

目 录

第一部分：前置要求

- 一、依法设置与执业
- 二、公益性责任和行风诚信
- 三、安全管理与重大事件
- 四、政府指令性任务

第二部分：医疗服务能力与质量安全监测数据

第一章：资源配置与运行数据指标

- 一、床位配置
- 二、卫生技术人员配备
- 三、相关科室资源配置
- 四、运行指标
- 五、科研指标

第二章：医疗服务能力与医院质量安全指标

- 一、医疗服务能力
- 二、医院质量指标
- 三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）

第三章：重点专业质量控制指标

- 一、麻醉专业医疗质量控制指标（2015 年版）
- 二、重症医学专业医疗质量控制指标（2015 年版）
- 三、急诊专业医疗质量控制指标（2015 年版）
- 四、临床检验专业医疗质量控制指标（2015 年版）
- 五、病理专业医疗质量控制指标（2015 年版）
- 六、医院感染管理医疗质量控制指标（2015 年版）
- 七、临床用血质量控制指标（2019 年版）
- 八、呼吸内科专业医疗质量控制指标（2019 年版）
- 九、产科专业医疗质量控制指标（2019 年版）
- 十、神经系统疾病医疗质量控制指标（2020 年版）
- 十一、肾病专业医疗质量控制指标（2020 年版）
- 十二、护理专业医疗质量控制指标（2020 年版）
- 十三、药事管理专业医疗质量控制指标（2020 年版）

第四章：单病种（术种）质量控制指标

- 一、急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）
- 二、心力衰竭
- 三、冠状动脉旁路移植术
- 四、房颤
- 五、主动脉瓣置换术
- 六、二尖瓣置换术
- 七、房间隔缺损手术
- 八、室间隔缺损手术
- 九、脑梗死（首次住院）

- 十、短暂性脑缺血发作
- 十一、脑出血
- 十二、脑膜瘤（初发，手术治疗）
- 十三、胶质瘤（初发，手术治疗）
- 十四、垂体腺瘤（初发，手术治疗）
- 十五、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）
- 十六、惊厥性癫痫持续状态
- 十七、帕金森病
- 十八、社区获得性肺炎（成人，首次住院）
- 十九、社区获得性肺炎（儿童，首次住院）
- 二十、慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）
- 二十一、哮喘（成人，急性发作，住院）
- 二十二、哮喘（儿童，住院）
- 二十三、髋关节置换术
- 二十四、膝关节置换术
- 二十五、剖宫产
- 二十六、异位妊娠（手术治疗）
- 二十七、子宫肌瘤（手术治疗）
- 二十八、肺癌（手术治疗）
- 二十九、甲状腺癌（手术治疗）
- 三十、乳腺癌（手术治疗）
- 三十一、胃癌（手术治疗）
- 三十二、结肠癌（手术治疗）
- 三十三、宫颈癌（手术治疗）

三十四、糖尿病肾病

三十五、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）

三十六、复杂性视网膜脱离（手术治疗）

三十七、围手术期预防感染

三十八、住院精神疾病

三十九、感染性休克早期治疗

四十、甲状腺结节（手术治疗）

第五章：重点医疗技术临床应用质量控制指标

一、国家限制类医疗技术

二、人体器官捐献、获取与移植技术

第三部分：现场检查

第一章：医院功能与任务

一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

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

三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务

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

第二章 临床服务质量与安全管理

一、临床服务质量与安全管理

- 二、医疗质量安全核心制度
- 三、医疗技术临床应用管理
- 四、医疗安全风险防范
- 五、诊疗质量保障与持续改进
- 六、护理质量保障与持续改进
- 七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进
- 八、检查检验质量保障与持续改进
- 九、输血管理与持续改进
- 十、医院感染管理与持续改进
- 十一、中医诊疗质量保障与持续改进

第三章 医院管理

- 一、管理职责与决策执行机制
- 二、人力资源管理
- 三、财务和价格管理
- 四、信息管理
- 五、医学装备管理
- 六、后勤保障管理
- 七、应急管理
- 八、科研教学与图书管理
- 九、行风与文化建设管理

第一部分 前置要求

- 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
- 政府指令性任务

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

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

（八）违反《中华人民共和国传染病防治法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件，造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。

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

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

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

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

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

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

(十五) 其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

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

(二) 应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

(三) 医院领导班子发生 3 起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起以上违反《医疗卫生行风建设“九不准”》的群体性事件（≥3 人/起），造成重大社会影响。

(四) 发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

(五) 违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》《医学科研诚信和相关行为规范》相关要求，提供、报告虚假住院病案首页等医疗服务信息、统计数据、申报材料和科研成果，情节严重。

三、安全管理与重大事件

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

(二) 发生重大医院感染事件，造成严重后果。

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

(四) 发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

(五) 发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

四、政府指令性任务

(一) 二级及以上综合医院、儿童专科医院、传染病专科医院发热门诊建设未达标；二级及以上综合医院、传染病专科医院新冠病毒核酸检测能力未达标。

(二) 县级医院医疗服务能力评估结果，二级县级医院未达到基本标准，三级县级医院未达到推荐标准。

(三) 上一年度三级公立医院绩效考核等次为 C 级以下（不含 C+、C++）。

(四) 电子病历系统应用水平分级评价未达到 4 级以上。

(五) 未接入省(市)级全民健康信息平台，实现区域医疗服务信息互通共享。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

第一章 资源配置与运行数据指标

一、床位配置

指 标	指标说明	计算方法
(一) 核定床位数	即编制床位，由卫生健康行政部门核定的床位数。	以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。
(二) 实际开放床位数	实有床位数，指年底固定实有床位数量。	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。
(三) 平均床位使用率	每天使用床位与实有床位的比率。	平均床位使用率=实际占用的床日总数/同期实际开放的床日总数

二、卫生技术人员配备

指 标	指标说明	计算方法
(一) 卫生技术人员数与开放床位数比	医院卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数之比。	卫生技术人员与开放床位数比=医院卫生技术人员数/同期全院实际开放床位数
(二) 全院护士人数与开放床位数比	单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构执业护士人数的比。	医疗机构床护比(1:X)=1:(医疗机构执业护士人数/同期实际开放床位数)
(三) 病区护士人数与开放床位数比	单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构病区执业护士人数的比。	病区床护比(1:X)=1:(医疗机构病区执业护士人数/同期实际开放床位数)
(四) 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与同期全院实际开放床数之比。	医院感染管理专职人员与开放床位数比=医院感染管理专职人员数/同期全院实际开放床位数

三、相关科室资源配置

指 标	指标说明	计算方法
（一）急诊医学科		
1. 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例	医院固定急诊医师数在同期急诊科在岗医师总数所占比例。	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
2. 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例	医院固定急诊护士数在同期急诊科在岗护士总数所占的比例。	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科的在岗护士数/同期医院急诊科在岗护士总数
（二）重症医学科		
1. 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	重症医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	重症医学科开放床位数占同期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
2. 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比	医院重症医学科医师总数与同期重症医学科实际开放床位数之比。	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/同期医院重症医学科实际开放床位数
3. 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比	医院重症医学科护士数与同期重症医学科实际开放床位数之比。	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/同期医院重症医学科实际开放床位数
（三）麻醉科		
1. 麻醉科医师数与手术间数比	医院麻醉科医师数与同期医院手术室间数之比。	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
2. 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比	医院麻醉科医师数与同期医院日均全麻手术台次之比。	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
（四）中医科		
1. 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例	中医科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	中医科开放床位数占同期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
2. 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比	医院中医科中医类别医师人数与同期中医科实际开放床位数之比。	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
3. 中医科护士人数与中医科开放床位数比	医院中医科护士人数与同期中医科实际开放床位数之比。	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

指 标	指标说明	计算方法
（五）康复医学科		
1. 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例	康复科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	康复科开放床位数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
2. 康复科医师人数与康复科开放床位数比	医院康复科医师人数与同期康复科实际开放床位数之比。	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
3. 康复科康复师人数与康复科开放床位数比	医院康复科康复师人数与同期康复科实际开放床位数之比。	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
4. 康复科护士人数与康复科开放床位数比	医院康复科在岗护士人数与同期康复科实际开放床位数之比。	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
（六）感染性疾病科		
1. 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例	医院固定在感染性疾病科医师人数占同期感染性疾病科在岗医师总数的比例。	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
2. 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例	固定在感染性疾病科护士人数与同期感染性疾病科在岗护士总数之比。	固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例=在医院注册的固定在感染性疾病科的在岗护士人数/同期医院感染性疾病科在岗护士总数
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占同期医院开放床位数的比例。	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
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占同期医院开放床位数的比例。	可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例=可转换感染性疾病开放床位数/医院开放床位数

四、运行指标

指 标	指标说明	计算方法
(一) 相关手术科室年手术人次占其出院人次比例	相关手术科室年手术人次占其出院人次比例。	出院患者手术占比=出院患者手术台次数/同期患者出院总人数
(二) 人员支出占业务支出的比重(人员经费占比)	年度人员经费占医疗活动费用的比例。	人员支出占业务支出的比重=人员经费/同期医疗活动费用

五、科研指标

指 标	指标说明	计算方法
(一) 新技术临床转化数量		
1. 每百名卫生技术人员科研项目经费	年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额。	每百名卫生技术人员科研项目经费=(本年度科研项目立项经费总金额/同期医院卫生技术人员总数)×100
2. 每百名卫生技术人员科技成果转化金额	年度每百名卫生技术人员科研成果转化的金额数。	每百名卫生技术人员科技成果转化金额=(本年度科技成果转化总金额/同期医院卫生技术人员总数)×100
(二) 取得临床相关国家专利数量		
1. 每百名卫生技术人员发明专利数量	年度每百名卫生技术人员发明专利数。	每百名卫生技术人员发明专利数量=(本年度医院发明专利总项数/同期医院卫生技术人员总数)×100
2. 每百名卫生技术人员实用新型专利数量	年度每百名卫生技术人员实用新型专利数。	每百名卫生技术人员实用新型专利数量=(本年度医院实用新型专利总项数/同期医院卫生技术人员总数)×100

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

一、医疗服务能力

指 标	指标说明	计算方法
(一) 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)	医院收治病种 (ICD-10 四位亚目数量) 数量。	根据 ICD-10 四位亚目, 从病案首页中统计主要诊断数量。
(二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)	医院住院术种病种 (ICD-9-CM-3) 数量。	从病案首页中统计主要手术 (ICD-9-CM-3) 数量。

二、医院质量指标

指 标	指标说明	计算方法
(一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况		
1. 急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率	发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 或静脉溶栓治疗, 首选 PCI 治疗的患者数占发病 12 小时内的 STEMI 患者总数的比例。	急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率=发病 12 小时内给予静脉溶栓或 PCI 的 STEMI 患者数/同期发病 12 小时内的 STEMI 患者总数
2. 急性脑梗死再灌注治疗率	发病 6 小时内接受静脉溶栓治疗和 (或) 血管内治疗的急性脑梗死患者占同期发病 6 小时内的急性脑梗死患者总数的比例。	急性脑梗死再灌注治疗率=发病 6 小时内静脉溶栓的/或血管内治疗的急性脑梗死患者数/同期发病 6 小时内的急性脑梗死患者总数
3. 肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率	肿瘤治疗前开展临床 TNM 分期评估病例数占同期住院肿瘤患者人次的比例 (重点关注肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌 5 个病种)。	肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率=住院患者肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估例数/同期住院肿瘤患者人次
4. 住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率	住院患者使用抗菌药物治疗前病原学送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。检验项目包括: 细菌培养、真菌培养; 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) 等。	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

指 标	指标说明	计算方法
5. 静脉血栓栓塞症规范预防率	接受 VTE 风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例；实施 VTE 规范预防措施的出院患者人次与同期 VTE 风险评估为高危和/或中危出院患者人次的比例。	VTE 风险评估率 接受风险评估的出院患者人次/同期出院患者人次
6. 病案首页主要诊断编码正确率		
(1) 病案首页主要诊断编码正确率	住院病案首页中主要诊断编码正确的病案数占检查出院病案总数的比例。	病案首页主要诊断编码正确率=病案首页中主要诊断编码正确的病历数/检查出院病案总数
(2) 病案首页主要诊断选择正确率	病案首页中主要诊断选择正确的病历数占检查出院病案总数的比例。	病案首页主要诊断选择正确率=病案首页中主要诊断选择正确的病历数/检查出院病案总数
7. 医疗质量安全不良事件报告率		
(1) 床均医疗质量安全不良事件报告率	医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。	床均医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/同期开放床位数
(2) 每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率	医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。	每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/同期出院患者人次
8. 住院患者静脉输液使用率	使用静脉输液的住院患者数占同期出院患者总数的比例。静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。同一患者使用多种静脉输注药物（含中药注射剂），记为 1 例。为便于统计，使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。	住院患者静脉输液使用率=使用静脉输液的住院患者数/同期出院患者总数
9. 血管内导管相关血流感染发生率	使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。	血管内导管相关血流感染发生率 血管内导管相关血流感染发生例次数/同期患者使用血管内导管留置总天数
10. 阴道分娩并发症发生率	阴道分娩并发症发生人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。	阴道分娩并发症发生率=阴道分娩并发症发生人数/同期阴道分娩产妇总人数
(二) 患者住院总死亡率	住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
(三) 新生儿患者住院死亡率	新生儿住院死亡人数占同期新生儿出院患者人次的比例。	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
(四) 手术患者住院死亡率	手术患者住院死亡人数占同期手术患者出院人次的比例。	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
(五) 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占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。	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）
(六) 手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率	手术患者手术后 48 小时内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院患者手术例数的比例。	手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率=手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术例数/同期出院患者手术例数
(七) ICD 低风险病种患者住院死亡率	年度医院出院患者中低风险病种出现死亡数量占出院人次中低风险病种总人数的比例。	ICD 低风险病种患者住院死亡率=ICD 低风险病种住院患者死亡病例数/ICD 低风险病种出院患者病例总数

三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）

指 标	指标说明	计算方法
(一) 手术患者手术后肺栓塞发生率	ICD-10 编码：I26.9 的手术患者肺栓塞发生例数；以及手术患者手术后肺栓塞发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后肺栓塞发生率=手术患者手术后肺栓塞发生例数/同期手术患者出院人次
(二) 手术患者手术后深静脉血栓发生率	ICD-10 编码：I80.8，I82.8 的手术患者手术后深静脉血栓发生例数，以及手术患者手术后深静脉血栓患者发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后深静脉血栓发生率=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
(三) 手术患者手术后败血症发生率	ICD-10 编码：A40.0 至 A40.9，A41.0 至 A41.9，T81.411 的手术患者手术后败血症发生例数；以及手术患者手术后败血症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后败血症发生率=手术患者手术后败血症发生例数/同期手术患者出院人次
(四) 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后出血或血肿发生例数；以及手术患者手术后出血或血肿发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者术后出血或血肿发生率=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

指 标	指标说明	计算方法
(五) 手术患者手术伤口裂开发生率	ICD-10 编码: T81.3 的手术患者手术伤口裂开发生例数; 以及手术患者手术伤口裂开发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术伤口裂开发生率=手术患者手术伤口裂开发生例数/同期手术患者出院人次
(六) 手术患者手术后猝死发生率	ICD-10 编码: R96.0, R96.1, I46.1 的手术患者手术后猝死发生例数; 以及手术患者手术后猝死发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后猝死发生率=手术患者手术后猝死发生例数/同期手术患者出院人次
(七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生率	ICD-10 编码: J96.0, J96.1, J96.9 的手术患者手术后呼吸衰竭发生例数; 以及手术患者手术后呼吸衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后呼吸衰竭发生率=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
(八) 与手术/操作相关感染发生率	ICD-10 编码: T81.4 与手术/操作相关感染发生例数; 以及与手术/操作相关感染发生例数占同期手术/操作患者出院人次的比例。	与手术/操作相关感染发生率=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
(九) 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 的手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数; 以及手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者肺部感染与肺机能不全发生率=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
(十) 手术后急性肾衰竭发生率	ICD-10 编码: N17.0 至 N17.9, N99.0 的手术患者手术后急性肾衰竭发生例数; 以及手术后急性肾衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	术后急性肾衰竭发生率=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
(十一) 各系统/器官术后并发症发生率		
1. 消化系统术后并发症发生率	手术患者消化系统 (K91.0 至 K91.9 的手术出院患者) 术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	消化系统术后并发症发生率=手术患者消化系统术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次
2. 神经系统术后并发症发生率	手术患者神经系统 (G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60 至 I64 的手术出院患者) / 器官术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	神经系统术后并发症发生率=手术患者神经系统术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次
(十二) 再植和截肢的并发症发生率	ICD-10 编码: T87.0 至 T87.6 的再植和截肢并发症发生例数; 以及再植和截肢并发症发生例数占同期再植和截肢患者出院人次的比例。	再植和截肢的并发症发生率=再植和截肢并发症发生例数/同期再植和截肢患者出院人次

指 标	指标说明	计算方法
(十三)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 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数; 以及介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期介入操作与手术患者出院人次的比例。	介入操作与手术后患者其他并发症发生率=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
(十四)阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生率	ICD-10 编码: 070.1, 070.2, 070.3, 070.9, 071.0 至 071.9, 072.0, 072.1, 072.2, 072.3, 073.0, 073.1, 074.0 至 074.9, 075.0 至 075.9, 086.0 至 086.8, 087.0 至 087.9, 088.0 至 088.8, 089.0 至 089.9, 090.1 至 090.9, A34 的阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数; 以及阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数占同期阴道分娩出院产妇人数的比例。	阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生率=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
(十五)剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生率	ICD-10 编码: 071.0 至 071.9, 072.0, 072.0, 072.1, 072.2, 072.3, 073.0, 073.1, 074.0 至 074.9, 075.0 至 075.9, 086.0 至 086.8, 087.0 至 087.9, 088.0 至 088.8, 089.0 至 089.9, 090.1 至 090.9, 095, A34 的剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数; 以及剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数占同期剖宫产分娩产妇出院人数的比例。	剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生率=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
(十六)输血反应发生率	ICD-10 编码: T80.0 至 T80.9 发生输血反应的出院患者例次; 以及发生输血反应的出院患者例次占同期出院患者输血人次的比例。	输血反应发生率=发生输血反应的出院患者例次/同期出院患者输血总例次
(十七)医源性气胸发生率	ICD-10 编码: J93.8, J93.9, J95.8, T81.218 发生医源性气胸出院患者人次; 发生医源性气胸出院患者人次以及占同期出院患者人次的比例。	医源性气胸发生率=发生医源性气胸出院患者人次/同期出院患者人次
(十八)住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率	ICD-10 编码: S32.4, S32.7, S32.8, S72.0 至 S72.9, S73.0, S73.1 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数; 以及住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数占同期住院患者跌倒/坠床发生例数的比例。	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率=住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数/同期住院患者跌倒/坠床发生例数
(十九)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 住院患者血液透析所致并发症发生例数; 以及住院患者血液透析所致并发症发生例数占同期血液透析出院患者人次的比例。	血液透析所致并发症发生率=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

第三章 重点专业质量控制指标

一、麻醉专业医疗质量控制指标（2015 年版）

指 标	指标说明	计算方法
（一）麻醉科医患比	麻醉科固定在岗（本院）医师总数占同期麻醉科完成麻醉总例次数（万例次）的比例。	麻醉科医患比=麻醉科固定在岗（本院）医师总数/同期麻醉科完成麻醉总例次数（万例次）
（二）各 ASA 分级麻醉患者比例		
1. I 级麻醉患者比例	根据美国麻醉医师协会（ASA）分级标准，对于接受麻醉患者的病情危重程度进行分级。I 级麻醉患者比例是指 I 级麻醉患者占同期麻醉患者总数的比例。	I 级麻醉患者比例=I 级麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数
2. II 级麻醉患者比例	根据美国麻醉医师协会（ASA）分级标准，对于接受麻醉患者的病情危重程度进行分级。II 级麻醉患者比例是指 II 级麻醉患者占同期麻醉患者总数的比例。	II 级麻醉患者比例=II 级麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数
3. III 级麻醉患者比例	根据美国麻醉医师协会（ASA）分级标准，对于接受麻醉患者的病情危重程度进行分级。III 级麻醉患者比例是指 III 级麻醉患者占同期麻醉患者总数的比例。	III 级麻醉患者比例=III 级麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数
4. IV 级麻醉患者比例	根据美国麻醉医师协会（ASA）分级标准，对于接受麻醉患者的病情危重程度进行分级。IV 级麻醉患者比例是指 IV 级麻醉患者占同期麻醉患者总数的比例。	IV 级麻醉患者比例=IV 级麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数
5. V 级麻醉患者比例	根据美国麻醉医师协会（ASA）分级标准，对于接受麻醉患者的病情危重程度进行分级。V 级麻醉患者比例是指 V 级麻醉患者占同期麻醉患者总数的比例。	V 级麻醉患者比例=V 级麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数
6. VI 级麻醉患者比例	根据美国麻醉医师协会（ASA）分级标准，对于接受麻醉患者的病情危重程度进行分级。VI 级麻醉患者比例是指 VI 级麻醉患者占同期麻醉患者总数的比例。	VI 级麻醉患者比例=VI 级麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数

指 标	指标说明	计算方法
(三) 急诊非择期麻醉比例	急诊非择期手术所实施的麻醉数占同期麻醉总数的比例。	急诊非择期麻醉比例=急诊非择期手术所实施的麻醉数/同期麻醉总数
(四) 各类麻醉方式比例		
1. 椎管内麻醉比例	各类麻醉方式比例是指该麻醉方式数占同期各类麻醉方式总数的比例。注：麻醉方式分为 5 类。 (一) 椎管内麻醉：包括硬膜外麻醉，腰麻，腰硬联合麻醉，骶麻，鞍麻。	椎管内麻醉比例=椎管内麻醉数/同期各类麻醉方式总数
2. 插管全麻比例	各类麻醉方式比例是指该麻醉方式数占同期各类麻醉方式总数的比例。注：麻醉方式分为 5 类。 (二) 插管全麻：包括支气管插管全麻，气管插管全麻，喉罩全麻，喉罩+气管插管全麻。	插管全麻比例=插管全麻数/同期各类麻醉方式总数
3. 非插管全麻比例	各类麻醉方式比例是指该麻醉方式数占同期各类麻醉方式总数的比例。注：麻醉方式分为 5 类。 (三) 非插管全麻。	非插管全麻比例=非插管全麻数/同期各类麻醉方式总数
4. 复合麻醉比例	各类麻醉方式比例是指该麻醉方式数占同期各类麻醉方式总数的比例。注：麻醉方式分为 5 类。 (四) 复合麻醉：包括插管全麻+椎管内麻醉，非插管全麻+椎管内麻醉；插管全麻+神经阻滞，非插管全麻+神经阻滞，椎管内麻醉+神经阻滞。	复合麻醉比例=复合麻醉数/同期各类麻醉方式总数
5. 其他麻醉比例	各类麻醉方式比例是指该麻醉方式数占同期各类麻醉方式总数的比例。注：麻醉方式分为 5 类。 (五) 其他麻醉方式：包括神经阻滞，局麻强化 MAC，其他。	其他麻醉比例=其他麻醉数/同期各类麻醉方式总数
(五) 麻醉开始后手术取消率	麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。该指标是指麻醉开始后手术开始前手术取消的数占同期麻醉总数的比例。	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
(六) 麻醉后监测治疗室 (PACU) 转出延迟率	指入 PACU 超过 2 小时的患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
(七) PACU 入室低体温率	指 PACU 入室低体温患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。体温测量的方式推荐为红外耳温枪。	$\text{PACU 入室低体温率} = \text{PACU 入室低体温患者数} / \text{同期入 PACU 患者总数}$
(八) 非计划转入 ICU 率	非计划转入 ICU 是指在开始麻醉诱导前并无术后转入 ICU 的计划, 而术中或术后决定转入 ICU。非计划转入 ICU 率, 是指非计划转入 ICU 患者数占同期转入 ICU 患者总数的比例。	$\text{非计划转入 ICU 率} = \text{非计划转入 ICU 患者数} / \text{同期转入 ICU 患者总数}$
(九) 非计划二次气管插管率	非计划二次气管插管指患者术后气管插管拔除后 6 小时内, 非计划再次行气管插管术。该指标是指非计划二次气管插管患者数占同期术后气管插管拔除患者总数的比例。	$\text{非计划二次气管插管率} = \text{非计划二次气管插管患者数} / \text{同期术后气管插管拔除患者总数}$
(十) 麻醉开始后 24 小时内死亡率	麻醉开始后 24 小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其他任何因素。	$\text{麻醉开始后 24 小时内死亡率} = \text{麻醉开始后 24 小时内死亡患者数} / \text{同期麻醉患者总数}$
(十一) 麻醉开始后 24 小时内心跳骤停率	麻醉开始后 24 小时内心跳骤停是指麻醉开始后 24 小时内非医疗目的的心脏停跳。麻醉开始后 24 小时内心跳骤停率, 是指麻醉开始后 24 小时内心跳骤停患者数占同期麻醉患者总数的比例。患者心跳骤停原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其它任何因素。	$\text{麻醉开始后 24 小时内心跳骤停率} = \text{麻醉开始后 24 小时内心跳骤停患者数} / \text{同期麻醉患者总数}$
(十二) 术中自体血输注率	麻醉中, 接受 400ml 及以上自体血 (包括自体全血及自体血红细胞) 输注患者数占同期接受 400ml 及以上输血治疗的患者总数的比例。	$\text{术中自体血输注率} = \text{手术麻醉中接受 400ml 及以上自体血输注患者数} / \text{同期麻醉中接受 400ml 及以上输血治疗的患者总数}$
(十三) 麻醉期间严重过敏反应发生率	严重过敏反应是指发生循环衰竭和/或严重气道反应 (痉挛、水肿), 明显皮疹, 需要使用肾上腺素治疗的过敏反应。麻醉期间严重过敏反应是指麻醉期间各种原因导致的严重过敏反应。麻醉期间严重过敏反应发生率, 是指麻醉期间严重过敏反应发生例数占同期麻醉总例数的比例。	$\text{麻醉期间严重过敏反应发生率} = \text{麻醉期间严重过敏反应发生例数} / \text{同期麻醉总例数}$

二、重症医学专业医疗质量控制指标（2015 年版）

指 标	指标说明	计算方法
（一）ICU 患者收治率	ICU 患者收治率是指 ICU 收治患者总数占同期医院收治患者总数的比例。同一患者同一次住院多次转入 ICU，记为“多人次”。	ICU 患者收治率=ICU 收治患者总数/同期医院收治患者总数
（二）急性生理与慢性健康评分（APACHE II 评分） ≥ 15 分患者收治率（入 ICU24 小时内）	入 ICU24 小时内，APACHE II 评分 ≥ 15 分患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。	APACHE II 评分 ≥ 15 分患者收治率=APACHE II 评分 ≥ 15 分患者数/同期 ICU 收治患者总数
（三）感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率	感染性休克 3h 集束化治疗（bundle），是指感染性休克诊断后 3 小时内完成：测量乳酸浓度；抗菌药物治疗前进行血培养；予以广谱抗菌药物；低血压或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 给予 30ml/kg 晶体液进行目标复苏。感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率，是指入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3h bundle 的患者数占同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。	感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率=入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3h bundle 的患者数/同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数
（四）感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率	感染性休克 6h 集束化治疗（bundle），是指在 3h 集束化治疗（bundle）的基础上加上：低血压对目标复苏效果差立即予以升压药；脓毒症休克或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 容量复苏后仍持续低血压，需立即测量 CVP 和 ScvO ₂ ；初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平。感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率，是指入 ICU 诊断为感染性休克全部完成 6h bundle 的患者数占同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。	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
（五）ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率	以治疗为目的使用抗菌药物的 ICU 住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6 等感染指标的血清学检验。	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

指 标	指标说明	计算方法
(六) ICU 深静脉血栓 (DVT) 预防率	进行深静脉血栓 (DVT) 预防的 ICU 患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。深静脉血栓预防措施包括药物预防(肝素或低分子肝素抗凝)、机械预防(肢体加压泵、梯度压力弹力袜等)以及下腔静脉过滤器等。	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
(七) ICU 患者预计病死率	通过患者疾病危重程度 (APACHE II 评分) 来预测的可能病死率。ICU 患者预计病死率是指 ICU 收治患者预计病死率的总和与同期 ICU 收治患者总数的比值。	ICU 患者预计病死率=ICU 收治患者预计病死率总和/同期 ICU 收治患者总数
(八) ICU 患者标化病死指数	通过患者疾病危重程度校准后的病死率, 为 ICU 患者实际病死率与同期 ICU 患者预计病死率的比值。	ICU 患者标化病死指数=ICU 患者实际病死率/同期 ICU 患者预计病死率
(九) ICU 非计划气管插管拔管率	非计划气管插管拔管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总数的比例。	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
(十) ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率	气管插管计划拔管后 48 内再插管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总例数的比例。不包括非计划气管插管拔管后再插管。	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
(十一) 非计划转入 ICU 率	非计划转入 ICU 是指非早期预警转入, 或在开始麻醉诱导前并无术后转入 ICU 的计划, 而术中或术后决定转入 ICU。非计划转入 ICU 率是指非计划转入 ICU 患者数占同期转入 ICU 患者总数的比例。非计划转入 ICU 的原因应进行分层分析(缺乏病情恶化的预警、麻醉因素和手术因素等)。	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
(十二) 转出 ICU 后 48h 内重返率	转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数占同期转出 ICU 患者总数的比例。	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
(十三) ICU 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发病率	VAP 发生例数占同期 ICU 患者有创机械通气总天数的比例。	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
(十四) ICU 血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发病率	CRBSI 发生例数 (ICD-10 编码: T82.700x001 的使用血管导管 ICU 出院患者) 占同期 ICU 患者血管内导管留置总天数的比例。	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
(十五) ICU 导尿管相关泌尿系统感染 (CAUTI) 发病率	CAUTI 发生例数 (ICD-10 编码: T83.500x003 的使用尿管 ICU 出院患者) 占同期 ICU 患者导尿管留置总天数的比例。	ICU 导尿管相关泌尿系统感染 (CAUTI) 发病率=CAUTI 发生例数/同期 ICU 患者导尿管总天数

三、急诊专业医疗质量控制指标（2015 年版）

指 标	指标说明	计算方法
（一）急诊科医患比	急诊科固定在岗（本院）医师总数占同期急诊科接诊患者总数（万人次）的比例。	急诊科医患比=急诊科固定在岗（本院）医师总数/同期急诊科接诊患者总数（万人次）
（二）急诊科护患比	急诊科固定在岗（本院）护士（师）总数占同期急诊科接诊患者总数（万人次）的比例。	急诊科护患比=急诊科固定在岗（本院）护士（师）总数/同期急诊科接诊患者总数（万人次）
（三）急诊各级患者比例		
1. 急诊 I 级患者比例	急诊患者病情分级：I 级是濒危患者，II 级是危重患者，III 级是急症患者，IV 级是非急症患者。急诊各级患者比例，是指急诊科就诊的各级患者总数占同期急诊科就诊患者总数的比例。	急诊 I 级患者比例=急诊科就诊的 I 级患者总数/同期急诊科就诊患者总数
2. 急诊 II 级患者比例	急诊患者病情分级：I 级是濒危患者，II 级是危重患者，III 级是急症患者，IV 级是非急症患者。急诊各级患者比例，是指急诊科就诊的各级患者总数占同期急诊科就诊患者总数的比例。	急诊 II 级患者比例=急诊科就诊的 II 级患者总数/同期急诊科就诊患者总数
3. 急诊 III 级患者比例	急诊患者病情分级：I 级是濒危患者，II 级是危重患者，III 级是急症患者，IV 级是非急症患者。急诊各级患者比例，是指急诊科就诊的各级患者总数占同期急诊科就诊患者总数的比例。	急诊 III 级患者比例=急诊科就诊的 III 级患者总数/同期急诊科就诊患者总数
4. 急诊 IV 级患者比例	急诊患者病情分级：I 级是濒危患者，II 级是危重患者，III 级是急症患者，IV 级是非急症患者。急诊各级患者比例，是指急诊科就诊的各级患者总数占同期急诊科就诊患者总数的比例。	急诊 IV 级患者比例=急诊科就诊的 IV 级患者总数/同期急诊科就诊患者总数
（四）抢救室滞留时间中位数	抢救室滞留时间是指急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间（以小时为单位）。抢救室滞留时间中位数是指将急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间由长到短排序后取其中位数。 注：n 为急诊抢救室患者数，x 为抢救室滞留时间。	抢救室滞留时间中位数= $X_{(n+1)/2}$ ，n 为奇数 抢救室滞留时间中位数= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$ ，n 为偶数

指 标	指标说明	计算方法
(五) 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间及门药时间达标率		
1. 急性心肌梗死患者平均门药时间	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间是指行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者从进入急诊科到开始溶栓药物治疗的平均时间。	急性心肌梗死患者平均门药时间=行溶栓药物治疗的急性心肌梗死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患者总数
2. 急性心肌梗死患者门药时间达标率	急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标是指在溶栓药物时间窗(发病 12 小时)内,就诊的急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间在 30 分钟内。急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率是指急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标的患者数占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(STEMI)患者总数的比例。	急性心肌梗死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/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
(六) 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间及门球时间达标率		
1. 急性心肌梗死患者平均门球时间	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间是指行急诊 PCI 的急性心肌梗死(STEMI)患者,从进入急诊科到开始 PCI 的平均时间。	急性心肌梗死患者平均门球时间=行急诊 PCI 的急性心肌梗死患者的门球时间总和/同期行急性 PCI 的急性心肌梗死患者总数
2. 急性心肌梗死患者门球时间达标率	急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标是指在 PCI 时间窗(发病 12 小时)内,就诊的急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间在 90 分钟内。急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标率是指急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标的患者数占同期就诊时在 PCI 时间窗内应行 PCI 的急性心肌梗死(STEMI)患者总数的比例。	急性心肌梗死患者门球时间达标率=急性心肌梗死患者门球时间达标的患者/同期就诊时在应行 PCI 时间窗内应行急诊 PCI 治疗的急性心肌梗死患者总数
(七) 急诊抢救室患者死亡率	急诊抢救室患者死亡是指患者从进入急诊抢救室开始 72 小时内死亡(包括因不可逆疾病而自动出院的患者)。急诊抢救室患者死亡率是指急诊抢救室患者死亡总数占同期急诊抢救室抢救患者总数的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
(八) 急诊手术患者死亡率	急诊手术患者死亡是指急诊患者接受急诊手术, 术后 1 周内死亡, 除外与手术无关的原发疾病引起的死亡。急诊手术患者死亡率是指急诊手术患者死亡总数占同期急诊手术患者总数的比例。	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
(九) ROSC 成功率	ROSC (心肺复苏术后自主呼吸循环恢复) 成功是指急诊呼吸心脏骤停患者, 心肺复苏术 (CPR) 后自主呼吸循环恢复超过 24 小时。ROSC 成功率是指 ROSC 成功总例次数占同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数的比例。同一患者 24 小时内行多次心肺复苏术, 记为“一例次”。	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
(十) 非计划重返抢救室率	因相同或相关疾病, 72 小时内非计划重返急诊抢救室患者总数占同期离开急诊抢救室 (出院或转其他区域) 患者总数的比例。	非计划重返抢救室率=72 小时内非计划重返急诊抢救室患者总数/同期离开急诊抢救室患者总数

四、临床检验专业医疗质量控制指标 (2015 年版)

指 标	指标说明	计算方法
(一) 标本类型错误率	类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	标本类型错误率=类型不符合要求的标本数/同期标本总数
(二) 标本容器错误率	采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	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
(三) 标本采集量错误率	采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	标本采集错误率=采集量不符合要求的标本数/同期标本总数
(四) 血培养污染率	污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。	血培养污染率=污染的血培养标本数/同期血培养标本总数
(五) 抗凝标本凝集率	凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。	抗凝标本凝集率=凝集的标本数/同期需抗凝的标本总数

指 标	指标说明	计算方法
(六) 检验前周转时间中位数	检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间(以分钟为单位)。检验前周转时间中位数,是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数。注:n为检验标本数,X为检验前周转时间。	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= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$, n为偶数
(七) 室内质控项目开展率	开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。	室内质控开展率=开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数
(八) 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占同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数的比例。	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/同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数
(九) 室间质评项目参加率	参加室间质评的检验项目数占同期特定机构(国家、省级等)已开展的室间质评项目总数的比例。	室间质评项目参加率=参加室间质评的检验项目数/同期对特定机构已开展的室间质评项目总数
(十) 室间质评项目不合格率	室间质评不合格的检验项目数占同期参加室间质评检验项目总数的比例。	室间质评项目不合格率=室间质评不合格的检验项目数/同期参加室间质评项目总数
(十一) 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占同期无室间质评计划检验项目总数的比例。	实验室间比对率=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
(十二) 实验室内周转时间中位数	实验室内周转时间是指从实验室收到标本到发送报告的时间(以分钟为单位)。实验室内周转时间中位数,是指将实验室内周转时间由长到短排序后取其中位数。注:n为检验标本数,X为检验前周转时间。	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= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$, n为偶数
(十三) 检验报告不正确率	检验报告不正确是指实验室已发出的报告,其内容与实际情况不相符,包括结果不正确、患者信息不正确、标本信息不正确等。检验报告不正确率是指实验室发出的不正确检验报告数占同期检验报告总数的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
(十四) 危急值通报率	危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险的边缘状态, 必须立刻进行记录并第一时间报告给该患者主管医师的检验结果。危急值通报率是指已通报的危急值检验项目数占同期需要通报的危急值检验项目总数的比例。	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
(十五) 危急值通报及时率	危急值通报时间(从结果确认到与临床医生交流的时间)符合规定时间的检验项目数占同期需要危急值通报的检验项目总数的比例。	危急值通报及时率=危急值通报时间符合规定的检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总数

五、病理专业医疗质量控制指标(2015年版)

指 标	指标说明	计算方法
(一) 每百张病床病理医师数	平均每 100 张实际开放病床病理医师的数量。	每百张病床病理医师人数=(病理医师数/同期该医疗机构实际开放床位数)×100
(二) 每百张病床病理技术人员数	病理技术人员是指进行病理切片、染色、免疫组化及分子病理等工作的专业技术人员。每百张病床病理技术人员数, 是指平均每 100 张实际开放病床病理技术人员数量。	每百张病床病理技术人员数=(病理技术人员数/本院实际开放床位数)×100
(三) 标本规范化固定率	标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开, 以足量 10% 中性缓冲福尔马林充分固定。有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。标本规范化固定率是指规范化固定的标本数占同期标本总数的比例。	标本规范化固定率=规范化固定的标本数/同期标本总数
(四) HE 染色切片优良率	HE 染色优良切片是指达到行业优良标准要求的 HE 染色切片。HE 染色优良切片优良率, 是指 HE 染色优良切片数占同期 HE 染色切片总数的比例。	HE 染色切片优良率=HE 染色优良切片数/同期 HE 染色切片总数
(五) 免疫组化染色切片优良率	免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的免疫组化染色切片。免疫组化染色切片优良率, 是指免疫组化染色优良切片数占同期免疫组化染色切片总数的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
(六) 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占同期术中快速病理诊断标本总数的比例。规定时间是指单例标本术中快速病理诊断报告在收到标本后 30 分钟内完成。若前一例标本术中快速病理诊断报告未完成, 新标本术中快速病理诊断报告在收到标本后 45 分钟内完成。	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
(七) 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占同期组织病理诊断标本总数的比例。规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本, 自接收标本起, ≤ 3 个工作日发出病理报告; 其他类型标本自接收标本起, ≤ 5 个工作日发出病理报告; 需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本, 按照有关行业标准增加相应的工作日。	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
(八) 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占同期细胞病理诊断标本总数的比例。规定时间是指自接收标本起, ≤ 2 个工作日发出细胞病理诊断报告; 需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本, 按照有关行业标准增加相应的工作日。	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
(九) 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, 是指参加省级以上病理质控中心组织的免疫组化染色室间质评, 并达到合格标准。免疫组化染色室间质评合格率, 是指免疫组化染色室间质评合格次数占同期免疫组化染色室间质评总次数的比例。	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
(十) 各项分子病理室间质评合格率	分子病理室间质评合格, 是指参加省级以上病理质控中心组织的分子病理室间质评, 并达到合格标准。各项分子病理室间质评合格率, 是指各项分子病理室间质评合格次数占同期同种分子病理室间质评总次数的比例。	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/同期同种类型分子病理室间质评总次数
(十一) 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占同期抽查质控标本总数的比例。抽查标本数应占总阴性标本数至少 5%。	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
(十二) 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是指二者在良恶性病变的定性诊断方面一致。术中快速诊断与石蜡诊断符合率, 是指术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数占同期术中快速诊断标本总数的比例。	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

六、医院感染管理医疗质量控制指标（2015 年版）

指 标	指标说明	计算方法
（一）医院感染发病（例次）率	医院感染新发病例是指观察期间发生的医院感染病例，即观察开始时没有发生医院感染，观察开始后直至结束时发生的医院感染病例，包括观察开始时已发生医院感染，在观察期间又发生新的医院感染的病例。医院感染发病（例次）率是指住院患者中发生医院感染新发病例（例次）的比例。	医院感染新发病例（例次）率=医院感染新发病例（例次）数/同期住院患者总数
（二）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）数占同期住院患者总数的比例。	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
（三）医院感染病例漏报率	应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例。	医院感染病例漏报率=应当报告而未报告的医院感染病例数/同期应报告医院感染病例总数
（四）多重耐药菌感染发现率	多重耐药菌主要包括：碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRABA）、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPAE）。多重耐药菌感染发现率是指多重耐药菌感染患者数（例次数）与同期住院患者总数的比例。	多重耐药菌感染发现率=多重耐药菌感染患者（例次数）/同期住院患者总数
（五）多重耐药菌感染检出率	多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出菌株总数的比例。	多重耐药菌感染检出率=多重耐药菌感染检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数
（六）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占同期调查中应实施手卫生次数的比例。	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
（七）住院患者抗菌药物使用率	住院患者中使用抗菌药物（全身给药）患者数占同期住院患者总数的比例。	住院患者抗菌药物使用率=住院患者中使用抗菌药物（全身给药）患者数/同期住院患者总数
（八）抗菌药物治疗前病原学送检率	以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6 等感染指标的血清学检验。	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

指 标	指标说明	计算方法
(九) I 类切口手术部位感染率	I 类切口手术部位感染是指发生 I 类（清洁）切口，即手术未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道，以及闭合性创伤手术符合上述条件的手术切口的感染，包括无植入物手术后 30 天内、有植入物手术后 1 年内发生的手术部位感染。I 类切口手术部位感染率，是指发生 I 类切口手术部位感染病例数占同期 I 类切口手术患者总数的比例。	$I \text{ 类切口手术部位感染率} = \text{发生 I 类切口手术部位感染病例数} / \text{同期 I 类切口手术患者总数}$
(十) I 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占同期 I 类切口手术患者总数的比例。	$I \text{ 类切口手术抗菌药物预防使用率} = \text{I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数} / \text{同期 I 类切口手术患者总数}$
(十一) 血管内导管相关血流感染发病率	使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。	$\text{血管内导管相关血流感染发病率} = \text{血管内导管相关血流感染例次数} / \text{同期患者使用血管内导管留置总天数}$
(十二) 呼吸机相关肺炎发病率	使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。	$\text{呼吸机相关肺炎发生率} = \text{呼吸机相关肺炎例次数} / \text{同期患者使用呼吸机总天数}$
(十三) 导尿管相关泌尿系感染发病率	使用导尿管住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率。	$\text{导尿管相关泌尿系感染发病率} = \text{导尿管相关泌尿系感染病例数} / \text{同期患者使用导尿管总天数}$

七、临床用血质量控制指标（2019 年版）

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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与医疗机构年度每千单位用血数之比。医疗机构年度用血总单位数指医疗机构一年时间使用全血、红细胞成分和血浆的总单位数。	$\text{每千单位用血输血专业技术人员数} = \text{输血科（血库）专职专业技术人员数} / (\text{医疗机构年度用血总单位数} / 1000)$
(二) 《临床输血申请单》合格率	符合用血条件且填写规范的《临床输血申请单》数量占同期输血科（血库）接收的《临床输血申请单》总数的百分比。	$\text{《临床输血申请单》合格率} = \text{符合用血条件且填写规范的申请单数} / \text{同期输血科（血库）接收的申请单总数}$

指 标	指标说明	计算方法
(三) 受血者标本血型复查率	是指输血科(血库)对受血者血液标本复查血型的数量占同期接收受血者血液标本总数的百分比。	受血者标本血型复查率=受血者血液标本复查血型数/同期接收受血者血液标本总数
(四) 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性检测项目数占医疗机构开展的输血相容性检测项目总数的百分比。	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性检测项目数/医疗机构开展的输血相容性检测项目总数
(五) 输血相容性检测室间质评项目参加率	参加室间质评的输血相容性检测项目数占所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数的百分比。	输血相容性检测项目室间质评参加率=参加室间质评的输血相容性检测项目数/所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数
(六) 千输血人次输血不良反应上报例数	单位时间内, 每千输血人次中输血不良反应上报例数。	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 X1000)/输血总人次
(七) 一二级手术台均用血量	单位时间一级和二级手术台均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	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
(八) 三四级手术台均用血量	单位时间三级和四级手术台均用血量。此处仅统计异体红细胞成分及全血用量。	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
(九) 手术患者自体输血率	单位时间手术患者住院期间自体输血量占手术患者异体输血量 and 自体输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	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)
(十) 出院患者人均用血量	单位时间出院患者人均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	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

八、呼吸内科专业医疗质量控制指标(2019年版)

指 标	指标说明	计算方法
(一) 急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例	单位时间内, 出院诊断为急性 PTE 患者行确诊检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。	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

指 标	指标说明	计算方法
(二)急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例	单位时间内,急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。	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
(三)急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例	单位时间内,急性 PTE 患者行危险分层相关检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。	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
(四)住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例	单位时间内,住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者数与同期行溶栓治疗的急性 PTE 患者总数的比值。	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/同期行急性溶栓治疗的急性 PTE 患者总数
(五)急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例	单位时间内,急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。	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/同期急性 PTE 患者总数
(六)急性 PTE 患者住院死亡率	单位时间内,住院急性 PTE 患者死亡人数与同期住院急性 PTE 患者总数的比值。	急性 PTE 患者住院死亡率=住院急性 PTE 患者死亡人数/同期住院急性 PTE 患者总数
(七)慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例	单位时间内,住院期间至少进行一次动脉血气分析的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。	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
(八)慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例	单位时间内,住院期间行胸部影像学检查(X线/CT)的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例=住院期间行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
(九)慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例	单位时间内,住院期间行心电图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例=住院期间行心电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
(十)慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例	单位时间内,住院期间行超声心动图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
(十一)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	单位时间内,住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。	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=住院期间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
(十二)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	单位时间内,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占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比值。	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
(十三)慢阻肺急性加重患者住院死亡率	单位时间内,住院慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院死亡率=住院期间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
(十四)使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率	单位时间内,使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者总数的比例。	使用有创机械通气慢阻肺急性加重患者死亡率=使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数/同期住院使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者总数
(十五)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	单位时间内,进行了CAP严重程度评估的住院CAP患者数占同期住院CAP患者总数的比例。	住院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
(十六)低危CAP患者住院比例	单位时间内,住院低危CAP患者数占同期住院CAP患者总数的比例。	低危CAP患者住院比例=住院低危CAP患者数/同期住院CAP患者总数
(十七)CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	单位时间内,抗感染治疗前行病原学送检的住院CAP患者数占同期住院CAP患者总数的比例。	CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例=抗感染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
(十八)CAP患者住院死亡率	单位时间内,住院CAP患者死亡人数与同期住院CAP患者总数的比值。	CAP患者住院死亡率=住院CAP患者死亡人数/同期住院CAP患者总数
(十九)住院CAP患者接受机械通气的比例	单位时间内,住院期间接受机械通气(包括无创/有创机械通气)的CAP患者数与住院CAP患者总数的比值。	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数/同期住院CAP患者总数

九、产科专业医疗质量控制指标（2019 年版）

指 标	指标说明	计算方法
（一）剖宫产率	剖宫产率：单位时间内，剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周 ≥ 28 周）总人数的比例。	剖宫产率=剖宫产分娩产妇人数/同期分娩产妇总人数
（二）阴道分娩椎管内麻醉使用率	单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数（不含术中转剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇总人数（不含术中转剖宫产产妇人数）的比例。	阴道分娩椎管内麻醉使用率=阴道分娩实施椎管内麻醉人数/同期阴道分娩产妇总人数
（三）早产/早期早产率		
1. 早产率	早产率：单位时间内，早产（孕周在 28~36+6 周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周 ≥ 28 周）总人数的比例。	早产率=早产产妇人数/同期分娩产妇总人数
2. 早期早产率	早期早产率：单位时间内，早期早产（孕周在 28~33+6 周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周 ≥ 28 周）总人数的比例。	早期早产率=早期早产产妇人数/同期分娩产妇总人数
（四）巨大儿发生率	单位时间内，巨大儿（出生体重 $\geq 4000\text{g}$ ）人数占同期活产数的比例。	巨大儿发生率=巨大儿人数/同期活产数
（五）严重产后出血发生率	单位时间内，发生严重产后出血（分娩 24 小时内出血量 $\geq 1000\text{ml}$ ）的产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周 ≥ 28 周）总人数的比例。	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
（六）严重产后出血患者输血率	单位时间内，发生严重产后出血（分娩 24 小时内出血量 $\geq 1000\text{ml}$ ）实施输血治疗（含自体输血）人数占同期发生严重产后出血患者总数的比例。	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
（七）妊娠相关子宫切除率	单位时间内，妊娠相关因素导致实施子宫切除人数占同期分娩产妇（分娩孕周 ≥ 28 周）总人数的比例。说明： （1）妊娠相关因素包括产前/产后出血、子宫破裂及感染等妊娠早期、中期和晚期出现的产科相关因素，不包括妇科肿瘤及其他妇科疾病相关因素。 （2）本指标仅适用于提供分娩服务的医疗机构。	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

指 标	指标说明	计算方法
(八) 产后或术后非计划再次手术率	单位时间内, 产妇在同一次住院期间, 产后或术后因各种原因导致患者需重返手术室进行计划外再次手术(含介入手术)的人数占同期分娩产妇(分娩孕周 ≥ 28 周)总人数的比例。	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
(九) 足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 <7 分发生率	单位时间内, 足月新生儿(分娩孕周 ≥ 37 周)出生 5 分钟 Apgar 评分 <7 分人数占同期内足月活产儿总数的比例。	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

十、神经系统疾病医疗质量控制指标(2020 年版)

指 标	指标说明	计算方法
(一) 癫痫与惊厥癫痫持续状态		
1. 癫痫发作频率记录率	单位时间内, 住院癫痫患者中各种发作类型的发作频率均得到记录的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。	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
2. 抗癫痫药物规范服用率	单位时间内, 住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)中近 3 月按照癫痫诊断类型规范使用抗癫痫药物治疗的人数占同期住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)人数的比例。	抗癫痫药物规范使用率=近 3 月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)数/同期住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)总数
3. 癫痫患者病因学检查完成率	单位时间内, 住院癫痫患者完成神经影像学检查(如头颅 CT 或核磁共振)及脑电图学相关检查(普通或视频长程脑电图)的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。	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
4. 癫痫患者精神行为共患病筛查率	单位时间内, 住院癫痫患者完成共患病(抑郁症、焦虑症)筛查人数占同期住院癫痫患者总数的比例。	癫痫患者精神行为共患病筛查率=进行精神行为共患病筛查的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数
5. 育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率	单位时间内, 住院育龄期(18~44 岁, 月经周期正常)女性癫痫患者(或照料者)在一年内至少接受过 1 次关于癫痫及治疗如何影响避孕或妊娠咨询者占同期育龄期女性住院癫痫患者的比例。	育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率=每年至少接受过 1 次关于癫痫及其治疗如何影响避孕或妊娠的咨询的育龄期女性住院癫痫患者(或其照料者)数/同期住院育龄期女性癫痫患者总数

指 标	指标说明	计算方法
6. 癫痫患者术后病理明确率	单位时间内, 所有住院行癫痫病灶切除手术的癫痫患者术后病理结果明确率。	癫痫患者术后病例明确率=行癫痫手术后病例明确患者数/同期住院行癫痫手术的患者总数
7. 癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率	单位时间内, 所有住院行手术治疗的癫痫患者出院时继续抗癫痫药物治疗率。	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
8. 惊厥性癫痫持续状态发作控制率	单位时间内, 惊厥性癫痫持续状态患者中发作在接诊后 1 小时内得到控制的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	惊厥性癫痫持续状态发作控制率=发作在接诊 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状态患者总数
9. 惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率	单位时间内, 住院惊厥性癫痫持续状态患者中应用指南推荐的初始治疗标准方案治疗的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率=应用标准初始治疗方案治疗的住院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
10. 难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率	单位时间内, 住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者应用麻醉药物治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率=应用麻醉药物治疗的住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数
11. 难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率	单位时间内, 收治入院的难治性惊厥性癫痫持续状态患者启动气管插管或机械通气治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率=启动气管插管或机械通气的难治性惊厥性癫痫持续状态住院患者总数/同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数
12. 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率	单位时间内, 住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 24 小时内完成同步脑电监测的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	在院癫痫持续状态患者脑电监测率=入院 24 小时内完成同步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
13. 在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率	单位时间内, 住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 72 小时内完成神经影像学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
14. 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率	单位时间内, 住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 72 小时内完成脑脊液相关病因学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率=入院 72 小时内完成脑脊液相关病因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
15. 在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率	单位时间内, 住院惊厥性癫痫持续状态患者中在院期间病因学明确的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率=住院期间病因学明确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
16. 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率	单位时间内, 住院惊厥性癫痫持续状态患者中院内死亡的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	惊厥性癫痫持续状态在院死亡率=院内死亡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
(二) 脑梗死		
1. 脑梗死患者神经功能缺损评估率	单位时间内, 入院时采用美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 进行神经功能缺损评估的脑梗死患者数, 占同期住院脑梗死患者总数的比例。	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
2. 发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 30 分钟内完成头颅 CT 影像学检查率	单位时间内, 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中, 30 分钟内获得头颅 CT 影像学诊断信息患者所占的比例。	发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 30 分钟内完成头颅 CT 影像学检查率=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
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	单位时间内, 发病 24 小时内到急诊就诊行实验室检查 (包括血常规、血糖、凝血、电解质、肝肾功能) 的脑梗死患者中, 45 分钟内获得临床实验室诊断信息患者所占的比例。	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 小时内急诊就诊的脑梗死患者 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
4. 发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率	单位时间内, 发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数占同期发病 4.5 小时内到院的脑梗死患者总数的比例。	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 小时内到院脑梗死患者总数

指 标	指标说明	计算方法
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	单位时间内, 从到院到给予静脉溶栓药物的时间 (DNT) 小于 60 分钟的脑梗死患者数, 占同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数的比例。	静脉溶栓的脑梗死患者到院给药时间小于 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
6. 发病 6 小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率	单位时间内, 在发病 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, 占同期发病 6 小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数的比例。	发病 6 小时内前循环大血管闭塞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
7. 脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率	单位时间内, 入院 48 小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	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
8. 非致残性脑梗死患者发病 24 小时内双重强化抗血小板药物治疗率	单位时间内, 发病 24 小时内给予阿司匹林和氯吡格雷强化抗血小板药物治疗的非致残性脑梗死 (NIHSS $\leq$ 3 分) 患者数, 占同期住院非致残性脑梗死患者总数的比例。	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药物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
9. 不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内深静脉血栓预防率	单位时间内, 不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内给予深静脉血栓 (DVT) 预防措施的人数, 占同期不能自行行走住院脑梗死患者的比例。	不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内 DVT 预防率=不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内给予深静脉血栓预防措施的人数/同期不能自行行走的脑梗死患者总数
10. 脑梗死患者住院 7 天内血管评价率	单位时间内, 脑梗死患者住院 7 天内完善颈部和颅内血管评价的人数占同期住院脑梗死患者的比例。	脑梗死患者住院 7 天内血管评价率=住院 7 天内完善血管评价的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数
11. 住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率	单位时间内, 住院期间使用他汀类药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率=住院期间使用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
12. 住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率	单位时间内, 脑梗死合并房颤患者住院期间使用抗凝药物治疗的人数占同期住院脑梗死合并房颤患者总数的比例。	住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率=使用抗凝药物治疗的合并房颤的住院脑梗死患者数/同期合并房颤的脑梗死住院患者总数

指 标	指标说明	计算方法
13. 脑梗死患者吞咽功能筛查率	单位时间内, 进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数, 占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。	脑梗死患者吞咽功能筛查率=进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数
14. 脑梗死患者康复评估率	单位时间内, 进行康复评估的住院脑梗死患者数, 占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。	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/同期住院脑梗死患者总数
15. 出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率	单位时间内, 出院时给予他汀类药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率=出院时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
16. 出院时合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者降压/降糖药物/抗凝治疗率		
(1) 出院时合并高血压的脑梗死患者降压药物治疗率	单位时间内, 出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数, 占同期合并高血压的住院脑梗死患者总数的比例。	出院时合并高血压的脑梗死患者降压药物治疗率=出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数/同期合并高血压的住院脑梗死患者总数
(2) 出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率	单位时间内, 出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数, 占同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数的比例。	出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率=出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数/同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数
(3) 出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝药物治疗率	单位时间内, 出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数, 占同期合并房颤的住院脑梗死患者总数的比例。	出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝药物治疗率=出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数/同期合并房颤的住院脑梗死患者总数
17. 脑梗死患者住院死亡率	单位时间内, 在住院期间死亡的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	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
18. 发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率	单位时间内, 发病 24 小时内行血管内治疗脑梗死患者数与同期收治发病 24 小时内脑梗死患者总数的比例。	发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率=发病 24 小时内行血管内治疗的脑梗死患者数/同期收治发病 24 小时内脑梗死患者总数
19. 发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数占发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数的比例。	发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率=发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数

指 标	指标说明	计算方法
20. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中, 从入院到完成动脉穿刺时间 (DPT) 在 90 分钟内的患者所占比例。	病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺在 90 分钟内人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数
21. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中, 从完成动脉穿刺到成功再灌注时间 (PRT) 在 60 分钟内的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功在灌注率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗从完成动脉穿刺到成功再灌注时间在 60 分钟内人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数
22. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中, 术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数
23. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中, 术中新发部位栓塞的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管治疗术中新发部位栓塞发生率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中发生新发部位栓塞人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数
24. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中, 术后住院期间发生症状性颅内出血 (sICH) 的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间发生症状性颅内出血人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数
25. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 评估率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中, 术后 90 天随访行改良 Rankin 量表 (mRS) 评估的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天行 mRS 评估人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数

指 标	指标说明	计算方法
26. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估的患者中, 达到良好神经功能预后的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估达良好神经功能预后人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估的患者人数
27. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率		
(1) 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中, 术后住院期间死亡的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数
(2) 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天死亡率	单位时间内, 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中, 术后 90 天死亡的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天死亡率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天死亡人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数
(三) 帕金森病		
1. 住院帕金森病患者规范诊断率	单位时间内, 使用国际运动障碍疾病协会标准 (2015 年版) 或中国帕金森病的诊断标准 (2016 年版) 进行诊断的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者规范诊断率=使用国际运动障碍疾病协会标准 (2015 年版) 或中国帕金森病的诊断标准 (2016 年版) 诊断的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数
2. 住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率	单位时间内, 进行头部 MRI 或 CT 检查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	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
3. 住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率	单位时间内, 进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率=进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数

指 标	指标说明	计算方法
4. 住院帕金森病患者进行临床分期的比例	单位时间内, 进行临床分期的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者进行临床分期率=进行临床分期的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数
5. 住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率	单位时间内, 进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率=进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数
6. 住院帕金森病患者运动并发症筛查率	单位时间内, 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数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者运动并发症筛查率=进行运动并发症的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数
7. 住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率	单位时间内, 进行认知功能障碍筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。认知功能障碍筛查至少包括 MMSE 和 MoCA 量表评测。	住院帕金森病患者认知功能筛查率=进行认知功能筛查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数
8. 住院帕金森病体位性低血压筛查率	单位时间内, 进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者体位性低血压筛查率=进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数
9. 合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率	进行 DBS(脑深部电刺激)适应症筛选评估的合并运动并发症的住院帕金森病患者数占同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数的比例。	合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率=进行 DBS 筛选的合并运动并发症的住院帕金森病患者数/同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数
10. 住院帕金森病患者康复评估率	单位时间内, 进行康复评估的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者康复评估率=进行康复评估的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数
11. 住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率	单位时间内, 进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者进行焦虑症状和抑郁症状筛查率=进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数
(四) 颈动脉支架置入术		
1. 颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率	单位时间内, 术前行改良 Rankin 量表(mRS)评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
2. 颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率	单位时间内，术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	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
3. 颈动脉支架置入术手术指征符合率		
(1) 无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指正符合率	单位时间内，符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指正符合率=无症状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
(2) 症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指正符合率	单位时间内，符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指正符合率=症状性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/同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数
4. 颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率		
(1) 颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率	单位时间内，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治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率=颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数/同期颈动脉支架置入术患者总数
(2) 颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率	单位时间内，颈动脉支架置入术患者术前规范化药物他汀类药物治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率=颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗人数/同期颈动脉支架置入术患者总数
5. 颈动脉支架置入术保护装置使用率	单位时间内，颈动脉支架置入术使用保护装置人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术保护装置使用率=颈动脉支架置入术使用保护装置人数/同期颈动脉支架置入术患者总数
6. 颈动脉支架置入术技术成功率	单位时间内，颈动脉支架置入术技术成功人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	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总人数

指 标	指标说明	计算方法
7. 颈动脉支架置入术并发症发生率	单位时间内, 发生并发症的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	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总人数
8. 颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率		
(1) 颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率	单位时间内, 出院时给予规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率=出院时给予双重抗血小板药物治疗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
(2) 颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率	单位时间内, 出院时给予规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率=出院时给予他汀类药物治疗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
(3) 合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率	单位时间内, 出院时给予规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率=出院时给予降压药物治疗的合并高血压的颈动脉支架置入术患者数/同期合并高血压的颈动脉支架置入术患者总数
(4) 合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率	单位时间内, 出院时给予规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率=出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者数/同期合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者总数
9. 颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率		
(1) 颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率	单位时间内, 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率=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总人数
(2) 颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率	单位时间内, 颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率=颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡人数/同期颈动脉支架置入术患者完成术后 30 天随访人数

指 标	指标说明	计算方法
10. 颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率		
(1) 颈动脉支架置入术患者术后 30 天同侧缺血性卒中发生率	单位时间内, 颈动脉支架置入术患者术后 30 天发生同侧缺血性卒中人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率=颈动脉支架置入术患者术后 30 天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
(2) 颈动脉支架置入术患者术后 1 年同侧缺血性卒中发生率	单位时间内, 颈动脉支架置入术患者术后 1 年发生同侧缺血性卒中人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率=颈动脉支架置入术患者术后 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 1 年随访人数
(五) 脑血管造影术		
1. 脑血管造影术 (DSA) 前无创影像评估率	单位时间内, 脑血管造影术前完善无创影像评估人数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	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
2. 脑血管造影术中非离子型对比剂应用率	单位时间内, 脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术中非离子型对比剂应用率=脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数
3. 脑血管造影术造影时相完整率	单位时间内, 脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术中造影时相完整率=脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数
4. 脑血管造影术造影阳性率	单位时间内, 脑血管造影术检查有异常发现的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影阳性率=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
5. 脑血管造影术严重并发症发生率	单位时间内, 脑血管造影术发生严重并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	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
6. 脑血管造影术穿刺点并发症发生率	单位时间内, 脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	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

十一、肾病专业医疗质量控制指标（2020 年版）

指 标	指标说明	计算方法
（一）IgA 肾病		
1. 肾活检患者术前检查完成率	肾活检患者 2 周内完成全部相关术前检查的比例。	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/
2. 肾脏病理切片染色规范率	肾活检术后 2 周内规范完成肾脏病理切片染色的患者比例。	肾脏病理切片染色规范率=肾活检术后 2 周内规范完成肾脏病理切片染色患者数/同期完成肾脏病理切片染色的患者总数
3. 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 肾病患者比例。	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
4. IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率	适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者中使用 RAS 阻断剂的比例。	IgA 肾病患者 RAS 阻断剂使用率=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
5. IgA 肾病患者随访完成率	IgA 肾病患者完成随访的患者比例。	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
6. IgA 肾病患者血压控制达标率	血压<130/80mmHg 的 IgA 肾病患者占同期随访的 IgA 肾病患者总数的比例。	IgA 肾病患者血压控制达标率=血压<130/80mmHg 的 IgA 肾病患者数/同期随访的 IgA 肾病患者总数
7. 肾功能恶化率	治疗 6 个月后，血肌酐倍增的 IgA 肾病患者比例。	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
8. 治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白<1g 的患者比例	IgA 肾病随访患者中治疗 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<1g 的患者比例=治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白<1g 的患者的 IgA 肾病患者数/同期随访的 IgA 肾病患者总数
9. 肾活检严重并发症发生率	肾活检发生严重并发症的患者比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
10. 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率	IgA 肾病患者应用激素、免疫抑制剂 6 个月内出现严重并发症的比例。	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
(二) 血液净化技术		
1. 治疗室消毒合格率		
(1) 血液透析治疗室消毒合格率	血液透析室(中心)消毒合格的月份数量在当年所占的比例。	血液透析治疗室消毒合格率=血液透析治疗室消毒合格的月份数量/12
(2) 腹膜透析治疗室消毒合格率	腹膜透析室治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。	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
2. 透析用水生物污染检验合格率		
(1) 透析用水生物污染月份检验合格率	血液透析室(中心)的透析用水生物污染检验合格的月份在当年所占的比例。	透析用水生物污染月份检验合格率=透析用水生物污染检验合格月份数量/12
(2) 透析用水生物污染季度检验合格率	血液透析室(中心)的透析用水生物污染检验合格的季度在当年所占的比例。	透析用水生物污染季度检验合格率=透析用水生物污染检验合格季度数量/4
3. 新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率	单位时间内, 完成血源性传染病标志物检验的新入血液透析患者比例。	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
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维持性血液透析患者比例。	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
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	单位时间内, 单室 Kt/V (spKt/V) >1.2 且尿素下降率(URR) >65%的维持性血液透析患者比例。	血液透析 Kt/V 和 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
6. 腹膜透析患者尿素清除指数(Kt/V)和总内生肌酐清除率(Ccr)控制率	单位时间内, Kt/V≥1.7/周且总 Ccr≥50L/1.73 m ² /周的腹膜透析患者比例。	腹膜透析 Kt/V 及总 C _{cr} 控制率=(Kt/V≥1.7 及总 C _{cr} ≥50L/1.73m ² /周的腹膜透析患者数)/同期腹膜透析患者总数

指 标	指标说明	计算方法
7. 透析患者β2微球蛋白定时检验完成率		
(1) 维持性透析患者β2微球蛋白定时检验完成率	每6个月,完成β2微球蛋白检验的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者β2微球蛋白定时检验完成率=每6个月完成β2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
(2) 腹膜透析患者β2微球蛋白定时检验完成率	每6个月,完成β2微球蛋白检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者β2微球蛋白定时检验完成率=每6个月完成β2微球蛋白腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数
8. 血液透析患者透析间期体重增长控制率	单位时间内,透析间期体重增长<5%的维持性血液透析患者比例。	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
9. 维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率	单位时间内,同一动静脉内瘘持续使用时间>2年的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者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
10. 腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率	每6个月,完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者比例。	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
11. 腹膜透析退出患者治疗时间	单位时间内,退出患者的平均腹膜透析时间。	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
12. 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/腹膜透析患者比例。	维持性透析患者血常规定时检验完成率=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
13. 透析患者血液生化定时检验率		
(1) 维持性透析患者血液生化定时检验完成率	每3个月,完成血液生化检验的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者血液生化定时检验完成率=每3个月完成血液生化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
(2) 腹膜透析患者血液生化定时检验完成率	每3个月,完成血液生化检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者血液生化定时检验完成率=每3个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数/同期腹膜血液透析患者总数

指 标	指标说明	计算方法
14. 透析患者全段甲状旁腺素（iPTH）定时检验完成率		
（1）维持性透析患者 iPTH 检验完成率	每 6 个月，完成全段甲状旁腺素（iPTH）检验的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者 iPTH 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
（2）腹膜透析患者 iPTH 检验完成率	每 6 个月，完成全段甲状旁腺素（iPTH）检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者 iPTH 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
15. 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		
（1）维持性透析患者血清蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率	每 6 个月，完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者血清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
（2）腹膜透析患者血清蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率	每 6 个月，完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者血清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腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数
16. 透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率		
（1）维持性透析患者血清前白蛋白定时检验完成率	每 6 个月，完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者血清前白蛋白定时检验完成率=每 6 个月完成血清前白蛋白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
（2）腹膜透析患者血清前白蛋白定时检验完成率	每 6 个月，完成血清前白蛋白检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者血清前白蛋白定时检验完成率=每 6 个月完成血清前白蛋白检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数
17. 透析患者的 C 反应蛋白（CRP）定时检验完成率		
（1）维持性透析患者 CRP 定时检验完成率	每 6 个月，完成 C 反应蛋白（CRP）检验的腹膜透析患者比例。	维持性透析患者 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
（2）腹膜透析患者 CRP 定时检验完成率	每 6 个月，完成 C 反应蛋白（CRP）检验的维持性血液透析患者比例。	腹膜透析患者 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

指 标	指标说明	计算方法
18. 透析患者高血压控制率		
(1) 维持性透析患者高血压控制率	单位时间内, 血压控制达标的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者高血压控制率=血压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
(2) 腹膜透析患者高血压控制率	单位时间内, 血压控制达标的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者高血压控制率=血压控制达标的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数
19. 透析患者肾性贫血控制率		
(1) 维持性透析患者肾性贫血控制率	单位时间内, 血红蛋白 $\geq 110\text{g/L}$ 的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者肾性贫血控制率=血红蛋白 $\geq 100\text{g/L}$ 的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数
(2) 腹膜透析患者肾性贫血控制率	单位时间内, 血红蛋白 $\geq 110\text{g/L}$ 的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者肾性贫血控制率=血红蛋白 $\geq 100\text{g/L}$ 的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数
20. 透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常 (CKD-MBD) 指标控制率		
(1) 维持性透析患者 CKB-MBD 指标控制率	单位时间内, CKD-MBD 指标控制达标的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者 CKB-MBD 指标控制率=CKB-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
(2) 腹膜透析患者 CKB-MBD 指标控制率	单位时间内, CKD-MBD 指标控制达标的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者 CKB-MBD 指标控制率=CKB-MBD 指标控制的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数
21. 透析患者血清白蛋白控制率		
(1) 维持性透析患者血清白蛋白控制率	单位时间内, 血清白蛋白 35g/L 的维持性血液透析患者比例。	维持性透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白 $\geq 35\text{g/L}$ 的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数
(2) 腹膜透析患者血清白蛋白控制率	单位时间内, 血清白蛋白 35g/L 的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白 $\geq 35\text{g/L}$ 的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数

十二、护理专业医疗质量控制指标（2020 年版）

指 标	指标说明	计算方法
（一）床护比		
儿科病区床护比	单位时间内，儿科病区实际开放床位与儿科病区所配备的执业护士人数的比。	儿科病区床护比（1：X）=1：（儿科病区执业护士人数/同期儿科病区实际开放床位数）
（二）护患比		
1. 白班平均患护比	单位时间内，每天白班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。	白班平均患护比（1：X）=1：（每天白班护理患者数之和/同期每天白班责任护士数之和）
2. 夜班平均患护比	单位时间内，每天夜班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。	夜班平均患护比（1：X）=1：（每天夜班护理患者数之和/同期每天夜班责任护士数之和）
（三）每住院患者 24 小时平均护理时数	单位时间内，医疗机构病区执业护士实际上班小时数与住院患者实际占用床日数的比。	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
（四）不同级别护士配置占比		
1. 病区 5 年以下护士占比	单位时间内，在病区工作、工作年限<5 年的护士在病区执业护士中所占的比例。	病区 5 年以下护士占比=病区工作年限<5 年的护士总数/同期病区执业护士总人数
2. 病区 20 年及以上护士占比	单位时间内，在病区工作、工作年限≥20 年的护士在病区执业护士中所占的比例。	20 年以上护士占比=病区工作年限≥20 年的护士总数/同期病区执业护士总人数
（五）护士离职率	单位时间内，某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例。	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]
（六）住院患者身体约束率	单位时间内，住院患者身体约束日数与住院患者实际占用床日数的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
（七）住院患者跌倒发生率		
1. 住院患者跌倒发生率	单位时间内，住院患者发生跌倒例次数（包括造成或未造成伤害）与住院患者实际占用床日数的千分比。	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
2. 住院患者跌倒伤害占比	跌倒伤害指住院患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡。住院患者跌倒伤害占比指单位时间内住院患者跌倒伤害例次数占住院患者发生的跌倒例次数的比例。 说明：跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重度例次数和跌倒死亡例数四项之和，应小于或等于跌倒发生总例次数。 轻度（严重程度 1 级）指住院患者跌倒导致青肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。 中度（严重程度 2 级）指住院患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、使用皮肤胶、夹板固定等。 重度（严重程度 3 级）指住院患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。 死亡指住院患者因跌倒受伤而死亡，而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死。 排除：无伤害的跌倒。	住院患者跌倒伤害占比=住院患者跌倒伤害总例数/同期住院患者跌倒例次数
（八）住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率	单位时间内，住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总数的比例。	住院患者 2 期以上院内压力性损伤发生率=住院患者 2 期以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数
（九）置管患者非计划拔管率		
1. 气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率	非计划拔管又称意外拔管，是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管，即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	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

指 标	指标说明	计算方法
2. 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率	非计划拔管又称意外拔管,是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管,即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	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
3. 导尿管非计划拔管率	非计划拔管又称意外拔管,是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管,即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	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
4. CVC 非计划拔管率	非计划拔管又称意外拔管,是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管,即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	CVC 非计划拔管率=CVC 非计划拔管例次数/同期 CVC 留置总日数
(十) 导管相关感染发生率		
1. 导尿管相关尿路感染发生率	单位时间内,留置导尿管患者中尿路感染例次数与患者导尿管留置总日数的千分比。	导尿管相关尿路感染发生率=留置导尿管患者中尿路感染例数/同期患者导尿管留置总日数
2. 中心静脉导管 (CVC) 相关血流感染发生率	单位时间内,中心静脉导管 (CVC) 相关血流感染发生例次数与患者 CVC 留置总日数的千分比。	CVC 相关血流感染发生率=CVC 相关血流感染例数/同期患者 CVC 留置总日数
3. 经外周置入中心静脉导管 (PICC) 相关血流感染发生率	单位时间内,经外周置入中心静脉导管 (PICC) 相关血流感染发生例次数与患者 PICC 留置总日数的千分比。	PICC 相关血流感染发生率=PICC 相关血流感染例数/同期患者 PICC 留置总日数
(十一) 护理级别占比		
1. 特级护理占比	单位时间内,医疗机构特级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	特级护理占比=特级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数

指 标	指标说明	计算方法
2. 一级护理占比	单位时间内，医疗机构一级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	一级护理占比=一级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数
3. 二级护理占比	单位时间内，医疗机构二级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	二级护理占比=二级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数
4. 三级护理占比	单位时间内，医疗机构三级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	三级护理占比=三级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数

十三、药事管理专业医疗质量控制指标（2020 年版）

指 标	指标说明	计算方法
（一）药学专业技术人员占比	药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。	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
（二）每百张床位临床药师人数	每 100 张实际开放床位临床药师人数。	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
（三）处方审核率		
1. 门诊处方审核率	药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。	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
2. 急诊处方审核率	药品收费前药师审核急诊处方人次数占同期急诊处方总人次数的比例。	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
（四）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占同期住院患者用药医嘱总条目数的比例。	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条目总数

指 标	指标说明	计算方法
(五) 静脉用药集中调配医嘱干预率	药师审核静脉用药集中调配医嘱时发现不适宜医嘱, 经过沟通, 医师同意对不适宜静脉用药集中调配医嘱进行修改的医嘱条目数占同期静脉用药集中调配医嘱总条目数的比例。	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/同期静脉用药集中调配医嘱总条目数
(六) 门诊处方点评率	医疗机构点评的门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。	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
(七) 门诊处方合格率	合格的门诊处方人次数占同期点评门诊处方总人次数的比例。	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
(八) 住院患者药学监护率	实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	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
(九) 用药错误报告率	医疗机构某一时间范围内报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数占同期用药患者总数的比例。	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
(十) 严重或新的药品不良反应上报率	医疗机构单位时间内上报的严重或新的药品不良反应人数占同期用药患者总数的比例。	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
(十一) 住院患者抗菌药物使用情况		
1. 住院患者抗菌药物使用率	住院患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构住院患者总数的比例。	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
2. 住院患者抗菌药物使用强度	住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数。	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
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占同期住院患者抗菌药物使用量的比例。	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)

指 标	指标说明	计算方法
4. I 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占同期 I 类切口手术患者总数的比例。	$I \text{ 类切口手术抗菌药物预防使用率} = I \text{ 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数} / \text{同期 I 类切口手术患者总数}$
(十二) 住院患者静脉输液使用率	使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	$\text{住院患者静脉输液使用率} = \text{使用静脉输液的住院患者数} / \text{同期住院患者总数}$
(十三) 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的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	$\text{住院患者中药注射剂静脉输液使用率} = \text{使用中药注射剂静脉输液住院患者数} / \text{同期住院患者总数}$
(十四) 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率	急诊静脉使用糖皮质激素的患者数占同期急诊患者总数的比例。	$\text{急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率} = \text{急诊患者静脉使用糖皮质激素人数} / \text{同期急诊患者总数}$
(十五) 住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率	静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	$\text{住院患者质子泵抑制剂预防使用率} = \text{静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数} / \text{同期住院患者总数}$

第四章 单病种（术种）质量控制指标

一、急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
（四）病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

二、心力衰竭

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
（四）病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

三、冠状动脉旁路移植术

指 标	指标说明	计算方法
(一) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(二) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(三) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

四、房颤

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

五、主动脉瓣置换术

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数
(五) 手术患者并发症发生率	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。	手术患者并发症发生率=某病种手术患者并发症发生例数/同期某病种出院的手术患者人数

六、二尖瓣置换术

指 标	指标说明	计算方法
(一) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(二) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(三) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

七、房间隔缺损手术

指 标	指标说明	计算方法
(一) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(二) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

八、室间隔缺损手术

指 标	指标说明	计算方法
(一) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(二) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

九、脑梗死（首次住院）

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

十、短暂性脑缺血发作

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

十一、脑出血

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

十二、脑膜瘤（初发，手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
（四）病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数
（五）手术患者并发症发生率	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。	手术患者并发症发生率=某病种手术患者并发症发生例数/同期某病种出院的手术患者人数

十三、胶质瘤（初发，手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数

指 标	指标说明	计算方法
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数
(五) 手术患者并发症发生率	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。	手术患者并发症发生率=某病种手术患者并发症发生例数/同期某病种出院的手术患者人数

十四、垂体腺瘤（初发，手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数
(五) 手术患者并发症发生率	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。	手术患者并发症发生率=某病种手术患者并发症发生例数/同期某病种出院的手术患者人数

十五、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数
(五) 手术患者并发症发生率	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。	手术患者并发症发生率=某病种手术患者并发症发生例数/同期某病种出院的手术患者人数

十六、惊厥性癫痫持续状态

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

十七、帕金森病

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

十八、社区获得性肺炎（成人，首次住院）

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

十九、社区获得性肺炎（儿童，首次住院）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
（四）病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

二十、慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
（四）病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

二十一、哮喘（成人，急性发作，住院）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

二十二、哮喘（儿童，住院）

指 标	指标说明	计算方法
（一）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（二）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

二十三、髋关节置换术

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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

指 标	指标说明	计算方法
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数
(五) 手术患者并发症发生率	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。	手术患者并发症发生率=某病种手术患者并发症发生例数/同期某病种出院的手术患者人数

二十四、膝关节置换术

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 手术患者并发症发生率	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。	手术患者并发症发生率=某病种手术患者并发症发生例数/同期某病种出院的手术患者人数

二十五、剖宫产

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(四) 手术患者并发症发生率	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。	手术患者并发症发生率=某病种手术患者并发症发生例数/同期某病种出院的手术患者人数

二十六、异位妊娠（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

二十七、子宫肌瘤（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

二十八、肺癌（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

二十九、甲状腺癌（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

三十、乳腺癌（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

三十一、胃癌（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

三十二、结肠癌（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（二）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

三十三、宫颈癌（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
（二）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

三十四、糖尿病肾病

指 标	指标说明	计算方法
(一) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(二) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某种病种例数

三十五、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
(一) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(二) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某种病种例数

三十六、复杂性视网膜脱离（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
(一) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(二) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某种病种例数

三十七、围手术期预防感染

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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

三十八、住院精神疾病

指 标	指标说明	计算方法
(一) 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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
(二) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(三) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

三十九、感染性休克早期治疗

指 标	指标说明	计算方法
(一) 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某种病种例数
(二) 次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
(三) 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数

四十、甲状腺结节（手术治疗）

指 标	指标说明	计算方法
（一）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占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	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
（二）平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	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
（三）次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

一、国家限制类医疗技术

指 标	指标说明	计算方法
(一) 造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标 (2017 年版)		
1. 造血干细胞移植适应证符合率	造血干细胞移植术适应证选择正确的例数占同期造血干细胞移植术总例数的比例。	造血干细胞移植适应证符合率=造血干细胞移植术适应证选择正确的例数/同期造血干细胞移植术总例数
2. 异基因造血干细胞移植植入率	异基因造血干细胞移植术后 100 天内, 实现造血重建 (患者外周血中性粒细胞 $>0.5 \times 10^9/L$ 与血小板 $>20 \times 10^9/L$) 的患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。	异基因造血干细胞移植植入率=异基因造血干细胞移植术后 100 天内实现造血重建的患者例次数/同期异基因造血干细胞移植患者总例次数
3. 重度 (III-IV 度) 急性移植物抗宿主病发生率	急性移植物抗宿主病 (aGVHD), 是指造血干细胞移植术后 100 天内, 由于移植物抗宿主反应而引起的免疫性疾病, 主要表现为皮疹、腹泻和黄疸, 是异基因造血干细胞移植的主要并发症和主要死亡原因。重度 (III-IV 度) 急性移植物抗宿主病发生率, 是指异基因造血干细胞移植术后发生重度 (III-IV 度) 急性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。	重度 (III-IV 度) 急性移植物抗宿主病发生率=重度 (III-IV 度) 异基因造血干细胞移植术后发生急性移植物抗宿主病患者例次数/同期异基因造血干细胞移植患者总例次数
4. 慢性移植物抗宿主病发生率	慢性移植物抗宿主病 (cGVHD), 是指造血干细胞移植术 100 天后, 由于移植物抗宿主反应而引起的慢性免疫性疾病。慢性移植物抗宿主病发生率, 是指异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。	慢性移植物抗宿主病发生率=异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数/同期异基因造血干细胞移植患者总例次数
5. 异基因造血干细胞移植相关死亡率	异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。	异基因造血干细胞移植相关死亡率=异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数

指 标	指标说明	计算方法
6. 异基因造血干细胞移植总体生存率		
(1) 异基因造血干细胞移植 1 年随访总体生存率	异基因造血干细胞移植后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。	异基因造血干细胞移植 1 年随访总体生存率=异基因造血干细胞移植后 1 年随访尚存活的患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数
(2) 异基因造血干细胞移植 3 年随访总体生存率	异基因造血干细胞移植后 3 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。	异基因造血干细胞移植 3 年随访总体生存率=异基因造血干细胞移植后 3 年随访尚存活的患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数
7. 异基因造血干细胞移植无病生存率		
(1) 异基因造血干细胞移植 1 年随访无病生存率	异基因造血干细胞移植后 1 年失访者按未存活患者统计）无病存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。	异基因造血干细胞移植 1 年随访无病生存率=异基因造血干细胞移植后 1 年随访无病存活的患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数
(2) 异基因造血干细胞移植 3 年随访无病生存率	异基因造血干细胞移植后 3 年随访（失访者按未存活患者统计）无病存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。	异基因造血干细胞移植 3 年随访无病生存率=异基因造血干细胞移植后 3 年随访无病存活的患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数
8. 平均住院日	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。	平均住院日=出院时所有患者占用总床日数/同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数
9. 平均住院费用	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。	平均住院费用=出院时所有患者住院总费用/同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数
10. 平均住院药费	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。	平均住院药费=出院时所有患者住院药品总费用/同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数
(二) 放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版）		
1. 植入指征正确率	放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	植入指征正确率=放射性粒子植入技术应用适应证选择正确的例数/同期放射性粒子植入治疗总例数

指 标	指标说明	计算方法
2. 术前制订治疗计划率	术前制订治疗计划,是指放射性粒子植入治疗前,根据患者影像学表现和病理学类型,使用放射性粒子植入治疗计划系统完成植入治疗计划(包括靶区设计、处方剂量、粒子活度等)的制订工作。术前制订治疗计划率,是指放射性粒子植入治疗前,完成植入治疗计划的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	术前制订治疗计划率=术前完成植入治疗计划(TPS)的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数
3. 术后放射剂量验证率	术后放射剂量验证,是指放射性粒子植入术后进行影像学检查,并通过放射性粒子植入治疗计划系统完成放射剂量验证。术后放射剂量验证率,是指放射性粒子植入治疗后,完成术后放射剂量验证的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	术后放射剂量验证率=术后完成放射剂量验证的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数
4. 术中及术后 30 天内主要并发症发生率		
(1) 穿刺相关主要并发症总发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	穿刺相关主要并发症总发生率=发生穿刺操作相关主要并发症的例数/同期放射性粒子植入治疗总例数
(2) 感染发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	感染发生率=发生穿刺相关感染患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数
(3) 出血发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	出血发生率=发生穿刺相关出血患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数
(4) 气胸发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	气胸发生率=发生穿刺相关气胸并发症患者数/同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数
(5) 神经损伤发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	神经损伤发生率=发生穿刺相关神经损伤并发症患者数/同期放射性粒子植入治疗总例数

指 标	指标说明	计算方法
(6) 放射性损伤相关主要并发症总发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性损伤相关主要并发症总发生率=发生放射性损伤相关主要并发症的例数/同期放射性粒子植入治疗总例数
(7) 皮肤溃疡发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	皮肤溃疡发生率=发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数/同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数
(8) 放射性肺炎发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性肺炎发生率=发生放射性肺炎并发症患者数/同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数
(9) 放射性脊髓炎发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性脊髓炎发生率=发生放射性脊髓炎并发症患者例数/同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数
(10) 放射性膀胱炎发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性膀胱炎发生率=发生放射性膀胱炎并发症患者数/同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数
(11) 放射性肠炎发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性肠炎发生率=发生放射性肠炎并发症患者例数/同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数
(12) 放射性脑坏死发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性脑坏死发生率=发生放射相关脑坏死并发症患者数/同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数
5. 放射性粒子植入治疗有效率	放射性粒子植入治疗有效,是指对放射性粒子植入术后进行疗效评价,按照实体瘤疗效评价新标准 (ResponseEvaluationCriteria in Solid Tumors, RECIST) 达到完全缓解、部分缓解、肿瘤稳定状态。放射性粒子植入治疗有效率,是指放射性粒子植入治疗有效的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性粒子植入治疗有效率=放射性粒子植入治疗有效的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数

指 标	指标说明	计算方法
6. 术后 30 天内全因死亡率	放射性粒子植入术后 30 天内死亡患者（不论何种原因）例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	术后 30 天内全因死亡率=放射性粒子植入术后 30 天内全因死亡患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数
7. 患者随访率	放射性粒子植入治疗后各随访时间点完成随访的例次数占同期放射性粒子植入治疗总例次数的比例。	患者随访率=放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数/同期放射性粒子植入治疗总例次数
8. 患者术后 2 个月生存率	放射性粒子植入治疗后 2 个月随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。	患者术后 2 个月生存率=放射性粒子植入治疗后 2 个月随访尚存活的患者数/同期放射性粒子植入治疗患者总数
9. 患者术后 4 个月生存率	放射性粒子植入治疗后 4 个月随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。	患者术后 4 个月生存率=放射性粒子植入治疗后 4 个月随访尚存活的患者数/同期放射性粒子植入治疗患者总数
10. 患者术后半年生存率	放射性粒子植入治疗后半年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。	患者术后半年生存率=放射性粒子植入治疗后半年随访尚存活的患者数/同期放射性粒子植入治疗患者总数
11. 患者术后 1 年生存率	放射性粒子植入治疗后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。	患者术后 1 年生存率=放射性粒子植入治疗后 1 年随访尚存活的患者数/同期放射性粒子植入治疗患者总数
12. 患者术后 2 年生存率	放射性粒子植入治疗后 2 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。	患者术后 2 年生存率=放射性粒子植入治疗后 2 年随访尚存活的患者数/同期放射性粒子植入治疗患者总数
（三）肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版）		
1. 肿瘤消融治疗指征正确率	实施肿瘤消融治疗的患者，符合治疗指征的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗指征正确率=符合治疗指征的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数

指 标	指标说明	计算方法
2. 肿瘤消融治疗完成率	按照肿瘤消融计划, 实际完成消融治疗的病灶总数占同期计划完成消融治疗的病灶总数的比例。	肿瘤消融治疗完成率=实际完成消融治疗的病灶总数/同期计划完成消融治疗的病灶总数
3. 肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解率	肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解的例次数占同期有症状的肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解率=肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解的例次数/同期有症状的肿瘤消融治疗总例次数
4. 肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率=肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数
5. 肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率	肿瘤消融治疗后 30 天内发生的严重并发症, 包括导致患者护理级别提升或住院时间延长、需要进一步住院治疗或者临床处理、致残或者死亡等。肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率是指肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率=肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数
6. 肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率	肿瘤消融治疗后 30 天内死亡 (包括因不可逆疾病而自动出院的患者) 患者数占同期肿瘤消融治疗患者总数的比例。患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其它任何因素。	肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率=肿瘤消融治疗后 30 天内死亡患者数/同期肿瘤消融治疗患者总数
7. 患者 1 年内随访率	肿瘤消融治疗后 1 年内完成随访的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	患者 1 年内随访率=肿瘤消融治疗后 1 年内完成随访的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数
8. 患者术后 1 年生存率	肿瘤消融治疗后 1 年随访 (失访者按未存活患者统计) 尚存活的患者数占同期肿瘤消融治疗患者总数的比例。	患者术后 1 年生存率=肿瘤消融治疗后 1 年随访尚存活的患者数/同期肿瘤消融治疗患者总数
9. 平均住院日	实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数与同期肿瘤消融治疗患者出院人数之比。	平均住院日=出院时所有患者占用总床日数/同期肿瘤消融治疗患者出院人数

二、人体器官捐献、获取与移植技术

指 标	指标说明	计算方法
(一)向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比	医疗机构向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数占同期院内死亡人数的比例。	向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比=向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数/同期院内死亡人数
(二)实现器官捐献的人数与院内死亡人数比	实现器官捐献的人数占医疗机构同期院内死亡人数的比例。	实现器官捐献的人数与院内死亡人数比=实现器官捐献的人数/同期院内死亡人数
(三) 人体器官获取组织质量控制指标		
1. 器官捐献转化率	在人体器官获取组织 (OPO) 服务区域内, 年度完成器官获取的器官捐献者数量占潜在捐献者总数的比例。	器官捐献转化率 (%) = 年度获取捐献者数量 / 同期潜在捐献者总数
2. 平均器官产出率	在 OPO 服务区域内, 年度获取并完成移植的器官数量与器官捐献者总数的比例。	平均器官产出率 = 年度移植器官数量 / 同期器官捐献者总数
3. 器官捐献分类占比	脑死亡来源器官捐献者 (DBD)、心脏死亡来源器官捐献者 (DCD)、脑心双死亡来源器官捐献者 (DBCD) 数量分别占同期器官捐献者总数的比例。	(DBD/DCD/DBCD) 占比 (%) = 年度 (DBD/DCD/DBCD) 数量 / 同期器官捐献者总数
4. 获取器官利用率	器官获取后用于移植的器官数量占同期获取器官总数的比例。	获取器官利用率 (%) = 用于移植的器官数量 / 同期获取器官总数
5. 边缘供器官比率	边缘供器官 (定义和标准见备注) 数量占同期获取器官总数的比例。	边缘供器官比率 (%) = 边缘供器官数量 / 同期获取器官总数
6. 器官保存液病原菌培养阳性率	OPO 获取的器官其保存液中病原菌培养阳性者器官数占器官获取总例数的比例。	器官保存液病原菌阳性率 (%) = 病原菌培养阳性者例数 / 同期获取器官总例数
7. 移植器官原发性无功能发生率 (PNF 发生率)		
(1) 总“PNF”发生率	同年度捐献器官移植术后 PNF 并发症发生比例, 包括总 PNF 发生率、DBD 来源器官 PNF 发生率、DCD 来源器官 PNF 发生率、DBCD 来源器官 PNF 发生率。	总“PNF”发生率 (%) = 年度 PNF 病例数 / 同期移植病例总数

指 标	指标说明	计算方法
(2) (DBD/DCD/DBCD)PNF 发生率	同年度捐献器官移植术后 PNF 并发症发生比例, 包括总 PNF 发生率、DBD 来源器官 PNF 发生率、DCD 来源器官 PNF 发生率、DBCD 来源器官 PNF 发生率。	(DBD/DCD/DBCD)PNF 发生率 (%) = 年度 (DBD/DCD/DBCD)PNF 病例数 / 同期 (DBD/DCD/DBCD) 移植病例总数
8. 移植器官术后功能延迟性恢复发生率 (DGF 发生率)		
(1) 总“DGF”发生率	同年度捐献器官移植术后 DGF 并发症发生比例, 包括总 DGF 发生、DBD 来源器官 DGF 发生率、DCD 来源器官 DGF 发生率、DBCD 来源器官 DGF 发生率。	总“DGF”发生率 (%) = 年度“DGF”病例数 / 同期移植病例总数
(2) (DBD/DCD/DBCD)DGF 发生率	同年度捐献器官移植术后 DGF 并发症发生比例, 包括总 DGF 发生、DBD 来源器官 DGF 发生率、DCD 来源器官 DGF 发生率、DBCD 来源器官 DGF 发生率。	(DBD/DCD/DBCD)DGF 发生率 (%) = 年度 (DBD/DCD/DBCD)DGF 病例数 / 同期 (DBD/DCD/DBCD) 移植病例总数
(四) 肝脏移植技术医疗质量控制指标		
1. 肝癌肝脏移植指标		
(1) 肝癌肝脏移植受者比例	肝癌肝脏移植受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者比例 = 肝癌肝脏移植受者人数 / 同期肝脏移植手术受者总人数
(2) 单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例	单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例 = 单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数 / 同期肝脏移植手术受者总人数
(3) 多发肿瘤, 肿瘤数目不超过 3 个, 最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例	多发肿瘤, 肿瘤数目不超过 3 个, 最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	多发肿瘤, 肿瘤数目不超过 3 个最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例 = 多发肿瘤, 肿瘤数目不超过 3 个最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数 / 同期肝脏移植手术受者总人数

指 标	指标说明	计算方法
2. 肝脏移植手术指标		
(1) 冷缺血时间 $\leq 6h$ 比例	冷缺血时间 $\leq 6h$ 比例为冷缺血时间不超过 6 小时 (h) 的肝脏移植手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	冷缺血时间 $\leq 6h$ 比例=冷缺血时间不超过 6h 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(2) $6h < \text{冷缺血时间} \leq 12h$ 比例	$6h < \text{冷缺血时间} \leq 12h$ 比例为冷缺血时间 6-12h 的肝脏移植手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	$6h < \text{冷缺血时间} \leq 12h$ 比例=冷缺血时间不超过 6h-12h 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(3) 冷缺血时间 $> 12h$ 比例	冷缺血时间 $> 12h$ 比例为冷缺血时间 12h 以上的肝脏移植手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	冷缺血时间 $> 12h$ 比例=冷缺血时间 12h 以上的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(4) 无肝期 $\leq 60\text{min}$ 比例	无肝期 $\leq 60\text{min}$ 比例为无肝期时间不超过 60 分钟 (min) 的肝脏移植手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	无肝期 $\leq 60\text{min}$ 比例=无肝期不超过 60min 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(5) $60\text{min} \leq \text{无肝期} \leq 120\text{min}$ 比例	$60\text{min} \leq \text{无肝期} \leq 120\text{min}$ 比例为无肝期时间 60-120min 的肝脏移植手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	$60\text{min} \leq \text{无肝期} \leq 120\text{min}$ 比例=无肝期在 60-120min 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(6) 无肝期 $\geq 120\text{min}$ 比例	无肝期 $\geq 120\text{min}$ 比例为无肝期时间 120min 以上的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。	无肝期 $\geq 120\text{min}$ 比例=无肝期在 120min 以上的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(7) 手术时间 $\leq 6h$ 比例	手术时间 $\leq 6h$ 比例为手术时间不超过 6h 的肝脏移植手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	手术时间 $\leq 6h$ 比例=手术时间不超过 6h 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(8) $6h < \text{手术时间} \leq 10h$ 比例	$6h < \text{手术时间} \leq 10h$ 比例为手术时间 6-10h 的肝脏移植手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	$6h < \text{手术时间} \leq 10h$ 比例=手术时间在 6h-10h 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(9) 手术时间 $> 10h$ 比例	手术时间 $> 10h$ 比例为手术时间 10h 以上的肝脏移植手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	手术时间 $> 10h$ 比例=手术时间超过 10h 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(10) 术中大出血发生率	成人肝脏移植手术受者术中出血量在 2000ml 及以上的手术人数占同期成人肝脏移植手术总人数的比例。	术中大出血发生率=成人肝脏移植手术受者术中出血量在 2000ml 及以上的手术人数/同期成人肝脏移植手术总人数

指 标	指标说明	计算方法
3. 术后主要并发症指标		
(1) 术后早期肝功能不全 (EAD) 发生率	肝脏移植手术后发生 EAD 的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 EAD 发生率=发生 EAD 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(2) 术后非计划二次手术率	肝脏移植手术后发生非计划二次手术的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后非计划二次手术率=进行非计划二次手术的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(3) 术后 1 周内血管并发症发生率	肝脏移植手术后 1 周内发生血管并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 周内血管并发症发生率=1 周内发生血管并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(4) 术后 1 月内血管并发症发生率	肝脏移植手术后 1 月内发生血管并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 月内血管并发症发生率=1 月内发生血管并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(5) 术后 3 月内血管并发症发生率	肝脏移植手术后 3 月内发生血管并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 3 月内血管并发症发生率=3 月内发生血管并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(6) 术后 1 周内超急性/急性排斥反应发生率	肝脏移植手术后 1 周内发生超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 周内超急性/急性排斥反应发生率=(1 周内发生超急性/急性排斥反应的手术人数)/同期肝脏移植手术总人数
(7) 术后 1 月内超急性/急性排斥反应发生率	肝脏移植手术后 1 月内发生超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 月内超急性/急性排斥反应发生率=(1 月内发生超急性/急性排斥反应的手术人数)/同期肝脏移植手术总人数
(8) 术后 6 月内超急性/急性排斥反应发生率	肝脏移植手术后 6 月内发生超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 6 月内超急性/急性排斥反应发生率=(6 月内发生超急性/急性排斥反应的手术人数)/同期肝脏移植手术总人数
(9) 术后 1 年内超急性/急性排斥反应发生率	肝脏移植手术后 1 年内发生超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 年内超急性/急性排斥反应发生率=(1 年内发生超急性/急性排斥反应的手术人数)/同期肝脏移植手术总人数

指 标	指标说明	计算方法
(10) 术后 1 月内胆道并发症发生率	肝脏移植手术后 1 月内发生胆道并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 月内胆道并发症发生率=术后 1 月内发生胆道并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(11) 术后 6 月内胆道并发症发生率	肝脏移植手术后 6 月内发生胆道并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 6 月内胆道并发症发生率=术后 6 月内发生胆道并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(12) 术后 1 年内胆道并发症发生率	肝脏移植手术后 1 年内发生胆道并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 年内胆道并发症发生率=术后 1 年内发生胆道并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(13) 术后 1 周内耐药菌感染发生率	肝脏移植手术后 1 周内发生耐药菌感染的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 周内耐药菌感染发生率=1 周内发生术后耐药菌感染的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(14) 术后 1 月内耐药菌感染发生率	肝脏移植手术后 1 月内发生耐药菌感染的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 月内耐药菌感染发生率=1 月内发生术后耐药菌感染的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(15) 术后 6 月内耐药菌感染发生率	肝脏移植手术后 6 月内发生耐药菌感染的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 6 月内耐药菌感染发生率=6 月内发生术后耐药菌感染的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
(16) 术后 1 年内耐药菌感染发生率	肝脏移植手术后 1 年内发生耐药菌感染的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后 1 年内耐药菌感染发生率=1 年内发生术后耐药菌感染的手术人数/同期肝脏移植手术总人数
4. 受者术后生存指标		
(1) 术后早期死亡率	肝脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	术后早期死亡率=肝脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数/同期肝脏移植手术受者总人数
(2) 良性肝病肝脏移植受者术后 1 年生存率	肝脏移植 1 年随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	良性肝病肝脏移植受者术后 1 年生存率=肝脏移植术后 1 年随访尚存活的良性肝病受者人数/同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数
(3) 良性肝病肝脏移植受者术后 3 年生存率	肝脏移植 3 年随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	良性肝病肝脏移植受者术后 3 年生存率=肝脏移植术后 3 年随访尚存活的良性肝病受者人数/同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数

指 标	指标说明	计算方法
(4) 良性肝病肝脏移植受者术后 5 年生存率	肝脏移植 5 年随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	良性肝病肝脏移植受者术后 5 年生存率=肝脏移植术后 5 年随访尚存活的良性肝病受者人数/同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数
(5) 肝癌肝脏移植受者术后 1 年生存率	肝脏移植 1 年随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者术后 1 年生存率=肝脏移植术后 1 年随访尚存活的肝癌肝脏移植受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数
(6) 肝癌肝脏移植受者术后 3 年生存率	肝脏移植 3 年随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者术后 3 年生存率=肝脏移植术后 3 年随访尚存活的肝癌肝脏移植受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数
(7) 肝癌肝脏移植受者术后 5 年生存率	肝脏移植 5 年随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者术后 5 年生存率=肝脏移植术后 5 年随访尚存活的肝癌肝脏移植受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数
(8) 肝癌肝脏移植受者术后 1 年无瘤生存率	肝癌肝脏移植 1 年无瘤存活的受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者术后 1 年无瘤生存率=肝脏移植术后 1 年随访尚存活的无瘤存活的受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数
(9) 肝癌肝脏移植受者术后 3 年无瘤生存率	肝癌肝脏移植 3 年无瘤存活的受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者术后 3 年无瘤生存率=肝脏移植术后 3 年随访尚存活的无瘤存活的受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数
(10) 肝癌肝脏移植受者术后 5 年无瘤生存率	肝癌肝脏移植 5 年无瘤存活的受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者术后 5 年无瘤生存率=肝脏移植术后 5 年随访尚存活的无瘤存活的受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数

指 标	指标说明	计算方法
5. 中国肝移植注册系统 (CLTR) 数据报送质量指标		
(1) 数据完整度	向 CLTR 系统所报送数据的完整度累计值与同期肝脏移植总人数的比例。	数据完整度 = Σ 每例肝脏移植病历数据完整度得分 / 同期肝脏移植总人数
(2) 数据及时性	完成肝脏移植手术后 72 小时内向 CLTR 系统报送的病例数占同期肝脏移植总人数的比例。	数据及时性 = 术后 72 小时内报送的病例数 / 同期肝脏移植总人数
(3) 数据真实性	向 CLTR 系统所报送数据的真实性总得分与同期肝脏移植总人数的比例。	数据真实性 = Σ 每例肝脏移植病历数据真实性得分 / 同期肝脏移植总人数
(4) 有效随访率	肝脏移植手术后在 CLTR 系统中报送的有效随访例次数占同期肝脏移植应完成总例次数的比例。	有效随访率 = Σ (每例肝脏移植病例一定时间内完成的有效随访次数 / 同期肝脏移植病例应完成的有效随访次数) / 同期肝脏移植总人数
(5) 受者失访率	肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	受者失访率 = 肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数 / 同期肝脏移植受者总人数

第三部分 现场检查

第一章 医院功能与任务

一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

评审标准	评审要点
1.1.1 医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。	
1.1.1.1★ 明确所在区域内本医院的功能任务与目标。	【C】 1. 医院宗旨、愿景与目标及功能任务符合区域卫生发展规划。 2. 医院宗旨、愿景与目标及功能任务，应用多种途径有效地教育全体员工，并向患者、社会宣传。 【B】符合“C”，并 1. 医院宗旨、愿景与目标及功能任务由全院各部门和职工共同讨论参与制定。 2. 医院宗旨、愿景与目标及功能任务员工知晓率≥80%。 【A】符合“B”，并 1. 员工知晓医院宗旨、愿景与目标的内涵，并能被患者感受和认可。 2. 各项工作围绕功能任务开展，并取得成效。
1.1.1.2★ 医院的功能、任务和定位明确，合卫生行政部门规定三级医院设置标准，符合本区域卫生发展规划。	【C】 1. 医院符合卫生行政部门规定三级医院设置标准，获得批准等级至少正式执业三年以上。 2. 卫生技术人员与开放床位之比应不低于 1.15:1。 3. 病房护士与开放床位之比应不低于 0.4:1。 4. 在岗护士占卫生技术人员总数≥50%。 5. 全院工程技术人员占全院技术人员总数的比例不低于 1%。 【B】符合“C”，并 1. 临床科室主任具有正高职称≥90%。 2. 护士中具有大专及以上学历者≥50%。 3. 平均住院日≤10 天。 4. 保持适宜的床位使用率≤93%。 5. 开放床位明显大于执业登记床位时，有增加床位的申请记录。 【A】符合“B”，并 医院功能、任务和定位达到卫生行政部门设置标准，符合卫生区域规划。

评审标准	评审要点
1.1.2 制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能一致。	
1.1.2.1★ 根据医院的功能任务，明确医院规模，制定医院中长期规划以及年度计划。	【C】 1. 根据医院的愿景与目标以及功能任务，明确医院规模，制定医院中长期规划以及年度计划。 2. 医院的规模与功能任务相一致。 3. 根据医院计划制定各科室的年度计划。
	【B】 符合“C”，并 1. 医院的中长期规划以及年度计划征求职工意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。 2. 规划内容包括目标、实施方法、实施步骤、工作分工、相关预算以及年度安排等。 3. 科室员工对本科室（检查科室数不少于医院科室设置的 15%）计划的主要目标知晓率≥80%。
	【A】 符合“B”，并 1. 医院规划与年度计划经过职工代表大会讨论通过。 2. 各部门管理人员、各科室负责人对医院的规划目标以及本部门、本科室（检查科室数不少于医院科室设置的 15%）的计划任务知晓率≥90%。
1.1.3 医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处理能力。	
1.1.3.1 主要承担急危重症和疑难疾病的诊疗。急诊科与重症医学科发挥作用，医技部门可提供 24 小时急诊诊疗服务。	【C】 1. 有承担本辖区（省、自治区、直辖市）急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。 2. 急诊科独立设置，承担本区域急危重症的诊疗。 3. 重症医学床位数占医院总床位的 2%~5%。 4. 医技部门可提供 24 小时急诊诊疗服务。
	【B】 符合“C”，并 重症医学科统一管理全院重症医学床位，重症医学床位占医院总床位的 5%~8%，符合重症收治标准的患者≥80%。
	【A】 符合“B”，并 重症医学科床位占医院总床位≥8%，符合重症收治标准的患者≥90%。

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

评审标准	评审要点
1.2.1 坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。	
1.2.1.1 坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位，履行相应的社会责任和义务。	【C】 1. 医院文化建设和服务宗旨、院训、发展规划体现坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。 2. 有保障基本医疗服务的相关制度与规范。 3. 参加并完成各级卫生行政部门指定的社会公益项目，有评审前三年完成项目数量、参加的医务人员总人次、资金支持等资料。 (1) 各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业项目。 (2) 开展或举办多种形式社会公益性活动(如义诊、健康咨询、募捐等)。 (3) 其他项目。
	【B】 符合“C”，并 1. 有深化改革，坚持“以病人为中心”，优化质量、优化服务、降低成本、控制费用的措施。 2. 评审前三年所参与或开展的各类社会公益活动受到政府、媒体、社会好评或获得嘉奖。
	【A】 符合“B”，并 1. 深化公立医院改革取得成效。 2. 患者满意度大于等于90%。
1.2.2 根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。至少每年1次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。	
1.2.2.1 根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病(含食源性疾病)的发现、救治、报告、预防等任务。	【C】 1. 有专门部门依据法律法规和规章、规范负责传染病(含食源性疾病)管理工作。 2. 有指定人员负责传染病(含食源性疾病)疫情监控、报告以及传染病(含食源性疾病)预防工作。 3. 对发现的法定传染病患者、病原携带者、疑似患者的密切接触者采取必要的治疗和控制措施。 4. 对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品以及医疗废物实施消毒和无害化处置。 5. 有传染病预检、分诊制度，对传染病患者、疑似传染病患者应当引导至相对隔离的分诊点进行初诊。 6. 有对特定传染病的特定人群实行医疗救助的相关制度和保障措施。 7. 依照规定为特定对象(如结核病、艾滋病、新型冠状病毒肺炎等)提供医疗救助服务。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 门诊、住院诊疗信息登记完整，传染病（含食源性疾病）报告、诊疗和消毒隔离、医疗废物处理规范。 【A】符合“B”，并 主管部门对传染病（含食源性疾病）管理每半年1次监督检查、总结分析，持续改进传染病管理，无传染病漏报，无医疗机构内传染病播散。
1.2.2.2 依据《中华人民共和国食品安全法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《食源性疾病管理办法（试行）》等相关法律法规，至少每年1次对全体医务人员进行传染病（含食源性疾病）防治知识和技能的培训与传染病处置演练。	【C】 1. 有传染病（含食源性疾病）防治知识和技能培训计划，并组织相关培训。 2. 医务人员知晓传染病（含食源性疾病）防治相关知识，并能遵循。 3. 根据传染病疫情，适时开展传染病（含食源性疾病）处置演练。 【B】符合“C”，并 主管部门对培训有管理，对培训效果有评价、分析。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，全体员工对传染病（含食源性疾病）处置能力不断提高。
1.2.2.3 规范开展食源性疾病的监测与报告工作。	【C】 1. 按照食品安全风险监测计划和监测方案要求，开展食源性疾病的监测工作。承担实验室检测任务的，按规范开展食源性疾病的病原学检验。 2. 发现接收的患者属于食源性疾病患者或者疑似患者的，应及时报告，并协助疾病预防控制机构开展流行病学调查。 【B】符合“C”，并 主管部门定期（每半年1次）对食源性疾病监测与报告工作进行检查、监督，并对监测情况进行总结分析。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，规范开展食源性疾病监测与报告工作，食源性疾病监测与报告的相关信息无漏报、瞒报、缓报。食源性疾病事件报告率、及时率均达到100%。

三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务

评审标准	评审要点
1.3.1 加强医联体建设，实行分级诊疗，建立实施双向转诊制度与相应服务流程，提升医联体内基层医疗机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。	
1.3.1.1 加强医联体建设，提升医联体内基层医疗机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。	【C】 1. 牵头与基层医疗机构组建医联体，医联体协议在卫生行政部门备案。 2. 协议内有实施分级诊疗、提升医联体内基层医疗机构服务能力的相应内容。 3. 有到基层医疗机构长期进行诊疗活动的计划与流程，保持派驻人员不变≥3个月/每年。 【B】符合“C”，并 1. 保持派驻人员不变≥6个月/每年。 2. 有相应的支撑材料证实提升医联体内基层医疗机构服务能力。 【A】符合“B”，并 双方主管部门有定期（至少每年1次）的联席会制度，对医联体建设情况进行分析评价，持续改进工作。
1.3.1.2 医联体内实施分级诊疗，在国家医疗保险制度、新型农村合作医疗制度框架下，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。	【C】 1. 在国家医疗保险制度、新型农村合作医疗制度框架内，医院建立与实施双向转诊制度，有规范，有流程。 2. 医联体内开展双向预约转诊服务，预约转诊工作落实有效。 3. 双向转诊预约患者携带转诊全面病历资料。 4. 有提高双向转诊质量的相关培训和指导。 【B】符合“C”，并 1. 信息系统支持病历资料协同传输。 2. 主管部门对双向转诊结果追踪随访、总结分析及效果评价。 【A】符合“B”，并 转诊单位间加强协作，对双向预约转诊情况进行分析评价，持续改进分级诊疗工作。
1.3.2 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。	
1.3.2.1 将对口支援下级医院（以下简称受援医院）及支援社区卫生服务工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，专人负责。	【C】 1. 支援下级医院工作纳入院长目标责任制管理，有计划和具体实施方案。 2. 有专门部门和人员负责下级医院支援协调工作。 3. 针对受援医院的需求，制订重点扶持计划并组织实施，在一、二级专业中选择2~3个重点，实施系统的技术指导、人才培养及管理帮扶。 4. 参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 主管部门加强对口支援工作监督管理，尤其是医院管理、学科建设、医疗质量与安全等方面，定期（至少每年1次）对受援情况进行实地检查总结，提高帮扶效果。 【A】符合“B”，并 通过三年对口帮扶，使受援县医院整体达到二级甲等医院水平。原来受援医院是二级甲等医院的，通过帮扶，其重点专科建设取得显著成效。
1.3.2.2 将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，有实施方案，专人负责。	【C】 1. 将帮助社区开展慢性病管理纳入院长目标责任制和医院年度工作计划。 2. 有帮助社区开展慢性病宣传及管理的具体实施方案。 3. 有完善的出院慢性病患者预约服务，有专门部门和人员负责慢性病管理协调工作。 【B】符合“C”，并 1. 主管部门加强对慢性病管理工作结果追踪随访、总结分析及效果评价。 2. 帮助对口社区建立人口的慢性病健康档案的比率达到80%及以上。 【A】符合“B”，并 1. 单位间加强协作，对慢性病康复转诊结果进行分析评价，持续改进慢性病管理工作。 2. 帮助对口社区实现全社区人口的慢性病网络管理。
1.3.3 承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制定相关的制度、方案，并有具体实施予以保障。	
1.3.3.1 承担政府分配的援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养人才的指令性任务，制定相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。	【C】 1. 对政府指令的援疆援藏、健康扶贫（乡村振兴）、为下级医院培养人才的任务，有相关制度和具体措施予以保障。 2. 有每年为下级医院培养人才项目的实施计划，并组织实施。 3. 有“医师晋升副主任医师职称前需要参加援疆援藏≥3个月或支援下级医院以及健康扶贫累计服务一年”的明确规定。 【B】符合“C”，并 1. 主管职能部门加强对援疆援藏、健康扶贫（乡村振兴）、为下级医院培养人才工作监督管理，并对工作效果进行追踪评价。 2. 为下级医院培养人才有完整的项目培养资料，包括学员名单、授课课件、学时、考核和评价等。 3. “参加援疆援藏≥3个月或支援下级医院以及健康扶贫累计服务一年”的医生，在符合晋升副主任医师职称其他条件下全部晋升。 【A】符合“B”，并 有关援疆援藏、健康扶贫（乡村振兴）、为下级医院培养人才的政府指令性项目实施效果良好，获得各级政府肯定或表扬、奖励等。

四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治

评审标准	评审要点
1.4.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案。按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。	
1.4.1.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案。按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。	【C】 1. 各级各类人员了解国家有关法律、法规和各级政府制定的应急预案的内容。 2. 医院明确在应对应发挥的功能和承担的任务。 3. 执行卫生健康行政部门指令。 4. 有完备的应急响应机制。 【B】符合“C”，并 1. 有主管职能部门负责应急管理工作，相关人员熟悉应急预案以及医院的执行流程。 2. 有参与的完整资料。 【A】符合“B”，并 对参与的每一例均有总结分析，持续改进应急管理工作。

第二章 临床服务质量与安全管理

一、临床服务质量与安全管理

评审标准	评审要点
2.1.1 有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。	
2.1.1.1 有医疗质量管理体系，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。	【C】 1. 建立医疗质量管理体系，有医疗质量管理组织架构图，能清楚体现院、科两级责任制，落实医疗质量管理主体责任。 2. 有明确的体系运行机制，各质量管理组织有明确的质量管理职责。 3. 院领导、各部门负责人知晓岗位和本人职责，致力于质量管理和持续改进。 【B】符合“C”，并 1. 各质量管理组织定期（至少每半年1次）专题研究质量工作，有记录能够证明体系运行常态化。 2. 院领导、各部门负责人在质量管理及持续改进措施执行过程中起到领导作用。 【A】符合“B”，并 1. 依据医院规模，设置独立的质量管理部门，配置充足人力。 2. 医疗质量管理组织架构及职能分工体现决策、控制与执行三个层次。
2.1.2 设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。	
2.1.2.1 设立医疗质量管理委员会，承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。	【C】 1. 有由医疗机构主要负责人担任主任委员的医疗质量管理委员会，委员由医疗管理、质量控制、护理、医院感染管理、医学工程、信息、后勤等相关职能部门负责人以及相关临床、药学、医技等科室负责人组成，并指定专门部门具体负责日常管理工作。 2. 委员会定期（至少每半年1次）召开质量会议，有工作制度、工作计划和工作记录。 3. 医疗质量管理委员会依据医院总体质量管理目标，研讨质量相关问题，提出改进方案，承接、配合各级质控组织开展工作，统筹协调全院医疗质量工作。 【B】符合“C”，并 医疗机构主要负责人作为医疗质量管理第一责任人，统一领导和协调全院医疗质量工作。 【A】符合“B”，并 医疗质量管理委员会运行良好，在质量与安全管理持续改进中发挥作用。

评审标准	评审要点
2.1.3 各业务科室成立本科室（检查科室数不少于医院同类科室设置的 15%）医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。	
2.1.3.1 科主任是科室质量管理第一责任人，负责组织落实质量管理及持续改进相关任务。	【C】 1. 有科室质量管理小组，人员、职责符合《医疗质量管理办法》要求，科主任为第一责任人。 2. 有科室质量工作制度并落实。 3. 有科室质量管理工作计划并实施。 4. 有科室质量管理的各项工作记录，可追溯。
	【B】 符合“C”，并 1. 对本科室（检查科室数不少于医院同类科室设置的 15%）质量进行定期检查，并召开会议，提出改进措施。 2. 对本科室（检查科室数不少于医院同类科室设置的 15%）质量指标进行资料收集和分析。 3. 能够运用质量管理方法与工具进行持续质量改进。
	【A】 符合“B”，并 科室质量水平持续改进，成效明显。
2.1.4 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。	
2.1.4.1★ 建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，定期（至少每年 1 次）进行全员培训，强化意识，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。	【C】 1. 有医疗质量管理人员全员培训和考核制度，培训范围包括所有参与医疗质量管理工作的有关人员。 2. 实行目标管理责任制，有考核办法，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。 3. 根据年度质量管理目标，制定形式多样的院、科两级的质量培训计划，并有相关培训记录。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对培训效果有检查与监管。
	【A】 符合“B”，并 培训效果明显，全员牢固树立质量管理意识，管理人员能运用 PDCA 方法持续改进质量管理工作，员工能够主动参与。

评审标准	评审要点
2.1.5 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。	
2.1.5.1 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。	【C】 1. 有临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等本院遵循的文本。 2. 对医务人员进行培训，使医务人员掌握并严格按照本专业岗位临床诊疗指南、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。 【B】符合“C”，并 1. 科室每季度进行自查，根据分析进行整改。 2. 职能部门有督查和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 根据医学发展和本院实际，对临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径及时进行补充完善。
2.1.6 开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。	
2.1.6.1 患者或其近亲属、授权委托人对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利。医院有相关制度保证医务人员履行告知义务。	【C】 1. 医务人员尊重患者的自主选择权利，对患者或其近亲属、授权委托人进行病情、诊断、医疗措施、医疗风险和替代医疗方案履行告知义务。 2. 诊疗活动中遵循患者知情同意原则，患方能理解医务人员的告知情况，并在病历中体现。 3. 医务人员掌握告知技巧，采用患者易懂的方式进行医患沟通。 【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，患者合法权益得到保障。
2.1.6.2 保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。	【C】 1. 尊重患者隐私权，有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。 2. 有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。 3. 医务人员熟悉相关制度，了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。 4. 医务人员自觉保护患者隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。 【B】符合“C”，并 职能部门有督查和反馈，根据监管情况分析评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，患者合法权益得到保障。

评审标准	评审要点
2.1.6.3 完善保护患者隐私的设施和管理措施。	【C】 1. 有私密性的诊疗环境，有私密性的医患沟通及知情告知场所。 2. 在患者进行暴露躯体检查、操作时，有提供保护隐私的措施。 3. 多人病室各病床之间有间隔设施。 【B】符合“C”，并职能部门有督查和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，保护患者隐私的设施和管理措施得到完善。
2.1.7 建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。	
2.1.7.1 建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。	【C】 1. 根据法律法规、规章规范及相关标准，建立全员参与、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，且符合本院实际。 2. 对制度的管理规范，对制定、审核、批准、发布、修订、作废等有统一流程。 3. 有医院及科室的全员培训，员工掌握并遵循本岗位相关制度。 【B】符合“C”，并职能部门对制度的执行情况有督查和反馈，有整改措施并落实。 【A】符合“B”，并制度及时修订和更新，质量得到持续改进。
2.1.8 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。	
2.1.8.1 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价。有完善的医疗质量管理指标体系，质量管理部门相关人员能够掌握本医疗机构医疗质量基础数据。	【C】 1. 医疗质量管理部门相关人员接受全面质量管理培训与教育，能够熟练运用一种及以上管理常用技术工具开展医疗质量管理与自我评价。 2. 有完善的医疗质量管理指标体系，包含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。 3. 医疗质量管理相关人员能够掌握本医疗机构医疗质量基础数据，并能够运用这些数据开展质量管理活动。 【B】符合“C”，并 1. 医疗质量管理部门相关人员能将管理工具运用于日常质量管理活动，有案例说明。 2. 医疗质量管理指标体系能满足医学统计与质量管理需要，能根据质量管理相关要求形成质量统计材料。 【A】符合“B”，并建立医疗质量管理指标信息数据库，能自动根据质量管理相关要求生成质量统计材料，医疗质量管理工作持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.1.9 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。	
2.1.9.1 加强临床专科服务能力建设，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。	【C】 加强临床专科服务能力建设，制订医院专科建设发展规划。 【B】符合“C”，并 1. 专科建设发展规划切合学科发展趋势，满足社会需求，符合医院实际情况。 2. 职能部门对专科建设发展规划实施有监督、反馈和整改措施。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，临床专科服务能力提升明显，有案例。
2.1.9.2 重视专科协同发展，针对肿瘤、疑难复杂疾病、多系统多器官疾病等，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。	【C】 重视专科协同发展，“以患者为中心、以疾病为链条”，制定疑难危重患者、恶性肿瘤患者等多学科诊疗模式（MDT）工作制度和相应的 MDT（如：门诊 MDT、住院病房 MDT、远程 MDT 等）标准化操作流程，落实并保证 MDT 效率和质量。 【B】符合“C”，并 1. 科室对多学科综合诊疗有自查，并对存在问题有改进。 2. 职能部门对多学科诊疗工作进行全面监督和管理，对存在问题及时反馈。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，落实多学科综合诊疗管理措施，探索开设多学科诊疗门诊，建立多学科联合诊疗和查房模式。
2.1.10 加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。	
2.1.10.1 加强单病种质量管理与控制工作，建立单病种管理指标和质量参考标准体系。	【C】 1. 将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理体系。 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。 3. 有专人按规定负责及时、全面、准确国家单病种质量与控制平台数据。 【B】符合“C”，并 职能部门对单病种管理有监管，定期（至少每半年 1 次）对监测指标进行汇总、分析、反馈，对存在的问题有整改措施并落实。 【A】符合“B”，并 单病种管理实现信息化，促进医疗质量精细化管理，能够做到持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.1.11 制订满意度监测指标并不断完善，定期（至少每年1次）开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。	
2.1.11.1 根据患者的服务流程，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。	【C】 1. 建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动，有相关的制度、流程及适宜的评价内容。 2. 有指定部门负责本项工作，职责明确。
	【B】 符合“C”，并 对社会评价活动结果进行分析和反馈，有改进措施并得到落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，不断提高患方满意度。
2.1.11.2 医院定期（至少每年1次）收集院内、外对医院服务的意见和建议，并以此为动力，改进工作，持续提高医院服务质量。	【C】 有定期（至少每年1次）收集院内、外对医院服务的意见和建议的相关制度和多种渠道。
	【B】 符合“C”，并 指定部门对收集的意见和建议进行分析，对满意度监测中发现的问题，及时沟通、协商和反馈，有整改措施并得到落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，患者就医体验和员工执业感受有提升。
2.1.12 建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。	
2.1.12.1★ 建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。	【C】 1. 建立本院各科室医疗质量内部现场检查制度。 2. 建立本院医疗质量内部公示制度，公示制度包含科室医疗质量关键指标。 3. 有指定职能部门和业务科室负责医疗质量内部 现场检查制度和内部公示制度的落实。
	【B】 符合“C”，并 1. 医院定期（至少半年1次）公示医疗质量内部现场检查工作情况，接受职工监督。 2. 建立全员参与、奖惩并重机制。
	【A】 符合“B”，并 医疗质量管理持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.1.13 强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。	
2.1.13.1 强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。	【C】 1. 医院有基于电子病历的医疗质量管理信息化平台建设方案并落实。 2. 建立电子病历系统，具备病案质量控制功能。
	【B】 符合“C”，并 1. 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。 2. 电子病历系统能满足医院病案基本信息的采集、医疗质量指标数据的统计与分析。
	【A】 符合“B”，并 医院电子病历完全符合《电子病历应用管理规范（试行）》和《电子病历系统功能规范（试行）》要求，管理工作信息化持续改进有成效。
2.1.14 对医疗质量管理要求执行情况进行定期（至少半年1次）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，促进医疗质量持续改进。	
2.1.14.1 对医疗质量管理要求执行情况进行定期（至少半年1次）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，促进医疗质量持续改进。	【C】 1. 根据医疗质量管理和持续改进实施方案及相关配套制度、考核标准、考核办法、质量指标等，对医疗质量管理要求执行情况进行定期（至少半年1次）评估。 2. 对医疗质量信息数据开展内部验证。 3. 针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，并评估干预效果。 4. 开展医疗质量问题和医疗安全风险防范相关教育与培训，课程内容具有系统性，能够针对各专科特点进行细化。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作有督查和反馈，有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 医疗质量持续改进有成效。

二、医疗质量安全核心制度

评审标准	评审要点
2.2.1 医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。	
2.2.1.1★ 落实《医疗质量管理办法》、《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布医疗质量安全核心制度。	【C】 1. 制定发布医院各项医疗质量安全核心制度。 2. 有针对医疗质量安全核心制度的全员培训和针对新员工的专项培训，确保医务人员掌握并遵循其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。 【B】符合“C”，并职能部门对医疗质量安全核心制度执行情况有检查、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.2.2 建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。	
2.2.2.1 加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者。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。	【C】 1. 有专人负责急诊检诊、分诊工作，有效分流非急危重症患者。 2. 落实首诊负责制，急危重症患者实行“先抢救、后付费”。 3. 落实急会诊制度，保障急危重症患者得到及时救治。 4. 建立急危重症患者抢救协作协调机制，保障患者优先收住入院，制定急诊科与 120 急救中心、基层医疗机构急诊患者转接流程，保障患者得到连贯抢救治疗，保持绿色通道畅通。 【B】符合“C”，并急诊抢救登记完善，病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。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。 【A】符合“B”，并有急诊信息网络支持系统，有急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接，急诊科能够在患者送达前获取急救中心转送或基层医疗机构转诊患者信息，院内相关各科室在患者收住入院前获取病历资料，提高效率。

评审标准	评审要点
2.2.3 建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。	
2.2.3.1★ 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。	【C】 1. 有科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，并下发执行。 2. 严格明确查房周期，查房要保证工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次。查房按级别执行，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。 3. 明确各级医师的医疗决策和实施权限，医疗决策和实施权限遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的工作原则。 4. 三级医师查房内容规范记录在病历中。
	【B】 符合“C”，并 1. 有员工相关医疗决策和实施权限的授权目录，有落实，有定期（至少每年 1 次）调整。 2. 职能部门对制度执行进行检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 能够参照医师查房模式进行护理查房和药师查房。
2.2.4 建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。	
2.2.4.1★ 有院内会诊管理制度与流程。	【C】 1. 明确各类会诊的具体流程和时间要求，急会诊在 10 分钟之内到位，普通会诊在会诊发出后 24 小时内完成。 2. 会诊请求人员应当陪同完成会诊。 3. 统一会诊单格式及填写规范，员工知晓。 4. 会诊情况和处置按规定进行记录。
	【B】 符合“C”，并 1. 临床科室对会诊制度落实情况的追踪和评价开展自查，保证会诊质量。 2. 职能部门履行监管职责，对会诊相关科室间沟通、会诊及时性和有效性定期（至少每半年 1 次）督查，对问题与缺陷进行反馈，并提出整改建议。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有效果，保证患者诊治连续性和质量。

评审标准	评审要点
2.2.4.2★ 有医师外出会诊管理制度与流程。	【C】 1. 有医师外出会诊管理的制度与流程。 2. 建立医师外出会诊管理档案。 3. 相关人员知晓并执行。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对外出会诊管理有登记与备案。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，外出会诊制度得到有效落实。
2.2.5 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。	
2.2.5.1★ 建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，医疗机构及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性。	【C】 1. 有值班与交接班制度，并下发执行。 2. 建立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保障部门，明确值班岗位职责并纳入职责汇编，员工知晓。 3. 值班人数满足岗位职责需要，并保证常态运行。 4. 实行医院总值班制度，总值班人员需接受相应的培训并经考核合格。 5. 医院及科室值班表定期（每月1次）提前全院公开，值班表涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。 6. 值班人员资质和值班记录符合规定。 7. 无非本机构执业医务人员单独值班现象。 8. 值班期间所有的诊疗活动及时记入病历。
	【B】 符合“C”，并 1. 参与值班科室对值班与交接班情况定期（每季度1次）开展自查，能够发现问题并整改。 2. 职能部门对值班与交接班制度执行情况定期（至少每半年1次）进行督查、总结、分析、反馈，制定改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.2.6 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。	
2.2.6.1★ 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。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。	【C】 1. 患者交接班内容实行专册记录,并由交班人员和接班人员共同签字确认。 2. 对四级手术患者、手术当日和重点患者,如急危重患者、产妇、新生儿、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者等,必须床旁交班。
	【B】符合“C”,并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈,有改进措施并落实。
	【A】符合“B”,并 持续改进有成效。
2.2.7 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。	
2.2.7.1★ 建立疑难病例讨论制度。医院和科室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。	【C】 1. 有疑难病例讨论制度,并下发执行。 2. 医院和科室确定疑难病例的范围,包括: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。 3. 明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论由科主任主持,全科人员参加。讨论成员中至少有2人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。 4. 疑难病例讨论内容专册记录,主持人需审核并签字。 5. 疑难病例讨论结论记入病历。
	【B】符合“C”,并 1. 临床科室对疑难病例讨论情况定期(每季度1次)开展自查,能够发现问题并整改。 2. 职能部门对上述工作定期(至少每半年1次)进行督查、总结、反馈,有改进措施并落实。
	【A】符合“B”,并 持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.2.8 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。	
2.2.8.1 建立急危重患者抢救制度。医院和科室确定急危重患者的范围，建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。	【C】 1. 建立急危重患者抢救制度，并下发执行。 2. 确定急危重患者的范围，包括：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者，生命体征不稳定并有恶化倾向者等。 3. 建立抢救资源配置机制，包括：抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位。 4. 建立抢救资源紧急调配机制，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。 5. 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。 6. 抢救完成后 6 小时内，将抢救记录记入病历，记录时间具体到分钟，主持抢救的人员审核并签字。 【B】符合“C”，并 1. 临床科室对急危重患者抢救情况定期（每季度 1 次）开展自查，能够发现问题并整改。 2. 职能部门对上述工作定期（至少每半年 1 次）进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.2.9 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（检查科室数不少于医院同类科室设置的 15%）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。	
2.2.9.1 建立术前讨论制度。明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程，并经医疗管理部门审定。	【C】 1. 有术前讨论制度，并下发执行。 2. 除急诊手术外，住院手术病例均进行术前讨论，手术者参加，特殊病例报医疗管理部门备案或由其派人参加。 3. 科室按照医院手术分级管理制度及手术分级管理目录，明确科室开展各级手术术前讨论形式的参加人员范围：手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论、全科讨论和多学科讨论，经医疗管理部门审定、备案。 4. 术前讨论记录记入病历，外院专家作为术者的，术前讨论中应有其发言记录。 【B】符合“C”，并 1. 临床科室对术前讨论情况定期（每季度 1 次）开展自查，能够发现问题并整改。 2. 医疗管理部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.2.10 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。	
2.2.10.1 建立死亡病例讨论制度。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。	【C】 1. 有死亡病例讨论制度，并下发执行。 2. 死亡病例讨论在患者死亡 1 周内完成，尸检病例在尸检报告出具后 1 周内再次讨论。 3. 死亡病例讨论在全科范围内进行，由科室主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。 4. 死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专册记录。 【B】符合“C”，并 医疗管理部门对上述工作进行督查、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。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2.2.11 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。	
2.2.11.1 建立查对制度。“查对制度”严格落实到临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对按照国家有关规定和标准执行。	【C】 1. 有查对制度，并下发执行。 2. 患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，如姓名、出生年月、年龄、病历号等，床号不得用于查对。患者身份确认时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。 3. 有临床诊疗行为的查对制度，包括：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。 4. 建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。 5. 药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。 【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.2.12 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。	
2.2.12.1 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。	【C】 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。建立产房分娩核查制度和标准化流程。 2. 手术安全核查由具有执业医师资质的主治医师及以上手术医师、麻醉医师及手术室巡回护士共同对患者身份和手术部位等内容进行核查。 3. 麻醉实施前：麻醉医师主持，三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。 手术开始前：手术医师主持，三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护理人员执行并向手术医师和麻醉医师报告。 巡回护士主持，患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式；清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。 术中用药、输血的核查：手术室护士与麻醉师共同主持，由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录。 4. 三方在整个核查工作（三次核查）结束时统一在《手术安全核查表》上签名，基本信息由手术医师填写，各阶段的主持人，负责主持核查并实时完成打钩（可指定其他在场人员打钩）手术安全核查项填写完整。 5. 《手术安全核查表》归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 手术安全核查执行率 100%。

评审标准	评审要点
2.2.13 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（至少每年1次）评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。	
2.2.13.1 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。	【C】 1. 有手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。 2. 有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。 3. 手术分级授权管理落实到每一位手术医师，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。 4. 建立手术医师技术档案，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等。 【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，公开手术医师权限，及时更新相关信息。 【A】符合“B”，并 手术医师资格分级授权管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。
2.2.13.2 医院应当对手术医师能力进行定期（至少每年1次）评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。	【C】 1. 医院有手术医师能力定期（至少每年1次）评估与再授权的制度与程序。 2. 有手术医师定期（至少每年1次）评估与再授权的档案资料。 【B】符合“C”，并 职能部门根据监管情况，对手术权限进行动态调整。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，手术医师能力得到持续提升。
2.2.14 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（至少每年1次）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。	
2.2.14.1 建立新技术和新项目准入制度及其审批流程。建立医疗技术临床应用目录并定期（至少每年1次）更新。	【C】 1. 有本院医疗技术临床应用目录，有符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程。 2. 新技术和新项目通过本院医院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。限制类医疗技术需按照程序报上级卫生行政部门备案。 【B】符合“C”，并 1. 不应用未经备案限制类医疗技术或禁止类医疗技术。 2. 职能部门履行监管职责，定期（至少每半年1次）督查、反馈、整改，保障医疗安全。 【A】符合“B”，并 有完整的新技术和新项目管理档案资料，定期（至少每年1次）更新医疗技术临床应用目录。

评审标准	评审要点
2.2.15 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。	
2.2.15.1 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。	【C】 1. 所有新技术和新项目实施人均有授权，负责人需具备相关学习经验，相关技术须有上岗证明或资格证书。 2. 向医疗技术管理委员会申报时，需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，保障患者安全。 3. 当可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）发生变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。
	【B】 符合“C”，并 1. 医疗管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。 2. 职能部门履行监管职责，定期（至少每半年1次）督查、反馈、整改，保障医疗安全。
	【A】 符合“B”，并 有医疗技术风险预警机制并有效执行。
2.2.15.2 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。	【C】 1. 有新技术、新项目临床应用动态评估管理制度。 2. 对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理、质量控制和动态评估。 3. 开展限制类临床应用医疗技术的，项目负责人自准予开展相关技术之日起两年内，每年向医疗管理部门书面汇报该技术的临床应用情况。
	【B】 符合“C”，并 医疗管理部门有完整的新技术档案资料，包括项目阶段总结与监管资料。
	【A】 符合“B”，并 医疗管理部门有监管，根据监管评价实施动态管理，确定新技术中止或转入常规技术。

评审标准	评审要点
2.2.16 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（至少每年1次）调整。分别建立住院和门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。	
2.2.16.1 根据医院实际情况确定“危急值”清单，建立“危急值”管理制度与工作流程。	【C】 1. 有临床危急值报告制度，建立住院和门诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。 2. 医技部门（含临床实验室、病理、医学影像部门、电生理检查与内窥镜、血药浓度监测等）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。 3. 相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。 【B】符合“C”，并职能部门履行监管职责，根据临床需要和实践总结，定期（至少每年1次）调整危急值清单。 【A】符合“B”，并定期（至少每年1次）对“危急值”报告制度的有效性进行评估，并持续改进。
2.2.16.2 严格执行“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。	【C】 1. 医技部门相关人员知晓本部门“危急值”清单及内容，能够有效识别和确认“危急值”。 2. 危急值信息传递各环节无缝对接，接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录患者识别信息、危急值内容、和报告者的信息，按流程复核确认无误后，及时向相关医师报告，并做好记录，医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间精确到分钟。 3. 临床危急值信息专册登记，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。 【B】符合“C”，并 1. 信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。 2. 职能部门定期（至少每半年1次）督查、分析、反馈，提出整改措施并落实。 【A】符合“B”，并有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。

评审标准	评审要点
2.2.17 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。	
2.2.17.1 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、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。	【C】 1. 建立病案管理体系，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制方面的制度、规范、流程等执行文件。 2. 明确病历书写的格式、内容和时限。病历书写客观、真实、准确、及时、完整、规范。 3. 工作人员知晓本岗位职责和履职要求，熟悉病案管理的相关法律、法规和规章。 【B】符合“C”，并 1. 病案科（室）对病历质量进行自查，对存在问题与缺陷进行整改。 2. 职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）评估制度和流程落实情况，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.2.17.2 为每一位住院患者建立并保存病案，保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。	【C】 1. 每一位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。有唯一识别病案资料的病案号。 2. 有保护病历与病案信息安全的相关制度，病历内容记录与修改信息可追溯。 3. 有为患者及时调取病案具体时间规定，保证患者就诊时对所需病案的可及性。 【B】符合“C”，并 1. 通过一个病案的编号可获得所有的相关历史诊疗记录。 2. 质量管理相关部门、病案科（室）对病案保存、使用与安全情况进行自查或督查，对存在的问题与缺陷提出整改措施。 【A】符合“B”，并 职能部门对整改措施落实情况进行追踪与成效评价，病案保存规范，调取方便，资料安全，临床科室对病案科（室）提供服务满意度高。

评审标准	评审要点
2.2.17.3 落实分类编码的相关规定。住院病案首页应有主管医师签字，应列出患者所有与本次诊疗相关的诊断与手术、操作名称。	【C】 1. 严格落实分类编码相关规定，病案首页诊断填写完整，主要诊断的正确率达到100%。 2. 病案首页上，各级医师签字符合病案首页填写相关要求，体现三级医师负责制。 【B】符合“C”，并 1. 病案首页中的疾病诊断顺序、主要诊断与主要手术、操作选择应符合卫生部与国际疾病分类规定要求。 2. 病案首页中的诊断在病程、检查化验报告中获得支持依据。 3. 病历中各种手术与操作并发症、使用药物、器材所致不良反应、病程记录或检查化验报告所获得的诊断应规范地填写在病案首页中，无遗漏。 4. 有临床科室自查及职能部门督查，有整改措施。 【A】符合“B”，并 职能部门对整改措施落实情况进行追踪与评价，监管与持续改进有成效。
2.2.18 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。	
2.2.18.1★ 医院有电子病历系统的建设的方案与计划，有电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。	【C】 1. 有电子病历系统建设方案与计划，有信息需求分析文件。 2. 有电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。 3. 已经建立电子病历系统。 【B】符合“C”，并 1. 电子病历系统应符合卫生部《病历书写基本规范》与《电子病历应用管理规范（试行）》要求。 2. 三级甲等电子病历应用水平分级评价为4级及以上，三级乙等电子病历应用水平分级评价为3级及以上。 【A】符合“B”，并 1. 三级甲等电子病历应用水平分级评价为5级及以上，三级乙等电子病历应用水平分级评价为4级及以上。 2. 有基于电子病历的临床信息系统（CIS），电子病历系统具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。

评审标准	评审要点
2.2.19 建立信息安全管理制。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保障体系。	
2.2.19.1 建立信息安全管理制。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保障体系。	【C】 1. 建立全面的信息安全管理制体系，包括：组织架构、责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等，并下发执行。 2. 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。 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、调阅等环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵等方面进行安全管理。 4. 执行《卫生行业信息安全等级保护工作的指导意见》要求，其中重要卫生信息系统安全保护等级原则上不低于第三级。
	【B】 符合“C”，并 职能部门有督查、分析、反馈，有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 建立应急响应机制，定期（至少每年1次）评估信息安全风险，定期（至少每年1次）开展信息安全应急演练。
2.2.20 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。	
2.2.20.1★ 患者诊疗信息管理实现全流程的安全性、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。	【C】 1. 医院信息系统有安全措施和应急处理预案，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。 2. 诊疗和管理工作人员获取患者信息实行授权管理，清晰权责，严禁将本人权限交于他人使用。 3. 诊疗和管理工作人员以外的人员应依据法律规定获取患者信息，法定授权以外的应有患者或患方授权。
	【B】 符合“C”，并 1. 患者诊疗信息管理实现全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。 2. 职能部门有督查、分析、反馈，有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，评审周期内无信息安全事件发生。

三、医疗技术临床应用管理

评审标准	评审要点
2.3.1 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。	
2.3.1.1 依据法律法规开展医疗技术服务，与功能任务、技术能力相适应。	【C】 1. 医疗技术服务项目符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求。 2. 开展医疗技术服务与医院功能任务、技术能力相适应，包括：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。 3. 医疗技术临床应用遵循科学、安全、规范、有效、经济的原则，并在实际工作中予以体现。 4. 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。 【B】符合“C”，并 1. 管理人员和医务人员知晓医疗技术管理要求。 2. 职能部门有督查、分析、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，评审周期内无违法违规开展医疗技术服务的记录。
2.3.2 医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。	
2.3.2.1 设立医疗技术临床应用管理专门组织。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。	【C】 1. 在医院医疗质量管理委员会下设立医疗技术管理委员会，委员会主任由医疗机构主要负责人担任，分管副院长任常务副主任，委员会组成包括医务、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、伦理等相关专业人員组成。 2. 医疗技术管理委员会履行医疗技术临床应用管理职责，有专门章程和工作制度。 3. 有指定职能部门负责委员会的日常工作，有工作计划、工作记录，可追溯，委员会会议活动记录每年不少于2次。 【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 医疗技术临床应用在《医疗技术临床应用管理办法》框架下持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.3.3 医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。	
2.3.3.1★ 医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。	【C】 1. 医疗技术临床应用均在医院取得的医疗机构执业许可证诊疗科目范围内。 2. 开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限，设备、设施功能完好、符合要求，达到医疗技术临床应用技术条件。 3. 建立医疗技术临床应用量控制体系，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。 4. 开展的医疗技术符合国家卫健委和黑龙江省颁布的相关技术临床应用管理规范，无技术滥用导致的医疗差错。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查，定期（至少每半年1次）分析和反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效。
2.3.4 医院开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。	
2.3.4.1★ 开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。	【C】 1. 开展的限制类医疗技术与医院登记的诊疗科目相符，且遵照《限制临床应用的医疗技术（2015版）》执行。 2. 开展限制类医疗技术按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，包括对医院、开展人员，技术设备、设备设施和环境等方面的基本要求。自我评估结果报医疗技术临床应用管理委员会审核。 3. 开展首例临床应用后15个工作日内，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门完成备案程序。备案部门在《医疗机构执业许可证》副本备注栏予以注明，并上报至省级卫生行政部门。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，评审周期内无违法违规开展限制类医疗技术服务的记录。

评审标准	评审要点
2.3.5 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。	
2.3.5.1 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。	【C】 1. 医学伦理管理委员会承担医疗技术伦理审核工作，重点关注限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术。 2. 医疗技术应用管理制度中有伦理审核一票否决制，未经伦理委员会审查通过的医疗技术，不得应用临床。 3. 伦理委员会讨论医疗技术临床应用情况有完整的管理档案和数据资料。 【B】符合“C”，并 职能部门和伦理委员会对医疗技术的实施履行全程监管。 【A】符合“B”，并 开展的医疗技术均经过伦理委员会讨论通过，评审周期内无违规擅自开展医疗技术服务的记录。
2.3.6 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。	
2.3.6.1 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。	【C】 1. 有医疗技术临床应用管理目录，包括本院开展临床应用的所有医疗技术。 2. 对医疗技术临床应用管理目录内的手术实行分级分类管理，有手术分级目录。 【B】符合“C”，并 职能部门对医疗技术的应用实施追踪管理，根据全程监管情况及时调整医疗技术临床应用管理目录，并根据手术开展情况定期（至少每年1次）调整手术分级目录。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2.3.7 建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。	
2.3.7.1 建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。	【C】 1. 有医师手术级授权与动态管理制度与程序，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。 2. 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。 3. 手术医师知晓率100%。 【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，有供定期（至少每年1次）调整授权时参考决策的医师手术质量监测机制，并及时公开医师手术授权更新后的相关信息。 【A】符合“B”，并 医师手术授权管理执行良好，评审周期内无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。

评审标准	评审要点
2.3.8 医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。	
2.3.8.1 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。	【C】 1. 建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括：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。 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。
	【B】 符合“C”，并职能部门履行监管职责，档案以年度为单位定期（至少每年1次）更新。
	【A】 符合“B”，并医疗技术临床应用档案实现信息化管理，可直接限定医务人员实施的医疗技术范围。
2.3.9 建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。	
2.3.9.1 建立医疗技术临床应用论证制度。	【C】 1. 有医疗技术临床应用论证制度，并下发执行。 2. 论证的内容包括：是否在医院执业机构许可证批准、登记的诊疗科目范围内；在国外、国内其它省、市医院或本地区医院临床应用的基本情况；医疗技术应用的安全性、科学性、有效性、创新性和效益性。 3. 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：负责人是否符合医疗技术分类管理相关规定；科室技术能力、人员配备和设施等条件能否进行支撑；可预见的风险评估以及应对风险的处理预案是否完善等。 4. 论证安全有效但属本院首次应用的医疗技术均通过伦理审查。 5. 论证与伦理审查过程有记录档案。
	【B】 符合“C”，并职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.3.10 建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。	
2.3.10.1 建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估。	【C】 1. 有医疗技术临床应用评估制度，并下发执行。 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，内容包括：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，并形成评估分析报告。 3. 评估的标准遵循科学、安全、规范、有效、经济符合伦理的原则，评估指标量化，至少包括：医疗技术临床应用的安全性、有效性、效益性；疗效的判定标准和评价方法是否合理；负责人是否胜任；科室技术能力、人员配备和设施等条件支撑效果；是否发现该项技术存在伦理道德缺陷；是否出现不可预见的风险以及应对风险的处理是否及时等。 【B】符合“C”，并 职能部门根据评估结果，及时调整医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和医疗技术临床应用管理要求，对存在严重质量问题或者技术保证能力不再符合有关技术管理要求的，及时停止该项技术的临床应用，并有相关记录。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2.3.11 建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量。	
2.3.11.1 建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标。	【C】 1. 有医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用全过程。 2. 以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，符合国家和省级管理要求。 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（检查科室数不少于医院同类科室设置的15%）日常开展的医疗技术。 【B】符合“C”，并 职能部门加强信息收集、分析与反馈，信息数据集中归口管理，能够运用数据开展质量管理控制活动，提高医疗技术临床应用质量安全。 【A】符合“B”，并 质量控制工作有成效，医疗技术临床应用质量得到持续改进。

评审标准	评审要点
2.3.12 建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。	
2.3.12.1★ 建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。	【C】 1. 有医疗技术临床应用规范化培训制度，并下发执行。 2. 有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容至少包括对法律法规、规章制度以及专项技术的学习。 3. 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，提高管理水平和技能。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，医疗技术临床应用管理人才队伍健全，能够根据医学发展和本院实际开展医疗技术临床应用培训工作。
2.3.13 医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。	
2.3.13.1★ 开展限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。	【C】 1. 限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入院务公开范围，接受社会监督。 2. 医务人员普遍知晓。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 通过两种以上方式纳入院务公开范围，多渠道接受社会监督并有相关记录。
2.3.14 医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。	
2.3.14.1 医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。	【C】 1. 有停止医疗技术临床应用的医疗技术风险处理预案、医疗技术损害处理预案等相应应急预案和程序。 2. 停止医疗技术情形包括：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。 3. 因前款停用的限制类医疗技术，需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。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并职能部门有监管，根据监管结果的评价，按照规定履行停止、报告和公示程序。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，评审周期内未发生按照规定需停止开展医疗技术而未停止的记录。
2.3.15 医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。	
2.3.15.1★ 医院按照要求向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。	【C】 1. 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。 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。
	【B】符合“C”，并职能部门对上述工作进行督查，定期（至少每半年1次）进行分析反馈，有改进措施并落实。
	【A】符合“B”，并持续改进数据上报质量。
2.3.16 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。	
2.3.16.1★ 承担限制类技术临床应用规范化培训工作，达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件。	【C】 1. 承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，师资、设备、设施等满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件。 2. 制定培训方案，培训内容至少包括：相关法律法规、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。
	【B】符合“C”，并培训条件达标，培训方案科学合理，履行备案程序，并向社会公开。
	【A】符合“B”，并每年均定期（至少每年1次）组织规范化培训班。

评审标准	评审要点
2.3.17 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。	
2.3.17.1★ 承担限制类技术临床应用规范化培训工作，保障培训质量。	【C】 1. 制定限制类技术临床应用规范化培训工作规章制度及流程，相关职责和管理要求明确。 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，培训教材和大纲满足培训要求，培训质量有保障。 3. 考核包括过程考核和结业考核，过程考核至少包括医德医风、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。 4. 加强学员管理，建立学员培训档案，档案内容包括医师基本信息、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。 【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 培训效果好，经培训的医务人员能独立开展该限制类技术，有案例证实。

四、医疗安全风险防范

评审标准	评审要点
2.4.1 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。	
2.4.1.1 建立健全主动报告医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告的相关制度和激励机制，并得到落实。	【C】 1. 有医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，相关部门职责明确。 2. 有不良事件分类目录，有便于相关人员主动报告医疗质量（安全）不良事件的途径，并进行教育和培训，员工知晓。 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，并实行非惩罚制度。 4. 有指定部门统一收集、核查医疗质量（安全）不良事件，并按规定向相关机构上报。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并职能部门有督查、反馈，根据分析结果采取改进措施，减少医疗质量（安全）不良事件漏报和缓报。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，建立医疗质量（安全）不良事件直报系统及数据库。
2.4.1.2 有医疗质量（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。	【C】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。 【B】符合“C”，并职能部门有督查、分析、反馈，利用信息化手段加强信息共享管理，实施具体有效的改进措施。 【A】符合“B”，并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，且成效明显。
2.4.2 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期（至少每半年1次）检查落实情况，及时消除隐患。	
2.4.2.1 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，医院针对医疗风险制定相应制度、流程与医疗风险管理方案。	【C】 1. 医院针对医疗风险制定相应制度与流程，有医疗风险管理方案。 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。 3. 员工知晓本部门及本岗位医疗风险，针对医疗风险有防控措施，至少包括医疗风险的知识培训、预警、控制、避让和风险分担等措施。 4. 按照卫生健康行政部门要求，落实医疗责任保险统保工作。 【B】符合“C”，并职能部门定期（至少每半年1次）检查医疗风险的防范措施落实情况，有分析和反馈，对存在问题有改进措施，及时消除隐患。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，有信息化的医疗风险监控与预警系统，已经建立跨部门的协调机制。
2.4.3 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。	

评审标准	评审要点
2.4.3.1 贯彻落实《医院投诉管理办法》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。	【C】 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。 2. 设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开。 3. 对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。 4. 有配置完善录音录像设施的投诉接待场所，有法律专业人员提供相关法律支持。 5. 定期（至少每年1次）分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育。 【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查和反馈，对投诉相关信息进行总结分析，提出改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 建立健全医患沟通机制，医疗质量安全管理持续改进有成效。
2.4.4 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期（至少每半年1次）评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。	
2.4.4.1 实施药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度。	【C】 1. 有药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告管理制度，有报告流程并落实。 2. 医师、药师、护士及其他医务人员相互配合对患者用药/医疗器械情况进行监测。重点监测非预期（新发现）的、严重的药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件，并有原始记录。 3. 发生严重药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、医疗器械、物品的留样，并对事件进行及时地调查、分析，按照国家有关规定向卫生行政部门和药品监督管理部门报告，并可追溯。 4. 将患者发生的药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件如实记入病历中。 5. 有鼓励药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件报告的措施。 【B】符合“C”，并 职能部门有监管和反馈，对严重药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件错误报告有分析，有整改措施并落实。 【A】符合“B”，并 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件报告信息平台，与医疗安全（不良）事件统一管理。

评审标准	评审要点
2.4.5 有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度 and 流程并开展全员培训。	
2.4.5.1 实施医院内静脉血栓栓塞症防治管理。	【C】 1. 制定静脉血栓栓塞症（VTE）中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度 and 流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实。 2. 医院内成立静脉血栓栓塞症（VTE）防治管理工作小组，护理部有 VTE 防治护理小组。 3. 对住院患者进行 VTE 风险评估，有 VTE 风险评估的相应评估量表，其中发生 VTE 的高危科室（如骨科、ICU、普外科、肿瘤科等）必须规范开展 VTE 防治工作，并开展全员培训。 4. 对医院内发生的肺栓塞有具体的应急预案和处置流程。 5. 开展全员相关培训，员工知晓。 【B】符合“C”，并 1. 临床科室对 VTE 防治工作有自查，对存在的问题有整改措施。 2. 职能部门有监管，每季度对 VTE 监测指标进行汇总与分析，并及时反馈，有整改措施并落实。 【A】符合“B”，并 VTE 防治管理工作持续改进有成效。
2.4.6 关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	
2.4.6.1 有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	【C】 1. 有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险以外事件的应急措施和救护机制。 2. 定期（至少每年 1 次）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，对员工高风险以外事件的处置能力进行培训和考核。 【B】符合“C”，并 职能部门有督查、分析和反馈，有整改措施并落实。 【A】符合“B”，并 全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务，意外事件报告、处置流程员工均知晓，根据意外事件的总结分析，持续完善防范措施，保障患者安全。
2.4.7 关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范 and 流程。	
2.4.7.1 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 and 流程。	【C】 1. 根据法律法规 and 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。 2. 制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标。

评审标准	评审要点
	【B】 符合“C”，并 1. 临床科室将控制分娩疼痛和减少分娩损伤纳入质量管理活动，有改进措施和记录。 2. 职能部门履行监管职责，有督查、分析、反馈，有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 定期（至少每年1次）分析相关因素，控制分娩疼痛和减少分娩损伤工作得到持续改进。

五、诊疗质量保障与持续改进

评审标准	评审要点
2.5.1 门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。	
2.5.1.1★ 门、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。	【C】 1. 门、急诊布局符合《综合医院建筑设计规范》、《急诊科建设与管理指南（试行）》等规定。发热、肠道门诊布局符合《医疗机构门急诊医院感染管理规范》等相关规定。 2. 门急诊布局注重“以患者为中心”的宗旨，能满足临床管理工作。 3. 急诊科诊室入口通畅，有醒目的路标和标识，并设有救护车通道和专用停靠处。
	【B】 符合“C”，并 门、急诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。具有一定前瞻性，能够满足重点区域和高峰时段经过简易改造即可保障门、急诊诊疗的秩序和连贯性。
	【A】 符合“B”，并 结合门、急诊布局实际，有优化就医流程的信息支持系统持续改进门、急诊工作。
2.5.1.2 建立门、急诊管理制度和 workflows，有突发事件预警机制和处置预案，提高快速反应能力。	【C】 1. 有门、急诊管理制度和 workflows 并落实。 2. 有门、急诊突发应急事件预警机制和处置预案，包括建立组织、设备配置、人员技术培训、通讯与后勤保障等，并组织实施。 3. 工作人员能够及时识别预警信息并熟练掌握各种突发事件报告和处理流程，在启动处置预案后，相关部门能积极响应。
	【B】 符合“C”，并 职能部门有督查和反馈，根据应急事件分析评价，有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，快速反应能力得到提高。

评审标准	评审要点
2.5.2 加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。	
2.5.2.1★ 加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。	【C】 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。 2. 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。 3. 定期（至少每年1次）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。 【B】符合“C”，并 1. 门、急诊满足患者就诊需要，无因医院原因出现退号现象。 2. 医疗资源调配方案能满足就诊患者流量增加和突发事件处理需要，并有案例。 【A】符合“B”，并 根据门、急诊就诊情况分析评价动态调整医疗资源配备，持续改进门、急诊工作。
2.5.2.2★ 对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。	【C】 1. 门、急诊医务人员经过门、急诊专业训练，掌握门、急诊医学基本理论、基础知识和基本操作，具有危急重症抢救技能，具备独立抢救工作能力。 2. 熟悉门、急诊各种便民和缩短患者等候时间的措施，掌握急危重症患者优先处置相关制度与程序。 3. 有门、急诊医护人员培训考核机制。 【B】符合“C”，并 职能科室有督查和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2.5.3 实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。	
2.5.3.1 实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。	【C】 1. 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。 2. 通过预检，有效分诊疑似传染病、发热患者。 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。 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。 【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 有预检分诊信息网络支持系统，持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.5.4 把门、急诊工作	质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容。
2.5.4.1 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。	【C】 1. 有把门、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重要内容管理的相关制度与程序。 2. 医护人员熟知上述制度与程序。 【B】符合“C”，并 职能部门有督查和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，门、急诊工作质量得到持续提高。
2.5.5 有急危重症患者	“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期（至少每半年1次）进行评价和持续改进。
2.5.5.1 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 （至少每半年1次） 进行评价和持续改 进。	【C】 1. 建立针对急危重症患者的院内急诊、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，至少包括涉及病种、流程、财务和标识等内容。 2. 员工知晓绿色通道的实施范围及流程，并落实。 3. 有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制，定期（至少每半年1次）调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。 4. 急危重症患者实行“先抢救、后付费”。 【B】符合“C”，并 1. 临床科室有自查，能够发现问题并及时整改。 2. 职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）进行评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2.5.6 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。	
2.5.6.1 建立创伤、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 群服务流程与规范。	【C】 1. 建立创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种和高危孕产妇及新生儿等重点人群的服务规范和流程。 2. 重点病种和重点人群相关科室及医务人员熟悉本科室（检查科室数不少于医院同类科室设置的15%）急诊抢救流程和职责。 【B】符合“C”，并 职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）进行评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.5.7 优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。	
2.5.7.1 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。	【C】 1. 实施多种形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约等；专家门诊、专科门诊、普通门诊与出院复诊均开展预约诊疗服务；门诊实行分时段预约诊疗服务，出院复诊患者实行中长期预约。逐步提高患者预约就诊比例。 2. 以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。 3. 有出诊医师管理措施，医务人员按时出诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。 4. 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。 5. 优化门、急诊服务，有明确的服务流程、质量指标。 【B】符合“C”，并职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）进行分析、评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，患者预约就诊比例不断提高。
2.5.8 优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。	
2.5.8.1★ 患者就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。	【C】 1. 就诊环境清洁、舒适、安全，能够定期（至少每季度1次）检查，及时维护。 2. 有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性。如门诊工作区配备适宜座椅的等候休息区，有候诊排队提示系统，住院病房有安全的床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床等。 3. 有卫生、清洁、无味、防滑的卫生间，包括专供残疾人使用的卫生设施，有卫生洗浴设施，有防止跌倒的安全设施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑，并配备应急呼叫及防滑扶手装置。 【B】符合“C”，并职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）进行评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.5.8.2★ 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。	【C】 1. 有医院就诊指南、医院建筑平面图、清晰易懂的医院服务标识、说明患者权益与义务的图文介绍资料等。 2. 有专人为患者提供咨询服务，相关人员熟知服务流程，工作人员佩戴标识规范，便于患者识别。 3. 有各种便民措施与服务，如有残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车等设备；为老年人、有困难的患者提供导医和帮助；提供饮水、电话、健康教育宣传等服务或设施；有适宜的供患者停放车辆的区域。 【B】符合“C”，并职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）进行评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.5.8.3★ 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。	【C】 1. 有清晰、规范、醒目、易懂的标识，尤其是与急救相关的科室与路径，并根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。 2. 有预防意外事件的警示标识与措施。 【B】符合“C”，并职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）进行评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.5.9 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。	
2.5.9.1 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。	【C】 1. 有入院、出院、转科、转院管理制度与流程，并落实，能提供24小时服务。 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。 3. 有急诊患者合理、便捷的入院制度与流程。 4. 能为特殊患者（如新生儿、残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等）提供多种服务及便民措施。 5. 入院、出院结算服务简单便捷，医院可结合实际采用人工柜台、病区护士站、自助机或移动结算车等途径完成出院费用结算。 6. 有转科、转院区、转院交接流程管理，实施患者评估，履行知情同意。 7. 有病情和病历等资料交接，过程有记录，可追溯。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并职能部门有督查，定期（至少每半年1次）进行流程检查评估，及时反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，确保流程通畅和连贯，保障患者获得连续性医疗服务。
2.5.10 加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。	
2.5.10.1 加强出院患者健康教育，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。	【C】 1. 有出院患者健康教育制度，加强出院患者健康教育，普及相关健康知识。 2. 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，并在出院记录中体现。 3. 有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。 【B】符合“C”，并 1. 患者或近亲属能知晓和理解出院后医疗、护理和康复措施。 2. 开展多种形式的随访，不断提高随访率。 3. 职能部门对上述工作进行督查、总结、反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进健康教育和随访预约管理有成效。
2.5.11 建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。	
2.5.11.1 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。	【C】 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，对医务人员进行相关培训与教育，员工知晓并落实。 2. 诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。 3. 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，临床检查、诊断、治疗、使用药物和植（介）入类医疗器械的行为规范。 4. 有对疑难危重患者、恶性肿瘤患者实施必要的多学科评估和综合诊疗的相关制度与程序，并落实。 【B】符合“C”，并 1. 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。 2. 职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）进行评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，医务人员诊疗行为规范，诊疗能力不断提升。

评审标准	评审要点
2.5.12 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。	
2.5.12.1 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。	【C】 1. 对住院患者实施营养评估，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等。 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。 3. 采取多种形式开展营养与健康宣传教育，定期（至少每季度1次）听取并征求患者及家属的意见。 【B】符合“C”，并 职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）进行评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，患者对临床营养指导工作满意度不断提升。
2.5.12.2 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。	【C】 1. 营养医师定期（每月1次）查房，参与临床病例讨论，对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊。 2. 按需提供营养支持方案，按照《病历书写基本规范》的要求记入病历。 【B】符合“C”，并 1. 营养科室定期（每季度1次）开展自查，对存在问题进行整改。 2. 职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，申请科室对临床营养会诊工作满意度不断提升。
2.5.13 实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。	
2.5.13.1 有手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。	【C】 1. 建立手术患者评估制度，患者评估内容至少包括疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。 2. 在术前完成病史、体格检查、影像与实验室资料等综合评估的基础上，根据手术分级和患者病情，确定参加讨论人员，讨论内容包括患者术前病情评估的重点范围；手术风险评估；术前准备；临床诊断、拟施行的手术方式、手术风险与利弊；明确是否需要分次完成手术等。 3. 根据手术患者评估结果，制订明确的合理手术治疗方案。手术治疗方案记录于病历中，包括术前诊断、拟施行的手术名称、术前的各项准备措施、可能出现的问题与对策等。 【B】符合“C”，并 职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 术前患者评估质量持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.5.13.2 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。	【C】 1. 有重大手术（包括急诊情况下）报告审批管理的制度与流程。 2. 明确重大手术的范围，有需要报告审批的手术目录。 3. 有急诊手术管理的相关制度与流程，有量化的急诊手术质控指标。 4. 落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制。 5. 进行教育与培训，员工知晓上述制度与流程。 【B】符合“C”，并职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，审批资料完整，无违规案例。
2.5.14 手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。	
2.5.14.1 手术的全过程情况，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。	【C】 1. 手术主刀医师在术后 24 小时内完成手术记录（特殊情况下，由一助书写，主刀医师审核签名），记录手术的全过程情况。 2. 参加手术医师在术后即时完成术后首次病程记录，扼要写明术后治疗计划、注意事项，手术后需要及时治疗、观察与护理等情况，并落实。 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。 4. 对手术的离体组织必须做病理学检查有明确的规定与流程，以明确术后诊断，手术室有具体措施保障规定与流程的执行。 【B】符合“C”，并职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.5.15 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。	
2.5.15.1 开展日间手术，完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。向社会公开日间手术病种和技术目录，重视日间手术患者宣教和随访。	【C】 1. 有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。 2. 制定本院日间手术病种和技术目录，并向社会公开。 3. 制定日间手术操作规范，明确日间手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。 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。 5. 制定相应的日间手术质控指标，定期（每季度 1 次）评估日间手术病种和技术的风险。 【B】符合“C”，并 1. 科室对日间手术有定期（每季度 1 次）自查和评价，能发现问题，有整改措施并落实。 2. 职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.5.16 手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。	
2.5.16.1★ 手术麻醉人员配置合理。	【C】 1. 人员配置合理，符合相关规定，并满足临床需要。 2. 有明确的岗位职责，相关人员知晓本岗位的履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 麻醉科主任具有副高级及以上专业技术职务任职资格。 2. 护士长应当具有中级及以上专业技术职务任职资格。 【A】符合“B”，并 1. 麻醉医师人数与手术台比例应不低于 2:1。 2. 手术室护理人员人数与手术台比例应不低于 2.5:1。 3. 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。
2.5.16.2 实行患者麻醉前病情评估制度。	【C】 1. 有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。内容包括：明确患者麻醉前病情评估的重点范围；手术风险评估；术前麻醉准备；对临床诊断、拟施行的手术、麻醉方式与麻醉的风险、利弊进行综合评估。 2. 对高风险择期手术、新开展手术或麻醉方法，进行麻醉前讨论。 3. 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。 【B】符合“C”，并 职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，评估与讨论的病历记录完整性 100%。
2.5.16.3 麻醉后复苏室合理配置，防范麻醉并发症的管理措施到位。	【C】 1. 麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1:3。 2. 复苏室人员配置满足临床需求，至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师。 3. 复苏室设备设施配置满足临床需求，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。 4. 规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，有麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测，防范麻醉并发症的措施到位。 【B】符合“C”，并 1. 科室定期（每季度 1 次）开展自查，能发现问题，有整改措施并落实。 2. 职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.5.16.4★ 制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。	【C】 1. 有术后镇痛治疗管理规范 and 流程，并严格执行。 2. 对参与疼痛治疗的相关医护人员进行定期（至少每年 1 次）培训与考核。 3. 麻醉医师掌握操作规范与流程，并能在镇痛治疗中认真执行，镇痛治疗效果正确评价，有记录。 4. 相关器材与药品使用合理。 【B】符合“C”，并 1. 科室定期（每季度 1 次）开展自查，能发现问题，有整改措施并落实。 2. 职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.5.17 根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。	
2.5.17.1 根据相关法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，人员应符合国家有关规定。	【C】 1. 设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，建筑规范，医疗设备设施、人员符合相关法律法规要求。 2. 发热门诊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，避免患者间的交叉感染风险。 3. 有感染性、发热、肠道疾病患者就诊流程，并公示。 【B】符合“C”，并感染性、发热、肠道疾病科建筑规范、布局合理，设备设施完全符合相关规范，完全满足实际需求。 【A】符合“B”，并感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊人员配置、梯队结构合理，满足工作需要，科主任具备副主任医师及以上任职资格，护士长具备主管护师及以上任职资格。
2.5.17.2 对感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊工作人员进行岗前培训。	【C】 1. 有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，规章制度与流程、岗位职责，并执行。 2. 对感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊工作人员有专科岗前及在岗培训计划。 3. 落实培训计划，考核合格后方可上岗，对不合格人员实行离岗再培训。 4. 针对新颁布或修订的规章、规范及新发传染病，能及时组织相关工作人员进行培训。 5. 工作人员严格按照传染病防治有关规定和诊疗规范接诊和治疗传染病患者。 【B】符合“C”，并职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，培训工作落实到位。

评审标准	评审要点
2.5.18 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为学生提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。	
2.5.18.1★ 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为学生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。	【C】 1. 精神科取得执业许可登记，执业医师具备相应执业资格，服务项目收费经过物价部门批准。 2. 服务范围明确，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。 3. 根据患者病情评估结果，实施规范的患者安全保护措施，有住院患者使用物理约束、使用隔离的流程，针对医疗保护措施可能导致的并发症有预防措施。 4. 有向近亲属或授权委托人就实施医疗保护措施可能导致意外情况履行书面知情同意和教育。 【B】符合“C”，并 1. 科室定期（每季度1次）开展自查，能发现问题，有整改措施并落实。 2. 职能部门有督查、分析和反馈，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 无超范围执业，无违规情况，持续改进有成效。
2.5.19 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。	
2.5.19.1★ 为精神残障者其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务。	【C】 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治疗。 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。 3. 在评估患者及家属认知能力的基础上，运用有效的沟通方式，为精神残障者提供出院康复指导与随访，使患者和家属掌握出院后康复治疗与护理事项，有记录，可追溯。 【B】符合“C”，并 1. 科室定期（每季度1次）开展自查，运用随访中患者及家属、授权委托人反馈的信息分析，采取有效措施不断提高服务质量。 2. 职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）对多学科联合诊疗疗效进行评价，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.5.20 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。	
2.5.20.1 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。	【C】 1. 明确规定日间化疗服务适用范围。 2. 建立日间化疗的操作流程及质量控制指标。 3. 建立集中配置化疗药物安全管理制度，有适宜的空间、设施，集中配置化疗药物。 4. 有保障用药安全的措施，输液区域配备抢救设备与急救药物。 5. 对输液患者实施观察，并有记录。 【B】符合“C”，并 1. 科室开展自查，能发现问题，有整改措施并落实。 2. 职能部门有督查和反馈，定期（至少每半年1次）监测、分析操作流程和质量控制指标，有改进措施并落实。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。

六、护理质量保障与持续改进

评审标准	评审要点
2.6.1 建立扁平高效的护理管理体系，建立护理质量与安全管理委员会，依据法律、法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，实施护理质量管理工作。	
2.6.1.1 建立简捷高效的护理管理体系。在护理管理委员会的指导下，实行三级或二级管理层级，明确各级护理管理岗位任职条件。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。	【C】 1. 有院长或副院长领导下的三级（院-科-病区）或两级（院-病区）护理扁平高效的管理体系，并定期专题研究护理管理工作。 2. 有护理工作中长期规划、年度计划，且与医院总体规划和护理发展方向一致，有措施保障和总结，并得到落实。 3. 二级甲等及以上医院配备有护理工作经验的分管领导。 【B】符合“C”，并 1. 科室对护理工作年度计划和护理工作管理目标的落实情况有自查。 2. 主管部门对护理工作中长期规划、护理工作管理目标和护理工作年度计划的落实情况有检查与监管。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，护理管理体系健全，护理工作中长期规划与年度计划得到有效落实。

评审标准	评审要点
2.6.1.2 建立护理管理委员会。 并制定委员会职责和 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。	【C】 1. 有护理管理委员会,委员会包含与护理工作密切相关的部门,有委员会工作职责和制度。每年不少于2次研究护理质量与安全及相关问题,提出改进策略并落实。 2. 有护理质量与安全管理工作计划及护理质量监测指标。 3. 科或病区有护理质量与安全管理小组,负责落实护理质量与安全管理工作。 【B】符合“C”,并 1. 科或病区护理质量与安全管理小组,每月对护理质量与安全管理有自查、分析、整改。 2. 主管部门对科或病区护理质量与安全管理工作有检查与监管。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,医院护理质量与安全管理规范
2.6.1.3 依据法律、法规、行业 指南、标准,制定护理 制度、护理常规和操作 规程,并得到落实。	【C】 1. 依据法律、法规、行业指南、标准,制定护理制度、护理常规和操作规程,并及时修订。 2. 对护理制度、护理常规、操作规范有培训和考核。 3. 落实护理制度、护理常规及操作规范。 【B】符合“C”,并 1. 科室对护理制度、护理常规、操作规范的落实情况有自查、分析、整改。 2. 主管部门对护理制度的落实情况有检查与监管。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,各项护理制度、护理常规、操作规范落实到位。
2.6.2 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应,有护理单元护理人员的配置原则,以临床护理工作量为基础,根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。	
2.6.2.1 合理配置护理人力资 源,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 等级比例、床位使用情 况对护理人力资源实 行弹性调配。	【C】 1. 按照医院的规模、功能、任务合理配置护理人员。 2. 有护理单元护理人员的配置原则。护理人力资源配备达到国家相关规定。 3. 护理人员分管患者护理级别符合护理人员能级水平。 4. 普通病房日间每位护士平均负责患者数≤ 8人,根据床位数和工作量合理配置夜班护士人数。 【B】符合“C”,并 主管部门对科室护理人员配置的落实情况有检查、分析、反馈。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,护理人员配置符合要求。

评审标准	评审要点
2.6.2.2 护理管理部门有紧急护理人力资源调配的方案, 并能够执行。	【C】 1. 有紧急护理人力资源储备、调配应急预案, 并能够执行。 2. 对护理储备人员有培训和考核, 可供紧急状态或特殊情况下调配使用。 3. 相关护理管理人员知晓紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程。 【B】符合“C”, 并 主管部门对人力资源调配方案实施演练, 并有检查与监管。 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 保证紧急状态下护理人员调配到位。
2.6.3 护理人员依法执业, 实行分层级管理, 有护理人员管理规定、实现岗位管理制度, 明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。由护理人员在职继续医学教育计划, 保障措施到位, 并有实施记录。	
2.6.3.1 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, 落实已发执业	【C】 有护理人员执业资质、特殊护理岗位资质要求、并有审核规定与程序。 【B】符合“C”, 并 主管部门对护理人员资质有审核、监督、检查, 并对存在的问题与缺陷有追踪和分析。 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 护理人员均符合执业与特殊岗位资质要求。
2.6.3.2 对护理人员实行岗位管理制度, 明确岗位设置、岗位责任、岗位技术能力和工作标准。	【C】 1. 医院有护理岗位管理制度, 明确医院护理岗位设置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准。 2. 有各类别护理人员岗位培训, 护理人员能落实相关岗位职责和工作要求。 【B】符合“C”, 并 主管部门对岗位职责、技术能力和工作标准、有检查与监管。 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效, 护理人员岗位管理制度得到落实。
2.6.3.3 医院实施护理人员分层管理, 各层级护士执业晋升路径及标准清晰。	【C】 1. 制定护理人员管理规定, 根据临床能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理。 2. 明确护士层级能力要求和培养方案, 并有统一的护理人员分级管理档案。 3. 有明确的各层级晋级标准。 【B】主管部门对护理人员分层管理落实情况进行检查和监管。 【A】护理分层管理方案不断持续改进有成效, 护士执业晋升路径清晰。

评审标准	评审要点
2.6.3.4 根据医院业务发展、岗位需求和护士执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。	【C】 1. 有护理人员在职继续教育培训与考评制度,保障措施到位。 2. 有护理人员在职继续教育计划,并得到落实。 3. 培训内容结合临床需求,体现不同岗位、不同专业、不同层次护理人员的特点。 4. 按照《新入职护士培训大纲(试行)》要求,开展新入职护理人员规范化培训。 5. 落实《专科护理领域护士培训大纲》的要求,有计划培养专科护理人才。 【B】主管部门对科室的在职继续教育及培训落实情况进行检查和监管。 【A】持续改进有成效,在职继续医学教育体现专科特点。
2.6.4 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度,考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合,调动护理人员积极性。	
2.6.4.1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核方案,绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩。	【C】 1. 有基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核方案,绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩,并得到落实。 2. 制定绩效考核方案应征求护理人员意见,护理人员知晓绩效考核方案。 【B】符合“C”,并 主管部门对绩效考核方案的落实情况有检查与监管。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,实现优劳优得,多劳多得,调动护理人员积极性。
2.6.5 依据《护士条例》等相关法律法规和规定,规范护理工作,落实优质护理服务。实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。	
2.6.5.1 优质护理服务落实到位。	【C】 1. 有优质护理服务规划、目标、工作计划和实施方案,并得到落实。 2. 有推进开展优质护理服务的保障制度、措施及激励机制,并与多部门有联动机制。 3. 根据各专业特点,有细化、量化的优质护理服务目标和措施,并得到落实。 4. 后勤部门和辅助科室全面保障临床一线护理工作,实行物品下收下送、药品单剂量摆放并下送等服务,医院信息系统能够为临床服务提供支持。 【B】符合“C”,并 主管部门对优质护理的落实情况有检查与监管。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,优质护理服务措施落实到位。

评审标准	评审要点
2.6.5.2 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。	【C】 1. 实施责任制整体护理工作模式。 2. 根据患者生理、心理、社会等因素，全面评估患者病情与需求，实施个性化、专业化、连续性的护理措施，为患者提供心理与健康指导服务和出院指导。 【B】符合“C”，并 1. 科室对实施责任制整体护理的情况进行定期自查、分析、整改。 2. 主管部门对科室实施责任制整体护理的落实情况有检查，分析、反馈。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，责任制整体护理落实到位，患者对护理工作满意度不断提升。
2.6.6 根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级（WS/T 431-2013）》的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。	
2.6.6.1 制定分级护理制度，实施护理措施。	【C】 1. 制定符合医院与专科实际的护理分级制度。 2. 合理动态调整护理级别，应明确标识。 3. 对护理分级相关制度有培训与考核，并得到落实。 【B】符合“C”，并 1. 科室对护理分级制度的落实情况进行定期自查，并对存在的问题有改进措施。 2. 主管部门对科室护理分级制度的落实情况有检查与监管。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，根据患者病情与自理能力确定护理级别，并落实到位。
2.6.6.2 护士具有危重患者护理的相关理论知识与操作技能。	【C】 1. 护士具有危重患者护理的理论知识与操作技能，如生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。 2. 对护士进行危重患者护理的理论和操作技能培训，并考核合格。 【B】符合“C”，并主管部门对培训工作有检查与监管。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，护士掌握危重患者护理的理论和操作技能。

评审标准	评审要点
2.6.6.3 有危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范措施，并落实到位。	【C】 1. 有危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范措施。 2. 护士知晓并落实上述内容。 【B】符合“C”，并 1. 科室有自查，并对存在问题有改进措施。 2. 主管部门对落实情况进行定期检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，危重患者护理质量不断提升。
2.6.7 护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。	
2.6.7.1 遵照医嘱提供规范的治疗、用药等护理服务，及时观察、了解患者治疗及用药反应。	【C】 1. 有医嘱核对与处理流程，为患者提供符合规范的治疗、用药等护理服务。 2. 及时观察、了解患者用药和治疗反应，并及时与医生沟通、处理。 【B】符合“C”，并 主管部门对落实情况有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，医嘱执行规范，用药和治疗不良反应处置规范。
2.6.7.2 按照《病历书写基本规范》书写护理文件，并进行质量评价。	【C】 1. 有护理文件书写标准及质量考核标准。 2. 护理人员落实《病历书写基本规范》。 【B】符合“C”，并 主管部门对运行的护理文件书写质量有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续质量改进有成效，护理文件书写规范。
2.6.7.3 开展进行护理查房、护理病例讨论，对疑难护理问题组织护理会诊。	【C】 1. 护理查房至少每月一次。 2. 有护理病例讨论和对疑难护理病例组织护理会诊的工作制度，并得到落实。 3. 参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 【B】符合“C”，并 主管部门对护理查房、护理会诊、护理病例讨论的落实情况有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，护理查房有实效，解决疑难护理问题的能力和水平不断提高。

评审标准	评审要点
2.6.8 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和流程，有培训与演练。	
2.6.8.1 执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理规范。	【C】 1. 有临床护理技术操作常见并发症预防与处理规范。 2. 有针对临床护理技术操作常见并发症预防及处理规范的培训计划，并得到落实。 3. 护理人员熟练掌握本专业常见技术操作，并熟悉并发症预防措施及处理流程。 【B】符合“C”，并 1. 科室对护理人员培训计划的落实和掌握技术操作的熟练程度有自查，并对存在的问题有改进措施。 2. 主管部门有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，护理人员临床护理技术操作规范，常见并发症得到有效控制。
2.6.8.2 有重点环节应急管理制度，有紧急意外情况的护理应急预案及演练。	【C】 1. 患者突发昏迷、心跳骤停、执业暴露、用药、输血、治疗、标本采集、深静脉置管、围术期管理、等重点环节有紧急意外情况应急处置预案。 2. 相关岗位护理人员知晓紧急意外情况的处置预案。 3. 对护理应急预案有培训及演练。 【B】符合“C”，并 1. 科室对上述工作有自查。 2. 主管部门有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，护理人员对紧急意外情况的处置规范。
2.6.8.3 保障仪器、设备和抢救物品的有效使用。	【C】 1. 有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。 2. 有仪器、设备操作规程培训。 3. 护理人员能熟练使用输液泵、注射泵、监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等设备。 【B】符合“C”，并 1. 科室对护理人员常用仪器和抢救设备操作能力有自查，并对存在的问题有改进措施。 2. 主管部门对护理人员培训和设备操作能力有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，护理人员能规范使用仪器、设备。

评审标准	评审要点
2.6.9 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，完善手术部（室）、消毒供应中心（室）和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	
2.6.9.1 手术室建筑布局合理，分区明确，标识清楚，符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则。	【C】 1. 手术室布局合理，分区明确，标识清楚，洁污区域分开。 2. 各工作区域功能与实际工作内容符合。 3. 护理人员知晓各工作区域功能及要求，并得到有效执行。
	【B】 符合“C”，并 主管部门对手术室内工作人员布局分区的依从性有检查与监管。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，手术室布局分区合理。
2.6.9.2 建立手术室各项规章制度、岗位职责及操作常规，有考核及记录，工作人员配备合理。	【C】 1. 有手术室管理制度、工作制度、岗位职责和操作常规。 2. 根据手术量及工作需要配备护理人员、辅助工作人员和设备技术人员，并有明确的资质及岗位技术能力要求。 3. 有手术室各级各类人员的相关培训与考核。
	【B】 符合“C”，并 主管部门有检查与监管。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，护理工作制度与职责得到有效落实。
2.6.9.3 有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等安全制度，并严格执行。	【C】 1. 有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等安全制度与流程，并得到严格执行。 2. 有手术患者标本规范保存、登记、送检等流程，并有实施记录。 3. 遵医嘱为手术患者正确实施术前与术中预防性抗菌药等用药和治疗服务，并有医护相互监督制度和措施。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室对安全管理制度的落实情况有自查、分析、整改。 2. 主管部门对安全制度执行有检查与监管。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，各项安全管理制度得到有效落实。

评审标准	评审要点
2.6.9.4 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。	【C】 1. 有手术室管理制度及质量控制标准和相关培训，并得到落实。 2. 按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》，对空气质量、环境等相关内容进行监测，并有记录。 3. 有医疗设备、手术器械及物品的清洁、消毒、灭菌及存放规定。 4. 手术室自行消毒的手术器械及物品有标识及有效日期，使用者知其含义。 5. 手术室工作区域、连台手术之间按规范清洁、消毒。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室对管理及感染控制制度的落实情况有自查、分析、整改。 2. 主管部门对管理及感染控制制度的落实情况有检查与监管。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，手术室各项管理制度落实到位。
2.6.9.5 消毒供应中心(室)建筑布局合理，设施、设备完善，符合相关规范要求，工作区域划分符合消毒隔离要求。	【C】 1. 消毒供应中心(室)相对独立，周围环境清洁、无污染源；内部环境整洁，通风、采光良好，分区明确；整体布局合理，洁污区分清晰，不交叉，不逆流。 2. 根据医院消毒供应的规模、任务、工作量及工作岗位，合理配置清洗消毒设备及配套设施，并配备个人防护用品。 3. 工作人员知晓消毒供应中心(室)的分区与履职要求。
	【B】 符合“C”，并 主管部门对环境管理、员工依从性有检查、分析、反馈。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，消毒供应中心(室)分区合理，员工均能遵守工作区域要求。
2.6.9.6 实施集中管理，合理配备工作人员，符合《医院消毒供应中心管理规范》的要求。	【C】 1. 根据医院规模和工作量合理配备人员，由专职护士长负责。 2. 采取集中管理的方式，对所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心(室)回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应。 3. 相关部门保障物资、水电气供应，设备运行正常；相关设备出现故障时，能够及时处理。
	【B】 符合“C”，并 主管部门对消毒供应管理的落实情况有检查、分析、反馈。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，消毒供应管理规范，所有物品均采取集中管理。

评审标准	评审要点
2.6.9.7 规章制度、工作职责、工作流程健全，建立与相关科室的联系制度，根据需要及时改进工作。	【C】 1. 科室有规章制度、工作流程及应急预案，工作流程符合规范要求。 2. 有与临床科室联系的相关制度。 【B】符合“C”，并 1. 科室对制度建设和岗位职责有自查，对存在问题有改进措施。 2. 主管部门对科室制度的落实和管理情况有检查、分析、反馈。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，制度落实到位，临床科室对消毒供应中心（室）的工作满意度不断提升。
2.6.9.8 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。	【C】 1. 有消毒供应中心（室）管理制度与质量控制标准。 2. 有清洗、消毒、灭菌效果监测制度，符合监测标准要求，并有监测记录，质量控制过程的记录符合追溯要求。 3. 专人负责质量监测工作。 【B】符合“C”，并 1. 消毒供应中心（室）有日常和定期（每年）监测自查。 2. 主管部门对科室监测工作的落实情况有检查、分析、反馈。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，清洗、消毒、灭菌符合行业标准要求，无灭菌失败事件发生。
2.6.9.9 建立工作人员的在职继续教育制度，根据专业进展，开展培训，更新知识。	【C】 有岗位培训计划，体现消毒供应工作的特点。 【B】符合“C”，并 1. 对岗位培训有考核及效果评价。 2. 主管部门对在职继续教育制度的落实情况有检查、分析、反馈。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，培训计划落实到位。
2.6.9.10 按照《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，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。	【C】 1. 有新生儿病室管理制度与护理质量控制标准。 2. 建筑布局符合医院感染预防与控制要求，做到洁污区域分开，功能流程合理。 3. 床位数满足患儿医疗救治的需要，并符合相关规范。 4. 设备、设施配备符合相关要求，按规范定期检查保养，保持性能良好，并有记录。 5. 相关人员知晓流程并能够正确操作。 【B】符合“C”，并 1. 科室有自查，并对存在问题有改进措施。 2. 主管部门有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，新生儿病室建设与管理满足诊疗需要。

评审标准	评审要点
2.6.9.11 医护人员配备符合要求，人员梯队结构合理。	【C】 1. 医师人数与床位数之比应不低于 0.3:1。 2. 由具有 3 年以上新生儿专业工作经验并具备儿科副高以上专业技术职务任职资格的医师担任医疗责任人。 3. 护士人数与床位数之比应不低于 0.6:1。 4. 由具备主管护师以上专业技术职务任职资格且有 2 年以上新生儿护理工作经验的护士担任护理负责人。 【B】符合“C”，并 主管部门有检查、分析、反馈。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，人员配备满足临床需要。
2.6.9.12 新生儿病室有护理管理制度、规范、岗位职责、工作流程、护理常规，有突发事件的应急预案或流程。	【C】 1. 有新生儿病室工作制度、岗位职责、护理常规及专业技术规范，护理人员能落实到位。 2. 有突发事件的应急预案，突出专科性，并对应急预案有培训。 3. 护理人员知晓上述相关要求。 【B】符合“C”，并 1. 科室对护理人员执行制度、规范、职责等落实情况有自查、分析、整改。 2. 主管部门对新生儿护理管理工作有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，制度规范落实到位，新生儿的护理质量不断提高。
2.6.9.13 新生儿病室护理人力资源合理配备，实施责任制整体护理。	【C】 1. 新生儿病室实施责任制整体护理。1 名护理人员负责 ≤6 名普通患儿或 ≤3 名重症患儿。 2. 护理人员按工作年限或职称分层培训，并考核合格。 【B】符合“C”，并 主管部门对新生儿病室护理人力资源合理配备、责任制整体护理的实施情况有检查、分析、反馈。 【A】符合“B”，并 持续质量改进有成效，责任制整体护理落实到位。
2.6.9.14 有新生儿护理专项质量管理标准、安全管理制度，并落实到位。	【C】 1. 有新生儿护理专项质量管理标准、重症新生儿护理规范，并有培训和落实。 2. 有新生儿安全管理制度，并有培训和落实。 【B】符合“C”，并 1. 科室对新生儿护理专项质量管理的落实情况有自查，并对存在的问题有改进措施。 2. 主管部门对科室新生儿护理专项质量管理的落实情况有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，护理专项质量达到管理标准，新生儿的护理质量不断提高。

评审标准	评审要点
2.6.9.15 加强新生儿病室消毒隔离管理,防范院内感染;新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴消毒规范;传染病患儿有隔离护理措施。	【C】 1. 有新生儿病室消毒隔离制度,并得到落实。 2. 有新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴清洁消毒规范,并得到落实。 3. 有高危新生儿、疑似传染病、传染病患儿消毒隔离制度,并得到落实。 4. 对高危新生儿和疑似传染病的新生儿采取隔离措施,并标识清晰。 【B】符合“C”,并 1. 科室对新生儿病室消毒隔离管理的落实情况有自查、分析、整改。 2. 主管部门对新生儿病室有检查与监管。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,新生儿病室消毒隔离和防范措施到位。

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进

评审标准	评审要点
2.7.1 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求;建立与完善医院药事管理组织,完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。	
2.7.1.1 建立与完善医院药事管理组织。	【C】 1. 按照《医疗机构药事管理规定》的相关要求,设立药事管理与药物治疗学委员会及若干相关的药事管理小组,职责明确,有相应工作制度和工作计划,日常工作由药学部门负责。 2. 根据本机构功能、任务、规模设置相应的药学部门。 3. 药学部门负责药品管理、药学专业技术服务和培训、药事管理以及临床药学工作。 4. 医务部门指定专人,负责与医疗机构药物治疗相关的行政事务管理工作。 【B】符合“C”,并 1. 药事管理与药物治疗学委员会人员组成符合规范,每季度召开专题会议,研究落实药事管理工作,每年不少于4次,有完整的相关资料。 2. 医务部门与药学部门职责明确,有协调机制。 【A】符合“B”,并 有药事管理工作计划和年度工作总结,能够体现药事管理的持续改进。
2.7.1.2 医院药事管理工作符合国家相关法律、法规及规章制度的要求。	【C】 1. 医院根据国家药事管理法律法规,建立相应的药事管理制度。 2. 医院根据《关于加强医院药事管理促进合理用药的意见》要求,制定相应的工作制度、操作规程,并组织实施。 3. 有药品遴选制度和采购供应制度,遵循“一品两规”要求。落实国家药品采购新政策。制定本医院“药品处方集”和“基本用药供应目录”。 4. 有抗菌药物、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、中药注射剂等药物临床使用管理办法。

评审标准	评审要点
2.7.1.3 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。	【B】符合“C”，并 1. 有药事法律法规及相关制度的宣传、教育、培训。 2. 医务人员熟悉药事管理法律法规及相关制度。 3. 有保证上述制度落实的相关措施。 4. 有合理用药的目标，有临床用药具体评价方法，有改进措施和干预办法。
	【A】符合“B”，并 1. 优先使用国家基本药物符合相关规定。 2. 抗菌药物和重点监控药品等临床合理用药绩效考核指标符合相关规定。
	【C】 1. 药学专业技术人员满足工作需要，按有关规定取得相应药学专业技术职务任职资格。 2. 各级药学专业技术人员职责明确。 3. 有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定。 4. 各级药学人员熟悉并履行本岗位职责。 5. 医院实施总药师制。
	【B】符合“C”，并 1. 人才梯队合理，具有高等医药院校临床药学专业或者药学专业全日制本科毕业以上学历的，应当不低于药学专业技术人员的 30%。 2. 临床药师具有高等学校临床药学专业或药学专业本科以上学历，经规范化培训，不少于 5 名，有药学人专业才引进规划，逐步达到每百张床配备 1 名临床药师。 3. 药学专业技术人员参加毕业后规范化培训或继续医学教育，符合相关规定，作为考核、晋升、聘任的条件之一。 4. 药学部门负责人应是学科带头人，具有高等学校药学专业或者临床药学专业本科以上学历，及本专业高级技术职务任职资格。 5. 总药师定位、任职资格、任职目标、岗位职责明确。
	【A】符合“B”，并 1. 药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的 8%。 2. 落实人才梯队建设。具有副高级以上药学专业技术职务任职资格的，应当不低于 13%，教学医院应当不低于 15%。 3. 能承担相关的临床药学教育和药物临床应用研究任务。 4. 总药师全面负责医院药事管理工作，指导和考核临床科室完成医院合理用药管理目标。

评审标准	评审要点
2.7.1.4 完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。	【C】 1. 对药学部门有明确的全方位的药事管理与药学服务各项规章制度和质量与安全控制指标。 2. 科室每月开展评价活动。 3. 相关人员知晓本科/室/组的药事管理与药学服务各项规章制度和质量与安全控制指标要求。 【B】符合“C”，并 科室每季度对落实药事管理与药学服务各项规章制度和质量及安全控制指标进行分析、评价，结合医院药物安全性监测的结果，提出整改措施。 【A】符合“B”，并 1. 主动征求临床科室对药学工作的意见和建议，开展外部评价，提高药事管理水平与药学服务能力。 2. 临床科室和患者满意度高。 3. 实施科内全员绩效考核，充分调动药学人员的积极性。
2.7.2 加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。	
2.7.2.1 加强药品管理，规范药品遴选、采购。	【C】 1. 有药品采购供应管理制度与流程，有固定的供药渠道，由药学部门统一采购供应。 2. 列入本医疗机构《药品处方集》和《基本用药目录》中的药品有适宜的储备，每年增减调整药品率$\leq 5\%$。 3. 医院配制、销售、使用的制剂经过批准。 4. 《基本用药供应目录》品规数：500~800 床的医院，西药品规数≤ 1000 个，中成药品规数≤ 200 个；800 床以上的医院：西药品规数≤ 1200 个，中成药品规数≤ 300 个（医院自制制剂除外）。 5. 针对国家和地区药品采购新政策有落实方案。遵循“一品两规”要求。 【B】符合“C”，并 1. 3~6 个月检查总结药品采购供应制度的执行情况，每年至少两次，无违规采购。 2. 每月评估药品储备情况，85%以上药品库存周转率少于 10~15 日，有分析报告和提出改进措施。 3. 针对国家和地区药品采购新政策的落实情况有检测和评估。 【A】符合“B”，并 药品采购规范，品规、数量储备适宜，无违规采购。能满足临床需要。

评审标准	评审要点
2.7.2.2 加强药品管理,规范药品储存。	【C】 1. 有药品贮存、转运相关制度,每月对库存药品进行养护和质量检查,确保药品的质量。 2. 药品贮存基本设施与设备符合规定:根据药物性质和贮存量配置有温、湿度控制系统,有冷藏、避光、通风、防火、防虫、防鼠、防盗设施和措施。设施、设备质量均符合规定,运行正常。 3. 根据药品的性质、特点分别设置冷藏库、阴凉库、常温库。化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分别贮存,分类定位存放。中药饮片、“毒、麻、精”药品、易燃易爆、强腐蚀性等危险性药品等按有关规定分别设库,单独贮存。药库与药品存放区域远离污染区,温湿度和照明亮度符合有关规定。药品库按规定设置有验收、退药、发药等功能区域。 4. 有药品效期管理相关制度与处理流程。效期药品先进先用、近期先用,对过期、不适用药品及时妥善处理,有控制措施和记录。 5. 有高警示危药品目录,各环节贮存的高警示高危药品设置有统一警示标志。 6. 防腐剂、外用药、消毒剂等药品与内服药、注射剂分区储存。 7. 药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置,并作明确标示。 8. 实行药品采购、贮存、供应计算机管理,药品库存量及进出量、调剂室库存量及使用量每月盘点、账物相符。 9. 药库管理由药学专业人员负责,科室或病区备用药品应指定专人管理。 【B】符合“C”,并 药库面积和储存条件符合相关规定,保障药品质量。 【A】符合“B”,并 药品管理资料完整、详实,有可追溯措施,如实行条形码管理。
2.7.2.3 加强药品管理,规范药品调剂。	【C】 1. 按《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》等有关规定制定药品调剂制度和操作规程。 2. 药品调剂时,药师要依据《医疗机构处方审核规范》认真审核处方或用药医嘱后调剂配发药品。 3. 药品使用遵循先拆先用,先到先用的原则。 4. 调剂作业有足够的空间与照明,门急诊药房实行大窗口式或者柜台式发药;住院调剂室口服摆药区域环境清洁整齐、卫生符合要求。 5. 有病房(区)不需要使用的药品,制定办理退药的相关规定,对退药进行有效管理,确保质量并有记录。 6. 急诊有24小时的药学调剂服务。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 有措施避免药品分装，如需药品分装，应有操作规程、适当的容器，外包装有药品名称、剂量及原包装的批号、效期和分装日期。 2. 对病房（区）口服制剂药品实行单剂量配发，注射剂按日剂量发药。 3. 对肠外营养液、危害药品静脉用药实行集中调配供应。 4. 调剂室面积符合相关规定。
	【A】符合“B”，并 1. 有静脉用药调配中心（室），实行集中调配供应。 2. 有对调剂工作督导检查、追踪评价，持续改进调剂工作。
2.7.2.4 加强药品管理，建立全流程质量监督管理体系，保障药品质量和供应。	【C】 1. 有药品质量监督管理组织，由主管药师及以上人员担任负责人，职责明确。 2. 有药品质量管理相关制度和药品质量报告途径与流程。 3. 有药品验收相关制度与程序，保证每个环节药品的质量。
	【B】符合“C”，并 1. 有制度保证药品质量监控人员工作的独立性。 2. 每月对药库、调剂室药品质量进行抽检，合格率达 99.8%。 3. 每月对各临床科室备用药品的管理与使用进行一次检查。 4. 对药品质量抽查结果及科室备用药品管理检查情况进行分析、总结，落实整改措施。
	【A】符合“B”，并 1. 医院有药品质量监测网络（平台）。 2. 库房和调剂室发出药品质量合格率 100%。
2.7.2.5 对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。	【C】 1. 有存放于急诊科、病房（区）急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程。 2. 药学部和各相关科室有急救等备用药品目录及数量清单，有专人负责管理急救药品，并在使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。
	【B】符合“C”，并 药学部对急救等备用药品管理情况每月检查，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 各科室备用急救等备用药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。

评审标准	评审要点
2.7.2.6 有药品召回管理制度。	【C】 1. 有药品召回管理制度与处置流程。发现假、劣药品时，按规定及时报告有关部门并迅速召回，妥善保管，收集保留所有原始记录。 2. 及时追回调剂错误的药品。 3. 有患者服用假、劣药品或调剂错误药品导致人身损害的相关的处置预案与流程。 【B】符合“C”，并 1. 对假、劣药品，及时查明原因，追究相关责任。 2. 对调剂错误，及时分析原因，有整改措施。 3. 有用药错误报告制度。 【A】符合“B”，并 有根据假、劣药品和调剂错误的原因分析，及时修订相关制度，加强环节管理，保障用药安全。
2.7.2.7 加强药品管理，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。	【C】 1. 有完善的药品管理计算机软件系统，并与医院整体信息系统联网运行。且符合《电子病历基本规范》的相关规定，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。 2. 有信息系统联网的处方用药技术支持软件。有完善药品查询系统，方便有关人员查询、适时获取正确的药品信息。 3. 药库和调剂室有药品进、销、存、使用等实时管理系统，实行药品定额和数量化管理，包括药品账目和统计、处方点评分析统计等。 4. 能够准确提供上级主管部门所需要的药品信息数据。 【B】符合“C”，并 1. 通过用药监控系统，对抗菌药物、麻醉药品和新型抗肿瘤药品等实行计算机处方权限与用药时限管理。 2. 有适宜的合理用药监控系统，能为处方审核提供技术支持，并适时更新。 【A】符合“B”，并 1. 有适宜的合理用药监控处方（医嘱）审核和点评软件系统，能为处方（医嘱）审核和点评提供技术支持，并及时更新。 2. 对改进措施落实情况有追踪评价，有持续改进合理用药的成效。 3. 通过用药监控系统，对抗菌药物、麻醉药品、重点监控药品、新型抗肿瘤药品等实时监测管理的药品实行计算机预警提示和信息统计。

评审标准	评审要点
2.7.2.8 静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。	【C】 静脉用药在病房(区)分散调配的应参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》进行改善,有管理制度、有措施。
	【B】 符合“C”,并 1. 肠外营养液和静脉用危害药物由药学部集中调配与供应,集中调配有卫生行政部门颁发的准予集中调配的许可证或批复件。 2. 有工作人员岗位培训制度和培训计划,并执行。 3. 有主管药师及以上人员审核处方和参与静脉药物临床应用,对不适宜用药者每月分析、总结,能有效干预。 4. 处方合格率>99%;二级库账物相符率>99.9%。
	【A】 符合“B”,并 1. 有输液质量问题和输液严重不良反应报告相关规定,药学部对临床出现的输液质量问题和患者用输液后的严重不良反应有分析报告、改进措施。 2. 对静脉用药集中调配医嘱干预率有分析评估。 3. 静脉用药调配中心和调配工作符合有关规定。
2.7.3 实施临床药师制,积极参与临床药物治疗,促进合理用药,拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训,提高临床药学服务能力和水平。	
2.7.3.1 实施临床药师制。	【C】 1. 有根据《医疗机构药事管理规定》,建立临床药师制,为临床合理用药提供药学专业技术服务。 2. 在药学部门设置临床药学科(室),由副主任药师及以上人员负责,有工作制度和岗位职责。 3. 以适当的形式为全院医务人员提供适时的药物相关信息和咨询服务,将药品信息分析作为医院药品遴选的参考。 4. 药师应审核处方和用药医嘱适宜性,对患者进行用药教育、指导安全用药。
	【B】 符合“C”,并 1. 开展处方点评、药物临床应用评价,每月向药事管理组织报告监测结果与用药分析。 2. 结合临床开展药学科科研工作,有计划、检查和总结。
	【A】 符合“B”,并 1. 进行个体化给药方案的研究与监测,有计划、检查和总结,有临床药学工作记录和持续改进措施。 2. 临床药师参与临床路径、DRGs和单病种质控工作。

评审标准	评审要点
2.7.3.2 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。	【C】 1. 临床药师具备高等学校药学院系临床药学专业或药学专业全日制本科及以上学历,并经毕业后教育或在职岗位培训后,进入临床药师工作岗位。 2. 有临床药师培养计划,并纳入医院医疗技术人员培养计划。 3. 配备 5 名以上临床药师,全职专科从事临床药物治疗工作。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。 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 $\geq 85\%$ 。
	【B】 符合“C”,并 1. 每 100 张病床与临床药师配比 ≥ 0.6 。 2. 在六类药物的临床应用中设有临床药师,其工作范围至少覆盖六个以上临床专业科室。
	【A】 符合“B”,并 1. 每 100 张病床与临床药师配比 ≥ 0.8 。 2. 有临床药师与临床医师协作机制,提高合理用药水平。
2.7.3.3 临床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。	【C】 1. 临床药师按相关规定专职专科直接参与用药相关的临床工作,在选定专业的临床科室参加日常性药物治疗工作。 2. 开展药学查房,对重点患者实施药学监护和建立药历,且工作记录完整。 3. 参加病例讨论,提出用药意见和个体化药物治疗建议。 4. 参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治。 5. 审核本人参与的专科病房(区)患者用药医嘱,对不合理用药进行干预,有干预记录。 6. 有计划地为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询服务。 7. 对患者进行用药教育,指导安全用药。
	【B】 符合“C”,并 1. 每位临床药师有对患者进行用药教育的记录,视患者情况修正其不当用药行为。 2. 每位临床药师有重点患者用药的药历,体现本人用药分析能力和对患者实施持续药学监护的过程。
	【A】 符合“B”,并 医院实施多学科联合诊疗的制度与程序中,有体现临床药师的要求与措施。重点是“疑难、高危、肿瘤”和“多重耐药菌感染”患者。

评审标准	评审要点
2.7.4 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、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。	
2.7.4.1 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、中药注射剂临床应用规范化管理。	【C】 1. 有临床药物治疗遵循合理用药原则、药品说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相关规定与程序。 2. 有医师处方符合《处方管理办法》相关要求的制度与程序。 3. 有药师按照《处方管理办法》对处方进行适宜性审核和调配发药，并有根据具体情况对用药的不适宜性等进行干预对患者进行用药交代的制度与程序。 4. 有超说明书用药管理的规定与程序。 5. 有抗肿瘤药物分级管理制度和目录。 6. 有激素类药物、重点监控药物、中药注射剂临床管理规范。 【B】符合“C”，并 1. 有对临床超说明书用药的监控措施和记录。 2. 对抗菌药物、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、中药注射剂等药物临床应用有监测的评估。 3. 医院每年用药金额排序前十位的药品与医院性质及承担的主要医疗任务相符合。 【A】符合“B”，并 1. 有临床用药监控和超常预警体系，对临床超常用药趋势及时干预，有干预和改进措施。 2. 改进措施落实情况有追踪评价，有持续改进的成效。 3. 对上述药物监测指标符合上级主管部门的要求。
2.7.4.2 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、临床应用规范化管理。	【C】 1. 麻醉药品、精神药品、医用毒性药品、放射性药品等“特殊管理药品”按照法律法规、规章制定相应的管理制度。 2. “特殊管理药品”有安全设施，药库设置有“毒、麻、精”药品专用库（柜），配有安全监控及自动报警设施；调剂室和各病房（区）、内镜室、手术室等有专用保险柜，有防盗设施；放射性药品按有关规定执行。 3. 有“麻、精”药品实行三级管理和“五专”管理的制度与程序。 4. 有“麻、精”药品实行批号管理的制度与程序，开具的药品可溯源到患者。 5. 麻精药品的使用及管理做到日清日结，账物相符。 6. 医师开具麻醉药品、精神药品、医用毒性药品处方，药师调剂麻醉药品、精神药品、医用毒性药品均应符合相应的法律法规和指导原则。 7. 有“特殊管理药品”的应急预案。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 各相关科室有相应的“特殊管理药品”存放和使用的管理制度，并严格实行。 2. 药学部和职能部门每月对“特殊管理药品”进行检查。 3. 对麻精药品处方和医嘱进行专项点评。 4. 手术室等重点科室应有门禁和安全视频监控装置，视频保存期原则上不少于180天。 【A】符合“B”，并 “特殊管理药品”管理各环节措施得当，每月对医院麻精药品的使用进行监测和评价，有持续改进措施，原始记录完整。
2.7.5 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。	
2.7.5.1 医师开具处方应依照《处方管理办法》的要求执行。	【C】 1. 根据《处方管理办法》制定本院处方管理实施细则，对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定。 2. 医师处方签名或签章式样，分别在医疗管理、药学部门留样备案。医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。 3. 按“医院基本用药供应目录”开具处方，药品品规和药品生产企业与“医院基本用药供应目录”一致。 4. 处方书写规范、完整，开具处方全部使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。 5. 处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合《处方管理办法》和临床应用指导原则规定。 【B】符合“C”，并 1. 不合理处方$\leq 1\%$。 2. 处方药品通用名使用率达100%。 【A】符合“B”，并 每月对处方质量进行检查，检查结果与医师考核挂钩。
2.7.5.2 已开具处方，并遵医嘱使用的药品应记入病历。	【C】 1. 患者就诊前和正在使用的所有处方及医嘱用药应在病历中记录。 2. 所有的用药信息在出院或转院时归入其病历留存。 3. 医院有《患者自带药品管理制度》。 【B】符合“C”，并 1. 病程记录中有明确的用药依据及分析。 2. 患者自带药品管理规范。 【A】符合“B”，并 临床药师为“实施临床路径与单病种质控病例、重点肿瘤住院患者”建立药历。

评审标准	评审要点
2.7.5.3 药师应按照《医疗机构处方审核规范》对方进行审核，进行审核、规范性、适宜性审核，调配发药，对临床不合理用药进行有效干预。医院有审核质量管理监督机制与措施。	【C】 1. 药师是处方审核工作的第一责任人，依据《医疗机构处方审核规范》的相关要求审核处方、用药医嘱是否合法、规范、适宜。对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通。 2. 审核、调剂处方流程合理。所有处方均应当经审核通过后方可进入划价收费和调配环节，未经审核通过的处方不得收费和调配。 3. 按有关规定做到“四查十对”。调剂过程有第二人核对，独立值班时双签字核对。 4. 发出的药品标有用法用量和特殊注意事项。 5. 发药时对患者进行用药交代和用药指导，关注特殊群体的用药指导。必要时为患者提供书面用药指导材料。 6. 设有用药咨询窗口（台），有主管药师及以上人员提供合理用药咨询服务。 7. 住院医嘱单按照处方管理，药师依据完整的用药医嘱进行审核，作为调剂的依据，确保用药适当性及正确性。 8. 有发药差错登记、报告的制度与程序，并执行。 9. 对药师进行有计划的、有针对性的药学技能培训。处方审核药师应符合相关规定。
	【B】 符合“C”，并 1. 有不合理用药和差错分析制度及改进措施。定期进行合理用药、差错防范培训。 2. 调剂室年出门差错率 $\leq 0.01\%$ 。 3. 由专职药学人员为患者提供用药咨询，有咨询记录，并针对患者咨询的常见问题开展合理用药宣传工作。 4. 药师应在处方药品计价收费和调剂之前对方或用药医嘱的适宜性进行审核。 5. 配有合理用药软件，实时监测门诊处方和住院医嘱。
	【A】 符合“B”，并 1. 配有处方前置审核系统，全方位实现门诊处方和住院医嘱的审核。有促进临床合理用药持续改进的措施，有专人负责合理用药、防范差错工作进行系统检验，对临床不合理用药进行干预效果分析，体现多环节防范与持续改进效果。 2. 医院有审核质量管理监督机制与措施。

评审标准	评审要点
2.7.5.4 开展处方点评,建立药物使用评价体系,对处方书写的规范性及临床使用的适宜性(用药适应症、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等)进行评价。	【C】 1. 有按《医院处方点评管理规范(试行)》的要求制定医院处方点评制度,组织健全,责任明确,有处方点评实施细则和执行记录。 2. 每月至少抽查 100 张门急诊处方(其中自费处方≥ 20 张)和 30 份出院病历进行点评。 3. 有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评,对抗菌药物临床使用进行专项点评重点抽查感染科、外科、呼吸科、心内科、肿瘤科、神经科、重症医学科等临床科室以及 I 类切口手术和介入治疗病例。 4. 对不合理处方进行干预。 【B】符合“C”,并 1. 每年开展 2 项以上专项药物临床应用评价,每年每项评价不少于 4 次。 2. 发现存在和潜在问题,制定并实施干预和改进措施,每月发布处方评价指标与评价结果,定期进行通报和超常预警。 3. 纳入医院质量考核目标,实行奖惩管理。 【A】符合“B”,并 1. 每年开展 3 项以上专项药物临床应用评价,每年每项评价不少于 4 次。 2. 根据点评结果,落实整改措施,促进临床药物合理应用的过程,提高合理用药,保障患者用药安全。
2.7.6 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。加强突发事件应急药品管理和高警示药品管理。	
2.7.6.1 建立药物监测和警戒制度,建立药品不良反应、药品损害事件监测报告制度。	【C】 1. 有药物监测和警戒制度。建立药品不良反应和其他有害反应监测、用药错误监测报告管理的制度与程序。 2. 医师、药师、护士及其他医务人员相互配合对患者用药情况进行监测。重点监测非预期(新发现)的、严重的药物不良反应。有原始记录。 3. 发生严重药品不良反应或药品损害事件,积极进行临床救治,做好用药过程的观察与记录,按有关规定上报卫生行政部门和药品监督管理部门。 4. 将患者发生的药品不良反应如实记入病历中。 5. 并做好药品追溯和质量评估,查清原因,必要时暂停使用所涉药品。 【B】符合“C”,并 1. 有鼓励药品不良反应与药品损害事件报告的措施。 2. 对严重用药错误报告有分析,有整改措施。 【A】符合“B”,并 1. 建立药品不良事件报告信息平台,与医疗安全(不良)事件统一管理。 2. 每月只是一次评估相关事件并及时反馈临床,按照国家有关规定向相关部门报告。

评审标准	评审要点
2.7.6.2 有完善的突发事件药事管理应急预案, 药学人员可熟练执行。	【C】 1. 有完善的突发事件药事管理应急预案, 组织层次清晰, 人员分工明确, 体现良好的合作, 各部门无缝隙衔接, 对突发事件善后工作及还原应急能力有明确规定。 2. 有本院的突发事件医疗救治药品目录。 【B】符合“C”, 并 1. 有突发事件药事管理应急预案执行培训, 相关人员熟悉预案流程和岗位职责, 可迅速配合临床抢救。 2. 应急药品具有可及性和质量保证。 【A】符合“B”, 并 有针对重大突发事件, 大规模调集应急药品的保障方案。
2.7.6.3 有高浓度电解质、听似、看似等易混淆的药品贮存与识别要求。	【C】 1. 对高浓度电解质、化疗药物等特殊药品及易混淆的药品有标识和贮存方法的规定。 2. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识”。 3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。 【B】符合“C”, 并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。 【A】符合“B”, 并 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”, 符合率 100%。
2.7.7 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。	
2.7.7.1 按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定, 规范医师处方行为, 优先合理使用基本药物, 并有相应监督考评机制。	【C】 1. 有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》, 优先使用国家基本药物的相关规定及监督体系。 2. 从《国家基本药物目录》中的品种优先纳入本院“药品处方集”和“基本用药供应目录”。 3. 有促进《国家基本药物目录》优先使用的具体措施, 并有监督考评机制。 【B】符合“C”, 并 1. 有专门人员每月对医师处方是否优先合理使用基本药物, 即对基本药物作为首选药物的比例进行督查、分析及反馈, 规范医师的处方行为。 2. 有主管职能部门每月对优先使用国家基本药物情况进行总结分析、调整反馈, 满足基本医疗服务需要。能通过医联体联合, 保证转诊患者的持续用药。 【A】符合“B”, 并 1. 国家基本药品目录列入医院用药目录, 有相应的比例、采购、库存量。 2. 对享有基本医疗服务对象使用国家基本药物(门诊、住院)的品种数、使用金额、比例符合相关规定。 3. 统计医院用药, 《国家基本药物目录》品种使用率符合国家相关规定。

评审标准	评审要点
2.7.8 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。	
2.7.8.1 严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物管理药物评价的制度和具体操作流程。	【C】 1. 药事管理组织有抗菌药物管理小组，人员结构合理，责任人和责任部门职责明确，切实落实管理责任。 2. 召开抗菌药物管理小组会议≥ 4次/年。 3. 有全院抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度。 4. 每年对医务人员进行抗菌药物合理应用培训，并依据考核结果和职称调整权限。 【B】符合“C”，并 1. 有医院抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告。 2. 参加全国抗菌药物临床应用监测网、细菌耐药监测网和真菌监测网，及时准确上传数据。 3. 医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。 【A】符合“B”，并 1. 根据本院抗菌药物临床应用监测的结果，抗菌药物使用强度和抗菌药物使用率等管理指标不超过卫生部抗菌药物临床应用监测网平均值。 (1) 门诊患者抗菌药物使用率$\leq 20\%$ (2) 住院患者抗菌药物使用率$\leq 60\%$ 2. 有干预前后分析报告，每月通报，体现改进效果，提高抗菌药物合理用药水平。
2.7.8.2 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。	【C】 1. 医院有抗菌药物采购目录（包括采购抗菌药物的品种、剂型和规格）向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。有抗菌药物目录遴选和剔除的管理制度。 2. 优化《本医疗机构抗菌药物供应目录》，选择安全、有效、经济和有循证证据充分的品种，至少二年调整一次。 3. 有特殊感染患者治疗需使用本院采购目录以外抗菌药物，可以规范启动临时采购程序的制度与程序。 【B】符合“C”，并 1. 对抗菌药物购用、分级管理（权限管理、特殊级会诊制）、合理应用抗菌药物有专项监督。 2. 开展对急诊和特殊人群（老年人和儿童等）的抗菌药物使用有监测和评估。 【A】符合“B”，并 根据监督结果，分析、改进工作，无违规购用。

评审标准	评审要点
2.7.8.3 建立抗菌药物分级管理制度。	【C】 1. 有“抗菌药物临床应用和管理实施细则”，“抗菌药物分级管理制度”，有《抗菌药物分级管理目录》。 2. 每年对医务人员进行抗菌药物合理应用培训，并依据考核结果和职称调整医生抗菌药物使用权限级别和会诊权限。有医师权限目录，并定期调整。 3. 有明确的限制使用抗菌药物和特殊使用抗菌药物临床应用程序，医生会诊权限明确，实行责任制管理。有明确可行的越权使用管理流程。 4. 对替加环素和碳青霉索类实施专档管理；β-内酰胺酶抑制剂复合制剂实施重点监控。
	【B】 符合“C”，并 1. 对抗菌药物分级管理（权限管理）有专项监督，监督越权使用是否规范合理。 2. 有“特殊管理的抗菌药物”临床应用评价标准，并实施监控和干预，临床应用基本合理。 3. 药学部门会同医疗管理部门和感染管理部门对抗菌药物的使用情况进行监管。每月抽查门急诊处方、住院病历，发现问题，及时整改。 4. 对专档管理和重点监控的抗菌药物每月有监测和评估，临床应用合理。
	【A】 符合“B”，并 每月公布各科室抗菌药物的使用情况，抗菌药物合理应用情况作为院、科两级综合目标考核的重要指标。指标到达相关要求。
2.7.8.4 落实各类手术（特别是Ⅰ类清洁切口）预防性应用抗菌药物的有关规定。	【C】 1. 手术室管理规范，认真落实《外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）》，做好感染预防控制工作。 2. 有围术期预防性应用抗菌药物管理相关规定，各类手术围术期预防性应用抗菌药物进行规范管理。 3. 对外科系统围术期抗菌药物的使用进行常规监控和有效管理，并有月报告制度。
	【B】 符合“C”，并 Ⅰ类切口（手术前时间≤1.5小时）手术，预防性抗菌药物使用率≤30%。
	【A】 符合“B”，并 “围术期预防感染”（品种选择、用药时机、术后用药时间等）规范，符合指导原则等要求。

评审标准	评审要点
2.7.8.5 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。	【C】 1. 抗菌药物治疗住院患者微生物样本送检率$\geq 30\%$。（使用限制级抗菌药物的送检率$\geq 50\%$；使用特殊级抗菌药物的送检率$\geq 80\%$）。 2. 临床药师、感染专业医师和微生物检验专业技术人员能够提供抗菌药物临床应用技术支持。 3. 有本院检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析对策报告，至少每 6 个月一次。 【B】符合“C”，并 1. 临床药师参与多学科会诊（MDT），参与多重耐药菌感染患者的诊治。 2. 药学配合有检验、院感三方完成的细菌耐药情况分析对策报告。 【A】符合“B”，并 临床药师与多重耐药菌的管理多学科合作机制，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。

八、检查检验质量保障与持续改进

评审标准	评审要点
2.8.1 临床检验部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验提供 24 小时急诊诊断服务。	
2.8.1.1 实验室设置布局符合相应规范标准，服务满足临床需要。	【C】 1. 实验室建筑布局与流程安全、合理，并按功能分区，各区标识清楚。 2. 实验区分清洁区、半污染区和污染区，实验区应与办公区、生活区分开，人流、物流、信息流应有效分隔。 3. BSL-2 应有独立更衣室（间），设存衣或挂衣装置，个人服装应与实验室工作服分开放置。 4. 实验区应设有门禁系统。 【B】符合“C”，并 1. 实验区入口处应有警示语提示，如“特殊工作区未经允许请勿入内”；张贴生物危险警示标志，标明生物危险级别、责任人、紧急联系电话等信息。 2. 每间实验室靠近出口处应设有洗手池，水龙头为感应式或采用肘动，脚踏等非手触式操作。 3. 实验室工作区内应设有洗眼装置，必要时配备紧急喷淋装置。 【A】符合“B”，并 主管职能科室对实验室安全管理工作有监督检查，持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.8.1.2 检验项目、设备、试剂管理符合相应规范标准，服务满足临床需要。	【C】 1. 检验项目符合卫生行政部门准入范围，项目收费规范，无违规收费。 2. 检验仪器、试剂符合国家有关部门标准的相关要求，仪器、试剂三证均在有效期内。 3. 能开展分子诊断项目，并具有一定的针对突发传染病等公共卫生事件的应急检测能力和技术储备。 【B】符合“C”，并 主管职能科室对开展项目和仪器、试剂管理有检查与监管。 【A】符合“B”，并 1. 进行恰当的方法学验证以保证准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围设定等各项技术参数均能符合临床使用需求。 2. 持续改进有成效，确保检验结果满足临床需求。
2.8.1.3 临床检验项目满足临床需要。	【C】 1. 全院临床实验室集中设置，统一管理，资源共享，符合相关规定。 2. 开展检验项目满足临床基本需要。 3. 检验项目具有前沿性、能够保证疑难疾病的诊断。 4. 检验项目应覆盖医院各临床科室所诊治的病种。 5. 对委托其他机构所开展的检验项目，应签署委托服务协议，并有质量保证条款。 【B】符合“C”，并 1. 每年都有根据临床诊治病种需求推出新项目。 2. 微生物检验项目对院内感染控制及合理用药提供充分支持。 【A】符合“B”，并 1. 以书面或网络形式每季度向临床科室通报细菌耐药情况。 2. 持续改进有成效，确保检验项目满足临床需求。
2.8.1.4 有新项目审批及实施流程。	【C】 1. 有新项目审批及实施流程。 2. 新项目开展应至少包括以下几个内容： (1) 评估新项目的临床意义，征求相关临床科室专家意见。 (2) 评估开展该检验项目所需人力、设备及空间资源。 (3) 核定该项目开展所需仪器、试剂的三证是否齐全。 (4) 核定该项目的收费情况或在卫生与物价行政部门备案情况。 【B】符合“C”，并 1. 有新项目实施后的跟踪，听取临床对新项目设置合理性的意见。 2. 有主管职能科室监管记录。 【A】符合“B”，并 新项目开展符合规范，审批资料完整，为提高诊疗质量提供支持。

评审标准	评审要点
2.8.1.5 能提供 24 小时急诊检验服务。	【C】 1. 能提供 24 小时急诊检验服务。 2. 急诊项目设置充分征求临床科室意见,使检验项目既能满足危急情况下诊断治疗的需求,又不过度浪费急诊资源。 3. 明确急诊检验报告时间,临检项目≤ 30 分钟出报告,生化、免疫项目≤ 2 小时出报告。 【B】符合“C”,并 1. 能提供急诊心肌损伤标志物、凝血功能、D-二聚体和 C 反应蛋白等指标的测定。 2. 急诊检验项目在规定时间内报告。 3. 主管职能科室对急诊检验服务工作情况有检查与监管。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,临床各科对开展急诊检验服务满意度高。
2.8.2 从事临床检验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称任职资格。	
2.8.2.1 分子生物学、特殊岗位（H I V 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。	【C】 1. 从事临床检验工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历,并取得相应专业技术职务任职资格。 2. 分子生物学实验室、H I V 初筛实验室、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等特殊岗位检验人员经培训考核后,持有卫生行政管理部门核发的上岗证方可独立工作。 【B】符合“C”,并 1. 科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。 2. 主管职能科室对临床检验专业技术人员资质进行监管。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,临床检验专业技术人员资质管理规范,无违规上岗情况。
2.8.2.2 不同实验室组织有针对性的上岗、轮岗、培训及考核,对通过考核的人员予以适当授权。	【C】 1. 有相应人员管理制度,包括:上岗、轮岗、培训、考核、授权等,并落实。 2. 选择并授权具有相关资质、经验丰富及较高技术水平和业务能力的人员负责检验质量控制工作及结果解释工作。 【B】符合“C”,并 1. 科室对人员资质和权限工作实行动态管理。 2. 有主管职能科室有检查监管,评价培训效果。 【A】符合“B”,并 培训及考核记录完整,工作人员无超权限范围操作。

评审标准	评审要点
2.8.3 有临床检验管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。	
2.8.3.1 有实验室安全管理制度和流程，遵照实施并准确记录。	【C】 1. 有实验室安全管理制度和流程。包括但不限于以下内容： (1) 实验室人员准入制度； (2) 菌毒种或样本等感染性材料管理制度； (3) 员工健康管理制度； (4) 生物安全工作自查制度； (5) 实验室资料档案管理制度； (6) 生物安全管理及实验人员的培训和考核制度； (7) 意外事件处理与报告制度； (8) 实验室安全制度。 2. 有关人员掌握消防安全知识与基本技能。 3. 开展安全制度与流程管理培训，相关人员知晓本岗位的安全管理要求。 【B】符合“C”，并 1. 科室每月进行安全自查，发现问题，及时整改。并保存完整的各项安全相关活动记录。 2. 主管职能科室对实验室安全管理工作有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，实验室安全管理工作制度得到有效落实。
2.8.3.2 实验室制订各种传染病职业暴露后的应急措施，并详细记录处理过程。	【C】 1. 制订各种传染病职业暴露后应急预案。 2. 对实验室工作人员进行职业暴露的培训及演练，并作相关记录。 3. 相关人员知晓职业暴露的应急措施与处置流程。 【B】符合“C”，并 1. 制定实验室生物安全防范工作的实施计划，对人员管理、实验活动、感染性材料的保存、接收、运输等方面有明确规定。 2. 有职业暴露处置登记及随访记录，有根据职业暴露的案例分析改进职业暴露管理。 【A】符合“B”，并 1. 实验室人员没有瞒报、漏报职业暴露事件及安全隐患。 2. 持续改进有成效，实验室职业暴露管理工作落实到位。

评审标准	评审要点
2.8.3.3 实验室应建立微生物菌种、毒株的管理规定,并安排专人进行监管。	【C】 1. 建立微生物菌种、毒株的管理规定与流程。 2. 致病性病原微生物的实验活动或检测结果应进行详细登记,并能保存备查。 3. 微生物实验室有专人负责菌(毒)种或样本等感染性材料的管理。 4. 样品收集、取用有相应的过程记录。 5. 有相应的应急预案。 【B】符合“C”,并 1. 科室对微生物菌种、毒株管理有自查,并有整改措施。 2. 主管职能科室有检查与监管。 【A】符合“B”,并 实验室微生物菌种、毒株收集、取用、处理记录完整,实验室微生物菌种、毒株管理工作落实到位。
2.8.4 临床检验报告及时、准确、规范、并严格执行审核制度。建立临床共同机制,提供便捷、及时的检查检验信息服务。	
2.8.4.1 检验报告及时、准确、规范,并严格执行审核制度。	【C】 1. 检验报告单格式规范、统一。 2. 报告单包含患者信息,标本类型、样本采集时间、结果报告时间、参考范围等。 3. 严格执行检验报告审核双签字制度(急诊除外)和复检制度。 4. 指定经验丰富,技术水平和业务能力较高的人员负责检验报告的审核。 5. 识别并保留分析前不合格标本和复检标本的相关记录。 【B】符合“C”,并 1. 科室有专门人员每月自查、反馈、整改。 2. 主管职能科室对检验报告管理有检查和监管。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,检验报告管理规范。
2.8.4.2 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。	【C】 1. 有检验报告出具的管理制度和检验报告时限(TAT)要求,包括常规检测项目和特殊检查项目。 2. 临检常规项目≤30分钟出报告。生化、免疫常规项目≤1个工作日出报告。微生物常规项目≤4个工作日。 3. 有“特殊检验项目”清单,原则上不应超过2周时间,提供预约检测。 【B】符合“C”,并 1. 科室对检验报告时间有每月自查、分析和整改。 2. 主管职能科室对检验报告时限管理有检查与监管。 3. 时限符合率≥90%。 【A】符合“B”,并 对存在的问题持续改进有成效,检验报告时限管理工作落实到位。

评审标准	评审要点
2.8.4.3 建立与临床的沟通机制,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。	【C】 1. 实验室与临床建立有效沟通机制,通过多种形式和途径(如电话或网络等),及时接受临床咨询。 2. 实验室通过有效的途径(如参与临床查房、现场宣讲、提供网络资料等)宣传新项目的用途,解答临床对结果的疑问。 3. 由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。 【B】符合“C”,并定期(每年不少于2次)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。 【A】符合“B”,并持续改进有成效,临床科室满意度不断提升。
2.8.4.4 实施危急值报告制度。	【C】 1. 有危急值报告制度与报告具体管理流程。 2. 根据临床需要,共同制定危急值报告项目和范围,并每年调整。 【B】符合“C”,并 1. 检验人员熟悉危急值报告项目和范围,并做好危急值信息登记。 2. 主管职能科室每年至少一次对危急值报告制度的有效性进行评估。 【A】符合“B”,并有完整的危急值报告登记资料,且记录规范。
2.8.4.5 提供便捷、及时的检验信息服务。	【C】 1. 建立实验室信息管理系统,与医院信息系统联网。 2. 实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理,标本使用条形码管理。 3. 实验室数据至少保留3年以上在线查询资料。 【B】符合“C”,并 1. 提供自助取化验报告单系统。 2. 在信息系统上完善危急值管理,能自动识别、提示危急值,并有监控功能,以保障临床对危急值及时处理。 【A】符合“B”,并实验室信息系统支持检验项目的全程管理和服。
2.8.5 落实全面质量管理与改进制度,开展室内质量控制和室间质量评价。相关检验设备(含床旁检验设备)按照要求每年定期检测。	

评审标准	评审要点
2.8.5.1 落实全面质量管理与改进制度,制定质量与安全管理计划和质量控制指标,开展质量管理工作。	【C】 1. 由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组,组成人员结构合理,可覆盖各实验室,有明确的职责。 2. 有质量与安全管理工作计划并组织实施。 3. 建立质量体系文件,包括质量手册、程序文件、标准操作规程和记录表格等。 4. 有质量与安全监控指标,并进行量化。 5. 相关人员知晓本岗位的履职要求。 【B】符合“C”,并 1. 质量体系完整,质量与安全监控指标覆盖全面,能监控分析前、中、后关键流程。 2. 开展室内质控和室间质评,室内质控与室间质评结果达到质量控制目标。 【A】符合“B”,并 1. 对质量监控指标每年进行量化评估。 2. 质量管理资料完整,体现持续改进有成效。
2.8.5.2 有完整的标本采集运输指南,交接规范,检验回报时间控制等相关制度。	【C】 1. 实验室与护理部、医院感染控制部门共同制订完整的标本采集运输指南,临床相关工作人员可以方便获取。 2. 实验室有明确的标本接收、拒收标准与流程,保留标本接收和拒收的记录。 3. 对标本能全程跟踪,检验结果回报时间(TAT)明确可查。 4. 标本处理和保存专人负责,并有记录。 5. 对标本运输过程相关人员进行规范培训。 【B】符合“C”,并 主管职能科室有监管记录,并根据监管情况,针对存在问题落实整改措施。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,记录完整,标本保存符合规范。
2.8.5.3 常规开展室内质控。	【C】 1. 实验室全部检测项目及不同标本类型均有室内质控管理制度及质量控制流程。 2. 每检测批次至少有1次室内质控结果,并制定室内质控规则。 3. 对需要报告滴度的血清学检测,须同时进行已知滴度的血清阳性质控和阴性质控。 【B】符合“C”,并 1. 科室每月评估室内质控各项参数及失控率。 2. 有效处理失控,详细分析失控原因,处理方法及评估临床影响,提出预防措施。 【A】符合“B”,并 室内质控文件齐全,记录完整,持续改进检验质量。

评审标准	评审要点
2.8.5.4 参加室间质评或能力验证计划。	【C】 1. 有参加实验室室间质评或比对的管理制度，参加省级室间质量评价计划或能力验证计划。 2. 室间质评或能力验证应覆盖实验室内检测项目及不同标本类型。 3. 有无法参加评价计划的项目的目录/清单，并有替代评估方案。 【B】符合“C”，并参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，室间质评或能力验证计划得到有效落实。
2.8.5.5 保证检测系统的完整性和有效性。	【C】 1. 制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作、维护规程。 2. 对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期（根据不同仪器及工作情况不同，规定校准日期间隙。如日校准、月校准、季校准、年中校准、年校准及特殊情况下的校准）进行校准。 3. 有试剂与校准品管理制度，试剂与校准品符合国家标准，设专人管理，有明确的岗位职责及使用登记。 4. 有专人负责仪器设备保养、维护与管理，并有记录。 【B】符合“C”，并 1. 科室对仪器设备保养、维护与管理有自查。 2. 主管职能科室对检验试剂及校准品管理使用有监管。 【A】符合“B”，并持续改进有成效，保证检测系统的完整性和有效性。
2.8.5.6 加强POCT项目的管理，所有POCT项目均应开展室内质控，并参加室间质评。	【C】 1. 医院制定有POCT项目统一管理制度，并落实。 2. 有规定对所有POCT项目进行质量管理。 【B】符合“C”，并 1. 每年不少于2次对POCT结果进行比对，并包括大型仪器检测结果与各POCT点之间的比对，并明确比对的允许偏倚。对超出允许范围的应及时进行校准和纠正，有工作记录。 2. 主管职能科室对POCT项目工作有检查与监管。 【A】符合“B”，并所有POCT项目均进行室内质控及室间质评。

评审标准	评审要点
2.8.6 按照有关规定建立临床检验环境保护及人员职业安全防护制度, 遵照实施并准确记录。	
2.8.6.1 按照国家法律法规和 行业规范, 建立生物安 全管理体系, 实行生物 安全管理院、科两级责 任制。	【C】 1. 有医院生物安全管理委员会, 人员组成包括医疗管理、实验室管理、感染控制人员、检验、护理等相关专业的专家。 2. 生物安全委员会每年不少于 2 次召开相关会议, 每年不少于 2 次, 有记录。 3. 生物安全管理委员会职责明确, 制定相应的生物安全管理工作计划与考核方案。
	【B】 符合“C”, 并 1. 生物安全管理委员会定期(每月 1 次)对重点部门、关键环节 和薄弱环节进行定期检查与评估, 研讨生物安全相关问题, 提出改进方案, 并有记录。 2. 生物安全管理委员会人员构成合理, 能履行职责。
	【A】 符合“B”, 并 1. 有医院生物安全管理组织架构, 体现生物安全管理院、科两级责任制, 院长是第一责任人。 2. 医院生物安全管理工作有持续改进, 成效明显。
2.8.6.2 科主任是科室生物安 全管理第一责任人, 负 责组织落实生物安全 管理及持续改进相关 任务。	【C】 1. 有科室生物安全管理小组, 科主任为第一责任人。 2. 有科室生物安全管理工作计划并实施。 3. 有科室生物安全工作制度并落实。
	【B】 符合“C”, 并 对实验室生物安全每月进行检查, 并召开会议, 提出改进措施, 并有记录。
	【A】 符合“B”, 并 科室生物安全管理水平持续改进, 成效明显。
2.8.6.3 建立生物安全管理的 培训和考核制度, 并落 实。	【C】 1. 有生物安全管理人员培训和考核制度。 2. 每年开展生物安全培训, 并有记录。
	【B】 符合“C”, 并 生物安全管理委员会对培训效果有检查与监管。
	【A】 符合“B”, 并 培训效果明显, 全员牢固树立生物安全意识, 管理人员能运用 PDCA 方法持续改进生物安全管理工作, 员工能够主动参与。

评审标准	评审要点
2.8.6.4 实验室配置充分的安全防护设施。	【C】 1. 根据工作人员的不同工作性质，按照行业规范进行个人防护。 2. 配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施及耗材，并定期定期（根据工作情况，规定维护间隔。如每日维护、每月维护、每季维护、每年维护）维护，保障正常工作。 3. 实验室应根据工作需求配备生物安全柜。所有可能使致病微生物溅出或产生气溶胶的操作都必须在生物安全柜内进行。生物安全柜应定期（根据工作情况，规定检查间隔。如每日维护、每月维护、每季维护、每年维护）检查，必要时更换高效过滤装置，保存相关记录。 4. 实验室应配备高压蒸汽灭菌器。 5. 实验室出口处设有专用手部消毒设备。 6. 对相关人员进行防护设施使用及安全防护培训、考核。
	【B】 符合“C”，并 1. 高压蒸汽灭菌器每年定期（压力表检定周期半年，安全阀检定周期1年）检查和校验，并由经过培训的人员负责操作和灭菌效果监测，有相关记录。 2. 科室对相关安全设施有自查，发现问题及时整改，并有记录。 3. 主管职能科室对实验室配置的安全防护设施有检查与监管。
	【A】 符合“B”，并 1. 持续改进有成效，实验室安全防护设施配备合理，员工安全有保障。 2. 操作有毒、刺激性、放射性挥发物质，应配备适当的负压排风柜。
2.8.6.5 实验室制定针对不同情况的消毒措施，并保留各种消毒记录。定期（根据不同情况，规定监测时间间隔）监控各种消毒用品的有效性。	【C】 1. 制订针对不同情况的消毒措施，并实施。 2. 有标本溢洒处理流程。 3. 相关人员掌握消毒办法与消毒用品的使用。
	【B】 符合“C”，并 1. 保留各种消毒记录，记录完整。 2. 按照规范对消毒用品的有效性进行监测，发现问题及时整改。 3. 主管职能科室每季度定期检查、分析、反馈。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，消毒管理工作得到有效落实。

评审标准	评审要点
2.8.6.6 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	【C】 1. 依据相关法律法规要求制定实验室废弃物、废水的处理流程，并落实。 2. 每间实验室配有大小适宜、符合规范要求的废弃物专用包装物或盛装容器（特殊位置有盛装破碎玻璃和锐器的专用包装物或利器盒），包装物和容器上有生物危险标识。 3. 医疗废物达到包装物和容器的四分之三时，应使用有效的方式封口，并及时从工作区运走。 4. 实验室应按国家规定对废弃物进行正确分类、收集、转运、暂存和交接，并保存登记记录。 5. 从工作区运出的每个包装物和容器外表面应有警示标识，内容包括：医疗废物产生单位、产生日期、医疗废物类型以及需要的特殊说明等。 6. 所有病原体的培养基、标本、菌种、毒种保存液、高致病性或潜在高致病性标本等在运出实验室之前应进行压力蒸汽灭菌或化学消毒处理后，再按感染性废物收集处理。 7. 实验室的医疗废弃物处理有专人管理，并准确登记记录。 【B】符合“C”，并 1. 科室有明确的责任人，每月定期检查，及时整改，以保证对人员及环境的危害降至最低。 2. 主管职能科室定期（根据实际情况，规定检查时间，如重点部门、关键环节和薄弱环节，每月检查，其他科室可每季度检查）检查监管记录，有改进措施。 【A】符合“B”，并 实验室废弃物、废水处理登记资料完整，处理规范，无污染事件发生。
2.8.6.7 按照国家法律法规和行业标准，实验室不得从事超范围的实验活动。	【C】 1. 实行备案制，有备案文件。 2. 一级实验室不得从事高致病性病原微生物实验活动。 3. 二级实验室从事高致病性病原微生物实验活动要在生物安全柜内进行。 【B】符合“C”，并 三、四级实验室从事高致病性病原微生物或者疑似高致病性病原微生物实验活动的，经省或国家卫生健康委批准。 【A】符合“B”，并 严格按照法律法规要求持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.8.7 临床病理部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。	
2.8.7.1 病理科应具有与其功能和任务相适应的服务项目。	【C】 1. 病理科设置满足医院功能任务需要。 2. 服务项目满足临床工作需求，至少开展石蜡切片、特殊染色、免疫组织化学染色、术中快速冰冻切片、细胞学诊断。 3. 所有收费服务项目符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章、标准的要求。 4. 根据医院的资源情况，部分病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构签订外包服务协议，有明确的外包服务形式与质量保障条款。 【B】符合“C”，并独立开展分子检测。 【A】符合“B”，并病理科集中设置，统一管理。
2.8.7.2 病理科应具有与其功能和任务相适应的工作场所。	【C】 1. 病理科布局合理，符合生物安全的要求，设置标本检查室、常规技术室、病理诊断室、细胞学制片室和病理档案室、接诊工作室、标本存放室、快速冰冻切片病理检查与诊断室、免疫组织化学室和分子病理检测室等，污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒及核查制度。 2. 有独立的淋浴间和淋浴设备。 3. 标本接收室、取材室，有紫外线灯等消毒设备。 【B】符合“C”，并有开展分子检测的PCR实验室，并符合规范要求，有相应的配套设施设备。 【A】符合“B”，并病理科用房面积满足工作需要，环境达到安全防护标准。
2.8.7.3 病理科有必需的专业技术设备。	【C】 1. 石蜡切片机、冰冻切片机或快速石蜡设备、自动脱水机、组织包埋机、通风橱、染色设备、冰箱、一次性刀片或磨刀机、涂片机、恒温箱、烘烤箱或烤片设备、空调和排风设备等。 2. 病理科医师每人配备双目光学显微镜1台。 3. 病理取材室：有直排式专业取材台、大体照相设备、冷热水、溅眼喷淋龙头、紫外线消毒灯、空调等。 4. 免疫组化室：实验台、微波炉、高压锅、冰箱等。 5. PCR实验室：超净工作台、台式低速及高速离心机、生物安全柜、PCR仪、电泳仪、电转仪、杂交炉、水浴箱、DNA测序仪、酶标仪和洗板机等。 6. 标本存放室：专用标本存放柜。 7. 以上设备缺少2项以内。 【B】符合“C”，并全部配备以上设备且配备免疫组化自动染色机。 【A】符合“B”，并配备PCR实验室设备。

评审标准	评审要点
2.8.8 从事临床病理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称任职资格。	
2.8.8.1 病理科的人员配备和岗位设置应满足工作需要，岗位职责明确。	【C】 病理科的人员配置合理，满足工作需要，有各级各类人员岗位职责。
	【B】 符合“C”，并 相关人员知晓并履行本岗位工作职责。
	【A】 符合“B”，并 病理科医师按照每百张病床1-2人配备，技术人员和辅助人员按照与医师1:1的比例配备。
2.8.8.2 由具备病理学诊断所规定资质的医师从事术中快速病理、常规组织病理、细胞病理、免疫病理、超微病理及分子病理的诊断工作。	【C】 1. 出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习1-3年。 2. 快速病理诊断医师应当具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有5年以上病理阅片诊断经历。 3. 无病理执业证书和非病理专业技术任职资格的医师，不得出具病理报告，包括细胞病理学报告。 4. 科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。
	【B】 符合“C”，并 1. 有病理科医师人才培养计划，并落实。 2. 科主任具有正高级病理学专业技术职务任职资格的病理医师 3. 有完善的医师专业水平定期（每半年1次）考核制度。
	【A】 符合“B”，并 科主任具有正高级病理学专业技术职务任职资格的病理医师，病理诊断经验丰富（10年以上），在学术界有一定影响及担任省级以上病理学术团体常委以上职务。
2.8.8.3 由具备病理专业资质的技术人员制作细胞涂片、冰冻切片、石蜡切片、免疫组化、电镜切片和各种分子检测，其质量与时限符合相关规定。	【C】 1. 病理技术人员应当具有相应的专业学历，并接受继续教育与技能培训。 2. 细胞学涂片、冰冻切片、石蜡切片、免疫组化、电镜切片及各种分子检测均是由具备病理专业资质的技术人员制作的，有质量要求与完成时限。 3. 有病理技术人员资格与分级授权管理制度与程序。 4. 未经授权的工作人员不得独立或越级从事各项病理技术。
	【B】 符合“C”，并 1. 继续教育与技能培训人员≥90。 2. 对技能培训考核不合格人员，有再培训的记录。
	【A】 符合“B”，并 对授权的工作人员有再评价、再授权。

评审标准	评审要点
2.8.9 有临床病理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，遵照实施并准确记录。	
2.8.9.1 病理诊断应按照相应的规范，有复查制度、科内会诊制度。	【C】 1. 有规范病理诊断的相关制度与流程。 2. 常规诊断报告准确率$\geq 95\%$。 3. 病理医师进行诊断前，核对申请单和切片核查是否相符。 4. 阅读申请单上所有填写的内容，对于不清楚的内容及时联系送检医师。 5. 阅片时必须全面，不要遗漏病变。 6. 有上级医师会诊制度，并有相应记录。 7. 因特殊原因迟发报告，应向临床医师说明迟发的原因。 8. 疑难病例，应由上级医师复核，并签署全名。 9. 病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明。 10. 有科内疑难病例会诊制度（2 名以上高级职称人员参与），并有相应的记录和签字。 【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 常规诊断报告准确率$\geq 97\%$。 3. 主管职能部门对相关制度落实有监管，重点是肿瘤手术标本的冰冻与石蜡诊断质量。 【A】符合“B”，并 1. 常规诊断报告准确率$\geq 99\%$。 2. 根据监管结果分析，持续改进病理诊断质量。
2.8.9.2 病理诊断报告书应准时、规范、文字准确，字迹清楚。	【C】 1. 病理号、送检标本的科室、患者姓名、性别、年龄、标本取材部位、门诊号和（或）住院号。 2. 标本的大体描述、镜下描述和病理诊断。 3. 其他需要报告或建议的内容。 4. 报告医师签名（盖章），报告时间。 5. 病理诊断报告内容的表述和书写应准确和完整，用中文或者国际通用的规范术语。对于不同系统疾病需按照最新版病理诊断指南进行规范诊断。 6. 有病理诊断与临床诊断不符合时，涉及病变部位或病变性质，需重新审查。 7. 病理诊断报告应在 5 个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外。 8. 严禁伪造病理诊断报告，不得向临床医师和患方提供有病理医师签名的空白病理学报告书。 9. 原始样品过小或在采集过程中挤压严重，或取材代表性不够（如肾脏穿刺未见足够数目的肾小球，肝脏穿刺标本无足够数目的汇管区等），影响正确的诊断，均需在报告中说明。 10. 病理诊断报告在 5 个工作日内发出≥ 85。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述规定得到有效执行。 2. 病理诊断报告在5个工作日内发出$\geq 90\%$。病理报告书写内容与格式书写合格率$\geq 90\%$。 【A】符合“B”，并 病理诊断报告在5个工作日内发出$\geq 95\%$，病理报告书写内容与格式全部符合规范。
2.8.9.3 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。	【C】 1. 病理报告发出后，如发现非原则性的问题，可以补充报告的形式进行修改。 2. 病理报告发出后，如发现原则性的问题则需做出更改并立即通知临床医生。 3. 每一份补充或更改的病理报告均遵循了病理报告补充或更改的制度与审核批准流程，并需在病理档案中有完整记录。 4. 由于某些原因（包括深切片、补取材检测、特殊染色、免疫组织化学染色、脱钙、疑难病例会诊或传染性标本延长固定时间等）延迟取材、制片，或是进行其他相关技术检测，不能如期签发病理学诊断报告书时，需以口头或书面告知有关临床医师或患方，说明迟发病理学诊断报告书的原因。 【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 发出补充、更改或迟发病理诊断报告的医师经过授权，落实到人。 【A】符合“B”，并 病理报告单签字与授权文件符合率100%。
2.8.9.4 有保证细胞学诊断规范、准确的相关制度。	【C】 1. 有细胞学标本采集的相关规范。穿刺细胞学标本的采集，由具备操作资质的病理学医师或临床医师执行，并严格执行无菌操作。 2. 核对申请单与涂片是否相符。 3. 细胞病理诊断报告在2个工作日内发出，疑难病例和特殊病例除外。 4. 细胞学筛查工作由具有资质的筛查人员进行，由病理医师复审签字发出。 5. 细胞病理学诊断报告的签发必须由具有资质的病理医师完成。 【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 对细胞病理学诊断报告的签发有授权，落实到人。 3. 抽查达到规定要求$\geq 90\%$。 【A】符合“B”，并 抽查达到规定要求$\geq 95\%$。

评审标准	评审要点
2.8.9.5 规范的院际病理切片会诊制度。	【C】 1. 具有高级职称的病理医师方能接受院际的病理学会诊。 2. 对诊断时间较长的病例，应考虑到当时对疾病的认知程度、当时的技术条件和诊断标准，对疾病进行一定的解释。 3. 诊断意见必须有会诊病理医师的签字。 4. 需要补做免疫组化、特殊染色及分子病理检查才能明确诊断时，应当向患方说明收费标准、检查需要的时间，并征得患方的同意。 5. 电话咨询中只负责告知会诊报告是否已经签出，不得透露报告的内容，以保护患者的隐私。对接受院际病理切片会诊的病理医师有明确的授权，落实到人。 6. 会诊收费必须严格执行物价规定。 【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 院际会诊资料完整，经过业务主管部门批准。 3. 抽查达到规定要求$\geq 90\%$。 【A】符合“B”，并 1. 抽查发现达到规定要求$\geq 95\%$。 2. 病理科为卫生行政部门授权的本区域病理会诊中心或牵头组织单位。
2.8.10 临床病理报告及时、准确、规范、并严格执行审核制度。建立临床共同机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。	
2.8.10.1 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，解释病理检查结果，为临床诊断与外科手术方案提供支持。	【C】 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，并落实。 【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 不定期地根据患者病情需要召开临床病理讨论会（MDT）；为提升病理与临床沟通与合作，提高业务水平，MDT 活动至少每月一次。 【A】符合“B”，并 临床科室对病理科的满意度高。
2.8.10.2 支持下级医院解决病理诊断问题。	【C】 1. 有支持下级医院提高解决病理诊断问题的相关制度与程序。 2. 开展与下级医院日常病理会诊。 【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 接受下级医院病理医师与技术人员进修与培训。 【A】符合“B”，并 1. 有近三年对下级医院病理医师与技术人员跟踪支持的计划与事实。 2. 能够开展病理医师住院医师规范化培训。

评审标准	评审要点
2.8.11 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。	
2.8.11.1 病理检查的质量管理措施到位。	【C】 1. 由科主任与具备资质的人员组成的质量与安全管理小组,负责本科室医疗质量与安全管理工作。 2. 有保障医疗质量与安全的规章制度、岗位职责、病理技术规范、病理诊断规范和操作常规等质量管理文件。 3. 有科室医疗质量与安全控制指标。 4. 有医疗废物、危险化学品和生物安全管理制度。 5. 有明确的科室内部全面质量管理及持续改进的方案与控制流程。 6. 有新增病理诊断技术应用的审批与管理制度。 7. 有开展质量与安全管理培训教育的相关制度与程序。 8. 相关人员知晓本岗位相关制度与流程。
	【B】 符合“C”,并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 有合理的实验室室内质控规则,有判断差别出现原因的程序与应对措施。有效处理失控,详细分析失控原因,处理方法及评估临床影响。
	【A】 符合“B”,并 质控资料完整,近三年的相关资料证实制度基本得到执行。
2.8.11.2 病理检查申请单必须完整填写患者相关的资料,字迹清晰、内容完整。	【C】 1. 患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室和日期。 2. 患者临床病史和其他(检验、影像)检查结果、手术所见及临床诊断。 3. 取材部位、标本件数。 4. 既往曾做过病理检查者,需由临床医生或者患者提供病史并详细填写病理申请单,需注明病理号和病理诊断结果。 5. 结核、肝炎、HIV、梅毒等传染性标本,需注明。
	【B】 符合“C”,并 1. 有完整资料证实上述规定得到有效执行。 2. 随机抽查申请单均达到要求。
	【A】 符合“B”,并 信息系统支持病理科医师方便调取申请病理检查患者的相关病历资料。

评审标准	评审要点
2.8.11.3 有制度保证从病理标本采集到标本运送到病理科不出现差错,除特别要求外,标本需用10%中性甲醛缓冲液固定。	【C】 1. 标本和申请单的核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人应有登记和相关人员的签字。有标本和申请单交接等相关制度。 2. 标本使用10%中性甲醛缓冲液固定,固定液的量不少于组织体积的3~5倍(要确保标本全置于固定液之中),特殊要求除外。 3. 标本从离体到固定的时间不宜超过半小时。空腔标本和大的实质性脏器标本必须及时切开,固定过夜,第二天取材。 4. 原则上不接收口头申请的标本,特殊情况下,可先按流程接收和处理标本,需在限定的时间内(如24小时)补充书面病理申请单,否则不应出具书面病理报告。 5. 不合格标本包括,申请单与相关标本未同时送达病理实验室;申请单中填写的内容与送检标本不符合;标本上无有关患者姓名、科室等标志;申请单内填写的字迹潦草,不清;申请单中漏填重要项目;标本严重自溶、腐败、干涸等;标本过小,不能或难以制作切片;其他可能影响病理检查可行性和诊断准确性的情况。 6. 不能接收的申请单和标本需当即退回申请医师,不予存放,并记录。 7. 曾被拒收的标本再次送检合格,需在申请单上标注。
	【B】 符合“C”,并有完整的标本交接登记资料,定期(每月)对不合格标本发生原因进行总结分析,反馈到责任科室和个人。
	【A】 符合“B”,并标本交接制度与流程相关人员知晓率100%,并有效执行。
2.8.11.4 病理标本检查和取材规范、有质控措施和记录。	【C】 1. 取材前阅读申请单中的内容,初步判断病变的性质。 2. 核对申请单的编号与标本的编号、标本的份数是否相符,申请单与标本应有双标志和双核对。 3. 标本检查和取材应按照有关的操作规范进行。 4. 有标本观察的文字记录。 5. 有取材工作记录单,取材结束后必须核对组织块。 6. 组织块的编号应该每块分别编号,一一对应。 7. 取材后剩余的标本在标本柜中妥善保存至病理报告发出后的2周。 8. 剩余的病理标本按“医疗废物”的规定处理,不可随意丢弃。
	【B】 符合“C”,并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 科室定期(每月)对取材质量有自查、总结和改进等资料。
	【A】 符合“B”,并持续改进取材工作质量。

评审标准	评审要点
2.8.11.5 常规病理制片应按照相应的规范、有质量控制措施和记录。	【C】 1. 针对不同组织（如小活检、骨组织、淋巴结等），优化制片、染色流程，保证切片质量。 2. 制片过程中如出现异常，应立即与有关的病理医师联系，并报告科主任，查清事实，采取相应的补救措施。常规制片应在取材后 1~2 个工作日内完成。 3. 内镜小的活检、穿刺等需连续切片不少于 6 片。 4. 常规切片的优良率应 $\geq 90\%$ 。
	【B】 符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述规定和程序得到有效执行。 2. 常规切片的优良率应 $\geq 95\%$ 。
	【A】 符合“B”，并 常规切片的优良率应 $\geq 98\%$ 。
2.8.11.6 有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。	【C】 1. 有保证术中快速病理诊断合理使用指征的规定与程序。 2. 有单件标本的冰冻切片制片应在 15 分钟内完成的规定与程序。 3. 有病理诊断报告在 30 分钟内完成的规定与程序。 4. 术中快速病理诊断准确率应 $\geq 90\%$ 。 5. 在术前向患者或近亲属告知术中快速病理诊断的局限性，签署术中快速病理诊断知情同意书。 6. 对于难以明确诊断、交界性病变、送检组织不适宜等状况，病理医师可以不作出明确诊断，等待石蜡切片报告。 7. 术中快速病理诊断报告必须采用书面形式（可传真或网络传输），为防止误听和误传，严禁采用口头或电话报告的方式。 8. 从标本接收到发出报告的时间，应在病理申请单上注明。术中快速病理诊断报告书应由病理医师签署全名。
	【B】 符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 术中快速病理诊断准确率应 $\geq 95\%$ 。 3. 抽查相关人员能按规定流程操作。
	【A】 符合“B”，并 有临床科室和病理科的沟通协调机制，必要时采用冰冻疑难切片会诊，保证冰冻切片诊断的及时性和准确性。

评审标准	评审要点
2.8.11.7 有制度保证特殊染色操作规范。	【C】 1. 每一批次的特殊染色必须设阳性对照,可利用组织中的内对照。每种特殊染色,必须有本实验室的操作规范和技术规程。 2. 更换新的染色试剂后,必须使用染色阳性和阴性组织进行验证,并有相应的文字记录和染色切片档案,相关档案保留2年。 3. 特殊染色时所产生的有毒的污染性液体应专门回收,严禁随处倾倒。 4. 特殊染色结果不能作为最终诊断,必须由病理医师结合形态学综合判断。 5. 特殊染色质量达到室间质评的合格标准,有相关规定与流程。
	【B】 符合“C”,并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 通过实验室室内质控与室间质控,提高特殊染色的质量。
	【A】 符合“B”,并 根据医学新进展,及时改进特殊染色技术,提高特殊染色质量。
2.8.11.8 有制度保证免疫组织化学染色操作的规范和准确。	【C】 1. 有免疫组化技术员经过专门培训与考核授权的相关规定与程序。 2. 每一批次的免疫组化染色必须设阳性对照,可利用组织中的内对照。 3. 必须建立本实验室每种免疫组化染色的操作规程,并及时更新。 4. 更换抗体后,需要有用阳性和阴性组织进行有效性验证,并有相应的文字记录和染色切片档案,相关档案保留2年。 5. 免疫组化染色过程中产生的有毒液体(如DAB)应专门回收,严禁随处倾倒。 6. 病理医师必须熟悉各种抗体染色结果,阳性信号表达部位、其诊断应用范围,以期做到正确的结果判读。 7. 单纯的免疫组化染色结果不能作为最终诊断,必须由病理医师结合形态学综合判断。 8. 免疫组化染色的质量要达到室间质评的合格标准。
	【B】 符合“C”,并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 通过实验室室内质控与室间质控,提高免疫组化染色的质量。
	【A】 符合“B”,并 根据医学新进展,及时改进特殊染色技术,提高免疫组化染色质量。

评审标准	评审要点
2.8.11.9 病理实验室应有仪器、试剂的质控管理制度和完善的记录。建议该项删除目前省内病理科几乎都不能进行尸检工作，需要病理医生进行法医考证才有资格进行尸检工作。	【C】 1. 仪器、试剂和耗材采购、使用符合国家有关规定，达到相关的技术标准，无违规使用未经批准的仪器、试剂和耗材。 2. 有仪器设备的运行、维修档案。 3. 有完整的试剂登记、有效期和使用档案。 4. 有因病理仪器、试剂所致安全事件报告、调查和处理流程。 5. 有冰箱运行温度记录。 6. 有仪器设备、试剂使用制度与程序。 【B】符合“C”，并有完整资料证实上述制度得到有效执行。 【A】符合“B”，并执行无责自愿仪器、试剂所致安全（不良）事件报告制度。
2.8.11.10 参加行业内组织的各种实验室质控活动。	【C】 1. 参加行业内组织的各种实验室质控活动。 2. 有参加评价活动项目的目录/清单。 【B】符合“C”，并有参加省级室间质量评价计划或能力验证计划。 【A】符合“B”，并参加国家级间质量评价计划或能力验证计划。
2.8.12 医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供24小时急诊影像服务。	
2.8.12.1 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。	【C】 1. 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》。 2. 提供医学影像服务项目与医院功能任务一致，能满足临床需要。 3. X线摄影、CT检查提供24小时×7天的急诊（包括床边急诊）检查服务。 【B】符合“C”，并 1. 有明确的服务项目、价格、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告，能遵循执行。 2. CT、MR提供24×7天的急诊检查服务。 3. 有完善的PACS系统。接入医学影像云平台。 【A】符合“B”，并 1. 各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。 2. PACS系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，至少具备3年在线查询，3年以上离线存储功能。

评审标准	评审要点
2.8.12.2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。	【C】 1. 医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。 2. 各级各类人员具有相应资质和执业资格。 【B】符合“C”，并 1. 根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组，由具备副高以上专业技术职称人员负责。 2. 各专业组齐全、设置合理，人员梯队结构合理。 3. 科主任具备副主任医师以上专业技术任职资格。 【A】符合“B”，并 1. 科主任为主任医师，具有较强的学术影响力。 2. 具有3名以上的中青年学术带头人，具备副高级以上专业技术职称。
2.8.12.3 科室有必要的紧急意外抢救用的药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。	【C】 1. 科室有紧急意外抢救预案，有必要的紧急意外抢救用的药品器材。 2. 科室人员熟悉紧急意外抢救预案流程，相关人员经过培训，具备紧急抢救的能力。 【B】符合“C”，并 1. 有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。 2. 科室指定专人负责应急管理，有演练，急救药品器材具有可及性和质量保证。 【A】符合“B”，并 患者发生紧急意外事件时能够迅速开展紧急抢救，并对抢救过程有记录和讨论。
2.8.13 建立规章制度，落实岗位职责，执行技术操作规范，提供规范服务，保护患者隐私，实行质量控制，定期进行图像质量评价。	
2.8.13.1 建立健全各项规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。	【C】 1. 建立各项规章制度和技术操作规范。 2. 有各级各类人员岗位职责。 3. 有质量控制指标。 4. 有不良事件报告制度，并有记录。 【B】符合“C”，并 员工知晓各项规章制度和本人岗位职责，掌握岗位相关的技术操作规范，并能够认真遵守和执行。 【A】符合“B”，并 根据国家相关要求和工作需要，及时对各项规章制度、岗位职责和技术操作规范进行完善和修订。

评审标准	评审要点
2.8.13.2 定期校正放射诊疗设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能,并符合有关标准与要求。	【C】 定期(每月)对放射诊疗设备及其相关设备进行校正和维护,技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求。 【B】符合“C”,并 1.有专职人员负责对设备进行定期(每月)校正和维护,并有记录。 2.每件设备的定期校正和维护均落实到人。 【A】符合“B”,并 设备运行完好率$\geq 95\%$。
2.8.13.3 采用多种形式,开展图像质量评价活动。	【C】 有图像质量评价小组,定期(每月)对图像质量、诊断报告质量进行评价 【B】符合“C”,并 将图像质量评价的结果纳入对部门服务质量与相关人员技术能力评价的内容。 【A】符合“B”,并 有评价结果分析与持续改进措施,不断提高影像图像及诊断报告质量。
2.8.14 提供规范的医学影像诊断报告,有审核制度,有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。	
2.8.14.1 医学影像诊断报告及时、规范,有审核制度与流程。	【C】 1.科室有诊断报告书写规范、审核制度与流程。 2.影像报告由具备资质的医学影像诊断专业医师出具。 3.能够按照时限要求及时提供影像报告。 4.诊断报告按照流程经过审核,有高职医生审核、签名,以保证诊断质量。 【B】符合“C”,并 1.科室每月对诊断报告质量进行检查,总结分析,落实改进措施。 2.PACS系统能为影像诊断提供诊断格式、流程以及审核、质量监管支持。 【A】符合“B”,并 主管职能部门有监督检查,追踪评价,评价结果纳入对科室服务质量与诊断医师技术能力评价内容。
2.8.14.2 有重点病例随访与反馈制度,有疑难病例分析与读片会。	【C】 1.有重点病例随访与反馈相关制度。 2.有专人负责并每周召开疑难病例分析与读片会。 3.疑难病例分析与读片会由科主任或副主任医师以上人员主持。 【B】符合“C”,并 有重点病历随访与反馈、疑难病例分析读片会的完整资料。 【A】符合“B”,并 1.通过重点病例随访分析评价,改进诊断工作,提高诊断质量。 2.疑难病例分析与读片会,参加人员覆盖科室80%医技人员。

评审标准	评审要点
2.8.15 有医学影像设备定期（每月）检测制度、环境保护、受检者防护及工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记录。	
2.8.15.1 有医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。	【C】 1. 有放射安全管理相关制度与落实措施。 2. 有医学影像设备、场所定期（每月）检测制度与落实措施。 3. 有放射废物处理的相关规定并按规定执行。 4. 在放射影像设备检查室门口设置电离辐射警告标志。 5. 医学影像科通过环境评估。
	【B】 符合“C”，并 1. 有定期（每月）放射设备、场所检测报告并对超过标准的设备或场所及时处理的完整资料。 2. 有放射废物处理登记和监管记录。 3. 有医学影像科通过环境评估的环评报告和年度检测报告。 4. 有专人负责安全管理工作。 5. 有落实相关制度的具体措施。
	【A】 符合“B”，并 有专人负责安全管理工作，至少每季度有一次常规安全检查，并根据检查结果，持续改进安全管理。
2.8.15.2 有受检者和工作人员防护措施。	【C】 1. 有完整的放射防护器材与个人防护用品，保障医、患防护需要。 2. 有受检者的防护措施，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护。 3. 影像科放射工作医技人员按照规定佩戴个人放射剂量计。 4. 影像科人员按照规定每年进行健康检查。
	【B】 符合“C”，并 1. 影像检查前医务人员主动告知辐射对健康的影响，指导受检者进行防护。 2. 有对新员工进行放射防护器材及个人防护用品使用方法培训。 3. 有专人负责放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。 4. 有员工放射剂量监测数据分析和针对超标原因的改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 有员工定期（每年）进行放射安全防护培训证书或资料。 2. 职能部门有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。 3. 无放射安全（不良）事件。

评审标准	评审要点
2.8.15.3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。	【C】 1. 有放射安全事件应急预案。 2. 有辐射损伤的具体处置流程和规范。 3. 各相关科室和人员熟悉应急预案、相关流程以及本部门、本科室和本人职责。 【B】符合“C”，并 对于放射安全事件应急预案进行综合演练。 【A】符合“B”，并 有演练或安全事件的总结分析，有整改措施并组织落实。
2.8.16 科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
2.8.16.1 有科室质量与安全管理小组，能够用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进科室医疗质量。	【C】 1. 有科主任、护士长及具备资质的质量控制人员组成科室质量与安全管理小组。 2. 有科室质量管理员，负责本科室的质量与安全管理具体工作。 3. 有质量与安全管理工作方案，教育、培训计划，质量与安全指标。 4. 有质量控制相关的规章制度、岗位职责、技术规范、操作常规。 5. 有医疗安全（不良）事件上报记录。 6. 有医疗差错事故的防范措施与报告、检查、处置规范和流程。 【B】符合“C”，并 1. 根据工作方案，开展质量与安全管理，落实相关措施，有完整工作资料。 2. 有大型影像设备检查阳性率统计与分析，大型X线设备检查阳性率$\geq 50\%$，CT、MRI检查阳性率$\geq 60\%$， 3. 有医学影像诊断与手术后符合率统计与分析，符合率$\geq 90\%$。 【A】符合“B”，并 1. 科室质量与安全管理小组能运用质量管理工具开展质量与安全管理体现持续改进。 2. 质量与安全管理考核结果应用于科室和个人考核。
2.8.16.2 超声科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，提供诊疗服务满足临床需要。	【C】 1. 超声科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记。 2. 提供超声服务项目与医院功能任务一致，能满足临床需要。 3. 超声检查提供24小时$\times 7$天的急诊（包括床边急诊）检查服务。 【B】符合“C”，并 1. 有明确的服务项目、价格、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告，能遵循执行。 2. 配置超声图文工作站。 【A】符合“B”，并 1. 各类超声检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。 2. 能开展超声介入和超声造影项目。 3. 有完善的PACS系统。

评审标准	评审要点
2.8.16.3 根据医院规模和任务配备医疗技术人员,人员梯队结构合理。	【C】 1. 医师和护士配备符合相关规范,满足工作需要。 2. 各级各类人员具有相应资质和执业资格。 【B】符合“C”,并 1. 根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组,由具备副高以上专业技术职称人员负责。 2. 各专业组齐全、设置合理,人员梯队结构合理。 3. 科主任具备副主任医师以上专业技术任职资格。 【A】符合“B”,并 1. 科主任为主任医师,具有较强的学术影响力。 2. 具有3名以上的中青年学术带头人,具备副高级以上专业技术职称。
2.8.16.4 科室有必要的紧急意外抢救用的药品器材,相关人员具备紧急抢救能力,有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。	【C】 1. 科室有紧急意外抢救预案,有必要的紧急意外抢救用的药品器材。 2. 科室人员熟悉紧急意外抢救预案流程,相关人员经过培训,具备紧急抢救的能力。 【B】符合“C”,并 1. 有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。 2. 科室指定专人负责应急管理,有演练,急救药品器材具有可及性和质量保证。 【A】符合“B”,并 患者发生紧急意外事件时能够迅速开展紧急抢救,并对抢救过程有记录和讨论。
2.8.16.5 建立健全各项规章制度和技术操作规范,落实岗位职责,开展质量控制。	【C】 1. 建立各项规章制度和技术操作规范。 2. 有各级各类人员岗位职责。 3. 有质量控制指标。 4. 有不良事件报告制度,并有记录。 5. 有危机值报告制度,并有记录。 【B】符合“C”,并 员工知晓各项规章制度和本人岗位职责,掌握岗位相关的技术操作规范,并能够认真遵守和执行。 【A】符合“B”,并 根据国家相关要求和工作需要,及时对各项规章制度、岗位职责和技术操作规范进行完善和修订。

评审标准	评审要点
2.8.16.6 采用多种形式,开展图像质量评价活动。	【C】 有图像质量评价小组,定期(每周)对图像质量、诊断报告质量进行评价。 【B】符合“C”,并 将图像质量评价的结果纳入对部门服务质量与相关人员技术能力评价的内容。 【A】符合“B”,并 有评价结果分析与持续改进措施,不断提高影像图像及诊断报告质量。
2.8.16.7 超声诊断报告及时、规范,有审核制度与流程。	【C】 1. 科室有诊断报告书写规范、审核制度与流程。 2. 超声报告由具备资质的超声诊断专业医师出具,并有高职医生审核、签名。 3. 能够按照时限要求及时提供超声报告。 【B】符合“C”,并 1. 科室每月对诊断报告质量进行检查,总结分析,落实改进措施。 2. 疑难病例及特殊病例报告按照流程经过审核,有高职医生审核、签名,以保证诊断质量。 【A】符合“B”,并 1. 主管职能部门有监督检查,追踪评价,评价结果纳入对科室服务质量与诊断医师技术能力评价内容。 2. P A C S 系统能为超声诊断提供诊断格式、流程以及审核、质量监管支持。
2.8.16.8 有重点病例随访与反馈制度,有疑难病例分析与读片会。	【C】 1. 有重点病例随访与反馈相关制度。 2. 有专人负责并定期(每周)召开疑难病例分析与读片会。 3. 疑难病例分析与读片会由科主任或副主任医师以上人员主持。 【B】符合“C”,并 有重点病历随访与反馈、疑难病例分析读片会的完整资料。 【A】符合“B”,并 1. 通过重点病例随访分析评价,改进诊断工作,提高诊断质量。 2. 疑难病例分析与读片会,参加人员覆盖科室 80%医技人员。
2.8.16.9 有超声诊断仪器的性能、保养及上报制度。	【C】 每台超声诊断仪器要建立使用记录及故障、修理等档案资料。 【B】符合“C”,并 专人负责、保存完整记录。 【A】符合“B”,并 彩超设备发生故障或性能下降,不能保证临床诊断要求者,及时上报相关部门,评核对该仪器的处理意见,并有完整记录。

评审标准	评审要点
2.8.16.10 有科室质量与安全管理小组，能够用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进科室医疗质量。	【C】 1. 有科主任及具备资质的质量控制人员组成科室质量与安全管理小组。 2. 有科室质量管理员，负责本科室的质量与安全管理具体工作。 3. 有质量与安全管理工作方案，教育、培训计划，质量与安全指标。 4. 有质量控制相关的规章制度、岗位职责、技术规范、操作常规。 5. 有医疗安全（不良）事件上报记录。 6. 有医疗差错事故的防范措施与报告、检查、处置规范和流程。 【B】符合“C”，并 1. 根据工作方案，开展质量与安全管理，落实相关措施，有完整工作资料。 2. 有超声检查阳性率统计与分析，检查阳性率$\geq 70\%$， 3. 有超声诊断与病理、手术符合率统计与分析，符合率$\geq 90\%$。 【A】符合“B”，并 1. 科室质量与安全管理小组能运用质量管理工具开展质量与安全管理，体现持续改进。 2. 质量与安全管理考核结果应用于科室和个人考核。
2.8.16.11 核医学科设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和《放射性同位素及射线装置安全许可管理办法》要求，并取得《放射性药品使用许可证》。	【C】 1. 科室按照清洁区、中间区、污染区“三区”原则划分。污染区墙壁符合放射防护要求。 2. 取得《放射诊疗许可证》、《辐射安全许可证》和《放射性药品使用许可证》。 3. 科室人员知晓本部门、本岗位的工作职责。 【B】符合“C”，并 1. 将放射性同位素及射线装置安全管理纳入部门与相关人员的考核。 2. 职能部门根据有关法律、法规，加强监管。 【A】符合“B”，并 职能部门对问题与缺陷有反馈，对改进成效有评价。
2.8.16.12 有满足需求并符合规定的核医学专业医师、核医学物理师、护师、设备工程师、放射化学师及药物质检人员。	【C】 1. 核医学医师、技师、物理师、化学师、护师均持有《放射工作人员证》，医师、技师、核医学物理师、核医学化学师持有《大型医疗设备上岗证》。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 3. 有专职的设备质控人员。 【B】符合“C”，并 1. 按照卫生行政主管部门规定，定期（每年）接受放射工作人员培训与考核，并有记录。 2. 职能部门有监管，并有记录。 【A】符合“B”，并 职能部门对问题与缺陷有整改意见，对改进成效有评价。

评审标准	评审要点
2.8.16.13 放射性药品的采购必须依法取得环保部门审批, 严格管理。	【C】 1. 所有放射性药品（包括放射性籽粒插植治疗用的籽粒）必须在使用前到环保部门办理转入审批并取得批复。 2. 购买的放射性药品的核素种类及使用量不得超出环保部门的批准范围。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 每周放射性药品转让完成后应到环保部门备案并有记录。 2. 开展放射性籽粒插植治疗项目，职能部门应指导核医学科对放射性籽粒的入库、暂存、出库和放射防护实行全程管理。 【A】符合“B”，并 对药品转入、使用各环节有记录。
2.8.16.14 能够开展常规检查项目、骨转移癌核素治疗及其他放射性核素治疗项目，保证临床需求。	【C】 1. 开展 SPECT 显像常规检查项目。 2. 开展骨转移癌核素治疗及其他放射性核素治疗项目。 【B】符合“C”，并 职能部门对开展的项目有质量与安全监管，对问题与缺陷有分析反馈。 【A】符合“B”，并 对存在问题有持续改进。
2.8.16.15 科主任有质量与安全管理、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标。	【C】 1. 有质量控制小组，负责质量和安全管理。 2. 有保证诊疗服务质量的相关文件，并有工作记录。 3. 有核医学（PET-CT）诊疗规范与质量安全指标。 4. 核医学（PET-CT）报告应有高职医生审核、签发。 【B】符合“C”，并 1. 有对各项规章制度、规范等管理文件的培训、学习记录。 2. 职能部门有监管，并纳入科室年度考核指标。 【A】符合“B”，并 1. 有病例讨论和病例随访制度，定期（每周）组织病例讨论会。 2. 职能部门对问题与缺陷有评价，持续改进有成效。
2.8.16.16 放射性核素分析程序除符合临床生物化学的质量控制要求外，还应有书面质量控制流程。	【C】 1. 放射性分析程序须符合临床生物化学的质量控制标准。 2. 有书面质量控制流程，并有记录。记录包括：背景计数、仪器校准、污染排除的安全检测、处理放射性核素、处理放射活性的垃圾、放置放射活性的材料、监测放射区域。 【B】符合“C”，并 1. 有措施保证使用放射性同位素时工作人员的安全性。 2. 各项质量控制活动需保留记录。 【A】符合“B”，并 职能部门有监管，对问题与缺陷进行追踪，持续改进有成效，有记录。

评审标准	评审要点
2.8.16.17 开展诊断核医学活动应符合 GBZ120-2006《临床核医学卫生防护标准》中的要求。	【C】 1. 放射性药物储存、操作、放射性废物处理应符合放射防护要求。 2. 候诊室应靠近给药室和检查室，设有专用厕所。 3. 给药室与检查室应分开。如必须在检查室给药，应具有相应的防护设备。 4. 给药室、候诊室、检查室应避免无关人员通过。 【B】符合“C”，并 1. 对相关人员有防护知识培训，并有记录。 2. 职能部门对监管中发现的问题与缺陷及时反馈，提出整改措施。 【A】符合“B”，并 职能部门对整改措施落实情况追踪与成效评价，有记录。
2.8.16.18 制定放射安全事件应急预案并组织演练。	【C】 1. 有放射安全事件应急预案。 2. 有辐射损伤的具体处置流程和规范。 3. 各相关科室和人员熟悉应急预案、相关流程以及本部门、本科室和本人职责。 【B】符合“C”，并 对于放射安全事件应急预案进行综合演练。 【A】符合“B”，并 有演练或安全事件的总结分析，有整改措施并组织落实。
2.8.17 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。	
2.8.17.1 介入诊疗技术与医院功能、任务相适应，符合医疗机构基本要求。	【C】 1. 所开展的介入诊疗技术项目与卫生行政部门核准的临床诊疗科目一致，有关介入诊疗项目（如心血管介入）获取准入资格。 2. 介入诊疗技术与医院功能、任务相适应。 3. 有与介入诊疗项目相关临床科室，能为介入诊疗的并发症与其他意外紧急情况处理提供技术支持。 4. 有介入诊疗科室与相关科室共同制定介入诊疗应急预案与工作流程。 5. 相关科室和人员知晓协作职能和工作流程。 【B】符合“C”， 主管部门对开展项目及质量有监管，对存在问题与缺陷有总结，有改进措施。 【A】符合“B”，并 1. 根据临床需要，能提供 24 小时介入诊疗服务。 2. 相关科室协作良好，共同保障患者的诊疗质量与安全。

评审标准	评审要点
2.8.17.2 有满足介入诊疗需求的导管室、大型影像诊断及诊断技术人员。	【C】 1. 有血管造影或介入导管室，设置符合诊疗技术管理规范。 (1) 操作室使用面积符合放射防护及无菌操作等相关要求。 (2) 有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品。 (3) 配备 800mA, 120KV 以上并具有电动操作功能、数字减影功能和“路途”功能，影像质量和放射防护条件良好的血管造影机，并配备高压注射器。 2. 有磁共振（MRI）、计算机 X 线断层摄影（CT）、多普勒超声设备及相配套的专业诊断队伍。 3. 有设备使用及维护技术人员，有保证影像诊断质量的相关措施，并落实。 【B】符合“C”，并 1. 有设备使用管理相关制度，有专人负责，有保养、维护、维修记录。 2. 主管部门对大型仪器设备使用与维护情况有监管与评价，对存在问题有改进措施。 【A】符合“B”，并 1. 大型影像诊断设备实现数字化，有完善的影像存储与传输系统（PACS）。 2. 设备维修响应及时，保障安全运行，保障临床需要。
2.8.17.3 有介入诊疗医师资质的授权管理。	【C】 1. 有对实施介入诊疗医师资质授权管理制度与流程，相关人员知晓，并执行。 2. 在实施介入诊疗前，必须经 2 名以上具有介入诊疗资格的医师决定（其中至少 1 名为副主任医师），并有记录。 【B】符合“C”，并 1. 授权管理落实到每一位医师，能力评价有记录。 2. 主管部门对执行情况有检查，对存在问题有改进措施。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，授权管理落实到位，根据评价结果动态管理，相关资料完整。
2.8.17.4 执行卫生健康行政部门制定的介入诊疗技术管理规范。	【C】 1. 根据卫生健康行政部门制定的介入诊疗技术管理规范，制定实施细则与流程，并严格执行。 2. 有相关人员培训计划、培训方案，并有考核。 3. 在实施介入诊疗前，必须经 2 名以上具有介入诊疗资格的医师决定（其中至少 1 名为副主任医师），并有记录。 4. 相关人员熟练掌握本岗位技术操作规范。 【B】符合“C”，并 主管部门对规范落实情况、培训效果有监督与检查，对存在问题有改进措施。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，相关人员无违规操作事件发生。

评审标准	评审要点
2.8.17.5 掌握介入诊疗技术的适应证和禁忌证,保障患者安全。	【C】 1. 各级医师掌握介入诊疗技术的适应证与禁忌证,并严格执行。 2. 介入诊疗前,手术医师在手术前进行术前评估与访视。 3. 介入诊疗方案确定与实施按照授权规定执行。
	【B】 符合“C”,并 1. 科室定期(每月)对介入诊疗技术的适应证进行回顾与总结,保障介入诊疗质量。 2. 主管部门对介入诊疗技术的适应证有监管与评价,并有改进措施。
	【A】 符合“B”,并 持续改进有成效,介入诊疗管理规范,病例符合介入诊疗的适应证要求。
2.8.17.6 有介入诊疗工作制度、技术操作常规,开展质量控制,定期(每季度)质量评价,保障介入诊疗安全。	【C】 1. 有介入诊疗工作制度、导管室管理制度、技术操作常规和各级各类介入诊疗人员岗位职责。 2. 有心、肺、脑抢救复苏设施和多功能监护系统及急救药品等保障措施。 3. 各级各类人员知晓相关制度和岗位职责,并遵循。 4. 对术后患者进行随访。
	【B】 符合“C”,并 1. 科室对介入诊疗工作有自查,对存在问题有整改措施。 2. 主管部门对介入诊疗全程管理有检查、定期(每季度)评价和分析,对存在问题有改进建议。
	【A】 符合“B”,并 持续改进有成效,介入诊疗管理、术后随访和质量评价工作规范,诊疗能力和水平不断提升。
2.8.17.7 有介入诊疗器材购入、使用登记制度,保证器材来源可追溯。	【C】 1. 有介入诊疗器材购入、使用登记制度,保证器材来源可追溯。 (1) 每一例介入诊疗器材使用者的病历中均有器材使用的识别标志的记录。 (2) 医院对不可重复使用的一次性介入诊疗器材使用流程有明确规定。 (3) 所有一次性器材应按医疗废物管理并记录在案。 2. 所有诊疗器材均有合格的相关证件。
	【B】 符合“C”,并 1. 有多部门联合监督管理机制,职责明确,并能定期(每季度)开展联合检查。 2. 对发现问题和缺陷有总结、分析及整改措施。
	【A】 符合“B”,并 持续改进有成效,全院所有介入器材管理使用规范,可追溯,无违规采购、使用案例。

评审标准	评审要点
2.8.18 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。	
2.8.18.1 具有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。机房建筑应取得国家的合格证书。	【C】 1. 有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。 2. 机房建筑已取得国家的合格证书。 3. 有主管部门的核准与校验。
	【B】 符合“C”，并 主管部门对核准与校验资料进行分析反馈，发现问题及时整改。
	【A】 符合“B”，并 无超核准的“放射治疗”诊疗科目。
2.8.18.2 放射治疗设备具有获得国家卫生行政部门核准的《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。	【C】 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）。 2. 放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。 3. 放射治疗设备证件齐全，符合国家相关准入标准。
	【B】 符合“C”，并 有主管部门监管。
	【A】 符合“B”，并 放射治疗设备使用符合规定。
2.8.18.3 具备开展放射治疗的基本技术。	【C】 1. 根据医院的实际情况开展相应的放疗基本技术。2. 开展技术项目包括：三维适形放疗或调强放疗，占总治疗患者例数的50%以上、已经开展常见恶性肿瘤的根治性放疗、术前或术后放疗等。 3. 放射治疗的基本技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。 4. 对相关技术人员进行相应的放疗的基本技术培训并考核。 5. 相关人员掌握相应的放疗的基本技术。
	【B】 符合“C”，并 主管部门有检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】 符合“B”，并 1. 放射治疗的基本技术管理符合规定要求。 2. 主管部门对落实情况进行追踪与评价，持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.8.18.4 有放射治疗装置操作和维护维修制度与质量保证和检测制度。	【C】 1. 有放射治疗装置操作、维护维修和检测制度。 2. 放射部门在相关的放射场所设置明显的警示标识。 3. 放射治疗机器使用有操作指南、规范的程序及必要的联动设置。 4. 定期（每年）对相关人员进行制度与流程的培训。 5. 相关人员知晓上述制度并执行。
	【B】 符合“C”，并 有专人负责放射治疗装置的维护、维修与检测。有完整的使用、维护、检测、维修记录。科室对落实情况检查、总结，对存在问题与缺陷有整改措施主管部门有监督检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】 符合“B”，并 放射治疗装置维护维修及时，设备安全运行，保障临床使用。
2.8.18.5 有患者与工作人员放射防护制度。	【C】 1. 有患者与工作人员放射防护制度并落实。 2. 有相关工作人员放射防护培训并有证书。 3. 工作人员佩戴个人放射剂量计。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室对落实情况检查、总结，对存在问题与缺陷有整改措施。 2. 主管部门有监督检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】 符合“B”，并 患者与工作人员放射防护达到100%。
2.8.19 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。	
2.8.19.1 有各项医疗管理规章制度和措施，保证医疗质量和安全。	【C】 1. 有各项医疗管理规章制度、操作规范和流程，并有落实措施。 2. 有对相关人员进行制度、操作规范和流程的培训计划，并落实。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的职责并履行职责。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室对落实情况检查、总结，对存在问题与缺陷有整改措施。 2. 主管部门有监督检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】 符合“B”，并 各项医疗管理规章制度落实到位、操作规范，存在问题有持续改进。

评审标准	评审要点
2.8.19.2 放射治疗前由主管医生、物理师共同制定放射治疗计划,并及时调整放疗计划。有放射治疗后的患者随访。	【C】 1. 有讨论放射治疗计划的制度,有放射治疗过程中根据患者情况及时调整放射治疗计划的相关流程。 2. 有放射治疗定位精确与计量准确的相关程序。放射治疗计划规范、定位精确、计量准确。 3. 有对相关人员进行制度与程序的培训。 【B】符合“C”,并 1. 科室对放射治疗相关制度的落实有自查,并对存在的问题有整改措施。 2. 主管部门对科室放射治疗的管理情况有监管,并对存在的问题有整改意见。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,放射治疗管理规范,有效果评价及放射治疗后的患者随访。
2.8.19.3 加强对放射治疗意外事件管理,有放射治疗意外应急预案及处置措施。	【C】 1. 有放射治疗意外应急预案。 2. 有预防放射治疗意外的处置措施、规范与流程。 3. 有对相关人员进行相关培训。 4. 相关人员熟悉并掌握预防放射治疗意外应急预案及处置措施。 【B】符合“C”,并 1. 有放射治疗与核医学工作场所监测记录。 2. 有多种途径便于医务人员主动报告放射治疗意外事件。 【A】符合“B”,并 有放射治疗意外应急演练,根据演练情况改进应急管理。
2.8.19.4 放射诊疗工作人员能掌握心肺复苏基本技能。	【C】 1. 有医院对放射诊疗人员心肺复苏技能培训,并考核合格。 2. 放射诊疗人员能基本掌握心肺复苏基本技能。 【B】符合“C”,并 工作区域配置有可及的相关抢救药品、器材、氧气等。 【A】符合“B”,并 放射科工作人员熟练掌握心肺复苏技术。
2.8.20 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。	

评审标准	评审要点
2.8.20.1 根据医院的功能任务设置诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊检查室，满足临床科室诊疗需求。	【C】 1. 根据医院的功能任务设置诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊检查室，符合国家法律、法规及卫生行政部门规章标准的要求，满足临床科室诊疗需求。 2. 诊疗科目与服务项目经卫生行政部门核准，与执业许可证一致。 3. 使用经核准、可适用的技术。 4. 服务项目收费经物价部门批准。 5. 有主管部门监管。 6. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室要对存在问题与缺陷改进的措施落实情况评价。 2. 职能部门按照制度和流程落实监督检查，并记录问题与缺陷。
	【A】 符合“B”，并 无违规执业，无超范围执业。
	2.8.21 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。
2.8.21.1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求，保证检查质量。并能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。	【C】 1. 特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定。 2. 符合医院感染管理感染的要求，措施到位。 (1) 严格划分患者、检查人员、其他人员所在区域。 (2) 所有诊疗活动与器材消毒、灭菌、医疗废物处理均应遵循医院感染管理法规的要求。 3. 特殊检查所用设备、仪器、药品必须符合国家相关标准，并经验证合格后方可使用，以保证检查质量和患者安全。 4. 所有诊疗活动、各类医疗废物处理符合医院感染管理感染控制的要求。 5. 有主管的职能部门监管。 6. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 对相关的制度、规程文件的培训与教育。 2. 职能部门及医院感染管理部门要注重对规章制度和 workflows 落实情况的监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施。 3. 科室对存在问题与缺陷改进措施落实。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录。

评审标准	评审要点
2.8.21.2 开展诊断核医学活动应符合 GBZ120-2002《临床核医学卫生防护标准》中的要求。	【C】 1. 开展诊断核医学（包括脏器或组织影像学检查、脏器功能测定和体外微量物质分析等）项目经省级卫生行政部门核准。 2. 符合 GBZ120-2002《临床核医学卫生防护标准》中的要求。 （1）工作场所的分级和分区。 （2）工作场所的防护要求。 （3）放射性物质贮存的防护。 （4）放射性药物操作的防护要求。 （5）辐射监测。 （6）放射性废物处理。 3. 具有省级环境保护部门的环境保护检测与合格文件。 4. 有主管的职能部门监管。 5. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 对相关人员有培训与教育的记录。 2. 主管部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有整改措施。 3. 有定期（每半年）监管检查的结果。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录。
2.8.21.3 有明确的事故应急预案。	【C】 1. 医院有应急预案，责任分工明确，并有演练。 2. 放射性操作区应展示简明的应急救援措施指南，并指定该区域的防护负责人。 3. 工作区应备有急救药品和设备。现场急救应根据污染和危险情况而定。 4. 在采取应急救援措施使场所污染程度达到要求后，可宣布结束应急状态。 5. 有主管部门监管。 6. 相关人员知晓本科/室/组的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 对相关人员有培训与教育的记录。 2. 至少每年演练一次，有记录。 3. 职能部门履行监管的责任，对存在问题与缺陷提出整改措施。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录。

评审标准	评审要点
2.8.21.4 临床核医学诊断时的防护符合要求。	【C】 1. 有相关制度与规章、程序等，保障在临床核医学诊断时防护符合要求。 （1）诊断用场所的布局应有助于工作程序，如一端为放射性贮存室，依次为给药室、候诊室、检查室。应避免无关人员通过。 （2）给药室与检查室应分开。如必须在检查室给药，应具有相应的防护设备。 （3）候诊室应靠近给药室和检查室，宜有专用厕所。 （4）仅为诊断目的使用放射性核素。 （5）进行手术时不需特殊防护措施诊断用场所的布局符合要求。 （6）具有相应的防护设备。 2. 有主管部门监管。 3. 相关人员知晓本科/室/组的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 对相关人员有培训与教育的记录。 2. 职能部门对监管中发现的问题与缺陷及时反馈，提出整改措施。 3. 有定期（每半年）监管检查的结果。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对整改措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录。

九、输血管理与持续改进

评审标准	评审要点
2.9.1 落实《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供 24 小时输血服务的能力，满足临床工作需要。	
2.9.1.1 落实《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定法律和规范，制定本院临床用血管理制度并落实。	【C】 1. 根据医院的功能任务设置独立建制输血科，与临床科室诊疗需求相称。 2. 建立临床输血管理相关制度与岗位职责、输血技术操作规范和实施细则，内容涵盖输血管理的全过程，并对相关人员进行培训、考核。 3. 科室有明确的质量与安全管理计划和目标，并组织实施。
	【B】 符合“C”，并 1. 输血科和临床医务人员对输血相关制度知晓率 100%。 2. 各科室按照输血管理制度的要求，开展输血管理工作，对存在问题有改进措施，并得到落实。 3. 主管职能科室进行督导检查，对存在问题进行追踪与改进成效评价，有记录。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，输血管理制度得到有效落实，确保输血质量管理体系有效运行。

评审标准	评审要点
2.9.1.2 按照法律法规规范要求,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。	【C】 1. 输血科人员具备输血、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。 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。 3. 输血科工作人员无影响履行输血专业职责的疾病或者功能障碍。 4. 输血科的房屋设置远离污染源,靠近手术室和病区,布局应符合卫生学要求,污染区与非污染区分开,至少应设置血液入库前的血液处置室、血液标本处理室、储血室、发血室、输血相容性检测实验室,值班室和资料保存室。 5. 必备基本设备:2℃~6℃储血专用冰箱、-20℃以下专用低温冰箱、2℃~8℃试剂冰箱、2℃~8℃标本冰箱、血小板保存箱、溶浆机(血浆解冻箱)、血型血清学离心机、标本离心机、恒温水浴箱、热合机、显微镜等。
	【B】符合“C”,并 1. 输血科实验室建筑与设施符合《实验室生物安全通用要求》,业务区域与生活区域分开,业务用房面积达到相关要求。 2. 人员梯队建设合理。
	【A】符合“B”,并 1. 输血科人员配置与床位数或与年输血量参考比例为1:100(床)1:1000单位(以红细胞成分计算)。 2. 有输血医师,并有输血医师培养计划。
2.9.1.3 具备为临床提供24小时供血服务的能力,满足临床工作需要。	【C】 1. 制订临床用血储备计划,与指定供血单位签订供血协议。 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。 3. 有应急用血的后勤(通信、人员、交通)保障能力。 4. 无非法渠道用血和自采、自供血液的行为。
	【B】符合“C”,并 1. 有特殊用血(如稀有血型)应急协调机制,确保急诊抢救用血。 2. 主管职能科室对供血和应急用血的后勤保障情况有检查、反馈。
	【A】符合“B”,并 1. 能与血站建立血液库存预警机制,及时掌握预警信息,协调临床用血。 2. 持续改进有成效,供血满足临床需要。

评审标准	评审要点
2.9.2 建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程，保障急救用血治疗需要。	
2.9.2.1 建立临床用血审核制度。设立临床用血管理委员会，制定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。	【C】 1. 有临床用血管理委员会，主任由医疗机构主要负责人担任，主管副院长任常务副主任，成员包括医务科、输血科、麻醉科、手术室、开展输血治疗的临床科室、检验科、护理部、感染监控科等科室负责人或相关专家。办公室设在医务科和输血科，负责日常用血管理工作。 2. 有临床用血审核和合理用血等管理相关制度，管理机制完善，流程具体，内容涵盖本机构输血管理的全过程。 3. 有血液库存预警机制、特殊用血（如稀有血型）应急协调机制，有应急用血的后勤（通信、人员、交通）保障能力，满足急救用血治疗需要。 【B】符合“C”，并 医疗主管科室对全院用血工作进行督导、检查，对存在问题进行追踪、分析，提出改进措施并反馈。 【A】符合“B”，并 持续改进临床用血工作并进行成效评价，无临床用血不良事件发生。
2.9.3 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。	
2.9.3.1 加强临床用血过程管理，实行用血分级管理，开展临床用血评价，促进临床合理用血。	【C】 1. 为临床医护人员提供临床用血知识的教育与培训，每年至少一次。 2. 制定本医疗机构临床用血计划。 3. 有临床用血管理制度，内容包括用血分级管理、临床科室和医师临床用血评价及公示等。 4. 临床医师合理用血的评价结果用于个人业绩考核与用血权限的认定有管理规定，并执行。 【B】符合“C”，并 1. 输血科和各临床用血科室每月对医师合理用血、用血权限情况进行分析评价。 2. 主管职能科室有检查、分析、反馈，每季度对各临床科室及医师合理用血情况进行评价公示。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，临床用血合理程度不断提升。

评审标准	评审要点
2.9.3.2 执行输血前相关检测规定,输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险,并签署“输血治疗知情同意书”。	【C】 1. 按照相关规定,对准备输血的患者进行血型及感染筛查(肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体)的相关检测,输血前检测率 100%。 2. 有相关规定要求医师向患者、近亲属或委托人充分说明使用血液成分的必要性、使用的风险和利弊及可选择的其他办法。 3. 取得患者或委托人知情同意后,签署“输血治疗知情同意书”。 4. 《输血治疗知情同意书》入病历保存。 5. 因抢救生命垂危的患者等特殊情况需紧急输血有相关规定与批准流程。 【B】符合“C”,并 1. 医务人员熟悉并严格执行该规定。 2. 主管职能科室对知情同意执行情况有检查、分析、反馈。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,输血治疗知情同意书签署率 100%。
2.9.3.3 有临床用血前评估和用血后效果评价制度,严格掌握输血适应证,做到安全、有效、科学用血。	【C】 1. 有临床用血前评估和用血后效果评价制度,内容包括根据患者病情和实验室检测结果,进行输血指征综合评估的指标。 2. 医院对输血适应证有严格管理规定,每月评价与分析用血趋势,做到安全、有效、科学用血。 【B】符合“C”,并 1. 科室对临床用血执行情况(输血适应症、输血前评估指征、检测指标、输血后效果评价等记录)有自查。 2. 主管职能科室对安全、有效、科学用血有检查、分析、反馈。 【A】符合“B”,并 1. 持续改进有成效,用血前评估和用血后效果评价工作落实到位。 2. 输血前评估指征或检测指标 100%符合规范要求。
2.9.3.4 输血治疗病程记录规范。	【C】 医院有输血治疗病程记录的相关规范,并执行。 (1) 输血治疗病程记录完整详细,至少包括输血原因,输注成分、血型和数量,输注过程观察情况,有无输血不良反应等内容。 (2) 不同输血方式的选择与记录。 (3) 输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。 (4) 手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中输血量与发血量一致。 【B】符合“C”,并 有输血治疗病程记录质量的督导检查和改进措施。 【A】符合“B”,并 落实整改措施有成效,输血治疗病程记录完整、规范。

评审标准	评审要点
2.9.3.5 建立输血标本采集流程,执行输血前核对制度。	【C】 1. 有采集血标本的流程。 2. 采集完成后必须核对标本标识与受血者是否相符。 3. 输血前,按照规定的流程检查从输血科领出血液,做到准确无误。 (1) 血液发出前,必须核对用于输血的血液,其标签标记的血型与受血者的血型无误或红细胞相容。 (2) 按规定检查领取的血液必须与输血记录单相符,确认受血者是否正确。 (3) 血液发出时必须附相容性检测的记录。 (4) 血液发出前,还要检查全血和成分血是否发生溶血、是否有细菌污染迹象,以及其他肉眼可见的任何异常现象。 4. 由输血科发血者和临床科室领血者共同按规定或流程执行核对。 5. 有相关流程的培训与考核,并有记录。 【B】符合“C”,并 输血科与临床科室按照制度和流程要求检查落实情况,对存在问题及时整改。 【A】符合“B”,并 主管职能科室按照制度和流程落实监督检查,对存在的问题与缺陷追踪评价,有改进成效。
2.9.4 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。	
2.9.4.1 建立与麻醉科和手术科室有效的沟通方式。	【C】 1. 输血科与麻醉科和手术科室建立有效沟通机制,通过多种形式和途径沟通,及时接受咨询。 2. 通过有效的途径(如现场宣讲、提供网络资料等)宣传与培训临床用血知识。 【B】符合“C”,并 1. 建立输血与麻醉科和手术科室间的协调会议制度,共同改进输血工作质量。 2. 每年不少于2次对沟通信息进行总结分析,针对共性问题开展培训。 【A】符合“B”,并 1. 参与疑难输血病例会诊,配合临床用血事件及输血不良反应的调查。 2. 持续改进有成效,不断提升输血的工作质量。

评审标准	评审要点
2.9.4.2 制定自体输血的流程预规范,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。	【C】 1. 医院制定了自体输血、围手术期血液保护等输血技术的管理制度。 2. 医院具备开展血液保护相关技术的设备条件。 3. 医务人员掌握血液保护相关技术并能积极开展工作。 4. 医院对术中输血适应症有严格管理规定,每月评价、分析用血趋势。 【B】符合“C”,并 1. 科室有自体输血和异体输血管理情况自查,并有与上年度用血量比较的数据信息。 2. 医务人员掌握术中输血适应症相关规定,做到合理、安全输血。 【A】符合“B”,并 持续改进有成效,自体输血率不断提升。
2.9.5 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。	
2.9.5.1 开展血液质量管理监控,建立输血管理信息系统,做好血液入库、贮存和发放管理。	【C】 1. 有输血管理信息系统。 2. 有制度,对血液预订、接收核对、入库、贮存、出库及库存预警等内容进行管理。 3. 血液的出入库和有效期内使用情况记录完整,并有出入库记录完整率和血液有效期内使用率等统计数据。 4. 用血的发血单、输血记录单规范,信息记录完整。 5. 有保证血液贮存、运输符合国家有关冷链控制的标准和要求。 【B】符合“C”,并 1. 信息管理系统必须涵盖血液出入库及配发血的全过程。 2. 库存预警方案实施有效。 3. 冷链控制有自动温控系统。 【A】符合“B”,并 1. 信息管理系统包括全部输血人员信息、输血管理全过程(包括血液预订、医生申请及不良反应上报等)以及质量与安全管理等功能。 2. 持续改进有成效,血液出入库及配发血工作符合规范。
2.9.5.2 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度,并落实。	【C】 1. 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。 2. 输血科有专人对血液贮存(存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等)有监测,并记录。 (1) 不同血型的全血、成分血分型分层存放或不同冰箱存放,标识明显。 (2) 储血冰箱有不间断的温度监测与记录。 (3) 血液保存温度和保存期符合要求。 (4) 贮血冰箱每周消毒,记录保存完整。 (5) 贮血冰箱每月进行细菌监测,记录保存完整。 3. 一次性输血耗材进行无害化处理,有记录。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求，检查落实情况，对存在问题及时整改。 【A】符合“B”，并 主管职能科室按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，持续改进有成效。
2.9.5.3 根据行业规范要求制定输血全过程血液质量管理监控机制并落实。	【C】 1. 根据相关法律法规和临床输血技术规范制定输血全过程血液质量管理监控的管理制度和流程。 2. 制定使用输血器和辅助设备（如血液复温）的操作规范与流程。 3. 输血中要监护输血全过程，有输血反应处理预案报告与流程，发现输血不良反应和处理时间精确到分钟记录在病历中。 4. 血液发出后，受血者和供血者标本于 2-6℃ 保存至少 7 天。 5. 从发血到输血各个交接环节有记录，时间精确到分钟。 【B】符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。 【A】符合“B”，并 主管职能科室按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
2.9.5.4 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。	【C】 1. 有控制输血严重危害（SHOT）的方案。 （1）监测输血的医务人员经培训，能识别潜在的输血不良反应症状。 （2）有确定识别输血不良反应的标准和应急措施。 （3）发生疑似输血反应时医务人员有章可循，并应立即向输血科和患者的主管医师报告。 2. 输血科应根据流程调查发生不良反应的原因。 3. 主管职能科室会同输血科对输血不良反应评价结果的反馈率为 100%。 4. 相关部门对相关人员进行确定识别输血不良反应的标准和应急措施的再培训考核。 【B】符合“C”，并 1. 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。 2. 有血液输注无效的管理措施。 3. 有输血传染性疾病的的管理措施和上报制度。 【A】符合“B”，并 1. 相关医务人员熟悉输血严重危害（SHOT）方案、处置规范与流程，知晓率 100%。 2. 主管职能科室按照制度和流程落实监督检查，对 存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。

评审标准	评审要点
2.9.5.5 有输血相容性检测实验室管理制度和流程。	【C】 1. 有输血相容性检测实验室的管理制度。 2. 能提供输血前的检测项目包括：A B O正反定型、R h D、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物及不规则抗体筛检等项目。 3. 能提供需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作等应进行的输血相容性检测。 4. 交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。 5. 用于输血相容性检测的仪器设备、试剂应符合相应标准。
	【B】 符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】 符合“B”，并 主管职能科室按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，改进有成效。
2.9.5.6 落实输血相容性检测实验质量管理要求，确保输血安全。	【C】 1. 建立和实施与检测项目相适应的室内质量控制流程，包括： (1) 质控品的技术规则定义。 (2) 质控品常规使用前的确认。 (3) 实施质控的频次。 (4) 质控品检测数据的适当分析方法。 (5) 质控规则的选定。 2. 有试验有效性判断和失控的判定标准。 3. 对失控的结果调查分析、处理，并记录。
	【B】 符合“C”，并 1. 参加国家或省级室间质量评价时，应按常规检测方法与常规检测标本同时进行，且成绩合格。 2. 输血科对于室内失控项目和室间质量评价不合格的项目，及时查找原因，采取纠正措施。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，室内质控和室间质评规范参加，输血相容性检测质量不断提高，确保输血安全。

十、医院感染管理与持续改进

评审标准	评审要点
2.10.1 按照《医院感染管理办法》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。	
2.10.1.1 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。	【C】 1. 有独立的医院感染管理部门，配备数量充足、专业合理的专兼职人员，医院感染管理工作负责人为副高及以上专业技术职称。 2. 有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。至少每年召开两次工作会议，有会议记录或会议简报。 3. 重点科室有医院感染预防控制质量管理小组，负责科室院感质量管理，有职责、工作计划与工作记录。 4. 科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。 5. 有上述组织的工作制度与职责。 6. 医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标。并依据上级部门与医院感染的有关要求，制定工作实施计划并落实。 7. 相关人员知晓本部门、本岗位职责并履行。 【B】符合“C”，并 1. 有对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况的监督检查，定期（每半年1次）召开专题会议，对感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈及改进措施。 2. 对上级主管检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容。 【A】符合“B”，并 1. 院科两级医院感染组织机构健全，人员配置满足临床需求。 2. 体系运行顺畅，医院感染防控工作中遇到的问题得到及时解决。
2.10.1.2 完善医院感染管理与控制制度。	【C】 1. 有根据国家相关法律法规不断修订和完善医院感染的预防与控制制度。 2. 有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的具体措施，并落实。 3. 医院感染管理相关人员熟知相关制度、工作流程及所管辖部门院感特点。 4. 全体员工熟知本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并执行。 【B】符合“C”，并 1. 职能部门有计划和相关制度对科室医院感染管理工作进行指导，保障医院感染管理工作落实。 2. 院科两级医院感染管理组织对相关制度落实情况有监督检查，对发现问题及缺陷及时反馈，有持续改进措施。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.10.1.3 有传染病防控应急预案并组织实施。	【C】 1. 有全员传染病防治知识和技能培训的计划。 2. 传染病防治的法律、法规、规章、技术操作规范。 3. 传染病流行动态、诊断、治疗、疫情报告、预防。 4. 传染病的处置规范与处置流程。 5. 职业暴露的预防和处理等。 【B】符合“C”，并根据传染病疫情，适时开展传染病处置演练，根据演练总结改进传染病管理，提高应急处置能力。 【A】符合“B”，并医院员工（含外聘）传染病防治知识与技能考核合格率 100%，传染病处置流程知晓率 100%。
2.10.1.4 有医院感染暴发报告流程与处置预案。	【C】 1. 有医院感染暴发报告流程与处置预案。 2. 有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。 3. 有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施。 4. 按要求上报医院感染暴发事件。 5. 相关人员对医院感染暴发报告流程和处置预案知晓率达 100%。 【B】符合“C”，并 1. 根据医院感染暴发确定、指挥系统、重点科室、重点人员情况制定各类演练的脚本，并进行演练。 2. 有医院感染暴发处置演练效果评价报告，对存在问题有改进措施，相关资料可查询。 3. 有医院感染暴发报告的信息核查机制。 【A】符合“B”，并 1. 对医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。 2. 有对存在问题所采取的改进措施和成效进行追踪。
2.10.1.5 有医院感染管理培训计划、培训大纲和培训教材，实施全员培训。	【C】 1. 有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容。 2. 有培训责任部门，根据不同人员设计相关知识与技能等培训内容，并有考核。 3. 相关人员掌握相关知识与技能。 【B】符合“C”，并落实培训计划，有完善的培训、考试及考核管理，相关资料完整。 【A】符合“B”，并对培训效果进行追踪与成效评价，培训后的医务人员医院感染预防与控制知识与技能达到岗位要求。

评审标准	评审要点
2.10.2 按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测，控制并降低医院感染风险。	
2.10.2.1 有重点环节、重点人群与高危因素的监测。控制并降低医院感染风险。	【C】 1. 有针对重点环节、重点人群与高危因素管理与监测计划，方法、范围及监测质量控制要求。 2. 有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施。 3. 重症医学科导管相关性血源感染（CRBSI）千日感染率；呼吸机相关肺炎（VAP）千日感染率；尿路感染（UTI）千日感染率（工作量，感染率，数据来源追踪）。 4. 有对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。 【B】符合“C”，并 1. 科室落实自查情况及存在问题总结、分析、报告机制，有改进措施。 2. 主管部门对科室监测情况进行（每半年1次）核查指导，对存在的问题，及时反馈，并提出整改建议。 【A】符合“B”，并 1. 手术部位感染（%）按手术风险分类，年手术量、切口感染率数据来源追踪。 2. 对重点环节、重点人群、主要部位的特殊感染控制有效。 3. 医院信息系统定期（每月1次）对重点环节、重点人群与高危因素监测及分析，满足临床工作需要，对医院决策提供支持作用，并取得效果。
2.10.3 医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期（每月1次）开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期（每季度）通报医院感染监测结果并加强横向比较。	
2.10.3.1 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（每季度）开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期（每季度）通报医院感染监测结果并加强横向比较。	【C】 1. 医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。 2. 有医院感染监测指标体系，开展监测工作并记录。有医院监测计划，有目标性监测、全院综合性监测，监测的目录/清单范围符合《医院感染监测规范》要求。 3. 每年开展现患病率调查，调查方法规范。 4. 科室能按照制度和流程要求，监测《医院感染监测规范》要求的全部项目，并有记录。 5. 医院感染监控覆盖全部医院感染监测项目及不同标本类型。有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 有医院感染监测记录与分析报告，有失控原因、处理方法及影响程度分析，提出预防及改进措施。 2. 主管部门对数据来源、数据真实性和可靠性进行追踪和分析、总结与反馈，对存在的问题进行督促整改。 3. 监测数据进行横向比较并有分析报告。医院感染管理组织定期（每季度）对监测信息进行分析讨论，有会议记录或简报，定期（每季度）发布医院感染监测信息，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议。 【A】符合“B”，并 医院信息系统能够提供对医院感染危险因素监测及分析，其结果对医院感染预防及控制决策提供支持作用，并取得效果。医院感染监测指标真实、准确、完整，能为医院感染管理提供依据，持续改进医院感染管理工作。
2.10.3.2 有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T 312-2009）开展监测工作并记录。	【C】 1. 有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T 312-2009）开展监测工作并记录。 2. 有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。 【B】符合“C”，并 医院感染管理组织定期（每季度）对监测信息进行分析讨论，有会议记录或简报，定期（每季度）发布医院感染监测信息，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议。 【A】符合“B”，并 医院感染监测指标真实、准确、完整，能为医院感染管理提供依据，持续改进医院感染管理工作。
2.10.4 消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准	2.10.4 消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准
2.10.4.1 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	【C】 1. 有全院和重点部门的消毒与隔离工作制度。 2. 有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂，相关产品符合国家的有关要求，证件齐全，质量和来源可追溯。 3. 定期（不同设备检测不一样，有每月、每季度、每半年）对有关设备设施进行检测、消毒剂有效性进行监测。 4. 有对医务人员进行相关知识、消毒与隔离技术的教育与培训，有培训考核记录。

评审标准	评审要点
	5. 重点部门（如重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等）布局流程合理，消毒与隔离制度落实到位。 6. 为医务人员提供合格的防护用品。 7. 相关人员知晓上述内容并落实。 【B】符合“C”，并 1. 有多部门与科室协作管理机制，对消毒与隔离工作存在问题与缺陷分析、总结，提出改进措施。 2. 主管部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题，进行及时整改。 【A】符合“B”，并 医院消毒与隔离工作制度落实到位，所有医务人员防护用品符合国家规定。
2.10.5 按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。	
2.10.5.1 按照《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。	【C】 1. 建立医院手卫生管理制度。 2. 定期（每半年）开展手卫生知识与技能的培训，并有记录。 3. 手卫生设施种类、数量、安置的位置、手卫生用品等符合《医务人员手卫生规范》要求。 4. 医务人员手卫生知识知晓率 100%。 【B】符合“C”，并 1. 有院科两级对手卫生规范执行情况的监督检查，有整改措施。 2. 按照医院规定的周期进行手卫生依从性监测与反馈。 【A】符合“B”，并 1. 医务人员手卫生依从性不断提高，洗手方法正确率≥95。 2. 监测方法科学能真实反映实际情况。
2.10.6 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。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。	
2.10.6.1 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，实施监管与改进。	【C】 1. 针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合实际工作，制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。 2. 有对多重耐药菌控制落实的有效措施，包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、保洁与环境消毒的制度等。 3. 根据细菌耐药性监测情况，加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物的合理使用。 4. 有落实耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）或耐万古霉素肠球菌（VRE）的控制措施。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测，细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。 2. 有主管部门对多重耐药菌医院感染情况的监督检查，根据监管情况采取相应改进措施。 【A】符合“B”，并 1. 多重耐药菌医院感染控制有效，抗菌药物使用合理。 2. 医院临床微生物实验室能满足临床对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性、耐药模式以及同源性分析的需求。
2.10.6.2 有预防多重耐药菌感染措施培训。	【C】 对临床医护人员和微生物实验室或检验部门的人员进行预防多重耐药菌感染措施的培训制度、培训计划及落实措施。 【B】符合“C”，并 有相关人员多重耐药菌感染危险因素、流行病学以及预防与控制措施等知识培训，相关资料可查询。 【A】符合“B”，并 除达到“B”要求外，还应有对培训效果的追踪总结，多重耐药菌感染预防和控制有效。
2.10.6.3 有细菌耐药监测及预警机制。	【C】 1. 有细菌耐药监测及预警机制，并定期（每季度）进行反馈。 2. 各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。 3. 有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。 4. 有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。 【B】符合“C”，并 1. 有上述细菌耐药监测变化趋势图。 2. 主管部门、药事管理组织联合对细菌耐药监测和预警，有干预措施。 【A】符合“B”，并 有多部门对细菌耐药情况联合干预措施，并有成效。
2.10.7 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。	
2.10.7.1 医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。	【C】 1. 消毒供应中心设置符合感控布局要求。 2. 有医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范。管理制度健全。 3. 有消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果有监测的程序与规范，判定标准。 4. 消毒供应中心人员知晓相关规范并执行

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测落实到位，并有原始记录与监测报告。 2. 主管部门对落实情况有监管、评价，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 消毒供应中心物流管理实行全程信息化管理。 2. 消毒供应中心质量达到相关规范，灭菌合格率 100%。
2.10.7.2 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。	【C】 1. 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。 2. 医务人员及相关人员遵循手卫生规范，有相应的设备。 3. 相关器械处理符合感染控制要求。 4. 相关科室制定相关消毒隔离制度并有效落实。 5. 有预防呼吸机相关肺炎、导管相关性血行感染，留置导尿管相关性感染等相关制度及措施。 6. 落实抗菌药物临床使用相关规定。
	【B】符合“C”，并 1. 科室有对抗菌药物使用情况、医院感染管理定期（每季度）分析、评价及整改措施。 2. 有主管部门履行监管责任，有分析、评价、反馈及整改措施。
	【A】符合“B”，并 医院感染得到有效控制。
2.10.8 按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训。	
2.10.8.1 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。	【C】 1. 有医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。 2. 污水处理系统符合相关法律法规的要求。 3. 有专人负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格。
	【B】符合“C”，并 主管部门对制度与岗位职责落实情况有监管评价和记录。
	【A】符合“B”，并 有根据监管情况的改进措施并得到落实。

评审标准	评审要点
2.10.8.2 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，加强医疗废物管理相关人员培训。	【C】 1. 具有符合要求的医疗废物暂存间。 2. 医疗废物处置设施设备运转正常，有运行日志。 3. 有医疗废物管理相关培训计划，体现不同岗位的特点。 4. 医疗废物分类规范，包装物、容器符合规范要求。 5. 建立完善的转移、交接记录，便于溯源。 6. 操作人员使用符合要求的防护用品。 7. 医疗废物处理符合环保要求，污水处理系统通过环保部门评价。 【B】符合“C”，并 主管部门依据相关标准和规范进行监管评价和记录。 【A】符合“B”，并 1. 有根据监管情况改进工作的具体措施并得到落实。 2. 无环保安全事故。
2.10.9 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。	
2.10.9.1 血液透析室分区布局、设施、设备符合国家法律法规及行业规范的要求。	【C】 1. 血液透析室根据医院感染控制要求，布局流程合理。 2. 每个血液透析单元使用面积不少于3.2平方米，水处理间的使用面积不低于水处理机占地面积的1.5倍。 3. 配备满足工作需要的血液透析机、水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等基本设备；急救设备齐全；有必要的职业防护物品；开展透析器复用的，应当配备相应的设备。 4. 至少配备具备1台能够上网的电脑，确保信息上报。 【B】符合“C”，并 主管部门对血液透析布局及血液透析保障管理有检查，有问题和缺陷能及时反馈，并有改进建议。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，布局与分区、设施与设备配置完全符合相关规定。
2.10.9.2 医、护、技岗位设置满足医院功能与任务要求。	【C】 1. 至少有2名执业医师，其中至少有1名具有肾脏病学中级以上专业技术职务任职资格。20台血液透析机以上，每增加10台血液透析机至少增加1名执业医师；血液透析室负责人应当由具备肾脏病学副高以上专业技术职务任职资格的执业医师担任。 2. 每台血液透析机至少配备0.4名护士；血液透析室护士长或护理组长应由具备一定透析护理工作经验的中级以上专业技术职务任职资格的注册护士担任。

评审标准	评审要点
	3. 至少有 1 名技师，该技师应当具备机械和电子学知识以及一定的医疗知识，熟悉血液透析机和水处理设备的性能结构、工作原理和维修技术。 4. 上述岗位有明确职责。 5. 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。 【B】符合“C”，并 1. 有保障岗位配置和人员培训的管理措施。 2. 有主管部门履行监督管理职责，对问题和缺陷有改进措施。 【A】符合“B”，并 对医、护、技人员的履职能力进行定期（每年）评价，各岗位配置符合规范。
2.10.9.3 有质量管理制度与岗位职责。	【C】 1. 有质量管理制度和岗位职责，按照《血液净化标准操作规程》开展血液透析质量及相关工作，建立合理、规范的血液透析治疗流程。 2. 有岗位职责，相关人员知晓其履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 对相关制度、岗位职责、技术规范、操作规程的落实情况进行检查。 2. 对血液透析室的重点环节和影响医疗安全的高危因素进行监测、分析和反馈，提出控制措施。 【A】符合“B”，并 通过信息系统加强血液透析质量监测，追踪和分析相关数据，促进质量持续改进。
2.10.9.4 安全保障措施到位，有设备的操作规范与设备维护制度。	【C】 1. 有设备的操作规范，使用者经过培训。 2. 建立透析设备档案，对透析设备进行日常维护，保证透析机及其他相关设备正常运行。设备使用与维护有记录。 【B】符合“C”，并 对制度落实情况进行监督检查并记录，对存在的问题与缺陷有改进措施。 【A】符合“B”，并 设备操作规范，设备维修响应及时，使用、维修记录完整，改进措施落实。
2.10.9.5 有紧急意外情况与并发症的紧急处理预案。	【C】 1. 有紧急意外情况（停电、停水、火灾、地震等）的处理预案。 2. 有常见并发症（透析中低血压、肌肉痉挛、恶心和呕吐、头痛、胸痛和背痛、皮肤瘙痒、失衡综合征、透析器反应、心律失常、溶血、空气栓塞、发热、透析器破膜、体外循环凝血）的紧急处理流程。 3. 对上述内容有培训，相关人员均能熟练掌握。 4. 对应急预案与处理流程有演练（至少每年一次），有记录，有讨论与评价。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 有完整的意外情况及并发症登记，定期（每半年）总结分析，有改进措施。 2. 按规定实施不良事件无责报告。 【A】符合“B”，并 对措施落实情况进行追踪与成效评价，有持续改进。
2.10.10 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》。	
2.10.10.1 血液透析机符合国标要求。	【C】 1. 血液透析机设置符合国标要求。 2. 有设备档案与记录，每一台透析机都建立档案，档案内容至少包括透析机的出厂信息（技术信息和操作信息）、操作运行和维修记录等。 3. 在用的透析机运转正常，超滤准确、监测系统和报警系统工作正常，有定期（每半年）校验记录。 4. 有操作运行和维修记录。 【B】符合“C”，并 1. 科室对存在问题与缺陷有改进措施。 2. 主管部门进行追踪与成效评价。 【A】符合“B”，并 各项工作记录完整。
2.10.10.2 在用水处理设备的前处理和反渗机运转正常，供应充足的反渗水。	【C】 1. 水处理设备符合国标要求。 2. 有设备档案与记录，至少包括水处理设备的出厂信息（技术信息和操作信息）、消毒和冲洗记录、出现的问题和定期（每年）维修记录。 3. 反渗水供应线路上不设开放式储水装置，防止二次污染的措施。 4. 有操作运行和维修记录。 【B】符合“C”，并 1. 科室对存在问题与缺陷有改进措施。 2. 主管部门进行追踪与成效评价。 【A】符合“B”，并 各项工作记录完整。
2.10.10.3 透析液配制符合要求。	【C】 1. 透析液和透析粉符合国家标准。 2. 透析液配制有操作常规。 【B】符合“C”，并 科室按照制度和流程落实监督检查并记录。 【A】符合“B”，并 主管部门对问题与缺陷进行追踪，持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.10.10.4 有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程,有完整的水质量监测记录。	【C】 1. 有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程。 2. 有完整的水质量监测记录。 (1) 透析用水符合相关规范。参照美国医疗器械协会(AAMI)对血液透析用水的要求管理。 (2) 透析用水定期(每日)进行残余氯及硬度检测及电导率监测(前处理系统)。 (3) 透析液内毒素和反渗水化学污染物检测合格。
	【B】 符合“C”,并 科室有监督检查,对发现的问题有改进措施。
	【A】 符合“B”,并 职能部门对问题与缺陷进行追踪,持续改进有成效。
2.10.10.5 血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。医院对透析器复用有管理制度和流程,患者知情同意有明确的规定。	【C】 1. 血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。对透析器复用有明确的管理制度和流程。 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。 3. 医院对透析器复用的知情同意有明确的规定。 (1) 复用前应向患者或其家属、授权委托人说明复用的意义及可能遇到的不可预知的危害,可选择是否复用并签署知情同意书。 (2) 乙型肝炎病毒抗原、丙型肝炎病毒抗体标志物阳性的患者,以及艾滋病毒携带者或艾滋病患者禁止复用。对可能通过血液传播的传染病患者不能复用。 4. 所有复用记录都应符合医学记录的要求,需注明记录日期及时间并签名。
	【B】 符合“C”,并 1. 复用登记记录完整,复用案例与透析器可追溯。 2. 科室有监督检查,对发现的问题有改进措施。
	【A】 符合“B”,并 医院感染管理与职能部门对问题与缺陷进行追踪,持续改进有成效。

评审标准	评审要点
2.10.10.6 对从事血液透析器复用的人员资质有规定。	【C】 - 从事血液透析器复用的人员必须是护理人员、技术员或经过培训的专门人员。复用人员经过充分的培训及继续教育，能理解复用的每个环节及意义，能够按照每个流程进行操作，并符合复用技术资格要求。 - 复用过程中对消毒剂过敏的患者使用过的血液透析器不能复用。 - 有血液透析器复用操作流程，有设备检测记录。 - 复用设备合理设计，并经测试能够完成预定的任务。 - 血液透析器复用只能用于同一患者，标签必须能够确认使用该血液透析器的患者，复用及透析后字迹应不受影响，血液透析器标签不应遮盖产品型号、批号、血液及透析液流向等相关信息。 - 抽查血液透析器复用次数均不超过规定要求。 - 采用半自动复用流程，低通量血液透析器复用次数应不超过5次，高通量血液透析器复用次数不超过10次。 - 采用自动复用流程，低通量血液透析器推荐复用次数不超过10次，高通量血液透析器推荐复用次数不超过20次。 - 废弃血液透析器有登记、有处理流程。 【B】符合“C”，并 科室有监督检查，对发现的问题有改进措施。 【A】符合“B”，并 医院感染管理与职能部门对问题与缺陷改进情况进行追踪与成效评价，有持续改进。

十一、中医诊疗质量保障与持续改进

评审标准	评审要点
2.11.1 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。	
2.11.1.1 中医科设置符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求。	【C】 - 中医科为医院的一级临床科室，设立中医门诊。 - 科主任具有中医类别副主任医师任职资格，中医师具备中医类别任职资格。 - 护士接受过中医药知识、技能岗位培训。 【B】符合“C”，并 三级医院门诊开设中医专业≥3个，二级医院门诊开设中医专业≥2个。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，中医科设置独立病区。

评审标准	评审要点
2.11.1.2 根据医院规模和临床需要,所设置的中药房与中药煎药室符合《医院中药房基本标准》《医疗机构中药煎药室管理规范》等要求。	【C】 1. 根据医院规模和临床需要,设置符合相关法律法规要求的中药房与中药煎药室,允许医院不设立中药煎药室,实行中药饮片代煎服务。 2. 有中药质量管理的相关制度,对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。 3. 煎药室的位置、环境、通风、消防、煎药设施设备、容器及环境维护等符合相关规定。 4. 相关人员知晓本岗位的履职要求。 5. 医院可委托具有资质的机构进行中药饮片代煎服务,医院对开出的处方质量负责,并对代煎服务各个环节质量情况进行监督。
	【B】 符合“C”,并 职能部门对中药房与中药煎药室工作有检查与监管。
	【A】 符合“B”,并 持续改进有成效,中药房与中药煎药室管理规范。
2.11.2 建立中医诊疗规范,开展中医特色护理,提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	
2.11.2.1★ 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。	【C】 1. 有体现中医特色的诊疗规范。 2. 有中医护理常规、操作规程,体现辨证施护和中医特色。 3. 为患者提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。
	【B】 符合“C”,并 1. 科室定期(每季度1次)开展自查与整改。 2. 职能部门有督查和反馈,有改进措施并落实。
	【A】 符合“B”,并 持续改进有成效。

第三章 医院管理

一、管理职责与决策执行机制

评审标准	评审要点
3.1.1 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理。	
3.1.1.1 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。医院应对重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大）须经集体讨论，集体决策并按管理权限和规定报批与公示，由职工监督。	【C】 1. 在医院章程中有加强党的领导和党的建设有关要求，上报卫生健康行政部门备案。 2. 有较完善的责任机制、用人机制、决策机制、执行机制、激励机制、考核机制和约束监督机制。 3. 集体讨论决定重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等“三重一大”事项，并按规定报批与公示，接受职工监督。 4. 重大事项实施前需有院党委（党总支）、职代会通过，并在决议中有记载。 5. “三重一大”事项按管理权限和规定报批，按信息公开规定予以公示。 【B】符合“C”，并 1. 多种渠道和方式公开“三重一大”信息，党员知晓率≥90%，职工知晓率≥80%。 2. 相关重大事项应事前充分论证，并进行风险评估。 【A】符合“B”，并 相关事项应充分征求并尊重员工意见。
3.1.1.2 加强和改进医院领导人员管理，加强班子效能建设。	【C】 1. 医院领导人符合任职基本条件、基本资格和工作经历，并实行任期制。 2. 落实医院党委书记作为医院第一责任人，院长在医院党委的领导下，认真贯彻执行党委研究通过的决定决议，每年年底就医疗、教学、科研、行政管理等工作向党委会议述职。 3. 医院党委书记、院长分设和领导班子成员选配调整工作，医院班子成员有明确分工，报上级主管部门备案，院领导和职能部门管理职责与责任明确。 4. 院领导不兼任临床科室负责人。 5. 院领导班子及职能科室负责人共同参与研究、讨论、决策医院发展相关问题。 6. 院领导深入科室，开展行政查房。 【B】符合“C”，并 院领导定期（至少每年1次）将工作情况向职代会或全体员工述职，接受职工的评议。 【A】符合“B”，并 班子效能建设取得良好成效，职工评价高。

评审标准	评审要点
3.1.2 公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	
3.1.2.1 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，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	【C】 1. 加强党的建设，明确党组织发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。 2. 落实医院党委书记第一责任人责任和班子其他成员“一岗双责”。 3. 党委按时换届备案，有独立纪委机构，纪委书记参加院长办公会议。 4. 实行集体领导和个人分工负责相结合的制度，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施。 5. 有明确的党委会议议事规则、院长办公会议议事规则、党委书记与院长定期（至少每周1次）沟通制度、医院发展委员会会议事决策规则等议事决策制度。 6. 医院党总支、党支部及时换届。并突出基层党组织政治功能，参与业务发展、人才引进、薪酬分配、职称晋升、评优评先、设备配置等重大问题的决策。
	【B】 符合“C”，并 1. 党的建设得到强化，党组织领导作用发挥明显。 2. 党委和行政班长议事决策程序规范，有效。
	【A】 符合“B”，并 医院管理高效，职工满意度高。
3.1.2.2 实行党委领导下的院长负责制，院级领导应把主要精力用于医院管理工作，职责范围明确，认真履职。	【C】 1. 实行党委领导下的院长负责制。院领导和职能科室管理职责明确，共同参与研究、讨论、决策医院发展相关问题。 2. 院长在医院党委的领导下，认真贯彻执行党委研究通过的决定决议，每年年底就医疗、教学、科研、行政管理等工作向党委会议述职。 3. 医院领导职责分工明确，不兼任临床科室负责人，集中精力抓医院管理工作，院领导深入科室，开展行政查房。 4. 院领导定期（至少每年1次）将工作情况向职代会或全体员工述职，接受员工的评议。 5. 建立党委主导、院长负责、支部教育管理监督、科室主抓、党务行政工作机制齐抓共管的医德医风工作机制。
	【B】 符合“C”，并 1. 医院党委书记支持院长依法依规独立负责地行使职权。院长在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。 2. 落实党支部、全体员工参与医院管理，并提出建议和意见。
	【A】 符合“B”，并 员工参与医院管理得到体现。

评审标准	评审要点
3.1.3 医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。	
3.1.3.1 医院有明确的组织架构图，能清楚反映医院组织架构。各部门和科室命名规范。	【C】 1. 有组织架构图，能清楚反映医院组织架构。 2. 各部门和科室命名规范。 【B】符合“C”，并 组织架构及职能院内公示并传达到全院职工。 【A】符合“B”，并 医院运行状况与组织架构图相符，并能依据职能调整及时更新。
3.1.3.2 依据医院组织架构，制定全院性工作制度和岗位职责，明确各部门职能划分，体现分层管理。各部门据此制定内部工作制度和流程。	【C】 1. 依据医院组织架构，制定完整的全院性工作制度和岗位职责，各部门职能划分明确。 2. 有各部门工作制度和岗位职责。 3. 能依据组织架构和职能调整，及时更新。 【B】符合“C”，并 1. 医院对各部门工作制度和岗位职责统一审核、调整、发布。 2. 有多种渠道（如编印成册、上网等）方便员工查阅。 【A】符合“B”，并 管理人员对本部门、本岗位工作制度、工作流程和岗位职责知晓率 100%，并自觉落实执行，成效良好。
3.1.3.3 部门内或部门间建立恰当的信息传达和沟通协调机制。建立多部门共同参与的联席会议制度，定期（每季度至少召开 1-2 次）召开会议并有记录。	【C】 1. 定期（每季度 1 次）召开部门内会议研究相关工作，根据工作需要，召开跨部门工作会议（如职能部门间、院—科间、临床—护理、临床—医技间等），建立沟通协调机制。 2. 有多部门共同参与的联席会议或扩大的院长办公会议，研究重大事项贯彻落实及协调等工作，每季度至少召开 1-2 次，并有记录查询。 3. 每次会议有明确议题和明确牵头部门。 【B】符合“C”，并 1. 会议重要决定能有效传达到相关部门和员工。 2. 效能管理部门对执行每次会议决议有监督检查、追踪落实。 【A】符合“B”，并 1. 沟通效果良好，促进团队协作。 2. 执行会议决议有成效。

评审标准	评审要点
3.1.4 医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期（至少每年1次）对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。	
3.1.4.1 医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期（至少每年1次）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。	【C】 1. 医院建立全员学习机制，学习文化氛围浓厚，定期组织各级管理人员参加法律法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。 2. 相关管理人员接受培训人数≥80%，培训时数每人每年≥12个学时。 【B】符合“C”，并 1. 医院与科室领导掌握现行的有关法律法规和部门规章，并能够定期（至少每年1次）参加管理技能培训，掌握管理技能。 2. 医院至少能运用一至二项质量管理改进的方法及质量管理常用技术工具。 【A】符合“B”，并 医院对有关法律法规有效执行，将管理工具运用于工作实际并取得良好成效，有总结或医院管理论文、专著发表。
3.1.5 加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。	
3.1.5.1 医院有信息公开管理部门、工作制度与程序。	【C】 1. 医院有信息公开工作制度与程序。 2. 有“院务公开领导小组”，有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。 3. 信息公开工作部门人员熟悉信息公开相关法律、法规、规章和工作制度、岗位职责、处理程序。 【B】符合“C”，并 1. 院务公开纳入年度工作目标管理。 2. 根据实施情况，及时更新信息公开制度及流程。 【A】符合“B”，并 1. 有院务公开的考评资料和改进措施。 2. 多部门协作机制有效，保证工作持续改进。
3.1.5.2 按照有关规定，明确应当公开的信息。	【C】 向社会公开的主要内容有：医院资质信息、医疗质量、医疗服务价格和收费信息、便民措施、集中采购招标、行业作风建设情况等。 【B】符合“C”，并 有相关资料证实上述信息已经按照要求予以公开。 【A】符合“B”，并 信息公开工作部门对公开的信息进行监管，及时更新有关信息。

评审标准	评审要点
3.1.5.3 向患者提供查询服务或提供费用清单。	【C】 向患者提供医疗服务中所使用的药品、血液及其制品、医用耗材和接受医疗服务的名称、数量、单价、金额及医疗总费用等情况的查询服务或提供相应的费用清单。
	【B】 符合“C”，并有相关资料证实上述规定已经执行。
	【A】 符合“B”，并患者对提供的服务满意度高。
3.1.5.4 通过便于公众知晓的方式公开信息。	【C】 有便于公众知晓的多种方式公开信息，如医院网站、公告或者公开发行的信息专刊、广播、电视、报刊等新闻媒体、信息公开服务、监督热线电话、单位的公共查阅室、资料索取点、信息公开栏、信息亭、电子屏幕、电子触摸屏等场所或设施等。
	【B】 符合“C”，并有对于公开方式与公开内容的效果评价和社会评价调查。
	【A】 符合“B”，并社会评价对公开方式与公开内容满意。
3.1.5.5 院务公开内容完整，信息发布及时。	【C】 院务公开内容明确，至少有以下项目：医院重大决策事项、运营管理、人事管理、领导班子和党风廉政建设情况等。
	【B】 符合“C”，并有完整的信息发布登记。
	【A】 符合“B”，并院务公开内容符合要求，信息发布及时、真实、准确。
3.1.5.6 广大职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。	【C】 1. 有多种形式方便职工获取公开的信息。 2. 鼓励职工监督院务公开工作，通过座谈会、网络信息交流、职代会等多种途径听取职工意见。
	【B】 符合“C”，并 1. 有院务公开的效果评价，改进院务公开工作。 2. 职工有多种渠道提供意见和建议。
	【A】 符合“B”，并通过征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，改进医院管理工作。

评审标准	评审要点
3.1.6 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。	
3.1.6.1 制订对外委托服务项目管理制度。	【C】 1. 有主管职能部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订对外委托服务的遴选、管理等相关制度和办法。 2. 所有对外委托服务项目都应有明确的、详细的合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。 3. 有对外委托服务项目的评估和审核制度与程序。
	【B】符合“C”，并 1. 有对外委托服务项目的监督考核机制。 2. 有考核记录，对违约事实根据合同落实违约责任。 3. 能根据实际情况（如政策法规、功能任务变化等）定期（至少每年1次）与外包业务承包者进行沟通和协商，必要时修订外包合同。
	【A】符合“B”，并 1. 有年度对外委托服务项目管理的质量安全评估报告。 2. 有年度对外委托服务项目管理的内部审计报告。 3. 持续改进有成效，所有对外委托服务项目管理符合要求。

二、人力资源管理

评审标准	评审要点
3.2.1 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。	
3.2.1.1★ 设置人力资源管理部门，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健全。	【C】 1. 设置专职人力资源管理部门，职责明确。 2. 有人力资源管理制度与程序，并能够根据有关部门要求及时更新。 3. 人力资源制度完整健全，通过多种渠道公布，方便职工查询。
	【B】符合“C”，并 1. 相关人员对本部门、本岗位的履职要求知晓率≥80%。 2. 建立健全全员聘用制度和岗位管理制度。
	【A】符合“B”，并 人力资源部门组织健全，制度完善，能够满足需要。
3.2.1.2★ 医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案。	【C】 1. 有人力资源发展规划，符合医院功能任务和。 2. 有人才梯队建设计划，符合持续发展需要。 3. 有人力资源配置原则与工作岗位设置方案。 4. 有人力资源配置调整方案与调整程序。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 有落实人力资源发展规划的具体措施并得到落实。 2. 人才梯队合理，满足医院持续发展需要。 3. 人力资源配置与岗位设置方案得到落实。 4. 按照人力资源配置调整标准和程序，根据医疗工作需求适时合理调整配置。 【A】符合“B”，并 1. 人才梯队建设、人力资源配置满足医院需求，符合相关标准要求。 2. 落实国家关于住院医师规范化培训学员就业“两个同等待遇”政策。聘用本科住培合格学员数不低于当年招聘总数 20%-25%。
3.2.1.3★ 卫生专业技术人员配置及其结构适应医院任务的需要。	【C】 各级各类卫生技术人员配比合理。 (1) 卫技人员与开放床位之比不低于 1.15: 1。 (2) 卫技人员占全院总人数≥70%。 (3) 护理人员占卫技人员总人数≥50%。 (4) 病房护士与病房实际开放床位之比不低于 0.4: 1。 【B】符合“C”，并 病房护士：实际开放床位≥0.6:1。 【A】符合“B”，并 人力资源配置满足需要，与实际开放床位规模相一致。
3.2.1.4★ 专业技术人员具备相应岗位的任职资格。	【C】 1. 在院执业的卫生技术人员全部具备相应岗位的任职资格，执业注册地点在本院。 2. 主要临床、医技科室均配有高级卫生技术人员，配备主任医师/或正高职称的科室≥70%。 3. 多点执业的地区按照卫生行政部门规定执行。 【B】符合“C”，并 1. 有专业技术人员任职资格审核程序。 2. 有专业技术人员任职资格档案资料。（经过审核认证的复印件）。 【A】符合“B”，并 有岗位任职资格落实情况监管，无未经注册开展执业或跨专业、超范围执业。
3.2.2	有公共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，建立专业技术档案。

评审标准	评审要点
3.2.2.1 有公共透明的卫生专业技术人员资质的认定与聘用。	【C】 1. 职能部门为每位卫生专业技术人员建立个人技术考评档案，并存有个人的资质文件（经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件）。 2. 卫生专业技术人员有明确的岗位职责，并具备必须的技术能力。 3. 有公共透明的卫生专业技术人员资质的认定与聘用制度和流程，卫生专业技术人员熟悉本人的岗位职责和履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 按照聘用周期对卫生专业技术人员资质（包括：业务水平、工作成绩和职业道德）进行重新审核评估。 2. 有高危操作项目（含手术与介入）授权制度与程序。 3. 科室有卫生专业技术人员履职考核记录与评价。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对卫生专业技术人员履职情况监管，进行授权后的追踪与成效评价，作为个人考核、聘用依据。
3.2.2.2 外来短期工作人员的技术资质管理。	【C】 1. 有外来短期工作人员的技术资质管理的规定、规范与程序。 2. 有对直接从事临床诊疗工作的国内、外来访者的资质管理制度，并与国家的法律法规和卫生行政部门现行规定相符。 3. 对国内、外来访者直接从事临床诊疗工作所发生的医疗不良事件的处理与后果承担责任。
	【B】 符合“C”，并 国内、外来访者直接从事病人临床各种有创诊疗时，事先取得病人书面知情同意。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对管辖范围内的外来短期工作人员进行监管，有详细的监管记录，有工作质量追踪与成效评价。
3.2.3 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。	
3.2.3.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。	【C】 1. 医院领导班子成员通过任职培训、岗位培训和专题培训等方式定期（至少每个评审周期内1次）参加职业化培训。 2. 医院定期（至少每年1次）组织各级管理人员参加法律、法规、管理知识及相关技能的培训。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 管理人员均接受管理相关培训，每人每年培训时数≥ 12个学时。 2. 医院管理干部通过内部轮岗、挂职锻炼、对口支援或者援外等方式加强实践锻炼。 【A】符合“B”，并 1. 医院管理人员能够运用工具分析和解决管理问题，管理水平得到提高。 2. 职业化建设持续推进有成效，领导班子政治素质、管理能力和专业水平得到加强。
3.2.4 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。	
3.2.4.1 实行卫生专业技术人员岗前培训制度。	【C】 1. 有新员工岗前培训制度。 2. 有卫生专业技术人员轮岗、转岗的上岗前培训制度。 3. 有指定的职能部门负责相应的岗前培训工作。 【B】符合“C”，并 1. 在针对不同培训要求制定的岗前培训大纲、教学计划中，员工能力建设是必选项目。 2. 有培训考核记录并将考核结果列入个人技术档案。 3. 有完整的岗前培训资料。 【A】符合“B”，并 有岗前培训教学质量评价和岗前培训的效果评价，持续改进岗前培训工作。
3.2.4.2 实施住院医师规范化培训。	【C】 1. 基本条件符合《住院医师规范化培训基地认定标准（试行）》，培训遵循《住院医师规范化培训内容与标准（试行）》。 2. 住培管理制度健全，培训经费使用有序，专项账户、专款专用。 3. 独立设置全科医学科，有符合全科教学要求的全科门诊、全科病房。 4. 在国家和省级评估中无红黄牌。 【B】符合“C”，并 1. 落实住院医师规范化培训“一把手”责任制，培训基地、职能管理部门、专业基地三级管理机构健全，职责明确。 2. 住培领导小组、院级督导组、专业委员会管理和监督机构健全，职责明确，作用发挥良好。 3. 过程管理严格，规范开展教学活动和过程考核，结业考核成绩高于全省平均线。 【A】符合“B”，并 住培结业考核成绩高于国家平均线。

评审标准	评审要点
3.2.4.3 实施卫生专业技术人员继续教育制度。	【C】 1. 根据卫生部、教育部《继续医学教育规定（试行）》《黑龙江省卫生技术人员继续医学教育管理办法》制定本院继续医学教育方案，实施卫生技术人员全员继续医学教育项目和学分管理。 2. 有继续医学教育组织机构，有职能部门负责具体组织实施。 3. 有保障继续医学教育的资金投入和完善的设备设施。 4. 有定期（至少每年1次）的继续医学教育督导检查，持续改进工作，检查结果与科室、个人考核挂钩。 5. 有继续医学教育信息库，有包括全院、科室、个人实施继续医学教育的统计、评价、考核等资料。 6. 有承担政府指令性培训任务相关管理制度。 【B】符合“C”，并 1. 全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率$\geq 90\%$。 2. 近3年承担省级继续医学教育项目≥ 6个或承担国家级继续医学教育项目≥ 3个。 3. 近3年承担政府指令性培训任务≥ 1个。 【A】符合“B”，并 1. 全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率$\geq 95\%$。 2. 近3年承担省级继续医学教育项目≥ 9个或国家级继续医学教育项目≥ 6个。 3. 近3年承担政府指令性培训任务≥ 3个。
3.2.5 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	
3.2.5.1 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	【C】 1. 有职业安全防护应急预案。 2. 有员工职业暴露损害的紧急处理程序和措施。 3. 有职业安全防护的教育培训。 4. 有职业安全监测制度。 5. 有职能部门负责职业安全管理。 【B】符合“C”，并 1. 有员工的个人健康档案。 2. 有高危岗位的个人安全监测（如放射剂量监测）记录档案。 【A】符合“B”，并 主管的职能部门有监管记录、职业损害根因分析、职业安全评价，制定改进措施并得到落实。

评审标准	评审要点
3.2.6 关注员工身体和心理健康，保障员工合法权益。	
3.2.6.1★ 开展定期（至少每年1次）体检、建立健康档案，组织职工参加体育健身活动。	【C】 1. 有部门和人员负责员工身体健康管理。 2. 有完善的员工健康管理标准。 3. 有针对性的对职工开展健康体检和健康教育，组织职工参加体育健身等健康促进活动。
	【B】符合“C”，并 1. 建立员工健康档案。 2. 建立健身房、瑜伽室等，免费为职工体育健身提供活动场所。
	【A】符合“B”，并 持续改进员工健康管理工作。
3.2.6.2★ 开展心理健康教育，建立心理健康档案，制定解压措施和构建心理健康文化。	【C】 1. 有部门和人员负责员工心理健康管理。 2. 有明确压力来源的办法，构建减弱或消除共同的压力源的措施。 3. 有针对性的开展心理健康教育，引导健康生活方式。
	【B】符合“C”，并 1. 建立员工心理健康档案，掌握心理健康状态。 2. 通过建立“心理减压室”等多种具体措施让心理减压有效。
	【A】符合“B”，并 持续改进员工心理管理工作。
3.2.7 医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期（至少每年1次）考核、晋升的重要依据。	
3.2.7.1 医院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（至少每年1次）考核、晋升的重要依据。	【C】 1. 有将科室医疗质量管理情况纳入科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优管理的相关制度与程序。 2. 有将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期（至少每年1次）考核、晋升重要依据的相关制度与程序。 3. 医护人员熟知上述制度与程序。
	【B】符合“C”，并 医疗质量主管的职能部门参与考核、晋升、评先评优中医疗质量认定环节，有总结、分析，定期在医疗质量管理委员会上进行反馈，制定改进措施并得到落实。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，保证医疗质量管理呈持续提高状态。

三、财务和价格管理

评审标准	评审要点
3.3.1 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度。	
3.3.1.1 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，会计核算规范。	【C】 1. 根据相关法律法规的要求，制订健全医院财务管理制度，执行政府会计制度，并根据政策法规变动情况及时更新。 2. 实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，医院财务活动在院长及总会计师领导下，由医院财务部门集中管理。 3. 履行财务监督职责，有内部监督制度和经济责任制。 4. 医院的各项经济业务或事项依据政府会计制度和准则规范进行会计核算。 5. 按规定向主管部门和财政部门报送财务报告，年度财务报告经过注册会计师审计。 【B】符合“C”，并 1. 定期（至少每年1次）开展财务管理制度的培训与教育，对更新后财务管理制度有培训的记录。 2. 财务监督实行事前、事中、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，并接受上级有关部门监督。 【A】符合“B”，并 1. 无违法违规案件，无“小金库”。 2. 有定期（至少每年1次）财务管理总结分析，持续改进财务工作。
3.3.1.2 人员配置合理，岗位职责明确。	【C】 1. 专职人员配置到位，会计人员持证上岗。 2. 岗位设置合理、岗位职责明确。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 财务部门负责人有会计师以上专业技术职务资格或至少从事会计工作5年以上经历。 2. 有人员业务培训和执行记录。 【A】符合“B”，并 不兼容岗位、重要岗位有轮转机制，转岗前进行新岗位上岗培训。

评审标准	评审要点
3.3.1.3 三级公立医院实行 总会计师制度。	【C】 1. 三级公立医院实行总会计师制，根据《医院财务制度》规定明确总会计师的职责和权利。 2. 总会计师知晓本岗位的履职要求，统筹管理医院经济工作。 【B】符合“C”，并 1. 总会计师承担相应的财务活动领导和管理责任。 2. 医院对总会计师履职有保障机制。 【A】符合“B”，并 财务管理与监督体系完善，财务管理规范有序、监督有效，有持续改进。
3.3.2 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	
3.3.2.1★ 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	【C】 1. 按照预算编制的规定，根据医院职能和发展的需要以及存量资产情况，编制预算草案。 2. 严格执行财政部门批复的预算，并逐级分解，落实到责任科室和责任人。 3. 定期进（至少每年2次）行预算执行结果的分析和考核，从数量、质量、实效、成本、效益等方面实施预算绩效考评。 4. 按照规定及时编制年度决算报财政部门审核，并依据审核意见及时调整数据。 【B】符合“C”，并 1. 对预算执行情况开展绩效评价，并向本单位相关人员报告预算执行情况，提高预算管理水平。 2. 将部门预算执行结果、成本控制目标实现情况和业务工作效率作为内部综合绩效考核内容，定期（至少每年1次）进行考核。 【A】符合“B”，并 1. 有预算制度执行情况分析报告和相关改进措施，提高预算管理水平。 2. 将科室预算绩效考评结果与绩效分配、员工待遇挂钩。
3.3.2.2★ 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。	【C】 1. 具备规范、完整的预算管理制度，并按规范程序认真执行。 2. 预算支出的编制需贯彻勤俭节约的原则，严格控制运行经费。 3. 按照预算科目执行支出，控制预算资金的调剂，确需调剂使用的，按照规定办理。 4. 上一年预算的结余资金按规定办理。 【B】符合“C”，并 落实预算执行主体责任，对本科室的预算执行结果负责。 【A】符合“B”，并 定期（至少每年1次）开展预算、决算的分析和考核，完成考核报告，具备有效的整改措施、实现整改目标。

评审标准	评审要点
3.3.2.3★ 实行全面预算管理，医院所有收支全部纳入预算管理。	【C】 1. 按规定对预算收入和支出进行管理，上缴预算收入，安排预算支出。 2. 将所有政府收入全部列入预算，及时、足额征收应征的预算收入，不得下达收入指标。 3. 按照批复的预算执行支出，落实到责任科室。 【B】符合“C”，并 1. 政府的全部收入及时上缴国库。 2. 不改变预算支出的用途、不虚列支出。 【A】符合“B”，并 1. 全口径、全过程、全员性、全方位预算管理。 2. 强化预算约束，未经批准的预算不支出。
3.3.3 实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。	
3.3.3.1 实行全成本核算管理，控制运行成本，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。	【C】 1. 有全成本核算工作方案及相关制度，各部门职责明确，按流程开展全成本核算，加强成本管控。 2. 成立成本核算工作领导小组，明确成本核算部门，设置成本核算岗位。按规定设置成本项目、和核算单元，进行数据归集和全成本核算。 3. 定期（至少每年1次）编制成本核算报表和成本分析报告，全面反映医院成本核算情况。 4. 以大数据方法对成本投入产出、医疗资源利用效率等进行评价，提高效率、节约费用。 【B】符合“C”，并 1. 开展诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本、按疾病诊断相关分组（DRG）成本核算。 2. 开展成本分析，提出成本控制建议，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。 【A】符合“B”，并 发挥成本核算在医疗服务定价、成本控制和绩效评价中的作用。
3.3.3.2 控制医院债务规模，降低财务风险。	【C】 1. 有收支结余、流动负债和非流动负债管理制度，非流动负债按规定报有关部门审批。 2. 不违反规定举借债务或者为他人债务提供担保，或者挪用重点支出资金。 3. 加强债务风险管理，严禁举债建设、严格控制对外投资。 【B】符合“C”，并 对不同性质的负债分别管理，及时清理并按照规定办理结算，保证各项负债在规定期限内归还。 【A】符合“B”，并 有根据监管评价建议，持续改进负债管理工作，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内。

评审标准	评审要点
3.3.4 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核流程和申报程序。	
3.3.4.1★ 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。	【C】 1. 有价格管理制度、业务流程、考评指标及奖惩标准，并组织实施。 2. 医疗收费行为规范，有效管理内部价格行为，维护患者与医疗机构的合法权益。 3. 建立价格公示制度，在服务场所显著位置公示常用价格，价格发生变动时及时调整，公示咨询、投诉电话。 【B】符合“C”，并 兼职价格工作人员协助价格管理部门，做好本科室医疗服务价格管理、公示及医疗服务价格政策解释工作。 【A】符合“B”，并 建立科学有效的价格管理体系，对医院价格的申报、调整、公示、执行、核查、考核、评价等全过程组织实施和管理，合理监控医疗服务成本，提升价格管理质量。
3.3.4.2★ 完善医药收费复核制度。	【C】 1. 建立医药收费复核制度，有明确的工作流程。 2. 临床、医技科室正确执行医疗服务价格政策，实施行医疗服务价格复核。 3. 价格管理部门做好价格政策宣传与解释、指导，定期（至少每年1次）检查价格政策执行情况，对门（急）诊、住院患者费用等进行检查，并将检查结果反馈科室，及时纠正不规范收费行为。 【B】符合“C”，并 价格管理部门每月按照出入院人数的一定比例随机抽取在院、出院病历和费用清单进行检查并做好记录。提出整改建议并向有关科室及人员通报，并纳入绩效考核管理。 【A】符合“B”，并 建立医药收费内部检查的长效机制。
3.3.4.3★ 确保医药价格管理系统信息准确。	【C】 1. 建立价格管理信息化制度，明确相关部门和岗位的职责与权限，确保软件系统操作与维护数据的准确性、完整性、规范性与安全性。 2. 根据国家有关规定调整价格，准确维护医药价格数据库信息，有保障信息真实、准确的措施。 3. 提供价格咨询服务，有价格投诉处置机制和处理程序，有专人负责价格投诉处置工作，处理及时。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并进行医疗服务价格维护或调整时，系统必须有相关记录，有对数据处理过程中修改权限与修改痕迹的控制措施。
	【A】符合“B”，并加强医疗服务价格电子信息档案管理，包括电子文件的存储、备份及保管，信息完整准确。
3.3.4.4★ 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。	【C】 1. 建立新增医疗服务价格项目管理制度，项目立项和价格申报有明确的流程和程序。 2. 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程，项目经价格管理委员会审核论证后，报省级卫生健康行政部门按照医疗服务价格项目技术规范进行规范确认后，方可申报价格。
	【B】符合“C”，并按照《医疗技术临床应用管理办法》（国家卫生健康委令第1号）及其他相关管理规范的规定，坚持新增医疗服务价格项目以技术准入（许可）为先的原则。
	【A】符合“B”，并新增医疗服务价格项目内部审核和申报，以成本和收入结构变化为基础、体现技术劳务价值。
	3.3.5 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。
3.3.5.1 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程。	【C】 1. 按照规定建立不同采购方式的政府采购制度和流程。集中采购目录以内的或者采购限额标准以上的设备、货物、工程和服务的采购项目按政府采购制度和流程执行。采购方式选择公开招标方式的，适用招标投标法。 2. 按照相关规定，药品、高值耗材统一在省药械采台上采购，按时支付货款，管理规范。 3. 应当实行部门集中采购，但有特殊要求的项目，具备省级以上人民政府批准，方可自行采购。 4. 组织对供应商履约的验收。大型或复杂的项目，邀请国家认可的质量检测机构参加验收工作。
	【B】符合“C”，并严格按照批准的预算执行政府采购。
	【A】符合“B”，并持续改进有成效，招标采购管理规范，无违规事件。

评审标准	评审要点
3.3.5.2 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。	【C】 1. 有采购管理和监督部门，对采购业务开展风险评估和廉政风险防控工作。 2. 合理设置采购业务关键岗位，配备关键岗位人员，明确岗位职责权限，确保采购预算编制与审定、采购需求制定与内部审批、招标文件准备与复核、合同签订与验收、采购验收与保管、付款审批与付款执行、采购执行与监督检查等不相容岗位相互分离。 3. 加强采购档案管理。采购文件妥善保存，保存期限为从采购结束之日起至少保存十五年。 【B】符合“C”，并 监督管理部门不得参与政府采购项目的采购活动。 【A】符合“B”，并 逐步开展采购价格、服务质量的监督，法规规章和采购程序等采购执行情况的监督检查和持续改进。
3.3.6 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。	
3.3.6.1 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。	【C】 1. 有体现办院方向、社会效益、医疗服务、经济管理、人才培养培训、可持续发展的人力资源管理和薪酬管理的制度和流程。 2. 分配制度在岗位设置、收入分配、职称评定、管理使用等方面，体现岗位差异，兼顾学科平衡，做到同工同酬、多劳多得、优绩优酬。 3. 设立体现医疗行业特点、劳动特点和岗位价值的薪酬项目，充分发挥各项目的保障和激励作用，注重发挥薪酬制度的保障功能。 4. 绩效考核与收入分配方案要经医院党组织会议研究讨论同意，经过职工代表大会讨论通过。 【B】符合“C”，并 提高信息化水平，利用现代化信息技术从人力、财务、物资、绩效等多方面实现薪酬全流程管理。 【A】符合“B”，并 主管部门有检查、分析、反馈，持续改进有成效，同工同酬和绩效考核方案得到有效落实。
3.3.6.2 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。	【C】 1. 根据上级主管部门确定的绩效考核指标，从医疗、教学、科研、预防以及学科建设等方面实施内部绩效考核。 2. 建立主要体现岗位职责和知识价值的薪酬体系，实行以岗定责、以岗定薪、责薪相适、考核兑现。

评审标准	评审要点
	3. 突出岗位职责履行、工作量、服务质量、行为规范、医疗质量安全、医疗费用控制、医德医风和患者满意度等指标。 4. 合理确定、动态调整医院薪酬水平，合理确定人员支出占公立医院业务支出的比例。逐步扩大分配，提高员工待遇。 【B】符合“C”，并开展内部综合绩效考核，持续优化绩效考核指标体系，重点考核医疗质量、运营效率、持续发展、满意度评价等。 【A】符合“B”，并鼓励对主要负责人实行年薪制。
3.3.6.3 个人分配不得与业务收入直接挂钩。	【C】 1. 严禁给医务人员设定创收指标。 2. 医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入直接挂钩。 3. 以聘用合同为依据，以岗位职责完成情况为重点，将考核结果与薪酬分配挂钩。 【B】符合“C”，并内部绩效考核对不同岗位、不同职级医务人员实行分类考核。 【A】符合“B”，并内部绩效考核落实到重点岗位医务人员。

四、信息管理

评审标准	评审要点
3.4.1 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。	
3.4.1.1★ 建立以院长为核心的信息化管理组织及负责信息管理的专职机构。	【C】 1. 有院级信息化领导机构，有明确的职责。 2. 依据医院规模，设置信息管理专职机构和人员。 【B】符合“C”，并 1. 院信息化领导机构定期召开多部门的信息化建设专题会议，每年至少1次，有记录。 2. 建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制。 【A】符合“B”，并不断完善信息使用和管理工作，运行良好，各部门对信息工作满意。

评审标准	评审要点
3.4.1.2★ 制定信息化建设中 长期规划和年度工 作计划。	【C】 1. 有医院信息化建设中长期规划和年度工作计划。 2. 信息化建设规划与医院中长期规划一致。
	【B】 符合“C”，并 规划内容应包括实施方法、实施步骤、工作分工、经费预算等。
	【A】 符合“B”，并 年度目标明确，量化可行，有追踪机制。
3.4.1.3★ 有保障信息系统建 设、管理的规章制 度。	【C】 1. 多部门共同参与制定保障医院信息系统建设、管理和信息资源共享的相关制度。 2. 医院相关规章制度与信息化工作要求相适应。
	【B】 符合“C”，并 根据医院管理需要和信息化建设发展要求及时修订相应的规章制度。
	【A】 符合“B”，并 有效执行，效果良好。
3.4.2 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	
3.4.2.1 管理信息系统应用 满足医院管理需 求。	【C】 有医院管理信息系统（HMS）和医院资源管理信息系统（HRP）以及相关子系统（如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等）为医院管理提供全面支撑，满足医院管理需求。
	【B】 符合“C”，并 有决策支持系统（DSS）。
	【A】 符合“B”，并 信息系统能准确收集、整理医院管理数据和医疗质量控制资料，及时自动生成各项相关的统计报表。
3.4.2.2 临床信息系统应用 满足医疗工作需 求。	【C】 1. 有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台。 2. 平台支持医院医护人员的临床活动，丰富和积累临床医学知识，并提供临床咨询、辅助诊疗、辅助临床决策，以提高医疗质量和工作效率。 3. 平台主要包括医嘱处理系统、病人床边系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询等系统。
	【B】 符合“C”，并 1. 规范临床文档内容表达，支持临床文档架构（CDA）。 2. 有门诊预约挂号和临床路径管理系统。
	【A】 符合“B”，并 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。

评审标准	评审要点
3.4.2.3 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	【C】 1. 医院信息系统符合国家相关标准和规范，具备信息集成与交互共享功能。 2. 具备院内各部门、各科室的信息共享。 3. 具备与基本医疗保障系统、卫生行政部门等系统的信息交换。 【B】符合“C”，并持续改进信息共享与交互质量。 【A】符合“B”，并实现区域医疗信息共享和交换（电子数据上报、医疗机构间的临床数据共享）。
3.4.3 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	
3.4.3.1 加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。	【C】 1. 实施国家信息安全等级保护制度，有落实的具体措施。 2. 有信息系统安全措施和应急处理预案。 3. 信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。 4. 实行信息系统按等级保护分级管理，信息安全采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、病人数据使用控制、保障网络信息安全和保护病人隐私。 【B】符合“C”，并 1. 有安全监管记录，定期（至少每年1次）分析，及时处理安全预警，持续改进安全保障系统。 2. 有信息安全应急演练。 【A】符合“B”，并信息系统安全保护等级不低于第二级。
3.4.3.2 加强信息系统运行维护。	【C】 1. 有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。 2. 有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。 3. 有信息系统软件更新、增补记录。 4. 有信息值班、交接班制度，有完整的日常运维记录和值班记录，及时处置安全隐患。 【B】符合“C”，并 1. 有信息系统运行事件（如系统瘫痪）相关的应急预案并组织演练，各部门各科室有相应的应急措施，保障全院运营，尤其是医疗工作在系统恢复之前不受影响。 2. 有根据演练总结开展持续改进的方案和措施。 【A】符合“B”，并有完善的监控制度与监控记录，及时处理预警事件，定期（至少每年1次）进行信息系统运行维护评价和改进方案，并组织落实。

评审标准	评审要点
3.4.4 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。	
3.4.4.1 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。	【C】 1. 有向卫生健康行政部门报送的数据和其他信息的制度与流程，并按规定完成相关信息报送工作。 2. 有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。 【B】符合“C”，并 主管部门在信息报送前有审核，并对信息报告有监督。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，所有报送信息均真实、可靠、完整，上报信息无统计数据错误。

五、医学装备管理

评审标准	评审要点
3.5.1 根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。	
3.5.1.1★ 建立医学装备管理部门。	【C】 1. 根据“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则建立院领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备委员会。 2. 根据国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准要求，履行医学装备管理。 【B】符合“C”，并 职能管理部门和相关人员了解相关法律法规和部门规章，知晓、履行相关制度和岗位职责。 【A】符合“B”，并 有监管和考核机制，有监管和考核记录。
3.5.1.2★ 建立医学装备管理组织技术队伍，人员配置合理。	【C】 1. 根据医院规模及医学装备情况建立相应的医学装备部门和装备管理与使用技术队伍，专（兼）职医学装备的管理与维护、维修，人员配置合理。 2. 大型医用设备相关医师、操作人员、工程技术人员须接受岗位培训，业务能力考评合格方可上岗操作。 3. 有适宜的装备维修场地。 【B】符合“C”，并 对医学装备使用人员进行应用培训和考核，合格后方可上岗操作。 【A】符合“B”，并 有医学装备使用人员岗位考核和再培训机制，有考核培训记录。

评审标准	评审要点
3.5.1.3★ 制定常规与大型医学装备配置方案。	【C】 1. 有医学装备配置原则与配置标准，根据医院功能定位和发展规划，制订医学装备发展规划和配置方案。优先配置功能适用、技术适宜、节能环保的装备。注重资源共享，杜绝盲目配置。 2. 有医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在 50 万元及以上的医学装备有可行性论证。 3. 购置纳入国家规定管理品目的大型设备持有配置许可证。 【B】符合“C”，并 1. 有根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立的医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。 2. 有健全医学装备档案管理制度与完整的档案资料，单价在 5 万元及以上的医学装备按照集中统一管理的原则，做到档案齐全、账目明晰、账物相符、完整准确。 【A】符合“B”，并 有实施医学装备配置方案的全程监管和审计以及完整的相关资料。
3.5.2 根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	
3.5.2.1 有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	【C】 1. 有医学装备使用评价相关制度。 2. 有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。 【B】符合“C”，并 分析评价报告提供给装备委员会并反馈到有关科室。 【A】符合“B”，并 1. 分析评价报告涉及的问题得到改进。 2. 分析评价报告的结果用于调整相关装备采购参考。
3.5.3 加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	
3.5.3.1 加强医学装备安全有效管理，对医疗器械临床使用安全控制与风险管理有明确的工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告制度。	【C】 1. 有医学装备临床使用安全控制与风险管理的相关工作制度与流程。 2. 有医学装备质量保障，医学装备须计（剂）量准确、安全防护、性能指标合格方可使用。 3. 有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。 4. 有鼓励医学装备临床使用安全事件监测与报告的措施。 5. 相关临床、医技使用部门与医学装备管理部门的人员均能知晓。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 主管部门建立医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告分析、评估、反馈机制，根据风险程度，发布风险预警，暂停或终止高风险器械的使用。 2. 及时向卫生行政部门和有关部门报告医疗器械临床使用安全事件，有完整的信息资料。 【A】符合“B”，并 1. 有对科室医疗器械临床使用安全管理的考核机制。 2. 有医疗器械临床使用安全事件监测与报告的追踪分析资料。
3.5.4 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	
3.5.4.1★ 建立医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度，职能部门加强监管，提供咨询服务与技术指导。	【C】 1. 有医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度与程序。 2. 医疗设备操作人员经过相应设备操作培训。 3. 医疗装备部门为临床合理使用医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。 【B】符合“C”，并 1. 有医疗设备操作手册并随设备存放，供方便查阅。 2. 有设备操作人员的考核记录。 3. 装备管理部门对设备使用情况定期（至少每半年1次）监管，提供技术服务和咨询指导。 【A】符合“B”，并 职能部门根据监管和考核情况对全院设备操作和维护情况的分析报告，规范使用，减少误操作，提高设备的使用周期。
3.5.5 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持待用状态，建立全院应急调配机制。	
3.5.5.1 建立保障装备的管理制度与规范。	【C】 1. 有保障医学装备使用管理相关制度和规范。 2. 医学装备管理部门对医学装备实行统一的保障（保养、维修、校验、强检）管理，并指导操作人员履行日常保养和维护。 3. 有全院装备清单和具体保障要求与规范。 【B】符合“C”，并 1. 有医学装备保障情况的登记资料，信息真实、完整、准确。 2. 有医学装备故障维修情况的分析报告，用于指导装备的规范使用。 【A】符合“B”，并 有根据对装备使用监管分析提出整改措施并得到落实。

评审标准	评审要点
3.5.5.2 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。	【C】 1. 有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。 2. 各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。 【B】符合“C”，并 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实时监控。 【A】符合“B”，并 急救类、生命支持类装备完好率 100%。
3.5.5.3 建立全院保障装备应急调配机制。	【C】 1. 建立医学装备应急预案的应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。 2. 优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。 3. 医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。 【B】符合“C”，并 有装备应急调配演练和监管。 【A】符合“B”，并 有根据监管提出整改措施并得到落实。
3.5.6 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。	
3.5.6.1 加强医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理。	【C】 1. 有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理制度与程序以及相关记录（采购记录、溯源管理、储存管理、档案管理、销毁记录等）。 2. 有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械的采购记录管理。采购记录内容应当包括企业名称、产品名称、原产地、规格型号、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、采购日期等，确保能够追溯至每批产品的进货来源。 3. 有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械的使用程序与记录。 4. 有不良事件监测与报告制度与程序。 【B】符合“C”，并 1. 主管部门职责明确，对高值耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械采购与使用情况监督检查。 2. 有鼓励相关不良事件监测与报告措施和报告记录。 【A】符合“B”，并 有监管情况与不良事件的分析报告，有改进措施并得到落实。
3.5.7 医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理。	

评审标准	评审要点
3.5.7.1★ 医学装备部门建立 科室医学装备质量 与安全管理的小 组。	【C】 1. 由科主任、工程师与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理小组，负责医疗装备的质量和安全管理。 2. 有保证服务质量的相关文件，包括岗位职责，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。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 有从事医学装备质量和安全管理员工的质量管理基本知识和基本技能培训与教育。 2. 有落实各项规章制度、制度、规范等管理文件的监管与分析。
	【A】 符合“B”，并 根据实际情况变化及时修订相应的制度，并有培训、试用、再完善的程序。
3.5.7.2★ 有明确的质量与安 全指标，科室能开 展定期（每季度） 评价活动，解读评 价结果，有持续改 进效果的记录。	【C】 1. 医学装备部门有明确的质量与安全指标。 2. 科室能开展定期（每季度1次）评价活动，解读评价结果。 （1）操作者自我检查。 （2）专（兼）职人员质控活动。 （3）有医学装备、器械临床使用安全与风险管理监测的制度与记录。 （4）有临床使用医学装备、器械所致意外事件的防范措施，发生后有报告、检查、处理的流程 and 规定与记录。 3. 相关人员知晓本科/室/组的质量与安全指标要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 定期（至少每半年1次）通报医疗器械临床使用安全与风险管理监测的结果。 2. 对存在问题与缺陷有改进措施及落实情况评价。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效。

六、后勤保障管理

评审标准	评审要点
3.6.1	有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。

评审标准	评审要点
3.6.1.1★ 后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，人员岗位职责明确。后勤保障服务坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。	【C】 1. 后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，岗位职责明确，体现“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。 2. 后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期（至少每年1次）教育培训活动。 【B】符合“C”，并 后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。 【A】符合“B”，并 满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求，患者、员工对服务工作满意度高。
3.6.2 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。	
3.6.2.1★ 遵守国家法律、法规要求，后勤专业人员及特种设备操作人员应具有上岗证、操作证，且操作人员应掌握技术操作规程。	【C】 1. 遵守国家法律、法规要求，后勤专业人员及特种设备操作人员应具有上岗证、操作证，法律、法规无特别要求的其他非专业特殊工种，经相关省级行业协会的培训合格。 2. 操作人员均掌握技术操作规程。 【B】符合“C”，并 定期（至少每年1次）参加或举办相关教育培训活动。 【A】符合“B”，并 有对相关人员进行监管考核机制，有监管和考核记录。
3.6.3 控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。	
3.6.3.1 水、电、气等后勤保障满足医院运行需要。严格控。	【C】 1. 有水、电、气等后勤保障的操作规范，合理配备人员，职责明确，按规定持证上岗。 2. 水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，张贴和悬挂相关操作规范和设备设施的原理图，作业人员24小时值班制。 3. 有日常运行检查、定期（每月1次）定级维护保养，且台账清晰。 4. 有明确的故障报修、排查、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。 5. 有水、电、气等后勤保障应急预案，并组织演练。 【B】符合“C”，并 有节能降耗、控制成本的计划、措施与目标并落实到相关科室与班组。 【A】符合“B”，并 1. 有根据演练效果评价和定期（至少每半年1次）检查情况的改进措施并落实。 2. 后勤保障安全、有序、到位，无安全事故。 3. 节能降耗工作有成效。

评审标准	评审要点
3.6.3.2 有完善的物流供应系统，物资供应满足医院需要。	【C】 1. 物流系统完善，有专职部门负责。 2. 有明确的物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程，记录完整。 3. 有适宜的存量管理及应急物资采购预案。 【B】符合“C”，并 1. 依据使用部门业务需求和意见，制定物资采购计划。 2. 有物资下送科室相关制度并严格执行。 【A】符合“B”，并定期（至少每年1次）征求各部门意见，开展物流工作追踪与评价，并持续改进。
3.6.4 为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。	
3.6.4.1 有专职部门或专人负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位职责。	【C】 1. 根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务。 2. 有各项食品卫生安全管理制度和岗位职责。 3. 膳食服务提供采取对外委托服务项目的，医院需确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。 4. 相关人员应知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识。 【B】符合“C”，并 1. 建立以食品卫生为核心的餐饮服务质量管理体系，保障食品安全，满足供应，开展监管评价。 2. 有下送餐饮为员工服务的措施并落实。 【A】符合“B”，并定期（至少每年1次）征求员工就餐人员意见，开展膳食服务追踪与评价，并持续改进。
3.6.4.2 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。	【C】 1. 有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，符合卫生管理要求。 2. 有食品留样相关制度。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 有措施保障食品卫生管理相关制度和规范的落实。 2. 有监管评价及相关记录。 【A】符合“B”，并根据监管情况改进食品卫生管理。

评审标准	评审要点
3.6.4.3 有突发食品安全事件应急预案。	【C】 1. 有根据相关法律法规制定的突发食品安全事件应急预案。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位的应急职责与应急流程。 【B】符合“C”，并 有根据预案开展的应急演练，有记录、有总结和改进措施。 【A】符合“B”，并 持续改进措施得到落实。
3.6.5 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。落实医疗机构内生活垃圾分类管理要求，明确生活垃圾分类投放、分类放置。	
3.6.5.1 建立健全医疗废物和污水处理管理制度和岗位职责。	【C】 1. 有医疗废物和污水处理管理制度和岗位职责。 2. 污水处理系统符合相关法律法规的要求。 3. 有专人负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格。 【B】符合“C”，并 主管部门对制度与岗位职责落实情况有监管评价和记录。 【A】符合“B”，并 有根据监管情况的改进措施并得到落实。
3.6.5.2 医疗废物处置和污水处理符合规定。	【C】 1. 医疗废物处置设施设备运转正常，有运行日志。 2. 污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录。 3. 医疗废物处理符合环保要求，污水处理系统通过环保部门评价。 【B】符合“C”，并 主管部门依据相关标准和规范进行监管。 【A】符合“B”，并 1. 有根据监管情况改进工作的具体措施并得到落实。 2. 无环保安全事故。
3.6.5.3 对产生的生活垃圾实现准确分类投放、暂存，并按分类与各类垃圾回收单位进行有效衔接，做到分类运输、分类处理。	【C】 1. 建立医疗机构内生活垃圾分类管理的工作制度，并有专门部门负责落实。 2. 明确有害垃圾、易腐垃圾、可回收物的不同投放要求和处置要求，做好生活垃圾分类专业知识和技能培训。 3. 按分类与各类垃圾回收单位进行有效衔接，做到分类运输、分类处理。 【B】符合“C”，并 主管部门有检查与监管。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，生活垃圾分类达到相关要求。

评审标准	评审要点
3.6.6 安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。	
3.6.6.1 安全保卫组织健全，制度完善；保卫科人员配备结构合理，岗位职责明确。	【C】 1. 安全保卫组织健全。 2. 有全院安全保卫部署方案和管理制度。 3. 保卫人员配备结构合理，岗位职责明确。 4. 保卫人员知晓相关制度和岗位职责。 【B】符合“C”，并安全保卫人员经过相应的技能培训。 【A】符合“B”，并有职能部门对安全保卫工作进行监管，并有持续改进成效。
3.6.6.2 有应急预案，定期（至少每年1次）组织演练。	【C】 1. 有安全保卫应急预案。 2. 相关人员知晓安全保卫应急预案的相关内容和要求。 【B】符合“C”，并定期（至少每年一次）组织演练。 【A】符合“B”，并有根据演练评价提出的整改措施并得到落实。
3.6.6.3 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。	【C】 1. 各种安全保卫设备设施配置完好，满足管理要求。 2. 有完整的全院安全网络信息库和设备设施清单。 3. 有视频监控系统应用解决方案，在重点环境、重点部位（如财务、仓库、档案室、计算机中心、新生儿室等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。 4. 视频监控室符合相关标准，有严格管理制度。 5. 视频监控系统的技术要求应符合公安部“视频安防监控系统技术要求”。 【B】符合“C”，并 1. 视频监控系统应采用数字硬盘录像机等作为图像记录设备。 2. 医院有一定维护能力或外包服务，做到在出现故障时，能在1小时内现场响应，并保证故障现场解决时间降低到2小时以内。 3. 有完整的监管记录和维护记录。 【A】符合“B”，并监控设备设施完好率100%，监控安全有效。

评审标准	评审要点
3.6.6.4 合理使用视频监控资源。	【C】 1. 有视频监控资源使用有制度与程序。 2. 有明确的隐私保护规定。 3. 进行 24 小时图像记录，保存时间≥ 30 天。 4. 系统应具有时间、日期的显示、记录和调整功能，时间误差≤ 30 秒。
	【B】 符合“C”，并 1. 严格执行视频监控资源使用权限管理规定。 2. 保护隐私的具体措施能到位。 3. 有严格的资源使用审批和完整的资源使用记录。
	【A】 符合“B”，并 1. 视频监控资源保存真实、完好、有效，在规定时限内无信息丢失。 2. 有监管记录及根据存在问题采取相应的管理措施并得到落实。
3.6.7 医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	
3.6.7.1 消防安全管理。	【C】 1. 有消防安全管理制度、教育制度和应急预案。 2. 有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责。 3. 消防安全教育纳入新员工培训考核内容，定期（至少每年一次）进行全院职工的消防安全教育。 4. 每月至少组织一次消防安全检查，同时根据消防安全要求，开展年度检查、季节性检查、专项检查等，有完整的检查记录。 5. 消防通道通畅，防火器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范要求。 6. 加强消防安全重点部门、重要部位防范与监管，有监管记录。
	【B】 符合“C”，并 1. 定期（至少每年一次）进行特殊部门的消防演练。 2. 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。 3. 科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工。
	【A】 符合“B”，并 医院所有部门和建筑均符合消防安全要求。

评审标准	评审要点
3.6.7.2 加强特种设备管理。	【C】 1. 有管理制度和管理人员岗位职责。 2. 有操作规程，专人负责，作业人员持证上岗，有相关操作记录。 3. 有维护、维修、验收记录。 4. 年检合格，并公示年检标签。 【B】符合“C”，并 1. 定期（至少每年1次）进行培训教育，有三级安全教育卡。 2. 主管职能部门有完整的特种设备清单和档案资料，有监管记录。 【A】符合“B”，并 特种设备完好率100%。
3.6.7.3 加强危险品管理。	【C】 1. 有危险品安全管理部门、制度和人员岗位职责。 2. 作业人员熟悉岗位职责和管理要求，经过相应培训，取得相应资质。 3. 有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料，账物相符。 4. 有相应的危险品安全事件处置预案，相关人员熟悉预案及处置程序。 【B】符合“C”，并 1. 加强危险品监管，重点为易燃、易爆和有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施。 2. 定期（至少每周1次）进行巡查，专人负责，有相关记录。 【A】符合“B”，并 主管部门有根据监管情况进行整改的措施并得到落实。
3.6.8 为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	
3.6.8.1★ 环境卫生符合爱国卫生运动相关要求，环境美化、绿化，道路硬化，做到清洁、温馨、舒适。	【C】 1. 有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责医院环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施。 2. 医院环境、舒适，符合爱国卫生运动委员会相关要求。 【B】符合“C”，并 有上述工作的监管，制订并落实改进环境卫生工作的计划和措施。 【A】符合“B”，并 医院获得政府有关部门关于环境卫生或绿化工作或爱国卫生运动的表彰或称号。

七、应急管理

评审标准	评审要点
3.7.1 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。	
3.7.1.1 建立健全医院应急管理组织和应急指挥系统，负责医院应急管理工作。	【C】 1. 有医院应急工作领导小组，负责医院应急管理。 2. 有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。 3. 主管职能部门负责日常应急管理工作。 4. 有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。 5. 医院总值班有应急管理的明确职责和流程。 6. 有应急队伍，人员构成合理，职责明确。 7. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 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。 2. 有信息报告和信息发布相关制度。 3. 应急队伍组成垂直和水平关系明晰，跨度合理，覆盖应急反应的各个方面，确保应急行动的协调和高效，能够得到后勤系统和医学装备部门的支持。
	【A】 符合“B”，并 1. 有应急演练或应急实践总结分析，对应急指挥系统的效能进行评价，持续改进应急管理工作。 2. 有新闻发言人制度，根据法律法规和有关部门授权履行信息发布。
3.7.2 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。	
3.7.2.1 开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。	【C】 组织有关人员对医院面临的潜在危害加以识别，进行风险评估和分类排序，明确应对的重点。
	【B】 符合“C”，并 有灾害脆弱性分析报告，对突发事件可能造成的影响以及医院的承受能力进行系统分析，提出加强医院应急管理的措施。
	【A】 符合“B”，并 定期（至少每年1次）进行灾害脆弱性分析，对应对的重点进行调整，对相应预案进行修订，并开展再培训与教育。

评审标准	评审要点
3.7.2.2 编制各类应急预案。	【C】 1. 根据灾害脆弱性分析的结果制订各种专项预案，明确应对不同突发公共事件的标准操作程序。 2. 制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确在应急状态下各个部门的责任和各级各类人员的职责以及应急反应行动的程序。 3. 有节假日及夜间应急相关工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。 【B】符合“C”，并 编制医院应急预案手册，方便员工随时查阅，各部门各级各类人员知晓本部门和本岗位相关职责与流程。 【A】符合“B”，并 定期（至少每年1次）并及时修订总体预案和专项预案，持续完善。
3.7.3 开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	
3.7.3.1 开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	【C】 1. 医院有安全知识及应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训，组织考核。 2. 各科室、部门每年至少组织一次系统的防灾训练。 3. 开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。 【B】符合“C”，并 1. 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。 2. 相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。 3. 有应对重大突发事件的医院内、外联合应急演练。 4. 有应对突发大规模传染病爆发等突发公共卫生事件的综合演练。 【A】符合“B”，并 应急预案与流程的员工知晓率达到100%。
3.7.3.2 医院有停电事件的应急对策。	【C】 1. 有停电的医院总体预案和主要部门应急预案。 2. 明确应急供电的范围、实施应急供电的演练，确保手术室、ICU等主要场所应急用电。 3. 配备充分的应急设施，如各个病区都设置有应急用照明灯。 4. 员工都应知晓停电时的对策程序。 【B】符合“C”，并 1. 对本院备置的应急发电装置与线路要定期（至少每季度）进行检查维护和带负荷试验，并有记录。 2. 对突发火灾、雷击、风灾、水灾造成的停电有应急措施。 3. 定期（至少每季度）检查接地系统，对手术室、ICU、医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。

评审标准	评审要点
	【A】符合“B”，并 1. 供电部门 24 小时值班制，有完整的交接班记录。 2. 有停电及应急处理的完整记录，记录时间精确到分，有处理人员的签名。 3. 有主管职能部门的督导检查 and 持续改进资料。
3.7.4 合理进行应急物资和设备的储备。	
3.7.4.1 制订应急物资和设备储备计划，且有严格的管理制度及审批程序，有适量应急物资储备，有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。	【C】 1. 有应急物资和设备的储备计划。 2. 有应急物资和设备的管理制度、审批程序。 3. 有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记。 【B】符合“C”，并 1. 应急物资和设备有定期（至少每月 1 次）维护，确保效期，自查有记录。 2. 现库存的储备物资与目录相符，有适量的药品器材、生命复苏设备、消毒药品器材与防护用品，有水与食品的储备。 3. 有主管职能部门监管记录。 【A】符合“B”，并 与供应商之间有应急物资和设备紧急供应的协议。

八、科研教学与图书管理

评审标准	评审要点
3.8.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果向临床应用转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。	
3.8.1.1★ 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。	【C】 1. 设立学术委员会，有专门部门和人员对全员参与科研工作进行管理，制定科研工作管理制度，明确责任分工。 2. 设立伦理委员会，负责科研项目申报时伦理审查工作。 3. 有科研经费支持及相应的科研条件与设施。 4. 医院设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料，对科研工作有监管，有追踪、有评估与持续改进，有记录。 5. 有科研课题立项，按期结题，并纳入继续医学教育学分管理 【B】符合“C”，并 1. 有省级的重点学（专）科或省级重点实验室。 2. 有省级临床医学研究中心。 3. 每年获批省级或国家级科研项目，并获得奖项。 4. 对科研工作有监管，有追踪、有评估与持续改进，有记录。

评审标准	评审要点
	【A】符合“B”，并 1. 有国家级的重点学（专）科、国家级重点实验室和国家药物临床试验机构。 2. 有国家级临床医学研究中心。 3. 医院年度科研经费与医院总体收入增长同步。
3.8.1.2★ 医院有促进科研成果向临床应用转化的激励政策，并取得成效。	【C】 1. 有促进科研成果向临床应用转化的激励政策。 2. 十年内医院自主创新的适宜技术得到推广或院级研究成果转化临床应用或引进技术提高临床诊疗水平的案例。 3. 获得省医疗卫生新技术Ⅱ类以上推广项目，并对新技术应用推广进行全程质量控制和综合评价。 【B】符合“C”，并 1. 十年内医院至少有省部级研究成果转化临床应用的案例。 2. 获得省医疗卫生新技术Ⅰ类推广项目，并按时实施。 【A】符合“B”，并 1. 十年内医院至少有国家级研究成果转化临床应用的案例。 2. 获得省医疗卫生新技术全省推广项目，并按时实施。
3.8.2 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定。	
3.8.2.1★ 依法取得相关资质，并按《药物临床试验管理规范（GCP）》、《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定开展临床试验。	【C】 1. 有获取国家药物/医疗器械临床试验机构相关资质的证明文件，并有相应的专用床位、设施与设备。 2. 能按照药物/医疗器械临床试验管理规范要求开展临床试验。 3. 对研究人员的资质与批准程序有明确规定，要求知晓并做到。 （1）研究者必须详细阅读和了解试验方案的内容，并严格按照方案执行。 （2）研究者应向受试者说明经伦理委员会同意的有关试验的详细情况，并取得知情同意书。 （3）研究者有义务采取必要的措施以保障受试者的安全，并记录在案。 （4）研究者负责作出与临床试验有关的医疗决策，保证受试者在试验期间出现不良事件时得到妥善的医疗处理。 4. 临床试验药品/医疗器械管理规范。 （1）临床试验用药品/医疗器械不得销售。 （2）试验用药品/医疗器械的供给、使用、储藏及剩余药物/医疗器械的处理过程应接受相关人员的检查。 （3）试验用药品/医疗器械在临床试验机构的接收、储存、分发、回收、退还及未使用的处置等管理应当遵守相应的规定并保存记录。

评审标准	评审要点
	【B】符合“C”，并 1. 研究者应保证将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表。 2. 有主管职能部门的监管，并有记录，若在监管中存在问题，应及时与相关各方沟通，并有改进意见。 3. 研究者接受了申办者派遣的监察员或稽查员的监察和稽查及药品/医疗器械监督管理部门的检查，有改进意见与要求的记录。 【A】符合“B”，并 十年内药物/医疗器械医院每项均至少有三项完整、规范的临床试验案例及相关资料。
3.8.3 开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。	
3.8.3.1 开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。	【C】 1. 成立伦理委员会且人员组成符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》等相关规定，并具备完整的章程、制度、人员职责等。 2. 伦理委员会已在医学研究系统备案，并通过当地的卫生监督管理部门审核。 3. 所有开展的涉及人的生物医学研究项目，均通过伦理委员会审查并具备同意开展的批件。 4. 新冠项目和干细胞项目按照要求上报至省医学伦理委员会审查。 5. 伦理委员会组织委员进行定期（至少每年1次）培训学习，并取得相应证书，掌握最新的政策法规，可参加国内培训班或内部资料学习，做好培训计划和记录。 【B】符合“C”，并 伦理委员会对项目开展初始审查、跟踪审查、阶段性报告审查、项目结项审查等，并设有档案室保存审查记录。 【A】符合“B”，并 定期（至少每年1次）开展伦理委员会备案及管理自查工作，并形成自查报告报省卫生健康委备案。
3.8.4 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。	

评审标准	评审要点
3.8.4.1★ 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。	【C】 医院具有临床医学教育能够承担的教学师资、教学管理干部、设备设施，符合教育部对三级医院的教学要求。 【B】符合“C”，并 具备参与或承担高等学校教材（教科书）编撰工作能力，并已出版，或被指定为省级临床专科技术培训中心或基地。 【A】符合“B”，并 为国家级临床专科技术培训中心或基地。
3.8.5 根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。	
3.8.5.1★ 图书馆基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求，实施支持网上预约、催还、续借和馆际互借，能提供网络版医学文献数据库检索服务。	【C】 1. 有医学图书馆工作制度和医学图书馆信息服务制度。 2. 藏书数量符合要求（包括电子图书）不低于 3000 册/百名卫技人员。 3. 提供网络版医学文献数据库检索服务（中文、外文）。 【B】符合“C”，并 有网上图书预约、催还、续借和馆际互借。 【A】符合“B”，并 开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作，满足临床、教学、科研、管理和员工的需求。
3.8.6 医院制定完善本机构的科研诚信案件调查处理办法，明确调查程序、处理规则、处理措施等具体要求。	
3.8.6.1 医院根据《科研诚信案件调查处理规则（试行）》制定完善本机构的科研诚信案件调查处理办法，明确调查程序、处理规则、处理措施等具体要求。	【C】 1. 制定了科研诚信案件调查处理办法，并通过机构章程或学术委员会章程，对科研诚信工作任务、领导小组、调查程序、处理规则、处理措施等作出明确规定。 2. 加强科研成果管理，建立学术论文发表诚信承诺制度、科研过程可追溯制度、署名管理制度、科研成果检查和报告制度等成果管理制度。 3. 将科研诚信教育纳入科研人员职业培训和教育体系，在入学入职、职称晋升、参与科研项目等重要节点开展科研诚信教育。 【B】符合“C”，并 论文发表数量、影响因子等不与人员奖励奖金、临床工作考核等挂钩。 【A】符合“B”，并 对查实的科研诚信行为，将处理决定及时报送省级科研诚信主管部门，并作为职务晋升、职称评定、成果奖励、评审表彰等方面的重要参考。

九、行风与文化建设管理

评审标准	评审要点
3.9.1 医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。	
3.9.1.1 将加强医务人员职业道德的要求纳入各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责。	【C】 1. 各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责中，有加强医务人员职业道德的要求。 2. 有加强医务人员职业道德的教育培训。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的加强医务人员职业道德履职要求。 【B】符合“C”，并有各级各类人员加强医务人员职业道德履职督查和考核。 【A】符合“B”，并根据监督检查结果，提出改进措施并落实。
3.9.1.2 开展社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神建设，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。	【C】 1. 有医院核心价值观和职业精神建设方案，内容涵盖坚持“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。 2. 医院核心价值观和职业精神建设纳入医院建设发展规划。 【B】符合“C”，并有部门负责医院核心价值观和职业精神建设工作，有具体落实案例。 【A】符合“B”，并医院核心价值观和职业精神持续建设有成效。
3.9.2 重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。	
3.9.2.1★ 重视医院文化建设。	【C】 1. 开展医院文化调研活动。 2. 建立医院文化建设制度，有医院文化建设方案或计划。 3. 医院文化建设纳入医院建设发展规划。 【B】符合“C”，并有指定部门负责文化建设工作，有具体落实措施。 【A】符合“B”，并医院文化建设有成效，把医院文化培育成核心竞争力。

评审标准	评审要点
3.9.2.2★ 建立以患者为中心导向、根植于本院服务理念，并不断物化的特色价值取向和行为标准。	【C】 1. 文化建设能够体现以患者为中心导向、注重医疗质量安全根植于本院服务理念。 2. 有对员工医院特色价值取向和行为标准的培训和教育，员工知晓率达到 90%。 【B】符合“C”，并 1. 医院环境、员工行为规范体现医院文化特色。 2. 医院文化建设相关活动获得省级表彰。 【A】符合“B”，并 1. 医院在该地区社会评价高。 2. 医院文化建设相关活动获得国家级表彰。
3.9.3 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。	
3.9.3.1 医院有负责行风建设与管理的组织体系，有明确的职能主管部门负责行风建设与管理与考核。	【C】 1. 有行风建设与管理组织体系，有主管部门负责管理与考评。 2. 有主管部门与其他职能部门的协调机制。 3. 有行风建设与管理考评方案和量化标准。 4. 定期（至少每年 1 次）对医务人员进行考评。 【B】符合“C”，并 有完整规范的行风建设与管理考评档案。 【A】符合“B”，并 通过考评推动行风建设与管理，改善服务质量。
3.9.3.2 建立行风建设与管理规章制度、奖惩措施并认真落实。	【C】 1. 有行风建设与管理、考评、和奖惩等制度。 2. 行风建设与管理考评结果在本院内公示，征求意见。 3. 行风建设与管理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（至少每年 1 次）考核等直接挂钩。 【B】符合“C”，并 有多部门共同参与的行风建设与管理考评及结果共享机制。 【A】符合“B”，并 落实奖惩、行风建设与管理有成效，有优秀科室及个人的宣传、表彰、奖励措施并落实。

附件 2:

黑龙江省医院评审办法实施细则 (2021 年试行版)

第一章 总 则

第一条 为加强对医院的监督管理,进一步完善医院评审制度,科学、客观、准确地评价医院管理水平和服务能力,促进医院加强内涵建设,保证医疗质量和医疗安全,根据原卫生部《医院评审暂行办法》(卫医管发〔2011〕75号),制定本办法实施细则。

第二条 医院评审是指医院按照本办法实施细则要求,根据医疗机构基本标准和医院评审标准,开展自我评价,持续改进医院工作,并接受卫生健康行政部门对其规划级别的功能任务完成情况进行评价,以确定医院等级的过程。

第三条 省内取得卫生健康行政部门颁发的《医疗机构执业许可证》3年以上的各级各类医院(不含妇幼保健、中医、中西医结合、民族医医疗机构)均应遵照本办法实施细则参加评审。新建医院在取得《医疗机构执业许可证》执业满3年后方可申请首次评审。医院级别设置发生变更的,应当在变更后执业满3年,按照变更后级别申请首次评审。

第四条 医院评审工作坚持属地管理、分级负责原则,其中:省卫生健康委负责全省三级甲等、三级乙等、三级丙等医院评审

和复审工作，确认医院等级。各市（地）卫生健康委负责辖区内二级甲等、二级乙等、二级丙等医院评审和复审工作，确认二级医院等级，评审结果报省卫生健康委备案。民营医院可对照《黑龙江省三级医院评审标准实施细则（2021年试行版）》申报相应等级。

第五条 医院评审包括周期性评审和不定期重点检查。周期性评审是指卫生健康行政部门在评审期满时对医院进行的综合评审，我省医院评审以4年为一个周期，实行动态管理。不定期重点检查是指卫生健康行政部门在评审周期内适时对医院进行的检查和抽查。

第六条 科学制定区域卫生规划，合理配置医疗卫生资源，通过医院评审，促进构建目标明确、布局合理、规模适当、结构优化、层次分明、功能完善、富有效率的医疗服务体系，对医院实行科学化、规范化、标准化分级管理。

第二章 组织与职能

第七条 省市两级卫生健康行政部门成立医院评审领导小组，负责医院评审的领导、组织及监督管理。领导小组下设办公室，负责医院评审日常管理工作。省三级医院评审领导小组办公室设在省卫生健康委医政医管处。

第八条 省市卫生健康行政部门应当按照权限组建医院评审委员会，医院评审委员会日常工作在同级卫生健康行政部门领导下开展，同时接受上级卫生健康行政部门和评审委员会的监督和

指导。医院评审委员会下设办公室，负责医院评审的日常工作。省级医院评审委员会办公室设在省卫生健康管理服务评价中心。

第九条 医院评审委员会由卫生健康行政管理、医院管理、医疗、医技、护理、医学教育科研、行风管理等方面有一定工作经验的管理人员和专家组成。

第十条 医院评审委员会负责以下事项：

- （一）对医院评审政策、措施、评审办法和程序等提出建议，为卫生健康行政部门决策提供依据；
- （二）组织实施授权范围内的医院评审工作；
- （三）提出评审结论建议；
- （四）参与组建和管理评审专家库，开展评审专家培训；
- （五）对下级评审工作进行指导，实行评审质量控制。

第十一条 医院评审委员会应当建立健全工作制度，加强对评审工作的管理，确保评审质量。

第十二条 省市卫生健康行政部门负责组建医院评审专家库，并制定评审专家管理制度，实施动态管理，加强对评审专家监督。对审核合格的专家，颁发全省统一样式的聘任证书，专家库成员聘期 4 年。聘期内出现下列情形者终止聘任：

- （一）违反评审纪律，工作不负责的；
- （二）因身体原因不能胜任评审工作的；
- （三）跨地区变更与所在单位聘任关系的；
- （四）医疗事故中负主要责任的责任人；

(五) 超过 2 次被选中但不能参加评审的。

第三章 评审程序与结论

第十三条 评审的申请与受理

(一) 申请参加评审的医院, 对照黑龙江省三级医院评审标准实施细则(2021 年试行版) 进行自评, 不符合前置要求的医疗机构不得申报。符合前置要求的, 根据自评结果确定申报相应的等级, 并按照评审管理权限(本办法实施细则第四条), 在等级证书有效期满前 3 个月, 向相应级别卫生健康行政部门(医院评审领导小组办公室) 提交申请材料, 审核通过后报评审领导小组组长审批。需提交的申请材料如下:

1. 医院评审申请书;
2. 医院自评报告;
3. 评审周期内接受卫生健康行政部门及其他有关部门检查、指导结果及整改情况;
4. 评审前 4 年的医疗服务能力与质量安全监测数据报告, 包括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等情况。

医院在提交评审申请材料前, 应当开展不少于 6 个月的自评工作, 医院应对申报材料真实性负责。

(二) 卫生健康行政部门对医院提交的评审申请材料进行审核后, 应当根据下列情况作出是否受理评审申请的处理意见:

1. 申请材料不齐全或者不符合规定内容及形式的，应当在 5 个工作日内告知医院需要补正的材料及提交期限；医院逾期不补正或者补正不完全的、申请医院未进行自评或根据医院等次确定标准自评不合格的、医院评审不合格的单位整改期限不到的、发现申请材料等有弄虚作假行为的，不予受理。

2. 申请材料齐全且符合要求的，或者医院按照卫生健康行政部门的告知进行补正符合要求的，应当在 10 个工作日内予以受理。

（三）医院在规定期限内没有申请评审的，卫生健康行政部门应当要求其在 15 个工作日内补办申请手续；在限期内仍不申请补办手续的，视为放弃评审申请。

（四）卫生健康行政部门在受理评审申请后，应当在 20 个工作日内向医院发出受理评审通知。

第十四条 评审的实施

（一）卫生健康行政部门对医院发出评审受理通知后，应当由评审领导小组办公室于 5 个工作日内书面通知评审委员会办公室，评审委员会办公室接到通知后，应当从医院评审专家库中随机抽取专家组建评审小组，在规定时间内完成评审工作。

1. 评审小组成立后，一周之内完成前置要求的审核，医院在评审周期内发生一项及以上前置条款不合格情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

2. 前置要求审核通过后，进行现场检查，同时对医疗服务能力与质量安全监测数据进行复核。

3. 评审小组在现场检查结束 5 个工作日内，根据前置要求审核、监测数据分析和现场检查情况，做出综合判断，形成评审工作报告，经评审小组长签字后提交给医院评审委员会办公室。评审工作报告应包括以下内容：

- (1) 评审工作概况；
- (2) 主要做法及经验；
- (3) 存在为为主要问题及整改建议；
- (4) 被评审医院的总分及评审结论意见；
- (5) 应当说明的其他问题。

4. 评审工作报告经医院评审委员会办公室审核后，于 5 个工作日内上报卫生健康行政部门。

5. 卫生健康行政部门在收到评审工作报告后，应当在 30 个工作日内做出评审结论。评审结论应以适当方式对社会公示，公示期为 7 天。公示期内对评审结论有异议，可提出署名的书面意见，由评审委员会组成复核小组调查处理。公示期无异议的，书面通知被评审医院和评审委员会办公室，同时报送上级卫生健康行政部门备案。

(二) 在评审的过程中，被评医院应积极配合评审小组的工作，提供条件，保证评审工作顺利，并如实提供所需的各种资料，不得弄虚作假。

(三) 评审工作有关的各种原始材料由评审委员会办公室存档保存至少 4 年。

第十五条 评审结论与管理

(一) 各级医院评审结论分为甲等、乙等、丙等、不合格。

(二) 对于评审合格的，由卫生健康行政部门授予全省统一监制的医院等级证书和匾牌。卫生健康行政部门在评审周期内，适时对评审合格的医院进行抽检复核，对于前置条款出现问题的，可根据情况降低医院等次。

(三) 评审结论为不合格的、或被降低等次的医院，本评审周期内不得再行申请相应等级评审。卫生健康行政部门在作出不合格评审结论时，应当说明依据，并告知医院享有依法申请行政复议或者提起行政诉讼的权利。

(四) 医院评审结果实行评审周期有效制，所评结果在评审周期内有效，下一评审周期须重新申请评审（等级证书有效期满前3个月申请），到期不申报自动取消相应等级。在新一轮评审工作启动前，已完成评审且等级证书年限未超过4年的可继续按照已获等级管理，等级证书年限满4年的需重新申请评审。

(五) 医院在等级证书有效期内，因医院地址、所有制形式、服务方式、诊疗科目、床位（牙椅）等事项改变而变更登记的，应当及时向卫生健康行政部门书面报告，由卫生健康行政部门审查评审结论是否有效。卫生健康行政部门审查评审结论有效的，保持医院原有等次不变。卫生健康行政部门审查评审结论无效的，通知医院提前申请评审。

第四章 评审纪律与监督

第十六条 卫生健康行政部门应当加强对医院评审工作的监

督、检查和指导，做到公正、公平评审，确保评审结论的公信力。

第十七条 卫生健康行政部门应当加强对评审计划、评审人员组成、评审流程、纪律执行等方面情况的审查和监督。

第十八条 卫生健康行政部门及其工作人员违反规定，干预正常评审工作的，应当及时纠正；后果严重的，应当给予有关负责人和直接责任人行政处分；涉嫌违法犯罪的，移交司法机关依法处理。

第十九条 评审小组及其工作人员、评审专家违反规定，干预正常评审工作的，卫生健康行政部门、评审委员会应当及时纠正；后果严重的，应当取消其参与评审工作资格；涉嫌违法犯罪的，移交司法机关依法处理。

第二十条 医院在评审过程中有下列情形之一的，应中止评审：

（一）有群众来信、来访反映医院重大违法、违规、违纪行为，并提供明确线索，评审期间无法调查核实的；

（二）违反评审纪律，采取不规范行为，影响评审专家的公正公平性，干扰评审专家工作的。

第二十一条 医院在评审过程中有下列情形之一的，应终止评审，并直接判定评审结论为不合格：

（一）提供虚假评审资料，有伪造、涂改病历及有关档案资料等弄虚作假行为的；

（二）有群众来信、来访反映医院重大违法、违规、违纪行为，并提供明确线索，已经查实的；

(三) 借评审盲目扩大规模, 滥购设备, 浪费资源的;

(四) 存在医院评审标准中规定的“一票否决”情况的。

第二十二条 医院在等级证书有效期内有下列情形之一的, 卫生健康行政部门应当撤销原评审结论, 取消评审等次, 并收回证书和标识:

(一) 医院在医德医风、医疗质量和医疗安全等方面存在重大缺陷的;

(二) 经查实在接受评审过程中弄虚作假的;

(三) 拒绝参加对口支援工作或者未按照要求完成对口支援任务的;

(四) 在评审周期内, 对抽检复核过程中, 前置条款出现问题的。

第二十三条 各市(地)卫生健康行政部门应当在每年2月底前将上一年度评审的医院名单、评价结论、评审工作总结及本年度评审工作计划报送上级卫生健康行政部门。

第五章 附 则

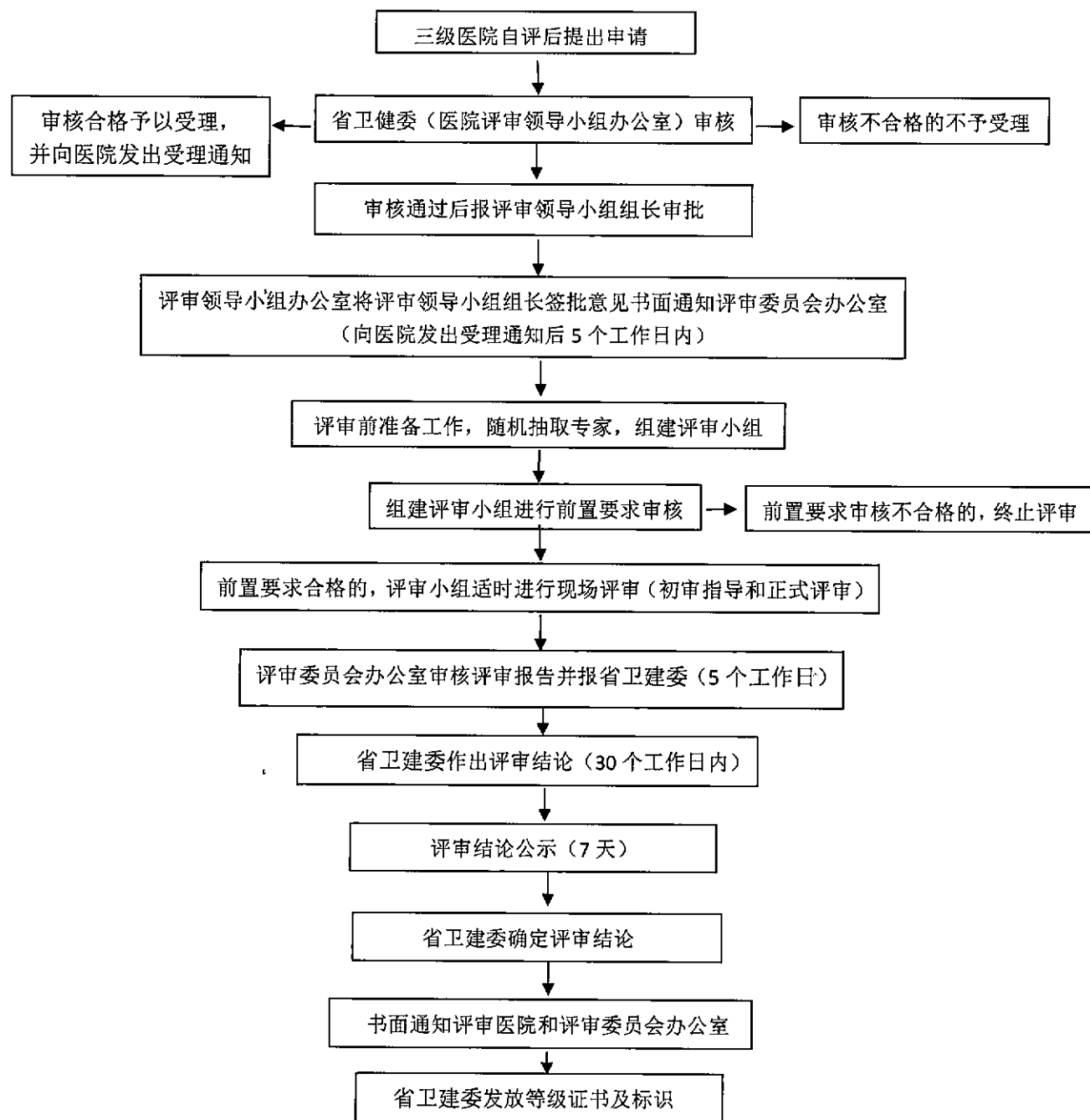
第二十四条 各市(地)卫生健康行政部门根据本办法实施细则制订本地区医院评审办法实施细则。

第二十五条 本办法实施细则由省卫生健康委负责解释。

第二十六条 本办法实施细则自发布之日起施行。

附表：

黑龙江省三级医院评审流程



备注：二级医院评审流程由各地卫生健康行政部门制定。