广西壮族自治区三级生殖专科医院评审标准实施细则

（2023年版）

广西壮族自治区卫生健康委员会

2023年11月

广西壮族自治区三级生殖专科医院评审标准

实施细则（2023年版）说明

根据国家卫生健康委《三级医院评审标准（2022年版）》《三级医院评审标准（2022年版）实施细则》（以下简称《国家标准》）、《广西壮族自治区三级综合医院评审标准实施细则（2023年版）》（以下简称《广西标准》），遵循“标准只升不降，周期全程追踪，检查核查并重”的原则，广西壮族自治区卫生健康委员会编制了《广西壮族自治区三级生殖专科医院评审标准实施细则（2023年版）》（以下简称《实施细则》），《实施细则》共设3个部分58节422条标准及其监测指标。

一、第一部分为前置要求部分。共设4节28条。医院评审周期为四年，医院在评审周期满前三个月须申请复审，未申请复审的，期满后按照“未定等”管理。医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。自治区卫生健康行政部门应当在收到医院提交的评审申请材料后，向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在违反前置条件的情况，征询时间不少于7天。

二、第二部分为医疗服务能力与质量安全监测数据部分。共设5章25节197条358个监测指标。内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测，单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据。第一章是资源配置与运行数据指标，共5节27条38个监测指标，包含3个加分项。第二章是医疗服务能力与医院质量安全指标，共3节35条42个监测指标，包含1个加分项。第三章是重点专业质量控制指标，共12节115条198个监测指标，根据生殖专科医院的特点及相关法律法规，设生殖医学专业、妇产科、胚胎实验室、产前诊断等重点专业质量控制指标。第四章是单病种（术种）质量控制指标，设3节13条45个监测指标。第五章是重点医疗技术临床应用质量控制指标，设人类辅助生殖技术临床应用质量控制指标，共2节7条35个监测指标。本部分监测指标将根据年度国家医疗质量安全改进目标和自治区医疗服务能力与质量安全监测情况进行动态调整，适当增加或减少相关指标。

三、第三部分为现场检查部分。共设3章29节197条537个指标。现场检查评审采取文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、患者访谈、现场检查、病历检查、病案检查和数据核查等方式进行。

四、计分与评分规则

（一）计分规则。

实行千分制，第一部分前置要求实行一票否决，不占分数；第二部分在评审综合得分中的权重占60%,总分为600分；第三部分在评审综合得分中的权重占40%,总分为400分。加分计入总分，总分不超过1000分。

（二）评分规则。

1.第二部分评分规则：规模类和配比类指标执行“全或无”规则，比如“护床比”，达到标准予以“给分”（或“满分”），否则计“零分”。连续监测指标，根据四分位法计算参评医院监测数据所在的分位，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

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

【文件查阅】查看医院和科室发布的文件类资料，如职责、制度、规范、流程、计划、报告、总结等资料。医院制定的职责、制度、规范、流程等文件必须符合国家和自治区有关法律法规、规章制度、标准、规范等要求。

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

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

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

【员工访谈】指现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括开会集体访谈等。

评分原则：原则上访谈5人次，每一人完全或大部分不知晓扣该款该项目分值的20%，扣完为止；访谈不足5人次，按照实际访谈人数调整扣分比例。

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

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

【员工操作】评审现场要求员工完成特定操作的内容。 评分原则：原则上抽考5人次，每一个员工操作不合格扣该款该项目分值20%，扣完为止；抽考不足5人次，按照实际抽考人数调整扣分比例。

【患者访谈】评审员对患者或家属开展访谈。

评分原则：原则上抽选5人次，超过1/3的患者或者家属不满意扣该款该项目分值30%，超过2/3的患者或者家属不满意该款该项目不得分。访谈不足5人次，根据实际访谈人次调整扣分比例。

【病历检查】评审现场对运行病历进行检查。

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

【病案检查】评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

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

五、数据采集

（一）采集方式。直接采集来源包括国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS），国家单病种质量管理与控制平台，医院质量监测系统（HQMS），国家公立医院绩效考核管理平台，医疗技术临床应用管理信息系统，国家医疗机构、医师、护士电子化注册信息系统，广西卫生统计信息网络直报系统，中华医学会生殖医学分会辅助生殖技术数据上报系统（CSRM），国家辅助生殖技术管理信息系统，桂妇儿健康服务信息管理系统等数据。

（二）采集原则。

1.指标数据采集为全评审周期。

2.行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。国家发布的年度国家医疗质量安全目标(约每年10个，以医院实际开展项目数为准)，自发布之日起，半年后开始完整取值，评审周期内需每年提供数据。

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

4.需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据时，按照以下规则：

（1）规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达标。

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

（三）数据核查原则。

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

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

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

4.所有错误数据，应按核查后的数据结果再次计算。并根据错误数据占现场核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

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

（四）数据核查准备指引。

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

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

3.对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

（五）数据采集说明。

本《细则》中所指的手术，如无特殊注明（例如门急诊手术）均为住院择期手术。

六、等级判定标准

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

**等级评定评分表**

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

目录

[第一部分 前置条件 1](#_Toc1179165053)

[一、依法设置与执业 1](#_Toc1247951255)

[二、公益性责任和行风诚信 3](#_Toc1991446183)

[三、安全管理与重大事件 4](#_Toc1703359186)

[四、综合管理 4](#_Toc253340945)

[第二部分 医疗服务能力与质量安全监测评审 5](#_Toc1588674261)

[第一章 资源配置与运行数据指标（120分） 5](#_Toc1184121476)

[一、床位配置（12分） 5](#_Toc798690383)

[二、卫生技术人员配备（28分，加分5分） 5](#_Toc1816473331)

[三、相关科室资源配置（43分） 6](#_Toc839748365)

[四、运行指标（25分） 8](#_Toc388242471)

[五、科研指标（12分，加分10分） 9](#_Toc1135890511)

[第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标（175分） 9](#_Toc1929680194)

[一、医疗服务能力（80分，加分3分） 10](#_Toc836983564)

[二、医院质量指标（50分） 12](#_Toc1164872298)

[三、医疗安全指标（45分） 13](#_Toc1547786434)

[第三章 重点专业质量控制指标（238分） 17](#_Toc1177180127)

[一、生殖医学专业医疗质量控制指标（42分） 18](#_Toc99554678)

[二、妇产科专业医疗质量控制指标（26分） 22](#_Toc325712133)

[三、产前诊断专业医疗质量控制指标（17分） 23](#_Toc308003128)

[四、麻醉专业医疗质量控制指标（22分） 24](#_Toc1172983026)

[五、护理专业医疗质量控制指标（13分） 27](#_Toc425838522)

[六、药事管理专业医疗质量控制指标（19分） 28](#_Toc1652527450)

[七、临床检验专业医疗质量控制指标（19分） 30](#_Toc622845499)

[八、临床用血质量控制指标（9分） 32](#_Toc1329006215)

[九、医院感染管理医疗质量控制指标（5分） 33](#_Toc630043058)

[十、超声诊断专业医疗质量控制指标（9分） 34](#_Toc2039296096)

[十一、病案管理质量控制指标（24分） 35](#_Toc610479352)

[十二、胚胎实验室质量控制指标（33分） 37](#_Toc1797087345)

[第四章 单病种（术种）质量控制指标（23分） 39](#_Toc1436996007)

[第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标（44分） 44](#_Toc990795487)

[一、广西壮族自治区限制类医疗技术（15分） 44](#_Toc711551171)

[二、人类辅助生殖技术临床应用质量控制指标（29分） 45](#_Toc1851584501)

[第三部分 现场检查（共400分） 48](#_Toc395179630)

[第一章 医院功能与任务（20分） 48](#_Toc1764604886)

[一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划（6分） 48](#_Toc965153932)

[二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务（6.2分） 50](#_Toc1398149333)

[三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务（6分） 53](#_Toc929774257)

[四、配合突发公共卫生事件和重大事故灾害的院内紧急处置（1.8分） 56](#_Toc1624921827)

[第二章 临床服务质量与安全管理（290分） 57](#_Toc511607490)

[一、医疗质量管理体系和工作机制（36.3分） 57](#_Toc62561842)

[二、医疗质量安全核心制度（45.6分） 69](#_Toc1357375111)

[三、医疗技术临床应用管理（24.4分） 93](#_Toc684708496)

[四、医疗安全风险防范（13.3分） 104](#_Toc1678311646)

[五、诊疗质量保障与持续改进（38分） 110](#_Toc186130977)

[六、护理质量保障与持续改进（23分） 126](#_Toc1567140407)

[七、药事管理与药学服务质量与持续改进（15分） 136](#_Toc41889994)

[八、检查检验质量保障与持续改进（14.1分） 142](#_Toc1817976589)

[九、产前诊断管理与持续改进（10分） 150](#_Toc335201807)

[十、输血管理与持续改进（6.5分） 155](#_Toc887164168)

[十一、医院感染管理与持续改进（15分） 160](#_Toc589210455)

[十二、生殖医学科诊疗质量保障及持续改进（19.1分） 170](#_Toc813020868)

[十三、胚胎实验室质量保障及持续改进（9.1分） 178](#_Toc3282615)

[十四、生殖男科质量保障及持续改进（8.3分） 182](#_Toc1483819130)

[十五、胚胎植入前遗传学检测技术质量保障及持续改进（7.9分） 186](#_Toc1968008946)

[十六、中医诊疗质量保障与持续改进（4.4分） 190](#_Toc783224328)

[第三章 医院管理（90分） 192](#_Toc1724008233)

[一、管理职责与决策执行机制（11.7分） 192](#_Toc1557006707)

[二、人力资源管理（12.3分） 197](#_Toc1523485854)

[三、财务和价格管理（12分） 204](#_Toc779224997)

[四、信息管理（6.6分） 209](#_Toc1079245173)

[五、医学装备管理（11.1分） 213](#_Toc1226740049)

[六、后勤保障管理（15.7分） 220](#_Toc1976992343)

[七、应急管理（6.1分） 228](#_Toc1443322417)

[八、科研教学与图书管理（8.7分） 232](#_Toc2092069654)

[九、行风与文化建设管理（5.8分） 236](#_Toc664922447)

# 第一部分 前置条件

●依法设置与执业

●公益性责任和行风诚信

●安全管理与重大事件

●综合管理

## 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、校验不通过，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；公立医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

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

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

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

（六）违反《人类辅助生殖技术管理办法》，非法开展人类辅助生殖技术，造成严重影响。

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

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

（九）违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》《病原微生物实验室生物安全管理条例》，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）。或被国家或自治区查处或通报的。

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

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

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

（十三）违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作或未履行其他法定职责，造成严重后果。

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

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

（十六）违反《中华人民共和国建筑法》《中华人民共和国消防法》，未依法办理建设工程消防设计审查验收及相关手续，违规改变建筑内部结构或使用功能，情节严重。

（十七）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

## 二、公益性责任和行风诚信

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

（十九）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

（二十）医院领导班子发生3起以上严重违纪事件或职务犯罪事件，医院发生严重医德医风事件，或医务人员发生3起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件（≥3人/起），造成重大社会影响。或自治区清廉医院建设星级评定结果为“无星”。

（二十一）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

（二十二）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

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

（二十四）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

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

（二十六）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（二十七）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

## 四、综合管理

（二十八）未按国家卫生健康委员会《关于印发电子病历系统应用水平分级评价管理办法（试行）及评价标准（试行）的通知》要求开展电子病历信息化建设评价，电子病历评级未达到4级及以上。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测评审

（600分）

**第一章 资源配置与运行数据指标**

**第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标**

**第三章 重点专业质量控制指标**

**第四章 单病种（术种）质量控制指标**

**第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标**

第一章 资源配置与运行数据指标（120分）

**数据来源：**

**1.自治区卫生健康统计信息网络直报系统**

**2.国家公立医院绩效管理平台**

**3.国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）**

**4.中华医学会生殖医学分会辅助生殖技术数据上报系统（CSRM）**

**5.医院填报**

1. **床位配置（12分）**

本节评审设3条3个指标，均为数据评审指标，共12分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 1.1.1核定床位数 | 以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。 | 规模类定量指标 | 2 | 监测达标。 |
| 1.1.2实际开放床位数 | 期末可供使用的固定实有床位数，包括消毒和小修理的病床、超过半年的加床，不包括因病房扩建或大修而暂停使用的病床，半年以内的临时加床。 | 规模类定量指标 | 5 | 监测达标。 |
| 1.1.3平均床位使用率 | 实际占用的总床日数/同期实际开放的总床日数×100% | 规模类定量指标 | 5 | 监测达标。 |

**二、卫生技术人员配备（28分，加分5分）**

本节评审设8条8个指标，均为数据评审指标，共28分。加分项1个，共5分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 1.2.1 卫生技术人员数与开放床位数比 | 医院卫生技术人员数/同期全院实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 1.2.2 全院护士人数与开放床位数比 | 医疗机构执业护士人数/同期实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 1.2.3 病区护士人数与开放床位数比 | 医疗机构病区执业护士人数/同期实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 1.2.4 医院感染管理专职人员数与开放床位数比 | 医院感染管理专职人员数/同期全院实际开放床位数 | 配比类定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 1.2.5 医护比 | 医院注册医师总数/全院同期注册护士总数×100% | 配比类定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 1.2.6配备正高级卫技人员的临床医技科室数与全院临床医技科室数比 | 配备有正高级卫技人员临床科室数/同期医院设置的临床科室总数×100% | 配比类定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 1.2.7卫生技术人员高级职称占比 | 卫生专业技术人员中具有高级职称的人数/全院卫生专业技术人员总数×100% | 配比类定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 1.2.8具有国家级、自治区级高层次人才人数 | 国家级人才每人加1分，累计不超过5分；自治区级人才如：广西优秀专家、广西十百千人才、每人加0.5分，累计不超过3分；国家级人才加自治区级人才总加分不超过5分。 | 定量指标 | 5 | 加分项。 |

**三、相关科室资源配置（43分）**

本节评审设6条17个指标，均为数据评审指标，共43分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 1.3.1 生殖医学妇科 | | | | |
| 1.3.1.1医师人数与周期数比 | （在医院注册的生殖医学妇科在岗医师人数-10）/（年度周期数-3000） | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.1.2高级职称医师人数占比 | 高级职称医师人数/医师总人数×100% | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.1.3护士人数与周期数比 | （护理人数-16）/（年度周期数-3000） | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.2生殖医学胚胎实验室 | | | | |
| 1.3.2.1实验室人员与周期数比 | （实验室人数-12）/（年度周期数-3000） | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.2.2高级职称具有产前遗传咨询培训证医师人数占比 | 生殖医学科高级职称具有产前遗传咨询培训证医师人数/生殖医学科医师人数×100% | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.3泌尿外科（生殖男科） | | | | |
| 1.3.3.1医师人数与周期数比 | （报告期末本医院生殖男科医师人数-2）/（年度周期数-3000） | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.3.2高级职称医师人数占比 | 报告期末取得高级职称资格证书的生殖男科医师人数/同年度生殖男科医师总人数×100% | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.4泌尿外科 | | | | |
| 1.3.4.1泌尿外科医师与开放床位数比 | 报告期末本医院泌尿外科医师人数/泌尿外科实际开放的床位数×100% | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.4.2泌尿外科高级职称医师人数占比 | 报告期末取得高级职称资格证书的泌尿外科医师人数/同期泌尿外科医师总人数×100% | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.4.3泌尿外科护士人数与泌尿外科开放床位数比 | 报告期末本医院泌尿外科从事护理工作的注册护士总人数/泌尿外科实际开放床位数×100% | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.5妇产科 | | | | |
| 1.3.5.1妇产科床位数占比 | 妇产科床位数/同期全院核定床位数×100% | 配比类定量指标 | 3 | 监测达标。 |
| 1.3.5.2妇产科医师人数与妇产科开放床位数比 | 在医院注册的妇产科在岗医师人数/同期妇产科实际开放床位数×100% | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.5.3妇产科护士人数与妇产科开放床位数比 | 在医院注册的妇产科在岗护士人数/同期妇产科实际开放床位数×100% | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.6麻醉科 | | | | |
| 1.3.6.1麻醉科医师数与手术间数比 | 在医院注册的麻醉科在岗医师人数/同期医院手术室间数 | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.6.2麻醉科医师数与日均全麻手术台次比 | 在医院注册的麻醉科在岗医师人数/同期医院日均全麻手术台次数 | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.6.3麻醉科医师和手术科室医师比 | 在医院注册的麻醉科在岗医师人数/同期医院手术科室医师数 | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |
| 1.3.6.4手术间麻醉护士与实际开放手术间的数量比 | 在医院注册的手术间在岗麻醉护士人数/同期医院实际开放手术间数 | 配比类定量指标 | 2.5 | 监测达标。 |

**四、运行指标（25分）**

本节评审设5条5个指标，均为数据评审指标，共25分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 1.4.1 相关手术科室年手术人次占其出院人次比例 | 相关手术科室出院患者手术人次数/相关手术科室同期患者出院总人次数×100% | 定量指标 | 5 | 监测比较。 |
| 1.4.2 人员支出占业务支出的比重 | 人员经费/医疗活动费用×100%  （1）分子：人员经费包括医院全部人员发生的费用。（2）分母：医疗活动费用包括业务活动费用（不含财政项目拨款经费和科教经费）、单位管理费用（不含财政项目拨款经费和科教经费）、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用、其他费用。（3）财政项目拨款经费和科教项目经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员经费不在本指标。 | 定量指标 | 5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 1.4.3医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入比例 | 医疗服务收入/医疗收入×100% | 定量指标 | 5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 1.4.4收支结余(医疗盈余率) | 医疗盈余/医疗活动收入×100% | 定量指标 | 5 | 监测比较。 |
| 1.4.5资产负债率 | 负债合计/资产合计×100% | 定量指标 | 5 | 监测比较。 |

**五、科研指标（12分，加分10分）**

本节评审设5条5个指标，均为数据评审指标，共12分。加分项2个，共10分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 1.5.1 新技术临床转化率 | 评审周期内新技术临床转化量总数/同期卫生技术人员总数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较。 |
| 1.5.2 取得临床相关国家专利数量比例 | 评审周期内取得临床相关国家专利总数/同期卫生技术人员总数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较。 |
| 1.5.3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/同期卫生技术人员总数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较。 |
| 1.5.4科研课题立项数 | 评审周期内立项国家级课题每个加1分，自治区级课题每个加0.5分，总加分不超过5分。 | 定量指标 | 5 | 加分项。 |
| 1.5.5科研平台数 | 建立有国家级科研平台每个加1分，自治区级科研平台每个加0.5分，总加分不超过5分。 | 定量指标 | 5 | 加分项。 |

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标（175分）

**数据来源：**

**1.国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）**

**2.全国医院质量监测系统（HQMS）**

**3.国家公立医院绩效管理平台**

**4.自治区卫生健康统计信息网络直报系统**

**5.中华医学会生殖医学分会辅助生殖技术数据上报系统（CSRM）**

**6.广西人类辅助生殖技术信息管理系统**

**7.医院填报**

**一、医疗服务能力（80分，加分3分）**

本节评审设14条21个指标，均为数据评审指标，共80分。加分项1个，共3分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 2.1.1 收治病种数量（ICD-10四位亚目数量） | 根据ICD-10四位亚目，从病案首页中统计主要诊断数量 | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.2 住院术种数量（ICD-9-CM-3四位细目数量） | 根据ICD-9-CM-3四位细目，从病案首页中统计主要手术数量 | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.3 MII卵率 | MII卵母细胞总数/ICSI获卵数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较。 |
| 2.1.4新鲜胚胎移植周期β-HCG阳性率 | 新鲜胚胎移植周期β-HCG阳性周期数/新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 2.1.5年度高龄体外受精-胚胎移植患者诊治比率 | 年度高龄体外受精-胚胎移植患者总数/同期体外受精-胚胎移植患者总数×100% | 定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 2.1.6新鲜胚胎移植周期临床妊娠率 | 新鲜胚胎移植周期临床妊娠周期数/新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.7新鲜胚胎移植周期着床率 | 新鲜胚胎移植周期孕囊数/同期新鲜胚胎移植胚胎数×100%（单胚胎移植孕囊仅记为1） | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.8 高龄妊娠率 | | | | |
| 2.1.8.1 35-37岁常规体外受精（IVF）新鲜胚胎移植周期临床妊娠率 | 35-37岁患者行常规体外受精新鲜胚胎移植周期临床妊娠周期数/同期35-37岁患者行常规体外受精新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.8.2 38-40岁常规体外受精（IVF）新鲜胚胎移植周期临床妊娠率 | 38-40岁患者行常规体外受精新鲜胚胎移植周期临床妊娠周期数/同期38-40岁患者行常规体外受精新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.8.3 41-42岁常规体外受精（IVF）新鲜胚胎移植周期临床妊娠率 | 41-42岁患者行常规体外受精新鲜胚胎移植周期临床妊娠周期数/同期41-42岁患者行常规体外受精新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.8.4 43-44岁常规体外受精（IVF）新鲜胚胎移植周期临床妊娠率 | 43-44岁患者行常规体外受精新鲜胚胎移植周期临床妊娠周期数/同期43-44岁患者行常规体外受精新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.8.5 35-37岁卵胞浆内单精子显微注射（ICSI）新鲜胚胎移植周期临床妊娠率 | 35-37岁患者行卵胞浆内单精子显微注射新鲜胚胎移植周期临床妊娠周期数/同期35-37岁患者行卵胞浆内单精子显微注射新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.8.6 38-40岁卵胞浆内单精子显微注射（ICSI）新鲜胚胎移植周期临床妊娠率 | 38-40岁患者行卵胞浆内单精子显微注射新鲜胚胎移植周期临床妊娠周期数/同期38-40岁患者行卵胞浆内单精子显微注射新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.8.7 41-42岁卵胞浆内单精子显微注射（ICSI）新鲜胚胎移植周期临床妊娠率 | 41-42岁患者行卵胞浆内单精子显微注射新鲜胚胎移植周期临床妊娠周期数/同期41-42岁患者行卵胞浆内单精子显微注射新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.8.8 43-44岁卵胞浆内单精子显微注射（ICSI）新鲜胚胎移植周期临床妊娠率 | 43-44岁患者行卵胞浆内单精子显微注射新鲜胚胎移植周期临床妊娠周期数/同期43-44岁患者行卵胞浆内单精子显微注射新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.9冻融胚胎移植β-HCG阳性率 | 冻融胚胎移植β-HCG阳性周期数/冻融移植胚胎周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测达标。 |
| 2.1.10冻融胚胎移植周期临床妊娠率 | 冻融胚胎移植临床妊娠周期数/同期冻融胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.11冻融胚胎移植周期着床率 | 冻融胚胎移植孕囊数/同期冻融胚胎移植胚胎数×100%（单胚胎移植孕囊仅记为1） | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.12夫精人工授精临床妊娠率 | 夫精人工授精临床妊娠周期数/同期进行夫精人工授精治疗周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.13供精人工授精临床妊娠率 | 供精人工授精临床妊娠周期数/同期进行供精人工授精治疗周期数×100% | 定量指标 | 4 | 监测比较，逐步提高。 |
| 2.1.14获国家或自治区级重点专科数量 | 国家级重点专科每个加 1 分，自治区级重点专科每个加 0.5分，总加分不超过 3 分。 | 定量指标 | 3 | 加分项 |

**二、医院质量指标（50分）**

本节评审设6条6个指标，均为数据评审指标，共50分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 2.2.1年度国家医疗质量安全目标（约每年10个） | 按国家下达年度目标规定执行（与本细则已规定的监测指标有重复的及生殖专科无法监测的专科指向性明确的指标，不纳入计算）。 | 定量指标 | 20 | 分年度分目标监测达标。 |
| 2.2.2 患者住院总死亡率 | 住院总死亡患者人数/同期出院患者总人次×100% | 定量指标 | 6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.2.3 住院患者出院后0～31天非预期再住院率 | 出院后0～31天非预期再住院患者人次/同期出院患者总人次（除死亡患者外）×100% | 定量指标 | 6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.2.4 手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率 | 择期手术患者术后48小时内非预期重返手术室手术人次/择期手术总台次×100%  择期手术患者术后31天内非预期重返手术室手术人次/择期手术总台次×100% | 定量指标 | 6 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.2.5 孕产妇死亡 | 评审周期内（评审前3年）发生本医疗机构责任所致的可避免孕产妇死亡1例不得分 | 定量指标 | 6 | 监测达标。 |
| 2.2.6 产后非计划再次手术率 | （产后发生非计划再次手术人数/同期分娩产妇总人数）×（10万/10万） | 定量指标 | 6 | 监测比较，逐步降低。 |

**三、医疗安全指标（45分）**

本节评审设15条15个指标，均为数据评审指标，共45分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.3.1 手术患者手术后深静脉血栓发生率，ICD-10编码：I80.1，I80.2，I82.8的手术出院患者 | 手术患者手术后深静脉血栓发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.2 手术患者手术后出血或血肿发生率，ICD-10编码：T81.0的手术出院患者 | 手术患者手术后出血或血肿发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.3 手术患者手术伤口裂开发生率，ICD-10编码：T81.3的手术出院患者 | 手术患者手术伤口裂开发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.4 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率，ICD-10编码：E89的手术出院患者 | 手术患者手术后生理(代谢）紊乱发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.5 与手术/操作相关感染发生率，ICD-10编码：T81.4的手术出院患者 | 与手术(操作)相关感染发生例数/同期手术/操作患者出院人次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.6 手术过程中异物遗留发生率，ICD-10编码：T81.5，T81.6的手术出院患者 | 手术过程中异物遗留发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.7 手术患者麻醉并发症发生率，ICD-10编码：T88.2至T88.5的手术出院患者 | 手术患者麻醉并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.8 新生儿产伤发生例数和发生率 ICD-10 编码：P10.0 至 P10.9，P11.0 至 P11.9，P12.0 至 P12.9，P13.0 至 P13.9，P14.0 至 P14.9，P15.0 至 P15.9 的新生儿 | 发生产伤的新生儿出院患者人次/同期活产儿人数×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.9 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率ICD-10 编码： O70.2，O70.3，O70.9，O71.0 至 O71.9， O72.0，O72.1，O72.2，O72.3，O73.0，O73.1，O74.0 至 O74.9， O75.0 至 O75.9，O86.0 至 O86.8，O87.0 至 O87.9，O88.0 至 O88.8，O89.0 至 O89.9，O90.1 至 O90.9，O95，A34 的阴道分娩产妇 | 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数/同期阴道分娩出院产妇人数×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.10 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例 数和发生率 ICD-10 编码：O71.0 至 O71.9，O72.0，O72.1，O72.2， O72.3，O73.0，O73.1，O74.0 至 O74.9，O75.0 至 O75.9， O86.0 至 O86.8，O87.0 至 O87.9，O88.0 至 O88.8，O89.0 至 O89.9，O90.0，O90.2 至 O90.9，O95，A34 的剖宫产分娩产妇 | 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数/同期剖宫产分娩产妇出院人数×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.11  2期及以上院内压力性损伤发生率，ICD-10编码：L89.1，L89.2，L89.3，L89.9的出院患者 | 2期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.12  输注反应发生率，ICD-10编码：T80.0，T80.1，T80.2，T80.8，T80.9的出院患者 | 发生输注反应的出院患者例次/同期接受输注的出院患者人次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.13  输血反应发生率，ICD-10编码：T80的输血出院患者 | 发生输血反应的出院患者例次/同期出院患者输血总例次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.14  住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数和发生率 ICD-10 编码：S32.1 至 S32.5，S32.7，S32.8，S71.8， S72.0 的出院患者 | 住院患者医院内跌倒(坠床)所致髋部骨折发生例数/同期住院患者跌倒(坠床)发生例数×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |
| 2.3.15  临床用药所致的有害效应（不良事件）发生率，包括全身性抗菌药物的有害效应Y40；降血糖药物的有害效应Y42.3；抗凝剂的有害效应Y44.2，Y44.3，Y44.4，Y44.5；镇痛药和解热药的有害效应Y45；心血管系统用药的有害效应Y52；X线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应Y57.5，Y57.6等的出院患者 | 临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数/同期出院患者人次×100% | 定量指标 | 3 | 监测比较，逐步降低。 |

第三章 重点专业质量控制指标（238分）

**数据来源：**

**1.国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）**

**2.国家公立医院绩效考核管理平台**

**3.国家临床检验质控中心质控平台**

**4.国家护理质量数据平台**

**5.全国医院质量监测系统（HQMS）**

**6.自治区卫生健康统计信息网络直报系统**

**7.自治区级以上临床检验质控中心质控平台**

**8.自治区桂妇儿系统**

**9.中华医学会生殖医学分会辅助生殖技术数据上报系统（CSRM）**

**10.广西人类辅助生殖技术信息管理系统**

**11.医院填报**

**一、生殖医学专业医疗质量控制指标（42分）**

本节评审设7条27个指标，均为数据评审指标，共42分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.1.1体外受精-胚胎移植术 | | | | |
| 3.1.1.1年取卵周期数 | 统计医院实际年度取卵周期数 | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.1.1.2 体外受精-胚胎移植新鲜周期中重度卵巢过度刺激综合征（OHSS）发生率 | 报告期末行体外受精-胚胎移植新鲜周期治疗过程中发生中重度卵巢过度刺激综合征（OHSS）周期数/同期行体外受精-胚胎移植新鲜治疗周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.1.3体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植周期多胎妊娠率 | 报告期末体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植周期多胎妊娠周期数/同期行体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植临床妊娠周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.1.4体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植周期早期流产率 | 报告期末体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植周期早期流产周期数/同期行体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植临床妊娠周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 3.1.1.5体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植周期异位妊娠率 | 报告期末体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植周期异位妊娠周期数/同期行体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植临床妊娠周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 3.1.2冻融胚胎移植 | | | | |
| 3.1.2.1 年冻融胚胎移植周期数 | 统计医院实际年度冻融胚胎移植周期数。 | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.1.2.2 冻融胚胎移植多胎率 | 报告期末冻融胚胎移植多胎妊娠周期数/冻融胚胎移植临床妊娠周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.2.3冻融胚胎移植早期流产率 | 报告期末冻融胚胎移植早期流产周期数/同期行冻融胚胎移植临床妊娠周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 3.1.2.4冻融胚胎移植异位妊娠率 | 报告期末冻融胚胎移植异位妊娠周期数/同期行冻融胚胎移植临床妊娠周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 3.1.3夫精人工授精 | | | | |
| 3.1.3.1夫精人工授精多胎妊娠率 | 夫精人工授精多胎妊娠周期数/夫精人工授精临床妊娠周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 3.1.3.2夫精人工授精中重度OHSS发生率 | 夫精人工授精中重度OHSS周期数/夫精人工授精周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 3.1.4供精人工授精 | | | | |
| 3.1.4.1供精人工授精多胎妊娠率 | 供精人工授精多胎妊娠周期数/供精人工授精临床妊娠周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 3.1.4.2供精人工授精中重度OHSS发生率 | 供精人工授精中重度OHSS周期数/供精人工授精周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 3.1.5随访率 | | | | |
| 3.1.5.1体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植周期随访率 | 报告期末体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植周期随访周期数/体外受精-胚胎移植新鲜胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.5.2 冻融胚胎移植随访率 | 报告期末冻融胚胎移植随访周期数/冻融胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.5.3 夫精人工授精随访率 | 报告期末夫精人工授精随访周期数/同期夫精人工授精周期数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.5.4 供精人工授精随访率 | 报告期末供精人工授精随访周期数/同期供精人工授精周期数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.6 泌尿外科（生殖男科） | | | | |
| 3.1.6.1 梗阻性无精子症诊断符合率 | 经诊断性睾丸或附睾穿刺术证实有精子的病例数/同期临床诊断为梗阻性无精子症且行诊断性睾丸或附睾穿刺术的病例数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.6.2显微镜下睾丸切开取精术获精率(主要手术ICD-9-CM-3编码：62.9900x001手术出院患者) | 经显微镜辅助下睾丸切开取精手术获得精子的病例数/同期显微镜下睾丸切开取精手术总例数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.6.3 输精管吻合术复通率(主要手术ICD-9-CM-3编码：63.8200x001手术出院患者) | 输精管吻合术成功复通病例数/同期输精管吻合术总例数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.6.4附睾输精管吻合术复通率(主要手术ICD-9-CM-3编码：63.8300手术出院患者) | 附睾输精管吻合术的成功复通病例数/同期附睾输精管吻合术总病例数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.7男科实验室 | | | | |
| 3.1.7.1 室内质控项目开展率（精液检查） | 开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.7.2 室内质控项目质控不合格率（精液检查） | 室内质控项目质控不合格的检验项目数/同期室内质控检验项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.7.3 室间质评项目参加率（精液检查） | 参加特定机构组织的室间质评项目数/同期实验室已开展且同时特定机构已组织的室间质评项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.7.4 室间质评项目不合格率（精液检查） | 参加特定机构组织的室间质评不合格的检验项目数/同期实验室已开展且同时特定机构已组织的室间质评项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.1.7.5 精子形态学检查的人员质控考核率 | 参与形态学考核人数/男科实验室检验技术人员总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.1.7.6 检验报告不正确率（精液检查） | 实验室发出的不正确检验报告数/同期检验报告总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |

**二、妇产科专业医疗质量控制指标（26分）**

本节评审设2条16个指标，均为数据评审指标，共26分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.2.1妇科 | | | | |
| 3.2.1.1 异位妊娠休克患者抢救成功率（主要诊断ICD-10编码：O00，且伴其他诊断ICD-10编码：O08.302、R57.100、R57.101的出院患者） | 异位妊娠休克抢救成功患者人次数/同期异位妊娠休克患者人次总数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.2.1.2 妇科日间手术占择期手术比率 | 妇科日间手术台次数/同期妇科择期手术总台次数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.2.1.3 妇科患者平均住院日 | 妇科年度内所有出院患者住院总天数/同期妇科所有出院患者总人数 | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.1.4 妇科手术患者并发症发生率 | 妇科手术患者并发症发生例数/同期妇科出院的手术患者人数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.1.5 妇科手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率 | 妇科择期手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室手术人次/妇科择期手术总台次×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.1.6 妇科出院患者宫腔镜和腹腔镜手术占比 | 妇科出院患者宫腔镜和腹腔镜手术人次数/同期妇科出院患者手术人次数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.2.1.7 妇科出院患者手术占比 | 妇科出院患者手术人次数/同期妇科出院患者总人次数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.2.1.8 三、四级手术占比 | 妇科出院患者三、四级手术人次数/同期妇科手术总人次数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.2.2 产科 | | | | |
| 3.2.2.1剖宫产率 | 剖宫产分娩产妇人数/同期分娩产妇总人数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.2.2中转剖宫产率 | 阴道试产后转剖宫产分娩产妇人数/同期分娩产妇总人数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.2.3会阴切开率 | 阴道分娩行会阴切开产妇人数/同期阴道分娩产妇总人数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.2.4 III-IV度会阴裂伤发生率 | 阴道分娩III-IV度会阴裂伤产妇人数/同期阴道分娩产妇总人数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.2.5 巨大儿发生率 | 巨大儿人数/同期活产数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.2.6严重产后出血发生率 | 严重产后出血产妇人数/同期分娩产妇总人数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.2.7产科妊娠相关子宫切除率 | （产科妊娠相关子宫切除人数/同期分娩产妇总人数）×（10万/10万） | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.2.2.8 足月新生儿5分钟Apgar评分＜7分发生率 | 足月新生儿5分钟Apgar评分＜7分人数/同期足月活产儿总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |

**三、产前诊断专业医疗质量控制指标（17分）**

本节评审设10条10个指标，均为数据评审指标，共17分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.3.1 建卡孕妇地贫筛查率 | 建卡孕妇行地贫筛查人数/本机构建卡的孕妇总人数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.3.2 产前筛查率（包括母体血清学筛查和无创产前检查) | （血清学筛查数+无创产前筛查数）/本机构建卡的小于35岁产妇数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.3.3 产前筛查对象的随访率 | 随访人数/（血清学筛查产妇数+无创产前筛查产妇数）×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.3.4 孕阳丈夫地贫筛查率 | （孕阳丈夫筛查数+孕阳丈夫未筛查已基因诊断数）/孕妇地贫筛查阳性数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.3.5 双阳夫妇地贫基因诊断率 | （孕期双阳基因诊断对数+仅单方进行基因诊断且结果阴性）/孕期双阳夫妇总对数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.3.6 产前筛查阳性产前诊断率 | 产前诊断人数/（血清学筛查高危产妇数+无创产前筛查高危产妇数）×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.3.7产前诊断取材技术成功率 | 产前诊断取材技术成功人数/产前诊断总人数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.3.8羊膜腔穿刺术后一周内胎儿丢失率 | 羊膜腔穿刺术后一周胎儿丢失/同期羊膜腔穿刺总人数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.3.9产前诊断术后随访率 | （应随访人数-失访人数）/同期产前诊断人数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.3.10产前诊断室内质控失控率 | 室内质控失控项目数/室内质控项目总数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较，逐步降低。 |

**四、麻醉专业医疗质量控制指标（22分）**

本节评审设25条25个指标，均为数据评审指标，共22分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.4.1麻醉科医护比 | 麻醉科护士总数/麻醉科医师总数 | 配比类定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.4.2麻醉医师人均年麻醉例次数 | 麻醉科年度完成麻醉总例次数/同期麻醉科固定在岗医师总数 | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 3.4.3手术室外麻醉占比 | 单位时间内手术室外实施的麻醉例次数/同期麻醉总例次数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.4.4取卵术患者麻醉比例 | 取卵术患者麻醉例数/同期取卵术患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.4.5择期手术麻醉前访视率 | 单位时间内择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数/同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.4.6入室后手术麻醉取消率 | 单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数/同期入室后拟手术麻醉总例次数×1000‰ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.7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例次数/同期麻醉总例次数×1000‰ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.8全身麻醉术中体温监测率 | 单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数/同期全麻总例次数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.4.9术中主动保温率 | 单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数/同期全麻总例次数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.4.10手术麻醉期间低体温发生率 | 单位时间内手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）/同期接受体温监测的麻醉患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.11术中牙齿损伤发生率 | 单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数/同期插管全身麻醉总例次数×1000‰ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.12麻醉期间严重反流误吸发生率 | 单位时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数/同期麻醉科完成麻醉总例次数×10000‱ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.13计划外建立人工气道发生率 | 单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数/同期麻醉科患者总数×1000‰ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.14 术中心脏骤停率 | 单位时间内术中心脏骤停患者数/同期麻醉科患者总数×10000 ‱ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.15 麻醉期间严重过敏反应发生率 | 单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数/同期麻醉科完成麻醉总例次数×10000 ‱ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.16全身麻醉术中知晓发生率 | 单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数/同期全身麻醉总例次数×1000‰ | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.17 PACU入室低体温发生率 | 单位时间内 PACU 入室低体温患者数/同期入PACU 患者总数×100% | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。未设置PACU不得分。 |
| 3.4.18麻醉后PACU转出延迟率 | 单位时间内入 PACU 超过 2 小时的患者数/同期入 PACU 患者总数×1000‰ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。未设置PACU不得分。 |
| 3.4.19 非计划二次气管插管率 | 单位时间内非计划二次气管插管患者数/同期术后气管插管拔除患者总数×1000‰ | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.20非计划转入ICU率 | 单位时间内非计划转入ICU的麻醉患者数/同期麻醉患者总数×1000‰ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.21术后镇痛满意率 | 单位时间内麻醉科术后镇痛随访VAS≤3分患者数/同期麻醉科术后镇痛患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.4.22全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率 | 单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数/同期全身麻醉气管插管总例次数×10000‱ | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.23 麻醉后新发昏迷发生率 | 单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数/同期非颅脑手术全身麻醉总例次数×10000‱ | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.24麻醉后24小时内患者死亡率 | 单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数/同期麻醉患者总数×10000‱ | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.4.25阴道分娩椎管内麻醉使用率 | 阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数/同期阴道分娩产妇总人数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |

**五、护理专业医疗质量控制指标（13分）**

本节评审设10条13个指标，均为数据评审指标，共13分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.5.1 护患比（X：1） | | | | |
| 3.5.1.1护患比（白班） | 每天白班护理患者数之和/同期每天白班责任护士数之和 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.5.1.2 护患比（夜班） | 每天夜班护理患者数之和/同期每天夜班责任护士数之和 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.5.2 每住院患者24小时平均护理时数 | 医疗机构病区执业护士实际上班小时数/同期住院患者实际占用床日数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.5.3 不同级别护士配置占比 | | | | |
| 3.5.3.1 护师及以下职称占比 | 病区护师及以下职称的护士总数/同期病区执业护士总人数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 3.5.3.2 副高及以上职称占比 | 副高及以上职称的护士总数/同期病区执业护士总人数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 3.5.4 护士离职率 | 护士离职人数/（期初医疗机构执业护士总人数+期末医疗机构执业护士总人数）/2×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.5.5IVF-ET室患者身份识别规范落实率 | 按规范实际落实条目数/按规范应落实的条目数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.5.6人工授精室患者身份识别规范落实率 | 按规范实际落实条目数/按规范应落实的条目数 | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.5.7 住院患者身体约束率 | 住院患者身体约束日数/同期住院患者实际占用床日数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.5.8 住院患者跌倒发生率 | | | | |
| 3.5.8.1 住院患者跌倒发生率 | 住院患者跌倒例次数/同期住院患者实际占用床日数×1000‰ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.5.8.2 住院患者跌倒伤害占比 | 住院患者跌倒伤害总例次数/同期住院患者跌倒例次数×100％ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.5.9 住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率 | 住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数×100％ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.5.10 导尿管非计划拔管率 | 导尿管非计划拔管例次数/同期导尿管留置总日数×1000‰ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |

**六、药事管理专业医疗质量控制指标（19分）**

本节评审设15条19个指标，均为数据评审指标，共19分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.6.1 药学专业技术人员占比 | 药学专业技术人员数/同期医疗机构卫生专业技术人员总数×100%（药学专业技术人员指在药学部门从事药学技术工作的人员） | 配比类定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.6.2 每百张床位临床药师人数 | 临床药师人数/同期实际开放床位数×100%（临床药师指获得中国医院协会、中华医学会或中华中医学会临床药师岗位培训证书的药师） | 配比类定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.6.3处方审核率 | | | | |
| 3.6.3.1 门诊处方审核率 | 药品收费前药师审核门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%（处方审核统计表有审方药师签名） | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.6.3.2 急诊处方审核率 | 药品收费前药师审核急诊处方人次数/同期急诊处方总人次数×100%（处方审核统计表有审方药师签名） | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.6.4 住院用药医嘱审核率 | 药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数/同期住院患者用药医嘱总条目数×100%（处方审核统计表有审方药师签名） | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.6.5 门诊处方点评率 | 点评的门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.6.6 门诊处方合格率 | 合格的门诊处方人次数/同期点评门诊处方总人次数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.6.7 住院患者药学监护率 | 实施药学监护的住院患者数/同期住院患者总数×100%（药学监护包括药学查房、患者用药教育、药学会诊、监护计划与记录或药历） | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.6.8 严重或新的药品不良反应上报率 | 严重或新的药品不良反应上报人数/同期用药患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.6.9 住院患者抗菌药物使用情况 | | | | |
| 3.6.9.1 住院患者抗菌药物使用率 | 住院患者使用抗菌药物人数/同期医疗机构住院患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.6.9.2 住院患者抗菌药物使用强度 | 住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数）/同期住院患者床日数×100 | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.6.9.3住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比 | 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计DDD数）/同期住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数）×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.9.4Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率 | Ⅰ类切口手术预防使用抗菌药物的患者数/同期Ⅰ类切口手术患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.6.10 住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率 | 使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100%（使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数以治疗用抗菌药物第一次医嘱前有送检医嘱为有效例数，检验项目包括微生物培养、显微镜检查；微生物免疫学检测、微生物基因测序、降钙素原检测、白介素-6 检测、真菌1-3-β-D 葡聚糖检测（G 试验、半乳糖甘露醇聚糖抗原检测（GM试验）等。） | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.6.11 住院患者静脉输液使用率 | 使用静脉输液的住院患者数/同期住院患者总数×100%（使用静脉输液的住院患者不包括非治疗性的检查用药输液） | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.12 住院患者中药注射剂静脉输液使用率 | 使用中药注射剂静脉输液住院患者数/同期住院患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.13 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率 | 急诊患者静脉使用糖皮质激素人数/同期急诊患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.14 住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率 | 静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数/同期住院患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.6.15用药错误报告率 | 报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数/同期用药患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |

**七、临床检验专业医疗质量控制指标（19分）**

本节评审设15条19个指标，均为数据评审指标，共19分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.7.1 标本类型错误率 | 类型不符合要求的标本数/同期标本总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.2 标本容器错误率 | 采集容器不符合要求的标本数/同期标本总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.3 标本采集量错误率 | 采集量不符合要求的标本数/同期标本总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.4 血培养污染率 | 污染的血培养标本数/同期血培养标本总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.5 抗凝标本凝集率 | 凝集的标本数/同期需抗凝的标本总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.6 检验前周转时间中位数（检验前周转时间中位数=X(n+1)/2，n为奇数；检验前周转时间中位数=（Xn/2+Xn/2+1）/2，n为偶数） | | | | |
| 3.7.6.1检验前周转时间（急诊） | 所有急诊检验（含门急诊和住院）从标本采集到实验室接收标本的时间间隔的中位数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.6.2检验前周转时间（住院） | 所有住院检验从标本采集到实验室接收标本的时间间隔的中位数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.6.3检验前周转时间（门诊） | 所有门诊检验从标本采集到实验室接收标本的时间间隔的中位数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.7 室内质控项目开展率 | 开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.7.8 室内质控项目变异系数不合格率 | 室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数/同期对室内质控变异系数有要求的检验项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.9 室间质评项目参加率 | 参加国家或省级临检中心组织的室间质评项目数/同期实验室已开展且同时国家或省临检中心已组织的室间质评项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.7.10 室间质评项目不合格率 | 参加国家或省级临检中心组织的室间质评不合格的检验项目数/同期参加国家或省级临检中心组织的室间质评检验项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.11实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目） | 执行实验室间比对的检验项目数/同期无室间质评计划检验项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.7.12实验室内周转时间中位数（实验室内周转时间中位数=X(n+1)/2,n为奇数；实验室内周转时间中位数=（Xn/2+Xn/2+1）/2，n为偶数） | | | | |
| 3.7.12.1实验室内周转时间（急诊） | 所有急诊（含住院和门急诊）检验从实验室收到标本到发送报告的时间间隔的中位数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.12.2实验室内周转时间（住院） | 所有住院检验从实验室收到标本到发送报告的时间间隔的中位数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.12.3实验室内周转时间（门诊） | 所有门诊检验从实验室收到标本到发送报告的时间间隔的中位数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.13 检验报告不正确率 | 实验室发出的不正确检验报告数/同期检验报告总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.7.14 危急值通报率 | 已通报的危急值检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.7.15 危急值通报及时率 | 危急值通报时间符合规定时间的检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |

**八、临床用血质量控制指标（9分）**

本节评审设9条9个指标，均为数据评审指标，共9分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.8.1 每千单位用血输血专业技术人员数 | 输血科（血库）专职专业技术人员数/(医疗机构年度用血总单位数/1000) | 配比类定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.8.2 《临床输血申请单》合格率 | 填写规范且符合用血条件的申请单数/同期输血科（血库）接收的申请单总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.3 受血者标本血型复查率 | 受血者血液标本复查血型数/同期接收的受血者血液标本总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.8.4 输血相容性检测项目室内质控率 | 开展室内质控的输血相容检测项目数/医疗机构开展的输血相容性检测项目数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.5 输血相容性检测室间质评项目参加率 | 参加国家或省级临检中心组织的输血相容性检测室间质评项目数/同期实验室已开展且同时国家或省临检中心已组织的输血相容性检测室间质评项目总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.8.6 千输血人次输血不良反应上报例数 | 输血不良反应上报例数/(输血人数/1000) | 定量指标 | 1 | 无漏报，严重输血不良反应如溶血性输血不良反应逐步降低。 |
| 3.8.7 一二级手术台均用血量 | 一级和二级手术用血总单位数/同期一级和二级手术总台数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.8.8 三四级手术台均用血量 | 三级和四级手术用血总单位数/同期三级和四级手术总台数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.8.9出院患者人均用血量 | 出院患者用血总单位数/同期出院患者人次 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |

**九、医院感染管理医疗质量控制指标（5分）**

本节评审设5条5个指标，均为数据评审指标，共5分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 3.9.1 医院感染发病（例次）率 | 医院感染新发病例（例次）数/同期住院患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.2 医院感染现患（例次）率 | 确定时段或时点住院患者中医院感染患者（例次）数/同期住院患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.3 医务人员手卫生依从率 | 受调查的医务人员实际实施手卫生次数/同期调查中应实施手卫生次数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.9.4 I类切口手术部位感染率 | 发生I类切口手术部位感染病例数/同期接受I类切口手术患者总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.9.5 导尿管相关泌尿系感染发病率 | 导尿管相关泌尿系感染例次数/同期患者使用导尿管总天数×1000‰ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |

**十、超声诊断专业医疗质量控制指标（9分）**

本节评审设9条9个指标，均为数据评审指标，共9分。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| 3.10.1超声医师月均工作量 | 超声年总工作量/  （超声医师数×12个月） | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 3.10.2 超声仪器质检率 | 单位时间内完成质检的超声仪器数/同期本机构在用超声仪器总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.10.3 住院超声检查48小时内完成率 | 单位时间内在临床开具住院超声检查申请48小时内完成检查并出具超声检查报告的例数/同期临床开具住院超声检查申请单总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.10.4 超声危急值10分钟内通报完成率 | 单位时间内10分钟内完成通报的超声危急值例数/同期超声危急值总例数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 3.10.5 超声报告书写合格率 | 单位时间内超声检查报告书写合格的数量/同期超声检查报告总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.6超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率 | 单位时间内超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数/同期超声产检的孕妇总人数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 3.10.7 门急诊超声报告阳性率 | 单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数/同期门急诊超声报告总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.8 住院超声报告阳性率 | 单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数/同期住院超声报告总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.10.9 超声诊断符合率 | 单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数/同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |

**十一、病案管理质量控制指标（24分）**

本节评审设5条24个指标，均为数据评审指标，共 24分。

| **监测指标** | **计算方法** | **指标设定** | **分值** | **评审指标导向** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.11.1 人力资源配置指标 | | | | |
| 3.11.1.1住院病案管理人员月均负担出院患者病历数 | 出院患者病历总数/同期住院病案管理人员实际工作总月数 | 配比类定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 3.11.1.2 病案编码人员月均负担出院患者病历数 | 出院患者病历总数/同期病案编码人员实际工作总月数 | 配比类定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 3.11.1.3 ART病案管理人员月均负担ART患者病历数 | ART患者病历总数/同期ART病案管理人员实际工作总月数 | 配比类定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 3.11.2 病历书写时效性指标 | | | |  |
| 3.11.2.1入院记录24小时内完成率 | 入院记录在患者入院24小时内完成的住院患者病历数/同期住院患者病历总数 ×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.2 ART病历书写记录启动促排卵用药24小时前完成率 | ART病历书写记录在患者启动促排卵用药24小时前完成的病历数/同期ART患者病历书写总数 ×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.3 手术记录24小时内完成率 | 手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.4 ART手术记录24小时内完成率 | ART手术记录在术后24小时内完成的患者病历数/同期ART手术患者病历总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.5 出院记录24小时内完成率 | 出院记录在患者出院后24小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.2.6 病案首页24小时内完成率 | 病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.3 重大检查记录符合率 | | | |  |
| 3.11.3.1 细菌培养 检查记录符合率 | 细菌培养检查的医 嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数/同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.4 诊疗行为记录符合率 | | | |  |
| 3.11.4.1 抗菌药物使用记录符合率 | 抗菌药物使用医嘱、 病程记录相对应的住院患者病历数/同期使用抗菌药物的住院患者病历总数×100％ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.4.2 手术相关记录完整率 | 手术相关记录完整的住院手术患者病历数/同期住院手术患者病历总数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.4.3 临床用血相关记录符合率 | 临床用血相关记录符合的住院患者病历数/同期存在临床用血的住院患者病历总数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.4.4 医师查房记录完整率 | 医师查房记录完整的住院患者病历数/同期住院患者病历总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.4.5 患者抢救记录及时完成率 | 抢救记录及时完成的住院患者病历数/同期接受抢救的住院患者病历总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.5 病历归档质量指标 | | | |  |
| 3.11.5.1 出院患者病历2日归档率 | 2个工作日内完成归档的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.5.2 出院患者病历归档完整率 | 归档病历内容完整的出院患者病历数/ 同期出院患者病历总数 ×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.5.3 主要诊断填写正确率 | 病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数  ×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.5.4 主要诊断编码正确率 | 病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数 ×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.5.5 主要手术填写正确率 | 病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100％ | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.5.6 主要手术编码正确率 | 病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.5.7 不合理复制病历发生率 | 出现不合理复制病历内容的出院患者病历数/同期出院患者病历总数100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 3.11.5.8 知情同意书规范签署率 | 规范签署知情同意书的出院患者病历数/同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 3.11.5.9 甲级病历率 | 甲级出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |

**十二、胚胎实验室质量控制指标（33分）**

本节评审设3条22个指标，均为数据评审指标，共33分。

| **监测指标** | **计算方法** | **指标设定** | **分值** | **评审指标导向** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.12.1 常规体外受精（IVF） | | | | |
| 3.12.1.1 IVF总受精率 | （2PN卵子数+1PN卵子数+多PN卵子数+OPN卵裂卵子数）/IVF加精卵子总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.2 IVF正常受精率 | D1岀现2PN卵子数/IVF加精卵子总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.3 IVF受精失败率 | IVF受精失败周期数/IVF治疗周期总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.4 IVF多精受精率 | IVF大于2PN卵子数/IVF加精卵子总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.5 IVF卵裂率 | IVF卵裂胚胎数/受精卵子数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.6 IVF正常受精卵裂率 | IVF正常受精卵裂胚胎数/正常受精卵子数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.7 IVF优质胚胎率 | IVF D3优质胚胎数/正常受精卵裂胚胎数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.8 IVF可利用囊胚率 | IVF可利用囊胚数/2期及2期以上囊胚数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.9 IVF囊胚形成率 | IVF 2期及2期以上囊胚数/行囊胚培养的卵裂期胚胎总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.10 IVF优质囊胚形成率 | IVF优质囊胚数/行囊胚培养的卵裂期胚胎总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.1.11 IVF优质囊胚比率 | IVF优质囊胚数/2期及2期以上囊胚数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2卵胞浆内单精子注射（ICSI） | | | | |
| 3.12.2.1 ICSI总受精率 | （2PN卵子数+1PN卵子数+多PN卵子数+OPN卵裂卵子数）/注射MII卵子总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2.2 ICSI正常受精率 | ICSI D1出现2PN卵子数/注射MII卵子总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2.3 ICSI卵子退化率 | ICSI退化卵子数/注射MⅡ卵子总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2.4 ICSI卵裂率 | ICSI卵裂胚胎数/受精卵子数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2.5 ICSI 正常受精卵裂率 | ICSI正常受精卵裂胚胎数/正常受精卵子数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2.6 ICSI优胚率 | ICSI D3优质胚胎数/正常受精卵裂胚胎数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2.7 ICSI可利用囊胚率 | ICSI 可利用囊胚数/2期及2期以上囊胚数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2.8 ICSI囊胚形成率 | ICSI 2期及2期以上囊胚数/行囊胚培养的卵裂期胚胎总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2.9 ICSI优质囊胚形成率 | ICSI优质囊胚数/行囊胚培养的卵裂期胚胎总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.2.10 ICSI优质囊胚比率 | ICSI优质囊胚数/2期及2期以上囊胚数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |
| 3.12.3胚胎冻融技术 | | | | |
| 3.12.3.1复苏胚胎存活率 | 复苏胚胎存活数/复苏胚胎总数×100% | 定量指标 | 1.5 | 监测比较。 |

第四章 单病种（术种）质量控制指标（23分）

单病种系由国家卫生健康委发布的单病种质量控制指标而确定。本细则根据三级医院特点选取相应的单病种进行监测，按照国家卫生健康委《卫生部办公厅关于印发第一批单病种质量控制指标的通知》《卫生部办公厅关于印发第二批单病种质量控制指标的通知》《卫生部办公厅关于印发第三批单病种质量控制指标的通知》《单病种质量监测信息项（2020年版）》的要求，监测14个病种的相应指标。

计算方法：

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

**平均住院日**=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数；

**次均费用**=某病种总出院费用/同期某病种例数；

**病死率**=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%；

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

**一、以下1个单病种，对每个单病种各监测4个一级指标，分别为上报率、平均住院日、次均住院费用、病死率。**

本节评审设1条4个指标，均为数据评审指标，共2分。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 监测指标 | 指标设定(年度) | 分值 | 评审指标导向 |
| **4.1 HBV感染分娩母婴阻断**  **主要诊断 ICD-10 编码：O98. 4，Z22. 5, O80 至 O84, Z37；且伴①阴道分娩操作ICD-9-CM-3编码72，73. 0, 73. 1,73. 21,73.4 至 73.6, 73. 9；或②剖宫产手术 ICD 9-CM-3 编码：74.0, 74.1, 74.2, 74. 4，74. 99 的出院患者** | | | |
| 4.1.1病例上报率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 4.1.2平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.1.3次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.1.4病死率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |

**二、以下10个单病种，对每个单病种各监测3-5个一级指标，分别为上报率（或统计率）、平均住院日、次均住院费用、病死率、手术患者并发症发生率等。**

本节评审设10条39个指标，均为数据评审指标，共19.5分。

| 监测指标 | 指标设定（年度） | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.2.1 剖宫产  主要手术ICD-9-CM-3编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99的手术出院患者 | | | |
| 4.2.1.1病例上报率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 4.2.1.2平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.1.3次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.1.4病死率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.1.5并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.2 异位妊娠（手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：O00，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：65.01，66.01，66.02，66.62，66.95，74.3x的手术出院患者 | | | |
| 4.2.2.1病例上报率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 4.2.2.2平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.2.3次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.2.4病死率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.2.5并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.3 子宫肌瘤（手术治疗）  主要诊断ICD-10编码与名称：D25，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：68.29，68.3至68.5，68.9的手术出院患者 | | | |
| 4.2.3.1病例上报率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步提高。 |
| 4.2.3.2平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.3.3次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.3.4病死率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.3.5并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.4 腹腔镜输卵管造口术（手术治疗）  主要手术ICD-9-CM-3编码：66.0202的手术出院患者 | | | |
| 4.2.4.1平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.4.2次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.4.3病死率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.4.4并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.5 宫颈机能不全（腹腔镜手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：N88.300，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：67.5101的手术出院患者 | | | |
| 4.2.5.1平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.5.2次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.5.3病死率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.5.4并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.6 子宫内膜息肉（宫腔镜手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：N84.001，N85.003,且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：68.2915的手术出院患者 | | | |
| 4.2.6.1平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.6.2次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.6.3并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.7 宫腔粘连（宫腔镜手术治疗）  主要诊断ICD-10编码：N85.600，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：68.2101的手术出院患者 | | | |
| 4.2.7.1 平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.7.2 次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.7.3 病死率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.7.4 并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.8显微镜下睾丸切开取精术  主要手术ICD-9-CM-3编码：62.9900x001手术出院患者 | | | |
| 4.2.8.1 平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.8.2 次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.8.3 并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.9 附睾输精管吻合术  主要手术ICD-9-CM-3编码：63.8300手术出院患者 | | | |
| 4.2.9.1平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.9.2次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.9.3并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.10精索静脉结扎术  主要手术ICD-9-CM-3编码：63.1x01手术出院患者 | | | |
| 4.2.10.1平均住院日 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.10.2次均住院费用 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |
| 4.2.10.3并发症发生率 | 定量指标 | 0.5 | 监测比较，逐步降低。 |

**三、以下2个单病种，各监测1条一级指标，为病例上报率，共2条一级指标。**

本节评审设2条2个指标，均为数据评审指标，共1.5分。

| 监测指标 | 指标设定（年度） | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.3 围手术期预防感染，主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者：  1.卵巢相关手术：65.2至65.6。  2.睾丸相关手术：62.0至62.9。  3.阴茎相关手术：64.0至64.4，64.9。  4.剖宫产：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99。 | | | |
| 4.3.1病例上报率 | 定量指标 | 0.75 | 监测比较，逐步提高。 |
| 4.4 围手术期预防深静脉血栓栓塞，主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者：  1.卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术：65.2。  2.单侧卵巢切除术：65.3。  3.单侧输卵管-卵巢切除术：65.4。  4.双侧卵巢切除术：65.5。  5.双侧输卵管-卵巢切除术：65.6。  6.子宫病损或组织的切除术或破坏术：68.2。  7.经腹子宫次全切除术：68.3。  8.经腹子宫全部切除术：68.4。  9.阴道子宫切除术：68.5。  10.盆腔脏器去除术：68.8。 | | | |
| 4.4.1病例上报率 | 定量指标 | 0.75 | 监测比较，逐步提高。 |

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标（44分）

**数据来源：**

**1.国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）**

**2.全国医院质量监测系统（HQMS）**

**3.医疗技术临床应用管理信息系统**

**4.医疗机构电子化注册信息系统**

**5.自治区卫生健康统计信息网络直报系统**

**6.中华医学会生殖医学分会辅助生殖技术数据上报系统（CSRM）**

**7.国家辅助生殖技术管理信息系统**

**8.医院填报**

**一、广西壮族自治区限制类医疗技术（15分）**

本节评审设3条15个指标，均为数据评审指标，共15分。

| 监测指标 | 指标设定（评审周期） | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.1.1 临床基因扩增检验技术(含基因测序和染色体芯片技术) | | | |
| 5.1.1.1备案完成率 | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 5.1.1.2室内质控开展率 | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 5.1.1.3室内质控失控率 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 5.1.1.4室间质评参加率 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 5.1.1.5室间质评合格率 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步提高。 |
| 5.1.2 妇科内镜诊疗技术(四级) | | | |
| 5.1.2.1备案完成率 | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 5.1.2.2手术并发症 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 5.1.2.3死亡率 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 5.1.2.4平均住院费用 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 5.1.2.5平均住院日 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 5.1.3 泌尿外科内镜诊疗技术(四级) | | | |
| 5.1.3.1备案完成率 | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 5.1.3.2手术并发症 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 5.1.3.3死亡率 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 5.1.3.4平均住院费用 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |
| 5.1.3.5平均住院日 | 定量指标 | 1 | 监测比较，逐步降低。 |

**二、人类辅助生殖技术临床应用质量控制指标（29分）**

本节评审设4条20个指标，均为数据评审指标，共29分。

| 监测指标 | 计算方法 | 指标设定 | 分值 | 评审指标导向 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5.2.1取卵术 | | | | |
| 5.2.1.1取卵术系统填报率 | 填报的取卵术病例总数/同期实际开展取卵术病例总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 5.2.1.2取卵术后出血发生率 | 报告期末发生取卵术后出血周期数/同期取卵术周期数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 5.2.1.3取卵术后感染发生率 | 报告期末发生取卵术后盆腔感染周期数/同期取卵术周期数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 5.2.1.4取卵术后卵巢扭转发生率 | 报告期末发生取卵术后卵巢扭转周期数/同期取卵术周期数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 5.2.1.5中重度卵巢过度刺激综合征（OHSS）发生率 | 报告期末行体外受精-胚胎移植新鲜周期治疗过程中发生中重度OHSS周期数/同期行体外受精-胚胎移植新鲜治疗周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 5.2.2选择性减胎技术 | | | | |
| 5.2.2.1减胎术成功率 | 报告期末多胎妊娠减胎成功例数/多胎妊娠减胎例数x100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 5.2.2.2减胎术后随访率 | 报告期末多胎妊娠行减胎术后随访例数/多胎妊娠行减胎术例数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 5.2.3卵子冻融技术 | | | | |
| 5.2.3.1系统填报率 | 填报的卵子冻融技术病例总数/同期实际开展卵子冻融技术病例总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 5.2.3.2卵子复苏存活率 | 复苏卵子存活率/复苏卵子总数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 5.2.3.3冻卵复苏胚胎移植临床妊娠率 | 冻卵复苏胚胎移植临床妊娠周期数/冻卵复苏胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 5.2.3.4冻卵复苏胚胎移植随访率 | 冻卵复苏胚胎移植随访周期数/冻卵复苏胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 5.2.3.5冻卵复苏胚胎移植多胎率 | 冻卵复苏胚胎移植多胎妊娠周期数/冻卵复苏胚胎移植临床妊娠周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测达标。 |
| 5.2.4胚胎植入前遗传学检测技术 | | | | |
| 5.2.4.1系统填报率 | 在系统上填报的胚胎植入前遗传学检测技术病例数/实际开展的胚胎植入前遗传学检测技术病例总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |
| 5.2.4.2胚胎植入前遗传学检测技术助孕前遗传咨询率 | 完成胚胎植入前遗传学检测技术助孕前遗传咨询病例数/胚胎植入前遗传学检测技术助孕病例总数×100% | 定量指标 | 2 | 监测达标。 |
| 5.2.4.3基因性疾病和/或染色体病胚胎检测的检出率 | 基因性疾病和（或）染色体病检测有可读结果的胚胎活检样本数/检测的胚胎活检样本数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 5.2.4.4 胚胎活检成功率 | 检测到DNA的活检样本数/总活检样本数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 5.2.4.5活检细胞扩增率 | 成功扩增的胚胎活检样本数/检测的胚胎活检样本总数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 5.2.4.6等位基因脱扣（ADO）率 | 发生等位基因脱扣的胚胎活检样本数/检测的胚胎活检样本总数×100% | 定量指标 | 1 | 监测比较。 |
| 5.2.4.7胚胎植入前遗传学检测胚胎移植妊娠率 | 胚胎植入前遗传学检测胚胎移植临床妊娠周期数/同期进行胚胎植入前遗传学检测胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 2 | 监测比较。 |
| 5.2.4.8胚胎植入前遗传学检测胚胎移植随访率 | 胚胎植入前遗传学检测胚胎移植随访周期数/同期胚胎植入前遗传学检测胚胎移植周期数×100% | 定量指标 | 1 | 监测达标。 |

第三部分 现场检查（共400分）

**•医院功能与任务**

**•临床服务质量与安全管理**

**•医院管理**

第一章 医院功能与任务（20分）

**一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划（6分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。（2分） | | | | |
| 1.1.1.1 | 医院有明确的功能和任务。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查阅医院制定的章程是否体现明确的功能与任务（0.5分）； | 1 |
| 2.医疗诊疗科目是否满足医院功能与任务的需要（0.5分）。 |
| 1.1.1.2 | 功能和任务符合本区域卫生发展规划。 | 文件查阅  记录查看  人员访谈 | 1.查阅：医院中长期规划是否依据自治区或所在市（县）区域卫生发展规划制定（0.3分）； | 1 |
| 2.医院中长期规划目标、步骤、工作措施符合当地区域卫生发展规划要求（0.3分）； |
| 3.访谈人员，员工知晓医院的宗旨、院训、愿景和功能定位（0.4分）。 |
| 1. 制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。（2分） | | | | |
| 1.1.2.1 | 医院制定中长期规划及年度计划，并经职工代表大会或院长办公会通过。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查看医院有近两个五年规划（0.4分）； | 1 |
| 2.查看医院有评审周期各年度的计划（0.3分）； |
| 3.有经职工代表大会或院长办公会通过的会议资料（0.3分）。 |
| 1.1.2.2 | 医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院中长期发展规划和年度工作计划符合医院高质量发展的要求，有推动“三个转变、三个提高”的具体措施，逐步实现发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素（0.5分）； | 1 |
| 2.医院规模和发展目标与医院的功能任务一致，充分体现医院的宗旨与愿景，并采取多形式、多途径公示和宣传（0.5分）。 |
| （三）医院有承担服务区域内生殖医学疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。（2分） | | | | |
| 1.1.3.1 | 医院具备服务区域与生殖相关疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队。提供24小时服务。 | 文件查阅：查看设备清单、人员结构等资料  记录查看 | 1.查看评审周期年度内门诊、住院、手术疾病前5顺位，包含本地区与生殖相关的常见疾病、疑难疾病等（0.6分）； | 2 |
| 2.具备承担本区域生殖疑难相关疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力（0.5分，缺必要设备扣0.05分/台，缺相应职称人员扣0.05分/人）； |
| 3.获生殖医学重点学科（0.5分）； |
| 4.医学影像、检验检查、妇科等相关诊疗科室排班表，体现24小时值班（0.4分）。 |

**二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务（6.2分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （四）坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。（2分） | | | | |
| 1.2.4.1 | 制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有系统、规范、符合本院实际的医院工作制度与人员岗位职责（0.2分）； | 1 |
| 2.有系统、规范、符合本院实际的医院诊疗规范与技术操作规程（0.2分）； |
| 3.有符合医改要求，保障基本医疗服务有效供给、保障患者安全、优化服务流程便民惠民和合理控制诊疗费用的制度安排和具体措施（0.2分）； |
| 4.医务人员对医保相关政策制度的知晓率，各级医务人员及职能部门管理人员对医保相关政策制度知晓情况（0.2分）； |
| 5.职能部门进行持续监管及对医保服务执行情况分析整改（0.2分）。 |
| 1.2.4.2 | 参加并完成政府部门指定的社会公益性任务。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院有保障承担政府公益性任务的制度文件(0.2分)； | 0.5 |
| 2.完成政府指定的公益性任务(0.2分)； |
| 3.对承担政府公益性任务的分析总结，体现持续改进（0.1分）。 |
| 1.2.4.3 | 医疗机构住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅在相关范围之内。 | 文件查阅 | 评审周期内住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅不高于10%，无评审周期内各年数据及分析总结不得分（0.5分）。 | 0.5 |
| （五）根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规协助传染病的发现、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病防治知识和技能培训与处置演练。（2分） | | | | |
| 1.2.5.1 | 制定传染病发现、报告、预防等制度、流程和规范。 | 文件查阅  员工访谈  现场查看 | 1.制定传染病发现、报告、预防等制度、流程和规范，成立领导小组、救治专家组（0.2分）； | 1 |
| 2.设置预检分诊，有传染病上报部门的职责制度（0.2分）； |
| 3.有相关人员岗位设置，并知晓其职责（0.3分）；访谈员工，每1人回答不全扣0.05分； |
| 4.有预检分诊及消毒隔离制度（0.3分）；未规范预检分诊扣0.1分。 |
| 1.2.5.2 | 定期对全体医务人员进行传染病、防治知识和技能培训与处置演练。 | 文件查阅  员工访谈  现场查看  员工操作 | 1.职能部门建立定期对全体医务人员进行传染病防治知识和技能培训的制度与处置演练（0.1分）； | 1 |
| 2.对各类传染病防治知识和技能培训、考试的记录资料（签到表、课件、照片、考试）（0.2分）； |
| 3.有培训考试考核不合格人员的补考资料（0.1分）； |
| 4.有传染病处置案例资料（0.2分）； |
| 5.有应对突发传染病处置的演练、总结分析及改进措施（0.2分）； |
| 6.访谈员工知晓处理流程（0.2分）。 |
| （六）按照《国家基本药物临床应用指南》和《中国国家处方集》及医院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。（2.2分） | | | | |
| 1.2.6.1 | 制定优先使用基本药物的相关规定。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1.有优先使用国家基本药物的相关规定（0.4分）； | 1 |
| 2.全院基本药物品种及使用金额比例符合规定（0.3分）； |
| 3.《国家基本药物目录》中的品种优先纳入医院《药品处方集》和“基本用药供应目录”，有相应的采购、使用量（0.3分）。 |
| 1.2.6.2 | 定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈，规范医师处方行为。 | 记录查看  数据核查  病历检查  病案检查 | 1.评审周期内，开展基本药物使用点评（0.2分）； | 1.2 |
| 2.每年2次监测基本药物使用品种占比和收入占比，监测有持续改进（0.2分）； |
| 3.定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈（0.2分）； |
| 4.对未达标的指标有分析有整改措施（0.2分）； |
| 5.周期内整改有成效或形成新的制度、规范、流程、举措等（0.4分）。 |

**三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务（6分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （七）加强生殖专科联盟建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升生殖专科联盟内基层医疗机构服务能力。（2分） | | | | |
| 1.3.7.1 | 根据生殖专科联盟建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。 | 文件查阅 | 1.将生殖专科联盟建设工作纳入医院中长期规划及年度工作规划，有计划和具体实施方案（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有专门部门和人员负责生殖专科联盟建设等协调工作（0.3分）。 |
| 1.3.7.2 | 实行分级诊疗，建立并实施双向转诊制度与相关服务流程。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立双向转诊制度与服务流程、签订合作协议（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有双向转诊信息登记记录（0.3分）。 |
| 1.3.7.3 | 提升生殖专科联盟内基层医疗机构服务能力。 | 记录查看 | 1.有提升生殖专科联盟内基层医疗机构服务能力的案例（服务能力、学科建设、科研与教学等）（0.5分）； | 1 |
| 2.有院内监管督查记录，检查整改落实情况（0.3分）； |
| 3.有生殖专科联盟建设情况总结（0.2分）。 |
| （八）将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作纳入医院年度工作计划内容，有实施方案，由专人负责。（2分） | | | | |
| 1.3.8.1 | 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作纳入医院年度工作计划内容。 | 文件查阅  记录查看 | 1.根据政府指令性任务制定对口支援任务计划与执行文件（包括协议书、中长期规划、年度计划、实施方案及工作记录）（0.3分）； | 1 |
| 2.纳入医院年度工作规划，有双方的实施方案（0.4分）； |
| 3.访谈医院领导及主管部门负责人，相关人员知晓工作规划及实施方案（0.3分）。 |
| 1.3.8.2 | 有专人负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作的管理工作。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有专门部门和人员负责下级医院对口支援工作（0.2分）； | 1 |
| 2.有院内督查记录，对发现的问题进行整改落实（0.2分）； |
| 3.有考核机制，参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容（0.3分）； |
| 4.有年度对口支援工作总结，有数据或案例资料（0.3分）。 |
| （九）协助健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。（2分） | | | | |
| 1.3.9.1 | 协助健康扶贫等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有专门部门和人员负责相关工作（0.2分）； | 1 |
| 2.根据政府指令性任务制订相关的制度、方案及保障措施（0.2分）； |
| 3.有具体实施记录（0.2分）； |
| 4.有督导、总结、分析、反馈（0.2分）； |
| 5.有数据或案例体现效果（0.2分）。 |
| 1.3.9.2 | 协助为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务， 制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制定相关项目实施计划、方案（0.2分）； | 1 |
| 2.为下级单位提供学习进修岗位，开展业务培训及协助开展新技术新项目（0.3分）； |
| 3.有专门部门和人员负责落实下级医院技术人员培养（0.3分）； |
| 4.制定相关项目实施计划、方案并落实（0.1分）； |
| 5.有年度对口支援工作总结，有数据或案例体现帮扶效果（0.1分）。 |

**四、配合突发公共卫生事件和重大事故灾害的院内紧急处置（1.8分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （十）遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平急结合、防治结合”的要求加强建设，开展突发公共卫生事件和重大事故灾害的院内紧急处置。（1.8分） | | | | |
| 1.4.10.1 | 遵循各级政府制定的应急预案，开展突发公共卫生事件和重大事故灾害的院内紧急处置。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.遵循各级政府制定的应急预案，组建医院应急体系，制定医院总体应急预案及各专项应急预案（0.2分）； | 0.5 |
| 2.医院各类应急预案中相关部门与人员在应急工作中承担的责任与任务明晰，访谈应急队伍成员，知晓本人承担的任务（0.3分）。 |
| 1.4.10.2 | 完善应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的院内紧急处置应急预案。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.医院有完善的应急组织体系（0.1分）； | 0.4 |
| 2.医疗救援、突发公共卫生事件的应急预案（0.2分）； |
| 3.有相关应急预案的修订和完善资料（0.1分）。 |
| 1.4.10.3 | 定期组织应急预案培训与演练。 | 文件查阅  员工操作 | 1.有应急演练脚本及照片、录像资料（0.1分）； | 0.9 |
| 2.有医院对职能部门管理人员与相关科室人员进行应急预案培训的资料（0.2分）； |
| 3.所有员工熟练掌握急救知识，能够进行徒手心肺复苏（0.5分)； |
| 4.有对应急演练的总结、分析及体现持续改进（0.1分）。 |

第二章 临床服务质量与安全管理（290分）

**一、医疗质量管理体系和工作机制（36.3分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （十一）有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。（10分） | | | | |
| 2.1.11.1 | 建立医疗质量管理体系，有明确的体系架构、内容。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.建立有医院质量管理体系。有医院质量组织架构图，体现决策层、管理层、执行层，人员构成合理（1分）； | 3 |
| 2.制定有各医院质量管理委员会各项工作制度、工作职责，并下设办公室进行日常管理工作（1分）； |
| 3.访谈中各层次人员知晓本人的质量管理岗位职责（1分）。 |
| 2.1.11.2 | 有明确的体系运行机制，有记录证明体系运行常态化。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院各质量与安全管理委员会健全、人员组成合理、职责明确，各质量与安全管理委员会包括但不限于医疗质量管理委员会、护理质量与安全管理委员会、医疗技术临床应用管理委员会、医学伦理委员会、感染预防与控制委员会、药事管理与药物治疗学委员会、临床用血管理委员会、生物安全委员会、病案管理委员会、医学装备管理委员会、全面预算管理委员会等（1分）； | 5 |
| 2.有医疗质量管理方案，包括:质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度（1分）； |
| 2.1.11.2 | 有明确的体系运行机制，有记录证明体系运行常态化。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 3.建立各委员会的会议决策沟通、落实、追踪管理机制，有体现质量体系各层次运行的记录：如会议记录，纪要，决议执行单，督导检查，执行效果追踪等（1分）； |
| 4.有院、科两级医院质量管理与监督的工作流程（1分）； |
| 5.每年至少开展一次管理评审，对医院质量管理体系现状的适宜性、充分性和有效性进行评估（1分）。 |
| 2.1.11.3 | 院科两级责任制体现在各自的职责中，负责人知晓本人职责。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有明确医院质量管理的院级、科级责任范畴。院长是医院质量管理第一责任人，科主任是科室质量管理第一责任人（0.5分）； | 2 |
| 2.制定有院科两级质量负责人的工作职责(0.5分)； |
| 3.院科两级质量负责人主持相关质量管理工作会议并签发会议纪要、质量分析报告等文件（0.5分）； |
| 4.访谈院科两级质量负责人知晓本人职责（0.5分）。 |
| （十二）设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。（2.1分） | | | | |
| 2.1.12.1 | 医疗质量管理委员会人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.医疗质量管理委员会主任由医疗机构主要负责人担任，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（0.3分）； | 0.5 |
| 2.职责符合《医疗质量管理办法》要求（0.1分）； |
| 3.成员知晓本人职责（0.1分）。 |
| 2.1.12.2 | 医疗质量管理委员会有工作制度、工作计划、工作记录。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有明确的委员会工作制度（0.2分）； | 0.8 |
| 2.有各年度工作计划并实施（0.2分）； |
| 3.委员会至少每季度开展一轮质量督查，工作记录完整、真实（0.2分）； |
| 4.有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.1分）； |
| 5.周期内整改有成效或形成新的制度、规范、流程、举措等（0.1分）。 |
| 2.1.12.3 | 医疗质量管理委员会配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有对接自治区级及以上质控中心等组织（0.2分）； | 0.8 |
| 2.有配合各级质控中心等组织开展督导检查活动的记录（0.1分）； |
| 3.有协助上级部门对全区辅助生殖机构进行人类辅助生殖技术校验工作（0.2分）； |
| 4.协助上级部门对全区辅助生殖机构进行质量控制检查每年1次（0.2分）； |
| 5.建立“广西人类辅助生殖技术信息管理系统”，对全区辅助生殖机构开展数据收集、整理、分析以及相关信息管理和质控等工作（0.1分）。 |
| （十三）各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。（1.7分） | | | | |
| 2.1.13.1 | 各业务科室常设医疗质量管理工作小组，人员、职责符合《医疗质量管理办法》要求。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.各业务科室均成立有质量管理小组，成员分工合理，符合《医疗质量管理办法》要求（0.3分）； | 0.7 |
| 2.制定有质量管理小组工作制度、工作职责（0.2分）； |
| 3.质量管理小组成员知晓并能举例描述本人在科室质管小组中的具体职责（0.2分）。 |
| 2.1.13.2 | 制定工作计划，有工作记录，可追溯。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.结合本科室实际，制定有科室年度工作计划，目标明确（0.2分）； | 1 |
| 2.查阅每季度、半年、年度工作记录，确定各科室是否按计划、按步骤有序开展工作（0.2分）； |
| 3.各科室质控小组至少每季度开展一轮质量自查（0.2分）； |
| 4.针对自查情况分析原因，制定整改措施并在规定时间内落实（0.2分）； |
| 5.周期内整改有成效或形成新的流程、举措等（0.2分）。 |
| （十四）建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。（1.5分） | | | | |
| 2.1.14.1 | 建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，培训范围包括所有参与医疗质量管理工作的人员，有相关培训记录。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  员工操作  现场检查 | 1.制定有培训考核制度和备案制度（0.3分）； | 1 |
| 2.培训对象包括各质量委员会及其办公室成员、各科室质控小组成员（0.3分）； |
| 3.有培训，培训内容包括管理学知识、管理工具应用等，每位质量管理人员每年参加培训不少于1次（0.2分）； |
| 4.访谈质控人员有关质量管理知识及管理工具的应用（0.2分）。 |
| 2.1.14.2 | 有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定有相关激励措施，有体现在绩效分配、评优评先、职称晋升等方面（0.3分）； | 0.5 |
| 2.有体现落实激励措施的相关记录（0.2分）。 |
| （十五）遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。（2分） | | | | |
| 2.1.15.1 | 遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范、行业标准等有关要求开展诊疗工作。 | 文件查阅  现场检查  员工访谈 | 1.结合本院实际制定有相应的诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范并及时更新（0.3）； | 1 |
| 2.各科室定期开展培训并有相关记录（0.4分）； |
| 3.访谈员工知晓有关内容（0.3分）。 |
| 2.1.15.2 | 对落实上述诊疗、操作规范、行业标准开展定期或不定期的自查和督查。 | 记录查看  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.将上述诊疗、操作规范、行业标准纳入院科两级自查和督查范围（0.3分）； | 1 |
| 2.科室每季度至少开展一次自查，并对存在问题进行整改（0.3分）； |
| 3.职能部门每季度至少开展一次督查，分析、反馈并检查落实情况（0.4分）。 |
| （十六）开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。（2分） | | | | |
| 2.1.16.1 | 诊疗活动中遵循患者知情同意原则，履行告知义务， 尊重患者的自主选择权。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  患者访谈  病历检查  病案检查  现场检查 | 1.医院有明确的制度保证医院和医务人员在开展医疗服务时履行告知义务，按照相关规定取得患者或/和家属同意认可（0.3分）； | 1 |
| 2.告知书能体现让患者或/和家属理解医疗服务的局限性，了解各种诊疗方式的成本、获益和风险，方便患方自主选择（0.2分）； |
| 3.手术、特殊检查、特殊治疗都获得患者或/和家属明确同意的资料（包括但不限于书面同意、录音录像和律师公证等）（0.3分）； |
| 4.职能部门对告知制度的执行情况有定期督导，发现问题能整改，整改有成效（0.2分）。 |
| 2.1.16.2 | 尊重患者隐私权，并对患者的隐私保密，有保护患者隐私的设施和管理措施。 | 文件查阅  员工访谈  患者访谈  现场检查 | 1.制定有保护患者隐私的相关制度（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有保护患者隐私的设施和措施（0.3分）； |
| 3.访谈员工知晓相关内容（0.1分）。 |
| 2.1.16.3 | 尊重民族习惯和宗教信仰。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.制定有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度（0.2分）； | 0.4 |
| 2.有协助和方便宗教信仰差异的患者就医的措施（0.2分）。 |
| （十七）建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。（2分） | | | | |
| 2.1.17.1 | 医疗机构建立有全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制制度。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制度能覆盖全员，体现人人参与(0.5分)； | 2 |
| 2.制度涵盖临床诊疗服务全过程（0.5分）； |
| 3.每年至少一次对医疗质量管理控制工作文件进行内部审核，及时更新（1分）。 |
| （十八）熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。（4分） | | | | |
| 2.1.18.1 | 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.员工知晓质量管理工具常识（0.1分）; (注：如医疗质量管理工具，如全面质量管理(TQC)、质量环(PDCA循环)、品管圈(QCC)、疾病诊断相关组(DRGs)绩效评价、单病种、临床路径等工具)（0.1分）； | 0.5 |
| 2.院、科两级质控人员能应用质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价（0.2分）； |
| 3.院、科两级质量分析报告体现质量管理工具的应用（0.2分）。 |
| 2.1.18.2 | 完善本院医疗质量管理相关指标体系，包括但不限于国家发布的医疗质量控制指标和“国家医疗质量安全改进目标”相关指标。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.医院有适合本机构实际情况的质控指标体系及其监测指标（如医院年度质量控制实施方案，科室目标管理等）（1分）； | 2.5 |
| 2.明确相关指标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式（0.5分）； |
| 3.将医疗质量安全改进目标纳入年度医院质控指标体系（0.5分）； |
| 4.对年度质控指标进行动态监控并及时有效调整（0.5分）。 |
| 2.1.18.3 | 相关人员应掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。 | 文件查阅  记录查看 | 1.熟悉本院医疗质量基础数据获取方式，能准确调取相关数据，数据可追溯（0.5分）； | 1 |
| 2.有指定部门定期汇总，反馈，分析本院医疗质量基础数据（0.5分）。 |
| （十九）推行“以患者为中心、以疾病为链条” 的多学科诊疗模式。（1分） | | | | |
| 2.1.19.1 | 重视专科协同和中西医共同发展，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.有“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗制度,并体现中西医协调发展的多学科诊疗（0.3分）； | 1 |
| 2.病历体现多学科诊疗模式得到落实（0.4分）； |
| 3.有案例证明专科协同发展能力建设（0.3分）。 |
| （二十）加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。（2分） | | | | |
| 2.1.20.1 | 将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理工作体系。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有本院单病种质量管理制度和指定管理部门（0.1分）； | 0.5 |
| 2.将单病种质量管理情况纳入院、科两级质控内容（0.2分）； |
| 3.纳入监管的单病种数量符合国家相关要求（0.2分）。 |
| 2.1.20.2 | 建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，并开展应用。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.建立本院的单病种质量管理指标（0.3分）； | 1 |
| 2.有明确的单病种质量参考标准体系，符合国家单病种质量监测平台要求（0.3分）； |
| 3.抽查的单病种病例符合上述质控要求，达60%以上（0.2分），达80%以上（0.4分）。 |
| 2.1.20.3 | 按照相关要求，及时、全面、准确上报国家单病种质量管理与控制平台数据。 | 数据核查  现场查看  病历检查 | 1.有专人负责单病种上报审核工作，数据可追溯（0.1分）； | 0.5 |
| 2.数据上报及时、完整、准确，符合国家要求，达标率60%以上（0.2分），80%以上（0.3分），90%以上（0.4分）。 |
| （二十一）制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。（2分） | | | | |
| 2.1.21.1 | 医院指定部门负责患者和员工满意度监测管理，有相关的制度、流程及适宜的评价内容。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场查看 | 1.医院有指定部门负责满意度监测归口管理（0.2分）； | 1 |
| 2.有完善的患者及员工满意度监测制度（0.3分）； |
| 3.监测流程合理，评价内容适宜，能真实反映患者就医体验和员工执业感受，具有可操作性（0.3分）； |
| 4.按时完成国家满意度监测平台调查，调查问卷量达标（0.2分）。 |
| 2.1.21.2 | 对满意度监测中发现的问题，及时沟通、协商、整改和反馈。 | 记录查看  员工访谈  数据核查 | 1.定期公布满意度测评结果，并分析评估（0.3分）； | 1 |
| 2.监测发现的问题，有沟通协商，有针对性的整改措施（0.5分）； |
| 3.国家满意度监测平台数据显示，综合满意度持续提升（0.2分）。 |
| （二十二）建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。（2分） | | | | |
| 2.1.22.1 | 建立本院各科室医疗质量内部现场检查制度并落实。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有医院定期对各科室进行医疗质量内部现场检查的制度  （0.2分）； | 1 |
| 2.有完善的医疗质量内部现场检查流程，方法和标准（0.2分）； |
| 3.定期实施医疗质量内部现场检查，并有记录（0.3分）； |
| 4.有每次内部现场检查报告（0.3分）。 |
| 2.1.22.2 | 建立本院医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.医院有定期内部公示本院医疗质量情况的制度（0.3分）； | 1 |
| 2有明确的公示范围，包括各科室的医疗质量关键指标完成值。员工知晓内部公示的查阅方式（0.4分）； |
| 3.各相关医疗质量管理部门每季度对工作质量与安全情况进行分析汇总并形成《质控简报》向全院公示，公示内容完整(0.3分)。 |
| （二十三） 强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。（2分） | | | | |
| 2.1.23.1 | 基于电子病历的医院信息平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求，功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求，技术符合《医院信息化建设应用技术指引（2017 版）》的要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查 | 1.医院有明确的基于电子病历的医疗质量管理信息平台建设方案，并成为医院各管理层面的共识（0.2分）； | 1 |
| 2.有明确的建设步骤、进度时限和具体的落实措施（0.3分）； |
| 3.电子病历应用功能水平分级达到4级（0.3分），达到5级及以上（0.5分）。 |
| 2.1.23.2 | 医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所需的数据信息，数据符合《全国医院数据上报管理方案》、《全国医院上报数据统计分析指标集》要求。 | 数据核查  现场检查 | 1.医院有基于信息平台的常规基础质控数据库（0.4分）； | 1 |
| 2.有病历质控、药品监测、医院感染管理、医疗技术管理、处方点评、不良反应报告、耗材管理、指纹识别等质控与安全相关系统（0.6分）。 |
| （二十四）对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施， 评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。（2分） | | | | |
| 2.1.24.1 | 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。 | 记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有医疗质量管理执行情况定期评估制度（0.1分）； | 0.5 |
| 2.评估报告客观，完整，有数据支撑，有分析及改进建议（0.3分）； |
| 3.有案例说明医疗质量评估报告为医院决策提供依据（0.1分）。 |
| 2.1.24.2 | 对医疗质量信息数据开展内部验证，并及时分析和反馈。 | 记录查看  员工访谈  数据核查 | 1.医院有明确有效的医疗质量信息数据内部验证机制（0.3分）； | 1 |
| 2.内部验证结果有分析和反馈（0.2分）； |
| 3.核查证实医疗质量信息数据真实、可信、有效、可用（0.5分）。 |
| 2.1.24.3 | 对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。 | 记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.有制度保证对发现的医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预（0.2分）； | 0.5 |
| 2.对存在的问题及时采取有效干预措施并及时反馈（0.2分）； |
| 3.有资料显示，因采取干预措施后成效明显，医院确定新的管理措施（0.1分）。 |

**二、医疗质量安全核心制度（45.6分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （二十五）医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。（2分） | | | | |
| 2.2.25.1 | 落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定、完善本院18个核心制度和相关配套制度，符合《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求 (0.7分) ； | 1 |
| 2.根据制度落实情况适时修订更新(0.3分)。 |
| 2.2.25.2 | 开展针对医疗质量安全核心制度的全员培训。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.针对医疗质量安全核心制度，开展全员培训（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有考核记录（0.1分）； |
| 3.18项医疗质量安全核心制度知晓率达到70%（0.2分），达90%（0.3分）。 |
| 2.2.25.3 | 有针对新员工的专项培训，确保新员工尽快知晓其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.新员工获得针对其岗位职责相关的医疗质量安全核心制度培训（0.2分）； | 0.4 |
| 2.知晓率100%（0.2分）。 |
| （二十六）建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。（2分） | | | | |
| 2.2.26.1 | 明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，确保患者的所有诊疗过程都有人负责。 | 文件查阅  记录查看 | 1.首诊负责制明确规定首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前全面负责该患者诊疗的诊疗管理职责（0.2分）； | 0.4 |
| 2.明确患者所有诊疗过程的负责人，落实到个人，并延伸到科室（0.2分）。 |
| 2.2.26.2 | 各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性。 | 文件查阅  现场检查  病历检查 | 1.对各项目诊疗过程有明确的转接流程（0.3分）； | 1 |
| 2.需转院诊治的患者应有明确的告知和转院流程（0.2分）； |
| 3.能确保患者诊疗服务连续性（0.5分）。 |
| 2.2.26.3 | 医疗行为有记录，可追溯。 | 病历检查  病案检查 | 1.能体现上述所有医疗行为都有相应的记录和明确的责任人（0.4分）； | 0.6 |
| 2.记录可追溯（0.2分）。 |
| （二十七）建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。（2分） | | | | |
| 2.2.27.1 | 实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.三级查房制度能明确体现科主任领导下的三个不同级别的医师开展查房；如实行主诊医师负责制的须明确规定医疗团队的负责人（含主诊医师、医疗组长和带组的主任医师等），—中间级别—最低级别的三个级别医师查房要求（0.2分）； | 0.6 |
| 2.访谈及抽查病历体现满足以上要求（0.4分）。 |
| 2.2.27.2 | 严格明确查房周期。工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。 | 文件查阅  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.三级查房制度明确规定查房周期符合《医疗质量安全核心制度要点》要求（0.2分）； | 0.7 |
| 2.访谈与病历抽查能体现符合上述查房周期规定（0.5分）。 |
| 2.2.27.3 | 明确各级医师的医疗决策和实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.三级查房制度明确各级别医师的医疗决策和实施权限（0.2分）； | 0.7 |
| 2.有科室员工相关权限的授权目录（0.1分）； |
| 3.访谈与抽查的病历体现符合上述要求（0.3分）； |
| 4.员工相关权限的授权目录有定期调整（0.1分）。 |
| （二十八）建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。（2分） | | | | |
| 2.2.28.1 | 明确各类会诊的具体流程和时间要求，急会诊必须在10 分钟之内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成。 | 文件查阅  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.会诊制度有明确分类的流程、时限要求，符合《医疗质量安全核心制度要点》要求（0.2分）； | 0.5 |
| 2.现场访视和病历抽查结果满足上述要求（0.3分）。 |
| 2.2.28.2 | 会诊请求人员应当陪同完成会诊。 | 文件查阅  员工访谈  患者访谈  现场检查 | 1.制度明确规定会诊请求人员应当陪同完成会诊（0.1分）； | 0.4 |
| 2.访谈和现场检查结果符合上述要求（0.3分）。 |
| 2.2.28.3 | 医院统一会诊单格式及填写规范，员工知晓。 | 记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.医院有统一的会诊单格式及填写规范（0.1分）； | 0.4 |
| 2.医师100%知晓（0.2分）； |
| 3.抽查中无非统一格式会诊单（0.1分）。 |
| 2.2.28.4 | 会诊情况和处置按规定进行记录，有定期的自查与督查。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.有科室自查记录，有整改措施（0.3分）； | 0.7 |
| 2.有职能部门督查，有反馈整改建议（0.3分）； |
| 3.有资料证明会诊制度落实情况明显改进，现场检查中无不符合制度要求情况（0.1分）。 |
| （二十九） 建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。（2分） | | | | |
| 2.2.29.1 | 按照国家分级护理管理相关指导原则，制定医院分级护理制度，有针对各级别护理的工作规范。 | 文件查阅  数据核查 | 1.查阅分级护理制度（结合医院与专科实际制定）（0.3分）； | 1.2 |
| 2.分级护理服务标准及服务规范（0.3分）； |
| 3.护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.5分）； |
| 4.护理级别标识统一（0.1分）。 |
| 2.2.29.2 | 根据患者病情与生活自理能力变化的情况，合理动态调整患者护理级别。 | 现场检查  病历检查 | 根据患者病情与自理能力确定并合理动态调整护理级别（0.4分）。 | 0.4 |
| 2.2.29.3 | 护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。 | 现场检查  病历检查 | 查看病历、患者一览表及床头卡，护理级别标识一致（0.4分）。 | 0.4 |
| （三十）建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。（2分） | | | | |
| 2.2.30.1 | 有全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并纳入职责汇编，员工知晓。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.建立完善的全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理以及提供诊疗支持的后勤部门（0.1分）； | 0.3 |
| 2.各值班岗位有明确的职责，并纳入医院职责汇编（0.1分）； |
| 3.员工对本岗位值班职责与要求知晓率达90% （0.1分）。 |
| 2.2.30.2 | 值班人数应满足岗位职责需要，并保证常态运行。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有值班人员资质，人数要求，满足常态运行需要（0.1分）； | 0.2 |
| 2.未发现值班人员与制度不符情况（0.1分）。 |
| 2.2.30.3 | 实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.有明确的医院总值班制度，符合国家相关要求（0.1分）； | 0.3 |
| 2.总值班人员100%知晓总值班制度、职责、权限（0.1分）； |
| 3.总值班人员熟悉医院应急预案，能妥善处置突发事件（0.1分）。 |
| 2.2.30.4 | 医院及科室值班表应当定期提前在全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.医院及科室值班表定期并提前在全院公开（0.1分）； | 0.3 |
| 2.与患者诊疗相关的所有岗位及时段，都有相应值班人员（0.2分）。 |
| 2.2.30.5 | 值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有各岗位值班记录的规范要求和标准模板（0.1分）； | 0.3 |
| 2.值班人员资质符合规定，不得安排非本机构执业医务人员单独值班（0.1分）； |
| 3.值班记录符合规定（0.1分）。 |
| 2.2.30.6 | 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历，有定期的自查与督查。 | 记录查看  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.值班期间值班人员应当及时、准确、完整地将诊疗活动记入病历（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有科室自查及整改（0.2分）； |
| 3.有职能部门督查和整改反馈（0.2分）。 |
| （三十一）交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。（2分） | | | | |
| 2.2.31.1 | 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。 | 文件查阅  记录查看 | 1.交接班内容有专册记录（0.5分）； | 1 |
| 2.交接班记录本有交班人员和接班人员共同签字确认（0.5分）。 |
| 2.2.31.2 | 四级手术的患者手术当日和急危重患者必须床旁交班， 并在交接班记录中予以体现。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：临床医生、护士  现场检查 | 1.四级手术的患者手术当日和急危重患者进行床旁交班（0.3）； | 1 |
| 2.床旁交班有记录（0.7分）。 |
| （三十二）建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。（2分） | | | | |
| 2.2.32.1 | 医院和科室应当确定疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。 | 文件查阅  记录查看  访谈医生  病历检查  病案检查 | 1.医院的疑难病例讨论制度符合《医疗质量安全核心制度要点》要求，有明确的疑难病例范围界定（0.1分）； | 0.4 |
| 2.医院各科室制定有本科室疑难病例范围（0.1分）； |
| 3.医师熟悉本科室的疑难病例范围（0.2分）。 |
| 2.2.32.2 | 明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有2人具有主治及以上专业技术职务任职资格。 | 文件查阅  访谈医生 | 1.医院制定的疑难病例讨论制度，对参加讨论的人员范围、组成和流程有明确规定，符合《医疗质量安全核心制度要点》要求（0.1分）； | 0.4 |
| 2.讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有2人具有主治及以上专业技术职务任职资格（0.3分）。 |
| 2.2.32.3 | 疑难病例讨论内容专册记录，主持人需审核并签字。 | 记录查看 | 1.疑难病例讨论有专册记录（0.1分）； | 0.4 |
| 2.主持人对讨论内容审核并签字（0.3分）。 |
| 2.2.32.4 | 疑难病例讨论结论记入病历，定期自查与督查。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.疑难病例讨论结论记入病历，符合规范要求（0.4分）； | 0.8 |
| 2.有科室定期自查记录，发现问题有整改（0.2分）； |
| 3.有职能部门每季度1次的督查记录，有反馈建议（0.2分）。 |
| （三十三）建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。（2分） | | | | |
| 2.2.33.1 | 医院和科室应当确定急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.医院的急危重患者抢救制度符合《医疗质量安全核心制度要点》要求，有明确的急危重患者范围界定（0.2分）； | 0.3 |
| 2.医生熟悉本科室的急危重患者范围（0.1分）。 |
| 2.2.33.2 | 建立抢救资源配置机制。抢救资源包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.医院制定明确的抢救资源配置机制，包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位（0.1分）； | 0.3 |
| 2.相关医护人员知晓上述机制，熟悉本科室资源配置及使用（0.2分）。 |
| 2.2.33.3 | 建立抢救资源紧急调配机制。紧急调配机制可以包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.医院建立完善的抢救资源紧急调配机制，可以包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制（0.2分）； | 0.4 |
| 2.相关岗位人员熟悉上述紧急调配机制，知晓本岗位紧急调配权限和职责（0.2分）。 |
| 2.2.33.4 | 医院建立急危重患者相关绿色通道，明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院建立完善的急危重患者绿色通道相关机制，符合国家相关规范要求（0.2分）； | 0.5 |
| 2.医护人员知晓进入绿色通道条件及流程（0.3分）。 |
| 2.2.33.5 | 抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历，有定期自查与督查。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.6小时内完成抢救记录（0.3分）； | 0.5 |
| 1. 有科室自查记录，发现问题有整改（0.1分）； |
| 3.有职能部门督查记录，有反馈建议（0.1分）。 |
| （三十四）建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。（2分） | | | | |
| 2.2.34.1 | 明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。 | 文件查阅  病历检查  病案检查 | 1.医院制定的术前讨论制度明确规定不同手术术前讨论形式的参加人员范围和流程，符合国家相关要求(0.1分)； | 0.4 |
| 2.查阅手术病历符合上述要求（0.3分）。 |
| 2.2.34.2 | 明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。 | 文件查阅  员工访谈  病历检查 | 1.医院有明确的术前讨论流程和时间节点要求（0.1分）； | 0.4 |
| 2.医师知晓术前讨论流程（0.1分）； |
| 3.查阅手术病历符合上述要求（0.2分）。 |
| 2.2.34.3 | 科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。 | 文件查阅  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.科室确定本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定（0.2分）； | 0.5 |
| 2.医师知晓本科室术前讨论范围（0.1分）； |
| 3.手术病历符合上述术前讨论制度要求（0.2分）。 |
| 2.2.34.4 | 术前讨论的结论记入病历，有定期自查与督查。 | 记录查看  员工访谈  病历检查 | 1.术前讨论结论记入病历（0.3分）； | 0.7 |
| 2.有科室定期自查记录，发现问题有整改（0.2分）； |
| 3.有职能定期部门督查记录，有反馈建议（0.2分）。 |
| （三十五）建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。（2.1分） | | | | |
| 2.2.35.1 | 医院监测全院死亡病例发生情况并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  病历检查  病案检查 | 1.医院建立有死亡病例讨论制度（0.3分）； | 0.9 |
| 2.医院对全院死亡病例进行监测（0.3分）； |
| 3.对死亡病例及时进行汇总分析，提出持续改进意见（0.3分）。 |
| 2.2.35.2 | 死亡病例在全科范围内完成，由科主任主持死亡讨论。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.死亡病例讨论在全科范围内完成（0.2分）； | 0.4 |
| 2.死亡病例讨论由科主任主持（0.2分）。 |
| 2.2.35.3 | 死亡病例讨论在患者死亡一周内完成，尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次讨论。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.死亡病例讨论在患者死亡一周内完成（0.2分）； | 0.4 |
| 2.尸检病例在尸检报告出具后 1 周内再次讨论(0.2分)。 |
| 2.2.35.4 | 死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专册记录。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 1.死亡病例讨论结果按规范记入病历（0.2分）； | 0.4 |
| 2.死亡病例讨论专册记录（0.2分）。 |
| （三十六）建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。（2分） | | | | |
| 2.2.36.1 | 医院建立患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对。 | 文件查阅  现场检查  员工操作 | 1.医院建立规范的患者身份识别制度，患者的身份查对有不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对（0.2分）； | 0.5 |
| 2.对实施“手腕带”识别患者身份有规范要求（0.2分）； |
| 3.现场查看医务人员查对与制度要求一致（0.1分）。 |
| 2.2.36.2 | 有临床诊疗行为的查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节。 | 文件查阅  现场检查  员工操作 | 1.医院有明确的临床诊疗行为查对制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.内容包括但不限于开具和执行医嘱、给药、操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节（0.2分）； |
| 3.现场查看医务人员查对与制度要求一致（0.1分）。 |
| 2.2.36.3 | 建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。 | 文件查阅  现场检查  员工操作 | 1.医院有明确的医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度，符合国家标准要求（0.2分）； | 0.5 |
| 2.现场查看医务人员查对与制度要求一致（0.3分）。 |
| 2.2.36.4 | 药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。 | 现场检查 | 1.医院有明确的药品、标本等查对制度，符合国家相关规定标准要求（0.2分）； | 0.5 |
| 2.现场查看医务人员查对与制度要求一致（0.3分）。 |
| （三十七）建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。（2分） | | | | |
| 2.2.37.1 | 建立手术安全核查制度和标准化流程，手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查 | 1.有手术安全核查制度和标准化流程，符合国家相关规定（0.2分）； | 0.8 |
| 2.被访谈人员对手术安全核查制度及核查流程知晓率达100%（0.2分）； |
| 3.现场查看手术医生、麻醉医师、手术护士等人员手术安全核查操作熟练，符合制度要求（0.3分）； |
| 4.有职能部门每季度监管、反馈及分析（0.1分）。 |
| 2.2.37.2 | 建立产房分娩核查制度和标准化流程。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.医院有产房分娩核查制度及流程，符合国家规定（0.1分）； | 0.5 |
| 2.访谈员工知晓产房分娩核查制度，知晓率达100%（0.1分）； |
| 3.抽查产房医、护、助产士等人员能熟练执行分娩核查操作，流程符合制度要求（0.3分）。 |
| 2.2.37.3 | 手术安全核查表和产房分娩安全核查表纳入病历。 | 文件查阅  病历检查  病案检查 | 1.手术安全核查表和产房分娩安全核查表有统一内容和模板（0.2分）； | 0.7 |
| 2.手术安全核查表及产房分娩安全核查表纳入病历（0.5分）。 |
| （三十八）建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。（2分） | | | | |
| 2.2.38.1 | 建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。 | 文件查阅 | 1.制定医院手术分级管理工作制度，符合国家相关规定（0.2分）； | 0.4 |
| 2.根据手术风险和难易程度，建立医院手术分级管理目录（0.2分）。 |
| 2.2.38.2 | 制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。 | 文件查阅 | 1.有根据医师技术能力和资质，制定手术授权管理的制度（0.2分）； | 0.4 |
| 2.按照手术名称进行各专科手术医师授权（0.2分）。 |
| 2.2.38.3 | 手术分级授权管理制度必须落实到本机构每一位医师，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.对照医师花名册中每一名医师都有手术医师手术授权，与其实际能力相符（0.2分）； | 0.6 |
| 2.医师知晓本人获授权的手术级别及手术名称（0.2分）； |
| 3.抽查的病历体现手术名称与手术医师授权相符（0.2分）。 |
| 2.2.38.4 | 建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等。 | 文件查阅  数据核查 | 1.建立手术医师技术档案，内容至少包括：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果（0.2分）； | 0.3 |
| 2.核查手术医师技术档案内容数据，与实际相符（0.1分）。 |
| 2.2.38.5 | 定期对手术医师的手术能力进行再评估，动态调整医师手术权限。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.有定期对手术医师能力评估与再授权规定，评估内容、频度符合国家要求（0.1分）； | 0.3 |
| 2.能根据评估结果动态调整医师手术授权（0.1分）； |
| 3.医师手术授权院内公开，可实时查询（0.1分）。 |
| （三十九）建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。（1.8分） | | | | |
| 2.2.39.1 | 建立本院医疗技术临床应用目录，涵盖所有常规开展的临床诊疗项目并定期更新。 | 记录查看 | 1.有医院医疗技术临床应用目录，涵盖本院常规开展的所有医疗活动，并定期更新（至少每年一次）（0.3分）； | 0.5 |
| 2.有各科室医疗技术临床应用目录，涵盖本科室常规开展的所有医疗活动，与医院目录相符，并定期更新（至少每年一次）（0.2分）。 |
| 2.2.39.2 | 建立符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程并落实。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有明确的新技术和新项目定义、审批流程，并符合相关法律法规要求（0.3分）； | 0.8 |
| 2.查阅新技术新项目审批材料是否符合规定的流程（0.5分）。 |
| 2.2.39.3 | 所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有制度约束，所有新技术和新项目必须通过本款规定的两个委员会审核同意后，方可开展临床应用（0.2分）； | 0.5 |
| 2.查阅新技术新项目审批材料是否经过上述委员会审核同意（0.3分）。 |
| （四十）明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。（2分） | | | | |
| 2.2.40.1 | 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围， 所有新技术和新项目实施人均有授权。 | 查阅文件  查看记录 | 1.医院有明确规定，开展新技术和新项目临床应用的专业人员具备相应的资质及能力，并有授权（0.2分）； | 0.5 |
| 2.抽查3-5份新技术新项目材料是否符合上述规定（0.3分）。 |
| 2.2.40.2 | 对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院有制度规定，新技术新项目开展前必须对可能存在的安全隐患和技术风险进行论证，并制定相应的预案等（0.2分）； | 0.5 |
| 2.抽查3-5份新技术新项目材料是否符合上述规定（0.3分）。 |
| 2.2.40.3 | 建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院建立新技术新项目临床应用动态评估制度（0.3分）； | 1 |
| 2.科室对开展的新技术和新项目的全过程进行动态评估（0.5分）； |
| 3.职能部门对新技术新项目临床应用情况进行全过程追踪管理，对存在的问题提出改进措施（0.2分）。 |
| （四十一）建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。（1.8分） | | | | |
| 2.2.41.1 | 制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单，包括疾病危急值清单并定期调整。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.医院有明确的危急值清单（0.2分）； | 0.4 |
| 2.危急值清单有定期调整（0.1分）； |
| 3.医务人员知晓本专业相关的危急值清单，知晓率达80%（0.05分），达100%（0.1分）。 |
| 2.2.41.2 | 建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.医院建立适合住院和门急诊患者的危急值报告流程；有外送的检验标本或检查项目存在危急值项目时，与协作机构有协议约束其履行危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值，过程可追溯（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有外送的检验标本或检查项目存在危急值项目时，与协作机构有协议约束其履行危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值，过程可追溯（0.1分）； |
| 2.2.41.2 | 建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 3.有符合规范要求的统一危急值记录内容和模板（0.1分）； |
| 4.员工知晓管理流程和记录规范（0.1分）。 |
| 2.2.41.3 | 确保危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.制定的危急值处理流程中，必须明确危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟（0.2分）； | 0.5 |
| 2.员工熟悉上述流程及记录要求（0.3分）。 |
| 2.2.41.4 | 临床危急值信息专册（纸质或者电子）登记，患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等关键要素可追溯。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.医院有规范的临床危急值专册登记模板，项目至少包括患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等内容（0.1分）； | 0.4 |
| 2.落实专册登记并可追溯（0.2分）； |
| 3.有职能部门对危急值管理落实情况进行监管，发现问题及时改进（0.1分）。 |
| （四十二）建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。（2.2分） | | | | |
| 2.2.42.1 | 建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，建立病历质量检查、评估与反馈机制。 | 记录查看 | 1.有本院病历书写及管理制度，包括门急诊及住院，病历的书写、管理、质控，符合国家相关法律法规和标准要求（0.2分）； | 1 |
| 2.定期对各类医务人员进行病历管理相关培训（0.2分）； |
| 3.有科室病历质量自查，发现问题有改进（0.3分）； |
| 4.有职能部门定期督查，对存在问题进行整改、反馈并提出改进措施（0.3分）。 |
| 2.2.42.2 | 病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限。内容记录与修改信息可追溯。 | 文件查阅  病历检查  病案检查 | 1.医院对病历书写的格式、内容、时限等有明确的规定，符合《病历书写规范》标准要求（0.1分）； | 0.4 |
| 2.查阅病历书写符合上述标准要求，内容记录与修改信息可追溯（0.3分）。 |
| 2.2.42.3 | 建立病案管理体系，落实分类编码的相关规定。 | 文件查阅  员工访谈：医师、病案编码员、病案科管理人员病案检查 | 1.医院建立有病案管理体系（0.1分）； | 0.5 |
| 2.病案首页信息填写及分类编码符合国家相关规定（0.2分）； |
| 3.病案管理人员熟悉相关规定（0.2分）。 |
| 2.2.42.4 | 有保护病历与病案及信息安全的相关制度。 | 文件查阅  员工访谈  病案检查 | 1.医院有保护病历与病案信息资料安全的制度（0.2分）； | 0.3 |
| 2.医护人员知晓保护病历与病案及信息安全的相关内容（0.1分）。 |
| （四十三）实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。（2分） | | | | |
| 2.2.43.1 | 实施电子病历的医院，建立电子病历的建立、记录、修改、使用等管理制度。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.医院对电子病历的建立、记录、修改、使用、有明确的制度要求（0.2分）； | 0.7 |
| 2.员工知晓相关规定（0.2分）； |
| 3.查阅电子病历符合上述制度要求（0.3分）。 |
| 2.2.43.2 | 实施电子病历的医院，建立电子病历的存储、传输等管理制度。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.医院制定电子病历的存储和传输流程等管理制度，符合国家相关要求（0.2分）； | 0.6 |
| 2.员工知晓相关规定（0.1分）； |
| 3.查阅电子病历的存储和传输流程符合上述制度要求（0.3分）。 |
| 2.2.43.3 | 实施电子病历的医院，建立电子病历的质控、安全等级保护等管理制度。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.医院有电子病历的质控和安全等级保护管理制度，符合国家相关法律法规要求（0.2分）； | 0.7 |
| 2.落实电子病历质控管理，有检查、分析、反馈、整改记录（0.2分）； |
| 3.安全等保达到2级（0.1分），达到3级（0.2分），达到4级及以上（0.3分）。 |
| （四十四）建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。（2分） | | | | |
| 2.2.44.1 | 建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度具体操作流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.有医院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程，符合国家《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定（0.2分）； | 0.6 |
| 2.员工知晓上述制度（0.1分）； |
| 3.查阅相关资料，有检查、分析、评价、反馈、整改记录（0.3分）。 |
| 2.2.44.2 | 建立本院抗菌药物临床应用的管理制度和具体操作流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：药学部主任、药师、临床医生 | 1.建立医院抗菌药物临床应用的管理制度，符合国家抗菌药物临床合理应用原则（0.1分）； | 0.6 |
| 2.员工知晓医院抗菌药物临床应用的管理制度和具体操作流程（0.1分）； |
| 3.有科室自查（0.2分）； |
| 4.有职能部门督查，分析（0.2分）。 |
| 2.2.44.3 | 确定抗菌药物分级管理目录，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：药学部主任、药师、临床医生 | 1.建立医院抗菌药物分级管理制度（0.1分）； | 0.4 |
| 2.有明确的抗菌药物的分级目录，分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级，符合国家相关分级规范（0.1分）； |
| 3.员工知晓上述分级管理制度及分级目录规定（0.2分）。 |
| 2.2.44.4 | 确定医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：药学部主任、药师、临床医生  病历检查  病案检查 | 1.确定有医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医师熟知本人抗菌药物处方权限及会诊权限（0.1分）； |
| 3.所有特殊使用级抗菌药物的应用都有相应会诊记录（0.1分）。 |
| （四十五）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医院临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。（1.7分） | | | | |
| 2.2.45.1 | 建立临床用血管理委员会或工作组，成员由医务部门、输血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部门、手术室等部门负责人组成，有职责、工作计划、工作记录。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立有相关部门组成的临床用血管理委员会（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有明确的委员会职责及其下设办公室的职责，有年度工作计划并落实（0.1分）； |
| 3.委员会工作记录完整，会议纪要需上传下达，会议决议有追踪执行（0.2分）。 |
| 2.2.45.2 | 制定临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查  病案检查 | 1.制定有临床合理用血管理制度，包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应症判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节，并全程记录，保障信息可追溯（0.3分）； | 0.8 |
| 2.健全临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程（0.1分）； |
| 3.员工知晓用血审核制度，知晓率90%以上（0.1分）； |
| 4.查阅输血病历符合上述制度要求（0.3分）。 |
| 2.2.45.3 | 建立保障急救用血治疗的机制。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立有急救用血管理制度及流程（0.2分）； | 0.4 |
| 2.有职能部门定期监管与评估（0.2分）。 |
| （四十六）建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。（2分） | | | | |
| 2.2.46.1 | 明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：院长，信息科长 | 1.医院信息管理制度中，明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人（0.1分）； | 0.3 |
| 2.医院主要负责人履行信息安全管理第一责任人职责（0.2分）。 |
| 2.2.46.2 | 建立全面的信息安全管理制度，从组织结构、责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等建立制度体系。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈：院长，信息科长  现场检查  员工操作 | 1.医院有全面的信息安全管理制度，有信息安全管理组织架构、明确责任分工、确定安全管理范围、信息访问权限，有信息系统应急处置方法等（0.3分）； | 0.6 |
| 2.员工知晓本人相关的信息安全职责与权限（0.3分）。 |
| 2.2.46.3 | 建立完整的信息安全技术体系，从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理。 | 记录查看  现场检查  员工操作 | 1.信息安全技术体系完整，能够从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理（0.3分）； | 0.6 |
| 2.有定期对上述体系运行状况的评估与改进，持续提高安全管理能力（0.3分）。 |
| 2.2.46.4 | 建立应急响应机制，定期评估信息安全风险，定期开展信息安全应急演练。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.建立有应急响应机制的应急预案（0.1分）； | 0.5 |
| 2.员工知晓应急预案（0.1分）； |
| 3.对信息安全风险有定期评估（0.1分）； |
| 4.定期（每年至少1次）开展应急演练（0.1分）； |
| 5.能根据风险评估结果和应急演练情况，及时更新预案（0.1分）。 |
| （四十七） 确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。（2分） | | | | |
| 2.2.47.1 | 确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定有患者诊疗信息保护制度，确保实现本院患者诊疗信息管理过程全流程的安全性等（0.4分）； | 0.7 |
| 2.有职能部门检查、分析、反馈、整改（0.3分）。 |
| 2.2.47.2 | 对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.建立员工授权管理制度，明晰权责（0.2分）； | 0.7 |
| 2.员工知晓本人权限并严格执行（0.2分）； |
| 3.对授权执行情况，有管理部门定期巡查，监督，发现问题有反馈与处理（0.3分）； |
| 4.发现有出售或违规擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息的，本款不得分。 |
| 2.2.47.3 | 为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.依法利用信息系统为员工使用患者诊疗信息提供便利（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有防止不当使用的措施（0.2分）； |
| 3.有职能部门检查、分析、反馈、整改（0.2分）。 |

**三、医疗技术临床应用管理（24.4分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （四十八）医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。（2分） | | | | |
| 2.3.48.1 | 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品等要求，对开展该项医疗技术的环境要求。 | 文件查阅  现场检查 | 1.医院开展的限制类技术备案符合要求（0.1分）； | 0.5 |
| 2.医院有根据服务能力和诊疗科目许可制定本院的医疗技术目录（0.2分）； |
| 3.现场复核人员资质符合医院开展的各类医疗技术要求（0.2分）。 |
| 2.3.48.2 | 医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济原则，并在实际工作中予以体现。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院制定有医疗技术临床应用管理制度（0.2分）； | 1 |
| 2.定期检查医疗技术临床应用管理各项制度落实情况（0.2分）； |
| 3.有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.6分）。 |
| 2.3.48.3 | 医院开展医疗技术服务符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则。 | 记录查看  病历检查 | 1.涉及伦理的医疗技术开展前均有伦理审核（0.2分）； | 0.5 |
| 2.涉及伦理问题的病历有伦理讨论情况记载（0.3分）。 |
| （四十九）医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。（2分） | | | | |
| 2.3.49.1 | 在医疗质量管理委员会下设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员组成。 | 文件查阅 | 1.医疗质量管理委员会下设医疗技术临床应用管理委员会（0.5分）； | 1 |
| 2.医疗技术临床应用管理委员会人员组成和职责符合要求（0.3分）； |
| 3.委员会根据医院人事变动、政策变化等进行相应调整、更新（0.2分）。 |
| 2.3.49.2 | 医疗技术临床应用管理专门组织履行医疗技术临床应用管理职责，有工作计划、工作记录，可追溯。 | 记录查看 | 1.有明确的委员会工作制度（0.2分）； | 1 |
| 2.每年医疗技术临床应用委员会不少于两次且会议资料齐全（0.2分）； |
| 3.医务部门有落实每次委员会决策的工作记录（0.2分）； |
| 4.有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.2分）； |
| 5.周期内整改有成效或形成新的制度、规范、流程、举措等（0.2分）。 |
| （五十）医院开展医疗技术临床应用应当符合要求的诊疗科目、人员和质量控制体系，并遵守临床应用管理规范。（1.5分） | | | | |
| 2.3.50.1 | 医院开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。 | 文件查阅 | 医院开展的每项医疗技术均有对应的诊疗科目，特别是限制类技术（0.2分）。 | 0.2 |
| 2.3.50.2 | 开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。 | 文件查阅 | 1.查阅医疗技术人员档案，开展相关医疗技术人员符合资质要求（0.2分）； | 0.4 |
| 2.评审周期内，开展相关医疗技术人员有动态院内授权记录（0.2分）。 |
| 2.3.50.3 | 建立医疗技术临床应用质量控制体系，有医疗技术实施路径或操作规范，有医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院开展的医疗技术均应有诊疗规范和操作流程，并根据国家相关规范及时更新（0.1分）； | 0.5 |
| 2.医院制定有医疗技术临床应用质量管理的指标（0.1分）； |
| 3.职能部门针对医疗技术质量管理指标落实督导检查并整改存在问题（0.2分）； |
| 4.职能部门根据质量管理指标展开定期分析（0.1分）。 |
| 2.3.50.4 | 遵守相关技术临床应用管理规范。 | 员工访谈：相关技术医务人员  数据核查 | 1.员工知晓医疗技术临床应用管理规范（0.2分）； | 0.4 |
| 2.无医疗技术临床应用管理不良事件、医疗事故（0.2分）。 |
| （五十一）医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。（2分） | | | | |
| 2.3.51.1 | 医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对医院、开展人员，技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有限制类医疗技术管理规定（0.2分）； | 1 |
| 2.每项限制类技术有自我评估资料且内容齐全（0.6分）； |
| 3.每位员工知晓限制类医疗技术管理规定（0.2分）。 |
| 2.3.51.2 | 自我评估结果报医疗技术临床应用管理专门组织审核。 | 文件查阅 | 每一项限制类医疗技术有医疗技术临床应用管理组织审核记录（0.5分） | 0.5 |
| 2.3.51.3 | 开展首例临床应用后15个工作日向卫生健康行政部门完成备案程序。 | 记录查看 | 评审周期内，新开展的限制类技术开展首例后在规定时限内完成备案（0.5分）。 | 0.5 |
| （五十二）未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。（0.5分） | | | | |
| 2.3.52.1 | 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，不得应用于临床。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查 | 查阅伦理委员会医疗技术审批目录与医院实际开展的是否相符（0.5分）。 | 0.5 |
| （五十三）制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。（2分） | | | | |
| 2.3.53.1 | 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。 | 文件查阅 | 1.有医疗技术临床应该管理目录（0.3分）； | 1 |
| 2.目录覆盖所有医疗技术（0.3分）； |
| 3.评审周期内，管理目录体现动态更新（0.4分）。 |
| 2.3.53.2 | 对医疗技术临床应用管理目录内的手术进行分级管理， 有手术分级目录，并根据手术开展情况定期调整。 | 文件查阅  病历检查  病案检查 | 1.医院有手术分级管理制度（0.2分）； | 1 |
| 2.医院制定有适合本院的手术分级管理目录（0.2分）； |
| 3.手术分级管理目录定期调整（0.2分）； |
| 4.病历病案检查手术开展情况与定期调整目录相符（0.4分）。 |
| （五十四）建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全、培训情况予以或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。（2分） | | | | |
| 2.3.54.1 | 建立医师手术授权制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。 | 文件查阅  员工访谈：各科室、各级医生  病历检查  病案检查 | 1.有手术医师资质与授权管理相关制度，其中体现紧急状态下的越级手术审核相关规定（0.3分）； | 1 |
| 2.评审周期内，实行手术授权管理明确手术级别和具体手术项目名称（0.3分）； |
| 3.医师知晓手术授权管理制度（0.2分）； |
| 4.查阅病历，无违规越级手术（0.2分）。 |
| 2.3.54.2 | 建立动态管理制，明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有动态管理手术授权制度，体现取消和增加授权情形（0.2分）； | 0.5 |
| 2.抽查评审周期内医师的授权档案完整，内容包括但不限于医师的专业能力、临床工作开展情况、手术质量与安全指标、专业技能培训等（0.2分）； |
| 3.评审周期内，每两年完成再授权一次（0.1分）。 |
| 2.3.54.3 | 建立医师手术质量监测机制，供定期调整授权时参考、决策。 | 文件查阅  记录查看 | 1.在手术授权制度中建立有手术质量评价监测相关规定（0.2分）； | 0.5 |
| 2.职能部门落实评价监测，有手术质量定期（至少每年）评价分析记录（0.2分）； |
| 3.查阅授权相关资料，有体现运用评价结果进行动态授权管理（0.1分）。 |
| （五十五）医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。（1.3分） | | | | |
| 2.3.55.1 | 建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于：准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.建立每位医务人员医疗技术临床应用管理档案（0.3分）； | 0.8 |
| 2.档案内容符合要求（0.3分）； |
| 3.档案管理每年动态更新（0.2分）。 |
| 2.3.55.2 | 医疗技术临床应用管理档案纳入个人专业技术档案管理。 | 文件查阅  现场检查 | 个人专业技术档案包含医疗技术临床应用管理档案（0.5分）。 | 0.5 |
| （五十六）建立医疗技术临床应用论证制度，对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展医疗技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。（1.6分） | | | | |
| 2.3.56.1 | 建立医疗技术临床应用论证制度。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.建立有医疗技术临床应用论证制度或在医疗技术临床应用管理制度中有体现（0.2分）； | 0.6 |
| 2.医疗技术临床应用论证内容齐全，包括但不限于准入、申报、审批、 反馈、退出等流程，针对可能存在的风险制定处置预案等（0.2分）； |
| 3.医务人员知晓论证制度（0.2分）。 |
| 2.3.56.2 | 对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证。 | 记录查看 | 提供医疗技术管理委员会对本院首次应用的医疗技术能力和安全保障能力进行论证的相关资料（0.5分）。 | 0.5 |
| 2.3.56.3 | 本院首次应用的医疗技术通过伦理审查。 | 记录查看  病历检查  病案检查 | 提供医疗伦理委员会对本院首次应用的医疗技术伦理相关问题进行审查通过的相关资料（0.5分）。 | 0.5 |
| （五十七）建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。（1.5分） | | | | |
| 2.3.57.1 | 建立医疗技术临床应用评估制度。 | 文件查阅 | 有医疗技术临床应用评估制度或在医疗技术临床应用管理制度中有体现（0.4分）。 | 0.4 |
| 2.3.57.2 | 遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，评估指标量化。 | 文件查阅  员工访谈  记录查看  数据核查 | 1.有医疗技术临床应用评估量化指标（0.2分）； | 0.6 |
| 2.员工知晓医疗技术临床应用评估内容及量化指标（0.2分）； |
| 3.职能部门履行监管职责，通过量化指标进行监管，有记录（0.2分）。 |
| 2.3.57.3 | 根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限、医疗技术临床应用管理要求。 | 文件查阅 | 1.职能部门将评估结果运用在医疗技术临床应用管理目录调整上（0.2分）； | 0.5 |
| 2.职能部门将评估结果运用在医师医疗技术授权上（0.3分）。 |
| （五十八）建立医疗质量控制指标，加强人类辅助生殖技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量信息收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量。（2.5分） | | | | |
| 2.3.58.1 | 建立人类辅助生殖医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立有人类辅助生殖医疗技术临床应用质量控制相关制度（0.2分）； | 0.4 |
| 2.制度覆盖人类辅助生殖医疗技术临床应用全过程（0.2分）。 |
| 2.3.58.2 | 以人类辅助生殖技术限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，需符合国家和省级管理要求。 | 文件查阅  记录查看 | 1.人类辅助生殖技术限制类技术有医疗质量控制指标（0.2分）； | 0.4 |
| 2.质量控制指标符合国家和自治区要求（0.2分）。 |
| 2.3.58.3 | 根据医院开展的人类辅助生殖医疗技术，制定科室医疗技术临床应用质控指标，关注本科室日常开展的医疗技术。 | 文件查阅  记录查看 | 1.人类辅助生殖医疗技术临床应用质控指标落实到科室（0.3分）； | 1.2 |
| 2.科室根据指标情况针对相关技术进行自查、分析，有记录（0.3分）； |
| 3.对开展的自查有原因分析，有整改措施并落实（0.3分）； |
| 4.评审周期内，科室数据、案例体现持续改进（0.3分）。 |
| 2.3.58.4 | 加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。 | 文件查阅  记录查看 | 1.信息系统支持人类辅助生殖医疗技术质量控制指标数据收集与分析，且数据准确（0.2分）； | 0.5 |
| 2.职能部门对指标数据有监管、分析记录（0.2分）； |
| 3.评审周期内，数据体现持续改进（0.1分）。 |
| （五十九）建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。（2分） | | | | |
| 2.3.59.1 | 建立医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有医疗技术临床应用规范化培训制度（0.2分）； | 1 |
| 2.有培训大纲、培训计划、考核标准（0.2分）； |
| 3.培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习（0.2分）； |
| 4.落实医疗技术考核，有记录（0.4分）。 |
| 2.3.59.2 | 重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养，进行管理学理论及方法的培训，强化自我管理意识，提高管理水平和技能。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有医疗技术管理人才培训计划（0.2分）； | 1 |
| 2.员工知晓医院医疗技术管理人才培训计划（0.3分）； |
| 3.提供培训实施材料（0.5分）。 |
| （六十）医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。（ 1分） | | | | |
| 2.3.60.1 | 限制类技术目录、手术分级管理目录纳入医院院务公开范围，接受社会监督。 | 现场检查  文件查阅  记录查看 | 1.医院通过多种形式包括但不限于网站、电子屏幕向社会公开医院限制类技术目录、手术分级目录（0.3分）； | 0.5 |
| 2.及时更新信息（0.2分）。 |
| 2.3.60.2 | 限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。 | 现场检查  文件查阅  记录查看 | 1.定期将限制类技术临床应用情况在院务公开（0.3分）； | 0.5 |
| 2.及时更新信息（0.2分）。 |
| （六十一）医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。（1.5分） | | | | |
| 2.3.61.1 | 按照规定，出现以下情形时应立即停用:被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术；从事该项医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果的；该项医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或伦理问题；或者发生与技术相关的严重不良后果的；发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或存在重大质量、安全、或伦理缺陷的。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院医疗技术临床应用管理制度体现本款规定情形下停用相应的医疗技术（0.3分）； | 0.5 |
| 2.查阅相关资料体现医院按规定履行报告程序（0.2分）。 |
| 2.3.61.2 | 前款停用的医疗技术，属于限制类技术的，上报属地和省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案，并向社会公示。 | 记录查看  病历检查：停用技术相关病历  病案检查 | 1.医院如有停用限制类医疗技术，复核该停用技术相关病历未再开展（0.4分）； | 1 |
| 2.停用的限制类技术及时上报省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案（0.3分）； |
| 3.有停用的限制类技术主动向社会公示的资料（0.3分）。 |
| （六十二）医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。（1分） | | | | |
| 2.3.62.1 | 及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。 | 文件查阅 | 1.有向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台报送限制类技术开展情况信息的制度与流程（0.3分）； | 1 |
| 2.医院流程或工作记录体现院科两级审核数据工作（0.4分）。 |
| 3.查阅报送资料体现及时、准确、完整（0.3分）。 |

**四、医疗安全风险防范（13.3分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （六十五）以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、 记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。（2.6分） | | | | |
| 2.4.65.1 | 建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，明确相关部门职责。 | 文件查阅 | 1.有医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告制度（0.2分）； | 0.4 |
| 2.有负责部门及工作职责（0.2分）。 |
| 2.4.65.2 | 有不良事件分类目录，员工知晓。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有不良事件分类分级管理制度，有目录（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医院员工知晓不良事件分类情况（0.2分）。 |
| 2.4.65.3 | 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，鼓励主动上报医疗质量（安全）不良事件，建立激励机制。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院有鼓励主动上报不良事件的激励机制（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医院有数据或案例体现落实激励机制（0.2分）。 |
| 2.4.65.4 | 对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享。 | 记录查看  现场查看 | 1.职能部门针对不良事件及管理缺陷有分析总结记录（0.2分）； | 0.4 |
| 2.分析报告有院内渠道实现信息共享（0.2分）。 |
| 2.4.65.5 | 建立持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制。 | 文件查阅  现场查看  数据核查 | 1.有持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制（0.2分）； | 1 |
| 2.对医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷开展针对性的培训（0.2分）； |
| 2.4.65.5 | 建立持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制。 | 文件查阅  现场查看  数据核查 | 3.科室有自查、分析、整改措施并落实（0.2分）； | 1 |
| 4.职能部门有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.2分）； |
| 5.有数据或案例体现医院通过不良事件持续改进医疗质量（0.2分）。 |
| （六十六）落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评价，及时消除隐患。（2.5分） | | | | |
| 2.4.66.1 | 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，有医疗风险管理方案并定期修订。 | 文件查阅 | 1.有医疗风险管理方案（0.3分）； | 0.5 |
| 2.定期修订方案（0.2分）。 |
| 2.4.66.2 | 识别、评估医院内部存在的医疗风险点，根据负性事件发生的概率、严重性等指标对医疗风险进行分级。 | 文件查阅 | 1.医疗风险管理方案能够识别、评估内部医疗风险点(0.3分)； | 0.5 |
| 2.对医疗风险点进行分级管理（0.2分）。 |
| 2.4.66.3 | 员工知晓本部门及本岗位医疗风险，并有针对性的风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、风险识别评估、预警、控制、避让和风险分担等措施。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定各部门各岗位医疗风险防控措施（0.2分）； | 0.5 |
| 2.针对防控措施开展院内培训，培训资料齐全（0.1分）； |
| 3.抽查员工知晓本部门本岗位的医疗风险及防范措施（0.2）。 |
| 2.4.66.4 | 定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。 | 记录查看 | 1.科室至少每季度有自查、分析、整改措施并落实（0.3分）； | 1 |
| 2.职能部门至少每季度有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.3分）； |
| 3.评审周期内，医院有数据或案例体现持续改进（0.4分）。 |
| （六十七）建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。（1.9分） | | | | |
| 2.4.67.1 | 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程。 | 文件查阅 | 有医患沟通制度（0.1分）、投诉管理制度（0.1分）、投诉处置流程（0.1分）。 | 0.3 |
| 2.4.67.2 | 设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开。 | 现场检查  记录查看 | 1.设置有专职部门负责接待投诉（0.2分）； | 0.5 |
| 2.针对每例投诉均有及时回复（0.2分）； |
| 3.投诉渠道向社会公开（0.1分）。 |
| 2.4.67.3 | 对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。 | 文件查阅  记录查看  患者访谈 | 1.投诉处置有明确时限规定（0.2分）； | 0.5 |
| 2.每例投诉有回复患者处置结果的记录且未超时（0.3分）。 |
| 2.4.67.4 | 定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育并制定防范措施，持续改进医疗质量安全。 | 记录查看 | 1.职能部门有定期分析记录，寻找共性问题（0.2分）； | 0.6 |
| 2.定期开展典型案例警示教育，有记录（0.2分）； |
| 3.评审周期内，有案例或数据体现医疗质量安全持续改进（0.2分）。 |
| （六十八）建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件，及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。（1.5分） | | | | |
| 2.4.68.1 | 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，有报告流程并落实，涉及患者的内容记入病历。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有药品、医疗器械不良事件监测报告制度及报告流程（0.2分）； | 0.5 |
| 2.评审周期内，每年上报例数符合要求（0.3分）。 |
| 2.4.68.2 | 定期评估相关事件并及时反馈临床。 | 记录查看  现场查看 | 1.职能部门每季度1次评估相关事件的总结报告（0.3分）； | 0.5 |
| 2.评估报告及时反馈给临床（0.2分）。 |
| 2.4.68.3 | 按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。 | 现场检查  数据核查 | 1.按照规定向相关部门上报不良反应（0.3分）； | 0.5 |
| 2.可在上报系统追溯（0.2分）。 |
| （六十九）有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。（1分） | | | | |
| 2.4.69.1 | 制定深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实。 | 查阅文件  病历检查  病案检查 | 1.制定有深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程（0.2分）； | 0.5 |
| 2.每份高危患者病历相关疾病诊治过程有血栓风险评估表及根据评估风险等级落实防治处置（0.3分）。 |
| 2.4.69.2 | 开展全员相关培训，员工知晓。 | 记录查看  员工访谈 | 1.开展VTE防治培训，资料齐全包括但不限于签到、培训课件、照片、培训总结（0.3分）； | 0.5 |
| 2.访谈员工知晓防治制度流程或相关操作（0.2分）。 |
| （七十）关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和应急救护机制保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。（1.8分） | | | | |
| 2.4.70.1 | 有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。 | 查阅文件 | 1.有院内高风险意外事件的应急措施和救治机制、处置预案与流程（0.3分）； | 0.5 |
| 2.保障区域覆盖全院（0.2分）。 |
| 2.4.70.2 | 定期开展应对高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求，对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。 | 记录查看  员工操作  员工访谈 | 1.医院定期开展高风险意外事件应急演练，演练资料齐全包括但不限于签到、照片、演练脚本、总结等（0.5分）； | 1 |
| 2.对员工高风险意外事件处置能力开展培训、考核有记录（0.3分）； |
| 3.每名员工知晓高风险意外事件处置流程并掌握抢救技能，如：心肺复苏（0.2分）。 |
| 2.4.70.3 | 保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。 | 现场检查 | 现场检查紧急救治能力覆盖全院区域（0.3分）。 | 0.3 |
| （七十一）关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。（2分） | | | | |
| 2.4.71.1 | 制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。 | 查阅文件  记录查看  病历检查  病案检查 | 1.制定有控制分娩疼痛和减少分娩损伤制度并实施（0.2分）； | 0.7 |
| 2.开展制度培训，培训资料齐全，包括但不限于签到、培训课件、照片、考核总结（0.2分）； |
| 3.查阅产科病历符合制度要求（0.3分）。 |
| 2.4.71.2 | 制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。 | 查阅文件  记录查看  员工访谈 | 1.制定有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的技术规范和流程（0.2分）； | 0.6 |
| 2.相关科室有技术规范及流程培训，培训资料齐全，包括但不限于签到、培训课件、照片、考核总结（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓技术规范及流程（0.2分）。 |
| 2.4.71.3 | 制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，分析相关因素并持续改进。 | 查阅文件  记录查看  数据核查 | 1.制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标（0.2分）； | 0.7 |
| 2.科室每季度有针对质控指标进行总结分析记录（0.2分）； |
| 3.主管部门每季度督导检查，分析、反馈，落实整改（0.2分）； |
| 4.有数据或案例体现持续改进，形成新的制度、流程、举措等（0.1分）。 |

**五、诊疗质量保障与持续改进（38分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （七十二）门诊布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施。（2.8分） | | | | |
| 2.5.72.1 | 门诊布局注重“以患者为中心”的宗旨，并符合相关规定，能满足临床管理工作。 | 文件查阅  现场检查 | 1.医院门诊平面图，门诊分区布局符合规定（0.3分）； | 0.6 |
| 2.门诊药房、收费、辅助检查等功能区分布合理，距离半径较短（0.3分）。 |
| 2.5.72.2 | 门诊入口应当通畅，有醒目的路标和标识，并设有救护车专用停靠处。 | 现场检查 | 1.诊室标识、指引清晰醒目(0.2)； | 0.6 |
| 2.有救护车通道和专用停车位（0.2分）； |
| 3.有专人巡查，保持诊室入口和救护车通道通畅，专用车位不被其他车辆占用（0.2分）。 |
| 2.5.72.3 | 建立门诊管理制度和工作流程，并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有门诊管理制度和工作流程，并培训（0.2分）； | 0.6 |
| 2.员工知晓门诊管理制度和工作流程（0.2分）； |
| 3.对制度流程执行情况，有职能部门监管记录（0.2分）。 |
| 2.5.72.4 | 制定门诊突发应急事件处置预案并组织实施。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定门诊突发应急事件处置预案（0.3分）； | 1 |
| 2.有培训和演练记录（0.2分）； |
| 3.员工知晓门诊突发应急事件处置预案内容（0.2分）； |
| 4.有预案规定的突发应急事件处置的记录（0.3分）。 |
| （七十三）加强门诊专业人员和技术力量配备，根据门诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门诊医务人员开展技术和技能专业培训。（2.7分） | | | | |
| 2.5.73.1 | 根据门诊就诊患者流量配备适宜数量的门诊专业人员和技术力量，满足门诊患者医疗需求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.门诊岗位设置和固定岗位人员安排配备适宜（0.2分）； | 0.9 |
| 2.门诊岗位设置和人员安排（0.3分）； |
| 3.患者等候时间在合理范围（0.2分）； |
| 4.有资料体现根据患者流量调整门诊工作人员数量（0.2分）。 |
| 2.5.73.2 | 对门诊医务人员开展技术和技能专业培训。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.制定门诊人员技术和技能专业培训培训计划（0.3分）； | 0.8 |
| 2.有门诊人员技术和技能专业培训记录（0.3分）； |
| 3.现场访谈和抽查员工操作熟悉相关技术和技能（0.2分）。 |
| 2.5.73.3 | 有针对门诊就诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制及应急预案。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定相应机制和预案，并培训（0.3分）； | 0.5 |
| 2.排班表上体现紧急调配人员的安排（0.2分）。 |
| 2.5.73.4 | 定期分析门诊流量和突发事件情况，及时调整门诊医疗资源配备。 | 记录查看  员工访谈 | 1.定期（至少每季度）分析门诊流量和突发事件情况（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有记录体现根据流量和突发事件及时调整门诊医疗资源配备（0.3分）。 |
| （七十四）实行预检分诊制度，门诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。（3分） | | | | |
| 2.5.74.1 | 制定预检分诊制度，完善预检分诊流程，对急诊患者进行分级管理，实施分类救治。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.制定预检分诊制度和流程，并培训（0.5分）； | 0.8 |
| 2.预检分诊人员熟悉制度和流程（0.3分）。 |
| 2.5.74.2 | 通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有传染病、发热患者预检分诊流程（0.3分）； | 0.8 |
| 2.设置预检分诊点，严格实施传染病、发热患者预检分诊（0.3分）； |
| 3.现场查看，发现传染病、发热患者未经预检分诊直接到专科就诊的，本项不得分（0.2分）。 |
| 2.5.74.3 | 规范设置预检分诊场所，通风良好，相对独立，标识导向醒目易懂。 | 现场检查 | 1.预检分诊点位置相对独立，通风良好（0.2分）； | 0.4 |
| 2.预检分诊点设在门诊患者必经道路，标识导向醒目易懂（0.2分）。 |
| 2.5.74.4 | 分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品，工作人员采取必要的防护措施，有快速鉴别病情的相关医疗设备。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.分诊台有消毒隔离和个人防护用品清单（0.3分）； | 1 |
| 2.消毒隔离物品和个人防护用品配备齐全，定期更新（0.3分）； |
| 3.工作人员按要求实施个人防护（0.4分）。 |
| （七十五）把门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。（1.6分） | | | | |
| 2.5.75.1 | 把门诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围。 | 文件查阅  记录查看 | 1.设立门诊质量指标，并纳入临床各科室质量管理指标（0.4分）； | 0.8 |
| 2.职能部门有督导、总结、分析、反馈（0.4分）。 |
| 2.5.75.2 | 把门诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。 | 记录查看  员工访谈 | 1.科室对门诊工作质量有自查、分析、整改措施并落实（0.4分）； | 0.8 |
| 2.门诊工作质量与科室、个人绩效考核成绩挂钩（0.4分）。 |
| （七十六）有急危重症患者“绿色通道”。建立院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。（3分） | | | | |
| 2.5.76.1 | 建立针对急危重患者的院内急诊、住院（含处置）和转诊的绿色通道机制，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1.制定急诊绿色通道相关制度和流程（0.4分）； | 0.7 |
| 2.制度、流程涵盖院前急救、院内急诊与住院或转诊等全过程。涉及病种、流程、财务和标识等内容（0.3分）。 |
| 2.5.76.2 | 员工知晓绿色通道的实施范围及流程，并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.开展急诊绿色通道相关制度和流程培训（0.3分）； | 0.7 |
| 2员工知晓相关制度和流程内容（0.2分）； |
| 3.有妥善处理特殊人员（如“三无”人员）的诊疗流程（0.2分）。 |
| 2.5.76.3 | 有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1.有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制（0.3分）； | 0.6 |
| 2.手术间每日使用率不超过100%（0.3分）。 |
| 2.5.76.4 | 定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。 | 记录查看 | 1.绿色通道的登记管理资料完整（0.3分）； | 1 |
| 2.定期自查汇总、分析、总结（0.3分）； |
| 3.职能部门定期监管（0.2分）； |
| 4.绿色通道流程、实施效果持续改进（0.2分）。 |
| （七十七）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。（1.5分） | | | | |
| 2.5.77.1 | 有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程。 | 文件查阅  员工访谈  病历检查 | 1.高危孕产妇及新生儿的服务规范和流程相关资料（0.3分）； | 1.5 |
| 2.每年至少开展一次高危孕产妇及新生儿等重点人群救治的培训和应急演练，并有记录（0.3分）； |
| 3.科室定期自查、分析、整改并落实（0.3分）； |
| 4.职能部门有检查评价、督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）； |
| 5.访谈员工知晓熟悉规范和流程（0.3分）。 |
| （七十八）优化门诊服务，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分） | | | | |
| 2.5.78.1 | 实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。 | 记录查看  患者访谈  现场检查  员工操作 | 1.提供电话、网络、现场、诊间等至少两种形式的预约诊疗服务（0.3分）； | 0.6 |
| 2.进行定期统计分析，患者预约就诊比例达到综合医院预约挂号比例的标准（达到50%），目标值达到60%以上（0.2分）； |
| 3.访谈患者及其家属知晓多种预约诊疗服务途径（0.1分）。 |
| 2.5.78.2 | 及时公开出诊信息。 | 现场检查  员工操作 | 1.医院有在线上线下及时公开出诊信息（包括出诊时间、医师信息等）（0.3分）； | 0.6 |
| 2.及时更新出诊人员的基本信息（0.3分）。 |
| 2.5.78.3 | 开展多学科诊疗，有多学科诊疗的规范流程，提高患者就医质量。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制定多学科诊疗的制度、流程（0.3分）； | 0.5 |
| 2.有实施多学科会诊的案例（0.2分）。 |
| 2.5.78.4 | 优化门诊服务，有明确的服务流程、质量指标， 定期分析，持续改进。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有门诊服务流程（0.2分）； | 0.8 |
| 2.制定门诊服务质量指标（0.1分）； |
| 3.定期分析质量指标完成情况（0.3分）； |
| 4.体现持续改进（0.2分）。 |
| （七十九）优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。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分） | | | | |
| 2.5.79.1 | 优化就诊环境，就诊环境清洁、舒适、安全，定期检查，及时维护。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定有医院就诊环境管理规定（0.3分）； | 0.7 |
| 2.科室有自查、分析、整改措施并落实（0.2分）； |
| 3.职能部门有定期进行检查、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.2分）。 |
| 2.5.79.2 | 有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有就诊环境质量的量化指标（0.2分）； | 0.6 |
| 2.严格按照环境质量标准进行分析评价，记录完整（0.2分）； |
| 3.员工知晓环境质量标准（0.2分）。 |
| 2.5.79.3 | 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。 | 现场检查 | 1.设置服务台，提供就诊接待、引导、咨询服务（0.3分）； | 0.6 |
| 2.服务台工作人员主动提供服务（0.3分）。 |
| 2.5.79.4 | 门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。 | 现场检查 | 1.门诊候诊区、医技部门等设有规范的标识(0.3分)； | 0.6 |
| 2.标识醒目、易懂、指向清晰（0.3分）。 |
| （八十）完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。（2.5分） | | | | |
| 2.5.80.1 | 有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程，有培训（0.3分）； | 0.5 |
| 2.员工知晓入院、出院、转科、转院流程（0.2分）。 |
| 2.5.80.2 | 患者转运前，有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范；对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。 | 记录查看  病案检查 | 1.查看患者转运风险评估内容完整，评估到位（0.3分）； | 0.5 |
| 2.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（0.2分）。 |
| 2.5.80.3 | 有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。 | 记录查看 | 1.职能部门至少每半年一次对转运流程进行检查评估（0.2分）； | 0.5 |
| 2.针对存在问题有整改措施并落实，体现持续改进（0.3分）。 |
| 2.5.80.4 | 为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有急诊患者入院制度和流程（0.3分）； | 0.5 |
| 2.员工知晓相关制度和流程（0.2分）。 |
| 2.5.80.5 | 加强转科、转院患者的交接管理，有交接流程和交接清单，过程有记录，可追溯。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有转科、转院患者的交接管理、交接流程规定（0.2分）； | 0.5 |
| 2.交接清单记录完整，过程有记录，可追溯（0.2分）； |
| 3.员工知晓交接流程及需记录的内容（0.1分）。 |
| （八十一）加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。（2.6分） | | | | |
| 2.5.81.1 | 加强出院患者健康教育，普及相关健康知识。 | 文件查阅 | 1.制定科室常见疾病健康教育规范（0.3分）； | 0.6 |
| 2.为出院患者进行健康教育（0.3分）。 |
| 2.5.81.2 | 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，在出院记录中体现。 | 文件查阅  病案检查 | 1.根据不同疾病制定规范的出院医嘱和康复指导意见（0.3分）； | 0.6 |
| 2.出院记录中有出院医嘱或康复指导意见（0.3分）。 |
| 2.5.81.3 | 建立出院患者随访制度并组织实施，有患者随访记录， 便于医务人员医疗服务流程和医疗措施的持续改进。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有出院患者随访制度（0.3分）； | 1.4 |
| 2.按时进行出院患者随访、有完整记录（0.4分）； |
| 3.定期对患者反馈的意见进行总结（0.3分）； |
| 4.定期对患者反馈的意见进行总结分析，持续改进医疗服务流程和医疗措施（至少每半年一次）（0.4分）。 |
| （八十二）建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。（2.1分） | | | | |
| 2.5.82.1 | 根据法律法规和行业指南，建立临床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程，员工知晓并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查  病历检查 | 1.制定各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程（0.2分）； | 0.6 |
| 2.培训记录完整（0.2分）； |
| 3.员工知晓专科的诊疗规范和技术操作流程（0.2分）。 |
| 2.5.82.2 | 诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。 | 文件查阅  病案检查  病历检查 | 查阅病历，在MECT治疗、麻醉、有创操作等诊疗常规或操作前，有对患者实施病情、风险、预后等必要的评估（0.2分）。 | 0.2 |
| 2.5.82.3 | 根据法律法规和行业指南的变化，及时更新各科室的诊疗规范和技术操作流程。 | 文件查阅  记录查看 | 1.科室根据法律法规和行业指南的变化，定期对现行的诊疗规范和技术操作流程进行评估（0.2分）； | 0.3 |
| 2.及时对诊疗规范和技术操作流程更新（0.1分）。 |
| 2.5.82.4 | 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。 | 文件查阅  记录查看 | 1.抽查病历，诊疗计划与制定的规范相符（0.2分）； | 0.4 |
| 2.对患者进行疾病诊断、评估和制定诊疗计划的医务人员具有法定资质（0.2分）。 |
| 2.5.82.5 | 对疑难危重患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.有实施多学科会诊的病种范围规定（0.2分）； | 0.6 |
| 2.职能部门对多学科会诊有监管记录（0.2分）； |
| 3.病历中体现为疑难危重患者实施多学科诊疗（0.2分）。 |
| （八十三）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。（1.9分） | | | | |
| 2.5.83.1 | 建立手术患者评估制度，在患者评估的基础上，完成手术患者的术前讨论，合理制定手术方案。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.建立和实施有手术患者评估制度（0.1分）； | 0.5 |
| 2.择期手术均实行术前讨论，讨论由主刀医师主持，记录存入病历中（0.3分）； |
| 3.手术讨论时制定明确手术方案（0.1分）。 |
| 2.5.83.2 | 患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理因素等。 | 文件查阅  病案检查 | 1.评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理因素等 (0.1分) ； | 0.2 |
| 2.病案检查体现每份病历手术患者评估内容完整(0.1分)。 |
| 2.5.83.3 | 建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程，明确重大手术的范围，员工知晓。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程（0.2分）； | 0.7 |
| 2.明确规定重大手术的范围，并有重大手术的目录（0.1分）； |
| 3.手术医师知晓重大手术的范围和审批流程（0.1分）； |
| 4.审批资料完整，无违规案例（0.2分）； |
| 5.职能部门至少每季度开展督查，分析，发现的问题及时反馈（0.1分）。 |
| 2.5.83.4 | 有急诊手术管理措施，落实急诊手术优先和手术资源 应急保障机制，有量化的急诊手术质控指标，保障急诊手术安全。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有急诊手术管理的相关制度与流程，有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制并培训（0.2分）； | 0.5 |
| 2.制定量化的急诊手术质控指标（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓上述制度和流程（0.1分）。 |
| (八十四) 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分） | | | | |
| 2.5.84.1 | 手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录，由一助完成手术记录的，手术主刀医生有审核签名。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.手术主刀医师在术后24小时内完成手术记录，手术记录内容完整详细（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有明确规定在何种特殊情况下手术记录可由一助完成，但必须经过手术主刀医生有审核签名（0.1分）； |
| 3.职能部门至少每季度督查、分析、反馈并落实整改（0.1分）； |
| 4.现场病案检查手术记录及时、完整，合格率100%（0.1分）。 |
| 2.5.84.2 | 术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.按《病历书写基本规范》要求及时书写术后首次病程记录（0.1分）； | 0.5 |
| 2.术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项（0.1分）； |
| 3.职能部门至少每季度督查、分析、反馈并落实整改（0.1分）； |
| 4.现场病案检查术后首次病程记录合格率100%（0.2分）。 |
| 2.5.84.3 | 术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.制定患者术后医疗、护理和其他服务计划（0.1分）； | 0.5 |
| 2.由手术医师或由手术者授权委托的医师开具手术后医嘱（0.1分）； |
| 3.术后密切观察患者病情，及时评估手术效果，观察手术并发症（0.1分）； |
| 2.5.84.3 | 术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 4.每位患者手术后的治疗措施、病情变化、手术效果、护理过程等情况均记录在病历中（0.2分）。 |
| 2.5.84.4 | 手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.对手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程（0.1分）； | 0.5 |
| 2.手术后标本病理诊断报告应及时记录在病历中，当术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，应进行讨论（0.2分）； |
| 3.手术离体组织送检率100%（0.2分）。 |
| (八十五)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，明确手术适应症范围、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分） | | | | |
| 2.5.85.1 | 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有日间手术质量安全管理制度和评估工作机制（0.1分）； | 0.4 |
| 2.指定部门负责日间手术管理（0.1分）； |
| 3.职能部门至少每季度督查、分析总结、反馈、落实整改。（0.2分）。 |
| 2.5.85.2 | 制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。 | 文件查阅  记录查看 | 1.根据国家日间手术目录和医院实际情况制定本院日间手术病种和技术目录（0.1分）； | 0.2 |
| 2.日间手术病种目录向社会公示（0.1分）。 |
| 2.5.85.3 | 制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应症范围、麻醉方式。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应症范围、麻醉方式，对手术科室医师进行培训（0.2分）； | 0.4 |
| 2.手术科室医师知晓日间手术操作规范、适应症、麻醉方式等（0.1分）； |
| 3.无违规开展日间手术（0.1分）。 |
| 2.5.85.4 | 加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访，有随访记录，可追溯。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.制定日间手术病历书写规范并培训（0.1分）； | 0.5 |
| 2.按照书写规范认真书写日间手术病历（0.2分）； |
| 3.实施日间手术患者宣教和随访，有随访记录（0.1分）； |
| 4.职能部门定期对日间手术病历质量进行监管（0.1分）。 |
| 2.5.85.5 | 制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制订日间手术质控指标（0.1分）； | 0.5 |
| 2.定期（每季度至少一次）分析、总结日间手术质量情况，评估日间手术的风险（0.2分）； |
| 3.根据日间手术风险评估情况及时制定干预措施（0.2分）。 |
| （八十六）手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行。（2.8分） | | | | |
| 2.5.86.1 | 手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。 | 文件查阅 | 1.麻醉科主任具有副高级及以上、护士长具有中级及以上专业技术职务任职资格（0.2分）； | 0.7 |
| 2.每张手术台配备一名主治医师级别或以上的麻醉医师（0.3分）； |
| 3.麻醉科固定在岗（本院）医师与麻醉护士人数的比例不低于3:1（0.2分）。 |  |
| 2.5.86.2 | 实行患者麻醉前病情评估制度，所有患者在麻醉前完成病情评估、脏器功能评估和其他必要的评估。 | 文件查阅  病历检查 | 1.有患者麻醉前病情评估制度（0.1分）； | 0.3 |
| 2.由具有资质及授权的麻醉医师为每一位实施麻醉的患者进行风险评估（0.2分）。 |
| 2.5.86.3 | 预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通，术前应告知患方，明确术中的授权委托人。 | 文件查阅  病历检查 | 1.有麻醉知情同意管理制度，包括术前告知患方明确术中的授权委托人（0.1分）； | 0.2 |
| 2.手术病历中有麻醉知情同意书且内容完整（0.1分）。 |
| 2.5.86.4 | 有麻醉后复苏室，人员、设备设施配置满足临床需求，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。 | 现场检查  文件查阅  病历检查 | 1.配置有麻醉后复苏室，复苏室床位与手术台比不低于1:3（0.3分）； | 0.8 |
| 2.人员、设备、设施满足临床需求：至少有一名能独立实施麻醉的麻醉医师；每床配备吸氧设备，包括无创血压和血氧饱和度在内的监护设备；配备足够的呼吸机、抢救用药及必需设备等（0.2分）； |
| 3.病历体现麻醉复苏患者全程监测记录（0.1分）； |
| 2.5.86.4 | 有麻醉后复苏室，人员、设备设施配置满足临床需求，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。 | 现场检查  文件查阅  病历检查 | 4.有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程（0.1分）； |
| 5.转出的患者有评价标准（全身麻醉患者Aldre评分），评价结果记录在病历中（0.1分）。 |
| 2.5.86.5 | 建立麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测、分析与反馈，并持续改进。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1.建立有麻醉并发症的预防措施（0.1分）； | 0.5 |
| 2.科室开展麻醉并发症监测、有总结分析与整改记录（0.2分）； |
| 3.职能部门有定期督查、分析、反馈记录，落实整改（0.2分）。 |
| 2.5.86.6 | 制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行。 | 文件查阅  记录查看  病历检查：术后镇痛病历 | 1.制定术后镇痛治疗管理规范和流程（0.1分）； | 0.3 |
| 2.麻醉医师掌握术后镇痛治疗管理规范和流程（0.1分）； |
| 3.术后镇痛效果有评价、有记录并在病历中体现（0.1分）。 |
| （八十七）特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。（2.5分） | | | | |
| 2.5.87.1 | 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。 | 现场检查  文件查阅 | 1.放射机房设计、建设及设施符合安全、环保、职业病防护等规范要求并验收合格（0.2分）； | 0.6 |
| 2.空间区域严格划分患者、检查人员、其他人员区域（0.2分）； |
| 3.机房显著位置有规范的警示标识（0.2分）。 |
| 2.5.87.2 | 将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。 | 现场检查  文件查阅 | 1.有完整的设备、环境、人员防护制度（0.3分）； | 0.7 |
| 2.防护用具齐全、有效（0.2分）； |
| 3.科室与主管部门对落实防护制度有自查、分析、反馈、整改记录（0.2分）。 |
| 2.5.87.3 | 有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有突发意外事故管理制度、流程及应急预案，放射性操作区有简明的应急救援流程（0.3分）； | 1.2 |
| 2.应急预案有培训，培训资料齐全（0.3分）； |
| 3.每年至少1次完成应急演练（0.2分）； |
| 4.每名员工知晓应急预案、流程（0.2分）； |
| 5.职能部门履行监管职责，对存在问题提出整改措施（0.1分）； |
| 6.有案例或数据显示科室持续改进应急管理（0.1分）。 |

**六、护理质量保障与持续改进（23分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （八十八）建立扁平高效的护理管理体系，建立护理管理委员会，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任。依据法律法规、行业指南、标准，制定本单位护理工作发展规划、护理制度、常规和操作规程，实施护理管理、质量改进等工作。（2分） | | | | |
| 2.6.88.1 | 建立简捷高效的护理管理体系。有本单位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。 | 文件查阅  记录查看 | 1.护理管理体系健全，在护理管理委员会的指导下实行护理部—大科—科室或护理部—科室护理管理层级（0.1分）； | 0.5 |
| 2.护理工作发展规划、年度计划与医院总体规划和护理学科发展方向一致（0.1分）； |
| 3.查看护理发展规划和年度计划总结，体现有效执行（0.2分）； |
| 4.访谈护理各级管理人员知晓规划、计划内容（0.1分）。 |
| 2.6.88.2 | 建立护理管理委员会。委员会成员应包含与护理工作密切相关的部门，并制订委员会职责和工作制度，定期研究护理质量与安全问题，提出改进策略并落实。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立护理管理委员会，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任（0.1分）； | 0.5 |
| 2.护理管理委员会职责、工作制度明确（0.1分）； |
| 3.至少每半年一次召开护理管理委员会议（0.1分）； |
| 4.委员会会议有会议记录、会议纪要、决议执行单，执行效果追踪等（0.2分）。 |
| 2.6.88.3 | 根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程修订。并根据科室执行落实情况，开展护理质量管理工作，有监测、分析、反馈，指导改进。 | 文件查阅  记录查看  员工操作 | 1.查阅护理制度、护理常规和操作规程、护理质量评价标准与现行的法律法规、行业标准、指南一致，并及时修改（0.2分）； | 1 |
| 2.护理部、大科、科室或护理部、科室对落实情况进行监测、分析、反馈、指导改进（0.3分）； |
| 3.落实护理敏感质量指标监管，有统计分析（0.1分）； |
| 4.有护理人员培训并落实（0.2分）； |
| 5.考核护理操作（0.2分）。 |
| （八十九）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。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。（2分） | | | | |
| 2.6.89.1 | 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定有护理单元护理人员的配置原则及护理人力资源实行弹性调配方案（0.2分）； | 1 |
| 2.核查全院护士花名册，岗位设置一览表，临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%（0.2分）； |
| 3.核实全院病区护理人员总数与实际床位比不低于0.5∶1，（0.2分）； |
| 4.查看护理人力资源调配记录（0.2分）； |
| 5.建立有弹性护理人力资源储备调配库（0.2分）。 |
| 2.6.89.2 | 有人力资源调配的应急预案，并有演练。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有紧急状态下护理人力资源调配应急预案与处理流程（0.4分）； | 1 |
| 2. 有紧急状态下护理人员调配演练记录（0.1分）； |
| 3.模拟抽查：紧急状态下护理人力资源调配流程（0.5分）。 |
| （九十）护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。（3分） | | | | |
| 2.6.90.1 | 根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定，制定护理人员资质管理制度和审核程序，落实依法执业。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.查阅护理人员执业准入、技术能力要求、夜班准入管理等护理人员资质管理制度和审核程序（0.2分）； | 1 |
| 2.查看护理部、科室人员执业准入管理记录（0.2分）； |
| 3.有护士执业注册相关流程（0.2分）； |
| 4.护理人员依法执业（0.4分）；不符合不得分。 |
| 2.6.90.2 | 实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.查阅护理岗位管理制度及实施方案，岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准（0.1分）； | 0.5 |
| 2.核查科室岗位设置（0.1分）； |
| 3.主管部门定期监管并追踪整改落实（0.1分）； |
| 4.员工知晓岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准（0.2分）。 |
| 2.6.90.3 | 制定护理人员管理规定，根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理，各层级护士职业晋升路径及标准清晰。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查阅护理人员管理制度（0.1分）； | 0.5 |
| 2.科室根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行护士分级管理（0.1分）； |
| 3.层级护士职业晋升路径及标准清晰（0.1分）； |
| 4. 有对护士分层级管理内容培训记录（0.2分）。 |
| 2.6.90.4 | 根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有医院护理人员的在职继续教育培训与考评制度（0.2分）； | 1 |
| 2.有符合医院实际情况和需求的在职继续教育计划（0.2分）； |
| 3.有职能部门及科室组织培训、考核的资料（0.3分）； |
| 4.有年度护理培训工作总结（0.3分）。 |
| （九十一）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分） | | | | |
| 2.6.91.1 | 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应充分征求护士的意见和建议。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.查阅绩效考核制度及实施方案（0.3分）； | 1 |
| 2.绩效方案征求护理人员意见和建议（0.3分）； |
| 3.有绩效分配方案讨论记录（0.2分）； |
| 4.访谈护士知晓（0.2分）。 |
| 2.6.91.2 | 考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合， 体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬，调动护理人员积极性。 | 文件查阅  记录查看 | 1.绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩（0.5分）； | 1 |
| 2.绩效分配体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬（0.5分）。 |
| （九十二）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。（4分） | | | | |
| 2.6.92.1 | 根据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.有优质护理服务目标及实施方案，优质护理服务的保障制度、措施及激励机制（0.4分）； | 2 |
| 2.有优质护理服务计划（0.3分）； |
| 3.有优质护理服务相关内容的培训资料（0.5分）； |
| 4.查医院优质护理服务病房覆盖率达100%（0.3分）； |
| 5.访谈员工、患者对优质护理服务工作满意（0.5分）。 |
| 2.6.92.2 | 实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查 | 1.查阅“以患者为中心”的责任制整体护理实施方案（0.4分）； | 2 |
| 2.有责任制整体护理工作制度（0.4分）； |
| 3.查看1个病区排班情况（近两个月），根据患者病情与需求，实施个性化、专业化、连续性的护理措施，得0.2分；抽查1个病区各1份住院患者个性化护理计划，（0.4分）； |
| 4.有对责任制整体护理落实情况的检查、分析、整改资料（0.4分）； |
| 5.访谈护士：患者诊疗信息（0.4分）。 |
| （九十三）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T431-2013)的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。（3.5分） | | | | |
| 2.6.93.1 | 根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T 431-2013)的原则和要求，进行护理分级。 | 文件查阅  员工访谈  现场检查 | 1.查阅分级护理制度（结合医院与专科实际制定）（0.1分）； | 0.5 |
| 2.根据患者病情和自理能力确定护理级别（0.2分）； |
| 3.访谈护士知晓分级护理的内容（0.2分）。 |
| 2.6.93.2 | 实施分级护理，有护理级别标识，患者的护理级别与病情和自理能力相符，并落实。 | 文件查阅  现场检查 | 1.实施分级护理标识管理（0.5分）； | 1 |
| 2.患者床头护理级别标识与医嘱相符（0.2分）； |
| 3.查看医嘱、病情记录，护理级别与病情相符，体现动态调整（0.3分）。 |
| 2.6.93.3 | 有危重患者护理常规及技术规范、工作流程及应急预案，护理人员经过危重患者护理理论和技术培训并考核合格。 | 文件查阅  员工操作 | 1.查阅危重患者护理常规、工作流程及应急预案，（0.4分）； | 2 |
| 2.有危重患者风险评估、安全护理制度（0.4分）； |
| 3.有护理人员对危重患者护理相关知识的培训与考核记录（0.4分）； |
| 4.护理部对危重患者护理落实情况监管并追踪整改，体现持续改进（0.4分）； |
| 5.考核护士心肺复苏、心电监护仪、除颤仪、简易呼吸囊操作（0.4分）。 |
| （九十四）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分） | | | | |
| 2.6.94.1 | 护理文书参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查阅护理文书书写规范及书写质量考核标准（0.1分）； | 0.5 |
| 2.按照规范完成日常护理文书记录（0.2分）； |
| 3.护理部、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.2分）。 |
| 2.6.94.2 | 护理查房参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查阅护理查房制度、年度临床科室查房计划（0.2分）； | 0.5 |
| 2.组织开展护理查房（0.2分）； |
| 3.病区和主管部门有护理查房记录（0.1分）。 |
| 2.6.94.3 | 护理会诊参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查阅护理会诊制度、流程（0.2分）； | 0.5 |
| 2.护理会诊记录完善（0.2分）； |
| 3.护理会诊人员符合资质要求，护理部落实监管（0.1分）。 |
| 2.6.94.4 | 护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查阅护理病例讨论制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.组织开展护理病例讨论（0.2分）； |
| 3.护理部落实监管有记录（0.1分）。 |
| （九十五）有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。（2.5分） | | | | |
| 2.6.95.1 | 制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 | 文件查阅  记录查看  员工操作 | 1.查阅临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范（0.3分）； | 1.7 |
| 2.查看培训计划及落实（0.4分）； |
| 3.有护理人员相关培训与考核资料（0.4分）； |
| 4.科室落实“临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范”的成效有评价并持续改进（0.3分）； |
| 5.现场考核护士：常见技术操作及并发症预防、处理流程（0.3分）。 |
| 2.6.95.2 | 制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心跳骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。 | 文件查阅  现场检查 | 查阅紧急意外情况如患者突发昏迷、心跳骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程（0.3分）。 | 0.3 |
| 2.6.95.3 | 实施相关培训与演练。 | 记录查看  现场检查 | 1.查看护理应急预案和处理流程及演练培训记录（0.3分）； | 0.5 |
| 2.针对演练存在的问题有分析、改进（0.2分）。 |
| (九十六)按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》和《医院消毒供应中心管理规范》，完善手术部（室）和消毒供应中心（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分） | | | | |
| 2.6.96.1 | 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》，完善手术部（室）护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  病历检查  员工操作 | 1.现场查看手术室建筑布局，工作流程符合要求（0.1分）； | 1 |
| 2.6.96.1 | 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》，完善手术部（室）护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  病历检查  员工操作 | 2.核查手术室护理人员与手术间之比不低于3∶1；手术室工作经历2年以内护理数占总数≤20%；手术室护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格和5年及以上手术室工作经验（0.1分）； | 1 |
| 3.查阅手术室制度、职责、操作流程、应急预案，按计划落实培训（0.1分）； |
| 4.现场查看手术室护理质量管理与监测：随机抽查1台手术患者交接、安全核查、体位安全、手术物品清点、标本管理等（0.2分）； |
| 5.现场查手术室感染预防与控制管理制度落实：定期开展空气质量、环境、手术器械等监测（0.2分）； |
| 6.院感、护理部、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.2分）； |
| 7.员工操作及访谈（0.1分）。 |
| 2.6.96.2 | 按照《医院消毒供应中心管理规范》，完善消毒供应中心（室）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1.现场查看消毒供应中心实行集中管理，建筑布局，工作流程合理，设施、设备完善，工作区域划分符合消毒隔离要求（0.2分）； | 1 |
| 2.6.96.2 | 按照《医院消毒供应中心管理规范》，完善消毒供应中心（室）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 2.核查护士占编制总人数≥1/3。CSSD所有人员经过相应岗位系统培训，取得岗位培训证书，符合岗位工作需要；护士长具有大专以上学历及中级以上职称在消毒供应中心工作2年以上或具备管理岗位工作经验（0.2分）； | 1 |
| 3.查阅消毒供应中心的制度、职责、操作流程、应急预案（0.2分）； |
| 4.查阅岗位培训计划及落实（0.2分）； |
| 5.现场查看清洗、消毒、灭菌环节监测及质量控制追溯（0.1分）； |
| 6.院感、护理部、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进（0.1分）。 |

**七、药事管理与药学服务质量与持续改进（15分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （九十七）医院药事管理工作机构和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。（2.5分） | | | | |
| 2.7.97.1 | 建立与完善医院药事管理组织，有工作职责、制度和计划，并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.建立健全药事管理与药物治疗学委员会，制定委员会制度、职责（0.2分）； | 1.0 |
| 2.组织架构合理，体现医务部门专人负责与医疗机构药物治疗相关性的管理工作（0.2分）； |
| 3.定期（一年不少于4次)召开委员会常规会议；委员会会议有会议记录、会议纪要、决议执行单，执行效果追踪等（0.2分）； |
| 4.药事管理工作有年度计划和总结，对未完成的计划有分析，并有措施（0.2分）； |
| 5.访谈员工知晓（0.2分）。 |
| 2.7.97.2 | 医院药事管理工作机构和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求。 | 数据核查  现场检查 | 1.药事管理工作机构和药学部门设置符合要求（0.4分）； | 1 |
| 2.药学部负责人资质符合要求（0.3分）； |
| 3.在药学部门从事药学技术工作的人员配备达标（0.3分）。 |
| 2.7.97.3 | 完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.药事管理与临床药学服务各项规章制度完善（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有药事管理与临床药学服务工作记录和总结（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓（0.1分）。 |
| （九十八）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。对药品的调配过程进行管理，防止调配差错，保障患者用药安全。（2分） | | | | |
| 2.7.98.1 | 加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂工作、召回工作，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.有保障药品供应保障与质量管理制度体系，应包括有药品遴选制度、药品采购管理、药品贮存相关制度、药品有效期管理相关制度、药品调剂制度、召回等并落实（0.5分）； | 2 |
| 2.医院HIS系统或者合理用药系统能查阅药品说明书，品规数符合规定（0.4分）； |
| 3.药品贮存场所、设施与设备满足药品质量要求（0.4分）； |
| 4.药品有全流程监测信息系统支持（0.2分）； |
| 5.有适宜的合理用药监控系统（0.3分）； |
| 6.访谈员工知晓（0.2分）。 |
| （九十九）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分） | | | | |
| 2.7.99.1 | 实施临床药师制，按相关规定配备药师，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.建立临床药师制（0.2分）； | 2 |
| 2.临床药师配备数量符合国家相关规定，每百张病床临床药师人数配备不少于0.6名（0.2分）； |
| 3.至少在2类药物的临床应用中设有临床药师，其工作至少覆盖2个及以上临床专业科室（0.2分）； |
| 4.临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间＞85%（0.2分）； |
| 5.临床药师日常性药物治疗工作有记录（0.2分）； |
| 6.访谈医生、护士、患者对临床药师及其工作知晓（0.4分）； |
| 2.7.99.1 | 实施临床药师制，按相关规定配备药师，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  病历检查  病案检查 | 7.病历和病案，体现药师参与临床药物治疗（0.4分）； |
| 8.有开设药学门诊，或开展社区药学服务、在线药学咨询等工作（0.2分）。 |
| 2.7.99.2 | 加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有临床药师培养计划并落实（0.2分）； | 0.7 |
| 2.临床药师参与医院多学科联合诊疗（0.2分）； |
| 3.临床药师参与生殖专科疾病的药学服务（0.1分）； |
| 4.访谈人员知晓（0.2分）。 |
| （一百）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、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。（3分） | | | | |
| 2.7.100.1 | 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强抗菌药物临床应用规范化管理。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  病历检查  病案检查 | 1.成立抗菌药物管理小组，制定管理小组制度和职责（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有抗菌药物临床应用和管理相关制度和规定，培训和考核资料，评审周期内每年至少一次培训（0.1分）； |
| 3.抗菌药物品规数、抗菌药物点评情况、抗菌药物合理使用指标符合要求（0.1分）； |
| 4.访谈人员知晓（0.1分）； |
| 5.病历和病案有体现应用规范化管理（0.1分）。 |
| 2.7.100.2 | 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强麻醉药品和精神药品临床应用规范化管理。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有麻醉药品、精神药品临床应用和管理相关制度和规定，培训和考核资料，评审周期内每年至少一次培训（0.4分）； | 1 |
| 2.现场检查药学部门和临床使用部门“麻醉药品、第一类精神药品”储存和管理，符合相关管理规定（0.4分）； |
| 3.访谈人员知晓（0.2分）。 |
| 2.7.100.3 | 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则， 加强激素类药物临床应用规范化管理。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病历检查 | 1.有激素类药物培训和考核资料（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有激素类药物分级管理目录（0.1分）； |
| 3.访谈人员知晓（0.1分）； |
| 4.病历有体现应用规范化管理（0.1分）。 |
| 2.7.100.4 | 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  员工访谈  病历检查 | 1.在评审周期内，有重点监控药物、基本药物、中药注射剂相应的管理制度和规定（0.2分）； | 1 |
| 2.重点监控药物药品目录符合规定（0.2分）； |
| 3.重点监控药物使用金额符合规定（0.2分）； |
| 4.访谈人员知晓（0.2分）； |
| 5.病历有体现应用规范化管理（0.2分）。 |
| （一百零一）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。（3分） | | | | |
| 2.7.101.1 | 依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核、处方点评，并持续改进。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.有医院处方管理制度、处方审核和医院处方点评制度及实施细则（0.3分）； | 3 |
| 2.每年至少培训1次，有记录有考核（0.2分）； |
| 3.按规定授予处方开具和调剂权限（0.3分）； |
| 4.落实处方点评制度，开展点评处方（病历）数符合相关规定（0.4分）； |
| 5.对不合理处方有分析、有总结，有干预，有记录（0.3分）； |
| 6.职能部门对处方点评工作进行监管并体现持续改进（0.3分）； |
| 7.医师处方签名或签章式样，在医务部门备案、药学部存档；医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致；实施电子签名的有相应管理措施（0.2分）； |
| 8.访谈人员知晓（0.4分）； |
| 9.病历和病案检查处方合理（0.4分）； |
| 10.员工操作规范（0.2分）。 |
| （一百零二）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。（1.8分） | | | | |
| 2.7.102.1 | 建立药物监测和警戒制度，实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.评审周期内，有药物监测和警戒制度（0.2分）； | 1 |
| 2.有观察用药过程，监测用药效果记录（0.2分）； |
| 3.开展药品不良反应监测，实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接，按规定报告（0.2分）； |
| 4.药品不良反应监测每年至少1次总结和反馈（0.2分）； |
| 5.访谈人员知晓（0.2分）。 |
| 2.7.102.2 | 不良反应情况应记入病历。 | 现场检查  员工访谈 | 现场检查已上报不良反应的病案，病历有记录（0.3分）。 | 0.3 |
| 2.7.102.3 | 发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品。 | 文件查阅  员工操作 | 1.有药品质量管理相关制度和相应的应急预案与流程（0.3分）； | 0.5 |
| 2.发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品，有记录（0.2分）。 |

**八、检查检验质量保障与持续改进（14.1分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百零三）临床检验部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验提供 24 小时急诊服务。（2分） | | | | |
| 2.8.103.1 | 临床检验部门、医学影像部门设置布局符合相应规范标准，服务满足临床需要。 | 文件查阅  现场检查 | 1.各部门区域布局符合国家相应规范，人、物、标本和污物流向无交叉污染、避免辐射且方便工作（0.1分）； | 0.5 |
| 2.人员配置合理、满足工作需要（0.1分）； |
| 3.服务流程合理，无相关质量安全隐患（0.3分）。 |
| 2.8.103.2 | 临床检验部门、医学影像部门设备设施符合相应规范标准，服务满足临床需要。 | 记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.具备相应的设备设施，满足临床检验检查需要（0.1分）； | 0.5 |
| 2.设备、设施每年1次检测报告或记录（0.1分）； |
| 3.特殊场所有警告标志：如影像检查室门口设置电离辐射警告标志、实验室有禁入标识及生物安全标识（0.1分）； |
| 4.服务项目与医疗机构执业诊疗科目许可登记项目一致（0.2分）。 |
| 2.8.103.3 | 临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。 | 记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.向门急诊、住院病人提供24小时急诊检验和医学影像服务；急诊项目和范围明确（0.5分）； | 1 |
| 2.查阅急诊报告时限符合要求（0.5分）。 |
| （一百零四）从事临床检验和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。（2分） | | | | |
| 2.8.104.1 | 从事临床检验和医学影像诊断工作和技术工作的人员应该具备必要的专业知识和能力，具有相应专业技术职务任职资格。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.查阅从事临床检验、医学影像诊断工作和技术工作的人员取得任职资格，工作有授权，定期接受培训（0.5）； | 1.2 |
| 2.科主任应具备副主任医师（技师）以上专业技术任职资格及能力（0.4分）； |
| 3.设若干专业组；专业组长、质量负责人、技术负责人、安全负责人至少具有中级职称（0.2分）； |
| 4.专业组设置合理及人员梯队结构合理（0.1分）。 |
| 2.8.104.2 | 分子生物学、特殊岗位（HIV 初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员等国家有特殊规定的，应具备符合国家规定的资质方可独立工作。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.特殊岗位有特殊培训和资质要求。实验室正副主任应经省级以上卫生行政部门或临检中心组织的临床实验室管理培训合格；临床基因检测、高通量测序、HIV初筛、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等国家有特殊专业规定的工作人员应有相应培训合格的资质证明（0.5分）； | 0.8 |
| 2.按要求参加进修学习，取得规定学分（0.3分）。 |
| （一百零五）有临床检验实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。（2分） | | | | |
| 2.8.105.1 | 有临床检验实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序，遵照实施并准确记录。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.有临床检验和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序（0.3分）； | 1 |
| 2.遵守生物安全准入或备案管理规定，生物安全等级标志和警示标识完善，有门禁系统及外来人员出入登记（0.4分）； |
| 3.医学影像诊疗场所配备紧急抢救药品器材，相关人员经过急救培训（有记录），具备紧急抢救能力（0.3分）。 |
| 2.8.105.2 | 有临床检验实验室和医学影像诊疗标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.制定有质量安全管理体系文件并及时更新，含质量安全手册、程序文件、SOP和记录（0.3分）； | 1 |
| 2.定期对质量安全管理体系文件开展培训，员工知晓（0.2分）； |
| 3.现场查看员工操作符合SOP要求（0.3分）； |
| 4.记录内容准确，完整、可追溯（0.2分）。 |
| （一百零六）临床检验和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检验信息服务。（2分） | | | | |
| 2.8.106.1 | 临床检验和医学影像报告及时、准确、规范， 并严格执行审核制度。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作  病历检查  病案检查 | 1.有报告审核制度与报告发放制度，包含保证报告准确、及时和信息完整，保护患者隐私的内容（0.2分）； | 1 |
| 2.报告审核者应是经验丰富、技术水平和业务能力较高的人员（0.2分）； |
| 3.报告单格式及内容符合国家规定及行业标准；建立并执行复检制度（0.2分）； |
| 4.有明确报告时限公示（0.2分）； |
| 5.科室定期对报告质量情况自查分析和整改（0.1分）； |
| 6.查阅报告单符合规定（0.1分）。 |
| 2.8.106.2 | 建立和临床的沟通机制，根据临床需求开展相应服务，由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。 | 记录查看  患者访谈  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.有建立与临床病例讨论机制，接受临床咨询、进行检验结果解释，与临床沟通方便快捷及时（如网络和电话）（0.2分）； | 0.5 |
| 2.每季度1次召开由科主任或副主任医师以上人员主持的疑难病例讨论与读片会（0.1分）； |
| 3.通过参与临床病例讨论、会诊查房、现场宣讲等途径有效解决临床诊疗困难和需求；每半年1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（0.2分）。 |
| 2.8.106.3 | 提供便捷、及时的检验、检查信息服务。 | 患者访谈  现场检查  员工操作 | 1.提供检验、检查报告和查询服务。实验室LIS系统、影像PACS系统贯穿检验检查前中后全过程管理（0.3分）； | 0.5 |
| 2.检验报告、数据及图像和管理完善，能提供3年内报告在线查询；提供24小时自助取单或检验报告信息主动推送或网络自主查询服务（0.2分）。 |
| （一百零七）落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备按照要求定期检测。（2.5分） | | | | |
| 2.8.107.1 | 落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.建立全面质量管理与改进制度。有科室主任牵头、各专业组负责人参加的质量管理小组，有切实的质量目标和覆盖检验检查全过程的量化质量指标、质量管理工作计划，至少每月召开质量管理工作会议；及时分析、有效改进检验检查过程质控、结果质量、报告质量（0.2分）； | 1.5 |
| 2.室内质控和室间质评应覆盖全部检测项目。全部检测项目及不同标本类型均应开展室内质控并记录（无法用质控品的项目通过有效的替代方法进行日常质控）（0.2分）； |
| 2.8.107.1 | 落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 3.室内质控失控应及时分析处理，确保失控点前后标本检测结果准确，记录完整（0.2分）； |
| 4.按要求参加省级或国家级临床检验中心室间质量评价；未参加室间质评的检验项目应通过实验室间比对保证检测一致性和准确性（0.2分）； |
| 5.质控记录可追溯。每一份标本从采集到检测和结果报告记录可追溯；室内质控的原始结果可追溯；每一个室间质评和比对的原始结果可追溯；上报的临床检验质量指标原始数据可追溯、应纳入统计的数据无遗漏、无偏向性选择（0.2分）； |
| 6.采取多种形式，开展图像质量评价活动（0.2分）； |
| 7.科室定期自查，至少每季度召开质量管理工作会议，对存在问题有分析、整改（0.3分）。 |
| 2.8.107.2 | 相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测并有记录。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.所有的检查检验设备（含床旁检查检验设备）应具有明显的状态标识和校准标识（0.1分）； | 1 |
| 2.对国家规定强制检定的计量器具应定期由计量检定部门检定，提供相关证书，有明显的检定合格标识，并由职能部门定期校验。校验后的设备必须有校验标签及有效期，显示校验设备的准确性和可追溯性（0.2分）； |
| 3.对非强制检定的计量器具（含关键测量设备）应定期校准或校验，提供相关证明（0.1分）； |
| 4.新安装或修复后的检验设备正式启用前，实验室应验证其性能符合相应检验要求（0.2分）； |
| 2.8.107.2 | 相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测并有记录。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 5.有全院POCT管理的制度，对每一POCT设备统一编号；专人协调和督促厂商定期对本院的POCT设备进行巡回质量检查和检测；对所有POCT设备组织每半年一次统一比对或室间质评（0.2分）； |
| 6.建立设备的维护制度，定期对检查检验设备进行维护保养，保证设备符合预期使用要求（0.2分）。 |
| （一百零八）按照有关规定建立临床检验和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。（2.3分） | | | | |
| 2.8.108.1 | 按照国家法律法规和行业规范，建立临床检验和医学影像部门相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立有临床检验、医学影像部门相关制度、流程（0.2分）； | 0.3 |
| 2.访谈员工知晓相关规定（0.1分）。 |
| 2.8.108.2 | 定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测，保证辐射水平符合国家规定或者标准。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有专业机构定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测，有记录、分析、整改措施（0.2分）； | 0.4 |
| 2.有专业机构定期检测相关记录、合格报告（0.2分）。 |
| 2.8.108.3 | 按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.有防护器材、个人防护用品管理制度（0.1分）； | 1 |
| 2.有员工职业安全保障制度（包括职业风险评估、风险防范、卫生津贴和健康档案等）并执行（0.1分）； |
| 3.据不同工作性质按规范进行充分的个人防护；提供符合国家标准的消毒与防护用品，配备完整、数量充足，便于获取和使用（0.1分）； |
| 2.8.108.3 | 按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 4.有人员防护档案与健康档案（0.1分）； |
| 5.实验污染区出口处有洗手和更衣（鞋）设施；衣鞋洁污分开放置（0.1分）； |
| 6.专人负责菌（毒）种管理；有菌种、毒株的管理规定与流程、应急预案；菌种、毒株收集、取用有相应的过程记录（0.1分）； |
| 7.针对实验室工作可能的传染病有职业暴露应急措施和处置流程并培训（0.2分）； |
| 8.有安全事件应急预案，有辐射等损伤具体处置流程和规范，并组织相关人员培训、演练（0.2分）。 |
| 2.8.108.4 | 病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.制定有相应的程序文件及标准操作规程（0.1分）； | 0.3 |
| 2.操作人员经过培训考核（0.1分）； |
| 3.员工熟练掌握操作流程及生物安全防护知识，掌握实验室应急处理流程（0.1分）。 |
| 2.8.108.5 | 从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.获批相应级别的国家生物安全实验室备案证明（0.1分）； | 0.3 |
| 2.按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识（0.1分）； |
| 3.实验室无生物污染事件发生，无医源性感染（0.1分）。 |
| （一百零九）建立建全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。（1.3） | | | | |
| 2.8.109.1 | 按照国家法律法规和行业规范，建立检查检验结果互认工作管理制度。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立本院检查检验结果互认工作管理制度（0.2分）； | 0.3 |
| 2.公示医疗机构互认项目清单，便于社会公众查询了解(0.1分)。 |
| 2.8.109.2 | 组织员工进行培训，并有规范的工作流程及记录。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.定期对员工开展培训（0.2分）； | 0.7 |
| 2.现场查看检查检验结果互认工作流程规范、顺畅（0.2分）； |
| 3.互认的检查检验项目应当标注其相应的互认范围+互认标识（0.1分）； |
| 4.医务人员加强医患沟通，对于检查检验项目未予互认的，充分告知复检的目的及必要性（0.1分）； |
| 5.访谈员工知晓相关内容（0.1分）。 |
| 2.8.109.3 | 配置有互认工作相匹配的，有效、便捷的设备和设施，并定期反馈使用情况。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.加强信息平台建设，提供方便、快捷、有效的查询服务（0.2分） ； | 0.3 |
| 2.科室有定期自查，分析，职能部门有督查，反馈及整改措施。（0.1分）。 |

**九、产前诊断管理与持续改进（10分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百一十）开展产前诊断技术的机构和人员要符合《产前诊断技术管理办法》等相关规定，产前诊断技术的执业范围符合卫生行政部门规划要求。（3分） | | | | |
| 2.9.110.1 | 机构取得产前诊断技术服务资质，医务人员取得母婴保健技术考核合格证书。 | 文件查阅  现场查看  记录查看 | 1.开展产前诊断技术服务获得省级卫生行政部门批准文件（0.3分）； | 1.6 |
| 2.从事产前诊断岗位人员应是在本机构注册为主要执业机构的人员（0.3分）； |
| 3.从事产前诊断的卫生专业技术人员必须经过系统的产前诊断技术专业培训，并通过自治区卫生健康委的考核获得产前诊断《母婴保健技术考核合格证》，每3年应获得省级以上继续教育学分15分（0.3分）； |
| 4.配备至少2名具有副高及以上技术职称的从事遗传咨询的临床医师，2名具有副高以上技术职称的从事产前咨询的妇产科医师（0.3分）； |
| 5.从事遗传病咨询的临床医师，必须具有5年以上遗传病咨询相关临床工作经验；接受过遗传病咨询专业技术培训（0.2分）； |
| 6.对上岗的医师与护士有培训与教育的记录（0.2分）。 |
| 2.9.110.2 | 产前诊断技术的执业范围符合卫生行政部门规划要求。 | 文件查阅  现场查看  记录查看 | 1.产前诊断技术的执业范围符合卫生计生行政部门规划要求（0.3分）； | 1.4 |
| 2.依据《产前诊断技术管理办法》的要求，产前诊断以及具体技术服务项目与卫生行政部门核发的母婴保健技术服务执业许可证中的诊疗范围一致（0.3分）； |
| 2.9.110.2 | 产前诊断技术的执业范围符合卫生行政部门规划要求。 | 文件查阅  现场查看  记录查看 | 3.开展遗传咨询（包括遗传病咨询和产前咨询）、医学影像（超声）、生化免疫、细胞遗传、分子遗传和胎儿病理等技术服务（0.2分）； |
| 4.具备羊膜腔穿刺技术及相关设备器材（0.2分）； |
| 5.能开展分子遗传等产前诊断技术服务（0.2分）； |
| 6.科室对所有开展产前诊断技术质量、安全、适宜性有定期效果、效益分析和评价（0.2分）。 |  |
| （一百一十一）建立健全产前诊断管理组织，组织结构合理，设有产前诊断领导小组，有一名医院领导分管工作，实行院科两级管理，确保质量与安全（1.5分）。 | | | | |
| 2.9.111.1 | 有健全的质量管理组织，有一名医院领导分管工作，实行院科两级管理。 | 文件查阅 | 1.建立产前诊断管理组织，有一名医院领导具体负责产前诊断工作。成立产前诊断领导小组、专家组（0.3分）； | 0.6 |
| 2.产前诊断诊疗组织包括：临床诊疗组、超声检查组、实验检查组（0.3分）。 |
| 2.9.111.2 | 办公室主任是科室质量与安全管理第一责任人，质量管理组织负责落实质量与安全管理及持续改进相关任务。 | 文件查阅  现场查看  记录查看 | 1.设产前诊断办公室，设主任1名，工作人员至少2名，负责具体的管理和协调工作，并认真负责产前诊断的临床技术服务（0.3分）； | 0.9 |
| 2.有完善的产前诊断内部运作机制相关管理规定，保障产前诊断技术服务质量（0.3分）； |
| 3.有科室质量管理工作计划、方案和质量控制实施标准（0.3分）。 |
| （一百一十二）落实《产前诊断管理办法》，有全面的相关制度和职责并落实，有多部门沟通协调机制。各管理小组人员严格履行产前诊断机构职责（1分）。 | | | | |
| 2.9.112.1 | 有全面的相关制度和职责并落实，有多部门沟通协调机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定有全面的产前诊断管理制度（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有多科联席会议制度，每年至少2次联席会议并有会议纪要（0.2分）； |
| 3.相关人员知晓并落实（0.2分）。 |
| 2.9.112.2 | 各管理小组人员严格履行产前诊断机构职责。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.产前诊断机构职责明确（0.2分）； | 0.4 |
| 2.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求（0.2分）。 |
| （一百一十三）设有遗传咨询和产前咨询门诊，具备介入性取材（羊水、绒毛、脐血）门诊手术室与孕妇术后休息观察室。患者对实施的产前诊断技术有充分知情同意，并有相应的措施保障（1.5分）。 | | | | |
| 2.9.113.1 | 设有遗传咨询和产前咨询门诊，具备介入性取材（羊水、绒毛、脐血）门诊手术室与孕妇术后休息观察室。 | 现场查看  文件查阅 | 1.设有遗传咨询和产前咨询门诊，至少具备诊室1间、检查室1间，每间面积≥12m2（0.2分）； | 0.5 |
| 2.具备介入性取材（羊水、绒毛、脐血）门诊手术室与孕妇术后休息观察室（0.2分）； |
| 3.分子遗传实验室应当具备临床基因扩增实验室资质（0.1分）。 |  |
| 2.9.113.2 | 患者对实施的技术和方案有知情权和选择权，充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书，知情同意符合伦理要求。 | 文件查阅  现场查看  病历检查  记录查看 | 1.做好产前筛查、产前诊断的知情告知，签署知情同意书（0.2分）； | 1.0 |
| 2.对孕妇实施诊断与干预治疗前，应充分履行告知义务，并符合伦理要求（0.2分）； |
| 3.当畸形胎儿被检出后，医师应对孕妇进行科学的指导，尊重孕妇的选择（0.2分）； |
| 4.对异常胎儿处理前履行告知义务，并签署知情同意书，符合伦理要求（0.2分）； |
| 5.相关职能部门对制度执行情况有监管，对存在的问题及时反馈（0.2分）。 |
| （一百一十四）产前诊断实验室应建立相关质量安全管理体系并规范运行。有专人定期进行产前诊断术后及产后随访。对产前诊断的资料和标本有专人保管。（2.5分） | | | | |
| 2.9.114.1 | 产前诊断实验室应建立相关质量安全管理体系并规范运行。 | 现场查看  病历查看 | 1.产前筛查和产前诊断均须纸质报告，并由取得《母婴保健技术考核合格证书》的副高以上职称的遗传咨询医师审核签发（地贫筛查除外，NIPT临床报告须副高以上临床医师签发）（0.3分）； | 0.5 |
| 2.产前诊断报告应双份平行样本检测一致后，按照制定的审核程序经双人核实无误（0.2分）。 |
| 2.9.114.2 | 有专人定期进行产前诊断术后、产后随访。 | 文件查阅  现场查看  病历检查  病案检查 | 1.有专人定期进行产前诊断术后、产后随访，术后随访率≥95%，产后随访率≥95%（0.2分）； | 1.2 |
| 2.如实填写随访登记表，确保回访质量（0.2分）； |
| 3.对所有进行产前筛查阳性的孕妇进行跟踪回访，由专人负责，对回访质量有评价并记录（0.2分）； |
| 4.对特殊病例和疑难病例应进行定期的临床随访，记录相关的检查和随访结果（0.2分）； |
| 5.针对回访结果，科室应进行分析研究，对结果不符的病例进行讨论，并提出改进措施（0.2分）； |
| 6.相关职能部门对随访工作有监管（0.2分）。 |
| 2.9.114.3 | 对产前筛查、产前诊断的资料和标本有专人保管。 | 文件查阅  现场查看  病历检查 | 1.按照相关规定，使用《桂妇儿信息系统》管理产前诊断数据，利于信息数据的汇总、统计、分析和核查，并有专人负责管理（0.2分）； | 0.8 |
| 2.相关职能部门对保管制度执行有监管（0.1分）； |
| 3.实验室在获取足够的能够完成分析所需的中期分裂相细胞之前，要保存有部分原始标本、细胞培养物或细胞沉淀物。每个产前诊断病例至少有2个细胞的核型图像照相记录并永久保存电子版本或者相片（0.1分）； |
| 2.9.114.3 | 对产前筛查、产前诊断的资料和标本有专人保管。 | 文件查阅  现场查看  病历检查 | 4.对单基因遗传病或多基因遗传病基因产前诊断DNA或RNA标本置于-70摄氏度以下保存。检查标本保存3年，异常标本保存20年（0.1分）； | 0.8 |
| 5.应用信息系统对产前筛查和诊断的资料和标本进行管理，储存的标本有完整的档案（0.1分）； |
| 6.细胞培养及染色体标本制备的实验室记录按实验室工作日志保存档案，保存期限5年以上（0.1分）； |
| 7.遗传代谢病酶学产前诊断蛋白质标本置于-70摄氏度以下保存。检查标本保存3年，异常标本保存20年（0.1分）。 |
| （一百一十五）加强产前诊断质量全程监控管理，定期评价质量，促进持续改进。（0.5分） | | | | |
| 2.9.115.1 | 诊疗质量全程监控管理；定期评价诊疗质量，有落实持续改进措施的记录。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.相关人员知晓本部门的质量与安全指标要求（0.2分）； | 0.5 |
| 2.科室每月开展1次统计与分析质量及安全指标，评价有记录（问题与缺陷）（0.1分）； |
| 3.相关职能部门对质量监督评估的结果（问题与缺陷）及整改效果有评价，至少每季度1次，科室对评价、监管结果（问题与缺陷）有持续改进的事实（0.2分）。 |

**十、输血管理与持续改进（6.5分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百一十六）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。（1.9分） | | | | |
| 2.10.116.1 | 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关法律规定和规范，成立临床用血管理委员会，制定本院临床用血管理制度并落实。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定有临床用血管理制度健全，并及时修订（0.1分）； | 0.3 |
| 2.每年至少一次对全院医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度、输血知识及无偿献血知识等培训，并有考核；用血科室有针对本专业特点进行相关输血知识培训；医务人员熟知相关制度（0.1分）； |
| 3.制定有临床用血计划，与指定供血单位签订供血协议，无非法渠道用血、自采和自供血液行为（0.1分）。 |
| 2.10.116.2 | 按照法律法规规范要求，设置输血科或血库，人员配置、布局和设备设施满足医院输血工作需要。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.输血科人员配置：具备输血、检验等专业知识，并接受输血相关理论和实践技能的培训和考核；输血科工作人员无影响履行输血专业职责的疾病（0.1分）； | 0.5 |
| 2.输血科主任应具有高级专业技术职称资格，从事输血技术工作五年以上，有丰富的输血相关专业知识及管理能力（0.1分）； |
| 3.输血科位置：远离污染源，靠近手术室和病区，布局应符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，业务用房面积达到相关要求。至少应设置血液入库前的血液处置室、储血室、发血室、血液标本处理室、输血相容性检测实验室，值班室和资料保存室（0.1分）； |
| 2.10.116.2 | 按照法律法规规范要求，设置输血科或血库，人员配置、布局和设备设施满足医院输血工作需要。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 4.查看输血科设备：根据不同的血液成分储存温度要求，配备2-6℃及-18℃以下专用储血冰箱、血型血清学专用离心机、血小板保存箱、显微镜、融浆机（血浆解冻箱）、专用取血箱、标本离心机、计算机及输血管理信息系统等仪器设备（0.1分）； |
| 5.强检设备符合检定要求（0.1分）。 |
| 2.10.116.3 | 明确输血科各岗位职责，员工履职能力符合要求。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.输血科岗位职责、工作制度、技术规范与操作流程健全（0.2分）； | 0.6 |
| 2.定期评估人员能力和表现，评估间隔不超过1年。新进员工在最初6个月内应至少接受2次能力评估，并记录。当职责变更时，或离岗6个月以上再上岗时，或政策、程序、技术有变更时，员工应接受再培训和再评估，合格后方可继续上岗（0.2分）； |
| 3.员工熟知岗位职责和技能操作（0.2分）。 |
| 2.10.116.4 | 具有提供 24 小时输血服务的能力，满足临床需要。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.血液库存预警机制健全， 能及时掌握预警信息（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有血液库存量的管理要求，能 24 小时为临床提供供血服务（0.1分）； |
| 3.有特殊用血（如稀有血型）应急协调机制，确保急诊抢救用血（0.1分）； |
| 4.有应急用血时工作人员、后勤（通信、人员、交通等）保障能力（0.1分）； |
| 5.有应急演练及分析总结，对存在问题的整改（0.1分）。 |
| （一百一十七）加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应症和输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。（2分） | | | | |
| 2.10.117.1 | 加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应症开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。 | 文件查阅  记录查看  病历检查 | 1.执行临床用血全过程管理制度健全， 包含知情告知、用血申请、标本采集、输血前评估、输血后效果评价、病程记录、输血观察、输血不良反应监测与报告等（0.3分）； | 1 |
| 2.严格遵循输血适应症开展用血，并按规定完成用血审批（0.5分）； |
| 3.开展输血前后评估，输血记录完整规范：包括输血原因、不同输血方式的选择、输注成分、血型和数量、输注起始时间、输血过程观察情况、有无输血不良反应等内容（0.2分）。 |
| 2.10.117.2 | 严格掌握输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作  病历检查 | 1.医患双方在输血前共同签署的输血治疗知情同意书，输血前检查项目齐全，包含患者的血型、肝功能、感染筛查（乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）（0.2分）； | 1 |
| 2.输血科参与疑难血病例的诊断、会诊与治疗、指导临床合理用血（0.2分）； |
| 3.临床用血科室有自查、总结、分析及对存在问题的整改（0.2分）； |
| 4.职能部门有督查、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.2分）； |
| 5.在院内开展临床用血评价及公示， 有临床医师合理用血评价结果用于个人业绩考核与用血权限认定的管理规定（0.2分）。 |
| （一百一十八）建立与麻醉科和手术科室有效沟通，严格掌握术中输血适应症，合理、安全输血。（1分） | | | | |
| 2.10.118.1 | 建立与麻醉科和手术科室有效沟通机制，积极开展自体输血。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.麻醉科、手术室与输血科沟通的流程顺畅，落实到位，能有效保障术中输血及时、合理、安全（0.1）； | 0.2 |
| 2.有开展自体输血的相关制度（0.1）。 |
| 2.10.118.2 | 严格掌握术中输血适应征，合理、安全输血。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  员工访谈 | 1.手术中用血的相关制度与流程规范，参与手术人员知晓并严格掌握手术用血指征（0.4分）； | 0.8 |
| 2.严格把握术中输血适应征（0.2分）； |
| 3.主管部门对术中输血有督查，监管，对存在问题有分析，整改。（0.2分）。 |
| （一百一十九）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。（1.6分） | | | | |
| 2.10.119.1 | 开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度健全，血液储存、运送符合国家有关标准和要求。血液贮存情况（存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等）有定期监测的记录（0.2分）； | 1 |
| 2.有控制包括输血传染疾病、严重不良反应等输血严重危害发生的预案及处理方案；有其它输血相关应急事件（包括紧急用血、关键设备故障、信息网络故障、停电等）的处理预案（0.2分）； |
| 3.访谈相关人员知晓临床用血不良事件报告制度及各类应急预案处置流程，临床用血科室和输血科有自查、分析及整改落实情况（0.2分）； |
| 4.输血科有自查、分析及整改落实情况（0.2分）； |
| 5.职能部门对血液质量管理有督查、监管，对存在问题有分析、整改（0.2分）。 |
| 2.10.119.2 | 落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作  员工访谈 | 1.输血相容性检测管理制度完善，输血前检验项目包括：血型 ABO正反定型、 Rh（D）血型鉴定、交叉配血、不规则抗体筛查及输血感染性疾病免疫标志物等；需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作患者进行输血相容性检测检查；交叉配血方法齐全，能检测有临床意义的抗体（0.1分）； | 0.6 |
| 2.室内质量控制的管理体系健全，包括：质量控制品的技术规则定义、质量控制品常规使用前的确认、实施质量控制的频次，质量控制品检测数据分析方法，质量控制规则的选定，相容性检测室内质控操作流程、室内质量实施控制流程、室内质控方案（0.2分）； |
| 3.参加省级或国家级室间质评，按常规检测方法与常规检测标本同时进行，不得另选检测系统，且成绩合格。对于室间质量评价不合格的项目，应采取纠正措施，有对其进行培训与管理的记录（0.1分）； |
| 4.科室有自查、分析、整改，有数据体现整改效果或形成新制度、规范、流程和举措等（0.2分）。 |

**十一、医院感染管理与持续改进（15分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百二十）按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》，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分） | | | | |
| 2.11.120.1 | 建立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立健全医院感染管理委员会，感控管理部门人员按照《医院感染管理专业人员培训指南》的要求完成专业培训，医技临床感控小组人员设置符合《病区医院感染管理规范》的要求（0.1分）； | 0.5 |
| 2.院科两级医院感染管理组织有工作制度、职责及工作记录（0.2分）； |
| 3.定期（一年不少于2次)召开委员会常规会议；委员会会议有会议记录、会议纪要、决议执行单，执行效果追踪等(0.2分)。 |
| 2.11.120.2 | 根据国家法律法规、标准要求以及《医疗机构感染预防与控制基本制度》，制定并及时完善医院感染管理和控制制度并落实。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制度健全，内容至少覆盖《医疗机构感染预防与控制基本制度》所提及的十项基本制度(0.2分)； | 0.5 |
| 2.依据《医疗机构感染预防与控制基本度》,结合本医院业务特点和实际情况，制定具体的落实措施或操作规程(0.2分)； |
| 3.国家法律法规、标准要求发生变化时，应对制度、措施或操作规程进行评估，及时更新（0.1分）。 |
| 2.11.120.3 | 医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.制定应急预案，建立医院感染事件报告责任制，组建感控应急处置专家组，明确医院感染事件监测、报告、应急处置的部门及人员职责(0.1分)； | 0.5 |
| 2.针对不同科室和病种特点开展应急演练，有应急演练脚本、演练实施记录，有预案适宜性评估总结和改进措施(0.1分)； |
| 3.每年开展应急演练，有应急演练脚本及演练实施记录，对应急演练进行总结，并根据国家相关文件要求及应急演练结果对预案进行补充、调整和优化(0.2分)； |
| 4.对医院感染暴发、疑似医院感染暴发及时进行调查和处置，组建感控应急处置专家组，并按规定的流程进行报告和处置，有记录（0.1分）。 |
| 2.11.120.4 | 医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实，包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。医院员工（含外聘人员）掌握有关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用。 | 记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.每年有院科两级的培训考核计划，明确不同层级、不同岗位工作人员接受感控知识培训的形式、内容与方法（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有培训和考核实施工作记录，有总结分析报告（0.2分）； |
| 3.现场员工访谈和操作，员工掌握医院感染防控知识和技能（0.1分）。 |
| （一百二十一）按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，控制并降低医院感染风险。（2分） | | | | |
| 2.11.121.1 | 医院对重点部门、重点环节、重点人群有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  员工操作 | 1.制定有重点部门、重点环节、重点人群的监测内容清单，明确监测的范围、方法、监测质量控制要求（0.2分）； | 1 |
| 2.制定监测数据目录清单和数据核查指引，明确数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴等要素，明确实施监测的责任主体部门、参与部门及其职责，至少每季度开展一次数据分析（0.2分）； |
| 3.制定并发布监测计划，监测相关人员知晓监测计划、方法、监测质量控制要求，操作正确（0.2分）； |
| 4.实施监测计划，收集监测数据，有相关工作记录（0.2分）； |
| 5.按数据核查指引对数据进行核查（0.2分）。 |
| 2.11.121.2 | 医院对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高危险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。 | 记录查看  数据核查  现场检查 | 1.至少每季度对监测结果进行分析评估，提出本院的医院感染高危险因素，制定针对性措施，有分析评估报告（0.2分）； | 1 |
| 2.至少每季度将监测结果反馈到科室，并报送有关部门（0.2分）； |
| 3.科室按规定的周期对存在问题进行讨论，制定针对性措施并落实，有会议记录、工作记录（0.4分）； |
| 4.有案例或数据说明，评审周期内重点部门、重点环节、重点人群与感染高风险因素得到有效控制（0.2分）。 |
| （一百二十二）医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。（2分） | | | | |
| 2.11.122.1 | 定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程，有相关报告或反馈记录。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  员工访谈 | 1.医院感染管理组织至少每季度对医院感染危险因素、医院感染率及其变化进行监测（0.2分）； | 1 |
| 2.每季度对医院感染监测的数据进行风险评估并横向比较，有评估记录和报告（0.2分）； |
| 3.对存在的问题进行分析、整改（0.3分）； |
| 4.有数据体现整改效果或形成新制度、规范、流程和举措等（0.3分）。 |
| 2.11.122.2 | 按照本院医院感染防控制度规定的周期向全院发布全院感染监测数据，及时将感染监测的数据和分析反馈临床科室。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  员工访谈 | 1.有明确的医院感染监测数据发布渠道，医务人员能方便、及时查阅监测数据信息（0.2分）； | 1 |
| 2.职能科室至少每季度发布监测数据及分析报告，有记录（0.3分）； |
| 3.临床科室对照发布的监测数据对本科室存在的问题提出整改措施并落实，有相关记录（0.3分）； |
| 4.院科两级医院感染管理人员知晓感染率变化趋势、危险因素及管理重点（0.2分）。 |
| （一百二十三）消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。（2分） | | | | |
| 2.11.123.1 | 医院按照国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场核查  员工访谈  员工操作 | 1.建立有消毒、灭菌和隔离工作制度、操作规程及质量控制要求，明确各项监测指标（0.2分）； | 1 |
| 2.11.123.1 | 医院按照国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场核查  员工访谈  员工操作 | 2.现场查看员工按相关制度、操作规程对诊疗器械、器具、用品和各类环境进行清洁消毒灭菌，对感染患者实施隔离，人员操作正确，有工作记录（0.2分）； |
| 3.科室有自查、分析、整改（0.2分）； |
| 4.职能部门有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.2分）； |
| 5.有数据体现整改效果或形成新制度、规范、流程和举措等（0.2分）。 |
| 2.11.123.2 | 医院提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员应能够正确使用消毒与防护用品。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  员工操作 | 1.建立有医院消毒与防护用品使用相关规定、操作流程（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有本院消毒剂、消毒设备设施和个人防护用品的清单，有合法资质证明材料（0.1分）； |
| 3.消毒剂、消毒设备设施和个人防护用品配置到位，管理符合相关规定，消毒设备设施有使用保养记录（0.1分）； |
| 4.员工操作正确，知晓个人防护要求及职业暴露处置流程，个人防护得当（0.1分）； |
| 5.科室与职能部门定期进行监督检查和持续改进，有工作记录（0.1分）。 |
| 2.11.123.3 | 重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  员工操作 | 1.制定重点部门环境和重点部位的清洁、消毒、隔离及卫生学监测的相关制度及操作流程（0.1分）； | 0.5 |
| 2.现场查看重点部门的布局流程合理，环境温湿度、卫生学指标符合相关标准和规范要求（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓重点部门、重点部位的清洁、消毒、隔离要求，操作方法正确（0.1分）； |
| 2.11.123.3 | 重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈  员工操作 | 4.重点部门感染管理小组与职能部门定期进行监督检查和持续改进，有相关工作记录（0.1分）。 |
| （一百二十四）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。（1.5分） | | | | |
| 2.11.124.1 | 根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立实施手卫生管理制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.结合医院实际情况确定手卫生改善策略，包括但不限于宣传、培训教育、监测、评估、反馈、绩效考核等（0.2分）； |
| 3.有实例说明，评审周期内通过落实手卫生改善策略，手卫生工作得到明显改善，依从性不断提高（0.1分）。 |
| 2.11.124.2 | 充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性的监测与反馈。 | 记录查看  数据核查  现场检查  员工访谈  员工操作 | 1.手卫生设备设施配置到位，符合手卫生规范要求，工作人员手卫生意识普遍比较高，手卫生方法正确（0.2分）； | 1 |
| 2.制定手卫生依从性监测计划，明确监测部门和责任人、监测方法，科级至少每月一次、职能部门至少每季度一次进行监测，监测方法科学（0.2分）； |
| 3.按医院规定的周期实施手卫生依从性监测，收集和核查数据，进行评估和反馈，有记录（0.3分）； |
| 4.职能部门和科室分别对手卫生落实情况进行监督检查，并持续改进，有记录（0.3分）。 |
| （一百二十五）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分） | | | | |
| 2.11.125.1 | 根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序。针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防与控制等环节，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协调机制。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  病历检查  病案检查 | 1.根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点，明确监测和管理的目标菌，纳入目标防控的多重耐药菌包括但不限于:耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐万古霉素的粪肠球菌和屎肠球菌(VRE)、耐碳青霉烯类抗菌药物的大肠埃希菌（CR-EC）和肺炎克雷伯菌（CR-KP）、耐碳青霉烯类抗菌药物鲍曼不动杆菌(CR-AB)和耐碳青霉烯类抗菌药物铜绿假单胞菌(CR-PA)，制订并落实多重耐药菌感染预防与控制规范，确定核心防控措施（0.2分）； | 1 |
| 2.建立包含多重耐药菌感染诊断、监测、感染预防与控制、护理、临床微生物学和临床药学在内的多学科协调机制，明确各部门的职责（0.1分）； |
| 3.落实防控核心措施，多重耐药菌感染在院患者、感染防控措施落实到位，病历、病案相关记录完善（0.4分）； |
| 4.院科两级对标本采集、送检、检测规范性以及多重耐药菌核心防控措施落实情况进行监督检查和持续改进，有记录（0.2分）； |
| 5.多部门协调解决多重耐药菌管理中存在的问题，有记录或相关案例（0.1分）。 |
| 2.11.125.2 | 定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。 | 记录查看  数据核查 | 1.制定本院标本送检率、微生物室检测和医院感染管理数据信息收集、汇总分析的计划，明确数据统计分析和反馈的周期（每季度一次）、信息推送渠道、相关责任部门和人员职责（0.2分）； | 1 |
| 2.按规定的周期收集、统计微生物室检测和医院感染管理数据信息，进行数据核查，向临床推送相关信息，临床方便获取相关信息（0.2分）； |
| 2.11.125.2 | 定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。 | 记录查看  数据核查 | 3.按规定的周期分析微生物室检测和医院感染管理数据信息，有管理目标菌耐药趋势图，进行横向比较（0.2分）； |
| 4.按规定的周期评估本院细菌耐药流行情况，对抗菌药物管理提出建议，并进行宣传培训，有实施记录（0.3分）； |
| 5.有数据或案例说明，经过多部门协调管理，不断规范临床标本送检及多重耐药菌感染防控，抗菌药物的临床应用更合理（0.1分）。 |
| （一百二十六）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。（1.8分） | | | | |
| 2.11.126.1 | 医院建立有侵入性器械/操作相关感染防控制度；侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.根据本医院临床使用的侵入性器械（包括但不限于导尿管、呼吸机、血管导管、透析）、手术及其他侵入性操作（包括介入诊疗操作、内镜诊疗操作、CT/超声等引导下穿刺诊疗等），制定相关感染防控制度和具体实施方案（0.2分）； | 1 |
| 2.开展培训考核，医务人员熟练掌握核心防控措施及操作规程，有培训考核实施记录（0.2分）； |
| 3.实施侵入性器械/操作相关感染发病率监测，每季度至少开展一次统计分析（0.2分）； |
| 4.科室有自查、分析、整改（0.2分）； |
| 5.职能部门有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.2分）。 |
| 2.11.126.2 | 医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。 | 记录查看 | 建立本医院临床使用的侵入性器械/操作、手术以及其他侵入性操作的名录（0.2分）。 | 0.2 |
| 2.11.126.3 | 根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。 | 记录查看  数据核查 | 1.制定侵入性器械、所开展手术及其侵入性诊疗操作中的风险点清单（0.2分）； | 0.6 |
| 2.按照感染防控措施对风险点实施数据监测，有记录；（0.2分）； |
| 3.定期开展风险评估，根据风险评估结果调整核心感染防控措施（0.2分）。 |
| （一百二十七）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。（1.7分） | | | | |
| 2.11.127.1 | 按照有关法律法规，建立医院医疗废物管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作流程，落实岗位职责。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立医疗废物管理责任制，健全组织架构图，明确院科两级及医疗废物集中处置单位的管理责任，明确相关部门、岗位和人员职责（0.1分）； | 0.2 |
| 2.制定医疗废弃物、废水的管理制度、工作流程、应急预案、个人防护标准及职业暴露报告及处置流程（0.1分）。 |
| 2.11.127.2 | 医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范，对从事分类收集、运送、暂存等工作人员采取的职业防护措施符合规范。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.医疗废弃物暂存处建筑布局符合要求，废弃物收集容器、转运工具、消毒设施符合要求（0.2分）； | 1.2 |
| 2.医疗废弃物分类收集、转运、暂存、登记、交接记录规范，评审周期内未因违规受处罚（0.2分）； |
| 3.医疗废水设备设施齐全，运行良好，处理流程符合规范，排放达标，评审周期内未因违规排放受处罚（0.2分）； |
| 2.11.127.2 | 医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范，对从事分类收集、运送、暂存等工作人员采取的职业防护措施符合规范。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 4.个人防护措施配置到位，个人防护合格，工作人员建立健康档案，定期体检；工作人员按规定的流程进行职业暴露处置和报告，有记录（0.2分）； |
| 5.科室有自查、分析、整改（0.2分）； |
| 6.职能部门有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实（0.2分）。 |
| 2.11.127.3 | 加强相关人员培训。对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员，根据岗位需要进行有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面的培训。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.每年制定有相关人员岗前培训计划，培训内容包含有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面（0.1分）； | 0.3 |
| 2.有培训考核实施记录（0.2分）。 |

**十二、生殖医学科诊疗质量保障及持续改进（19.1分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百二十八）落实《人类辅助生殖技术规范》要求，从事人类辅助生殖技术的生殖医学科、其专业设置、布局、设备设施及人员配备合理，需符合现行国家和卫生行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定和规范，制定辅助生殖科各项管理服务制度，并满足临床诊疗需求。（2.7分） | | | | |
| 2.12.128.1 | 从事人类辅助生殖技术的生殖医学科设置及工作人员需遵守国家和自治区卫生行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定和规范，医务人员需具备相关专业技术知识与工作能力，保障该技术的规范实施。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.体外受精与胚胎移植及其衍生技术的管理及设置需符合现行国家和省卫生行政部门人类辅助生殖技术管理规范和相关规定（0.3分）； | 1.2 |
| 2.医务人员的专业设置及职称要求符合现行国家和省卫生行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定和规范（0.3分）； |
| 3.临床负责人应当由具有高级技术职称、从事辅助生殖技术3年以上的妇产科执业医师担任（0.3分）； |
| 4.从事生殖专业的医师及技术人员需经过生殖专业的相关培训，并获得培训合格证书（0.3分）。 |
| 2.12.128.2 | 设备、仪器及场所设置符合人类辅助生殖技术相关技术规范和基本标准，布局合理，满足诊疗需要。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.辅助生殖技术的相关场所符合卫生行政部门现行的《人类辅助生殖技术规范》的相应要求（0.3分）； | 0.9 |
| 2.用于生殖医学医疗活动的总使用面积与可完成的（年）助孕周期数相匹配（0.3分）； |
| 3.通过人类辅助生殖技术校验（0.3分）。 |
| 2.12.128.3 | 制定完善辅助生殖科各项管理服务制度。 | 现场检查  记录查看 | 1.制定完善辅助生殖科相关管理服务制度 (0.3分)； | 0.6 |
| 2.根据制度落实工作，适时修订更新制度（0.3分）。 |
| （一百二十九）加强组织管理建设，建立健全辅助生殖管理组织，组织结构合理，设有辅助生殖领导小组，有一名医院领导分管工作，科室负责人是科室医疗质量与安全管理第一责任人，实行院科两级管理，确保质量与安全（1.2分）。 | | | | |
| 2.12.129.1 | 有健全的质量管理组织，有一名医院领导分管工作，实行院科两级管理。 | 现场检查  记录查看 | 1.建立质量管理组织，有一名医院领导分管工作，实行院科两级管理（0.3分）； | 0.6 |
| 2.院科两级质量管理组织包括:辅助生殖领导小组、辅助生殖管理办公室、辅助生殖伦理委员会、辅助生殖质量管理小组（0.3分）。 |
| 2.12.129.2 | 科主任是科室质量与安全管理第一责任人，质量管理组织负责落实质量与安全管理及持续改进相关任务。 | 现场检查  记录查看 | 1.有科室质量管理小组，科主任为第一责任人（0.3分）； | 0.6 |
| 2.有科室质量管理工作计划、方案和质量控制实施标准（0.3分）。 |
| （一百三十）开展人类辅助生殖技术应经生殖伦理委员会审查。生殖伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《人类辅助生殖技术规范》规定。（3.2分） | | | | 3.2 |
| 2.12.130.1 | 开展人类辅助生殖技术需经生殖伦理委员会审查。辅助生殖机构人员上岗前接受生殖伦理培训和开展定期的全员生殖伦理培训。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.开展人类辅助生殖技术需经生殖伦理委员会审查，有审查记录（0.3分）； | 1.1 |
| 2.查看生殖伦理培训证（0.2分）； |
| 3.有生殖伦理知识培训考核记录（0.2分）； |
| 4.访谈员工知晓辅助生殖技术伦理行为准则（0.4分）。 |
| 2.12.130.2 | 辅助生殖机构应设有完善的辅助生殖伦理审查工作制度或操作规程。 | 文件查阅  记录查看 | 制定有完善的生殖伦理审查工作制度或操作规程，包括但不限于审查标准、审查内容和程序等（0.3分）。 | 0.3 |
| 2.12.130.3 | 生殖伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《人类辅助生殖技术规范》规定。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.成立生殖伦理委员会，人员组成、工作职责符合规定（0.3分）； | 1.8 |
| 2.有生殖伦理委员会工作制度及工作流程（0.3分）； |
| 3.生殖伦理委员会有开展日常管理、审查工作的记录，每年召开不少于2次的生殖伦理委员会会议（0.3分）； |
| 4.生殖伦理委员会委员有每年不少于2次的生殖伦理培训、学习记录（0.3分）； |
| 5.生殖伦理委员会成员知晓伦理审查的工作内容（0.3分）； |
| 6.主管部门至少每半年督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况（0.3分）。 |
| （一百三十一）落实《人类辅助生殖技术规范》要求，有全面的辅助生殖技术质控管理制度、辅助生殖技术重点及关键环节质控措施，有多部门沟通及协调机制。严格遵照医学指征实施体外助孕技术，预防及减少并发症的发生。（3分） | | | | 3 |
| 2.12.131.1 | 有全面的辅助生殖技术质控管理制度，定期进行质控监督检查。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.制定有全面的辅助生殖技术质控管理制度（0.3分）； | 1.4 |
| 2.有明确的质量控制指标：如临床妊娠率、中重度卵巢过度刺激综合征发生率等（0.3分）； |
| 2.12.131.1 | 有全面的辅助生殖技术质控管理制度，定期进行质控监督检查。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 3.相关人员知晓并落实（0.3分）； |
| 4.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）； |
| 5.持续改进有成效，辅助生殖技术质量控制管理水平有提高（0.2分）。 |
| 2.12.131.2 | 制定辅助生殖技术重点及关键环节质控措施，有多部门沟通及协调机制，严格遵照医学指征实施体外助孕技术，预防及减少并发症的发生。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.有辅助生殖技术重点及关键环节质控措施(如确定扳机时间、取卵-胚胎移植，患者夫妇身份和胚胎、配子的信息核查等)管理标准与措施（0.3分）； | 1.6 |
| 2.有重点部门（取卵-胚胎移植室、辅助生殖实验室等）的管理标准，有实施措施（0.3分）； |
| 3.辅助生殖技术的实施指征有定期检查，保证辅助生殖技术实施的合规（0.2分）； |
| 4.有多部门的沟通及协调机制，优化辅助生殖流程（0.2分）； |
| 5.科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实（0.3分）； |
| 6.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）。 |
| （一百三十二）建立不孕不育患者助孕服务流程，方便患者，为特殊患者就诊提供个性化服务。加强助孕治疗患者的交接管理，及时传递患者病历与相关信息。为不孕不育患者提供助孕相关知识的宣教，加强助孕周期治疗前、取卵胚胎移植结束后患者的健康教育，为患者提供连续医疗服务。（2.9分） | | | | 2.9 |
| 2.12.132.1 | 建立助孕患者就诊及建立辅助生殖病历的服务流程，方便患者。为特殊患者提供个性化服务和帮助。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有针对助孕患者完成门诊就诊及建立辅助生殖病历的服务流程（0.3分）； | 1.2 |
| 2.能为进周期患者完善检查，进周期提供指导（0.2分）； |
| 3.有为特殊患者(如残疾人、无近亲属陪护行动不便患者等)提供多种服务的便民措施及绿色通道（0.2分）； |
| 4.有对员工进行服务流程的培训，当服务流程变更时对相关人员进行再培训（0.2分）； |
| 5.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）。 |
| 2.12.132.2 | 加强建立进周期、取卵、胚胎移植患者的交接制度和流程，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。 | 文件查阅  现场检查  病历检查 | 1.有病情和病历等资料交接制度，保障诊疗的连续性（0.2分）； | 0.7 |
| 2.进周期、取卵、胚胎移植流程明确，实施患者评估，履行知情同意，做好相关准备（0.3分）； |
| 3.抽查病历体现满足以上要求（0.2分）。 |
| 2.12.132.3 | 加强助孕周期治疗前、促排卵及取卵胚胎移植结束后患者的健康教育。 | 文件查阅  现场检查  患者访谈 | 1.有加强助孕周期治疗前、促排卵治疗及取卵胚胎移植结束后患者健康教育的相关规定或制度（0.2分）； | 1.0 |
| 2.为本院就诊的不孕症患者提供多种形式的不孕不育相关知识宣教（0.2分）； |
| 3.医院有宣教课堂，配备有专用宣教设备（0.2分）； |
| 2.12.132.3 | 加强助孕周期治疗前、促排卵及取卵胚胎移植结束后患者的健康教育。 | 文件查阅  现场检查  患者访谈 | 4.有加强宣教的保障措施，使患者或其近亲属能知晓和理解治疗周期结束后的健康知识及注意事项，减少并发症的发生率（0.2分）； |
| 5.进行患者满意度测评，体现持续改进，病人对不孕不育相关内容宣教满意度高（0.2分）。 |
| （一百三十三）建立并落实辅助生殖科室身份识别制度。结合生物识别技术（如指纹识别）、人工识别等方法，在取卵、取精、胚胎移植等重点环节，实行全程双人核对或多人核对，避免人工核对的差异，保障核对准确率。（1.8分） | | | | 1.8 |
| 2.12.133.1 | 建立落实辅助生殖科室身份识别制度。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.建立辅助生殖助孕患者的身份识别制度及流程，加强身份识别管理（0.2分）； | 0.4 |
| 2.访谈相关人员熟悉上述制度和流程（0.2分）。 |
| 2.12.133.2 | 在取卵、取精、胚胎移植等重点环节，实行全程双人核对或多人核对，避免人工核对的差异，保障核对准确率。 | 记录查看  现场检查 | 1.有取卵-胚胎移植操作安全核查流程，并明确由主诊医师、术者、麻醉、护士、实验室工作人员共同参与核对患者夫妻身份（0.3分）； | 1.4 |
| 2.对就诊的不孕不育助孕患者病历施行唯一标识管理，如使用身份证号码、指纹、病历卡号、档案号等（0.2分）； |
| 3.进行立档案用药、取卵、胚胎移植等诊疗活动应有至少两名工作人员核对患者夫妻姓名、档案号（0.2分）； |
| 4.患方留取精液前，护士依照规定核对患方身份，有完整交接记录（0.2分）； |
| 5.科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实（0.2分）； |
| 6.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）。 |
| （一百三十四）辅助生殖技术随访部门设置符合国家和自治区卫生行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定，配设相应的设施、设备。建立随访制度和流程，按规定对实施辅助生殖技术的患者进行随访，并按照要求进行数据信息统计、上报。（2.8分） | | | | 2.8 |
| 2.12.134.1 | 辅助生殖技术随访部门设置符合国家和自治区卫生行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定，设置随访人员，由医学、护理相关专业人员负责随访。配设相应的设施、设备。 | 记录查看  现场检查 | 1.按照国家和自治区卫生行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定和规范进行随访，辅助生殖技术随访率≥95%（0.2分）； | 0.6 |
| 2.配置随访人员满足工作需要（0.2分）； |
| 3.配设计算机系统等相应的设施、设备（0.2分）。 |
| 2.12.134.2 | 制定随访制度、流程等执行文件。并对相关人员进行培训与教育。 | 记录查看  现场检查 | 1.有随访工作制度及流程，并有预防失访的相关措施（0.2分）； | 1.0 |
| 2.制定随访工作培训的计划（0.3分）； |
| 3.随访人员均接受规范培训，并有记录（0.2分）； |
| 4.科室有对随访人员培训效果的检查，分析及总结（0.3分）。 |
| 2.12.134.3 | 按规定进行随访，并有相应随访记录。随访数据可提取，能满足随访数据信息统计及上报工作等要求。 | 记录查看  现场检查 | 1.开展多种形式的随访，多种措施促进患者的主动随访，不断提高随访率（0.2分）； | 1.2 |
| 2.对实施辅助生殖技术的患者随访，并按要求填写随访记录（0.2分）； |
| 3.随访内容统计信息真实、准确可靠，满足卫生行政部门所需数据上报的需求（0.2分）； |
| 4.科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实（0.3分）； |
| 5.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）。 |
| （一百三十五）依照诊疗规范、操作规范进行各项诊疗及操作，患者对实施的辅助生殖技术有充分知情同意， 并有相应的措施保障。（1.5分） | | | | 1.5 |
| 2.12.135.1 | 制定辅助生殖技术诊疗规范和操作流程，依照诊疗规范、操作流程进行各项诊疗及操作。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  员工访谈 | 1.制定辅助生殖技术诊疗规范和操作流程，满足诊疗工作，能动态更新（0.2分）； | 0.8 |
| 2.查看病历能体现按照诊疗常规进行诊疗（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓诊疗常规内容（0.2分）； |
| 4.抽查员工操作（0.2分）。 |
| 2.12.135.2 | 患者对实施的技术和方案有知情权和选择权，充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护患者安全。 | 文件查阅  记录查看  病历检查  病案检查 | 1. 实施体外受精与胚胎移植及其衍生技术的机构，必须遵守国家人口和计划生育法规和条例的规定，并同不孕不育夫妇签署相关技术的《知情 同意书》和《多胎妊娠减胎术同意书》（0.2分）； | 0.7 |
| 2.医务人员在诊疗活动中应当向患者或其近亲属、授权委托人说明病情和医疗措施。需要实施助孕、手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者或其近亲属说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意（0.3分）； |
| 3.查看病历能体现满足以上要求（0.2分）。 |

**十三、胚胎实验室质量保障及持续改进（9.1分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百三十六）胚胎实验室人员配置符合卫生行政部门现行的《人类辅助生殖技术规范》要求，并具有相应专业技术职务任职资格，具备必要的专业知识和能力，符合国家规定的资质。明确胚胎实验室岗位设置、岗位职责及岗位技术能力要求。（2.1分） | | | | |
| 2.13.136.1 | 胚胎实验室人员配备合理，符合卫生行政部门现行的《人类辅助生殖技术规范》要求，人员梯队结构合理，能够满足工作需求。 | 文件查阅  记录查看 | 1.胚胎实验室人员配置符合《人类辅助生殖技术规范》要求（0.3分）； | 1.5 |
| 2.胚胎实验室负责人应当由高级技术职称、从事人类辅助生殖技术3年以上、具有全面管理实验室的医学或生物学技术人员担任（0.3分）； |
| 3.胚胎实验室技术人员必须具备医学或生物学专业学士以上学位或大专毕业并具备中级技术职称（0.3分）； |
| 4.开展卵胞浆内单精子显微注射技术的机构，至少有1人在原国家卫生部指定机构受过本技术的培训（0.3分）； |
| 5.开展植入前胚胎遗传学诊断的机构，必须有专门人员受过极体或胚胎卵裂球活检技术培训（0.3分）。 |
| 2.13.136.2 | 明确胚胎实验室岗位设置、岗位职责及岗位技术能力要求。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.制定有胚胎实验室岗位设置、岗位职责及岗位技术能力的要求(0.3)； | 0.6 |
| 2.访谈员工知晓本岗位职责（0.3分）。 |
| （一百三十七）建立胚胎实验室技术人员操作培训考核及技术授权管理制度或规定，实现人员技术授权动态管理。（1.5分） | | | | 1.5 |
| 2.13.137.1 | 建立胚胎实验室技术人员操作培训考核制度，实现人员技术授权动态管理。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有胚胎实验室技术人员培训及考核制度（0.3分）； | 0.9 |
| 2.有专人负责管理培训（0.3分）； |
| 3.定期考核，有考核记录（0.3分）。 |
| 2.13.137.2 | 制定胚胎实验室人员技术授权管理规定，实现人员技术授权动态管理。 |  | 1.制定有胚胎实验室人员技术授权管理规定（0.3分）； | 0.6 |
| 2.科室有根据人员的资质及相关的培训经历等，对胚胎实验室人员技术实行动态授权管理（0.3分）。 |
| （一百三十八）实验室负责人与其他人员组成质量控制管理小组，能定期分析影响实验室工作效率及临床妊娠结局的因素，对实验室运转情况监测、总结分析、改进质量控制体系。（2.1分） | | | | |
| 2.13.138.1 | 由实验室负责人和其他人员组成的质量控制管理小组，制定质量控制管理计划和指标，开展质量管理工作。 | 文件查阅  记录查看 | 1.由科室主任、实验室负责人与质量控制人员组成质量控制管理小组，组成人员结构合理，职责明确（0.3分）； | 2.1 |
| 2.有质量控制管理工作计划并组织实施（0.3分）； |
| 3.有完善的胚胎实验室数据质控指标，如受精率、卵裂率等，符合卫生行政部门现行的《人类辅助生殖技术规范》相关规定（0.3分）； |
| 2.13.138.1 | 由实验室负责人和其他人员组成的质量控制管理小组，制定质量控制管理计划和指标，开展质量管理工作。 | 4.各项质控记录完善包括实验室环境、仪器设备、试剂耗材等（0.3分）； |
| 5.胚胎实验室定期分析影响胚胎实验室质量控制的因素，记录完整（0.3分）； |
| 6.科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实（0.3分）； |
| 7.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）。 |
| （一百三十九）胚胎实验室有各项管理制度，建立胚胎实验室技术操作规范及工作流程，遵照相关操作规范开展工作。（1.9分） | | | | |
| 2.13.139.1 | 胚胎实验室各项管理制度落实良好，保障实验室运行安全有效。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.胚胎实验室管理制度健全，包括人员、仪器设备、试剂、耗材、液氮罐等管理制度（0.3分）； | 0.9 |
| 2.科室每半年开展一次培训（0.3分）； |
| 3.访谈胚胎实验室人员知晓各项制度(0.3)。 |
| 2.13.139.2 | 建立胚胎实验室技术操作规范及工作流程，遵照相关操作规范开展工作。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有胚胎实验室技术操作规范及工作流程，依据共识及指南，及时更新（0.3分）； | 1.0 |
| 2.科室定期进行相关操作规范培训及考核（0.3分）； |
| 3.访谈胚胎实验室人员知晓（0.2分）； |
| 4.抽查员工相关的技术操作（0.2分）。 |
| （一百四十）胚胎实验室严格执行涉及患者配子胚胎转移的核对制度，对患者配子胚胎的实验室处理要有及时准确的记录，实验室记录保存完好。（1.5分） | | | | |
| 2.13.140.1 | 胚胎实验室有涉及患者配子胚胎转移的操作核对制度，严格按照制度执行核对工作，对患者配子胚胎的实验室处理要有及时准确的记录，实验室记录保存完好。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.有实验室卵子、精子、胚胎的核查制度与工作流程（0.3分）； | 1.5 |
| 2.胚胎实验室人员全员知晓并严格执行（0.3分）； |
| 3.实验室记录及时准确，可追溯（0.3分）； |
| 4.科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实（0.3分）； |
| 5.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）。 |

**十四、生殖男科质量保障及持续改进（8.3分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百四十一）从事人类辅助生殖技术的生殖男科工作人员需遵守国家和自治区卫生行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定，医务人员需具备相关基础理论和专业技术知识，保障该技术的规范实施，制定生殖男科各项管理制度，满足临床诊疗所需。（1.7分） | | | | |
| 2.14.141.1 | 从事人类辅助生殖技术的生殖男科工作人员需遵守国家和自治区卫生行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定，医务人员需具备相关基础理论和专业技术知识，保障该技术的规范实施。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.生殖男科负责人应当具备正高级技术职称且从事人类辅助生殖技术不少于5年（0.3分）； | 1.2 |
| 2.有生殖男科岗位管理制度及实施方案、岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准（0.3分）； |
| 3.上岗要求：从事人类辅助生殖技术的专业技术人员应当按照规定到国家或自治区培训基地接受培训，经考核合格后持证上岗（0.3分）； |
| 4.有科室专业技术人员花名册，符合岗位设置要求（0.3分）。 |
| 2.14.141.2 | 制定生殖男科各项管理制度，满足临床诊疗所需。 | 文件查阅  现场检查  记录查看 | 1.制定完善并落实生殖男科各项管理制度（0.3分）； | 0.5 |
| 2. 根据临床诊疗需求，适时修订、更新制度内容（0.2分）。 |
| （一百四十二）建立生殖男科诊疗规范和技术操作流程并定期更新，落实男科各项临床操作规范、技术流程、风险管理等，定期开展人员培训。（1.5分） | | | | |
| 2.14.142.1 | 建立生殖男科诊疗规范和技术操作流程并定期更新，落实男科各项临床操作规范、技术流程、风险管理等，定期开展人员培训工作 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定生殖男科诊疗规范和技术操作流程，符合法律法规，并满足临床诊疗工作需要，据工作需要进行动态更新（0.3分）； | 1.5 |
| 2.男科临床操作规范完善（如男性不育症诊治规范、睾丸/附睾穿刺取精手术规范、取精困难应急预案、男科手术风险管理等）（0.3分）； |
| 3.每半年培训并考核（0.3分）； |
| 4.科室落实各项临床操作规范、技术流程、风险管理等，开展自查并有记录（0.3分）； |
| 5.抽查病历能体现满足以上要求（0.3分）。 |
| （一百四十三）成立科室质控小组，制定有科室医疗质量管理和持续改进实施方案，有全面的生殖男科质控管理制度、质控标准、质控办法，成立科室质控小组，有技术重点及关键环节质控措施，定期质控监督检查。（3.6分） | | | |  |
| 2.14.143.1 | 成立科室质控小组，制定有科室医疗质量管理和持续改进实施方案，有全面的生殖男科质控管理制度、质控标准、质控办法，成立科室质控小组。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1. 科室负责人是科室质量管理第一责任人，成立科室质控小组（0.3分）； | 1.2 |
| 2. 有全面的生殖男科质控管理制度、质控标准、质控办法（0.3分）； |
| 3. 每月出具质控报表，召开质控小组工作会议，有会议记录、签到表等（0.3分）； |
| 4.科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实（0.3分）。 |
| 2.14.143.2 | 有技术重点及关键环节质控措施，定期质控监督检查。 | 文件查阅  病历检查  记录查看  数据核查 | 1.制定有男方因素ART适应症和禁忌症（0.3分）； | 2.4 |
| 2.能为进周期患者完善检查并提供指导，有人类辅助生殖男方检查项目（清单）且执行到位（0.3分）； |
| 3.有睾丸/附睾穿刺取精效果以及并发症处理并记录在相关医疗文书中（0.3分）； |
| 4.有精液采集过程取精困难的预防和处理（0.3分）； |
| 5.有自精冷冻管理并执行到位（0.3分）； |
| 6.有明确的质量控制指标：如梗阻性无精子症诊断符合率、睾丸/附睾穿刺取精获精率等（0.3分）； |
| 7.科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实（0.3分）； |
| 8.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）。 |
| （一百四十四）建立男性不育患者建档服务流程，为男性患者提供全流程宣教及随访。（1.5分）。 | | | |  |
| 2.14.144.1 | 建立男性不育患者建档服务流程，为男性患者提供全流程宣教及随访。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.建立有规范的男性不育患者建档流程（0.3分）； | 1.5 |
| 2.为男性不育患者提供生殖健康指导，有宣教小册子（0.3分）； |
| 2.14.144.1 | 建立男性不育患者建档服务流程，为男性患者提供全流程宣教及随访。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 3.对男科手术病人进行随访、登记并体现持续改进（0.3分）； |
| 4.科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实（0.3分）； |
| 5.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.3分）。 |

**十五、胚胎植入前遗传学检测技术质量保障及持续改进（7.9分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百四十五）开展胚胎植入前遗传学检测技术的医疗机构资质、相关设施与环境、仪器设备及人员配备符合卫生行政部门相关规定，由经卫生行政部门资格认定的技术人员进行操作。（3分） | | | | |
| 2.15.145.1 | 开展胚胎植入前遗传学检测技术要符合辅助生殖技术的相关规定。 | 文件查阅  记录查看 | 1.开展胚胎植入前遗传学检测技术的医疗机构应获得卫生行政部门的批准文件（0.3分）； | 0.6 |
| 2.依据辅助生殖技术相关规定的要求，具体技术服务项目与卫生行政部门核发的辅助生殖技术服务执业许可证中的诊疗范围一致（0.3分）。 |
| 2.15.145.2 | 胚胎植入前遗传学检测相关设施设备与环境满足临床需要。 | 文件查阅  记录查看 | 1.临床基因扩增检验实验室符合卫生行政部门相关规定（0.3分）； | 1.2 |
| 2.符合胚胎植入前遗传学检测实验室规划的要求（0.3分）； |
| 3.有符合相关要求的设施、配置与环境（0.3分）； |
| 4.开展胚胎活检技术的实验室符合卫生行政部门的相关要求（0.3分）。 |
| 2.15.145.3 | 胚胎植入前遗传学检测相关人员符合卫生行政部门相关要求，满足临床需要。 | 文件查阅  记录查看 | 1.从事遗传咨询的医师需具有执业医师资格证，并有行业认可的遗传咨询培训经历（0.3分）； | 1.2 |
| 2.有指定人员进行极体或胚胎卵裂球、囊胚活检技术（0.3分）； |
| 2.15.145.3 | 胚胎植入前遗传学检测相关人员符合卫生行政部门相关要求，满足临床需要。 | 文件查阅  记录查看 | 3.相关人员需具有卫生行政管理部门核发的《临床基因扩增实验室技术人员上岗证》及胚胎植入前遗传学检测技术培训证（0.3分）； |
| 4.技术人员配置结构合理（0.3分）。 |
| （一百四十六 ）由实验室负责人和其他人员组成的质量控制管理小组，制定质量控制管理计划和指标，落实全面质量管理与改进制度，开展质量控制评价。（2.1分） | | | | |
| 2.15.146.1 | 由实验室负责人和其他人员组成的质量控制管理小组，制定质量控制管理计划和指标 | 文件查阅  记录查看 | 1.由实验室主要负责人牵头，组建实验室质量管理小组（0.3分）； | 0.9 |
| 2.有切实的质量目标和覆盖全过程的量化质量指标、质量管理工作计划（0.3分）； |
| 3.至少每季度召开1次质量管理工作会议，及时分析、有效改进过程质控、结果质量（0.3分）。 |
| 2.15.146.2 | 建立胚胎植入前遗传学检测实验室全面质量管理与改进制度，开展质量控制评价。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制定有胚胎植入前遗传学检测实验室全面质量管理与改进的相关规定（0.2分）； | 1.2 |
| 2.有质量安全管理相关规定，含质量安全手册、程序文件（0.2分）； |
| 3.定期开展质控管理培训，有培训记录（0.2分）； |
| 4.质控记录可追溯。每个环节数据记录可追溯；质控的原始结果可追溯；上报的实验室质量指标原始数据可追溯、应纳入统计的数据无遗漏、无偏向性选择（0.2分）； |
| 5.科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实（0.2分）； |
| 6.职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）。 |
| （一百四十七）开展胚胎植入前遗传学检测服务项目能满足临床需要，对所有开展的胚胎植入前遗传学检测技术的质量、安全、适宜性有定期效果分析和评价。（1.6分） | | | | |
| 2.15.147.1 | 服务项目满足临床需要，开设生殖遗传咨询门诊。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有满足临床需要的服务项目目录（0.2分）； | 0.8 |
| 2.开设生殖遗传咨询门诊（0.2分）； |
| 3.对本院临床诊疗临时需要，而不能提供的特殊检验临床项目，可委托其他检验机构提供临床服务，并签署委托服务协议，有质量保证条款（0.2分）； |
| 4.定期向临床科室征求对项目设置合理性意见，根据临床需要推出新项目（0.2分）。 |
| 2.15.147.2 | 对所有开展的胚胎植入前遗传学检测技术的质量、安全、适宜性有定期效果分析和评价。 | 文件查阅  病案检查 | 1.夫妇在进入治疗周期前，需接受至少一次遗传咨询，有咨询记录、知情同意书和病案记录（0.2分）； | 0.8 |
| 2.确定接受胚胎植入前遗传学检测治疗的夫妇的临床指征合理（0.2分）； |
| 3.获得持续妊娠者，产前诊断结果与胚胎检测结果符合率≥98%（0.2分）； |
| 4.查看病历能满足以上要求（0.2分）。 |
| （一百四十八）制定胚胎植入前遗传学检测标本的采集、运输及接收的管理制度，技术操作规范、风险管理制度、设备及相关耗材管理制度和信息核对管理制度，并依照操作规范开展工作。（1.2分） | | | | |
| 2.15.148.1 | 建立胚胎植入前遗传学检测标本的采集、运输及接收的管理制度。 | 文件查阅  记录查看 | 1. 有《标本采集手册》及标本接收流程和管理制度，对操作标准、标本转运条件有明确要求（0.3分）； | 0.5 |
| 2.对转运过程有完整记录（0.2分）。 |
| 2.15.148.2 | 制定实验室技术操作规范及风险管理制度，遵照相关制度规范开展工作 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.建立胚胎植入前遗传学检测实验室技术操作规范、实验室工作流程及风险管理制度（0.3分）； | 0.7 |
| 2.定期培训、考核，记录完整（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓相关的管理制度、标准操作流程及技术操作规范（0.2分）。 |

**十六、中医诊疗质量保障与持续改进（4.4分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百四十九）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》《关于进一步加强综合医院中医药工作推动中西医协同发展的意见》等文件的要求，所设置的中药房应当符合相关法律法规的要求。（1.4分） | | | | |
| 2.16.149.1 | 中医诊疗科室设置符合《广西三级生殖专科医院基本标准（试行）》等文件的要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.中医诊疗科室设置和人员配备符合《广西三级生殖专科医院基本标准（试行）》（0.2分）； | 0.8 |
| 2.严格落实《中医病历书写基本规范》等病历管理规定，执行《中医病证分类与代码》《中医临床诊疗术语》（修订版），规范中医病历书写和中医药用语（0.2分）； |
| 3.将中西医临床诊疗服务全过程纳入医院医疗质量管理制度与控制体系，实施中西医结合的诊疗指南、技术规范和临床路径，加强对中西医临床诊疗的医疗质量管理与评价，充分运用医疗质量管理工具和信息化手段开展日常医疗质量管理和控制（0.2分）； |
| 4.按照《中药处方格式及书写规范》等文件规定建立中药处方点评制度，加强中药处方质量管理，促进中药合理使用（0.2分）。 |  |
| 2.16.149.2 | 中药房设置符合相关法律法规的要求。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.中药房布局合理（0.1分）； | 0.6 |
| 2.有中药房管理制度及操作规范、流程（0.2分）； |
| 3.中药房药师资质符合要求（0.1分）； |
| 4.工作人员对操作流程不熟悉，扣0.04分/人（0.2分）。 |
| （一百五十）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。（3分） | | | | |
| 2.16.150.1 | 建立中医诊疗规范。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.根据国家中医药相关指南，建立常见疾病的中医诊疗规范（0.4分）； | 0.8 |
| 2.将中医纳入多学科会诊体系，在院内会诊、多学科诊疗等相关制度和流程中明确鼓励中医类别医师参加（0.1分）； |
| 3.对临床类别医师开展中医药专业知识轮训，使之具备本专业领域的常规中医诊疗能力，逐步做到“能西会中”，推进中西医结合诊疗服务覆盖医院主要临床科室（0.1分）； |
| 4.访谈员工知晓中医诊疗规范（0.2分）。 |
| 2.16.150.2 | 开展中医特色护理。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  病案检查 | 1.制定中医特色的护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色（0.4分）； | 1.2 |
| 2.培训记录完整（0.2分）； |
| 3.护士对中医护理常规不熟悉，扣0.04分/人（0.2分）； |
| 4.护理常规、操作规程及时更新（0.4分）。 |
| 2.16.150.3 | 提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。 | 文件查阅  记录查看  病案检查 | 1.制定中医特色的康复和健康指导的规范（0.3分）； | 1 |
| 2.制定中医与西医相关科室的会诊、转诊制度，并有记录（0.4分）； |
| 3.实施具有中医特色的康复和健康指导，在病历中体现，不符合者扣0.1分（0.3分）。 |

第三章 医院管理（90分）

**一、管理职责与决策执行机制（11.7分）**

| **评审指标细则** | | **评审方法** | **评分细则** | **分值** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百五十一）制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。（1分） | | | | |
| 3.1.151.1 | 制定医院章程，建立健全医院内部治理体系、议事规则、办事程序，提高医院运行效率。 | 查阅资料 | 1.制定有医院章程（0.5分）； | 1 |
| 2.查看有医院内部决策制度，包括决策原则、决策范围、决策程序、执行程序等方面内容（0.5分）。 |
| （一百五十二）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。（1.5分） | | | | |
| 3.1.152.1 | 在章程中明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用。 | 文件查阅  记录查看 | 1.查看医院章程有明确的医院党委职责；（0.2分）； | 0.5 |
| 2.医院“三重一大”事项决策体现集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定原则，凡属“三重一大”事项均召开医院党委会议集体研究决定，发挥党委集体讨论决定的领导作用（0.3分）。 |
| 3.1.152.2 | 实施党委领导下的院长负责制。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院章程、职责制度体现实施党委领导下的院长负责制，将党组织的设置形式、地位作用、职责权限和党务工作机构、经费保障等内容要求写入医院章程，明确党组织在医院决策、执行、监督等缓解的权责和机制，把党的领导融入医院治理各环节（0.2分）； | 0.5 |
| 2.医院在医、教、研、行政管理决策工作中落实党委领导下的院长负责制，支持院长依法依规负责地行使院长职权（0.3分）。 |
| 3.1.152.3 | 健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。 | 现场查看  员工访谈  记录查看 | 1.参照国家和自治区印发的公立医院党委会议和院长办公会议议事规则示范文本修订完善议事规则，明确“三重一大”事项，建立健全党委书记和院长经常性沟通制度。（0.2分）； | 0.5 |
| 2.访谈院领导班子成员、院办、人事科、账务科、后勤保障部、科教科、纪检监察室及重要业务职能科室负责人，知晓医院议事决策规则并执行（0.3分）。 |
| （一百五十三）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。（2.5分） | | | | |
| 3.1.153.1 | 根据其功能、任务，设置合理的管理机构，部门职能、职责划分明确。 | 文件查阅  记录查看 | 1.根据医院功能、任务，设置合理的管理机构，组织架构图清晰明了（0.2分）； | 0.5 |
| 2.各部门职能职责划分明确，有岗位职责说明书（0.3分）。 |
| 3.1.153.2 | 各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制，履行协调职能，提高工作效率。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立有部门和科室间的沟通协调机制（0.2分）； | 1 |
| 2.按要求召开多部门联席会议，有会议记录、决议、执行单（0.2分）； |
| 3.会议议题明确，议定事项有落实（0.2分）； |
| 4.有牵头部门监督、检查，有体现整改的资料（0.2分）； |
| 5.有数据体现整改效果或形成新制度、规范、流程和举措等（0.2分）。 |
| 3.1.153.3 | 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度，并及时修订完善。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.按法律、法规、规章规范以及相关标准，结合实际，制定各项规章制度（0.2分）； | 0.8 |
| 2.及时修订完善各项规章制度（0.1分）； |
| 3.访谈员工知晓相关制度（0.5分）。 |
| 3.1.153.4 | 各部门和科室命名规范与医院文件一致。 | 现场查看 | 医院各部门及科室命名规范，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目相符（0.2分）。 | 0.2 |
| （一百五十四）医院建立全员学习机制,强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。（2.5分） | | | | |
| 3.1.154.1 | 医院建立全员学习机制，强化学习文化。 | 文件查阅 | 1.制定有加强医院文化建设的相关规定，打造医院文化长廊、职工学习之家等，营造医院浓厚的学习氛围（0.2分）； | 1.0 |
| 2.建立全员学习机制，对员工文化教育、进修学习等方面有相应的激励措施（0.2分）； |
| 3.有年度全员学习培训计划并实施（0.3分）； |
| 4.有数据或案例体现医院文化建设有成效（0.3分）。 |
| 3.1.154.2 | 定期对员工进行政策法规、管理能力培训与教育，有考核机制，员工知晓。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.每年至少2次对员工开展法律法规、管理能力培训，有培训资料（课件、照片、试卷等）（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有体现培训考核情况的相关规定（0.1分）； |
| 3.访谈员工知晓相关规定（0.2分）。 |
| 3.1.154.3 | 定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。 | 记录查看  员工访谈 | 1.院科两级定期对党政、医务、后勤、财务、信息等部门员工进行专业技能、质量安全培训与教育（0.4分）； | 1 |
| 2科室有培训计划、总结资料（0.2分）； |
| 3.职能部门有督查、总结、分析、反馈（0.2分）； |
| 4.访谈员工知晓相关内容（0.2分）。 |
| （一百五十五）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。（2.2分） | | | | |
| 3.1.155.1 | 加强院务公开管理，有指定部门、工作制度与程序。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.成立由院领导牵头的院务公开领导小组，有指定部门负责，职责明确（0.4分）； | 1 |
| 2.制定有院务公开管理工作制度与公开内容程序（0.3分）； |
| 3.访谈领导小组成员及部门负责人知晓相关工作制度与程序（0.3分）。 |
| 3.1.155.2 | 按照国家有关规定向社会及员工公开信息。有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。 | 记录查看  现场查看  员工访谈 | 1.现场查看：院务公开内容、形式、程序和公示时限符合相关规定（0.3分）； | 1.2 |
| 2.有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓院务公开相关信息（0.2分）； |
| 4.有职能部门对院务公开工作进行检查、分析、总结（0.3分）； |
| 5.评审周期内，医院有数据或案例体现持续改进（0.2分）。 |
| （一百五十六）对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。（2分） | | | | |
| 3.1.156.1 | 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理，有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.制订对外委托服务项目（或外包）的遴选、管理等相关制度和办法（0.3分）； | 2 |
| 2.相关招标及合同书符合规范（0.2分）； |
| 3.主管职能部门与专人负责对外委托服务项目（或外包）管理有严格的质量监控措施（0.3分）； |
| 4.每季度至少开展一次督查，有督查资料（0.3分）； |
| 5.对对外委托服务项目（或外包）需进行专项审计（0.3分）； |
| 6.有体现持续改进对外委托服务项目（或外包）服务质量的案例资料（0.3分）； |
| 7.访谈员工，对对外委托服务项目（或外包）服务不满意每人扣0.1分（0.3分）。 |

**二、人力资源管理（12.3分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百五十七）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。（2分） | | | | |
| 3.2.157.1 | 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度，设置人力资源管理部门。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有人力资源管理制度（0.2分）； | 1 |
| 2.设立有人力资源管理部门（0.1分）； |
| 3.人力资源管理制度及规定有多种渠道公布，方便职工查询（0.2分）； |
| 4.随机抽查不同科室、岗位和级别员工，对本岗位职位的聘任、职务/职称晋升、绩效工资、奖惩规定等人力资源管理相关信息的获知渠道与知晓程度（0.5分）。 |
| 3.2.157.2 | 人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有人力资源发展规划和院内定岗、定编、定人配置方案（0.2分）； | 1 |
| 2.根据按需设岗原则和各科室人员需要制定有医院当年的进人计划（0.2分）； |
| 3.医院人员的学历结构、职称结构、年龄结构、专业结构合理（0.2分）； |
| 4.医院制定有人才引进激励政策及人才激励机制（0.2分）； |
| 5.定期对医院人力资源配备情况进行评估，及时根据评估情况对人力资源配备进行优化（0.2分）。 |  |
| （一百五十八）有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术人员档案。（2分） | | | | |
| 3.2.158.1 | 有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用考核、评价管理体系。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定卫生技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关制度和流程（0.2分）； | 0.8 |
| 2.有多种渠道公布专业技术人员的任职条件和聘用条件（0.2分）； |
| 3.对专业技术人员的聘用考核结果、聘任情况实行公示，接受社会的监督（0.2分）； |
| 4.查阅医院专业技术人员资质认定、聘用及考核相关材料符合医院相关规定（0.2分）。 |
| 3.2.158.2 | 建立专业技术人员档案，包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。 | 文件查阅  记录查看 | 1.建立卫生专业技术人员个人技术档案（0.3分）； | 0.5 |
| 2.动态管理卫生专业技术人员个人技术档案，及时更新相关资料（0.2分）。 |
| 3.2.158.3 | 根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.人力资源管理部门对卫生专业技术人员实行周期性聘用管理（0.2分）； | 0.7 |
| 2.医院对医疗技术岗位管理权限实施授权和再授权管理（不包括处方授权、手术分级授权、麻醉分级授权等）（0.2分）； |
| 3.对高风险、特殊岗位人员实行授权和再授权管理（0.1分）； |
| 4.职能部门对卫生专业技术人员履职情况、授权和再授权管理进行监管，有追踪与评价（0.2分）。 |
| （一百五十九）贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，加强公立医院行政领导人员职业化培训。（1.5分） | | | | |
| 3.2.159.1 | 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.公立医院领导人和医、药、护、技等专业技术人员直接提任  的领导人员，符合办法规定的任职条件（0.2分）； | 1 |
| 2.执行聘任制的公立医院领导人员，聘任手续齐全，聘任期有效（0.2分）； |
| 3.医院领导班子各成员周期内各年度考核和任期考核达到合格以上（0.2分）； |
| 4.医院领导班子成员职责分工符合纪检监察部门的规定，并按要求执行轮岗（0.2分）； |
| 5.访谈院领导知晓各自的岗位职责及分工内容（0.2分）。 |
| 3.2.159.2 | 加强公立医院行政领导人员职业化培训。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有公立医院领导人员参加职业化培训计划（0.1分）； | 0.5 |
| 2.查阅医院领导人员参加医院管理培训资料，体现所有人员均接受职业化培训（0.2分）； |
| 3.访谈医院领导人员熟练掌握医院管理知识（0.2分）. |
| （一百六十）有卫生专业技术人员岗前培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分，推动员工的全面发展。（2分） | | | | |
| 3.2.160.1 | 有卫生专业技术人员岗前培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有岗前培训制度、继续医学教育管理制度、人类辅助生殖技术专科培训管理制度并执行（0.2分）； | 0.4 |
| 2.继续医学教育与职称聘任、晋升挂钩（0.1分）； |
| 3.全院卫生技术人员年度继续医学教育及公需科目考试达标（达标率≥90%）（0.1分）。 |
| 3.2.160.2 | 有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有年度培训计划并实施（0.1分）； | 0.4 |
| 2.教学设备设施及教学资料完善（0.1分）； |
| 3.财务预、决算报告中有对继续教育的经费支持（0.1分）； |
| 4.教学、培训、考试考核档案齐全（0.1分）。 |
| 3.2.160.3 | 把卫生专业技术人员培训质量与数量作为人类辅助生殖技术培训基地师资考核的重要内容。 | 文件查阅 | 1.医院奖惩制度、绩效考核标准、职称晋升条件、评优评先条件中有体现人类辅助生殖技术培训考核质量和数量的相关规定（0.1分）； | 0.2 |
| 2.现有绩效考核 、职称晋升 、评优评先案例中有体现（0.1分）。 |
| 3.2.160.4 | 把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待；面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.查阅人力资源管理部门职责包含有员工能力建设并作为重要组成部分（0.2分）； | 1 |
| 2.人力资源管理部门有人才培养计划，经费预算并落实（0.2分）； |
| 3.查阅医院有落实“两个同等对待”的文件规定（0.2分）； |
| 3.2.160.4 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 4.访谈新招聘的本科规培生薪酬待遇，达到硕士研究生水平（0.2分）； |
| 5.访谈原面向社会招收的规培生当年在本医院就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待（0.2分）。 |
| （一百六十一）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。（2分） | | | | |
| 3.2.161.1 | 按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等，职工上岗前进行职业安全防护教育。 | 文件查阅  现场检查 | 1.建立与完善职业安全防护相关制度与措施（0.2分）； | 0.8 |
| 2.按要求配备防护设施设备和用品（0.2分）； |
| 3.有职业暴露的应急预案与处置流程并组织演练，有总结及改进措施（0.2分）； |
| 4.现场查看各类场所员工防护按要求做好防护（0.2分）。 |
| 3.2.161.2 | 上岗前有职业安全防护教育，有培训和考核制度。 | 记录查看  员工访谈 | 1.有年度岗前职业安全防护教育培训和考核计划（0.2分）； | 0.7 |
| 2.有职业安全防护教育培训和考核的相关资料（培训课件，照片，考试试卷，网上考试资料）（0.3分）； |
| 3.员工知晓职业安全防护教育相关知识（0.2分）。 |
| 3.2.161.3 | 医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院设置有部门或指定职业卫生管理机构，组织负责本单位的职业病防治工作，并配备有专职或兼职人员（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有本单位职业病防治工作计划并实施（0.2分）； |
| 3.有定期（每年至少1次）检查、分析和整改资料（0.2分）。 |
| （一百六十二）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。（1.8分） | | | | |
| 3.2.162.1 | 关注员工身体和心理健康。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有保障员工身体和心理健康的制度并落实（0.2分）； | 1 |
| 2.定期为职工提供健康体检服务，建立有员工个人健康档案（0.2分）； |
| 3.按规定周期对从事职业危害作业的员工未按照国家有关规定进行职业健康检查（0.2分）； |
| 4.开展健康向上的文体活动（0.2分）； |
| 5.定期对全院职工的身心健康进行总体评估，并制定有相应措施（0.2分）。 |
| 3.2.162.2 | 保障员工合法健康权益。 | 文件查阅  记录查看（员工考勤，排班表）  员工访谈 | 1.医院制定有职工休息休假相关规定并落实（0.2分）； | 0.8 |
| 2.有保障从事职业危害作业的员工按照国家有关规定进行休假疗养的制度并落实（0.2分）； |
| 3.按规定为职工购买社会保险，包含但不限于工伤保险、养老保险、失业保险及医疗保险等（0.2分）； |
| 4.访谈员工是否享有以上合法健康权益（0.2分）。 |
| （一百六十三）医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。（1分） | | | | |
| 3.2.163.1 | 将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.建立科室负责人年度考核制度，，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（0.2分）； | 0.6 |
| 2..查看科室负责人综合目标考核资料，有体现对科室质量管理的数据资料（0.2分）； |
| 3.对科室负责人落实年度考核制度进行总结、分析、评价（0.2分）。 |
| 3.2.163.2 | 将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。 | 文件查阅  记录查看 | 1.落实事业单位工作人员年度考核制度，并将医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据（0.2分）； | 0.4 |
| 2.查看资料，有将医疗质量管理情况纳入医师定期考核、职称晋升考核内容（0.2分）。 |

**三、财务和价格管理（12分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (一百六十四）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。（2分） | | | | |
| 3.3.164.1 | 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，会计核算规范。 | 文件查阅  记录查看 | 1.根据会计业务的需要设置会计机构（0.2分）； | 1 |
| 2.医院财务管理制度健全（0.2分），根据国家政策法规及时更新（0.2分）； |
| 3.年度财务报告按规定由注册会计师审计（0.2分）； |
| 4.会计核算执行《政府会计制度》“双功能、双基础、双报告”模式（0.2分）。 |
| 3.3.164.2 | 人员配置合理，岗位职责明确。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.财务人员配置合理（0.1分）； | 0.5 |
| 2.根据会计业务需要设置会计工作岗位,岗位职责明确,不相容岗位应相互分离、相互制约、相互牵制（0.2分）； |
| 3.财务部门负责人应当具备会计师以上专业技术职务资格或者从事会计工作三年以上经历（0.1分）； |
| 4.评审周期内会计人员每年度进行继续教育培训（0.1分）。 |
| 3.3.164.3 | 三级公立医院实行总会计师制度。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.设置总会计师（0.2分）； | 0.5 |
| 2.制订总会计师制度（0.1分），明确总会计师的职责和权限（0.1分）； |
| 3.总会计师熟悉职责权限（0.1分）。 |
| （一百六十五）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。（2分） | | | | |
| 3.3.165.1 | 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.按照自治区财政厅的要求编制预算（0.2分）； | 1 |
| 2.每季度进行预算执行分析并反馈（0.2分）； |
| 3.按规定的程序进行预算调整（0.2分）； |
| 4.将预算执行结果、成本控制目标实现情况和业务工作效率等一并作为内部业务综合考核的重要内容（0.2分）； |
| 5.职能部门负责人应熟悉本部门预算情况（0.2分）。 |
| 3.3.165.2 | 建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。 | 文件查阅  现场检查 | 1.制订预算管理制度（0.3分）； | 0.5 |
| 2.预算管理制度能够有效落实（0.2分）。 |
| 3.3.165.3 | 实行全面预算管理，医院所有收支全部纳入预算管理。 | 文件查阅  记录查看 | 1.预算组织体系健全，有预算管理委员会、预算管理办公室、预算归口管理部门和预算科室组成的全面预算管理组织，预算责任落实到位（0.3分）； | 0.5 |
| 2.单位依法取得的各项收入、支出应按规定纳入预算管理，统一核算、统一管理（0.2分）。 |
| （一百六十六）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。（2分） | | | | |
| 3.3.166.1 | 实行全成本核算管理，控制运行成本，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制订成本核算制度（0.2分）； | 1 |
| 2.开展全成本核算并编制全成本报表（0.2分）； |
| 3.采取成本管控措施，控制成本费用支出（0.3分）； |
| 4.成本控制措施取得成效（0.3分）。 |
| 3.3.166.2 | 控制医院债务规模，降低财务风险。 | 文件查阅  记录查看 | 1.及时清理并按照规定办理结算，保证各项债务在规定期限内归还（0.4分）； | 1 |
| 2.每季度分析债务情况，采取债务控制措施，控制债务规模（0.3分）； |
| 3.债务控制措施取得成效（0.3分）。 |
| （一百六十七）落实《医院内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审流程和申报程序。（2分） | | | | |
| 3.3.167.1 | 确保医疗机构内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医疗机构应当建立由医疗机构分管领导、医务管理部门、价格管理部门、临床科室和医药物资采供等部门组成的医疗机构价格管理体系，设立价格管理委员会（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医疗机构应当明确负责内部价格管理工作的部门，并由院领导主管（0.1分）； |
| 3.依据机构规模和医疗服务量配备专职医疗服务价格工作人员，各业务科室（部门）设置兼职医疗服务价格工作人员（0.1分）。 |
| 3.3.167.2 | 全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.制订医疗服务价格公示制度（0.1分）； | 0.4 |
| 2.医疗服务价格公示制度有效落实（0.1分）； |
| 3.采取措施保证医疗服务价格公示信息真实、准确（0.1分）； |
| 4.访谈人员知晓医疗服务价格公示制度（0.1分）。 |
| 3.3.167.3 | 完善医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录，及时纠正不规范收费行为。 | 文件查阅  记录查看  员工操作 | 1.制订医疗服务价格自查制度医疗（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医药收费自查复核制度有效落实并记录（0.1分）； |
| 3.医药收费复核人员业务熟练，能够及时纠正不规范收费行为（0.1分）。 |
| 3.3.167.4 | 确保医药价格管理系统信息准确。 | 记录查看  现场检查 | 1.落实国家有关规定及时调整价格（0.2分）； | 0.4 |
| 2.严格执行国家物价政策，按收费标准进行收费（0.2分）。 |
| 3.3.167.5 | 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制订新增医疗服务价格项目管理制度及内部申请、审核、复核、申报流程，程序规范（0.2分）； | 0.4 |
| 2.审核流程和申报程序有效落实（0.1分）； |
| 3.严格执行新增医疗服务价格（0.1分）。 |
| （一百六十八）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。（2分） | | | | |
| 3.3.168.1 | 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.建立健全医院采购管理制度和采购流程（0.4分）； | 1 |
| 2. 医院采购管理制度和采购流程有效落实（0.4分）； |
| 3.采购岗位人员知晓采购流程（0.2分）。 |
| 3.3.168.2 | 有采购管理和监督部门，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，加强集中采购管理。 | 文件查阅  记录查看 | 1.明确医院采购管理和监管部门（0.3分）； | 1 |
| 2.采购业务的决策、实施、监督相分离（0.3分）； |
| 3.主管部门和监管部门对采购工作的执行情况有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）； |
| 4.对反馈的问题及时整改落实（0.2分）。 |
| （一百六十九）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。（2分） | | | | |
| 3.3.169.1 | 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。 | 文件查阅  记录查看 | 1.分配制度实行同工同酬（0.4分）； | 1 |
| 2.分配制度体现多劳多得、优绩优酬（0.4分）； |
| 3.绩效考核分配总体方案经职工代表大会讨论通过（0.2分）。 |
| 3.3.169.2 | 以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.以服务质量和数量作为综合绩效考核重要依据（0.3分）； | 0.5 |
| 2.医院员工待遇得到逐步提高（0.2分）。 |
| 3.3.169.3 | 个人分配不得与业务收入直接挂钩。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.绩效分配制度不将个人分配与业务收入直接挂钩（0.3分）； | 0.5 |
| 2.员工知晓个人绩效分配的影响因素（0.2分）。 |

**四、信息管理（6.6分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百七十）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。（2分） | | | | |
| 3.4.170.1 | 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，承担信息化建设规划和管理的 行政管理职能。 | 文件查阅 记录查看 | 1.有院领导为主任信息化领导小组（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有负责信息管理的专职部门（0.2分）； |
| 3.按要求配备相关资质的信息管理人员（0.2分）。 |
| 3.4.170.2 | 建立各部门间的组织协调机制。 | 文件查阅 记录查看 | 1.建立有各部门间的沟通协调机制（0.1分）； | 0.5 |
| 2.信息管理部门对其他部门提出的问题有记录、讨论、解决的相关资料（0.2分）； |
| 3.信息化领导小组定期召开多部门联席会议（每年至少2次），有会议记录，决议及执行单（0.2分）。 |
| 3.4.170.3 | 制订信息化发展总体规划，强化顶层设计，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。 | 文件查阅 记录查看 | 1.制定有医院信息化发展总体规划（0.2分）； | 0.5 |
| 2.将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划，并有经费预算安排（0.2分）； |
| 3.有对信息化建设落实情况及执行情况进行总结分析（0.1分）。 |
| 3.4.170.4 | 制定信息化建设配套的相关管理制度。 | 文件查阅 记录查看 | 1.制定有信息化建设相关配套管理制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.对相关配套制度的落实情况及时分析、总结、更新（0.3分）。 |
| （一百七十一）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。（1.5分） | | | | |
| 3.4.171.1 | 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 医院信息系统建设符合 《全国医院信息化建设标准与规范 (试行)》,业务应用信息系统包括便民服务、医疗服务、医疗管理、医疗协同、教学管理、应用管理等,连续、准确采集、存储、传输、处理相关信息（0.5分）。 | 0.5 |
| 3.4.171.2 | 医院信息系统能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 医院信息化建设应用符合《公立医院运营管理信息化功能指引》要求,整体功能涵盖医教研业务活动、综合管理、财务、资产、人力、运营管理决策、数据基础、基础管理等业务,能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑（0.5分）。 | 0.5 |
| 3.4.171.3 | 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院按照《国家医疗健康信息医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》,实现信息互联互通、交互共享,互联互通标准化成熟度测评达到四级及以上（0.3分）。 | 0.5 |
| 2.按照自治区要求，实现与自治区全民健康信息平台、广西医疗管理平台等对接（0.2分）。 |
| （一百七十二）落实《中华人共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。（2.1分） | | | | |
| 3.4.172.1 | 落实《中华人共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.建立有医院信息安全保护制度（0.2分）； | 0.9 |
| 2.实行信息系统操作权限分级管理，信息安全采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、患者数据使用控制、保障网络信息安全和保护患者隐私，实行三级等级保护制度并通过测评（0.2分）； |
| 3.4.172.1 | 落实《中华人共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。 | 3.医院信息系统具备相应防护功能，包含防灾备份系统，网络运行监控，防病毒、防攻击、防入侵等措施（0.3分）； |
| 4.有主管部门定期督查记录及整改措施（0.2分）。 |
| 3.4.172.2 | 推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。 | 文件查阅  记录查看 | 1.有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理、数据查询管理制度（0.2分）； | 1 |
| 2.有信息值班、交接班制度0.1分；有信息系统变更、发布、配置管理制度0.1分；有完整日常运维记录和值班记录0.1分；及时处置安全隐患0.1分（0.4分）； |
| 3有信息系统应急预案（如系统瘫痪）及应急演练（0.2分）； |
| 4.有主管部门定期督查记录及整改措施（0.2分）。 |
| 3.4.172.3 | 医院定期对信息系统开展信息网络检查，保障信息安全。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院建立有信息网络安全日常巡检制度（0.1分）； | 0.2 |
| 2.职能部门认真执行信息网络安全日常巡检工作，及时发现并解决安全隐患，有记录（0.1分）。 |
| （一百七十三）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。（1分） | | | | |
| 3.4.173.1 | 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.指定专门部门、专门人员负责医院数据统计、上报工作，职责明确。（0.2分）； | 0.5 |
| 2.查阅相关数据报告记录，无漏报（0.3分）。 |
| 3.4.173.2 | 有内部数据核查制度，确保数据真实可靠，可追溯。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.建立有医院内部数据核查制度（0.3分）； | 0.5 |
| 2.查阅相关记录，有核查人员签名，数据真实可靠，可追溯（0.2分）。 |

**五、医学装备管理（11.1分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百七十四）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。（1分） | | | | |
| 3.5.174.1 | 根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.建立和完善医学装备组织架构，成立医学装备管理委员会（0.2分）； | 0.4 |
| 2.医学装备管理部门配备有相适应的医学工程及其他专业技术人员（0.2分）。 |
| 3.5.174.2 | 制定常规与大型医学装备配置方案。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定有医院常规与大型医学装备配置方案（0.2分）； | 0.6 |
| 2.现场检查医院常规与大型医学装备与制定的配置方案相匹配（0.4分）。 |
| （一百七十五）根据医院功能定位和发展规划，对大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等进行分析评价。（1.6分） | | | | |
| 3.5.175.1 | 根据医院功能定位和发展规划，鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1.医院有规范使用大型医用设备的操作规程（SOP）（0.2分）； | 0.6 |
| 2.制定有大型医用设备功能开发的鼓励措施并用案例体现（0.2分）； |
| 3.大型设备实现区域卫生资源共享，设备使用率高（0.2分）。 |
| 3.5.175.2 | 开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1.医院制定有医学装备使用评价相关制度（0.2分）； | 0.5 |
| 2.定期对各大型医用设备的社会效益、成本效益等进行分析评价（0.3分）。 |
| 3.5.175.3 | 配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1. 大型医用设备配置符合国家或省市级卫生健康主管部门的规划设置（0.1分）； | 0.5 |
| 2.配置大型医用设备前有充分的调研与论证，有相应数据支撑（0.1分）； |
| 3.有相应的硬件设施支持，如场馆、电力供应、用水等，并实施对周围环境影响的评估（0.1分）； |
| 4. 有具备相应资质、能力的专业技术人员，取得大型设备的操作许可证（0.1分）； |
| 5.获得省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证（0.1分）。 |
| （一百七十六）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。（2分） | | | | |
| 3.5.176.1 | 加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  员工访谈 | 1.有医学装备临床使用安全控制与风险管理制度与流程(0.2分)； | 1 |
| 2.有医学装备质量保障要求，如：操作者自我检查，医学装备计（剂）量准确、安全防护、性能指标符合要求，对暂停或终止使用的高风险器械有记录（0.2分）； |
| 3.5.176.1 | 加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  员工访谈 | 3.有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度（0.2分）； |
| 4.访谈员工知晓相关制度与流程（0.2分）； |
| 5.主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）。 |
| 3.5.176.2 | 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.建立有医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制，有鼓励医疗器械临床使用不良事件报告的措施（0.2分）； | 1 |
| 2.有不良事件报告信息平台，报告信息完整无漏报（0.2分）； |
| 3.按要求向有关部门报告医疗器械临床使用安全事件并有相关记录（0.2分）； |
| 4.访谈员工知晓监测与报告机制相关内容（0.2分）； |
| 5.主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）。 |
| （一百七十七）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。（1分） | | | | |
| 3.5.177.1 | 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，有考核。 | 记录查看  现场检查  员工操作 | 1.制定有医疗仪器设备管理和使用人员的培训计划及考核方法（0.1分）； | 0.5 |
| 2.定期对设备管理和使用人员开展培训并有考核记录（0.2分）； |
| 3.现场考核相关工作人员操作（0.2分）。 |
| 3.5.177.2 | 为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.有指导临床使用仪器的相关资料（0.2分）； | 0.5 |
| 2.有技术支持工程人员联系方式，大型设备有技术工程师的巡检记录（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓提供技术支持与咨询服务的途径（0.1分）。 |
| （一百七十八）建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。（2分） | | | | |
| 3.5.178.1 | 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院建立有保障医学装备处于完好状态的制度与规范（0.2分）； | 0.8 |
| 2.制定有统一的医学装备运行状态标识，标识内容完整（0.2分）； |
| 3.使用科室定期自查并有记录（0.2分）； |
| 4.主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）。 |
| 3.5.178.2 | 急救、生命支持系统仪器装备应始终保持在待用状态。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工操作 | 1.有急救、生命支持系统仪器装备清单（0.1分）； | 0.7 |
| 2.使用科室建立急救、生命支持系统仪器装备使用状态记录表（0.2分）； |
| 3.主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）； |
| 4.现场抽查急救、生命支持系统仪器装备是否处于待用状态（0.2分）。 |
| 3.5.178.3 | 建立全院应急调配机制。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.建立与规模、功能相匹配的生命支持医疗器械故障的应急管理预案，装备故障时有紧急替代流程（0.1分）； | 0.5 |
| 2.优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配（0.1分）； |
| 3.有设备应急调配预案的演练（0.2分）； |
| 4.访谈员工知晓相关规定和流程（0.1分）。 |
| （一百七十九）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。（2分） | | | | |
| 3.5.179.1 | 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源管理。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有对医用耗材溯源管理的相关规定（0.2分）； | 1 |
| 2.有高值医用耗材、一次性使用无菌器械和其他医用耗材的采购记录，可追溯到每批产品的进货来源。（0.2分）； |
| 3.有高值医用耗材使用程序与记录（0.2分）； |
| 4.使用科室对高值医用耗材使用情况有重点监控、点评，对存在问题有整改（0.2分）； |
| 5.主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）。 |
| 3.5.179.2 | 医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有医用耗材使用不良事件报告与监测相关制度和流程（0.2分）； | 1 |
| 2.有医用耗材使用不良事件报告案例，报告质量和数量符合规定（0.2分）； |
| 3.使用科室对重点监控耗材有点评记录（0.2分）； |
| 4.主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况（0.2分）； |
| 5.员工知晓不良事件报告与监测相关规定（0.2分）。 |
| （一百八十）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。（1.5分） | | | | |
| 3.5.180.1 | 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.医学装备管理实行机构领导、医学装备管理部门与使用部门三级管理制度，成立医学装备管理委员会（0.2分）； | 0.5 |
| 2.建立有医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制（0.3分）。 |
| 3.5.180.2 | 医学装备部门建立质量安全小组。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  员工访谈 | 1..医学装备部门成立质量与安全管理小组，小组成员至少包括科主任、工程师与具备资质的质量控制人员，职责明确（0.1分）； | 0.5 |
| 2.制定有质量与安全管理小组年度工作计划并实施（0.2分）； |
| 3.有数据或案例体现质量与安全管理小组工作有成效（0.2分）。 |
| 3.5.180.3 | 医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.医学装备使用部门设专职或兼职管理人员，在医学装备管理部门的指导下，具体负责本部门的医学装备日常管理工作（0.1分）； | 0.5 |
| 2.使用科室有仪器设备维护保养（包括大型医用设备预防性维护保养）、自查记录（0.1分）； |
| 3.使用科室有大型设备管理台账（0.1分）； |
| 4.使用部门定期对医学装备的使用情况进行检查、分析，并对存在问题及时整改（0.2分）。 |

**六、后勤保障管理（15.7分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百八十一）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。（2分） | | | | |
| 3.6.181.1 | 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 现场检查 | 1.后勤保障管理组织机构健全，相关制度齐全，岗位职责明确（0.1分）； | 0.5 |
| 2..定期对后勤管理与工作人员进行培训与考核（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓相关制度职责（0.2分）。 |
| 3.6.181.2 | 后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.后勤保障部门制定有满足医疗服务流程需要的年度工作计划并实施（0.2分）； | 1 |
| 2.后勤管理部门对后勤服务有自查，对存在问题有分析、总结、整改（0.2分）； |
| 3.有患者对后勤服务的满意度调查，满意程度较高（0.2分）； |
| 4.现场检查后勤保障部门坚持“以患者为中心”具体措施的落实情况（0.2分）； |
| 5.有数据或案例体现后勤保障部门工作有成效（0.2分）。 |
| 3.6.181.3 | 对员工的合理需求，应当尽力予以满足。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有收集员工诉求的渠道和措施（0.1分）； | 0.5 |
| 2.定期征求员工意见，及时解决员工的合理需求（0.2分）； |
| 3.有员工对后勤服务的满意度调查，满意程度较高（0.2分）。 |
| （一百八十二）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。（1.2分） | | | | |
| 3.6.182.1 | 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。 | 文件查阅  现场检查 | 1.定期对后勤专业人员开展必要的安全教育和技能培训（0.2分）； | 0.5 |
| 2.特种设备操作人员持证上岗并及时更新有效证件（0.3分）。 |
| 3.6.182.2 | 按技术操作规范开展工作。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.制定有后勤相关岗位技术操作规程（SOP）（0.2分）； | 0.7 |
| 2.访谈员工知晓和现场抽查相关岗位技术操作规范（0.2分）； |
| 3.主管部门定期进行检查、分析，并对存在问题及时整改（0.3分）。 |
| （一百八十三）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。（2分） | | | | |
| 3.6.183.1 | 控制与降低能源消耗。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查 | 1.有节能减排方案和具体措施（0.2分）； | 1 |
| 2.有控制和节能计划培训资料（0.2分）； |
| 3.科室对节能工作开展情况有自查、分析，对存在问题有整改（0.3分）； |
| 4.主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况（0.2分）； |
| 5.有数据资料体现持续改进效果（0.1分）。 |
| 3.6.183.2 | 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。 | 文件查阅  记录查看  数据核查  现场检查  员工访谈 | 1.有物资采购、验收、入库、保管、出库等相关制度与流程及人员职责（0.2分）； | 1 |
| 2.有水、电、气设备在日常、夜间、节假日运行检查及维修保养的记（0.2分）； |
| 3.实地查看故障报修、处理流程通畅（0.2分）； |
| 4.科室和班组定期自查，对存在问题有整改（0.2分）； |
| 5.有数据或案例体现水、电、气、物资供应服务改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措（0.2分）。 |
| （一百八十四）为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。（2分） | | | | |
| 3.6.184.1 | 为员工提供膳食服务。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.有专职部门和人员负责膳食服务和指导工作（0.2分）； | 0.8 |
| 2.建立健全食品安全与卫生管理制度和岗位职责（0.2分）； |
| 3.医院食堂及其工作人员取得有关卫生许可证和健康证（0.2分）； |
| 4.现场查看医院食堂环境、设备设施符合卫生管理要求（0.2分）。 |
| 3.6.184.2 | 保障饮食卫生安全。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有食品原料采购、仓储、加工、食品留样的卫生管理相关制度和规范（0.2分）； | 1.2 |
| 2.供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求，有日常运行检查记录（0.2分）； |
| 3.定期对食堂工作人员开展饮食卫生安全及其技能培训（0.2分）； |
| 3.6.184.2 | 保障饮食卫生安全。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 4.有食品安全事件应急预案，每年组织演练（0.2分）； | 1.2 |
| 5.主管部门定期进行检查、分析，并对存在问题及时整改（0.2分）； |
| 6.访谈员工知晓饮食卫生安全相关知识（0.2分）。 |
| （一百八十五）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。（2分） | | | | |
| 3.6.185.1 | 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.有医疗废物管理规章制度及应急预案（0.2分）； | 1 |
| 2.院科两级有专人负责医疗废物、废液管理工作，岗位职责明确，访谈员工知晓相关规定（0.2分）； |
| 3.医疗废物、废液收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范（0.2分）； |
| 4.医疗废物处置暂存点建设规范、配置齐全，分类明确，转运交接台帐记录完整（0.2分）； |
| 5.主管部门每季度检查、分析、整改；有环保安全事故不得分（0.2分）。 |
| 3.6.185.2 | 污水管理和处置符合规定。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  数据核查  现场检查 | 1.有污水处理管理规章制度和操作规程（0.2分）； | 1 |
| 2.有专人负责污水处理,岗位职责明确，访谈员工知晓相关规定（0.2分）； |
| 3.污水站设施设备运行正常，记录完整（0.2分）； |
| 4.定期对污水排放进行监测，监测指标符合排放要求（0.2分）； |
| 5.污水处理环评验收合格（0.2分）。 |
| （一百八十六）落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全，为医患双方营造良好诊疗环境。（3分） | | | | |
| 3.6.186.1 | 落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》等有关规定要求，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全。 | 文件查阅 | 1.建立医院安全秩序管理工作制度，有明确的组织架构，医院主要负责人是第一责任人（0.2分）； | 0.5 |
| 2.制定落实风险排查、安全防控、守护巡查、应急处置、教育培训、定期检查等安全保卫工作制度（0.3分）。 |
| 3.6.186.2 | 加强医院保卫队伍建设，根据人流量、地域面积等情况，配齐配强专职保卫人员，聘用足够的保安员。 | 现场检查  记录查看 | 1.医院要根据人流量、地域面积、建筑布局以及所在地社会治安形势等实际情况，配齐配强专职保卫人员，聘用足够的保安员（医院保安员数量应当遵循“就高不就低”原则，按照不低于在岗医务人员总数的3％或者20张病床1名保安或日均门诊量3‰的标准配备）（0.2分）； | 0.7 |
| 2.制定有医院专职保卫人员招录、职级晋升、职业培训等职业保障制度，经培训合格后持证上岗（0.2分）； |
| 3.对专职保卫人员和保安员加强相关法律知识和保卫业务、技能培训，规范保安员考核评价，提高职业能力和水平（0.2分）； |
| 4。保安员在秩序维护、突发事件处置、日常巡逻等方面责任要明确到岗位、到个人并落实（0.1分）。 |
| 3.6.186.3 | 加强医院物防设施建设，为在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设施和防护器械。医院供水、供电、易燃易爆物品存放等重点要害部位安装安全防护设施。 | 文件查阅  员工操作 | 1.在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设备和防护器械（0.1分）； | 0.5 |
| 2.医院供水、供电、供气、供热、供氧、“毒、麻、精、放”药（物）品、易燃易爆物品存放库房等重点要害部位应当按照相关规定或者标准安装安全防护设施（0.2分）； |
| 3.医院周界要设置围墙或栅栏等实体防护设施，出入口、挂号处等人员密集处要设置隔离疏导设施（0.2分）。 |
| 3.6.186.4 | 加强医院技防系统建设，建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，设置安全监控中心，重点区域视频监控全覆盖。 | 现场检查  记录查看 | 1.医院建立入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，并实现系统间互联互通（0.2分）； | 0.7 |
| 2.医院要设置安全监控中心，实现医院内公共区域、重点区域视频监控全覆盖（0.2分）； |
| 3.医院门卫室、各科室、重点要害部位要安装一键式报警装置，并与医院安全监控中心联网，确保发生突发事件时能及时通知保卫机构和保安员，迅速现场先期处置（0.2分）； |
| 4.有处理各类突发事件的案例或记录（0.1分） 。 |
| 3.6.186.5 | 强化医院警务室建设，三级医院和有条件的二级医院设立警务室，配备必要警力；尚不具备条件的根据情况在周边设立治安岗亭（巡逻必到点）。 | 现场检查 | 1.医院设立警务室，配备必要警力；医院应当为警务室提供必要的工作条件（0.2分）； | 0.6 |
| 2.警务室（站）民警应当组织指导医院开展安全检查、巡逻防控、突发事件处置等工作（0.2分）； |
| 3.有案例证明在公安机关的指导下强化医院警务室（站）正规化、专业化、智能化建设，实现警医联动，互联互通，提高突发事件的处置能力（0.2分）。 |
| （一百八十七）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。（2分） | | | | |
| 3.6.187.1 | 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.设置有消防安全管理部门，建立消防安全管理相关制度，岗位职责明确（0.1分）； | 1 |
| 2.消防系统设备完好，有消防设备设施每月检查、维护、保养、维修记录（0.2分）； |
| 3.,定期（至少每年一次）进行全院职工的消防安全教育培训，开展灭火和应急疏散演练，掌握消防安全常识和技能（0.4分）； |
| 4.根据消防安全要求，开展日常巡查、季度检查、年度检查、专项检查等，有完整的检查记录，对上述检查发现的问题有整改及追踪（0.2分）； |
| 5.建筑符合消防安全要求（0.1分）。 |
| 3.6.187.2 | 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.特种设备相关管理人员持证上岗，有相关管理制度、操作规程和人员岗位职责（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有特种设备维护、维修记录；特种设备需年检并合格才能投入使用（0.1分）； |
| 3.有特种设备清单，设备管理档案齐全，有培训、演练记录（0.1分）； |
| 4.使用科室定期自查、分析，对存在问题及时整改（0.1分）； |
| 5.有主管部门定期督查、反馈，对存在问题及时整改（0.1分）。 |
| 3.6.187.3 | 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.建立有危险品管理制度及管理人员岗位职责（0.1分）； | 0.5 |
| 2.有危险品种类与目录清单，有完整的采购、使用、消耗等登记资料，账物相符（0.1分）； |
| 3.危险品储存规范，有专人管理、专用柜、独立空间、双人双锁、监控设施、标识统一显眼（0.1分）； |
| 4.有危险品库每月巡查记录，有危险品应急预案和演练（0.1分）； |
| 5.主管部门定期督查、反馈，对存在问题及时整改（0.1分）。 |
| （一百八十八）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。（1.5分） | | | | |
| 3.6.188.1 | 深入开展爱国卫生运动，落实好医院病媒生物防治、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务，为患者提供清洁，温馨，舒适的医院环境。 | 文件查阅  记录查看  现场检查  患者访谈  员工访谈 | 1.设置有爱国卫生运动管理部门，建立相关制度，岗位职责明确（0.2分）； | 0.8 |
| 2.制定有年度爱国卫生工作计划并实施（0.2分）； |
| 3.定期开展爱国卫生相关知识培训及宣传（0.2分）； |
| 4.访谈员工及患者，对就医环境满意（0.2分）。 |
| 3.6.188.2 | 美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.制定有医院美化、硬化、绿化环境标准（0.2分）； | 0.7 |
| 2.主管部门定期对医院美化、硬化、绿化达标情况进行过检查、分析、整改（0.2分）； |
| 3.现场实地查看医院环境美化、硬化、绿化符合标准要求（0.3分）。 |

**七、应急管理（6.1分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百八十九）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。（1.6分） | | | | |
| 3.7.189.1 | 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，明确日常管理部门，院长是医院应急管理的第一责任人（0.2分）； | 1 |
| 2.医院总值班参与应急管理，各部门、各科室负责人在应急工作中有具体职责与任务（0.2分）； |
| 3.有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人（0.2分）； |
| 4.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求，员工知晓相关规定（0.2分）； |
| 5.有信息报告和信息发布相关制度且落实到位（0.2分）。 |  |
| 3.7.189.2 | 落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。 | 文件查阅  记录查看  现场检查 | 1.建立院长与职能部门、科室负责人应急管理责任制（如签订责任状）（0.2分）； | 0.6 |
| 2.主管部门定期检查、分析、反馈、整改（0.2分）； |
| 3.有数据或案例体现应急管理改进效果，或形成新预案、制度、规范、流程、举措（0.2分）。 |
| （一百九十）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。（1.5分） | | | | |
| 3.7.190.1 | 明确医院需要应对的主要突发事件策略。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院根据可能出现的突发事件和既往发生的事件，制定本医院需要应对的主要突发事件清单（0.2分）； | 0.5 |
| 2.对医院需要应对的主要突发事件进行灾害脆弱性分析、排序，明确相应的策略（0.3分）。 |
| 3.7.190.2 | 制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场检查  员工操作 | 1.根据需要应对的主要突发事件，制订和完善各类应急预案，明确各部门及相关人员职责以及应急反应行动的程序（0.2分）； | 1 |
| 2.访谈各部门及相关人员，知晓本部门职责及应急处置流程（0.2分）； |
| 3.医院各部门、各科室根据各自职能职责做好相应的应急预案的落实工作并定期自查、分析、整改（0.2分）； |
| 4.主管部门定期督查、分析、反馈，并落实整改（0.2分）； |
| 5.有数据或有案例体现应对的主要突发事件改进效果，或形成新预案、制度、流程、举措（0.2分）。 |
| （一百九十一）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。（2分） | | | | |
| 3.7.191.1 | 有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实。 | 文件查阅  记录查看 | 1.医院制定有对各级、各类人员的应急培训计划和演练计划（0.2分）； | 1 |
| 2.按计划对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能培训，并组织考核，内容涵盖本医院需要应对的主要公共突发事件（0.3分）； |
| 3.每年至少1次或按相关规定开展各类突发事件的应急演练（0.3分）； |
| 4.主管部门对应急培训和演练有分析、总结、反馈，并落实整改（0.2分）。 |
| 3.7.191.2 | 有考核，员工知晓，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  员工操作 | 1.应急培训与考核覆盖医院所有员工，并考核合格（0.2分）； | 1 |
| 2.访谈员工知晓相关应急预案及处置流程（0.2分）； |
| 3.抽选1-2个案例现场测试医院应急突发事件的反应能力（0.3分）； |
| 4.有数据或案例体现医院对应急突发事件的反应能力持续提升（0.3分）。 |
| （一百九十二）合理进行应急物资和设备的储备。（1分） | | | | |
| 3.7.192.1 | 合理进行应急物资和设备的储备。 | 记录查看  员工访谈  现场检查 | 1.有应急物资和设备的储备计划、管理制度、审批程序（0.1分）； | 0.6 |
| 2.有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记，有定期维护，确保效期，自查有记录（0.1分）； |
| 3.有应急物资的流转制度，应急物资应及时补充、更新满足应急需求（0.1分）； |
| 4.有主管部门至少每半年一次对应急物资和设备储备的检查与监管（0.1分）； |
| 5.访谈员工知晓应急物资、设备及制度流程的相关内容（0.2分）。 |
| 3.7.192.2 | 有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。 | 记录查看  现场检查  员工访谈 | 1.医院有多种供应渠道及其供应商名册（0.1分）； | 0.4 |
| 2.与供应商签订应急物资紧急配送协议（0.1分）； |
| 3.访谈管理人员知晓紧急配送联系方式，配送流程（0.2分）。 |

**八、科研教学与图书管理（8.7分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百九十三）有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果转移转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。（3.6分） | | | | |
| 3.8.193.1 | 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。 | 文件查阅  员工访谈 | 1.有科研工作管理制度（0.2分）； | 0.6 |
| 2.有鼓励全员参与科研工作的制度和办法（0.2分）； |
| 3.访谈员工知晓鼓励全员参与科研的制度和办法（0.2分）。 |
| 3.8.193.2 | 有促进科研成果转移转化的制度和激励措施。 | 文件查阅  记录查看 | 1．制定有将研究成果转移转化实践应用的激励政策（0.6分）； | 1.6 |
| 2.评审周期内医院至少有1项自主创新的适宜技术得到推广或院级研究成果转移转化实践应用或引进技术提高临床诊疗水平的案例（0.6分）； |
| 3.有省部级及以上研究成果转移转化实践应用的案例（0.4分）。 |
| 3.8.193.3 | 提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。 | 文件查阅  记录查看  现场查看  数据核查 | 1.有支持科研工作经费预算并落实（0.2分）； | 0.6 |
| 2.提供与科研相适应的科研条件与设施，如中心实验室/专业实验室建设、设备仪器购置等（0.2分）； |
| 3.有部门和人员支持和管理科研工作（0.2分）。 |
| 3.8.193.4 | 全面落实规范化继续医学教育工作。 | 文件查阅  记录查看  数据核查 | 1.国家级及自治区继续医学教育项目执行率：年度内有国家级或自治区级继续教育项目立项，且项目执行率达≥90%得0.2分，90%＞年度内项目执行率≥80%得0.1分，＜80%不得分。 | 0.8 |
| 2.卫生技术人员继续医学教育年度学分达标率：卫生技术人员总体达标率达到95%（0.3分），每降低1%扣0.05分，＜90%不得分。 |
| 3.全面覆盖卫生技术人员接受继续医学教育：卫生技术人员接受继续医学教育覆盖率达到95%（0.3分）；每降低1%扣0.05分，＜90%不得分。 |
| （一百九十四）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。（1.8分） | | | | |
| 3.8.194.1 | 开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.开展涉及人的生物医学研究经伦理委员会审查，有审查记录（0.3分）； | 0.5 |
| 2.员工知晓涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查（0.2分）； |
| 3.有违规擅自开展涉及人的生物医学研究案例本款不得分。 |
| 3.8.194.2 | 医疗机构应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程。 | 文件查阅 | 医院制定有完善的伦理审查工作制度或操作规程，包括但不限于审查标准、审查内容和程序等（0.3分）。 | 0.3 |
| 3.8.194.3 | 伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院成立伦理委员会并备案，人员组成、工作职责符合规定（0.2分）； | 1 |
| 3.8.194.3 | 伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 2.有伦理委员会章程、工作制度及工作流程（0.2分）； |
| 3.伦理委员会有开展日常管理、审查工作的记录，每年召开不少于2次的伦理委员会会议（0.2分）； |
| 4.伦理委员会委员每年不少于2次的伦理培训、学习记录（0.2分）； |
| 5.伦理委员会成员知晓伦理审查的工作内容（0.1分）； |
| 6.主管部门至少每半年督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况（0.1分）。 |
| （一百九十五）承担人类辅助生殖技术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人类辅助生殖技术标准要求，并取得相应资质认可。（1.5分） | | | | |
| 3.8.195.1 | 承担人类辅助生殖技术教育任务的医院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈 | 1.医院的人类辅助生殖技术培训师资、教学管理干部均取得相应的资质证明，并符合有关人类辅助生殖技术培训标准要求（0.3分）； | 0.9 |
| 2.医院重视人类辅助生殖技术师资培训，制定有教学培训规划、资金投入和保障制度并落实（0.2分）； |
| 3.有针对人类辅助生殖技术师资的培训学习记录（0.2分）； |
| 4.有主管院领导、专门部门和专职人员、专（兼）职教师负责人类辅助生殖技术培训管理工作（0.2分）。 |
| 3.8.195.2 | 设备、设施等资源配置符合有关人类辅助生殖技术培训标准要求。 | 文件查阅  现场检查 | 1.有保障人类辅助生殖技术培训的教学设备、设施配置到位的制度并落实（0.3分）； | 0.6 |
| 2.医院的设备、设施等资源配置符合要求（0.3分）。 |
| （一百九十六）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。（1.8分） | | | | |
| 3.8.196.1 | 根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。 | 文件查阅  现场查看 | 1.有图书馆提供文献查询服务（0.3分）； | 0.9 |
| 2.图书馆有专门科室管理，能满足临床科研教学需求（0.3分）； |
| 3.有数据或记录体现医院不断更新藏书刊总量和中外文数据库检索服务情况以满足临床科研教学需求（0.3分）。 |
| 3.8.196.2 | 开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。 | 现场查看  记录查看  员工访谈 | 1.可提供网络版医学文献数据库（中文、外文期刊库等）全文文献检索服务（0.3分）； | 0.9 |
| 2.有开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作（0.3分）； |
| 3.员工对图书馆资源、服务效率满意（0.3分）。 |

**九、行风与文化建设管理（5.8分）**

| 评审指标细则 | | 评审方法 | 评分细则 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （一百九十七）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。（2分） | | | | |
| 3.9.197.1 | 医院应当加强医务人员职业道德教育。 | 文件查阅  记录查看 | 1.制定有医务人员职业道德教育的相关规定及具体措施（0.2分）； | 0.6 |
| 2.制定有医务人员职业道德教育的培训计划（0.2分）； |
| 3.定期开展医务人员职业道德教育培训（0.2分）。 |
| 3.9.197.2 | 弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，在医院工作中予以体现。 | 文件查阅  现场查看  员工访谈 | 1以医院官网、微信公众号等多种媒介宣传弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，并在医院内树立先进典型和榜样（0.2分）； | 0.4 |
| 2.访谈员工知晓职业道德规范要求、法律法规、社会主义核心价值观及新时代医疗卫生职业精神内涵（0.2分）。 |
| 3.9.197.3 | 坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  患者访谈 | 1.有指定部门负责收集院内、外对医院服务意见和建议；有相应的制度流程（0.2分）； | 1 |
| 2.现场查看各种意见/建议收集渠道运行畅通（0.2分）； |
| 3.有收集意见和建议的原始记录及针对性分析、处理、回应记录，意见和建议得到有效解决（0.3分）； |
| 4.访谈患者的就医体验，对医院的服务满意（0.3分）。 |
| （一百九十八）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。（2分） | | | | |
| 3.9.198.1 | 重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力。 | 文件查阅  记录查看  员工访谈  现场查看 | 1.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（0.2分）； | 1 |
| 2.有指定部门负责医院文化建设工作，并制定有医院文化建设实施方案（0.2分）； |
| 3.对职工进行医院文化的培训和教育（0.2分）； |
| 4.持续推进医院精神文明建设，加强和深化全国文明单位、青年文明号创建工作，推动学雷锋志愿服务向广度和深度拓展，院内各部门、科室有开展多种形式的医院文化建设活动（0.2分）； |
| 5.主管部门对医院文化建设有年度总结分析，持续改进（0.2分）。 |
| 3.9.198.2 | 逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。 | 文件查阅  员工访谈  现场查看 | 1.医院文化建设发展规划坚持以患者为中心，以医疗质量为根本并贯穿于医院文化活动建设过程（0.2分）； | 1 |
| 2.医院文化建设实施方案体现医疗服务、队伍建设、学科建设、制度建设、学术研究、党建群团工作、安全生产、品牌形象、健康宣教等方面内容（0.2分）； |
| 3.医院文化建设内涵突出，特色鲜明，定期选树宣传表扬优秀医务工作人员，引导医务工作人员重品行、修医德、铸医魂精进医术。（0.3分）； |
| 4.访谈员工知晓医院文化内涵，文化特色（0.3分）。 |
| （一百九十九）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。（1.8分） | | | | |
| 3.9.199.1 | 贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》和《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.有医德医风管理组织体系，有主管部门负责管理与考评；有医德医风管理组织架构图（0.1分）； | 1 |
| 2.有医德医风考评方案及量化标准，考核结果公示（0.1分）； |
| 3.医务部、护理部、纪检监察室、人事科等部门有员工受到投诉及处理的原始资料，并将信息提供给医德医风考评机构（0.2分）； |
| 4.有落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的自查记录（0.2分）；（0.2分）； |
| 5.主管部门每年对医务人员进行考评，有医务人员考评记录及考评档案（0.2分）； |
| 6.有数据或案例体现医德医风持续改善（0.2分）。 |
| 3.9.199.2 | 建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。 | 文件查阅  记录查看  现场查看 | 1.医院建立有行风建设与管理的组织和制度体系，并配置专职行风建设人员（0.2分）； | 0.8 |
| 2.大力普及行风教育培训，新入职职工教育培训率达到100%（0.2分）； |
| 3.将行风表现纳入干部任用、职称晋升、评优评先中，实行一票否决制（0.2分）； |
| 4.建立廉政风险信息化风险管理平台，对重点领域、重点岗位、重点项目等实现风险点防控（0.2分）。 |