医院评审标准(2022 年版)

西藏自治区实施细则（试行）

为充分发挥医院评审标准在推动医院加强内部管理、提升医疗质量安全水平等方面的作用，根据《国家卫生健康委关于印发〈三级医院评审标准(2022 年版)〉及其实施细则的通知》(国卫医政发〔2022〕31 号)，自治区卫生健康委在保持主体框架和内容不变的基础上，结合我区实际，根据医疗行业发展情况，对部分条款进行了修订，制定《医院评审标准(2022 年版)西藏自治区实施细则（试行）》和《医院评审标准（2022 年版）西藏自治区实施细则指标手册（试行）》。

《医院评审标准(2022 年版)西藏自治区实施细则（试行）》共设 3 个部分、106 节、617 条监测指标和现场检查标准。

评审得分实行千分制，第一部分前置要求为“一票否决”项，不设分值；第二部分权重占总得分 60%；第三部分权重占总得分 40%。评审结果判定采取“不计总分，第二、三部分结合”的方式，判定相应等次必须同时满足以下两个条件：

- （一）三级甲等：第二部分不低于 75%，第三部分不低于 80%。
- （二）三级乙等：第二部分不低于 70%，第三部分不低于 70%。
- （三）二级甲等：第二部分不低于 65%，第三部分不低于 60%。
- （四）二级乙等：第二部分不低于 60%，第三部分不低于 55%。

一、第一部分为前置要求部分

共设 4 节 27 条评审前置条款。本部分旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

- （一）评审周期为 4 年。医院在评审周期内发生一项及以上情形

的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

(二)自治区卫生健康委在收到参评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要求的情况，征询时间不少于7个工作日。

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78节405条监测指标，内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测，以及DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据，其中限制类医疗技术仅限于开展此类技术的医院，未开展的不纳入监测范围。数据统计周期为全评审周期。

本部分分数为600分，监测指标及赋分见《医院评审(2022年版)西藏自治区实施细则指标手册(试行)》。

(一) 指标选择原则

1. **维度全面。**数据包括质量、安全、能力、效率、运行等维度。
2. **专业均衡。**对于综合医院，16个重点专业质量控制指标和51个单病种(术种)质量控制标准全部纳入监测。
3. **质量优先。**优先选择数据质量普遍较高的监测指标。
4. **重点突出。**开展限制类技术、人体器官捐献、获取和移植技术的医院，必须将“重点医疗技术临床应用质量控制指标”相关数据纳入监测；提供国家医疗质量安全改进目标相关医疗服务的医院，须将“国家医疗质量安全目标改进情况”全部纳入监测。
5. **动态调整。**结合我区卫生健康工作重点、医院管理实际等，监测指标将进行动态调整。

(二) 数据采集原则

1. 采集全评审周期的数据。
2. 行业政策在医院评审周期内发布的，医院从政策发布的第二年进行完整统计，发布当年的数据不纳入统计。

3. 数据按年度进行统计。按日、月、季获取的数据，采用均值计算年度数据。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，采用中位数或平均数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

(三) 数据采集方式

对已评审的三级医院，每年 2-3 月份统一组织采集上一年度监测数据，新申请评审的医院提前 1-2 个月进行监测数据填报、审核与确认。

(四) 评分规则

1. 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”。

2. 连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

(五) 数据核查原则

1. 现场检查时，对本部分数据进行复核，复核数据比例不少于参评医院评审监测数据的 20%。

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

错误数据比例	惩罚性扣分比例
1%(含)-5%	2%
5%(含)-10%	5%
10%(含)-15%	10%
15%(含)以上	不予通过

(六) 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，数据应当有负责部门，有条件的应当设置汇总部门。

3. 对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

三、第三部分现场检查部分。

共设 24 节 185 条标准，内容包括医院功能与任务、临床服务质量与安全管理、医院管理。基于我区医疗卫生服务能力实际情况，将限制类技术、临床营养、放疗、核医学、静脉药物调配中心、药物和器械临床试验、日间手术和化疗等内容共 20 条 60 款设为可选加分项(标记为★)，后续根据全区医疗服务能力情况进行动态调整。

本部分分数为 440 分，其中 400 分为必选项分值，40 分为可选加分项分值。为便于评价，必选项分值现场检查按 2000 分进行赋分，评价结果将按照总分 400 分进行换算。必选项换算得分(按照 2000 分实际得分/5)；可选加分项分值现场检查按 200 分进行赋分，评价结果将按照总得分 40 分进行换算，未达标或未开展不扣分；可选加分项换算得分(按照 200 分实际得分/5)。

评审员采用下列方法对内容逐项进行符合程度判断：

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

【记录查看】 查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。

【员工访谈】 现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括开会集体访谈等。

【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、员工行为和协作，对照评审标准和医院要求评判符合程度。

【员工操作】 评审现场要求员工完成特定操作的内容。

【患者访谈】 评审员对患者或家属开展访谈。

【病历检查】 评审现场对运行病历进行检查。

【病案检查】 评审员提前或现场对特定归档病历进行检查。

【数据核查】 同第二部分“医疗服务能力与质量安全监测数据”第五条“数据核查原则”。

目 录

第一部分 前置要求	8
第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据	12
第三部分 现场检查	12
第一章 医院功能与任务	12
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(26分)	12
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(32分)	13
三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务(31分)	15
四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治	17
(14分)	17
第二章 临床服务质量与安全管理	19
一、医疗质量管理体系和工作机制(189分)	19
二、医疗质量安全核心制度(303分)	29
三、医疗技术临床应用管理(91分)	53
四、医疗安全风险防范(106分)	66
五、诊疗质量保障与持续改进(340分)	73
六、护理质量保障与持续改进(111分)	101
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进(76分)	109
八、检查检验质量保障与持续改进(113分)	116
九、输血管理与持续改进(52分)	127
十、医院感染管理与持续改进(106分)	131
十一、中医诊疗质量保障与持续改进(30分)	139
第三章 医院管理	141
一、管理职责与决策执行机制(69分)	141
二、人力资源管理(91分)	144
三、财务和价格管理(79分)	150
四、信息管理(46分)	155
五、医学装备管理(80分)	159
六、后勤保障管理(92分)	163
七、应急管理(41分)	168
八、科研教学与图书管理(49分)	170
九、行风与文化建设管理(33分)	175

第一部分 前置要求

- 依法设置与执业
- 公益性责任和行风诚信
- 安全管理与重大事件
- 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，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，与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构；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《人体器官移植条例》，买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动，未经许可开展人体器官获取与移植技术。

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

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

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

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

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

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

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

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

(十五) 其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

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

(二) 应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

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

(四) 发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

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

三、安全管理与重大事件

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

(二) 发生重大医院感染事件，造成严重后果。

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

(四) 发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

(五) 发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

四、综合管理

(一) 三级医院未达到电子病历系统应用水平分级评价 4 级及以

上；二级医院未达到电子病历系统应用水平分级评价 3 级及以上（暂以国家卫生健康委员会医院管理研究所智慧医院分级评价平台评价结果为准）。

（二）贯彻落实“四件大事”“四个创建”决策部署不力，造成严重后果。

（三）贯彻落实民族团结进步和反分裂斗争工作不力，造成不良后果。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

详见《医院评审(2022年版)西藏自治区实施细则指标手册(试行)》

第三部分 现场检查

第一章 医院功能与任务

一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划(26分)

评价标准		分值
(一)医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。		10
【概述】医院的功能是指医院所具有的对社会提供特定价值的的能力，包括但不限于医疗、教学、科研和预防保健。医院的任务是用这些能力完成政府、社会需要的或指定的事项、工作。医院应当根据本区域的卫生发展规划，理清医院的功能和任务。		
1.1.1.1 医院有明确的功能和任务。 (6分)	1.1.1.1.1 医院的功能、任务和定位明确，规模适度，符合区域卫生规划。	2
	1.1.1.1.2 医院宗旨、愿景、目标和功能任务符合本区域卫生发展规划。	2
	1.1.1.1.3 有符合医院实际、体现功能和任务的医院章程与医院文化。	1
	1.1.1.1.4 多途径向全体员工、患者及社会宣传医院宗旨与愿景，员工知晓医院宗旨、愿景、目标和功能任务。	1
1.1.1.2 功能和任务符合本区域卫生发展规划。(4分)	1.1.1.2.1 功能与任务符合本区域医疗卫生服务体系规划等要求。	2
	1.1.1.2.2 医院各项工作围绕功能与任务开展，并取得成效。	2
(二)制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。		10

【概述】医院应当立足于医院的功能和任务，建立和完善医院的愿景和发展目标，制定医院中长期规划，并细化分解到年度计划；医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。		
1.1.2.1 医院制定中长期规划及年度计划，并经职工代表大会或院长办公会通过。(6分)	1.1.2.1.1 有医院中长期规划，体现愿景和发展目标，并细化分解到年度计划。	2
	1.1.2.1.2 医院中长期规划、年度计划多形式征求职工意见，由各部门共同讨论制定。	2
	1.1.2.1.3 医院中长期规划、年度计划需经院长办公会讨论通过、党委会集体决策，或经职工代表大会通过后方可组织实施。	2
1.1.2.2 医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。(4分)	1.1.2.2.1 各部门和科室有配套年度计划并落实。	2
	1.1.2.2.2 各部门和科室对年度计划执行情况定期总结、分析。	1
	1.1.2.2.3 主管职能部门有定期督导、检查、评估与改进，确保医院规模和发展目标与功能任务一致。	1
(三)医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。		6
【概述】提供急危重症和疑难疾病诊疗是三、二级医院的基本功能任务。医院应当针对本区域内常见的急危重症和疑难疾病来配置设施设备、技术梯队，并通过持续学习和继续教育等方式，提升员工服务能力。		
1.1.3.1 医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备和技术梯队。(3分)	1.1.3.1.1 有服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备。	2
	1.1.3.1.2 人员技术梯队满足急危重症和疑难疾病诊疗需求。	1
1.1.3.2 医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的处置能力，提供24小时急危重症诊疗服务。(3分)	1.1.3.2.1 具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的处置能力，提供24小时急危重症诊疗服务。	1.5
	1.1.3.2.2 医院急危重症和疑难疾病医疗处置能力符合相关要求。	1.5

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(32分)

评价标准	分值(分)
(四)坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。	10

【概述】医院的公益性包括但不限于保障广大人民群众的健康需要，为人民群众提供公平可及、优质高效的医疗卫生服务，以保障人们的健康需要和增强社会效益。		
1.2.4.1 制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范。(2分)	1.2.4.1.1 有保障基本医疗卫生服务的相关制度和规范。	1
	1.2.4.1.2 相关人员知晓并落实。	1
1.2.4.2 参加并完成政府部门指定的社会公益性任务。(4分)	1.2.4.2.1 参加并完成政府部门指定的社会公益性任务。	2
	1.2.4.2.2 开展义诊、医疗服务下乡、健康促进等公益活动，有记录。	2
1.2.4.3 医院住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本区GDP年均增幅。(4分)	1.2.4.3.1 有控制住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅的措施并落实。	2
	1.2.4.3.2 有数据体现平均医疗费用增幅低于本区GDP年均增幅。	2
(五)根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。		11
【概述】传染病、食源性疾病的防治是医院的法定责任，也体现了医院的社会责任，医院应当建立全流程的传染病、食源性疾病的防治体系，并对医务人员开展相关的知识和技能培训，定期开展演练和检查，确保员工掌握、落实。		
1.2.5.1 制定传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等制度和规范。(6分)	1.2.5.1.1 有传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等制度和规范。	2
	1.2.5.1.2 严格执行预检分诊，有效开展传染病和食源性疾病的发现、救治、报告、预防与控制等工作。	2
	1.2.5.1.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	2
1.2.5.2 定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病的防治知识和技能培训与处置演练(5分)	1.2.5.2.1 有医院传染病、食源性疾病的防治知识与技能培训计划并组织落实和考核。	2.5
	1.2.5.2.2 定期组织医院传染病、食源性疾病的防治应急处置演练。	2.5
(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。		11

【概述】各类医院应当按照国家及省级相关规定将基本药物作为首选药物并达到一定使用比例，加强合理用药管理，确保规范使用基本药物。		
1.2.6.1 制定优先使用基本药物的相关规定。(4分)	1.2.6.1.1 有优先使用国家基本药物的相关规定、具体措施及监督体系，对医务人员进行培训。	2
	1.2.6.1.2 科学设置合理使用基本药物的任务指标，将基本药物使用情况纳入医院考核评价体系。	2
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。(7分)	1.2.6.2.1 《国家基本药物目录》品种配备率、药品使用率符合规定。	3
	1.2.6.2.2 《国家基本药物目录》中的品种优先纳入《药品处方集》和《医院基本用药供应目录》，优先采购基本药物并使用。	3
	1.2.6.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。基本药物使用规范合理。	1

三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务(31分)

评价标准		分值(分)
(七)加强医联体(医共体)建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医院服务能力。		10
【概述】建设和发展医联体(医共体)，实行分级诊疗制度，是深化医疗医保医药联动改革、合理配置资源，使基层群众享受优质便利医疗服务，促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措，医院应当建立双向转诊机制，同时鼓励和落实医疗技术力量下沉基层，提升基层医疗机构服务能力。		
1.3.7.1 根据医联体(医共体)建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。(4分)	1.3.7.1.1 有医联体(医共体)管理部门，有建设规划及实施方案，并组织实施。	1
	1.3.7.1.2 有完善的医联体内部分工协作机制。	2
	1.3.7.1.3 逐步推进专科联盟建设、远程医疗协作等措施并落实。	1
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。(4分)	1.3.7.2.1 有分级诊疗管理制度并落实。	2
	1.3.7.2.2 有双向转诊制度、标准与相关服务流程。	2
1.3.7.3 提升医联体(医共体)服务能力。(4分)	1.3.7.3.1 有提升基层医疗机构服务能力的措施并落实。有适宜技术项目下沉基层医疗机构的记录。	1

共体)内基层医疗机构服务能力。(2分)	1.3.7.3.2 主管职能部门每年至少进行一次医联体(医共体)相关工作自查自评,对工作有督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(八)将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划,有实施方案,由专人负责。		11
【概述】对口支援工作是医院公益性的体现,医院应当将其纳入院长目标责任制和医院年度工作计划,显著提升受援医院对常见病、多发病、部分危急重症的诊疗能力。社区卫生服务是城市卫生工作的重要组成部分,是实现人人享有初级卫生保健目标的基础环节。		
1.3.8.1 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划内容。(4分)	1.3.8.1.1 将对口支援下级医院和社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划。	2
	1.3.8.1.2 有对口支援下级医院和社区卫生服务工作、慢性病管理相关制度,双方签署协议,制定实施计划并落实。	2
1.3.8.2 有专人负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作。(7分)	1.3.8.2.1 有指定部门和人员专门负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作。	2
	1.3.8.2.2 有执业医师晋升相应技术职称服务基层医疗机构的相关规定,符合国家相关要求并落实。	3
	1.3.8.2.3 相关职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
	1.3.8.2.4 有数据或案例体现受援单位服务能力、管理水平等方面明显提升。	1
(九)承担“万名医师支援农村卫生工程”项目、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。		10
【概述】万名医师支援农村卫生工程、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是体现医院公益性的途径和要求,医院应制定相关的制度、方案,并有具体措施予以保障。		
1.3.9.1 承担“万名医师支援农村卫生工程”项目、健康扶	1.3.9.1.1 有承担“万名医师支援农村卫生工程”项目、健康扶贫等政府指令性任务的制度、方案,有具体措施予以保障。	1.5
	1.3.9.1.2 有指定部门和人员负责“万名医师支援农村卫生工程”项目、健康扶贫等相关工作。	1

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。(5分)	1.3.9.1.3 针对受援医院的需求,制订重点扶持计划并组织实施,在技术指导、人才培养及管理等方面开展帮扶。	1.5
	1.3.9.1.4 有健康扶贫具体措施并落实。	1
1.3.9.2 承担为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务,制订相关的制度、方案,并有具体措施予以保障。(5分)	1.3.9.2.1 有为下级医院培养卫生技术人员的制度、方案,有具体措施予以保障。	2
	1.3.9.2.2 有指定部门和人员对培训统一管理,全过程监管。	1
	1.3.9.2.3 有完整的培训资料。	1
	1.3.9.2.4 有数据、案例体现完成政府指令性任务的成效。	1

四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治 (14分)

评价标准		分值(分)
(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,承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。		14
【概述】突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治是医院必须具备的能力和 responsibility,医院应当根据各级政府的应急预案制定本院的突发公共卫生事件和重大事故灾害应对方案,积极参与政府相关指令性工作,对救治救援不得推诿。		
1.4.10.1 遵循各级政府制定的应急预案,承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。(4分)	1.4.10.1.1 有指定部门负责突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治管理工作,严格执行各级政府制定的应急预案。	2
	1.4.10.1.2 承担政府指令性突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治任务,有总结分析。	2
1.4.10.2 完善应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急	1.4.10.2.1 有应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案。	1.5
	1.4.10.2.2 主管职能部门根据演练及实际工作,及时对预案评估、修订。	1.5

急医疗救援与紧急救治应急预案 (6分)	1.4.10.2.3 按照“平急结合、防治结合”要求，有可转换病区应急预案与流程，确保病区功能快速转换。	2
	1.4.10.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
1.4.10.3 定期组织应急预案培训与演练。(4分)	1.4.10.3.1 定期组织应急预案培训与演练。	2
	1.4.10.3.2 有应急管理人员、专业技术人员、技术保障人员分层次、分专业培训并考核，相关人员知晓。	2

第二章 临床服务质量与安全管理

一、医疗质量管理体系和工作机制(189 分)

评价标准		分值(分)
(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。		16
【概述】根据《医疗质量管理办法》建设覆盖全院、全程和全员的医疗质量管理体系，包括组织架构、制度规范、部门分工、运行机制等。各部门根据职责分工制定工作计划并落实，定期开展检(督)查、数据采集与分析反馈，通过风险管理和绩效奖惩等措施推动医疗质量持续改进，并明确医疗质量管理的院级、科级责任范畴。		
2.1.11.1 建立医疗质量管理体系，有明确的体系架构、内容。(6分)	2.1.11.1.1 建立医疗质量管理体系，有医院医疗质量管理组织架构图，能反映医院医疗质量管理组织结构。实行医疗质量管理院、科两级责任制。	2
	2.1.11.1.2 医院医疗质量管理组织健全，主要包括：医疗质量管理委员会、各相关管理委员会、各职能部门、科室医疗质量管理工作小组等。有质量管理专门部门，负责医院质量管理工作。	2
	2.1.11.1.3 有医院医疗质量管理制度和实施方案，方案包括医院质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等。	2
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。(8分)	2.1.11.2.1 各管理组织制定相应的质量管理工作计划，并组织实施，体现持续改进。	2
	2.1.11.2.2 医疗质量管理委员会及各相关管理委员会定期研究医院质量管理工作，有总结分析及持续改进，有记录。	2.5
	2.1.11.2.3 各职能部门履行管理职能，定期开展检(督)查、数据采集与分析反馈，通过风险管理和绩效奖惩等措施推动医疗质量持续改进。	2
	2.1.11.2.4 科室医疗质量管理工作小组履行职责。	1.5
2.1.11.3 院科两级责	2.1.11.3.1 院领导、各部门和各科室负责人的职责中，有明确的医疗质量管理要求。	1

任制体现在各自的职责中,负责人知晓本人职责。(2分)	2.1.11.3.2 医院主要负责人和各业务科室主要负责人知晓本人职责,发挥第一责任人作用。	1
(十二)设立医疗质量管理委员会,人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作,并发挥统筹协调作用。		11
【概述】医疗质量管理委员会是本机构医疗质量管理工作的负责组织,其人员组成、职责应符合《医疗质量管理办法》要求,并组织开展本机构质控工作,工作内容有记录且可追溯。同时,医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作,并发挥统筹协调作用。		
2.1.12.1 医疗质量管理委员会人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。(4分)	2.1.12.1.1 医院有医疗质量管理委员会,主任委员由医院主要负责人担任,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,由质量管理部门具体负责日常工作,职责明确。	2
	2.1.12.1.2 在医疗质量管理委员会下设立医疗质量与安全管理委员会、护理管理委员会等管理委员会,各委员会人员组成符合要求,职责明确。	2
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。(5分)	2.1.12.2.1 医疗质量管理委员会和各相关管理委员会有工作制度、年度工作计划及相关工作记录。	2
	2.1.12.2.2 医疗质量管理委员会和各相关管理委员会履行职责,定期召开相关质量与安全会议,有记录。各相关管理委员会定期向医疗质量管理委员会汇报工作,为制定医院质量管理目标及计划提供决策支持。	3
2.1.12.3 医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作,并发挥统筹协调作用。(2分)	2.1.12.3.1 各相关管理委员会承接、配合各级相应质控组织开展工作,并发挥统筹协调作用。	2
(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。		16

<p>【概述】科室医疗质量管理工作小组是业务科室自我管理的重要体现形式，科室员工应当明确科室层面自我管理的意义，鼓励员工层面的自我管理。科室医疗质量管理工作小组职责应当包括《医疗质量管理办法》所规定的全部内容，提倡自我检查和自我改进。</p>		
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。（3分）	2.1.13.1.1 各业务科室有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，科室主要负责人为第一责任人。	1
	2.1.13.1.2 科室医疗质量管理工作小组由科室负责人、护士长和相关人员组成，负责科室全面质量管理与持续改进工作，指定专人负责日常具体工作。	2
2.1.13.2 制定工作计划，有工作记录，可追溯。（13分）	2.1.13.2.1 科室医疗质量管理工作小组有工作计划。	2
	2.1.13.2.2 科室医疗质量管理工作小组定期自查，有工作记录，对存在问题有分析、整改。	3
	2.1.13.2.3 定期对科室质量管理指标进行统计与分析，对存在问题有改进措施并落实。	3
	2.1.13.2.4 定期召开科室医疗质量管理工作会议，总结科室质量管理情况，对存在问题提出改进建议，有记录。	3
	2.1.13.2.5 主管或相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查科室整改落实情况。	2
(十四)建立健全医疗质量管理培训考核制度和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。		12
<p>【概述】医疗质量管理具有专业和管理双重属性，其中专业人员是医疗质量管理工作的主体。因此从事医疗质量管理工作需要接受专门的管理技能培训，包括管理学知识培训、管理工具应用培训，数据管理和必要的统计分析培训等。医院应当建立相关培训考核制度，通过进修、专班培训和在工作中自学、上级带教等措施提升专业人员质量管理能力，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。</p>		
2.1.14.1 建立健全医疗质量管理培训考核制度，培训范围包括所有参与医疗质量管理工作的相关人员，有相关培训记录。（7分）	2.1.14.1.1 有医疗质量管理培训考核制度。	1
	2.1.14.1.2 有医疗质量管理培训方案及落实措施，培训内容至少包括管理学知识、管理工具应用、数据管理和统计分析等。	2.5
	2.1.14.1.3 医院领导、职能部门管理人员及科室质量管理人员定期接受质量管理培训，有记录。	2.5
	2.1.14.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，持续改进培	1

	训效果。	
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作用。(5分)	2.1.14.2.1 有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性,并发挥在质量管理工作中作用。	2.5
	2.1.14.2.2 通过进修、专班培训和在工作中自学、上级带教等措施,提升专业人员质量管理能力,有相关资料说明。	2.5
(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。		15
【概述】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是保障医疗质量安全的基础。医院应当监督、指导员工在诊疗工作中依照相关规范开展医疗服务;在机构层面开展遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求培训和督查工作,并指导临床科室开展自查。		
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、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。(12分)	2.1.15.1.1 医务人员严格遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等要求开展临床诊疗工作。	3
	2.1.15.1.2 对医务人员开展临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等培训,对新发布的指南先培训、后执行。	2.5
	2.1.15.1.3 建立因特殊情况下超诊疗指南开展诊疗活动的管理制度和审批流程,并向主管职能部门备案。	1.5
	2.1.15.1.4 有临床路径管理工作体系,负责临床路径管理工作。有工作制度并落实。	2
	2.1.15.1.5 逐步实行临床路径信息化管理。	1
	2.1.15.1.6 临床路径入组率、完成率、变异率、死亡率、平均住院日、平均住院费用、临床路径管理病例数占出院病例数比例等相关指标符合医院相关要求。	2
2.1.15.2 对落实上述诊疗指南、规范、行业标准和临床路径等开展定期或不定期的自查和督查。(3分)	2.1.15.2.1 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1.5
	2.1.15.2.2 相关职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况	1.5

(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。		12
【概述】为保障患者生命权、健康权、知情权、选择权、隐私权等法定个人权利，医院和医务人员开展医疗服务应当履行告知义务，按照相关规定取得患者或/和近亲属同意认可，手术、特殊检查、特殊治疗还应获得患者或/和近亲属明确同意的资料(包括但不限于书面同意、录音录像和律师公证等)。告知是让患者或/和近亲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，方便患者自主选择。同时，保护患者隐私应成为医院员工在各种医疗活动中必需遵守的共性要求。		
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。(6分)	2.1.16.1.1 有患者知情同意、保障患者合法权益的相关制度与流程，对全体医务人员进行医患沟通、知情同意等培训。	1.5
	2.1.16.1.2 对患方病情、诊断、医疗措施、医疗风险和替代医疗方案进行告知，有统一规范的知情同意书模板。	1
	2.1.16.1.3 对手术、特殊检查、特殊治疗等，医务人员能够使用通俗易懂的方式与患方进行沟通，告知充分，获得患者或/和近亲属明确同意的资料；知情同意书按相关要求进行了保管。	2
	2.1.16.1.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.1.16.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
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。(4分)	2.1.16.2.1 尊重患者隐私权，对患者的隐私保密，有保护患者隐私的设施和管理措施。	2
	2.1.16.2.2 相关人员知晓并落实。	1
	2.1.16.2.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.1.16.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.1.16.3 尊重民族习惯和宗教信仰。(2分)	2.1.16.3.1 有尊重民族习惯和宗教信仰的相关规定。	1
	2.1.16.3.2 相关人员知晓并落实。	1
(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。		10
【概述】医疗质量管理与控制涉及医院全院、临床诊疗服务全过程，医院应当将所有人员、设施设备、环境纳入医疗质量管理和控制的范围，并制订相关制度。		

2.1.17.1 医院建立有全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制制度。(10分)	2.1.17.1.1 有医院全员参与、覆盖医疗全过程的医疗质量管理与控制工作制度，有明确的核心制度，且符合本院实际。	2.5
	2.1.17.1.2 对制度定期修订和及时更新。	3
	2.1.17.1.3 有院、科两级培训，相关人员知晓并落实。	2.5
	2.1.17.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	2
(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。		19
【概述】运用管理工具是提升医疗质量管理工作效率和效率的有效方法。质控指标是开展医疗质量管理工作的基础性工具，医院应当结合国家和行业的要求，建立适合本院实际情况的指标体系，明确相关指标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式，质量管理部门应当掌握本院医疗质量基础数据。		
2.1.18.1 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价。(6分)	2.1.18.1.1 有医院领导、职能部门管理人员和科室质量安全管理人接受医疗质量管理工具的培训计划并落实。	1.5
	2.1.18.1.2 医院管理人员掌握一种以上医疗质量管理常用工具。	1.5
	2.1.18.1.3 职能部门及科室能够运用质量管理工具规范临床诊疗行为、统计分析质量安全指标、改进重大质量缺陷等。	2
	2.1.18.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
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。(6分)	2.1.18.2.1 有本院医疗质量管理指标体系，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”等相关指标。	1.5
	2.1.18.2.2 医院对各业务科室有明确的质量安全指标，定期评价各科室医疗服务能力与质量水平。	2
	2.1.18.2.3 各相关职能部门及科室对医疗质量管理相关指标，尤其对重点指标定期进行收集、汇总、分析、反馈及改进。	2.5
2.1.18.3 相关人员应当掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础	2.1.18.3.1 指定部门负责医疗质量基础数据集中归口管理，明确相关指标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式。	2
	2.1.18.3.2 相关人员(院领导、相关职能部门人员、相关科室人员)掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据及产生过程、影响因	1

数据。(7分)	素。	
	2.1.18.3.3 科室定期分析质量安全监测指标变化趋势，针对负向趋势有原因分析、改进措施并落实。	1
	2.1.18.3.4 相关职能部门定期分析质量安全监测指标变化趋势，为制订本部门质量管理与持续改进目标提供依据。	2
	2.1.18.3.5 有数据或案例体现持续改进效果。	1
(十九)加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。		16
【概述】临床专科服务能力是医疗质量的核心，随着人口老龄化、疾病谱的改变，“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式成为系统性解决患者就医疾病，提高诊疗效果的有效途径。因此，医院应当持续加强临床专科服务能力建设，促进各临床专科协同和中西医共同发展，积极开展多学科诊疗活动，以提升复杂、疑难疾病的诊疗能力和诊疗效果。		
2.1.19.1 制订切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际情况的专科建设发展规划，并组织实施。(9分)	2.1.19.1.1 有切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际情况的临床专科服务能力建设发展规划，并组织实施。	3
	2.1.19.1.2 科室根据医院总体规划制定本科室专科建设发展规划，并实施。	2
	2.1.19.1.3 各专科相关人员知晓本科室的专科建设发展规划。	1
	2.1.19.1.4 科室按本专科发展规划开展工作，定期总结及整改。	2
	2.1.19.1.5 主管职能部门有定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.1.19.2 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。(7分)	2.1.19.2.1 重视专科协同和中西医共同发展，建立“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式。	2
	2.1.19.2.2 有相关管理制度与流程支持开展多学科诊疗模式，诊疗范围明确，各学科职责清晰。	2
	2.1.19.2.3 多学科诊疗活动有记录。	1
	2.1.19.2.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.1.19.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(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。		12

<p>【概述】单病种质量管理是国际上通用的医疗质量管理方式，通过收集、分析病种诊疗全过程的核心信息，进行纵向和横向比较，有助于规范医务人员的行为，提高医疗质量同质化程度。医院应当借助于国家层面的单病种管理指标信息，建立本院的单病种质量管理指标，促进医疗质量的精细化管理。</p>		
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体系。(5分)	2.1.20.1.1 将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理体系。	1
	2.1.20.1.2 依据相关管理要求，结合本院实际，制定医院单病种管理实施方案并实施。	1
	2.1.20.1.3 相关人员知晓并落实。	1.5
	2.1.20.1.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.1.20.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况，将监管结果纳入科室工作质量评价。	0.5
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。(3分)	2.1.20.2.1 建立本院单病种管理指标和质量标准体系。	1
	2.1.20.2.2 相关人员知晓并执行。	1
	2.1.20.2.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.1.20.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
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。(4分)	2.1.20.3.1 有上报国家单病种质量管理与控制平台数据的管理制度。	1
	2.1.20.3.2 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。	1
	2.1.20.3.3 相关人员知晓并落实。	1
	2.1.20.3.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.1.20.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(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。		10
<p>【概述】满意度管理有助于改善患者就医体验和员工执业感受，促进员工或医患互动，以提升医院社会效益。医院定期开展患者和员工满意度监测，可以发现医院实际情况与患者和员工的期望之间存在的差距，有助于医院针对性的实施改进。</p>		

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。(5分)	2.1.21.1.1 有指定部门负责患者和员工满意度监测管理，职责明确。	2
	2.1.21.1.2 有满意度监测相关制度、流程及适宜的评价内容。	1
	2.1.21.1.3 有满意度测评指标体系，并动态调整。	1
	2.1.21.1.4 有多种渠道、定期收集院内、外对医院服务的意见和建议。	1
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。(5分)	2.1.21.2.1 有对患者和员工满意度监测结果和数据的分析与评价，对满意度监测中发现的问题，及时反馈并整改，有记录。	2
	2.1.21.2.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	2
	2.1.21.2.3 有数据体现患者和员工满意度持续提升。	1
(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。		11
【概述】 内部现场检查是医院开展医疗质量自我管理的重要手段，公开质量信息是督促员工自我改进的重要方法，两者结合使用有助于调动相关科室和人员实现自我改进的积极性。		
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。(6分)	2.1.22.1.1 有本院各科室医疗质量内部现场检查制度，并落实。	2
	2.1.22.1.2 有医疗质量内部现场检查标准与要求。	1
	2.1.22.1.3 科室定期开展医疗质量内部自查工作并有相关记录，将自查结果在科内进行点评与反馈。	1.5
	2.1.22.1.4 相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1.5
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。(5分)	2.1.22.2.1 医院有医疗质量内部公示制度，有明确的医疗质量内部公示内容与范围。	1
	2.1.22.2.2 医院定期对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。员工知晓公示的途径、主要内容与结果。	1
	2.1.22.2.3 定期将公示结果在科室医疗质量管理工作会议进行反馈与点评，并进行总结、分析、整改。	1
	2.1.22.2.4 相关职能部门能够利用公示结果对全院各科室开展质量分析、评价与考核。	2
(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需要。		16

<p>【概述】医疗质量管理相关数据信息是开展医疗质量管理与控制工作的基础，随着医疗质量管理工作的科学化、精细化程度的提高，传统的数据采集方法已经不能满足当前三级医院医疗质量管理工作的需要。利用信息化手段快速准确的获取相关数据是适应现代医院管理要求的必要条件。</p>		
<p>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。(10分)</p>	<p>2.1.23.1.1 有基于电子病历的医院信息化平台建设规划并实施，平台建设满足医疗质量管理与控制需要。</p>	2
	<p>2.1.23.1.2 平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求。</p>	2
	<p>2.1.23.1.3 功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求。</p>	2
	<p>2.1.23.1.4 技术符合《医院信息化建设应用技术指引(2017版)》的要求。</p>	2
	<p>2.1.23.1.5 电子病历系统应用水平分级评价达到国家相关要求。</p>	2
<p>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。(6分)</p>	<p>2.1.23.2.1 信息平台能满足质量管理与控制指标数据的统计与分析需要，能自动生成相关报表。</p>	2
	<p>2.1.23.2.2 数据统计口径及采集路径统一、准确、清晰，定期开展数据验证，有记录。</p>	1
	<p>2.1.23.2.3 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。</p>	2
	<p>2.1.23.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。</p>	1
<p>(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。</p>		13
<p>【概述】医疗质量管理是一个连续的、持续改进的过程，需要定期进行评估，以便明确当前工作情况，及时调整下一步工作方向和重点，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。对医疗质量信息数据开展内部验证，是保障质量信息数据的真实、可信、有效、可用的重要方法，是为医院决策层提供科学支持的基础。</p>		

2.1.24.1 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。(4分)	2.1.24.1.1 有对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估的相关规定，科室及相关职能部门职责明确。	1
	2.1.24.1.2 相关人员知晓并落实。	1
	2.1.24.1.3 科室及相关职能部门对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对发现的问题有分析、整改。	1
	2.1.24.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
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。(4分)	2.1.24.2.1 有医疗质量信息数据内部验证管理制度及流程。	1
	2.1.24.2.2 相关人员知晓并落实。	1.5
	2.1.24.2.3 相关部门相互配合对医疗质量信息数据开展内部验证，并及时分析和反馈。	1.5
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。(5分)	2.1.24.3.1 有对医疗质量问题和医疗安全风险预警和干预措施。	1
	2.1.24.3.2 相关人员知晓并落实。	1.5
	2.1.24.3.3 相关职能部门及科室对发现的及医疗质量信息数据监测分析反映的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。	1.5
	2.1.24.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查科室及相关职能部门整改措施落实情况，评估干预效果，持续改进医疗质量。	1

二、医疗质量安全核心制度(303分)

评价标准	分值(分)
(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，制定本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。	11
【概述】《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》是医院开展医疗质量管理主要依据。医院应当根据《医疗质量安全核心制度要点》和本院实际制定、完善本院核心制度和相关配套制度，细化工作流程，加强对医务人员的培训、教育和考核，使核心制度真正融入诊疗活动和全院工作流程中。	

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》	2.2.25.1.1 落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定本院医疗质量安全核心制度和相关配套制度，细化工作流程。	3
要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度。 (4分)	2.2.25.1.2 本院医疗质量安全核心制度根据国家要求和医院实际及时修订。	1
2.2.25.2 开展针对医疗质量安全核心制度的全员培训。(4分)	2.2.25.2.1 有院、科两级医疗质量安全核心制度培训与考核计划并落实。	2
	2.2.25.2.2 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.25.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
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。(3分)	2.2.25.3.1 有针对新员工的医疗质量安全核心制度专项培训与考核计划。	1
	2.2.25.3.2 新员工经过医疗质量安全核心制度专项培训与考核，考核合格后方可上岗，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。	1
	2.2.25.3.3 主管职能部门对新员工核心制度专项培训、知晓与落实情况有督导、检查，对存在问题有反馈及改进。	1
(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。		11
【概述】首诊负责制是指患者的首位接诊医师(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制度。为强化医疗质量和安全，在患者就诊时，医院应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。体现为明确、连续的全流程诊疗管理，医院内所有医疗行为都应当有相应的记录和明确的责任人以便追溯。		
2.2.26.1 明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，确保患者的所有诊疗过程都有人负责。(3分)	2.2.26.1.1 有首诊负责制度。明确首诊医师全程负责患者在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前的诊疗管理职责。	1
	2.2.26.1.2 有明确的患者诊疗过程中不同阶段的责任主体，并有明确的首诊科室和首诊医师职责。	1
	2.2.26.1.3 相关人员知晓并落实。	1
2.2.26.2 各项诊疗过	2.2.26.2.1 医院各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性。	1.5

程、项目有转接机制,保障患者诊疗服务连续性。(4分)	2.2.26.2.2 有各项诊疗过程、项目转接责任人和责任科室,责任明确。	1.5
	2.2.26.2.3 相关人员知晓并落实。	1
2.2.26.3 医疗行为有记录,可追溯。(2分)	2.2.26.3.1 各首诊医师按病历书写规范做好医疗记录,保障患者诊疗服务的连续性和医疗行为可追溯。	2
2.2.26.4 对制度落实情况定期自查与督查。(2分)	2.2.26.4.1 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.26.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(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。		11
【概述】三级查房制度是指医院实施科主任领导下的三个不同级别的医师开展查房的制度。科主任可以根据科室/病区床位、工作量、医师的专业资质和能力等要素可组建若干个医疗团队(或称主诊医师制、医疗组长制、主任医师制等),指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),中间级别和最低级别的医师可参照职称、个人技术能力等因素选拔和认定,报医疗管理部门审核和相关委员会批准并定期调整。医院应当按照《医疗质量安全核心制度要点》要求明确各级医师的查房周期、医疗决策和实施权限。		
2.2.27.1 实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。(3分)	2.2.27.1.1 有三级查房制度、医师查房行为规范与流程。	1
	2.2.27.1.2 相关人员知晓,并在病历中体现制度落实。	1
	2.2.27.1.3 实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度,遵循下级医师服从上级医师,所有医师服从科主任的工作原则。	0.5
	2.2.27.1.4 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。	0.5
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	2.2.27.2.1 有严格明确的查房周期。	0.5
	2.2.27.2.2 工作日每天至少查房2次,非工作日每天至少查房1次。	1
	2.2.27.2.3 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。	1

师每周至少查房 2 次，中间级别的医师每周至少查房 3 次。术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。(3 分)	2.2.27.2.4 术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。	0.5
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。(3 分)	2.2.27.3.1 有明确的各级医师医疗决策和实施权限。	1
	2.2.27.3.2 有各级医师相关权限的授权目录。	1
	2.2.27.3.3 各级医师按照授予的权限进行工作，并定期调整。	1
2.2.27.4 对制度落实情况定期自查与督查。(2 分)	2.2.27.4.1 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.27.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查科室整改落实情况。	1
(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。		11
【概述】会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。为保障会诊意见和会诊服务得到充分理解，会诊请求人员应当陪同完成会诊。当患者罹患疾病超出了本科室诊疗范围和处置能力，且经评估可能随时危及生命，需要院内其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救，此种情形可以发出急会诊申请，并要求受邀科室 10 分钟内到达。		
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。(4 分)	2.2.28.1.1 有会诊制度，明确各类会诊的具体流程和时间要求。	1
	2.2.28.1.2 对会诊类型、时限、人员资质及具体流程有明确的规定，明确急会诊必须在会诊请求发出后 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。	1
	2.2.28.1.3 有本院医师外出会诊及邀请外院医师来院会诊的管理制度与邀请审批流程，包括：会诊医师资质与责任等。医师外出会诊和外院医师来院会诊均符合相关规定。	1
	2.2.28.1.4 建立医师外出会诊和外院医师来院会诊管理档案，有违规外出会诊和邀请外院医师来院会诊处理措施。	1
2.2.28.2 会诊请求人员	2.2.28.2.1 在会诊制度和流程中明确规定，会诊请求人员应当陪同完成会诊。	1

应当陪同完成会诊。(2分)	2.2.28.2.2 需要邀请外院医师会诊时 经治科室应当向患者说明会诊的原因、费用等情况，征得患者同意后，报医务管理部门批准。	1
2.2.28.3 医院统一会诊单格式及填写规范，员工知晓。(2分)	2.2.28.3.1 有统一的会诊单格式及填写规范。	1
	2.2.28.3.2 相关人员知晓并落实。	1
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。(3分)	2.2.28.4.1 会诊情况和处置按规定进行记录。	1
	2.2.28.4.2 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.28.4.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(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。		12
【概述】分级护理制度是指医护人员根据患者的病情和(或)自理能力对患者进行分级别护理的制度。目的是保障患者得到适宜照护。医院应当按照分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的工作内容。合理动态调整护理级别，并明确标识。		
2.2.29.1 按照国家分级护理管理相关指导原则，制定医院分级护理制度，有针对各级别护理的工作规范。(6分)	2.2.29.1.1 有依据《护理分级》《综合医院分级护理指导原则》制定的分级护理制度。	2
	2.2.29.1.2 有符合医院实际的分级护理服务内容及评价标准，规范各级别的护理工作。	2
	2.2.29.1.3 相关人员知晓并落实。	2
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。(3分)	2.2.29.2.1 根据患者病情和(或)自理能力变化情况，合理动态调整患者护理级别。	1.5
	2.2.29.2.2 患者的护理级别与病情相符。	1.5
2.2.29.3 护理级别应当实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。(1分)	2.2.29.3.1 护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识的统一标识。	1
2.2.29.4 对制度落实情况	2.2.29.4.1 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1

况定期自查与督查。(2分)	2.2.29.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
<p>(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。</p>		19
<p>【概述】值班与交接班是为了保障医院医疗活动的连续性,明确值班岗位职责、值班人员资质,并根据职责内容,工作强度和需要安排人数,常态运行,值班活动有记录可追溯。医院总值班人员应当经过培训并考核合格以满足总值班岗位要求。值班岗位和值班时间应统一院内公开,便于查阅。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。</p>		
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。(4分)	2.2.30.1.1 有值班与交接班制度。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。	2
	2.2.30.1.2 有明确的值班岗位职责并纳入职责汇编,员工知晓并执行。	2
2.2.30.2 值班人数应满足岗位职责需要,并保证常态运行。(2分)	2.2.30.2.1 值班人数应满足岗位职责需要的相关要求,排班呈现出值班和听班,并保证常态运行。	1
	2.2.30.2.2 相关人员知晓本岗位要求并执行。	1
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。(4分)	2.2.30.3.1 医院有总值班制度及岗位职责,并指定医院总值班负责部门。医院总值班有应急管理的明确职责和流程。	1
	2.2.30.3.2 对总值班人员的资质和能力有明确要求。	1
	2.2.30.3.3 总值班人员上岗前接受培训并考核合格。总值班人员知晓本岗位职责并执行。	1
	2.2.30.3.4 主管部门对总值班情况进行监管,及时处理相关问题。	1

2.2.30.4 医院及科室值班表应当定期提前全院公开,值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。(1分)	2.2.30.4.1 有全院值班人员的排班要求,医院及科室值班表应定期提前全院公开,值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。	1
2.2.30.5 值班人员资质和值班记录应当符合规定,非本机构执业医师不得单独值班。(4分)	2.2.30.5.1 医院有各值班人员资质、值班记录的规定。	1
	2.2.30.5.2 医院各值班人员资质和值班记录符合规定。	1
	2.2.30.5.3 有非本院执业医师不得单独值班的相关规定,无非本院执业医师单独值班的情况。	2
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。(4分)	2.2.30.6.1 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。	1
	2.2.30.6.2 值班人员知晓并执行。	1
	2.2.30.6.3 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.30.6.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(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。		12
【概述】 值班与交接班记录本是科室必备记录本之一,需要交班的内容应规范记录,当日四级手术和急危重患者必须增加床旁交班,并在值班记录上注明。		
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。(5分)	2.2.31.1.1 医院有统一规范的交接班记录本,对交接班内容明确要求,交接班记录本为专册记录。	1.5
	2.2.31.1.2 交接班记录规范、内容重点突出。记录由交班人员和接班人员共同签字确认。	2
	2.2.31.1.3 相关人员知晓并执行。	1.5
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。(5分)	2.2.31.2.1 有四级手术的患者手术当日和急危重患者必须床旁交班的规定。	1.5
	2.2.31.2.2 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。	2
	2.2.31.2.3 相关人员知晓并执行。	1.5

2.2.31.3 对制度落实情况定期自查与督查。(2分)	2.2.31.3.1 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.31.3.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(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。		12
【概述】疑难病例讨论是提高疑难病例诊疗效果，保障医疗质量安全的重要途径。明确本医院和本科室疑难病例的范围是规范疑难病例管理的第一步，为保障疑难病例讨论质量和效果，医院应当明确参与讨论人员范围、组成和流程要求，讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。		
2.2.32.1 医院和科室应当确定疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。(3分)	2.2.32.1.1 有疑难病例讨论制度并落实。	1
	2.2.32.1.2 医院和科室有明确的疑难病例讨论范围，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。	2
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。	2.2.32.2.1 明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。	1.5
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具有主治及以上专业技术职务任职资格人员参加。(3分)	2.2.32.2.2 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具有主治及以上专业技术职务任职资格人员参加。	1.5

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。(2 分)	2.2.32.3.1 疑难病例讨论内容有统一规范的专册记录本，主持人审核并签字。	2
2.2.32.4 疑难病例讨论结论记入病历，定期自查与督查。(4 分)	2.2.32.4.1 疑难病例讨论结论及时记入病历。	1
	2.2.32.4.2 相关人员知晓并落实。	1
	2.2.32.4.3 科室定期自查，对存在的问题有分析、整改。	1
	2.2.32.4.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(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。		11
【概述】急危重患者是医疗活动中应当重点关注的人群，应当优先救治以争取最佳诊疗效果。为充分利用有限的资源，医院和科室应当明确急危重患者的范围，建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。为保障医疗行为可追溯，抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历。		
2.2.33.1 医院和科室应当确定急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。(3 分)	2.2.33.1.1 有急危重患者抢救制度,相关人员知晓并执行。	2
	2.2.33.1.2 医院和科室有明确的急危重患者范围、抢救人员的资质及参加急危重抢救科室的时限要求。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。	1
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。(1 分)	2.2.33.2.1 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。	1

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、	2.2.33.3.1 建立抢救资源紧急调配机制。	1
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。(2分)	2.2.33.3.2 紧急调配机制包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。	1
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。(2分)	2.2.33.4.1 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。	2
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。(3分)	2.2.33.5.1 及时书写抢救记录，因抢救急危患者未能及时书写的，应在抢救结束后6小时内据实补记。	1
	2.2.33.5.2 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.33.5.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(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。		12
【概述】术前讨论是防范手术风险的重要关口，所有手术必须完成术前讨论。根据手术难度、风险采取适宜形式的术前讨论是保障术前讨论效果、提高术前讨论效率的重要途径。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。		
2.2.34.1 明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。(3分)	2.2.34.1.1 有术前讨论制度，相关人员知晓并执行。	1.5
	2.2.34.1.2 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。	1.5
2.2.34.2 明确术前讨论	2.2.34.2.1 有明确的术前讨论流程。	1.5

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。(3分)	2.2.34.2.2 术前讨论完成后,方可签署手术知情同意书,开具手术医嘱。	1.5
2.2.34.3 科室明确本科开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。(3分)	2.2.34.3.1 科室明确本科开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。	1.5
	2.2.34.3.2 除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外,所有住院患者的手术必须实施术前讨论,四级手术术前需进行多学科讨论,术者必须参加。	1.5
2.2.34.4 术前讨论的结论记入病历,有定期自查与督查。(3分)	2.2.34.4.1 术前讨论的结论按规范记入病历。	1
	2.2.34.4.2 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.34.4.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(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。		11
【概述】死亡是发生在患者身上的最差诊疗结果,医院应当高度重视,采取措施减少或延迟其发生。医院应当建立全面的死亡病例管理机制,监测全院死亡病例并及时进行汇总分析,规范开展死亡讨论以提出改进措施。为保障讨论效果,医院应当对死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录作出明确规定。		
2.2.35.1 医院监测全院死亡病例发生情况并及时进行汇总分析,提出持续改进意见。(3分)	2.2.35.1.1 有死亡病例讨论制度,相关人员知晓并执行。	2
	2.2.35.1.2 有全面的死亡病例管理机制。	0.5
	2.2.35.1.3 主管职能部门对死亡病例发生情况进行监测并及时汇总分析,对存在问题有整改。	0.5
2.2.35.2 死亡病例讨论在全科范围内完成,由科主任主持死亡讨论。(2分)	2.2.35.2.1 医院有明确的死亡病例讨论规定。讨论在全科范围内完成,由科主任主持。四级手术患者围手术期死亡的,由医务管理部门组织完成多学科讨论。	2

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。(2分)	2.2.35.3.1 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。	2
2.2.35.4死亡病例讨论结果记入病历,讨论内容专册记录。(2分)	2.2.35.4.1 死亡病例讨论结果记入病历,讨论内容专册记录。	2
2.2.35.5对制度落实情况定期自查与督查。(2分)	2.2.35.5.1 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.35.5.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(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。		13
【概述】查对能够有效减少医疗差错,是保障患者安全的重要措施。包括保障行为措施与预期作用对象一致,保障行为过程与预期行为过程一致,保障药品、设备设施等客观事物的实际情况与相关规定和标准一致等。		
2.2.36.1 医院建立患者身份识别制度,患者的身份核对不少于两种独立的核对方式,床号不得用于核对。(2分)	2.2.36.1.1 有患者身份识别制度,应当至少使用两种独立的身份核对方式,床号不得用于核对。用电子设备识别患者身份时,仍须进行口语化核对。	1
	2.2.36.1.2 相关人员知晓并落实。	1
2.2.36.2 有临床诊疗行为的查对制度,包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等	2.2.36.2.1 有临床诊疗行为的查对制度,包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节。	2.5
	2.2.36.2.2 相关人员知晓并落实。	2.5

告等环节。(5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。(2分)	2.2.36.3.1 有医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。	1
	2.2.36.3.2 相关人员知晓并落实。	1
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。(2分)	2.2.36.4.1 有药品、标本等查对制度。	1
	2.2.36.4.2 相关人员知晓并落实。	1
2.2.36.5 对制度落实情况定期自查与督查。(2分)	2.2.36.5.1 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.36.5.2 相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(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-content按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。		11
【概述】手术是有创医疗行为，必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术安全核查和标准化手术流程是保障手术得以正确实施、防止额外医疗损害的基本方法。此外，分娩涉及孕妇和新生儿双方安全，应当予以更高关注。		
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-content按国家有关规定执行。(4分)	2.2.37.1.1 有手术安全核查制度和标准化流程。相关人员知晓并落实。	2
	2.2.37.1.2 手术安全核查过程和-content按国家有关规定执行。有明确的按手术医师、麻醉师、巡回护士在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前实行“手术安全核查”的规范流程。	1
	2.2.37.1.3 有规范统一的手术标识方法、颜色、标记的时限、实施者及患者参与等规定。患者送达术前准备室或手术室前，已完成手术部位标识。	1
2.2.37.2 建立产房分	2.2.37.2.1 有产房分娩安全核查制度和标准化流程。	1.5

娩安全核查制度和标准化流程。(3分)	2.2.37.2.2 相关人员知晓并落实,记录规范。	1.5
2.2.37.3 手术安全核查表和产房分娩安全表纳入病历。(2分)	2.2.37.3.1 手术安全核查表记录规范并纳入病历。	1
	2.2.37.3.2 产房分娩安全核查表记录规范并纳入病历。	1
2.2.37.4 对制度落实情况定期自查与督查。(2分)	2.2.37.4.1 科室定期自查,对存在的问题有分析、整改。	1
	2.2.37.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(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。		19
【概述】手术分级管理包括医院根据手术难度和风险进行对本院开展的所有手术的分级管理及根据医师技术能力对手术医师进行手术授权管理两个方面。医院对手术进行分级管理一方面保障高难度、高风险手术得到更多关注,尽量避免手术相关不良事件,一方面便于调动医师积极性,保障医师开展与其技术能力相适应的手术,合理调配医疗资源。		
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。(4分)	2.2.38.1.1 有手术分级管理工作制度,相关人员知晓并落实。	1.5
	2.2.38.1.2 按照国家有关规定建立手术分级管理目录。	1.5
	2.2.38.1.3 限制类医疗技术中涉及手术的按照四级手术进行管理。	1
2.2.38.2 制定本机构手术医师授权管理制度及规范文件,按照手术名称授权。(3分)	2.2.38.2.1 有手术医师授权管理制度、流程及规范文件,并落实。	1.5
	2.2.38.2.2 对手术医师均予授权,三、四级手术应当逐项按照手术名称授予手术医师相应的权限。	1.5
2.2.38.3 手术分级授权管理制度必须落实到本院每一位医师,确保每一位医师的实际能力与其手术授权情况相一致。(2分)	2.2.38.3.1 手术分级授权管理制度落实到每一位手术医师。	1
	2.2.38.3.2 每一位手术医师的实际能力与其授权情况相一致。	1

2.2.38.4 建立手术医师技术档案，包括但不限于：	2.2.38.4.1 有手术医师技术档案。	1.5
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。(3分)	2.2.38.4.2 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。	1.5
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。(5分)	2.2.38.5.1 有手术医师能力评估与手术授权动态调整的制度和程序。	2
	2.2.38.5.2 手术医师能力评估包括手术技术能力、手术质量安全、围手术期管理能力、医患沟通能力等，重点评估新获得四级手术权限的术者。四级手术评估周期原则上不超过一年。	1
	2.2.38.5.3 相关人员知晓并落实。	1
	2.2.38.5.4 根据定期评估结果，依照程序对手术权限进行动态调整。	1
2.2.38.6 对制度落实情况定期自查与督查。(2分)	2.2.38.6.1 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
况定期自查与督查。(2分)	2.2.38.6.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查科室整改落实情况。	1
(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。		12
【概述】新技术和新项目是指在本医院范围内首次应用于临床的诊断和治疗技术，旨在促进医学发展、科学进步，但不可避免给患者带来安全风险。医疗技术临床应用目录是常规开展的医疗活动，目录外项目均应纳入新技术新项目的管理范围。所有新技术和新项目必须通过本院伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。		
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	2.2.39.1.1 有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。	2
盖所有常规开展的临床诊疗项目并定期更新	2.2.39.1.2 定期更新本院医疗技术临床应用目录。	2

新。(4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。(3分)	2.2.39.2.1 有新技术和新项目准入管理制度及审批流程。	1
	2.2.39.2.2 相关人员知晓并落实。	1
	2.2.39.2.3 有新技术和新项目管理档案。	1
2.2.39.3 所有新技术和新项目必须通过本院伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。(3分)	2.2.39.3.1 所有新技术和新项目需通过本院伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。	1.5
	2.2.39.3.2 上报审核的资料完整、真实可靠,符合相关要求。	1.5
2.2.39.4 对制度落实情况定期自查与督查。(2分)	2.2.39.4.1 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.39.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查科室整改落实情况。	1
(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。		10
【概述】新技术新项目属于创新、探索性的工作,减少不安全的风险在于限定具备相应能力的人员实施,最大限度发现安全隐患和技术风险,并制定相应的预案等。对新技术新项目开展全程追踪管理,质量控制和动态评估以明确新技术临床应用的质量安全情况,评估当前管理措施的有效性,及时对存在的问题进行改进。		
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。(2分)	2.2.40.1.1 有相关规定明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围(限于获得医疗技术临床应用管理委员会批准的团队或个人实施)。	1
	2.2.40.1.2 所有新技术和新项目实施人均有授权。	1
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	2.2.40.2.1 新技术和新项目临床应用前,有医疗技术临床应用管理委员会组织论证。	1
	2.2.40.2.2 充分论证可能存在的安全隐患或技术风险,并制定相	1

案。(3分)	应风险处置预案。	
	2.2.40.2.3 新技术和新项目实施人知晓可能存在的安全隐患或技术风险及相应风险处置预案。	1
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。(5分)	2.2.40.3.1 有新技术和新项目临床应用动态评估制度。	1
	2.2.40.3.2 首次评估在新技术和新项目开始使用 3 个月内进行,之后评估间隔时间根据新技术和新项目的特点和开展的例数等情况,每半年评估一次。	1
	2.2.40.3.3 转为常规技术前要有两次以上的评估。	1
	2.2.40.3.4 科室及主管职能部门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,有记录。	1
	2.2.40.3.5 根据动态评估结果,确定新技术中止或转入常规技术。	1
(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。		19
【概述】危急值是提示患者处于生命危急状态的检验检查结果,医技部门应以最快的速度通知临床和患者,以采取及时的措施以抢救生命和避免造成不良后果。住院和门急诊均应当建立适合各自患者的危急值报告流程,并通畅落实。危急值信息应有专册登记并可追溯。		
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。(3分)	2.2.41.1.1 有危急值报告制度,相关人员知晓并落实。	1
	2.2.41.1.2 有危急值项目清单(含检验、病理、医学影像、电生理检查与内窥镜、血药浓度监测、临床 POCT 项目等),包括疾病危急值清单,并向全院公布。	1
	2.2.41.1.3 根据临床需要,定期调整危急值清单。	1
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。(8分)	2.2.41.2.1 有住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。	1.5
	2.2.41.2.2 外送标本或检查项目存在危急值项目的,医院与相关机构建立危急值通知方式及可追溯的危急值报告流程,临床科室或患方能够及时接收危急值。	1
	2.2.41.2.3 检查、检验部门相关人员知晓危急值核对、复检与报告流程,及时向临床发出危急值信息,并完善登记。	1.5

	2.2.41.2.4 临床医护人员接获危急值信息时，核对患者基本信息、复读与确认危急值结果、完善危急值信息登记，并立即向经治或值班医师报告。	2
	2.2.41.2.5 临床医师接获危急值报告后及时诊察患者、采取相应临床措施、书写病程记录并做好交接班。	2
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。(4分)	2.2.41.3.1 有确保危急值信息传递各环节无缝对接流程。	1.5
	2.2.41.3.2 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。	2.5
2.2.41.4 临床危急值信息专册登记，患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等关键要素可追溯。(2分)	2.2.41.4.1 临床危急值信息有统一规范的专册登记。	1
	2.2.41.4.2 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。	1
2.2.41.5 对制度落实情况定期自查与督查。(2分)	2.2.41.5.1 科室定期自查，对存在的问题有分析、整改。	1
	2.2.41.5.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(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。		29
【概述】病历是患者诊疗信息的集中体现，“客观、真实、准确、及时、完整和规范”的要求应当贯彻整个病历书写过程。医院应当建立医务人员培训、运行病历实时监管、归档病历及时检查的闭环质量管理体系，保证病历内容记录与修改信息可追溯。		
2.2.42.1 建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，	2.2.42.1.1 有门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，且符合国家有关法律法规及相关规定管理要求。	1
	2.2.42.1.2 建立病历质量检查、评估与反馈机制，有病历质量控制标准，有病案管理质量控制指标。	1

建立病历质量检查、评估与反馈机制。(6分)	2.2.42.1.3 有病历书写基本规范和相关制度培训,相关人员知晓并落实。	1
	2.2.42.1.4 有病案首页填写质控和数据信息管理要求,并进行培训,相关人员知晓并落实。	1
	2.2.42.1.5 科室和主管职能部门对运行病历实时监管、评估,及时反馈与整改;对归档病历及时检查、反馈与整改;对病案管理质量控制指标定期监测、分析。	1
	2.2.42.1.6 将病历质量检查结果纳入科室、医疗组、医师工作质量评价。	1
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。(6分)	2.2.42.2.1 按照病历书写基本规范要求,对来院就诊患者(门诊、急诊、住院)建立基本信息,建立并书写相关病历(包括多学科门诊、急诊留观、日间医疗等)。	1
	2.2.42.2.2 有明确的门诊、急诊、住院病历书写的格式、内容和时限的要求,内容记录与修改信息可追溯。	1
	2.2.42.2.3 病历书写作为医师岗前培训的主要内容之一,有记录。	1
	2.2.42.2.4 医务人员按照病历书写基本规范要求书写病历,书写质量达到基本规范的要求。	2
	2.2.42.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.2.42.3 建立病案管理体系,落实分类编码的相关规定。(10分)	2.2.42.3.1 建立病案管理体系,设置病案管理部门,负责人由从事医疗、病案管理五年以上的人员担任。科室人员配置满足工作需要,职责明确。	1
	2.2.42.3.2 有医院病案管理相关制度、工作流程和岗位职责,并落实。	1
	2.2.42.3.3 有住院患者姓名索引系统,内容至少包括:病案号、姓名、性别、出生日期(或年龄)、有效身份证件号。	1
	2.2.42.3.4 为同一患者病历建立唯一的标识号码,通过同一患者的病历编号可获得其历次住院的病历资料。	1
	2.2.42.3.5 对出院病案进行分类编码,编码符合疾病分类与代码和手术操作分类代码等相关规定。主要诊断、主要手术操作编	1

	码正确率达到相关要求。	
	2.2.42.3.6 对编码员有资质与技能要求 编码员接受编码培训并考核合格。	1
	2.2.42.3.7 有对临床医师开展疾病分类与手术操作分类编码规则的培训计划，并落实。临床医师熟悉疾病分类和手术操作分类。	1
	2.2.42.3.8 定期对临床科室疾病与手术填写准确性开展检查、分析与反馈，不断提高临床医师的病案首页填写质量。	1
	2.2.42.3.9 病案管理部门定期对编码员编码质量开展检查、分析与反馈，不断提高编码员工作质量。	1
	2.2.42.3.10 信息化建设支持病案管理工作。	1
2.2.42.4 有保护病历、病案和信息安全的相 关制度。(7分)	2.2.42.4.1 有保护病历(病案)及信息安全的相关制度及应急预案，并组织培训与演练，相关人员知晓并落实。	1
	2.2.42.4.2 指定专人负责安全管理。病案库房有防火、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温等措施，并配置相应的消防器材，符合安全管理要求。。	1
	2.2.42.4.3 有病案应用管理制度，明确服务规范与流程，有病案应用记录，相关人员知晓并落实。	1
	2.2.42.4.4 有方法(如病案示踪系统等)控制每份病案的去向。	1
	2.2.42.4.5 病案完好率、病案保管时限等均达到相关要求。	1
	2.2.42.4.6 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.2.42.4.7 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(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。		10
【概述】电子病历是医院信息化的重要组成部分，利用电子病历信息开展各种医疗活动监管成为趋势，对电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等有全方位的管理和流程并落实。		
2.2.43.1 实施电子病	2.2.43.1.1 有符合《电子病历应用管理规范(试行)》的电子病历系统，有电子病历建立、记录、修改、使用等管理制度并执行。	1

历的医院,建立电子病历的建立、记录、修改、使用等管理制度。(5分)	2.2.43.1.2 为患者电子病历建立唯一患者身份标识,确保患者基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性、完整性。	2
	2.2.43.1.3 电子病历系统应对操作人员进行身份识别,并保存历次操作印痕,标记操作时间和操作人员信息,并保证可查询、可追溯。	1
	2.2.43.1.4 电子病历系统应当设置医务人员书写、审阅、修改的权限和时限。	1
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。(2分)	2.2.43.2.1 有电子病历存储、传输等管理制度并执行。	1
	2.2.43.2.2 按照病历管理相关规定,在患者门(急)诊就诊结束或出院后,适时将电子病历转为归档状态。病案保存时间符合规范要求。	1
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。(3分)	2.2.43.3.1 有电子病历质控、安全等级保护等管理制度并执行。	1
	2.2.43.3.2 电子病历系统具备病历质量控制功能,能满足医院病案基本信息采集、医疗质量指标数据统计与分析要求。	1
	2.2.43.3.3 电子病历系统安全保护等级符合相关规定的要求。	1
(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。		23
【概述】 规范使用抗菌药物是医院管理的重点内容,也是国家高度重视和世界普遍关注的问题。医院应当按照国家有关规定建立抗菌药物的分级目录和抗菌药物使用全流程监管机制。		
2.2.44.1 建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程。(3分)	2.2.44.1.1 有抗菌药物遴选、采购、处方调剂及目录外抗菌药物临时采购制度、程序并实施。品种、品规符合规定。	1
	2.2.44.1.2 有抗菌药物临床应用评价管理制度与操作流程,定期评估抗菌药物目录,目录实行动态管理。	1
	2.2.44.1.3 药学部门有定期自查、总结、分析、整改措施。无违规采购。	1

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。(14分)	2.2.44.2.1 医院药事管理组织设立抗菌药物管理工作组和临床应用管理专业技术团队，符合相关要求。医务部门作为抗菌药物临床应用的牵头管理部门，与药学等部门共同负责日常工作。	2
	2.2.44.2.2 有抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度，有评价标准。对不合理使用有检查、干预和改进措施。	2.5
	2.2.44.2.3 对临床科室抗菌药物的使用制定合理的管理指标，实行责任制管理。临床科室定期自查、分析、整改。	2
	2.2.44.2.4 抗菌药物合理使用管理纳入医院绩效考核评价体系。抗菌药物追踪评价、用药指标符合相关规定。	2.5
	2.2.44.2.5 抗菌药物治疗住院患者微生物样本送检率符合要求。	1
	2.2.44.2.6 有检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析 and 通报机制，至少每年一次，对监测结果有评价分析，细菌耐药管理持续改进有成效。	1.5
	2.2.44.2.7 医院信息系统支持抗菌药物管理 相关信息可便捷获得。	1
	2.2.44.2.8 相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1.5
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。(2分)	2.2.44.3.1 有抗菌药物分级管理制度及分级管理目录。	1
	2.2.44.3.2 确定分级管理目录并定期调整，按照要求进行备案。有明确的非限制使用级、限制使用级、特殊使用级抗菌药物临床应用程序。	1
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。(4分)	2.2.44.4.1 对医师、药学等人员进行抗菌药物合理应用相关知识培训和考核，考核合格者授予相应的抗菌药物处方权、调剂权等权限。	1.5
	2.2.44.4.2 有医师权限目录，各类人员权限实行动态管理，定期调整。有制度或文件确定医师会诊权限。	1.5
	2.2.44.4.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1

<p>(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。</p>	13	
<p>【概述】输血是医疗活动中难以替代的治疗手段。限于血液资源的稀缺性和临床用血的安全性，医院应当按照国家有关规定完善本院临床用血机制，保障临床用血的安全、有效、及时性，并有规范的临床用血评价，持续改进临床用血效果。对急救用血医院应当极力保障。</p>		
<p>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。(5分)</p>	<p>2.2.45.1.1 有临床用血管理委员会，主任委员由院长或分管医疗的副院长担任，成员由医务部门、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。</p> <p>2.2.45.1.2 临床用血管理委员会职责明确，符合《医疗机构临床用血管理办法》等要求并切合本院实际，有工作计划并实施。</p> <p>2.2.45.1.3 临床用血管理委员会履行职责，定期召开专题会议，对输血管理现状进行分析，对存在问题有反馈、整改，及时调整完善工作计划和内容，有记录。</p> <p>2.2.45.1.4 医务部门、输血科共同负责临床合理用血日常工作。</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p>
<p>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。(4分)</p>	<p>2.2.45.2.1 有血液预订、接收、入库、储存、出库、库存预警等管理制度。</p> <p>2.2.45.2.2 有临床合理用血管理制度，包括：用血申请分级管理、血液发送和输血核对制度，临床科室和医师临床用血监测、评价及公示制度，结果应用与持续改进等管理制度和具体流程。</p> <p>2.2.45.2.3 对相关制度进行培训，相关人员知晓并落实。</p>	<p>1</p> <p>1.5</p> <p>1.5</p>
<p>2.2.45.3 建立保障急救用血治疗的机制(4分)</p>	<p>2.2.45.3.1 有急救用血管理制度和流程，有临床用血储备计划，与指定供血单位签订供血协议。</p> <p>2.2.45.3.2 能24小时为临床提供供血服务。有特殊用血(如稀有血型)应急协调机制。</p> <p>2.2.45.3.3 输血科有血液库存预警机制，及时掌握预警信息，协调临床急救用血。</p> <p>2.2.45.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

(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術保障体系。		6
【概述】随着信息技术的广泛应用，在为医疗和管理工作带来便利的同时，也带来了信息安全问题。保障信息安全既是医院的管理内容，又涉及患者权利、医疗活动便捷、质量控制和监管、员工行为的可追溯等方面。医院应当建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系。		
2.2.46.1 明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。(2分)	2.2.46.1.1 有医院信息安全管理组织体系，并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。	1
	2.2.46.1.2 有明确的工作职责，并定期召开专题会议，有记录。	1
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。(1分)	2.2.46.2.1 有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，并落实。	1
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。(1分)	2.2.46.3.1 有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有安全管理措施，并落实。	1
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。(2分)	2.2.46.4.1 有应急响应机制，定期评估信息安全风险，定期开展信息安全应急演练。	1
	2.2.46.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(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。		5

<p>【概述】患者诊疗信息管理涉及患者权利保护、诊疗服务的可靠落实，医院信息系统具备符合信息系统管理要求的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。员工获取患者诊疗信息应当与其职责和实际工作相符，并被授权。员工知晓权利责任。</p>		
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。(2分)	2.2.47.1.1 有确保患者诊疗信息管理全流程安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性的制度和保障措施，并执行。	1
	2.2.47.1.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
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。(2分)	2.2.47.2.1 有员工使用患者诊疗信息的分级授权管理制度，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任。	1
	2.2.47.2.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.2.47.3 为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。(1分)	2.2.47.3.1 依据授权为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障，有相关措施并落实。	1

三、医疗技术临床应用管理(91分)

评价标准	分值(分)	
<p>(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。</p>	10	
<p>【概述】医疗技术能力是医院提供安全、有效医疗服务的基础，包括但不限于医务人员的诊疗技术、设备设施、医疗环境等。医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应,以避免为患者带来额外的风险和医疗资源浪费。科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理是国家通用的医疗技术临床应用原则。</p>		
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	2.3.48.1.1 医院开展医疗技术服务能够与其技术能力相适应，包括但不限于医务人员的诊疗技术、设备设施、医疗环境等。	1
人员的技能要求，对相应的	2.3.48.1.2 对医务人员的技能要求、相应的药品、设备设施功能要求、开展该项医疗技术的环境要求等均须达到相关	1

药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。(3分)	标准要求。	
	2.3.48.1.3 主管职能部门进行审核、监管，对发现的问题及时反馈及改进。	1
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。(4分)	2.3.48.2.1 有医疗技术临床应用管理制度及流程并落实。	1
	2.3.48.2.2 落实医疗技术分类管理，重点是国家级限制类技术。	1
	2.3.48.2.3 限制类医疗技术经医院审核后按规定进行备案。其他类医疗技术自行决定开展临床应用，进行严格管理。	1
	2.3.48.2.4 医疗技术临床应用遵循科学、安全、规范、有效、经济原则。	1
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。(3分)	2.3.48.3.1 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。	1
	2.3.48.3.2 对禁止类技术实施负面清单管理。不应用未经批准或禁止类医疗技术。	1
	2.3.48.3.3 主管职能部门对开展的医疗技术临床应用严格管理，并建立医疗技术管理档案。	1
(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。		5
【概述】《医疗技术临床应用管理办法》规定二级以上医院应当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负责医院医疗技术临床应用的全面管理，并就人员组成提出了明确要求。		
2.3.49.1 在医疗质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有中级及以上技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业组成。(3分)	2.3.49.1.1 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委员会，负责医院医疗技术临床应用的全面管理。	1.5
	2.3.49.1.2 医疗技术临床应用管理委员会由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有中级及以上技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业组成。委员会主任由医院主要负责人担任，有具体部门负责日常工作。	1.5

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。(2分)	2.3.49.2.1 有明确的医疗技术临床应用管理委员会职责要求。	1.5
	2.3.49.2.2 医疗技术临床应用管理委员会履行管理职责,有工作计划,有工作记录,可追溯。	0.5
(五十)医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系,并遵守相关技术临床应用管理规范。		6
【概述】医院应当依法依规开展医疗技术临床应用,配备合格有资质的人员、适宜的设备设施和环境要求,并有质量控制体系监测医疗技术临床应用的质量安全情况。		
2.3.50.1 医院开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。(1分)	2.3.50.1.1 医院开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。	1
2.3.50.2 开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。(1分)	2.3.50.2.1 开展相关医疗技术的人员有相应的专业资质、权限。	0.5
	2.3.50.2.2 开展限制类技术的人员须经过国家或省级卫生健康行政部门发布的培训基地培训,具备相应医疗技术临床应用的能力。	0.5
2.3.50.3 开展相关医疗技术的设备、设施功能完好、符合要求。(1分)	2.3.50.3.1 有开展相关医疗技术的设备、设施,功能完好、符合相关医疗技术临床应用的要求。科室进行自检、主管部门进行巡检,保障设备、设施运行良好。	1
2.3.50.4 建立医疗技术临床应用质量控制体系,有重点医疗技术实施路径或操作规范,有重点医疗技术临床应用质量管理的指标,定期分析和反馈,持续改进。(2分)	2.3.50.4.1 有医疗技术临床应用质量控制体系及重点医疗技术临床应用质量管理的指标。	1
	2.3.50.4.2 有重点医疗技术实施路径或操作规范。	0.5
	2.3.50.4.3 科室及职能部门对重点医疗技术临床应用质量管理的指标定期分析及反馈,体现持续改进。	0.5
2.3.50.5 遵守相关技术临床应用管理规范。(1分)	2.3.50.5.1 遵守相关技术临床应用管理规范及技术操作规范。	0.5
	2.3.50.5.2 科室定期自查,对存在问题有分析、整改;主管	0.5

	职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	
(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。★		5
【概述】 国家对限制类技术实施备案管理，医院开展限制类技术应承担主体责任，按照《医疗技术临床应用管理办法》在开展限制类技术前进行自我评估，及时向卫生健康行政部门备案。		
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。(2分)	2.3.51.1.1 对拟开展相关限制类技术临床应用的，按照相关医疗技术临床应用管理规范进行自我评估，符合条件方可开展。	1
	2.3.51.1.2 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。	1
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。(1.5分)	2.3.51.2.1 有开展限制类技术临床应用的管理规定及备案程序。有本院开展的限制类技术临床应用目录。	1
	2.3.51.2.2 自我评估结果报主管职能部门组织审核，并经医疗技术临床应用管理委员会审批后方可进行备案。	0.5
2.3.51.3 开展首例临床应用后15个工作日内向卫生健康行政部门完成备案。(1.5分)	2.3.51.3.1 开展首例临床应用之日起15个工作日内，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门备案，备案材料完整。	0.5
	2.3.51.3.2 《医疗机构执业许可证》副本备注栏内有已开展的限制类医疗技术的名称。	1
(五十二)未经伦理委员会审查通过的医疗技术 特别是限制类技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。		5
【概述】 伦理审查是保护患者权利的必要手段，医院所有医疗技术均应当通过伦理审查。		
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。(5分)	2.3.52.1.1 有伦理委员会审查医疗技术临床应用的相关要求及程序。	1
	2.3.52.1.2 医疗技术临床应用前经伦理委员会审查 特别是限制类医疗技术、新技术和新项目和存在重大伦理风险的医疗技术等 在临床应用前必须经过审查，未经审查不得应	2

	用于临床。	
	2.3.52.1.3 相关人员知晓并执行。	1
	2.3.52.1.4 无未经伦理审查开展医疗技术临床应用的案例。	1
(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。		5
【概述】建立医疗技术临床应用管理目录是医院开展医疗技术临床应用管理的基础。医院应当梳理本院正在开展的各项医疗技术，编制成医疗技术临床应用管理目录，并根据技术的复杂程度、风险性等对目录内的手术进行分级管理。		
2.3.53.1 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。(3分)	2.3.53.1.1 有本院医疗技术临床应用管理目录(包含技术名称、类别、项目级别、目前状态等)。	1
	2.3.53.1.2 目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。	1
	2.3.53.1.3 主管职能部门根据对医疗技术临床应用的动态管理，及时调整医疗技术临床应用管理目录。	1
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。(2分)	2.3.53.2.1 对医疗技术临床应用管理目录中的手术，按照国家《医疗机构手术分级管理办法》进行手术分级管理，有手术分级目录。	1
	2.3.53.2.2 主管职能部门根据手术开展情况定期调整手术分级目录。	1
(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。		5
【概述】医师手术授权与动态管理制度是根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，结合手术难度、风险性等因素对所有医师进行个体化手术授权的制度，是医院精细化、科学化管理的体现。		
2.3.54.1 建立医师手术授	2.3.54.1.1 有医师手术授权制度，并落实。	1

权制度,根据医师的专业能力、临床实践、手术质量和培训情况,授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。(2分)	2.3.54.1.2 根据医师的专业特点、专业技术岗位、手术技术临床应用能力、手术质量安全和培训情况综合评估后,授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。	1
2.3.54.2 建立动态管理机制,明确取消和增加医师手术授权的情形,并有相应调整记录。(1.5分)	2.3.54.2.1 有医师手术授权动态管理制度,明确取消和增加医师手术授权的情形。	1
	2.3.54.2.2 取消或增加医师手术授权时,有相应调整记录。	0.5
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。(1.5分)	2.3.54.3.1 有医师手术质量监测机制。	0.5
	2.3.54.3.2 监测内容为医师手术技能、手术数量、手术效果及新技术开展情况、手术质量与安全指标、培训及考核等。	0.5
	2.3.54.3.3 科室及主管职能部门定期收集相关数据进行分析,供定期调整授权时参考、决策。	0.5
(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。		5
【概述】 医院应当正确评估医务人员的专业能力,明确每一位医务人员的医疗技术实施范围,建立医务人员医疗技术临床应用管理档案,作为其专业技术档案的一部分。		
2.3.55.1 建立医务人员医疗技术临床应用管理档案,内容包括但不限于医务人员开展的医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。(2分)	2.3.55.1.1 依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术。	1
	2.3.55.1.2 有医务人员个人医疗技术临床应用管理档案,内容包括但不限于医务人员开展的医疗技术目录、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。	1
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。(3分)	2.3.55.2.1 将医疗技术临床应用管理档案纳入个人专业技术档案管理。	2
	2.3.55.2.2 依据医务人员临床技术能力评估等情况,对医疗技术临床应用管理档案及时更新。	1

(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，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。		5
【概述】 医疗技术的实施需要相应的技术能力和安全保障能力，医院应当建立医疗技术临床应用论证制度。首次在本院实施的医疗技术应当通过医疗技术临床应用论证。		
2.3.56.1 建立医疗技术临床应用论证制度。(2分)	2.3.56.1.1 有医疗技术临床应用论证制度并落实。	1
	2.3.56.1.2 对开展的医疗技术临床应用相关的人员资质、能力及设备、设施是否满足需求、可能存在的风险及处置预案等开展论证。	1
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。(2分)	2.3.56.2.1 对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，开展前由医疗技术临床应用委员会组织对开展技术能力和安全保障能力进行论证，通过论证方可开展。	2
2.3.56.3 本院首次应用的医疗技术通过伦理审查。(1分)	2.3.56.3.1 本院首次应用的医疗技术须通过伦理审查。	0.5
	2.3.56.3.2 伦理审查资料符合要求。	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。		5
【概述】 开展医疗技术临床应用评估，是保证医疗技术安全、有效、经济和符合伦理的重要手段，对限制类技术开展重点评估，评估内容包括但不限于：实施该项医疗技术的医务人员能力评估、该项医疗技术的患者评估、环境评估、设备设施和辅助条件等评估。评估结果用于及时调整医疗技术临床应用管理目录、医师的相关权限等。		
2.3.57.1 建立医疗技术临床应用评估制度。(1分)	2.3.57.1.1 有医疗技术临床应用评估制度并落实。	0.5

	2.3.57.1.2 定期对手术适应征、术前讨论、手术安全核查、围手术期并发症发生率、非计划二次手术率、围手术期全因死亡率等进行评估，并在院内公开。一、二级手术应当每年度进行评估，三级手术应当每半年进行评估，四级手术应当每季度进行评估。	0.5
2.3.57.2 对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估(适应症和禁忌症、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故)、环境评估和设备设施评估等。(2分)	2.3.57.2.1 对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估。	0.5
	2.3.57.2.2 评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估(适应症和禁忌症、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故)、环境评估和设备设施评估等。	0.5
	2.3.57.2.3 对存在严重质量安全问题或者不再符合有关技术管理要求的，应立即停止该项技术的临床应用。	0.5
	2.3.57.2.4 科室和主管职能部门定期对以上内容进行检查、评估，保证医疗技术质量与安全。	0.5
2.3.57.3 遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，评估指标量化。(1分)	2.3.57.3.1 遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，建立量化的评估指标。	0.5
	2.3.57.3.2 对评估内容进行指标量化评估。	0.5
2.3.57.4 根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限、医疗技术临床应用管理要求。(1分)	2.3.57.4.1 主管职能部门根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录和医疗技术临床应用管理要求。	0.5
	2.3.57.4.2 主管职能部门根据评估结果及时调整医师相关技术临床应用权限。	0.5
(五十八)建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量。		5
【概述】 医院应当建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定医疗技术临床应用质量控制指标，有信息收集、分析和反馈持续改进的机制。		
2.3.58.1 建立医疗技术临	2.3.58.1.1 有医疗技术临床应用质量控制制度并落实。	1

床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。(1.5分)	2.3.58.1.2 质量控制制度覆盖医疗技术临床应用的全过程。	0.5
2.3.58.2 以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，需符合国家和省级管理要求。(1.5分)	2.3.58.2.1 以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标。	1
	2.3.58.2.2 医疗技术质量控制指标符合国家和省级管理要求。	0.5
2.3.58.3 各科室根据开展的医疗技术，制定本科室医疗技术临床应用质控指标，关注日常开展的医疗技术。(1分)	2.3.58.3.1 各科室根据开展的医疗技术，制定本科室医疗技术临床应用质控指标。	0.5
	2.3.58.3.2 科室对医疗技术临床应用进行自查，关注日常开展的医疗技术，对医疗技术质量控制指标等数据及时收集、分析，对存在的问题有整改。	0.5
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。(1分)	2.3.58.4.1 有信息系统支持医疗技术质量控制指标数据收集与分析。	0.5
	2.3.58.4.2 主管职能部门对医疗技术临床应用质量进行监管，对医疗技术质量控制指标等数据及时进行收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。	0.5
(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。		5
【概述】 医疗技术临床应用的规范化培训是保障医疗技术临床应用质量的重要措施。医院应当建立医疗技术临床应用规范化培训机制，重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。		
2.3.59.1 建立医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习。(4分)	2.3.59.1.1 有医疗技术临床应用规范化培训制度。	1
	2.3.59.1.2 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。	1
	2.3.59.1.3 对开展相关医疗技术临床应用人员进行培训及考核。加强首次在本院临床应用的医疗技术的规范化培训工	1
	2.3.59.1.4 拟开展相关限制类技术且符合资质要求的人员，须在相关医疗技术培训基地接受该技术系统培训并考核合格。	0.5

	2.3.59.1.5 主管职能部门有定期督导、检查、反馈及改进。	0.5
2.3.59.2 重视医疗技术临床应用管理人才队伍建设和培养，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。(1分)	2.3.59.2.1 有医疗技术临床应用管理人才队伍建设和培养措施并落实。	0.5
	2.3.59.2.2 对相关人员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。	0.5
(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。		5
【概述】限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。		
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。(3分)	2.3.60.1.1 有医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录公开的规定和程序。	1
	2.3.60.1.2 将医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录纳入医院院务公开范围，主动向社会公开三、四手术管理目录，接受社会监督。	1
	2.3.60.1.3 开展的限制类技术目录、手术分级管理目录变动时，及时更新有关公开信息。	1
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。(2分)	2.3.60.2.1 有限制类技术临床应用情况公开的规定和程序。	1
	2.3.60.2.2 将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。	1
(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。		5
【概述】医疗技术临床应用项目的评估应根据国家和省级卫生健康行政部门规定落实，医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。		
2.3.61.1 按照规定，出现以下情形时应当立即停用：被	2.3.61.1.1 根据《医疗技术临床应用管理办法》要求，有出现相关情形停止使用医疗技术临床应用的规定。	1

<p>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。(4分)</p>	<p>2.3.61.1.2 相关科室及主管职能部门进行监测、监管，出现以下相关情形的，应立即停用：</p> <p>(1)被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术。</p> <p>(2)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。</p> <p>(3)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。</p> <p>(4)发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或者存在重大质量、安全或者伦理缺陷。</p>	<p>2</p>
<p>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。(1分)</p>	<p>2.3.61.1.3 科室及主管职能部门对存在问题有分析、整改。</p>	<p>1</p>
<p>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。(1分)</p>	<p>2.3.61.2.1 对前款需停用的医疗技术，属于限制类技术的，上报属地和省级卫生健康行政部门。向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门主动申请撤销备案。</p>	<p>0.5</p>
<p>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。(1分)</p>	<p>2.3.61.2.2 将停用的限制类技术向社会公示。</p>	<p>0.5</p>
<p>(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。</p>		
<p>【概述】限制类技术是国家医疗技术临床应用管理的重点内容，及时、准确、完整上报相关数据，便于国家做好医疗技术临床应用评估，也作为医院规范开展相应工作的依据。</p>		
<p>2.3.62.1 有上报机制，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。(2.5分)</p>	<p>2.3.62.1.1 有报送限制类技术开展情况数据信息的管理规定与流程，相关人员知晓并落实。</p>	<p>1</p>
<p>2.3.62.1 有上报机制，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。(2.5分)</p>	<p>2.3.62.1.2 科室按照相关限制类技术规范及质控要求收集数据。</p>	<p>0.5</p>
<p>2.3.62.1 有上报机制，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。(2.5分)</p>	<p>2.3.62.1.3 指定专人向国家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。上报数据及时、准确、完整。</p>	<p>1</p>

2.3.62.2 建立数据信息内部验证机制，确保数据真实，符合上报要求。(1.5分)	2.3.62.2.1 有数据信息内部验证机制。	1
	2.3.62.2.2 科室及主管职能部门对上报数据进行审核，确保数据真实，符合上报要求。	0.5
2.3.62.3 对上报情况定期进行分析反馈，持续改进上报质量。(1分)	2.3.62.3.1 科室及主管职能部门对上报情况定期分析反馈，持续改进上报质量。	1
(六十三)医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。★		5
【概述】限制类技术临床应用必须经过规范化培训，承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院应当符合国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，有科学的培训方案，完成备案。		
2.3.63.1 承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，应当满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件。(1分)	2.3.63.1.1 有承担限制类技术临床应用规范化培训工作的相应资质。	0.5
	2.3.63.1.2 能满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件。	0.5
2.3.63.2 制定培训方案，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，并向社会公开。(2分)	2.3.63.2.1 有限制类技术临床应用规范化培训方案，并向社会公开。	1
	2.3.63.2.2 培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等。	1
2.3.63.3 及时履行备案程序。(2分)	2.3.63.3.1 首次发布招生公告之日起，3个工作日内向省级卫生健康行政部门备案。	1
	2.3.63.3.2 备案材料完整，符合要求。	1
(六十四)医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。★		5

<p>【概述】医院建立限制类技术规范化的培训机制，明确相关的职责制度并落实，学员管理到位，按照培训方案和计划开展培训，培训质量有监测、分析和持续改进，确保达到培训目标。</p>		
<p>2.3.64.1 为限制类技术临床应用规范化培训制定规章制度及流程，明确相关职责和管理要求。(1.5分)</p>	<p>2.3.64.1.1 有限制类技术临床应用规范化培训的规章制度及流程，有相关人员岗位职责和管理要求。</p>	1
	<p>2.3.64.1.2 有指定部门负责日常管理工作，加强对导师和学员的管理。</p>	0.5
<p>2.3.64.2 按照培训方案和计划开展培训工作，按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，制定培训方案和计划，培训教材和大纲要满足培训要求，保障培训质量。(1.5分)</p>	<p>2.3.64.2.1 按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，制定培训方案和计划；培训教材和大纲满足培训要求。</p>	0.5
	<p>2.3.64.2.2 按照培训教材和大纲、培训方案和计划规范开展培训工作。</p>	0.5
	<p>2.3.64.2.3 科室定期自查，对存在问题有整改；主管职能部门定期督导、检查、反馈及改进，保障培训质量。</p>	0.5
<p>2.3.64.3 考核包括过程考核和结业考核，过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。(1分)</p>	<p>2.3.64.3.1 考核包括过程考核和结业考核：过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。</p>	1
<p>2.3.64.4 加强学员管理，建立学员培训档案，档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全</p>	<p>2.3.64.4.1 有学员培训档案。档案内容包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。</p>	1

过程管理的患者例数、考核结果等。(1分)		
----------------------	--	--

四、医疗安全风险防范(106分)

评价标准		分值(分)
(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。		20
【概述】不良事件管理是医疗质量安全的核心内容,医院应当建立医疗质量(安全)不良事件管理制度,并通过对医疗质量(安全)不良事件的分析,促进医疗质量提高。		
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。(5分)	2.4.65.1.1 有医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度与流程,相关部门职责明确。	2
	2.4.65.1.2 有多种途径便于医务人员报告医疗质量(安全)不良事件。	1
	2.4.65.1.3 有专门部门统一收集、核查、管理医疗质量(安全)不良事件。	2
2.4.65.2 有不良事件分类目录,员工知晓。(3.5分)	2.4.65.2.1 有不良事件分类目录,并不断完善。	2
	2.4.65.2.2 对员工进行制度和流程以及不良事件分类目录的培训,员工知晓并执行。	1.5
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。(2.5分)	2.4.65.3.1 有对不良事件主动报告的激励机制,有降低瞒报、漏报、缓报等情况的措施,并落实。	2.5
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。(3分)	2.4.65.4.1 有医疗质量(安全)不良事件信息化管理系统。	2
	2.4.65.4.2 定期对医疗质量(安全)不良事件及管理缺陷进行监测、评价,有统计分析、反馈和信息共享。	1
2.4.65.5 建立持续改进医疗质量	2.4.65.5.1 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。	2

(安全)不良事件相关因素及管理缺陷的机制。(6分)	2.4.65.5.2有多部门联席会议 保证医疗质量(安全)不良事件所反映出的医院管理系统问题能得到及时改进。	1
	2.4.65.5.3 运用质量管理方法和管理技术工具对医疗质量(安全)不良事件进行分析,提出改进措施并督导落实。	2
	2.4.65.5.4 有数据或案例体现医院医疗质量与安全持续改进。	1
(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、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。		10
【概述】医疗风险管理是医疗质量管理不可或缺的部分，医院应当及时消除影响患者安全、员工安全、医院运营和发展的隐患。		
2.4.66.1 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，有医疗风险管理方案并定期修订。(2分)	2.4.66.1.1 有医疗风险管理的指定部门，有专人负责。	1
	2.4.66.1.2 有医疗风险管理方案并定期修订。	1
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。(3分)	2.4.66.2.1 相关职能部门定期识别、评估医院内部存在的医疗风险点。	2
	2.4.66.2.2 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管理。	1
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。(3分)	2.4.66.3.1 有医疗风险防范培训,员工知晓本部门及本岗位医疗风险。	2
	2.4.66.3.2 有针对性的风险防控措施,包括但不限于医疗风险的知识培训、预警、控制、避让和风险分担等措施。	1
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。(2分)	2.4.66.4.1 科室和相关部门定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。	1
	2.4.66.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(六十七)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		10

护医务人员人身安全，为医患双方营造良好诊疗环境。		
【概述】安全稳定的医院环境是人民群众看病就医、医务人员治病救人的必要条件，医院应当不断提升医院安全秩序管理法治化、专业化、智能化水平，营造安全稳定的诊疗环境。		
2.4.67.1 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。（2分）	2.4.67.1.1 医院主要负责人是本院安全秩序管理的第一责任人。医院安全秩序管理工作领导机制健全，职责明确。	0.5
	2.4.67.1.2 有医院安全保卫管理制度及部署方案，并落实。	0.5
	2.4.67.1.3 有医院涉医突发事件应急预案，并定期组织演练。	0.5
	2.4.67.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.4.67.2 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。（1.5分）	2.4.67.2.1 医院安全保卫部门专职保卫人员配备合理，工作职责明确。	0.5
	2.4.67.2.2 医院保安员数量符合配备标准，培训合格后持证上岗。对专职保卫人员和保安员加强培训，规范保安员考核评价。	1
2.4.67.3 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。（1分）	2.4.67.3.1 物防设施符合要求，在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设施和防护器械。	0.5
	2.4.67.3.2 医院供水、供电、易燃易爆物品存放等重点要害部位有安全防护设施。人员密集处有隔离疏导设施。	0.5
2.4.67.4 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。（2.5分）	2.4.67.4.1 医院设置安全监控中心，技防系统的安全信息集中统一管理，医院公共区域、重点区域视频监控全覆盖。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，系统间互联互通。	1
	2.4.67.4.2 医院门卫室、各科室、重点要害部位有与安全监控中心联网的一键报警装置。	0.5

	2.4.67.4.3 安全监控中心有视频监控资源使用、审批制度与流程。有值班人员和岗位职责，有培训。	0.5
	2.4.67.4.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.4.67.5 强化医院警务室建设，有条件的三级医院和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)。(1分)	2.4.67.5.1 必要时设立警务室(治安岗亭)，医院为警务室(治安岗亭)提供必要的工作条件。	0.5
	2.4.67.5.2 警务室(治安岗亭)警力配备能满足工作需要。医院在警务室(治安岗亭)民警组织指导下开展安全检查、巡逻防控、突发事件处置等工作。	0.5
2.4.67.6 有序开展安检工作，建立安全检查制度，结合实际情况，配备金属探测门、微量X射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备。(2分)	2.4.67.6.1 有安全检查制度并执行。	0.5
	2.4.67.6.2 结合实际情况，配备金属探测门、微量X射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备。	0.5
	2.4.67.6.3 必要时主要出入口实施安检，防止人员携带刀具、爆炸物品、危险物品进入医院。急危重症患者设置安检绿色通道。	0.5
	2.4.67.6.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(六十八)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。		15
【概述】 医患沟通是医疗服务的组成部分，医院应当按照《医疗机构投诉管理办法》相关要求，建立顺畅的沟通渠道，实行“首诉负责制”，避免强化患者负面感受，改进医疗服务质量。		
2.4.68.1 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程。(3分)	2.4.68.1.1 有明确的医患沟通机制、投诉管理制度和投诉处置流程。	1
	2.4.68.1.2 相关人员知晓并执行。	2
2.4.68.2 设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开。(4分)	2.4.68.2.1 有投诉管理部门，负责统一受理、处理投诉。投诉接待室配有录音录像设施。	2
	2.4.68.2.2 实行“首诉负责制”，建立畅通、便捷的投诉渠道。在医院显著位置公布投诉处理程序、地点、接待时间、联系方式等。	2

2.4.68.3 对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。 (2分)	2.4.68.3.1 对投诉处置有明确时限规定，及时处理患者投诉并告知投诉处置结果。	2
2.4.68.4 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。(6分)	2.4.68.4.1 投诉管理部门按照要求建立完善的投诉处理档案。	2
	2.4.68.4.2 定期汇总、归类、分析投诉信息，反馈给相关职能部门和科室，并督导整改落实情况。	2
	2.4.68.4.3 根据共性的投诉问题开展警示教育，持续改进医疗质量安全。	2
(六十九)建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。		10
【概述】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是医疗质量管理的组成部分，定期分析评估相关事件有助于避免同类事件发生。医院有义务按照国家有关规定及时上报相关信息，为政府部门及时调整管理政策提供依据。		
2.4.69.1 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。(2分)	2.4.69.1.1 有药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度及报告流程，有主动报告激励机制，有便于相关人员报告上述事件的途径。	1
	2.4.69.1.2 相关人员知晓并落实。	1
2.4.69.2 定期评估相关事件并及时反馈临床。(4分)	2.4.69.2.1 从事药品不良反应管理工作的人员具备相应的专业背景和工作能力。	1
	2.4.69.2.2 定期检查、分析和评估相关事件，及时反馈给临床。	1
	2.4.69.2.3 将报告的内容和统计资料作为加强药品、医疗器械监督管理、指导合理使用的依据。	1
	2.4.69.2.4 相关职能部门对药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件进行根本原因分析，有数据或案例体现管理体制、运行机制或规章制度不断完善。	1

2.4.69.3 按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。 (4分)	2.4.69.3.1 与医院医疗质量(安全)不良事件统一管理，建立信息上报平台。有指定部门统一收集、核查药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件，并向相关机构上报，可追溯。	2
	2.4.69.3.2 有降低漏报的措施，对存在问题有分析及整改。	1
	2.4.69.3.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(七十)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。		13
【概述】深静脉血栓影响患者安全，是导致患者非预期死亡的重要原因，容易造成医患矛盾和纠纷。及时识别深静脉血栓高危患者并采取规范的预防措施是提升医疗质量、保障患者安全的重要措施。		
2.4.70.1 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。 (11分)	2.4.70.1.1 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及质控指标，制度和流程纳入相关疾病诊疗规范并落实。有深静脉血栓形成应急处理预案。	1.5
	2.4.70.1.2 有深静脉血栓多学科诊疗团队，由主管职能部门负责组织实施；明确医院高危科室。	1.5
	2.4.70.1.3 科室对入院患者进行深静脉血栓形成风险评估及基本预防，并进行动态风险评估；根据要求进行出血风险评估。	1.5
	2.4.70.1.4 对深静脉血栓中高危患者按规范进行相关辅助检查，有效识别深静脉血栓形成中高危患者，规范实施药物预防和机械预防。	1.5
	2.4.70.1.5 对深静脉血栓患者请相关学科会诊，并规范治疗，必要时进行多学科诊疗。	1.5
	2.4.70.1.6 对深静脉血栓的评估、识别、预防、诊断和处置按照病历书写规范进行记录。	1.5
	2.4.70.1.7 科室定期自查、分析，对存在问题有整改。	1
	2.4.70.1.8 相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1

2.4.70.2 开展全员相关培训，员工知晓。(2分)	2.4.70.2.1 开展全员相关培训，员工知晓。	2
(七十一)关注院内安全，有针对心脏骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。		13
【概述】心脏骤停、昏迷和跌倒等高风险事件严重危及患者生命安全，医院应当保障全院范围内紧急救治和生命支持服务。		
2.4.71.1 有针对心脏骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。(5分)	2.4.71.1.1 有针对全院任何区域内发生心脏骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急预案和救护机制。	2
	2.4.71.1.2 相关人员知晓并落实。	2
	2.4.71.1.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈及改进，保障院内救治及时有效。	1
2.4.71.2 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，对员工和社会化服务人员高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。(5分)	2.4.71.2.1 定期对医院员工及社会化服务人员开展高风险意外事件处置能力培训及考核。	1
	2.4.71.2.2 定期开展心脏骤停、昏迷和跌倒等高风险意外事件的应急演练。	2.5
	2.4.71.2.3 各级各类人员掌握相应的应急处置知识、技能及职责。	1.5
2.4.71.3 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。(3分)	2.4.71.3.1 有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的措施，根据院区面积和建筑布局，适当划分区域配置抢救力量和抢救器材。	1.5
	2.4.71.3.2 相关科室、人员职责分工及负责救治区域明确，能就近、及时进行紧急救治。	1.5
(七十二)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。		15
【概述】分娩安全是人民健康的重要组成部分，控制分娩疼痛和减少分娩损伤对增强人民群众获得感、安全感、幸福感具有重要意义，医院应当按照国家有关规定落实相关措施。		
2.4.72.1 制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实(5分)	2.4.72.1.1 有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度。	3
	2.4.72.1.2 相关人员知晓并落实。	2
2.4.72.2 根据法律法规和行业	2.4.72.2.1 有分娩及分娩镇痛技术规范及流程。	1.5
	2.4.72.2.2 有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的措施。	1.5

规范要求，制定分娩技术规范及流程，以控制分娩疼痛和减少分娩损伤。(6.5分)	2.4.72.2.3 相关人员知晓并落实。	1.5
	2.4.72.2.4 通过多种途径对孕产妇及其家属进行分娩及分娩镇痛的健康宣教。	1
	2.4.72.2.5 科室定期自查，对存在问题有分析与整改。	0.5
	2.4.72.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改措施落实情况。	0.5
2.4.72.3 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。(3.5分)	2.4.72.3.1 按照国家有关规定制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标。	2
	2.4.72.3.2 科室定期对质控指标进行统计、分析，对存在的问题进行整改。	0.5
	2.4.72.3.3 主管职能部门定期监测、评估、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
	2.4.72.3.4 各项质控指标呈正向变化。	0.5

五、诊疗质量保障与持续改进(340分)

评价标准		分值(分)
(七十三)门、急诊(含发热、肠道门诊，下同)布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。		10
【概述】门、急诊是医院第一道窗口，应当统筹规划，严格落实法定要求，体现“以患者为中心”的理念并满足临床管理需求。同时，建立全覆盖的门急诊管理制度和 workflows，针对门急诊容易出现的高风险意外事件，建立应急预案并落实。		
2.5.73.1 门、急诊布局科学、合理，体现“以患者为中心”的理念，并符合相关规定，能满足临床管理需求。(4分)	2.5.73.1.1 门、急诊功能分区、布局流程、设备设施等符合相关规定，符合患者就诊流程需求和医院感染管理要求。	1
	2.5.73.1.2 有信息系统支持门、急诊分层挂号或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费、打印结果等服务。	1
	2.5.73.1.3 有就诊指南、建筑平面图、患者咨询服务、出诊信息、各种诊疗服务价格公示等。	1
	2.5.73.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1

2.5.73.2 急诊科入口应当通畅,有醒目的路标和标识,并设有救护车通道和专用停靠处。 (1分)	2.5.73.2.1 急诊科入口设在便于患者迅速到达的区域,入口通畅,设有无障碍通道。路标、标识清晰醒目。	0.5
	2.5.73.2.2 设有救护车通道和专用停靠处,并有协调保障机制。	0.5
2.5.73.3 建立门、急诊管理制度和 workflow,并落实。(3分)	2.5.73.3.1 有门、急诊管理制度和 workflow。	1
	2.5.73.3.2 有门诊质量管理体系,明确负责门诊日常管理工作的部门,职责明确。	0.5
	2.5.73.3.3 有急诊留观时间超过 72 小时的患者管理协调机制。	0.5
	2.5.73.3.4 相关人员知晓并落实。	0.5
	2.5.73.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.73.4 制定门、急诊突发应急事件处置预案并组织实施。(2分)	2.5.73.4.1 有门、急诊各类突发事件应急处置预案,对相关人员进行培训和演练,总结发现问题并整改落实。	1
	2.5.73.4.2 抢救设备设施、物(药)品等处于备用状态。	0.5
	2.5.73.4.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(七十四)加强门、急诊专业人员和技术力量配备,根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源,做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。		11
【概述】足够的门、急诊专业人员是保证门、急诊医疗服务质量安全的基础,医院应统筹调配资源,在保障门、急诊服务质量的基础上,提高资源利用效率。同时加强人员培训,提高门、急诊人员诊疗能力,特别是应对突发紧急情况的能力。		
2.5.74.1 根据门、急诊就诊患者流量配备适宜数量的门、急诊专业人员和技术力量,满足门、急诊患者医疗需求。(3分)	2.5.74.1.1 医院对门、急诊出诊医护人员资质和专业技术能力有明确要求。门、急诊专业人员配置、技术力量配备能够满足门、急诊患者医疗需求和工作需要。	1
	2.5.74.1.2 急诊科主任由主治医师及以上专业技术职务任职资格的医师担任;急诊科护士长由主管护师或 3 年以上急诊临床护理工作经验。	1
	2.5.74.1.3 急诊科病房、急诊重症监护室由专职医师与护士负责;有急诊手术室的,应配有专职手术护理人员或由中心手术室统一管理。	0.5

	2.5.74.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.74.2 对门、急诊医务人员开展技术和技能培训。(3分)	2.5.74.2.1 有门、急诊医务人员专业技术与技能培训考核制度、定期再培训制度和年度培训计划，并落实。	0.5
	2.5.74.2.2 急诊值班医师能够熟练正确使用各种抢救设备，掌握各种急救技能；急诊值班护理人员除具备常用的护理技能外，还应具有配合医师完成上述操作技能的能力。	0.5
	2.5.74.2.3 急诊医务人员经过急诊专业培训、考核达标方能上岗，并有考核记录。	0.5
	2.5.74.2.4 急诊重症监护室固定医师与护理人员经ICU专业培训，考核合格后方能上岗。	0.5
	2.5.74.2.5 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.74.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.74.3 有针对门、急诊就诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制及应急预案。(3分)	2.5.74.3.1 有根据门、急诊就诊患者流量、突发事件合理快速调配医疗资源的方案。	1.5
	2.5.74.3.2 有措施保障门、急诊重点区域和高峰时段诊疗秩序和连贯性，缩短患者等候时间。	0.5
	2.5.74.3.3 有门、急诊患者就诊流量变化和突发应急事件应急预案，对相关人员进行培训和演练，总结发现问题并整改落实。	0.5
	2.5.74.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.74.4 定期分析门、急诊流量和突发事件情况，及时调整门、急诊医疗资源配备。(2分)	2.5.74.4.1 有定期分析门、急诊患者就诊流量和突发事件情况的分析报告。	1
	2.5.74.4.2 根据分析报告及时调整门、急诊医疗资源配备，人员、设备等医疗资源的调配能够保障门诊重点区域和高峰时段诊疗的秩序和连贯性。	0.5
	2.5.74.4.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(七十五)实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。		10
【概述】 预检分诊是优化资源配置、提高门、急诊医疗服务效率的重要途径。		

2.5.75.1 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。(3分)	2.5.75.1.1 有门、急诊预检分诊制度与流程。根据实际及时完善、优化预检分诊流程。	0.5
	2.5.75.1.2 急诊有专人负责 24 小时预检分诊。急诊患者实行分级管理、分类救治。有有效分流非急诊患者措施，保证及时救治急危重症患者。	1
	2.5.75.1.3 预检分诊人员接受岗前和在岗相关制度、流程的培训，知晓并执行。	1
	2.5.75.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.75.2 通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。(3分)	2.5.75.2.1 通过预检，分诊人员有效分诊疑似传染病、发热等患者。对疑似传染病、发热的患者，做好防护措施，安排专人按照指定路线引导至感染性疾病科门诊或发热门诊就诊，形成闭环管理。	1
	2.5.75.2.2 有预检分诊记录；有分诊疑似传染病、发热等患者的记录。	1
	2.5.75.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.5.75.3 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。(1分)	2.5.75.3.1 预检分诊点设立在门、急诊醒目位置，相对独立，通风良好，流程合理。	0.5
	2.5.75.3.2 预检分诊点的标识导向清楚、醒目易懂。	0.5
2.5.75.4 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，配置快速鉴别病情的相关医疗设施设备。(3分)	2.5.75.4.1 分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品。有发热患者使用的外科口罩、快速体温测量仪器和体温计、手卫生消毒用品、医疗废物桶、疑似患者基本情况登记表等。	1
	2.5.75.4.2 分诊人员采取相应的标准防护措施，严格落实消毒隔离制度，按规范严格消毒，按相关规定规范处理医疗废物。	1
	2.5.75.4.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(七十六)把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容。		12

<p>【概述】门、急诊工作的主体是临床各科室医务人员，门、急诊服务是住院服务的开始和延伸，把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围符合疾病诊疗规律和管理要求，有助于提高门、急诊诊疗质量。</p>		
2.5.76.1 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围。(5分)	2.5.76.1.1 有门、急诊工作质量考核标准和考核指标。	2.5
	2.5.76.1.2 把门、急诊工作质量纳入到临床各科室质量管理范围。	2.5
2.5.76.2 把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。(7分)	2.5.76.2.1 将门、急诊工作质量考核列入临床各科室和医务人员月度、年度考核内容。	2.5
	2.5.76.2.2 临床科室有门、急诊工作质量考核标准、考核指标和门诊相关制度的培训，相关人员知晓并落实。	2.5
	2.5.76.2.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.5.76.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
<p>(七十七)有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。</p>		15
<p>【概述】急危重患者是医疗活动中应当重点关注的人群，应当优先救治以争取最佳诊疗效果。为充分利用有限的资源，医院和科室应当明确急危重症患者的范围，建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制，并定期对实施效果进行评价和持续改进。</p>		
2.5.77.1 建立针对急危重症患者的院内急诊、住院(含处置)和转诊的绿色通道机制，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。(6分)	2.5.77.1.1 有急危重症患者优先救治制度，有急危重症患者院内急诊、住院(含处置)和转诊的“绿色通道”管理制度。	2
	2.5.77.1.2 有明确的急危重症患者范围，有“绿色通道”涉及病种，有“绿色通道”涉及部门和科室的职责、服务要求。有先抢救后付费的规定。	2
	2.5.77.1.3 有进入“绿色通道”患者的交接制度，有措施保证患者在院前急救、院内急诊、住院或转诊的连贯性医疗服务全过程中无缝隙交接，获得连贯性服务。	2
2.5.77.2 员工知晓绿色通道的实施范围及流程。(2分)	2.5.77.2.1 有对“绿色通道”相关制度、实施范围及流程的培训，相关人员知晓并落实。	1
	2.5.77.2.2 定期组织院内多部门、多科室协同演练，保证“绿色通道”畅通。	1

2.5.77.3 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。(4分)	2.5.77.3.1 有为急危重症患者住院备床、备手术室的的规定并落实。	1
	2.5.77.3.2 定期调整备床数量,能满足急危重症患者住院及手术需求。	1
	2.5.77.3.3 有急危重症患者优先住院和手术的制度,保证急需住院及手术患者能够及时收入病房或及时实施手术。	1
	2.5.77.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.5.77.4 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。(3分)	2.5.77.4.1 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.5.77.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
	2.5.77.4.3 主管职能部门对存在问题召集相关职能部门和科室共同讨论,有分析、整改,持续改进“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性。	1
(七十八)有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇、新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。		10
【概述】 创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇、新生儿等急危重症病种和重点人群是医疗服务的关注重点,医院应建立服务规范和流程以保障相关急危重症病种和重点人员的救治效果。		
2.5.78.1 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种的服务规范和流程。(5分)	2.5.78.1.1 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种的服务规范和流程。	2
	2.5.78.1.2 对上述规范和流程等进行培训,相关人员知晓并落实。	1
	2.5.78.1.3 针对重点病种服务规范和流程开展演练,有总结与整改。	1
	2.5.78.1.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.78.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.78.2 有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程。(5分)	2.5.78.2.1 有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程。	2
	2.5.78.2.2 对上述规范和流程等进行培训,相关人员知晓并落实。	1

	2.5.78.2.3 针对重点人群服务规范和流程开展演练,有总结与整改。	1
	2.5.78.2.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.78.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(七十九)优化门、急诊服务,实施多种形式的预约诊疗服务,逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗,方便患者就医。		13
【概述】 预约诊疗、公开出诊信息、开展多学科诊疗是提高门诊医疗服务效率和医疗质量的重要方式。		
2.5.79.1 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。(4.5分)	2.5.79.1.1 有预约诊疗工作制度和流程,有专门部门和人员负责统一预约管理和协调工作。	0.5
	2.5.79.1.2 实施患者实名就医。在注册、挂号、诊疗等各环节实行患者唯一身份标识管理。推行分时段预约诊疗,有提高患者到院 30 分钟内就诊率措施。	0.5
	2.5.79.1.3 加强预约挂号管理,提供网络、自助机、诊间、人工窗口等多种预约挂号方式,并方便患者及时获取预约诊疗信息。有提高患者预约就诊比例的措施并落实。	1
	2.5.79.1.4 有信息化预约管理平台,并根据就诊量变化动态调整各挂号途径号源投放量。加强退号与爽约管理,建立退号候补机制,提升号源使用效率。	1
	2.5.79.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
	2.5.79.1.6 门诊预约率、复诊预约率、口腔、产前检查复诊预约率等符合相关要求,患者预约诊疗比例逐步提高。	1
2.5.79.2 及时公开出诊信息。(1.5分)	2.5.79.2.1 规范医务人员出诊管理,合理配置门诊人力资源。医务人员按时出诊,特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。	0.5
	2.5.79.2.2 及时公开出诊信息,以多种方式向患者提供出诊信息,对变动出诊时间提前公告。	0.5
	2.5.79.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5

2.5.79.3 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。(4分)	2.5.79.3.1 有多学科(MDT)门诊会诊的工作制度、规范流程。	1.5
	2.5.79.3.2 多学科(MDT)门诊会诊有相对固定的专家团队,多学科门诊诊疗记录符合要求。	1
	2.5.79.3.3 有门诊疑难病例会诊制度,提供门诊疑难病例会诊服务。	1
	2.5.79.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.79.4 优化门、急诊服务,有明确的服务流程、质量指标,定期分析,持续改进。(3分)	2.5.79.4.1 有明确的门、急诊服务流程和质量指标。	1
	2.5.79.4.2 有门诊手术和有创诊疗的目录,执行有关医疗质量安全相关制度,相关诊疗记录符合要求,确保门诊手术和有创诊疗的安全。	1.5
	2.5.79.4.3 主管职能部门定期分析门、急诊服务流程和质量指标落实情况,持续改进并优化门、急诊服务流程。	0.5
(八十)优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。		10
【概述】 就诊环境是医疗服务的重要组成,医院就诊环境应当“以患者为中心”,既能满足功能性需求,又能提升患者就医体验。		
2.5.80.1 优化就诊环境 就诊环境清洁、舒适、安全,定期检查,及时维护。(3分)	2.5.80.1.1 有优化“以患者为中心”就诊环境的措施,有患者隐私保护措施,并落实。	0.5
	2.5.80.1.2 就诊环境清洁、舒适、安全、卫生。门诊工作区满足患者就诊需要,有配备适宜座椅的等候休息区,有候诊提示系统。	1
	2.5.80.1.3 住院病房整洁、安静,床单元面积符合相关标准要求。有安全的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。	0.5
	2.5.80.1.4 有规范的安全防护设施。有防止跌倒的安全设施,有卫生洗浴设施,并配备应急呼叫及防滑扶手装置等。卫生间清洁、无味、防滑,有专供残疾人使用的卫生设施。	0.5
	2.5.80.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,对于发现的问题落实责任主体,提出整改方案并检查整改落实情况。	0.5
2.5.80.2 有就诊环境质	2.5.80.2.1 有就诊环境质量的量化标准,统一落实。	1

量的量化标准,统一落实,提升环境舒适性。 (2分)	2.5.80.2.2 就诊环境体现“以患者为中心”,方便患者就医,既能满足功能性需求,又能提升患者就医体验。	0.5
	2.5.80.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.80.3 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。 (2.5分)	2.5.80.3.1 有患者就诊接待、引导服务。	1
	2.5.80.3.2 有专人为患者提供咨询服务,佩戴标识规范,便于患者识别,相关人员熟知各项业务指引和服务流程。	0.5
	2.5.80.3.3 有多种便民措施与服务,如为老年人、有困难的患者提供帮助,提供自助机使用服务、饮水、电话、健康教育宣传等。	0.5
	2.5.80.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.80.4 急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。 (2.5分)	2.5.80.4.1 急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识;标识与服务区域功能或路径相符。	1
	2.5.80.4.2 根据服务区域功能或路径变化,及时变更标识。	0.5
	2.5.80.4.3 有预防意外事件的警示标识与措施。	0.5
	2.5.80.4.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(八十一)完善患者入院、出院、转科、转院服务管理制度和标准,为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。		12
【概述】患者在医院流动是为了更好地接受医疗服务,医院应当明确患者在院全环节医疗流程和规范,保障医疗服务和质量。		
2.5.81.1 有患者入院、出院、转科、转院服务管理制度及流程。 (2.5分)	2.5.81.1.1 有患者入院、出院、转科、转院服务管理制度及流程,相关人员知晓并落实。	1
	2.5.81.1.2 转科、转院患者的病情和病历等资料交接清晰、及时、完整,并记录。	1.5
2.5.81.2 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	2.5.81.2.1 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。	1.5

运中可能出现的风险进行防范,对生命体征不稳定的患者,有医护人员陪同转运,有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。(3分)	2.5.81.2.2 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。	1.5
2.5.81.3 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。(2.5分)	2.5.81.3.1 有定期的对全院入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程的评估。确保流程通畅和连贯,保障患者安全。	1.5
	2.5.81.3.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.5.81.4 为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。(2分)	2.5.81.4.1 有为急诊患者提供便捷的办理入院、出院手续制度与流程。	1
	2.5.81.4.2 相关人员知晓并落实。	1
2.5.81.5 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。(2分)	2.5.81.5.1 有转科、转院患者的交接流程和交接清单,过程有记录,可追溯。	1
	2.5.81.5.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(八十二)有为老年人就医提供方便,对老年人就医予以优先的举措。		10
【概述】《中共中央、国务院关于加强新时代老龄工作的意见》要求加快建设老年友善医疗机构,方便老年人看病就医。医院应当为老年人就医提供方便,有对老年人就医予以优先的举措。		
2.5.82.1 有构建适老化就医环境的举措,优化老年人进入医院的预检流程。(5分)	2.5.82.1.1 有构建适老化就医环境的举措并落实。	2
	2.5.82.1.2 有适合老年人进入医院的预检流程并不断优化。	2
	2.5.82.1.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.5.82.2 提供多渠道预约挂号服务,提供方便老年人预约挂号的方式,优化线上线下服务流程。	2.5.82.2.1 提供多渠道预约挂号服务,方便老年人预约挂号。	2
	2.5.82.2.2 优化线上线下服务流程,方便老年人看病就医。	2
	2.5.82.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1

(5分)		
(八十三)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。		11
【概述】出院患者管理是医疗服务的延伸，对促进患者康复和预防疾病具有重要意义。医院应当通过加强健康教育、规范出院医嘱和康复指导、建立随访制度等措施落实、完善医疗服务体系。		
2.5.83.1 加强出院患者健康教育，普及相关健康知识。(4分)	2.5.83.1.1 有出院及出院患者健康教育的规定，相关人员知晓并执行。	2
	2.5.83.1.2 有出院患者健康教育，普及相关健康知识的宣教内容及相关资料。	2
2.5.83.2 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。(4分)	2.5.83.2.1 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。	2
	2.5.83.2.2 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.5.83.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.5.83.3 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。(3分)	2.5.83.3.1 有出院患者随访制度并组织实施。	1
	2.5.83.3.2 有患者随访记录，持续改进医疗服务流程和医疗措施。	1
	2.5.83.3.3 相关人员知晓并执行。	1
(八十四)建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。		22
【概述】诊疗规范和技术操作流程是保证医疗同质化的手段，医院应当建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，落实相关法律法规对诊疗人员的要求，同时，对特殊人群必要时实施多学科评估和综合诊疗，以保证特殊人员的医疗质量。		
2.5.84.1 根据法律法规和行业指南，建立临床各专科常见疾病的诊疗规	2.5.84.1.1 根据法律法规和行业指南，建立临床各专科常见疾病的诊疗规范和技术操作流程。	2
	2.5.84.1.2 相关人员知晓并落实。	2
	2.5.84.1.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	2

范和技术操作流程，员工知晓并落实 (7分)	2.5.84.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.5.84.2 诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。(1分)	2.5.84.2.1 诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。	1
2.5.84.3 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。(4.5分)	2.5.84.3.1 根据法律法规和行业指南的变化，及时更新各科室的诊疗规范和技术操作流程。	2
	2.5.84.3.2 科室对更新的规范进行培训并执行。	1.5
	2.5.84.3.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.5.84.4 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。(4.5分)	2.5.84.4.1 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。	2.5
	2.5.84.4.2 住院患者均有适宜的诊疗计划，由上级医师负责核准。	2
2.5.84.5 对疑难危重患者、恶性肿瘤患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。(5分)	2.5.84.5.1 有对疑难危重、恶性肿瘤患者进行多学科评估和综合诊疗的相关规定。	1
	2.5.84.5.2 各科室有界定疑难、危重、恶性肿瘤患者的多学科评估和综合诊疗范围。	2
	2.5.84.5.3 相关人员知晓并落实。	2
(八十五)对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。★		10
【概述】营养治疗是诊疗的重要组成部分，对提高诊疗效果、促进患者康复、保障患者安全具有重要作用。医院应当对住院患者实施营养评估，并提供适宜的营养治疗。		
2.5.85.1 开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者	2.5.85.1.1 医院设置临床营养科，具有独立的工作场所，基本设施符合相关要求。	2
	2.5.85.1.2 营养科人员配置合理，医、护、技专业人员具备相关资质，负责人具备卫生专业技术资格中级及以上职称担任。有各级各类人员岗位职责并履职。	0.5

营养状况。建立以营养筛查-评价-诊断-治疗为基础的规范化临床营养治疗路径,依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗,并定期对其效果开展评价。(5分)	2.5.85.1.3 有临床营养工作管理制度、相关诊疗技术规范 and 操作规程及质量安全管理指标,相关人员知晓并执行。	1
	2.5.85.1.4 开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗工作。建立以营养筛查-评价-诊断-治疗为基础的规范化临床营养治疗路径。依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗,并定期进行效果评价。	0.5
	2.5.85.1.5 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.85.1.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.85.2 为患者提供营养膳食指导,提供营养配餐和治疗饮食,满足患者治疗需要。(3分)	2.5.85.2.1 有住院患者各类膳食的适应证和膳食应用原则,有膳食医嘱执行路径。为患者提供营养膳食指导,相关人员知晓并落实。	1
	2.5.85.2.2 提供营养配餐和治疗饮食,种类齐全,满足患者治疗需要。	1
	2.5.85.2.3 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.85.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.85.3 营养科积极参与多学科诊疗,组建营养支持团队;接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊;按需提供营养支持方案,按规定记入病历。(2分)	2.5.85.3.1 医院有营养支持团队,团队成员涵盖需营养支持较多的重点科室,定期开展工作并有评价。	0.5
	2.5.85.3.2 营养科积极参与多学科诊疗,接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊;按需提供营养支持方案,按规定记入病历。	0.5
	2.5.85.3.3 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.85.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(八十六)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。		17
【概述】手术是有创医疗行为,必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术患者评估是保障手术得以安全实施、防止额外医疗损害的基本方法。医院应当对风险高、难度大或涉及伦理风险等的重大手术实施报告审批管理,对无法按照常规手术管理的急诊手术建立单独管理措施,保障急诊手术得以及时、安全的实施。		

2.5.86.1 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。(5.5分)	2.5.86.1.1 有手术患者评估制度,相关人员知晓并落实。	2
	2.5.86.1.2 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。为每位患者制订合理的诊疗和手术方案。	2
	2.5.86.1.3 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.5.86.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.86.2 患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。(1分)	2.5.86.2.1 患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。	1
2.5.86.3 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。(5.5分)	2.5.86.3.1 有重大手术报告审批制度和流程。	2
	2.5.86.3.2 有明确的重大手术的范围。	1.5
	2.5.86.3.3 相关人员知晓并执行。	1
	2.5.86.3.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.86.3.5 主管职能部门有定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.86.4 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。(5分)	2.5.86.4.1 有急诊手术管理制度,明确紧急状态下超出手术权限开展手术的管理要求。	1.5
	2.5.86.4.2 有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。	2.5
	2.5.86.4.3 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.86.4.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(八十七)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。		11
【概述】 术后管理对保障手术患者康复具有重要意义,关系手术是否成功,相关记录是医院开展手术质量管理的基础。病理学检查是明确诊断的关键依据,手术的离体组织必须做病理学检查。		
2.5.87.1 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	2.5.87.1.1 有围手术期的管理制度与流程。相关人员知晓并落实。	2
	2.5.87.1.2 有明确手术前准备、手术中及手术后患者管理的内容、时限和实施人员的相关规定。	1.5

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。(4.5分)	2.5.87.1.3 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。	1
2.5.87.2 术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项,并落实。(1.5分)	2.5.87.2.1 术后首次病程记录由手术医生术后即时完成,内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。	1.5
2.5.87.3 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。(2分)	2.5.87.3.1 术后记录及时、规范体现手术后治疗、观察病情变化、手术效果等情况。	1
	2.5.87.3.2 科室和主管职能部门定期检查,对存在问题有分析、整改。	1
2.5.87.4 对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时,有追踪与讨论的规定与程序,其结果有记录。(3分)	2.5.87.4.1 有对手术离体组织必须做病理学检查的相关规定,将术后病理检查结果记入病历。	1
	2.5.87.4.2 病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时,有追踪与讨论的规定与程序,其结果有记录。	1
	2.5.87.4.3 科室和主管职能部门定期检查,对存在问题有分析、整改。	1
(八十八)完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录,明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理,重视日间手术患者宣教和随访。		10
【概述】 日间手术有助于提高医院运营效率、改善患者体验,但治疗的模式改变可能会给患者带来新的风险。医院应当加强日间手术管理,尽可能消除相关风险,保证手术质量与安全。		
2.5.88.1 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	2.5.88.1.1 有日间手术质量安全管理制度、应急预案和评估工作机制,相关人员知晓并落实。	1
	2.5.88.1.2 建立日间手术质量管理的专门组织和工作职责,由相关职能部门负责日常管理。	0.5

责日间手术管理。(2分)	2.5.88.1.3 对日间手术科室和医师审核授权并动态管理。	0.5
2.5.88.2 制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。(1分)	2.5.88.2.1 有医院日间手术病种和技术目录,向社会公开。	0.5
	2.5.88.2.2 根据需求和手术的风险及时更新医院日间手术病种和技术目录,并向社会公开。	0.5
2.5.88.3 制定日间手术操作规范,明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。(3分)	2.5.88.3.1 有日间手术操作规范。	1
	2.5.88.3.2 有日间手术的适应证范围、麻醉方式、主要风险的防范。	1
	2.5.88.3.3 相关人员知晓并落实。	1
2.5.88.4 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。(2分)	2.5.88.4.1 有日间手术病历管理规定并落实。	1
	2.5.88.4.2 开展日间手术患者宣教和随访,有随访记录,可追溯。	1
2.5.88.5 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风险。(2分)	2.5.88.5.1 有日间手术质控指标。	1
	2.5.88.5.2 科室医疗质量管理工作小组履行其日间手术质量管理职责,定期评估日间手术病种和技术风险等。	0.5
	2.5.88.5.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(八十九)手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室,规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态,防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。		20
【概述】麻醉科是体现医院综合能力的重要临床专科,医院应当按照相关文件要求合理配置人员。麻醉前评估和麻醉复苏管理是保障麻醉安全、降低麻醉相关不良事件发生率的有效措施。同时,制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行,改善手术患者感受。		
2.5.89.1 手术麻醉人员配置合理,符合相关规定。(3分)	2.5.89.1.1 手术麻醉人员配置合理,符合相关规定。	1
	2.5.89.1.2 有麻醉医师分级授权管理及定期执业能力评价和再授权制度,并执行。	1
	2.5.89.1.3 对麻醉医师进行专业理论和技能培训并进行考核;麻醉医师每年接受继续教育知识更新。	1

2.5.89.2 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。(3分)	2.5.89.2.1 有患者麻醉前访视和评估制度。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。	1
	2.5.89.2.2 访视完成后,具有资质和授权的麻醉医师为手术患者制订麻醉计划。	1
	2.5.89.2.3 有麻醉前讨论制度,明确讨论范围。	0.5
	2.5.89.2.4 按规定内容书写麻醉记录单,麻醉的全过程在病历/麻醉记录单上得到充分体现。	0.5
2.5.89.3 预期术中(麻醉中)可能需要医患沟通的,术前应当告知患者,明确术中的授权委托人。(3分)	2.5.89.3.1 预期术中(麻醉中)可能需要医患沟通,术前应告知患者,明确术中的授权委托人。	1
	2.5.89.3.2 有变更麻醉方法的适应证、流程。更改麻醉方式需获得上级医师同意,术中委托人知情并签字。	2
2.5.89.4 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。(3分)	2.5.89.4.1 有麻醉后复苏室,人员、设备设施配置满足临床需求。	1
	2.5.89.4.2 复苏室每床配备吸氧设备、无创血压和血氧饱和度等监护设备,配备呼吸机、抢救车等设备,定期维护设施设备,有维护记录。	1
	2.5.89.4.3 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程。有患者转入、转出麻醉术后复苏室的记录。转出的患者有评价标准(Steward评分等),评价结果有记录。规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。	1
2.5.89.5 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。(2分)	2.5.89.5.1 有麻醉并发症预防措施。	1
	2.5.89.5.2 开展麻醉并发症监测、分析与反馈,并持续改进。	1
2.5.89.6 制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行。(3分)	2.5.89.6.1 有术后疼痛患者的镇痛治疗规范和流程并执行。	1
	2.5.89.6.2 麻醉医师掌握术后镇痛治疗规范与流程,镇痛治疗效果有评价,有记录。	1
	2.5.89.6.3 麻醉前麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人说明术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案。	1
2.5.89.7 对上述工作定	2.5.89.7.1 科室定期开展麻醉质量评价,根据评价结果分析、	1

期开展自查与督查。(3分)	总结并整改。 2.5.89.7.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	2	
(九十)根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊,其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。			16
【概述】 医院承担应对传染病的社会责任,应当根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求规范传染病相关管理。			
2.5.90.1 设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊,其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律、法规要求。(4分)	2.5.90.1.1 医院有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊,其建筑规范,布局流程规范。	2.5	
	2.5.90.1.2 医疗设备和设施、人员符合相关要求。	1.5	
2.5.90.2 发热门诊应当根据相关要求,在医院内相对独立的区域,与普通门(急)诊相对隔离,满足“三区两通道”设置。(5分)	2.5.90.2.1 发热门诊应当根据相关要求,在医院内相对独立的区域,与普通门(急)诊等区域有实际物理隔离屏障,远离儿科等区域,与其他建筑、公共场所保持一定距离,具有独立出入口,便于患者转运。	2	
	2.5.90.2.2 发热门诊满足“三区两通道”设置要求。	2	
	2.5.90.2.3 医院门口和门诊大厅等要设立醒目的发热门诊告示,内容应包括接诊范围、方位、行走线路等,院区内应有引导患者到达发热门诊的明确指示标识。	1	
2.5.90.3 制定传染病防治相关培训和考核制度并落实,可追溯。(7分)	2.5.90.3.1 有传染病防治相关培训和考核制度并落实,有记录。	3	
	2.5.90.3.2 对感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊工作人员进行岗前培训,考核合格后方可上岗,培训考核资料完整。	3	
	2.5.90.3.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1	
(九十一)实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质;医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施,向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。★			10

【概述】实施精神类疾病诊疗具有特殊性，医院应当按照国家相关要求，同时重点做好提供医疗保护措施的知情同意和教育。		
2.5.91.1 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。(1.5分)	2.5.91.1.1 精神科具备卫生健康行政部门核准的“精神科”诊疗科目及相关专业，相关执业文件核准与校验均在有效期内。	0.5
	2.5.91.1.2 医师具备精神科执业资质，精神科专业人员相对固定。	0.5
	2.5.91.1.3 有完善的规章制度、岗位职责并执行。承担精神疾病防治任务，提供防治技术指导和专业管理。	0.5
2.5.91.2 医院明确精神类治疗服务范围，根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范。(4分)	2.5.91.2.1 有明确精神类治疗服务范围。有本院经治的精神类疾病诊疗规范、操作常规。	1
	2.5.91.2.2 有精神病患者入院评估、住院说明、诊疗规范、疗效评估和病历书写等相关制度、工作规范和流程。	1
	2.5.91.2.3 有精神医学行为能力评估、住院说明、疗效评估等均记录在病历中。	0.5
	2.5.91.2.4 对上述服务范围、诊疗规范、制度流程等进行培训，相关人员知晓并落实。	0.5
	2.5.91.2.5 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.91.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.91.3 制定规范的患者安全保护措施并落实。(2.5分)	2.5.91.3.1 有患者住院医疗保护措施，有使用物理约束及隔离的制度与流程。有实施医疗保护措施导致意外的急救医疗的流程和设施，各项保障措施落实到位。病历中完整记录医疗保护措施实施情况。	0.5
	2.5.91.3.2 有非自愿住院患者医疗措施的适用条件与住院流程，有入院后诊断复核程序并遵照执行。	0.5
	2.5.91.3.3 有上述制度及流程的培训，相关人员知晓并落实。	0.5
	2.5.91.3.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.91.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.91.4 向近亲属或授权委托人提供医疗保护	2.5.91.4.1 有向患者监护人、近亲属或授权委托人充分告知提供医疗保护措施及可能发生意外情况的知情同意，充分说明并履	0.5

措施的知情同意和教育。 (2分)	行书面知情同意签字，患者监护人身份符合法律规范。	
	2.5.91.4.2 有向患者监护人、近亲属或授权委托人提供医疗保护措施及可能发生意外情况的培训和教育。	0.5
	2.5.91.4.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.91.4.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(九十二)实施精神类疾病治疗的医院为精神障碍者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神障碍者提供出院康复指导与随访。★		10
【概述】精神障碍患者治疗时间长、沟通交流能力较差，对躯体疾患的症状表述存在困难和偏差，需要多学科联合诊疗以准确识别病情，予以适宜治疗。实施精神类疾病治疗的医院应加强精神障碍者诊治的全环节管理，梳理精神障碍者的常见并发症和医疗风险，制定规范的预防流程和防范措施，针对医务人员、患者家属或授权委托人开展相关培训教育，指导预防措施的落实，建立标准的出院康复指导与随访机制。		
2.5.92.1 有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神障碍者的其他躯体疾病开展诊疗服务，及时、规范和全面的开展精神障碍者的躯体疾病的诊疗。(4分)	2.5.92.1.1 有为精神障碍者的其他躯体疾患提供会诊、多学科联合诊疗服务的管理制度及流程，并落实。	1.5
	2.5.92.1.2 会诊、多学科联合诊疗服务实施情况在病历中有规范记录。	1.5
	2.5.92.1.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.92.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.92.2 有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育，员工知晓。(3分)	2.5.92.2.1 有常见并发症的预防规范、风险防范措施和流程。	2
	2.5.92.2.2 对上述规范、措施及流程进行培训，相关人员知晓并落实。	1
2.5.92.3 为精神障碍者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。(3分)	2.5.92.3.1 有为精神障碍者提供出院康复指导、出院后随访的制度和流程，有记录。	1
	2.5.92.3.2 在评估患者及家属认知能力的基础上，运用有效的沟通方式，使患者和家属掌握出院后康复治疗与护理事项。	1

分)	2.5.92.3.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.92.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(九十三)医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。★		20
【概述】介入诊疗技术属于有创技术，需要加强管理，为此国家制定了一系列制度规范，医院开展介入诊疗技术应按照相关要求要求进行。		
2.5.93.1 人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。 (4分)	2.5.93.1.1 专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。	1
	2.5.93.1.2 有与介入诊疗项目相关临床科室，能为介入诊疗的并发症与其他意外紧急情况处理提供技术支持。有介入诊疗科室与相关科室共同制定的介入诊疗应急预案与工作流程。	1
	2.5.93.1.3 有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品等保障措施。	0.5
	2.5.93.1.4 有相关人员培训计划并考核。相关人员熟练掌握本岗位技术操作规范和 workflows。	1
	2.5.93.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.93.2 介入医师具备相应的资质和授权，并定期学习和培训。(4分)	2.5.93.2.1 介入医师具备相应的资质，介入诊疗技术实行分级授权管理。	1
	2.5.93.2.2 授权管理落实到每一位医师，能力评价有记录。	1
	2.5.93.2.3 有介入医师定期学习和培训计划，并考核合格。	1
	2.5.93.2.4 在实施介入诊疗前，必须经 2 名以上具有介入诊疗资格的医师决定(其中至少 1 名为副主任医师)，并有记录。	1
2.5.93.3 根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范并定期修	2.5.93.3.1 有介入诊疗管理制度、术后随访和质量评价工作制度与规范、导管室管理制度和介入诊疗各级各类人员岗位职责，并落实。	1
	2.5.93.3.2 有介入诊疗技术操作规范，并定期修订。	1

订,按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。(4分)	2.5.93.3.3 介入诊疗前,手术医师进行术前评估与访视。介入诊疗方案确定与实施按照授权规定执行。对术后患者进行随访。	1
	2.5.93.3.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.93.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.93.4 建立质控指标管理介入诊疗操作流程,定期汇总质控结果,分析反馈,持续改进。(4分)	2.5.93.4.1 有介入诊疗质量控制标准和质控指标。	1
	2.5.93.4.2 对介入诊疗质量有定期评价和分析,并有记录。	1
	2.5.93.4.3 定期统计与分析质控指标,有记录。	1
	2.5.93.4.4 科室能运用质量管理工具,开展质量与安全管理,持续改进介入诊疗质量。	0.5
	2.5.93.4.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.93.5 对介入诊疗器械实施全流程管理,有介入诊疗器械登记制度,一次性器械条码纳入病历,保证器械来源可追溯。(4分)	2.5.93.5.1 有介入诊疗器材购入、使用登记制度,保证器材来源可追溯。所有诊疗器材均有合格的相关证件。	1
	2.5.93.5.2 每例介入诊疗器材使用者的病历中均有器材使用的识别标志的记录。	1
	2.5.93.5.3 对一次性介入诊疗器材使用流程有明确规定,使用数量与出库数量相符;一次性器材使用后按医疗废物管理,有记录。	0.5
	2.5.93.5.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.93.5.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
	2.5.93.5.6 全院所有介入器材管理使用规范,可追溯,无违规使用案例。	0.5
(九十四)开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。★		15
【概述】血液净化技术需要严格的管理和标准的规程以降低感染风险,医院开展血液净化技术应当按照国家相关要求进行。		
2.5.94.1 人员、设备、空	2.5.94.1.1 血液净化科室分区布局、设施设备符合国家法律法规及行业规范的要求。	2

间及院感控制流程均符合行业管理要求。(7分)	2.5.94.1.2 血液净化科室医、护、技岗位人员符合要求,有岗位职责,相关人员知晓并落实。	1
	2.5.94.1.3 对所有初次血液净化的患者进行乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒、艾滋病病毒感染的相关检查,每半年至少复查1次。	1
	2.5.94.1.4 医院感染控制流程符合行业管理要求。	2
	2.5.94.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.5.94.2 根据法律法规和行业指南,有血液净化操作流程并定期更新,建立全流程的血液净化质量管理与控制制度。并根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作。(6分)	2.5.94.2.1 有血液净化操作流程并定期更新。有全流程的血液净化质量管理与控制制度。	2
	2.5.94.2.2 有血液净化患者接诊、登记相关制度,实施患者实名制管理。血液净化记录等医疗文书书写符合病历书写规范要求。	1
	2.5.94.2.3 按照国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作,有信息系统对血液净化全程质量监测。	1
	2.5.94.2.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.5.94.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.5.94.3 有保障患者和员工安全的措施和紧急情况处理预案,并定期演练。(2分)	2.5.94.3.1 有保障患者和员工安全的措施和紧急情况处理预案。	1
	2.5.94.3.2 定期培训与演练,相关人员知晓并执行。	1
(九十五)血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求,透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。★		5
【概述】 为保障血液透析安全,应当按规定对血液透析机、水处理设备等进行质检,对透析液、透析用水进行相关检测,保障相关器械、药品符合国家规定。		
2.5.95.1 血液透析机与水处理设备符合要求。(2分)	2.5.95.1.1 血液透析机与水处理设备符合要求,有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程,有完整的水质量监测记录。	1
	2.5.95.1.2 主管职能部门对透析液和透析用水质量有监管,对存	1

	在问题有整改。	
2.5.95.2 透析液的配制符合要求,透析用水化学	2.5.95.2.1 透析液配制符合要求,透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。	1
污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。(2分)	2.5.95.2.2 科室定期自查,对存在问题有整改。主管职能部门定期督导、检查、反馈及改进,无透析液相关事故发生。	1
2.5.95.3 血液透析器复用符合《血液透析器复用操作规范》。(1分)	2.5.95.3.1 对透析器复用有明确的管理制度和流程,复用流程设计合理,并定期对复用设备进行保养和维护。	0.5
	2.5.95.3.2 主管职能部门对透析器复用定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(九十六)开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》,布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度,并严格执行。★		10
【概述】放射治疗不仅关乎患者诊疗效果和安全,还涉及公共安全,是需要进行重点关注和管理的特殊技术,医院应当按照国家相关要求要求进行严格管理。		
2.5.96.1 开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。(2分)	2.5.96.1.1 有卫生健康行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目,相关执业文件核准与校验均在有效期内。	1
	2.5.96.1.2 放射治疗获得卫生健康行政部门核准的《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。	1
2.5.96.2 布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。(3分)	2.5.96.2.1 机房建筑经卫生健康行政部门建设项目职业病危害放射防护卫生审核。	0.5
	2.5.96.2.2 放射诊疗工作场所的入口处,设有电离辐射警告标志。	0.5
	2.5.96.2.3 放射诊疗工作场所按照有关标准的要求分为控制区、监督区,在控制区进出口及其他适当位置,设有电离辐射警告标志和工作指示灯。	0.5
	2.5.96.2.4 具备开展放射治疗的基本设备,有基本设备清单。	0.5
	2.5.96.2.5 放射治疗场所按照相应标准设置多重安全连锁系统、剂量监测系统、影像监控、对讲装置和固定式剂量监测报	0.5

	警装置；配备放疗剂量仪、剂量扫描装置和个人剂量报警仪。	
	2.5.96.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.96.3 有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度，并严格执行。(2.5分)	2.5.96.3.1 有放射治疗装置操作、维护维修和检测制度。有专人负责放射治疗装置的维护、维修与检测，并有记录。	0.5
	2.5.96.3.2 有放射治疗机器使用操作指南、规范的程序及必要的联动设置。	0.5
	2.5.96.3.3 有完整的管理档案。	0.5
	2.5.96.3.4 科室对放射诊疗工作场所及辐射水平检测管理有安全检查记录，对存在问题有整改。	0.5
	2.5.96.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.96.4 有放射防护制度，并严格执行。(2.5分)	2.5.96.4.1 有患者与工作人员放射防护制度，并严格落实。	0.5
	2.5.96.4.2 相关放射场所有明显警示标识，配备防护用品，工作人员佩戴个人放射剂量计。	0.5
	2.5.96.4.3 对相关工作人员放射防护有培训，并有考核合格证书。	0.5
	2.5.96.4.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.96.4.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(九十七)实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。★		10
【概述】放射治疗本身具有一定的风险性，医院应当加强放射治疗管理，保证治疗质量和安全。		
2.5.97.1 根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范，定期修订规范，并落实。(2分)	2.5.97.1.1 有相关疾病的放射诊疗规范与流程，并定期修订。	1
	2.5.97.1.2 相关人员知晓并落实。	0.5
	2.5.97.1.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.97.2 有医学物理人	2.5.97.2.1 有医学物理人员参与制订治疗计划。	1

员参与制订治疗计划,保证放射治疗定位精确与计量准确。(4分)	2.5.97.2.2 有确保放射治疗定位精确与计量准确的相关程序,并落实。	0.5
	2.5.97.2.3 有对放射治疗效果和毒副作用的评价,根据评价制定改善放疗效果、防范毒副作用的措施。	1
	2.5.97.2.4 相关人员知晓并落实。	0.5
	2.5.97.2.5 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.97.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.5.97.3 有放射治疗意外应急预案及处置措施,定期演练,员工知晓。(4分)	2.5.97.3.1 有放射治疗意外应急预案及处置措施。	1
	2.5.97.3.2 工作区域配置有可及的相关抢救药品、器材、氧气等。	1
	2.5.97.3.3 有放射治疗意外应急预案与处置措施的培训及演练,相关人员知晓并落实。	1
	2.5.97.3.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.97.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(九十八)医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术,应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。★		10
【概述】医院开展特殊诊疗技术,应当符合国家相关要求。		
2.5.98.1 医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术,应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。(3分)	2.5.98.1.1 开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术,与执业许可证诊疗科目一致。	1
	2.5.98.1.2 开展诊断核医学等特殊诊疗项目符合《核医学放射防护要求》。工作场所平面布局和分区、放射防护措施和防护水平、工作人员及受检者放射防护等符合核医学放射防护国家标准要求。	1
	2.5.98.1.3 辐射监测及放射性废物处理具有市级环境保护部门的环境保护检测与合格文件。	1
2.5.98.2 根据法律、法规和行业指南,制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程	2.5.98.2.1 有特殊诊疗技术管理制度,制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程。	1
	2.5.98.2.2 有特殊诊疗技术的质控标准并有效落实。	1
	2.5.98.2.3 有明确的诊疗技术报告时限,有与临床沟通的机制,	1.5

程,建立质控标准,并有 效落实。(7分)	满足临床需要。	
	2.5.98.2.4 特殊检查科室相关人员接受本专业技能培训,依法取得执业资格;“临床诊断报告”由经过授权、具备执业医师资质的人员签发。	1.5
	2.5.98.2.5 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.5.98.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(九十九)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。		10
【概述】依照国家相关法律法规,特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定,医院应按要求规范区域,制定突发意外事故管理规范与应急预案,以保障患者和医务人员安全。		
2.5.99.1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。(2分)	2.5.99.1.1 特殊检查室设计及空间区域划分符合环境保护与人员防护规定,严格划分患者、检查人员、其他人员所在区域。	1
	2.5.99.1.2 特殊检查所用设备、仪器、药品符合国家相关标准,并经验证合格后方能使用。所有证书均在有效期内。	1
2.5.99.2 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。(3分)	2.5.99.2.1 有特殊检查设备、环境、人员的防护制度,相关人员知晓并落实。	0.5
	2.5.99.2.2 防护用具齐全、有效。个人剂量监测符合要求。	1
	2.5.99.2.3 所有工作人员具备国家要求的特殊诊疗技术资质。	0.5
	2.5.99.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.5.99.3 有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。(5分)	2.5.99.3.1 有突发意外事故管理规范与应急预案。放射性操作区有简明的应急救援流程,有指定该区域的防护负责人。	1
	2.5.99.3.2 工作区备有急救药品和急救设备,指定专人负责。定期检查急救药品和设备保持有效和正常状态,并有检查记录。	1
	2.5.99.3.3 有突发意外事故管理规范与应急预案的培训和演练,相关人员知晓并严格执行。	2
	2.5.99.3.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5

	2.5.99.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百)开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。★		10
【概述】 日间化疗服务是医院改善服务质量，提高医疗服务效率的新举措，医院应当加强日间化疗管理，保证化疗质量与安全。		
2.5.100.1 明确规定日间化疗服务适用范围。(2分)	2.5.100.1.1 开展日间化疗服务符合国家相关规定要求，有明确的日间化疗病种和服务适用范围，并实行动态管理。	0.5
	2.5.100.1.2 有日间化疗工作制度与管理流程，严格按诊疗规范开展诊疗服务。	0.5
	2.5.100.1.3 有日间化疗科室和医师审核授权管理，并进行动态管理。	0.5
	2.5.100.1.4 将日间化疗病种及服务适用范围、医师信息等纳入本院院务公开范围，定期向社会公开。	0.5
2.5.100.2 建立日间化疗的操作流程及质量控制指标，定期监测、分析并反馈，持续改进。(6分)	2.5.100.2.1 有日间化疗的规范操作流程，有日间化疗质量安全控制指标，并定期监测、分析。	1
	2.5.100.2.2 有日间化疗患者评估管理及风险预警机制，在患者治疗前、治疗后、出院前等关键节点均进行评估，并根据患者病情变化和所接受的医疗服务调整评估内容。	1
	2.5.100.2.3 有日间化疗意外发生的应急处置预案和安全保障措施，并进行培训和演练，有总结及整改。	1
	2.5.100.2.4 加强日间化疗病历质量管理，日间化疗病历符合病历书写规范要求。患方签署的知情同意书随病历归档保存。	1
	2.5.100.2.5 对日间化疗病人定期随访评价，明确随访时间、频次、内容和形式等，有专门的医务人员进行随访并准确记录。随访记录应当纳入患者病案或单独建册保存。	1
	2.5.100.2.6 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.5.100.2.7 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.5.100.3 建立日间化	2.5.100.3.1 有规范的集中配置化疗药物安全管理制度，并严格落实。	0.5

疗集中配置化疗药物安全管理制度并落实(2分)	2.5.100.3.2 集中配置化疗药物。	0.5
	2.5.100.3.3 有药物不良反应处置及上报要求，相关人员知晓并落实。	0.5
	2.5.100.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5

六、护理质量保障与持续改进(111分)

评价标准		分值(分)
<p>(一百零一)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，主任委员由医院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。</p>		15
<p>【概述】扁平化护理管理体系可有效提高管理效率。医院应当建立与医院规模、任务和组织目标相适应的护理管理体系，实行三级或者两级管理层级；通过护理管理委员会，制定本单位护理工作发展规划，定期研究护理质量问题、推进护理质量改进；根据国家法律法规、行业标准、指南，制定护理制度、工作常规和操作规程，持续更新护理质量评价标准，对医院护理质量实行全程管控。</p>		
2.6.101.1 建立简洁高效的护理管理体系。在本单位护理管理委员会的指导下，实行三级或二级管理层级，明确各级护理管理岗位任职条件。	2.6.101.1.1 有简洁高效的护理管理体系。在本单位护理管理委员会的指导下，实行三级或二级管理层级，明确各级护理管理岗位任职条件。	2
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。(3分)	2.6.101.1.2 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。	1
2.6.101.2 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	2.6.101.2.1 有护理管理委员会，委员会成员包含与护理工作密切相关的部门，有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。	2
	2.6.101.2.2 有科室护理管理小组并履行相关职责。	1

全问题，提出改进策略并落实。(3分)		
2.6.101.3 根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程，定期修订。并根据科室执行落实情况，开展护理质量管理工作的。(9分)	2.6.101.3.1 根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程，定期修订。	2
	2.6.101.3.2 相关人员知晓并落实。	2
	2.6.101.3.3 根据科室执行落实情况，开展基于数据的护理质量管理工作的。	3
	2.6.101.3.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.6.101.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百零二) 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。原则上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。		10
【概述】合理的护士人力资源配置，是保障患者安全和护理质量的基础。医院应当按照国家相关规定，结合医院规模、功能和任务，合理配备护理人力，并结合收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况等制订护理单元人力配备原则及弹性调配方案。有人力资源调配的应急预案。		
2.6.102.1 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。(7分)	2.6.102.1.1 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理人力资源调配的实施方案。	2
	2.6.102.1.2 按照相关要求合理配置护理人员。	1
	2.6.102.1.3 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。	2
	2.6.102.1.4 护理人员由护理管理部门统一调配，满足临床需要。	2
2.6.102.2 有人力资源调配的应急预案，并有演练。(2分)	2.6.102.2.1 有人力资源调配应急预案。	1
	2.6.102.2.2 有应急预案的演练，确保有效应对突发事件或特殊情况。	1

2.6.102.3 原则上临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。(1分)	2.6.102.3.1 原则上临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。	1
(一百零三)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。		10
【概述】根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等规定，对护士实行依法执业管理，保障患者安全和护士的合法权益。根据《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》等要求，按照“按需设岗、以岗择人、按岗聘用、科学管理”的原则，实施护理岗位管理。建立以岗位需求为导向的护士培训机制，保障措施切实可行。		
2.6.103.1 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。(2分)	2.6.103.1.1 有护理人员资质管理制度和审核程序。	1
	2.6.103.1.2 落实护理人员依法执业。	1
2.6.103.2 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。(2分)	2.6.103.2.1 有护理岗位管理制度，有岗位设置、职责、技术能力要求和工作标准。	1.5
	2.6.103.2.2 实施护理岗位管理。	0.5
2.6.103.3 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。(3分)	2.6.103.3.1 有护理人员管理规定，根据临床护理能力、技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理。	1.5
	2.6.103.3.2 落实分级管理制度，明确各层级护士职业晋升路径及标准。各层级护理人员知晓资质审核规定、程序及履职要求。有护理人员技术档案。	1.5
2.6.103.4 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。(3分)	2.6.103.4.1 有护理人员在职继续医学教育计划，包括岗前培训、新入职护士培训、岗位培训及专科护士培训等。	1.5
	2.6.103.4.2 有继续医学教育经费、设备设施等保障措施，并有实施记录。	1.5

分)		
(一百零四)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。		5
【概述】护理绩效考核是医院管理部门基于护理工作目标和绩效标准而采取的一种管理方式，建立符合医院护理工作目标，基于工作量、护理质量、患者满意度、护理难度、技术要求等为要素的绩效考核制度。并将考核结果与护理人员评优、晋升、薪酬分配相结合，促进工作改进，达到充分调动护理人员积极性的目的。		
2.6.104.1 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 要素为核心的护理绩效考核 制度。绩效考核制度应当充 分征求护理人员的意见和建 议，并能提供多种途径方便 查询。(3分)	2.6.104.1.1 有基于护理工作 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护理绩效考核制度。	1.5
	2.6.104.1.2 护理绩效考核制度充分征求护士的意见和建 议，能提供多种途径方便查 询。	1.5
2.6.104.2 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。 (2分)	2.6.104.2.1 考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配 相结合，向临床一线倾斜，体现同岗同酬、多劳多得、优绩 优酬。	1
	2.6.104.2.2 不断完善激励机制，调动护理人员积极性。	1
(一百零五)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。		10
【概述】以《护士条例》等相关法律法规、行业标准等为依据，结合医院实际，规范实施以患者为中心的护理，针对患者从入院、住院、出院等不同阶段的护理需求，提供涵盖生理、心理和社会等方面的专业化、人性化的责任制整体护理。		
2.6.105.1 依据《护士条例》 等相关法律法规和规定，规	2.6.105.1.1 有推进优质护理服务的实施方案和保障措施，覆 盖到门(急)诊、血液净化中心(室)、手术(部)室、导管室等非 住院部门。科室根据各专业特点，有优质护理服务举措并落	2

范护理工作,落实优质护理服务。(4分)	实。	
	2.6.105.1.2 优质护理服务措施落实到位,并与多部门有联动机制。	1.5
	2.6.105.1.3 对具有较高再入院率或医疗护理需求的出院患者提供延续护理服务。	0.5
2.6.105.2 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。(6分)	2.6.105.2.1 实施连续排班制,落实“以病人为中心”的责任制整体护理工作模式,为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。	2
	2.6.105.2.2 护理人员分管患者的护理级别符合护理人员的能级水平。	2
	2.6.105.2.3 责任护士提供主动服务和人文关怀,根据分管患者的疾病特点、生理、心理和社会需求,运用专业知识和技能为患者提供医学照顾、病情观察、医疗护理、心理护理、健康指导等服务。	1
	2.6.105.2.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.6.105.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(一百零六)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。		15
【概述】 按照《综合医院分级护理指导原则》及《护理分级》(WS/T431-2013)要求,对患者进行分级护理。依据疾病护理常规和技术操作规范等,结合不同级别患者实际状况,实施分级护理。有医院危重患者护理常规及工作规范,并落实到位。		
2.6.106.1 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。(2分)	2.6.106.1.1 按照《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》的原则和要求 根据患者病情和(或)自理能力确定护理级别。	2

2.6.106.2 按护理级别实施分级护理，护理措施符合患者实际需要并落实。(5分)	2.6.106.2.1 护理人员依据患者护理级别实施分级护理。	2
	2.6.106.2.2 护理措施符合分级护理要求并落实到位。	2
	2.6.106.2.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.6.106.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.6.106.3 制定危重患者护理常规并落实。(8分)	2.6.106.3.1 有危重患者护理常规、技术规范及工作流程。	1
	2.6.106.3.2 有危重患者风险评估、安全护理制度和措施。	1
	2.6.106.3.3 有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。	1
	2.6.106.3.4 护理人员知晓并落实。	1
	2.6.106.3.5 护理人员具备危重患者抢救技能、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。	1
	2.6.106.3.6 护理人员能熟练使用输液泵、注射泵、监护仪、除颤仪、吸引器等常用仪器和抢救设备。	1
	2.6.106.3.7 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.6.106.3.8 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百零七)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。		10
【概述】护理文书是护士按照患者护理计划，在实施护理措施过程中形成的文字、符号、图表等资料，是护士观察病情、执行医嘱、实施护理措施的客观记录。医院应当对护理文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理。护理会诊是对本科室难以解决的护理问题，需要其它科室或医院的护士协助提出意见或提供护理的活动。对疑难病例或疑难护理问题可通过建立护理查房、护理会诊、护理病例讨论等方式解决。		
2.6.107.1 护理文书参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。(4分)	2.6.107.1.1 有医院护理文书书写规范及质量考核标准。	1
	2.6.107.1.2 护理人员知晓并落实。	2
	2.6.107.1.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.6.107.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查	0.5

	整改落实情况。	
2.6.107.2 护理查房参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。(2分)	2.6.107.2.1 有护理查房制度。	1
	2.6.107.2.2 护理查房制度明确业务查房和教学查房内容、形式、周期，有查房记录。	0.5
	2.6.107.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.6.107.3 护理会诊参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。(2分)	2.6.107.3.1 有护理会诊制度。	1
	2.6.107.3.2 有明确的护理会诊申请流程及会诊人员资质要求，解决非本专业的护理问题。	0.5
	2.6.107.3.3 主管职能部门负责管理、组织与协调护理会诊工作。	0.5
2.6.107.4 护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。(2分)	2.6.107.4.1 有护理病例讨论制度。	1
	2.6.107.4.2 护理病例讨论能有效解决患者实际问题。	0.5
	2.6.107.4.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百零八)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處理流程，有培训与演练。		10
【概述】规范临床护理技术操作，预防和处理并发症，是确保患者安全的基础。医院应制定临床护理技术并发症预防规范。制定紧急意外情况下的护理应急处理流程，护士知晓本岗位相关的护理技术并发症和紧急意外情况的预防和处理流程。		
2.6.108.1 制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。(4分)	2.6.108.1.1 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。	2
	2.6.108.1.2 相关人员知晓并落实。	2
2.6.108.2 制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等的护理应急预案和處理流程。(2分)	2.6.108.2.1 有紧急意外情况如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露、跌倒等的护理应急预案和處理流程。	2
2.6.108.3 定期实施相关培训与演练。(4分)	2.6.108.3.1 定期实施相关培训与演练，总结发现问题并整改。	2
	2.6.108.3.2 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1

	2.6.108.3.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
	(一百零九)按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医疗机构新生儿安全管理制度(试行)》，完善手术部(室)、消毒供应中心(室)和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	26
	【概述】依据《医院手术部(室)管理规范(试行)》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医院新生儿安全管理制度(试行)》等规定，结合专业特点，完善护理质量管理制度、指标监测及分析反馈等，持续改进。	
2.6.109.1 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。(7分)	2.6.109.1.1 手术室建筑布局合理，分区明确，标识清楚，符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则，工作人员知晓并有效执行。	0.5
	2.6.109.1.2 根据手术量及工作需要，配备护理人员、辅助工作人员和设备技术人员，有明确的资质及岗位技术要求。	0.5
	2.6.109.1.3 有手术室相关管理制度、岗位职责、操作规范及质量控制标准。	0.5
	2.6.109.1.4 有各类突发事件应急预案和处理流程。	0.5
	2.6.109.1.5 有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等安全制度与流程。	1.5
	2.6.109.1.6 有手术室医院感染预防与控制管理制度及质量控制标准。	1
	2.6.109.1.7 相关人员知晓并落实。	1.5
	2.6.109.1.8 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.6.109.1.9 相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.6.109.2 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。(8分)	2.6.109.2.1 消毒供应中心(室)建筑布局合理，设施、设备完善，符合相关规范要求，工作区域划分符合消毒隔离要求。采取集中管理。	1
	2.6.109.2.2 根据医院规模、工作量及各岗位需求，合理配置具有执业资格的护士、消毒员和其他工作人员；有专科培训经历的专职护士长。	0.5

	2.6.109.2.3 有消毒供应中心(室)规章制度、工作流程、应急预案及质量控制标准。	1.5
	2.6.109.2.4 相关人员知晓并落实。	1.5
	2.6.109.2.5 清洗、消毒、灭菌效果监测符合规定并有记录。	1.5
	2.6.109.2.6 科室定期自查,对存在问题有分析、整改	1
	2.6.109.2.7 相关职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(对外委托适用本款) 2.6.109.2 按照《医院消毒供应中心管理规范》,对外委托消毒灭菌服务的医院,应制定相关的管理制度,实施全过程监管。(7分)	2.6.109.2.1 医院有对外委托消毒灭菌服务的管理制度并执行,有专职人员负责。	2.5
	2.6.109.2.2 被委托单位消毒灭菌服务资质(包括医疗机构执业许可证或工商营业执照、环评合格证等)符合相关要求。	1
	2.6.109.2.3 双方签订协议,明确相应职责。每次交接应有交接记录。	2.5
	2.6.109.2.4 医院有独立的污染器械收集暂存间和无菌物品发放间。	0.5
	2.6.109.2.5 主管职能部门定期督导、检查,及时向被委托单位反馈存在的问题,并追踪改进情况。	0.5
2.6.109.3 按照《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医院新生儿安全管理制度(试行)》,完善新生儿病室护理质量管理与监测相关规定及措施,组织实施并持续改进。(4分)	2.6.109.3.1 新生儿病室建筑布局合理,设施、设备完善,符合相关规范要求。	1
	2.6.109.3.2 护理人员配置符合相关要求,实施责任制整体护理。	1
	2.6.109.3.3 有新生儿病室护理管理制度、岗位职责、工作流程、护理常规、应急预案及质量控制标准。	0.5
	2.6.109.3.4 有专人负责新生儿病室的医院感染监控工作,新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴消毒规范;有高危新生儿、疑似传染病、传染病患儿消毒隔离制度并落实到位。	0.5
	2.6.109.3.5 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.6.109.3.6 相关职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进(76分)

评价标准		分值(分)
(一百一十)医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求;建立与完善医院药事管理组织,完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。		11
【概述】《医疗机构药事管理规定》对医院药事管理、药学部门设置与人员配备、药事管理组织有明确的规定;国家卫生健康委等6部门《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》给出了加强医院药事管理,完善临床药学服务的主要任务,提出了合理用药的目标,医院应当按照法律法规的要求具体落实。		
2.7.110.1 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。(2分)	2.7.110.1.1 设立药事管理与药物治疗学委员会并下设相应的药事管理小组,有工作职责、制度和计划,并落实。	1
	2.7.110.1.2 药学部门负责药学专业技术服务、相关药事管理及临床药学服务工作。医务管理部门指定专人负责药物治疗相关的管理工作。医务管理部门与药学部门有协调机制。	1
2.7.110.2 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求。(2.5分)	2.7.110.2.1 药学部门设置符合要求,各级药学专业技术人员职责明确,熟悉并履行本岗位职责。药学部门负责人应具有药学或药学相关专业中级及以上职务任职资格。	1
	2.7.110.2.2 有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定,并有效执行。	1.5
2.7.110.3 完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。(6.5分)	2.7.110.3.1 有药事管理与临床药学服务各项工作制度、操作规程、年度计划并组织实施。	1.5
	2.7.110.3.2 开展药事管理法律、法规及相关制度的宣传、教育、培训工作。	1
	2.7.110.3.3 科室对药事管理工作制度、年度计划落实情况定期自查,对存在问题有分析及整改。	1
	2.7.110.3.4 药品使用与医院功能任务相符合,按规定完成国家集中采购中选药品的采购任务。	1
	2.7.110.3.5 药事管理有数据及结果分析,药事管理工作规范。	1
	2.7.110.3.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1

(一百一十一)加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。		20
【概述】对药品遴选和药品在医院内部的采购、储存、转运全过程进行管理，确保药品的质量与供应。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。静脉药物调配中心工作符合有关规定。		
2.7.111.1 加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂、召回工作，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。(15分)	2.7.111.1.1 有药品遴选制度和程序，有药品临床应用的管理、监测与评价制度，有评价标准，动态管理医院“基本用药供应目录”。	1
	2.7.111.1.2 有药品采购、验收、供应等管理制度与流程，供药渠道合法，各环节符合药品质量要求；有药品临时采购、网下采购管理制度与流程，药学部门统一负责药品采购供应。	1
	2.7.111.1.3 定期对药品采购、临时采购、网下采购进行汇总、分析，有整改措施。药品采购规范，无违规采购。储备量与功能、任务和服务量相适应。库存周转率符合医院相关规定。	1
	2.7.111.1.4 有药品贮存管理制度，药品贮存条件满足药品质量要求。定期对库存药品进行养护和质量检查，定期盘点，药库账物相符率100%，各调剂室账物相符率≥99%。	2
	2.7.111.1.5 有药品召回管理制度并落实执行，有药品调配差错报告制度，有登记、分析及整改措施，记录完整。	2
	2.7.111.1.6 药品管理信息系统与医院信息系统联网运行，实现药品价格、医保信息等综合管理。有适宜的合理用药监控软件。	2
	2.7.109.1.7 药师根据开具的医嘱或处方调剂药品，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应	1
	2.7.111.1.8 有急救、备用药品管理制度，管理规范。	1
	2.7.111.1.9 各相关科室有急救备用药品目录及数量清单，实行基数管理，急救药品统一储存位置、统一清单格式，保障抢救时及时获取。	1
	2.7.111.1.10 有高警示药品目录，建立管理制度并全院执行。	1
	2.7.111.1.11 有患者自备药品管理规定，医务人员知晓并按规定执行，临床科室有自查、总结分析、整改措施。	1
	2.7.111.1.12 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1

2.7.111.2 静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。(5分)★	2.7.111.2.1 静脉药物调配中心符合静脉药物集中调配相关规定，制剂室配置制剂符合法律法规要求。调配中心和制剂室负责人对成品输液和成品制剂质量负责。	1
	2.7.111.2.2 有静脉药物调配中心和制剂室人员岗位培训制度和培训计划，并执行。对工作相关的人员每年至少进行一次健康检查，建立健康档案。	1
	2.7.111.2.3 药师审核医嘱，对不合理用药与医师沟通，提出调整建议，有记录。	1
	2.7.111.2.4 有成品输液和制剂配制质量问题和严重不良反应报告相关规定，药学部有自查、分析及整改报告。	1
	2.7.111.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百一十二)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。		10
【概述】临床药师是指具有系统的药学、药物治疗学以及相关医学专业知识与技能，了解疾病与药物治疗原则，与医疗团队成员合作，参与临床药物治疗工作，为患者提供药学专业技术服务的卫生技术人员。加强临床药师队伍建设，提高临床药学服务能力和水平，对促进临床合理用药，保障患者用药安全具有重要意义。		
2.7.112.1 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。(5分)	2.7.112.1.1 实施临床药师制，配备满足实际工作需求的专职临床药师。为临床合理用药提供药学专业技术服务。	1
	2.7.112.1.2 临床药师按照相关规定参加相关的临床药物治疗工作。为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询，对患者进行用药教育。	1
	2.7.112.1.3 开展药学查房，结合临床药物治疗实践，为患者提供药学监护和建立药历，工作记录完整。	1
	2.7.112.1.4 临床药师审核患者用药医嘱，对不合理用药进行干预，有记录。	1
	2.7.112.1.5 参加病例讨论，提出用药意见和个体化药物治疗建议，参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治，参与临床路径及单病种质量控制中的药学工作。	1

2.7.112.2 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。(5分)	2.7.112.2.1 临床药师应具有高等院校临床药学专业或药学专业本科以上学历,经过规范化培训。	1
	2.7.112.2.2 至少在4类药物的临床应用中设有临床药师,其工作至少覆盖4个以上临床专业科室。	1
	2.7.112.2.3 科室按专业制定临床药师年度培训计划,临床药师按计划完成培训任务并考核合格,培训、考核有记录。	1
	2.7.112.2.4 有临床药师绩效考核办法并定期评价改进。	1
	2.7.112.2.5 临床药师全职参与临床药物治疗工作,进行临床药学研究,为提升药物治疗水平提供科学的监测数据和实验数据。	1
(一百一十三)按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准,加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。		15
【概述】国家对抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物及基本药物的管理均制定了相关管理制度,医院应当认真贯彻落实。重点监控药物、中药注射剂等药品不合理用药的情况,应当加强管理。		
2.7.113.1 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。(2分)	2.7.113.1.1 有抗菌药物的临床使用指南或规范,临床用药依据充分,剂量疗程合理,监测不良反应。	2
2.7.113.2 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则,加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品临床应用规范化管理。(4分)	2.7.113.2.1 严格落实麻醉药品和精神药品管理相关规定。	3
	2.7.113.2.2 医疗用毒性药品、放射性药品管理符合相关规定。	1
2.7.113.3 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则,加强抗肿瘤药物、激素类药物临床应用规范化管理。(3分)	2.7.113.3.1 全面落实国家抗肿瘤药物临床应用管理办法,对医院内抗肿瘤药物的遴选、采购、储存、处方、调剂、配置、临床应用和药物评价等进行全过程管理。	1
	2.7.113.3.2 加强激素类药物临床应用规范化管理,有临床使用指南或规范,临床用药依据充分,剂量疗程合理,监测不良反应。	2

2.7.113.4 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，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。(3分)	2.7.113.4.1 制定医院重点监控药品、基本药物、中药注射剂管理办法，定期对上述药品临床应用进行评估。	2
	2.7.113.4.2 医院每年对用药金额排序前十位的药品定期分析总结。	1
2.7.113.5 对上述工作落实情况定期自查与督查。(3分)	2.7.113.5.1 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1.5
	2.7.113.5.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1.5
(一百一十四)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。		10
<p>【概述】处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并做出是否同意调配发药决定的药学技术服务。处方点评是根据相关法规、技术规范，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性(用药适应症、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等)进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。医院应当依照《医疗机构处方审核规范》、《医院处方点评管理规范(试行)》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进，促进临床合理用药，保障患者用药安全。</p>		
2.7.114.1 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。(10分)	2.7.114.1.1 制定医院处方点评制度及实施细则，药学部门下设处方点评工作小组，组织健全，职责明确。	1
	2.7.114.1.2 依据《处方管理办法》等相关规定，药师及以上资质人员承担处方或医嘱的审核工作，对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通。	1.5
	2.7.114.1.3 开展药物咨询服务工作，由药师以上药学主业技术人员承担，有工作记录。	1
	2.7.114.1.4 每月定期对门、急诊处方和出院病历进行点评。点评处方(病历)数量符合相关规定。	1.5
	2.7.114.1.5 有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，每年至少开展4项。	1

	2.7.114.1.6 有超说明书用药管理的规定与程序并组织实施。	1
	2.7.114.1.7 需要签署知情同意书的超说明书用药，医院有统一规范的知情同意书模板，患者或患者的监护人/委托代理人/近亲属签署同意后方可执行，知情同意书归入病历。	1
	2.7.114.1.8 各科室定期对上述工作管理情况进行自查、总结、分析，对存在问题有整改。	1
	2.7.114.1.9 主管职能部门履行监管职责，定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况；点评结果纳入医院质量考核评价体系，确保临床用药合理规范，持续改进有成效。	1
(一百一十五)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。		10
【概述】医院应当开展药物监测和警戒工作，包括药品不良反应及其他有害反应的监测、用药错误监测。发生药品严重不良事件、用药错误后，应当积极救治患者，做好用药过程的观察与记录，并进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时暂停使用所涉药物，并按有关规定及时报告。		
2.7.115.1 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。(4分)	2.7.115.1.1 有药物监测和警戒制度。设置专人管理，及时、准确、全面的收集临床用药安全信息，定期开展药品安全性及影响因素的分析评价。	1
	2.7.115.1.2 药品不良反应监测信息能够与国家药品监管数据共享平台对接。	1
	2.7.115.1.3 每月对医院药品不良反应上报情况有汇总、分析及反馈。上报工作符合相关要求。	1
	2.7.115.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.7.115.2 不良反应情况应记入病历。(2分)	2.7.115.2.1 加强药品不良反应监测的宣传教育，对临床医护人员进行培训。	1
	2.7.115.2.2 利用信息化系统进行直报，不良反应情况记入病历。	1
2.7.115.3 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	2.7.115.3.1 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，查清原因并记录。	2
	2.7.115.3.2 对突发事件善后工作及应急能力有明确规定，必要时可立即暂停使用所涉相关药品。	1
	2.7.115.3.3 主管部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实	1

药品。(4分)	情况。	
---------	-----	--

八、检查检验质量保障与持续改进(113分)

评价标准		分值(分)
(一百一十六)临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。		16
【概述】根据医院发展规划和临床需求建设临床检验、病理和医学影像部门，其空间布局、服务流程、人员配置、设备设施、诊疗项目分别符合国家和行业规范标准，并根据临床需求持续完善。临床检验和医学影像应提供 24 小时急诊诊断服务。		
2.8.116.1 临床检验部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。提供 24 小时急诊诊断服务。 (4.5 分)	2.8.116.1.1 临床检验部门设置布局符合实验室生物安全通用要求。临床检验实验室集中设置，统一管理。	1
	2.8.116.1.2 临床检验专业设置和检验项目与医院执业诊疗科目许可登记项目相符合。根据临床诊治病种需求，及时开展新项目。开展的检验项目满足临床需要。	1
	2.8.116.1.3 临床检验实验室具备与其临床检验工作相适应的专业技术人员、场所、设施、设备等条件。	0.5
	2.8.116.1.4 使用的仪器、试剂和耗材符合国家有关规定。	0.5
	2.8.116.1.5 临床检验能提供 24 小时急诊诊断服务。急诊服务项目、服务时间和报告时限有明确规定，相关人员知晓并执行。	1
	2.8.116.1.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
	2.8.116.2 病理部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。(4分)	2.8.116.2.1 病理科应当集中设置，统一管理，满足医院功能任务需要。病理科布局合理，符合生物安全的要求。
2.8.116.2.2 开展的病理诊疗项目符合国家和行业规范标准。根据临床诊治病种需求，及时开展新项目。开展的病理学诊断服务项目满足临床工作需要。		1
2.8.116.2.3 病理科具备与其功能和任务相适应的场所、设施、设备和人员等条件。		0.5
2.8.116.2.4 使用的仪器、试剂和耗材符合国家有关规定。		0.5

	2.8.116.2.5 根据医院的资源情况,部分病理学诊断服务项目可与有资质的医院签订对外委托服务协议,有明确的委托服务形式与质量保障条款。	0.5
	2.8.116.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(对外委托适用本款) 2.8.116.2 病理部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准,服务满足临床需要。(3.5分)	2.8.116.2.1 医院有对外委托病理学诊断服务的管理制度并执行,有专职人员负责。	1
	2.8.116.2.2 被委托单位病理学服务资质(包括医疗机构执业许可证或工商营业执照、环评合格证等)符合相关要求。	0.5
	2.8.116.2.3 双方签订协议,明确相应职责。每次交接应有交接记录。	1
	2.8.116.2.4 有病理标本的采集运输指南、标本交接流程。标本暂存由专人负责。有标本接收、不合格标本管理和废弃标本处理的记录,对标本进行全程跟踪。	0.5
	2.8.116.2.5 主管职能部门定期督导、检查,及时向被委托单位反馈存在的问题,并追踪改进情况。	0.5
2.8.116.3 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。提供24小时急诊诊断服务。(4分)	2.8.116.3.1 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。	1
	2.8.116.3.2 医学影像服务与医院执业诊疗科目许可登记项目相符合。根据临床诊治病种需求,及时增加新项目。开展的医学影像诊断服务项目满足临床工作需要。	1
	2.8.116.3.3 医学影像部门具备与其功能和任务相适应的场所、设施、设备和人员等条件。	0.5
	2.8.116.3.4 医学影像部门能提供24小时急诊(包括床边急诊)诊断服务。急诊服务项目、服务时间和报告时限有明确规定,相关人员知晓并执行。	1
	2.8.116.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(一百一十七)从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。		18
【概述】建立临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的岗位职责,所涉及岗位人员应该具备必要的专业知识,技术人员应具有相应的执业证书,取得任职资格,工作有授权,定期接受培训。		

2.8.117.1 从事临床检验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。(6分)	2.8.117.1.1 从事临床检验工作的专业技术人员具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。科室负责人具有副高及以上专业技术职称。	0.5
	2.8.117.1.2 临床检验工作的专业技术人员配置合理，满足工作需要。有各级各类人员岗位职责，相关人员知晓并落实。	1.5
	2.8.117.1.3 对相应人员进行培训及考核，通过考核的人员予以相应授权。科室对人员资质和权限实施动态管理。	2
	2.8.117.1.4 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)检验人员具备符合国家规定的资质，方可独立工作。	1
	2.8.117.1.5 科室定期进行专业技术培训和考核，有培训记录。	0.5
	2.8.117.1.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.8.117.2 从事病理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。(6分)	2.8.117.2.1 从事病理诊断工作和技术工作的人员具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。科室负责人具有副高及以上病理学专业技术职务任职资格。	0.5
	2.8.117.2.2 病理诊断工作和技术工作的人员配置合理，满足工作需要。有各级各类人员岗位职责，相关人员知晓并落实。	1.5
	2.8.117.2.3 对相应人员进行培训及考核，通过考核的人员予以相应授权。科室对人员资质和权限实施动态管理。	2
	2.8.117.2.4 出具病理诊断、快速病理诊断及细胞病理学诊断报告的医师资质符合要求。	1
	2.8.117.2.5 科室定期进行专业技术培训和考核，有培训记录。	0.5
	2.8.117.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.8.117.3 从事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	2.8.117.3.1 从事医学影像诊断工作和技术工作的人员具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。科室负责人具备副高及以上专业技术职称。	0.5
	2.8.117.3.2 医学影像诊断工作和技术工作的人员配置合理，满足工作需要。有各级各类人员岗位职责，相关人员知晓并落实。	1.5

应专业技术职务任职资格。(6分)	2.8.117.3.3 对相应人员进行培训及考核，通过考核的人员予以相应授权。科室对人员资质和权限实施动态管理。	2
	2.8.117.3.4 出具或审核医学影像诊断报告的医师资质符合要求。	1
	2.8.117.3.5 科室定期进行专业技术培训和考核，有培训记录。	0.5
	2.8.117.3.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百一十八)有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。		16
【概述】医院应当建立临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，重点关注生物安全、放射防护。相关制度定期修订，建立培训机制，有可追溯的工作记录。		
2.8.118.1 有临床检验实验室场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。(5.5分)	2.8.118.1.1 有临床检验实验室场所管理制度、安全程序，并落实。	1
	2.8.118.1.2 有临床检验实验室标准操作流程和技术操作规范，并执行。	1
	2.8.118.1.3 科室负责人为科室安全第一责任人，科室有安全员负责安全工作，有记录。	0.5
	2.8.118.1.4 对工作人员上岗前进行生物安全教育，并定期进行危险化学品、生物安全防护等知识培训。	0.5
	2.8.118.1.5 有检验标本的采集运输指南、标本交接流程。标本处理和保存由专人负责。有标本接收、不合格标本管理和废弃标本处理的记录，对标本进行全程跟踪。	1.5
	2.8.118.1.6 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.118.1.7 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.8.118.2 有病理实验室诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。(5.5分)	2.8.118.2.1 有病理实验室诊疗场所管理制度和安全程序，并落实。	1
	2.8.118.2.2 有病理实验室标准操作流程和技术操作规范，并执行。	1
	2.8.118.2.3 科室负责人为科室安全第一责任人，科室有安全员负责安全工作，有记录。	0.5

分)	2.8.118.2.4 对工作人员上岗前进行生物安全教育，并定期进行危险化学品、生物安全防护知识培训。	0.5
	2.8.118.2.5 有病理标本的采集运输指南、标本交接流程。标本处理和保存由专人负责。有标本接收、不合格标本管理和废弃标本处理的记录，对标本进行全程跟踪。	1.5
	2.8.118.2.6 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.118.2.7 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.8.118.3 有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。(5分)	2.8.118.3.1 有医学影像诊疗场所管理制度和安全程序，并落实。	1
	2.8.118.3.2 有医学影像诊疗标准操作流程和技术操作规范，并执行。	1
	2.8.118.3.3 科室负责人为科室安全第一责任人，科室有安全员负责安全工作，有记录。	1
	2.8.118.3.4 对工作人员进行上岗前的安全教育，并定期进行放射安全防护知识培训。	1
	2.8.118.3.5 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.118.3.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百一十九)临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。		18
【概述】临床检验、病理和医学影像报告质量是医疗质量的重要组成部分，相关科室应建立质控制度确保报告质量及时、准确和规范。建立和临床的沟通机制，解决临床服务需求和临床诊疗困难，根据临床需求开展相应服务，提供便捷、及时的报告信息检索查询服务。		
2.8.119.1 临床检验报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检验信息服务。(6分)	2.8.119.1.1 有临床检验报告质量管理和审核制度，对报告人员资质、审核者资质、报告时限等有明确要求。	1
	2.8.119.1.2 有检验报告书写规范，格式统一。检验报告签发和审核必须由具有资质、有授权的相应检验人员完成。	0.5
	2.8.119.1.3 有检验报告出具的时限(TAT)要求，包括常规检测项目和特殊检查项目。由具有资质、有授权的相应检验人员提供服务项目及检验报告结果的解释和咨询服务。	0.5

	2.8.119.1.4 有临床检验部门和临床沟通制度,至少每半年一次以多种形式和途径与临床沟通,征求对项目设置等方面的意见。定期对咨询情况和沟通信息进行总结分析,针对共性问题开展培训,对存在问题有整改。	2
	2.8.119.1.5 有实验室信息管理系统,与医院信息系统互联互通,贯穿于临床检验全过程并提供管理支持。	0.5
	2.8.119.1.6 提供便捷、及时的检验信息服务。	0.5
	2.8.119.1.7 科室定期自查,对存在的问题有分析、整改。	0.5
	2.8.119.1.8 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.8.119.2 病理报告及时、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、及时的病理信息服务。(6分)	2.8.119.2.1 有病理报告质量管理和审核制度,对报告人员资质、审核者资质、报告时限等有明确要求。有保证术中快速病理(含快速石蜡)诊断规范与准确的制度。	1
	2.8.119.2.2 对病理诊断报告内容与格式有明确规定。诊断报告签发和审核必须由具有资质、有授权的相应医师完成。病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明。	0.5
	2.8.119.2.3 有重点病例随访与反馈制度,有疑难病例讨论、上级医师会诊及院际会诊管理制度,有明确的疑难病例讨论范围。	1
	2.8.119.2.4 有病理医师与临床医师沟通制度,至少每半年一次以多种形式和途径与临床沟通,满足临床科室对病理项目的咨询。定期对咨询情况和沟通信息进行总结分析,针对共性问题开展培训,对存在问题有整改。	2
	2.8.119.2.5 提供便捷、及时的病理信息服务。	0.5
	2.8.119.2.6 科室定期自查,对存在的问题有分析、整改。	0.5
	2.8.119.2.7 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.8.119.3 医学影像报告及时、准确、规范,并严格执行审核制度。	2.8.119.3.1 有医学影像报告质量管理和审核制度,对报告人员资质、审核者资质、报告时限等有明确要求。	1
	2.8.119.3.2 有医学影像报告书写规范,格式统一,符合要求。诊断报告签发和审核必须由具有资质、有授权的相应医师完成。	0.5

建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查信息服务。 (6分)	2.8.119.3.3 有重点病例随访与反馈制度，有疑难病例讨论、上级医师会诊及院际会诊管理制度，有明确的疑难病例讨论范围。定期召开科室疑难病例讨论与读片会。	0.5
	2.8.119.3.4 有医学影像部门和临床沟通制度，至少每半年一次以多种形式和途径与临床沟通，征求意见。定期对咨询情况和沟通信息进行总结分析，针对共性问题开展培训，对存在问题有整改。	2
	2.8.119.3.5 有医学影像信息管理系统，与医院信息系统互联互通，贯穿于检查全过程并提供管理支持。	0.5
	2.8.119.3.6 提供便捷、及时的医学影像检查信息服务。	0.5
	2.8.119.3.7 科室定期自查，对存在的问题有分析、整改。	0.5
	2.8.119.3.8 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百二十)落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备(含床旁检查检验设备)按照要求定期检测。		15
【概述】 临床检验、病理和医学影像部门建立全面质量管理和持续改进机制，开展室内质量控制和室间质量评价，记录可追溯，非临床检验部门人员开展室内质控，应当得到培训和授权，确保质控到位。		
2.8.120.1 落实临床检验全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检验设备(含床旁检验设备)按照要求定期检测。(6分)	2.8.120.1.1 有临床检验全面质量管理与改进制度，并落实。	0.5
	2.8.120.1.2 有临床检验全面质量与安全管理指标，并定期分析与改进。	0.5
	2.8.120.1.3 有实验室室内质量控制和室间质量评价的管理制度，并落实。	0.5
	2.8.120.1.4 有合理的实验室室内质控规则，有差别出现原因的判断程序与应对措施。有效处理失控，详细分析失控原因并评估临床影响。	0.5
	2.8.120.1.5 按要求参加室间质量评价，室间质评或能力验证覆盖实验室内检测项目及不同标本类型；有无法参加评价计划项目的目录或清单，并有替代评估方案。	0.5
	2.8.120.1.6 有检验仪器设备保养、维护与管理制度，有专人负责，并有效落实。对相关检验设备(含即时检测设备)定期检测、校准和维护，技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求，有记录。	0.5

	2.8.120.1.7 有即时检测(POCT)项目统一管理制度,指定部门负责 POCT 管理,有 POCT 质量控制标准,有院内 POCT 项目清单。	0.5
	2.8.120.1.8 POCT 管理部门定期组织相关操作人员的培训和考核,并授权,有记录。	0.5
	2.8.120.1.9 所有 POCT 项目按要求进行室内质控。通过参加室间质评或进行仪器间比对或进行方法学比对等方式,确保检验结果的准确性,有记录。	0.5
	2.8.120.1.10 对检验仪器设备、试剂所致安全不良事件有报告、处理记录。	0.5
	2.8.120.1.11 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.120.1.12 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
2.8.120.2 落实病理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。相关病理设备按照要求定期检测。(5分)	2.8.120.2.1 有病理全面质量管理与改进制度,并落实。	0.5
	2.8.120.2.2 有病理全面质量与安全管理指标,并定期分析与改进。	0.5
	2.8.120.2.3 有病理科室内质量控制和室间质量评价的管理制度,并落实。	0.5
	2.8.120.2.4 对开展的各种病理技术或检测项目进行室内质量控制,出现质量失控现象时应当及时查找原因,采取纠正措施,并详细记录。	0.5
	2.8.120.2.5 按要求参加室间质量评价,有无法参加评价计划项目的目录或清单,并有替代评估方案。	0.5
	2.8.120.2.6 有病理仪器设备保养、维护与管理制度,有专人负责,并有效落实。	0.5
	2.8.120.2.7 对相关病理仪器设备定期检测、校准和维护,技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求,有记录。	0.5
	2.8.120.2.8 对病理仪器设备、试剂所致安全不良事件有报告、处理记录。	0.5
	2.8.120.2.9 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.120.2.10 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改	0.5

	落实情况。	
2.8.120.3 落实医学影像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。相关检查设备（含床旁检查设备）按照要求定期检测。（4分）	2.8.120.3.1 有医学影像全面质量管理与改进制度，并落实。	0.5
	2.8.120.3.2 有医学影像全面质量与安全管理指标，并定期分析与改进。	0.5
	2.8.120.3.3 有图像质量和诊断报告质量评价标准，定期开展评价与分析，将评价结果纳入相关技术人员能力评价与授权。	0.5
	2.8.120.3.4 有检查设备保养、维护与管理制度，有专人负责，并有效落实。	0.5
	2.8.120.3.5 对相关检查设备(含床旁检查设备)定期检测、校准和维护，技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求，有记录。	0.5
	2.8.120.3.6 对检查设备所致安全不良事件有报告、处理记录。	0.5
	2.8.120.3.7 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.120.3.8 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百二十一)按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。		20
【概述】 按照国家法律法规和行业规范，保障临床检验、病理和医学影像部门的环境安全、生物安全和消防安全；按照国家法律法规和行业规范做好员工的职业安全和患者安全。		
2.8.121.1 按照有关规定建立临床检验环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。（4分）	2.8.121.1.1 有临床检验环境安全、生物安全和消防安全相关制度与流程。	0.5
	2.8.121.1.2 有相关废物、废液处理管理制度和处理流程。有明确的责任人，有各种废物、废液处理记录。	1
	2.8.121.1.3 按照生物防护级别配备必要的安全设备和个人防护用品，保证工作人员能够正确使用。	0.5
	2.8.121.1.4 有各种感染性职业暴露后应急处置预案，有标本溢洒处理流程。对实验室工作人员进行职业暴露的培训及应急演练，有记录。	1
	2.8.121.1.5 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.121.1.6 相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5

2.8.121.2 病原微生物实验室应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。(5分)★	2.8.121.2.1 设立病原微生物实验室，并依法取得批准或者进行备案。病原微生物实验室符合生物安全国家标准和要求。	0.5
	2.8.121.2.2 有病原微生物实验室生物安全管理制度，并落实。	0.5
	2.8.121.2.3 实验室负责人为实验室生物安全第一责任人，全面负责生物安全工作。	0.5
	2.8.121.2.4 有实验室工作人员准入及上岗考核制度。每年定期对所有与实验活动相关的人员进行培训(包括岗前培训和在岗培训)，保证其掌握实验室技术规范、操作规程、生物安全防护知识和实际操作技能，考核合格方可上岗。	0.5
	2.8.121.2.5 有实验室菌(毒)种及感染性样本的选择、购买、采集、包装、运输、转运、接收、查验、使用、处置和保藏的相关规定和流程。	0.5
	2.8.121.2.6 实验室菌(毒)种及感染性样本的保存区域和设备符合相关要求。有 2 名工作人员负责菌(毒)种及感染性样本的管理。入库、出库及销毁应记录并存档。	0.5
	2.8.121.2.7 有相应的实验室生物安全事件应对和处置应急预案，定期进行人员培训和应急演练。	0.5
	2.8.121.2.8 实验室废弃物处置由专人负责。实验室废水、废气以及其他废弃物的处置应符合国家或地方法规和标准的要求，实验室废弃物的处置应有书面记录，并存档。	0.5
	2.8.121.2.9 科室定期对上述工作进行自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.121.2.10 对实验室设施、设备、材料等进行检查、维护和更新，确保其符合国家标准。主管职能部门对上述工作定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.8.121.3 从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。	0.5	
2.8.121.3.1 从事病原微生物实验活动在相应等级的实验室进行。	0.5	
2.8.121.3.2 按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。工作流程应避免交叉污染。	0.5	
2.8.121.3 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。	0.5	

(1分)★		
2.8.121.4 按照有关规定建立病理环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。(5分)	2.8.121.4.1 有病理科的环境安全、生物安全和消防安全相关制度与流程。	1
	2.8.121.4.2 有相关废物、废液处理管理制度和处理流程。有明确的责任人，有各种废物、废液处理记录。	1
	2.8.121.4.3 按照生物防护级别配备必要的安全设备和个人防护用品，保证工作人员能够正确使用。	1
	2.8.121.4.4 有生物安全事件及各种感染性职业暴露后应急处置预案，有培训和演练。	1
	2.8.121.4.5 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.121.4.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.8.121.5 按照有关规定建立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。(5分)	2.8.121.5.1 有医学影像部门的环境安全和消防安全相关制度与流程。	1
	2.8.121.5.2 有相关废弃物处理管理制度和处理流程。有明确的责任人，有各种废弃物处理记录。	1
	2.8.121.5.3 按照放射防护要求配备必要安全防护装置、个人防护用品，保证工作人员能够正确使用。放射人员有放射防护档案与健康档案。	0.5
	2.8.121.5.4 有放射防护安全事件应对和处置应急预案，有培训和演练。	0.5
	2.8.121.5.5 定期对放射诊疗工作场所、设备和人员进行放射防护检测，对超过标准的设备、场所及人员及时处理，记录完整。	1
	2.8.121.5.6 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.8.121.5.7 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百二十二)建立健全本医院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。		10

<p>【概述】开展检查检验结果互认工作有助于减少不必要的重复检查检验。按照国家法律法规和行业规范，建立医院内的检查检验结果互认工作管理制度，包含人员培训、工作流程等内容，并落实。能够为医务人员进行检查检验互认提供必要的设备设施及保障措施。</p>		
2.8.122.1 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。(2分)	2.8.122.1.1 有医院检查检验结果互认工作管理制度并落实。	1
	2.8.122.1.2 医院检查检验结果互认项目清单和互认范围符合相关要求。	1
2.8.122.2 组织员工进行培训，并有规范的工作流程及记录。(5分)	2.8.122.2.1 建立规范的检查检验结果互认工作流程及记录。	1
	2.8.122.2.2 医院对符合互认要求的检查检验项目，其结果有规范、统一的互认标志。未按要求参加质量评价或质量评价不合格的检查检验项目，不得标注互认标志。	1
	2.8.122.2.3 医院及其医务人员应当在不影响疾病诊疗的前提下，对标有全国或本院所在地区互认标识的检查检验结果予以互认。	0.5
	2.8.122.2.4 对于患者提供的已有检查检验结果符合互认条件、满足诊疗需要的，医院及其医务人员不得重复进行检查检验。对相关项目进行重新检查应符合有关规定。	0.5
	2.8.122.2.5 对相关人员进行培训，并落实。	1
	2.8.122.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.8.122.3 配置有与互认工作相匹配的，有效、便捷的设备和设施，并定期反馈使用情况。(3分)	2.8.122.3.1 医院有与有关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
	2.8.122.3.2 按照有关规定参加质控组织开展的质量评价。已标注互认标识的检查检验项目参加相应质量评价的频次不得少于一年一次。	1
	2.8.122.3.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1

九、输血管理与持续改进 (52分)

评价标准	分值 (分)
------	--------

<p>(一百二十三) 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。</p>	<p>15</p>	
<p>【概述】医院按照相关法律法规规范建设输血科或血库,人员配置、布局和设施设备应达到相关标准,建立相关制度和规范,建立储血供血机制,提供 24 小时输血服务。</p>		
<p>2.9.123.1 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定法律和规范,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。(4 分)</p>	<p>2.9.123.1.1 有临床用血管理委员会,有临床用血管理相关制度,并落实。</p>	<p>1</p>
	<p>2.9.123.1.2 将临床用血管理作为医疗质量管理的重要内容。</p>	<p>0.5</p>
	<p>2.9.123.1.3 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、相关制度、输血知识等培训与考核。</p>	<p>1</p>
	<p>2.9.123.1.4 用血科室针对本专业特点进行输血知识培训,相关人员知晓并落实。</p>	<p>0.5</p>
	<p>2.9.123.1.5 在院内开展临床科室和医师临床用血评价及公示。</p>	<p>1</p>
<p>2.9.123.2 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。(3 分)</p>	<p>2.9.123.2.1 输血科或血库设置与医院功能和临床科室诊疗需求相适应。输血科实验室建筑与设施符合实验室生物安全通用要求。布局符合卫生学要求,内部环境业务区与办公区分开、污染区与清洁区分开、血标本接收窗口和发血窗口分开。</p>	<p>1</p>
	<p>2.9.123.2.2 输血科配备与输血工作相适应的专业技术人员和必备的基本设备,满足临床用血需要。</p>	<p>1</p>
	<p>2.9.123.2.3 储血环境符合卫生标准和要求。血液储存符合有关要求,储血设施保证运行有效,有专人对血液贮存情况(存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等)定期监测并记录。</p>	<p>1</p>
<p>2.9.123.3 明确输血科各岗位职责,员工履职能力符合要求。(3 分)</p>	<p>2.9.123.3.1 有输血科工作制度、岗位职责、相关技术规范与操作规程。</p>	<p>1</p>
	<p>2.9.123.3.2 相关人员知晓并落实。</p>	<p>0.5</p>
	<p>2.9.123.3.3 参与疑难输血病例的诊断、会诊与治疗,指导临床合理用血;配合临床用血事件及输血不良反应的调查。</p>	<p>0.5</p>
	<p>2.9.123.3.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。</p>	<p>0.5</p>
	<p>2.9.123.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。</p>	<p>0.5</p>

2.9.123.4 具有提供 24 小时输血服务的能力，满足临床需要。(5 分)	2.9.123.4.1 输血科有临床用血储备计划，有血液库存预警机制，根据供血预警信息和血液库存情况协调临床用血，能为临床提供 24 小时的输血服务。	1
	2.9.123.4.2 有应急用血的后勤保障能力，有特殊用血应急协调机制，有应急用血具体保障措施，确保急救抢救用血。	0.5
	2.9.123.4.3 有紧急用血的应急预案并演练，相关人员知晓并执行。	0.5
	2.9.123.4.4 输血科主动与临床科室沟通，征求对临床用血管管理的意见和建议，有记录和整改。	1
	2.9.123.4.5 输血科定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.9.123.4.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百二十四) 加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术规范，促进临床安全、有效、科学用血。		14
【概述】根据法律法规和行业规范制定临床用血质量管理标准，强化人员培训，加强过程管理，严格按照输血适应证开展临床用血，根据行业规范制定符合本院实际的输血技术规范并落实，建立合理用血指标体系，规范输血前后评估记录和不良反应报告，促进临床安全、有效、科学用血。		
2.9.124.1 加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应证开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。(8 分)	2.9.124.1.1 有临床用血申请管理制度，申请备血量及用血审批符合相关规定。	1
	2.9.124.1.2 开展输血前评估，严格遵循输血适应证申请用血。临床用血申请单符合要求。	1
	2.9.124.1.3 有血型及感染筛查等相关检测能力，并开展相关检测。	1
	2.9.124.1.4 输血前签署输血治疗知情同意书，并保存在病历中。	1
	2.9.124.1.5 按照《医疗机构临床用血管理办法》和病历书写规范书写输血全过程治疗记录和输注后效果评价。	1
	2.9.124.1.6 相关人员知晓并落实。	1
	2.9.124.1.7 输血科和各临床用血科室对临床用血情况有定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.9.124.1.8 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.9.124.2 严格掌握输	2.9.124.2.1 有临床输血技术规范。	1

血技术规范,促进临床安全、有效、科学用血。(6分)	2.9.124.2.2 对用血科室全员进行临床输血技术规范培训,相关人员知晓并落实。	1
	2.9.124.2.3 所使用的输血器和辅助设备符合国家标准及操作规范的要求。	1
	2.9.124.2.4 输血前、输血时核对符合输血技术规范要求。	1
	2.9.124.2.5 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.9.124.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百二十五) 建立与麻醉科和手术科室有效沟通,积极开展自体输血,严格掌握术中输血适应证,合理、安全输血。		10
【概述】加强手术用血管理,积极开展并推广自体输血,建立自体输血标准和规范,开展自体输血质量控制。严格掌握术中输血适应证,合理安全用血。		
2.9.125.1 建立与麻醉科和手术科室有效沟通,制定自体输血的流程与规范,积极开展自体输血。(6分)	2.9.125.1.1 有输血科与麻醉科和手术科室的沟通机制,有自体输血的管理制度、流程和技术规范,有开展自体输血的技术人员和设备条件,并能开展自体输血工作。	2
	2.9.125.1.2 自体输血相关专业技术人员严格掌握适应证、禁忌证,履行风险告知并签署知情同意书,确保合理、安全输血。	2
	2.9.125.1.3 用血科室和输血科对自体输血和异体输血管理情况有定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.9.125.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.9.125.2 严格掌握术中输血适应证,合理、安全输血。(4分)	2.9.125.2.1 有术中用血相关制度和流程,明确术中输血适应证,有围手术期血液保护等管理规定和工作流程。	2
	2.9.125.2.2 相关人员知晓并落实。	1
	2.9.125.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百二十六) 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。		13

<p>【概述】根据行业规范要求制定血液质量管理全流程监控机制并落实,对输血不良反应进行监测、统计和分析,制定防范输血严重危害的预案。制定和落实输血相容性检测制度流程,能有效开展血型评判方式,确保输血安全。</p>		
2.9.126.1 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。(6分)	2.9.126.1.1 有血液质量管理全流程监控制度,相关人员知晓并落实。	0.5
	2.9.126.1.2 有输血管理信息系统,有制度对血液预订、接收、入库、储存、出库及库存预警等进行管理,保证血液储存、运送符合国家有关标准和要求。	0.5
	2.9.126.1.3 输血科工作人员严格按照要求接收血站发送的血液,核对血袋标签、血液入库,并做好登记。禁止将血袋标签不合格的血液入库。	1
	2.9.126.1.4 由医护人员负责血液的领取工作,血液发放时进行发、领双方同时核对,核对内容符合相关要求。	1
	2.9.126.1.5 有临床用血不良事件监测报告制度,有控制包括输血传染疾病、严重不良反应等输血严重危害的预案,有其它输血相关应急事件的处理预案。对相关人员进行培训和演练,并严格落实。	2
	2.9.126.1.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.9.126.2 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。(7分)	2.9.126.2.1 有输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求,检测内容组合合理,检测设备及试剂符合相关要求,检测报告内容完整。	1.5
	2.9.126.2.2 需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作患者进行输血相容性检测检查。	1.5
	2.9.126.2.3 有室内质控的管理规定,有试验有效性判断和失控的判定标准,对失控的结果有调查分析、处理,并记录。	1.5
	2.9.126.2.4 按要求参加输血相容性检测室间质评,且成绩合格。	1.5
	2.9.126.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1

十、医院感染管理与持续改进 (106分)

评价标准	分值(分)	
<p>(一百二十七) 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。</p>	15	
<p>【概述】医院感染预防与控制是医院在依法开展诊疗执业活动，提供医疗服务中必须开展的工作，是医院的基本职责。医院做好医院感染预防与控制工作，必须建立体系完整、功能完善、职责明确、运转高效的医院感染防控组织体系、运行操作规范以及感染相关突发事件应急预案等制度。同时，为使整个体系运行顺畅，能够发挥应有的作用，需要对医院全员进行相关内容的培训和教育。</p>		
<p>2.10.127.1 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。(4分)</p>	<p>2.10.127.1.1 医院感染管理组织体系健全。有医院感染管理委员会，委员会人员组成符合有关要求，职责明确，有工作计划并落实。</p>	2
	<p>2.10.127.1.2 按照国家相关要求配备医院感染管理专职人员，专业结构合理，满足工作要求。</p>	1
	<p>2.10.127.1.3 各科室成立医院感染管理小组，负责本科室医院感染管理工作，履行工作职责。</p>	1
<p>2.10.127.2 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。(4分)</p>	<p>2.10.127.2.1 根据国家法律法规、标准要求制定并及时修订完善医院感染管理和控制制度，并落实。</p>	1
	<p>2.10.127.2.2 建立医院感染多部门协调机制，及时解决感染预防与控制工作中的实际问题。</p>	1
	<p>2.10.127.2.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。</p>	1
	<p>2.10.127.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。</p>	1
<p>2.10.127.3 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</p>	<p>2.10.127.3.1 有医院感染事件防控应急预案。</p>	1.5
	<p>2.10.127.3.2 对相关人员培训及演练，有总结与整改。</p>	1.5

织实施。(3分)		
2.10.127.4 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。(4分)	2.10.127.4.1 制定医院感染防控知识与技能培训计划,内容包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等,并组织落实。	2
	2.10.127.4.2 医院员工(含外聘人员)掌握相关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识,并在日常工作中正确运用。	1
	2.10.127.4.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百二十八) 按照《医院感染监测规范》,加强监测重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测,控制并降低医院感染风险。		10
【概述】开展医院感染监测工作是做好感控管理科学化、精准化的基础与前提。医院应当采取全院综合性监测和目标性监测,长期、系统、连续地收集、分析医院感染的发生、分布及其影响因素等相关数据,建立有效的医院感染监测与通报制度,及时将监测结果反馈科室和报送有关部门,为医院感染的预防和控制提供科学依据。		
2.10.128.1 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。(8分)	2.10.128.1.1 医院对重点部门、重点环节、重点人群与高危因素有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求,有全年监测计划,并组织实施。	2
	2.10.128.1.2 医院感染监测指标体系健全。医院信息系统能够对重点环节、重点人群与高危因素监测及分析。	2
	2.10.128.1.3 有效开展医院感染病例监测、环境卫生学监测、消毒灭菌效果监测,监测记录完整,符合国家相关要求。	1
	2.10.128.1.4 重点开展呼吸机相关肺炎(VAP)、导管相关性血源感染(CRBSI)、导尿管相关尿路感染(CAUTI)和手术部位感染(SSI)目标性监测。	2
	2.10.128.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1

2.10.128.2 医院对监测结果进行分析，提出本院的医院感染危险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。(2分)	2.10.128.2.1 主管职能部门对监测结果进行定期分析，提出医院感染危险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。	2
(一百二十九) 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。		10
【概述】医院有责任和义务承担本机构医院感染监测和报告的职责。医院要明确各级医院感染防控组织职责分工，设计科学规范的监测方案，分析监测结果，并对监测和报告制度的执行情况进行定期监督、检查，针对检查中发现的问题，提出整改措施并督促临床科室整改到位。		
2.10.129.1 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。(5分)	2.10.129.1.1 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。	3
	2.10.129.1.2 对医院感染较高风险科室进行风险评估，并制定针对性控制措施。	2
2.10.129.2 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。(5分)	2.10.129.2.1 至少每季度对监测信息进行分析讨论，定期发布医院感染监测信息，根据医院感染率及其变化趋势提出预警，改进诊疗流程。	2
	2.10.129.2.2 主管职能部门对医院感染监测数据来源、数据真实性和可靠性进行追踪分析、总结、反馈，并进行横向比较，持续改进医院感染管理工作。	2
	2.10.129.2.3 借助医院感染监测系统，为医疗管理提供支持。	1
(一百三十) 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。		15
【概述】消毒、灭菌和隔离工作是医院感染预防与控制的重要措施。消毒与防护用品是医务人员职业安全的重要保障，工作人员应当能正确使用符合国家标准的消毒与防护用品。重点部门、重点部位的管理符合要求。		
2.10.130.1 医院按照国	2.10.130.1.1 有全院和重点部门的消毒、灭菌、隔离、职业暴露和职业防护工作制度与流程。	1

家相关标准和规范的要求,开展消毒、灭菌和隔离工作。(8分)	2.10.130.1.2 对医务人员进行相关知识培训和考核,有记录。	1
	2.10.130.1.3 重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等重点科室的消毒、灭菌和隔离工作落实到位。	4
	2.10.130.1.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.10.130.1.5 相关职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
2.10.130.2 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。(3分)	2.10.130.2.1 消毒药械符合国家要求,证件齐全,定期对消毒剂/灭菌剂的浓度、有效性等进行监测。	2
	2.10.130.2.2 防护用品合格,医务人员正确佩戴使用。	1
2.10.130.3 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。(4分)	2.10.130.3.1 重点部门、重点部位医院感染管理符合相关标准和规范要求。	2
	2.10.130.3.2 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.10.130.3.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百三十一) 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。		8
【概述】手卫生是预防与控制医院感染,保障患者和医务人员安全最重要、最简单、最有效和最经济的措施。配备便捷的手卫生设施,为执行手卫生制度提供必要条件,加强手卫生效果监测,提高工作人员手卫生的依从性。		
2.10.131.1 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。(3分)	2.10.131.1.1 有手卫生管理制度并落实。	1.5
	2.10.131.1.2 各相关部门实施手卫生培训,相关人员知晓。	1.5
2.10.131.2 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	2.10.131.2.1 根据手卫生规范要求,配置有效、齐全、便捷的手卫生设备和设施,张贴有手卫生相关要求的宣教图示。	1.5
	2.10.131.2.2 按照医院规定的周期进行手卫生依从性、正确性的监测与反馈。	1.5
	2.10.131.2.3 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1

<p>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。</p> <p>(5分)</p>	<p>2.10.131.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。</p>	<p>1</p>
<p>(一百三十二) 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。</p>		<p>20</p>
<p>【概述】多重耐药菌是引起医院感染的重要病原体,建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序是预防和控制多重耐药菌引发的感染及其传播的重要措施。多重耐药菌感染管理涉及医院感染防控、抗菌药物应用与管理、微生物检测、感染诊疗及护理等多个专业,应当建立多部门共同协调管理制度。通过应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导,促进临床合理使用抗菌药物。</p>		
<p>2.10.132.1 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。(10分)</p>	<p>2.10.132.1.1 针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节,结合实际制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。</p>	<p>2</p>
	<p>2.10.132.1.2 开展常见多重耐药菌的监测,对多重耐药患者进行监测,及时采集有关标本送检。</p>	<p>2</p>
	<p>2.10.132.1.3 有对多重耐药菌控制落实的有效措施,包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、合理使用抗菌药物等。</p>	<p>2</p>
	<p>2.10.132.1.4 有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面的协作机制,并有具体落实方案;</p>	<p>2</p>
	<p>2.10.132.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。</p>	<p>2</p>
<p>2.10.132.2 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。</p>	<p>2.10.132.2.1 医院临床微生物实验室开展对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性分析,并向临床发布。</p>	<p>2</p>
	<p>2.10.132.2.2 有临床医护人员和微生物实验室人员预防多重耐药菌感染措施的培训制度、培训计划及落实措施。</p>	<p>2</p>
	<p>2.10.132.2.3 重点部门医务人员知晓本院前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。</p>	<p>2</p>

(10分)	2.10.132.2.4 对临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率、抗菌药物种类和微生物检测种类进行统计，并分析变化趋势。	2
	2.10.132.2.5 相关科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.10.132.2.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百三十三) 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。		15
【概述】侵入性器械/操作相关感染防控制度指诊疗活动中与使用侵入性诊疗器械相关的感染预防与控制活动的规范性要求。医院通过建立侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，便于快速找到对应解决的防范措施。		
2.10.133.1 医院有建立侵入性器械/操作相关感染防控制度；侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。 (8分)	2.10.133.1.1 制订并实施所开展各项手术及其他侵入性诊疗操作的感染预防与控制制度和流程。	2
	2.10.133.1.2 根据患者病情和拟施行手术及其他侵入性诊疗操作的种类进行感染风险评估，并依据评估结果采取针对性的感染预防与控制措施。	2
	2.10.133.1.3 手术及其他侵入性诊疗操作的抗菌药物预防性使用规范。	2
	2.10.133.1.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.10.133.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.10.133.2 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。(3分)	2.10.133.2.1 有本院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，并及时更新。	2
	2.10.133.2.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.10.133.3 根据侵入性器械、所开展手术及	2.10.133.3.1 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，按照医院感染预防与控制制度，实施数据监测。	3

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。(4分)	2.10.133.3.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百三十四)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。		13
【概述】实现医疗废物无害化、减量化、资源化是医疗废物管理的目标。医院应当建立医疗废物管理责任制、健全组织架构、完善制度流程,规范管理医疗废物的分类收集、运送和暂存,落实职业防护,保障安全。		
2.10.134.1 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。(6分)	2.10.134.1.1 建立医院医疗废物管理责任制,有医疗废物、废液的主管及监管部门。有医疗废物、废液管理组织架构,有管理制度及工作流程,落实岗位职责。	2
	2.10.134.1.2 医疗废物、废液处理符合相关法律法规的要求。	1
	2.10.134.1.3 有医疗废物、废液泄露、遗失等处理应急预案并演练,无医疗废物、废液泄露、遗失等安全事故发生。	1.5
	2.10.134.1.4 相关职能部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。	1.5
2.10.134.2 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。(4.5分)	2.10.134.2.1 有专人负责医疗废物、废液处理工作,相关人员个人防护符合规范要求。交接记录完整。	1.5
	2.10.134.2.2 医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范	1.5
	2.10.134.2.3 相关职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1.5
2.10.134.3 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	2.10.134.3.1 根据岗位需要,对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员,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。	1.5

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。(2.5分)	2.10.134.3.2 相关人员知晓并落实。	1
--	-------------------------	---

十一、中医诊疗质量保障与持续改进 (30分)

评价标准		分值(分)
(一百三十五) 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求,所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。★		15
【概述】医院应当按照《综合医院中医临床科室基本标准》等文件要求规范中医科室设置,配置合格的人员,满足临床需求,规范建设中药房与中药煎药室,建立中药管理制度确保药品安全。		
2.11.135.1 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求。(7分)	2.11.135.1.1 中医科为医院的一级临床科室,设立中医门诊,开设中医专业门诊的数量符合要求。	2
	2.11.135.1.2 医师、护士与病床配比符合要求;科室主任及病区护士长的任职资格符合要求。	2
	2.11.135.1.3 中医科医疗用房和设备配备符合要求。	1
	2.11.135.1.4 设立中医病区,床位数量设置符合相关要求。	2
2.11.135.2 中药房与中药煎药室设置符合相关法律法规的要求。(8分)	2.11.135.2.1 根据医院规模和临床需要,设置规范的中药房,中药品种与数量、仓储条件、人员配置等符合要求。	2
	2.11.135.2.2 有中药饮片(包括免煎颗粒)质量管理的相关制度,对采购、验收、贮存、调剂等环节实行质量控制。供应满足临床需求。	2
	2.11.135.2.3 中药煎药室的设置符合相关要求。因医疗资源限制,煎药室实行外包服务的,应有服务质量保证。患者对煎药满意度高。	2
	2.11.135.2.4 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	2.11.135.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百三十六) 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。★		15

【概述】根据国家法律法规和行业规范要求，制定中医诊疗规范并实施质量控制，因地制宜，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。		
2.11.136.1 建立中医诊疗规范。 (7分)	2.11.136.1.1 有中医科的工作制度、岗位职责，根据国家中医药相关指南等建立体现中医特色的诊疗规范，并及时更新。	2
	2.11.136.1.2 建立中西医多学科诊疗体系，有依据患者病症采取中西医结合治疗的规范和措施。通过科间及多学科会诊，开展疑难危急重症的病情评估，制定适宜的中西医结合诊疗方案。	2
	2.11.136.1.3 按照《中医病证分类与代码》、《中医临床诊疗术语》等要求，规范中医病案首页填报及中医病历书写，有医疗数据统计分析和质量控制。	2
	2.11.136.1.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	2.11.136.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
2.11.136.2 开展中医特色护理。(5分)	2.11.136.2.1 制定中医护理常规、方案和技术操作标准，开展辨证施护和中医特色专科护理。	2
	2.11.136.2.2 相关人员知晓并落实。	1
	2.11.136.2.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	2.11.136.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
2.11.136.3 提供具有中医特色的诊疗技术，及康复和健康指导等服务。 (3分)	2.11.136.3.1 为患者提供具有中医特色的诊疗技术，及康复和健康指导等服务。	2
	2.11.136.3.2 相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1

第三章 医院管理

一、管理职责与决策执行机制(69分)

评价标准		分值(分)
(一百三十七)制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。		7
【概述】章程是医院依法自主办院、实施管理、履行公益性的基本纲领和行为准则。医院应当以章程为依据，制定内部管理制度及规范性文件、提供医疗卫生服务、建立管理机制，不断满足人民群众的健康需求，增强人民群众看病就医的获得感和医务人员职业荣誉感。		
3.1.137.1 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。(7分)	3.1.137.1.1 有医院章程。	1
	3.1.137.1.2 建立健全医院内部治理体系。	1
	3.1.137.1.3 有党委会和院长办公会议事规则。	1
	3.1.137.1.4 以章程为依据，有完善的医院内部管理制度、规范性文件或流程，有培训、考核，相关人员知晓并落实。	1.5
	3.1.137.1.5 建立健全科学高效的内部决策执行机制、激励、竞争和监督机制，提高医院运行效率。	1.5
	3.1.137.1.6 相关职能部门定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	3.1.137.1.7 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百三十八)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。		12
【概述】切实加强党对公立医院的领导，是健全现代医院管理制度，推动实施健康中国战略的举措。公立医院应当在章程中明确党委职责，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施，支持院长依法依规独立负责地行使职权。院长在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。		
3.1.138.1 在章程中明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用。(5分)	3.1.138.1.1 把党建工作要求写入医院章程。	1
	3.1.138.1.2 公立医院应当在章程中明确党委职责。	1
	3.1.138.1.3 有重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项(三重一大)会议集体决策制度并落实。	3
3.1.138.2 实施党委领	3.1.138.2.1 实行党委领导下的院长负责制。	1

导下的院长负责制 (3分)	3.1.138.2.2 院长在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。	2
3.1.138.3 健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。(4分)	3.1.138.3.1 有党委与行政领导班子议事决策制度并落实。	2
	3.1.138.3.2 有党委书记、院长会前沟通制度，对重大问题在提交会议前，党委书记和院长要充分沟通、取得共识。	2
(一百三十九)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。		16
【概述】医院应当根据其功能、任务，设置合理的管理机构，满足管理工作需要，部门职能、职责划分明确，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定并动态完善各项规章制度，理清员工在落实制度时的职责。各级管理人员按分工履职，部门、科室之间有连贯的、畅通的沟通和协调机制。各部门和科室命名符合相关要求。		
3.1.139.1 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。(3分)	3.1.139.1.1 医院管理组织机构设置合理，部门职能划分明确。	2
	3.1.139.1.2 有组织架构图，部门职能与医院运行状况相符，能依据职能调整及时更新。	1
3.1.139.2 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。(5分)	3.1.139.2.1 依据医院组织架构，各部门、各级管理人员有清晰的工作职责，各级管理人员知晓并履行。	1
	3.1.139.2.2 有部门、科室间沟通与协调机制并落实。	1
	3.1.139.2.3 有多部门共同参与的联席会议或扩大的院长办公会议，会议有明确议题，有协调结果，有明确牵头部门并落实。	2
	3.1.139.2.4 有指定职能部门负责效能建设，提高管理部门执行力。	1
3.1.139.3 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。(6分)	3.1.139.3.1 有规章制度制定、审核、批准、发布、修订、作废等统一的管理规定和程序。	1
	3.1.139.3.2 有符合本院实际的各项规章制度、岗位职责，并及时修订完善。	2
	3.1.139.3.3 开展员工制度培训，员工知晓并落实。	2
	3.1.139.3.4 职能部门及科室对规章制度、岗位职责落实加强监管，定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
3.1.139.4 各部门和科	3.1.139.4.1 各部门、科室命名规范，与医院文件一致。	1

室命名规范，与医院文件一致。(2分)	3.1.139.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百四十)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。		12
【概述】树立全员学习、终身学习理念，鼓励员工通过多种形式和渠道参与终身学习，积极推动学习型医院建设，将终身学习作为医院文化建设的重要组成部分。健全医院培训制度，定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。		
3.1.140.1 医院建立全员学习机制，强化学习文化。(3分)	3.1.140.1.1 有全员学习机制，有保障措施并落实。	1.5
	3.1.140.1.2 员工通过多种形式和渠道参与终身学习，推动学习型医院建设，强化学习文化。	1.5
3.1.140.2 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。(6分)	3.1.140.2.1 按照相关要求对员工进行政策法规、管理能力培训与教育，有考核机制。	2
	3.1.140.2.2 新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。	2
	3.1.140.2.3 员工掌握质量管理方法和常用技术工具，并运用于日常质量管理与改进活动。	1
	3.1.140.2.4 相关职能部门定期督导、检查，考评结果纳入科室、员工个人绩效考核。	1
3.1.140.3 定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。(3分)	3.1.140.3.1 有员工专业技能、质量安全培训与教育计划并落实。	1
	3.1.140.3.2 培训与教育形式多样，有考核。	1
	3.1.140.3.3 相关职能部门定期督导、检查、反馈及改进。	1
(一百四十一)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。		12
【概述】院务公开是构建和谐医患关系、促进医院科学管理和解决群众就医热点难点问题的一项重要措施。医院应当按照国家有关规定加强院务公开管理，落实职工群众知情权、参与权、表达权、监督权。		
3.1.141.1 加强院务公开管理，有指定部门、工作制度与程序。	3.1.141.1.1 有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。	1.5
	3.1.141.1.2 有院务公开管理制度与程序，明确公开内容、形式、程序和时限。	2

(5.5 分)	3.1.141.1.3 有院务公开监督与考核。	2
3.1.141.2 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。(6.5 分)	3.1.141.2.1 有院务公开目录,院务公开内容完整,有信息发布登记。	1
	3.1.141.2.2 按照国家有关规定向社会及员工公开信息。	1
	3.1.141.2.3 对“三重一大”事项以多种形式院务公开,接受全院职工监督。	2
	3.1.141.2.4 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。	1.5
	3.1.141.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈与改进,社会及员工对院务公开满意。	1
(一百四十二)对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。		10
【概述】对外委托服务是医院根据自身条件和发展方向,将有限的资源关注于医院重点发展方向,对一些非医疗专业性的工作实施外包,从而节约相关资源的服务。医院应当对外包服务商的能力,服务质量有全面的评估,同时对与本院医疗服务有连续性关联的委托项目有着严格的质量监控措施。		
3.1.142.1 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质量与安全实施监督管理,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。(10 分)	3.1.142.1.1 有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理;有项目的遴选、管理等相关制度和办法并执行。	2
	3.1.142.1.2 对外委托服务项目合同中有明确的双方权利和义务,以及服务内容和标准;根据实际情况(如政策法规、功能任务变化等),定期与项目承包者进行沟通和协商,必要时修订合同。	2
	3.1.142.1.3 有对外委托服务项目的监督考核机制,有考核记录,对违约事实根据合同落实违约责任。	4
	3.1.142.1.4 有年度对外委托服务项目管理的质量安全评估报告;有年度项目管理的内部审计报告。	2

二、人力资源管理(91 分)

评价标准	分值(分)
(一百四十三)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。	11

<p>【概述】人力资源管理是医院管理的重要内容，管好人才，在于定岗科学，职责明确，充分发挥人的主观能动性，让员工能够在医院发展的同时，感受到个人的能力成长，同时医院的人力资源配置应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。</p>		
3.2.143.1 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。(5分)	3.2.143.1.1 有人力资源管理部门，职责明确。	1
	3.2.143.1.2 有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，根据相关部门要求和医院发展实际及时更新，多种渠道公布便于职工查询。	1
	3.2.143.1.3 在岗位设置、收入分配、职称评定、管理使用等方面，体现编制内外人员统筹考虑。	1
	3.2.143.1.4 落实岗位管理制度，按照医、护、药、技、管等不同类别合理设置岗位，有岗位责任书。	2
3.2.143.2 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。(6分)	3.2.143.2.1 有人力资源发展规划，符合医院功能任务和整体发展规划并组织实施。	1
	3.2.143.2.2 有人力资源配置方案，人力资源配置及其人员结构符合医院功能任务和质量安全管理工作需要。	2
	3.2.143.2.3 有院科两级人员紧急替代制度、程序并落实，确保病人获得连贯诊疗及有效应对突发事件或特殊情况紧急需要。	2
	3.2.143.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百四十四)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。		11
<p>【概述】卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系应当以公开透明为基本原则。医院采用科学的评估机制，为专业技术人员建立档案。</p>		
3.2.144.1 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。(4分)	3.2.144.1.1 有卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理制度与流程，通过多种渠道公布，便于职工知晓。	2
	3.2.144.1.2 对卫生专业技术人员资质进行认定、聘用、考核，评价结果纳入院务公开范围。	2

3.2.144.2 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。(2分)	3.2.144.2.1 有专业技术人员档案,包括但不限于经审核的执业注册证、学历、学位、教育和培训、医疗技术临床应用管理档案等资料。	2
3.2.144.3 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。(5分)	3.2.144.3.1 有根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理制度,根据聘用周期,对高风险、特殊岗位等进行授权和再授权管理。	2
	3.2.144.3.2 有外来技术人员资质管理的规定并落实;外来技术人员在本院实施诊疗活动有记录,可追溯。	1
	3.2.144.3.3 科室对卫生专业技术人员履职有考核记录与评价。	1
	3.2.144.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百四十五)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,推行公立医院行政领导人员职业化培训。		12
【概述】公立医院应加强行政领导人员的职业化培训,建设一支高素质领导人员队伍。		
3.2.145.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》。(6分)	3.2.145.1.1 党政领导班子党员成员落实党建工作“一岗双责”要求。	1.5
	3.2.145.1.2 医院领导将主要精力和时间用于医院管理,医院领导人一般不得兼任临床科室负责人,推进职业化建设。	1.5
	3.2.145.1.3 领导班子和领导人员实行任期目标责任制、年度考核和任期考核。	2
	3.2.145.1.4 建立容错纠错机制。	1
3.2.145.2 加强公立医院行政领导人员职业化培训。(6分)	3.2.145.2.1 有医院行政领导人员职业化培养教育制度、交流制度并落实。	2
	3.2.145.2.2 有医院领导班子理论中心组学习制度、领导干部双重组织生活会制度、常态化政治理论学习制度并落实。	2
	3.2.145.2.3 有行政领导人员职业化培训计划,实施任职培训、岗位培训、专题培训、内部轮岗、挂职锻炼、对口支援等多种方式的职业化培训。	2

<p>(一百四十六)有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分，推动员工的全面发展。</p>	<p>20</p>	
<p>【概述】教育培训是建设一支素质能力优良的卫生专业技术人员队伍，营造良好的人才发展环境，保障医院高质量发展的重要措施。医院应当加强岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育等教育培训工作，完成政府指令性培训任务，把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。</p>		
<p>3.2.146.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。(10分)</p>	<p>3.2.146.1.1 有卫生专业技术人员岗前培训制度。有针对不同培训要求的岗前培训大纲、教学计划并落实，培训考核结果记入个人技术档案。</p>	<p>2</p>
<p>3.2.146.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。(10分)</p>	<p>3.2.146.1.2 有住院医师规范化培训及专科医师规范化培训制度。有住院医师规范化培训基地资质。有住院医师规范化培训监管和评价，持续改进培训质量。</p>	<p>1.5</p>
<p>3.2.146.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。(10分)</p>	<p>3.2.146.1.3 有继续医学教育制度并落实。全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率、承担继续医学教育项目符合相关要求。继续医学教育与员工绩效考核、晋职晋升挂钩。</p>	<p>2</p>
<p>3.2.146.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。(10分)</p>	<p>3.2.146.1.4 有梯队建设相关管理制度。有学科建设、人才梯队建设规划并组织实施。</p>	<p>2</p>
<p>3.2.146.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。(10分)</p>	<p>3.2.146.1.5 有承担政府指令性培训任务相关管理制度，有承担指导和培训下级医院卫生技术人员的相关计划，并组织实施。</p>	<p>1.5</p>
<p>3.2.146.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。(10分)</p>	<p>3.2.146.1.6 相关职能部门对上述工作定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。</p>	<p>1</p>
<p>3.2.146.2 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。(4分)</p>	<p>3.2.146.2.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和承担政府指令性培训任务的年度实施方案或年度计划。</p>	<p>1</p>
<p>3.2.146.2 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。(4分)</p>	<p>3.2.146.2.2 医院有专门部门和人员负责上述工作，提供培训条件及专项经费支持。</p>	<p>2</p>
<p>3.2.146.2 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。(4分)</p>	<p>3.2.146.2.3 有完善的管理档案。</p>	<p>1</p>

3.2.146.3 把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。(2分)	3.2.146.3.1 有师资培训激励措施,将卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。	2
3.2.146.4 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。(4分)	3.2.146.4.1 把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分,有鼓励员工能力提升的措施并落实。	2.5
	3.2.146.4.2 有落实“两个同等对待”要求的具体措施并执行。	1.5
(一百四十七)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。		11
【概述】员工安全是医院发展的基础,保障员工安全是医院的基本义务。医院应当梳理可能发生职业危险的场所、过程,通过员工培训,配置相应的设备设施防范职业工作对员工的伤害,制定相应的应急预案。		
3.2.147.1 按照《中华人	3.2.147.1.1 有职业安全防护相关制度和措施、职业暴露处理应急预案等。	1.5

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。(6分)	3.2.147.1.2 根据危险程度进行分级防护,合理配备防护设施设备和用品,防护用品符合国家相关标准。	1
	3.2.147.1.3 相关人员知晓并落实。	1.5
	3.2.147.1.4 有员工职业暴露登记,主管职能部门有职业暴露监测、随访、治疗情况记录。	2
3.2.147.2 上岗前有职业安全防护教育,有培训和考核制度。(3分)	3.2.147.2.1 有上岗前(包括轮岗、转岗)职业安全防护培训与考核制度并落实。	2
	3.2.147.2.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
3.2.147.3 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。(2分)	3.2.147.3.1 有指定部门负责本院职业病防治工作,有相关制度、职责。	1
	3.2.147.3.2 配备专职或兼职人员,负责本单位的职业病防治工作。	1
(一百四十八)关注员工身体和心理健康,保障员工合法健康权益。		16
【概述】 医院应积极关心员工的身体和心理健康状态,及时开展对员工身体和心理健康的评估,落实保障员工健康权益的措施。		
3.2.148.1 关注员工身体和心理健康。(8分)	3.2.148.1.1 有保障员工身体和心理健康的措施并落实。	1.5
	3.2.148.1.2 有指定部门负责员工健康管理,定期为员工健康体检,建立员工健康档案。	2
	3.2.148.1.3 对不同健康状况的员工提供个体化健康指导。	1.5
	3.2.148.1.4 定期开展医务人员心理健康评估,有突发事件心理危机干预机制。医院配备相应舒缓员工压力的设施设备及场所。	1.5
	3.2.148.1.5 有职工关爱帮扶措施,切实解决医务人员实际困难。	1.5
3.2.148.2 保障员工合法	3.2.148.2.1 合理安排医务人员休息休假,按规定落实医务人	2

健康权益。(8分)	员带薪休假。	
	3.2.148.2.2 有“平安医院”多部门联动分工协作机制，为医务人员和社会群众创造平安诊疗环境。	2
	3.2.148.2.3 有医疗纠纷预防和处理机制，依法严厉打击医闹、暴力伤医等涉医违法犯罪行为，保护医务人员安全。	2
	3.2.148.2.4 有措施保障医务人员享有社会保险与福利。	2
(一百四十九)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。		10
【概述】落实院科两级管理，制定科室目标责任状，根据医院、科室发展要求和科室现状，对科室医疗质量管理提出量化的具体要求，纳入责任状，并作为科室主任聘任、晋升、评先评优的重要指标，同时作为医生定期考核晋升的重要依据。		
3.2.149.1 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。(5分)	3.2.149.1.1 有科室综合目标管理实施方案和科室目标责任状，将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核的重要指标，科室负责人知晓并落实。	2
	3.2.149.1.2 将科室医疗质量管理情况作为科室负责人聘任、晋升、评先评优的重要依据并落实。	2.5
	3.2.149.1.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
3.2.149.2 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。(5分)	3.2.149.2.1 将科室和医务人员医疗质量管理情况纳入到专业技术人员档案管理，医务人员知晓并落实。	2
	3.2.149.2.2 将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、职称晋升重要依据并落实。	2.5
	3.2.149.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5

三、财务和价格管理(79分)

评价标准	分值(分)
------	-------

<p>(一百五十)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。</p>	<p>20</p>	
<p>【概述】医院财务管理是医院业务管理的重要组成部分，涉及到医院的各个业务环节，加强医院财务管理对促进医院健康发展具有重要作用。</p>		
<p>3.3.150.1 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。 (7分)</p>	<p>3.3.150.1.1 有医院财务管理制度并执行；实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，医院财务活动在院长及总会计师领导下，由医院财务部门集中管理。</p>	<p>1</p>
	<p>3.3.150.1.2 会计核算规范；有月度、季度、年度财务报告和定期财务分析报告；有经注册会计师审计签发的年度财务审计报告。</p>	<p>3</p>
	<p>3.3.150.1.3 财务监督实行事前、事中、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，并接受上级有关部门监督。</p>	<p>3</p>
<p>3.3.150.2 人员配置合理，岗位职责明确。(3分)</p>	<p>3.3.150.2.1 财务人员配置合理，岗位职责明确；财务负责人的任免符合上级的有关规定。</p>	<p>1</p>
	<p>3.3.150.2.2 有重要岗位轮转机制和岗前培训；有业务培训计划和记录。</p>	<p>2</p>
<p>3.3.150.3 三级公立医院实行总会计师制度。(3分)</p>	<p>3.3.150.3.1 实行总会计师制度，有总会计师的职责和权限，知晓并执行。</p>	<p>1</p>
	<p>3.3.150.3.2 总会计师的任免符合上级有关规定；医院对总会计师履职有保障机制。</p>	<p>1</p>
	<p>3.3.150.3.3 总会计师在医院经济管理中发挥主导作用，在提高医院经济活动科学化、精细化管理水平，强化内部控制，提高运营效益等方面有成效。</p>	<p>1</p>
<p>3.3.150.4 落实上级部门内部审计和内部控制有关规定，实施内部和外部审计，开展内部控制建设，对医院经济运行等进行定期评价与监</p>	<p>3.3.150.4.1 有医院内部审计机构及专职审计人员，有内部审计制度、流程和岗位职责并执行。</p>	<p>1</p>
	<p>3.3.150.4.2 有年度审计计划，对重大政策执行情况进行审计；对预算执行、财务收支、工程建设、采购、国有资产管理及其他经济活动事项进行审计；对内部控制及风险管理等进行审计。</p>	<p>2</p>
	<p>3.3.150.4.3 向职代会报告审计工作；对审计报告相关意见和建议有整改措施及成效追踪。</p>	<p>1</p>

控 (7分)	3.3.150.4.4 有内部控制领导小组,医院主要负责人任组长。有内部控制建设职能部门或确定牵头部门,职责明确。	1
	3.3.150.4.5 有内部控制制度,开展内部控制建设;定期进行风险评估和内部控制评价,有评价报告。	2
(一百五十一)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。		11
【概述】建立健全全面预算管理是现代医院管理制度的重要组成部分,预算管理有助于规范公立医院经济运行,提高资金使用和资源利用效率,医院应当规范编制预算,落实预算相关工作,加强预算管理、监督和绩效考评。		
3.3.151.1 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。(7分)	3.3.151.1.1 有由预算管理委员会、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体系;按规范程序进行预算编制、审批和调整。	2
	3.3.151.1.2 严格执行批复的预算,严格遵守预算执行授权审批制度和各项审批程序,形成全方位的预算执行责任体系。	2
	3.3.151.1.3 定期进行预算执行结果的分析和考核,将预算执行结果、成本控制目标实现和业务工作效率等情况作为内部业务综合考核、资源配置、年度考评、内部收入分配的重要依据。	2.5
	3.3.151.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
3.3.151.2 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。(2分)	3.3.151.2.1 有预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等管理制度,并落实。	2
3.3.151.3 实行全面预算管理,医院所有经济活动全部纳入预算管理。(2分)	3.3.151.3.1 医院所有经济活动全部纳入预算管理,实行全面预算管理,包括业务预算、收入费用预算、筹资投资预算等。	2
(一百五十二)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。		10
【概述】全成本核算管理通过细分的项目来分析收支,不仅能够帮助单个医院找到成本控制点、优化资源配置,也有助于分析亏损原因,为财政补偿提供依据,降低财务风险,提高医疗资源利用效率。		

3.3.152.1 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。(5分)	3.3.152.1.1 有成本核算工作领导小组和成本核算部门，设置成本核算岗位，有兼职成本核算人员；有成本管理相关制度和岗位职责并执行。	1
	3.3.152.1.2 按时完成月度或季度或年度成本报表，有年度成本分析报告；开展科室成本、诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本和按疾病诊断相关分组(DRG)成本等核算。	1.5
	3.3.152.1.3 实行全成本核算管理，采取有效措施控制运行成本。优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。	1.5
	3.3.152.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
3.3.152.2 控制医院债务规模，降低财务风险。(5分)	3.3.152.2.1 有流动资产、固定资产、在建工程、无形资产等资产管理和负债管理制度并执行。	1
	3.3.152.2.2 对资产定期或者不定期进行盘点，有分析评价，确保保值增值。	1
	3.3.152.2.3 非流动负债按规定审批，控制医院债务规模，降低财务风险。	2
	3.3.152.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百五十三)落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。		18
【概述】加强医院内部价格行为管理，有助于促进卫生健康事业改革和发展，维护患者与医院的合法权益，医院的医疗服务价格遵循相关规定并向社会公开，确保价格信息准确，新增医疗服务价格项目有规范的管理流程。		
3.3.153.1 确保医院内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规范要求。(2分)	3.3.153.1.1 有价格管理委员会和价格管理部门，并履行职责。	1
	3.3.153.1.2 按要求配备医疗服务价格工作人员，并履行职责。	1
3.3.153.2 全面落实医疗服务价格公示制度，提高	3.3.153.2.1 有价格公示和费用清单(含电子清单)制度并落实。采用多种方式进行价格公示、向患者提供费用清单，提高收费透明度。	1

收费透明度。(2分)	3.3.153.2.2 有价格投诉管理制度。实行首问负责制,有价格投诉处置记录、有效投诉分析报告和整改措施。	1
3.3.153.3 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。(4分)	3.3.153.3.1 有医疗服务价格自查制度和价格管理奖惩制度,将价格管理工作纳入科室绩效考核。 3.3.153.3.2 开展医疗服务价格自查,及时纠正不规范收费行为。	1 3
3.3.153.4 确保医药价格管理系统信息准确。(1.5分)	3.3.153.4.1 有价格管理信息化制度,明确相关部门和岗位的职责与权限,确保软件系统操作与维护数据的准确性、完整性、规范性与安全性。	0.5
	3.3.153.4.2 有医疗服务价格调价管理制度,及时调整医疗服务价格,系统有记录。	1
3.3.153.5 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。(3分)	3.3.153.5.1 有新增医疗服务价格项目管理制度并落实。	1.5
	3.3.153.5.2 有规范的新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序并执行。	1.5
3.3.153.6 遵守医疗保障法律、法规、规章及相关政策,按照规定向参保人员提供医疗服务,提高服务质量,合理使用医疗保障基金,维护参保人员权益。(5.5分)	3.3.153.6.1 有部门负责基本医疗保障管理工作;有基本医疗保障管理制度,相关人员知晓并落实。	1
	3.3.153.6.2 严格执行医保政策,合理诊疗、合理收费,优先配备使用医保目录中的药品、医用耗材和医疗服务项目。	1.5
	3.3.153.6.3 维护参保人员的权益,除急诊、抢救等特殊情形外,提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的,应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。	1
	3.3.153.6.4 严格控制患者自费比例,依法合理使用医疗保障基金;定期检查,及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	1
	3.3.153.6.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百五十四)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。		10
【概述】医院的货物、服务和工程等采购行为,应当遵守相关法律规定,集中采购有规范的流程。		

3.3.154.1 执行《中华人民共和国政府采购法》	3.3.154.1.1 有货物、工程、服务等采购制度和流程并执行。	3
《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。(5分)	3.3.154.1.2 对集中采购目录外的药品、耗材等采购有管理制度和审批流程并执行。	2
3.3.154.2 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。(5分)	3.3.154.2.1 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。	3
	3.3.154.2.2 采购应当遵循公开透明、公平竞争、公正和诚实信用原则。	2
(一百五十五)医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据,突出服务质量、数量,逐步扩大分配,提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。		10
【概述】建立公益性为导向的绩效分配制度,坚持同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配原则,有步骤合理提高员工待遇。		
3.2.155.1 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。(2分)	3.2.155.1.1 有实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度并执行。	2
3.2.155.2 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。(6分)	3.2.155.2.1 以综合绩效考核为依据,突出医德医风、技术能力、服务质量和数量等,逐步扩大分配,提高员工待遇。	3.5
	3.2.155.2.2 医院绩效考核与分配方案经过职工代表大会讨论通过。	2.5
3.3.155.3 医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。(2分)	3.3.155.3.1 医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。	2

四、信息管理(46分)

评价标准		分值(分)
(一百五十六)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。		12
【概述】信息化建设是现代医院管理不可或缺的部分。医院应当不断提升信息化建设水平，完善信息化建设管理组织架构 根据信息化建设标准与相关规定 制定与医院发展相适应的信息化发展规划，加强各部门间的信息化协同联动。		
3.4.156.1 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，承担信息化见着规划和管理的行政管理职能。 (5分)	3.4.156.1.1 有以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有工作职责，定期召开专题会议，有记录。	2
	3.4.156.1.2 有信息管理专职部门，管理职能明确。	1
	3.4.156.1.3 专职信息技术人员配置能满足医院信息管理需要。岗位设置合理，岗位职责、技术等级明确，形成技术梯队。	2
3.4.156.2 建立各部门间的组织协调机制(3分)	3.4.156.2.1 有各部门间的信息化组织协调机制。	1
	3.4.156.2.2 信息使用和信息管理部门有沟通协调并记录。	2
3.4.156.3 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 (3分)	3.4.156.3.1 有信息化发展总体规划，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度计划。	1.5
	3.4.156.3.2 有信息化发展年度计划并执行，目标明确，量化可行，有保障机制。	1.5
3.4.156.4 制定信息化建设配套的相关管理制度。(1分)	3.4.156.4.1 有信息化建设配套的相关管理制度并执行。	0.5
	3.4.156.4.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百五十七)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。		18
【概述】随着信息技术的发展及医院运行机制的转变，医院信息系统已成为现代化医院必不可少的重要基础设施与支撑环境。医院应当依托信息平台，加强信息系统标准化、规范化建设，强化数据的协同共享，实现临床与管理系统间的互联互通。		

3.4.157.1 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。(3分)	3.4.157.1.1 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。	3
3.4.157.2 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。(10分)	3.4.157.2.1 有医院管理信息系统(HIS)和医院资源管理信息系统(HRP)以及相关子系统,如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等,有决策支持系统(DSS),为医院管理提供全面支撑,满足医院管理需求。	2.5
	3.4.157.2.2 有临床信息系统(CIS),建立基于电子病历(EMR)的医院信息平台,平台主要包括医嘱处理系统、病人床边系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询系统、门诊预约挂号、临床路径、单病种管理等系统。	2.5
	3.4.157.2.3 建立支持医院管理和运行的数据库,包括:医院基本监测、运行基本指标监测、药品和耗材管理、血液和血制品管理、医疗质量管理、医技科室、医疗安全管理等。	2.5
	3.4.157.2.4 数据实行集中归口管理,负责收集和处理相关数据信息。	2.5
3.3.4.157.3 根据国家相关规定,实现信息互联互通、交互共享。(5分)	3.4.157.3.1 有信息互联互通、交互共享的具体措施并落实。	2
	3.4.157.3.2 医院信息系统具备信息集成与交互共享功能,实现信息共享、互联互通,互联互通标准化成熟度测评符合相关规定要求。	3
(一百五十八)落实《中华人民共和国网络安全法》,实施国家信息安全等级保护制度,实行信息系统按等级保护分级管理,保障网络信息安全,保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理,落实突发事件响应机制,保证业务的连续性。		11
【概述】信息安全是医院管理和医疗质量管理的核心内容。医院应当根据相关法律法规,制定本院信息管理制度,建立和完善突发事件相应机制,保护患者隐私,规范信息系统运行。		
3.4.158.1 落实《中华人民共和国网络安全法》,实施国家信息安全等级保护	3.4.158.1.1 有信息安全管理制度并执行;核心业务信息系统安全保护等级符合相关规定的要求。	2
	3.4.158.1.2 信息系统运行稳定、安全,有符合要求的容灾备份系统,有网络运行监控,有防病毒、防入侵措施。	1

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。(5分)	3.4.158.1.3 实行信息系统操作权限分级管理,信息安全采用身份认证、权限控制(包括数据库和运用系统)、病人数据使用控制、保障网络信息安全和保护病人隐私。	2
3.4.158.2 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。(4分)	3.4.158.2.1 有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理制度并执行。有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录;有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。	2
	3.4.158.2.2 有信息值班、交接班制度,有完整的日常运维记录和值班记录,及时处置安全隐患。	1
	3.4.158.2.3 有突发事件响应机制,保证业务的连续性。有信息系统突发事件(如系统瘫痪)应急预案,有培训,有演练。	1
3.4.158.3 医院定期对信息系统开展信息网络检查,保障信息安全。(2分)	3.4.158.3.1 医院定期对信息系统开展信息网络检查,保障信息安全。	2
(一百五十九)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。		5
【概述】 医院应当按照有关行政部门要求,及时、准确上报相关数据,并确保数据真实可靠,上报工作有记录可追溯。		
3.4.159.1 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。(3分)	3.4.159.1.1 有向卫生健康行政部门报送相关数据的制度和流程并执行。	1
	3.4.159.1.2 按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。	2
3.4.159.2 有内部数据核	3.4.159.2.1 有内部数据核查制度和核查措施并执行,确保数据真实可靠,可追溯。	1

查制度,确保数据真实可靠,可追溯。(2分)	3.4.159.2.2 实行信息报告问责制,相关人员熟悉信息数据报送规定及流程,无统计数据上报信息错误。	1
-----------------------	--	---

五、医学装备管理 (80分)

评价标准		分值(分)
(一百六十) 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。		11
【概述】规范和加强医疗卫生机构医学装备管理,有助于促进医学装备合理配置、安全与有效利用,充分发挥使用效益,保障医疗卫生事业健康发展。		
3.5.160.1 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。(3分)	3.5.160.1.1 建立和完善医学装备管理组织架构,有医学装备管理部门,管理人员、医学工程及其他专业技术人员配置合理。	1.5
	3.5.160.1.2 有医学装备管理制度、工作流程和岗位职责,相关人员知晓并执行。	1.5
3.5.160.2 制定常规与大型医学装备配置方案。(8分)	3.5.160.2.1 有常规与大型医学装备配置方案。	2
	3.5.160.2.2 有医学装备论证、决策、购置、验收、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与工作流程,并执行。	2
	3.5.160.2.3 根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码,有医学装备分类、分户电子账目,实行信息化管理。	1
	3.5.160.2.4 有医学装备档案管理制度与完整的档案资料,账目明晰、账物相符。单价在5万元及以上医学装备档案集中统一管理。	2
	3.5.160.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百六十一) 根据医院功能定位和发展规划,有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。		11
【概述】大型医用设备配置需符合区域卫生规划原则,充分兼顾技术的先进性、适宜性和可及性,实现区域卫生资源共享,不断提高设备使用率。		
3.5.161.1 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。(4分)	3.5.161.1.1 有鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发的措施并落实。	3
	3.5.161.1.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1

分)		
3.5.161.2 开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。 (4分)	3.5.161.2.1 有大型医用设备社会效益、成本效益等分析评价。	2
	3.5.161.2.2 将分析评价结果用于设备管理及医院决策支持。	2
3.5.161.3 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。(3分)	3.5.161.3.1 配置大型医用设备应当符合卫生健康行政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。	1.5
	3.5.161.3.2 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。	1.5
(一百六十二) 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。		13
【概述】 医院应当建立医疗器械临床使用风险管理制度，实行使用安全监测与报告制度，对大型医疗器械以及植入和介入类医疗器械开展临床使用评价，对存在安全隐患的医疗器械立即停止使用，直至隐患消除。		
3.5.162.1 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。(9分)	3.5.162.1.1 有医疗器械临床使用管理委员会，有医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程并落实。	1
	3.5.162.1.2 有医学装备质量保障措施。有暂停或终止高风险医疗器械使用的规定，有记录。	1
	3.5.162.1.3 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。	2

	3.5.162.1.4 有计量设备清单、定期检测记录,经检测的计量器具具有检测合格标志。	1.5
	3.5.162.1.5 大型医用设备操作人员经过培训,具有上岗资格。	1.5
	3.5.162.1.6 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1.5
	3.5.162.1.7 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
3.5.162.2 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。(4分)	3.5.162.2.1 有医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告制度与流程,有鼓励医疗器械临床使用不良事件报告的措施,并落实。	1
	3.5.162.2.2 有医疗器械使用不良事件报告完整信息资料,指定管理部门定期汇总、分析。	1.5
	3.5.162.2.3 有根据医疗器械使用不良事件风险程度,发布风险预警,暂停或终止高风险器械使用的规定,有相关记录。	1
	3.5.162.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	0.5
(一百六十三) 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。		7
【概述】 医院应当组织开展医疗器械管理法律、法规、规章和合理使用相关制度、规范的业务知识培训,宣传医疗器械临床使用安全知识,指导临床合理使用,并提供咨询与指导。		
3.5.163.1 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训,有考核。(4.5分)	3.5.163.1.1 有医疗仪器设备管理和使用人员的培训及考核计划。	2
	3.5.163.1.2 对相关人员进行培训并考核,有记录。	1.5
	3.5.163.1.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
3.5.163.2 为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。(2.5分)	3.5.163.2.1 医学装备部门为医疗器械临床合理使用提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。	1.5
	3.5.163.2.2 有医疗仪器设备操作手册并随设备存放,方便查阅。	1
(一百六十四) 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。		16
【概述】 医院应当制订与其规模、功能相匹配的生命支持医疗器械和相关重要医疗器械核查制度,保障医学装备处于完好状态,并对急救的医疗器械建立全院应急调配机制,保证临床急救工作正常开展。		
3.5.164.1 建立保	3.5.164.1.1 有保障医学装备处于完好状态的制度和规范并落实。	2

障医学装备处于完好状态的制度与规范。(4分)	3.5.164.1.2 有全院医学装备配置和使用情况清单。医学装备管理部门对医学装备保养、维修、校验等实施统一管理，并指导操作人员日常保养和维护，保障医学装备处于完好状态。	1.5
	3.5.164.1.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
3.5.164.2 急救、生命支持系统仪器装备应始终保持在待用状态。(5.5分)	3.5.164.2.1 各科室急救类、生命支持类装备时刻保持在待用状态。	3
	3.5.164.2.2 科室及主管职能部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管与分析，对存在问题提出整改措施并落实。	1
	3.5.164.2.3 急救类、生命支持类装备完好率 100%。	1.5
3.5.164.3 建立全院应急调配机制。(6.5分)	3.5.164.3.1 有急救类、生命支持类医学装备全院应急调配制度和流程并执行。	2
	3.5.164.3.2 有医学装备全院应急调配预案，医学装备故障时有紧急替代流程，有演练。	2
	3.5.164.3.3 相关人员知晓并落实。	1
	3.5.164.3.4 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	1
	3.5.164.3.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百六十五) 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。		10
【概述】 医院应当按照有关法律法规、规范、标准要求，使用经批准的药品、医疗器械、耗材开展诊疗活动，并建立不良事件监测报告制度，按照国家有关规定，及时向相关部门报告。		
3.5.165.1 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源管理。(6分)	3.5.165.1.1 有医用耗材管理委员会，人员组成符合要求，有工作职责，定期召开专题会议，有记录。	2
	3.5.165.1.2 有高值医用耗材、一次性使用无菌器械及其他医用耗材的管理规定并执行。	1.5
	3.5.165.1.3 对高值医用耗材、一次性使用无菌器械和其他医用耗材的采购记录有管理，可追溯到每批产品的进货来源。有高值医用耗材使用程序与记录。	2
	3.5.165.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
3.5.165.2 医用耗材不良事件监测与报告工作	3.5.165.2.1 有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行。	1
	3.5.165.2.2 报告质量和数量符合相关规定。	1

机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。(4分)	3.5.165.2.3 相关管理部门对医用耗材不良事件定期汇总、分析，有整改。	1.5
	3.5.165.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百六十六) 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。		12
【概述】医学装备管理实行机构领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备管理委员会。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。		
3.5.166.1 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。(2分)	3.5.166.1.1 医学装备管理实行三级管理制度，职责明确。	1
	3.5.166.1.2 有医学装备管理委员会，有工作职责，定期召开专题会议，有记录。	1
3.5.166.2 医学装备部门建立质量安全小组。(5分)	3.5.166.2.1 医学装备部门建立质量安全小组，负责全院医疗设备使用和安全管理。	1.5
	3.5.166.2.2 医学装备管理人员应接受医学装备管理基本技能培训，有考核记录。	2
	3.5.166.2.3 定期分析全院医学装备发展规划、采购计划的完成、管理和使用情况；医学装备故障维修和报废等管理过程有分析报告和整改措施。	1
	3.5.166.2.4 医学装备管理部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
3.5.166.3 医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。(5分)	3.5.166.3.1 医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理，并设专职或兼职人员负责医学装备日常管理工作。	2
	3.5.166.3.2 医学装备相关使用人员接受基本技能培训，考核合格后方可上岗。	2
	3.5.166.3.3 科室定期自查，对存在问题有分析、整改。	0.5
	3.5.166.3.4 医学装备管理部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5

六、后勤保障管理 (92分)

评价标准	分值(分)
------	-------

(一百六十七) 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。		10
【概述】 后勤保障管理组织应当全面、系统、连续对后勤各项工作开展管理和监督落实，从满足医疗服务流程需要来设计、规划、实施和评价后勤保障工作，重视员工合理需求。		
3.6.167.1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。(4分)	3.6.167.1.1 后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，岗位职责明确。	2
	3.6.167.1.2 后勤人员知晓并落实。	1
	3.6.167.1.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
3.6.167.2 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。(3分)	3.6.167.2.1 后勤保障服务体现“以患者为中心”服务理念，满足医疗流程需要。	1
	3.6.167.2.2 有后勤保障部门为患者服务的具体措施并落实，满意度不断提高。	1.5
	3.6.167.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
3.6.167.3 对员工的合理需求,应当尽力予以满足。(3分)	3.6.167.3.1 有后勤保障部门为员工服务的具体措施并落实，尽力满足员工合理需求，满意度不断提高。	2.5
	3.6.167.3.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百六十八) 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。		11
【概述】 根据法律法规要求，对后勤专业人员开展必要安全教育和技能培训。特种设备操作人员必须持证上岗，严格按照技术规范开展工作。		
3.6.168.1 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。(7分)	3.6.168.1.1 有后勤相关人员持证上岗管理制度，有岗位人员分布目录。	1.5
	3.6.168.1.2 对后勤专业人员开展安全教育和技能培训，有考核记录。	2.5
	3.6.168.1.3 特种设备操作人员有上岗证、操作证；非专业特殊工种，经相关培训并考核合格。	2.5
	3.6.168.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
3.6.168.2 按技术规范开展工作。(4分)	3.6.168.2.1 岗位操作人员熟悉并掌握相关岗位的技术操作规程，且安全无事故。	3
	3.6.168.2.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1

(一百六十九) 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。		17
【概述】 加强水、电、气、热、物资供应等后勤管理,优化服务流程,规范管理机制,强化能耗管控,满足医院运行需要。		
3.6.169.1 控制与降低能源消耗。(5分)	3.6.169.1.1 有控制与节能降耗的计划和方案。	1
	3.6.169.1.2 有控制与节能降耗的具体措施和控制指标,有定期分析。	2
	3.6.169.1.3 相关人员知晓并落实。	1
	3.6.169.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
3.6.169.2 水、电、气、热、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。(12分)	3.6.169.2.1 有水、电、气、热、物资供应等人员岗位配置、岗位职责和操作规范,相关人员知晓并落实。	2
	3.6.169.2.2 水、电、气、热供应机房有规范的警示标识,作业人员24小时值班制,有交接班记录。	2
	3.6.169.2.3 机房有日常运行检查、定期维护保养记录;有明确的故障报修、处理流程,有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。	2
	3.6.169.2.4 有物资申请、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用、报废等相关制度与流程,有记录。	2
	3.6.169.2.5 有水、电、气、热、物资供应等后勤保障应急预案,有演练。	2
	3.6.169.2.6 科室或班组定期自查,对存在问题有分析、整改。	1
	3.6.169.2.7 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况	1
(一百七十) 为员工提供膳食服务,保障饮食卫生安全。		15
【概述】 食品安全是医院后勤管理的重点,保障患者和员工身体健康,是维护医院运行的关键前提。后勤管理部门应当按照国家食品卫生要求,切实履行相应职责。		
3.6.170.1 为员工提供膳食服务。(8分)	3.6.170.1.1 有部门和专职人员负责医院膳食服务,有岗位职责;相关人员知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识并符合食品安全上岗健康要求。	2
	3.6.170.1.2 有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和膳食经营管理、餐饮设备日常运行检查、定期维修保养制度与流程,并落实。	1.5
	3.6.170.1.3 有配送餐饮服务措施并落实。	1.5

	3.6.170.1.4 定期征求就餐人员意见，开展膳食服务追踪与评价。	1.5
	3.6.170.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1.5
3.6.170.2 保障饮食卫生安全。(7分)	3.6.170.2.1 有食品安全与卫生管理制度和规范。医院确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。	2
	3.6.170.2.2 有食品留样制度，并落实。	1
	3.6.170.2.3 有食品安全事件应急预案并演练，相关人员知晓。	2
	3.6.170.2.4 主管职能部门有督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	2
(一百七十一) 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。		11
【概述】有健全的医疗废物、废液管理制度及应急预案。医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。污水管理和处置符合规定。使用后未被污染的一次性塑料(玻璃)输液瓶(袋)的回收与处置符合要求。		
3.6.171.1 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。(4分)	3.6.171.1.1 医疗废物、废液全流程闭环管理，可追溯。	1.5
	3.6.171.1.2 医疗废物、废液收集、运送、暂存、转移、登记造册等符合国家相关规定，减少对环境和人群造成的污染。	1
	3.6.171.1.3 使用后未被污染的一次性塑料(玻璃)输液瓶(袋)的回收与处置符合要求。	1
	3.6.171.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
3.6.171.2 污水管理和处置符合规定。(7分)	3.6.171.2.1 有污水处理管理规章制度和相关人员岗位职责。有专人负责污水处理工作，相关人员持证上岗。	2
	3.6.171.2.2 污水处理符合相关法律法规的要求，并通过环保部门验收与评价。	2
	3.6.171.2.3 污水设施运转正常，有运行日志与监测的原始记录，交接记录完整。实现达标排放。	2
	3.6.171.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百七十二) 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。		20
【概述】医院应当根据相关法律法规，加强安全防范系统建设，提高安全防范能力，配置必要防护装备，健全制度，严格管理。		

3.6.172.1 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。(8.5分)	3.6.172.1.1 有消防安全管理组织,有志愿消防队或明确消防安全管理员。有消防安全管理部门,消防安全管理制度和人员岗位职责符合国家相关标准和要求。	1.5
	3.6.172.1.2 消防系统设备完好,有消防设备设施定期检查、维护、保养、维修、验收记录,有管理档案。	2
	3.6.172.1.3 有院、科两级消防应急预案,定期组织演练,消防职责落实到人。	1.5
	3.6.172.1.4 按相关要求定期组织消防安全教育培训,相关人员知晓并落实。	1.5
	3.6.172.1.5 医院所有建筑均符合国家建设标准和消防规范要求并获得当地消防验收许可证。	1
	3.6.172.1.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
3.6.172.2 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。(5分)	3.6.172.2.1 有特种设备管理部门,特种设备管理制度、操作规范和岗位职责符合国家相关标准。有专人负责,作业人员有培训,持证上岗。	1.5
	3.6.172.2.2 有特种设备清单和档案资料。特种医学装备具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明。有定期检查、维护、维修记录;年检合格,并在设备上有年检标签。	1
	3.6.172.2.3 有特种设备意外事件应急预案并演练,相关人员知晓。	1.5
	3.6.172.2.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
3.6.172.3 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。(6.5分)	3.6.172.3.1 有危险品安全管理部门、制度和人员岗位职责。作业人员熟悉岗位职责和管理要求,有培训,有资质。	1.5
	3.6.172.3.2 有全院的危险品种类与目录清单、统一的危险品标识,有危险品库或专用储存柜,危险品库建设符合国家相关标准。	1
	3.6.172.3.3 危险品出入库台账、使用、消耗登记清晰,账物相符。	1
	3.6.172.3.4 有危险品安全事件处置预案并演练,相关人员知晓。	1.5
	3.6.172.3.5 科室定期自查,对存在问题有分析、整改。	1

	3.6.172.3.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5
(一百七十三) 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。		8
【概述】良好的医院环境不但能够保障医疗秩序，促进患者康复，而且能够更好地体现“以人为本”医院文化。医院应当为患者提供清洁、温馨、舒适的就医环境，符合爱国卫生运动等相关要求。		
3.6.173.1 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。（6分）	3.6.173.1.1 有爱国卫生运动委员会，有指定部门和人员负责医院环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施，相关人员知晓并执行。	1.5
	3.6.173.1.2 医院环境清洁、温馨、舒适，符合爱国卫生运动和无烟医院相关要求。	1.5
	3.6.173.1.3 落实好医院病媒生物防治、健康宣传，厕所环境整治、无烟医院建设等各项重点任务。	1.5
	3.6.173.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1.5
3.6.173.2 美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。（2分）	3.6.173.2.1 医院美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	1
	3.6.173.2.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1

七、应急管理（41分）

评价标准		分值（分）
(一百七十四) 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。		10
【概述】应急管理是医院应对可能出现危险灾害的专项工作，包括在突发应急事件的事前预防、事发应对、事中处置和善后恢复过程。应急工作充分的准备、快捷的反应、专业的水平和妥善的处置直接关系到人民的生命健康，医院应当建立必要的应对机制，采取一系列必要措施，应用科学、技术、规划与管理等手段，提高医院应急能力，保障公众生命、健康和财产安全。		
3.7.174.1 成立医院应急工作领导小组，建立	3.7.174.1.1 有医院应急工作领导小组、应急指挥系统，党政主要负责人是第一责任人。	2
	3.7.174.1.2 有指定部门和人员负责应急管理工作。	1

医院应急指挥系统。 (5分)	3.7.174.1.3 有应急专家组、医学紧急救援队伍,人员构成合理,落实动态轮换机制。	2
3.7.174.2 落实责任,建立并不断完善医院应急管理机制。(5分)	3.7.174.2.1 有院内、外和院内各部门、科室间的协调机制,有明确的协调部门和协调人,相关人员知晓本部门、本岗位履职要求并执行。	2
	3.7.174.2.2 应急参与人员、医院总值班、各部门、各科室负责人在应急响应中有明确的职责和任务。	2
	3.7.174.2.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百七十五) 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。		10
【概述】 医院根据可能出现的突发事件和既往发生的事件,制定完善各类应急预案,并将突发事件预防纳入日常工作管理中。		
3.7.175.1 明确医院需要应对的主要突发事件策略。(4分)	3.7.175.1.1 主管职能部门定期组织开展灾害脆弱性分析,明确医院需要应对的主要突发事件策略。	2
	3.7.175.1.2 有灾害脆弱性分析报告,根据分析结果制定或完善各类预案,并开展再培训与教育。	2
3.7.175.2 制定和完善各类应急预案,提高快速反应能力。 (6分)	3.7.175.2.1 有医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案,明确启动、响应、报告、处置等流程。	1
	3.7.175.2.2 有应急准备、应急值守、信息报告、伤病员检诊、运送转诊、院感控制、队伍和物资保障等管理制度,确保各项应急措施规范实施。	1
	3.7.175.2.3 有信息报告和信息发布制度,有新闻发言人制度,并落实。	2
	3.7.175.2.4 相关职能部门定期修订、补充和完善各类应急预案。	1
	3.7.175.2.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	1
(一百七十六) 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。		10
【概述】 医院应当通过定期培训和演练,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。同时,演练也有助于考察预案的连续性、落地性,帮助医院持续改进预案内容。		
3.7.176.1 有对各级、各	3.7.176.1.1 有应急培训和演练计划,相关人员知晓并落实。	2

类人员进行应急培训和演练计划并落实。 (7分)	3.7.176.1.2 各科室、各部门每年按要求进行系统的应急演练，有总结与整改。	2
	3.7.176.1.3 有应对重大突发事件的医院内、外联合应急演练；有应对突发大规模传染病爆发等突发公共卫生事件的综合演练，有总结与整改。	2
	3.7.176.1.4 相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
3.7.176.2 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。(3分)	3.7.176.2.1 有考核，考核内容主要涵盖本地区、本院需要应对的主要公共突发事件、员工应掌握的法律法规、急危重症抢救、感染与自我防护、传染病防控、健康教育等知识与技能。	2
	3.7.176.2.2 相关职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	1
(一百七十七) 合理进行应急物资和设备的储备。		11
【概述】医院应制订应急物资和设备储备计划，有适量应急物资储备，有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。		
3.7.177.1 合理进行应急物资和设备的储备。 (9分)	3.7.177.1.1 有应急物资、设备及药品储备计划、管理制度、审批程序。	1
	3.7.177.1.2 有应急物资、设备及药品储备目录，有适量储备。有使用登记，有定期维护、自查记录，确保效期。	3
	3.7.177.1.3 有对应急物资、设备及药品调配的培训与演练，相关人员知晓并落实。	2
	3.7.177.1.4 有应急物资、设备及药品管理安全措施，确保库房和物资安全。	1
	3.7.177.1.5 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	2
3.7.177.2 有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。(2分)	3.7.177.2.1 有对应应急物资、设备及药品短缺的紧急供应渠道，与供应商有紧急供应协议。	2

八、科研教学与图书管理 (49分)

评价标准	分值 (分)
(一百七十八)有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果转化，并提供适	10

当的经费、条件、设施和人员支持。		
【概述】科研水平是衡量医院核心竞争力和未来发展能力的重要参考指标,在医院发展过程中起着举足轻重的重要作用。医院应当建立鼓励全员参与科研工作的制度和办法,并在资源投入上予以实际支持。		
3.8.178.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。(5分)	3.8.178.1.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法并落实。	3
	3.8.178.1.2 有专门部门和人员负责科研管理。	2
3.8.178.2 有促进科研成果转化的制度和激励措施。(2分)	3.8.178.2.1 有促进科研成果转化的制度和激励措施并落实。	1.5
	3.8.178.2.2 有科研成果转化案例。	0.5
3.8.178.3 提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。(3分)	3.8.178.3.1 提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。	2
	3.8.178.3.2 医院年度科研经费与医院总体收入同步增长。	1
(一百七十九)开展药物、医疗器械临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》,开展研究者发起的临床研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法(试行)》等相关规定。★		10
【概述】开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究,应当充分考虑受试者权益保护,加强对相关试验产品以及干预手段的管理,保证研究方案科学、符合伦理,研究过程规范,结果真实、科学和可追溯。		
3.8.179.1 开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。(3分)	3.8.179.1.1 开展药物临床试验需有临床试验机构和专业组主要研究者(PI)备案资质。按规范设置管理机构和人员。	0.5
	3.8.179.1.2 有药物临床试验管理制度、流程并执行。有规范的标准化操作文件体系,按照SOP文件规范开展临床试验。定期开展药物临床试验质控工作。	1
	3.8.179.1.3 有保障受试者安全及权益的具体措施并落实。保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗并及时上报严重不良事件。	0.5
	3.8.179.1.4 临床试验用药品管理规范,有接收、贮存、分发、回收、退还及未使用的药品处置等管理规定,并保存执行记录。	0.5

	3.8.179.1.5 研究者将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表；对相关单位与部门的监查、质控和检查所发现的问题有改进，有记录。	0.5
3.8.179.2 开展医疗器械临床试验应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范》的相关规定。（3分）	3.8.179.2.1 开展医疗器械临床试验需有临床试验机构和专业组 PI 备案资质。按规范设置管理机构和人员。	0.5
	3.8.179.2.2 有医疗器械临床试验管理制度、流程并执行。有规范的标准化操作文件体系，按照 SOP 文件规范开展临床试验。定期开展医疗器械临床试验质控工作。	1
	3.8.179.2.3 有保障受试者安全及权益的具体措施并落实。保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗并及时上报严重不良事件。	0.5
	3.8.179.2.4 临床试验用医疗器械管理规范，有接收、贮存、分发、回收、退还及未使用的药品处置等管理规定，并保存执行记录。	0.5
	3.8.179.2.5 研究者将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表；对相关单位与部门的监查、质控和检查所发现的问题有改进，有记录。	0.5
3.8.179.3 开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理 办法》的相关规定。其中，纳入医疗卫生机构临床研究规范管理试点省份的医疗卫生机构，应当符合《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法(试行)》的相关规定。（3分）	3.8.179.3.1 开展研究者发起的临床研究应当取得法律法规要求的临床资质，具备相应的能力和必要的资金保障。	0.5
	3.8.179.3.2 有开展临床研究的组织体系，按照相关法律法规并遵循相关国际规范开展研究并制定管理实施细则，对临床研究的质量保证和全过程进行管理。	0.5
	3.8.179.3.3 主要研究者对临床研究的科学性、伦理合规性负责。严格按照批准的方案开展临床研究，定期对临床研究过程进行自查，及时如实报告有关事项。	0.5
	3.8.179.3.4 有保障受试者安全及权益的具体措施并落实。	0.5
	3.8.179.3.5 有临床研究的安全性评价，制定并落实不良事件记录、报告和处理相关的规章制度和规范标准。	0.5
	3.8.179.3.6 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改落实情况。	0.5

3.8.179.4 开展的临床试验及临床研究应 按要 求在国家医学研究登记 备案信息系统及时进行备 案。 (1分)	3.8.179.4.1 开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医 学研究登记备案信息系统及时进行备案。	1
(一百八十)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。★		10
【概述】 医院应当设立伦理委员会,并采取有效措施保障伦理委员会独立开展伦理审查工作,所有涉 及人的生物医学研究必须通过伦理委员会审查。伦理委员会应当建立伦理审查工作制度或者操作规程,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,保证伦理审查 过程 独立、客观、公正。		
3.8.180.1 开展涉及人的 生物医学研究应当经伦 理委员会审查。(2分)	3.8.180.1.1 有伦理委员会,有开展涉及人的生物医学研究应 经伦理委员会审查的制度并落实。	1
	3.8.180.1.2 开展涉及人的生物医学研究工作(包括但不限于 药物及医疗器械临床试验、新技术开展、临床科研等)之前,必 须经过伦理委员会审查并获得同意,有记录,可追溯。	1
3.8.180.2 医院应设有 完善的伦理审查工作制 度或操作规程。(3分)	3.8.180.2.1 伦理委员会应当建立伦理审查工作制度、标准操 作 规程,健全利益冲突管理机制,保证伦理审查过程独立、客 观、公正。	2
	3.8.180.2.2 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改 落实情况。	1
3.8.180.3 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。(5 分)	3.8.180.3.1 伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作符 合规定,职责明确。	2
	3.8.180.3.2 伦理委员会委员应具备相应的伦理审查能力,并 定期接受生命科学和医学研究伦理知识及相关法律法规培 训,考核合格。	1
	3.8.180.3.3 定期对从事涉及人的生命科学和医学研究的科 研人员、学生、科研管理人员等相关人员进行生命伦理教育 和培训,有记录。	1
	3.8.180.3.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改 落实情况。	1
(一百八十一)承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配 置符合有关教育教学标准要求,并取得相应资质认可。★		14

<p>【概述】医学教育是卫生健康事业发展的重要基石。承担临床医学教育任务的医院应重视教学师资的 培训，形成专门的管理体系，投入适宜的设备、设施资源，符合教育教学标准要求，并取得相应资质 认可。</p>		
<p>3.8.181.1 承担临床医 学教育任务的医院师 资、教学管理干部取得 相应资质认可并符合有 关教育教学标准要 求。 (9分)</p>	<p>3.8.181.1.1 符合教育部对三级医院的教学要求，通过省级主 管部门或医学院校评审认定，有相关文件。</p>	2
	<p>3.8.181.1.2 有完整的教学管理体系，指定部门和专职人员负 责教学管理工作，有相应专业教研室(组)，有专(兼)职教 师。承担临床医学教育任务的医院师资取得相应资质认可 并符合有关教育教学标准要求。</p>	2
	<p>3.8.181.1.3 规范开展临床教学工作，相关资料真实、完整、可 追溯，通过历次教学评估。</p>	2.5
	<p>3.8.181.1.4 主管职能部门定期督导、检查、反馈，并检查整改 落实情况。</p>	2.5
<p>3.8.181.2 设备、设施 等资源配置符合有关 教育教学标准要求。 (5分)</p>	<p>3.8.181.2.1 有支持教学的经费投入、激励机制等保障措施。</p>	2
	<p>3.8.181.2.2 设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要 求。</p>	3
<p>(一百八十二)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。</p>		5
<p>【概述】医学及相关学科的图书和文献是临床、教学、科研和管理的重要参考资料，医院图书馆应当有 计划、有重点地收集、存贮、加工、传递医学文献信息，承担医学信息的支持、保障和引导功能，通 过对临床医学知识信息资源进行加工、整理，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。</p>		
<p>3.8.182.1 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。 (2分)</p>	<p>3.8.182.1.1 有医院图书馆工作制度。</p>	1
	<p>3.8.182.1.2 图书馆有专职人员管理，基本设置和藏书数量能 满足临床科研教学需求。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。</p>	1
<p>3.8.182.2 开展多层次</p>	<p>3.8.182.2.1 有图书馆信息服务制度。</p>	1

多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。（3分）	3.8.182.2.2 有网上图书预约、催还、续借和馆际互借等功能；可提供网络版医学文献数据库(中文、外文)全文文献检索服务。	1
	3.8.182.2.3 开展定题检索、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作，满足临床、教学、科研、管理和员工的文献信息需求。	1

九、行风与文化建设管理（33分）

评价标准		分值（分）
（一百八十三）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。		10
【概述】医务人员的职业道德，是医务人员应具备的职业品质和行为规范。医院应当深入开展医务人员职业道德、法制纪律教育，切实提高医务人员医德医风水平，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。		
3.9.183.1 医院应当加强医务人员职业道德教育。（3分）	3.9.183.1.1 有医务人员职业道德教育计划，并落实。	2
	3.9.183.1.2 医务人员职业行为符合职业道德要求。	1
3.9.183.2 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。（5分）	3.9.183.2.1 有弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神工作方案并落实。	2
	3.9.183.2.2 开展文明单位、青年文明号创建和志愿服务活动，推进医院精神文明建设。	2
	3.9.183.2.3 对先进典型、先进事迹进行宣传，构建和谐医患关系良好社会氛围。	1
3.9.183.3 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。（2分）	3.9.183.3.1 有维护和尊重病人权利的服务规范和措施。	1
	3.9.183.3.2 坚持“以患者为中心”，持续改善医疗服务。	1
（一百八十四）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		10

取向 和行为标准。		
<p>【概述】医院文化是医院生存和发展的内在推动力,是提高医院核心竞争力的动力源泉。优秀的医院文化能够凝聚人心、促进创新,提高医院的服务质量和效率,推动医院可持续发展,从而提升医院员工和人民群众的获得感。医院应当将医院文化建设以愿景、使命和价值观为核心,延伸至医院的发展战略和长远目标,贯穿于医疗服务、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。</p>		
3.9.184.1 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。(6分)	3.9.184.1.1 医院文化建设规划纳入医院发展规划,有文化建设管理制度并落实。	2
	3.9.184.1.2 有指定部门负责医院文化建设与管理。有文化调研活动,提炼院训、愿景、使命,与医院功能任务、目标一致。	2
	3.9.184.1.3 凝练文化共识,打造文化载体,注重文化的沉淀和传承,将医院文化与制度流程、行为规范贯穿融合,把医院文化培育成核心竞争力。	2
3.9.184.2 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。(4分)	3.9.184.2.1 有医院文化建设实施方案并落实,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
	3.9.184.2.2 医院、科室(部门)定期组织开展多种形式的医院文化建设活动。	2
(一百八十五) 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。		13
<p>【概述】行风建设关系到医疗行业面貌,关系到医疗服务水平和服务质量,同时也关系到广大人民群众基本健康权益。医院应当建立并完善行风建设与管理的制度体系和工作机制,加强医德医风建设,提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平,建立对医务人员规范有效的激励和约束机制。</p>		
3.9.185.1 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	3.9.185.1.1 有党委主导、院长负责、相关职能部门齐抓共管的医德医风工作机制。	1.5
	3.9.185.1.2 有医务人员医德考评制度,医德考评结果与医务人员晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效考评、定期考核等直接挂钩,实行医德医风“一票否决”制。	2

<p>员廉洁从业九项准则》。 (3分)</p>	<p>3.9.185.1.3 有规范的医德医风档案。</p>	<p>1</p>
<p>3.9.185.2 建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。 (7分)</p>	<p>3.9.185.2.1 有行风建设与管理组织体系，有主管部门和人员负责行风建设与管理。</p>	<p>1</p>
	<p>3.9.185.2.2 有行风建设与管理制度，落实“一岗双责”，完善行风建设与管理长效机制。</p>	<p>1</p>
	<p>3.9.185.2.3 履行党风廉政建设主体责任和监督责任。</p>	<p>1</p>
	<p>3.9.185.2.4 有贯彻落实廉洁从业相关要求的具体措施并落实。</p>	<p>1</p>
	<p>3.9.185.2.5 定期对员工，尤其对重点部门、重点专业、重要岗位、高风险人员进行廉政警示教育。</p>	<p>1.5</p>
	<p>3.9.185.2.6 有重点部门、重点岗位、重点人员轮岗制度并落实。</p>	<p>1.5</p>
	<p>3.9.185.2.7 社会满意度、员工及患者满意度不断提高。</p>	<p>1.5</p>