

广州市二级医院评审标准 (2020年版)及实施细则

目 录

广州市二级医院评审标准（2020年版）及实施细则的说明	1
一、第一部分前置要求部分	1
二、第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据部分	1
三、第三部分现场检查部分	2
四、赋分及计分规则	2
五、数据信息采集方式及核查原则	3
六、现场评审方法	4
第一部分 前置条件	6
一、依法设置与执业	6
二、公益性责任和行风诚信	7
三、安全管理与重大事件	8
第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据	9
第一章 资源配置与运行数据指标	9
一、床位配置	9
（一）核定床位数	9
（二）实际开放床位数	9
（三）平均床位使用率	10
二、卫生技术人员配备	10
（一）卫生技术人员数与开放床位数比	10
（二）医院感染管理专职人员数与开放床位数比	10
三、相关科室资源配置	11
（一）急诊医学科	11
（二）重症医学科	11
（三）麻醉科	12
（四）中医科	13

(五) 康复医学科	14
(六) 感染性疾病科	15
四、运行指标	16
(一) 人员支出占业务支出的比重(人员经费占比)	16
(二) 收支结构情况	17
(三) 费用控制情况	18
五、科研指标	19
(一) 新技术临床转化数量	19
(二) 取得临床相关国家专利数量	20
第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标	21
一、医疗服务能力	21
(一) 收治病种数量(ICD-10四位亚目数量)	21
(二) 住院术种数量(ICD-9-CM-3四位亚目数量)	21
(三) DRG-DRGs组数	21
(四) DRG-CMI	22
(五) DRG时间消耗指数	22
(六) DRG费用消耗指数	22
(七) 出院人次数	22
(八) 出院患者手术比例	23
(九) 出院患者微创手术比例	23
(十) 出院患者三级手术比例	23
二、医疗质量指标	24
(一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况	24
(二) 患者住院总死亡率	28
(三) 新生儿患者住院死亡率	28
(四) 手术患者住院死亡率	28
(五) 住院患者出院后0-31天非预期再住院率	28

(六) 手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率	29
(七) ICD低风险病种患者住院死亡率	30
(八) DRGs低风险组患者住院死亡率	34
三、医疗安全指标 (年度获得性指标)	35
(一) 手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率	35
(二) 手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率	35
(三) 手术患者手术后败血症发生例数和发生率	36
(四) 手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率	36
(五) 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率	36
(六) 手术患者手术后猝死发生例数和发生率	37
(七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率	37
(八) 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率	37
(九) 与手术/操作相关感染发生例数和发生率	38
(十) 手术过程中异物遗留发生例数和发生率	38
(十一) 手术患者麻醉并发症发生例数和发生率	38
(十二) 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率	39
(十三) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率	39
(十四) 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率	39
(十五) 各系统/器官术后并发症发生例数和发生率	40
(十六) 植入物的并发症 (不包括脓毒症) 发生例数和发生率	40
(十七) 再植和截肢的并发症发生例数和发生率	41
(十八) 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率	41
(十九) 新生儿产伤发生例数和发生率	42
(二十) 阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率	42
(二十一) 剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率	43
(二十二) 2期及以上院内压力性损伤发生例数及发生率	43
(二十三) 输注反应发生例数和发生率	43

(二十四) 输血反应发生例数和发生率	44
(二十五) 医源性气胸发生例数和发生率	44
(二十六) 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数和发生率	45
(二十七) 临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率	45
(二十八) 血液透析所致并发症发生例数和发生率	46
第三章 重点专业质量控制指标	46
一、麻醉专业医疗质量控制指标	46
(一) 麻醉科与手术科室医师人数比	46
(二) 麻醉科医护比	47
(三) 各ASA分级麻醉患者比例	47
(四) 麻醉开始后手术取消率	47
(五) 麻醉后监测治疗室(PACU)转出延迟率	48
(六) PACU入室低体温率	48
(七) 非计划二次气管插管率	48
(八) 麻醉开始后24小时内死亡率	49
(九) 术中自体血输注率	49
(十) 麻醉期间严重过敏反应发生率	49
(十一) 术中自体血输注率	50
(十二) 麻醉门诊评估占比	50
(十三) 椎管内分娩镇痛应用率	51
(十四) 麻醉科术后镇痛率	51
二、重症医学专业医疗质量控制指标	51
(一) ICU患者收治率和ICU患者收治床日率	51
(二) 急性生理与慢性健康评分(APACHEII评分)≥15分患者收治率(入ICU24小时内)	52
(三) 感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率	52
(四) 感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率	53

（五）ICU抗菌药物治疗前病原学送检率	53
（六）ICU深静脉血栓(DVT)预防率	54
（七）ICU患者预计病死率	54
（八）ICU患者标化病死指数	54
（九）ICU非计划气管插管拔管率	55
（十）ICU气管插管拔管后48h内再插管率	55
（十一）非计划转入ICU率	55
（十二）转出ICU后48h内重返率	56
（十三）ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率	56
（十四）ICU血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率	57
（十五）ICU导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率	57
三、急诊专业医疗质量控制指标	57
（一）抢救室滞留时间中位数	57
（二）急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间及门药时间达标率	58
（三）急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间及门球时间达标率	58
（四）急诊抢救室患者死亡率	59
（五）急诊手术患者死亡率	59
（六）ROSC成功率	60
（七）非计划重返抢救室率	60
四、临床检验专业医疗质量控制指标	61
（一）标本类型错误率	61
（二）标本容器错误率	61
（三）标本采集量错误率	61
（四）血培养污染率	62
（五）抗凝标本凝集率	62
（六）检验前周转时间中位数	62
（七）室内质控项目开展率	63

(八) 室内质控项目变异系数不合格率	63
(九) 室间质评项目参加率	63
(十) 室间质评项目不合格率	64
(十一) 实验室间比对率 (用于无室间质评计划检验项目)	64
(十二) 实验室内周转时间中位数	64
(十三) 检验报告不正确率	65
(十四) 危急值通报率	65
(十五) 危急值通报及时率	66
五、病理专业医疗质量控制指标	66
(一) 每百张病床病理医师数	66
(二) 每百张病床病理技术人员数	66
(三) 标本规范化固定率	67
(四) HE染色切片优良率	67
(五) 免疫组化染色切片优良率	67
(六) 术中快速病理诊断及时率	68
(七) 组织病理诊断及时率	68
(八) 细胞病理诊断及时率	69
(九) 各项分子病理检测室内质控合格率	69
(十) 免疫组化染色室间质评合格率	70
(十一) 各项分子病理室间质评合格率	70
(十二) 细胞学病理诊断质控符合率	70
(十三) 术中快速诊断与石蜡诊断符合率	71
六、医院感染管理医疗质量控制指标	71
(一) 医院感染发病 (例次) 率	71
(二) 医院感染现患 (例次) 率	72
(三) 医院感染病例漏报率	72
(四) 多重耐药菌感染发现率	72

(五) 多重耐药菌感染检出率	73
(六) 医务人员手卫生依从率	73
(七) 抗菌药物治疗前病原学送检率	73
(八) I类切口手术部位感染率	74
(九) I类切口手术抗菌药物预防使用率	74
(十) 呼吸机相关肺炎发病率	75
(十一) 导尿管相关泌尿系感染发病率	75
(十二) 院感质控数据上报率	75
七、临床用血质量控制指标	76
(一) 《临床输血申请单》合格率	76
(二) 受血者标本血型复查率	76
(三) 输血相容性检测项目室内质控率	76
(四) 输血相容性检测室间质评项目参加率	77
(五) 千输血人次输血不良反应上报例数	77
(六) 一二级手术台均用量	77
(七) 三四级手术台均用量	78
(八) 手术患者自体输血率	78
(九) 出院患者人均用量	79
(十) 血浆与红细胞比值	79
八、呼吸内科专业医疗质量控制指标	79
(一) 急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例	79
(二) 急性PTE患者行下肢静脉超声检查比例	80
(三) 急性PTE患者行危险分层相关检查比例	80
(四) 住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者比例	81
(五) 慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例	81
(六) 慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	82
(七) 慢阻肺急性加重患者住院期间使用无创通气治疗的比例	82

(八) 慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例	82
(九) 慢阻肺急性加重患者入院时合并呼吸衰竭的比例	83
(十) 住院成人社区获得性肺炎(CAP)患者中重症CAP比例	83
(十一) 住院CAP患者接受机械通气的比例	83
九、产科专业医疗质量控制指标	84
(一) 剖宫产/初产妇剖宫产率	84
(二) 早产/早期早产率	84
(三) 巨大儿发生率	85
(四) 严重产后出血发生率	85
(五) 产后或术后非计划再次手术率	85
(六) 足月新生儿5分钟Apgar评分 < 7分发生率	86
(七) 孕产妇死亡活产比	86
十、神经系统疾病医疗质量控制指标	87
(一) 癫痫与惊厥癫痫持续状态	87
(二) 脑梗死	91
(三) 帕金森病	94
(四) 颈动脉支架置入术	95
(五) 脑血管造影术	98
十一、肾病专业医疗质量控制指标	100
(一) IgA肾病	100
(二) 血液净化技术	104
十二、护理专业医疗质量控制指标	111
(一) 床护比	111
(二) 每住院患者24小时平均护理时数	112
(三) 不同级别护士配置占比	113
(四) 护士离职率	114
(五) 住院患者身体约束率	114

(六) 住院患者跌倒发生率	115
(七) 住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率	117
(八) 置管患者非计划拔管率	117
十三、药事管理专业医疗质量控制指标	119
(一) 药学专业技术人员占比	119
(二) 处方审核率	119
(三) 住院用药医嘱审核率	120
(四) 静脉用药集中调配医嘱干预率	121
(五) 点评处方占处方总数的比例	121
(六) 门诊处方合格率	121
(七) 住院患者药学监护率	122
(八) 严重或新的药品不良反应上报率	122
(九) 住院患者抗菌药物使用情况	122
(十) 住院患者静脉输液使用率	124
(十一) 住院患者中药注射剂静脉输液使用率	124
(十二) 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率	125
(十三) 住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率	125
第四章 单病种(术种)质量控制指标	127
单病种质量控制指标：一至十九	127
(一) 病例上报率	128
(二) 平均住院日	129
(三) 次均费用	129
(四) 病死率	129
单病种质量控制指标：二十至四十五	130
(一) 病例上报率	132
(二) 平均住院日	132
(三) 次均费用	133

(四) 病死率	133
(五) 手术患者并发症发生率	133
单病种质量控制指标：四十六至五十一	134
病例上报率	136
第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标	138
一、限制类医疗技术	138
(一) 备案完成率	138
(二) 系统填报率	138
(三) 死亡率	139
(四) 并发症发生率	139
二、人体器官捐献技术	140
(一) 向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比	140
(二) 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比	140
第三部分 现场检查	141
第一章 医院功能与任务	141
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	141
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 ..	144
三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务	149
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	154
第二章 临床服务质量与安全管理	157
一、医疗质量管理体系和工作机制	157
二、医疗质量安全核心制度	181
三、医疗技术临床应用管理	242
四、医疗安全风险防范	263
五、诊疗质量保障与持续改进	279
六、护理质量保障与持续改进	345
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	370

八、检查检验质量保障与持续改进	387
九、输血管理与持续改进	412
十、医院感染管理与持续改进	421
十一、中医诊疗质量保障与持续改进	438
第三章 医院管理	442
一、管理职责与决策执行机制	442
二、人力资源管理	454
三、财务和价格管理	467
四、信息管理	482
五、医学装备管理	491
六、后勤保障管理	508
七、应急管理	522
八、科研教学与图书管理	530
九、行风与文化建设管理	542

广州市二级医院评审标准（2020年版） 及实施细则的说明

为了进一步发挥医院评审工作在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代化医院管理制度、提高管理水平的导向和激励作用，提高医院管理科学化、规范化和标准化水平，努力实现“三个转变、三个提高”，在总结前期评审工作的基础上，根据《国家卫生健康委关于印发三级医院评审标准（2020年版）的通知》（国卫医发〔2020〕26号）（以下简称《国家标准》）、《国家卫生健康委办公厅关于印发〈三级医院评审标准（2020年版）实施细则〉的通知》（国卫办医函〔2021〕19号）（以下简称《国家实施细则》）、《广东省卫生健康委关于印发〈三级医院评审标准（2020年版）〉广东省实施细则的通知》（粤卫医函〔2021〕46号）（以下简称《省实施细则》）等文件精神，结合广州市实际，遵循“继承、发展、创新，兼顾普遍适用与专科特点”的原则，制定了《广州市二级医院评审标准（2020年版）及实施细则》。

本标准及实施细则共有3个部分102节625条标准和监测指标。适用于二级医院评审（复审）使用。

一、第一部分前置要求部分

共设3节29条评审前置条款。在《国家标准》、《省实施细则》基础上，根据《中华人民共和国医师法》等法律法规、国家电子病历系统应用水平分级的管理要求等，做了相应条款的修订。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。

医院提交评审申请材料后，行政部门将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。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、第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据部分

共设5章75节413条监测指标。内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据。在《国家标准》、《省实施细则》基础上，结合二级医院实际情况，对数据指标进行了筛选。第一章是

资源配置与运行数据指标，共5节16条监测指标。第二章是医疗服务能力与医院质量安全指标，共3节46条监测指标。第三章是重点专业质量控制指标，共13节132条监测指标。第四章是单病种（术种）质量控制指标，共52节213条监测指标。第五章是重点医疗技术临床应用质量控制指标，共2节6条监测指标。评审医院实际提供年度医疗质量安全改进目标、单病种(术种)等相关医疗服务和技术的，必须全部纳入相关质控指标。

评审工作模式已经从以现场检查、主观定性、集中检查为主转向以日常行为、客观指标、定量评价为主。进一步引导医院重视日常质量管理和绩效，减少突击迎检冲动。第二部分主要通过对客观指标的采集进行定量评价，各医疗机构要保证客观数据的真实性，涉及到数据核查存在问题的，视情节严重程度，予以惩罚性扣分直至按照“第一部分前置要求”中第（二十三）条采取“一票否决”处理。

三、第三部分现场检查部分

共设24节183条533款现场检查细则。在《国家细则》基础上，结合前期经验和工作实际，增加了细则的核查要点，用于对二级医院实地评审以及医院自我管理。

四、赋分及计分规则

一是等级判定标准。实行千分制，第一部分前置要求实行一票否决，不占分数；第二部分在评审综合得分中的权重占60%，总分为600分；第三部分在评审综合得分中的权重占40%，总分为400分。采取“总分和第三部分相结合”的方式，判定相应等次必须同时满足以下两个条件：甲等：总分不少于900分，第三部分不少于360分；乙等：总分不少于800分，第三部分不少于320分；丙等：总分不少于700分，第三部分不少于280分；总分低于700分，或第三部分不满足丙等以上条款要求的，判定为不合格，按未定等管理。

二是赋分规则。第二部分计分规则遵循规模类和配比类指标采用“全或无”规则，连续监测指标采用“区间赋分兼顾持续改进”原则。第三部分计分规则，采用指标符合率计算分数。

五、数据信息采集方式及核查原则

(一) 采集方式。第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据来源包括国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、国家单病种质量监测平台、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家公立医院绩效考核管理平台，以及广东省医政管理系统、广东省卫生健康统计信息网络直报系统等。以上数据暂不可通过信息化方式直接采集，我委依托广州市基于大数据的医院精细化管理和医疗服务监管平台建立二级医院评审信息化平台，由医疗机构在该平台进行填报。各医疗机构要重视相关信息系统数据填报的准确性、及时性、完整性，不断加强信息化建设、规范病历书写，提高病案首页填报质量，为本机构参加医院评审奠定基础。

(二) 采集原则。

1. 指标数据采集为全评审周期。

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

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

4. 需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据时，按照以下规则：

(1) 规模类和配比类指标的中位数和最后一年的数据必须达标。

(2) 连续监测类指标按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。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。

符合性指标，主要分布在第三部分。将采用文件查阅、现场检查、员工访谈、患者访谈、病历检查、病案检查等方法对细则内容逐款进行符合程度判断。

(三) 核查原则

1. 现场检查时，对第二部分数据进行复核，复核数据比例不少于医疗机构上报数据的20%。

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

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

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

错误数据比例	惩罚性扣分比例
1%(含)-2%	5%
2%(含)-5%	10%
5%(含)-10%	20%
10%(含)以上	不予通过

(四)数据核查准备指引

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。

六、现场评审方法

评审员可采用下列方法对细则内容逐款进行符合程度判断:

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

【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】:指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案进行检查。

【数据核查】：同数据信息采集方式及核查原则第三点“数据核查原则”。

第一部分 前置条件

- 依法设置与执业
- 公益性责任和行风诚信
- 安全管理与重大事件

一、依法设置与执业

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

(二) 未按照《医疗机构依法执业自查管理办法》建立依法执业自查管理组织并落实依法执业自查工作。

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

(四) 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。

(五) 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。

(六) 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。

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

(八) 违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液、非法组织他人出卖血液、

出售无偿献血的血液。

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

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

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

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

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

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

（十五）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。

（十六）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。

（十七）年度内被行政处罚（不含警告） ≥ 3 次。

（十八）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

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

(二十) 应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

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

(二十二) 发生重大价格或收费违法事件, 以及恶意骗取医保基金。

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

三、安全管理与重大事件

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

(二十五) 发生重大医院感染事件, 造成严重后果。

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

(二十七) 发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

(二十八) 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。

(二十九) 未开展电子病历信息化建设评价, 未达到电子病历评级 3 级或以上。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

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

第一章 资源配置与运行数据指标

数据来源：

- （1）广东省卫生健康统计信息网络直报系统
- （2）国家公立医院绩效管理平台
- （3）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- （4）医院填报

一、床位配置

（一）核定床位数

【指标属性】定量指标

【计量单位】张

【指标定义】即编制床位，由卫生健康行政部门核定的床位数。

【计算方法】以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。

【指标导向】监测达标

（二）实际开放床位数

【指标属性】定量指标

【计量单位】张

【指标定义】实有床位数，指年底固定实有床位数量。

【计算方法】统计正规床、简易床、监护床、超过半年加床、正在消毒修理的床位、因扩建或大修而停用的床位数。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人陪侍床。

【指标导向】监测达标

（三）平均床位使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每天使用床位与实有床位的比率。

【计算方法】

$$\text{平均床位使用率} = \frac{\text{实际占用的总床日数}}{\text{同期实际开放的总床日数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

二、卫生技术人员配备

（一）卫生技术人员数与开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{卫生技术人员数与开放床位数比} = \frac{\text{医院卫生技术人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

（二）医院感染管理专职人员数与开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1:X）

【指标定义】医院感染管理专职人员数与同期全院实际开放床数之比。

【计算方法】

$$\text{医院感染管理专职人员数与开放床位数比} = \frac{\text{医院感染管理专职人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

三、相关科室资源配置

(一) 急诊医学科

1. 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】医院固定急诊医师数在同期急诊科在岗医师总数所占比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例} \\ & = \frac{\text{医院注册的固定在急诊科的在岗医师数}}{\text{同期医院急诊科在岗医师总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测达标

2. 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】医院固定急诊护士数在同期急诊科在岗护士总数所占的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{固定急诊护士数占急诊在岗护士人数的比例} \\ & = \frac{\text{医院注册的固定在急诊科的在岗护士数}}{\text{同期医院急诊科在岗护士总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测达标

(二) 重症医学科

1. 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】重症医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

$$\text{重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例} = \frac{\text{重症医学科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

2.重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比

【指标定义】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院重症医学科医师总数与同期重症医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的重症医学科在岗医师数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

3.重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院重症医学科护士数与同期重症医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{重症医学科护士人数与重症医学科实际开放床位数比} \\ &= \frac{\text{医院注册的重症医学科在岗护士数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}} \end{aligned}$$

【指标导向】监测达标

（三）麻醉科

1.麻醉科医师数与手术间数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院麻醉科医师数与同期医院手术间数之比

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与手术间数比} = \frac{\text{医院注册的麻醉科在岗医师数}}{\text{同期医院手术间数}}$$

【指标导向】监测比较

2.麻醉科医师数与日均全麻手术台次比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1:X）

【指标定义】医院麻醉科医师数与同期医院日均全麻手术台次之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与日均全麻手术台次} = \frac{\text{医院注册的麻醉科在岗医师数}}{\text{同期医院日均全麻手术台次数}}$$

【指标导向】监测比较

（四）中医科

1.中医科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】中医科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

$$\text{中医科开放床位数占医院开放床位数的比例} = \frac{\text{中医科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

2.中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院中医科中医类别医师人数与同期中医科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\frac{\text{中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比}}{\text{医院注册的中医科在岗中医类别医师人数}} = \frac{\text{医院注册的中医科在岗中医类别医师人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

3. 中医科护士人数与中医科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院中医科护士人数与同期中医科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{中医科护士人数与中医科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的中医科在岗护士人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

（五）康复医学科

1. 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】康复科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

$$\text{康复科开放床位数占医院开放床位数的比例} = \frac{\text{康复科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

2. 康复科医师人数与康复科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院康复科医师人数与同期康复科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{康复科医师人数与康复科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的康复科在岗医师人数}}{\text{同期康复科实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

3.康复科康复师人数与康复科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院康复科康复师人数与同期康复科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{康复科康复师人数与康复科开放床位数比} = \frac{\text{康复科在岗的康复师人数}}{\text{同期康复科开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

4.康复科护士人数与康复科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院康复科在岗护士人数与同期康复科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{康复科护士人数与康复科开放床位数比} = \frac{\text{在医院注册的康复科在岗护士人数}}{\text{同期康复科开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

（六）感染性疾病科

1.固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】医院固定在感染性疾病科医师人数占同期感染性疾病科在岗医师总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例} \\ & = \frac{\text{在医院注册的固定在感染性疾病科的在岗医师}}{\text{同期医院感染性疾病科在岗医师总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

2.固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】固定在感染性疾病科护士人数与同期感染性疾病科在岗护士总数之比。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{固定护士人数占感染性疾病科在岗护士的比例} \\ & = \frac{\text{在医院注册的感染性疾病科的在岗护士总数}}{\text{同期医院感染性疾病科在岗护士总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

3.感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】感染性疾病科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例} \\ & = \frac{\text{感染性疾病科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

四、运行指标

（一）人员支出占业务支出的比重（人员经费占比）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度人员经费占医疗活动费用的比例。

【计算方法】

$$\text{人员支出占业务支出的比重} = \frac{\text{人员经费}}{\text{同期医疗活动费用}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（二）收支结构情况

1. 医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度医疗服务收入（不包含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例。

【计算方法】

医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例

$$= \frac{\text{医疗服务收入}}{\text{医疗收入}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 收支结余（医疗盈余率）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】“收支结余”以“医疗盈余率”表述，即医院医疗盈余占医疗活动收入的比例。

【计算方法】

$$\text{医疗盈余率} = \frac{\text{医疗盈余}}{\text{医疗活动收入}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

3. 资产负债率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度医院负债合计与资产合计的比值。

【计算方法】

$$\text{资产负债率} = \frac{\text{负债合计}}{\text{资产合计}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（三）费用控制情况

1. 门诊次均费用增幅

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度门诊患者次均医药费用与上一年度次均医药费用之差与上一年度次均医药费用的比值。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{门诊次均费用增幅} \\ = & \frac{\text{本年度门诊患者次均医药费用} - \text{上一年度门诊患者次均医药费用}}{\text{上一年度门诊患者次均医药费用}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

2. 门诊次均药品费用增幅

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度门诊患者次均药品费用与上一年度次均药品费用之差与上一年度次均药品费用的比值。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{门诊次均药品费用增幅} \\ = & \frac{\text{本年度门诊患者次均药品费用} - \text{上一年度门诊患者次均药品费用}}{\text{上一年度门诊患者次均药品费用}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

3. 住院次均费用增幅

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度出院患者次均医药费用与上一年度出院患者次均医药费用之差与上一年度出院患者次均医药费用的比值。

【计算方法】

住院次均费用增幅

$$= \frac{\text{本年度住院患者次均医药费用} - \text{上一年度住院患者次均医药费用}}{\text{上一年度住院患者次均医药费用}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

4.住院次均药品费用增幅

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度住院患者次均药品费用与上一年度次均药品费用之差与上一年度次均药品费用的比值。

【计算方法】

$$= \frac{\text{本年度住院患者次均药品费用} - \text{上一年度住院患者次均药品费用}}{\text{上一年度住院患者次均药品费用}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

五、科研指标

（一）新技术临床转化数量

1.每百名卫生技术人员科研项目经费

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员科研项目经费} = \frac{\text{本年度科研项目立项经费总金额}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$$

【指标导向】逐步提高

2.每百名卫生技术人员科技成果转化金额

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】年度每百名卫生技术人员科研成果转化的金额数。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员科技成果转化金额} = \frac{\text{本年度科技成果转化总金额}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$$

【指标导向】逐步提高

（二）取得临床相关国家专利数量

1. 每百名卫生技术人员发明专利数量

【指标属性】定量指标

【计量单位】项

【指标定义】年度每百名卫生技术人员发明专利数。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员发明专利数量} = \frac{\text{本年度医院发明专利总项数}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$$

【指标导向】逐步提高

2. 每百名卫生技术人员实用新型专利数量

【指标属性】定量指标

【计量单位】项

【指标定义】年度每百名卫生技术人员实用新型专利数。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员实用新型专利数量} = \frac{\text{本年度医院实用新型专利总项数}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$$

【指标导向】逐步提高

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

数据来源：

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- (2) 全国医院质量监测系统（HQMS）
- (3) 国家公立医院绩效管理平台
- (4) 广东省卫生健康统计信息网络直报系统
- (5) 医院填报

一、医疗服务能力

（一）收治病种数量（ICD-10 四位亚目数量）

【指标属性】定量指标

【计量单位】个

【指标定义】医院收治病种（ICD-10四位亚目数量）数量。

【计算方法】根据ICD-10四位亚目，从病案首页中统计主要诊断数量。

【指标导向】监测比较

（二）住院术种数量（ICD-9-CM-3 四位亚目数量）

【指标属性】定量指标

【计量单位】个

【指标定义】医院住院术种病种（ICD-9-CM-3）数量。

【计算方法】从病案首页中统计主要手术（ICD-9-CM-3）数量。

【指标导向】监测比较

（三）DRG-DRGs 组数

【指标属性】定量指标

【计量单位】组

【指标定义】运用DRG分组器测算产生的DRG分组，主要考核年度医院疾病收治范围。

【计算方法】医院病例数经过DRG分组器的运算可以分入“k”个DRG，即是该医院的DRG组数量。

【指标导向】监测比较

（四）DRG-CMI

【指标属性】定量指标

【计量单位】无

【指标定义】运用DRG分组器测算产生的CMI值（病例组合指数），主要考核年度医院疾病收治难度。

【计算方法】参照DRG评价标准计算方法。

【指标导向】逐步提高

（五）DRG 时间消耗指数

【指标属性】定量指标

【计量单位】无

【指标定义】运用DRG分组器测算产生的时间消耗指数，主要考核年度医院治疗疾病所花费的时间。

【计算方法】参照DRG评价标准计算方法。

【指标导向】逐步降低

（六）DRG 费用消耗指数

【指标属性】定量指标

【计量单位】无

【指标定义】运用DRG分组器测算产生的费用消耗指数，主要考核年度医院治疗疾病所花费的费用。

【计算方法】参照DRG评价标准计算方法。

【指标导向】逐步降低

（七）出院人次数

【指标属性】定量指标

【计量单位】人次

【指标定义】出院患者人次。

【计算方法】年度出院患者人次。

【指标导向】监测比较

（八）出院患者手术比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度出院患者实施手术治疗台次数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者手术比例} = \frac{\text{出院患者手术台次数}}{\text{同期出院患者总人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（九）出院患者微创手术比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】出院患者实施微创手术治疗台次数占同期出院患者手术台次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者微创手术占比} = \frac{\text{出院患者微创手术台次数}}{\text{同期出院患者手术台次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十）出院患者三级手术比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度出院患者实施三级手术治疗台次数占同期出院患者手术台次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者三级手术比例} = \frac{\text{出院患者三级手术台次数}}{\text{同期出院患者手术台次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

二、医疗质量指标

(一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况

1. 急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】发病12小时内的急性STEMI患者给予经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓治疗, 首选PCI治疗的患者数占发病12小时内的STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率} \\ &= \frac{\text{发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数}}{\text{同期发病12小时内的STEMI患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

2. 急性脑梗死再灌注治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】发病6小时内接受静脉溶栓治疗和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者占同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{急性脑梗死再灌注治疗率} \\ &= \frac{\text{发病6小时内静脉溶栓和/或血管内治疗的急性脑梗死患者数}}{\text{同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

3. 肿瘤治疗前临床TNM分期评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肿瘤治疗前开展临床TNM分期评估病例数占同期住院肿瘤患者人次的比例（重点关注肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌5个病种）。

【计算方法】

$$\text{肿瘤治疗前临床TNM分期评估率} = \frac{\text{住院患者肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估例数}}{\text{同期住院肿瘤患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4.住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】住院患者使用抗菌药物治疗前病原学送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素-6检测、真菌1-3-β-D葡聚糖检测（G试验）等。

【计算方法】

$$\text{住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率} = \frac{\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5.静脉血栓栓塞症规范预防率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】接受VTE风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例；实施VTE规范预防措施的出院患者人次与同期VTE风险评估为高危和/或中危出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{VTE风险评估率} = \frac{\text{接受VTE风险评估的出院患者人次}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$$

$$\text{采取VTE恰当预防措施比率} = \frac{\text{采取VTE恰当预防措施的出院患者总例数}}{\text{VTE风险评估为高危和/ 或中危的出院患者人}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

6.病案首页主要诊断编码正确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】住院病案首页中主要诊断编码正确的病案数占检查出院病案总数的比例；病案首页中主要诊断选择正确的病历数占检查出院病案总数的比例。

【计算方法】

$$\text{病案首页主要诊断编码正确率} = \frac{\text{病案首页中主要诊断编码正确的病历数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

$$\text{病案首页主要诊断选择正确} = \frac{\text{病案首页中主要诊断选择正确的病历数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7.医疗质量安全不良事件报告率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。

【计算方法】

$$\text{床均医疗质量安全不良事件报告率} = \frac{\text{医疗质量安全不良事件报告例数}}{\text{同期开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

8.住院患者静脉输液使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】使用静脉输液的住院患者数占同期出院患者总数的比例。静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。同一患者使用多种静脉输注药物（含中药注射剂），记为1例。为便于统计，使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

【计算方法】

$$\text{住院患者静脉输液使用率} = \frac{\text{使用静脉输液的住院患者数}}{\text{同期出院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

9. 血管内导管相关血流感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导管日

【指标定义】使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。

【计算方法】

$$\text{血管内导管相关血流感染发生率} = \frac{\text{血管内导管相关血流感染发生例次数}}{\text{同期患者使用血管内导管留置总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】逐步降低

10. 阴道分娩并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】阴道分娩并发症发生人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{阴道分娩并发症发生率} = \frac{\text{阴道分娩并发症发生人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二）患者住院总死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例。

【计算方法】

$$\text{患者住院总死亡率} = \frac{\text{住院总死亡患者人数}}{\text{同期出院患者总人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（三）新生儿患者住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】新生儿住院死亡人数占同期新生儿出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{新生儿患者住院死亡率} = \frac{\text{新生儿住院死亡人数}}{\text{同期新生儿出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（四）手术患者住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】手术患者住院死亡人数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者住院死亡率} = \frac{\text{手术患者住院死亡人数}}{\text{同同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（五）住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】出院后**0-31**天非预期再住院患者人次占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院患者出院后0 - 31天非预期再住院率} \\ &= \frac{\text{出院后0 - 31天非预期再住院患者人次}}{\text{同期出院患者总人次（除死亡患者外）}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

（六）手术患者术后**48**小时/**31**天内非预期重返手术室再次手术率

1. 手术患者术后**48**小时内非预期重返手术室再次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】手术患者手术后**48**小时内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院患者手术例数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率} \\ &= \frac{\text{手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

2. 手术患者术后**31**天内非预期重返手术室再次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】手术患者手术后**31**天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院患者手术例数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术率} = \frac{\text{手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（七）ICD 低风险病种患者住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度医院出院患者中低风险病种出现死亡数量占出院人次中低风险病种总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICD低风险病种患者住院死亡率} = \frac{\text{ICD低风险病种住院患者死亡病例数}}{\text{ICD低风险病种出院患者病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

115 个低风险病种 ICD-10(2019 v2.0)编码如下:

序号 ICD-10 编码类目 病种名称

1 A18 其他器官的结核

2 B00 疱疹病毒[单纯疱疹]感染

3 B02 带状疱疹

4 B08 其他以皮肤和粘膜损害为特征的病毒性感染,不可归类在他处者

5 B18 慢性病毒性肝炎

6 C73 甲状腺恶性肿瘤

7 D13 消化系统其他和不明确部位的良性肿瘤

8 D16 骨和关节软骨良性肿瘤

9 D17 良性脂肪瘤样肿瘤

10 D18 血管瘤和淋巴管瘤,任何部位

11 D24 乳房良性肿瘤

12 D25 子宫平滑肌瘤

- 13 D27 卵巢良性肿瘤
- 14 D36 其他和未特指部位的良性肿瘤
- 15 D50 缺铁性贫血
- 16 D69 紫癜和其他出血性情况
- 17 E05 甲状腺毒症(甲状腺功能亢进症)
- 18 E07 甲状腺的其他疾患
- 19 E10 胰岛素依赖型糖尿病
- 20 E11 非胰岛素依赖型糖尿病
- 21 G40 癫痫
- 22 G45 短暂性大脑缺血性发作和相关的综合征
- 23 H02 眼睑的其他疾患
- 24 H11 结膜的其他疾患
- 25 H25 老年性白内障
- 26 H26 其他白内障
- 27 H33 视网膜脱离和断裂
- 28 H40 青光眼
- 29 H81 前庭功能疾患
- 30 H91 其他听觉丧失
- 31 I10 特发性(原发性)高血压
- 32 I20 心绞痛
- 33 I47 阵发性心动过速
- 34 I70 动脉粥样硬化
- 35 I80 静脉炎和血栓性静脉炎
- 36 I83 下肢静脉曲张
- 37 I84 痔
- 38 I86 其他部位的静脉曲张
- 39 I87 静脉的其他疾患

40 J04 急性喉炎和气管炎
41 J06 多发性和未特指部位的急性上呼吸道感染
42 J20 急性支气管炎
43 J21 急性细支气管炎
44 J32 慢性鼻窦炎
45 J33 鼻息肉
46 J34 鼻和鼻窦的其他疾患
47 J35 扁桃体和腺样体慢性疾病
48 J38 声带和喉疾病,不可归类在他处者
49 J40 支气管炎,未特指为急性或慢性
50 J45 哮喘
51 K11 涎腺疾病
52 K12 口炎和有关损害
53 K21 胃-食管反流性疾病
54 K22 食管的其他疾病
55 K25 胃溃疡
56 K29 胃炎和十二指肠炎
57 K31 胃和十二指肠的其他疾病
58 K35 急性阑尾炎
59 K40 腹股沟疝
60 K52 其他非感染性胃肠炎和结肠炎
61 K60 肛门及直肠区的裂和瘻
62 K61 肛门和直肠区脓肿
63 K63 肠的其他疾病
64 K80 胆石症
65 L08 皮肤和皮下组织其他局部感染
66 M06 其他类风湿性关节炎

- 67 M13 其他关节炎
- 68 M17 膝关节病
- 69 M47 脊椎关节强硬
- 70 M48 其他脊椎病
- 71 M51 其他椎间盘疾患
- 72 M79 其他软组织疾患,不可归类在他处者
- 73 M87 骨坏死
- 74 N02 复发性和持续性血尿
- 75 N04 肾病综合征
- 76 N10 急性肾小管-间质肾炎
- 77 N13 梗阻性和反流性尿路病
- 78 N20 肾和输尿管结石
- 79 N40 前列腺增生
- 80 N43 鞘膜积液和精子囊肿
- 81 N45 睾丸炎和附睾炎
- 82 N80 子宫内膜异位症
- 83 N83 卵巢、输卵管和阔韧带的非炎性疾患
- 84 O00 异位妊娠
- 85 O02 受孕的其他异常产物
- 86 O20 妊娠早期出血
- 87 O26 为主要与妊娠有关的其他情况给予的孕产妇医疗
- 88 O35 为已知或可疑胎儿异常和损害给予的孕产妇医疗
- 89 O36 为其他已知或可疑的胎儿问题给予的孕产妇医疗
- 90 O42 胎膜早破
- 91 O47 假临产
- 92 O60 早产
- 93 O69 产程和分娩并发脐带并发症

- 94 O80 单胎顺产
- 95 O82 经剖宫产术的单胎分娩
- 96 O99 可归类在他处的孕产妇的其他疾病并发于妊娠、分娩和产褥期
- 97 P23 先天性肺炎
- 98 P59 其他和未特指原因所致的新生儿黄疸
- 99 P91 新生儿的其他大脑障碍
- 100 Q35 腭裂
- 101 R42 头晕和眩晕
- 102 R56 惊厥,不可归类在他处者
- 103 S00 头部浅表损伤
- 104 S22 肋骨、胸骨和胸部脊柱骨折
- 105 S42 肩和上臂骨折
- 106 S52 前臂骨折
- 107 S62 在腕和手水平的骨折
- 108 S82 小腿(包括踝)骨折
- 109 S83 膝关节和韧带脱位、扭伤和劳损
- 110 T14 身体未特指部位的损伤
- 111 T18 消化道内异物
- 112 Z34 正常妊娠监督
- 113 Z47 其他矫形外科的随诊医疗
- 114 Z48 其他手术的随诊医疗
- 115 Z51 其他医疗照顾

(八) **DRGs** 低风险组患者住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】年度运用DRGs分组器测算产生低风险组病例，其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。

【计算方法】

$$\text{DRGs低风险组死亡率} = \frac{\text{DRG低风险组死亡例数} \times 100\%}{\text{DRG低风险组总病例数}}$$

【指标导向】逐步降低

三、医疗安全指标（年度获得性指标）

（一）手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：I26.9的手术患者肺栓塞发生例数；以及手术患者手术后肺栓塞发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后肺栓塞发生率} = \frac{\text{手术患者手术后肺栓塞发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二）手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：I82.8的手术患者手术后深静脉血栓发生例数，以及手术患者手术后深静脉血栓患者发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后深静脉血栓发生率} = \frac{\text{手术患者手术后深静脉血栓发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（三）手术患者手术后败血症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：A40.0至A40.9，A41.0至A41.9，T81.411的手术患者手术后败血症发生例数；以及手术患者手术后败血症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后败血症发生率} = \frac{\text{手术患者手术后败血症发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（四）手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T81.0的手术出院患者手术后出血或血肿发生例数；以及手术患者手术后出血或血肿发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者术后出血或血肿发生率} = \frac{\text{手术患者手术后出血或血肿发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（五）手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T81.3的手术患者手术伤口裂开发生例数；以及手术患者手术伤口裂开发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术伤口裂开发生率} = \frac{\text{手术患者手术伤口裂开发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（六）手术患者手术后猝死发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：R96.0,R96.1,I46.1的手术患者手术后猝死发生例数；以及手术患者手术后猝死发生例数占同期手术出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后猝死发生率} = \frac{\text{手术患者手术后猝死发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（七）手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：J96.0,J96.1,J96.9的手术患者手术后呼吸衰竭发生例数；以及手术患者手术后呼吸衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后呼吸衰竭发生率} = \frac{\text{手术患者手术后呼吸衰竭发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（八）手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：E89.0至E89.9的手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数；手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

手术患者手术后生理 / 代谢紊乱发生率

$$= \frac{\text{手术患者手术后生理 / 代谢紊乱发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（九）与手术/操作相关感染发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T81.4与手术/操作相关感染发生例数；以及与手术/操作相关感染发生例数占同期手术/操作患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{与手术/操作相关感染发生率} = \frac{\text{与手术/操作相关感染发生例数}}{\text{同期手术/操作患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十）手术过程中异物遗留发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T81.5,T81.6的手术患者手术过程中异物遗留发生例数；以及手术过程中异物遗留发生例数占同期手术患者出院人次的比例

【计算方法】

$$\text{手术过程中异物遗留发生率} = \frac{\text{手术过程中异物遗留发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十一）手术患者麻醉并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T88.2至T88.5的手术患者麻醉并发症发生例数；以及手术患者麻醉并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者麻醉并发症发生率} = \frac{\text{手术患者麻醉并发症发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十二）手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：J95.1至J95.9，J98.4的手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数；以及手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{手术患者肺部感染与肺机能不全发生率} \\ &= \frac{\text{手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

（十三）手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T81.2的手术患者手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数；以及手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率} = \frac{\text{手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十四）手术后急性肾衰竭发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：N17.0至N17.9，N99.0的手术患者手术后急性肾衰竭发生例数；以及手术后急性肾衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{术后急性肾衰竭发生率} = \frac{\text{手术患者手术后急性肾衰竭发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十五）各系统/器官术后并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】手术患者消化（K91.0至K91.9的手术出院患者）、循环（I97.0,I97.1,I97.8,I97.9的手术出院患者）、神经（G97.0,G97.1,G97.2,G97.8,G97.9,I60至I64的手术出院患者）、眼和附器（H59.0，H59.8,H59.9的手术出院患者）、耳和乳突（H95.0，H95.1，H95.8,H95.9的手术出院患者）、肌肉骨骼（M96.0至M96.9的手术出院患者）、泌尿生殖（N98.0至N98.3，N98.8，N98.9，N99.0至N99.9的手术出院患者）、口腔（K11.4,S04.3,S04.5,T81.2的手术出院患者）等系统/器官术后并发症发生例数；以及手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统/器官术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{各系统/器官术后并发症发生率} \\ & \text{手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、} \\ & \text{肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统/器官术后并发症发生例数} \\ = & \frac{\text{同期手术患者出院人次}}{\text{同期手术患者出院人次}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

（十六）植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】手术患者心脏和血管（T82.0至T82.9的手术出院患者）、泌尿生殖道（T83.0至T83.9的手术出院患者）、骨科（T84.0至T84.9的手术出院患者）及其他（T85.0至T85.9的手术出院患者）植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数；以及手术患者心脏和血管、泌尿生殖道、骨科及其他植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{植入物的并发症（不包括脓毒症）发生率} = \frac{\text{入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十七）再植和截肢的并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T87.0至T87.6的再植和截肢并发症发生例数；以及再植和截肢并发症发生例数占同期再植和截肢患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{再植和截肢的并发症发生率} = \frac{\text{再植和截肢并发症发生例数}}{\text{同期再植和截肢患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十八）介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T81.1,T81.7,T81.8,T81.9介入操作与手术后患者其他并发症发生例数；以及介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期介入操作与手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

介入操作与手术后患者其他并发症发生率

$$= \frac{\text{同期介入操作与手术患者出院人次}}{\text{同期再植和截肢患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(十九) 新生儿产伤发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】ICD-10编码：P10.0至P10.9，P11.0至P11.9，P12.0至P12.9，P13.0至P13.9，P14.0至P14.9，P15.0至P15.9，A33发生产伤的新生儿出院患者人次；以及发生产伤的新生儿出院患者人次占同期活产儿人数的比例。

【计算方法】

$$\text{新生儿产伤发生率} = \frac{\text{产伤的新生儿出院患者人次}}{\text{同期活产儿人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(二十) 阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】ICD-10编码：O70.1,O70.2,O70.3,O70.9,O71.0至O71.9，O72.0，O72.1，O72.2，O72.3，O73.0，O73.1，O74.0至O74.9，O75.0至O75.9,O86.0至O86.8，O87.0至O87.9，O88.0至O88.8，O89.0至O89.9，O90.1至O90.9，A34的阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数；以及阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数占同期阴道分娩出院产妇人数的比例。

【计算方法】

阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生率

$$= \frac{\text{阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数}}{\text{同期阴道分娩出院产妇人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二十一）剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：O71.0至O71.9，O72.0，O72.0,O72.1,O72.2,O72.3,O73.0,O73.1,O74.0至O74.9，O75.0至O75.9，O86.0至O86.8，O87.0至O87.9，O88.0至O88.8，O89.0至O89.9，O90.1至O90.9，O95，A34的剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数；以及剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数占同期剖宫产分娩产妇出院人数的比例。

【计算方法】

$$\text{剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生率} \\ = \frac{\text{剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数}}{\text{同期剖宫产分娩产妇出院人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二十二）2期及以上院内压力性损伤发生例数及发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：L89.1，L89.2，L89.3，L89.9出院患者2期及以上院内压力性损伤发生例数；2期及以上院内压力性损伤发生例数以及占同期出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{2期及以上院内压力性损伤发生率} = \frac{\text{2期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二十三）输注反应发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T80.0，T80.1，T80.2，T80.8，T80.9出院患者输注反应发生例次；出院患者输注反应发生例次以及占同期接受输注出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{输注反应发生率} = \frac{\text{发生输注反应的出院患者例次}}{\text{同期接受输注的出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二十四）输血反应发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD10编码：T80.0至T80.9发生输血反应的出院患者例次；以及发生输血反应的出院患者例次占同期出院患者输血人次的比例。

【计算方法】

$$\text{输血反应发生率} = \frac{\text{发生输血反应的出院患者例次}}{\text{同期出院患者输血总例次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二十五）医源性气胸发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：J93.8，J93.9，J95.8，T81.218发生医源性气胸出院患者人次；发生医源性气胸出院患者人次以及占同期出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{医源性气胸发生率} = \frac{\text{发生医源性气胸出院患者人次}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二十六）住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例

数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：S32.4，S32.7，S32.8，S72.0至S72.9，S73.0，S73.1住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数；以及住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数占同期住院患者跌倒/坠床发生例数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率} \\ \text{住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数}}{\text{同期住院患者跌倒/坠床发生例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二十七）临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】住院患者中全身性抗菌药物（Y40.0至Y40.9的出院患者）、降血糖药物（Y42.3的出院患者）、抗肿瘤药物（Y43.1,Y43.3的出院患者）、抗凝剂（Y44.2,Y44.3,Y44.4,Y44.5的出院患者）、镇痛药和解热药（Y45.0至Y45.9的出院患者）、心血管系统用药（Y52.0至Y52.9的出院患者）、X线造影剂及其他诊断性制剂（Y57.5，Y57.6的出院患者）等有害效应发生例数；以及住院患者中全身性抗菌药物、降血糖药物、抗肿瘤药物、抗凝剂、镇痛药和解热药、心血管系统用药、X线造影剂及其他诊断性制剂等有害效应发生例数占同期出院患者人次。

【计算方法】

$$= \frac{\text{临床用药所致的有害效应（不良事件）发生率} \\ \text{临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二十八）血液透析所致并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T80.0，T80.8，T80.9，T82.4，T82.7住院患者血液透析所致并发症发生例数；以及住院患者血液透析所致并发症发生例数占同期血液透析出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{血液透析所致并发症发生率} = \frac{\text{住院患者血液透析所致并发症发生例数}}{\text{同期血液透析出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

第三章 重点专业质量控制指标

数据来源：

- （1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- （2）国家公立医院绩效考核管理平台
- （3）国家临床检验质控中心质控平台
- （4）国家护理质量数据平台
- （5）全国医院质量监测系统（HQMS）
- （6）广东省卫生健康统计信息网络直报系统
- （7）省级以上临床检验质控中心质控平台
- （8）广东省护理数据平台
- （9）医院填报

一、麻醉专业医疗质量控制指标

（一）麻醉科与手术科室医师人数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1：X）

【指标定义】麻醉科固定在岗（本院）医师人数与手术科室固定在岗（本院）医师总数的比例。不包括实习学生、统招研究生、规培住院医师（外院）、进修生。

【计算方法】

$$\text{麻醉科与手术科室医师人数比} = \frac{\text{麻醉科固定在岗（本院）医师人数}}{\text{手术科室固定在岗（本院）医师总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（二）麻醉科医护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1：X）

【指标定义】麻醉科固定在岗（本院）护士人数与手术科室固定在岗（本院）医师人数的比例。不包括实习学生、统招研究生、规培住院医师（外院）、进修生。

【计算方法】

$$\text{麻醉科与手术科室医师人数比} = \frac{\text{麻醉科固定在岗（本院）医师人数}}{\text{手术科室固定在岗（本院）医师总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（三）各ASA分级麻醉患者比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】根据美国麻醉医师协会（ASA）分级标准，对于接受麻醉患者的病情危重程度进行分级。各ASA分级（I-VI级）麻醉患者比例是指该ASA分级麻醉患者占同期麻醉患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{各ASA分级麻醉患者比例} = \frac{\text{该ASA分级麻醉患者数}}{\text{同期各ASA分级麻醉患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（四）麻醉开始后手术取消率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。该指标是指麻醉开始后手术开始前手术取消的数占同期麻醉总数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉手术后手术取消率} = \frac{\text{麻醉开始后手术开始前手术取消的数}}{\text{同期麻醉总数}} \times 1000\text{‰}$$

【指标导向】逐步降低

（五）麻醉后监测治疗室（PACU）转出延迟率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】指入PACU超过2小时的患者数占同期入PACU患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉后监测治疗室（PACU）转出延迟} = \frac{\text{入 PACU 超过 2 小时的患者数}}{\text{同期入 PACU 患者总数}} \times 1000\text{‰}$$

【指标导向】逐步降低

（六）PACU 入室低体温率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】指PACU入室低体温患者数占同期入PACU患者总数的比例。体温测量的方式推荐为红外耳温枪。

【计算方法】

$$\text{PACU入室低体温率} = \frac{\text{PACU 入室低体温患者数}}{\text{同期入 PACU 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】PACU入室低体温的标准参照国家最新标准。

（七）非计划二次气管插管率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】非计划二次气管插管指患者术后气管插管拔除后6小时内，非计划再次行气管插管术。该指标是指非计划二次气管插管患者数占同期术后气管插管拔除患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{非计划二次气管插管率} = \frac{\text{非计划二次气管插管患者数}}{\text{同期术后气管插管拔除患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（八）麻醉开始后 24 小时内死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】麻醉开始后24小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其他任何因素。

【计算方法】

$$\text{麻醉开始后24小时内死亡率} = \frac{\text{麻醉开始后 24 小时内死亡患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（九）术中自体血输注率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】麻醉中，接受400ml及以上自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注患者数占同期接受400ml及以上输血治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中自体血输注率} = \frac{\text{手术麻醉中接受 400 ml 及以上自体血输注患者数}}{\text{同期麻醉中接受 400 ml 及以上输血治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十）麻醉期间严重过敏反应发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】严重过敏反应是指发生循环衰竭和/或严重气道反应（痉挛、水肿），明显皮疹，需要使用肾上腺素治疗的过敏反应。麻醉期间严重过敏反应是指麻醉期间各种原因导致的严重过敏反应。麻醉期间严重过敏反应发生率，是指麻醉期间严重过敏反应发生例数占同期麻醉总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉期间严重过敏反应发生率} = \frac{\text{麻醉期间严重过敏反应发生例数}}{\text{同期麻醉总例数}} \times 1000 \text{ ‰}$$

【指标导向】监测比较

（十一）术中自体血输注率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】麻醉中，接受400ml及以上自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注患者数占同期接受400ml及以上输血治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中自体血输注率} = \frac{\text{手术麻醉中接受400ml及以上自体血输注患者数}}{\text{同期麻醉中接受400ml及以上输血治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十二）麻醉门诊评估占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】麻醉门诊接诊患者（不包括疼痛治疗患者）总数占同期总麻醉例次比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉门诊评估占比} = \frac{\text{年度麻醉门诊接诊患者（不开疼痛治疗患者）总数}}{\text{同期总麻醉例次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十三）椎管内分娩镇痛应用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内分娩镇痛人（不含术中转剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇（不含术中转剖宫产产妇人数）总人数比例。

【计算方法】

$$\text{椎管内分娩镇痛应用率} = \frac{\text{阴道分娩产妇实施椎管内分娩镇痛人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十四）麻醉科术后镇痛率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】接受麻醉科术后镇痛患者数占同期住院手术麻醉总数的比例。麻醉科术后镇痛是指由麻醉科为患者提供术后针对因手术引起的急性疼痛诊疗服务，包括各种类型PCA、椎管内阿片类药物、术后连续或重复阻滞。

【计算方法】

$$\text{麻醉科术后镇痛率} = \frac{\text{接受麻醉科术后镇痛患者数}}{\text{同期住院手术麻醉总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

二、重症医学专业医疗质量控制指标

（一）ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICU患者收治率是指ICU收治患者总数占同期医院收治患者总数的比例。ICU患者收治床日率是指ICU收治患者总床日数占同期医院收治患者总床日数的比例。同一患者同一次住院多次转入ICU，记为“多人次”。

【计算方法】

$$\text{ICU 患者收治率} = \frac{\text{ICU 收治患者总数}}{\text{同期医院收治患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{ICU 患者收治床日率} = \frac{\text{ICU 收治患者总床日数}}{\text{同期医院收治患者总床日数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

(二) 急性生理与慢性健康评分(APACHEII评分)≥15分患者收治率

(入ICU24小时内)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】入ICU24小时内，APACHEII评分≥15分患者数占同期ICU收治患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{APACHE II 评分 15 分患者收治率(入 ICU 24 小时内)} \\ &= \frac{\text{APACHE II 评分 15 分患者数}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

(三) 感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】感染性休克3h集束化治疗(bundle)，是指感染性休克诊断后3小时内完成：测量乳酸浓度；抗菌药物治疗前进行血培养；予以广谱抗菌药物；低血压或乳酸≥4mmol/L给予30ml/kg晶体液进行目标复苏。感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率，是指入ICU诊断为感染性休克并全部完成3hbundle的患者数占同期入ICU诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住ICU期间后续新发生的感染性休克病例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{感染性休克 3 h 集束化治疗(bundle)完成率}}{\text{入ICU诊断为感染性休克并全部完成 3 h bundle 的患者数}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{入ICU诊断为感染性休克并全部完成 3 h bundle 的患者数}}{\text{同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（四）感染性休克 6h 集束化治疗(bundle)完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】感染性休克6h集束化治疗(bundle),是指在3h集束化治疗(bundle)的基础上加上：低血压对目标复苏效果差立即予以升压药；脓毒症休克或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 容量复苏后仍持续低血压，需立即测量CVP和ScvO₂；初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平。感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率，是指入ICU诊断为感染性休克全部完成6hbundle的患者数占同期入ICU诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住ICU期间后续新发生的感染性休克病例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{感染性休克 6 h 集束化治疗(bundle)完成率}}{\text{入 ICU 诊断为感染性休克并全 部完成 6 h bundle 的患者数}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{入 ICU 诊断为感染性休克并全 部完成 6 h bundle 的患者数}}{\text{同期入 ICU 诊断为感染性休克患者 总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（五）ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】以治疗为目的使用抗菌药物的ICU住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6等感染指标的血清学检验。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率} \\ &= \frac{\text{使用抗菌药物前病原学 检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗 病例总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

（六）ICU 深静脉血栓(DVT)预防率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】进行深静脉血栓（DVT）预防的ICU患者数占同期ICU收治患者总数的比例。深静脉血栓预防措施包括药物预防(肝素或低分子肝素抗凝)、机械预防(肢体加压泵、梯度压力弹力袜等)以及下腔静脉滤器等。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{ICU 深静脉血栓(DVT)预防率} \\ &= \frac{\text{进行深静脉血栓(DVT)预防的 ICU 患者数}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

（七）ICU 患者预计病死率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】通过患者疾病危重程度（APACHEII评分）来预测的可能病死率。ICU患者预计病死率是指ICU收治患者预计病死率的总和与同期ICU收治患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{ICU 患者预计病死率} = \frac{\text{ICU 收治患者预计病死率总和}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（八）ICU 患者标化病死指数

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】通过患者疾病危重程度校准后的病死率，为ICU患者实际病死率与同期ICU患者预计病死率的比值。

【计算方法】

$$\text{ICU 患者标化病死指数} = \frac{\text{ICU 患者实际病死率}}{\text{同期 ICU 患者预计病死率}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（九）ICU 非计划气管插管拔管率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】非计划气管插管拔管例数占同期ICU患者气管插管拔管总数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICU 非计划气管插管拔管率} = \frac{\text{非计划气管插管拔管例数}}{\text{同期 ICU 患者气管插管拔管总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十）ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】气管插管计划拔管后48h内再插管例数占同期ICU患者气管插管拔管总例数的比例。不包括非计划气管插管拔管后再插管。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{ICU 气管插管拔管后 48 h 内再插管率} \\ & = \frac{\text{气管插管计划拔管后 48 h 内再插管例数}}{\text{同期 ICU 患者气管插管拔管总例数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

（十一）非计划转入 ICU 率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】非计划转入ICU是指非早期预警转入，或在开始麻醉诱导前并无术后转入ICU的计划，而术中或术后决定转入ICU。非计划转入ICU率是指非计划转入ICU患者数占同期转入ICU患者总数的比例。非计划转入ICU的原因应进行分层分析(缺乏病情恶化的预警、麻醉因素和手术因素等)。

【计算方法】

$$\text{非计划转入ICU率} = \frac{\text{非计划转入ICU患者数}}{\text{同期转入ICU患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(十二) 转出ICU后48h内重返率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】转出ICU后48h内重返ICU的患者数占同期转出ICU患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{转出ICU后48h内重返率} \\ &= \frac{\text{转出ICU后48h内重返ICU的患者数}}{\text{同期转出ICU患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

(十三) ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千机械通气日

【指标定义】VAP发生例数占同期ICU患者有创机械通气总天数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率} \\ &= \frac{\text{VAP发生例数}}{\text{同期ICU患者有创机械通气总天数}} \times 1000\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

(十四) ICU 血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导管日

【指标定义】CRBSI发生例数（ICD-10编码：T82.700x001的使用血管导管ICU出院患者）占同期ICU患者血管内导管留置总天数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{ICU 血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率} \\ &= \frac{\text{CRBSI 发生例数}}{\text{同期 ICU 患者血管内导管留置总天数}} \times 1000\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

(十五) ICU 导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导尿管日

【指标定义】CAUTI发生例数（ICD-10编码：T83.500x003的使用使用尿管ICU出院患者）占同期ICU患者导尿管留置总天数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{ICU 导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率} \\ &= \frac{\text{CAUTI 发生例数}}{\text{同期 ICU 患者导尿管留置总天数}} \times 1000\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

三、急诊专业医疗质量控制指标

(一) 抢救室滞留时间中位数

【指标属性】定量指标

【计量单位】小时

【指标定义】抢救室滞留时间是指急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间（以小时为单位）。抢救室滞留时间中位数是指将急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间由长到短排序后取其中位数。

【计算方法】

抢救室滞留时间中位数 = $X(n+1)/2$, n 为奇数

抢救室滞留时间中位数 = $\frac{X_{n/2} + X_{n/2+1}}{2}$, n 为偶数

注:n为急诊抢救室患者数,X为抢救室滞留时间。

【指标导向】逐步降低

(二) 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间及门药时间达标率

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟；百分比(%)

【指标定义】急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间是指行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者从进入急诊科到开始溶栓药物治疗的平均时间。急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标是指在溶栓药物时间窗(发病12小时)内,就诊的急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间在30分钟内。急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率是指急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标的患者数占同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \frac{\text{急性心肌梗死患者平均门药时间}}{\text{行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者的门药时间总和}} \\ = & \frac{\text{急性心肌梗死患者门药时间达标率}}{\text{急性心肌梗死患者门药时间达标的患者数}} \\ = & \frac{\text{急性心肌梗死患者门药时间达标的患者数}}{\text{同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者总数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较；逐步提高

(三) 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间及门球时间达标率

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟；百分比(%)

【指标定义】急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间是指行急诊PCI的急性心肌梗死（STEMI）患者，从进入急诊科到开始PCI的平均时间。急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标是指在PCI时间窗（发病12小时）内，就诊的急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间在90分钟内。急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率是指急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标的患者数占同期就诊时在PCI时间窗内应行PCI的急性心肌梗死（STEMI）患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{急性心肌梗死患者平均门球时间}}{\text{行急诊 PCI 的急性心肌梗死患者的门球时间总和}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{急性心肌梗死患者门球时间达标率}}{\text{急性心肌梗死患者门球时间达标的患者数}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{急性心肌梗死患者门球时间达标的患者数}}{\text{同期就诊时在应行PCI 时间窗内应行急诊 PCI 治疗的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较；逐步提高

（四）急诊抢救室患者死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】急诊抢救室患者死亡是指患者从进入急诊抢救室开始72小时内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）。急诊抢救室患者死亡率是指急诊抢救室患者死亡总数占同期急诊抢救室抢救患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊抢救室患者死亡率} = \frac{\text{急诊抢救室患者死亡总数}}{\text{同期急诊抢救室抢救患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（五）急诊手术患者死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】急诊手术患者死亡是指急诊患者接受急诊手术，术后1周内死亡，除外与手术无关的原发疾病引起的死亡。急诊手术患者死亡率是指急诊手术患者死亡总数占同期急诊手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊手术患者死亡率} = \frac{\text{急诊手术患者死亡总数}}{\text{同期急诊手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（六）ROSC 成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ROSC（心肺复苏术后自主呼吸循环恢复）成功是指急诊呼吸心脏骤停患者，心肺复苏术（CPR）后自主呼吸循环恢复超过24小时。ROSC成功率是指ROSC成功总例次数占同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数的比例。同一患者24小时内行多次心肺复苏术，记为“一例次”。

【计算方法】

$$\text{ROSC 成功率} = \frac{\text{ROSC 成功总例次数}}{\text{同期急诊呼吸心脏骤停 患者行心肺复苏术总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（七）非计划重返抢救室率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】因相同或相关疾病，72小时内非计划重返急诊抢救室患者总数占同期离开急诊抢救室（出院或转其他区域）患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{非计划重返抢救室率} = \frac{\text{72 小时内非计划重返急诊 抢救室患者总数}}{\text{同期离开急诊抢救室患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

四、临床检验专业医疗质量控制指标

（一）标本类型错误率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本类型错误率} = \frac{\text{类型不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二）标本容器错误率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本容器错误率} = \frac{\text{采集容器不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（三）标本采集量错误率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本采集错误率} = \frac{\text{采集量不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（四）血培养污染率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{血培养污染率} = \frac{\text{污染的血培养标本数}}{\text{同期血培养标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（五）抗凝标本凝集率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{抗凝标本凝集率} = \frac{\text{凝集的标本数}}{\text{同期需抗凝的标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（六）检验前周转时间中位数

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间（以分钟为单位）。检验前周转时间中位数，是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数。

【计算方法】

$$\text{抗凝标本凝集率} = X_{(n+1)/2}, n \text{ 为奇数}$$

$$\text{抗凝标本凝集率} = \frac{X_{n/2} + X_{n/2+1}}{2}, n \text{ 为偶数}$$

注:n为检验表本数,X为检验前周转时间

【指标导向】逐步降低

（七）室内质控项目开展率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{抗凝标本凝集率} = \frac{\text{开展室内质控的检验项目数}}{\text{同期检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（八）室内质控项目变异系数不合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数占同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{室内质控项目变异系数不合格率} \\ &= \frac{\text{室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数}}{\text{同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

（九）室间质评项目参加率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】参加室间质评的检验项目数占同期特定机构（国家、省级等）已开展的室间质评项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{室间质评项目参加率} = \frac{\text{参加室间质评的检验项目数}}{\text{同期对特定机构已开展的室间质评项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十）室间质评项目不合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】室间质评不合格的检验项目数占同期参加室间质评检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{室间质评不合格率} = \frac{\text{室间质评不合格的检验项目数}}{\text{同期参加室间质评检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十一）实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】执行实验室间比对的检验项目数占同期无室间质评计划检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{实验室间比对率} = \frac{\text{执行实验室间比对的检验项目数}}{\text{同期无室间质评计划检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十二）实验室内周转时间中位数

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】实验室内周转时间是指从实验室收到标本到发送报告的时间（以分钟为单位）。实验室内周转时间中位数，是指将实验室内周转时间由长到短排序后取其中位数。

【计算方法】

实验室内周转时间中位数 = $X(n+1)/2$, n为奇数

实验室内周转时间中位数 = $\frac{X_{n/2} + X_{n/2+1}}{2}$, n为偶数

注:n为检验表本数,X为检验前周转时间

【指标导向】逐步降低

(十三) 检验报告不正确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】检验报告不正确是指实验室已发出的报告,其内容与实际情况不相符,包括结果不正确、患者信息不正确、标本信息不正确等。检验报告不正确率是指实验室发出的不正确检验报告数占同期检验报告总数的比例。

【计算方法】

检验报告不正确率 = $\frac{\text{实验室发出的不正确检验报告数}}{\text{同期检验报告总数}} \times 100\%$

【指标导向】逐步降低

(十四) 危急值通报率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险边缘状态,必须立刻进行记录并第一时间报告给该患者主管医师的检验结果。危急值通报率是指已通报的危急值检验项目数占同期需要通报的危急值检验项目总数的比例。

【计算方法】

危急值通报率 = $\frac{\text{已通报的危急值检验项目数}}{\text{同期需要通报的危急值检验项目总数}} \times 100\%$

【指标导向】逐步提高

（十五）危急值通报及时率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】危急值通报时间（从结果确认到与临床医生交流的时间）符合规定时间的检验项目数占同期需要危急值通报的检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{危急值通报及时率} = \frac{\text{危急值通报时间符合规定的检验项目数}}{\text{同期需要危急值通报的检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

五、病理专业医疗质量控制指标

（一）每百张病床病理医师数

【指标属性】定量指标

【计量单位】人

【指标定义】平均每100张实际开放病床病理医师的数量。

【计算方法】

$$\text{每百张病床病理医师数} = \frac{\text{病理医师数}}{\text{同期该医疗机构实际开放床位数}} \times 100$$

【指标导向】监测比较

（二）每百张病床病理技术人员数

【指标属性】定量指标

【计量单位】人

【指标定义】病理技术人员是指进行病理切片、染色、免疫组化及分子病理等工作的专业技术人员。每百张病床病理技术人员数，是指平均每100张实际开放病床病理技术人员的数量。

【计算方法】

$$\text{每百张病床病理技术人员数} = \frac{\text{病理技术人员数}}{\text{同期该医疗机构实际开放床位数}} \times 100$$

【指标导向】监测比较

（三）标本规范化固定率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开，以足量10%中性缓冲福尔马林充分固定。有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。标本规范化固定率是指规范化固定的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本规范化固定率} = \frac{\text{规范化固定的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（四）HE染色切片优良率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】HE染色优良切片是指达到行业优良标准要求的HE染色切片。HE染色优良切片优良率，是指HE染色优良切片数占同期HE染色切片总数的比例。

【计算方法】

$$\text{HE染色切片优良率} = \frac{\text{HE染色优良切片数}}{\text{同期HE染色切片总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（五）免疫组化染色切片优良率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的免疫组化染色切片。免疫组化染色切片优良率，是指免疫组化染色优良切片数占同期免疫组化染色切片总数的比例。

【计算方法】

$$\text{免疫组化切片染色优良率} = \frac{\text{免疫组化染色优良切片数}}{\text{同期免疫组化染色切片总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（六）术中快速病理诊断及时率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】在规定时间内，完成术中快速病理诊断报告的标本数占同期术中快速病理诊断标本总数的比例。规定时间是指单例标本术中快速病理诊断报告在收到标本后30分钟内完成。若前一例标本术中快速病理诊断报告未完成，新标本术中快速病理诊断报告在收到标本后45分钟内完成。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{术中快速病理诊断及时率} \\ & = \frac{\text{在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数}}{\text{同期术中快速病理诊断 标本总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

（七）组织病理诊断及时率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】在规定时间内，完成组织病理诊断报告的标本数占同期组织病理诊断标本总数的比例。规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤3个工作日发出病理报告；其他类型标本自接收标本起，≤5个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

【计算方法】

$$\text{组织病理诊断及时率} = \frac{\text{在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数}}{\text{同期组织病理诊断标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（八）细胞病理诊断及时率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】在规定时间内，完成细胞病理诊断报告的标本数占同期细胞病理诊断标本总数的比例。规定时间是指自接收标本起，≤2个工作日发出细胞病理诊断报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

【计算方法】

$$\text{细胞病理诊断及时率} = \frac{\text{在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数}}{\text{同期细胞病理诊断标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（九）各项分子病理检测室内质控合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】分子病理检测室内质控合格是指检测流程及结果达到行业标准要求。各项分子病理检测室内质控合格率，是指各项分子病理检测室内质控合格病例数占同期同种类型分子病理检测病例总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{各项分子病理检测室内质控合格率} \\ & = \frac{\text{各项分子病理检测室内质控合格病例数}}{\text{同期同种类型分子病理检测病例总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

（十）免疫组化染色室间质评合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】免疫组化染色室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的免疫组化染色室间质评，并达到合格标准。免疫组化染色室间质评合格率，是指免疫组化染色室间质评合格次数占同期免疫组化染色室间质评总次数的比例。

【计算方法】

$$\text{免疫组化染色室间质评合格率} = \frac{\text{免疫组化染色室间质评合格次数}}{\text{同期免疫组化染色室间质评总次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十一）各项分子病理室间质评合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】分子病理室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的分子病理室间质评，并达到合格标准。各项分子病理室间质评合格率，是指各项分子病理室间质评合格次数占同期同种分子病理室间质评总次数的比例。

【计算方法】

$$\text{各项分子病理室间质评合格率} = \frac{\text{分子病理室间质评合格次数}}{\text{同期同种分子病理室间质评总次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十二）细胞学病理诊断质控符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数占同期抽查质控标本总数的比例。抽查标本数应占总阴性标本数至少5%。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{细胞学病理诊断质控符合率} \\ &= \frac{\text{细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数}}{\text{同期抽查质控标本总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

(十三) 术中快速诊断与石蜡诊断符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】术中快速诊断与石蜡诊断符合是指二者在良恶性病变的定性诊断方面一致。术中快速诊断与石蜡诊断符合率，是指术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数占同期术中快速诊断标本总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{术中快速诊断与石蜡诊断符合率} \\ &= \frac{\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数}}{\text{同期术中快速诊断标本总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

六、医院感染管理医疗质量控制指标

(一) 医院感染发病(例次)率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】医院感染新发病例是指观察期间发生的医院感染病例，即观察开始时没有发生医院感染，观察开始后直至结束时发生的医院感染病例，包括观察开始时已发生医院感染，在观察期间又发生新的医院感染的病例。医院感染发病(例次)率是指住院患者中发生医院感染新发病例(例次)的比例。

【计算方法】

$$\text{医院感染发病(例次)率} = \frac{\text{医院感染新发病例(例次)数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二）医院感染现患（例次）率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】确定时段或时点住院患者中，医院感染患者（例次）数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{医院感染现患(例次)率} = \frac{\text{确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（三）医院感染病例漏报率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例。

【计算方法】

$$\text{医院感染病例漏报率} = \frac{\text{应当报告而未报告的医院感染病例数}}{\text{同期应报告医院感染病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（四）多重耐药菌感染发现率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】多重耐药菌主要包括：碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRABA）、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPAE）。多重耐药菌感染发现率是指多重耐药菌感染患者数（例次数）与同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{多重耐药菌感染发现率} = \frac{\text{多重耐药菌感染患者数 (例次数)}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(五) 多重耐药菌感染检出率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出菌株总数的比例。

【计算方法】

$$\text{多重耐药菌感染检出率} = \frac{\text{多重耐药菌感染检出菌株数}}{\text{同期该病原体检出菌株总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

(六) 医务人员手卫生依从率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】受调查的医务人员实际实施手卫生次数占同期调查中应实施手卫生次数的比例。

【计算方法】

$$\text{医务人员手卫生依从率} = \frac{\text{受调查的医务人员实际实施手卫生次数}}{\text{同期调查中应实施手卫生次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

(七) 抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6等感染指标的血清学检验。

【计算方法】

$$\text{抗菌药物治疗前病原学送检率} = \frac{\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

（八）I类切口手术部位感染率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】I类切口手术部位感染是指发生I类（清洁）切口，即手术未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道，以及闭合性创伤手术符合上述条件的手术切口的感染，包括无植入物手术后30天内、有植入物手术后1年内发生的手术部位感染。I类切口手术部位感染率，是指发生I类切口手术部位感染病例数占同期I类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{I类切口手术部位感染率} = \frac{\text{发生I类切口手术部位感染病例数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（九）I类切口手术抗菌药物预防使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期I类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{I 类切口手术抗菌药物预防使用率} \\ &= \frac{\text{I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期 I 类切口手术患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测达标

（十）呼吸机相关肺炎发病率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千机械通气日（‰）

【指标定义】使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。单位：例/千机械通气日。

【计算方法】

$$\text{呼吸机相关肺炎发生率} = \frac{\text{呼吸机相关肺炎例次数}}{\text{同期患者使用呼吸机总天数}} \times 1000\text{‰}$$

【指标导向】逐步降低

（十一）导尿管相关泌尿系感染发病率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导尿管日（‰）

【指标定义】使用导尿管住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率。单位：例/千导尿管日。

【计算方法】

$$\text{导尿管相关泌尿系感染发病率} = \frac{\text{导尿管相关泌尿系感染例次数}}{\text{同期患者使用导尿管总天数}} \times 1000\text{‰}$$

【指标导向】逐步降低

（十二）院感质控数据上报率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】医疗机构上报感质控数据的累计月数占应上报累计月数的比例。

【计算方法】

$$\text{院感质控数据上报率} = \frac{\text{医疗机构上报院感控质控数据累计月数}}{\text{医疗机构应上报质控数据累计月数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

七、临床用血质量控制指标

(一)《临床输血申请单》合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】符合用血条件且填写规范的《临床输血申请单》数量占同期输血科(血库)接收的《临床输血申请单》总数的百分比。

【计算方法】

$$\text{《临床输血申请单》合格率} = \frac{\text{符合用血条件且填写规范的申请单数}}{\text{同期输血科(血库)接收的申请单总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

(二)受血者标本血型复查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】是指输血科(血库)对受血者血液标本复查血型的数量占同期接收受血者血液标本总数的百分比。

【计算方法】

$$\text{受血者标本血型复查率} = \frac{\text{受血者血液标本复查血型数}}{\text{同期接收受血者血液标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

(三)输血相容性检测项目室内质控率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】开展室内质控的输血相容性检测项目数占医疗机构开展的输血相容性检测项目总数的百分比。

【计算方法】

$$= \frac{\text{输血相容性检测项目室内质控率}}{\text{参加室间质评的输血相容性检测项目数}} \times 100\%$$

所参加的室间质评机构 输血相容性检测室间质评项目总数

【指标导向】逐步提高

（四）输血相容性检测室间质评项目参加率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】参加室间质评的输血相容性检测项目数占所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数的百分比。

【计算方法】

$$= \frac{\text{输血相容性检测室间质评项目参加率}}{\text{参加室间质评的输血相容性检测项目数}} \times 100\%$$

所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数

【指标导向】逐步提高

（五）千输血人次输血不良反应上报例数

【指标属性】定量指标

【计量单位】例

【指标定义】单位时间内，每千输血人次中输血不良反应上报例数。

【计算方法】

$$\text{千输血人次输血不良反应上报例数} = \frac{\text{输血不良反应上报例数}}{\text{输血总人次}} \times 1000$$

【指标导向】监测比较

（六）一二级手术台均用血量

【指标属性】定量指标

【计量单位】U

【指标定义】单位时间一级和二级手术台均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{一二级手术台均用血量} = \frac{\text{一级和二级手术用血总单位数}}{\text{同期一级和二级手术总台数}}$$

【指标导向】逐步降低

（七）三四级手术台均用血量

【指标属性】定量指标

【计量单位】U

【指标定义】单位时间三级和四级手术台均用血量。此处仅统计异体红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{三四级手术台均用血量} = \frac{\text{三级和四级手术用血总单位数}}{\text{同期三级和四级手术总台数}}$$

【指标导向】监测比较

（八）手术患者自体输血率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间手术患者住院期间自体输血量占手术患者异体输血量 and 自体输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{手术患者自体输血率} \\ & = \frac{\text{手术患者自体输血总单位数}}{\text{同期手术患者异体输血单位数} + \text{自体输血单位数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

（九）出院患者人均用血量

【指标属性】定量指标

【计量单位】U

【指标定义】单位时间出院患者人均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{出院患者人均用血量} = \frac{\text{出院患者用血总单位数}}{\text{同期出院患者人次}}$$

【指标导向】监测比较

（十）血浆与红细胞比值

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值

【指标定义】

单位时间内血浆用量与红细胞用量的比值。此外血浆统计新鲜冰冻血浆、普通冰冻血浆和病毒灭活血浆等。红细胞统计各种红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{血浆与红细胞比值} = \frac{\text{年度血浆用血总单位数}}{\text{年度红细胞用血总单位数}}$$

【指标导向】监测比较

八、呼吸内科专业医疗质量控制指标

（一）急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院诊断为急性PTE患者行确诊检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例} \\ &= \frac{\text{急性PTE患者行确诊检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】

急性PTE确诊检查包括：CT肺动脉造影或放射性核素肺通气灌注扫描或磁共振肺动脉造影或肺动脉造影中任一项。

（二）急性 PTE 患者行下肢静脉超声检查比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，急性PTE患者行下肢静脉超声检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{急性PTE患者行下肢静脉超声检查比例} \\ &= \frac{\text{急性PTE患者行下肢静脉超声检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】急性PTE患者行深静脉血栓相关检查包括：静脉超声、CT静脉造影、放射性核素静脉显象、磁共振静脉造影、静脉造影中任一项。

（三）急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，急性PTE患者行危险分层相关检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{急性PTE患者行危险分层相关检查比例} \\ &= \frac{\text{急性PTE患者行危险分层相关检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】危险分层相关检查包括影像学检查和心脏生物学标志物检查。其中影像学检查包括超声心动图或CT肺动脉造影检查；心脏生物学标志物包括BNP/NT-proBNP、肌钙蛋白。

（四）住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者数与同期行溶栓治疗的急性PTE患者总数的比值。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者比例} \\ &= \frac{\text{住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者数}}{\text{同期行溶栓治疗的急性 PTE患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

（五）慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间至少进行一次动脉血气分析的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例} \\ &= \frac{\text{住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

（六）慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例}}{\text{住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】病原学检查包括下列检查之一：痰/肺泡灌洗液涂片、培养，鼻/咽拭子病毒检测，血培养。

（七）慢阻肺急性加重患者住院期间使用无创通气治疗的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院慢阻肺急性加重患者住院期间使用无创通气治疗人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比值。

【计算方法】

$$= \frac{\text{慢阻肺急性加重患者住院期间使用无创通气治疗的比例}}{\text{住院慢阻肺急性加重患者住院期间使用无创通气治疗人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（八）慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比值。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例} \\ &= \frac{\text{住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

（九）慢阻肺急性加重患者入院时合并呼吸衰竭的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，慢阻肺急性加重合并呼吸衰竭患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比值。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{慢阻肺急性加重患者入院时合并呼吸衰竭的比例} \\ &= \frac{\text{慢阻肺急性加重患者合并呼吸衰竭患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

（十）住院成人社区获得性肺炎(CAP)患者中重症CAP比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院重症CAP患者数占同期住院CAP患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院成人社区获得性肺炎(CAP)患者中重症CAP比例} \\ &= \frac{\text{住院重症CAP患者数}}{\text{同期住院CAP患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

（十一）住院CAP患者接受机械通气的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间接受机械通气（包括无创/有创机械通气）的CAP患者数与住院CAP患者总数的比值。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院CAP患者接受机械通气的比例} \\ & = \frac{\text{住院期间接受机械通气的CAP患者数}}{\text{同期住院CAP患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

九、产科专业医疗质量控制指标

（一）剖宫产/初产妇剖宫产率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】剖宫产率：单位时间内，剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周 ≥ 28 周）总人数的比例。初产妇剖宫产率：单位时间内，初产妇（定义：妊娠 ≥ 28 周初次分娩的产妇，既往无28周及以上孕周分娩史）实施剖宫产手术人数占同期初产妇总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{剖宫产率} = \frac{\text{剖宫产分娩产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

$$\text{初产妇剖宫产率} = \frac{\text{初产妇剖宫产人数}}{\text{同期初产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（二）早产/早期早产率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】早产率：单位时间内，早产（孕周在28~36+6周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周 ≥ 28 周)总人数的比例。早期早产率：单位时间内，早期

早产（孕周在28~33+6周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{早产率} = \frac{\text{早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

$$\text{早期早产率} = \frac{\text{早期早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（三）巨大儿发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，巨大儿（出生体重≥4000g）人数占同期活产数的比例。

【计算方法】

$$\text{巨大儿发生率} = \frac{\text{巨大儿人数}}{\text{同期活产数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（四）严重产后出血发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，发生严重产后出血（分娩24小时内出血量≥1000ml）的产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{严重产后出血发生率} = \frac{\text{严重产后出血产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（五）产后或术后非计划再次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】十万分比

【指标定义】单位时间内，产妇在同一次住院期间，产后或术后因各种原因导致患者需重返手术室进行计划外再次手术（含介入手术）的人数占同期分娩产妇(分娩孕周 ≥ 28 周)总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{产后或术后非计划再次手术率} = \frac{\text{产后或术后发生非计划再次手术人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times \frac{100000}{100000}$$

【指标导向】逐步降低

（六）足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 < 7 分发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，足月新生儿（分娩孕周 ≥ 37 周）出生后5分钟Apgar评分 < 7分人数占同期内足月活产儿总数的比例。

【计算方法】

$$\text{足月新生儿5分钟Apgar评分} < 7 \text{分发生率} = \frac{\text{足月新生儿5分钟Apgar评分} < 7 \text{分人数}}{\text{同期足月活产儿总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（七）孕产妇死亡活产比

【指标属性】定量指标

【计量单位】十万分比

【指标定义】单位时间内，孕产妇在孕期至产后42天内因各种原因造成的孕产妇死亡人数占同期活产数的比例。

【计算方法】

$$\text{孕产妇死亡活产比} = \frac{\text{孕产妇死亡人数}}{\text{同期活产数}} \times \frac{100000}{100000}$$

【指标导向】逐步降低

十、神经系统疾病医疗质量控制指标

（一）癫痫与惊厥癫痫持续状态

1. 癫痫发作频率记录率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院癫痫患者中各种发作类型的发作频率均得到记录的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{癫痫发作频率记录率} = \frac{\text{各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 抗癫痫药物严重不良反应发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院癫痫患者病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的人次数与同期住院癫痫患者总人次数的比值。

【计算方法】

$$\text{抗癫痫药物严重不良反应发生率} = \frac{\text{病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的住院癫痫患者人次数}}{\text{同期住院癫痫患者总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

3. 癫痫患者病因学检查完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院癫痫患者完成神经影像学检查（如头颅CT或核磁共振）及脑电图学相关检查（普通或视频长程脑电图）的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者病因学检查完成率} = \frac{\text{完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 癫痫患者择期手术在院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，所有住院行癫痫择期手术的癫痫患者术后在院死亡率。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者择期手术在院死亡率} = \frac{\text{行癫痫择期手术后在院死亡患者数}}{\text{同期住院行癫痫择期手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

5. 癫痫患者术后并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，所有住院行癫痫手术的癫痫患者术后并发症发生率。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者术后并发症发生率} = \frac{\text{行癫痫手术后在院并发症发生人数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 癫痫患者术后病理明确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，所有住院行癫痫病灶切除手术的癫痫患者术后病理结果明确率。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者术后病理明确率} = \frac{\text{行癫痫手术后病理明确患者数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7. 癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，所有住院行手术治疗的癫痫患者出院时继续抗癫痫药物治疗率。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率} \\ &= \frac{\text{出院时继续抗癫痫药物治疗的癫痫手术患者数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

8. 惊厥性癫痫持续状态发作控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，惊厥性癫痫持续状态患者中发作在接诊后1小时内得到控制的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{惊厥性癫痫持续状态发作控制率} \\ &= \frac{\text{发作在接诊后1小时内得到控制的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

9. 惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中应用指南推荐的初始治疗标准方案治疗的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率} \\ \text{应用标准初始治疗方案治疗的住院惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

10. 在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院72小时内完成神经影像学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率} \\ \text{入院 72 小时内完成神经影像学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

11. 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中院内死亡的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二）脑梗死

1. 脑梗死患者神经功能缺损评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，入院时采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)进行神经功能缺损评估的脑梗死患者数，占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{脑梗死患者神经功能缺损评估率}}{\text{入院时行神经功能缺损 NIHSS评估的脑梗死患者数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者中，30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的患者所占的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率}}{\text{入发病24小时内急诊就诊的脑梗死患30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 发病24小时内脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室检查完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，发病24小时内到急诊就诊行实验室检查（包括血常规、血糖、凝血、电解质、肝肾功能）的脑梗死患者中，45分钟内获得临床实验室诊断信息的患者所占的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{发病24小时内脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室检查完成率} \\ &= \frac{\text{发病24小时内急诊就诊脑梗死患者45分钟内获得临床实验室诊断信息的人数}}{\text{同期发病24小时内急诊就诊行实验室检查的脑梗死患者总数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

4.发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数占同期发病4.5小时内到院的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率} \\ &= \frac{\text{发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期发病4.5小时到院的脑梗死患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

5.静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于60分钟的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，从到院到给予静脉溶栓药物的时间（DNT）小于60分钟的脑梗死患者数，占同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于60分钟的比例} \\ &= \frac{\text{静脉溶栓DNT小于60分钟的脑梗死患者数}}{\text{同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

6.发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，在发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数，占同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率} \\ \text{发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数}}{\text{同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

7.脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率} \\ \text{入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】抗血小板药物包括阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛、西洛他唑、吲哚布芬、双嘧达莫、阿昔单抗、替罗非班、依替非巴肽。

8.非致残性脑梗死患者发病24小时内双重强化抗血小板药物治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，发病24小时内给予阿司匹林和氯吡格雷强化抗血小板药物治疗的非致残性脑梗死（NIHSS≤3分）患者数，占同期住院非致残性脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{非致残性脑梗死患者发病24小时内双重强化抗血小板药物治疗率}}{\text{发病24小时内给予双重强化抗血小板治疗的非致残性脑梗死患者数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

9.脑梗死患者康复评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，进行康复评估的住院脑梗死患者数，占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑梗死患者康复评估率} = \frac{\text{进行康复评估的住院脑梗死患者数}}{\text{同期脑梗死住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

10.脑梗死患者住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，在住院期间死亡的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑梗死患者住院死亡率} = \frac{\text{住院期间死亡的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（三）帕金森病

住院帕金森病患者完成头颅MRI或CT检查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，进行头部MRI或CT检查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{住院帕金森病患者完成头颅MRI或CT检查率}}{\text{进行头颅MRI或CT检查的住院帕金森病患者数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（四）颈动脉支架置入术

1. 颈动脉支架置入术患者术前mRS评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，术前行改良Rankin量表(mRS)评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前mRS评估率}}{\text{术前行mRS评估的颈动脉支架置入术患者数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率} \\ & = \frac{\text{术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

3.颈动脉支架置入术手术指征符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{颈动脉支架置入术手术指征符合率} \\ & = \frac{\text{符合指征的颈动脉支架置入术手术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

（1）无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率

$$\begin{aligned} & \text{无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率} \\ & = \frac{\text{无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

（2）症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率

$$\begin{aligned} & \text{症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率} \\ & = \frac{\text{症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

4.颈动脉支架置入术技术成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，颈动脉支架置入术技术成功人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{颈动脉支架置入术技术成功率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术技术成功人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5.颈动脉支架置入术并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，发生并发症的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{颈动脉支架置入术并发症发生率} \\ &= \frac{\text{发生并发症的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】颈动脉支架置入术并发症包含：

（1）心血管并发症：颈动脉窦压力反射包括心动过缓、低血压和血管迷走神经反应；持续的低血压；围术期心肌梗死、心衰。

（2）缺血性并发症：栓子脱落栓塞、血栓形成、血管痉挛、动脉夹层等导致TIA和缺血性卒中。

（3）颅内出血：脑过度灌注综合征、高血压脑出血（主要位于基底节部位）、脑梗死后出血转化、合并颅内出血性疾病、血管穿孔。

（4）其他并发症：支架释放失败、支架变形、支架释放后移位、穿刺部位损伤、造影剂肾病。

6.颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后住院期间、术后30天卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

(1) 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率

$$= \frac{\text{颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率} \\ \text{颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

(2) 颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡发生率

颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡发生率

$$= \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后30天、术后1年发生同侧缺血性卒中人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率

$$= \frac{\text{动脉支架置入术患者术后30天发生同侧缺血性卒中人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(五) 脑血管造影术

1. 脑血管造影术(DSA)前无创影像评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，脑血管造影术前完善无创影像评估人数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率

$$= \frac{\text{脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 脑血管造影术造影阳性率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，脑血管造影术检查有异常发现的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑血管造影术造影阳性率} = \frac{\text{脑血管造影术检查有异常发现的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

3. 脑血管造影术严重并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，脑血管造影术发生严重并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{脑血管造影术严重并发症发生率}}{\text{脑血管造影术发生严重并发症的患者数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

4. 脑血管造影术穿刺点并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑血管造影术穿刺点并发症发生率} = \frac{\text{脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

5. 脑血管造影术死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，脑血管造影术后住院期间死亡患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑血管造影术死亡率} = \frac{\text{脑血管造影术后住院期间死亡患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

十一、肾病专业医疗质量控制指标

（一）IgA 肾病

1. 肾活检患者术前检查完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肾活检患者2周内完成全部相关术前检查的比例。

【计算方法】

$$\text{肾活检患者术前检查完成率} = \frac{\text{2周内完成术前检查的肾活检患者数}}{\text{同期肾活检患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】肾活检前必需的检查项目包括：（1）血常规、尿常规。（2）肝肾功能、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、HIV）、补体C3、免疫球蛋白IgA、血型。（3）24小时尿蛋白定量。（4）超声检查（包括双肾形态和大小、输尿管和膀胱），以上所有检查均完成定义为完成检查。

2.肾脏病理切片染色规范率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肾活检术后2周内规范完成肾脏病理切片染色的患者比例。

【计算方法】

$$\text{肾脏病理切片染色规范率} = \frac{\text{肾活检术后 2 周内规范完成肾脏病理切片染色患者数}}{\text{同期完成肾脏病理切片染色的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】病理切片染色至少包括：光镜染色（HE、PAS、Masson、PASM）和免疫荧光染色（IgG、IgA、IgM、C3、C4或C1q、Fib），以上所有染色均完成定义为染色规范。

3.IgA肾病患者病理分型诊断率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者比例。

【计算方法】

$$\text{IgA 肾病患者病理分型诊断率} = \frac{\text{肾活检术后 2 周内完成肾脏病理分型诊断的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期完成肾脏病理分型诊断 IgA 的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】病理分型为Lee分级、Haas分型或Oxford分型中的任意一种即可。

4.IgA肾病患者RAS阻断剂的使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者中使用RAS阻断剂的比例。

【计算方法】

$$\text{IgA 肾病患者 RAS 阻断剂使用率} = \frac{\text{使用 RAS 阻断剂的 Ig A 肾病患者数}}{\text{同期适合使用 RAS 阻断剂的 Ig A 肾病患者数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】肾素-血管紧张素系统（RAS）阻断剂是指血管紧张素转化酶抑制剂如贝那普利、福辛普利、培哚普利等和血管紧张素受体拮抗剂如氯沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦等，适应症为24h尿蛋白定量 > 1g且病人可耐受、无RAS阻断剂应用禁忌症。禁忌症为双侧肾动脉狭窄或只有单侧肾脏而肾动脉狭窄或重度肾功能不全或低血压状态。

5.IgA肾病患者随访完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】IgA肾病患者完成随访的患者比例。

【计算方法】

$$\text{Ig A 肾病患者随访完成率} = \frac{\text{完成随访的Ig A肾病患者数}}{\text{同期Ig A肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】随访内容包含：（1）每3个月完成IgA肾病患者尿常规、24小时尿蛋白定量（或Up/Ucr）检查。（2）每6个月完成IgA肾病患者血常规、肾功能、肝功能、血钾、空腹血糖检查。

6.IgA肾病患者血压控制达标率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】血压 < 130/80mmHg的IgA肾病患者占同期随访的IgA肾病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{IgA肾病患者血压控制达标率} \\ &= \frac{\text{血压} < 130 / 80 \text{ mmHg 的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期随访的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】血压 < 130/80mmHg，要求收缩压和舒张压均达标。

7.肾功能恶化率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】治疗6个月后，血肌酐倍增的IgA肾病患者比例。

【计算方法】

$$\text{肾功能恶化率} = \frac{\text{治疗 6 个月后,血肌酐倍增的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期随访的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】血肌酐倍增指血肌酐升高至基线值的2倍，基线值是治疗前患者血肌酐值。

8.治疗6个月后24小时尿蛋白 < 1g的患者比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】IgA肾病随访患者中治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白} < 1 \text{ g 的患者比例} \\ &= \frac{\text{治疗 6 个月后, 24 小时尿蛋白} < 1 \text{ g 的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期随访的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

9.肾活检严重并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肾活检发生严重并发症的患者比例。

【计算方法】

$$\text{肾活检严重并发症发生率} = \frac{\text{肾活检发生严重并发症的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期完成肾活检术的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】严重并发症是指需要介入止血、肾切除方法干预治疗的并发症。

10. 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】IgA肾病患者应用激素、免疫抑制剂6个月内出现严重并发症的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率} \\ = & \frac{\text{应用激素、免疫抑制剂治疗 6 个月内出现严重并发症发生的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期应用激素、免疫抑制剂治疗的 IgA 肾病患者总数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】严重并发症包含伴有呼吸衰竭的肺部感染、股骨头坏死、消化道出血。

（二）血液净化技术

1. 治疗室消毒合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】血液透析室（中心）/腹膜透析室治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。

【计算方法】

$$\text{血液透析治疗室消毒合格率} = \frac{\text{血液透析治疗室消毒合格的月份数量}}{12} \times 100\%$$

$$\text{腹膜透析治疗室消毒合格率} = \frac{\text{腹膜透析治疗室消毒合格的月份数量}}{12} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】合格标准为：空气平均菌落数 ≤ 4.0 （5分钟）CFU/皿和物品表面平均菌落数 ≤ 10.0 CFU/cm²。

2.透析用水生物污染检验合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】血液透析室（中心）的透析用水生物污染检验合格的月份/季度在当年所占的比例。

【计算方法】

$$\text{透析用水生物污染检验合格率} = \frac{\text{透析用水生物污染检验合格月份数量(或季度)}}{12 \text{ (或 4)}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】合格标准为：每月透析用水检验的细菌落数 ≤ 100 CFU/MI,每3个月检验的内毒素 ≤ 0.25 EU/mL，2项指标均符合为合格；并符合《血液透析和相关治疗用水》（YY0572-2015）标准。

3.腹膜透析患者尿素清除指数（Kt/V）和总内生肌酐清除率（Ccr）控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，Kt/V ≥ 1.7 /周且总Ccr ≥ 50 L/1.73m²/周的腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{腹膜透析 Kt/V 及总 C Cr 控制率} = \frac{\text{Kt/V} \geq 1.7 \text{ 及总 C Cr} \geq 50 \text{ L/1.73 m}^2 \text{ /周的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】总Ccr包括残肾Ccr和腹膜透析Ccr。

4.透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每6个月，完成β2微球蛋白检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{维持性透析患者 } \beta 2 \text{ 微球蛋白定时检验完成率}}{\text{每 6 个月完成 } \beta 2 \text{ 微球蛋白维持性血液透析患者数}} \times 100\%$$
$$= \frac{\text{同期维持性血液透析患者总数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{腹膜透析患者 } \beta 2 \text{ 微球蛋白定时检验完成率}}{\text{每 6 个月完成 } \beta 2 \text{ 微球蛋白腹膜透析患者数}} \times 100\%$$
$$= \frac{\text{同期腹膜透析患者总数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

5.血液透析患者透析间期体重增长控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，透析间期体重增长 < 5%的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{血液透析患者透析间期体重增长控制率}}{\text{透析间期体重增长 } < 5 \% \text{ 的维持性血液透析患者数}} \times 100\%$$
$$= \frac{\text{同期维持性血液透析患者总数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

6.维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，同一动静脉内瘘持续使用时间 > 2年的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{维持性血液透析患者动静脉内瘘长期使用率}}{\text{同一动静脉瘘持续使用时间 > 2 年的维持性血液透析患者数}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{同期维持性血液透析患者总数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

7.腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每6个月，完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{腹膜平衡试验记录定时完成率}}{\text{6 个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{同期腹膜透析患者总数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

8.腹膜透析退出患者治疗时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】月

【指标定义】单位时间内，退出患者的平均腹膜透析时间。

【计算方法】

$$\text{退出患者治疗时间} = \frac{\text{退出患者腹膜透析病人月总和}}{\text{同期退出腹膜透析患者数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】退出患者是指退出腹膜透析治疗的患者，不包括因肾移植和肾功能恢复而退出患者。

9.透析患者血常规定时检验率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每3个月，完成血常规检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者血常规定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 3 个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{腹膜透析患者血常规定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 3 个月完成血常规检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

10.透析患者血液生化定时检验率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每3个月，完成血液生化检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者血液生化定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 3 个月完成血液生化检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{腹膜透析患者血液生化定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 3 个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】血液生化项目包括采集血清检测谷丙转氨酶、谷草转氨酶、白蛋白、肌酐、尿素氮、尿酸、钾、钠、钙、磷、葡萄糖、甘油三酯、总胆固醇。

11.透析患者全段甲状旁腺素（iPTH）定时检验完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每6个月，完成全段甲状旁腺素(iPTH)检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 6 个月完成 PTH 检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 6 个月完成 PTH 检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

12. 透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每6个月，完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者血清蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 6 个月完成血清蛋白和转铁蛋白饱和度的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{腹膜透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 6 个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】应同时完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检测。

13. 透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每6个月，完成C反应蛋白（CRP）检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者 CRP 定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 6 个月完成 CRP 检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{腹膜透析患者 CRP 定时检验完成率} \\ = & \frac{\text{每 6 个月完成 CRP 检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

14.透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常（CKD-MBD）指标控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，CKD-MBD指标控制达标的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者 CKB - MBD 指标控制率} \\ = & \frac{\text{CKB - MBD 指标控制达标的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{腹膜透析患者 CKD - MBD 指标控制率} \\ = & \frac{\text{CKD - MBD 指标控制的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】CKD-MBD指标控制达标的定义：血钙水平在2.10-2.50mmol/L、血磷水平在1.13-1.78mmol/L、iPTH水平在正常值上限2-9倍。需要3项指标同时达标。

15.透析患者血清白蛋白控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，血清白蛋白35g/L的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者血清白蛋白控制率} \\ = & \frac{\text{血清白蛋白} \geq 35 \text{ g / L 的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{腹膜透析患者血清白蛋白控制率} \\ = & \frac{\text{血清白蛋白} \geq 35 \text{ g / L 的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

十二、护理专业医疗质量控制指标

(一) 床护比

1. 医疗机构床护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】1: X

【指标定义】单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{医疗机构床护比}(1 : X) = 1 : \frac{\text{医疗机构执业护士人数}}{\text{同期实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】(1) 护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在护理岗位工作的护士。

包含：临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其它护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假（含病产假）护士。

排除：医疗机构职能部门、后勤部门、医保等非护理岗位护士，未取得护士执业资格人员，未在本院注册的护士。

(2) 实际开放床位数指医疗机构实际长期固定开放的床位数。

包含：编制床位数；除编制床位外，经医疗机构确认有固定物理空间和标准床单位配置、可以常规收治患者的床位数；开放时间≥统计周期1/2的床位数。

排除：急诊抢救床位、急诊观察床位、手术室床位、麻醉恢复室床位、血液透析室床位、接产室的待产床和接产床、母婴同室新生儿床、检查床、治疗床、临时加床。

2.病区床护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】1：X

【指标定义】单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构病区执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{病区床护比}(1:X) = 1 : \frac{\text{医疗机构病区执业护士人数}}{\text{同期实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称（包含重症医学科）。

3.儿科病区床护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】1：X

【指标定义】单位时间内，儿科病区实际开放床位与儿科病区所配备的执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{儿科病区床护比}(1:X) = 1 : \frac{\text{儿科病区执业护士人数}}{\text{同期儿科病区实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】儿科病区指独立设置的收治儿童患者（小于等于18岁）的病区。

包含：儿童呼吸、消化、神经、泌尿、血液、内分泌等内外科疾病的儿童病区。

排除：新生儿病区、新生儿重症监护病区（NICU）、儿童重症监护病区（PICU）、儿科门诊、急诊等。

（二）每住院患者 24 小时平均护理时数

【指标属性】定量指标

【计量单位】小时/床日

【指标定义】单位时间内，医疗机构病区执业护士实际上班小时数与住院患者实际占用床日数的比。

【计算方法】

$$\text{每住院患者 24 小时平均护理时数} = \frac{\text{医疗机构病区执业护士实际上班小时数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}}$$

【指标导向】监测比较

（三）不同级别护士配置占比

1.病区5年以下护士占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，在病区工作、工作年限 < 5年的护士在病区执业护士中所占的比例。

【计算方法】

$$\text{病区 5 年以下护士占比} = \frac{\text{病区工作年限} < 5 \text{ 年的护士总数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

2.病区20年及以上护士占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，在病区工作、工作年限 ≥ 20年的护士在病区执业护士中所占的比例。

【计算方法】

$$\text{20 年及以上护士占比} = \frac{\text{病区工作年限} \geq 20 \text{ 年的护士总数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】（1）工作年限：指护士在医疗机构注册以后的工作时间。包括在其他医疗机构参加工作的时间、试用期。不包括实习期、待业期。

（2）病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称（包含重症医学科）。

（3）病区护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在病区护理岗位工作的护士。

包含：病区临床护理岗位护士、病区护士长（副护士长）、病区护理岗位的休假（含病产假）的护士。

（四）护士离职率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{护士离职率} = \frac{\text{护士离职人数}}{(\text{期初医疗机构执业护士总人数} + \text{期末医疗机构执业护士总人数}) / 2} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】离职指自愿离职。

排除：因退休、死亡或被辞退而离开医疗机构的护士；在同一医疗机构岗位调整的护士。

（五）住院患者身体约束率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院患者身体约束日数与住院患者实际占用床日数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者身体约束率} = \frac{\text{住院患者身体约束日数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】（1）身体约束是指通过使用相关器具或设备附加在或临近于患者的身体（该器具或设备不能被患者自行控制或轻易移除），限制其身体或身体某部位自由活动和（或）触及自己身体的某部位。

（2）单位时间内每位住院患者每天不论约束1个或多个部位、不论约束时长，均计为1日。

排除：术中因体位需要的约束；麻醉恢复室的约束；药物约束；床档约束（为预防患者坠床等原因使用护栏固定于床边两侧）；因疾病需要的空间约束；矫形器、模型固定器、牵引器等治疗设施的固定；儿童注射临时制动；新生儿日常包裹。

（六）住院患者跌倒发生率

1.住院患者跌倒发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】单位时间内，住院患者发生跌倒例次数（包括造成或未造成伤害）与住院患者实际占用床日数的千分比。

【计算方法】

$$\text{住院患者跌倒发生率} = \frac{\text{住院患者跌倒例次数}}{\text{同期住院患者实际占用总床日数}} \times 1000\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】统计住院患者在医疗机构任何场所发生的跌倒例次数。同一患者多次跌倒按实际发生例次计算。

包含：坠床。

排除：非医疗机构场所发生的跌倒、非住院患者（门诊、急诊留观室等）发生的跌倒、住院患儿生理性跌倒（小儿行走中无伤害跌倒）。

2.住院患者跌倒伤害占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】跌倒伤害指住院患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡。住院患者跌倒伤害占比指单位时间内住院患者跌倒伤害例次数占住院患者发生的跌倒例次数的比例。

说明：跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重度例次数和跌倒死亡例数四项之和，应小于或等于跌倒发生总例次数。

轻度（严重程度1级）指住院患者跌倒导致青肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。

中度（严重程度2级）指住院患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、使用皮肤胶、夹板固定等。

重度（严重程度3级）指住院患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。

死亡指住院患者因跌倒受伤而死亡，而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死。

排除：无伤害的跌倒。

【计算方法】

$$\text{住院患者跌倒伤害占比} = \frac{\text{住院患者跌倒伤害总例数}}{\text{同期住院患者跌倒例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】说明：跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重度例次数和跌倒死亡例数四项之和，应小于或等于跌倒发生总例次数。

轻度（严重程度1级）指住院患者跌倒导致青肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。

中度（严重程度2级）指住院患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、使用皮肤胶、夹板固定等。

重度（严重程度3级）指住院患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。

死亡指住院患者因跌倒受伤而死亡，而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死。

排除：无伤害的跌倒。

（七）住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率} = \frac{\text{住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】（1）单位时间内患者入院24小时后新发的2期及以上压力性损伤例数。院外带入压力性损伤患者，若入院24小时后新发生的2期及以上压力性损伤计作1例。同一患者单位时间内发生1处或多处2期及以上压力性损伤（包括在不同科室发生的压力性损伤），均计作1例，期别按最高期别统计。压力性损伤分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义与分期（2016版）》界定。

包含：2期及以上压力性损伤，深部组织损伤、不可分期、医疗器械相关性压力性损伤、粘膜压力性损伤。

排除：因动脉阻塞、静脉功能不全、糖尿病相关神经病变或失禁性皮炎等造成的皮肤损伤；社区获得性压力性损伤。

（2）住院患者总数为统计周期期初在院患者数与单位时间内新入院患者数之和。

包含：所有办理住院手续的患者。

排除：办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。

（八）置管患者非计划拔管率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】非计划拔管又称意外拔管，是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管，即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。

【计算方法】

1.气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率

$$\begin{aligned} & \text{气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管率} \\ &= \frac{\text{气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管例次数}}{\text{同期气管导管(气管插管、气管切开)留置总日数}} \times 1000\text{‰} \end{aligned}$$

2.经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率

$$\begin{aligned} & \text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率} \\ &= \frac{\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数}}{\text{同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数}} \times 1000\text{‰} \end{aligned}$$

3.导尿管非计划拔管率

$$\text{导尿管非计划拔管率} = \frac{\text{导尿管非计划拔管例次数}}{\text{同期导尿管留置总日数}} \times 1000\text{‰}$$

4.中心静脉导管（CVC）非计划拔管率

$$\text{CVC 非计划拔管率} = \frac{\text{CVC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 CVC 留置总日数}} \times 1000\text{‰}$$

5.经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率

$$\text{PICC 非计划拔管率} = \frac{\text{PICC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 PICC 留置总日数}} \times 1000\text{‰}$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】（1）某导管非计划拔管例次数指单位时间内留置某类导管的住院患者发生该类导管非计划拔管的例次数。同一住院患者在单位时间内发生的导管非计划拔管例次数按实际发生频次计算。

包含：患者自行拔除的导管；各种原因导致的导管滑脱；因导管质量问题及导管堵塞等情况需要提前拔除的导管；因导管相关感染需提前拔除的导管。

排除：医生根据患者病情转归程度，达到拔除导管指征，医嘱拔除导管；导管留置时间达到上限，应拔除或更换导管；非住院患者拔管，如门诊患者和急诊抢救患者。

(2) 某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越0点1次计作1日，当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始，每跨越0点1次计作1日；带管出院患者以出院日期为止。

包含：住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。

排除：一次性插管患者插管日数、门急诊等非住院病区置管患者的留置日数。

十三、药事管理专业医疗质量控制指标

(一) 药学专业技术人员占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。

【计算方法】

$$\text{药学专业技术人员占比} = \frac{\text{药学专业技术人员数}}{\text{同期医疗机构卫生专业技术人员总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职人员。卫生专业技术人员是指由医疗机构聘任的在职卫生专业技术人员，不含后勤等辅助部门的人员。

(二) 处方审核率

1. 门诊处方审核率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 急诊处方审核率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】药品收费前药师审核急诊处方人次数占同期急诊处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核急诊处方人次数}}{\text{同期急诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】（1）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，并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。

（2）急诊处方审核率仅统计急诊患者，急诊留观和抢救患者除外。

（三）住院用药医嘱审核率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数占同期住院患者用药医嘱总条目数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院用药医嘱审核率} = \frac{\text{药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数}}{\text{同期住院患者用药医嘱条目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】为便于统计，住院患者用药医嘱（总）条目数均以出院患者用药医嘱（总）条目数计算。

（四）静脉用药集中调配医嘱干预率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】药师审核静脉用药集中调配医嘱时发现不适宜医嘱，经过沟通，医师同意对不适宜静脉用药集中调配医嘱进行修改的医嘱条目数占同期静脉用药集中调配医嘱总条目数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{静脉用药集中调配医嘱干预率} \\ &= \frac{\text{医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数}}{\text{同期静脉用药集中调配医嘱总条目数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

（五）点评处方占处方总数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度点评处方数占处方总数的比例，点评处方包括点评门急诊处方和点评出院患者住院医嘱两部分。

【计算方法】

$$\begin{aligned} \text{点评处方占处方总数的比例} &= \frac{\text{点评处方数}}{\text{处方总数}} \times 100\% \\ \text{点评出院患者医嘱比例} &= \frac{\text{出院患者住院医嘱点评数}}{\text{同期出院人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

（六）门诊处方合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】合格的门诊处方人次数占同期点评门诊处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊处方合格率} = \frac{\text{合格的门诊处方人次数}}{\text{同期点评门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（七）住院患者药学监护率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者药学监护率} = \frac{\text{实施药学监护的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（八）严重或新的药品不良反应上报率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】医疗机构单位时间内上报的严重或新的药品不良反应人数占同期用药患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{严重或新的药品不良反应上报率} = \frac{\text{严重或新的药品不良反应上报人数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（九）住院患者抗菌药物使用情况

1.住院患者抗菌药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】住院患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{住院患者使用抗菌药物人数}}{\text{同期医疗机构住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】为便于统计,住院患者使用抗菌药物人数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

2.住院患者抗菌药物使用强度

【指标属性】定量指标

【计量单位】DDD

【指标定义】住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的DDD数。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院患者抗菌药物使用强度} \\ & = \frac{\text{住院患者抗菌药物使用量(累计 DDD数)}}{\text{同期住院患者床日数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

3.住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占同期住院患者抗菌药物使用量的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比} \\ & = \frac{\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量(累计 DDD数)}}{\text{同期住院患者抗菌药物使用量(累计 DDD数)}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

4.1类切口手术抗菌药物预防使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期I类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{I类切口手术抗菌药物预防使用率} \\ &= \frac{\text{I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

（十）住院患者静脉输液使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者静脉输液使用率} = \frac{\text{使用静脉输液的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】（1）静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。

（2）同一患者使用多种静脉输注药物（含中药注射剂），记为1例。

（3）为便于统计，使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

（十一）住院患者中药注射剂静脉输液使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】使用中药注射剂静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院患者中药注射剂静脉输液使用率} \\ &= \frac{\text{使用中药注射剂静脉输液住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】（1）中药注射剂指批准文号为国药准字“Z”开头的注射剂。

（2）为便于统计，使用中药注射剂静脉输液住院患者数和住院患者总数均以出院患者数计算。

（十二）急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】急诊静脉使用糖皮质激素的患者数占同期急诊患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率} = \frac{\text{急诊患者静脉使用糖皮质激素人数}}{\text{同期急诊患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】对不能区分门急诊的基层医疗机构按门诊患者计算。

（十三）住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院患者质子泵抑制剂预防使用率} \\ &= \frac{\text{静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】（1）质子泵抑制药包括奥美拉唑、艾司奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑、艾普拉唑、埃索美拉唑。

（2）为便于统计，静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

第四章 单病种（术种）质量控制指标

数据来源：

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- (2) 全国医院质量监测系统（HQMS）
- (3) 国家单病种质量监测平台
- (4) 广东省卫生健康统计信息网络直报系统

单病种质量控制指标：一至十九

一、急性心肌梗死（ST段抬高型，首次住院）：主要诊断ICD-10编码：I21.0至I21.3，I21.9的出院患者。

二、心力衰竭：主要诊断原发病ICD-10编码：I05至I09，或I11至I13，或I20至I21，或I40至I41，或I42至I43伴第二诊断为I50的出院患者。

三、房颤：主要诊断ICD-10编码：I48的出院患者。

四、脑梗死（首次住院）：主要诊断ICD-10编码：I63.0至I63.9的出院患者。

五、短暂性脑缺血发作：主要诊断ICD-10编码：G45.0至G45.9的出院患者。

六、脑出血：主要诊断ICD-10编码：I61.0至I61.9的出院患者。

七、惊厥性癫痫持续状态：主要诊断ICD-10编码：G41.0，G41.8，G41.9的出院患者。

八、帕金森病：主要诊断ICD-10编码：G20.x00的出院患者。

九、社区获得性肺炎（成人，首次住院）：主要诊断ICD-10编码：J13至J16，J18；年龄 ≥ 18 岁的出院患者。

十、社区获得性肺炎（儿童，首次住院）：主要诊断ICD-10编码：J13至J16，J18；2岁 \leq 年龄 < 18 岁的出院患儿。

十一、慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）：主要诊断ICD-10编码：J44.0，J44.1的出院患者。

十二、哮喘（成人，急性发作，住院）：主要诊断ICD-10编码：J45，J46；年龄 ≥ 18 岁的出院患者。

十三、哮喘（儿童，住院）：主要诊断ICD-10编码：J45，J46；2岁≤年龄<18岁的出院患儿。

十四、糖尿病肾病：主要诊断和其他诊断ICD-10编码：E10至E14，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：55.23的非产妇出院患者。

十五、住院精神疾病：主要诊断ICD-10编码：F00-F99的出院患者。

十六、感染性休克早期治疗：主要诊断/其他诊断ICD-10编码：A02.1，A22.7，A32.7，A40.1至A40.9，A41.0至A41.9，A42.7，A54.8，B37.7，R57.2的出院患者。

十七、儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）：主要诊断ICD-10编码：C91.0，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：99.25的出院患儿。

十八、儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）：主要诊断ICD-10编码：C92.4，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：99.25的出院患儿。

十九、HBV感染分娩母婴阻断：主要诊断ICD-10编码：O98.4，Z22.5+O80至O84+Z37；且伴①阴道分娩操作ICD-9-CM-3编码72.0至72.9，73.0，73.1，73.21，73.4至73.6，73.9；或②剖宫产手术ICD9-CM-3编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99的出院患者。

以上19个单病种（一至十九），各监测4条一级指标，分别为病例上报率、平均住院日、次均费用、病死率，共76条一级指标。指标解释具体为：

（一）病例上报率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。

【计算方法】

$$\text{病例上报率} = \frac{\text{年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数}}{\text{同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（二）平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{某病种出院患者占用总床日数}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】逐步降低

（三）次均费用

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。

【计算方法】

$$\text{次均费用} = \frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】逐步降低

（四）病死率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。

【计算方法】

$$\text{病死率} = \frac{\text{某病种死亡人数}}{\text{同期某病种例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

单病种质量控制指标：二十至四十五

二十、冠状动脉旁路移植术：主要手术ICD-9-CM-3编码：36.1的手术出院患者。

二十一、主动脉瓣置换术：主要手术ICD-9-CM-3编码：35.0，35.2的手术出院患者。

二十二、二尖瓣置换术：主要手术ICD-9-CM-3编码：35.02，35.12，35.23，35.24的手术出院患者。

二十三、房间隔缺损手术：主要手术ICD-9-CM-3编码：35.51，35.52，35.61，35.71的手术出院患者。

二十四、室间隔缺损手术：主要手术ICD-9-CM-3编码：35.53，35.55，35.62，35.72的手术出院患者。

二十五、脑膜瘤（初发，手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：C70.0，C70.9，D32.0，D32.9，D42.9，且伴ICD-9-CM-3编码：01.51，01.59的手术出院患者。

二十六、胶质瘤（初发，手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：C71，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：01.52至01.59的手术出院患者。

二十七、垂体腺瘤（初发，手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：D35.2，C75.1，D44.3，E22.0，E23.6，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：07.61至07.69，07.71，07.72，07.79和01.59的手术出院患者。

二十八、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：I60.0至I60.9，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：01.3，02.2，02.3，38.3，38.4，38.6，39.5的手术出院患者。

二十九、髋关节置换术：主要手术ICD-9-CM-3编码：00.7，81.51至81.53的手术出院患者。

三十、膝关节置换术：主要手术ICD-9-CM-3编码：00.80至00.83，81.54，81.55的手术出院患者。

三十一、发育性髋关节发育不良（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：Q65.0至Q65.6，Q65.8，Q65.9，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：79.85，77.25，77.29；1岁≤年龄≤8岁（旧称先天性髋关节脱位）的手术出院患儿。

三十二、剖宫产：主要手术ICD-9-CM-3编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99的手术出院患者。

三十三、异位妊娠（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：O00开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：66.01，66.02，66.62，66.95，74.30的手术出院患者。

三十四、子宫肌瘤（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码与名称：D25开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：68.29，68.3至68.5，68.9的手术出院患者。

三十五、肺癌（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：C34开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：32.2至32.6，32.9的手术出院患者。

三十六、甲状腺癌（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：C73开头，且伴主要手术操作ICD-9-CM-3编码：06.2至06.5的手术出院患者。

三十七、乳腺癌（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：C50开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：85.2至85.4的手术出院患者。

三十八、胃癌（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：C16开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：43.4至43.9的手术出院患者。

三十九、结肠癌（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：C18，D01.0；且伴主要手术操作ICD-9-CM-3编码：45.4,45.73至45.79,45.8的手术出院患者。

四十、宫颈癌（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：C53开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：67.2至67.4，68.4至68.7的手术出院患者。

四十一、舌鳞状细胞癌（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：C01，C02，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：25.1至25.4，40.4的手术出院患者。

四十二、腮腺肿瘤（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：D11.0，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：26.2，26.3伴04.42的手术出院患者。

四十三、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：H26.2，H40.0，H40.2，H40.9且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：10.1，10.49，10.6，10.91，10.99，12.11，12.12，12.64，12.66，12.67，12.71至12.73，12.79，12.83，12.85，12.87，12.91，12.92，12.99，13.19，13.3，13.41，13.59，13.70，13.71，13.90，14.73，14.74，14.79的手术出院患者。

四十四、复杂性视网膜脱离（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：E10.3, E11.3, E14.3, H33.0至H33.5, H59.8, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.73, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 14.75, 14.9的手术出院患者。

四十五、甲状腺结节（手术治疗）：主要诊断ICD-10编码：D34, E04.0, E04.1, E04.2, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：06.2至06.5的手术出院患者。

以上26个单病种（二十至四十五），各监测5条一级指标，分别为病例上报率、平均住院日、次均费用、病死率、手术患者并发症发生率，共130条一级指标。指标解释具体为：

（一）病例上报率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】逐步提高

（二）平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{某病种出院患者占用总床日数}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】逐步降低

（三）次均费用

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。

【计算方法】

$$\text{次均费用} = \frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】逐步降低

（四）病死率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。

【计算方法】

$$\text{病死率} = \frac{\text{某病种死亡人数}}{\text{同期某病种例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（五）手术患者并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者并发症发生率} = \frac{\text{某病种手术患者并发症发生例数}}{\text{同期某病种出院的手术患者人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】手术患者并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况，包括：手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉栓塞、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。

单病种质量控制指标：四十六至五十一

四十六、终末期肾病血液透析：主要诊断ICD-10编码：N18.0，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：38.95，39.27，39.42，39.95的血液透析患者。

四十七、终末期肾病腹膜透析：主要诊断ICD-10编码：N18.0，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：54.98的腹膜透析患者。

四十八、口腔种植术：主要手术ICD-9-CM-3编码：23.5，23.6的门诊或者76.09，76.91，76.92，22.79的手术出院患者。

四十九、围手术期预防感染：主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者：

- 1.甲状腺叶切除术：06.2至06.5
- 2.膝半月软骨切除术：80.6
- 3.晶状体相关手术：13.0至13.9
- 4.腹股沟疝相关手术：17.11至17.13，17.21至17.24，53.00至53.17
- 5.乳房组织相关手术：85.2至85.4
- 6.动脉内膜切除术：38.1
- 7.足和踝关节固定术和关节制动术：81.1
- 8.其他颅骨切开术：01.24
- 9.椎间盘切除术或破坏术：80.50至80.59
- 10.骨折切开复位+内固定术：03.53，21.72，76.72至76.79，79.30至79.39
- 11.关节脱位切开复位内固定术：76.94，79.8
- 12.骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除：78.5至78.6
- 13.卵巢相关手术：65.2至65.6
- 14.肌腱相关手术：83.11至83.14

15. 睾丸相关手术： 62.0至62.9
16. 阴茎相关手术： 64.0至64.4
17. 室间隔缺损修补术： 35.62
18. 房间隔缺损修补术： 35.61
19. 髋关节置换术： 00.7, 81.51至81.53
20. 膝关节置换术： 00.80至00.83, 81.54, 81.55
21. 冠状动脉旁路移植术： 36.1
22. 剖宫产： 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99

五十、围手术期预防深静脉血栓栓塞：主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者：

1. 闭合性心脏瓣膜切开术： 35.00至35.04
2. 心脏瓣膜切开和其他置换术： 35.20至35.28
3. 脊柱颈融合术： 81.04至81.08
4. 脊柱再融合术： 81.34至81.38
5. 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术： 43.6
6. 胃部分切除术伴胃空肠吻合术： 43.7
7. 其他胃部分切除术： 43.8
8. 胃全部切除术： 43.9
9. 开放性和其他部分大肠切除术： 45.7
10. 腹会阴直肠切除术： 48.5
11. 直肠其他切除术： 48.6
12. 肝叶切除术： 50.3
13. 部分肾切除术： 55.4
14. 全部肾切除术： 55.5
15. 部分膀胱切除术： 57.6
16. 全部膀胱切除术： 57.7
17. 卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术： 65.2

- 18.单侧卵巢切除术：65.3
- 19.单侧输卵管-卵巢切除术：65.4
- 20.双侧卵巢切除术：65.5
- 21.双侧输卵管-卵巢切除术：65.6
- 22.子宫病损或组织的切除术或破坏术：68.2
- 23.经腹子宫次全切除术：68.3
- 24.经腹子宫全部切除术：68.4
- 25.阴道子宫切除术：68.5
- 26.经腹根治性子宫切除术：68.6
- 27.根治性阴道子宫切除术：68.7
- 28.盆腔脏器去除术：68.8
- 29.髋关节置换术：00.7，81.51至81.53
- 30.膝关节置换术：00.80至00.83，81.54，81.55
- 31.冠状动脉旁路移植术：36.1

五十一、中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症

需要落实预防静脉血栓措施的重点患者：

- 1.入住ICU的患者
- 2.中高危风险患者

以上6个单病种（四十六至五十一），各监测1条一级指标，为病例上报率，共6条一级指标。指标解释具体为：

病例上报率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】逐步提高

五十二、病种上报覆盖率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】按要求上报至国家单病种质量监测平台的病种数的比例。（符合国家卫生健康委《单病种质量管理与控制技术方案（2020年版）》51个病种纳入标准的都应按要求上报）

【计算方法】

$$\text{病种上报覆盖率} = \frac{\text{病例上报率达到30%以上的病种数}}{\text{应按要求上报至国家单病种质量监测平台的病种数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

数据来源:

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
- (2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)
- (3) 医疗技术临床应用管理信息系统
- (4) 医疗机构电子化注册信息系统
- (5) 医院填报

一、限制类医疗技术

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

(一) 备案完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】医疗机构已完成备案的国家限制类医疗技术项目数占 实际开展国家限制类医疗技术项目数的比例。

【计算方法】

$$\text{备案完成率} = \frac{\text{医疗机构已完成备案限制类医疗技术项目数}}{\text{实际开展限制类医疗技术项目数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】

对某项限制类医疗技术,医疗机构内多个科室开展的均算1项,备案完成率需达100%。

(二) 系统填报率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】医疗机构在医疗技术临床应用管理信息系统上填报的所有国家限制类医疗技术病例总数占同期实际开展所有国家限制类医疗技术病例总数的比例。

【计算方法】

$$\text{系统填报率} = \frac{\text{医疗机构在医疗技术临床应用管理信息系统上填报的所有国家限制类医疗技术病例总数}}{\text{同期实际开展所有国家限制类医疗技术病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（三）死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施国家限制类医疗技术的患者死亡总人数占同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{死亡率} = \frac{\text{实施国家限制类医疗技术的患者死亡总人数}}{\text{同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（四）并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施国家限制类医疗技术的患者发生并发症总人数与同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{并发症发生率} = \frac{\text{实施国家限制类医疗技术的患者发生并发症总人数}}{\text{同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】限制类医疗技术并发症是指并发于实施限制类医疗技术或实施后的疾病或情况，包括：手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉栓塞、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。

二、人体器官捐献技术

本节监测7条一级指标、27个监测指标。指标解释具体为：

（一）向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】医疗机构向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数占同期院内死亡人数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比} \\ &= \frac{\text{向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

（二）实现器官捐献的人数与院内死亡人数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实现器官捐献的人数占医疗机构同期院内死亡人数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{实现器官捐献的人数与院内死亡人数比} \\ &= \frac{\text{向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】逐步提高

第三部分 现场检查

医院功能与任务

临床服务质量与安全管理

医院管理

第一章 医院功能与任务

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

指标和细则

评价内容与要点

【指标】（一）医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。

【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，理清医院的功能任务。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看。

【细则】1.1.1.1 医院有明确的功能和任务。

1.医院功能和任务符合辖区卫生发展规划和城市总体规划要求。

【细则】1.1.1.2功能和任务符合区域卫生发展规划。

2.医院的设置、功能和任务符合国家、省和市相关政策规定和标准要求，不断满足向多个社区（其半径人口一般在10万以上）提供医疗、预防、保健、康复服务的需求。

	<p>3.医院根据相关规划制定具体目标任务和重点执行措施。</p> <p>4.医院具有承担了辖区内居民的常见病、多发病诊疗，急危重症抢救与疑难病转诊，以及突发事件紧急医疗救援等能力。具备完成培训和指导基层医疗卫生机构人员，相应公共卫生服务职能等工作要求。</p> <p>5.医院有定期进行监测评估。</p> <p>6.医院全体职工90%以上了解和支持医院发展。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1.医院根据城市总体规划、区域医疗卫生规划、医疗卫生服务规划等规划制定中长期发展规划及年度工作计划，并经院长办公会、党委会讨论通过。</p>
<p>【细则】1.1.2.2 医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。</p>	<p>2.根据医院总体规划要求建立并实行院科两级规划管理体系，制定中长期规划和年度计划，并有实施情况。</p> <p>3.根据国家省市有关发展要求，加强医院规模建设，不断完善发展目标与医院功能</p>

	<p>任务，并达到相互匹配。</p> <hr/> <p>4.经过职工代表大会通过，并经行政主管部门审核同意，有效实施。不断完善服务体系，提升服务能力。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【概述】提供危重症和疑难疾病诊疗是二级医院的基本功能任务。医院应当针对本区域内常见的危急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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、现场检查。</p>	
<p>【细则】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和技术梯队。</p>	<p>1.医院根据功能定位和辖区群众就医需求，制定加强服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗体系建设工作目标和任务。2.医院重症医学科具备与医院级别、功能和任务相适应的场所和人员配备，符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》附件2中的要求3.医院急诊科设备、设施符合《急诊科建设与管理指南（试行）》附件1中的要求</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>4.重症医学科具备医师人数与床位数之比应为0.8：1以上，护士人数与床位数之比在3：1以上。配备一名具有副高级以上专业技术职务任职资格的医师担任主任</p>

	<p>；重症医学科的护士长具有中级以上专业技术职务任职资格，在重症监护领域工作3年以上。5.急诊科按照标准配备医护人员，有固定的急诊医师，且不少于在岗医师的75%；急诊科主任由具备医学中级以上专业技术职务任职资格的医师担任。急诊科有固定的急诊护士，且不少于在岗护士的75%，护士结构梯队合理。6.急诊科是当地120急救医疗指挥中心（或分中心）的网络医院，接受中心（或分中心）的定期检查，且年度评分、评价在良好或以上。医院有定期评估和改进提升报告。7.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。与院前急救有效衔接，与紧急诊疗相关科室的服务保持连续与通畅，保障患者获得连贯医疗的可及性。8.医院开展了卒中中心、胸痛中心、创伤中心、危重孕产妇救治中心、危重儿童和新生儿救治中心等1个或以上的创建工作。每年有专项工作分析和持续改进报告。至少1个或以上的中心建设获得有关部门的认证。</p>
--	--

<h2>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</h2>	
<p>指标和细则</p>	<p>评价内容与要点</p>

<p>【指标】（四）坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。【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。【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>	
<p>【细则】1.2.4.1 制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范。</p>	<p>1.制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范。坚持医院的公益性，“以患者为中心”并在医院章程中体现；优化质量、保证安全、改进服务、降低成本的措施并执行。</p>
	<p>2.医院有专门的管理机构（部门），履行督导和管理的职能，开展持续改进，保障基本医疗服务的措施、制度得到执行、落实。</p>
	<p>3.医院定期检查分析反馈和改进工作报告</p>
<p>【细则】1.2.4.2 参加并完成政府部门指定的社会公益性任务。</p>	<p>1.承担并完成政府部门指定的社会公益性任务。</p>
	<p>2.认真完成法定公共卫生服务、突发事件应急医疗救援、健康扶贫、援疆援藏援外、对口支援、支农、支边等任务。</p>
	<p>3.履行社会责任，在发生自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件等严重威胁人民群众生命健康的突发事件时，医疗卫生机构、医疗卫生人员应服从政府部门的调遣，参与卫生应急处置和医疗救治。</p>
	<p>4.医院有确保政府部门指定公益性服务完成的工作制度、流程和实施方案并组织落</p>

	实，并及时总结完善。
【细则】1.2.4.3 医疗机构住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本省GDP年均增幅。	1.医疗机构住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅符合省市有关政策规定要求。
	2.有制度和措施，行政事业单位国有资产应当用于本单位履行职能的需要。
	3.医院实行绩效管理和考核制度，医务人员的收入不与业务收入挂钩。
<p>【指标】（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、就诊、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。</p> <p>【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现，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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
【细则】1.2.5.1 制定传染病、食源性疾病预防、报告、预防等制度、流程和规范。	1.根据法律法规和防治标准，制定和完善医院传染病、食源性疾病预防管理工作制度、流程和规范。
	2.有传染病及食源性疾病预防组织架构，成立工作领导小组、突发公共卫生事件救治专家组和救治工作方案。
	3.有完整的疫情防控工作方案。有专门部门和专人负责，按照防治有关规定及时报

	告疫情和有效处置措施。
	4.有对防治工作进行质量管理，定期监督检查，总结分析（有记录文件），开展持续改进。
	5.在评审周期内，对传染病、食源性等疾病所报送数据、信息及时、完整和准确。没有发生1例不报、漏报和误报的事件。
【细则】1.2.5.2 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。	1.医院根据有关规定和标准，制定完善医院有关疫情防控培训和考核方案。
	2.每年定期开展全体医务人员防治知识和技能培训与处置演练。
	3.医院科室有传染病及食源性疾病预防知识和技能培训计划，并能够按照计划组织相关培训。
	4.医务人员对相关规定、规范和流程要求知晓率100%，并能遵循。并结合处置演练情况修改、完善。

【指标】（六）按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。

【概述】各类医疗机构应当按照国家相关规定，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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、数据核查、病历检查、病案检查。

【细则】1.2.6.1 制定优先使用基本药物的相关规定。	1.有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》中的要求，医院成立院科两级基本药物管理工作组，制定优先配备和使用国家基本药物的相关规定及措施或实施细则。
	2.《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”，有相应的采购及使用量。
	3.动态管理医院“基本用药供应目录”，“基本用药供应目录”品规数符合规定。药学部对药品遴选及目录管理工作有自查、总结分析、整改。
	4.全院基本药物品种及使用金额比例符合省级卫生行政部门的规定。
【细则】1.2.6.2 定期对基本药物使用情况进行检查、	1.有措施促进医师优先合理使用基本药物，规范处方行为，并定期对全院基本药物

分析和反馈，规范医师处方行为	使用情况进行评价与反馈。
	2.有专门人员定期对医师处方是否优先合理使用基本药物进行督查，对检查结果进行分析，提出处方分析意见，并向有关科室和医生反馈。
	3.主管部门定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈，落实整改。采取有效措施，制定了奖惩办法，并纳入绩效管理和考核。
	4.有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（七）加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医疗机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。</p> <p>【概述】建设和发展医联体，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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	

<p>【细则】1.3.7.1 根据医联体建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.根据国家、省市要求，制定医联体建设相关相关规划、参与医联体建设和管理要求。并组织实施。 2.设立了医联体管理的专门机构或组织。 3.制定了医联体章程，规定牵头医院与其他成员单位的责任、权利和义务，明确各成员单位的功能定位，加强医联体党建工作。并不断完善相关工作。
<p>【细则】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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.有实行分级诊疗工作方案，建立并实施双向转诊制度与相关服务流程。 2.指定专门的机构（部门），负责管理双向转诊制度。 3.开通了双向转诊的绿色通道，有通畅的联系渠道，转诊服务流程通畅，建立了信息系统，保障双向转诊的顺利进行。 4.定期开展督导检查，分析存在的问题，提出整改措施。使双向转诊制度得到落实，形成双向转诊的机制。质量改进有成效。 5.切实提高医疗服务质量。
<p>【细则】1.3.7.3 提升医联体内基层医疗机构服务能力。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.采取有效措施，提升医联体内基层医疗机构服务能力。 2.实施医联体（医共体）内医疗质量管理同质化。统筹实施提升医联体内基层医疗机构服务能力。有加强技术人员培养实施方案，并有实施成效。定期组织评估分析。

	<p>，持续改进提升。</p>
	<p>3.实现了医联体（医共体）内行政管理、医疗业务、技术人员队伍建设、公共卫生服务、后勤服务、信息系统的统一管理，统筹医联体内基础建设、物资采购和设备配置，主动控制运行成本。有绩效考核报告和持续改进情况。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1.根据有关政策要求，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。2.根据受援医院的实际情况，双方制定具体的技术指导、人才培养及管理帮扶目标和实施方案，签订协议书。明</p>

【细则】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。

确帮扶职责、目标、任务、工作岗位、建立考核机制。**3.**医院制定对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作实施方案并执行，院内专科医生参与基层医疗卫生机构组建的全专融合型家庭医生团队。**4.**有指定部门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。**5.**针对受援医院的需求，制订重点扶持计划并组织实施，选择2~3个重点，实施系统的技术指导、人才培养及管理帮扶。有下转基层的工作机制，为患者提供便利畅通就医服务。**6.**主管部门定期到下级医院和社区卫生服务中心现场开展督导、检查，听取意见，检查整改措施落实情况。对慢性病管理督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。**7.**参与支援基层医院服务情况纳入各级人员晋升考评内容。**8.**定期开展督导检查，开展持续改进和质量管理。有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。

【指标】（九）承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。

【概述】援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。

<p>【细则】1.3.9.1 承担援疆援藏、健康扶贫等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。</p>	<p>1.承担援疆援藏、健康扶贫等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。</p> <p>2.针对受援医院的需求，制订重点扶持计划并组织实施，在技术指导、人才培养及管理等方面开展帮扶。</p> <p>3.指定专门部门专人负责，对相关工作予以管理、协调，听取受援单位意见，定期检查工作开展情况。</p> <p>4.与受援单位签订对口支援协议，明确可操作、能考核的量化指标。</p>
<p>【细则】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，制定相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。</p>	<p>1.承担为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制定相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。</p> <p>2.有专门部门和人员负责落实，有完整的项目培养资料，包括学员名单、授课课件</p>

	、学时、考核和评价等。
	3.开展适宜技术项目推广任务，制定相关项目实施计划、培训方案和具体措施并落实。
	4.通过各种方式，为下级医院培养一批具有较高水平的临床专业技术人才和医院管理人才，人才梯队更加合理。
	5.建立青年医师下基层医院服务制度，建立城市医师下基层激励机制。
	6.接受卫生健康行政部门根据支援效果评估指标体系和评估制度，对医院进行的考核。

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

指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（十）遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。</p> <p>【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。</p>	

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

【细则】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。

1.根据各级政府有关应急预案要求，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。

2.根据医院年度脆弱性分析结果及排序，制定院内各类应急预案；落实各级政府制定的应急预案中的要求和准备工作，有应对突发公共卫生事件与重大事故灾害的紧急医疗救援与救治响应机制和启动流程；紧急救援、救治重症患者物资储备合理、完备、可用。

3.配备高水平重大事件救治专业技术队伍，承担区域内紧急医疗救治和紧急救援任务，绿色通道保持畅通。

4.按国家“平战结合、防治结合”要求，相关配套设施齐全，设置规范，运作机制灵敏高效。

<p>【细则】1.4.10.2 完善应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案。</p>	<p>1.根据国家省市要求，不断完善应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案。</p>
	<p>2.根据政府的应急预案，制定医院的实施细则和具体要求。</p>
	<p>3.医院各科室根据医院要求制定科室应急预案、紧急医疗救援救治流程，并有持续强化培训，人员知晓率100%。</p>
	<p>4.科室对重大事故灾害的紧急医疗救援救治，有系统总结分析和内部评价，对存在问题有改进措施并得到落实。</p>
	<p>5.有数据或案例显示紧急救援救治专业水平不断提升，并形成新制度、规范、流程、举措。</p>
<p>【细则】1.4.10.3 定期组织应急预案培训与演练。</p>	<p>1.定期组织应急预案培训与演练,有演练的方案，演练情况的记录等。</p>
	<p>2.主管部门制定了工作计划，定期组织演练。对培训和演练有检查与监管与反馈，定期在院内或与院外相关部门（单位）合作，组织突发公共卫生事件、重大事故灾害和重大疫情的紧急医疗救援救治培训与演练。</p>
	<p>3.能够根据演练的情况，对相关工作流程进行修订。有数据或案例显示紧急救援救治专业水平不断提升，并形成新制度、规范、流程、举措。</p>

4.与相关单位建立了渠道通畅的协作机制。

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

指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（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。</p> <p>【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度工作计划并落实，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励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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.1.11.1 建立医疗质量管理体系，有明确的体系架构、内容。</p>	<p>1.医院建立完整医疗质量管理体系和工作方案，能清楚地反映医疗质量管理组织架构。2.各级医疗质量管理组织机构和员构成符合标准和国家、省市要求。3.院、科</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>两级质量管理组织能够履行医疗质量管理工作的职责，根据医院质量方针与目标，制定并组织实施相应的医疗质量管理工作计划，工作管理机制、流程和反馈机制。</p>

<p>【细则】2.1.11.3 院科两级责任制体现在各自的职责中，负责人知晓本人职责。</p>	<p>4.制定了质量管理工作制度和规范，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等相关制度。医院定期对质量与安全工作进行督导、检查、分析、反馈，并督查整改落实情况。5.院科两级责任制负责人知晓其职责。按医院要求落实相关责任和任务，工作清晰规范，有记录。</p> <p>6.医院及科室有数据、案例体现改进效果，不断完善管理和反馈工作机制。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1.按规定规范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。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>2.医疗质量管理委员会负责组织制定医院整体医疗质量管理工作和方案、管理工作流程和质量持续改进计划及实施方案，并组织实施。</p>

	<p>3.有医疗质量管理委员会工作机制和监督机制。</p> <p>4.医疗质量管理委员会有中长期工作规划、工作计划和工作实施措施，工作记录。</p> <p>5.医疗质量管理委员会定期对质量与安全工作进行督导、检查、分析、反馈，并督查整改落实情况</p> <p>6.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.医疗质量管理委员会按照主要职责要求，开展了相关的工作。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。</p> <p>2.按照各级质控组织要求开展了相关的工作，及时反馈情况，提出改进建议。</p> <p>3.完善医疗质量管理委员会管理，发挥参谋作用。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【概述】科室医疗质量管理小组是业务科室自我管理的重要体现形式，科室员工应对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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	

<p>【细则】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。</p>	<p>1.有科室医疗质量管理工作小组，组长由科室主要负责人担任，有专人负责日常质控具体工作。成员构成及职责，符合《医疗质量管理办法》相关要求。</p>
	<p>2.贯彻执行医疗质量管理相关的法律、法规、规章制度、技术规范、标准、诊疗常规及指南，定期开展培训和宣传教育。</p>
	<p>3.完善本科室医疗质量管理制度，制订本科室年度质量安全工作计划与持续改进计划，并组织落实。</p>
	<p>4.小组成员每月开展科内自查、每季度分析评价科室质量安全监测指标，并及时在科内反馈。</p>
	<p>5.工作小组定期对科室医疗质量进行分析和评估，对医疗质量薄弱环节提出整改措施并组织实施。</p>
	<p>6.主管部门定期对科室医疗质量管理工作小组进行督导、检查、分析、反馈，并督查整改落实情况。</p>
	<p>7.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。</p>
<p>【细则】2.1.13.2 制定工作计划，有工作记录，可追溯。</p>	<p>1.制定本科室医疗质量管理的工作计划，有工作记录，可追溯。</p>
	<p>2.完善本科室医疗质量管理制度，制订本科室年度质量安全工作计划与持续改进计划。</p>

	划，并组织落实。
	3.科室员工能够知晓医疗质量管理的要求，积极开展自我检查和自我改进。
	4.小组定期对科室医疗质量进行分析和评估，有关情况向科室员工公布、公开，对医疗质量薄弱环节提出整改措施并组织实施。
	5.主管部门定期对科室医疗质量管理工作小组进行督导、检查、分析、反馈，并督查整改落实情况。
<p>【指标】（十四）建立健全医疗质量管理培训考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。</p> <p>【概述】医疗质量管理具有专业和管理双重属性，其中专业是医疗质量管理工作的主体。因此从事医疗质量管理需要接受专门的管理技能培训，包括管理学知识培训、管理工具应有培训，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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】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</p> <p>人员，有相关培训记录。</p>	<p>1.医院建立健全医疗质量管理培训、考核管理规范和制度，制定管理工作方案和工作实施计划。</p> <p>2.医院领导、职能部门管理人员及科室质量管理小组人员等每年4次接受专门的管理</p>

	<p>技能培训，包括管理学知识培训、管理工具培训，以及数据管理和必要的统计分析培训等。</p>
	<p>3.各级管理人员、专业技术人员能够运用质量管理方法与工具对存在问题和质量指标进行分析与评价，有改进措施并落实。</p>
	<p>4.主管部门 有定期检查、总结分析与整改。</p>
	<p>5.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。</p>
<p>【细则】2.1.14.2 有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性,充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。</p>	<p>1.医院有完善的激励机制，有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。</p>
	<p>2.在医院质量管理工作中，专业人员能够参与到全部工作中，在相关的专业技术方面，起到重要的作用，提升了医院行政决策、医疗质量管理的能力和水平。</p>
	<p>3.医疗质量管理具有专业和管理的双重属性，不断提升专业人员的管理能力和理论水平，专业人员成为医疗质量管理工作的主体。</p>

<p>【指标】（十五）遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。</p> <p>【概述】遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作是保障医疗质量安全的基础。医疗机构应当监督、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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.1.15.1 遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。</p>	<p>1.遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等，制定开展诊疗活动的管理制度和工作实施方案，组织开展诊疗工作。</p> <p>2.各科室根据本专业临床诊疗指南和行业标准制定临床诊疗指南和技术操作规范，能够跟踪技术进展，及时更新相关内容</p>
<p>【细则】2.1.15.2 对落实上述诊疗、操作规范和临床路径开展定期或不定期的自查和督查。</p>	<p>3.对医务人员开展临床诊疗指南和技术操作规范的培训、考核，医务人员遵循指南、规范和行业标准等开展诊疗活动。</p> <p>4.依据国家相关法律法规，建立因特殊情况下超指南规范，并向指定的部门备案。</p> <p>5.医院每年对执行情况进行督查，持续改进提升</p> <p>6.对医务人员开展相关知识及管理制度的培训，相关人员知晓并落实。</p>

	<p>7.实行信息化的临床路径管理，不断提高临床路径实施与管理的信息化水平。</p> <p>8.推进临床路径管理与医疗质量控制、单病种（术种）质量控制和绩效考核相结合，将临床路径管理有关要求纳入绩效考核管理中，保障医疗质量与安全。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【概述】为保障患者生命权、健康权、选择权、知情权、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/和家属明确认可，手术、特殊检查、特殊治疗还应获得患者或/和家属明确同意的资料（包括但不限于书面同意、录音录像和律师公证等）。告知是让患者或/和家属理解医疗服务的局限性，了解各种诊疗方式的承办、获益和风险，方便患方自主选择。同时，保护患者隐私应成为医院员工在各种医疗活动中必须遵守的共性要求。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1.按国家省市有关规定要求开展诊疗活动，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。</p> <p>2.医院制定相关制度学习培训工作方案，定期对全体医务人员进行医患沟通、知情</p>

	<p>同意、保护隐私等方面的培训。</p> <p>3.科室质量工作小组对医患沟通、知情同意、保护隐私等执行情况进行自查，对存在问题有整改。</p> <p>4.有主管部门或专人，负责听取、了解患者的要求和自主选择。对执行情况有监管，有总结、分析、反馈，并检查整改落实情况。</p> <p>5.无相关重大不良影响事件发生。</p>
<p>【细则】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</p>	<p>1.有保护患者隐私权和个人信息、尊重民族习惯和宗教信仰等相关制度，并对医院全体人员定期培训。</p> <p>2.医务人员具有保护患者隐私的意识，并在诊疗活动中提供保护隐私的措施。</p> <p>3.有私密性的诊疗场所和保护患者隐私的设施。</p> <p>4.科室质量工作小组对隐私保护执行情况进行自查，对存在问题有整改。</p> <p>5.主管部门对执行情况有监管、检查；能够以问题为导向进行多部门分析整改。</p> <p>6.无因泄露患者隐私或个人信息造成重大不良影响事件发生。</p>
<p>【细则】2.1.16.3 尊重民族习惯和宗教信仰。</p>	<p>1.有保护患者隐私权和个人信息、尊重民族习惯和宗教信仰等相关制度，并对医院全体人员定期培训。</p>

	<p>2.对于语言、文化、宗教等有差异的患者，医院有专门人员或请专门人员进行协助</p> <p>3.科室质量工作小组对尊重民族习惯和宗教信仰执行情况进行自查，对存在问题 有整改。</p> <p>4.主管部门对执行情况有监管、检查；能够以问题为导向进行多部门分析整改。</p> <p>5.无相关重大不良影响事件发生。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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，医疗机构应当将所有人员、设施设备、环境纳入医疗质量管理和控制的范围，并制定相关制度。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.1.17.1 医疗机构建立有全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制制度。</p>	<p>1.根据卫生行政主管部门相关文件和规章制度要求，制定医院诊疗活动全流程、全员参与的质量管理工作制度，并定期更新。</p> <p>2.有完整的医疗质量关键环节（如危急重症患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）管理制度与措施。</p>

	3.有完整的重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症监护、产房、新生儿病房、消毒供应中心等）的管理制度与措施。
	4.主管部门定期自查、总结分析并整改。
	5.医院形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【指标】（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。</p> <p>【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，医疗机构应当建立适合本机构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机构医疗质量基础数据。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.1.18.1 院科两级责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。</p>	<p>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。</p> <p>2.医院有全面质量管理、质量环（PDCA 循环）、品管圈、疾病诊断相关分组（DRGs）质量评价、单病种管理与临床路径管理等医疗质量管理工具的培训计划并落实。</p> <p>3.医院领导、职能部门管理人员及科室质量安全管理小组人员，掌握一种以上医疗质量管理常用工具。</p>

	<p>4.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及风险数据、重大质量缺陷等。</p>
<p>【细则】2.1.18.2 完善本院医疗质量管理相关指标体系，包括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”相关的指标。</p>	<p>5.有案例或数据表明，全面质量管理工具得到运用，开展持续改进和质量管理工作，并取得良好的效果。</p>
	<p>1.依据国家颁布的相关管理标准并结合本院实际，及时完善本院医疗质量管理指标体系。至少符合本标准中第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据的管理要求。</p>
	<p>2.医院对全院各临床及医技科室有明确的质量安全指标，定期衡量各科室医疗服务能力与质量水平。</p>
	<p>3.有指定的部门负责收集和处理相关信息，信息数据集中归口管理，方便管理人员调阅使用。</p>
	<p>4.使用大数据分析和管理已成为医院日常管理、医疗质量管理的常态性方式，成为医院绩效管理、考核的主要方法。</p>
	<p>5.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。</p>
	<p>6.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</p>

	进目标提供依据。
	7.有数据或案例体现医院持续改进效果
【细则】2.1.18.3 相关人员应掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。	1.医院有专人负责，并按照规定要求掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据管理工作。
	2.熟悉相关指标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式。
<p>【指标】（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。</p> <p>【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患，提高诊疗效果的有效途径。因此，医疗机构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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。</p>	
【细则】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。	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。
	2.医院有专科建设发展规划，包括：优势专科、培育专科、潜力专科的发展方案、配套支持政策、考核标准、考核办法等。

	<p>3.科室根据医院总体规划制定本科室专科建设发展规划，并落实。在专科建设发展规划的指导下，各专业制订科室发展规划、计划，落实规划要求。</p>
	<p>4.各专业科室按照临床科室医疗服务能力标准，落实疾病诊治、关键医疗技术上的要求。</p>
	<p>5.各专科医务人员知晓本专科发展规划。</p>
	<p>6.加强医院临床专科建设，重点加强县（区）域内常见病、多发病相关专业，以及传染病、精神病、急诊急救、重症医学、肾脏内科（血液透析）、妇产科、儿科、中医、康复等临床专科建设，提升县（区）级公立医院综合服务能力。其中的1个或以上的专科应成为市、区重点专科。</p>
	<p>7.科室按本专科规划开展工作，并定期总结分析。</p>
	<p>8.主管部门定期帮助科室总结分析规划开展落实情况。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.重视专科协同和中西医共同发展，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。</p> <p>2.落实“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式，医院制定了相关的管理制度与绩效配套方案。</p>

3.有相关制度与流程支持开展多学科活动，诊疗范围明确，各科职责清楚。

4.在专科发展的基础上，制订“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式（MDT）和标准化操作流程、工作制度和管理规定。

5.多学科诊疗活动有实施记录。

6.重视专科协同和中西医共同发展，有具体的措施和部署。

7.科室有定期自查、总结分析与整改。

8.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

9.医院制定了3个或以上的复杂疾病的MDT的标准化流程，并得到实际运用，提高了复杂疾病的诊疗水平和管理质量。

【指标】（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。

【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。医疗机构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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病案检查。

<p>【细则】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。</p>	1.将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理体系。
	2.依据国家颁布的相关管理要求，结合本院实际，制定医院单病种管理实施方案，单病种管理病种至少满足本标准管理要求。
	3.医院应借助于国家层面的单病种管理指标信息，建立本院单病种管理指标和质量参考标准体系。院科两级定期对单病种过程与结果质量指标进行汇总与分析。
	4.院科两级有专人负责上报单病种管理信息，有各级管理人员对数据的审核制度和机制，有具体措施确保上报信息的及时、准确。
	5.医院将单病种质量管理与控制工作制度作为医疗质量管理体系的重要组成部分，明确管理部门和责任，加强管理工作的组织落实和督查，利用信息化手段统计、分析、反馈单病种相关质量监测信息，指导临床持续改进诊疗质量。
<p>【细则】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。</p>	1.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。
	2.根据本医院住院患者前15位顺位疾病、前15位顺位手术情况，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，并运用。
	3.完成“单病种质量管理与控制信息平台”的注册登记，指定专人负责上报等日常工作，确保及时、准确、完整地向卫生健康行政部门和质控组织报送相关数据信息。

	<p>根据对数据的审核意见进行整改。</p>
	<p>4.医院、科室保留有完整的“单病种（术种）质量控制表单”等资料，各种数据填写准确，经过各级职称的医师审核，并在批准后按时报送。</p>
	<p>5.科室有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>6.主管部门定期对单病种过程质量开展系统追踪和个案追踪、分析、反馈，并检查科室整改落实情况，将监控结果纳入科室工作质量评价。</p>
	<p>7.临床持续质量改进有成效。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.医院制定了相关的制度和机制，保障单病种质量管理信息、数据的质量。</p>
	<p>3.按照“单病种质量监测信息项”中的要求，采集51个病种（术种）质量控制、资源消耗等监测指标的适用基本数据元素，并上报有关的信息平台。且已运行在24个月或以上。</p>
	<p>4.科室对单病种（术种）数据、资料的报送进行了有效的管理。</p>
	<p>5.医院对单病种管理、报送工作实现了信息化、数据化。</p>

【指标】（二十一）制定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职业感受。

【概述】满意度是医院提升社会效益，改进工作的途径之一。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，有助于医院针对性地实施改进。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、患者访谈。

【细则】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。	1.医院指定部门负责患者和员工满意度监测管理，职责明确。有相关的制度、流程及适宜的评价工作方案。
	2.医院建立社会满意度测评指标体系，有指定专人负责本项工作实施。
	3.有多种渠道、定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度与流程并执行。
	4.开展第三方社会调查与评价，并充分运用数据分析，评价和改进医院工作确保社会评价结果的客观公正。
	5.参加由国家卫生健康委开展的第三方对医院进行的患者满意度、员工满意度调查。
	6.积极参加属地卫生健康行政部门组织的满意度调查，根据调查结果，落实整改。

	7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	8.不断提高患者满意度，患者就医体验好。
	9.将满意度测评纳入医疗卫生机构综合绩效考核，并将其作为考核改善医疗服务行动计划实施效果的重要指标。
<p>【细则】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。</p>	1.对满意度监测中发现的问题，及时沟通、协商、整改和反馈。
	2.医院对存在问题及建议有分析、提出改进措施，并能够定期检查、督导，追踪整改措施落实情况。
	3.动态调查患者就医体验和医务人员执业感受。通过满意度测评，查找影响医患双方满意度的突出问题，不断调整和完善改善医疗服务行动计划实施方案。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。并取得实际效果。
<p>【指标】（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。</p> <p>【概述】内部现场检查是医疗机构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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	

<p>【细则】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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.各科室制定本科室医疗质量内部现场检查制度并落实。 2.科室定期开展医疗质量内部自查工作并有相关记录。 3.科室有定期自查、总结分析与整改。将自查结果在科内公布并进行点评、反馈。 4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。 5.医院由数据和案例体现改进效果。
<p>【细则】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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.医院有明确医疗质量内部现场检查的规范与要求。 2.有明确的医疗质量管理部门，负责组织院内现场检查工作并有记录。 3.主管部门组织的现场检查中，至少有2个（科室）部门协作。 4.对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升以及科室和医务人员绩效考核的重要依据。 5.主管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。 6.医院有数据和案例体现改进效果。

【指标】（二十三）强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。

【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科学化、精细化程度的提高，传统的数据采集方法已不能满足当前二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获取相关数据是适应现代医院管理要求的必要条件。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查。

【细则】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。

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。

2.有临床信息系统，建立基于电子病历的医院信息平台及医疗质量控制、安全管理信息数据库，有数据库管理制度，相关人员知晓并执行。

3.数据库除一般常规数据外，还应包括下列有关数据：合理用药、围手术期管理、医疗技术管理，以及医保管理等与医疗质量与安全管理相关系统中的数据。

4.有指定的部门负责收集和处理相关信息，信息数据集中归口管理，方便管理人员调阅使用。

	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	6.能够根据信息技术进展、医院管理要求，及时更新信息系统，提高信息化的能力和水平。
	7.医院电子病历应用功能水平分级达到3级或以上。
	8.医院信息系统安全保护等级达到第三级。
	9.医院信息互联互通标准化成熟度测评三级以上。
	10.医院智慧服务评估分级2级以上。

<p>【细则】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。</p>	1.医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所需的数据信息，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。
	2.有指定的部门负责收集和处理相关信息，信息数据集中归口管理，方便管理人员调阅使用，有关的数据得到充分运用，能够应用在科研、质量管理、质量监测等工作上。
	3.能够根据信息技术进展、医院管理要求，及时更新信息系统，提高信息化的能力

	<p>和水平。</p> <p>4.建立医疗质量数据内部验证的机制、开展对数据的分析与反馈工作。</p> <p>5.科室有专人对医疗数据采集质量进行自查，利用医疗质量数据开展分析与评价。</p> <p>6.利用信息化手段快速准确获取相关数据，分析医院管理问题。加强和提升医院科学化、精细化管理水平和能力，不断适应现代医院管理的要求。</p>
<p>【指标】（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，促进医疗质量持续改进。</p> <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> <p>【评审方法建议】记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.1.24.1 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。</p>	<p>1.有医疗质量信息数据库、质量监控等相应管理制度与工作流程。</p> <p>2.根据政策或行业规范等，对所采集的数据有明确的标准和准确的来源，能够做到及时更新与验证。并按照卫生健康行政部门和质控组织要求报送相关数据信息。</p>

	3.对医疗质量管理评估情况，定期向有关科室反馈，并检查指导科室整改措施的落实情况。
	4.主管部门定期对医疗质量管理工作进行评估和检查，分析各种数据和相关工作开展情况。
	5.医院有数据或案例体现改进效果。

<p>【细则】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。</p>	1.对医疗质量信息数据有定期开展内部验证工作制度和实施，及时分析和反馈。
	2.明确医疗质量数据管理部门和责任，充分发挥院、科两级医疗质量管理组织作用。
	3.科室有专人规范采集医疗数据，并对采集质量进行自查，利用医疗质量数据开展分析与评价。
	4.医院有专门部门，定期收集各科室医疗质量信息、数据，每季度召开一次专门的会议，对各科室数据信息进行分析，对出现异常的数据进行追踪、复核。利用信息化手段统计、分析、反馈相关质量监测信息，指导科室和临床持续改进诊疗质量。
	5.医院有数据和案例体现改进效果。

<p>【细则】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。</p>	<p>1.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>
	<p>2.指定专人负责信息上报等日常工作，确保及时、准确、完整地向卫生健康行政部门和质控组织报送相关数据信息。</p>
	<p>3.主管部门定期组织开展医疗质量问题和医疗安全风险分析、讨论，及时发布预警。</p>
	<p>4.院科两级有医疗质量安全的培训计划并落实。</p>
	<p>5.加强培训，使员工知晓相关内容。</p>
	<p>6.医院有对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警、干预的制度，并落实。</p>
	<p>7.预警提醒后，科室能够及时进行干预，采取有效措施降低类似事件再次发生。有相关的资料和案例。</p>
<p>二、医疗质量安全核心制度</p>	
<p>指标和细则</p>	<p>评价内容与要点</p>
<p>【指标】（二十五）医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。</p>	

【概述】《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》（以下简称《要点》）是医疗机构开展医疗质量管理主要依据。医院应当根据《要点》和本机构实际制定、完善本机构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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

<p>【细则】2.2.25.1落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度。</p>	1.落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度。
	2.制定和发布本院对落实核心制度的实施细则和相关配套制定，细化工作流程和具体要求，组织开展医疗质量监测、预警、分析、考核、评估以及反馈工作。
	3.制订医院医疗质量持续改进计划、实施方案并组织实施。
	4.定期发布医院质量管理信息。
	5.科室定期自查、分析、总结、整改。
	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	7.在医院质量管理信息发布后，科室组织学习，针对存在问题开展分析、整改。
	8.医院有数据或案例体现改进效果。
<p>【细则】2.2.25.2开展针对医疗质量安全核心制度的</p>	1.有开展针对医疗质量安全核心制度的全员培训工作方案，并组织实施。

<p>全员培训。</p>	<p>2.医院建立了对医务人员医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范的培训制度，制订培训计划并监督实施。</p>
	<p>3.科室组织、开展对医务人员进行医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范、标准、诊疗常规及指南的培训和宣传教育。</p>
	<p>4.各类人员知晓本岗位相关医疗质量安全核心制度及措施。</p>
	<p>5.科室针对医疗质量安全核心制度进行的全员培训有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>6.主管部门针对医疗质量安全核心制度进行的全员培训定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>7.通过对员工的培训，核心制度真正融入诊疗活动和全院工作流程中。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.有针对新员工的专项培训工作方案，确保新员工知晓其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。</p>
	<p>2.医院实行卫生专业技术人员岗前培训制度，指定有关的职能部门负责相应的岗前培训工作。</p>
	<p>3.将医疗质量安全核心制度作为新员工岗前培训的内容。制定针对医疗质量安全核心制度的岗前培训大纲、教学计划，医院主管部门定期检查、反馈。</p>

	<p>4.在岗前培训的培训考核中，医疗质量安全核心制度等方面是其中重要的内容，并将考核结果列入个人技术档案。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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，医疗机构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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1.医院按照国家《医疗质量管理办法》《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》等文件，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。</p>
<p>【细则】2.2.26.2各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性。</p>	<p>2.医院制定首诊负责制度、工作流程或规范。</p>
<p>【细则】2.2.26.3医疗行为有记录，可追溯。</p>	<p>3.医院需对全体人员进行培训，并在日常工作中落实执行，贯穿于诊疗全过程。在各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性 并在患者医疗记录上可追溯。</p> <p>4.科室有对诊疗过程不同阶段责任主体工作情况进行定期自查、总结分析与整改。</p>

	<p>5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>6.持续改进有成效，医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。医疗机构应当按照《要点》要求明确各级医师的查房周期、医疗决策和实施权限。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>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。</p> <p>2.根据本机构的功能任务、专业设置、医疗资源分布以及科研教学需求等要素，医院确立适合于本医疗机构运行需要的三级查房和诊疗责任体系，并以正式文件形式予以公布。</p> <p>3.科室定期自查、分析、总结、整改。</p>

	<p>4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.2.27.2严格明确查房周期。工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。</p>	<p>5.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。</p>
	<p>6.医院有数据或案例体现改进效果。</p>
	<p>1.有严格明确查房周期工作制度。工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。</p>
	<p>2.有三级查房制度的培训，相关人员知晓基本要求，并在病历中体现制度的落实情况。</p>
	<p>3.医院有明确的对各级医师查房周期、医疗决策及实施权限的要求和规定。</p>
	<p>4.医院、科室有明确的医师查房行为规范。</p>
	<p>5.科室有对查房周期进行情况的定期自查、总结分析与整改。</p>

	<p>6.主管部门定期对查房情况进行督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>7.医院有数据或案例体现改进效果。</p> <p>1.医院制定了相关的管理制定，对医院各级医师医疗决策和实施权限的评价与授予工作，有医院发布的工作制度与实施管理文件，根据医院功能定位、医疗技术复杂性和医师个人能力不同，通过相关的组织与评估流程，对不同的医师授予不同的医疗行为的决策权限和实施权限，记入个人技术档案，相关信息在医疗机构内部予以公布。</p> <p>2.医院相关部门对各级医师的医疗决策权限和实施权限开展定期及不定期的评估，并根据评估结果进行动态调整，有评价、记录。同时对于相关权限不合格的医师有进行培训，考核记录。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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</p>	

，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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

【细则】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。

【细则】2.2.28.2会诊请求人员应当陪同完成会诊。

【细则】2.2.28.3医院统一会诊单格式及填写规范，员工知晓。

【细则】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。

1. 按照国家《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》和医疗质量安全核心制度要点释义等文件，制定明确的规定、流程、会诊类型、会诊资质等相关的会诊制度，尤其是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。普通会诊应当在会诊发出后**24**小时内完成
2. 医院根据自身实际情况，完善制定制度与流程工作，明确会诊请求人员应当陪同完成会诊，并统一会诊单格式及填写规范，会诊情况和处置按规定进行记录。
3. 医院对全员进行培训，让全体员工知晓，并切实落实。
4. 医院定期组织演练；保证有效的通信方式、急会诊院内行走路径、转送及医疗文书等，确保患者安全
5. 科室定期自查、分析、总结、整改。
6. 主管部门定期对会诊制度执行情况进行督导检查、分析、反馈，并检查科室整改

	<p>落实情况。</p> <p>7.医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。医疗机构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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.根据《综合医院分级护理指导原则》、《护理分级》(WS/T431-2013)，制定符合医院实际的分级护理制度，有针对各级别护理的工作规范。 2.制订符合医院实际情况的分级护理服务标准及评价标准，规范各级别护理的内容，统一护理级别标识。护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。 3.医院有对医护人员的培训及考核，相关制度及流程能落实。 4.当护理级别出现变化时，及时调整护理标识，有病历、检查结果或护理记录等资料表明，有关规定得到执行和落实。 5.科室有定期自查、总结分析与整改。

	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	7.医院有数据或案例体现改进效果。
<p>【细则】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。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.医院对护理人员进行定期的培训，护理人员知晓相关的规定并得到执行。</p> <p>按照分级护理的定义和基本要求，以及根据医院的事件情况，制定了相关的管理制度和规范，并明确规定：</p> <p>3.住院患者的病情由主管医师进行评定，分为病危/抢救、病重/病情不稳、病情稳定/康复期，需根据病情变化及时评定。</p> <p>4.护理级别由医护人员根据患者病情和（或）自理能力进行评定。</p> <p>5.患者自理能力采用Barthel指数评定量表进行评定。根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无须依赖四个等级。</p> <p>6.有资料表明，临床护士根据患者的护理分级和医师制订的诊疗计划，为患者提供护理服务，根据患者护理分级安排具备相应能力的护士。</p>
<p>【细则】2.2.29.3护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。</p>	<p>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。</p> <p>2.医院制定了明确的各级护理标识的规定，使用不同的颜色来表达护理级别。</p>

	3.当护理级别出现变化时，护理标识相应得到调整。
	4.科室有定期自查、总结分析与整改。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
<p>【指标】（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> <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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1.有全院性医疗值班体系和管理制度，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。</p> <p>2.实行总值班制度，并且单独设置医疗总值班和护理总值班。</p> <p>3.有记录表明，医疗总值班承担在正常工作时间由医疗管理部门负责的职责。</p> <p>4.有记录表明，护理总值班承担在正常工作时间由护理管理部门负责的职责。</p>

	5.有记录表明，后勤部门总值班承担在正常工作时间由后勤部门负责的职责。
【细则】2.2.30.2值班人数应满足岗位职责需要，并保证常态运行。	6.有记录表明，医院总值班已成为医疗机构行政部门在非工作时间承担行政领导协调职责的值班机制，履行在正常工作时间除了医疗管理部门和护理管理部门以外所有部门负责的职责。
【细则】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。	1.值班人数应满足岗位职责需要，并保证常态运行。
	2.医院及科室应当明确各值班岗位职责、值班人员资质和人数。
	3.每天的值班岗位、值班人员资质和人数等资料，可以通过有关渠道查看、核查。
	4.各类值班人员有明确的岗位职责、资质和人数要求。当值人员不得擅自离岗、休息时应在医院指定地点、确保通讯畅通，非本机构执业医务人员不得单独值班。
	5.科室有定期自查、总结分析与整改。
	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	1.实行医院总值班制度和管理规定，总值班人员需接受培训并考核合格。
	2.医院制定了总值班人员的培训计划，并组织落实，总值班人员上岗前及每年接受培训并考核合格。考核成绩记入总值班人员的技术档案中。
	3.医院建立了医院总值班管理与工作体系，制定医院总值班管理规范（包括岗位职

	<p>责、值班人员资质、值班人数、通信联系工具、交接班机制及记录内容清单等），明确主管部门并履行管理职责。对值班人员进行上岗前培训，考核合格后才能参与值班。</p>
	<p>4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，对存在问题进行整改，并检查整改落实情况。</p>
	<p>5.医院总值班有应急管理的明确职责和流程。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.值班人员的值班时间和值班区域，由医院及各科室部门结合本机构及本科实际情况，根据各个值班岗位职责对值班时间和值班区域以文件形式予以明确，以确保医疗工作的连续性和处置的及时性。</p>
	<p>3.有明确的规定并且得到落实，值班人员不得擅自离岗，接班人员未按时到岗，交班人员不得离岗，直到接班人员到岗完成交接班后方可离开。</p>
	<p>4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，对存在问题采用有效措施整改，并检查整改落实情况。</p>

<p>【细则】2.2.30.5值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.单独值班是指独立承担医疗机构所设的各类值班岗位的工作，即由具备岗位资质的个人，独立决策处理值班期间全部业务，并对其决策和处理的工作负责，因此，值班人员资质应由职能部门审核，并符合规定。</p>
	<p>3.医院制定有关的管理规定，明确定义“本机构执业医务人员”。在定义中，应包括进修医师、对口帮扶医师和规培医师等各类人员的规定，明确所需要的认定程序和要求。</p>
	<p>4.科室定期自查、分析、总结、整改。</p>
	<p>5.主管部门定期组织对值班人员情况的检查，以保证符合资质要求，并督导科室整改落实。</p>
	<p>6.病区值班医师不得参加择期手术，值班医师参加门诊工作应报科主任或病区主任或上级医师批准，并确认有相同资质的本科人员替班并承担相应值班责任。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.设立统一的值班交接班记录本，规范书写格式和交接班内容。</p>
	<p>3.有值班及交接班制度的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p>

	<p>4.总值处理的每个问题都有跟进落实、有结果、有完整记录；有数据或案例体现改进效果。</p>
	<p>5.科室对值班交接班记录进行管理，定期检查，找出存在问题，并开展整改。</p>
	<p>6.主管部门对病历、病案中的相关记录进行管理，定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1.有医院交接班内容规范，应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。</p> <p>2.医院交接班使用规范、统一的专册。交班医师与接班医师交接、管床医师与值班医师交接、床旁交接有明确的交接内容、时间及双方签字等要求。</p> <p>3.医院制定了相关的管理制度，对值班期间交接班的内容作出规定、规范。</p>

	4.医务人员知晓各种规定、规范，并能够执行、落实。
	5.医师交接班记录包括交班医师对需要交班的患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录，该记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班医师应在交接班记录上签字确认，并注明签字时间（精确到分钟）以体现交接班时间可追溯。
	6.科室定期自查交接班记录，交接班记录专册保存完好、完整。科室对记录情况进行检查、总结分析与整改。
	7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
【细则】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。	1.医院有对四级手术的患者手术当日和急危重患者床旁交班管理规定，并在交接班记录中予以体现。
	2.急危重患者和当日四级手术的患者因情况特殊并且需随时评估，必须在床旁给予口头详尽叙述交接班内容以及相关的注意事项，并将交接班内容及注意事项及时记录到值班记录册当中。
	3.交接班记录专册保存完好、完整，按照规范要求填写。
	4.值班人员将值班期间对患者的重要处置及时记录于交接班记录及病历中，填写、记录符合规范要求

	5.科室有定期自查、总结分析与整改。
	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>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。2.按照国家医疗质量管理办法、医疗质量安全核心制度、病历书写规范等要求，医院制定疑难病例讨论制度，统一讨论记录的格式和模板，讨论内容必须专册记录，主持人需审核并签字。3.医院、科室应当对全员进行培训，科主任作为</p>

<p>【细则】2.2.32.2明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有2人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。</p>	<p>医疗质量管理的第一责任人，规范落实医院制度。4.科室有定期自查、总结分析与整改。5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。6.医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【细则】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。</p>	
<p>【细则】2.2.32.4疑难病例讨论结论记入病历，定期自查与督查。</p>	
<p>【指标】（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。</p> <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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	

<p>【细则】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。</p>	<p>1.医院有建立急危重症患者抢救制度（含绿色通道），临床科室有明确本科室急危重患者的范围。</p>
	<p>2.有制度规定和措施保障，临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。</p>
	<p>3.医务人员熟悉并执行上述制度。</p>
	<p>4.急危重症患者多学科救治时的原则是急危重症患者涉及多发性损伤或多脏器病变的患者，应及时请专科医师会诊，并由现场主持抢救的最高资质的医师主持多学科会诊。</p>
	<p>5.根据会诊意见，对可能威胁到患者生命最主要的疾病所属专业科室接收患者，并负责组织抢救。如落实救治科室存在争议，由医疗管理部门予以协调确认。</p>
	<p>6.科室对已确定的急危重症患者范围有定期自查，根据科室临床情况，予以修订，并对执行、落实情况进行总结分析与整改。</p>
	<p>7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.2.33.2建立抢救资源配置机制。抢救资源</p>	<p>1.建立抢救资源配置机制和管理规定。抢救资源包括但不限于抢救人员、抢救药品</p>

<p>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。</p>	<p>、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位。</p> <p>2.医院建立抢救资源相关配置工作制度和规范，保证抢救人员、药品、设备等按医疗区域需要进行合理配置。</p> <p>3.有抢救物资紧急调配管理的应急预案和操作流程，并定期进行演练。</p> <p>4.医院和科室对医务人员进行相关知识培训，医务人员熟悉并执行。</p> <p>5.科室对抢救资源的配置落实情况有定期的自查，对发现问题及时整改。</p> <p>6.主管部门定期对全院抢救资源配置、调配机制落实情况有检查与监管。</p> <p>7.根据演练情况，对紧急调配管理机制进行调整、完善。</p>
<p>【细则】2.2.33.3建立抢救资源紧急调配机制。紧急调配机制可以包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。</p>	<p>1.建立抢救资源紧急调配机制，医院和科室对医务人员进行相关知识培训，医务人员熟悉并执行。</p> <p>2.当相关的抢救人员、药品、设备等抢救资源不能满足本区域临时抢救所需时，医院有相关紧急调配预案，保证人员、药品、设备等抢救资源能够迅速调用，形成固定的紧急调配流程，并定期进行演练。</p> <p>3.医院应确保各单元抢救设备和药品可用，定期维护和巡查，始终保持待用状态；各单元医务人员知晓抢救设备位置、使用方法，知晓抢救设备缺乏或故障时替代设</p>

	备的调配流程。
	4.有相关登记、定期检查，有演练记录和完善工作。
【细则】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。	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.有规范进入绿色通道路径和流程等。
	3.医院制定了相关的制度，要以患者为中心，对急、危重症患者按照“优先处置转运”及“先及时救治，后补交费用”的原则救治，确保急诊救治及时有效。
	4.科室有对绿色通道落实情况进行定期的自查、总结分析与整改。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
【细则】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。	1.有明确的危重病人抢救规定和流程，明确抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。
	2.医院有抢救记录规范要求，抢救记录内容应包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名等，要做到及时记录，抢救时间应当具体到分钟。
	3.科室对抢救记录完成情况、记录质量有定期的自查、总结分析与整改。
	4.主管部门对急危重患者抢救制度落实情况有检查、分析、反馈，对病历或病案进

	行检查，将抢救记录情况作为重要的检查、评价指标，督促科室落实整改情况。
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。</p>	5.抢救记录的质量持续改进
<p>【细则】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</p>	<p>1.有术前讨论制度，明确住院手术病人术前讨论形式、范围及流程。将日间手术、介入诊疗手术、内镜下手术等高危有创操作或手术纳入术前讨论范围。对手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论的范围、组织模式予以规定、规范。</p>
<p>【细则】2.2.34.2明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。</p>	<p>2.科室术前讨论人员及流程符合管理要求。讨论结论及时记入病历。手术医嘱在术前讨论完成后开具，并签署手术知情同意书。</p> <p>3.住院患者术前讨论结论应包括：临床诊断、手术指征、拟行术式及替代治疗方案、麻醉方式、术中术后可能出现的风险及应对措施、特殊的术前准备内容、术中术</p>

	<p>后应当充分注意的事项等。</p> <p>4.术前讨论应在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所做的讨论。讨论内容包括但不限于术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施。</p> <p>5.有记录表明，不需术前讨论的仅限于紧急抢救生命的急诊手术。非紧急抢救生命的急诊手术也应完成术前讨论。</p> <p>6.有记录表明，全科讨论由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。</p> <p>7.有记录表明，患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，应邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。</p> <p>8.科室对术前讨论制度落实情况有定期的自查、总结分析与整改。</p> <p>9.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>10.医院有数据和案例体现改进效果。</p>
<p>【细则】2.2.34.3科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。</p>	<p>1.医院应制订以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨</p>

<p>【细则】2.2.34.4术前讨论的结论记入病历，有定期自查与督查。</p>	<p>论的制度。2.科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。相关人员知晓基本要求并落实。3.新开展手术、高龄患者手术、高风险手术、毁损性手术、非计划二次手术、可能存在或已存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术，应当纳入全科讨论范围。4.有医疗管理部门对科室术前讨论范围的审定，能够根据科室业务技术情况及时调整。5.除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者必须参加。6.科室有对术前讨论情况将进行定期的自查、总结分析与整改。</p> <p>7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>8.医院及科室的手术术前讨论目录能进行动态调整。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。</p>	

<p>【细则】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</p>	<p>1.建立死亡病例讨论制度，讨论内容包括死亡原因、死亡诊断、诊疗过程，同时明确讨论范围、参加人员、时限、和记录要求等。</p>
	<p>2.死亡病例讨论在患者死亡后1周内完成，尸检病例在尸检报告出具后1周内再次讨论；死亡讨论由科主任主持，在全科范围内进行。</p> <p>若科主任在患者死亡后1周内因故均不在岗，则由其向医疗管理部门申请指定并经同意后，由本科室副主任主持。</p>
	<p>3.接受了多学科诊治的死亡患者，需要进行多学科讨论，由医疗管理部门负责人主持。</p>
	<p>4.讨论详细情况专册记录，讨论结果记入病历，由主持人审核并签字。医院制定统一记录模板，并落实。</p>
	<p>5.医院和科室对医务人员进行相关知识培训，医务人员熟悉并执行上述制度。</p>
	<p>6.科室定期对死亡病例进行总结分析，对制度落实情况有自查、对存在问题有整改。</p>
	<p>7.主管部门定期对全院死亡病例进行汇总分析，每季度召集一次全院死亡病例讨论</p>

	<p>、总结、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。</p> <p>8.明确汇总分析的责任部门，根据医疗机构常态发生的死亡人数分布确定汇总分析的周期。对于短时间内死亡人数超过常态死亡发生趋势的情况应快速启动汇总分析，有相关的资料和记录。死亡病例讨论制度得到有效落实</p>
<p>【细则】2.2.35.2死亡讨论在全科范围内完成，由科主任主持死亡讨论。</p>	<p>死亡病例讨论制度得到有效落实。有记录。定期总结分析改进。</p>
<p>【细则】2.2.35.3死亡讨论在患者死亡一周内完成，尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。</p>	<p>1.死亡讨论在患者死亡一周内完成，尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。医院制定死亡病例尸检管理规定，至少应包括以下的内容，并有资料证明：</p>
<p>【细则】2.2.35.4死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专册记录。</p>	<p>2.患者死亡，家属对死因无异议，医师有告知尸检的义务。按要求填写患者临床死亡尸体解剖检验意见书，附于病历中。</p> <p>3.患者死亡，医患双方当事人不能确定死因或者对死因有异议的，主管大夫应当向家属告知，需在患者死亡后48小时内进行尸检。按要求填写患者临床死亡尸体解剖检验意见书。拒绝尸检的，由近亲属在病历上签字。拒绝尸检签字的，在家属意见一栏应记载：“患方对死因有异议，但拒绝尸检及签字”。</p> <p>4.同意尸检的，应当填写尸体解剖申请书。尸体解剖申请书由死者近亲属、主管院</p>

	<p>领导签字，医务管理部门盖章。</p> <p>5.同意尸检的，由医务部门与患者家属共同指定按照国家有关规定取得相应资格的机构进行尸检。</p> <p>6.科室定期对患者临床死亡尸体解剖检验意见书的填写情况进行总结分析，对制度落实情况有自查、对存在问题有整改。</p> <p>7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>8.所有死亡病人均应按要求填写患者临床死亡尸体解剖检验意见书。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.2.36.1医院建立患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用</p>	<p>1.医院建立规范化患者身份识别制度，对门诊就诊者及住院患者落实身份标识，全院诊疗区域统一执行。</p>

<p>于查对。</p>	<p>2.患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对。</p> <p>3.使用统一的标识作为患者身份的识别。对传染病、药物过敏等特殊患者有标识（腕带与床头卡），住院病历实行唯一标识管理。</p> <p>4.医院的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相关方面。</p> <p>5.对医务人员组织相关制度、流程的培训、考核。</p> <p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>7.患者的身份标识制度落实到位。医院有数据或案例显示改进效果。</p>
<p>【细则】2.2.36.2有临床诊疗行为的查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节。</p>	<p>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。</p> <p>2.身份查对内容应按要求标准规范，至少使用两种身份查对方式确认患者身份。核对姓名时，请患者主动陈述本人姓名以便确认。</p> <p>3.诊疗活动中查对应符合管理规范，查对内容应涵盖患者身份、诊疗措施、环境、设备安全等方面，查对方式正确。</p>

	4.相关人员熟悉上述制度和流程并执行。
	5.科室对临床诊疗行为查对制度有定期的自查、总结分析、整改
	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况
	7.持续改进有效果，有数据或案例显示改进效果。
【细则】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。	1.建立保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。
	2.医疗仪器、设备、设施管理部门应定期对医疗设施设备开展巡查及保养工作，并做好相应记录，以确保医疗工作正常开展。
	3.生命支持类设备应有该设备是否运行正常的标识。
	4.定期组织医务人员对仪器、设备操作规程进行培训考核。5.护理人员能熟练按流程使用输液泵、注射泵、监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等设备。
	6.科室对护理人员常用仪器和抢救设备操作能力有自查，对存在问题有改进措施。
	7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	8.医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】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。	1.药品查对按照国家有关规定和标准执行。
	2.医院制定门诊、住院相关的管理规定和操作规程。药剂师调剂处方时，应做到“

	四查十对”。有药品调配差错报告制度，有登记、分析及整改，记录完整。
	3.组织相关内容培训、考核。相关人员熟悉制度和流程并执行。
	4.发出的药品需经第二人核对；急诊药房一人独立值班时有防止发药差错的核对措施，如双签字、调配时处方药品拍照事后核对、机器智能化核对等。
	5.药品如需分装调剂，应有操作规程和记录。分包装上有药品名称、规格、剂量、批号、有效期、分装日期等信息。对病房（区）口服药品实行单剂量配发，注射剂可按日剂量发药
	6.高警示药物调配发放和使用前的查对要实行双人核对，在夜间，本岗位只有一人的情况下，采用单人双次复核查对和两次签字形式。
	7.有数据、资料表明，药品、标本管理制度落实到位。
	8.药学部有定期自查、总结分析与整改。
	9.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

【指标】（三十七）建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容由国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

【细则】2.2.37.1建立手术安全核查制度和标准化流程，手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行	1.依据国家有关规定制定手术安全核查制度和标准化核查流程，有统一格式的《手术安全核查表》。
	2.医院对手术部位标识方法有统一明确规定，有资料表明，所有患者均能够在送达手术室前已完成手术部位标识。
	3.手术医师、麻醉师、巡回护士按流程在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前实行手术安全核查并完成手术安全核查表填写。
	4.所有手术均需进行安全核查，住院患者《手术安全核查表》随病历归档。非住院患者《手术安全核查表》由科室负责保存一年。所有手术病人手术安全核查表填写完整，无原则性错误。
	5.科室有定期自查、总结分析与整改。
	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	7.医院有数据或案例显示改进效果。
【细则】2.2.37.2建立产房分娩核查制度和标准化流	1.参照产房安全核查制度，建立分娩核查制度和标准化流程，并组织实施。

程。	<p>2.制定符合分娩技术要求的安全核查表并经主管部门确认备案。</p> <p>3.妇产科医务人员熟知产房分娩安全核查制度要求并执行,安全核查表随病历归档。</p> <p>4.科室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>5.主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。</p> <p>6.所有产房分娩产妇安全核查表等资料保存良好,填写完整,无原则性错误。</p> <p>7.医院有数据或案例显示改进效果。</p>
【细则】2.2.37.3手术安全核查表纳入病历。	<p>1.手术安全核查表纳入病历。</p> <p>2.手术安全核查表作为对手术安全核查工作的客观记录,按照2010年版《手术安全核查制度》的要求,住院患者《手术安全核查表》归入病历中保管,非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。</p> <p>3.将手术安全核查表检查纳入病历、病案检查中的重要指标,并予以评价。</p> <p>4.将手术安全核查制度的执行情况纳入医疗机构医疗质量安全考核予以有效管理。</p>
<p>【指标】(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。</p>	

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

<p>【细则】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。</p>	1.建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。
	2.医院建立手术分级监督管理系统，使其医疗管理部门能够在事前、事中和事后管理阶段全面掌握临床科室及医师对手术分级管理制度的执行与落实情况，特别是限制类技术、急诊手术和本机构重点监管技术项目的相关情况。
	3.医疗管理部门在手术分级管理过程中充分利用信息化手段，加强对手术医嘱、手术通知单、麻醉记录单等运行环节的检查，重点关注手术医师资质与手术级别是否一致、是否存在越级手术情况、临床科室和部门内部自查自纠情况以及问题督查意见是否落实等。
	4.科室对手术分级管理工作制度落实、执行情况有定期的自查、总结分析与整改。
<p>【细则】2.2.38.2制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。</p>	1.制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。
	2.医院根据自身的功能任务与医疗资源的实际状况，依照卫生健康行政部门授予的

	<p>医院级别、核定的诊疗科目和推荐的手术分级管理目录，在明确本机构手术分级管理目录的基础上，制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件。</p>
	<p>3.医院建立本机构手术分级管理制度与工作流程并开展持续改进。</p>
	<p>4.科室有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>5.医院有数据或案例体现改进效果，能够保障医师开展与其技术能力相适应的手术，合理调配资源。</p>
<p>【细则】2.2.38.3手术分级授权管理制度必须落实到本机构每一位医师，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。</p>	<p>1.手术分级授权管理制度必须落实到本机构每一位医师，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。</p>
	<p>2.医师手术分级授权工作内容及流程包括但不限于：个人申请→科室进行评估与考核→医疗管理部门复核→医疗技术临床应用管理委员会审核批准→医疗机构行文公布→纳入医师个人技术档案。</p>
	<p>3.医院建立关于患者生命安全处于紧急状态下的越级手术管理制度，明确规定针对急危重症患者抢救生命安全的紧急手术范围。</p>
	<p>4.主管部门对手术分级管理工作有监管，定期总结分析、反馈，并检查科室整改落实情况。有数据或案例显示改进效果。</p>

	<p>5.医疗机构应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。</p>
<p>【细则】2.2.38.4建立手术医师技术档案,包括但不限于:医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况,科室对手术医师年度考核结果等。</p>	<p>1.建立手术医师技术档案,包括但不限于:医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况,科室对手术医师年度考核结果等。</p> <p>2.医院的医疗与人力资源管理部门为本机构内每一名手术医师建立个人技术考评档案,并存有手术医师个人的资质文件(经审核的医师执业证书文凭、学位、教育和培训等资料复印件)。</p> <p>3.手术医师技术档案每年更新一次,由医疗与人力资源管理部门共同负责管理与使用,相关文件按照档案管理的有关要求保存。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.医院根据医师的手术技能、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标、开展手术的年限,结合技术职称以及医师定期考核结果对医师手术资质与授权实施动态管理。</p> <p>2.科室组织对每位手术医师都进行手术能力和技术情况进行评估。评价结果报送有关部门。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。</p> <p>3.医院建立了周期性医师手术能力评价与再授权机制,确保每一位医师的实际能力</p>

	与其手术资质与授权情况相一致。
	4.动态调整医师手术权限.
<p>【指标】（三十九）建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。</p> <p>【概述】新技术和新项目是指在本医疗机构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医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.医院建立医疗技术临床应用论证和评估制度，对已证明安全有效，但属本机构首次应用的医疗技术，应当组织论证，重点论证本院技术能力和安全保障能力，必要时邀请外院专家参加论证，通过论证的方可开展。 2.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。 3.医院依据本机构功能任务和技术能力水平情况，列明哪些医疗技术和诊疗项目可在本机构内开展，并建立明细清单，采用本机构官方文件形式予以公布，纳入“院

	务公开”范围公开。
【细则】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。	1.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,包括医学伦理审查和技术审查流程
	2.由相关的部门或管理组织,负责对新技术和新项目进行管理,制定了相应的制度,并组织开展审批工作。医院各种新技术、新项目的应用,均应在审批后进行、开展。
	3.医疗机构可根据新技术和新项目难易程度、成熟度、效果观察周期等确定观察例数和管理期限。
	4.开展时间和观察例数达到管理要求的新技术和新项目,临床科室可以向医疗技术临床应用管理委员会提出转为常规技术的申请。医疗技术临床应用管理委员会对技术开展情况疗效、并发症及不良事件发生情况进行评估,必要时邀请外院专家参加,证实其应用过程安全、有效,可转为常规技术。
	5.转为常规技术后,应有新技术和新项目推广的培训,确保所有应用该新技术和新项目的人员具备同样的实施能力,至少有不少于一个上述管理期限的重点观察过程,并进行专项监督管理。

	6.没有发生、出现可避免的负性事件。
【细则】2.2.39.3所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核后开展临床应用。	1.所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。
	2.有新技术和新项目审批流程，包括医学伦理审查和技术审查流程。
	3.医院和科室有培训，相关人员知晓并落实
	4.医学技术临床应用管理委员会对新项目、新技术进行审核，审核内容和程序符合相关管理规定。
	5.医院所有新开展的技术和项目严格按照流程进行审核，医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核通过后才能开展，审查结果可供临床方便查询。
	6.医学伦理委员会对新项目、新技术进行审核，审核内容和程序符合相关管理规定。审核内容包括但不限于申报者的资质、新技术和新项目是否符合科学性和伦理原则；被实施者可能遭受的风险程度与预期受益相比是否合理；知情同意方式，被实施者权利保护。
	7.科室对诊疗新技术有阶段总结、定期评估，资料完整。
8.主管部门有监管、总结分析、反馈。	

	<p>9.实现全程信息化精准管理,没有未经伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核而开展的项目。</p>
<p>【指标】(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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>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。</p> <p>2.有记录、资料表明,医院医疗技术临床应用管理委员会对其技术能力进行评估,并有资质授权。</p> <p>3.科室核心技术小组根据本科室的具体情况,对新技术新项目可能存在的安全隐患和技术风险有预判。</p>

	4.针对安全隐患或技术风险有制定相应预案并落实。
	5.无因为存在的安全隐患发生重大事件。
【细则】2.2.40.2对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。	1.对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。
	2.新技术和新项目安全隐患和技术风险的处置预案应包括但不限于技术/项目负责人,项目组成员;可能出现的并发症和不良反应及预防措施和处置措施(包括消除致害因素、补救措施、多科协调诊治);报告流程;技术中止的情形等。
	3.新技术和新项目应当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,在未明确其效果并转为常规技术和项目前,其他人员不得实施,但被批准的团队或个人应当在新技术和新项目实施前对相关人员进行通报和培训,使相关人员知晓新技术和新项目实施的各种后果,便于应急处置。
	4.开展的新技术和新项目,实行科室主任负责制,督促项目负责人按计划执行并取得预期效果。
	5.科室对新技术和新项目的开展情况有自查、分析,对存在问题有整改,并有完整记录。能够总结预案执行情况,并能够根据执行情况提出修订、完善。
	6.主管部门有监管,有总结分析、反馈,并检查科室落实整改情况。

<p>【细则】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。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.医院对新技术和新项目实行动态评估管理，定期、规范对新技术和新项目实施情况开展评估活动。重点评估新技术和新项目的质量安全情况和技术保证能力，根据评估结果及时调整本机构新技术和新项目的开展和监管。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。</p>
	<p>3.首次评估应在新技术和新项目开始使用3个月内进行。之后评估间隔时间应根据新技术和新项目的特点和开展例数等，一般每3个月至半年进行一次评估。转为常规技术前的评估，原则上要有两次以上评估。</p>
	<p>4.医疗技术临床应用管理委员会应定期或不定期对全院开展的新技术进行全程管理和评价，并将结果反馈科室。</p>
	<p>5.科室根据反馈情况，组织开展整改，并将整改情况报告主管部门。</p>
	<p>6.主管部门有监管，有总结分析、反馈，并检查科室落实整改情况。</p>
<p>【指标】（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。</p>	

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

<p>【细则】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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。 2.医院内能够出具检查、检验报告的科室，应当根据其出具的检查、检验结果是否可能存在危及患者生命的状态梳理可能存在的危急值，包括但不限于检验科、临床实验室、医学影像科、电生理室、内窥镜室、血液药物浓度检测部门等从事各种检查、检验的医技科室以及开展床边检验项目的临床科室。 3.危急值项目及阈值设置合理，医院根据行业指南，结合本机构收治患者的病情特点，科学制定符合实际需要的危急值项目和阈值。 4.危急值项目和阈值由科室提出，医疗管理部门组织专家审核、确定，并在全院范围内公布。根据临床需要和实践总结，定期更新和完善危急值项目及阈值。
<p>【细则】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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.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。 2.医院根据本机构实际情况，制定住院、门诊、急诊患者危急值管理制度，建立住

	<p>院、门诊、急诊危急值报告的闭环流程，明确责任部门和责任人员，将危急值信息及时通知到经治医师和患者。</p>
	<p>3.外送或外收的检验标本或检查项目存在危急值项目的，医疗机构应在外送或外收标本或检查项目合作协议上明确危急值项目及阈值通知方式、责任部门和人员，建立以通知到患者为止的闭环的危急值报告流程，使患者及时得到危急值信息，其各项要求与对院内危急值报告的要求保持一致。</p>
	<p>4.科室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评估、调整。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.出现危急值结果时，医技科室要核对标本和申请单是否吻合，检验仪器和检验过程是否正常，在确认检验过程各环节无异常的情况下，可先将危急值结果发出。</p> <p>3.报告流程应实现无缝衔接且可追溯，并保证传递及时：报告流程无缝衔接涉及通知和报告、接收和全程记录三个环节。每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间精准到分钟。</p>

	<p>4.医疗管理部门应对危急值通知到临床接获的时间予以统计,开展对危急值报告管理的监管。临床处理完毕后应及时在病程记录中予以体现,以实现报告程无缝衔接且可追溯。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.医院制定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管理制度和流程。</p> <p>2.医院统一规范临床危急值信息登记专册和模板,确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素准确齐全,便于追溯;或通过医疗机构信息系统进行危急值信息全流程的记录、追溯和监控。</p> <p>3.有危急值报告制度与流程的培训,相关人员知晓基本要求并落实。</p> <p>4.科室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>5.主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【指标】(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。</p> <p>【概述】病历管理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</p>	

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，规范病案管理，保证病历内容记录与修改信息可追溯。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

【细则】2.2.42.1建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，建立病历质量检查、评估与反馈机制。	1.建立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規及相关规定管理要求
	2.设置病案管理部门，配备专（兼）职从事医疗或管理的高级职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科（室）病历和病案管理工作，人员配置满足工作需要。
	3.医院建立完善的病历管理制度及病案管理专业病历质量控制指标。
	4.临床各科室指定专人负责病历书写质量控制。
	5.设置病案管理部门，配备专（兼）职从事医疗或管理的高级职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科（室）病历和病案管理工作，人员配置满足工作需要。
	6.病案科（室）对病案书写规范、管理和质量控制制度落实情况定期开展自查、总结分析与整改，向有关科室反馈检查情况，并提出整改建议。
	7. 医院有数据或案例体现改进效果。

<p>【细则】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。</p>	<p>1.对来院就诊患者（门诊、急诊、住院）建立基本信息，书写和建立相关病历（包括急诊留观患者的急诊留观病历）。</p>
	<p>2.住院患者有姓名索引系统，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。</p>
	<p>3.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所有以前的住院病历资料。</p>
	<p>4.科室有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>6. 医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【细则】2.2.42.3建立病案管理体系，落实分类编码的相关规定</p>	<p>1.有病历质量检查、评估与反馈机制，有病历质量控制指标</p>
	<p>2.有明确的门诊、急诊、住院的病历书写格式、内容和时限要求。</p>
	<p>3.有病历书写基本规范的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p>
<p>【细则】2.2.42.4有保护病历与病案及信息安全的相关制度。</p>	<p>1.采用病案示踪系统等方式，控制每份病案的去向。</p>
	<p>2.有3年病案存放的发展空间，病历保存符合管理要求。病案查阅、借阅和归档期限有明确的规定，未归的病案有催还记录。</p>

	3.患者出院后，住院病历3个工作日之内归档率达≥90%。
	4.病案部门有定期自查、总结分析与整改
	5. 医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】2.2.42.5有保护病历与病案及信息安全的相关制度与措施	1.有保护病历与病案及信息安全的相关制度和应急预案，并组织开展培训与演练。
	2.有指定专人负责安全管理。病案库有防火、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施，并配置相应的消防器材，符合消防安全规范。
	3.工作人员知晓应急预案及处置流程。
	4.病案科（室）对保护病历与病案及信息安全制度落实情况有定期的自查、总结分析与整改。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】2.2.42.6建立病案管理体系，落实分类编码的相关规定，对疾病和手术名称进行编码。	1.建立病案管理体系，对出院病案进行疾病分类编码，编码符合《疾病分类与代码国家临床版 2.0》和《手术操作分类代码国家临床版 3.0》的管理规定。
	2.疾病分类编码人员有资质与技能要求，编码人员均要接受编码培训并获得培训证书。

	<p>3.编码人员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，不断提高临床医师首页填写质量。</p> <p>4.病案科（室）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。</p> <p>5.医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【细则】2.2.42.7信息查询系统，加强对病案首页数据质量监控，确保数据的真实、准确、完整。</p>	<p>1.有出院病案信息查询系统，病案首页所有资料信息全部录入。</p> <p>2.根据病案首页内容的任意项目，可以单一或两个以上项目复合查询住院病案信息。</p> <p>3.有病案首页数据质量考评标准及具体措施保障病案首页内容填写完整、准确。</p> <p>4.病案科（室）定期自查、总结分析与整改。</p> <p>5.医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【细则】2.2.42.8有病案服务管理制度，为医院医务人员及管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。</p>	<p>1. 有病案服务管理制度，有明确的服务规范与流程。</p> <p>2. 有依照法律、法规和规章为患者及其授权委托人、司法机关和人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的人员提供病案服务，履行查阅、借阅、复制申请核查与病案信息核查程序。</p>

	<p>3.有回避与保护患者隐私的规范与措施。</p> <p>4.有完整的病案服务登记信息，包括：查阅、借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。</p> <p>5.病案科（室）定期自查、总结分析与整改。</p> <p>6.医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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落实。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.2.43.1 实施电子病历的医院，建立电子病历的建立、记录、修改、使用等管理制度。</p>	<p>1.实施电子病历的医院，建立电子病历的建立、记录、修改、使用等管理制度。</p> <p>2.电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置有相应权限。</p> <p>3.电子病历随患者出院经上级医师审核确认后，应及时转为归档状态。归档后不能</p>

	<p>修改。</p> <p>4.电子病历系统应当设置医务人员审查、修改的权限和时限。医务人员修改住院电子病历时，系统应当进行身份识别、保存历次修改痕迹、标记准确的修改时间和修改人信息。</p> <p>5.电子病历系统应当为患者建立个人信息数据库，授予唯一标识号码并确保与患者的医疗记录相对应。</p> <p>6.医疗机构应当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。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.医疗机构应当成立电子病历管理部门并配备专职人员，具体负责本机构门（急）诊电子病历和住院电子病历的收集、保存、调阅、复制等管理工作。</p> <p>3.电子病历系统具备病案质量控制功能，满足医院病案基本信息采集、医疗质量指标数据统计与分析。</p> <p>4.科室对电子病历系统嵌入临床路径、临床诊疗指南、技术规范和用药指南、发挥临床诊疗决策支持功能等有定期自查、总结分析。</p>

	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
【细则】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。	1.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。
	2.落实信息安全管理。严格管理患者信息和诊疗数据，防控患者医疗信息泄露风险，做好医疗数据安全存储和容灾备份。
	3.实现电子病历信息化诊疗服务环节全覆盖，保障临床诊疗决策支持功能，电子病历应用水平分级评价达到3级或以上，医院信息互联互通标准化成熟度测评3级或以上水平（二级医院）。医院信息安全等级保护为二级或以上。
<p>【指标】（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。</p> <p>【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，对抗菌药物使用建立全流程监管机制。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。</p>	
【细则】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。	1.医院药事管理组织设立抗菌药物管理工作组和临床应用管理专业技术团队，人员构成、职责任务和管理工作符合《抗菌药物临床应用管理办法》相关要求，按照职

	<p>责组织开展相关管理工作。</p> <p>2.依据抗菌药物管理相关的法律法规及规章，制定抗菌药物管理制度并落实执行。</p> <p>3.参加全国、省或市抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。</p> <p>4.医院对临床科室抗菌药物的使用制定合理的管理指标，实行责任制管理。</p> <p>5.医务、药学等部门共同负责日常管理工作，并定期对医务人员进行抗菌药物合理应用相关知识培训、考核。</p> <p>6.临床科室对责任状、管理指标的执行情况有定期自查、分析、整改。</p> <p>7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>8.抗菌药物管理各项质控指标符合国家要求，有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.制订合理的医院抗菌药物采购目录，品种、品规符合规定；凡采购目录发生变化时，需向发证的卫生行政部门备案。</p> <p>2.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。</p> <p>3.目录外抗菌药物临时采购符合规定。</p>

	4.无外购抗菌药物的情况。
	5.药学部对抗菌药物购用情况有定期自查、总结分析、整改。
	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	7.有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】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。</p>	<p>1.医院结合本机构的情况，根据省级卫生健康行政主管部门制定的抗菌药物分级管理目录，制定本机构抗菌药物供应目录，原则上不能低于省级目录标准，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门备案。</p>
	2.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。
	3.有抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度。
	4.医务、药学部门对抗菌药物分级管理和使用情况进行全程联合监管，有检验（临床微生物室）、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析与通报机制，至少每半年一次，对存在问题有反馈，并检查科室整改落实情况，必要时予以干预。
	5、医院应根据耐药菌监测情况定期调整分级目录，调整周期原则上为2年，最短不得少于1年。每次调整后15个工作日内向卫生健康行政部门备案。

	6、有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】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。	1.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。
	2.有明确的医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序。
	3.医务、药学等部门共同负责日常管理工作，并定期对医务人员进行抗菌药物合理应用相关知识培训、考核。根据医务人员的考核结果，适当调整抗菌药物处方权限。 。
	4.利用信息化管理手段落实抗菌药物分级管理。
	5.主管部门通过信息化手段，对各科室抗菌药物应用情况进行全流程的管理、监控。 。
<p>【指标】（四十五）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。</p> <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>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。</p>	

<p>【细则】2.2.45.1 设立临床用血管理委员会，履行工作职能</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 设立临床用血管理委员会，主任委员由院长或分管医疗的副院长担任，成员组成包括医疗管理、临床、输血、麻醉、护理、检验等相关专业的负责人和专家。 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》并切合本院实际。 3. 临床用血管理委员会履行职责，年度召开工作会议两次以上，内容充实，记录齐全，保证临床用血质量与安全。 4. 医务、输血部门共同负责临床合理用血日常管理工作。 5. 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。 6 对卫生行政部门检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容 7 有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 有临床用血申请和申请审核制度，包括：申请备血量和医师权限、适应症判断、审核程序及紧急用血报批手续等，并执行。 2 用血的申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。 3 对临床单例患者一天用全血或红细胞超过1600ml（8U）有主管部门审核并批

	准。
	4 主管部门有检查、分析、反馈。
	5 有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】2.2.45.3建立保障急救用血治疗的机制。	1.建立保障急救用血治疗的机制。
	2.医院制定、完善急救用血管理制度和流程，对特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程，保障急救治疗需要。
	3.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。
	4.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【指标】（四十六）建立信息安全管理制。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。</p> <p>【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术保障体系。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
【细则】2.2.46.1明确医院主要负责人是患者诊疗信	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。

<p>息安全管理第一责任人。</p>	<p>2.有医疗信息安全组织架构图，职能和分工明确、清晰。信息安全领导小组由院长任组长，主管信息化的副院长和信息管理部门负责人担任副组长。</p> <p>3.有医院正式发布的文件证明，医院实施医疗机构信息安全管理问责制，清晰表明医疗机构主要负责人是信息安全管理第一责任人。</p> <p>4.领导小组和工作组应拟定包括安全运维手册、数据备份要求、应急响应预案和安全配置指南在内的基本制度，并每隔半年或在发生重大变化时进行修订。</p> <p>5.领导小组应定期组织信息安全培训和相关考核，开展新员工入职背景调查并存档，制定第三方单位及人员信息安全管理制度。</p> <p>6.信息技术管理部门有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.计算机信息系统的管理制度与流程的覆盖层面，至少包括关于患者的所有数据和图片等，对不同的数据资料制定不同的保护路径措施（比如，数字与图像），所有权属患者个人。</p>

	<p>3.建立员工分级授权管理制度，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任；采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、患者数据使用控制等方法保障网络信息安全和保护患者隐私。</p>
	<p>4.建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。</p>
	<p>5.信息技术管理部门定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.医疗机构信息安全流程应覆盖医院信息系统（HIS）及其各子系统（RIS、LIS、PACS、OA等），医院信息上传与共享接口的所有内容。</p>
	<p>3.技术性安全文件体系主要对信息系统技术要求、物理安全、网络安全、数据安全、主机安全和应用安全提出构建要求和基本配置要素。</p>
	<p>4.严格执行国家信息安全等级保护制度，有信息安全管理制度和防护体系建设，分级管理；系统运行稳定，有防灾备份系统，实行网络运行监控，并有效落实。</p>
	<p>5.定期、不定期由医院内部与外部信息安全评估组织，进行医院信息系统安全评估</p>

	<p>，用制度与程序来保障，将安全评估的结果用于网络安全持续改进活动。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>6.信息系统安全保护等级不低于第三级。在确定信息系统安全保护等级后，对第二级以上（含第二级）信息系统，应当报属地公安机关及卫生健康行政部门备案</p> <p>1.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。</p> <p>2.网络与信息安全应急小组应由医疗机构负责人担任第一责任人。小组负责信息安全日常事务处理、应急处理及安全通报等事务。制定应急措施。</p> <p>3.信息部门全体人员知晓各项制度并在日常工作中落实。</p> <p>4.医院根据患者诊疗信息安全风险评估的内容制定应急预案，并定期组织演练。根据演练结果，及时修订、完善应急预案。</p> <p>5.定期组织信息安全培训和相关考核。</p> <p>6.信息部门对日常使用信息系统及设备安全行为有定期自查、总结分析、整改。</p> <p>7.主管部门和设备保障部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。</p> <p>8.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。</p>
<p>【指标】（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。</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与其职责和实际工作相符，并被授权。员工知晓权利责任。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

<p>【细则】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。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.根据信息安全分级授权和信息分级保护要求，信息安全事故责任须进行逐级追溯。根据隐私泄露溯源应从最终数据应用者向个人数据源头搜寻的原则，建立溯源技术标准体系、患者诊疗数据使用登记制度、溯源监管制度和溯源奖惩制度。</p>
	<p>3.实施软件安全管理。</p>
	<p>4.信息部门对信息安全执行情况有定期自查、总结分析、整改。</p>
	<p>5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。</p>
	<p>6.有数据体现改进效果，未发生重大信息安全事件。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>1.对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责。</p>
	<p>2.内部人员授权管理由医疗机构信息安全领导小组主导并起始，实施按层级分级授</p>

	<p>权和负责制度。</p> <p>3.加强对被授权者及其访问权限操作行为的合规性进行监管，评估与记录在案。</p> <p>4.建立员工分级授权管理制度，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任；采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、患者数据使用控制等方法保障网络信息安全和保护患者隐私。</p> <p>5.员工授权管理制度应包括内部人员授权管理制度、外包人员授权管理制度和授权变更管理制度。</p> <p>6.对被授权者及其访问权限操作行为的合规性进行监管，评估与记录在案。</p> <p>7.建立操作系统识别库，对于不属于识别库行为系统要给予报警，直至下调授权等次或终止授权。</p>
<p>【细则】2.2.47.3为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。</p>	<p>1.为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。</p> <p>2.医院建立患者诊疗信息保护制度，使用患者诊疗信息应当遵循合法、依规、正当、必要的原则。明确规定，不得出售或擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息。</p> <p>3.医疗机构应当建立员工授权管理制度，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任。</p>

	4.建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	6.有数据体现改进效果，未发生重大信息安全事件。

三、医疗技术临床应用管理	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（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> <p>【概述】医疗技术能力是医疗机构提供安全、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，而科学、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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	
【细则】2.2.42.1 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。	1. 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，包括但不限于对医务人员的技

<p>术能力相适应，包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。</p>	<p>能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。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。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。</p> <p>2.医院建立了本机构医疗技术临床应用管理制度，包括目录管理、手术分级、医师授权、质量控制、档案管理、动态评估等制度，保障医疗技术临床应用质量和安全。医院对禁止临床应用的医疗技术实施负面清单管理，对部分需要严格监管的医疗技术进行重点管理，其他临床应用的医疗技术由决定使用该类技术的医疗机构自我管理。关注省级卫生健康行政部门增补的“省级限制类技术相关项目”，以及发布的相关技术临床应用管理规范，及时对本机构应用情况进行处理。</p> <p>3.医院有开展医疗技术临床应用管理制度的培训，医务人员知晓。</p> <p>4.医院有医疗技术临床应用管理的台帐和记录</p> <p>5.科室有定期对医疗技术临床应用进行自查、总结分析与整改。</p> <p>6.医院有定期对医疗技术临床应用进行督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。列出医院内医疗技术临床应用项目的清单、目录，不符合负面清单目录的项目，应及时清理、整改。对安全性、有效性不确切的医疗技术，没有在临床开展</p>
--	--

	<p>应用。没有使用不符合“不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则”的医疗技术。</p> <p>7.医院在医疗技术临床应用上持续改进有成效，有数据或案例体现改进效果</p>
<p>【细则】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。</p>	
<p>【细则】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。</p>	
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	

<p>【细则】2.3.49.1在医疗质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员进行组成。</p>	<p>1.有本机构医疗质量管理委员会下的医疗技术临床应用管理委员会，人员组成和职责功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员进行组成。并根据医院人事变动、政策变化等进行相应调整、更新。</p> <p>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。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>3.根据本机构相关制度的要求，定期召开会议，审定本机构医疗技术临床应用管理目录和手术分级管理目录并及时调整；对首次应用于本机构的医疗技术组织论证，对本机构已经临床应用的医疗技术定期开展评估；定期检查本机构医疗技术临床应用管理各项制度执行情况，并提出改进措施和要求。</p> <p>4.医务部门负责医疗技术临床应用的日常管理工作，落实专门组织作出的各项决策和布置的具体工作任务。</p> <p>5.医务部门有对医疗技术临床应用的日常管理工作情况进行督导、</p>

	<p>检查、总结，对存在问题进行分析、整改，并及时向医院领导、医疗技术临床应用管理组织汇报。6.管理委员会每年至少召开2次管理会议，按功能职责讨论、审核、论证医院医疗技术临床应用各项工作开展情况并有相关决策，会议记录完整。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。</p>	
<p>【细则】2.3.50.1医院开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。</p>	<p>1.医院开展医疗技术临床应用应当符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，人员配置符合医疗技术开展要求并有相应资质，设备、设施统一由医院采购并符合国家</p>
<p>【细则】2.3.50.2开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。</p>	<p>要求。</p> <p>2.所有在院开展的医疗技术均应有诊疗规范和操作流程，并根据国家相关规范及时</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>更新、标明出处。</p> <p>3.医院管理部门有对本院医疗技术开展情况的质量控制体系并发放至各相关科室。</p>

<p>【细则】2.3.50.4建立医疗技术临床应用质量控制体系，有医疗技术实施路径或操作规范，有医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈，持续改进。</p>	<p>4.医务人员熟悉医疗技术临床应用管理规定并落实执行。</p> <p>5.医务部门对医院开展的医疗技术是否符合诊疗科目、质控情况有督导检查，整改存在问题。</p> <p>6.医院开展的每项医疗技术均有对应的诊疗科目、人员资质要求和质控指标，并资料完整。</p>
<p>【细则】2.3.50.5遵守相关技术临床应用管理规范。</p>	<p>7.根据医院实际情况更新质控指标；无超诊疗科目开展医疗技术。</p>
<p>【指标】（五十一）医院开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。</p> <p>【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完成备案。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>	

<p>【细则】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。</p>	<p>1.按照《医疗技术临床应用管理办法》，医院有开展限制类医疗技术的专项管理规定，有国家及省的限制类技术目录、本院已开展的限制类技术目录，有本院限制类技术开展前的评估流程和开展后的监管办法等。</p> <p>2.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。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>3.参加审核会议的人员应有充分的代表性，符合相关管理规定。审核会议流程符合规范要求。有回避、黑名单等方面的要求.评估内容中包括可能发生的风险、意外及处置预案等</p> <p>4.主管部门相关人员和临床医务人员了解相关的限制类技术目录及开展自我评估和备案的要求，并在日常工作中按要求执行。</p> <p>5.科室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>

<p>【细则】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程序。</p>	<p>1.开展首例临床应用后15个工作日内向其核发《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门完成备案程序。在该医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本备注栏予以注明，并逐级上报至省级卫生行政部门。</p>
	<p>2.备案材料完整，如实报告首例临床应用病例信息，材料符合要求。</p>
	<p>3..在备案部门完成备案后，医院才可以开展后续性工作</p>
	<p>4.无未经评估和备案就开展的限制类技术</p>
<p>【指标】（五十二）未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1 医疗技术临床应用应符合伦理要求，医疗技术临床应用开展需经伦理委员会审查，审查包括医疗技术是否符合伦理要求、是否存在伦理问题、伦理风险等。</p>
	<p>2. 医院有已开展和新开展的医疗技术目录，目录中需有医疗技术首例开展的日期；限制类技术目录需单列。</p>
	<p>3 新开展的医疗技术临床应用有医院审批批件，批件需包含伦理委员会审查通过</p>

	<p>意见。</p> <p>4 临床医务人员对医院医疗技术临床应用伦理审批制度和流程熟悉并执行。</p> <p>5 主管部门对全院医疗技术临床应用伦理审核情况有监管，对存在问题有处理、整改。</p> <p>6 无未经伦理委员会审批通过就开展的医疗技术</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】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</p> <p>所有医疗技术。</p>	<p>1.有本医疗机构医疗技术临床应用管理目录，目录内的手术进行分级管理（手术分级管理详见第三十八条）</p> <p>2.本机构医疗技术临床应用管理目录体现分级、分类管理，并及时动态调整。</p>
<p>【细则】2.3.53.2对医疗技术临床应用管理目录内的</p> <p>手术进行分级管理，有手术分级目录，并根据手术开</p>	<p>3 将本机构医疗技术临床应用管理目录及动态调整情况纳入“院务公开”范围发布。</p>

展情况定期调整。	4.主管部门对医疗技术管理落实情况有监管、总结、反馈及整改。5 管理目录完整并及时调整更新，无目录外医疗技术临床应用。
<p>【指标】（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。</p> <p>【概述】医师手术授权与动态管理制度是保障医师开展与其技术能力相适应的手术，应当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、风险性等因素确定。对所有医师进行个体化手术授权，是医院精细化、科学化管理的体现。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.3.54.1建立医师手术授权制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。</p>	<p>1.有手术医师资质与授权管理制度，医师手术授权需明确到具体手术项目；有紧急状态下的越级手术审核制度，并建立周期性医师手术能力评价与再授权机制。</p> <p>2.根据医师的专业能力、临床工作开展情况、手术质量与安全指标、专业技能培训等情况，结合本人技术职称、临床工作年限等进行手术授权及再授权动态管理，再授权周期不超于2年一次。</p>
<p>【细则】2.3.54.2建立动态管理制，明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。</p>	<p>3.对不符合要求的手术医师，有下调直至取消手术级别的动态管理。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>4.各级医师知晓手术授权及再授权制度并落实执行。</p>

	<p>5. 科室对医师手术授权进行有效管理，对存在问题有及时整改。</p> <p>6. 主管部门对医师手术授权与动态管理工作有督导，对存在问题有分析、总结、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。</p> <p>7. 医师手术授权与动态管理资料完整，无违规越级手术等情况。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【概述】医院应正确评估医务人员的专业能力，并以适当的方式明示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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.3.55.1建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于：准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。</p>	<p>1. 医院依《执业医师法》等相关法律法规，制定医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术管理制度、审批流程及考核机制。</p> <p>2. 有指定部门负责为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，需明确依法授予的执业范围，并纳入个人专业技术档案管理。</p>

<p>【细则】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。</p>	<p>3. 个人专业技术档案包括：医师资格证、执业证、职称证、学历学位证、进修和培训证明、年度考核结果、执业范围等。</p> <p>4. 科室对照医院相关制度每年进行一次医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术评估状况，及时动态调整。</p> <p>5. 主管部门督导科室执行制度的情况和医务人员个人专业技术档案管理情况，对存在问题进行分析、反馈，并落实整改。</p> <p>6. 监管资料和个人技术档案资料完整。无超范围执业等情况。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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，对于首次在本院实施的医疗技术，有通过医疗技术临床应用论证机制。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.3.56.1 建立医疗技术临床应用论证制度。</p>	<p>1. 有建立医疗技术临床应用论证制度，明确准入、申报、审批、反馈、退出等流程</p>
<p>【细则】2.3.56.2 对已证明安全有效，但属本院首次</p>	

<p>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。</p>	<p>，并针对可能存在的风险制定处置预案。</p>
<p>【细则】2.3.56.3本院首次应用的医疗技术通过伦理审查。</p>	<p>2. 对本院首次临床应用的医疗技术，包括外院已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，需经本机构医疗技术管理委员会对技术能力和安全保障能力进行论证，并经伦理审查，通过论证的方可在临床开展。</p> <p>3. 医务人员熟知医疗技术临床应用论证制度，并认真落实。</p> <p>4. 主管部门督导检查科室落实规范、制度的情况，对存在问题进行总结、分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。</p> <p>5. 监管资料完整，无违规擅自开展医疗技术案例。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.3.57.1建立医疗技术临床应用评估制度。</p>	<p>1. 建立全院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</p>

<p>【细则】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。</p>	<p>力进行重点评估。</p> <p>2. 根据评估结果动态调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限。</p> <p>3.对禁止类技术、存在严重质量问题或者不再符合有关技术管理要求的，立即停止临床应用，并有相关记录。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>4. 科室有定期开展自查自纠工作，</p> <p>5. 主管部门履行监管职责，对医疗技术临床应用进行动态的全程追踪评估管理。</p>
<p>【细则】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。</p>	
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	

<p>【细则】2.3.58.1建立医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1.有全院医疗技术临床应用质量控制制度。</p>
<p>【细则】2.3.58.3根据医院开展的医疗技术，制定科室医疗技术临床应用质控指标，关注本科室日常开展的医疗技术。</p>	<p>2 .以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标。</p> <p>3 .有信息系统支持医疗技术质量控制指标数据分析。</p> <p>4 .科室对本专业医疗技术临床应用质量控制开展自查、分析、整改，并有记录。</p> <p>5 .主管部门对医疗技术临床应用质量有督导检查、总结、分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。</p>
<p>【细则】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。</p>	
<p>【指标】（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。</p> <p>【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首要内容。医院应当建立医疗技术临床应用规范化培训机制，重</p>	

视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】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。

【细则】2.3.59.2重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养，进行管理理论及方法的培训，提高管理水平和技能。

- 1 .有全院医疗技术临床应用规范化培训制度，尤其应加强首次在本医疗机构临床应用的医疗技术规范培训。
2. 相关医务人员按照《医疗技术临床应用管理办法》要求接受培训与考核。
- 3 .有医疗技术临床应用管理人才队伍的建设方案和培养计划，并落实。
- 4 .主管部门履行监管职责，定期对培训工作进行监管，对存在问题有改进措施。
- 5 .医务人员全员接受医疗技术临床应用规范化培训，有完整的培训和考核资料。

【指标】（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。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、现场检查。

<p>【细则】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。</p>	<p>1.限制类技术目录、手术分级管理目录符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，与功能任务相适应。</p> <p>2.医院开展的限制类技术临床应用按《医疗技术临床应用管理办法》严格管理。</p> <p>3. 医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，有至少二种方式可方便查看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，接受社会监督。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>4.主管部门对医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用院务公开情况进行督导检查、评估、问题反馈并整改。</p> <p>5. 相关资料完整，有数据或案例显示改进成效。</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.3.61.1按照规定，出现以下情形时应立即</p>	<p>1.根据《医疗技术临床应用管理办法》，制定出现相关情形下停止使用医疗技术临</p>

<p>停用：被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术；从事该项医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果的；该项医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或伦理问题；或者发生与技术相关的严重不良后果的；发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或存在重大质量、安全或伦理缺陷的。</p>	<p>床应用的制度，并对全体医务人员培训。</p> <p>2. 临床科室在医疗技术临床应用过程中出现不良事件应按规定程序报告，属于规定中需立即停止情形的，应立即停止该项医疗技术的临床应用，并向医院主管部门报告。</p> <p>3、医院主管部门发现本机构出现规定中需立即停止情形的，应立即要求临床科室停止该项医疗技术的临床应用，并立即向核发其《执业许可证》的卫生行政部门报告。</p> <p>4. 主管部门对相关情况有督导检查、对存在问题有总结分析并及时反馈、整改。</p>
<p>【细则】2.3.61.2前款停用的医疗技术，属于限制类技术的，上报省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案，并向社会公示。</p>	<p>5 无开展禁止类技术，无瞒报出现的重大医疗质量、医疗安全或伦理问题、或与技术相关的严重不良后果事件。</p>
<p>【指标】（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>【评审方法建议】记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<p>1.有向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台报送限制类技术开展情况信息的制度与流程。</p> <p>2.医院完成限制类技术《医疗机构执业许可证》副本备注后7个工作日内，登陆指定信息平台注册、登记。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>3 按要求和时限完成国家级和省级限制类技术开展情况数据上报</p> <p>4 开展限制类技术的科室医务人员熟知上报制度和要求，并执行。</p>
<p>【细则】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。</p>	<p>5 科室对信息上报工作有自查，信息报送前有审核，对存在问题有总结、分析、整改。</p> <p>6 主管部门有督导检查科室上报信息情况，对存在问题有总结、分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况</p> <p>7 按要求逐例完整报送限制类技术开展情况数据信息。</p>

<p>【指标】（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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、现场检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件；建立健全规章制度及流程。 2.有专门部门负责限制类技术临床应用规范化培训工作，明确岗位职责和管理要求；制定培训方案并按要求向社会公开，并于首次发布招生公告之日起3个工作日内，向省级卫生行政部门备案，备案材料符合要求。 3.参加规范化培训工作的管理人员和医务人员，需知晓限制类技术临床应用规范化培训管理要求、培训方案及流程，并规范执行。 4.主管部门对医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作全程监管，对发现的问题及时分析、反馈，落实整改情况。 5.监管资料完整；有备案，可追踪。
<p>【细则】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。</p>	
<p>【细则】2.3.63.3及时履行备案程序。</p>	

【指标】（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。

【概述】医院建立限制类技术规范培训的机制，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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、现场检查、员工操作。

【细则】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.建立健全限制类技术临床应用规范化培训规章制度、培训方案及计划，专人负责并明确岗位职责和管理要求

2.加强对培训导师的管理，严格按统一的培训大纲和教材制定培训方案与计划开展培训工作，建立医师培训档案，制定保障培训质量的制度及具体措施，确保培训质量和效果。

【细则】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。

3.有参加培训的学员管理制度并建立个人培训档案。参加培训的医师应符合相关医疗技术临床应用管理规范要求，完成培训后应接受考核，考核包括过程考核和结业

【细则】2.3.64.3考核包括过程考核和结业考核，过

考核；考核应委托第三方组织实施。

<p>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>	<p>4.主管部门对培训制度、教学、效果及学员档案等有全程督导检查，对存在问题有总结、分析、反馈，并检查整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.3.64.4加强学员管理，建立学员培训档案，档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。</p>	
<h4>四、医疗安全风险防范</h4>	
<p>指标和细则</p>	<p>评价内容与要点</p>
<p>【指标】（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。</p> <p>【概述】不良事件管理是医疗安全的核心内容，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</p>	

的分析，促进医疗质量提高。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

【细则】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。	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。
	2.医院设立或指定部门负责医疗质量安全事件信息报告工作，为医疗质量安全事件信息报告工作提供必要的物质条件支持，并配备专职或兼职工作人员。
	3.有建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制，并得到落实。
	4.医院健全医疗质量管理委员会组织，建立医疗质量安全事件审评制度，主管部门定期督导检查、分析、反馈。
	5.针对医疗质量安全事件查找本单位在医疗质量安全管理上存在的漏洞和薄弱环节，切实加以改进。
【细则】2.4.65.2有不良事件分类目录，员工知晓。	1.有不良事件分类目录，员工知晓。

	2.有不良事件报告制度及流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	3.有通畅的渠道、途径便于相关人员报告医疗质量（安全）不良事件；有部门统一收集、核查医疗质量（安全）不良事件，并按要求向相关机构上报。
	4.百张床位不良事件报告 ≥ 10 件。
【细则】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。	1.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.建立、健全医疗质量安全事件报告制度和激励措施，对准确上报医疗质量安全事件信息，协助开展调查处理，整改有力，医疗质量安全水平有显著提高的业务科室和个人，医院及时予以表扬和奖励。
	3.医院建立了信息系统，指定专门的部门或专人负责相关工作。网络和渠道通畅。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	5.相关的资料完整；有备案，可追踪。
【细则】2.4.65.4对本院医疗质量（安全）不良事件	1.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。
及管理缺陷进行统计分析、信息共享。	2.对医疗质量安全不良事件实施分级、分类管理，有开展医疗质量（安全）不良事

	件根本原因分析。
<p>【细则】2.4.65.5建立持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制。</p>	<p>3.医院不断完善、健全医疗质量管理委员会组织，建立医疗质量安全事件评审制度，针对医疗质量安全事件查找本单位在医疗质量安全管理上存在的漏洞和薄弱环节，切实加以改进，并按照规定报告改进情况。</p>
	<p>1.建立持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制。</p>
	<p>2.有建立医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷定期统计分析、信息共享及持续改进的制度，相关人员知晓基本要求并落实。</p>
	<p>3.有关部门定期在一定范围内，公布对医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷定期统计分析，并提出整改意见。</p>
	<p>4.对医疗质量安全不良事件实施分级、分类管理，有开展医疗质量（安全）不良事件根本原因分析。</p>
	<p>5.主管部门结合全院共性及各科室特点，开展针对性的教育与培训。</p>
	<p>6.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。</p>

<p>【指标】（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。</p> <p>【概述】医疗风险管理是医疗质量管理不可或缺的部分，医疗机构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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】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。</p>	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.医院制定并实施医疗质量安全管理制 度 ，设置医疗服务质量监控部门或者配备专（兼）职人员，加强对诊断、治疗、护理、药事、检查等工作的规范化管理，优化服务流程，提高服务水平。
	3.落实主体责任，加强组织领导，建立健全医疗安全管理相关组织架构，制定并严格落实各级人员岗位职责。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	5.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。
<p>【细则】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</p>	1.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。

<p>疗风险进行分级。</p>	<p>2.建立健全医疗安全与风险管理体系,完善医疗安全管理与风险防范相关工作制度、应急预案和 workflow。突出围产期安全、围手术期安全、有创操作、危急值报告、实验室安全风险管理,及时消除安全隐患。</p>
	<p>3.有医疗风险管理方案,包括医疗风险识别、评估、分析、处理和监控等内容。</p>
	<p>4.医院不断加强医疗风险管理,完善医疗风险的识别、评估和防控措施,定期检查措施落实情况,及时消除隐患。</p>
	<p>5.相关的资料完整;有备案,可追踪。医院有数据或案例体现改进效果</p>
<p>【细则】2.4.66.3员工知晓本部门及本岗位医疗风险,并有针对性的风险防控措施,包括但不限于医疗风险的知识培训、预警、控制、避让和风险分担等措施。</p>	<p>1.员工知晓本部门及本岗位医疗风险,并有针对性的风险防控措施,包括但不限于医疗风险的知识培训、预警、控制、避让和风险分担等措施。</p>
	<p>2.有医疗风险防范培训的计划,能够针对共性及各科室专业特点制定相关培训内容。相关人员知晓并落实。</p>
	<p>3.医院对其医务人员进行医疗卫生法律、法规、规章和诊疗相关规范、常规的培训,并加强职业道德教育。</p>
	<p>4.有负责培训的主管部门,编制培训计划、大纲和组织教学活动。</p>
	<p>5.科室对本科室员工知晓岗位风险和防控措施情况有定期的自查、总结分析与整改。</p>

	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	7.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】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。	1.定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。
	2.医院不断加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施，定期检查措施落实情况。对医疗风险的评估结果及时向有关科室反馈，提出整改和防控措施，开展持续改进。
	3.科室对风险防控措施落实情况有定期的自查、总结分析与整改。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	5.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。
【指标】（六十七）建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。	
【概述】医患沟通是医疗服务的组成部分，医疗机构应当按照《医疗机构投诉管理办法》相关要求顺畅的沟通渠道，建立首诉负责制，避免强化患者负面感受和改进医疗服务质量。	
【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。	
【细则】2.4.67.1建立健全医患沟通机制和投诉管理	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。

<p>制度，有投诉处置流程。</p>	<p>2.有医患沟通、投诉管理制度及投诉协调处置机制。落实“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确。</p>
	<p>3.建立畅通、便捷的投诉渠道，在医疗机构显著位置公布投诉处理程序、地点、接待时间和联系方式。</p>
	<p>4.有专门部门统一受理、处理投诉。投诉接待室配有录音录像设施。</p>
	<p>5.接待场所应当提供有关法律、法规、投诉程序等资料，便于患者查询。</p>
	<p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>7.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【细则】2.4.67.2设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开。</p>	<p>1.设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开。</p>
	<p>2.设置医患关系办公室或者指定部门统一承担投诉管理工作。</p>
	<p>3.指定一名医疗机构负责人分管投诉工作，指导、管理医疗机构投诉管理部门的有关工作。</p>
	<p>4.建立医疗机构、投诉管理部门、科室三级投诉管理机制，医疗机构各部门、各科室应当指定至少1名负责人配合做好投诉管理工作。</p>

	<p>5.有记录表明，“首诉负责制”得到执行、落实，患者向有关部门、科室投诉的，接待投诉的部门、科室工作人员应当热情接待，对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或者科室应当主动将患者引导到投诉管理部门。</p>
	<p>6.建立健全相关机制，鼓励和吸纳社会工作者、志愿者等熟悉医学、法律专业知识的人员或者第三方组织参与医疗机构投诉接待与处理工作。</p>
<p>【细则】2.4.67.3对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。</p>	<p>1.对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。</p> <p>2.有制度、规范等明确规定，对情况较复杂，需调查、核实的，一般应当于接到投诉之日起5个工作日内向患者反馈相关处理情况或者处理意见。涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的，应当于接到投诉之日起10个工作日内向患者反馈处理情况或者处理意见。</p> <p>3.建立健全投诉档案，立卷归档，留档备查。</p> <p>4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.4.67.4定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育，持续改进医疗质量安全。</p>	<p>1.定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育，持续改进医疗质量安全。</p>

	<p>2.科室对投诉信息和存在问题有定期进行的自查、总结与整改。</p> <p>3.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>4.医院建立与医疗质量安全事件信息系统有效衔接的医院投诉管理信息系统，定期上报医院投诉管理信息。</p> <p>5.规范投诉管理工作，定期统计投诉情况。统计结果应当与年终考核、医师定期考核、医德考评、评优评先等相结合。</p> <p>6.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【指标】（六十八）建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。</p> <p>【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。医疗机构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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.4.68.1建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，有报告流程并落实</p>	<p>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。</p>

<p>。</p>	<p>2.有药物不良反应、药害事件上报和医疗器械不良事件上报流程培训，相关人员熟练掌握并落实执行。</p>
	<p>3.建立药品不良事件报告信息平台，药学部为药品不良事件报告汇总部门，与医疗安全（不良）事件统一管理，每月对全院药物不良事件进行初步调查、分析、总结，并按国家有关规定向相关部门报告。</p>
	<p>4.建立医疗器械不良事件报告信息平台，医械管理部门不良事件报告汇总部门，与医疗安全（不良）事件统一管理，每月对全院不良事件进行初步调查、分析、总结，并按国家有关规定向相关部门报告。</p>
	<p>5.医院有明确的药物警戒范围和预警措施、发布流程。</p>
	<p>6.药学部、医械管理部门有定期自查不良事件分析总结开展情况，对存在问题有整改。</p>
	<p>7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.4.68.2定期评估相关事件并及时反馈临床</p> <p>。</p>	<p>1.医院设立或者指定机构并配备专（兼）职人员，承担本单位的药品、医疗器械不良反应报告和监测工作。从事该项工作的人员应当具有相关专业知识，具备科学分析评价的能力。</p>

	2.定期分析评估相关事件有助于避免同类事件发生。
	3.药学部、医械管理部门有定期自查不良事件分析总结开展情况，对存在问题有整改。
	4.有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】2.4.68.3按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。	1.按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。
	2.医疗机构获知或者发现可能与用药有关的不良反应，及时通过国家药品不良反应监测信息网络报告；不具备在线报告条件的，应当通过纸质报表报所在地药品不良反应监测机构，由所在地药品不良反应监测机构代为在线报告。报告内容应当真实、完整、准确。
	3.配合药品监督管理部门、卫生行政部门和药品不良反应监测机构对药品不良反应或者群体不良事件的调查，并提供调查所需的资料。
	4.医师、药师、护士及其他医务人员均需对患者用药过程、用药反应、用药效果、不良作用等问题进行监测；重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应。
	5.发生药品不良反应时，医务人员应按诊疗常规立即对患者进行处置，将全过程及处理结果如实记入病历中，并按规定上报；严重药品不良反应或特殊事件发生的，

	<p>还需保存相关药品、物品留样等。</p>
	<p>6.建立并保存药品不良反应报告和监测档案。</p>
	<p>7.主管部门及时分析各种不良反应的信息、数据，并开展多种形式典型案例教育。</p>
	<p>8.科室有定期自查、总结分析与整改。主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【指标】（六十九）有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.4.69.1制定深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实。</p>	<p>1.有建立医院深静脉血栓管理组织，制定深静脉血栓防治管理制度或防治管理手册。</p> <p>2.有深静脉血栓评估、识别、预防、诊断和处置流程，有使用住院患者血栓风险评估表并能落实评估。</p>
<p>【细则】2.4.69.2开展全员相关培训，员工知晓。</p>	<p>3.有成立深静脉血栓快速反应团队或专家会诊团队。</p> <p>4.有深静脉血栓防治管理制度培训，相关人员知晓并落实。</p> <p>5.科室有定期自查、总结分析与整改。</p>

	<p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>7.医院有数据或案例或新的管理制度、流程体现改进效果。</p>
<p>【指标】（七十）关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，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。</p> <p>【概述】心跳骤停、昏迷和跌倒等高风险事件严重危及患者生命安全，医院应保障全院范围内紧急救治和生命支持服务。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.4.70.1有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。</p>	<p>1. 有保障院内安全的相关制度及各种紧急预案；急救设施配置和布局覆盖全院；职责明确、流程清晰，有多部门协调机制。</p>
<p>【细则】2.4.70.2定期开展应对高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求，对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。</p>	<p>2. 有包括心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救治机制、处置预案与流程，全院人员知晓、培训并演练。</p> <p>3. 由相关科室分片负责及时提供紧急救治和高级生命支持服务，覆盖全院区域，有规划、有演练，资料完整。</p>
<p>【细则】2.4.70.3保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。</p>	<p>4.全院各科室对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的报告制度与处置预案等有演练、自查、总结分析整改。</p>

	<p>5. 主管部门对全院医护人员抢救技能和全院任何区域的急救设施进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。</p>
<p>【指标】（七十一）关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.4.71.1制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。 2.实行科主任负责制，配备、配齐各级各类产科工作人员，产科设备和设施，健全产科工作制度和岗位职责。 3.成立院内的产科抢救组，严格执行三级医师查房制度和产儿科双查房制度。产科、儿科相互配合，负责对转入新生儿科的病理新生儿和母亲的查房和诊疗，执行婴儿安全管理制度。 4.严格执行产科危重病病人的报告制度，发现危重产科患者，要及时报告。 5.严格执行医师护士值班制度、交接班制度，实行一、二线医师双岗负责制，并得

	到落实。
	6.产妇实行24小时负责制，负责第一产程到第三产程监护和产时保健服务。
	7.建立产科质量控制小组，定期开展产科质量安全自查与整改工作，按要求及时、准确地向卫生健康行政部门和质控组织报送质控相关数据信息，保障产科医疗质量安全。
	8.医务人员能够严格遵守产科专业诊疗指南及技术操作规范，落实孕产妇妊娠风险评估和管理，加强与妇科、儿科、急诊医学科、麻醉科等相关专业沟通协作，提高危重孕产妇识别、救治能力。
【细则】2.4.71.2根据法律法规和行业规范要求，制定分娩技术规范及流程，以控制分娩疼痛和减少分娩损伤。	1.根据法律法规和行业规范要求，制定分娩技术规范及流程，以控制分娩疼痛和减少分娩损伤。
	2.医院要加强产房分娩安全核查工作，在严格执行查对制度及各类孕产妇妊娠风险评估（筛查）的基础上，开展产房分娩安全核查工作，规范填写《核查表》，并将《核查表》作为医疗文书纳入病历进行管理，降低医疗差错及安全不良事件发生率，保障医疗质量和医疗安全。
	3.有指定人员定期收集分娩信息数据、总结分析分娩疼痛及分娩 损伤发生情况。

【细则】2.4.71.3制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，分析相关因素并持续改进。	1.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。
	2.医院重视分娩安全，作为医院安全管理制度中的重要内容，制订产科安全管理制度、和产科质量管理与控制指标，并组织落实。
	3.加强从业人员培训，考核，在妇产科工作的各级、各类医务人员都知晓相关管理规定，重视分娩安全，能够在日常工作中落实、执行。
	4.有关部门依据控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，定期组织检查、督导。对存在问题能够采取有效措施予以解决，并取得成效。

五、诊疗质量保障与持续改进

指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（七十二）门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。</p> <p>【概述】门、急诊是医院第一道窗口，应统筹门、急诊布局，严格落实法定要求，满足“以患者为中心”理念和临床管理要求。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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
【细则】2.5.72.1门、急诊布局注重“以患者为中心”	急诊科独立设置，功能、布局和设备配备符合要求，主要辅助检查、药房、收费

<p>的宗旨，并符合相关规定，能满足临床管理工作。</p>	<p>等区域距离利于急诊抢救，满足急诊服务需求。</p> <p>2. 有急诊管理制度和 workflow，对急诊留观时间超过72小时的患者有管理协调机制，及时妥善处置，相关人员知晓并执行。</p> <p>3.有急诊突发事件应急处置预案，包括：人员职责、处理流程、通讯方式、保障措施等。</p> <p>4. 定期开展各类突发事件应急演练，总结发现问题并整改。</p> <p>5.科室对相关工作执行情况有定期自查，并能以问题为导向进行分析总结、整改。</p> <p>6. 主管部门对急诊各项工作有督导检查，协调处理应急事件，总结、分析、反馈，并对整改落实情况有监管。</p>
<p>【细则】2.5.72.2急诊科诊室入口应当通畅，有醒目的路标和标识，并设有救护车通道和专用停靠处。</p>	<p>1. 门诊布局科学、合理，分区清楚，设备设施符合相关规范，流程有序、连贯、便捷，符合患者就诊流程要求和医院感染管理需要。</p>
<p>【细则】2.5.72.3建立门、急诊管理制度和 workflow，并落实。</p>	<p>2. 有门诊管理制度和 workflow；有措施保障门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；有便民措施。</p>
<p>【细则】2.5.72.4制定门、急诊突发应急事件处置预</p>	<p>3. 有门诊突发事件应急处置预案，包括：人员职责、处理程序、通讯方式、保障</p>

<p>案并组织实施。</p>	<p>措施等；抢救设施设备、物（药）品处于备用状态。</p> <p>4. 有信息系统支持门诊分层挂号或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务。</p> <p>5. 科室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>6. 主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>7. 医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【指标】（七十三）加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.5.73.1根据门、急诊就诊患者流量配备适宜数量的门、急诊专业人员和技术力量，满足门、急诊患者医疗需求。</p>	<p>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。</p> <p>2.急诊科配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基</p>

	<p>本操作技能，具备独立工作能力的医护人员。</p>
	<p>3.急诊科有固定的急诊医师，且不少于在岗医师的75%，医师梯队结构合理。</p>
	<p>4.二级综合医院的急诊科主任应当由具备急诊医学中级以上专业技术职务任职资格的医师担任。</p>
<p>【细则】2.5.73.2对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。</p>	<p>1.对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。</p>
	<p>2.有急诊科医务人员专业知识和技能培训考核制度、年度培训计划并组织落实；参加急诊的医护人员需经过急诊专业培训、考核达标方能上岗，并有考核记录。</p>
	<p>3.急诊医师具有3年以上临床工作经验，具备独立处理常见急诊病症的基本能力，熟练掌握心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、心电复律、呼吸机、血液净化及创伤急救等基本技能，并定期接受急救技能的再培训，再培训间隔时间原则上不超过1年。</p>
	<p>4.参加急诊排班的医师需具备独立抢救急危重症患者的能力，掌握心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、电复律、呼吸机使用和创伤急救等技能。</p>

	<p>5.急诊监护室固定医师与护理人员需经 ICU 专业培训，技能考核合格，医护人员具备高级生命支持基础理论、基本知识和操作技能。</p>
<p>【细则】2.5.73.3有针对门、急诊就诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制及应急预案。</p>	<p>6.参加急诊排班的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的能力。</p>
<p>【细则】2.5.73.4定期分析门、急诊流量和突发事件情况，及时调整门、急诊医疗资源配备。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 急诊科固定的急诊医师、护理人员分别不少于在岗相应人员的75%。 2. 急诊科负责人由副主任医师及以上专业技术职称的医师担任；护士长由主管护师及以上职称并有5年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。 3. 急诊科病房、急诊监护室由专职医师与护士负责，单独排班、值班；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。 4. 有制定根据急诊患者流量、突发事件合理快速调配医疗资源的方案并落实。 5. 主管部门对急诊医护人员配置、任职资格、人员合理调配情况有动态管理并提供依据。 6. 急诊科医护人员配置满足临床需求。

<p>【指标】（七十四）实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。</p>	
<p>【细则】2.5.74.1制定预检分诊制度，完善预检分诊流程，对急诊患者进行分级管理，实施分类救治。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.有专人负责24小时预检分诊，预检分诊人员个人防护符合要求。</p>
	<p>3.设立感染性疾病科，具体负责本医疗机构传染病的分诊工作，并对本医疗机构的传染病预检、分诊工作进行组织管理。</p>
<p>【细则】2.5.74.2通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。</p>	<p>1.通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。</p>
	<p>2.根据传染病的流行季节、周期和流行趋势做好特定传染病的预检、分诊工作。</p>
	<p>3.按照当地卫生行政部门的要求，加强特定传染病的预检、分诊工作。必要时，设立相对独立的针对特定传染病的预检处，引导就诊病人首先到预检处检诊，初步排除特定传染病后，再到相应的普通科室就诊。</p>
	<p>4.对呼吸道等特殊传染病病人或者疑似病人，依法采取隔离或者控制传播措施，并按照规定对病人的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察和其他必要的预防</p>

	措施。各种措施落实到位。
【细则】2.5.74.3规范设置预检分诊场所，通风良好，相对独立，标识导向醒目易懂。	1.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。
	2.预检分诊点设立在门、急诊醒目位置，标识清楚，相对独立，通风良好，流程合理。备有发热患者用的口罩、体温表、手卫生设施、医疗废物桶、疑似患者基本情况登记表等。
	3.预检分诊人员接受岗前和在岗相关制度、流程的培训并考核，考核合格方可上岗。
	4.科室有对预检分诊工作情况的定期自查、总结分析与整改。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】2.5.74.4分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品，工作人员采取必要的防护措施，有快速鉴别病情的相关医疗设备。	1.分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品，工作人员采取必要的防护措施，有快速鉴别病情的相关医疗设备。
	2.医院制定定期对医务人员进行传染病防治知识的培训计划，包括传染病防治的法律、法规以及传染病流行动态、诊断、治疗、预防、职业暴露的预防和处理等内容，并组织实施。

	<p>3.从事传染病预检、分诊的医务人员应当严格遵守卫生管理法律、法规和有关规定，正确执行临床技术规范、常规以及有关工作制度。</p>
	<p>4.医务人员熟练掌握发生感染性职业暴露后的处理措施。</p>
	<p>5.为医务人员提高合格、规范的防护物品，相关科室有现场处置的场地，配备规范的洗手、消毒的设备设施。</p>
	<p>6.没有发生严重的感染性职业暴露的案例，或者在发生后，能够按照规范要求，实施预防性用药，做好登记并逐级上报至省级疾病预防控制中心。</p>
<p>【指标】（七十五）把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容。</p> <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、急诊医疗质量。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.5.75.1把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围。</p>	<p>1.医院建立门诊、急诊工作质量考核标准，并在全院发布。</p> <p>2.医院将门急诊工作质量考核纳入临床科室及医务人员年度考核内容，对各科室开展质量管理、考核和评价工作。</p> <p>3.临床科室有门、急诊工作质量考核标准的培训，相关人员知晓并落实。</p>

	4.科室有定期自查、总结分析与整改。
	5.主管部门定期督导检查分析反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】2.5.75.2把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。	1.把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。
	2.有关部门对医务人员出诊情况有登记与分析评价，持续改进出诊服务。
	3.在医院建立各业务科室的质量管理考核指标体系中，把门诊、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容，主管部门按照考核指标，对科室和个人进行考核。
	4.各科室医务人员知晓考核内容，重视门、急诊工作质量。
<p>【指标】（七十六）有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。</p> <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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
【细则】2.5.76.1建立针对急危重患者的院内急诊、	1.有急危重症患者“绿色通道”制度，明确“绿色通道”涉及部门、项目和流程，及进

<p>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。</p>	<p>人“绿色通道”的急危重症范围；“绿色通道”患者可根据病情实行优先住院、先抢救后付费</p>
<p>【细则】2.5.76.2员工知晓绿色通道的实施范围及流程，并落实。</p>	<p>2. 建立进入“绿色通道”患者的交接制度，根据首诊负责制责任主体要求，保证患者在院前急救、院内急诊、住院或转诊的医疗服务过程中有交接、连贯完整。</p>
<p>【细则】2.5.76.3有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。</p>	<p>3. 各相关科室人员知晓“绿色通道”相关制度并在日常工作中落实执行。</p> <p>4. 医院、科室定期组织院内多学科协同演练，保证“绿色通道”的真正顺畅落实。</p> <p>5. 科室对“绿色通道”执行情况有定期自查，对存在问题及时分析整改。</p>
<p>【细则】2.5.76.4定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。</p>	<p>6. 医院有信息系统支持“绿色通道”建设，主管部门有定期督导检查、讨论分析、反馈，并要求相关科室落实整改。</p>
<p>【指标】（七十七）有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。</p> <p>【概述】创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇和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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	

<p>【细则】2.5.77.1有创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种的服务规范和流程。</p>	<p>1. 根据医院特点，建立包括急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭、高危孕产妇及新生儿等重点病种和重点人群目录，制定重点病种、重点人群服务规范和流程。</p>
<p>【细则】2.5.77.2有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程。</p>	<p>2. 医院和相关科室有对规范和流程进行培训，保证相关人员知晓并落实执行。</p> <p>3. 医院和相关科室有针对重点病种和重点人群定期开展服务演练，发现问题并整改。</p> <p>4. 科室质控小组有定期对执行情况自查，对问题及时分析整改。</p> <p>5. 主管部门有定期督导检查，并召集相关科室共同讨论分析、反馈，并检查科室落实整改情况。</p>

【指标】（七十八）优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

【细则】2.5.78.1实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。

1. 有预约诊疗工作制度和流程，并安排专门部门和专职人员负责统一预约管理和协调工作。
2. 医院至少提供两种以上形式预约诊疗服务，如电话、网络、现场、诊间预约等，并方便患者及时获取预约诊疗信息，对变动出诊时间提前公告。
3. 专家、专科、普通门诊均开展预约诊疗服务，并实行分时段预约，有提高患者预约就诊比例措施。
4. 有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理 with 动态调配。
5. 门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。
6. 主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
7. 医院有数据或案例体现改进效果。

【细则】2.5.78.2及时公开出诊信息。	1 以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。
	2 医务人员按时出诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。
	3 为患者提供咨询服务。
	4 门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。
	5 主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6 医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】2.5.78.3开展多学科诊疗，有多学科诊疗的规范流程，提高患者就医质量。	1. 有开展多学科综合门诊的相关制度与流程。
	2. 有专人负责相关工作的落实，有完整的管理资料。
	3.主管部门定期对多学科综合门诊工作有检查、分析与反馈。
	4. 医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】2.5.78.4优化门、急诊服务，有明确的服务流程、质量指标，定期分析，持续改进	1.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。
	2.有关部门按照质量指标，对相关科室进行检查、督导和评价。
	3.有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理 with 动态调配。
	4.门诊管理部门有定期对门诊服务情况进行分析，找出存在的问题，采取有效措施

	予以解决。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.医院有数据或案例体现改进效果。
<p>【指标】（七十九）优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。</p> <p>【概述】就诊环境是医疗服务的重要组成，医院就诊环境应“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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.5.79.1优化就诊环境，就诊环境清洁、舒适、安全，定期检查，及时维护。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。 2.门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷，门诊楼分层挂号收费，门诊标识要清楚，有线路图。 3.门诊、急诊等就诊区域内，有导诊、分诊、护送服务、轮椅、担架车，显著位置设置电子屏、滚动显示字幕等各种便民措施。 4.有缩短患者等候时间的措施。 5.有急危重症患者优先处置的相关制度与程序。

	6.针对门诊重点区域和高峰时段有措施保障门诊诊疗的秩序和连贯性。
【细则】2.5.79.2有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性。	7.有减少就医环节的信息支持系统，实行门诊分层挂号或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务。
【细则】2.5.79.3为患者提供就诊接待、引导、咨询	<p>1.有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性</p> <p>2.门诊、病房满足患者就诊需要，有配备适宜座椅的等候休息区，有候诊排队提示系统。卫生间清洁、无味、防滑，包括专供残疾人使用的卫生设施。环境整洁、安静，卫生。</p> <p>3.安全防护设施设置规范、完善。有卫生洗浴设施，有防止跌倒的安全设施。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。</p> <p>4.对有关人员进行培训（考核），知晓相关规定和管理要求并落实。</p> <p>5.科室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>7.诊疗环境整改案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。</p>
	1.为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。

<p>服务。</p>	<p>2.有就诊指南、建筑平面图、患者权益说明、价格公示等；有专人为患者提供咨询服务，佩戴标识规范，便于患者识别，相关人员熟知各项业务指引和服务流程。</p>
	<p>3.有各种便民措施与服务，如为老年人、有困难的患者提供帮助，提供饮水、电话、健康教育宣传等；有适宜的供患者停放车辆的区域</p>
	<p>4.有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理 with 动态调配。</p>
	<p>5.医院的门诊、急诊等服务区域内各种设施，实行适老化改造，构建老年友好型环境。</p>
	<p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。有就诊服务整改案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程和举措。</p>
<p>【细则】2.5.79.4急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.各种标识清晰、规范、醒目、易懂，尤其与急救相关的科室与路径。</p>
	<p>3.有预防意外事件的警示标识与措施。</p>
	<p>4.科室有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>5.主管部门定期组织检查，及时对各种标识进行修复，保持各种标志清晰、完整。标识与服务区域功能或路径相符。</p>

	6.在门诊、急诊服务区域内，没有发生严重的意外损伤事件。
<p>【指标】（八十）完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。</p> <p>【概述】患者在医院流动是为了更好地接受医疗服务，医院应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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.5.80.1有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程。 2.能分时段或床边办理出院，提供24小时服务。能为特殊患者（如：新生儿、残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等）提供多种服务及便民措施。 3.采用信息化统筹管理全院床位。
<p>【细则】2.5.80.2患者转运前，有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范；对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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，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。 2.有转科、转院流程，实施转交接前的患者评估，保障患者安全，履行知情同意。 3.病情和病历等资料交接清晰、完整，并记录，医务人员熟悉并执行。 4.科室对患者转运相关流程执行情况有定期自查、总结分析与整改。

	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.有数据或案例显示转科（院）患者连续性医疗服务效果
<p>【细则】2.5.80.3有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。</p>	1.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.医院能够不断完善患者入院、出院、转科、转院服务管理制度和标准。落实、执行留观、入院、出院、转科、转院制度，并有相应的服务流程。
	3.有部门间协调机制，并有专人负责。能为患者入院、出院、转科、转院提供指导和各种便民措施。
	4.有科室没有空床或医疗设施有限时的处理制度与流程，并告知患者原因和处理方案。对转科病人必须有医或护士护送并进行交接，并有记录。
	5.主管部门定期督导检查，对流程运行情况进行评估，将检查结果向科室反馈，定期并检查科室整改落实情况。
	6.有数据或案例显示患者从入院到出院不断优化服务流程。
<p>【细则】2.5.80.4为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。</p>	1.为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。
	2.有制度与流程规定危重患者应先行抢救。有急诊、危重患者优先及时办理入院的制度与程序并执行。

	3.急诊患者、留观患者、抢救患者有急诊病历，记录急诊救治的全过程。	
	4.相关科室有对办理入、出院手续情况进行定期自查、总结分析，对存在问题有整改。	
	5.主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。	
【细则】2.5.80.5加强转科、转院患者的交接管理，有交接流程和交接清单，过程有记录，可追溯。	1.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.有转科、转院流程，实施转交接前的患者评估，保障患者安全，履行知情同意。	
	3.有部门或专人负责协调全院床位。体现“以患者为中心”，增加入院患者管理的透明度。	
	4.科室对相关工作有检查、分析，对存在问题有整改。	
	5.主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。	
【指标】（八十一）加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。	<p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
【细则】2.5.81.1加强出院患者健康教育，普及相关		1.制定出院患者健康教育相关制度，制定不同专科的健康教育处方，并落实出院健

<p>健康知识。</p>	<p>康宣教。</p> <p>2.医院有组织、开展健康知识的公益宣传，充分利用线上线下多种渠道，开展形式多样的健康教育活动。健康知识的宣传科学、准确和规范。</p> <p>3.科室对相关工作有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>4.主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>5.出院患者或家属能知晓出院后医疗、护理和康复措施。</p> <p>6.有数据或案例显示患者出院健康教育及相关知识水平持续提升，促进康复。</p>
<p>【细则】2.5.81.2为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，在出院记录中体现。</p>	<p>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。</p> <p>2.患者出院记录内容完整，与住院病历记录内容一致，并有签名。</p> <p>3.有规范的出院医嘱，主管医护人员有对患者进行医嘱明确告知和解释。</p> <p>4.患者或近亲属、授权委托人能知晓和理解出院后医疗、护理和康复措施。</p> <p>5.科室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>7.有数据或案例体现随访或延续性康复服务效果，起到促进患者康复的作用。</p>

<p>【细则】2.5.81.3建立出院患者随访制度并组织实施，有患者随访记录，便于医务人员医疗服务流程和医疗措施的持续改进</p>	<p>1.制定出院患者随访制度并组织实施，利用电话、信息化等手段开展出院随访工作，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。</p>
	<p>2.对特定患者实施延续性护理服务，利用电话、电子邮件、信息化、互联网+护理服务等多种形式开展延续性护理服务，并有记录。</p>
	<p>3.科室有对随访制度落实、执行情况进行定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>5.患者或家属知晓出院后医疗、护理和康复措施。</p>
	<p>6.有完整地记录、资料、数据或案例显示对患者随访制度得到落实。7.有持续改进案例随访或延续性护理服务促进患者康复。</p>
<p>【指标】（八十二）建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	

<p>【细则】2.5.82.1根据法律法规和行业指南，建立临床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程，员工知晓并落实。</p>	<p>1.根据法律法规和行业指南，建立临床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程，员工知晓并落实。</p>
	<p>2.业务科室根据国家相关指南建立本专业各疾病临床诊疗规范和技术操作流程，并定期更新。至少应包括：</p> <p>（1）有适用的临床诊疗指南、疾病诊疗规范和药物临床应用指南等，用于指导医师的诊疗活动。</p> <p>（2）规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和植（介）入类医疗器械的行为。</p>
	<p>3.由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划，并按规范进行病历书写。</p>
	<p>4.定期对员工进行培训，自觉执行、落实疾病的诊疗规范和技术操作流程。</p>
	<p>5.科室对落实诊疗规范和技术操作流程有自查，对存在问题有改进。</p>
	<p>6.主管部门定期有督导检查、分析、反馈。</p>
<p>【细则】2.5.82.2诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。</p>	<p>1.诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。</p> <p>2.有对患者病情评估管理制度和患者病情评估制度。通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段，明确患者病情严重程度、心理和生理状况、营养状况、治疗依</p>

	<p>从情况、家庭支持情况、医患沟通情况及自理能力等，以此为依据，制定适宜有效的诊疗方案，保证医疗质量和患者安全。</p>
	<p>3.对患者病情评估范围应有明确规定。患者病情评估的范围是所有住院患者，特别是新入院患者、手术患者、危重患者、住院时间≥ 30天的患者、15天内再次住院患者、再次手术患者。</p>
	<p>4.应在规定的时限内，完成对患者的评估。</p>
	<p>5.定期对相关人员进行培训，知晓在诊疗规范、操作流程中包含对患者的评估内容，并得到落实。</p>
	<p>6.科室有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。相关资料完整；有备案，可追踪。</p>
	<p>8.将本制度执行情况纳入医院医疗质量管理考核体系中，与评优选先、职称晋升和奖金挂钩。</p>
<p>【细则】2.5.82.3根据法律法规和行业指南的变化，</p>	<p>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。</p>

<p>及时更新各科室的诊疗规范和技术操作流程。</p>	<p>2.医院掌握各科室诊疗规范和技术操作流程等资料，有必要的途径，协助科室及时认识和了解技术进步、流程改进等情况。</p>
	<p>3.各科室有完整的本科室诊疗规范和技术操作流程的资料，根据法律法规和行业指南的变化，及时更新。</p>
	<p>4.在诊疗规范和技术操作流程的更新后，应及时对相关人员予以培训，能够充分知晓、掌握更新的内容，并得到落实。</p>
<p>【细则】2.5.82.4由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.医院制定患者评估管理制度和流程，包括评估项目、评估人及资质、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等，且规定由医疗管理、护理管理等部门监管患者评估工作。</p>
	<p>3.医院对进行各种评估的人员的资格要求和职责以书面形式加以规定。</p>
	<p>4.患者评估的重点范围至少应包含住院患者评估、手术前评估、麻醉风险评估、危重患者评估、危重患者营养评估、住院患者再评估、手术后评估、出院前评估等。</p>

	<p>5.所有的评估结果都必须在患者诊疗过程中完成。诊疗措施需要评估结果来决策时，该评估应当在诊疗措施实施前完成。</p>
<p>【细则】2.5.82.5对疑难危重患者、恶性肿瘤患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.明确疑难危重患者范围，根据本院实际情况制定包括疑难危重患者、恶性肿瘤患者的多学科评估和综合诊疗制度与流程。</p>
	<p>3.临床科室各级医生熟知多学科评估和综合诊疗制度并在日常医疗工作中落实执行。</p>
	<p>4.科主任查房应把疑难危重患者、恶性肿瘤患者作为重点，并掌握科室落实多学科评估和综合诊疗情况。</p>
	<p>5.成立由医院分管院领导负责，相关科室和管理部门参与的肿瘤多学科联合会诊（MDT）工作委员会，下设肿瘤MDT办公室，负责医院肿瘤MDT日常管理与运行。</p>
	<p>6.成立肿瘤MDT专家团队。</p>
	<p>7.建立肿瘤MDT工作制度、操作流程、诊疗规范等工作文件，制定MDT管理人员和专业技术人员的岗位职责。</p>
	<p>8.科室对多学科综合诊疗有自查，对存在问题有改进。</p>

9.主管部门有定期督导检查、分析、反馈，必要时参与、组织多学科综合诊疗工作

【指标】（八十三）对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

【细则】2.5.83.1 开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径，依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对其效果开展评价。

1.开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径，依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对其效果开展评价。

2.医院设置（临床）营养科，具有独立的工作场所和基本设施。

3.营养科配置与医院规模相适应的医、护、技专业人员，医师和护士分别具有临床执业医师资格和执业护士资格、并经过临床营养专业教育；有各级各类人员岗位职责。

	<p>4.营养门诊每周不少于5个单元，设有肠内营养配制室，肠内营养制剂的应用种类不少于10种。</p>
<p>【细则】2.5.83.2为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.临床营养科工作管理制度健全，有相关诊疗技术规范和操作规 程，有对营养代谢病的患者通过营养检测和评价进行营养诊断和营养治疗的规范，相关人员掌握并执行。</p> <p>3.有临床营养科诊疗质量与服务监管指标和要求，相关人员知晓并落实。</p> <p>4.营养科对制度、规范执行情况有自查，对问题有分析及改进措施。</p> <p>5.主管部门对相关工作有督导、分析、反馈，对整改问题有检查落实情况。</p>
<p>【细则】2.5.83.3 营养科积极参与多学科诊疗，组建营养支持团队；接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营 养会诊；按需提供营养支持方案，按规定记入病历。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.参与特殊、疑难、危重及大手术患者的临床病历讨论和营养会诊，会诊意见、营养治疗方案和膳食方案按要求在病程记录中有体现。</p> <p>3.营养医师根据规范开展营养查房，对有需要的患者制定营养支持治疗计划、开具营养处方及随访、监测效果，并按规范书写查房记录。</p>

	4.为患者提供营养咨询、膳食指导和营养宣教，定期听取并征求患者及家属的意见。
	5.营养科对重点病人治疗膳食医嘱有效果评价，对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	6.主管部门有督导、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
	7.有数据或案例显示临床营养医疗文书书写规范、住院患者对临床营养指导工作满意度不断提升。
<p>【指标】（八十四）实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。</p> <p>【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。医疗机构应当对风险高、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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.5.84.1建立手术患者评估制度，在患者评估的基础上，完成手术患者的术前讨论，合理制定手</p>	<p>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。</p>

<p>术方案。</p>	<p>2.医院有相关的管理制度，明确规定对患者的评估工作由注册的医师、护士或者经医院授权的其他岗位的卫生技术人员进行。</p> <p>3.对医务人员进行培训，医务人员熟悉并执行上述制度和流程。</p> <p>4.医院建立手术患者评估操作流程和细则，确保为每位手术患者制订手术治疗计划或方案，能够按照手术治疗计划开展对患者的诊疗。并记录在病历中。</p> <p>5.科室对上述工作有自查、分析、整改。</p> <p>6.主管部门对上述有检查与监管。</p> <p>7.有资料、记录等表明，手术患者评估制度、重大手术报告审批制度得到有效落实。</p>
<p>【细则】2.5.84.2患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。</p>	<p>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。</p> <p>2.对每一位手术患者均应进行评估，重点加强手术前、麻醉前、急危重患者的病情评估，以及危重患者的营养状态评估、住院病人再评估、手术后评估和出院前评估，对患者的心理状况进行正确客观地评估。</p> <p>3.对患者评估的结果应记录在病历中，用于指导对患者的诊疗活动。</p>

	4.科室有定期自查、总结分析与整改。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】2.5.84.3建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程，明确重大手术范围，员工知晓。	1 建立手术患者评估制度，为每位手术患者制订手术治疗计划或方案。
	2 建立重大手术（包括急诊情况下）报告审批制度与流程及目录。
	3 对医务人员进行培训，医务人员熟悉并执行上述制度和流程。
	4 科室对上述工作有自查、分析、整改。
	5 主管部门对上述有检查与监管。
	6 手术患者评估制度、重大手术报告审批制度得到有效落实。
【细则】2.5.84.4有急诊手术管理措施，落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制，有量化的急诊手术质控指标，保障急诊手术安全。	1.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。
	2.有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。
	3.对医务人员进行培训，医务人员熟悉并执行上述制度和流程。
	4.科室对上述工作有自查、分析、整改。

	5.主管部门对上述工作有检查与监管
	6.形成标准化急诊手术流程。
<p>【指标】（八十五）手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.5.85.1手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录，由一助完成手术记录的，手术主刀医生有审核签名。</p>	<p>1.手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录，由一助完成手术记录的，手术主刀医生有审核签名。</p> <p>2.按病历书写规范，参加手术的医师在术后即时完成术后首次病程记录，并记录术后处理措施、术后观察注意事项等；手术主刀医师在术后24小时内完成手术记录（特殊情况下，由一助书写，主刀签名），内容包括反映手术的一般情况、手术经过、术中发现及处理情况等。</p>

	3.科室对上述工作有自查、分析及整改。
	4.主管部门对上述工作有定期监管、分析反馈，并检查科室落实整改情况。
【细则】2.5.85.2术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。	1.术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。
	2.按照《病历书写基本规范》完成手术记录与术后首次病程记录。
	3.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。手术记录和病程记录及时、完整，合格率100%。
	4.手术全过程的记录情况应作为病历检查、点评的重点内容，按照规范予以评分。
	5.科室对上述工作有自查、分析及整改。
	6.主管部门对上述工作有定期监管、分析反馈，并检查科室落实 整改情况。
【细则】2.5.85.3术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。	1.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.有术后患者诊疗护理管理相关制度与流程。每位患者手术后的生命指标监测结果记录在病历中。
	3.在术后适当时间，对患者术后病情予以再评估，据此拟定术后康复或再手术或放化疗等措施。

	4.科室对上述工作有自查、分析及整改。
<p>【细则】2.5.85.4 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。</p>	5.主管部门对上述工作有定期监管、分析反馈，并检查科室落实 整改情况。
	1.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。
	2.对手术后（肿瘤）标本的病理学检查有明确的规定与流程。手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。手术室有具体措施保障规定与程序的执行。
	3.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。
	4.有数据显示所有离体组织送病理学检查。
	5.病理科建立质量管理记录，包括标本接收、储存、处理、病理诊断、报告发放以及试剂、耗材、仪器使用和校准，室内质控、室间质评结果等内容。质量管理记录保存期限至少为2年。
	6.有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。

<p>【指标】（八十六）完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.5.86.1完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。</p>	1.完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。
	2.医院成立日间手术管理委员会，由医务管理部门在管理委员会的指导下负责医院日间手术的管理，做好日间手术管理制度的制定并组织实施。
	3.为日间手术提供必要的设备设施、人力物力支持。建立日间手术中心，统一管理日间手术患者，统筹调配医疗资源。
	4.日间手术室独立设置，配备相应的临床、护理团队等医疗资源，符合其功能要求的设备、设施。
	5.设置了门诊日间手术的信息系统，对评估工作提供支持
<p>【细则】2.5.86.2制定并向社会公开本院日间手术病</p>	1.制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。

种和技术目录。	2.在向社会公开本院日间手术病种和技术目录中，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险等。
	3.利用信息化手段为患者提供更为透明、详细的诊疗信息
	4.科室有对日间实施病种和技术开展情况的定期自查、总结分析与整改.
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。
	【细则】2.5.86.3制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。
【细则】2.5.86.3制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。	1.制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。
	2.医院要按照手术操作指南或规范、标准和卫生健康部门组织制定的相关病种临床路径，制定和完善本单位日间手术质量管理和控制制度、机制，进一步明确各病种及术式的适应症、禁忌症，优化患者就诊流程，规范出院后康复指导等。
	3.制定各种相关工作的应急预案，加强质量管理，细化质控标准，开展督导检查，加强关键部门、关键环节管理，保障医疗质量和安全。
	4.建立日间手术院内绿色通道和与社区医疗机构无缝化对接的双向转诊通道，确保日间手术流程规范、运行顺畅，全面做好日间手术的监管工作。
【细则】2.5.86.4加强日间手术病历管理，重视日间	1.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。

<p>手术患者宣教和随访，有随访记录，可追溯</p>	<p>2.规范日间手术病历的书写和管理，确保病历质量。</p> <p>3.有日间手术宣教与随访制度并落实。</p> <p>4.利用信息化手段加强日间手术病理管理。</p> <p>5.医院有相关的管理规定，要求有专人负责日间手术术后管理，开展随访。医院对随访记录的格式、内容等有明确的规定，有书写规范的要求。</p> <p>6.有记录表明，重视患者术后管理、康复与随访。</p> <p>7.开展了日间手术患者宣教和随访。</p>
<p>【细则】2.5.86.5制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。</p>	<p>1.制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。</p> <p>2.对照质控指标，有关部门定期开展对日间手术实施及其病种临床路径执行情况的监督检查。</p> <p>3.将日间手术纳入日常重点工作，建立部门协调推进机制，加强日间手术管理、指导、监督和评估，指导科室开展持续改进工作。</p> <p>4.有资料证明，医院能够结合深入开展“进一步改善医疗服务行动计划”，逐步扩大日间手术病种范围，缩短患者等待住院和等待手术时间，提高医疗服务效率。</p>

【指标】（八十七）手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。

【概述】麻醉科是体现医疗机构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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

【细则】2.5.87.1手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。	1.手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。
	2.为满足医疗服务需求，二级综合医院要根据诊疗情况合理确定麻醉科医师和手术科室医师比例，但不低于1：5。
	3.麻醉科门诊的医师应当具备主治医师及以上专业技术资格。
	4.疼痛病房医师与实际开放床位之比不低于0.3:1，且满足临床工作需要。
	5.麻醉后监护治疗病房的人员配备符合要求。
	6.麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。定期（至少每年）接受继续教育知识更新。

	7.麻醉医师与手术科室医师配比合理，岗位职责明确，麻醉与镇痛服务领域不断拓展。
【细则】2.5.87.2手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。	1.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。
	2.由具有资质及授权的麻醉医师为每一位手术患者制定麻醉计划。
	3.有麻醉前讨论制度，对高风险择期手术、新开展手术等进行麻醉前讨论。
	4.有麻醉前访视和评估、麻醉前讨论制度的培训，相关人员知晓并落实。
	5.麻醉前病情评估与麻醉计划书是在麻醉实施前，由麻醉医师对患者进行麻醉风险评估并拟定麻醉计划的记录。医院制定了统一的书写规范和要求，至少应包括：患者基本信息、与麻醉相关的病史、体格检查、辅助检查等项目，阳性结果均应在说明栏详细填写，进行美国麻醉师协会（ASA）分级标准和纽约心脏协会（NYHA）心功能分级标准的评估。在手术麻醉前评估和计划应在麻醉前一天完成并记录。所有麻醉相关的记录应存入病历中。
	6.主管部门定期对麻醉前病情评估制度执行情况进行检查、督导，对麻醉病历或相关文书质量进行检查。

	7.医院有数据或案例体现改进效果。
【细则】2.5.87.3预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通，术前应告知患方，明确术中的授权委托人。	1.预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通，术前应告知患方，明确术中的授权委托人。
	2.有对麻醉前访视和评估、麻醉前讨论制度的培训，相关人员知晓并落实。
	3.变更麻醉方法有明确的适应症，获得上级医师同意，家属知情，并记录。
	4.履行知情告知，麻醉知情告知制度得到落实。
【细则】2.5.87.4有麻醉后复苏室，人员、设备设施配置满足临床需求，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。	1.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。
	2.有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程。有患者进入、转出麻醉术后复苏室的记录。
	3.转出的患者有评价标准（Steward评分或Aldrete评分等），评价结果有记录。
	4.床位数量根据医院实际需求确定并满足下列三个条件之一： （1）与医院手术科室床位总数之比应 $\geq 2\%$ ； （2）与手术台比例 $\geq 1:4$ ； （3）与单日住院手术例数比例 $\geq 1:10$ 。

	5.麻醉后复苏室建设符合《麻醉科医疗服务能力建设指南（试行）》“附件5. 麻醉科设备设施配置要求”中的规定。
	6.建设麻醉后监护治疗病房。麻醉后监护治疗病房符合《麻醉科医疗服务能力建设指南（试行）》“附件1. 麻醉后监护治疗病房建设与管理要求”中的规定。
【细则】2.5.87.5建立麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测、分析与反馈，并持续改进。	1.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.有麻醉意外与并发症处理、麻醉效果评价的规范与流程。
	3.有麻醉意外与并发症处理、麻醉效果评价制度的培训，相关人员知晓并落实。
	4.科室对麻醉并发症进行监测，统计麻醉并发症发生情况，分析意外发生的原因、所采取预防措施是否得当等。如果发生意外的频率、次数较为集中，应及时组织讨论，并向有关部门报告。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.医院有数据或案例体现改进效果
【细则】2.5.87.6制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。	1.制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。
	2.有术后疼痛患者的镇痛治疗规范。
	3.麻醉医师掌握术后镇痛治疗规范与流程，镇痛治疗效果有评价，有记录。

4.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。

5.医院积极推动围手术期急性疼痛治疗，加强术后监护与镇痛，加快加强麻醉科护理服务。

6.麻醉科护士要加强对麻醉患者的护理服务，配合麻醉医师开展麻醉宣教、心理辅导、信息核对、体位摆放、管道护理、患者护送等工作，提高麻醉护理服务专业化水平。

7.科室有定期自查、总结分析与整改。

8.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

9.医院有数据或案例体现改进效果

【指标】（八十八）根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。

【概述】医院承担应对传染病的社会责任，应根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求规范传染病相关管理。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

<p>【细则】2.5.88.1设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律、法规要求。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊建筑规范，布局合理，分区清楚，设备设施符合相关规范，便于患者就诊，能满足避免患者间的交叉感染风险的要求。</p>
	<p>3.有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊规章制度与流程、岗位职责，相关人员知晓并执行。</p>
	<p>4.有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊患者就诊流程规定并公示，实行闭环管理。</p>
<p>【细则】2.5.88.2发热门诊应当根据相关要求，在医院内相对独立的区域，与普通门（急）诊相对隔离，满足“三区两通道”设置。</p>	<p>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）诊相对隔离，满足“三区两通道”设置</p>
	<p>2.医院门口、门诊大厅和院区内相关区域要设立醒目的指示标识，内容包括发热门诊方位、行走线路、接诊范围及注意事项等。</p>
	<p>3.与普通门（急）诊及医院其他区域间设置严密的硬隔离设施，不共用通道，通道之间不交叉，人流、物流、空气流严格物理隔离。</p>
	<p>4.发热门诊设置于医疗机构独立区域的独立建筑，标识醒目，具备独立出入口。</p>
<p>【细则】2.5.88.3制定传染病防治相关培训和考核制</p>	<p>1.制定传染病防治相关培训和考核制度并落实，可追溯。</p>

<p>度并落实，可追溯。</p>	<p>2.对感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊工作人员有专科岗前及在岗培训计划。考核合格后方可上岗，对不合格人员实行离岗再培训。</p>
	<p>3.针对新颁布或修订的规章规范及新发传染病，能及时组织相关工作人员进行培训。</p>
	<p>4.工作人员严格按照传染病防治有关规定和诊疗规范，及时报告疫情，规范接诊和治疗传染病患者。</p>
<p>【指标】（八十九）实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。</p> <p>【概述】实施精神类疾病诊疗具有特殊性，医院应按照国家相关要求进行，同时重点做好提供医疗保护措施的知情同意和教育。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.5.89.1实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.医院具有精神专科执业资质，设有精神科，承担精神疾病防治任务，提供防治技术指导和专业管理。</p>
	<p>3.医师具备精神科执业资质，精神科护士、公共卫生医师、卫生管理专业人员相对固定。每临床科室至少具有高级职称精神科医师和护士各1名。</p>

	<p>4.有完善的规章制度、岗位职责、诊疗规范、操作常规并执行。</p> <p>5.在设精神科病房的综合医院或中医医院从事精神障碍基本诊断与治疗工作的医师,均应在三级精神专科医院或设精神科病房的三级甲等综合医院或省级卫生健康行政部门指定的省级精神专科医院从业、培训或进修满1年(培训或进修可以累计,由省级卫生健康行政部门认定),经省级以上卫生健康行政部门指定的业务考核机构考核合格。</p> <p>6.精神科卫生技术人员与实际开放床位之比应不低于0.55:1,病房护士与实际开放床位之比应不低于 0.35:1。</p> <p>7.医院不断完善精神病专科医疗质量管理与控制体系,完善相关制度、流程与规范,提高精神疾病医疗服务同质化水平。</p>
<p>【细则】2.5.89.2医院明确 精神类治疗服务范围,根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范。</p>	<p>1.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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

	4.有上述制度、规范及流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	5.医院不断规范临床诊疗行为，完善精神障碍诊疗规范、精神疾病临床路径与诊疗指南等技术文件，规范精神科医师临床诊疗行为。
【细则】2.5.89.3制定规范的患者安全保护措施并落实	1.制定规范的患者安全保护措施并落实。
	2.有患者住院医疗保护措施、使用物理约束及隔离的制度与流程。
	3.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。
	4.有上述制度及流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.有数据或案例体现患者安全保护措施得到执行、落实。没有患者安全事件发生。
【细则】2.5.89.4向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施知情同意和教育。	1.向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。
	2.有向患者监护人就实施医疗保护措施可能发生的意外情况告知的相关管理规定，并履行书面知情同意签字，患者监护人身份应符合法律规范。
	3.有上述制度及流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。

	<p>4.对已建档患者,精防人员应当向患者本人和监护人宣传参与严重精神障碍管理治疗服务的益处,讲解服务内容、患者及家属的权益和义务等,征求患者本人和(或)监护人意见并签署参加严重精神障碍管理治疗服务知情同意书。对于同意参加社区服务管理者,由精防人员定期开展随访服务。对于不同意参加社区服务管理的患者,精防人员应当报告关爱帮扶小组给予重点关注并记录;关爱帮扶小组应当对患者信息予以保密。</p>
<p>【指标】(九十)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。</p> <p>【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,指导预防落实措施的落实,建立标准的出院康复指导与随访机制。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.5.90.1有会诊流程或多学科联合诊疗模式</p> <p>对精神障碍者的其他躯体疾病开展诊疗服务,及时、</p>	<p>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。</p>

<p>规范和全面的开展精神残障者的躯体疾病的诊疗</p>	<p>2.针对疑难复杂疾病开设多学科诊疗门诊,吸纳康复、中医、药学等团队参与,建立多学科联合诊疗和查房制度,有为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务的管理制度及流程</p> <p>3.有上述制度及流程的培训,相关人员知晓基本要求并落实。</p> <p>4..多学科联合诊疗服务实施情况在病历中记录。</p> <p>5.有资料表明,医院重视和不断加强综合医院非精神科医务人员精神、心理专业知识技能培训,为躯体疾病患者提供心理健康服务。</p> <p>6.积极引进精神疾病领域先进治疗技术,丰富治疗手段,提升治疗水平,改善疾病预后。</p> <p>7.发挥中医药防治精神疾病的优势,推广中医药心理调摄特色技术方法。</p>
<p>【细则】2.5.90.2有常见并发症的预防规范与风险防范流程,有相关培训教育,员工知晓。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.有常见并发症的诊疗规范、预防和处理措施、风险防范预案与流程等。</p> <p>3.各项防范措施落实到位。</p> <p>4.实施精神类疾病治疗的医院加强精神残障者诊治的全环节管理,梳理精神残障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</p>

	家属或授权委托人开展相关培训教育，以保障对各种预防措施落实
【细则】2.5.90.3为精神障碍者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。	1.为精神障碍者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。
	2.有为精神障碍者提供出院康复指导、出院后随访的制度。
	3.有开展心理热线的各项规章制度、服务流程和心理热线 24小时值班制度；心理热线接线员具有心理专业知识背景，接受上岗前培训。
	4.有上述制度的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	5.建立标准的出院康复指导与随访机制。
	6.在评估患者及家属认知能力基础上，运用有效沟通方式，使患者和家属掌握出院后康复治疗与护理事项。
<p>【指标】（九十一）医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。</p> <p>【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进行。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	

<p>【细则】2.5.91.1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。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.严格按照规范要求，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。</p>
	<p>3.有与介入诊疗项目相关临床科室，能为介入诊疗的并发症与其他意外紧急情况处理提供技术支持。介入诊疗科室与相关科室共同制定介入诊疗应急预案与工作流程。</p>
	<p>4.医院能够按期、按要求向省级卫生健康行政部门报送相关资料，按照整改要求开展持续改进。</p>
	<p>5.相关人员无违规操作事件发生。</p>
	<p>6.省级卫生行政部门定期组织对已经获得介入手术资质的医疗机构和医师技术临床应用情况进行评估。医院根据评估意见进行整改。</p>
<p>【细则】2.5.91.2介入医师具备相应的资质和授权，接受定期学习和培训。</p>	<p>1.介入医师具备相应的资质和授权，接受定期学习和培训。</p>
	<p>2.有相关人员培训计划、培训方案并考核。相关人员熟练掌握本岗位技术规范，且科室和人员知晓介入诊疗技术管理要求和工作流程。</p>

	<p>3.医院制定相关实施细则与流程，并执行。</p> <p>4.根据卫生行政部门制定的介入诊疗技术管理规范。</p> <p>5.专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》。</p> <p>6.科室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>7.主管部门对规范落实情况、培训效果和开展项目及质量有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。</p> <p>8.相关的资料完整；有备案，可追踪。医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【细则】2.5.91.3根据法律法规和行业指南制定介入诊疗技术规范并定期修订，按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。</p>	<p>1.根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范并定期修订，按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。</p> <p>2.医院有介入诊疗管理、术后随访和质量评价工作制度与规范、导管室管理制度、技术操作常规和介入诊疗各级各类人员岗位职责。各级各类人员知晓相关制度和岗位职责并遵循。</p> <p>4.各级医师掌握介入诊疗技术的适应证与禁忌证，并严格执行。介入诊疗前，手术医师手术前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。</p>

	5.导管室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。
	6.科室有自查，定期对介入诊疗病例的适应证进行回顾总结，对存在问题有分析、整改。
	7.将介入诊疗技术作为重点内容，纳入医院质量管控体系和机制中。
	8.主管部门对介入诊疗全程管理和介入诊疗技术适应症有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	9.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】2.5.91.4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。	1.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。
	2.医师应当按照规定接受心血管疾病介入诊疗技术的临床应用能力评估，包括病例选择、手术成功率、严重并发症、死亡病例、医疗不良事件发生情况、术后患者管理、随访情况和病历质量等。
	3.加强心血管疾病介入诊疗技术质量管理，建立健全术后随访制度，按规范进行随访、记录，并按照卫生健康行政部门的要求报告相关病例信息。
	4.主管部门定期组织医师接受心血管疾病介入诊疗技术的临床应用能力评估。评估

	<p>情况纳入医师技术档案中。</p>
<p>【细则】2.5.91.5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，一次性器械条码归档病历中，保证器械来源可追溯。</p>	<p>5.主管部门对介入诊疗全程管理和介入诊疗技术适应症有监管，对病例信息报送情况进行管理，根据卫生行政部门对病例信息报送资料审核、反馈意见，组织、督导有关科室进行整改。</p> <p>1.对介入诊疗器械实施全流程管理，有介入诊疗器械登记制度，一次性器械条码归档病历中，保证器械来源可追溯。</p> <p>2.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。</p> <p>3.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。</p> <p>4.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。用后一次性器材按医疗废物管理。</p> <p>5.科室对器材管理和使用有自查，对存在问题有分析、整改。</p> <p>6.主管部门对器材管理制度落实情况有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。</p> <p>7.全院所有介入器材管理使用规范，可追溯，无违规采购、使用案例。</p>

【指标】（九十二）开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

【细则】2.5.92.1 人员、设备、空间及院感控制流程均符合行业管理要求。	1.人员、设备、空间及院感控制流程均符合行业管理要求。
	2.血液透析室分区布局符合院感染控制要求，流程合理；每个透析单元使用面积不少于3.2平方米，水处理间使用面积不低于水处理机占地面积的1.5倍。
	3.配备满足工作需要的血液透析机、水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等基本设备；急救设备齐全；有必要的职业防护用品；开展透析器复用的，应当配备相应的设备。
	4.有血透室各项管理制度及质量安全指标要求，按照血液净化标准操作规程开展血液透析质量及相关工作，建立合理、规范的血液透析治疗流程。
	5.定期对全体人员开展各项管理制度和技术规范的培训及考核。
	6.科室有定期自查，对存在问题有整改。
	7.主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。

	8.信息系统实现对血液透析全程质量监测、追踪和分析相关数据。
【细则】2.5.92.2根据法律法规和行业指南，有血液净化操作流程并定期更新，建立全流程的血液净化质量管理 and 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	根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作，包括但不限于以下内容：
	1.有针对血液透析管理的医院感染管理的相关制度，有医院感染紧急情况的处理预案，并能定期演练。
	2.有传染病患者隔离制度与具体措施，明确分区布局、专机使用。
	3.有血液透析患者接诊、登记相关制度，实施患者实名制管理。血液透析室有运行数据收集的制度及流程。
	4.血液透析记录等医疗文书书写符合病历书写规范要求。
	5.有血透患者血传播传染病筛查和管理制度并实施。
	6.建立血液透析质量方面的基础数据库，内容涵盖血液透析的全过程。建立维持性血液透析患者质量监测指标体系，定期进行统计分析。
	7.科室对制度落实情况、数据库运行情况和质量监测指标体系有自查，定期对质量管理指标进行分析评价，对存在问题有整改。
8.主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。	
【细则】2.5.92.3有保障患者和员工安全的措施和紧	1.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。

急情况处理预案，并定期演练。	2.有常见并发症的紧急处理流程和上报制度。
	3.对紧急意外情况处置有培训，相关人员均能熟练掌握。
	4.对应急预案与处理流程有演练（至少每年一次），有记录，有讨论与评价。
	5.科室对意外情况处置流程落实及并发症登记情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	6.主管部门对紧急意外情况相关制度落实及培训效果有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	7.根据演练情况，对相关措施、流程开展持续改进。有数据或案例体现改进效果。
<p>【指标】（九十三）血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。</p> <p>血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
【细则】 2.5.93.1血液透析机与水处理设备符合要求	1.血液透析机与水处理设备符合要求。

。	2.有设备档案与记录，每一台透析机都建立档案，档案内容至少包括透析机的出厂信息（技术信息和操作信息）、操作运行和维修记录等。
	3.在用的透析机运转正常，超滤准确、监测系统和报警系统工作正常，有定期校验记录。有操作运行和维修记录。
	4.相关人员熟知要求并在日常工作中落实。
	5.科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	6.主管部门有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
【细则】2.5.93.2透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。	1.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。
	2.有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程。
	3.有完整的水质量监测记录。透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。
	4.科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	5.主管部门有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	6.透析液和透析用水检测达标，无与水质相关事故发生。
【细则】2.5.93.3血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。	1.血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。
	2.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。

3.可复用血液透析器复用次数符合规范要求。复用透析器只能使 用于同一个患者。血传播传染病患者使用过的透析器不复用，复用过程中对消毒剂过敏的患者使用过的透析器不能复用。复 用登记记录完整，复用病例与透析器可追溯。

4.从事血液透析器复用的人员必须经过专门培训，符合复用技术资格要求。

5.废弃血液透析器有登记、有处理流程。

6.科室有对血液透析器复用情况开展定期的自查，对存在问题有分析、整改。

7.主管部门有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。

8.透析器复用管理规范，无因透析器复用发生感染事件。

【指标】（九十四）开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行。

【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
进行严格管理。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

<p>【细则】2.5.94.1开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。</p>	<p>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》。</p>
	<p>2.具有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目，相关执业文件核准与校验均在有效期内。</p>
	<p>3.机房建筑获得国家的合格证书。</p>
	<p>4.有基本设备清单，有完整的定期核准与校验的管理档案。</p>
	<p>5.具备开展放射治疗的基本设备（直线加速器或钴-60治疗机≥1台、后装治疗机≥1台、模拟定位机≥1台、三维计划治疗系统≥1台、验证设备等）</p>
<p>【细则】2.5.94.2布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。</p>	<p>1.布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。</p>
	<p>2.医院开展的放射诊疗项目，应按照开展的诊疗工作类别，向相应的卫生行政部门提升建设项目审查、竣工验收或设置放射诊疗项目申请。</p>
	<p>3.有资料和记录表明，在新建、扩建、改建放射诊疗建设项目时，应在施工前项相关的卫生行政部门提交职业病危害放射防护预评价报告，申请进行建设项目卫生审查。在竣工验收前，进行职业病危害控制效果评价。</p>
	<p>4.相关的建筑档案、资料、各种台账保管完善、完整，各种审批文件保存完整。</p>

<p>【细则】2.5.94.3有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度，并严格执行。</p>	1.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.有放射治疗装置操作、维护维修和检测制度。有完整的使用、维护、检测与维修记录或台账。
	3.有放射治疗机器使用操作指南、规范程序及必要的联动设置。
	4.有上述制度、操作指南及规范程序的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	5.科室保存放射治疗装置维护、检测的全部资料。
	6.所有设备均经过检测合格。
	7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
<p>【细则】2.5.94.4有放射防护制度，并严格执行。</p>	1.有放射防护制度，并严格执行。
	2.有患者与工作人员放射防护制度。相关放射场所设置明显警示标识、配备防护用品，工作人员佩戴个人放射剂量计。
	3.科室有定期自查、总结分析与整改。工作人员佩戴个人放射剂量计，且放射剂量计状态正常
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

	5.没有发生异常或不良事件。
<p>【指标】（九十五）实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。</p> <p>【概述】放射治疗本身具有一定的风险性，医院应加强放射治疗管理，保证治疗质量和安全。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.5.95.1根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范，定期修订规范，并落实。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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，有本院放射治疗的规范与流程并定期修订，有保证落实的举措。 2.配备专（兼）职的管理人员，负责放射诊疗工作的质量保证和安全防护，保证提供必需的条件，以落实其职责、任务。 3.医院定期对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所和防范设施进行放射防护检测，保证辐射水平符合有关规定或者标准。 4.有上述制度、规范、流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。 5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 6.医院由数据或案例体现改进情况。

<p>【细则】2.5.95.2有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.有放射治疗计划讨论制度，有医学物理人员参与讨论。有根据患者放射治疗过程中情况及时调整放疗计划的相关流程。</p>
	<p>3.有对放射治疗效果和毒副作用的评价制度，有防范毒副作用、改善放疗效果的措施。</p>
	<p>4.有上述制度、规范与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p>
	<p>5.主管部门定期对放射治疗计划的落实情况进行督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.5.95.3有放射治疗意外应急预案及处置措施，定期演练，员工知晓。</p>	<p>1.有放射治疗意外应急预案及处置措施，定期演练，员工知晓。</p>
	<p>2.有放射诊疗、放射性同位素储存工作场所安全管理制度</p>
	<p>3.工作区域配置有可及用于处置的设备、设施，以及药品、器材与氧气等。</p>
	<p>4.有上述制度、预案与措施的培训及演练，能够根据演练的结果，及时调整预案。相关人员知晓基本要求并落实。</p>

【指标】（九十六）医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。

【概述】医院开展特殊诊疗技术，应符合国家相关要求。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

【细则】2.5.96.1医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。

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。

2.开展诊断核医学特殊诊疗技术，应与执业许可证诊疗科目一致，有独立场所，场所环境保护等符合国家要求。

3.有特殊诊疗技术管理制度和诊疗规范，明确诊疗技术报告时限，有与临床沟通的机制。

4.所有人员均接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格；出具“临床诊断报告”由经过授权、具备执业医师资质的人员签发；负责人由有经验的特殊检查专业或经过特殊检查技术培训的副主任医师及以上职称人员担任。

5.有上述制度、规范的培训，相关人员知晓基本要求并落实。

<p>【细则】2.5.96.2根据法律、法规和行业指南，制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程，建立质控标准，并有效落实。</p>	1.根据法律、法规和行业指南，制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程，建立质控标准，并有效落实
	2.开展诊断核医学活动应符合GBZ120-2006《核医学卫生防护标准》要求，有制度流程保证设备实施性能与诊断质量，有事故应急预案，防护符合要求。
	3.按照质控标准，有关部门定期组织质控检查，并纳入医院绩效管理并予以考核。
	4.开展诊断核医学特殊诊疗项目符合临床核医学卫生防护国家标准要求，且经省级卫生行政部门核准。
	5.有放射性分析程序、书面质量控制流程、防护管理制度。
	6.有上述程序、制度及流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
<p>【指标】（九十七）特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.5.97.1特殊检查室设计及空间区域划分应</p>	1.特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。

符合特殊检查需求。	2.特殊检查室（放射、介入、放疗、核医学等）机房环境安全技术指标、安全和防护性能符合要求，空间区域划分符合规范要求，有效避免医务人员及其他人员接触有害物质。
	3.科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	4.主管部门对设备、环境、资质、防护、应急等有监管，并检查科室整改落实情况。
	5.所有设备、仪器、药品必须符合国家相关标准，定期检测，合格后方可使用；所有证书均在有效期内；放射诊疗许可证、辐射安全许可证与现有设备相符。
【细则】2.5.97.2将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。	1.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。
	2.放射、介入、放疗、核医学等机房设计、建设及设施符合安全、环保、职业病防护等规范要求并验收合格；空间区域严格划分患者、检查人员、其他人员区域；机房显著位置有规范的警示标识。
	3.实时监测环境剂量。
	4.科室有定期自查、总结分析与整改。

	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.无医务人员及其他人员接触有害物质的事件发生。
【细则】2.5.97.3有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。	1.有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。
	2.有完整的设备、环境、人员、防护制度和应急预案；防护用具齐全、有效。
	3.所有工作人员具备国家要求的特殊诊疗技术资质，个人剂量检测符合要求；有工作人员放射防护知识和应急处置措施培训制度并落实。
<p>【指标】（九十八）开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。</p> <p>【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，医院应加强日间化疗管理，保证化疗质量与安全。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
【细则】2.5.98.1明确规定日间化疗服务适用范围。	1.明确规定日间化疗服务适用范围。
	2.开展日间化疗服务应符合国家相关规定要求，有明确的日间化疗纳入标准和服务适用范围，医务人员知晓并落实。
	3.建立日间化疗工作制度与管理流程，严格按诊疗规范开展诊疗服务，有各类意外发生应急处置预案并定期开展演练。

	4.按病历书写规范做好各项诊疗记录，患方需签署知情同意书并随病历归档保存。
	5.临床科室对日间化疗服务工作有定期的自查、总结分析、整改。
	6.主管部门有督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	7.有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】2.5.98.2建立日间化疗的操作流程及质量控制指标，定期监测、分析并反馈持续改进。	1.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。
	2.有日间化疗质量安全控制指标，日间化疗病人纳入慢病管理、建立档案，有定期随访评价。
	3.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	4.通过信息化工具，采用有效管理措施，实现、落实患者的院外安全管理。
【细则】2.5.98.3 建立日间化疗集中配置化疗药物安全管理制度 并落实。	1.建立日间化疗集中配置化疗药物安全管理制度并落实。
	2.有规范的化疗药物管理规定，集中调配化疗药物。
	3.有全流程的用药安全监控与评价，保证医疗质量。
	4.有药物不良反应处置方案及上报要求，相关人员熟悉掌握并落实执行。

六、护理质量保障与持续改进	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（九十九）建立扁平高效的护理管理体系，建立护理质量与安全管理委员会，依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，实施护理质量管理工作。</p> <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；通过护理质量与安全委员会，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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.6.99.1建立简洁高效的护理管理体系。有院领导负责下的护理管理体系，实行三级或二级管理层级。有护理工作发展规划、年度计划，符合医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行，有总结评价。</p>	<p>1.根据国家相关要求成立由院长或主管院领导任主任委员，由多部门（人事、财务、医务、护理、院感、后勤、信息等）相关部门人员组成的护理管理委员会，有相关职责，贯彻护理管理相关法律法规、规章及技术规范标准；审核、制定护理工作发展规划，提出各项改进措施，解决存在问题。</p> <p>2.建立院长（或副院长）领导下的护理垂直管理体系，制定符合医院总体规划和护理学科发展方向的护理工作发展规划、年度计划，并有效执行，有总结评价。</p>

	3.建立扁平化的护理管理架构，实行三级或二级护理管理体制
	4.将护理工作发展纳入本单位整体发展规划，定期组织研究并解决护理工作中的困难问题。
	5.建立人事、财务、医务、护理、后勤等多部门联动机制，有措施保障落实护理工作中长期规划、年度计划，并有总结。
	6.主管部门对规划、目标和计划落实情况有检查与监管。
	7.与医院发展相适应的护理规划与计划能有效落实。
<p>【细则】2.6.99.2建立护理质量与安全管理委员会。</p> <p>委员会成员应包含与护理工作密切相关的部门，并制订委员会职责和工作制度，定期研究护理质量与安全问题，提出改进策略并落实。</p>	1.建立护理质量与安全管理委员会，并制订委员会职责和工作制度，制定护理质量与安全管理工作计划及护理质量监测指标，落实目标管理，定期研究护理质量与安全问题，提出改进策略并落实。
	2.有院－科－病区或院－病区护理质量与安全管理组织体系，科或病区有护理质量与安全管理小组，负责落实护理质量与安全管理工作。
	3.院科三级或两级对护理质量做到基于数据的质量指标管理，并及时、准确上报监测护理质量指标并分析。
	4.应用信息化手段管理，保障护理质量数据完整、准确，并及时上报。

	5.科室或病区护理质量安全管理小组每月对护理质量与安全管理有自查、分析、对存在问题有整改。
	6.主管部门对护理质量监测指标有定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	7.有数据或PDCA案例显示护理质量改进有成效。
<p>【细则】2.6.99.3根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程，定期修订。</p> <p>并根据科室执行落实情况，开展护理质量管理工作，有监测、分析、反馈，指导改进</p>	1.推进现代医院管理制度建设，有修订制度、常规、操作规程等相关文件的规定与程序；修订后的文件有试行－修改－批准－培训－执行的程序，并有修订标识。
	2.根据法律法规、行业标准、指南等制定医院护理管理制度、护理常规和操作规程，并及时更新、定期修订。
	3.培训并落实护理管理制度、护理常规及操作规范。
	4.科室对护理管理制度、护理常规、操作规范的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。
	5.主管部门对护理制度落实情况有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.各项护理制度、护理常规、操作规范持续改进有成效。

<p>【细则】2.6.99.4对患者进行跌倒风险评估，主动向高危患者告知跌倒、坠床风险，采取有效措施防止意外事件的发生。</p>	1.有防范患者跌倒、坠床的相关制度，并体现多部门合作。
	2.对住院患者进行跌倒、坠床风险评估，根据病情、用药变化在评估，并在病历中记录。
	3.主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施，对特殊患者，如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等患者，采取适当措施防止跌倒、坠床等意外，并有记录。
	4.科室对跌倒和坠床安全管理的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。
	5.主管部门对跌倒和坠床安全管理有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.有数据或PDCA案例显示护理质量改进有成效。
<p>【细则】2.6.99.5建立压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗与护理规范。落实预防压力性损伤及创面处理的措施。</p>	1.建立压疮风险评估、报告制度。
	2.有压疮诊断与压疮创面处理的诊疗和护理规范。
	3.落实患者压疮风险评估并能按风险程度及病情变化作出动态评估。
	4.有相应的预防压力性损伤的设备、材料、辅料，护理人员能正确使用。
	5.护理人员根据压力性损伤预防、创面处理规范，落实各项预防措施。
	6.护理人根据压力性损伤的危险因素进行针对性健康教育，鼓励家属积极参与减轻

	<p>压力的干预措施。</p> <p>7.科室对压疮风险评估管理、预防压疮管理的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。</p> <p>8.主管部门对压疮风险评估管理、预防压疮管理有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>9.有数据或PDCA案例显示护理质量改进有成效。</p>
<p>【指标】（一百）护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。</p> <p>【概述】合理的护士人力资源配置，是保障患者安全和质量的基础。医院应按照国家相关规定，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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.6.100.1护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别</p>	<p>1.建立护士人力资源管理制度，保障临床护理需求。采取有效措施优先保障临床护士人力配置到位，不得随意减少临床一线护士数量，原则上临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。</p>

<p>比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。</p>	<p>2.根据临床科室特点、患者病情轻重和临床护理工作量，按照责任制整体护理的工作模式配置适宜、结构合理的护士。</p> <p>3.全院病区护士与实际开放床位比不低0.5:1，普通病房日间每位护士平均负责患者数≤8人，根据床位数和工作量合理配置夜班护士人数。重症监护病房护士与实际开放床位比不低2.5-3:1。</p> <p>4.主管部门对护理人员配置情况、护理人员资质有监督、检查，对问题有追踪分析，落实整改。</p> <p>5.护理人力配置合理，全院病区护士与实际开放床位比满足临床需求，人员均符合执业与特殊岗位资质要求。</p>
<p>【细则】2.6.100.2有人力资源调配的应急预案，并有演练</p>	<p>1.建立护理人力弹性调配方案，保障临床护理需求。</p> <p>2.人力资源调配方案能根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况等制定，并能实现护理人力资源动态调配。</p> <p>3.制定护理人力紧急调配预案，并有演练，确保有效应对突发事件或特殊情况下临床护理的紧急需要。</p> <p>4.相关护理管理人员知晓紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程，并执行。</p>

	5.科室对人力资源动态调配工作有检查、分析及整改。
<p>【细则】2.6.100.3 临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。</p>	6.主管部门对人力资源动态调配工作有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	1.临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于 95% 。
	2.医院建立护理岗位管理制度，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，实现护士从身份管理转变为岗位管理。
	3.医院建立护士人力资源配置和弹性调配制度，保障临床护理需求。要采取有效措施优先保障临床护士人力配备到位，不得随意减少临床一线护士数量。
	4.科室有对临床护理岗位护士数量的定期自查、总结分析与整改。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.根据临床科室特点、患者病情轻重和临床护理工作量，按照责任制整体护理的工作模式配置数量适宜、结构合理的护士。

<p>【指标】（一百零一）护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。</p> <p>【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《关于实施医院护士岗位管理的指导意见》（卫医政发〔2012〕30号）等要求，并结合医院实际，实行护士分层级管理，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力、工作标准等。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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.6.101.1根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定，制定护理人员资质管理制度和审核程序，落实依法执业。</p>	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，制定护理人员执业准入、特殊护理岗位资质、技术能力要求、有审核程序。
	2.有护理人员执业准入、特殊护理岗位资质、技术能力要求、有审核规定与程序。
	3.对各级护理人员进行分层级管理，护理人员知晓相关岗位职责及进阶要求并执行。
	4.科室规范落实对护士资质准入审核管理。
	5.主管部门对护理人员资质有审核、监督、检查，对问题有追踪分析、整改。
	6.护理人员均符合执业与特殊岗位资质要求，相关资质审核材料完善。
<p>【细则】2.6.101.2实行岗位管理制度，明确岗位设</p>	1.医院有护士分层级管理制度、护理岗位管理实施方案，明确护理岗位设置、任职

<p>置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准。</p>	<p>条件、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。</p> <p>2.实施护理人员分层管理，明确护士层级能力要求和培养方案，有统一的护理人员分级管理档案。</p> <p>3.对各层级各类别护理人员落实岗位培训，护理人员知晓并落实相关岗位职责和工作要求。护理人员分管患者护理级别符合护理人员能级水平。</p> <p>4.科室对护士分层级管理、护理岗位管理相关内容落实有检查、分析及整改。</p> <p>5.主管部门定期对相关工作有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>6.对护理人员岗位管理工作持续改进有成效，并有更新护士分层级管理、护理岗位管理等制度。</p> <p>7.实现“按需设岗、以岗择人、按岗聘用、科学管理”，实现护士岗位管理从身份管理到岗位管理的转变。</p>
<p>【细则】2.6.101.3制定护理人员管理规定，根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理，各层级护士职业晋升路径及标准清</p>	<p>1.制定护士岗位培训制度，建立以岗位需求为导向、以岗位胜任力为核心的护士培训制度，包括护士规范化培训、核心能力培训、护士继续教育。</p> <p>2.参照《新入职护士培训大纲》开展新入职护士规范化培训。</p>

<p>晰。</p>	<p>3.制定在职继续教育培训计划，培训内容结合临床需求，体现不同岗位、不同专业、不同层次护理人员岗位特点，并落实。</p>
	<p>4.参照《专科护理领域护士培训大纲》结合护理学科发展和患者护理需求，有针对性的制定本院专科护理人员培训方案和培养计划并落实。</p>
	<p>5.加强护理管理岗位人员培训，制定护理管理岗位人员培训计划并落实。</p>
	<p>6.科室对护士规范化培训、核心能力培训、护士继续教育等的执行、落实情况有检查、分析及整改。</p>
	<p>7.主管部门对护理人员在职继续教育管理情况、专科护理人才培训和使用有检查与监管，对问题有追踪分析。</p>
	<p>8.各项护士培训计划有效落实，持续改进有成效，护理人员技术能力和水平不断提升，专科护理人才得到合理充分使用。</p>
	<p>9.护理管理岗位人员培训到位，护理管理人员管理水平不断提升。</p>
<p>【细则】2.6.101.4根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.建立护士岗位培训制度，建立以岗位需求为导向、以岗位胜任力为核心的护士培</p>

	<p>训制度，包括护士规范化培训、核心能力培 训、护士继续教育。</p>
	<p>3.参照《新入职护士培训大纲》开展新入职护士规范化培训，有护理人员在岗继续 教育计划，并落实。</p>
	<p>4.制定在岗继续教育计划，培训内容结合临床需求，体现不同岗位、不同专业、不 同层次护理人员岗位特点，体现岗位需求，符合不同岗位、不同专业、不同层次护 理人员的特点，并落实。</p>
	<p>5.科室对护理人员在岗继续医学教育计划执行、落实情况有检查、分析及整改。</p>
	<p>6.职能部门定期对相关工作有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>7.培训计划落实，护理人员技术能力和水平不断提升。</p>
<p>【指标】（一百零二）建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。</p> <p>【概述】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的目的。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>	

<p>【细则】2.6.102.1建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应充分征求护士的意见和建议，并能提供多种途径方便查询。</p>	<p>1.建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应充分征求护士的意见和建议，并能提供多种途径方便查询。</p>
<p>【细则】2.6.102.2考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬，调动护理人员积极性。</p>	<p>2.有基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核制度，并且制定了具体的绩效考核实施方案。</p> <p>3.绩效考核方案制定征求护理人员意见，护理人员知晓绩效考核方案。</p> <p>4.主管部门对绩效考核方案落实情况有检查与监管，对问题有追踪分析和整改措施。</p> <p>5.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。</p> <p>6.有按照相关文件，护理绩效考核向高劳动强度、高风险、高技术含量倾斜。</p> <p>7.实现优劳优得，多劳多得，调动护理人员积极性，并有绩效考核项目的更新。</p>

【指标】（一百零三）依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。

【细则】2.6.103.1依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。

1.医院成立由“一把手”院长任组长的优质护理服务领导小组，医院各部门分工明确，有具体的工作职责或措施。

2.建立推进开展优质护理服务的保障制度、措施及激励机制，制定优质护理服务规划、目标、工作计划和实施方案，并落实。有多部门有联动机制，持续推进优质护理。

3.全面深化“以患者为中心”的服务理念，全院病区100%开展优质护理服务，及覆盖到门（急）诊、血液净化中心、手术室、导管室等非住院部门。

4.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。

5.主管部门与后勤保障、信息支持情况有沟通、协调，对优质护理落实情况有检查与监管。

	6.持续改进有成效，优质护理服务措施落实到位。
<p>【细则】2.6.103.2实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。</p>	7.不断优化护理服务流程，积极探索开展“以患者为中心”的医护一体化、多学科合作模式，增强患者获得感。
<p>【指标】（一百零四）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T 431-2013)的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。</p> <p>【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。</p>	<p>1.实施责任制整体护理工作模式，制定实施方案。</p> <p>2.根据患者的疾病特点、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。</p> <p>3.增强主动服务和人文关怀意识，加强与患者的沟通交流，尊重和保护患者隐私，关注患者的不适和诉求，并及时提供帮助。</p> <p>4.科室有定期自查、总结分析、整改。</p> <p>5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>6.责任制整体护理落实到位，患者对护理工作满意度不断提升。</p>

<p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查。</p>	
<p>【细则】2.6.104.1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。</p>	<p>1.根据患者病情和自理能力情况，动态调整护理级别，按护理级别实施分级护理。</p>
	<p>2.制定基础护理质量标准，扎实做好饮食护理、皮肤护理、管道护理等，夯实基础护理质量。</p>
	<p>3.按照临床护理实践指南和技术规范要求，实施各类临床护理技术操作，规范护理服务行为，护理措施符合患者实际需要并落实，确保护理质量和患者安全。</p>
	<p>4.责任护士对分管的患者进行系统评估，并根据评估结果制定符合患者需求的护理计划并落实。</p>
	<p>5.科室对按护理级别实施分级护理工作有定期自查、总结分析、整改。</p>
	<p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>7.落实分级护理措施到位，护理质量持续提升。</p>
<p>【细则】2.6.104.2按护理级别实施分级护理，护理</p>	<p>1.结合医学技术发展和患者护理需求，注重护士专科护理能力建设。注重临床护士</p>

<p>措施符合患者实际需要并落实。</p>	<p>的重症监护、急救护理等专科护理能力的提升。</p> <p>2.护士具有危重患者护理的理论知识与操作技能，如：生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。</p> <p>3.专科（责任）护士能对分管的危重患者能进行系统评估，并根据评估结果制定符合患者需求的护理计划并落实。</p> <p>4.科室对按护理级别实施分级护理工作有定期自查、总结分析、整改。</p> <p>5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>6.持续改进有成效，专科能力建设不断提升。</p> <p>7.有护士为主导的改善危重患者护理结局的案例。</p>
<p>【细则】2.6.104.3制定危重患者护理常规并落实。</p>	<p>1.结合医院实际制定危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范制度及措施。</p> <p>2.加强临床护士的重症监护、急救护理等能力的培训。有规范化培训、考核记录，护士掌握并落实上述内容。</p> <p>3.科室有自查，对存在问题有整改。</p> <p>4.主管部门对落实情况进行定期检查与监管。</p>

	5.危重患者护理质量不断提升。
<p>【指标】（一百零五）护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。</p> <p>【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。医院应对护理文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理。</p> <p>护理会诊是对本科室难以解决的护理问题，需要其他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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.6.105.1护理文书参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。</p>	1.参照《医疗质量安全核心制度要点》、《病历书写基本规范》，制定结合本院实际的有护理文书书写规范及书写质量考核标准。
	2.加强护理人员关于护理文书书写的培训。
	3.护理人员按照《病历书写基本规范》完成日常护理文书记录。
	4.科室对护理文书落实自查督导，发现问题及时整改。
	5.主管部门对运行的护理文件书写质量落实检查与监管并检查科室整改落实情况。
	6.应用现代化信息手段，简化、规范、及时完成护理文件书写、保存，有数据显示护理文书书写质量不断提高。

<p>【细则】2.6.105.2定期进行护理查房，逐步实现医护一体化。</p>	1.制定护理查房的工作制度并执行。
	2.制定三级护理业务查房和教学查房标准，并按要求落实。
	3.科室有应用护理程序对本科患者进行护理查房，查房中形成促进患者康复的护理决策，并有记录。
	4.科室对护理查房执行情况和有工作质量有定期自查、总结分析与整改。
	5.主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	6.医院有数据或案例体现改进效果，体现医护一体化。
<p>【细则】2.6.105.3护理会诊参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。</p>	1.制定护理会诊制度、护理病例讨论制度并执行。
	2.医院统一编制护理会诊、护理病例讨论记录的格式和模板。
	3.有明确的护理会诊申请流程及会诊人员资质要求，护理部组织、协调护理会诊工作。
	4.主管部门定期对护理会诊、护理病例讨论工作开展情况进行督导检查、分析、整改。
	5.开展以护理为主导的MDT，建立护理多学科诊疗（MDT）团队协作机制和流程

	, 为患者制定更科学的护理方案, 解决疑难护理问题。
【细则】2.6.105.4 护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。	1. 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. 建立、完善护理病例讨论制度, 包括疑难病例讨论、术前讨论、死亡病例讨论等制度。
	3. 明确疑难病例的范围, 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。
	4. 讨论原则上应由护士长主持, 全体护理人员参加。必要时邀请相关科室人员或机构外人员参加。
	5. 参加疑难病例讨论成员中应当至少有2人具有中级或以上专业技术职务任职资格。
	6. 医院统一编制护理病例讨论记录、疑难病例讨论、术前讨论和死亡讨论记录的格式和模板。讨论内容应专册记录, 主持人需审核并签字。讨论的结论应当记入病历。
	7. 主管部门定期对护理病例讨论制定落实、执行情况进行督导检查、分析、整改。

	8.医院有数据或案例体现改进效果。
<p>【指标】（一百零六）有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.6.106.1制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 2.制定临床护理技术操作培训和考核计划，定期组织护理人员进行相关培训及考核 3.科室定期对护理人员培训、考核情况进行自查、分析、整改。 4.主管部门对护理人员技术操作情况进行定期的督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。5.护理人员技术规范，熟练掌握常见技术操作及并发症预防、处理流程。
<p>【细则】2.6.106.2制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心跳骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.建立重点环节应急管理制度。 2.对重点环节包括患者用药、输血、治疗、标本采集、治疗、围术期管理、安全管理（如坠床/跌倒、走失、自杀等）等有应急处理预案。 3.制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心跳骤停、职业暴露等的护理应急预案和处

	理流程。
	4.定期实施相关培训与演练
	5.相关岗位护理人员知晓应急预案，并参加各种演练
	6.科室对护理应急预案及演练情况有自查、分析、整改。
	7.主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况
	8.重点环节应急管理措施落实到位，护理人员对紧急意外情况的应急处理规范
【细则】2.6.106.3定期实施相关培训与演练。	1.定期实施相关培训与演练。
	2.有护理技术操作培训和考核计划并落实到位。
	3.科室定期对护理人员培训、考核情况进行自查、分析、整改。
	4.主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
<p>【指标】（一百零七）按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医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。</p> <p>【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。</p>	

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查。

【细则】2.6.107.1按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》，完善手术部（室）护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。

- 1.手术室布局合理，分区明确，标识清楚，洁污区域分开，各工作区域功能与实际工作内容符合。
- 2.有手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准，对相关人员有培训，有落实。
- 3.定期对感染、空气质量、环境等进行监测，有记录。
- 4.有医疗设备、手术器械及物品的清洁、消毒、灭菌及存放规定。
- 5.手术室自行消毒的手术器械及物品有标识及有效日期，使用者知其含义。
- 6.手术室工作区域、连台手术之间按规范清洁、消毒。
- 7.科室对感染控制制度落实情况有自查、分析、整改。
- 8.主管部门对感染控制制度落实情况有检查与监管并检查整改落实情况。

	9.持续改进有成效并及时更新制度、规范和流程。
【细则】2.6.107.2建立手术室护理质量与安全相关管理制度、质量控制标准，组织实施并持续改进。对患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等重点环节有相关制度与流程，组织实施并持续改进。	1.制定手术室护理质量管理与监测相关制度。有手术室护理质量监测指标及要求，按规范持续监测指标并有记录。
	2.对患者交接、安全核查、体位安全、手术物品清点、标本管理等重点环节有相关制度与流程，并落实。
	3.有手术中安全用药制度、高危药品等特殊药品管理制度。遵医嘱正确为手术患者实施术前与术中用药（包含使用预防性抗菌药）和治疗服务，有实施记录。持续监测手术室专科护理指标。
	4.有手术患者标本规范保存、登记、送检等流程，有实施记录。
	5.科室对执行制度、规范、职责等情况有自查，对存在问题有改进措施。
	6.主管部门对科室管理工作有检查与监管并检查科室整改落实情况。
	7.持续改进有成效并及时更新制度、规范和流程。
【细则】2.6.107.3手术室人员配备、梯队结构合理。经专业培训及考核，资质及岗位技术能力符合要求。建立各项规章制度、工作职责、工作流程及建立与	1.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能力要求，手术室护理人员与手术间之比不低于 3 : 1；手术室护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格和5年及以上手术室工作经验。

<p>相关科室的联系制度，护理常规及突发事件的应急预案或流程。</p>	2.有结合医院实际的手术室管理制度、工作职责、操作常规、工作流程。
	3.有手术室各类应急预案，并定期组织演练。
	4.护理人员知晓上述相关要求，有培训并按要求落实。
	5.设备设施符合相关要求，定期检查报验、保持性能良好；相关人员知晓要求并正确操作。
	6.科室对执行制度、规范、职责等情况有自查，对存在问题有改进措施。
	7.主管部门对科室管理工作有检查与监管并检查科室整改落实情况。
	8.持续改进有成效并及时更新制度、规范和流程。
	<p>【细则】2.6.107.4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。</p>
2.消毒供应室相对独立，周围环境清洁，无污染源；内部环境整洁，通风、采光良好，分区明确；整体布局合理，洁污区分清晰，不交叉，不逆流。	
3.有清洗、消毒、灭菌效果监测制度；有外来医疗器械管理制度及交接登记；有监测记录并符合监测标准要求。有质量可追溯制度。	
4.采取集中管理方式，建立与人员相适应的管理体制。对所有需重复使用的诊疗器	

	<p>械、器具和物品由消毒供应中心统一回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应，质量控制符合追溯要求。</p>
	<p>5.专人负责质量监测工作。相关部门保障物资供应和设备运行正常，设备出现故障时，能够及时处理；保证水、电、压缩空气及蒸汽的供给及质量。</p>
	<p>6.消毒供应中心有日常和定期监测自查、分析、整改。</p>
	<p>7.主管部门对科室监测工作落实及管理情况有检查、反馈，并检查整改落实情况。</p>
	<p>8.无因灭菌失败导致的感染事件发生。</p>
<p>【细则】2.6.107.5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。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.新生儿病区护士人数与床位数之比不低于 0.6:1，重症病区比例不低于 1.8:1，1 名护理人员负责≤6名普通患儿或≤3名重症患儿；护理负责人由具备主管护师以上专业技术职务任职资格且有2年以上新生儿护理工作经验的护士担任。</p>
	<p>3.有新生儿病区各项管理制度、工作职责、护理常规、专业技术规范和操作常规及各类应急预案等，并及时更新；护理人员知晓上述相关要求，有培训并按要求落实</p>

	。
	4.新生儿病区设备设施配备符合相关要求，定期检查保养，保持性能完好；相关人员知晓要求并正确操作。
	5.科室对执行制度、规范、职责等情况有自查，对存在问题有整改。
	6.主管部门对新生儿病室的管理工作有检查与监管并检查科室整改落实情况。

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（一百零八）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。</p> <p>【概述】《医院药事管理办法》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；《关于加强医院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，医院应当按照法规的要求具体落实。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
<p>【细则】2.7.108.1建立与完善医院药事管理组织，</p>	<p>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。</p>

有工作职责、制度和计划，并落实。	2.设立药事管理与药物治疗学委员会，职责明确，有相应的工作制度，每季度召开会议落实相关工作，人员组成符合规定。
	3.药学部负责药学专业技术服务、药事管理以及临床药学工作。
	4.药事管理工作有年度计划和总结。
	5.医务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有协调机制。
	6.医院质控或监察等部门对药事管理相关工作有定期督查、分析、整改。
	7.有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】2.7.108.2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。	1.医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求。
	2.各级药学专业技术人员岗位职责明确，熟悉并履行本岗位职责。
	3.从事药学各岗位工作的人员资质符合要求；具有药学（临床药学）专业全日制本科及以上学历的人员占比不低于药学专业技术人员的30%。
	4.药学部负责人应具有药学（临床药学）专业本科及以上学历、本专业高级技术职务任职资格。

	5.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。
【细则】2.7.108.3完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。	主管部门对药学专业技术人员配备和任职情况有检查、监督、反馈，督导有关科室整改。
	1.完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。
	2.有药事管理相应的工作制度、岗位职责及培训要求，医务人员熟悉掌握并执行。
	3.有优先使用国家集中采购中选药品的相关制度与措施。
	4.有临床用药具体评价方法，有改进措施和干预办法；医院每年用药金额排序前十位的药品与医院性质及承担的主要医疗任务相符合。
	5.药学部对临床药学服务、药事管理等工作进行定期自查、总结分析、整改。
	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
7.完成国家集中采购中选药品的指标任务。	

【指标】（一百零九）加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

【细则】 2.7.109.1加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂工作，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。	1.加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂工作，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。
	2.建立规范的药品遴选制度与程序，并严格执行。动态管理医院“基本用药供应目录”，建立医院“药品处方集”。
	3.有药品采购供应管理制度与流程，供药渠道合法；药学部负责 全院药品采购供应。药品采购规范，按省市要求在交易平台上网上采购药品，采购数量及金额占比、回款天数符合平台要求，线下采购经医院审批，临时采购规范。
	4.有药品贮存管理制度，定期对库存药品进行养护和质量检查，定期盘点、账实相符。药品贮存场所、设施与设备满足药品质量要求；根据药品性质与特点，分库、

	<p>分区、分类存放药品；按规定设置验收、退药、发药等功能区域。</p>
	<p>5.制定门诊、住院（含互联网医院）药品调剂制度和操作规程。开展收费前（或流转前）处方/医嘱审核、干预，记录完整。有药品调配差错报告制度，有登记、分析及整改，记录完整。发出的药品标示有用法、用量和特殊注意事项；有口头用药交代或其他书面、视频用药指导资料。</p>
	<p>6.建立高警示药品管理规定并全院执行。建立各诊疗科室的急救、备用药品管理制度。制定门诊、住院（含互联网医院）药品调剂制度和操作规程。开展收费前（或流转前）处方/医嘱审核、干预，记录完整。有药品调配差错报告制度，有登记、分析及整改，记录完整。医院配置制剂，应持有《医院制剂许可证》，取得制剂批准文号，有制剂质量标准。肠外营养液和静脉用危害药物由药学部集中调配，并符合《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》的规定。有药品质量管理组织，药品质量管理相关制度及质量管理指标，职责明确。制定药品（含医院制剂）召回管理制度，并落实执行。</p>

	<p>7.明确住院患者原则上不得自行外购药品及使用自备药品，确因特殊情况需使用处方外配或自备药品的，应有全院统一的管理 规定和审批流程，对手续不完备的处方外配药品、患者自备药品不得执行医嘱。</p>
	<p>8.医院有超说明书用药的管理规定与审批流程，明确临床用药原则上不得超药品说明书范围，确因病情需要超范围使用的，需按规定完成申请、审批手续，并对超说明书用药需要签署知情同意书的情形进行规定。</p>
	<p>9.药品管理信息系统与医院信息系统联网运行，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。有药库和调剂室药品进、销、存、使用等的实时管理及药品查询功能。有适宜的合理用药监控软件系统。有抗菌药物、麻醉药品、精神药品等处方权限管理功能。</p>
<p>【细则】2.7.109.2静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。</p>	<p>1.静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。</p> <p>2.医院配置制剂，应持有《医院制剂许可证》，取得制剂批准文号，有制剂质量标准。</p> <p>3.有保证制剂质量的设施、设备和管理制度，按规定配备药学专业技术人员。</p>

	<p>4.肠外营养液和静脉用危害药物由药学部集中调配，并符合《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》的规定。</p>
	<p>5.参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》制定病房（区）分散调配一般静脉用药的管理制度，并执行。</p>
	<p>6.有静脉用药调配人员岗位培训制度和培训计划，并执行。有主管药师及以上人员审核静脉用药处方，对不合理用药进行有效干预。</p>
	<p>7.有配制质量问题和输液反应报告相关规定，药学部对临床出现的输液质量问题和患者应用输液后的输液反应有分析报告。</p>
	<p>8.药学部对制剂配制和静脉用药集中调配的日常管理有定期自查、总结分析、整改。</p>
	<p>9.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>10.严格执行医疗机构制剂配制、使用规定。经省级药品监督管理部门批准后，制剂方可在医院之间调剂使用。</p>
	<p>11.有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。</p>

【指标】（一百一十）实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

<p>【细则】2.7.110.1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。</p>	1.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。
	2.建立临床药师制，临床药师配备数量符合国家相关规定，并全职专科从事临床药物治疗工作，至少在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。
	3.临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间 $\geq 85\%$ 。
	4.临床药师均具备临床药师培训资格，相关培训的考核及格或以上。
	5.药学部对临床药师开展工作情况有定期自查、总结分析整改。
	6.有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。具备临床药师

	培训资格，培训工作考核及格。
【细则】2.7.110.2加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。	1.加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。
	2.对临床药师有培养计划及规范的培训管理，并纳入医院医疗技术人员培养计划。
	3.建立临床药师绩效考核体系，促进临床药学工作发展。
	4.临床药师开展药学查房、医嘱重整、审核处方和用药医嘱适宜性等工作，对不合理用药及时进行干预，工作记录完整。
	5.对重点患者实施药学监护和建立药历，记录完整，体现本人用药分析能力和对患者实施持续药学监护的过程。
	6.参加病例讨论，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。
	7.临床药师参与临床路径及单病种质量控制等药学部分工作。
	8.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指导安全用药
	9.药学部对临床药师参与临床药物治疗工作有定期检查、总结分析、整改。
	10.住院患者药学监护率不断提高，有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规

	范、流程、举措等
<p>【指标】（一百一十一）按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。</p> <p>【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发布了相关政策法规，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较严重，应当加强管理。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	

<p>【细则】2.7.111.1按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物临床应用规范化管理。</p>	1.按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物临床应用规范化管理。
	2.建立、健全抗菌药物临床应用管理制度和监督管理机制，严格落实抗菌药物分级管理制度，加强临床微生物标本检测和细菌耐药监测。
	3.临床科室对抗菌药物临床应用管理开展情况有定期自查、总结分析、整改。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	5.使用信息系统对抗菌素临床应用予以规范管理。
<p>【细则】2.7.111.2按照有关法律法规、部门规章及</p>	1.按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强麻醉药品和精神药品

<p>临床用药指南和标准，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品临床应用规范化管理。</p>	<p>、毒性药品、放射性药品临床应用规范化管理。建立麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用管理制度。</p> <p>2.对“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊药品实行“五专”管理、全程批号管理，有基数每天清点结算制度。</p> <p>3.对可造成社会危害的非管制类药品（如七氟烷等）建立安全管理制度并落实。</p> <p>4.开具的“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊管理药品可溯源到患者；按规范要求回收、销毁空安瓿，数量、批号记录准确、完整。</p> <p>5.有特殊管理药品发生意外情况的应急处理预案及上报要求，相关人员知晓并执行</p> <p>6.执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的存放区域、标识、贮存和购买的相关规定。</p> <p>7.药学部每月对特殊管理药品有自查、总结分析，对存在问题有整改。</p> <p>8.主管部门对特殊管理药品进行督导、总结、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>9.没有发生违反相关法律法规或管理规定的事件。</p>
<p>【细则】2.7.111.3按照有关法律法规、部门规章及</p>	<p>1.按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗肿瘤药物、激素类</p>

<p>临床用药指南和标准，加强抗肿瘤药物、激素类药物临床应用规范化管理。</p>	<p>药物临床应用规范化管理。</p> <p>2.建立糖皮质激素类药物、抗肿瘤类药物的临床使用指南或规范；对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训，相关人员知晓。</p> <p>3.建立糖皮质激素类药物、抗肿瘤药物分级管理目录并执行</p> <p>4.按照指南和规范使用糖皮质激素类药物，临床用药依据充分，剂量疗程合理，监测不良反应。</p> <p>5.临床科室能够按照指南和规范使用抗肿瘤药物，临床用药依据充分。</p> <p>6.临床科室有定期自查、总结分析、整改。</p> <p>7.主管部门定期开展专项督导检查，加强抗肿瘤药物、激素类药物临床规范化应用的管理。</p>
<p>【细则】2.7.111.4按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。</p>	<p>1.按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。</p> <p>2.有重点监控药物、中药注射剂的管理制度，建立重点监控药品目录。</p> <p>3.重点监控药物、中药注射剂使用合理，临床应用与药品说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相符。</p>

	4.定期对重点监控药物、中药注射剂的处方进行点评，实施临床使用监测与预警。
	5.临床科室对重点监控药物、中药注射剂的使用和管理有定期自查、总结分析、整改。
	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	7.没有发生违反相关管理规定的事件。
<p>【指标】（一百一十二）依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。</p> <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，并作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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.7.112.1依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核，并持续改进。</p>	<p>1.按照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核，并持续改进。</p> <p>2.制定医院处方管理制度，对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方</p>

	有明确规定。
	3.医师处方签名或签章式样，在医务部门备案、药学部存档；医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致；实施电子签名的有相应管理措施。
	4.定期对医务人员进行处方管理法规及相关管理制度培训。
	5.处方开具规范、完整，使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。
	6.依据《处方管理办法》的相关规定，药师及以上资质人员承担处方或医嘱的审核工作，对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通。
	7.制定医院处方点评制度及实施细则，处方点评组织健全，责任明确，对不合理用药进行干预。
	8.定期对门、急诊处方和出院病历进行点评，点评处方（病历）数符合相关规定。
	9.有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，每年至少开展2项，每项评价不少于4次。
	10.药学部定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况；点评结果纳入

	<p>医院质量考核评价。</p> <p>11.药学部对方审核、不合理处方干预、咨询服务等管理情况定期自查、总结、分析，对存在问题进行整改。</p> <p>12.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>13.有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。</p>
<p>【指标】（一百一十三）建立药物监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床，不良反应情况应记入病历。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.7.113.1 建立药物监测和警戒制度，实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。观察用药过程，监测用药效果，按规定报告</p>	<p>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。</p>

<p>药物不良反应并反馈临床</p>	<p>2.有药物监测和警戒制度，医师、药师、护士及其他医务人员均 需对患者用药过程、用药反应、用药效果、不良作用等问题进行监测；重点监测非预期（新发现的、严重的药物不良反应。</p>
	<p>3.全院医务人员知晓相关制度并在日常工作中执行。</p>
	<p>4.医院有明确的药物警戒范围和预警措施、发布流程。</p>
	<p>5.发生药品不良反应时，医务人员应按诊疗常规立即对患者进行处置，将全过程及处理结果如实记入病历中，并按规定上报；严重药品不良反应或特殊事件发生的，需保存相关药品、物品留样等。</p>
	<p>6..临床科室对药品不良反应监测情况有定期自查、总结分析、整改。</p>
	<p>7.主管部定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.7.113.2不良反应情况应记入病历。</p>	<p>1.不良反应情况应记入病历。</p>
	<p>2.医院有药品不良事件记入病历和上报的规定，制定实施细则和不良事件报告的具体要求，将病历中药品不良反应记录情况纳入病历书写质量管理。</p>
	<p>3.有突发事件药事管理应急预案，组织结构和人员职责具体明确，对突发事件善后工作及应急能力有明确规定。</p>

	4.有突发事件医疗救治药品目录，应急药品具有可及性和质量保证。有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。
	5.有突发事件药事管理应急预案培训及演练，相关人员熟练掌握。
	6.药学部有定期自查、总结分析与整改。
	7.主管部门对应急药品有检查与监管，对已发生突发事件中的药事管理工作有分析与反馈，对不良事件的报告与病历记载情况应相符。
	8.有数据或案例体现改进效果。
<p>【细则】2.7.113.3发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品。</p>	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，必要时可立即暂停使用相关药品。
	2.建立全院用药错误监控、预防、上报管理制度，管理部门的职责、任务明确、清晰。
	3.临床科室有观察用药过程、监测用药效果、及时发现用药错误的流程，并对相关人员进行培训。
	4.有用药错误应急管理预案，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样。

	5.药学部定期对用药监测结果进行总结分析，对存在问题进行反馈和报告。
	6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。有数据或案例体现改进效果。
	7.有用药错误上报平台，发生用药错误按规定上报，记录完整

八、检查检验质量保障与持续改进	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（一百一十四）临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。。</p>	
<p>【细则】2.8.114.1临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局符合相应规范标准,服务满足临床需要</p>	<p>1.临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局符合相应规范标准，服务满足临床需要。</p>

<p>。</p>	<p>2.临床检验部门：</p> <p>(1) 全院临床实验室集中设置，统一管理，资源共享，布局、设备设施分别符合相关规定。</p> <p>(2) 开展的检验项目满足临床基本需要；根据临床各学科诊治病种需求，及时增加新项目。具备新冠病毒、流感病毒、登革病毒、肠道病毒、轮状病毒等常见病原体的实验室检测能力。</p> <p>(3) 对委托其他机构所开展的检验项目，应签署委托服务协议，并有质量保证条款。</p>
	<p>3.病理部门： (1) 病理部门设置满足医院功能任务需要，临床病理统一管理。(2) 病理部门布局合理，符合生物安全的要求。污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒及核查制度。(3) 专业技术设备、设施符合管理要求，有定期维护、校准记录。(4) 所用试剂及耗材管理规范，符合国家有关规定。</p> <p>。</p>

	<p>4.医学影像部门：</p> <p>(1) 医学影像服务与医疗机构执业诊疗科目许可登记项目相符合，执业文件齐全并在效期内。</p> <p>(2) 有明确的服务项目、报告时限的规定并公示，相关人员知晓并遵循执行。</p>
<p>【细则】2.8.114.2临床检验部门、病理部门、医学影像部门设备设施符合相应规范标准，服务满足临床需要。</p>	<p>5.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，并根据临床需求持续完善。</p> <p>1.临床检验部门、病理部门、医学影像部门设备设施符合相应规范标准，服务满足临床需要。</p> <p>2.临床检验、病理、医学影像等部门的检查、检验项目符合准入范围，设备、仪器、试剂及校准品符合国家标准和准入范围的相关资料，并有批准文号，有相关管理制度,病理部门布局合理，符合生物安全的要求。污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒及核查制度.</p> <p>3.对各项技术参数，包括准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围有规定，</p> <p>4.各种类型的检查设备、检验设备、试剂医院统一采购，渠道合法；试剂与校准品</p>

	<p>有专人管理，有岗位职责及使用登记,所用试剂及耗材管理规范，符合国家有关规定。</p>
	<p>5.对相关法律法规、规章制度、岗位职责有培训并落实。</p>
	<p>6.科室对项目 and 仪器、试剂与校准品管理有自查，对存在问题有分析、整改。</p>
	<p>7.医务部门、设备维护保障部门对检验项目、设备、试剂及校准品管理使用情况有监管，定期分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.8.114.3临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务</p>	<p>1.临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务。</p>
	<p>2.医院对能提供24小时急诊检验、医学影像服务，具体检验、检查项目有明确规定，急诊临检项目报告时间≤30分钟、急诊生化和免疫项目报告时间≤2小时，并得到有效的执行、落实。</p>
	<p>3.X线摄影、超声检查、CT 提供 24小时×7天的急诊（包括床边急诊）检查服务。</p>

【指标】（一百一十五）从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

	<p>1.从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员应该具备必要的专业知识和能力，具有相应专业技术职务任职资格。</p>
<p>【细则】2.8.115.1从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员应该具备必要的专业知识和能力，具有相应专业技术职务任职资格。</p>	<p>2.临床检验：</p> <p>（1）临床检验工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。</p> <p>（2）有相应人员管理制度并落实，包括：上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。</p>

	<p>3.病理：（1）病理部门人员配置合理，满足工作需要。科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。（2）病理部门（对外委托检测机构）出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习1-3年。（3）病理部门（对外委托检测机构）出具快速病理诊断报告的医师 具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有6年以上病理阅片诊断经历。（4）病理部门（对外委托检测机构）由具备病理专业资质的技术人员制作各种病理切片和各种分子检测。</p>
	<p>4.医学影像：</p> <p>（1）医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。</p> <p>（2）各级各类人员具有相应资质及执业资格。科主任具备副主任医师及以上专业技术任职资格</p> <p>（3）根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组，各专业组设置合理，人员梯队结构合理，符合学科发展和临床服务需求。</p>
	<p>5.临床检验、病理（含对外委托检测机构）、医学影像等部门对人员资质有自查、对存在问题有分析、整改。</p>

	<p>6.主管部门定期督导检查病理部门（包括对外委托检测机构），发现问题及时反馈，并检查有关部门（包括对外委托检测机构）整改落实情况。</p>
	<p>7.医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【细则】2.8.115.2从事病理诊断和技术工作人员资质符合专业技术职务任职资格。</p>	<p>1.病理部门人员配置合理，满足工作需要。科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。</p>
	<p>2.病理部门（对外委托检测机构）出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习1-3年。</p>
	<p>3.病理部门（对外委托检测机构）出具快速病理诊断报告的医师具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有6年以上病理阅片诊断经历。</p>
	<p>4.病理部门（对外委托检测机构）由具备病理专业资质的技术人员制作各种病理切片和各种分子检测。</p>
	<p>5.主管部门定期督导检查病理部门（对外委托检测机构），发现问题及时反馈，并检查病理部门（对外委托检测机构）整改落实情况。</p>
	<p>6.医院有数据或案例体现改进效果。</p>

<p>【细则】2.8.115.3分子生物学、特殊岗位（HIV初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员等国家有特殊规定的，应具备符合国家规定的资质方可独立工作。</p>	<p>1.分子生物学、特殊岗位（HIV初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员等国家有特殊规定的，应具备符合国家规定的资质方可独立工作。</p>
	<p>2.医院有明确的临床检验专业技术人员资质要求。</p>
	<p>3.临床检验工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。</p>
	<p>4.有相应人员管理制度并落实，包括：上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。</p>
	<p>5.分子生物学、特殊岗位（HIV）初筛实验室、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员经培训考核后持卫生行政管理部门核发的上岗证方可独立工作。</p>
	<p>6.科室对临床检验专业技术人员资质管理有自查，对存在问题有分析、整改。</p>
	<p>7.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>8.各种资质、培训及考核记录完整，有授权人员的定期评价，工作人员无超权限范围操作。</p>

【指标】（一百一十六）有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。

【概述】医疗机构应当建立临床检验、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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

【细则】2.8.116.1有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序，遵照实施并准确记录。

1.有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序，遵照实施并准确记录。

2.临床检验：

（1）建立临床检验科各个场所、不同岗位的管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，科主任为科室质量与安全第一责任人，各实验室设置安全员，定期培训全体人员，知晓各项制度、规范并落实。

（2）实验室生物安全分区合理、标识明确，合理安排工作流程以避免交叉污染。分子生物学实验室需安装相关门禁识别装置。结核检测实验室至少应达到P2实验室标准。

（3）微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。有微生物菌种、毒株检测样品收

	<p>集、取用的过程记录。有相应的应急预案。</p> <p>(4) 实验室配置充足的安全防护设施，包括洗眼器、冲淋装置及其他急救设施等，并处于正常工作状态；实验室出口处设有手部消毒设施；对生物安全、易燃易爆危险化学品等有警示标识。</p>
	<p>3.病理：</p> <p>(1) 病理部门（含对外委托检测机构）有病理实验室相关管理制度、安全程序、标准操作流程、诊断和技术操作规范及质量管理标准；有仪器、试剂的质控管理制度和完整地记录。</p> <p>(2) 病理部门（对外委托检测机构）有病理标本采集、固定、送达及交接相关制度与程序，有保证特殊染色、免疫组织化学染色操作规范与准确的制度与程序。</p> <p>(3) 病理部门有完善的易燃品、剧毒化学品的登记和管理规范。</p> <p>(4) 有上述制度、规范、程序与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p>
	<p>4.医学影像： (1) 有影像质量控制相关的规章制度、岗位职责、技术规范、操作常规。(2) 有放射安全管理相关制度及医学影像设备、场所定期检测制度。(3) 工作场所配备紧急抢救药品器材，相关人员经过急救培训，具备紧急抢救能力。</p>

	<p>(4) 医学影像部门有发热患者专用机房管理机制，包括检查区域划分、发热患者专用检查路径、发热专用设备操作及消毒规范等。</p>
	<p>5.科室对落实诊疗场所管理制度、安全程序有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>6.主管部门对落实诊疗场所管理制度、安全程序有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.8.116.2有病理实验室场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。</p>	<p>1.病理部门（含对外委托检测机构）有病理实验室相关管理制度、安全程序、标准操作流程、诊断和技术操作规范及质量管理标准；有仪器、试剂的质控管理制度和完整地记录。</p>
	<p>2.病理部门（对外委托检测机构）有病理标本采集、国定、送达及交接相关制度与程序，有保证特殊染色、免疫组织化学染色 操作规范与准确的制度与程序。</p>
	<p>3.病理部门有完善的易燃品、剧毒化学品的登记和管理规范。</p>
	<p>4.有上述制度、规范、程序与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p>
	<p>5.病理部门有定期自查、总结分析与整改。</p>

	<p>6.主管部门定期督导检查病理部门（对外委托检测机构），发现问题及时反馈，并检查病理部门（对外委托检测机构）整改落实情况。</p>
	<p>7.医院有数据或案例体现改进效果。</p>
<p>【细则】2.8.116.2有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。</p>	<p>1.有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。</p>
	<p>2.临床检验：（1）有检验标本采集运输指南、标本交接规范与流程；标本处理保存由专人负责，有标本接收、拒收和废弃的记录，对标本进行全程跟踪。（2）有上述制度、规范、程序与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p>
	<p>3.病理： （1）病理部门有标准操作流程、诊断和技术操作规范及质量管理标准；有仪器、试剂的质控管理制度和完整地记录。 （2）有上述制度、规范、程序与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p>
	<p>4.医学影像： （1）有影像学技术规范、操作常规。 （2）有上述制度、规范、程序与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p>

	<p>5.科室对医务、技术人员落实标准操作流程和技术操作规范情况有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>6.主管部门对医务、技术人员落实标准操作流程和技术操作规范情况有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【指标】（一百一十七）临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.8.117.1临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。</p>	<p>1.临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。</p> <p>2.临床检验：</p> <p>（1）有检验报告管理制度、标准与流程，实行检验报告双签名制度和复检制度，检验科全体人员熟知并落实。</p> <p>（2）有检验报告书写规范，格式统一、符合要求，包含中文或中英文对照的检测</p>

	<p>项目名称、患者信息、标本类型、样本采集时间、结果报告时间等；检验报告采用国际单位或权威学术机构推荐单位，并提供参考范围。</p> <p>(3) 有检验报告审核者资质、技术水平和业务能力标准并落实；审核检验报告时，识别并保留分析前不合格标本和复检标本的相关记录，重点识别标本分析前阶段由于标本不规范所带来的结果错误。</p>
	<p>3.病理：</p> <p>(1) 病理部门（对外委托检测机构）有规范病理诊断的管理制度、诊断报告审核流程及时限要求；有保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断规范与准确的制度。</p> <p>(2) 病理部门（对外委托检测机构）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。</p> <p>(3) 病理部门（对外委托检测机构）有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。</p> <p>(4) 有上述制度与程序的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p> <p>(5) 科室有定期自查、总结分析与整改</p> <p>(6) 主管部门定期督导检查病理部门（对外委托检测机构），发现问题及时反馈</p>

，并检查病理部门（对外委托检测机构）整改落实情况。

（7）医院有数据或案例体现改进效果

4.医学影像：

（1）有诊断报告书写规范、审核制度与流程，对报告医师资质、时限有明确的管理要求。

（2）有影像疑难病例讨论、随访与反馈制度。有明确的疑难病例讨论范围。

（3）有建立与临床病例讨论机制；定期召开由科主任或副主任医师以上人员主持的疑难病例讨论与读片会。

（4）有上述制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。

5.科室对临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，执行审核制度等情况有定期自查、总结分析与整改。

	<p>6.主管部门对临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，执行审核制度等情况有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.8.117.2建立和临床的沟通机制，根据临床需求开展相应服务，由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。</p>	<p>1.建立和临床的沟通机制，根据临床需求开展相应服务，由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。</p>
	<p>2.临床检验、病理部门（对外委托检测机构）、医学影像等部门有与临床医师沟通的相关制度。有重点病例随访与反馈相关制度。</p>
	<p>3.临床检验、病理部门（对外委托检测机构）、医学影像等部门应定期（每月或每季度）至少召开一次联合病例讨论会。</p>
	<p>4.临床检验、病理部门（对外委托检测机构）、医学影像等部门与临床科室有多种形式和途径的沟通，满足临床科室对病理项目的咨询，对新开展项目有宣传途径，解答临床对结果的疑问。</p>
	<p>5.科室对落实与临床的沟通机制，以及解释和咨询等工作开展情况有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>6.主管部门对落实与临床的沟通机制，以及解释和咨询等工作开展情况定期进行督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>

【细则】2.8.117.3提供便捷、及时的检验、检查信息服务	1.提供便捷、及时的检验、检查信息服务。
	2.临床检验、病理部门（对外委托检测机构）、医学影像等部门与临床科室有多种形式和途径的沟通，满足临床科室对相关项目的咨询，并对新开展项目有宣传途径，解答临床对结果的疑问。
	3.临床检验、病理部门（对外委托检测机构）、医学影像等部门应建立相关的信息管理系统，与医院信息系统联网；信息管理系统贯穿全过程；提供自助取检查、检验报告单系统。数据至少保留2年以上在线查询资料。
	4.科室对相关工作开展情况有定期自查、总结分析与整改。
	5.主管部门对相关工作开展情况有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
<p>【指标】（一百一十八）落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测。</p> <p>【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，应得到培训和授权，确保质控到位。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	

<p>【细则】2.8.118.1落实全面质量管理与改进制度开展室内质量控制和室间质量评价。</p>	<p>1.落实全面质量管理与改进制度开展室内质量控制和室间质量评价</p>
	<p>2.实验室全部检测项目及不同标本类型均有室内质控管理制度；每检测批次至少保证有1次室内质控结果，并有负责人签字。</p>
	<p>3.用质量控制鉴别病毒鉴定试验中的错误检验结果，病毒鉴定的实验室须保留相关记录。</p>
	<p>4.按要求参加省级或国家级室间质量评价，室间质评或能力验证应覆盖实验室内检测项目及不同标本类型；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。</p>
	<p>5.有专人负责仪器设备保养、维护与管理。对需要校准的检验仪器、检验项目和对</p>

	临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。
	6.科室对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工作开展情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	7.主管部门对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有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。定期公布室内质控、室间质控评价结果，采取有效措施进行整改，开展持续改进。
【细则】2.8.118.2相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测并有记录。	1.相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测并有记录。
	2.建立床旁检查检验设备（POCT）项目统一管理制度，有指定部门负责POCT管理，有院内POCT项目清单。
	3.有床旁检测授权、再授权制度并落实。
	4.检验科按规定对POCT项目进行质控监管。
	5.所有POCT设备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方式确保检验结果的可接受性，各种质控情况有完整记录。
	6.科室对检查检验设备（含床旁检查检验设备）定期检测工作有自查，对存在问题

	有分析、整改。
	7.主管部门对检查检验设备（含床旁检查检验设备）定期检测工作情况和检查结果有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
<p>【指标】（一百一十九）按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.8.119.1按照国家法律法规和行业规范，建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全。</p>	<p>1.按照国家法律法规和行业规范，建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全。</p> <p>2.临床检验：</p> <p>（1）按照行业规范制定人员职业安全防护管理制度与流程，相关人员知晓并执行，有记录。</p> <p>（2）提供符合国家标准的消毒与防护用品，配备完整、数量充足，便于工作人员获取和使用。</p> <p>（3）对相关人员进行培训，包括标准预防、不同传播途径所采取的防护措施、防</p>

	<p>护用品的正确使用、职业暴露后应急处理等。</p>
	<p>3.病理：</p> <p>(1) 有完善的危险化学品（易燃品和剧毒化学品等）管理制度。有定期对取材室、切片室等进行甲醛、二甲苯浓度的检测制度。</p> <p>(2) 有废弃有害液体回收处理制度与程序；接触有害品的工作人员定期体检。</p> <p>(3) 有职业安全防护制度及职业暴露处置流程。有单独的洗手池和溅眼喷淋设备。</p> <p>(4) 有上述制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。</p>
	<p>4.医学影像：</p> <p>(1) 有放射安全管理相关制度，有医学影像设备、场所定期检测和放射废物处理相关规定。</p> <p>(2) 有放射防护器材、个人防护用品管理制度。放射人员有放射防护档案与健康档案。</p> <p>(3) 有放射安全事件应急预案，有辐射损伤具体处置流程和规范，并组织相关人员培训、演练。</p>
	<p>5.科室对落实制度、流程和安全等工作情况有自查，对存在问题有分析、整改。</p>

	<p>6.主管部门对落实制度、流程和安全等工作情况有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.8.119.2定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测，保证辐射水平符合国家规定或者标准。</p>	<p>1.定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测，保证辐射水平符合国家规定或者标准。</p> <p>2.医院按照下列要求配备并使用安全防护装置、辐射检测仪器和个人防护用品：</p> <p>（1）放射治疗场所应当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警装置；配备放疗剂量仪、剂量扫描装置和个人剂量报警仪；</p> <p>（2）开展核医学工作的，设有专门的放射性同位素分装、注射、储存场所，放射性废物屏蔽设备和存放场所；配备活度计、放射性表面污染监测仪；</p> <p>（3）介入放射学与其他X射线影像诊断工作场所应当配备工作人员防护用品和受检者个人防护用品。</p> <p>3.医院对下列设备和场所设置醒目的警示标志：</p> <p>（1）装有放射性同位素和放射性废物的设备、容器，设有电离辐射标志；</p> <p>（2）放射性同位素和放射性废物储存场所，设有电离辐射警告标志及必要的文字</p>

	<p>说明；</p> <p>(3) 放射诊疗工作场所的入口处，设有电离辐射警告标志；</p> <p>(4) 放射诊疗工作场所应当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。</p> <p>4.科室有对机房及环境进行放射防护检测情况的定期自查、总结分析与整改。</p> <p>5.医院配备专职管理人员，负责放射诊疗工作的质量保证和安全防护。主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.8.119.3按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，并落实。</p>	<p>1.按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，并落实。</p> <p>2.医院定期对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所和防护设施进行放射防护检测，保证辐射水平符合有关规定或者标准。</p> <p>3.医院按照有关规定和标准，对放射诊疗工作人员进行上岗前、在岗期间和离岗时的健康检查，定期进行专业及防护知识培训，并分别建立个人剂量、职业健康管理和教育培训档案。</p> <p>4.放射诊疗工作人员应当按照有关规定佩戴个人剂量计。</p> <p>5.制定防范和处置放射事件的应急预案；发生放射事件后应当立即采取有效应急救</p>

	<p>援和控制措施，防止事件的扩大和蔓延。</p>
	<p>6.科室对落实行业规范建立员工职业安全保障制度情况有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>7.主管部门对落实行业规范建立员工职业安全保障制度情况有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.8.119.4 病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。</p>	<p>1.病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。</p>
	<p>2.医院根据《病原微生物实验室生物安全管理条例》等法律法规，制度实施细则和相关的管理制度。</p>
	<p>3.依法取得相关的证书或文件，接受相关管理部门的监督、检查。</p>
	<p>4.医院病原微生物实验室在采集病原微生物样本具备下列条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> （1）具有与采集病原微生物样本所需要的生物安全防护水平相适应的设备； （2）具有掌握相关专业知识和操作技能的工作人员； （3）具有有效的防止病原微生物扩散和感染的措施； （4）具有保证病原微生物样本质量的技术方法和手段。

	<p>5.科室对遵守国家标准和实验室技术规范、操作规程，落实安全防范措施情况有定期自查、总结分析与整改。</p>
	<p>6.主管部门对遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，落实安全防范措施情况有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.8.119.5 从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.严格依照国务院卫生主管部门的规定，建立健全规章制度，保证实验室生物安全。</p>
	<p>3.实验室从事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。实验室负责人应当指定专人监督检查实验室技术规范和操作规程的落实情况。</p>
	<p>4.实验室或者实验室的设立单位应当每年定期对工作人员进行培训，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，并进行考核。工作人员经考核合格的，方可上岗。</p>
	<p>5.三级、四级实验室应当在明显位置标示国务院卫生健康主管部门和兽医主管部门规定的生物危险标识和生物安全实验室级别标志。</p>

	6.科室对落实生物安全备案等级规定、生物安全分区和警示标识部署等情况有定期自查、总结分析与整改。
	7.主管部门对落实生物安全备案等级规定、生物安全分区和警示标识部署等情况有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
九、输血管理与持续改进	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（一百二十）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>【概述】医疗机构按照相关法律法规规范建设输血科或血库，人员配置、布局和设施设备应达到相关标准，建立相关制度和规范，建立储血供血机制，具有提供24小时输血服务的服务。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.9.120.1落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定法律和规范，制定本院临床用血管理制度并落实。</p>	<p>1.落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定法律和规范，制定本院临床用血管理制度并落实。</p>

<p>范》等有关规定法律和规范，制定本院临床输血管理制度并落实。</p>	<p>2.依据相关法律法规，制定并实施临床输血管理相关制度和实施细则（内容覆盖本机构临床输血管理的全过程）、临床输血管理制度（内容包括用血申请分级管理、临床科室和医师临床用血评价及公示等）与医院临床用血计划等。</p> <p>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、规章制度、输血知识等培训，并有考核；用血科室有针对本专业特点进行相关输血知识培训。</p> <p>4.在院内开展临床用血评价及公示，有临床医师合理用血评价结果用于个人业绩考核与用血权限认定的管理规定。</p>
<p>【细则】2.9.120.2按照法律法规规范要求，设置输血科或血库，人员配置、布局和设备设施满足医院输血工作需要。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.根据医院功能和临床科室诊疗需求设置输血科或血库，房屋设施和仪器设备符合国家相关要求，布局符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，设置血液入库前的血液处置室、血液标本处理室、储血室、发血室、输血相容性检测实验室、值班室和资料保存室。</p>

	<p>3.输血科（血库）人员配备与其功能任务相适应，年用血量大于10000单位的，至少应配备8人，其中临床医学专业至少1人；年用血量在5000-10000单位的，至少应配备6人，有条件的应配备临床医学专业1人；用血量在5000单位以下的，至少配备4人；未设置输血科（血库）的，应由检验科指定专人负责输血工作。有关人员应具有医学中等以上学历及初级以上职称的卫生技术人员，并经过临床输血专业知识和操作技能的培训。其中医学检验技术人员比例不低于70%；卫生技术人员高、中、初级职称比例1：3：5为宜。</p> <p>4.输血科是医院唯一开展输血相关诊疗活动和提供其他输血服务的科室。</p> <p>5.无使用非法渠道采供血和自供血液行为。</p>
<p>【细则】2.9.120.3明确输血科各岗位职责，员工履职能力符合要求。</p>	<p>1.明确输血科各岗位职责，员工履职能力符合要求。</p> <p>2.输血科或血库人员配置合适，满足临床用血需要；负责人具有输血技术工作五年以上；不具备条件设置输血科或血库的，应安排专（兼）职人员负责临床用血工作。</p>
<p>【细则】2.9.120.4具有提供24小时输血服务的能力，满足临床需要。</p>	<p>。有输血科或血库工作制度、岗位职责、相关技术规范与操作规程，并对工作人员进行培训。</p> <p>3.输血科有自查，主动征求临床科室对输血管理工作的意见和建议，对存在问题有</p>

	<p>分析、整改。</p> <p>4.主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。</p> <p>5.具有提供24小时输血服务的能力，满足临床需要。</p> <p>6.与血站建立血液库存量管理要求与临床用血储备计划，有血液库存预警机制，及时掌握预警信息，协调临床用血，能24小时为临床提供供血服务。</p> <p>7.有应急用血的后勤（通信、人员、交通）保障能力，并建立特殊用血（如稀有血型）应急协调机制，确保急救抢救用血</p>
<p>【细则】（一百二十一）加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术规范，促进临床安全、有效、科学用血。</p> <p>【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，严格按照输血适应症开展临床用血，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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.9.121.1加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应症开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。</p>	<p>1.加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应症开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。</p> <p>2.各科室有临床输血技术规范并全员培训；医院有制定输血全过程质量监控的管理</p>

	制度、评价指标。
	3.从发血到输血各个交接环节符合规范并有完整记录，时间应精确到分钟。
	4.所使用的输血器和辅助设备符合国家标准、操作规范与流程；血液发出后，受血者和供血者标本于 2℃~6℃保存至少7天。按照《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，手术输血患者的手术记录、麻醉记录、护理记录和术后记录中输血量与发血量要一致。
	5、输血科与临床用血科室有自查，对存在问题有整改
	6.主管部门对输血全过程制度的落实情况有监管，定期分析，反馈，并检查科室整改落实情况
	7 .有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等
【细则】2.9.121.2严格掌握输血技术规范，促进临床安全、有效、科学用血。	1.严格掌握输血技术规范，促进临床安全、有效、科学用血。无特殊原因，输血患者应施行成分输血。
	2.有输血前医患双方共同签署的输血治疗知情同意书的制度或规定，并得到执行，同意书保存在病历中。
	3.用血申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。

	4.为准备输血的患者进行血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）的相关检测能力，并开展相关检测。
	5.医务人员熟知相关制度并严格执行。
	6.输血科参与疑难输血病例的诊断、会诊与治疗，指导临床合理用血。
	7.科室对合理用血情况有自查、总结、分析、整改。
	8.主管部门对科室、个人合理用血有监管、评价并公示。
<p>【指标】（一百二十二）建立与麻醉科和手术科室有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。</p> <p>【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症，合理安全用血。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.9.122.1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。</p>	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。
	2.有手术中用血的相关制度与流程，参与手术人员知晓并严格掌握手术用血指征。
。	3.有输血科与麻醉科沟通的流程并落实，保障术中输血及时、合理、安全。

	<p>4.建立自体输血管理制度和技术规范,有开展血液保护相关技术的人员和设备条件,并能开展自体输血工作。</p>
	<p>5.麻醉科、输血科等部门对自体输血和异体输血管理情况有自查,并有与上年度用血量比较的数据信息,对存在问题有改进措施。</p>
	<p>6.主管部门有监管,定期分析、反馈,并检查整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.9.122.3严格掌握术中输血适应证,合理、安全输血。</p>	<p>1.严格掌握术中输血适应证,合理、安全输血。</p>
	<p>2.设立临床用血管理委员会,负责本机构临床合理用血管理工作。主任委员由院长或者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。医务、输血部门共同负责临床合理用血日常管理工作。</p>
	<p>3.医务人员应当认真执行临床输血技术规范,严格掌握临床输血适应证,根据患者病情和实验室检测指标,对输血指证进行综合评估,制定输血治疗方案。</p>
	<p>4.医院积极推行节约用血的新型医疗技术。有条件的二级医院和妇幼保健院应当开展自体输血技术,建立并完善管理制度和技术规范,提高合理用血水平,保证医疗质量和安全。医疗机构应当动员符合条件的患者接受自体输血技术,提高输血治疗</p>

	<p>效果 and 安全性。</p> <p>5. 积极推行成分输血，保证医疗质量和安全。</p> <p>6. 科室和有关部门对术中输血适应症、合理性和安全情况有自查或检查，对存在问题有改进措施。</p> <p>7. 医院将无偿献血纳入健康教育内容，积极主动向患者、家属及社会广泛宣传，鼓励健康适龄公民自愿参加无偿献血，提升群众对无偿献血的知晓度和参与度。</p>
<p>【指标】（一百二十三）开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。</p> <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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.9.123.1开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。</p>	<p>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。</p> <p>2. 有血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度，并执行，有控制包括输血传染疾病</p>

	<p>、严重不良反应等输血严重危害发生的预案，及一旦发生的处理方案；有其它输血相关应急事件的处理预案。</p>
	<p>3.血液储存符合国家要求，有专人对血液贮存情况（存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等）定期监测并记录。</p>
	<p>4.一次性输血耗材进行无害化处理，有记录。</p>
	<p>5.科室对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。</p>
	<p>6.主管部门对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.9.123.2落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.有输血相容性检测实验室管理制度，输血前检验项目包括：血型 ABO反正定型、RH(D)、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物及不规则抗体等。</p>
	<p>3.需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作患者应进行输血相容性检测检查。</p>
	<p>4.交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。</p>

	5.用于输血相容性检测的试剂应符合相应标准。
	6.科室对落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求有自查,对存在问题有分析、整改。
	7.主管部门对落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求情况有监管,定期分析、反馈,并检查整改落实情况。
十、医院感染管理与持续改进	
指标和细则	评价内容与要点
	<p>【指标】（一百二十四）按照《医院感染管理办法》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。</p> <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>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>

<p>【细则】2.10.124.1建立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.建立“医院感染管理委员会－医院感染管理部门－临床科室”三级医院感染监控体系，有制度及职责。医院感染管理委员会各组成成员符合《医院感染管理办法》要求，并履行在院感管理中的各部门职责。</p>
	<p>3.医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标。并依据上级部门与医院感染管理的有关要求，制定工作实施计划并落实。</p>
	<p>4.有医院感染管理部门的负责人，负责人应专职从事院感工作五年以上；临床科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。有相关人员岗位职责，并履行。</p>
	<p>5.对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况有监督检查，定期召开专题会议，对感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈、整改。</p>
	<p>6.对卫生行政部门检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容。</p>

<p>【细则】2.10.124.2 根据国家法律法规、标准要求以及《医疗机构感染预防与控制基本制度》，制定并及时完善医院感染管理和控制制度并落实。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.有根据相关法律法规不断修订和完善医院感染的预防与控制制度。</p>
	<p>3.有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的具体措施，并落实。</p>
	<p>4.医院感染管理相关人员熟知相关制度、工作流程及所管辖部门院感特点。</p>
	<p>5.全体员工知晓本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并执行。</p>
	<p>6.建立医院感染管理部门、临床科室、微生物实验室或检验部门、药学、护理等多部门协调机制，有具体落实方案并执行。</p>
	<p>7.对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况有监督检查，定期召开专题会议，对感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈、整改。</p>
<p>【细则】2.10.124.3医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。</p>	<p>1.医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。</p>
	<p>2.有医院感染事件报告流程与处置预案。有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。</p>

	3.有医院感染事件的报告和处置预案控制的有效措施，按要求上报。
	4.根据医院感染事件制定各类演练方案，并进行演练。
	5.相关人员知晓医院感染事件报告流程和处置预案。
	6.建立健全本单位突发公共卫生事件报告和风险管理机制，做好传染病和突发公共卫生事件的发现、登记、报告。
<p>【细则】2.10.124.4医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实，包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。医院员工（含外聘人员）掌握有关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用</p>	<p>1.医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实，包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。医院员工（含外聘人员）掌握有关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用。</p>
	2.有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容。
	3.按计划开展相关培训并有考核。
	4.有关人员掌握相关知识与技能。
	5.科室对人员培训的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。

	<p>6.主管部门对科室人员培训效果进行定期督导检查，对培训内容组织考核，对培训效果进行评价、评估。</p>
<p>【指标】（一百二十五）按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，控制并降低医院感染风险。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.10.125.1医院对重点部门、重点环节、重点人群有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。 2.根据相关规范要求并结合医院实际，确定本医疗机构的重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素，制定监测计划和管理措施，并落实。 3.有对感染较高风险的科室（如重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等）感染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施，严格执行。

	<p>4.有下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。</p>
	<p>5.有关科室能够落实控制措施，对执行情况和实际效果进行自查，对存在问题有分析、整改。</p>
	<p>6.医院信息系统能够对重点环节、重点人群与高风险因素进行监测及分析，有关部门能够管理、使用相关信息。</p>
<p>【细则】2.10.125.2医院对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高风险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。</p>	<p>1.医院对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高风险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。</p>
	<p>2.医院定期开展感控风险因素科学评估，明确影响本机构感控的主要风险因素和优先干预次序。根据风险评估结果，合理设定或调整干预目标和策略。</p>
	<p>3.采取基于循证证据的干预措施，进行科学防控，避免防控过度和防控不足。</p>
	<p>4.能够利用信息化手段开展感染监测评估工作。</p>
	<p>5.建立并实施基于风险评估结果开展感染高危人群筛查的工作机制。</p>

【指标】（一百二十六）医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查。

【细则】2.10.126.1定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程，有相关报告或反馈记录。

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。

2.医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。

3.医院按照相关规范要求建立医院感染监测制度、指标体系和流程，制定医院监测计划，组织开展目标性监测、全院综合性监测等监测工作，并定期通报医院感染监测结果。监控应覆盖高风险科室和环节，监测的目录/清单范围符合要求。

4.有医院感染监测记录与分析报告，并了解本地区其他同类医院感染监测信息，进行横向比较分析，提出改进建议。

<p>【细则】2.10.126.2按照本院医院感染防控制度规定的周期向全院发布全院感染监测数据，及时将感染监测的数据和分析反馈临床科室。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.科室能按照医院相关制度和流程要求，监测《医院感染监测规范》要求的项目，并有记录。</p>
	<p>3.有本院监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。</p>
	<p>4.定期开展感控风险评估并反馈，对医院感染风险、医院感染率及变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【指标】（一百二十七）消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.10.127.1医院按照国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。</p>	<p>1.医院按照国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。</p>
	<p>2.有针对感染性疾病、免疫低下等患者的隔离制度及操作流程。</p>

	<p>3.针对诊疗过程中出现或者可能出现的感染传播风险，采取有效屏障和隔离措施，为隔离患者和相关医务人员提供符合国家标准个人防护用品。隔离设施及物品配备能满足临床需要。</p>
	<p>4.有对医务人员进行隔离、消毒灭菌等技术相关知识的教育与培训，有培训考核记录。相关人员知晓上述内容并落实。</p>
	<p>5.科室对消毒工作制度与流程的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。</p>
	<p>6.主管部门对各科室落实消毒工作制度和落实情况进行定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.10.127.2医院提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员应能够正确使用消毒与防护用品。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂，符合国家的有关要求，质量和来源可追溯。能根据医疗物品危险性选择正确的消毒、灭菌方法，确保消毒灭菌效果。</p>
	<p>3.医务人员掌握隔离的原则、标准、技术，并能正确使用防护用品。</p>
	<p>4.定期针对消毒效果开展常规监测，包括消毒液的浓度监测、紫外线灯的强度监测以及必要的消毒后生物监测等，并有记录。</p>

<p>【细则】2.10.127.3重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.有全院和重点部门（如重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等）的消毒工作制度，并得到执行、落实。</p>
	<p>3.科室定期对感染管理制度执行、落实情况开展自查，对存在问题有分析、整改。</p>
	<p>4.主管部门定期对各科室进行感染管理制度执行、落实情况的督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【指标】（一百二十八）按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.10.128.1根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.根据手卫生规范要求，感染高风险部门和治疗室、换药室、注射室应配置有效、齐全、便捷的手卫生设施。有手卫生相关要求（洗手方法、外科洗手操作规程等）</p>

	<p>的宣教图示。</p>
	<p>3.各相关部门为医务人员提供手卫生培训。医务人员能落实手卫生规范。</p>
	<p>4.科室对手卫生设施设备配置及手卫生规范执行情况有自查，对存在问题有分析、整改。</p>
	<p>5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】2.10.128.2充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性地监测与反馈。</p>	<p>1.充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性地监测与反馈。</p> <p>2.设置流动水洗手设施，并且：（1）手术室、产房、导管室、层流洁净病房、骨髓移植病房、器官移植病房、重症监护病房、新生儿室、母婴室、血液透析病房、烧伤病房、感染疾病科、口腔科、消毒供应中心等重点部门和治疗室、换药室、注射室应配备非手触式水龙头。有条件的医疗机构在诊疗区域均宜配备非手触式水龙头。（2）配备清洁剂。肥皂应保持清洁与干燥。盛放皂液的容器宜为一次性使用，重复使用的容器应每周清洁与消毒。皂液有浑浊或变色时及时更换，并清洁、消</p>

	<p>毒容器。（3）配备干手物品或者设施，避免二次污染。（4）应配备合格的速干手消毒剂。（5）手卫生设施的设置应方便医务人员使用。</p>
	<p>3.手消毒剂符合国家有关规定和GB27950的要求</p>
	<p>4.科室和有关部门定期组织开展手卫生效果的监测。</p>
<p>【指标】（一百二十九）有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。</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，可以帮忙临床合理使用抗菌药物。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】2.10.129.1根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序</p>	<p>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</p>

<p>。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。</p>	<p>共同参与的多重耐药菌管理协调机制。</p>
	<p>2.针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合实际工作，制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。</p>
	<p>3.有对多重耐药菌控制落实的有效措施，包括加强手卫生、严格实施隔离、遵守无菌操作规程、合理使用抗菌药物、加强清洁与消毒工作等。</p>
	<p>4.医院临床微生物实验室根据检测结果，开展抗菌药物敏感性分析，并指导临床工作。至少每半年向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。</p>
	<p>5.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>【细则】2.10.129.2定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。</p>	<p>1.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.建立细菌耐药监测及预警机制，有细菌耐药监测变化趋势图，并每半年进行反馈。</p> <p>。</p>

	<p>3.各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。</p> <p>4.有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。</p> <p>5.有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。</p> <p>6.主管部门有监管，根据监测信息，主管部门、药事管理组织联合开展评估，制定干预措施，指导临床合理使用抗菌药物，并检查科室落实整改情况。</p>
<p>【指标】（一百三十）建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.10.130.1医院有建立侵入性器械/操作相关感染防控制度；侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。</p>	<p>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。</p> <p>2.有侵入性诊疗器械、手术及其他侵入性诊疗操作（包括介入诊疗操作、内镜诊疗操作、CT/超声等引导下穿刺诊疗等）相关感染防控制度，并制订相关防控措施</p>

	以及防控措施执行依从性监测的规则和流程。
	3.有与呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制的措施以及防控措施执行依从性监测的规则和流程。
	4.对医务人员进行相关知识、技术的培训，相关人员知晓并实施。
	5.科室对相关工作开展情况定期组织自查，根据自查结果进行整改和持续改进。
	6.有关部门对相关工作执行、落实情况定期进行督导、检查。
	7.由案例、实例表明相关规定得到落实，开展了持续改进工作。有效防控了相关感染的发生。
【细则】2.10.130.2医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。	1.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。
	2.根据国家有关规定、医院业务技术发展以及检查、监测结果等情况，定期对名录进行审核、修订。
	3.建立本机构诊疗活动中使用的侵入性诊疗器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作的名录，有关名录向社会公布。

<p>【细则】2.10.130.3根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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，按照感染防控制度实施数据监测。 2.实施临床使用侵入性诊疗器械相关感染病例、手术及其他侵入性诊疗操作相关感染病例的目标性监测，并开展相关感染防控措施执行依从性监测。 3.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防控措施。 4.手术及其他侵入性诊疗操作使用抗菌药物预防符合规范要求。
<p>【指标】（一百三十一）按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】2.10.131.1按照有关法律法规，建立医院医疗废物管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作</p>	<p>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。</p>

<p>流程，落实岗位职责。</p>	<p>2.医院建立、健全医疗废物管理责任制，其法定代表人为第一责任人，切实履行职责，防止因医疗废物导致传染病传播和环境污染事故。</p>
	<p>3.医院有医疗废物、废液领导小组及医疗废物、废液的监管部门，并明确职责；制订医疗废物、废液处理管理规章制度和相关人员岗位职责。</p>
	<p>4.医院制定与医疗废物安全处置有关的规章制度和在发生意外事故时的应急方案；设置监控部门或者专（兼）职人员，负责检查、督促、落实本单位医疗废物的管理工作，防止违反本条例的行为发生。</p>
<p>【细则】2.10.131.2医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范，对从事分类收集、运送、暂存等工作人员采取的职业防护措施符合规范。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.医院对医疗废物进行登记，登记内容应当包括医疗废物的来源、种类、重量或者数量、交接时间、处置方法、最终去向以及经办人签名等项目。登记资料至少保存3年。</p>
	<p>3.医院采取有效的职业卫生防护措施，为从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作的人员和管理人员，配备必要的防护用品，定期进行健康检查；必要时，对有关人员进行免疫接种，防止其受到健康损害。</p>

	4.医院采取有效措施，防止医疗废物流失、泄漏、扩散。没有发现相关的事件。
	5.医院采取职业防护措施符合规范、有效。没有发生工作人员感染的案例。
【细则】2.10.131.3加强相关人员培训。对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员，根据岗位需要进行有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面的培训。	1.加强相关人员培训。对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员，根据岗位需要进行有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面的培训。
	2.医院指定专门的部门负责开展相关法律和专业技术、安全防护以及紧急处理等知识的培训。
	3.制定教学计划，编制教案，定期进行。对其中重要的内容进行考核。相关人员知晓并落实。

十一、中医诊疗质量保障与持续改进	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（一百三十二）中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。</p> <p>【概述】医疗机构应按照《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</p>	

中药房与中药煎药室，建立中药管理制度确保药品安全。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】2.11.132.1中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求。	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。
	2.科主任由具有中医类别副高及以上职称人员担任；中医师具备中医类别任职资格。
	3.护士接受过中医药知识技能岗位培训。护士长具有主管护师及以上任职资格，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术。
	4.中医科为医院的一级临床科室，开设中医门诊。门诊开设中医专业≥3个；中医科设置独立病区。
【细则】2.11.132.2中药房与中药煎药室设置符合相关法律法规的要求。	1.中药房与中药煎药室设置符合相关法律法规的要求。
	2.根据医院规模设置规范的中药房、中药煎药室，布局符合工作流程、院感、消防等各项要求。
	3.有中药房各项管理规章制度及中药饮片配置操作规范和流程，有明确的中药房人

	员设置资质要求。
	4.有中药质量管理的相关制度，对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。
	5.根据临床需要，设置规范的中药煎药室，归属中医科或指定科室管理。
	6.煎药室布局符合相关要求，环境通风、消防、煎药设施设备、容器等按要求布置。
	7.有煎药室各项管理规章制度、各岗位职责及煎药相关工作流程，工作人员知晓并落实。
	8.有各项意外应急处置预案及预防措施，并开展定期演练
	9.中药煎药室向门诊、住院患者提供服务。
	10.相关人员知晓本岗位的履职要求
	11.科室有定期自查、总结分析各项工作开展情况，对存在问题有整改。
	12.主管部门有定期监管和分析反馈，并检查科室整改落实情况。
	13.有数据或案例体现改进效果并形成新制度、规范、流程、举措等。

【指标】（一百三十三）建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

【细则】2.11.133.1 建立中医诊疗规范。	1.建立中医诊疗规范。
	2.根据国家中医药相关指南，建立体现中医特色的诊疗规范，并及时更新。
	3.有依据患者病症采取中西医结合治疗的规范和措施。
	4.有对疑难重症患者病情评估、科间会诊、转诊的相关制度与流程。
	5.各级中医医务人员熟知相关制度、流程和诊疗规范，并依规范为患者制定适宜的诊疗方案。
【细则】2.11.133.2 开展中医特色护理。	1.开展中医特色护理。
	2.有中医护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色。
	3.相关人员知晓本岗位的职责要求并履职，按相关技术规范执行护理工作。
	4.加强中医科室护理人员培训，提高辨证施护和中医特色护理能力水平，提高中医

	药特色护理和健康指导。
	5.为患者提供具有中医特色的康复和健康指导；开展具有中医特色的优质护理服务。
【细则】2.11.133.3提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	1.提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。
	2.加强中医康复服务供给，大力推广中医药技术，发展适用于基层、社区的小型化、专业化的中医康复设备和康复适宜技术，扩大康复教育、辅具指导、居家康复训练指导的覆盖面。针对心脑血管病、糖尿病等慢病和伤残等，梳理优化相关中医康复技术和方案，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。
	3.医院应持续改进医疗质量，规范提供中医药康复服务。建立中医药康复服务质量控制体系，建立完善质量管理体系，将中医药康复服务纳入质量控制范围。在医院信息化建设中完善中医药康复服务信息，探索开展中医康复结局评价与管理。
第三章 医院管理	
一、管理职责与决策执行机制	
指标和细则	评价内容与要点

<p>【指标】（一百三十四）制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>	
<p>【细则】3.1.134.1制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。</p>	1.制定医院章程，规范内部管理结构和权力运行规则，提高医院运行效率。
	2.医院以章程为依据，明确医院议事规则和办事程序。医院内部治理体系组织结构清晰，职责明确。
	3.医院领导人员严格议事规则、办事程序和决策执行机制。4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.1.134.2加强和改进公立医院领导人员管理</p>	1.加强和改进公立医院领导人员管理。
	2.对公立医院领导人员的管理，坚持党管干部、党管人才，坚持德才兼备、以德为先，坚持依法依规办事，坚持从严管理监督与激励关怀相结合，注意体现公立医院公益性、服务性、专业性、技术性等特点，不简单套用党政领导干部管理模式，公道公平公正地对待、评价和使用领导人员，充分调动积极性、主动性、创造性，不

	<p>断提高基本医疗卫生服务质量和水平。</p>
	<p>3.公立医院领导班子和领导人员实行任期目标责任制。领导班子的任期目标，应当贯彻党和国家对公立医院改革发展的要求，体现医疗服务质量和安全、医疗费用控制、政府指令性任务完成、依法依规管理、医德医风建设和党的建设等内容。医院领导班子的任期目标还应当体现医院综合管理水平、学科发展和队伍建设、健康医疗大数据建设与应用等内容；中医医院领导班子的任期目标还应当体现中医药特色优势发挥等内容。具体内容根据本地区医疗卫生规划和医院实际确定。</p>
	<p>4.对公立医院领导班子和领导人员实行年度考核和任期考核。</p>
	<p>5.考核评价应当以任期目标为依据，以日常管理为基础，以公益性为导向，注重工作实绩和社会效益，注意与公立医院绩效评价工作相衔接，防止逐利倾向。</p>

【指标】（一百三十五）公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。

【概述】医院管理组织机构设置合理，满足管理工作需要，部门职能划分明确，各级管理人员按分工履行职责，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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。

<p>【细则】3.1.135.1 在章程中明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.医院把加强党的建设列入医院章程 2.医院党委发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。主要职责在医院章程中表述清晰。 3.建立党委与行政领导班子议事决策制度与程序，并严格落实。 4.医院相关部门定期督导检查，分析反馈，并检查整改落实情况。 5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.1.135.2实施党委领导下的院长负责制。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.实施党委领导下的院长负责制。 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。 3.在决策程序上，公立医院发展规划、“三重一大”等重大事项，以及涉及医务人员切身利益的重要问题，要经医院党组织会议研究讨论同意，保证党组织意图在决策中得到充分体现。 4.把党的领导融入公立医院治理结构，医院党组织领导班子成员应当按章程进入医院管理层或通过法定程序进入理事会，医院管理层或理事会内部理事中的党员成员进入医院党组织领导班子。

【细则】3.1.135.3健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	1.健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。
	2.党委会议由党委书记召集并主持，研究和决定医院重大问题，不是党委委员的院长、副院长可列席党委会议。
	3.院长办公会议是医院行政、业务议事决策机构，由院长召集并主持。
	4.重要行政、业务工作应当先由院长办公会议讨论通过，再由党委会议研究决定。
	5.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。
	6.建立公立医院党委领导下的院长负责制执行情况报告制度，纳入医院班子民主生活会、述职评议和年度考核等工作，公立医院上级党组织要加强领导、严格规范。
<p>【指标】（一百三十六）医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。</p> <p>【概述】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，理清员工在落实制度时的职责，并及时修订完善。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、员工访谈。</p>	
【细则】3.1.136.1 根据其功能、任务，设置合理的管理机构，部门职能、职责划分明确。	1.有组织架构图，部门职能划分明确，医院运行状况与组织架构相符。
	2.根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。

	3.医院各部门及科室命名规范,提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目全部相符。
	4.各级管理人员知晓并履行本岗位职责。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。
	6.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】3.1.136.2各级管理人员按分工履行职责,建立部门、科室间沟通与协调机制,履行协调职能,提高工作效率。	1.建立各部门之间、部门与临床科室之间的沟通协调机制,指定牵头协调部门。
	2.定期召开多部门工作协调会(如职能部门-临床-护理-医技-后勤等)或联席会议,并有会议记录。
	3.每次会议有明确议题和相关牵头部门,相关工作有落实。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】3.1.136.3 根据法律法规、规章规范以及相关标准,结合 本院实际,制定各项规章制度,并及时修订完善。	1.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。
	2.院长是医院依法执业和医疗质量安全的第一责任人,落实医疗质量安全院、科两级责任制。

	<p>3.建立全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度；健全科研管理制度；健全后勤管理制度；健全信息管理制度。</p>
	<p>4.健全人力资源管理制度；健全财务资产管理制度；健全绩效考核制度；健全人才培养培训管理制度。</p>
	<p>5.健全民主管理制度。</p>
	<p>6.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实施细则，厘清员工在落实制度时的职责，并及时修订完善。</p>
<p>【细则】3.1.136.4 各部门和科室命名规范，与医院文件一致。</p>	<p>1.各部门和科室命名规范，与医院文件一致。</p>
	<p>2.医院各部门及科室命名规范，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目全部相符。</p>
	<p>3.医院各部门及科室命名符合《医疗机构管理条例实施细则》中的规定。在申请变更名称时，应在名称经卫生行政部门核发登记后使用。</p>
	<p>4.主管部门定期对医院内各科室、部门的命名进行检查，对不符合要求、不规范的命名进行清理，及时更新科室名称的标识。</p>

<p>【指标】（一百三十七）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。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】3.1.137.1医院建立全员学习机制，强化学习文化</p>	1.建立全员学习机制，开展全员培训教育，提高员工履职能力。
	2.医院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.每年至少开展2次法律法规全员培训。员工对岗位相关的常用法律法规知晓率≥80%。管理人员均接受管理相关培训，培训时数每人每年≥12个学时。新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.1.137.2定期对员工进行政策法规、管理能力培训与教育，有考核机制，员工知晓。</p>	1.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。
	2.制定了全员学习、培训的、有针对性的教学工作计划，编制有关政策法规、管理能力、专业技能和质量安全的教学大纲和课程，培训、学习取得实际效果

	<p>3.每年至少开展2次法律法规全员培训。员工对岗位相关的常用法律法规知晓率≥80%。管理人员均接受管理相关培训，培训时数每人每年≥12个学时。新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。</p>
<p>【细则】3.1.137.3定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。</p>	<p>1.定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。</p> <p>2.指定专门的部门，负责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，按照行政部门的要求、普法学习计划等，制定年度教学计划，并组织实 施。</p> <p>3.定期对医疗卫生技术人员开展医疗卫生管理法律法规、医院管理制度、医疗质量管理与控制方法、专业技术规范等相关内容的培训和考核。</p>
<p>【指标】（一百三十八）加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.1.138.1加强院务公开管理，有指定部门</p>	<p>1.制定全面信息公开工作制度，包括向社会的信息公开和向员工的院务公开，指定</p>

<p>、工作制度与程序。</p>	<p>专门部门负责全面信息公开工作。</p> <p>2.信息公开形式多样，方便社会与员工获取相关公开信息。</p> <p>3.制定院务公开工作制度与流程，有公开内容、形式、程序和时限，有“院务公开领导小组”，有指定部门负责，有明确的工作职责。“三重一大”事项依医院院务公开的要求予以公示。</p> <p>4.鼓励职工监督院务公开工作，职工有多种途径提供意见与建议，保障职工民主权利。</p> <p>5.院务公开信息制度得到落实，员工知晓率高。</p> <p>6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况</p> <p>7.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。</p>
<p>【细则】3.1.138.2按照国家有关规定向社会及员工公开信息。有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.医院院务，除涉及国家秘密、公共安全、依法受到保护的商业秘密和个人隐私以外，原则上应予公开，并要按照规定的制度和程序，采用方便、快捷的方式及时公开。</p>

	<p>3.医院可根据自身条件，选择采取以下对外公开形式：</p> <p>（1）在门诊、病房以及对公众服务窗口等明显位置设立公开专栏、宣传橱窗、电子大屏幕公告栏；</p> <p>（2）编印、发放各类资料；</p> <p>（3）通过院内局域网、自有非商业性网站或政府官方网站公开；</p> <p>（4）设立电子触摸查询装置、查询电话；</p> <p>（5）建立院领导接待日制度、设立院务公开投诉信箱等。</p>
	<p>4.医院院务对内公开要充分发挥职工代表大会的协调、监督作用，可以采用院务公开栏、院情发布会、党政工联席会、职工座谈会等形式进行公开。</p>
	<p>5.医院应制订医院院务公开目录，对外公开医院院务的内容如发生变化应当及时更新。</p>
	<p>6.有院务公开的考评资料和改进措施。多部门协作机制有效，保证工作持续改进。</p>

【指标】（一百三十九）对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。

【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。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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】3.1.139.1对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理，有主管部门与专人负责对外委托服务项目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，有项目评估和监督考核机制。

1.制订符合法规及内部风险控制的对外委托服务管理制度和管理办法，有项目遴选、管理、退出及项目评估和监督考核机制，委托项目按合同执行。

2.有院领导、主管部门与专人负责各类对外委托服务项目管理，实行对对外委托服务单位资质、人员、设备、流程、质控、场地等按行业标准进行全过程监管，包括但不限于病理学诊断项目、消毒供应室、中药饮片、物业管理、消防维保、医疗设备维修等。

3.全部对外委托服务项目招投标及各类合同符合国家规范。

4.有被委托方提供年度质量安全评估报告；被委托方服务人员有持续专业培训记录，具有上岗资格，被委托方与院方联动有效及时。

5.医院各个主管科室，对对外委托项目的质量与安全实施监督管理，定期自查、总结分析、整改。

	6.有对对外委托服务项目进行专项审计,并反馈主管部门,定期督导检查对外服务项目承接单位或公司的对应整改落实情况;对违约情况按规实施处理。
	7.有监管外包业务质量有成效的典型案例,并形成新的监管优化流程和制度。
二、人力资源管理	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】(一百四十)建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。</p> <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备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.2.140.1建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度,设置人力资源管理部门。</p>	1.设置专职人力资源管理部门,职责明确。
	2.制定人力资源管理制度与程序,并能够根据有关部门要求及时更新,与医院发展需求同步实施。
	3.人力资源管理制度及规定,有多种渠道公布,方便职工查询。

	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.2.140.2人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。</p>	1.制定人力资源发展规划、人才梯队建设计划、人力资源配置方案并得到落实。
	2.有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案并得到落实。
	3.医院各类卫生技术人员配置符合国家有关规定，并满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。（1）卫技人员与开放床位之比不低于1.15:1；（2）卫技人员占全院总人数70%以上；（3）护士占卫技人员总人数50%以上；（4）病房护士与病房实际开放床位之比不低于0.4:1。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【指标】（一百四十一）有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术人员档案。</p> <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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	

<p>【细则】3.2.141.1有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.制定卫生技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关制度和流程并落实。 2.有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，指定主管部门负责。 3.相关人员知晓上述规范和流程并落实。 4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。 5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.2.141.2建立专业技术人员档案，包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.医院指定主管部门统筹管理、相关职能部门分工负责相应系列专业技术人员的技术档案，制定相关制度与规定并落实。 2.建立专业技术人员档案，包括但不限于经审核的学历、学位、资格证、执业注册证、职称证、教育和培训等资料复印件。主管部门、相关分管部门、业务科室及时同步更新、完善相应专业技术人员的技术档案。 3.制定外来技术人员资质管理的规定、规范与程序并落实。 6.外来技术人员在本院实施的诊疗活动有记录并可追溯。外来技术人员直接从事患者临床各种有创诊疗时，事先取得患者书面知情同意。 4.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，尤其对高风险、特殊岗位实施人员授权和再授权管理。 5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 6.有数据或分析报告
<p>【细则】3.2.141.3根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.医院指定主管部门统筹管理、相关职能部门分工负责相应系列专业技术人员的技术档案，制定相关制度与规定并落实。 2.建立专业技术人员档案，包括但不限于经审核的学历、学位、资格证、执业注册证、职称证、教育和培训等资料复印件。主管部门、相关分管部门、业务科室及时同步更新、完善相应专业技术人员的技术档案。 3.制定外来技术人员资质管理的规定、规范与程序并落实。 6.外来技术人员在本院实施的诊疗活动有记录并可追溯。外来技术人员直接从事患者临床各种有创诊疗时，事先取得患者书面知情同意。 4.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，尤其对高风险、特殊岗位实施人员授权和再授权管理。 5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 6.有数据或分析报告

	或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【指标】（一百四十二）贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>	
<p>【细则】3.2.142.1贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.根据《公立医院领导人员管理暂行办法》制定公立医院领导人员职业化培训制度、交流制度、收入分配办法等，建立容错纠错机制并得到落实。 2.领导人员主要精力和时间用于医院管理工作或专职从事医院管理。 3.领导人员在履行医院管理职责中表现突出、作出显著成绩和贡献的，按照有关规定给予表彰奖励。 4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。 5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.2.142.2加强公立医院行政领导人员职业</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.加强公立医院行政领导人员职业化培训。

化培训。	<p>2.完善公立医院领导人员培养教育制度，充分利用党校、行政学院、干部学院等机构，采取任职培训、岗位培训、专题培训等方式实施职业化培训，采取内部轮岗、挂职锻炼、对口支援或者援外等方式加强实践锻炼，着力提高政治素质、管理能力和专业水平，推进领导人员职业化建设。</p>
	<p>3.完善领导人员交流制度，畅通交流渠道，积极推进不同类别、不同等级医院之间交流，共享优秀人才资源。根据健康中国建设需要，结合东西部扶贫协作关系、城乡医院对口支援工作关系等，统筹推动上级医院与下级医院，城市三级医院与二级医院，相对发达地区医院与艰苦边远地区、贫困地区医院，东部地区与中西部地区医院之间领导人员交流。</p>
	<p>4.医院主要领导参加了系统的管理学知识的培训、学习。</p>
	<p>5.医院领导参加了与中西部地区的领导交流</p>

<p>【指标】（一百四十三）有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。</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，完成政府指令性培训任务，加强人才梯队建设，把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>	
<p>【细则】3.2.143.1有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施</p>	1.制定岗前培训、继续医学教育管理制度、规划及实施方案并落实，有培训条件及专项经费支持。
	2.有完善的管理档案，将继续医学教育与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。
	3.卫生专业技术人员知晓并严格执行岗前培训、继续医学教育管理制度。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	5.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.2.143.2有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案</p>	1.制定重点学科（或专科）建设发展规划及学科带头人选拔与激励机制。
	2.有人才培养计划，有重点学科（或专科）培育与支持措施，包括经费投入等，人才梯队合理。人才培养工作纳入院长年度和任期目标责任考核的重要目标。

	3.相关部门对学科建设和人才培养落实专项管理。
	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	5.有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.2.143.3把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。</p>	1.制定规范化培训和下级医院骨干医师培训相关管理制度措施，培训方案，课程设计、培训内容、考核等符合相关要求，并得到实施。
	2.有住院医师规范化培训基地资质，有专职人员负责培训工作。
	3.对规范化培训等项目提供所需的经费、师资、设备设施等资源保障。
	4.有承担住院医师等规范化培训档案（如学科、数量）管理等相关资料。
	5.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	6.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.2.143.4把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与</p>	<p>1.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。</p>

临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待。

2.医院相关管理人员熟悉“两个同等对待”的要求，即“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；对经住培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、中医专业学位硕士研究生同等对待”。

3.在招聘简章中应当明确“面向社会招收的住院医师如为普通高校应届毕业生的，其住培合格当年在医疗卫生机构就业，按当年应届毕业生同等对待”“经住培合格的本科学历临床医师，按临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待”，并纳入岗位报考具体条件（其中住培合格证书中的培训专业原则上应当与招聘岗位的专业或类别要求相一致），并将同等对待落实到资格审查、考试考察、聘用、派遣、落户等各个环节。

4.在确定住院医师薪酬待遇时，对经住培合格的本科学历临床医师，按照临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生对应的标准同等对待。

5.医院行政管理部门将本项工作纳入公立医院高质量发展等相关考核，并列入住培基地评估的核心指标。

<p>【指标】（一百四十四）贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】3.2.144.1 按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等，职工上岗前进行职业安全防护教育。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.制定职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度。 2.按照国家的法律法规和相关标准对危险性程度制定分级防护的规定，配备防护设施设备和用品。 3.有职业安全防护的培训并建立员工的个人健康档案。 4.相关人员知晓职业暴露的应急预案、处置流程，并落实。 5.科室有定期自查、总结分析、整改 6.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。 7.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.2.144.2上岗前有职业安全防护教育，有</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.上岗前有职业安全防护教育，有培训和考核制度。

<p>培训和考核制度。</p>	<p>2.有主管部门负责职业安全防护教育、培训工作。</p> <p>3.有职业安全防护应急预案，有员工职业暴露损害的紧急处理程序和措施，有职业安全监测制度。</p> <p>4.通过教育和培训，相关人员知晓职业暴露的应急预案、处置流程，并落实。</p> <p>5.有员工的个人健康档案，有高危岗位的个人安全监测（如放射剂量监测）记录档案。</p> <p>6.主管的职能部门有职业安全教育的培训、学习和教育的资料，建立培训档案。</p> <p>7.有关的职能部门有监管记录、职业损害根因分析、职业安全评价，制定改进措施并得到落实。</p>
<p>【细则】3.2.144.3 医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.用人单位的主要负责人对本单位的职业病防治工作全面负责。</p> <p>3.医院设置职业卫生管理机构，负责本单位职业病防治工作。</p> <p>4.用人单位应当实施由专人负责的职业病危害因素日常监测，并确保监测系统处于正常运行状态。</p>

	<p>5.医院按照国务院卫生行政部门的规定,定期对工作场所进行职业病危害因素检测、评价。检测、评价结果存入用人单位职业卫生档案,定期向所在地卫生行政部门报告并向劳动者公布。</p>
	<p>6.本单位没有发生影响职业卫生安全的事件。</p>
<p>【指标】（一百四十五）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。</p> <p>【概述】医院应积极关心员工的身体和心理健康状态，落实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。【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p> <p>【编制有依据】1.国家卫生健康委 人力资源社会保障部 财政部《关于改善一线医务人员工作条件切实关心医务人员身心健康若干措施的通知》（国办发〔2020〕4号）；2.国家卫生健康委《关于贯彻落实改善一线医务人员工作条件切实关心医务人员身心健康若干措施的通知》（国卫人函〔2020〕61号）；3.《中华人民共和国民法典》。</p>	
<p>【细则】3.2.145.1关注员工身体和心理健康。</p>	<p>1.制定保障员工身体和心理健康的制度并落实。</p> <p>2.建立和完善职工健康状况数据库,为不同健康状况职工提供个性化饮食和运动指导;提供心理健康咨询服务;落实公休假制度。</p> <p>3.切实为医务人员提供良好的工作和生活条件,协调有关部门加强职业暴露的防护设施建设和设备配置。</p>

	4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】3.2.145.2保障员工合法健康权益。	1.保障员工合法健康权益。
	2.医院有制度规定，不得干预员工享有健康权，不允许第三方侵害员工的健康权。
	3.通过深化医改，加强制度建设，完善体制机制，将健康融入所有政策，努力为员工提供全方位、全人群、全生命周期的卫生与健康服务。
	4.医院为员工提供有行之有效的公共卫生和卫生保健设施服务，以及卫生计划。
	5.医院提供的卫生设施和服务公平地面向所有员工，并且能够充分考虑到性别、文化上的差异。
	6.对医务人员实施周密的安全防护措施，组织做好一线医务人员健康体检，落实健康监测制度。
	7.建立和完善职工健康状况数据库，为不同健康状况职工提供个性化饮食和运动指导；提供心理健康咨询服务；落实公休假制度。

【指标】（一百四十六）医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

<p>【细则】3.2.146.1将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。</p>	<p>1.制定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的制度，并有实际案例。</p>
	<p>2.制定医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升以及绩效考核的制度，并有实际案例。</p>
	<p>3.科室负责人及医务人员知晓医疗质量管理情况作为相关考核指标。4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。</p>
<p>【细则】3.2.146.2将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.科室负责人及医务人员个人均知晓医疗质量管理情况作为相关考核指标。</p>

3.制定医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升以及绩效考核的制度，并有实际案例。

三、财务和价格管理

指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（一百四十七）执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，公立医院实行总会计师制度。</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>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】3.3.147.1执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，会计核算</p>	<p>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。</p> <p>2.根据相关法律法规制定医院财务管理制度，并根据政策法规动情况及时更新。</p>

规范。	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。
	4.年度财务报告按规定由注册会计师审计，反馈管理部门。
	5.开展财务管理制度专业培训。
	6.有财务管理整改案例体现整改效果，或形成新制度、规范、流程、举措
【细则】3.3.147.2人员配置合理，岗位职责明确。	1.医院设立专门的财务机构，按国家有关规定配备专职人员。
	2.财务人员配置合理，职责明确。财务部门负责人有高级会计师专业技术职务资格或者有会计师专业技术职务资格并从事财务管理工作五年以上经历。
【细则】3.3.147.3二级公立医院实行总会计师制度。	1.按照《关于印发卫生健康经济管理队伍建设方案（2021-2025年）的通知》（国卫办财务函〔2020〕810号）等文件精神，促进二级公立医院总会计师制度建设，实行总会计师制度。
	2.有总会计师制度及岗位资质要求，明确岗位职责和权限。
	3.总会计师知晓相关要求并严格履职。
	4.医院对总会计师履职有保障机制与评估。
	5.总会计师对医院财务管理与监督在医院重要经济事项分析决策中发挥专业优势，

并形成新的优化流程和新的制度。

【指标】（一百四十八）按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】3.3.148.1按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。

1.医院建立健全预算管理组织机构，建立由全面预算管理委员会、全面预算管理办公室、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，确保医院所有部门、所有科室均纳入预算管理体系，确保预算责任能够分解落实到各级预算责任单元。

2.医院建立全面预算绩效管理制度。围绕预算管理的主要内容和环节，完善各环节预算绩效管理流程，制订预算绩效管理制度和实施细则。

3.医院建立全面预算信息公开制度，根据国家有关规定和医院管理实际，确定信息公开的时间、内容、程度、方式和程序，强化内部监督，提高医院预算透明度。

4.建设、完善预算绩效管理信息化建设，促进医院财务、资产、业务等信息互联互

	通。
<p>【细则】3.3.148.2建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。</p>	<p>5.业务主管部门根据全面预算绩效管理相关规定开展预算绩效管理工作，从运行成本、管理效率、履职效能、社会效应、可持续发展能力和服务对象满意度等方面，衡量医院整体及核心业务实施效果，强化绩效考核导向，推动落实公益性，提升医疗服务质量，促进医院可持续发展。</p> <p>1.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。</p> <p>2.医院内部建立健全全面预算管理制度，以医院战略发展规划和年度计划目标为依据，充分运用预算手段开展医院内部各类经济资源的分配、使用、控制和考核等各项管理活动。具体包括收入、支出、成本费用、筹资投资、业务等预算。</p> <p>3.全面预算管理制度是现代医院管理制度的重要内容。业务主管部门要将全面预算管理纳入医院预算绩效考核的范围。</p> <p>4.业务主管部门对医院预算和财务实行全面管理，医院作为预算单位，所有收支全部纳入预算范围。</p> <p>5.开展预算管理培训并保证有关人员知晓并执行。</p>

	<p>6.主管部门及预算管理委员会定期对年度预算执行情况进行检查、分析、反馈，将预算考核结果、成本控制目标纳入内部业务综合考核的依据，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>7.有全面预算管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。</p>
<p>【细则】3.3.148.3实行全面预算管理，医院所有收支全部纳入预算管理。</p>	<p>1.实行全面预算管理，医院所有收支全部纳入预算管理。</p>
	<p>2.医院所有收支全部纳入预算管理，实行全面预算管理，包括财务预算、业务预算、专门决策预算等。</p>
	<p>3.预算科室包括医院所有临床、医技等科室以及行政后勤等全部预算责任单元，是全面预算管理执行层。</p>
	<p>4.医院所有部门和科室均纳入预算管理体系，预算责任落实到位。</p>
	<p>5.预算部门和科室在全面预算管理办公室和预算归口管理部门的指导下，开展本科室预算管理工作。</p>

【指标】（一百四十九）实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】 3.3.149.1实行全成本核算管理，控制运行成本，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。	1.建立成本核算管理体系和健全成本定额管理、费用审核等管理制度，成立成本核算工作领导小组和成本核算部门，工作职责明确。
	2.按时完成成本核算报表，开展成本核算结果分析并反馈对口部门。
	3.在全院推行全成本核算管理培训。
	4.开展科室成本核算、诊次成本核算、床日成本核算、医疗服务项目成本核算、按病种分值付费（DIP）或按疾病诊断相关分组（DRGs）成本核算。
	5.主管部门根据成本分析报告，定期检查、分析、反馈，并检查督导科室整改落实情况。
	6.成本费用得到控制，成本效益提升。有案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。

<p>3.3.149.2控制医院债务规模，降低财务风险。</p>	<p>1.控制医院债务规模，降低财务风险。</p> <p>2.严格控制对外投资，对医疗服务相关领域的对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准，并进行专项监督管理。</p> <p>3.有专职成本核算人员负责对外投资的成本核算工作，有岗位职责。</p> <p>4.有流动资产、固定资产和无形资产管理以及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。有对医院资产管理的监管机制，定期分析评价，国有资产保值增值。</p> <p>5.有根据监管评价建议，持续改进资产管理工作，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内</p>
<p>【指标】（一百五十）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。</p> <p>【概述】加强医疗机构内部价格行为管理，有助于促进卫生健康事业改革和发展，维护患者与医疗机构的合法权益，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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】3.3.150.1 确保医疗机构内部价格管理部门</p>	<p>1.确保医疗机构内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。</p>

建设和人员配备达到管理规定要求。	2.医疗机构主要负责人对本单位价格行为的内部管理工作负领导责任。
	3.医疗机构建立由医疗机构分管领导、医务管理部门、价格管理部门、临床科室和医药物资采供等部门组成的医疗机构价格管理体系，科学管理、合理监控医疗服务成本，提升价格管理质量。
	4.医疗机构设立价格管理委员会，委员会成员应当由医疗机构分管领导、价格管理部门及财务、医务、护理、医保、信息、药事、物资管理、医技、质控、设备、纪检监察等职能科室负责人组成，负责全院价格管理工作的领导、组织和决策。
	5.二级及以下医疗机构应当配备13名医疗服务价格工作人员。各医疗机构依据机构规模和医疗服务量可适当增减人员数量。各业务科室（部门）设置兼职医疗服务价格工作人员，每个科室（部门或病区）至少设1名。
	6.设置价格管理部门，成立医疗服务价格管理委员会；健全完善医院医药收费及收费复核等医疗服务价格管理制度，收费员和财会人员熟悉并严格执行。
	7.价格管理主管部门定期督导、分析、反馈医疗服务价格公示、收费透明度、收费复核等状况，并检查科室整改落实情况。
	8.有价格管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。

	9.无重大违规收费或恶意违规收费。
【细则】3.3.150.2 全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。	1.全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。
	2.采用机构官网、电子触摸屏、电子显示屏、公示栏、公示牌、价目表等方式，在服务场所显著位置公示常用医疗服务项目、药品、医用耗材的价格，保障患者的查询权和知情权；价格发生变动时，要及时调整公示内容。
	3.要在服务场所显著位置公布本单位价格咨询、投诉电话。
	4.有医药价格信息管理系统并落实国家有关规定调整价格、保障价格信息真实、准确。医疗服务价格公示制度得到落实。
	5.建立费用清单（含电子清单）制度，以多种形式向患者提供医疗服务、药品、医用耗材等费用清单（病种、DRG除外），并在患者需要时提供打印服务。费用清单主要内容应当包括：医疗服务项目、药品、医用耗材的名称和编码、单价、计价单位、使用日期、数量、金额等。
【细则】3.3.150.3 完善医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录，及时纠正不规范收费行为。	1.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,科室有定期自查、总结分析、对存在问题有整改.
	2.价格管理部门每月按照出入院人数的一定比例随机抽取在院、出院病历和费用清

	<p>单进行检查并做好记录。及时纠正不规范收费行为，提出整改建议并向有关科室及人员通报并纳入月（季）绩效考核管理。</p>
	<p>3.建立价格投诉管理制度，实行首问负责制。接待投诉的人员应当记录投诉的内容、办理结果、整改措施及落实情况。对于上级部门转给医疗机构的有效投诉信，应当有办结报告和整改措施。</p>
	<p>4.建立价格管理奖惩制度，奖罚分明，并将价格管理工作纳入医疗机构年度考核，作为科室绩效考核的重要指标。</p>
	<p>5.建立医疗服务价格政策文件档案管理制度，对有关医疗服务价格政策的文件专卷保存。对医疗服务价格管理过程中的基础数据、专家意见、相关建议、内部讨论的会议纪要等基础资料，要做到记录完整、专卷保存。</p>
<p>【细则】3.3.150.4 确保医药价格管理系统信息准确</p>	<p>1.确保医药价格管理系统信息准确。</p> <p>2.建立健全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。</p> <p>3.专职物价员及兼职物价员对国家物价政策及实施细则知晓度高，有培训。</p> <p>4.加强医疗服务价格电子信息档案管理，包括电子文件的存储、备份及保管。</p>

	<p>5.进行医疗服务价格调整时，系统必须有调整记录。要加强对数据处理过程中修改权限与修改痕迹的控制。</p>
<p>【细则】3.3.150.5 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序</p>	<p>1.规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。</p> <p>2.医疗机构建立新增医疗服务价格项目管理制度，按照《医疗技术临床应用管理办法》（国家卫生健康委令第1号）及其他相关管理规范的规定，坚持新增医疗服务价格项目以技术准入（许可）为先的原则，进行新增医疗服务价格项目立项和价格申报。</p> <p>3.相关人员知晓并落实。</p> <p>4.医疗机构建立医疗服务价格调价管理制度，确保严格执行医疗服务价格政策，建立顺畅的调价通知流程，及时调整或通知相关部门调整医疗服务价格。</p> <p>5.有新增医疗服务价格项目管理制度，有内部申请、审核、复核、申报流程，程序规范，建立医疗服务价格管理档案，各种资料保管完善。</p>
<p>【指标】（一百五十一）执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。</p> <p>【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，集中采购有规范流程。</p>	

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

<p>【细则】3.3.151.1执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程。</p>	<p>1.执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程并落实</p>
	<p>2.按照行政事业单位内部控制规范要求，建立健全本单位政府采购内部控制制度，在编制政府采购预算和实施计划、确定采购需求、组织采购活动、履约验收、答复询问质疑、配合投诉处理及监督检查等重点环节加强内部控制管理，无违规采购。</p>
	<p>3.在货物服务招标投标活动中落实节约能源、保护环境、扶持不发达地区和少数民族地区、促进中小企业发展等政府采购政策。</p>
	<p>4.采购人、采购代理机构不得将投标人的注册资本、资产总额、营业收入、从业人员、利润、纳税额等规模条件作为资格要求或者评审因素，也不得通过将除进口货物以外的生产厂家授权、承诺、证明、背书等作为资格要求，对投标人实行差别待遇或者歧视待遇。</p>

	<p>5.采购人自行组织开展招标活动的，应能够符合下列条件：</p> <p>（1）有编制招标文件、组织招标的能力和条件；</p> <p>（2）有与采购项目专业性相适应的专业人员。</p>
	<p>6.科室定期对采购制度和流程执行、落实情况的自查、总结分析、整改。</p>
	<p>7.主管部门和监管部门对招标工作的执行情况有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>【细则】3.3.151.2有采购管理和监督部门，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，加强集中采购管理。</p>	<p>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。</p> <p>2.将政府采购内部控制管理贯穿于政府采购执行与监管的全流程、各环节，全面控制，重在预防。抓住关键环节、岗位和重大风险事项，从严管理，重点防控。</p> <p>3.以“分事行权、分岗设权、分级授权”为主线，通过制定制度、健全机制、完善措施、规范流程，逐步形成依法合规、运转高效、风险可控、问责严格的政府采购内部运转和管控制度，做到约束机制健全、权力运行规范、风险控制有力、监督问责到位，实现对政府采购活动内部权力运行的有效制约。</p> <p>4.发挥内部机构之间，相关业务、环节和岗位之间的相互监督和制约作用，合理安</p>

	排分工，优化流程衔接，提高采购绩效和行政效能。
	5.有采购工作案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
<p>【指标】（一百五十二）医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.2.152.1医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。 2.建立适应医院特点的公立医院薪酬制度，完善正常调整机制，健全激励约束机制，以增加知识价值为导向进行分配，着力体现医务人员技术劳务价值，规范收入分配秩序，增强公立医院公益性，调动医务人员积极性，不断提高医疗服务质量和水平。 3.医院内部分配应充分体现医、护、技、药、管等岗位差异，兼顾不同科室之间的平衡，向关键和紧缺岗位、高风险和高强度岗位、高层次人才、业务骨干和作出突出成绩的医务人员倾斜，各地结合实际向人民群众急需且专业人才短缺的专业倾斜，努力使综合性医院儿科、产科、急诊科、感染科等紧缺专业医师的薪酬水平不低

	<p>于医院医师薪酬平均水平。</p>
	<p>4.内部分配要充分体现知识、技术、管理等要素的价值，合理拉开收入差距，</p>
	<p>5.医院制定的薪酬分配方案要充分发扬民主，广泛听取职工意见，绩效考核分配方案报职工代表大会并经党委会讨论通过，按规定向全院公开，并报公立医院主管部门备案。</p>
<p>【细则】3.2.152.2以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。</p>	<p>1.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。综合绩效考核体现医德医风、技术能力、服务、质量和数量。</p>
	<p>2.在绩效考核方案中，应能够体现优化公立医院薪酬结构，合理确定公立医院薪酬水平，落实公立医院分配自主权，建立以公益性为导向的考核评价机制。</p>
	<p>3.科室有定期自查、总结分析、整改。</p>
	<p>4.有综合绩效管理案例体现改进效果，或形成新方案、举措。</p>
<p>【细则】3.3.152.3 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。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.深化医院薪酬制度改革，逐步提高诊疗、中医、护理、手术等医疗服务收入在医</p>

	疗收入中的比例。
	3.完善公立医院收入中可用于工作人员收入分配的资金管理政策,实行全面预算管理,强化公立医院成本管控,提高运营效率,更加注重内涵发展、技术发展、水平发展、服务发展。
四、信息管理	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】(一百五十三)建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组,有负责信息管理的专职机构,建立各部门间的组织协调机制,制订信息化发展规划,有与信息化建设配套的相关管理制度。</p> <p>【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建设规划,加强各部门间的信息化协同联动。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.4.153.1 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组,有负责信息管理的专职机构,承担信</p> <p>息化建设规划和管理的行政管理职能。</p>	<p>1.建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组,有负责信息管理的专职机构,承担信息化建设规划和管理的行政管理职能。有明确的职责,查看相关文件资料。</p> <p>2.医院信息管理委员会每年至少召开多部门的信息化建设专题会议2次以上,并有</p>

	<p>相关记录。</p>
<p>【细则】3.4.153.2建立各部门间的组织协调机制。</p>	<p>3.信息化建设专职岗位设置合理，岗位职责、技术等级明确，人员档案资料完整。按国家要求每百张床位信息化专职人员配比$\geq 1:1$。</p> <p>1.医院建立各部门间的组织协调机制，制定明确的相关岗位职责、人员分工等制度与流程，保障信息化建设全院一盘棋</p> <p>2.信息技术部门制定具体负责与各相关部门的沟通协调制度。包括根据需求提出执行的审批流程、信息安全与应急处置等程序，加强系统开发、维护、运行和技术支持保障，人员分工明确。</p> <p>3.各职能部门依照工作职责参与互联网与智慧医疗、智慧管理和智慧服务的应用，开展对网络运行情况、引入新技术产品、提高临床管理、服务效率，患者体验、就诊满意度等方面有定期自查、分析、整改等工作。临床科室、药学部门、医技科室以及有关职能部门等，以服务临床为导向，以病人为中心指导思想，结合工作实际，提出电子病历信息化建设需求，并积极参与在应用信息系统过程中不断改进和完善需求的工作，并有沟通协调记录。</p>

	<p>4.医务部门作为牵头部门，统筹负责电子病历信息化建设，协调信息技术部门、临床科室、药学部门、医技科室以及有关职能部门等其他部门，加强管理与质量控制，确保电子病历信息化建设服务临床工作，保障医疗质量和医疗安全。</p>
<p>【细则】3.4.153.3 制订信息化发展总体规划，强化顶层设计，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。</p>	<p>1.医院的信息规划建设，纳入医院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。</p> <p>2.有医院信息化建设中长期规划和年度工作计划，包括实施方法、实施步骤、信息化建设及运行维护的年度预算并落实。</p> <p>3.将电子病历信息化建设列为重点工作任务，将其作为推进现代医院管理制度建设的重要抓手，强化电子病历在医疗机构信息化建设过程中的核心地位，在住院病历、医嘱等系统基础上，优先将电子病历信息化向门诊、药学、护理、麻醉手术、影像、检验、病理等各诊疗环节拓展，全面提升临床诊疗工作的信息化程度。实现电子病历信息化诊疗服务环节全覆盖。</p>
<p>【细则】3.4.153.4制定信息化建设配套的相关管理制度</p>	<p>1.制定信息化建设配套的相关管理制度，保障信息化建设的实施及持续改进。</p> <p>2.制定信息系统专职技术人员教育培训、授权审批、岗位交接等考核制度。</p> <p>有医疗质量与安全管理信息相关数据库，并建立提取数据的管理制度。</p>

	<p>3.加强医院运营管理信息集成平台标准化建设,能为职能部门与临床科室提供质量与安全管理的有关数据,建立运营管理系统和数据中心,推进资源全流程管理。</p> <p>4.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、质量管理、医技科室、医疗安全管理等,制定明确的授权管理制度,并落实,主管部门负责收集和处理相关信息,数据实行集中归口管理,管理部门依权限能够调阅使用有关数据。</p>
<p>【指标】(一百五十四)医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息,为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑,并根据国家相关规定,实现信息互联互通、交互共享。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.4.154.1医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息。</p>	<p>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。</p> <p>2.有医疗质量与安全管理信息相关数据库,并建立提取数据的管理制度。</p> <p>3.主管部门负责收集和处理相关信息,数据实行集中归口管理,管理部门能够调阅使用有关数据。</p>

<p>【细则】3.4.154.2医院信息系统能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.建立医院管理信息系统（HIS）和医院资源管理信息系统（HRP）以及相关子系统（如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等），为患者提供便捷结算服务，为医院管理提供信息技术支撑。</p>
	<p>3.信息系统符合《基于电子病历的医院信息平台建设技术解决方案》有关要求，符合国家医疗管理相关管理规范和技术规范。</p>
	<p>4.有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台。实现全院信息共享，具备医疗决策支持功能。</p>
	<p>5.医院信息系统满足临床诊疗需求，如临床路径、单病种管理等。</p>
	<p>6.医疗机构应用互联网等信息技术拓展医疗服务空间和内容，构建覆盖诊前、诊中、诊后的线上线下一体化医疗服务模式。</p>
<p>【细则】3.4.154.3根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。</p>	<p>1.根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。</p>
	<p>2.有实现信息互联互通、交互共享的设备、技术力量和实施方案并贯彻执行。</p>
	<p>3.有信息互联互通、交互共享的管理制度，相关人员知晓并落实。</p>

	<p>4.医院信息系统具备信息集成与交互共享功能，实现业务系统与运营系统融合。</p>
	<p>5.强化公共卫生责任，围绕新发传染病预防控制、突发公共卫生事件应急处置等内容，按要求向属地卫生健康行政部门报告情况，与公共卫生专业机构共享相关数据。在医院开发或升级信息系统过程中，提供共享对接公共卫生相关信息的功能接口。</p>
	<p>6.根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。运用互联网技术，加快实现医疗资源上下贯通、信息互通共享、业务高效协同，便捷开展预约诊疗、双向转诊、远程医疗等服务，推进“基层检查、上级诊断”，推动构建有序的分级诊疗格局。</p>

【指标】（一百五十五）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。

【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响应机制，保护患者隐私，规范信息系统运行。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

<p>【细则】3.4.155.1落实《中华人民共和国网络安全</p>	<p>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制度，实行信</p>
---	--

<p>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。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.有信息系统安全措施和应急处理预案。</p>
	<p>3.信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。</p>
	<p>4.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。</p>
	<p>5.有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录；有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录；有信息系统软件更新、增补记录；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。推动系统运行维护的规范化和不断完善。</p>
	<p>6.落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。</p>
	<p>7.医院信息系统信息安全等级符合有关规定，并经主管部门审核批准。</p>
<p>【细则】3.4.155.2推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.建立信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理制度并落实。</p>

	<p>3.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。</p>
	<p>4.制定信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。</p>
	<p>5.有信息系统运行事件（如系统瘫痪）应急预案并组织演练，检验各种措施的有效性。在出现运行事件的情况下，有措施保障医院业务工作的运行和信息系统的连续性。</p>
<p>【细则】3.4.155.3 医院定期对信息系统开展信息网络检查，保障信息安全。</p>	<p>1.医院定期对信息系统开展信息网络检查，保障信息安全。</p>
	<p>2.检查范围包括网络设备，入路由器、交换机、防火墙等。</p>
	<p>3.排除影响网络设备安全稳定运行的问题，检查网络设备状态和使用情况；检查网络设备运行基于的线路状况；检查网络设备的环境情况，及时解决影响信息网络运行的不利因素。</p>
	<p>4.定期对网络安全进行全面检查，主要内容包括领导责任制建立和执行情况、网络安全工作研究部署、网络安全通报机制建设、网络安全威胁检测，落实、域名年审及信息资产申报（包括APP、小程序、公众号、业务系统等）工作、网络安全等级保护制度实施、关键信息基础设施保障、网络安全监督检查、重要时期网络安全保</p>

	<p>障和网络安全应急管理、自管业务系统安全经费保障、网络安全宣传教育培训等方面。</p>
	<p>5.根据有关部门对信息网络的远程监测情况的通报，进行整改。</p>
	<p>6.建立网络安全检查的档案管理制度，将历次检查情况进行总结，相关资料档案管理。</p>
<p>【指标】（一百五十六）根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。</p> <p>【概述】医院应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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>	
<p>【细则】3.4.156.1根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作。</p>	<p>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。</p> <p>2.医院负责本单位卫生统计网络直报工作。制定向卫生行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成相关信息报送工作。</p>

	<p>3.建立健全本单位统计工作制度，规范原始记录和统计台账；认真做好本单位卫生统计信息网络直报工作，包括数据录入、审核、分析及上报。</p>
<p>【细则】3.4.156.2有内部数据核查制度，确保数据真实可靠，可追溯。</p>	<p>4.系统管理员和数据管理员要相对稳定，更换人员无需更换账号，但要更换密码。操作人员不得泄露或转让用户账号和密码，发现密码被盗用应立即更改密码并报告上级主管部门。</p>
<p>五、医学装备管理</p>	<p>1.有内部数据核查制度，确保数据真实可靠，可追溯。</p>
	<p>2.有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施，实行信息报告问责制。</p>
	<p>3.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。</p>
	<p>4.定期对信息来源的准确性进行追溯管理，对存在的问题与缺陷有记录，有改进措施。</p>
<p>指标和细则</p>	<p>评价内容与要点</p>

【指标】（一百五十七）根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】3.5.157.1根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理。

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。

2.二级及以上医疗机构、有条件的其他卫生机构应当成立医学装备管理委员会。委员会由机构领导、医学装备管理部门及有关部门人员和专家组成，负责对本机构医学装备发展规划、年度装备计划、采购活动等重大事项进行评估、论证和咨询，确保科学决策和民主决策。

3.二级及以上医疗机构和县（区）级及以上其他卫生机构应当设置专门的医学装备管理部门，由主管领导直接负责，并依据机构规模、管理任务配备数量适宜的专业技术人员。

	<p>4.医学装备使用部门设专职或兼职管理人员。医学装备使用人员有培训和考核，合格后方可上岗操作。</p>
	<p>5.根据国家法律法规及相关规定，根据“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则建立院领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度。</p>
<p>【细则】3.5.157.2制定常规与大型医学装备配置方案。</p>	<p>1.制定常规与大型医学装备配置方案。</p> <p>2.根据国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准要求，以及医院的功能定位，制定常规与大型医学装备的实施细则或办法，编制购置规划（计划），并组织落实。</p> <p>3.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。</p> <p>4.有医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在50万元及以上的医学装备有可行性论证。</p> <p>5.购置纳入国家规定管理品目的大型设备持有配置许可证。</p>

	<p>6.有健全医学装备档案管理制度与完整的档案资料，单价在5万元及以上的医学装备按照集中统一管理的原则，做到档案齐全、账目明晰、账物相符、完整准确。</p>
<p>【指标】（一百五十八）根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.5.158.1根据医院功能定位和发展规划，鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。 2.医院在配置大型医用设备时，应关注自身功能定位、临床服务需求、技术条件、配套设施和专业技术人员情况，以区域布局合理、装备结构科学、数量与健康需求匹配、使用行为规范、应用质量有保障为管理目标。 3.理顺内部流程，实现大型设备归口管理。甲类大型设备要求配置至少2名医学工程保障人员，乙类大型医用设备要求设置独立的医学工程管理部门。 4.建设团队，完善配套，培养高水平管理人员。

	<p>5.大型设备的使用单位应着力建设优势学科，规范操作流程，加强质控管理。根据设备的工作量、经济效益、临床效果、产品质量稳定性和临床应用合理性，构建分析评价体系。不断总结大型医用设备合理应用经验，制定临床指南，建设高质量的大型医用设备使用团队。</p>
<p>【细则】3.5.158.2开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。</p>	<p>1.开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。</p>
	<p>2.有医学装备使用评价相关制度。有对大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价的管理规定。</p>
	<p>3.医学装备管理部门对制度建设、档案资料、账目、设备管理和使用情况等有自查、总结分析、整改。</p>
	<p>4.医学装备部门有对具体大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价的案例，提出分析评价报告。</p>
	<p>5.主管部门对医学装备配置、审计结果、分析报告有监管，提出改进建议，及时报送医疗器械使用管理委员会，并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>6.分析评价报告提供给装备委员会并反馈到有关科室。</p>
	<p>7.分析评价报告涉及的问题得到改进。</p>

	8.分析评价报告的结果用于调整相关装备采购参考。
<p>【细则】3.5.158.3 配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。</p>	1.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。
	2.医疗器械使用单位申请配置大型医用设备，应当符合大型医用设备配置规划，与其功能定位、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。
	3.医疗器械使用单位配置的大型医用设备应当依法取得医疗器械注册证或备案凭证。申请配置甲类大型医用设备的，向国家卫生健康委员会提出申请；申请配置乙类大型医用设备的，向所在地省级卫生健康行政部门提出申请。
	4.医疗器械使用单位应当依法使用和妥善保管大型医用设备配置许可证。
	5.医院将大型医用设备配置许可证信息列为向社会主动公开的信息，并将大型医用设备配置许可证正本悬挂在大型医用设备使用场所的显著位置。

【指标】（一百五十九）加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

【细则】 3.5.159.1加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。	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。
	2.有医学装备临床使用安全控制与风险管理、医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度与流程。
	3.有医学装备质量保障要求，如：操作者自我检查，医学装备计（剂）量准确、安全防护、性能指标符合要求。对暂停或终止使用的高风险器械有记录。
	4.有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。
	5.临床及医技科室使用部门与医学装备管理部门人员知晓上述要求。

	6.使用部门和医学装备管理部门对医学装备、医疗器械安全管理有自查，有风险程度分析和使用情况的分析。
	7.主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	8.有医学装备安全管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
【细则】3.5.159.2建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	1.建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。
	2.有医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度与流程，有鼓励医疗器械临床使用不良事件报告的措施。
	3.有医疗器械使用不良事件报告信息平台，指定管理部门，定期汇总、分析；有根据医疗器械使用不良事件风险程度，发布风险预警，暂停或终止高风险器械使用的规定。
	4.相关人员知晓不良事件报告制度和流程，并落实。
	5.根据国家要求及时向有关部门报告医疗器械临床使用安全事件，有完整的信息资料。

【指标】（一百六十）加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

【细则】 3.5.160.1加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，有考核。	1.加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，有考核。
	2.有保障常用仪器、设备和抢救物品使用者培训的制度、培训计划及具体课程安排；培训内容涵盖使用中可能出现的意外情况处理预案及措施。
	3.医院对医学装备使用人员进行应用培训和考核，合格后方可上岗操作。大型医用设备相关医师、操作人员、工程技术人员须接受岗位培训，业务能力考评合格方可上岗操作。
	4.对设备操作人员的培训情况有考核，并有记录。
	5.科室对有关人员培训情况和效果有自查、分析，对存在问题有整改。
	6.有设备操作人员的技术档案。

	7.装备管理部门对设备使用人员培训情况定期进行检查、监管，了解和掌握操作人员对设备的熟悉程度和使用情况。对多次发生不当操作的人员应组织再培训，或向有关部门提出处理建议。
【细则】3.5.160.2为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	1.为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。
	2.医疗装备部门为临床使用的医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务；医疗设备操作手册随设备存放，以3.医疗装备部门为临床合理使用医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。
	4.医院建立信息系统，对医疗器械予以管理，能够在信息平台（网络）上获得技术支持、咨询指导。
<p>【指标】（一百六十一）建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
【细则】3.5.161.1建立保障医学装备处于完好状态	1.建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范。

的制度与规范。	2.有全院装备配置和使用情况清单，有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。
	3.对医学装备保养、维修、校验等实施统一管理，并指导操作人员履行日常保养和维护，各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。
	4.医学装备管理部门对医学装备实行统一的保障（保养、维修、校验、强检）管理，并指导操作人员履行日常保养和维护。
	5.有全院装备清单和具体保障要求与规范。
	6.有医学装备保障情况的登记资料，信息真实、完整、准确。
	7.有医学装备故障维修情况的分析报告，用于指导装备的规范使用。
	【细则】3.5.161.2急救、生命支持系统仪器装备应始终保持在待用状态。
2.急救类、生命支持类装备完好率100%	
3.科室对急救、生命支持系统仪器装备经常进行检查，使设备始终能够保持在待用状态。	
4.主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施并落实。	

<p>【细则】3.5.161.3建立全院应急调配机制。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.建立全院应急调配机制。 2.医院制定生命支持类、急救类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。 3.功能完好的生命支持类、急救类医学装备的分布，能够满足院内各部门的急救需求，覆盖全部区域。 4.科室对落实全院应急调配机制情况进行自查，对存在问题有整改。 5.主管部门对落实全院应急调配机制情况有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
<p>【指标】（一百六十二）依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。</p> <p>【概述】医疗机构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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.5.162.1依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源管理。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源管理。 2.医院设立医用耗材管理委员会。 3.医院指定具体部门作为医用耗材管理部门，负责医用耗材的遴选、采购、验收、

	<p>存储、发放等日常管理工作；指定医务管理部门，负责医用耗材的临床使用、监测、评价等专业技术服务日常管理工作。</p>
	<p>4.依据国家相关规定制定高值医用耗材、一次性使用无菌器械及其他医用耗材的管理制度及实施细则。</p>
	<p>5.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。</p>
	<p>6.有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行。</p>
	<p>7.在医用耗材临床使用过程中严格落实医院感染管理有关规定。一次性使用的医用耗材不得重复使用；重复使用的医用耗材，应当严格按照要求清洗、消毒或者灭菌，并进行效果监测</p>
	<p>8.有关科室对高值医用耗材采购与使用情况有重点监控、自查，对存在问题有整改。</p>
	<p>9.主管和监管部门对高值医用耗材管理的全过程有检查、评估、分析、反馈。有不良事件监测和分析报告并检查科室整改落实情况。</p>
	<p>10.有耗材管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。</p>

<p>【细则】3.5.162.2 医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。</p>	<p>1.医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。</p>
	<p>2.有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理制度与程序以及相关记录（采购记录、溯源管理、储存管理、档案管理、销毁记录等）。</p>
	<p>3.有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械的采购记录管理。采购记录内容应当包括企业名称、产品名称、原产地、规格型号、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、采购日期等，确保能够追溯至每批产品的进货来源。</p>
	<p>4.有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械的使用程序与记录。</p>
	<p>5.建立医用耗材临床应用质量安全事件报告、不良反应监测、重点监控、超常预警和评价制度，对医用耗材临床使用安全性、有效性和经济性进行监测、监控、分析、评价，对医用耗材应用行为进行点评与干预。</p>
	<p>6.职能部门职责明确，对高值耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械采购与使用情况监督检查。</p>
	<p>7.有鼓励相关不良事件监测与报告措施和报告记录，有监管情况与不良事件的分析报告，有改进措施并得到落实。</p>

【指标】（一百六十三）医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】3.5.163.1建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。

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.建立由院领导、医学装备管理部门和使用部门的三级管理制度，对医学装备进行共同管理。

3.成立医学装备管理委员会，负责全院医疗设备建设规划、年度设备购置计划的制定、采购、使用、报废管理等工作。

4.医学装备和使用部门管理人员应接受医学装备管理基本技能培训，有质量管理基本知识。

5.医学装备管理委员会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；分析医学装备维修和报废等管理过程中存在问题。

6.有关人员定期参加相关的培训（考核），知晓有关管理规定，并落实医疗设备使

	<p>用和安全管理。</p> <p>7.医院健全医学装备档案管理制度，按照集中统一管理的原则，做到档案齐全、账目明晰、完整准确。档案保管期限至医学装备报废为止。国家有特殊要求的，从其规定。</p> <p>8.利用信息技术等方法，提高管理效能。</p> <p>9.医学装备使用部门有检查、分析、反馈，对存在问题有整改。</p> <p>10.医学装备部门定期到科室巡视检查医学装备，并有分析、评估和反馈记录，并检查科室整改落实情况。</p> <p>11.有医疗设备使用和安全管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。</p>
<p>【细则】3.5.163.2医学装备部门建立质量安全小组</p> <p>。</p>	<p>医学装备部门建立质量安全小组。质量安全小组有明确的职能，并得到履行，至少应包括：</p> <p>1.负责医学装备购置、验收、质控、维护、修理、应用分析和处置等全程的监督、管理；</p> <p>2.保障医学装备正常使用；</p>

	<p>3.负责制定医学装备质量管理的指标或要求，并组织实施，对装备质量进行检查、监督；</p>
	<p>4.负责对医学装备在使用中存在的质量问题，提出纠正和预防错啊，协助进行跟踪验证；</p>
	<p>5.收集相关政策法规和医学装备信息，提供决策参考依据；</p>
	<p>6.组织本机构医学装备管理相关人员专业培训。</p>
	<p>7.质量安全小组定期开展活动，组织医学装备的质量安全检查。对有关问题进行讨论、分析，有完整地记录。</p>
<p>【细则】3.5.163.3医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。</p>	<p>1.医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。</p>
	<p>2.使用部门设专职或兼职设备管理人员，在医学装备管理部门的指导下，负责本使用部门的医学装备日常管理工作。</p>
	<p>3.严格依据国家有关规定和操作规程，加强医学装备安全有效使用管理。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安全有效使用情况应当予以监控。</p>
	<p>4.对医学装备使用人员进行应用培训和考核，合格后方可上岗操作。大型医用设备</p>

	相关医师、操作人员、工程技术人员须接受岗位培训，业务能力考评合格方可上岗操作。
	5.建立医学装备使用评价制度。加强大型医用设备使用、功能开发、社会效益、费用等分析评价工作。

六、后勤保障管理	
指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（一百六十四）有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。</p> <p>【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，对员工的合理需求，应当尽力予以满足。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.6.164.1有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。</p>	<p>1.有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。</p> <p>2.后勤人员在日常工作中落实制度、职责。</p> <p>3.后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动</p>

	<p>4.后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，岗位职责明确，体现“以病人为中心，为医院职工服务”的理念，满足医疗服务流程需要。</p>
<p>【细则】3.6.164.2后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.在后勤保障服务工作中，能够贯彻、体现“以患者为中心”理念和导向，服务患者、服务临床。</p> <p>3.后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实，并提供“后勤一站式服务”。</p> <p>4.有患者和员工对后勤服务的满意度调查制度与流程并实施。</p> <p>5.科室对后勤服务有自查，对存在问题有分析、总结、整改。</p> <p>6.主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。</p> <p>7.满意度保持持续上升。有案例体现后勤服务改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。</p>
<p>【细则】3.6.164.3重视员工合理需求。</p>	<p>1.重视员工合理需求。</p> <p>2.重视解决医院员工的需求，维护好员工的合法权益，有切实可行的沟通渠道，及时了解员工的意见。</p>

	<p>3.对员工的合理需求进行分析，既要考虑医院的实际情况，也要做好教育、引导和反馈，提高满意度，共同营造和谐发展的环境。</p>
	<p>4.医院有关部门（如工会等组织）应以员工需求为导向，提高工作水平，做到最大限度满足员工的需求。对能够解决的问题，应采取有效措施来满足员工的需求。</p>
<p>【指标】（一百六十五）后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。</p> <p>【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，严格遵照技术规范开展工作。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】3.6.165.1后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。</p>	<p>1.后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。</p> <p>2.有后勤相关人员持证上岗管理制度和岗位人员分布目录。</p> <p>3.岗位操作人员有上岗证、操作证，非专业特殊工种，须经相关级别培训并合格</p> <p>4.科室对后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗情况进行自查，对存在问题有整改。</p> <p>5.主管部门对后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗情况进行监管，并检查科</p>

	室落实整改情况。
	6.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。
【细则】3.6.165.2按技术规范开展工作。	1.按技术规范开展工作。
	2.有医院的文件表明，特种设备使用单位及其主要负责人对其使用的特种设备安全负责。
	3.使用单位应当按照国家有关规定配备特种设备安全管理人员、检测人员和作业人员，并对其进行必要的安全教育和技能培训。将培训指导纳入医院年度培训计划。
	4.特种设备安全管理人员、检测人员和作业人员应当按照国家有关规定取得相应资格，方可从事相关工作。特种设备安全管理人员、检测人员和作业人员应当严格执行安全技术规范和管理制度，保证特种设备安全。
	5.特种设备使用单位应当在特种设备投入使用前或者投入使用后三十日内，向负责特种设备安全监督管理的部门办理使用登记，取得使用登记证书。登记标志应当置于该特种设备的显著位置。
6.特种设备使用单位应当建立岗位责任、隐患治理、应急救援等安全管理制度，制定操作规程，保证特种设备安全运行。	

	7.特种设备使用单位应当建立特种设备安全技术档案。
	8.投保特种设备安全责任保险。
<p>【指标】（一百六十六）控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.6.166.1控制与降低能源消耗。</p>	1.控制与降低能源消耗。
	2.有节能降耗、控制成本的计划、措施与目标并落实到相关科室与班组。
	3.有控制与节能降耗的具体措施和控制指标。
	4.相关人员知晓控制和节能计划并落实节能培训工作。
	5.科室对控制与降低能源消耗工作进行自查、分析、总结，对存在问题有整改。
	6.主管部门对控制与降低能源消耗工作进行监管，并检查科室落实整改情况。
	7.将控制与降低能源消耗工作情况作为有关部门、科室的绩效考核指标。
<p>【细则】3.6.166.2水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。</p>	1.水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。
	2.有设备在日常、夜间、节假日运行检查及定期维修保养制度与流程，并有记录。

	<p>3.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，并有记录。实行24小时值班，有交接班记录。</p>
	<p>4.有明确的故障报修、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法；有发生故障时的应急预案和院科两级演练。</p>
<p>【指标】（一百六十七）为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.6.167.1为员工提供膳食服务。</p>	<p>1.为员工提供膳食服务。</p> <p>2.有专职部门和人员负责膳食服务和指导工作，有配送餐饮服务、食品安全与卫生管理制度并落实。有食品安全事件应急预案，定期组织演练。</p> <p>3.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。有餐饮设备日常运行检查、定期维修保养制度与流程。</p> <p>4.有餐饮人员培训、健康检查制度并落实。</p> <p>5.科室对为员工提供膳食服务情况有自查、分析，对存在问题有整改。</p>

	<p>6.主管部门对膳食服务质量有检查和监管，有渠道听取员工的反应和意见，并检查科室落实整改情况。</p>
	<p>7.有案例体现员工膳食服务改进效果，满意度得到提升。</p>
<p>【细则】3.6.167.2保障饮食卫生安全。</p>	<p>1.保障饮食卫生安全。</p> <p>2.有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，符合卫生管理要求。所有食品管理符合食品卫生管理要求。</p> <p>3.有保障食品卫生及安全管理的相关制度和规范；有食品留样相关制度，并落实。</p> <p>4.相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求并落实制度。</p> <p>5.科室对保障饮食卫生安全工作情况有自查、分析、总结，对存在问题有整改。</p> <p>6.主管部门对保障饮食卫生安全工作情况有检查和监管，并检查科室落实整改情况。</p> <p>7.没有发生各种类型的影响食品安全的事件。</p>
<p>【指标】（一百六十八）医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。</p> <p>【概述】有健全的医疗废物、废液管理制度。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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>	

【细则】3.6.168.1 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。	1. 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。
	2. 有专人负责医疗废物、废液管理工作。有医疗废物、废液管理规章制度和相关人员岗位职责。
	3. 医疗废物、废液管理全流程符合相关法律法规的要求。
	4. 医疗废物处置暂存点建设规范、配置齐全，有运行日志，交接记录完整。
	5. 科室对医疗废物、废液管理有自查、分析，对存在问题有整改。
	6. 主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	7. 无环保安全事故。
【细则】3.6.168.2 污水管理和处置符合规定。	1. 污水管理和处置符合规定。
	2. 有专人负责污水处理工作，相关人员有上岗证。有污水处理管理规章制度和相关人员岗位职责。
	3. 污水处理符合相关法律法规的要求。并通过环保部门验收，接受定期评价。
	4. 污水站设施设备运行正常，有运行日志与监测的原始记录，交接记录完整。落实人员培训。
	5. 科室对污水管理和处置有自查、分析，对存在问题有整改。

	6.主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	7.无环保安全事故。
<p>【指标】（一百六十九）安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。</p> <p>【概述】医院安全防范系统建设，旨在预防和减少发生在医院内部的伤害性事件，及时消除医院安全隐患，有效维护正常诊疗秩序，创造良好的诊疗环境，促进卫生事业健康持续发展。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
<p>【细则】3.6.169.1安全保卫组织健全，制度完善。</p>	<p>1.安全保卫组织健全，制度完善。</p> <p>2.有安全保卫管理部门，人员配备结构合理，岗位职责明确。</p> <p>3.有全院安全保卫部署方案和管理制度，有医务人员人身安全保障制度和有效措施并组织演练。</p>
<p>【细则】3.6.169.2安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施。</p>	<p>1.安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施。</p> <p>2.在重点环境、重点部位（如财务、仓库、档案室、计算机中心、新生儿室、麻醉药品库房、重要设备等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。</p> <p>3.对监控设备、设施定期检查，保证设备功能完好，24小时做好日常监控工作。</p>

	4.有视频监控资源和使用、审批制度与流程。
【细则】3.6.169.3监控室符合相关标准。	1.监控室符合相关标准。
	2.安全保卫设备设施完好，有视频监控系统，视频监控室建设符合国家相关标准。
	3.监控室管理制度要点应上墙公布，并严格执行。
	4.有监控设备日常巡查的清单目录，定期开启设备自检，保证监控系统的正常运行。
	5.严格执行交接班制度，规范做好交接班工作，视频监控图像内所发生的事故和紧急情况应进行记录。各种值班日记、记录完整，保存完好。
	6.监控资料应妥善保管，视频保存时间 ≥ 30 天，系统时间误差 ≤ 30 秒，监控系统出现故障时，维护能在1小时内现场响应，2小时内维修完成。
<p>【指标】（一百七十）医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	
【细则】3.6.170.1医院消防系统管理符合国家相关	1.医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。

法律法规和标准。	2.有消防安全管理部门，消防安全管理相关制度和岗位职责符合国家相关标准和要求。
	3.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，有全员培训记录。
	4.建立消防设施设备管理档案。有院科两级消防应急预案并演练，消防职责落实到人。
	5.所有建筑消防工程均已完成的施工并验收，达到国家建设工程消防设计审查验收标准。
	6.科室对消防系统管理工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	7.主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	8.没有发生消防安全事故。
	1.医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。
【细则】3.6.170.2医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。	2.有特种设备管理部门，相关人员持证上岗。有相关制度、操作规范和岗位职责，符合国家相关标准。
	3.有特种设备定期检查、维护、保养、维修、验收记录。

	4.建立特种设备管理档案。有特种设备应急预案、培训并演练。
	5.对特种设备，有操作规程，专人负责，有相关操作记录。有维护、维修、验收记录。年检合格，并公示年检标签。
	6.特种设备完好，科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	7.主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	8.特种设备完好率100%。
【细则】3.6.170.3医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	1.医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。
	2.有危险品管理部门，相关管理制度、操作规范和岗位职责。
	3.有全院的危险品种类与目录清单、统一的危险品标识，有危险品库或专用储存柜，危险品库建设符合国家相关标准。
	4.有危险品库定期巡查记录。出入库台账清晰、账物相符。有危险品应急预案并演练。
	5.危险品作业人员熟悉岗位职责和管理要求，经过相应培训，取得相应资质。有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料，账物相符。
	6.有相应的危险品安全事件处置预案，相关人员熟悉预案及处置程序。

	<p>7.科室对危险品管理有自查、分析，对存在问题有整改。</p> <p>8.主管部门有对危险品管理工作情况进行的检查和监管，并检查科室落实整改情况。</p> <p>9.有案例体现危险品管理改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。</p>
<p>【指标】（一百七十一）为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈</p>	
<p>【细则】3.6.171.1 深入开展爱国卫生运动，落实好医院病媒生物防治、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务，为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境。</p>	<p>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、垃圾进行分类、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。</p> <p>2.有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责医院环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施。把爱国卫生运动与群众性精神文明创建活动有机结合，</p>

	<p>制订具体工作方案和计划，明确责任分工、细化目标任务，确保各项工作取得实效。</p> <p>。</p>
	<p>3.医院环境优美、整洁、舒适，符合爱国卫生运动委员会和无烟医院相关要求。</p>
	<p>4.制订无烟医疗卫生机构建设管理制度。室内区域全面禁止吸烟，若有室外吸烟区应当规范设置。机构范围内禁止销售烟草制品，无烟草广告。无烟草赞助。</p>
	<p>5.全面推进厕所革命。医疗卫生机构的厕所环境整治，有效改善厕所环境卫生状况。</p> <p>。</p>
	<p>6.有上述工作的监管，制订并落实改进环境卫生工作的计划和措施。</p>
	<p>7.医院获得政府有关部门关于环境卫生，或绿化工作，或无烟医院称号，或表彰等。</p> <p>。</p>
	<p>8.强化病媒生物防制。健全病媒生物监测网络，加强病媒生物监测，发生传染病疫情时增加监测频率、扩大监测范围，及时掌握病媒生物密度、种属和孳生情况，科学制定防治方案。消除病媒生物孳生环境，切断传染病传播途径，有效防控登革热、寨卡病毒病等媒介传染病。强化病媒消杀队伍建设，提升病媒生物防治能力。</p>
【细则】3.6.171.2美化、硬化、绿化达到医院环境	<p>1.美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。</p>

标准要求	2.医院的设计和布局,充分做到功能齐全、流程科学、布局合理,充分利用现有资源和设施配件,同时要有严格的时间安排、紧凑的诊疗程序,要求在医院的规划布置中减少相关功能科室之间的距离,以便尽可能方便病人。
	3.医院内消除“裸地”,对院内主要道路、人行步道、花坛和绿化带周边裸露的土地面进行硬化,有效解决“扬灰”、“扬尘”等问题。
	4.适当扩大绿化面积,应达到35%以上,选择合适的树木和花草,加强日常绿化的养护,提升绿化质量。
	5.根据《医院环境卫生服务规范》,对医院环境进行卫生管理。

七、应急管理	
指标和细则	评价内容和要点

【指标】（一百七十二）成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。

【概述】关系到应急医疗救援工作的成效。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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】3.7.172.1成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统。	1.成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统。
	2.有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。
	3.医院设置应急办，或指派本单位院办、医务处（科）等职能部门承担本机构卫生应急领导小组办公室的职责，并负责本机构日常卫生应急工作。
	4.有信息报告和信息发布相关制度。并落实培训制度。
	5.医院建立健全卫生应急组织体系，成立卫生应急工作领导小组，下设卫生应急工作领导小组办公室、医院感染防控管理部门、新闻宣传部门、后勤保障部门、卫生应急专家组、医学救援队等。
【细则】3.7.172.2落实责任，建立并不断完善医院	1.落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。

<p>应急管理的机制。</p>	<p>2.医院根据本单位实际情况建立适当的标准化的应急响应组织管理架构和指挥协调机制。该架构应包含四个功能模块：应急指挥、应急管理、专业技术、现场队伍。</p>
	<p>3.医院总值班参与应急管理，各部门、各科室负责人在应急工作中有具体职责与任务。有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人。相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。</p>
	<p>4.参照卫生健康行政部门制定的培训规划和培训大纲，结合本单位所承担的卫生应急任务，制定卫生应急培训计划，开展针对性培训，并区分培训内容，创新培训方法，提高培训质量。</p>
	<p>5.信息报告及时、准确、完整，是突发事件紧急医学救援工作全面、有效开展的充分、必要条件，也是卫生应急响应的决策依据。</p>
	<p>6.根据医院《全国医疗机构卫生应急工作规范（试行）》中的要求，建立《应急响应流程图》、《伤员救治工作流程图》、《评估流程图》等，相关人员知晓，并有按照流程图要求开展工作的案例。</p>
	<p>7.参照《国家卫生应急队伍管理办法（试行）》（卫办应急发〔2010〕183号），根据当地政府及卫生健康行政主管部门制定的卫生应急队伍管理办法或规定，结</p>

	合本单位实际，做好队伍的管理工作。
<p>【指标】（一百七十三）明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>	
<p>【细则】3.7.173.1明确医院需要应对的主要突发事件策略。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.明确医院需要应对的主要突发事件策略。 2.开展灾害易损性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。根据灾害易损性分析的结果制订各种专项预案，明确应对不同突发公共事件的标准操作程序。 3.有灾害易损性分析报告，制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确在应急状态下各个部门的责任和各级各类人员的职责以及应急反应行动的程序。 4.有节假日及夜间应急相关工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。 5.编制医院应急预案手册，方便员工随时查阅，各部门各级各类人员知晓本部门和本岗位相关职责与流程。

<p>【细则】3.7.173.2制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。</p>	<p>1.制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。</p>
	<p>2.按照当地政府及卫生健康行政主管部门卫生应急预案体系建设要求，根据医疗机构职责任务，结合本单位实际，制定卫生应急预案，主要包括自然灾害、事故灾难、公共卫生事件、社会安全事件四类。</p>
	<p>3.卫生应急预案种类和内容应能满足本单位实际工作需要，尤其需明确突发事件各阶段的卫生应急工作流程，应包括目的、编制依据、适用范围、组织体系及职责、信息监测和报告、应急响应、保障措施、附则等要素。</p>
	<p>4.预案以本单位文件形式正式发布，应定期通过桌面推演、专题培训、综合演练等途径使相关人员全面掌握。</p>
	<p>5.预案应定期分析评价，及时更新完善，至少每1-2年修订1次，有修订记录，实现预案的动态优化和科学规范管理</p>
	<p>6.重点核查医院停电管理的应急预案及管理流程。</p>
	<p>7.有关部门定期对本院备置的应急发电装置与线路等情况进行现场核验。</p>

【指标】（一百七十四）开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

【细则】 3.7.174.1有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实。	1.有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实。
	2.医院有应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训，组织考核。培训考核的内容涵盖了本地区、本院需要应对的主要公共突发事件。
	3.医院有开展各类突发事件的总体预案和专项预案的应急演练，根据演练结果，对应急预案进行修改、完善。
	4.各科室（部门）每年至少组织一次系统的应急演练。其中停电管理应有总体对策，主管部门及重点科室应有应急预案。
	5.主管部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管，并检查科室落实整改情况。

<p>【细则】3.7.174.2有考核，员工知晓，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.参照卫生行政部门制定的培训规划和培训大纲，结合本单位所承担的卫生应急任务，制定卫生应急培训计划，开展针对性培训，并区分培训内容，创新培训方法，提高培训质量。</p>
	<p>3.遵循“平战结合、分级负责、突出重点、学以致用”的原则，围绕突发事件卫生应急机制建设，做到全员培训和重点提高相结合，集中培训与岗位培训相结合，急救技能培训与理论培训相结合。</p>
	<p>4.对突发事件卫生应急工作培训需求进行科学系统的评估，在此基础上明确卫生应急培训内容及时间安排，制定培训计划，分阶段、系统性开展培训工作。</p>
	<p>5.对培训前后相关知识的掌握情况、培训满意度（包括培训科目的需求、培训方法的可接受性，需改进和提高的方面）进行测评，了解培训效果，并进行绩效考评。</p>
	<p>6.依据分级管理、逐级培训的原则，协助当地政府及卫生健康行政主管部门组织本级和下级技术骨干的卫生应急培训。基层医疗机构应支持本单位卫生应急骨干成员参加培训。</p>

【指标】（一百七十五）合理进行应急物资和设备的储备。

【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。

【评审方法建议】记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】 3.7.175.1合理进行应急物资和设备的储备。	1.合理进行应急物资和设备的储备。
	2.按照当地政府及卫生健康行政主管部门的统一部署，结合本单位所承担的卫生应急任务，建立科学、经济、有效的卫生应急装备物资储备和运行机制，满足本单位应急工作需要。
	3.有应急物资和设备的储备计划、管理制度、审批程序。
	4.有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记。有定期维护，确保效期，有自查记录。
	5.开展对应急物资调配的培训。
	6.科室对提高应急物资和设备的调配工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	7.主管部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管，并检查科室落实整改情况。
	8.定期更新应急物资管理规范。有案例体现应急物资和设备储备改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。

<p>【细则】3.7.175.2有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。</p>	1.有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。
	2.建立应急物资管理、供应的体系，维护好紧急供应渠道，保障应急物资的供应和医疗工作秩序，特别要关注短缺设备的供应，必要时，保持适当、适量的“冗余”。
	3.医院内的设备仓库备足应急物资和设备，有应急设备物资的清单。对应急设备进行定期和不定期的监测、维护，重点检查短缺物质的储备和供应情况，保证设备、物资在有效期内。
	4.建立院内科室设备、物资紧急调动、调整的机制，各科室配合院内的紧急调拨需求。
	5.建立与院外其他医疗的协作机制，请求协作医院予以应急物资设备的支援。
	6.与应急物资、设备供应商签订应急物资、设备的紧急供应协议，明确规定时限。
<h2>八、科研教学与图书管理</h2>	
<p>指标和细则</p>	<p>评价内容与要点</p>
<p>【指标】（一百七十六）有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果向临床应用转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。</p> <p>【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。</p>	

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

【细则】3.8.176.1有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。

1.医院制定鼓励全员参与科研工作的制度和办法,包括具体的科研工作与资金奖励、晋升等挂钩。

2.按照国务院关于科研经费管理的相关文件精神,制定优化并鼓励科研工作者在研究中经费合理使用的自主权使用,财务部门帮助指导经费的科学预算和使用。

3.积极支持和鼓励全员参与各项的科研工作,制定具体的计划并落实,如聘请相关管理及业务专家指导科研工作的开展,从科研课题选题、立项、设计、研究能力、经费预算和质量控制等。

4.鼓励参与各级各类纵向及横向课题的开展,包括参与或合作的研究项目,提供适当的经费、条件与设施等支持的具体措施。

5按国家相关的管理要求,制定有关科学研究信息应用的相关制度,规范数据的应用及数据管理,鼓励科学应用数据开展科学研究项目。

	<p>6.科研、财务等相关主管部门定期指导、帮助并分析科研开展过程中存在的问题，并提出建设性意见，整改落实情况。</p>
<p>【细则】3.8.176.2促进科研成果向临床应用转化。</p>	<p>1.制定鼓励以医院为主体的科研成果转化与推广的奖励制度或管理办法，包括科研成果、发明、专利等具体管理办法。</p> <p>2.开展有关科研成果转化科普宣教、人员培训工作。</p> <p>3.五年内医院有自主创新的适宜技术推广或院级研究成果 转化实践应用或引进技术，提高临床诊疗水平的案例。</p>
<p>【细则】3.8.176.3提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。</p>	<p>1.落实科研经费管理政策，完善拨付机制，提高间接费用比例，帮助并指导研究人员经费使用，并有相关制度保障。</p> <p>2.创新财政科研经费投入与支持方式。改进科研绩效管理和监督检查办法。</p> <p>3.在明确科研项目经费使用禁止性行为，有关部门要根据法律法规和负面清单，并实行随机抽查、检查，推进监督检查，规范行为。</p> <p>4. 在医院允许范围内，制定提供支持科研工作中场地、人员和相关条件的制度，并落实。</p>

【指标】（一百七十七）开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定。

【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加强对药物、医疗器械临床试验的管理，维护药物、医疗器械临床试验过程中受试者权益，保证药物、医疗器械临床试验过程规范，结果真实、科学、可靠和可追溯。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

【细则】3.8.177.1 开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。	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。
	2.药物临床试验应当符合《世界医学大会赫尔辛基宣言》原则及相关伦理要求，受试者的权益和安全是考虑的首要因素，优先于对科学和社会的获益。伦理审查与知情同意是保障受试者权益的重要措施。
	3.药物临床试验应当有充分的科学依据。临床试验应当权衡受试者和社会的预期风险和获益，只有当预期的获益大于风险时，方可实施或者继续临床试验。
	4.试验方案应当清晰、详细、可操作。试验方案在获得伦理委员会同意后方可执行。
	5.研究者在临床试验过程中应当遵守试验方案，凡涉及医学判断或临床决策应当由临床医生做出。参加临床试验实施的研究人员，应当具有能够承担临床试验工作相

	应的教育、培训和经验。
	6.所有临床试验的纸质或电子资料应当被妥善地记录、处理和保存，能够准确地报告、解释和确认。应当保护受试者的隐私和其相关信息的保密性。
【细则】3.8.177.2 开展医疗器械临床试验应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范》的相关规定。	1.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。
	2.试验机构是经资质认定的医疗器械临床试验机构，且设施和条件应当满足安全有效地进行临床试验的需要。
	3.研究者应当具备承担该项临床试验的专业特长、资格和能力，并经过培训。
	4.临床试验前，申办者与临床试验机构和研究者应当就试验设计、试验质量控制、试验中的职责分工、申办者承担的临床试验相关费用以及试验中可能发生的伤害处理原则等达成书面协议。
	5.临床试验应当获得医疗器械临床试验机构伦理委员会的同意。列入需进行临床试验审批的第三类医疗器械目录的，还应当获得国家食品药品监督管理总局的批准。
	6.临床试验前，申办者应当向所在地省、自治区、直辖市食品药品监督管理部门备案。

<p>【细则】3.8.177.3 开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。</p>	<p>1.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。</p>
	<p>2.医院开展临床研究应当取得法律法规规定的资质，药物和医疗器械临床试验机构应当按相应要求获得资格认定，并具备相应的能力。</p>
	<p>3.医院按照相关法律、法规、部门规章、临床试验管理有关规范性文件及本办法的要求，加强对临床研究的管理。</p>
	<p>4.开展临床研究的医疗卫生机构应当成立临床研究管理委员会和伦理委员会，设立或者指定专门部门负责临床研究管理。伦理委员会按照相关规定承担所在医疗卫生机构开展临床研究的伦理审查，确保临床研究符合伦理规范。</p>
	<p>5.药物临床试验研究负责人应当具备法律法规规定的资质。其他临床研究负责人应当为相关专业科室负责人或具有副高级以上职称的卫生专业技术人员。</p>
	<p>6.医院遵照相关法律法规并遵循相关国际规范，制定临床研究项目管理制度和操作规程，加强临床研究项目管理。</p>
	<p>7.临床研究管理委员会及临床研究管理部门应当对临床研究项目实施全过程监管，定期组织进行伦理、安全性、财务合规性和效果评价，确保临床研究项目的顺利进</p>

	行。
	8.临床研究项目应当严格按照任务书开展,项目实施过程中应当遵守国家有关知识产权创造、运用、保护管理的法律法规及保密、安全的相关规定。临床研究项目实施过程中需要对研究方案进行调整的,应当经医疗卫生机构临床研究管理委员会批准,涉及伦理问题的应当重新进行伦理审查。
	9.医院加强临床研究项目的安全性评价,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,根据不良事件的性质和严重程度及时作出继续、暂停或者终止已经批准的临床研究的决定。
【细则】3.8.177.4 开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。	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。
	2.在医疗卫生机构立项审核通过时,临床研究的有关信息应在国家医学研究等级备案信息系统按要求完成上传。
。	3.研究者如实、准确、完整填写临床研究信息,临床研究管理部门、伦理(审查)委员会等分布在系统填写并上传科学性审查、伦理审查和医疗卫生机构立项审核意见。

	<p>4.医院对临床研究信息的真实性、准确性、完整性等进行审核，并对其中相关内容负责，完成审核后上传。</p>
<p>【指标】（一百七十八）开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>	
<p>【细则】3.8.178.1开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。</p>	<p>1.医院制定开展涉及人的生物医学研究，成立伦理委员会，并制定相应的审查制度，委员会明确的工作职责。查阅文件。2.医学伦理管理委员会承担涉及人的生物医学研究伦理审核工作。</p> <p>2.医院按国家相关文件，针对开展涉及人的生物医学研究均应该制定相关制度和 workflows，批准后方可执行。</p> <p>3、医院按国家相关文件，针对开展涉及人的生物医学研究，均应该制定相关制度和 workflows，批准后方可执行</p>

	<p>4.医院无违规擅自开展涉及人的生物医学研究案例。</p>
<p>【细则】3.8.178.2 医疗机构应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程。</p>	<p>1.医疗机构应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程。</p> <p>2.伦理委员会对受理的申报项目应当及时开展伦理审查，提供审查意见；对已批准的研究项目进行定期跟踪审查，受理受试者的投诉并协调处理，确保项目研究不会将受试者置于不合理的风险之中。</p> <p>3.伦理委员会在开展伦理审查时，可以要求研究者提供审查所需材料、知情同意书等文件以及修改研究项目方案，并根据职责对研究项目方案、知情同意书等文件提出伦理审查意见。</p> <p>4.伦理委员会委员应当签署保密协议，承诺对所承担的伦理审查工作履行保密义务，对所受理的研究项目方案、受试者信息以及委员审查意见等保密。</p>
<p>【细则】3.8.178.3 伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。</p>	<p>1.按《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定伦理委员会的委员应当从生物学领域和伦理学、法学、社会学等领域的专家和非本机构的社会人士中遴选产生，人数不得少于7人，并且应当有不同性别的委员，少数民族地区应当考虑少数民族委员。</p> <p>2.医院伦理委员会应该对全员进行相关内容培训、宣教。</p>

3.医学研究伦理委员会对提交审查的研究项目按相关工作制度或操作规程作出批准、不批准、修改后批准、修改后再审、暂停或者终止研究的决定，并说明理由。

4.经伦理委员会批准的研究项目在实施前，研究项目负责人应当将该研究项目的主要内容、伦理审查决定在医学研究登记备案信息系统进行登记。

5.相关管理部门应当针对研究项目未获得伦理委员会审查批准的，不得开展项目研究工作进行督查，并有相关记录。

7.伦理委员会配备专（兼）职工作人员、设备、场所等，保障伦理审查工作顺利开展。

8.接受省级、市级医学伦理专家委员会对本行政区域内医疗卫生机构的伦理委员会进行检查和评估。

【指标】（一百七十九）承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

<p>【细则】3.8.179.1承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。</p>	<p>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。</p>
	<p>2.有主管院领导，专门部门和专职人员、专业教研组、专（兼）职教师负责教学管理工作。</p>
	<p>3.医院具备教学医院的基本条件要求。</p>
	<p>4.教学医院的教师应能胜任临床课讲授、指导实习、进行教学查房、修改学生书写的病历、组织病案讨论、考核等工作，并结合临床教学开展教学方法和医学教育研究。</p>
	<p>5.与协作的高等医学院校先签署正式协议，待履行审定、备案手续后执行。</p>
	<p>6.完成本科临床教学与实习任务，开展继续医学教育工作和住院医师规范化培训工 作，制订师资激励机制并予以落实，资料完整。</p>

	7.承担本县（区）域内全科医师培养中心或基地的职能，有可追溯的记录。
	8.或承担医学院校医学生的临床教学和实习任务，有可追溯的记录。
<p>【细则】3.8.179.2设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求。</p>	<p>1.设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求。</p> <p>2.医院有一名院领导负责教学工作，并设立教学管理机构，配备专职及兼职教学管理、学生思想政治教育和生活管理的人员。</p> <p>3.教学医院和实习医院应把教学工作列入医院人员考核的重要内容；医院有相关的规定，将一定收入按一定比例用于教学及教学管理人员的教学补贴。</p> <p>4.教学医院和实习医院的教学人员，按规定享有教学资源、进行科研协作和参加各种学术活动等的权利制定相关配置的标准，并落实；</p>
<p>【指标】（一百八十）根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。</p> <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，同时根据信息资源的特点，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>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>	

<p>【细则】3.8.180.1根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。</p>	<p>1.根据临床、教学、科研和管理的需要，有重点收集和可查阅国内外各种医学及相关学科的图书和文献等资源。</p>
	<p>2.图书馆开展对临床、教学、科研和管理的需求收集，并进行跟踪检索，主动帮助需求者以书目、索引、全文等方式查阅，提供网络版医学文献数据库（中文、外文期刊库等）全文文献检索服务，并提供电子化等服务。</p>
	<p>3.医院有制定医学图书馆工作制度和信息服务制度。</p>
	<p>4.开展针对服务人群的培训和宣教。</p>
<p>【细则】3.8.180.2开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。</p>	<p>1.医院开展多层次多种方式，帮助不同读者，提高信息资源的利用率的服务制度和 workflow，提供文献查询和咨询等，并进行定期检查、反馈、整改，并有记录。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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工作。</p>
	<p>4.图书馆开展的服务工作，能够满足临床、教学、科研、管理和员工的文献信息需求。</p>
<p>九、行风与文化建设管理</p>	

指标和细则	评价内容与要点
<p>【指标】（一百八十一）医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。</p> <p>【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。</p> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。</p>	
<p>【细则】3.9.181.1医院应当加强医务人员职业道德教育。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.制定医务人员职业道德建设和教育的制度：制定开展弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神的实施方案。有指定主管部门负责。 2.有进行相关培训；员工知晓职业道德规范要求、社会主义核心价值观及新时代医疗卫生职业精神内涵，知晓率高。 3.落实上述相关制度和方案，并对在践行过程中涌现的先进典型进行宣传。 4.主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。 5.有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等
<p>【细则】3.9.181.2弘扬社会主义核心价值观和新时代</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.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。

<p>代医疗卫生职业精神，在医院工作中予以体现。</p>	<p>2.加强医院文化建设。树立正确的办院理念，弘扬“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的职业精神。</p> <p>3.相关部门有开展弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神的实施方案，并对在践行过程中涌现的先进典型进行宣传。</p> <p>4.员工知晓职业道德规范要求、社会主义核心价值观及新时代医疗卫生职业精神内涵，知晓率高。</p> <p>5.实行奖优罚劣。对严格遵守医德规范、医德高尚的个人，应予表彰和奖励。对于不认真遵守医德规范者，应进行批评教育。对于严重违反医德规范，经教育不改者，应分别情况给予处分。</p>
<p>【细则】3.9.181.3坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。</p>	<p>1.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。</p> <p>2.以规范医疗服务行为、提高医疗服务质量、改善医疗服务态度、优化医疗环境为重点，强化教育，完善制度，加强监督，严肃纪律，树立行业新风，构建和谐医患关系，更好地为人民群众的健康服务。</p> <p>3.加强政治理论和职业道德学习，树立救死扶伤、以病人为中心、全心全意为人民</p>

	<p>服务的宗旨意识和服务意识，大力弘扬白求恩精神。增强工作责任心，热爱本职工作，坚守岗位，尽职尽责。</p> <p>4.教育医务人员，要严格遵守卫生法律法规、卫生行政规章制度和医学伦理道德，严格执行各项医疗护理工作制度，坚持依法执业，廉洁行医，保证医疗质量和安全。</p> <p>5.推进医院精神文明建设，开展社会主义核心价值观教育，促进形成良好医德医风。</p> <p>6.关心爱护医务人员身心健康，尊重医务人员劳动成果和辛勤付出，增强医务人员职业荣誉感。</p>
<p>【指标】（一百八十二）重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。</p> <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。医院应将医院文化建设上升为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> <p>【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>	
<p>【细则】3.9.182.1重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力。</p>	<p>1、医院文化建设纳入医院建设发展规划，有建设制度和方案，能够体现以患者为中心导向、根植于本院服务理念。</p>

	2、有对员工进行医院价值取向的培训和教育，员工知晓率高。
	3、有指定部门负责医院文化建设，有开展医院文化调研活动。
	4、院内各部门、科室有开展多种形式的医院文化建设活动。
	5、主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	6、有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
【细则】3.9.182.2逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。	1.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.制订医院文化建设实施方案，在医院员工中，树立正确的办院理念，弘扬“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的职业精神。
	3.教育医务人员，应恪守服务宗旨，树立以患者为中心的服务医师，提高服务质量，全心全意为人民健康服务。
	4.加强医务人员的人文精神培养，构建全员医疗质量和安全文化、核心价值观。

【指标】（一百八十三）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。

【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。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。

<p>【细则】3.9.183.1贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》</p>	1、有医德医风考核制度、考评方案和量化标准。
	2、有医德医风管理组织体系，有主管部门负责管理与考评。
	3、定期对医务人员进行医德医风考评。有主管部门与其他职能部门的协调机制。
	4、主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	5、有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
<p>【细则】3.9.183.2建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。</p>	1、有行风建设与管理的组织体系，有专门部门负责管理与考评，并有与其他职能部门的协调机制。
	2、有行风建设、考评、奖惩和公示等制度，有行风考评方案和量化标准，并落实。
	3、行风建设考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、

	定期考核等直接挂钩。
	4、有规范的行风考评档案。有多部门共同参与的行风考评及结果共享机制。
	5、主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	6、有数据或分析报告或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。