



中国非公立医疗机构协会团体标准

T/CNMIA0001—2020

社会办肾脏病专科医院能力评价

Capacity Evaluation of non-public Kidney Disease Hospital

(本稿完成日期：2020.04)

2020-04-017 发布

2020-04-17 实施

中国非公立医疗机构协会发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 能力评价	2
5 能力评价方法	5
6 社会办肾脏病专科医院能力等级符号及含义	7
7 社会办肾脏病专科医院能力评价指标体系	7
8 能力评价报告	7
9 评价结果发布	8
附录 A（规范性附录）社会办肾脏病专科医院能力评价指标体系	9
参考文献	18

前 言

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准由中国非公立医疗机构协会提出并归口。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别这些专利的责任。

本标准起草单位：中国非公立医疗机构协会

本标准主要起草人：郝德明、赵书贵、王珊、赵锡银、陈敏生、刘景红、梅长林、陈江华、刘必成、胡昭、季大玺、王九生、钱阳明、赵久阳、袁静、邬碧波、李洪艳、叶琳、黄荣春。

引 言

随着经济社会的发展，人民群众对医疗卫生服务的需求不断增加。为了满足大众不同层次的就医需求，在国家卫生政策的引导和规范下，社会办肾脏病专科医院快速发展。社会办肾脏病专科医院作为医院的重要组成部分，向社会提供便捷、多元化的医疗服务，满足不同层次人群的需求，弥补了公立医疗服务体系的不足，但其在发展过程中也存在一定的问题。部分社会办肾脏病专科医院未能遵循行业规范，出现了社会能力不高、服务能力不强等问题，影响了整个行业的声誉，阻碍了社会办医的健康发展。

社会办肾脏病专科医院的健康发展，是健康中国建设的重要组成部分，关乎我国深化医药卫生体制改革中医疗供给侧结构性改革。由于社会办肾脏病专科医院自身的特点及发展状况，现行医院评价标准难以适用于社会办肾脏病专科医院的特点和实际。因此，建立一套科学、客观、公正的社会办肾脏病专科医院能力体系和评价标准，对整个行业的健康发展有重要的促进作用。

社会办肾脏病专科医院能力评价

1 范围

本标准规定了社会办肾脏病专科医院能力评价的基本原则、能力评价信息、能力评价方法、能力星级含义、能力评价指标体系及权重分配原则、能力评价报告以及评价结果发布的要求。

本标准适用于所有中国非公立医疗机构协会社会办肾脏病专科医院会员单位的能力建设及评价活动。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

3 术语和定义

下列术语及定义适用于本文件。

3.1 肾脏病专科医院 Nephrology Hospital

肾脏病专科医院，是指按照法律法规和行业规范，为病员开展必要的医学检查、治疗措施、护理技术、接诊服务、康复设备、救治运输等服务，以救死扶伤为主要目的医疗机构；治疗的病症是严重危害人类健康常见病，主要包括不同类型的肾炎、急性肾衰竭、肾结石、肾囊肿等等。

3.2 社会办肾脏病专科医院 Non-public Renal Specialist Hospital

由非政府财政或非政府机关、事业单位、国有企业和非集体投资开办（或控股）的肾脏病专科医院。

3.3 能力 capability

能力是完成一项目标或者任务所体现出来的综合素质。人们在完成活动中表现出来的能力有所不同。能力是直接影响活动效率，并使活动顺利完成的个性心理特征。

3.4 标准 Standard

标准是规范性文件之一。其定义是为了在一定的范围内获得最佳秩序，经协商一致制定并由公认机构批准，共同使用的和重复使用的一种规范性文件。

3.5 能力评价机构 appraisal of capability evaluation

依法设立具有从事能力评价业务资质的独立第三方机构。

3.6 能力评价 appraisal of capability

由能力评价机构组织行业内专家，根据评价标准，按照规定程序，对申报的肾脏病专科医院诚信、服务、建设、管理、质量等进行专业性、技术性综合评价活动。

3.7 能力评价专家 Capability evaluation expert

对照标准进行评价的具有副高级以上职称的专业人员。能力评价专家涵盖社会医学与卫生事业管理、临床医学、药学、护理、医技、财经管理、能力管理、法律等专业。

3.8 能力评价指标 capability evaluation index

反映参评肾脏病专科医院能力状况和特征的系列指标，包括行政管理、医疗质量与安全、加分项等内容。

3.9 能力星级 capability evaluation index

表示参评能力水平的标识或符号。同类肾脏病专科医院评价等级由高到低依次分为五星级、四星级、三星级。

3.10 能力评价报告 capability evaluation index

根据既定的能力评价方法、指标体系、业务流程，对参评肾脏病专科医院的相关数据、调查资料等进行现场评价，撰写出充分反映对象真实能力情况的报告。

3.11 能力评价等级公示 capability evaluation index

能力评价机构提供的能力星级评价结果及主要依据的公示材料。

4. 能力评价

4.1 基本原则

能力评价严格评价标准和质量要求，按照先易后难、循序渐进、逐步推开的方式展开。能力评价流程、方法和指标无论是否采用量化的方式，必须遵循以下三项基本原则：

a) 公平性原则：能力评价机构对所有参评肾脏病专科医院都应做到评价过程中公正、合理，能获得广泛的支持；参与人员在评价过程中应保持尽职、审慎态度，准确客观评价。

b) 真实性原则：能力评价机构应严格按照评价标准规定的流程和方法对参评肾脏病专科医院的各类数据和资料的真实性进行核实；

c) 科学性原则：能力评价机构必须对照标准，遵循科学的程序，运用科学思维方法来进行评价的行为准则。

d) 保密性原则：保密性原则是对评价过程中所接触的有关参评资料，不得随意向外泄漏。评价实施中，评价专家将接触一些涉及财政、经济、人员、技术等方面的资料，对其中某些不便对外公开的信息资料要进行保密。

4.2. 能力评价流程

4.2.1 申请会员单位

参评肾脏病专科医院在协会官方网站完成注册并成为协会会员后即有资格申请中国非公立医疗机构能力评价。

4.2.2 资料填报与审核

4.2.2.1 登录协会行业能力评价平台（PJ.cnmia.org），填报《中国非公立医疗机构协会会员单位能力评价申报表》并下载打印，经肾脏病专科医院法定代表人签字和加盖公章，并经所在省（自治区、直辖市）协会审核后，报评价办公室。省（自治区、直辖市）未成立地方协会的，肾脏病专科医院可以直接向评价办公室申报。

4.2.2.2 省（自治区、直辖市）地方协会受理后应当在 15 个工作日内进行严格审核并报评价办公室。评价办公室收到《中国非公立医疗机构协会会员单位能力评价申报表》及相关材料后，应当在 10 个工作日内对申报材料进行审核，在协会官方网站能力评价专栏或向申报单位发布是否受理通知书，不予受理的应当说明理由。

4.2.2.3 经审核符合评价基本条件的，评价办公室向参评肾脏病专科医院提供对应的评价标准，肾脏病专科医院根据标准内容进行前期准备。参评肾脏病专科医院现场评价准备完毕后，向评价办公室提交《评价确认书》，提交拟参评时间。

4.2.3 评价准备

评价办公室接到参评机构《评价确认书》后，根据肾脏病专科医院情况抽组评价专家。并提前 7 个工作日与参评单位沟通迎评具体工作。

4.2.4 现场能力评价

4.2.4.1 评价办公室组织评价专家组进行现场评价。现场评价组设领队和大组长各 1 名，评价专家 8 至 10 名，配备 1 名工作人员，主要负责评价专家组的工作指导与保障。现场评价时间一般不超过 2 天半，采取听取参评单位负责人汇报、查阅资料、实地检查、急救考核、应知应会测试、医患访谈、满意度调查等方式进行。

4.2.4.2 现场评价结束前，评价办公室工作人员组织评价专家进行评分，并向专家组通报最终分值情况，确定分值与参评机构整体情况是否相符。并汇总收集各专家评价意见，签字确认。评价专家组组长

及时汇总各专家意见行程评价报告。并向参评单位进行反馈讲评。评价报告应当包括总体评价、工作亮点、存在的主要问题、整改意见建议。

4.2.5 形成整改报告

现场评价结束后，参评肾脏病专科医院于 7 个工作日内形成整改报告，报协会评价办公室备案。

4.2.6 等级确定

评价办公室应在现场评价完成后将能力评价结果及星级意见提交评价委员会。评价委员会应对评价报告及评价等级意见的依据、事实、合理性、表述准确性及相关资料详实情况进行审核，并作出表决。对评价报告依据不充分、评价事实不清楚、资料欠缺的，责成评价专家组在规定时间内，进一步补充资料、修改完善评价报告。每个肾脏病专科医院的评价委员会会议不得超过两次，会议记录及相关资料应及时立卷归档备查。

4.2.7 反馈与复议

评价办公室应及时将评价结论告知参评肾脏病专科医院，参评肾脏病专科医院对评价结论有不同意见的，应当按照以下程序办理：

- a) 自接到评价结论告知书后 5 个工作日内向评价办公室提出复议申请；
- b) 评价办公室应在 10 个工作日内组织完成复议工作，并给予书面答复；
- c) 复议工作仅限一次；
- d) 复议申请超过规定时限的，不予受理。

4.2.8 评价结果公示

参评肾脏病专科医院能力评价结果应在协会官网进行公示，公示期为 7 个工作日。在此期间，社会各界可以通过电话、传真、信函或电子邮箱等方式发表意见，评价办公室应认真受理，对有关举报进行核查并将处理意见提交评价委员会审议后确定最终能力评价等级。

4.2.9 评价结果公布

协会适时向参评肾脏病专科医院颁发统一内容、格式、尺寸、材质的证书和标牌，并在信用中国、协会官方网站及协会指定的其他信息平台发布，能力评价结果接受社会监督。

4.3 能力评价信息管理

评价专家组应及时将参评肾脏病专科医院的原始能力资料、过程文字、图像等相关资料分类整理，移交评价办公室立卷。评价办公室整理齐全后，归档保存，保存期至少 4 年。对不宜公开的资料信息，

应标注“内部信息 注意保存”字样，妥善保存。

4.4 跟踪与复评

4.4.1 星级肾脏病专科医院应当持续加强建设与管理，不断提升服务能力、医疗质量与管理水平，接受不定期抽查和考核。

4.4.2 评价领导小组定期重点考核评估的反馈制度，对已提出的问题和异议及时组织抽查和考核，提出限期整改建议并通知星级肾脏病专科医院，也可以组织评价专家组进行现场复评。星级肾脏病专科医院应当按时上报整改情况书面报告，保持星级肾脏病专科医院的品质。

4.4.3 星级肾脏病专科医院发生违法违规事件、重大事故（含医疗事故）、严重社会不良影响事件，一经查实或者现场复核不通过的，经评价领导小组核准后，给予降低直至取消星级肾脏病专科医院称号处理，通报评价委员会审议备案。处理结果将在协会官方网站公布。

4.4.4 评价办公室定期举办肾脏病专科医院能力评价工作培训，尤其是对申请评价但未通过评价的单位进行专项培训，组织专家进行重点帮扶和指导。

4.4.5 办公室定期组织评价专家进行工作交流，完善评价标准与评价程序，提高评价工作质量与水平。

4.5 能力评价信息

能力评价信息由信息类型、信息来源、信息质量等三方面要素构成。

4.5.1 能力评价信息类型：能力评价所需要的信息包括参评肾脏病专科医院的内部信息和外部信息两大类。内部信息包括参评肾脏病专科医院组织架构、财务信息、股东信息、医疗数据等；外部信息包括发展趋势、技术环境、政策和监管措施以及评价机构独立收集的信息等。

4.5.2 能力信息质量保证准则：能力评价机构在收集能力评价信息时要对信息的质量及可靠性进行严格审核和审慎分析，并建立能力评价信息质量责任机制，明确信息收集人员的责任、信息来源、可使用的范围等。

5 能力评价方法

5.1 指导思想

构建社会办肾脏病专科医院能力评价方法的指导思想是：旨在以评促建、以评促改、评建结合、重在建设，培育一批管理规范、信用可靠、安全放心、群众满意的优质医疗机构，为广大人民群众提供多层次、多样化医疗健康服务。

5.2 社会办肾脏病专科医院能力评价的含义

社会办肾脏病专科医院能力评价首先是对参评社会办肾脏病专科医院基本信息、运营信息和管理信息等进行符合性认证，以确认其合法存续且具有独立承担民事责任的能力、具有从事本行业所必需的资质、人员和专业技术能力以及具有履行合同和社会责任的能力。在此前提条件下，再对其发展潜力、运营稳定性以及能力风险水平进行评估，并对其综合履行社会责任的能力给予说明。

5.3 社会办肾脏病专科医院能力评价方法及评价内容

5.3.1 能力评价方法概述

肾脏病专科医院能力评价为结合行业特征，建立全面详实的能力评价指标体系，采用定量与定性、动态与静态、宏观与微观、历史与未来相结合的科学分析方法评定参评肾脏病专科医院的能力等级，通过对参评社会办肾脏病专科医院诚信与信用建设、行政管理、医疗质量与安全、护理与院感、医院服务与文化、信息化、创新品牌加分项七个维度的能力数据进行采集和分析以判定医疗服务能力。

5.3.2 肾脏病专科医院诚信与信用部分

肾脏病专科医院诚信与信用部分包括贯彻执行医疗卫生管理法律法规情况、依法执业、设备耗材管理以及新技术管理、患者合法权益和落实监督员制度、规范服务行为等内容。

- a) 贯彻执行医疗卫生管理法律法规情况：评价内容应包括医疗机构执业范围、执业人员执业资格、诊疗技术、临床应用管理、设备配置的规范性；
- b) 依法执业：评价内容应包括医疗机构管理制度、治理结构、内部审计制度、实习人员带教管理等的规范性；
- c) 设备耗材管理以及新技术管理：通过评估采购报批程序、入库制度情况、新技术特色诊疗相关制度、学科带头人及梯队结构等方面评估其真实性、科学性；
- d) 患者合法权益和落实监督员制度：通过评估医院保障患者家书权力制度、社会监督评价机制等评估规范性；
- e) 规范服务行为：通过检查临床路径、患者病区记录评估有无过度检查和治疗的现象。

5.3.3 肾脏病专科医院行政管理部分

肾脏病专科医院行政管理部分包括医院管理层组织架构及建设谋划落实、院科二级管理和人员设备、继续教育管理、财务管理、设备与安全等内容。

- a) 管理层组织架构及建设谋划落实：评价内容应包括医疗机构是否设立党团、工会组织建设、领导层履职情况、医院长期规划等，评估其完整性和规范性；

b) 院科二级管理和人员设备：通过评估院科两级管理架构、科室设置、开放床位的比例等内容评估其规范性；

c) 继续教育管理：通过评估，评估各类技术人员、管理人员参加继续教育项目，是否有落实有计划。

d) 财务管理：通过评估医院预算管理制度，评估其岗位职责、财务负责人资质、账目核对等内容。

e) 设备设施管理、安全管理：通过评估医疗设备、设施管理制度、台账、设备，消防设施等，评估其规范性，预测风险。

5.3.4 肾脏病专科医院医疗质量安全与护理院感部分

医疗质量与安全部分包括质量管理及持续改进、设备、耗材管理、工作人员职业防护等内容。

a) 质量管理及持续改进：通过评估规章制度、岗位职责、医疗质量、护理质量管理、感染管理监测等方面，评估其提供医疗服务的能力和实际医疗质量与患者安全；

b) 设备耗材管理：通过检查设备管理维护保养制度、水处理流程、透析液质量检测、透析器材管理、工作人员执业防护等方面，评估其整体规范性；

c) 工作人员执业防护：通过考工作人员职业暴露防护措施、锐器伤应急预案、手卫生等方面，评估预测可能发生的不安全事件；

5.3.5 肾脏病专科医院服务文化与信息化部分

服务文化与信息化部分包括创星工作落实，医院内涵持续发展，便民措施信息公示等内容。

a) 服务与文化建设：通过对参评独立血液透析中心落实创星工作、环境建设、工作人员举止礼仪、健康教育、信访投诉等方面，评估其为民服务的理念；

b) 信息化建设：通过评估管理体系、信息系统、信息安全评估信息系统的安全性、可靠性。

5.3.6 创新品牌加分部分

创新品牌加分部分包括中心规模设置、专业技术水平、科研学术水平、人才团队建设、公益文化品牌等内容。

通过评估中心规模设置、专业技术水平、科研学术水平、人才团队建设、公益文化品牌等内容，发现中心亮点特色，规划中心长期发展目标。

6. 社会办肾脏病专科医院能力等级符号及含义

能力评价共分三个等级，由高到低依次分为五星级、四星级、三星级医疗机构，每个等级对应的含义如下：

五星级： 标杆单位

四星级： 示范单位

三星级： 规范单位，

备注：与信用评价关联，凡被评为三星、四星级基层医疗机构的，同时必须通过协会组织的非公立基层医疗机构信用等级评价 AA 等级以上的评价；被评为五星级医疗机构的，同时必须通过协会组织的非公立医疗机构信用等级评价 AAA 等级的评价。

7. 社会办肾脏病专科医院能力评价指标体系

社会办肾脏病专科医院能力评价指标体系，即诚信与信用、行政管理、医疗质量与安全、护理与院感、服务文化、信息化、创新品牌加分。见附录 A。

8. 能力评价报告

8.1 内容与用语

能力评价报告，是评价专家组通过现场评价后，对可能影响参评肾脏病专科医院诚信与信用、行政管理、医疗质量与安全、服务与文化、信息化、创新品牌加分等主要要素进行综合分析后出具的总结论述。内容应包括总体评价、评价各项指标得分及部分情况、管理及服务中的亮点、存在的主要问题、改进意见及建、需要说明的其他问题等。能力评价报告的用语应简洁明确，不应有误导性语句。

8.2 报告声明

能力评价报告声明应包含以下内容：

- a) 除因本次评级事项外，评价专家组与参评肾脏病专科医院构成委托关系外，评价专家组、评价人员与参评肾脏病专科医院不存在任何影响评价行为独立、客观、公正的关联关系；
- b) 评价专家组与评价人员履行了勤勉尽责和诚信义务，有充分理由保证所出具的评价报告遵循了真实、客观、公正的原则；
- c) 能力评价报告的结论是评价专家组依据《中国非公立医疗机构协会能力评价管理办法(2019年)》和《社会办肾脏病专科医院能力评价标准》的要求和程序做出的独立判断，严禁因参评肾脏病专科医院和其他任何组织或个人的不当影响改变评级观点；
- d) 能力评价报告用于相关决策参考，并非某种决策的结论、建议等。

8.3 报告正文

报告正文中应包括：总体评价、评价各项指标得分及部分情况、管理及服务中的亮点、存在的主要问题、改进意见及建、需要说明的其他问题等。

8.4 评价结论

评价结论应当写明能力等级级别及释义、评价结论的主要依据，并简要说明本次评价过程和参评肾脏病专科医院的发展趋势和目标。

8.5 跟踪评级安排

跟踪评价安排包括定期跟踪评价和不定期跟踪评价。

跟踪评价安排应在首次评价报告中说明能力等级时效限定内的跟踪评价时间、评价范围、出具评价报告方式等内容，持续揭示受评对象的能力变化。

8.6 能力评价报告附录

能力评价报告附录部分收录与此次评价相关的其他重要事项。应包括以下内容：

- (1) 参评肾脏病专科医院能力评价报告、评价专家意见表、打分表、汇总表、专家保密守则；
- (2) 其他。

9. 评价结果发布

肾脏病专科医院能力评价的结果在信用中国网、人民网、协会官方网站及协会指定的其他平台发布。

能力评价结果发布的内容一般包括参评肾脏病专科医院名称、能力等级及简要描述。

(规范性附录)

社会办肾脏病专科医院能力评价指标体系

A.1 诚信与信用

包括贯彻执行医疗卫生管理法律法规情况、依法执业、设备耗材管理以及新技术管理、患者合法权益和落实监督员制度、规范服务行为等内容。内容。合计权重为 10%。见表 A.1。

表 A.1 依法执业

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
1、贯彻执行医疗卫生管理法律、法规情况。	50%	1.1.医疗机构根据医疗执业许可范围向社会提供医疗服务。	12%	1.《医疗机构执业许可证》核准的诊疗科目与实际相符；无擅自改变医疗机构地点、床位、名称、类别。 2.无转让、出租《医疗机构执业许可证》；无对外出租、承包科室和仪器设备等情况。 3.无逾期未校验，仍从事诊疗活动的情况。
		1.2.在院执业人员执业资格及执业登记手续。 (4分)	8%	全院专业技术人员的资格、执业证书及聘用外来卫生技术人员的手续文书完备。
		1.3.医疗技术的临床应用及管理。	8%	根据《医疗技术临床应用管理办法》和《限制临床应用的医疗技术(2015版)》要求，医疗机构无未经卫生行政部门核准或备案擅自开展第二类 and 第三类医疗技术的临床应用情况。
		1.4.医用设备配置与使用管理。	8%	根据《大型医用设备配置与使用管理办法》，医疗机构整套单价在500万元人民币以上的医用设备： 1.有《大型医用设备配置许可证》或《大型医用设备临时配置许可证》。 2.大型医用设备上岗人员（包括医生、操作人员、工程技术人员等）接受岗位培训，取得相应的上岗资质。
		1.5.医疗服务宣传。	10%	根据《医疗广告管理办法》、《互联网医疗保健信息服务管理办法》等法规要求，在户外、媒体、网络上发布医疗广告，依规取得《医疗广告审查证明》。
		1.6.义诊活动组织。	6%	根据《关于组织义诊活动实行备案管理的通知》（卫医发〔2001〕365号）要求，向县级以上卫生行政部门申请备案并获批准后，组织各类义诊（含大型会诊、普查）活动。
		1.7.医学证明制度及管理。	6%	根据《医疗机构管理条例》等法规要求，未经医师（士）亲自诊查病人，医疗机构不得出具疾病诊断书、健康证明书或者死亡证明书等证明文件。
		1.8.医疗事故预	10%	根据《医疗事故处理条例》：

		防及报备。		1.医院有预防医疗事故的措施及处置要求。 2.发生医疗事故的，医疗机构按照规定向所在地卫生行政部门报告。
		1.9. 医疗服务项目和价格管理。	4%	依据物价、卫生、医保等有关部门关于医疗服务项目收费要求： 1. 应将医疗服务项目和价格标准进行备案并公示，可采用电子屏、自助触摸屏或公示栏等形式公示信息。 2. 非营利性医疗机构的医疗服务项目严格执行属地收费标准和《医疗服务价格项目规范》。
		1.10. 放射防护及安全管理。	6%	依据《放射卫生防护基本标准》及有关要求： 1.建立有放射防护安全管理制度及应急管理办法。 2.放射源管理安全可靠，无放射源泄漏。 3.有专职或兼职人员负责放射防护工作，按有关规定上报防护监测数据或资料，接受属地放射卫生防护部门的监督与指导。
		1.11. 在遇重大突发公共卫生事件时履行报告义务。	4%	1.建立遇重大传染病、群体性不明原因疾病以及因自然灾害、事故灾难或社会安全等事件引起的突发公共卫生事件报告制度。 2.上述报告登记本健全，履行报告义务记录详实。
		1.12. 近 3 年内不良执业行为积分。	18%	近 3 年内医疗机构不良执业行为积分每年不超过 12 分，近 3 年累计不超过 18 分。
2. 依法执业、诚信自律。	15%	2.1. 医院管理制度。	20%	按照《全国医院工作制度及各类人员职责》等管理制度要求，有完善的运行机制、管理机制、人事管理制度等，使医院能够提高运行效率，增加活力，提高治理能力。
		2.2. 医院法人治理结构和授权管理履职。	13%	1.医院法人治理结构清晰，有授权管理制度。 2.授权管理人员认真履行职责。
		2.3. 医院内部审计机制。	20%	1.医院内部审计制度和审计人员岗位职责健全。 2.医院内部有明确的审计组织成员、实施流程，审计效果较好。
		2.4. 实习人员带教管理。	7%	1.有严格的实习人员管理和带教制度。 2.有带教人员职责和资格论证备案。
		2.5. 见习人员临床工作管理。	7%	1.病历、处方无实习人员独立完成情况。 2.科室排班表中，无实习人员独立值班情况。
		2.6. 技术岗位人员培训和上岗管理。	33%	1.有相关科室岗位培训记录。 2.医院有关技术岗位人员持有上岗证。 3.入职医师岗前培训。
3. 设备	9%		56%	

和耗材采购管理。		3.1.设备、耗材资质档案管理。		使用的设备、耗材资质档案管理规范，资质材料完备，证照齐全。
		3.2.采购程序与采购合同。	22%	1.采购报批程序规范，记录详实。 2.供货合同齐备规范。
		3.3.物资出入库管理制度。	22%	1.物资出入库制度完备。 2.物资出入库记录详实。 3.有损耗或过期用品处理制度。 4.有损耗或过期用品处理记录。
4.新技术、特色疗法管理。	6%	4.1.开展新技术、特色疗法相关管理制度。	66%	1.医院开展新技术、特色疗法管理制度完善合理。 2.论证结果记录和实验依据真实可靠。
		4.2.学科带头人及技术梯队结构。	34%	医院学科带头人和技术梯队，每人的基本情况满足新技术开展和临床实际工作的业务需求。
5.患者合法权益。	10%	5.1.医院保障患者及家属权利的制度和措施	50%	1.有医患沟通制度、投诉管理流程。 2.出院和门诊患者收费，无违规收费、分解收费、自立收费项目。 3.有患者费用查询窗口、设施或查询人员。 4.上年度和本年度物价检查，无物价和主管部门通报批评或群众举报。
		5.2.患者或其家属知情同意	50%	1.有患者知情权、选择权、隐私权等制度和落实措施。 2.定期对医护人员进行知情同意和告知方面的培训。
6.落实社会监督员制度。	5%	6.1.社会监督和评价机制	40%	1.有社会监督评价机制。 2.有社会监督评价活动记录及改进措施。
		6.2.医院质量与安全预警和防范措施	60%	1.年内每年有医院质量与安全预警和防范工作布置及记录。 2.医院质量与安全预警和防范工作，有检查、分析、整改记录。
7.规范服务行为。	100%	7.1.合理医疗	100%	根据患者病情和诊治临床路径，无过度检查和治疗现象。

A.2 行政管理

包括医院管理层组织架构及职能、医院建设谋划与落实、院科二级管理、医务人员配备、继续教育管理、财务管理、设施设备管理、安全管理等内容。合计权重 10%。见表 A.2。

表 A.2 行政管理

一级指标		二级指标		指标说明
名称	权重	名称	权重	
1.医院管理层组织架构及职	20%	1.1.医院党团、工会组织建设。 1.2.医院领导层履职情况。	20%	1.医院党团组织、工会组织建立健全。 2.医院领导层分工合理，履职尽责尽心尽责。 3.医院办公会议议事规则明确，会议记录详实。

能。		1.3.行政办公会议制度。		
2.医院建设谋划与落实。	5%	2.1.医院3年或5年发展规划。2.2.医院年度工作计划。2.3.医院年度工作总结。	5%	1.医院发展规划详实，科学合理。 2.医院年度工作计划目标明确，措施得力，切合实际。 3.医院年度工作总结数据详实，分析中肯，奖惩分明。
3.院科二级管理。	10%	3.1.院科两级管理架构、科室设置、职责及人员构成。3.2.职能部门设置、工作制度、岗位职责，年度工作计划与总结。	10%	1.院科两级管理架构清晰、科室设置合理、职责明确、人员设置合理。 2.职能部门设置及人员构成科学合理。工作制度、岗位职责健全。年度工作计划与总结详实合理。
4.医务人员配备。	15%	开放床位的医院，床工比、床护比、病房护士比。	15%	1.医院卫生技术人员:实际开放床位 \geq 1.15:1。 2.护士:实际开放床位 \geq 0.6:1。 3.病房护士:实际开放床位 \geq 0.4:1。
5.继续教育管理。	5%	5.1.院外继续教育管理。5.2.院内继续教育管理。	5%	1.支持各级各类技术人员、管理人员参加医院外继续教育项目，有继续教育专项经费。 2.院内继续教育有计划、有落实，有统计。
6.财务管理。	15%	6.1.医院财务管理制度及落实。6.2.医疗收费管理。	15%	1.有医院预、决算管理制度并认真执行。 2.收支管理台账清晰。 3.无骗保、乱收费现象。
7.设施设备管理。	20%	7.1.设施设备管理制度。7.2.医疗设备、基础设施配置合理性。7.3.医疗设备与器械临床使用安全控制与风险管理。7.4.计量监测。	20%	1.设施设备管理制度健全。相关设备设施台账清晰，维护、保养、有记录准确到位。在用的医疗设备设施均应符合质量控制要求。 2.医院医疗设备基础配置与与医疗机构规模和执业范围相适应。 3.医疗器械不良事件报告制度及记录健全完备。 4.列为国家强检目录和高风险的医疗设备使用前均通过计量检测。
8.安全管理。	10%	8.1.供电系统或设备。8.2.水、电、气、火等安全管理。8.3.消防和突发事件应急演练。8.4.餐饮安全管理。	10%	1.供电设施完备； 2.水、电、气、火等安全管理措施有效，责任明确。 3.定期举行消防和突发事件应急演练。 4.为患者提供营养膳食。制定各项食品卫生安全管理制度，制定食物中毒应急预案。

A.3 医疗质量与安全

包括建立院、科两级医疗质量与安全管理工作机构、建立健全医疗质量管理制度和医疗质量持续

改进方案、医疗质量核心管理制度落实；组织制度的学习培训，要求医务人员掌握并遵循相关制度落实、医疗质量控制与安全管理相关数据及时收集、统计；定期对质控数据进行分析 and 讲评、医疗风险防范及确保患者安全的机制完善。建立临床“危机值”报告制度与流程。有制度、有组织的定期进行相关培训。案管理严格并持续改进、继续医学教育工作、手术治疗管理、麻醉管理严格并持续改进工作、住院诊疗活动规范；病房科主任、护士长负责制落实，开展住院医疗质量评价，确保医疗质量与安全、门诊管理制度落实严格，门诊诊疗活动有序开展，门诊诊疗质量安全可靠、急诊绿色通道的管理落实。合理配置急诊资源和急救药品、设备。全员培训心肺复苏急救技术，努力提高抢救成功率、超声科室质量管理与持续改进工作、超声科室设置、布局、设备、设施应符合相关规定。操作流程规范，规章制度齐全；诊断报告规范、及时，随访工作到位、放射科质量管理与持续改进工作、管理涵盖放射科人员配备、人员资质管理，科室设置和服务管理；放射诊疗质量管理；医学影像诊断规范管理；放射防护和职业安全管理、药事管理质量与持续改进工作、实验室质量管理；医学检验科、血库/输血科和病理科管理、血液净化质量管理与持续改进、涵盖规章制度、功能布局、人员配备、人员资质、设施设备管理；诊疗质量管理、肾脏病专科医疗技术水平。质量管理及持续改进、设备、耗材管理、工作人员职业防护等内容。合计权重 40%。见表 A.3。

表 A.3 医疗质量与安全

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
1. 建立院、科两级医疗质量与安全管理组织机构；建立健全医疗质量管理制度和医疗质量持续改进方案。	1. 25%	1.1. 有院科两级质量管理组织体系、委员会组织架构。建立医疗质量与医疗安全管理工作制度、岗位职责、工作计划、实施方案。	40%	1.查医院质量管理机构、各质量与安全委员会（医疗质量管理、护理质量管理、病案质量管理、药事质量管理、医院感染管理、输血质量管理委员会）、各科室质量管理小组的机构设置与人员组成。2.查各委员会制度、职责、人员调整/变更的上报、审批管理流程。3.查院、科两级医疗质量与安全管理工作制度、岗位职责。4.抽查院长、科主任对本岗位职责的知晓率及工作参与度。
		1.2. 院级医疗质量管理职能部门有年度工作计划、实施方案，工作总结与分析。	20%	1.查评价周期内，每年院级医疗质量管理职能部门的工作计划、实施方案与工作总结。2.医院各质量管理委员会的工作会议记录、参会人员签到登记（至少每半年召开一次会议）。
		1.3. 有医疗管理质量指标、考核标准、考核办法和持续改进的措施。	40%	1.查医务部门医疗质量管理的考核办法、考核标准；2.对质控检查结果的评估、总结、措施。3.现场询问医务部门负责人对医疗质量管理考核流程的熟知情况，查有关台账（组织的各项质量检查、组织的各类培训记录等）。

2. 医疗质量核心管理制度落实; 组织制度的学习培训, 要求医务人员掌握并遵循相关制度落实。	1. 25%	<p>2.1.根据法律法规以及相关标准, 结合本院实际, 制订完善的覆盖医疗全过程的质量管理规章制度, 重点是 18 项医疗核心制度, 做到及时更新, 确保医疗质量和医疗安全。</p>	40%	<p>1.查 18 项核心制度 (首诊医师负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、急危重患者抢救制度、手术分级分类管理制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、病历书写与管理制度、值班与交接班制度、分级护理制度、新技术和新项目准入制度、危急值报告制度、抗菌药物分级管理制度、手术安全核查制度、临床用血审核制度、信息安全管理度)。2.查医院规章制度的建立是否符合法律法规与相关标准、同时符合本院实际情况。3.查制度的制定、修订/作废、批准、发布、是否有统一流程。4.所有制度装订成册或以统一格式存档, 便于查询。</p>
		<p>2.2.医疗质量管理制度、重点是核心制度落实。有医院和科室的培训记录, 核心制度考核落实; 医务人员掌握并遵循本岗位的相关制度。</p>	60%	<p>1.抽查 2 个临床科室制度的培训情况, 并与医务部 (科、处) 培训记录核对。应有记录证实该科室医务人员接受过医疗质量管理制度、重点是核心制度的年度培训; 2.抽查 2 个临床科室的质量管理小组机构、制度与职责、质控检查记录, 医护人员对核心制度的知晓率。3.现场考核核心制度落实情况。考核医师三级查房、术前讨论、疑难病例讨论。4.现场抽查在标本采集或给药前是否严格执行查对制度: 患者的身份识别制度; 以及住院患者使用“腕带”的落实情况。</p>
3. 医疗质量控制与安全管理相关数据及时收集、统计; 定期对质控数据进行分析 and 讲评。	1. 25%	<p>3.1.医疗质量管理部门按月及时、准确、全面地收集医疗质量控制与安全管理信息数据, 并进行统计分析 with 讲评。</p>	40%	<p>现场查看评价周期内的医疗质量控制、安全管理信息数据: 1.实际开放床位数、病床使用率、床位周转次数、出院患者平均住院日、门诊人次、急诊人次、住院人数、出院人数; 住院病人死亡率、住院危重抢救例数及死亡例数、急诊科危重抢救例数及死亡例数、年手术例数及死亡例数、临床与病理诊断符合率、手术前后诊断符合率、入出院诊断符合率、无菌切口甲级愈合率、无菌切口感染率; 住院患者压疮发生率、住院患者跌倒/坠床发生率、医疗纠纷发生率; 住院患者抗菌药物使用率 (<60%)、门诊患者抗菌药物处方比例 (<20%)、病历甲级率 (>90%, 不出现丙级病历); 业务总收入、药品收入占业务收入比例、抗生素占药品收入比例、门诊人均诊疗费用、住院人均治疗费用等。 2.抽查临床专业科室的本专业质控指标及质控效果。</p>
		<p>3.2.根据上述数据统计, 医疗质量管理部门应对门、急诊和住院医疗质量、对医疗过失行为进行分析、评价, 并对相关科室提出持续改进意见 (至少应一季度召开一次全院性医疗质量讲评会议, 出席率应大于90%)。</p>	40%	<p>1.查评价周期内全院性医疗质量讲评会议记录 (一季度召开一次), 临床科室出席率应达到90%或以上。2.医疗质量讲评会议内容应有记录。内容包括统计分析的数据和缺陷汇总; 制订质量管理持续改进的目标及提出整改措施; 评价改进的效果等。3.查相关科室对医疗质量确定是否有传达及反馈意见。</p>
		<p>3.3.定期进行全员医疗质量和安全教育, 牢固树立医疗质量和安全意识, 提高全员医疗质量管理和</p>	20%	<p>查评价周期内, 医疗质量和安全教育方面的业务学习培训记录 (至少每半年一次), 学习率是应达到90%及以上。</p>

		改进的参与力度。		
. 医疗风险防范及确保患者安全的机制完善。建立临床“危机值”报告制度与流程。有制度、有组织的定期进行相关培训。	4%	4.1. 有医疗风险管理方案，制订有针对主要风险相应的制度、流程和应急预案，并严格落实，防范不良事件的发生。	50%	1.查是否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。2.查是否有针对主要风险制订相应的制度、流程和各类应急预案（医疗纠纷/事故处理预案、心肺复苏抢救预案、大出血抢救预案等）。
		4.2. 根据医院实际情况确定临床“危机值”项目，“危机值”管理制度与报告流程健全落实。	30%	1.查临床科室有“危机值”报告制度、工作流程、“危急值”报告发送和接获有记录。2.医技部门（检验科、医学影像科及血药浓度检测等）有“危急值”项目表。
		4.3. 医院将实施“患者安全目标”作为推动患者安全管理的基本任务，组织培训，员工对患者安全目标知晓率达100%。按规定报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷。	20%	1.查医务部门和护理部门是否有年度“患者安全目标”培训计划，以及培训记录。2.现场抽查医生、护士若干名，了解其对“患者安全目标”的知晓率。3.查看不良事件记录。
5. 病案管理严格并持续改进。	4%	5.1. 病案科（室）设施、设备与人员符合医疗机构运行的需要；病案管理的各项规章制度、岗位职责健全、落实，定期开展病案检查和质量评价活动。	40%	1.查是否建立病案管理科（室）；病案管理规章制度和岗位职责；病案管理人员的配置是否健全（非相关专业人员<50%）。2.查病案管理流程，病历归档率和及时性(7个工作日内回归≥90%)；查借阅与归还、复印的登记资料。3.病案室的病案质量检查的相关记录、问题病历向科室的反馈流程和记录。4.查病案管理人员是否接受过病案管理培训，参加继续教育的记录。5.现场查病案科（室）是否有消防、防蛀、防潮等措施，以及相关管理记录。
		5.2. 按规定为门诊、急诊、住院患者书写符合《病历书写基本规范》要求的病历记录。	60%	1.抽查出院病历20份，其中：非手术病历、手术病历（术前病情评估与术前讨论记录、手术治疗计划与方案、患者知情同意书等）、大额病历、死亡病历各五份。检查病历书写制度落实情况。2.抽查门诊病历、急诊病历各五份。检查考核核心制度落实情况。
6. 继续医学教育工作。	1.25%	6.1. 医院继续医学教育管理体系健全，有管理制度和年度继续医学教育规划，继续医学教育管理学分完成率90%以上。	40%	1.查是否有继续医学管理部门、管理人员；对全院继续医学教育有统一的管理和规划。有完善的继续医学教育管理学管理档案。继续医学教育管理学分完成率90%以上。2.每年有对医护人员、前台工作人员开展急救技术培训的计划，有急救培训教材、教具（模拟人）、培训记录、考试考核记录。医务人员能熟练掌握心肺复苏技能。3.本院有继续医学教育学分项目，院内有继续医学教育讲座（每季度至少一次）。4.医院对医务人员的继续医学教育有经费支持；科室在时间上支持继续医学教育工作。
		6.2. 卫生技术人员“三基”培训与考核制度落实。	20%	1.查是否建立了卫生技术人员“三基”培训计划、考试考核制度、工作总结。2.《病历书写基本规范》实施文件发至每一名医师；病历书写作为医师岗前培训的主要内容

				之一。
		6.3. 在岗人员参加“三基”培训覆盖率达100%，在岗人员需每年参加“三基”考核合格率达100%。	40%	1.查在岗人员的“三基”培训记录和考核资料，包括培训时间、地点、参考人员名单、考卷、合格率统计等资料。 2.现场组织若干名卫生技术人员进行“三基”考核，了解合格率。
7、手术治疗管理、麻醉管理严格并持续改进工作。	5%	7.1. 手术室、麻醉科应建立有完善的工作制度、岗位职责和操作规程，以保证手术和麻醉质量安全。	50%	1.查手术相关管理制度：手术分级管理制度、手术医师分级授权管理制度、手术安全核查制度、手术风险评估制度、术前讨论制度、手术部位标记识别制度、围手术期管理制度、重大手术报告审批制度、急诊手术管理制度、手术室标本送检制度和流程、手术室管理规定、手术室环境标准、手术室差错事故防范制度等。2.查麻醉相关管理制度：包括麻醉医师资格分级授权管理制度、患者麻醉前病情评估制度、麻醉后访视制度、知情同意制度、术前安全核查、术后镇痛治疗管理规范、转科交接登记制度、麻醉不良事件无责上报制度、麻醉药品管理制度、手术用血制度与流程等。3.查手术室、麻醉科岗位职责；现场抽查医师对上述制度、岗位职责的知晓应100%；对手术安全核查制度、手术风险评估实施过程。4.查本院重点开展的二、三级手术的明确目录。
		7.2. 麻醉科科长、手术室护士长负责制落实，制订有本科室质量与安全管理计划，定期开展手术室和麻醉科质量评价，促进持续改进。	25%	1.查评价周期内，手术室、麻醉科质量与安全管理计划、质量评价与总结。2.查评价周期内手术室、麻醉科相关台账（包括手术登记本、疑难病例讨论本、危重抢救登记本、业务学习记录本）。3.定期开展麻醉与疼痛质量评价，查评估记录。
		7.3. 合理配置手术室、麻醉科人员。建立有质量与安全管理小组。手术医师资格准入制度、手术分级授权管理制度落实；建立质量与安全管理小组。实行麻醉医师资格分级授权管理制度与规范。	25%	1.查医务管理部门对手术医师的分级授权管理资料；并对授权情况实施动态管理记录。2.查对麻醉医师的分级授权管理资料；并对授权情况实施动态管理记录。3.抽查在岗实施手术的医师资质是否符合要求，并询问该医师对自己的授权资质知晓度。4.抽查在岗独立实施麻醉的医师资质是否符合要求，并询问该医师对自己的授权资质知晓度。
8. 住院诊疗活动规范；病房科主任、护士长负责制落实，开展住院医疗质量评价，	5%	8.1. 科主任、护士长负责制落实，制订有本科室质量与安全管理计划，围绕医疗核心制度制订有本科室的医疗工作管理制度，明确医护人员岗位职责。定期开展科室质量评价，促进持续改进。	30%	1.查看 2 个病区的医疗工作管理制度和医护人员岗位职责。 2.查评价周期内，2 个病区的质量与安全管理年度计划、质量评价、总结分析、改进措施的有关资料。3.查评价周期内 2 个病区的相关台账（包括医师值班交接班记录本、疑难病例讨论本、死亡病例讨论本、危重抢救登记本、业务学习记录本） 4.现场模拟急会诊：查是否在规定时间内到场；实操会诊流程、会诊记录。

确保医疗质量与安全。		<p>8.2.由具有法定资质的医务人员为患者提供规范的服务。</p> <p>应用疾病诊疗规范和药物临床应用指南，规范临床医疗行为，为患者制订最佳的住院诊疗计划或方案。</p> <p>由高级职称医师负责评价与核准住院诊疗计划及方案的适宜性，并记入病历。合理检查、合理用药、合理用血。</p>	50%	<p>1.查看病区是否建立患者病情评估管理制度、操作规范与程序；评估人具备法定资质。2.查看病区是否有适用的临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南；有对医务人员进行的指南培训的记录。3.现场抽查病区的运行病历。根据患者的病情评估，制订适宜的诊疗方案，审核各种特殊检查、特殊用药、有创治疗或输血治疗的适应症、及对患者充分说明，并征得同意后签字。所有诊疗活动由高级职称医师负责评价与核准签字，并在病历中体现。诊疗方案及时与患者沟通，患者出院时能做好出院指导。</p>
		<p>8.3.开展肾脏病的临床路径管理，规范疾病诊疗行为。医院设置相应组织机构，负责制度制定、管理评估、人员培训及组织协调等。科室成立实施小组，制定相关制度、组织培训，负责质量控制、反馈分析和定期评估等。</p>	20%	<p>1.查文件：领导小组、实施小组组成的相关文件。科室相关制度和试点病种相关文件。2.现场检查：查5份病史记录、变异退径记录、健康宣教和知情同意情况。3.查医院信息化建设和临床路径管理衔接。4.查自评工作和培训记录；查临床路径月报表。</p>
9、门诊管理制度落实严格，门诊诊疗活动有序开展，门诊诊疗质量安全可靠。	5%	<p>9.1.门诊整体布局合理，诊室设置合理。门诊管理的各项规章制度健全，岗位职责明确。</p>	30%	<p>1.查门诊管理的规章制度（至少应包括首诊负责制度、门诊会诊制度、导诊制度、突发事件应急预案）。2.查门诊管理人员及门诊医护人员岗位职责。查首诊负责制的落实情况。</p>
		<p>9.2.门诊医务人员应知晓管理制度和岗位职责。门诊医务人员资质应符合政策规定。</p>	10%	<p>查门诊医务人员对门诊管理制度和岗位职责的知晓度。</p>
		<p>9.3.按照现行临床诊疗指南、诊疗规范、药物临床应用指南等规范门诊医疗行为。</p>	30%	<p>抽查3位患者门诊的就医经过、病历是否符合规范。（包括问诊、体检是否根据诊疗指南或规范开具合理的辅助检查和治疗措施）</p>
		<p>9.4.门诊日志登记工作落实，制订有门诊病历书写管理制度，提高门诊病历书写质量。</p>	30%	<p>1.查门诊日志的登记情况，患者信息填写是否完整。2.查改善门诊服务、方便患者就医的措施。3.查根据门诊患者流量，是否有调配医疗资源的措施。4.门诊工作应有质量管理工作计划、质量检查记录。</p>
10. 急诊绿色通道管理落实。合理配置	5%	<p>10.1.急诊科（室）布局合理，检验、药房等区域距离急诊科的半径较短。院内紧急救治通道标识明</p>	40%	<p>1.查急诊绿色通道标识并保持通道畅通。现场模拟120送来急诊患者，启用绿色通道。2.查分诊预检流程是否合理。能有效分流非急危重症患者。3.药房、检验、放射、心电图是否7天×24小时提供服务。4.查急诊管理的规章制</p>

<p>急诊资源和急救药品、设备。全员培训心肺复苏急救技术，努力提高抢救成功率。</p>		<p>显，绿色通道畅通。急诊管理的各项规章制度健全。</p>		<p>度（至少应包括首诊负责制、急诊检诊分诊制度、急会诊制度、值班及交接班等制度，转诊转接制度等，留观室还应制订三级查房制、转院制度等）</p>
		<p>10.2.各种抢救设备齐全、到位、存放合理，且处于随时备用状态，有设备维护记录。各项技术规范、操作规程、急诊服务流程规范。</p>	40%	<p>1.查各种抢救设备及药品（抢救设备完好率为100%）：担架车、除颤仪或AED、呼吸机或简易呼吸器、监护仪/心电图机；设备维护记录；急救药品是否在有效期内。 2.建立心肺复苏、气管插管、动静脉穿刺、电复律、呼吸机使用等抢救技术规范； 3.建立创伤、急性中毒、急性心梗、心衰、呼衰、脑卒中等急、危、重症抢救流程与规范。</p>
		<p>10.3.急诊医务人员梯队结构合理。固定的急诊医师、护理人员占在岗人员总数的75%以上；急诊科主任应具备副主任医师或以上资格；急诊科护士长应具备主管护师或以上资格；急诊医师至少应取得执业证书3年以上；急诊护士至少具有2年以上护理工作经验，均经过专业培训，能独立胜任急诊工作。</p>	20%	<p>1.查医师、护士及技术人员资质，配置满足临床需求，查科主任的专业技术职称。2.查急诊医务人员对急诊管理制度和岗位职责的知晓度。3.抽查当值急诊医师对上述抢救技术和上述急危重症抢救流程的掌握程度。</p>
<p>11.超声科室质量管理与持续改进工作。超声科室设置、布局、设备、设施应符合相关规定。操作流程规范，规章制度齐全；诊断报告规范、及时，随访工作到位。</p>	5%	<p>11.1.基本设置和设备：科室设备基本设置、出场合格标识。抢救的相关设备。</p>	20%	<p>1.科室面积：一般超声室应达到20平方米；如有超声造影、介入超声则应达到30平方米。高度不低于2.5m。保持通风、恒温、遮光、防尘。2.检查超声仪器参数是否符合国家标准（设备应有年度计量部门颁发的检定证书）。3.介入/负荷超声室有监护仪及心肺抢救复苏设备、急救药品。</p>
		<p>11.2.科室规章制度健全，成立医疗质量管理小组，有质控检查和记录；有业务学习、培训记录；有专人负责资料管理。</p>	20%	<p>1.现场检查所列规章制度和操作流程是否齐全（消毒隔离制度、常规操作规范、介入诊疗规范等）。2.科室业务学习记录、设备维护记录。3.有医疗质量管理小组，有质控检查和记录。</p>
		<p>11.3.超声科医师资质应合法合规，从事彩超的医师需经过相关培训，取得相应资质；超声检查诊断报告必须由具有医师执业证书的科室人员签署。</p>	10%	<p>1.查超声科诊断医师应具《医师执业证书》。2.现场检查人员资质，彩超医师须经考试获得上岗证；现场查看超声诊断报告。</p>
		<p>11.4.符合质控组制定的《超声检查脏器常规切面》及规范化报告单要</p>	30%	<p>1.选择1名医师，询问某一专业超声操作切面：肝脏检查必须包括8个切面观。2.抽查6份超声诊断报告，应主要包括4部分①患者信息完整性；②常规参数测量；③阳</p>

		求。		性及重要阴性指标描述；④诊断完整性。
		<p>11.5.科室对重点病例应建立随访制度，定期随访。随访结果应有书面记录。随访结果应在科室内部反馈、讨论分析。定期统计诊断符合率要求达到 95%或以上（物理性质）。</p>	20%	<p>1.查科超声资料管理制度。2.查有无随访制度、随访记录。3.随访结果有无反馈。4.查诊断符合率有无统计，是否达到 95%。</p>
<p>12. 放射科质量管理与持续改进工作。管理涵盖放射科人员配备、人员资质管理，科室设置和服务管理；放射诊疗质量管理；医学影像诊断规范管理；放射防护和职业安全管理。</p>	5%	<p>12.1.科主任应为具有主治医师以上职称的全职医生；拥有 CT 或 MRI 等大型医学影像设备的科室主任应具有副主任医师以上职称；开展放射诊疗工作的科室人员配备须符合《放射诊疗管理规定》，满足临床需要；放射工作岗位人员需办理《放射工作人员证》，定期参加放射专项培训并取得相应资质。建立健全科室各项规章制度、岗位职责、操作常规和技术操作规范，并定期更新。建立科室质量管理小组，开展质量管理工作，有质量评价和分析记录（每季度 1 次）。</p>	20%	<p>1.查医师、护士及技术人员资质，配置满足临床需求，查科主任的专业技术职称。2.查专业技术人员资质，需具备放射专业资质：【放射工作人员证】（2 年一次体检、培训）、【辐射安全与防护培训合格证】、【职业健康体检】。3.查科室质量管理小组机构、质量评价记录。4.查各项规章制度、岗位职责、操作常规、技术操作规范及更新记录。</p>
		<p>12.2.医学影像科应取得《放射诊疗许可证》。服务项目应满足临床诊疗需求： 普通放射检查 24 小时内报告。各种造影报告≤2 个工作日。CT 和 MRI 报告≤2 个工作日。具有急诊的医院，提供全天候连续急诊服务；X 线急诊报告≤30 分钟；CT 和 MRI 急诊报告≤2 小时。使用对比剂增强的科室制定</p>	20%	<p>1.查《放射诊疗许可证》与《医疗机构执业许可证》中核准的医学影像科诊疗科目一致。2.查医学影像服务全部项目列表，有急诊服务应符合全天候连续服务要求。现场查看出报告时限。查相关放射检查告知书的落实情况。3.查使用对比剂增强的 CT/MRI 科室中急救流程和人员急救水平，查抢救设备药品配置情况。</p>

	<p>应急抢救制度并配备抢救车和抢救药品、器械。放射检查的预约流程合理，与放射检查相关的告知书内容全面、详尽。</p>		
	<p>12.3.定期校验放射诊疗及相关设备的技术指标和安全防护性能。开展图像质量评价活动，有评价结果与持续改进记录。制定患者身份标识的相关制度，严格执行各类查对制度，准确识别患者身份。提供保护患者隐私的诊疗环境。CT、MRI 检查阳性率均>80%。</p>	20%	<p>1.查相应检测机构（地区级以上卫生行政部门和监测机构）定期校验放射诊疗及相关设备技术指标和安全、防护性能的记录。2.查图像质量评价活动记录。3.查患者身份识别制度及执行情况。查就诊环境是否有利于保护患者隐私。4.查诊断报告正确率和阳性率。</p>
	<p>12.4.由具有资质的医学影像诊断专业医师书写医学影像诊断报告。医学影像诊断报告书写应规范，并标注报告时间（精确到分钟）。制定疑难病例分析与读片制度，有落实。建立阳性病例随访制度，有落实。制定临床“危急值”报告制度和 workflows。</p>	20%	<p>1.抽 10 份医学影像诊断报告，查书写规范及医师的资质。2.查疑难病例分析与读片记录。3 查随访记录。4 查“危急值”报告制度及处理记录。</p>
	<p>12.5.定期对放射诊疗工作场所、设备进行放射防护监测。放射工作场所安全防护装置和检测仪器符合要求。</p> <p>放射诊疗工作场所的入口应设置电离辐射警告标志；检查妊娠妇女及儿童应有特殊告知；对患者敏感器官和组织进行屏蔽防护，并事先告知患者或家属辐射对健康的影响。有相关职业病危害防护措施。配备放射防护器材与个人防护用品，按规定配戴个人剂量计，并按</p>	20%	<p>1.查相应检测机构（地区级以上卫生行政部门和监测机构）放射防护监测/检测报告，每年 1 次。2.查患者屏蔽防护措施和落实情况。查妊娠妇女、儿童放射防护告知的落实情况。3.查看放射防护器材、个人防护用品使用和剂量计配戴情况，查相应检测机构（地区级以上卫生行政部门和监测机构）对个人剂量计的检测记录。异常剂量有分析，有整改。4.查接触射线工作人员定期体检记录（指定体检机构）。</p>

		<p>时送检。</p> <p>接触射线工作人员定期体检，（岗前入职体检、岗中每两年一次体检、离岗体检），建立放射工作人员健康档案。</p>		
13. 药事管理质量与持续改进工作。	5%	<p>13.1.药事管理组织</p> <p>医疗机构药事管理与药物治疗学委员会成员组成和成员资质符合要求（副主任必须有药学人员），有明确的职责和工作制度。药剂科主任要求为副主任药师或以上。</p> <p>药事管理委员会应有正式成立文件，每年至少召开全体委员会议2次，有会议签到和原始记录，产生的决议有记录。药事管理委员应设专人负责医院药品质量管理、麻醉精神药品管理、处方点评管理、药品不良反应监测管理以及抗菌药物临床应用管理。各组员有明确的工作职责。</p>	5%	<p>1.查阅药事管理与药物治疗学委员会组成的正式文件，工作制度和职责条例。</p> <p>2.药事管理委员会及各组全体会议至少2次/年，出席人数>3/4，有会议记录。</p>
		<p>13.2.科室管理和人员资质</p> <p>建立科室质量管理小组，开展质量管理工作，有质量评价和分析记录（每季度1次）。</p> <p>制定科室各项规章制度、岗位职责。</p> <p>质量管理小组应包括： 药学部门负责人，具药学专业专科以上学历、中级以上职称； 处方审核和调配人员，药库采购验收工作人员为经资格认定的药学技术人员。</p> <p>对药学技术人员进行岗</p>	10%	<p>1.查科室质量管理小组的质量评价和分析记录。（每季度至少有一次质量相关活动记录）</p> <p>2.各项规章制度、岗位职责。（具有可操作性）</p> <p>（1）药品购进、验收、储存、养护、出库等环节管理制度；（2）首次供货企业合法资质审核管理制度；（3）新药引进制度；（4）处方调配和审核管理制度；（5）药品使用差错、事故报告与管理制度、药品效期管理制度；（6）不合格药品和退货药品的管理制度；（7）药品召回管理制度；（8）直接接触药品人员健康体检管理制度。</p> <p>3.查药剂科主任资质与各级人员资质。</p> <p>4.查岗位培训和继续教育的资料。查上年度全体医务人员参加有关药事培训记录（每年至少1次）；</p> <p>5.查直接接触药品人员健康体检证明。</p>

	<p>位培训、继续教育。医疗、药学管理部门、临床科室负责人及全体医务人员知晓相关药事法律、法规和规章。</p> <p>如有中药房，负责中药饮片临方炮制工作的，应当是具有三年以上炮制经验的中药学专业技术人员。中药饮片煎煮工作应当由中药学专业技术人员负责，具体操作人员应当经过相应的专业技术培训。</p>		
	<p>13.3.药品管理</p> <p>制定本院“用药供应目录”或“药品处方集”，实行遴选和动态管理，每年调整1次。</p> <p>通过正规渠道采购药品，适量贮备。</p> <p>制定药品质量监督管理制度，并有监控记录。对退药进行有效管理。不使用假、劣药品及未经批准注册、过期、变质、失效药品。对有疑问的药品及假、劣药品实行药品召回制度。</p> <p>执行药品入库验收制度，有药品质量监控系统和质量问题报告途径。</p>	7.5%	<p>现场检查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查“用药供应目录”或“药品处方集”每年更新情况。 2.查药品采购及入库验收的资料。 3.查中药饮片管理。中药房和煎药室实行外包服务的，应有服务质量保证的条款。
	<p>13.4.药品贮存管理</p> <p>药库布局合理，远离污染区，温湿度和照明亮度适宜；</p> <p>所有贮存药品须标明失效日期和注意事项；</p> <p>静脉用药调配和制剂在符合规定环境中进行；</p> <p>有完备的药品出入库管理信息系统，与HIS联网运行。</p>	10%	<ol style="list-style-type: none"> 1.查药库布局，有防潮、防湿、防高温、防鼠虫和防火、防盗设施，有相对温度、湿度、冰箱温度记录。 2.查药品贮存和效期管理情况。查近效期药品预警管理。 3.查静脉用药配置的环境和配置范围。4.查药品管理信息系统，与HIS联网运行情况。

	<p>13.5. 处方管理和用药安全</p> <p>处方项目齐全，字迹清晰，使用药品通用名，给药途经、用法和剂量正确；制定处方（包括用药医嘱）管理制度，规范处方（用药医嘱）开具、抄录、审核等行为；医师和药师签名或签章式样在药学部门留样备案；药师对处方或医嘱用药应进行适宜性审核。对不合理处方及时进行干预。对严重不合理用药或者用药错误，拒绝调配并记录；开展药物咨询服务，并进行安全用药指导；制定处方点评制度，定期开展处方点评。</p>	10%	<p>1.抽查 50 张当天处方书写规范情况、医师签字或签章与留样是否一致。2.查药师用药审核和处方干预的记录。3.查定期开展处方点评和及时进行干预的相关资料。</p>
	<p>13.6. 加强用药核对程序</p> <p>处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的双核对程序，并由转抄，执行者和双核查者签名确认；患者对所有用药加强核对，确保安全。</p>	7.5%	<p>1.查 2 份病史中医嘱转抄，有无转抄者，执行者与双核查者的签名确认。 2.根据医院查对制度，考查病区口服药、注射用药管理流程和核对程序是否规范。</p>
	<p>13.7. 药物不良反应与不良事件监测报告</p> <p>制定药品不良反应监测和不良事件监测报告制度；医师、药师、护士及其他医务人员相互配合对患者用药情况进行监测。重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应。有原始记录；发生严重药品不良反应或药害事件，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，并对事件进行及时的调查、分析，按规定上报</p>	7.5%	<p>1.药品不良反应监测和药害事件监测报告管理制度。 2.查药物不良反应和药害事件监测分析记录。 3.严重药物不良事件是否按规定上报卫生行政管理部门。</p>

	<p>卫生行政部门和药品监督管理部门。</p>		
	<p>13.8.合理应用抗菌药物 制定本院“抗菌药物临床应用和管理实施细则”；成立抗菌药物管理小组，制定抗菌药物分级管理制度，实施抗菌药物三级管理，进行动态监控与评价，每季度至少有一次工作记录；定期向全院临床科室公布有关抗菌药物临床应用情况分析，每半年至少一次；有本院检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析对策报告，至少每6个月一次；对医务人员进行合理应用抗菌药物知识培训与教育，每年至少1次。</p>	20%	<p>1.查抗菌药物临床应用和管理实施细则；查抗菌药物合理使用培训记录。2.查抗菌药物分级管理制度与目录。（品种不超过35种）。3.查抗菌药物临床分级应用监督、分析、评价和抗菌药物临床应用分析的内部公示资料。4.查门诊处方50张，查是否符合抗菌药物分级管理规定，有无越级使用抗菌药物的情况及使用比例。（住院患者抗菌药物使用率不超过60%、是否进行病原学和细菌药敏检查、门诊患者抗菌药物处方比例不超过20%）</p>
	<p>13.9.临床药师制度 药学部门制定临床药师工作制度；有1名以上符合资质的临床药师从事临床药学服务；临床药师职责明确。参加临床诊疗活动，并提供咨询和临床药学服务；临床药师为医护人员、患者提供合理用药的知识，做好药物信息，药物不良反应，治疗药物检测等咨询服务。</p>	7.5%	<p>1.临床药师工作制度，抽查1名临床药师工作职责的知晓情况。2.查临床药师配备、药师资质。3.查5份相关病历，考评临床药师参与临床工作情况。每周至少参加一次临床查房并有临床药学服务记录比如药物调整和处方干预记录。</p>
	<p>13.10.特殊管理药品的使用与管理对高浓度电解质、易混淆（听似、看似）的药品有严格的贮存要求；严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品，药品类易制毒化学品及高危药品等特殊药品的使用管理制</p>	15%	<p>1.查特殊药品使用管理相关制度（“毒、麻、精、放”、“高危”等）。2.查“毒、麻、精、放”药品和易制毒化学品的三级管理（药库/药房/病区）、“五专”管理情况（专人/专柜加锁/专用账册/专用处方/专册登记）。3.查高浓度电解质和易混淆药品等特殊药品的存放和警示标识。4.查医院有“麻、精”特殊药品处方权限的医生、药师名单，查相关人员培训合格证明文件。5.查“麻、精”药品处方20张，查处方用法、用量、适应症及书写规范。残余量记录规范。6.查门诊“麻、精”药品使用病历，查病历记录，患者身份备案资料及知情同意书。</p>

		度,存放区域、标识和贮存方法的相关规定;医疗机构毒麻药印鉴卡记录详实、医院授予麻醉处方权人员均有参加专项培训的记录并取得资格认可。		7.查医院麻醉药品、第一类精神药品销毁记录。
14. 实验室质量管理: 医学检验科、血库/输血科和病理科管理。	5%	<p>14.1.科室设置、布局和设备设施符合相关要求,服务项目满足临床诊疗需求。医学检验科符合《医疗机构临床实验室管理办法》;病理科符合《病理科建设与管理指南(试行)》的要求;临床输血落实《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法(试行)》和《临床输血技术规范》等有关法律法规,完善临床用血的组织管理。</p>	30%	<p>1.所有医疗仪器和试剂符合国家有关部门标准和准入范围,具有三证。抽查其相关证书。2.开展的检验项目符合卫生行政部门的准入范围。查看检验项目是否违规。3.检查常规检验项目、急诊检验项目列表及各项日常规与急诊报告时间。每个科目抽查2-3个报告时间。4.急诊临床项目≤30分钟出报告,生化免疫急诊项目≤2小时出报告。每个科目抽查2-3个报告时间是否合格。5.病理科术中快速病理≤30分钟出报告,抽查2-3例报告时间。6.输血科有输血应急预案和输血管理制度,与供血单位签订供血协议,为临床提供输血知识培训,每年至少一次。有输血不良反应处理预案及记录。输血者签署输血知情同意书。7.定期向临床科室发布细菌耐药数据,抽查年数据分析报告。8.新试验及仪器设备验证和校准规则。抽查验证记录,及仪器和移液器的校准数据和记录。9.有新项目审批和管理制度。10.仪器状态和维护记录:室温记录和室内湿度记录,冰箱和培养箱等温度记录检查。11.外送检验项目应有委托服务协议,有委托实验室资质和质量保证的证明文件及外送检验项目的要求和规定,外送样品有登记和记录。</p>
		<p>14.2.有安全管理制度、标准操作程序和管理措施以及相应记录。</p>	20%	<p>1.科主任为实验室安全主要负责人并设置有安全员。2.实验室生物安全分区合理,划分污染区、半污染区、清洁区,科室入口有生物安全等级标志。3.查看生物安全防护设施:生物安全柜,高压灭菌装置,紫外消毒灯,非接触式洗手装置。紫外线灯的效果监测使用时间记录。4.具有个人安全防护设施和用品:洗眼器,紧急冲淋装置,急救箱;手套,口罩,帽子,工作服。5.有消防安全保障,定期检查防火灭火设备,保持安全通道畅通。6.建立微生物菌种、毒株的管理规定,有记录。7.有安全管理制度和规程,有安全培训记录:工作人员上岗前进行安全教育,并有进行生物安全防护培训记录。抽查1-2人生物安全防护的设施设备和个人防护用品正确使用情况。8.查看对防护设备(生物安全柜)有效性进行评估记录(每年至少一次)9.开展与备案相一致的病原微生物检测工作,病原微生物菌毒种按要求管理运送。10.消毒灭菌及医疗废弃物处理制度并有记录。11.标本溅洒及意外事故处理办法和相关记录。有职业暴露后的处理应急预案及记录。</p>

			12.危险化学品管理规则和记录,有化学品溅洒处理办法。 13.建立工作人员健康档案,每年有艾滋病和乙肝丙肝传染病检测记录。14.高压灭菌效果监测记录(化学或生物指示剂)。
	14.3. 建立完善科室人员管理制度、岗位职责,学习培训计划,技术人员应有相应的资格证书及岗位证书。应有培训和考核记录。	10%	1.查阅科室人员工作制度和岗位职责条例。2.符合工作人员资质和能力要求,查各类资格职称证书。3.查看特殊技能岗位证书:分子生物学、HIV 初筛操作人员上岗证,高压消毒灭菌和生物安全培训等相关证书。4.查人员培训计划、培训记录。每年至少一次对学习培训效果进行评估考核,有评估记录(每季度至少进行一次学习培训)。
	14.4. 全面质量管理与改进。科主任领导的质量与安全管理小组,建立质量管理规章制度和监测指标,开展室内质控、参加室间质评。合理管理床旁检验项目。有实验室信息管理系统。)。	25%	1.有质量和安全管理小组,并有小组会议记录和定期检查记录。2.有质量体系文件:质量管理制度、标准操作规程和记录表格。3.有质量监控指标并定期评估。查看监控指标。4.有室内质控规则,项目覆盖全部检测项目。抽查各科目 2-3 项室内质控结果。5.参加室间质量评价或能力验证活动,项目覆盖全部检测项目。抽查各科目 2-3 项参加情况。6.保证检测系统的完整性和有效性。所有检测项目有操作规程。查各个科目 2-3 项操作规程。7.仪器根据规定有新仪器验证、定期校准和保养维护规程。检查规程和相关记录。8.床旁检验项目开展室内质控并定期比对。9.实验室信息系统贯穿与检验全程管理,包括标本采集、接收、报告发送时间的记录。查看信息系统功能。10.实验室应制定管理体系的内部审核制度,定期对分析前、中、后质量改进的执行情况和效果、文件和标准的变化、人员培训情况和效果、供应商、外部检查等进行评估,对实验室质量管理体系符合性进行内部评估。11.应制定质量改进目标,定期(每年至少一次)对质量目标和实施效果进行评估;查看目标和评估数据。
	14.5. 保证检验结果准确性,检测报告及时、准确、规范,有审核制度	15%	1.制定各类患者准备、标本采集、处理、运送、接收(或拒收)和储存要求等,分析前具体要求和指南,及相应的执行记录。查看相关规程和记录。2.标本运送和交接的过程进行有效监控,对此过程中出现的问题进行定期(每年至少一次)评估。有标本拒收制度,查看不合格和拒收标本登记。3.查看检测报告合理完整性:患者信息,标本类型,采集时间,报告时间,提供中文或中英文检测名称、结果单位及参考范围。有异常结果提示。4.严格执行检验报告双签字制度(急诊除外)。抽查各专业 2-3 份报告。5.结果报告时间满足临床诊疗的需求,定期评估报告时间。抽查各个学科的报告时间评估数据。6.建立危急值管理报告制度,查看危急值项目及限值表、报告记录是否全面(包括时间、项目和结果、报告人、接收人),检查报告是否及时准确。7.与临床建立有效沟通方式,宣传新项目用途,解答临床对结果报告的疑问。检查临床

				沟通相关规定和沟通记录。
		14.6. 特别严重违反法律法规的情（如出假报告）一票否决。		1.查投诉记录。 2.查卫生行政部门处罚情况。
15. 血液净化质量管理与持续改进。 涵盖规章制度、功能布局、人员配备、人员资质、设施设备管理；诊疗质量管理。）	15%	15.1. 血透室规章制度、岗位职责和流程规范。	8%	1.制定血透室日常工作制度：包括患者接诊制度、设施与设备管理制度、药品耗材管理制度、透析液和透析用水质量监测制度、医院感染管理和报告制度、消毒隔离、疫情报告制度、信息管理制度、医务人员职业安全防护管理制度、交接班制度、值班制度等。2.制定负责人、医师、护士长、护士及技师等岗位职责。 3.制定诊疗及护理规范：副主任医师以上每周查房1次、医师每日查房；护士正确执行医嘱，实施血液净化治疗护理，严格执行查对制度。4.落实各项规章制度、岗位职责和规范，有培训有考核。5.建立不良事件上报制度，有分析及整改措施并记录。6.制定透析急、慢性并发症的处置方案。7.制定疑难危重患者的转诊制度。 8.实行患者实名制管理，制定患者登记制度和隐私保护制度。9.制定病历管理制度，病历至少有首次病历、检查和用药记录等、透析记录、医嘱执行记录。10.建立患者知情同意制度，有患者（或家属或监护人）签字同意的治疗文书。
		15.2. 血透室功能布局。	18%	1.根据环境卫生学和医院感染管理有关规定，区分清洁区和污染区。2.设置普通治疗区、隔离治疗区、透析区护士站、水处理间、集中供液室、治疗室、候诊区、接诊区、储存室（库房）、污物处理区和办公区等功能区域。3.分区（室）治疗：对需要隔离的患者设有隔离治疗区（室），配备专门的治疗用品和相对固定的工作人员。4.透析单元间距和面积：每个单元使用面积 ≥ 3.4 平方米，床（椅）间距 ≥ 0.8 米。5.水处理室：使用面积不少于水处理机占地面积1.5倍。6.治疗室：区域面积和设施能够满足工作的需要。7.储存室（库房）：干湿分开，消毒、湿度、温度、通风和区域面积符合要求。8.设置消毒剂库房：单独、合理的存放点。 9.配备污物和污水处理设施和设备：满足污物和污水的消毒和无害化的要求。10.设置医疗废物暂存处和独立的污物通道：隔离治疗区（室）另设独立的污物通道。
		15.3. 血透室设施设备。	8%	1.基本设备：至少配备10台以上血液透析机，水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等。2.透析单元：由一台血液透析机和一张透析床（椅）组成，使用面积不少

			于 3.4 平方米。3.急救设备和药品：心脏除颤器、心电图监护仪、简易呼吸器、心电图机、抢救车（包括气管插管等抢救所需物品）等及相关药品。4.配有职业防护设备。 5.具备双路供电或应急发电设施。
	15.4. 血透室人员岗位配备。	17%	1.医师：①至少有 1 名肾脏病学高级专业技术职务任职资格、具有 5 年以上血液透析诊疗经验的医师（可以多点执业）不少于每周 1 次的定期巡查。②至少有 2 名执业医师，其中 1 名固定注册在本机构并从事血液透析 3 年以上，1 名可固定或多点执业于本机构，具有肾脏病学中级以上专业技术职务任职资格并从事血液透析 3 年以上。③每增加 20 台血液透析机至少增加 1 名固定注册在本机构的执业医师，应当具有 3 年以上血液净化工作经验。护理人员：①护士长具有中级及以上专业技术职务任职资格，并从事血液透析护理与管理工作至少 3 年。②至少有 1 名注册护士具有中级及以上专业技术职务任职资格并从事透析护理工作 3 年以上。③每台血液透析机至少配备 0.5 名护士，每名护士每班负责治疗和护理的患者数量不超过 5 名。 3.技师：至少有 1 名常驻在本中心的技师，具有电子学知识和相应医学知识，熟悉血液透析机和水处理设备的性能。
	15.5. 血透室医疗质量管理与评价。	17%	1.设置独立的医疗质量安全管理小组，配备专（兼）职人员，有日常监管记录。2.质量管理制度及落实情况：建立质量管理小组，中心负责人担任组长。开展质量管理工作，有计划、有培训、有质量评价、分析记录和持续改进措施（每季度 1 次）。3.定期进行医疗质量指标评价：①每 3 个月评估 1 次透析充分性指标 $spKt/V$ 和 URR 。②每 2 至 4 周评估 1 次干体重。③每 1 个月评估 1 次血红蛋白水平。④每 3 个月评估 1 次白蛋白、前白蛋白等营养指标。⑤每 3 个月评估 1 次血钙、血磷、血 $iPTH$ 等 $CKD-MBD$ 指标。⑥每 6 个月评估 1 次乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒、艾滋病标志物等传染病指标。4.每年度对透析例次、转腹透例次、肾移植例次、死亡例次、肝炎阳转例次等进行医疗质量分析。 5.建立患者运行数据库，定期向省市和国家质控部门上报有关数据信息。
	15.6. 血液透析机管理。	8%	1.制定透析机设备管理和维护保养制度，并落实责任人。 2.建立透析机设备档案，包括出厂信息、使用和维修记录等。3.建立透析机的日常检查记录，有日常维护和保养记录。4.设备厂家每年一次对透析机进行维护保养及

				安全检测,有记录有签字。5.使用的消毒剂符合要求(有批准文号)。
	8%	15.7.水处理设备管理。	8%	1.制定水处理设备管理和维护保养制度,并落实负责人。2.建立水处理设备档案:包括出厂信息、使用和维修记录等。3.建立水处理设备的日常检查记录,有日常维护和保养、安全检测记录(包括出水量、电导度和压力等)。4.采用双极反渗透水处理设备。设备厂家每年一次对水处理设备进行维护保养及安全检测,有记录有签字。5.制定透析用水质量监测制度。6.建立水质硬度、总氯的每日检测记录。7.建立内毒素、细菌等水质微生物的每月检测记录。8.建立化学污染物的每年检测记录。9.水质不合格者有整改措施,并有记录。10.按照设备厂家规定定期对反渗透机和供水管路进行消毒和冲洗,检测消毒剂残留量。使用的消毒剂符合要求(名称和批号)。
		15.8.透析液管理。	8%	1.制定透析液质量监测制度(包括自配A、B液,浓缩A、B液或干粉等)。2.建立内毒素、细菌等透析液微生物的监测记录,每年每台透析机至少监测一次。3.浓缩透析液A液的使用符合要求(名称、批号和出厂合格报告或检验合格证),包括A液成品或配制,厂商证照合格。4.浓缩透析液B液的使用符合要求(名称批号和出厂合格报告或检验合格证),包括B液成品或配制、联机干粉,厂商证照合格。5.浓缩透析液配制的环境、设备、消毒和使用符合要求,有配制记录。6.透析液配制有操作常规,配制符合要求;配置人员有培训,有记录。7.透析液打开后记录开封日期,B液24小时内用完。8.采用集中供液(包括浓缩液或透析液)设备,需符合厂家规定的设备使用、消毒及维护保养规定。9.透析液不合格有整改措施,有记录。10.透析液存放的库房环境条件符合要求。
		15.9.透析器及其他医用耗材管理。	8%	1.按照医疗器械二级库房管理规定,制定库房管理制度。2.库房设置符合要求,包括干湿分离、通风设备、温度湿度等。3.库房配备温度湿度仪和灭鼠设施。4.制定透析器及其他医用耗材管理制度,并落实责任人。5.制定透析器材及其他医用耗材质量监测制度。6.使用的透析器材符合要求,厂商证照合格。7.建立透析器材使用记录:包括入出库、缺陷记录、月结月清等。8.建立不良事件监测记录。9.各种透析器材在符合条件的库房内存放,无包装破损并在使用期限内。10.消毒剂存放点符合要求,设定专门的区域,并符合危险化学品存放要求。
16. 肾脏病专科医疗技术水平。	35%	16.1.肾脏病医院主要医疗质量指标达到当地省、市(直辖市)级卫生行政部门标准或质控标准。	29%	有一项不符合要求,扣1分。

		16.2.能独立并常规开展与肾脏病专科功能和任务相适应的技术项目，四星级酒店达到二级医院的技术标准和水平、五星级酒店达到三级医院的技术标准和水平。	71%	按照具体标准得分。

A.4 护理院感部分

包括护理管理组织、护理人力资源管理、临床护理质量管理与持续改进、临床护理安全管理与持续改进、特殊护理单元质量管理与监测、医院感染管理与持续改进等内容，共计 200 分，权重 20%。见表 A.4。

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
1. 护理管理组织。	2.5%	1.1.院长履行对护理工作领导责任，实施目标管理。	20%	1.成立护理质量管理委员会。 2.定期召开会议明确职责与条例。
		1.2.护理管理组织体系。	40%	1.建立垂直护理管理体系。 2.职责明确，有目标管理并制定计划。 3 临床护理有内涵及规范。 4.质量有监督考核评价并有记录。
		1.3.工作制度和岗位职责。	40%	1.工作制度、岗位职责、护理常规、操作规程。 2.护理制度及时更新、完善。 3.定期开展护理培训，有培训记录。
2. 护理人力资源管理。	5%	2.1.护士资质和岗位技术能力。	20%	1.制定各级护士培训制度和计划。 2.参加国家/市级I类继续教育项目。
		2.2.护理人员配置。	40%	1.临床护理岗位护士数量占全院护士总数 $\geq 90\%$ 。 2.全院护士数量与实际开放床位比 $\geq 0.4:1$ 。 3.手术室在岗护士与开放手术间之比 $\geq 3:1$ 。 4.血透室在岗护士与开放血透机之比 $\geq 1:5$ 。 5.合理配置护理员，护理员数量、培训、管理符合有关规定。
		2.3.护理人力资源调配。	20%	1.制定紧急人力资源调配制度和方案。 2.实行弹性调配。
		2.4.在职培训。	20%	1.制定护士培训制度、计划。 2.参加国家/省市级 I 类继续教育项目。
	12.5%	3.1.护理质量评价。	20%	对基础与专科护理措施落实情况进行督查。
				1.制定重点部门（血液净化室、手术室、供应室、

3.临床护理质量管理与持续改进。		3.2.重点部门和重点护理环节管理。	20%	重症监护病房、急诊科) 护理管理制度, 并进行督查。2.制定重点护理环节(输血, 药物不良反应)的护理管理流程, 并进行督查。3.病区有与血液净化室、ICU、急诊科、手术室或其他科室的转入(出)患者交接护理记录。4.遵照医嘱为患者提供输血治疗服务。5.制定化验标本采集与运送规范、“危机值”报告和办理流程, 护士知晓率100%。
		3.3.开展优质护理, 落实分级护理。	12%	1.开展优质护理: ①落实责任制护理工作模式; ②提供专业照护; ③开展责任制护理的病房大于50%, 每名责任护士平均负责患者数量不超过8位。 2.落实分级护理: ④制定分级护理制度、标准; ⑤护理级别与患者病情相符, 有相应级别标识; ⑥护士掌握患者的护理级别及对应的护理内容。护理措施及时、准确, 并有记录; ⑦各级护理管理部门对分级护理执行情况进行定期检查、反馈, 提出改进措施并有记录。
		3.4.危重患者护理常规。	12%	1.制定危重患者护理常规书写危重患者护理记录。2.护士能及时、准确观察判断患者病情变化, 及时报告医师并主动采取措施。
		3.5.护理文书书写。	12%	1.制定护理文书书写标准(标准册), 及时修订。2.有文书书写检查考核标准。3.各级护理管理部门定期对运行的护理文件进行质量评价, 有考评记录。4.对在职护士进行文书书写培训, 并有考评记录。
		3.6.提供心理和健康指导服务。	12%	1.根据各科室疾病特点, 建立患者健康指导手册(资料)。 2.根据患者的病情, 实施有专科特色的健康指导(包括入出院、饮食、用药、治疗、特殊检查、手术等)。
		3.7.仪器、设备和抢救药品有效使用。	12%	1.抢救仪器、设备齐全呈备用状态。2.抢救药品保证在有效期内。
		4.临床护理安全管理与持续改进。	17.5%	4.1.护理安全管理组织和监管。
4.2.主动报告护理质量安全事件。	20%			1.制定主动报告护理安全事件制度。2.护理人员接受主动报告护理安全制度的培训。3.科室有护理安全事件登记本。4.护理部定期组织分析、整改及反馈, 有改进记录。
4.3.护理风险防范。	20%			1.制定制度与流程; 2.检查落实情况, 有记录; 3.防范跌倒/坠床、压疮。
4.4.护理操作及常见并发症预防与处理。				1.护理人员能熟练掌握口腔护理、静脉输液、各种

			20%	注射、鼻饲等常见的临床护理技术操作以及并发症的预防与处理措施。2.各护理单元的护理人员能熟练掌握专科护理技术操作，并能正确预防和处理常见并发症。
		4.5.紧急意外事件的护理应急预案和处置流程。	20%	1.护理部建立院内紧急意外事件（停电、停水、火灾等）的应急预案和处理流程。2.制定紧急意外事件的应急预案和处理流程的培训方案并实施。
5.特殊护理单元质量管理与监测。	32.5%	5.1.手术室护理质量管理与监测。	7.5%	1.工作流程合理，符合预防和控制医院感染要求,洁污区域分开、标识清楚。2.执行手卫生规范和医疗废物处置相关规定。有手术间空气菌落数、消毒隔离监测记录。3.医疗设备和手术器械清洁、消毒、灭菌、存放等环节符合相关规定。4.制定并实施相关工作制度、岗位职责、护理常规与操作规程，落实各项工作制度。5.有护理质量控制人员或小组，对规章制度落实情况实行质量控制。
		5.2.中心供应室护理质量管理与监测。	7.5%	1.建筑布局、工作流程合理，符合预防和控制医院感染要求。物流从污到净，不交叉、不逆流。空气流向由洁到污。2.制定并实施相关工作制度、工作流程、岗位职责与操作规程。3.有护理质量控制人员及小组，对工作质量有评价分析及改进措施。4.高压灭菌操作人员经上岗培训、考核合格后方可上岗，并定期验证合格。5.供应室消毒灭菌采用工艺、化学、生物等方法，有监测灭菌效果的记录。6.制定消毒物品效期管理的相关制度。
		5.3.重症监护室护理质量管理与监测。	7.5%	1.流程合理，符合预防和控制医院感染的要求，有交叉感染的防护措施及监测记录。2.制定并实施相关的工作制度、岗位职责、护理常规与操作规程。3.有护理质量控制人员及小组，依据质量与安全管理制度控制护理质量，重点加强气道、管路、压疮管理和基础护理。4.落实分级护理，同病房标准。
		5.4.急诊科护理质量管理与监测。	7.5%	1.急诊科工作流程合理，符合预防和控制医院感染的要求。2.制定并实施急诊科护理工作制度、岗位职责、护理常规与操作规程，有应对突发公共（卫生）事件等重大成批伤病员救治护理预案。3.护士长须经专业培训合格后方可上岗。4.有护理质量控制人员及小组，对工作质量有评价分析及改进措施。
		5.5.腹膜透析室护理质量管理与监测。	15%	1.工作流程合理，符合预防和控制医院感染的要求，具备与其功能和任务相适应的场所、设施、设备。2.制定并实施相关的工作制度、岗位职责、护理常规与操作规程。3.具备空气消毒装置、空调、恒温箱和电子秤等。4.有护理质量控制人员及小组，对工作质量有评价分析及改进措施。5.腹膜透析室护士须经专业培训考核合格后方可上岗。

		5.6. 血液净化室护理质量管理与监测。	15%	1. 工作流程合理, 符合预防和控制医院感染的要求, 具备与其功能和任务相适应的场所、设施、设备。 2. 制定并实施相关的工作制度、岗位职责、护理常规、与操作规程及应急预案。 3. 血液净化治疗室符合《医院消毒卫生标准》规定的Ⅲ类环境, 具备空气消毒装置、空调等。 4. 有预防交叉感染的措施, 设有隔离区域(室), 并配备专用透析物品。 5. 有护理质量控制人员及小组, 对工作质量有评价分析及改进措施。 6. 血液净化室护士须经专业培训考核合格后方可上岗。
		5.7. 血液净化室护理环节质量管理与评价。	40%	1. 定期进行护理操作规范的安全性检查。 2. 每日进行1次患者身份确认的安全评价。 3. 落实血液透析操作技术规范: ①预冲评价: 采用生理盐水或肝素循环预冲及跨膜预冲等密闭式预冲。 ②血管通路评估: 包括自体内瘘、人造血管、长期或临时留置导管。 ③上机评价: 建立血透体外循环。 ④正确执行医嘱: 使用抗凝剂、设定治疗参数等。 ⑤透析过程的监测、并发症预防和应急处理: 包括生命体征及透析参数的监测。 ⑥下机评价: 密闭式回血, 拔针及内瘘的处置。 ⑦透析结束后的废液排放及医疗废物的处置。 ⑧对透析机进行表面消毒及内部消毒, 床单元的终末消毒。 ⑨透析患者的各种情况的评估: 包括生命体征、干体重、疼痛、坠床跌倒等。 ⑩透析患者的健康宣教及营养评估。 4. 透析间期的管理: 包括内瘘、导管的维护, 血压监测, 干体重的管理等。
6. 医院感染管理与持续改进。	30%	6.1. 建立完善的医院感染管理组织与三级监控网络体系。	5%	1. 100张以上病床的医院独立设置医院感染管理科, 100-300张病床有专职人员不少于1人, 300-500张病床有专职人员>2人, 500张以上专职人员不少于3人。 2. 100张以下病床的医院, 有专人负责。
		6.2. 医院感染管理委员会会议制度。	3%	1. 设立医院感染管理委员会, 有工作条例。 2. 定期召开会议(每年至少2次), 对医院感染管理现状进行分析, 提出改进措施。 3. 医院感染管理科对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈。
		6.3. 制定规章制度与规范流程。	2%	1. 制定医院感染预防与控制的规章制度。 2. 制定医院感染预防与控制的规范流程。
		6.4. 医院感染专职人员培训。	4%	1. 专职人员和重点部门(手术室、ICU、供应室、血透室等)护士长参加感染控制专业知识培训, 并获证书。 2. 应参加继续教育课程和学术交流活动, 15学时/年。
		6.5. 新职工岗前院感知识培训。	2%	新职工知识培训不少于3学时
		6.6. 普通职工医院感染	4%	年继续教育和学术活动不少于6学时。

	知识培训。		
	6.7. 医院感染暴发处置与报告。	5%	1.制定医院感染暴发报告制度、处置预案，医务人员、医院感染管理人员和主管院长掌握医院感染暴发报告程序。2.有及时发现、确认和报告医院感染暴发的机制与措施。
	6.8. 开展耐药菌株监测，指导合理选用抗菌药物，协助抗菌药物临床应用监测与管理。	3%	1.制定多重耐药菌管理制度并实施。2.及时公布病原谱与耐药性监测资料，并有效反馈。3.对临床医务人员和微生物实验室人员进行预防多重耐药菌感染措施的培训。掌握标准预防及耐药菌株的预防与控制的观念及要求。
	6.9. 围手术期抗菌药物预防性应用。	8%	1.掌握适应症和疗程。2.使用抗菌药物要求注意剂量、疗程和合理的给药方法、间隔时间、途径。
	6.10. 监测数据的反馈。	8%	1.每月对各类监测资料汇总分析，向院长及医务人员反馈。2.每半年向医院感染委员会书面汇报。
	6.11. 医院的布局、设施和工作流程符合要求。	7%	建筑布局、设施和工作流程，医院改建、扩建与新建设施应通过审核。
	6.12. 对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的监管。	7%	对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具相关证明进行审核。
	6.13. 对医疗器械严格消毒或者灭菌。	7%	消毒/灭菌剂浓度监测：使用中消毒剂、灭菌剂应进行生物和化学监测。含氯消毒剂、过氧乙酸等应每日监测，戊二醛应每周监测。
	6.14. 职业暴露。	5%	1.制定医护技人员和工勤人员职业安全管理制度。2.建立职业暴露防护措施。提供必要的防护用品。3.建立锐器伤防护等应急预案。4.发生锐器伤时，采取相应措施并及时报告相关部门。5.工作人员每年一次定期进行健康检查，新入职员工进行上岗前健康检查。6.必要时对有关人员进行免疫接种。
	6.15. 规范医疗废物管理。	6%	1.制定医疗废物管理制度。2.建立医疗废物管理责任制。设置医疗废物监控部门或人员。3.对全体员工进行医疗废物培训。4.对医疗废物处置过程中做好职业卫生安全防护。5.各部门医疗废物处置符合医院感染管理要求。暂存点标识清晰，废物分类存放，存放容器符合规定要求。6.院感科定期对医疗废物的处置进行督查。
	6.16. 医务人员严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、手卫生规范。	8%	1.制定手卫生管理制度、规范程序。医护人员在临床操作过程中严格遵循手卫生管理规范，按照手卫生“六步法”程序洗手。2.配置有效、便捷的手卫生设备和设施。洗手设备：开关采用脚踏式、肘式或感应式。肥皂应保持清洁、干燥，有条件的医院用液体皂；不便于洗手时，应配备快速手消毒剂。3.开展对本单位手卫生依从性的自查。

		6.17 血液净化室医院感染管理与监测。	16%	1.按照《医院感染管理办法》，制定血透室院内感染管理制度及 SOP。2.制定院内感染应急预案，医护人员知晓率达 100%。3.每季度组织一次医护人员和工勤人员院内感染制度培训，有培训与考核记录。4.对初次透析或新转入的患者进行乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒、艾滋病感染的相关检查，并至少每半年复查 1 次。5.乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒、艾滋病感染以及其他特定传染病患者应当分别在隔离透析治疗区（室）进行专机治疗；护理人员及相关治疗物品不能混用。6.每月进行反渗水、透析液细菌培养及至少每 3 个月的内毒素检查并记录；每月进行手细菌培养；每月对透析导管和内瘘感染率进行统计分析并改进。7.使用针剂药物要求现用现配，一人一针管。床单、被套、枕套等物品应当一人一用一更换。8.空气、地面等环境清洁消毒符合要求，有记录。环境微生物监测（空气、物体表面），有监测记录每月 1 次。9.消毒剂的使用符合要求：包括消毒剂名称、批号、厂商证照等。10.消毒剂的配制标识符合要求：包括标签、有效期、配制者等。
--	--	-----------------------------	------------	--

A.5 服务与文化部分

包括创星工作落实、医院内涵发展持续、医院环境建设良好、工作人员举止礼仪端庄、便民措施落实、信息公示、健康教育经常、信访、投诉监督落实、患者知情权落实情况、患者隐私得到保护、满意度测评制度落实等内容。共计 100 分，权重 10%。见表 A.5

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
1.创星工作落实，医院内涵发展持续。	15%	1.1.创建星级医疗机构的工作，有计划、有活动、有考核、有总结。	20%	1.建立创星工作管理体系，设置领导小组和管理部门。2.有创星工作的管理制度、工作计划、活动安排和考核办法。
		1.2.定期开展理想、社会公德、职业道德和个人品德教育活动。组织学习法律、经济、管理等知识，提高职工的综合素质。有医务人员医德评价标准，定期开展医德评价考核，提高医务人员职业道德素质。职工的医德规范知晓率≥95%以上。	40%	1.建立医德医风管理体系，设置领导小组和管理部门。2.有医德医风年度计划和总结。3.贯彻《医德考核办法》，制定医德医风考核办法和奖惩制度。4.制定员工医德医风年度培训计划，5.有对医务人员与窗口服务人员行为规范进行教育，员工知晓职业道德准则。6.建立员工医德档案，有督查考核记录，并与年终考核挂钩。
		1.3.医院文化建设重视，职代会等民主管理制度完善并落实，设立职工之家，丰富职工的业	20%	1.规范落实职代会制度，发挥职代会公开主渠道作用，依法行使审议建议、审议通过、审查监督、民主选举和民主评议等五项职权。2.医院采用院务

		余文化生活。		公开栏、发布会、党政工联席会、职工座谈会等形式向职工进行院务公开，有相关记录。
		1.4. 有载体（院报、院刊、网站等），具有本单位文化特征，有亮点或品牌栏目。	20%	
2. 医院环境建设良好。	15%	2.1. 医院环境整洁优美、布局合理、流程便捷。各种指示标识规范清晰、醒目易懂。	33%	1.环境卫生符合爱卫会相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。2.执行“全国爱卫会除四害标准”，“四害”密度控制在国家规定的标准范围内。
		2.2. 《公共场所控制吸烟条例》落实，在院内实行全面禁烟。建立禁烟组织，有禁烟奖惩规定，公共场所所有醒目禁烟标识。	67%	1.成立禁烟组织，制定相应的规章制度和奖惩措施。2.开展多种形式的禁烟宣传和教育。3.各科室设禁烟监督员，医务人员均能主动及时对吸烟人员进行劝阻。4.做到室内无烟头、空气无烟味。
3. 工作人员举止礼仪端庄。	8%	3.1. 工作人员仪容仪表端庄大方，按规定统一着装，挂牌上岗。	50%	上班时不戴下垂式耳环、不化浓妆、不涂彩色指甲油、不穿拖式时装鞋。做到“四轻”：走路轻、说话轻、操作轻、动作轻。
		3.2. 行为举止规范得体，接待病人用语文明规范。	50%	1.倡导“微笑服务”，推广首句使用普通话。2.实行首问负责制，对需要的患者提供陪诊送检引路导诊服务。3.诊疗过程集中精力，专注工作，不做与工作无关的事。
4. 便民措施落实。	9%	4.1. 门急诊、住院须知、便民服务措施公开。公开监督电话、投诉信箱、邮箱。医院至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约形式。出院复诊患者实施中长期预约。	33%	
		4.2. 提供导医、咨询服务，无障碍通道、提供轮椅、饮水供应、公用电话等便民服务落实。	33%	
		4.3. 实行挂号收费通柜服务，可提供刷卡、现金支付等多种支付方式。	34%	
5. 信息公示。	10%	5.1. 专人维护医疗信息落实。专家门诊、节假日停诊、布局流程调整等信息应及时准确发布，避免患者无效往返。	40%	
		5.2. 医疗收费项目主动公示。采用电子屏、自助触摸屏、公示栏等形式公示信息。严格执行医疗服务收费标准，杜绝乱收	40%	1.公示服务价格：收费项目编码、项目名称和价格标准，建立信息及时变更的渠道和流程。2.提供医药（含医疗器械）价格、费用查询和费用明细清单。3.聘请社会监督员，接受对医药价格及收费监

		费现象。		督和投诉，公示价格举报和服务监督电话。
		5.3. 收住院费用“一日清”服务落实，或住院期间随时可查询、可知晓适时住院费用，切实维护病人（家属）对诊疗费用的知情权。	20%	1.提供住院患者“一日清”账单。 2.费用结算方式便捷，出院结算全年无休，实行“先诊疗后结算”。
6. 健康教育经常。	5%	.因地制宜开展形式多样的健康教育活动。	100%	开设讲座、版报、册页、宣传栏、电话、网络等多种形式向群众宣传咨询指导，增强健康保健意识。
7. 信访、投诉监督落实。	8%	落实《医院投诉管理办法》，有投诉管理制度。有专兼职信访干部。公开办事程序，设置投诉电话、投诉箱、电子邮箱等投诉渠道，有接待记录和处理结果。按规定及时回复办结群众投诉和意见。	100%	1.制定投诉管理制度及重大医疗纠纷事件应急处置预案，实行“首诉负责制”。2.设专职接待部门及专职人员，职责明确。3.在医院显著位置公布投诉渠道、流程、电话、信箱和上级部门投诉电话。投诉接待室有配置完善的录音录像设施。3.及时处理投诉，一般投诉二周内予以答复。对投诉问题及时整改落实。4.配合推进医疗纠纷第三方调解机制。
8. 患者知情权落实情况。	8%	医患沟通制度落实，医患间的信任度好。医务人员了解病人需求和心理变化要及时，并做好宣教、解释、治疗和沟通工作。	100%	1.制定医患沟通制度，告知患者与家属应有权利和义务。2.制定维护与尊重患者权益的服务规范与措施。3.患者与法定代理人对病情、诊断和医疗风险等有知情权，对治疗措施有选择权。在手术、创伤性操作、麻醉和输血等特殊检查治疗前，均须获得患方书面知情同意。4.将维护患方权益列为患者满意度调查的重要内容。
9. 患者隐私得到保护。	7%	不随意谈论患者病情。在体检、影像、心电图、注射室、内外科等检查治疗处须备有遮隔性保护措施，尊重保护患者的隐私。实行“一人一诊室”。	100%	1.制定保护患者隐私权的相关制度和措施，医务人员知晓并予以落实。 2.门诊、急诊、医技科室、病区提供保护患者隐私的诊疗环境，脱衣、外露躯体时有遮隔措施。 3.对患者疾病信息及其他个人信息有保密措施。 4.制定尊重患者的民族风俗习惯及宗教信仰的相关制度。
10. 满意度测评制度落实。	15%	10.1. 医院自觉接受社会满意度评价。 10.2. 制定患者满意度定期测评制度并建立测评渠道。 10.3. 有专职部门定期对住院、门急诊患者进行满意度测评，并有记录。 10.4. 社会评价和满意度测评结果向全院职工反馈，有持续改进记录。 10.5. 科室和个人有整改措施。	100%	1.定期进行满意度测评，出院患者电话回访等工作。 2.每月测评1次。 3.统计分析报告每季度1次。

A.6 信息化部分

包括医院信息化管理体系、医院信息化建设规划、院信息化建设管理制度及落实、医院信息系统基本功能规范》实现水平、医院信息系统运行状况、医院信息系统安全保障及应急管理、医院信息化建设拓展水平等内容。合计权重 10%。见表 A.6。

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
1.医院信息化管理体系	10%	1.1.建立有以院长为核心的医院信息化建设领导小组（委员会），有明确职责，并定期召开会议	40%	1.建立信息化管理组织，职责明确，定期召开会议，有记录。2.制定信息系统运行维护的各项制度。
		1.2.根据医院规模，设置相应的信息管理专职机构，并配有专职人员。	30%	1.设置专职部门，负责信息化管理与技术支持的日常工作。2.专职人员接受相关信息化管理培训。
		1.3.建立信息化系统使用与管理、维护协调机制。	30%	制定保障信息系统建设、管理和维护的规章制度。
2.医院信息化建设规划	10%	2.1.有医院信息化建设规划和年度工作计划；	40%	制定信息化建设中长期规划和年度工作计划。
		2.2.有医院信息化建设预算经费	60%	1.有信息化建设及运行维护预算，近3年累计信息化经费投入占医疗收入0.5%-1%。2.专职技术人员配置满足信息运行需求，每年专业技术培训时间不低于 30 学时，有经费保障。
3.医院信息化建设管理制度及落实。	10%	3.1.有医院信息系统建设、管理、应用、维护相关制度。	40%	1.制定信息管理部门人员岗位职责。2.制定数据安全、机房管理、网络安全管理等制度。3.制定信息化设备购置和管理制度。4.建立信息化系统使用操作规范。
		3.2.医院信息化管理制度得到有效执行、效果良好。	60%	1.建立信息化管理制度的落实措施。2.信息管理部门人员对岗位职责及相关制度的知晓程度。3.各项措施有相关记录。
4.《医院信息系统基本功能规范》实现水平。	40%	4.1.医院信息系统（HIS）数据库、操作系统、网络安全、稳定、可靠。	25%	医院信息系统建设符合《医院信息系统基本功能规范》的规定，满足医院管理和临床工作需要。1.具有HIS、LIS、RIS、PACS系统；具有决策支持管理、药品管理、设备管理、物资供应、病案管理、医院运行指标统计、医院网站等功能。2.信息系统提供开放接口，能实施数据交换，并向卫生行政部门开放查询。3.推进单病种和临床路径的信息化管理。
		4.2.临床诊疗分系统和电子病历系统（EMR）以病人信息为核心，能满足临床工作需要。	25%	临床诊疗分系统和电子病历系统运行良好，能满足临床工作需要。
		4.3.综合管理与统计分析分系统具备将医院所有数据汇总、分析、综合处	12.5%	能准确收集、整理分析和反馈医院管理和医疗质量控制等信息。

		理供领导决策使用功能。		
		4.4. 综合管理子系统具备将各部门产生的费用数据进行整理、汇总，供各级部门分析、使用。	12.5%	1.按照国家规定的统计口径、指标计算方法和报送日期等要求，全面完成各项统计调查任务。 2.医疗统计报表及时、完整、规范，每半年有统计分析。
		4.5. 药品管理子系统具备处理与药品有关的所有数据与信息。	12.5%	药品管理子系统运行良好。
		4.6. 外部接口具备提供医院信息系统与医疗保险系统、社区医疗系统、远程医疗咨询系统等接口功能。	12.5%	1.与医保/新农合等系统实现电子信息交换。 2.具备远程医疗的技术功能。
5. 医院信息系统运行状况。	10%	5.1. 医院信息系统及各子系统运行稳定，能通过集成实现信息交互与共享。	50%	1.有患者主索引，门诊和住院系统的患者主索引相互独立。 2.各子系统间的信息共享，包括门诊全流程和住院全流程。
		5.2. 能持续改进信息共享与交互的质量。	50%	1.按照国家卫生统计网络直报系统要求，及时准确上报有关信息。 2.推进卫生信息的区域共享和交换（电子数据上报、医疗机构间的临床数据共享）。
6. 医院信息系统安全保障及应急管理。	10%	6.1. 实施国家信息安全等级保护制度，信息系统具有数据备份/恢复功能，具备网络运行监控、病毒防护及抗非法入侵措施。	40%	1.信息系统运行稳定、安全，具有容灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。2.系统运行维护规范化：制定值班制度、设备运行、管理和维护制度、技术文档管理制度，并有相关记录。
		6.2. 系统有严格的权限设置功能；具备保证数据安全的功能。	40%	实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。
		6.3. 有信息系统应急处理预案和应急演练记录。	20%	1.制定信息应急预案。 2.有定期演练记录。
7. 医院信息化建设拓展水平。	10%	7.1. 具备网上预约、网上挂号、网上咨询，并能准确及时发布医疗信息的信息化手段。	50%	1.具备互联网医疗功能如远程医疗、网上预约、网上挂号、网上咨询等功能。2.建立网站、微信公众号等发布医疗信息的功能。
		7.2. 具备自助服务便民系统等信息化服务。	50%	具备自助服务便民系统包括自助挂号缴费、自助报告查询、自助预约检查等信息化服务。

A.7 创新品牌加分部分

包括医疗机构规模与拓展、临床科室负责人学术地位、医师结构、医院信息系统、学科建设、继续教育、科研项目、论文或专著发表、科技成果、特色指标等内容。合计 100 分，本部分为独立标准，不含上述权重。见表 A.7。

表 A.7 创新品牌加分

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
1.医疗机构规模与拓展	10%	1.1.床均建筑面积 $\geq 45M^2$,每床净使用面积 $> 5M^2$; 1.2.综合性医院开放床位数 ≥ 200 张; 1.3.专科医院开放床位数 ≥ 80 张。 1.4.参与或组建医联体、医协体、医共体并成为牵头单位。	10%	查阅相关证明材料。
2.临床科室负责人学术地位	10%	2.1.(曾)担任硕导或博导,(曾)担任省市级以上(含)学会理事或各专委会委员; 2.2.(曾)担任统计源学术期刊编委; 2.3.享受国务院特殊津贴待遇。	10%	查阅相关聘书、证书。
3.医师结构	10%	3.1.医师比例高级:中级:初级达到3:4:3。 3.2.硕士研究生学历医师比例 $\geq 30\%$ 。 3.3.(曾)入选省市级千人计划、(新)百人计划、省市级领军人才计划、(新)优青计划等各类人才选拔计划。	10%	查阅相关证明材料。
4.医院信息系统	5%	PACS系统等方便医生工作站、手术室调阅,抗菌药物管理、临床路径、危急值管理、病案统计、手麻系统、物资管理系统等各类信息系统完善,为医院服务和管理效率的提升发挥巨大支持作用。	5%	查医院信息系统建设情况。
5.学科建设	10%	5.1.获得国家临床重点专科、省市级优势(重点)专科; 5.2.特色专病等称号。	10%	查阅有关证明材料。
6.继续教育	10%	6.1.承担国家级或省部级以上继续医学教育项目。 6.2.重视员工的继续教育,专业技术人员全员参加继续教育并达标。 6.3.医院有继续教育的专项工作经费预算、决算。	10%	查阅有关证明材料。
7.科研项目	10%	积极承担各类科研课题。	10%	查阅有关证明材料。
8.论文或专著发表	10%	评估周期内在国内外学术期刊上发表学术论文总数及学术专著成绩突出。	10%	查阅有关刊物。阅出版社正式出版的学术专著。
9.科技成果	10%	近三年内获得的发明专利、技术比武、技术竞赛奖励。	10%	查阅成果证书。
	15%	10.1.开展争创文明单位活动。	35%	查看争创活动资料
		10.2.建立健全党支部、共青团支部、工会组织。	13%	查看组织建设情况
		10.3.积极参与社会公益事业活动;参与各类应急突发事件处置或重大活动保障表现突出;开展与外省市对口支援工作,并取得较好成效。	13%	查看证书及相关材料。

10.特色 指标	10.4.志愿者服务体系建设完善，建立医务社工、医院志愿者服务活动长效机制。	13%	材料审核，听取汇报。
	10.5.积极推进自愿无偿献血，献血工作落实良好。	13%	材料审核，听取汇报。
	10.6.在国家卫生主管部门或国家一级行业协会组织的大型会议上进行经验介绍。	13%	1.查看会议议程及参会证明。 2.查看经验交流材料。

全国团体标准信息平台

参 考 文 献

- 【1】 中华人民共和国广告法（中华人民共和国主席令第二十二号）
- 【2】 中华人民共和国执业医师法（中华人民共和国主席令第5号）
- 【3】 护士条例（中华人民共和国国务院令第517号）
- 【4】 医疗事故处理条例（国务院令第351号）
- 【5】 医疗事故分级标准（试行）（中华人民共和国卫生部第32号）
- 【6】 国务院办公厅关于建立建立现代医院管理制度的指导意见（国发【2017】64号）
- 【7】 国务院《医疗机构管理条例》（国务院令第149号）
- 【8】 国务院令《医疗机构管理条例》（2016年2月6日修订版）
- 【9】 《关于印发促进社会办医持续健康规范发展意见的通知》（国卫医发〔2019〕42号）
- 【10】 《国家卫生计生委关于修改〈细则〉的决定》（卫计委令第12号）
- 【11】 《医疗质量管理办法》（卫计委令10号）
- 【12】 医师执业注册管理办法（中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第13号）
- 【13】 国家卫生计生委办公厅《关于在医疗机构推进生活垃圾分类管理的通知》（国卫办医发〔2017〕30号）
- 【14】 国家卫生计生委办公厅《关于加强医疗机构传染病管理工作的通知》（国卫办医函〔2017〕250号）
- 【15】 国家卫生计生委《关于修改〈医疗机构管理条例实施细则〉的决定》（国家卫生计生委令第12号）
- 【16】 国家卫生计生委《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》
- 【17】 国家卫生计生委《医疗机构血液透析室管理规范》