



中国非公立医疗机构协会团体标准

T/CNMIA0008—2020

社会办整形美容专科医院能力评价

Capacity evaluation of non-public plastic and cosmetic hospital

(本稿完成日期: 2020.6.10)

2020-06-11 发布

2020-06-11 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 社会办整形美容专科机构能力等级符号及含义	8
7 社会办整形美容专科机构能力评价指标体系	8
8 能力评价报告	9
9 评价结果发布	9
附录 A（规范性附录）社会办整形美容专科机构能力评价指标体系	14
参考文献	40

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、王珊、曹谊林、石冰、赵锡银、陈敏生、叶琳。（人员请领导审定）

参编人员：郭树忠、王志军、栾杰、王晓军、马继光、石冰、史灵芝、冯迪、慕安、詹宗阳、钟斌、郑永生、张晨、夏炜、李发成、舒茂国、周展超、赵小忠、吴文育、田艳丽、曹颖俐、张歌、王喜梅、刘红梅、赵东莉、舒焰。

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，社会办整形美容专科机构快速发展。社会办整形美容专科机构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。部分社会办整形美容专科机构未能遵循行业规范，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。

社会办整形美容专科机构的健康发展，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。由于社会办整形美容专科机构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整形美容专科机构的特点和实际。因此，建立一套科学、客观、公正的社会办整形美容专科机构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。

社会办整形美容专科医院能力评价

1 范围

本标准规定了社会办整形美容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整形美容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 整形美容专科医院 Plastic and cosmetic hospital

整形美容专科医院，是指按照法律法规和行业规范，从事整形美容业务的医疗机构，必须具有从事医疗卫生资格及施行外科手术条件，经卫生部门许可建立。拥有齐全的整形项目，比如整形美容、自体毛发育植形体雕塑和减肥、注射整形美容、激光美容、皮肤美容、口腔美容、植发美容等特色项目。

3.2 社会办整形美容专科医院 Non public cosmetic 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）的整形美容专科医院。

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，对申报的整形美容专科医院基础设定、医疗质量与安全、护理质量管理、院感质量管理、创新技术及品牌文化等进行专业性、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

反映参评整形美容专科医院能力状况和特征的系列指标，包括基础设定、医疗质量与安全、护理质量管理、院感质量管理、创新技术及品牌文化等内容。

3.9 能力星级 capability evaluation index

表示参评能力水平的标识或符号。同类整形美容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，对参评整形美容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整形美容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整形美容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

参评整形美容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，经整形美容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，整形美容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，评价办公室向参评整形美容专科医院提供对应的评价标准，整形美容专科医院根据标准内容进行前期准备。参评整形美容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，根据整形美容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，参评整形美容专科医院于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等进行审核，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。每个整形美容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整形美容专科医院，参评整形美容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

参评整形美容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

协会适时向参评整形美容专科医院颁发统一内容、格式、尺寸、材质的证书和奖牌，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整形美容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 星级整形美容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整形美容专科医院，也可以组织评价专家组进行现场复评。星级整形美容专科医院应当按时上报整改情况书面报告，保持星级整形美容专科医院的品质。

4.4.3 星级整形美容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整形美容专科医院称号处理，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整形美容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整形美容专科医院的内部信息和外部信息两大类。内部信息包括参评整形美容专科医院组织架构、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

构建社会办整形美容专科机构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 社会办整形美容专科医院能力评价的含义

社会办整形美容专科医院能力评价首先是对参评社会办整形美容专科医院基本信息、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 社会办整形美容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

整形美容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整形美容专科医院的能力等级,通过对参评社会办整形美容专科医院基础设定、医疗质量与安全、医院服务、护理质量管理、院感质量管理、创新技术及品牌文化等五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 整形美容基础设定部分

整形美容专科医院基础设定部分包括医疗机构规模、人员配置、设备配备、系统配备、管理制度等内容。

- a) 医疗机构规模情况:评价内容应包括床均建筑面积、临床科室、医技科室配置的规范性;
- b) 人员配置:评价内容应包括医师结构、护理人员、硕士占比等规范性;
- c) 设备配备:基本设备、病房设备、诊疗专科相应设备等方面进行评估;
- d) 系统配备:通过 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,提升管理效率;
- e) 管理制度:管理架构、科室设置、职责及人员构成。

5.3.3 整形美容专科医院医疗质量与安全服务部分

整形美容专科医院医疗质量与安全部分包括医疗质量与安全、医院服务、核心制度落实、手术和医疗技术管理、医疗风险防范、医疗纠纷处理,维护顾客的合法权益、病历质量管理、继续教育、手术管理、住院诊疗活动规范、医德医风建设、优化服务流程等内容。

a) 医疗质量与安全部分:评价内容应包括组织体系、架构、工作制度和职责、年度计划、实施方案、考核标准的持续改进等内容;

b) 医疗质量核心制度落实:十八项核心制度的建立、制定、修订,管理制度包括科室质量管理组织,年度培训,核心制度落实等情况;

c) 手术和医疗技术管理：包括建立健全医疗技术管理目录，第二类医疗技术、限制类临床应用医疗技术的开展情况，评估其规范性；

d) 医疗风险防范、危机值报告：检查各项制度、流程、应急预案的内容，评估医疗风险的处理规范性；

e) 病历质量管理：通过检查病案科设施、设备运行需要，评估三级医师查房制度，检查医患沟通情况、危急值报告等规范；

f) 继续医学教育工作：通过检查继续教育管理体系、卫技人员三基培训、在岗人员培训的覆盖率和合格率，评估继续教育工作；

g) 手术治疗管理、麻醉管理：通过检查麻醉相关工作制度、岗位职责，检查是否合理配置人员、分级授权管理规范；评估手术室管理和麻醉管理；

h) 住院诊疗活动：围绕核心制度，评估本科室医疗工作管理、岗位职责等；

i) 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：通过检查门诊医务人员对门诊管理制度和岗位职责的知晓度，抽查患者门诊的就医过程，评估其规范性；

j) 药事管理质量与持续改进工作：通过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，评估预测可能发生的不安全事件；

k) 医院医疗服务规范：医疗纠纷处理流程、维护顾客的合法权益、医德医风建设、优化服务流程。

5.3.4 整形美容专科医院护理质量管理部分

护理质量管理部分包括护理管理组织、人力资源管理、临床护理质量持续改进、临床护理安全管理持续改进、特殊护理单元质量管理与监测、护理培训等内容。

a) 护理管理体系：通过评估护理管理组织体系、护理工作制度等内容，评估其规范性；

b) 护理人力资源管理：通过评估护士资质、岗位能力，护理人员配置、在职培训等内容，评估其规范性；

c) 临床护理质量持续改进：通过评估护理质量评价、危重患者护理常规，护理文书书写等内容，预测风险性；

d) 临床护理安全管理持续改进：通过评估护理安全管理组织、查对制度，应急预案等内容，评估其规范性；

5.3.5 整形美容专科医院院感质量管理部分

院感质量管理部分包括医院感染管理持续改进等内容。通过查阅规章制度和规范、院感监测、手卫生情况、消毒药械的管理、医疗废物处理等内容，评估预测风险。

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. 社会办整形美容专科机构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. 社会办整形美容专科机构能力评价指标体系

社会办整形美容专科机构能力评价指标体系，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，对可能影响参评整形美容专科医院基础设定、医疗质量与安全、护理质量管理、院感质量管理、创新技术及品牌文化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，评价专家组与参评整形美容专科医院构成委托关系外，评价专家组、评价人员与参评整形美容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《社会办整形美容专科医院能力评价标准》的要求和程序做出的独立判断,严禁因参评整形美容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,并非是某种决策的结论、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整形美容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) 参评整形美容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

整形美容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整形美容专科医院名称、能力等级及简要描述。

(规范性附录)

社会办整形美容专科医院能力评价指标体系

A.1 基础设定

包括医疗机构规模、人员配置、设备配备、系统配备、管理制度等内容。合计 100 分，权重为 20%。见表 A.1。

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	30%	1.1 床均建筑面积、每床净使用面积。	33%	按《医疗机构基本标准》要求配备医院资源：1.1.1 病房每床净使用面积不少于 6 平方米或每床建筑面积不少于 60 平方米。1.1.2 病房每床净使用面积不少于 5 平方米或每床建筑面积不少于 45 平方米；每美容床建筑面积不少于 40 平方米或净使用面积不少于 6 平方米。1.1.3 建筑面积不少于 150 平方米，每室必须独立，手术床使用面积不少于 15 平方米，2 床配置，每增加一个床应增加使用面积 7 平方米。1.1.4 建筑面积不少于 60 平米，每室独立 医院正式执业应在两年以上，住院床位数不少于 20 张。
		1.2 临床科室。	33%	1.2.1 至少设有：美容外科，美容牙科，美容皮肤科，美容中医科 1.2.2 门诊设置：美容外科
		1.3 医技科室。	34%	1.3.1 至少设有：药剂科、检验科、放射科、手术室、病理科、消毒供应室、病案室、影像科； 1.3.2 门诊设置至少有：观察室、手术室、药房、化验室、处置室、治疗室、消毒供应室； 1.3.3 诊所设置：诊室、手术室、治疗室、消毒供应室
2. 人员配置	20%	2.1 医师结构 3:4:3	40%	2.1.1 每床(椅)至少配备 1.03 名卫生技术人员； 2.1.2、5 星医院至少 12 名副主任医师； 2.1.3、4 星医院至少 10 名副主任医师； 2.1.4、3 星医院至少有 6-8 名具有副主任医师以上职称的医师。 2.1.4、门诊部至少 3-5 名医师，副高 1 名。 2.1.5、每台手术床配备至少 2.4 各人员，至少 1 名主治医师，护士 1 名。
		2.2 护理人员占比	40%	每床(椅)至少配备 0.4 名护士；
		2.3 硕士 30%。	20%	

3. 设备配备	20%	3.1 基本设备；3.2 病房设备；3.3 诊疗专科相应设备；	20%	<p>3.1.1、基本设备：呼吸机、心电监护仪、自动血压监测仪、电动吸引器、体外除颤器、麻醉机、吸脂机、无影灯、紫外线消毒灯、高压蒸汽灭菌设备、器械柜、美容外科手术相应的手术器械、X光机及暗室成套设备、喷砂洁牙器、光固化治疗机、正颌外科器械、X光牙片机、银汞搅拌机、技工设备、口腔全景X光机、牙科必备的消毒设备、电凝器、激光机、电子治疗机、皮肤磨削机、离子喷雾器、文眉机、皮肤测试仪、超声波美容治疗机、多功能健胸治疗机、恒温培养箱、电冰箱、洗衣机、消毒柜、检验科需要的配套设备及具有上网功能的计算机</p> <p>3.1.2、门诊基本设备：吸引器、显微镜、电冰箱、双击电凝器、紫外线消毒灯、高压灭菌设备、成套的整形外科手术器械</p> <p>3.1.3、诊所基本设置：电动吸引器、显微镜、双极电凝、电冰箱、紫外线灯、高压灭菌设备；3.2.1、病房每床单元设备：（与二级综合医院同）；床头信号灯1台、床1张、床垫1.2条、被子1.2条、褥子1.2条、被套2条、床单2条、枕芯2个、枕套4个、床头柜1个、病号服2套；3.3.1、专科项目设备与医院开展项目设置。</p>
4. 系统配备	10%	PACS系统方便医生工作站、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，提升管理效率。	10%	<p>4.1.1 各医院要求：PACS系统方便医生工作站、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，且联网共享，提升管理效率；4.1.2 门诊基本要求：医生工作站、物资系统、抗菌药物管理、病案系统、危急值管理；4.1.3 诊所基本要求：医生工作站、物资系统、病案系统。</p>
5. 管理制度	20%	5.1 管理架构、科室设置、职责及人员构成；5.2 医疗护理操作规程；	20%	<p>5.1.1 建立健全各项规章制度和岗位职责。5.1.2 医院管理组织机构设置合理、运行高效，分工明确，岗位到人，机构及科室命名规范，能满足医院各项工作需要；5.1.3. 实行院长（董事长或总经理）负责制，建立院、科两级管理责任制。5.1.4 机构必须设置相应专业管理委员会，保证医疗安全、医务人员和患者的权益。5.2.1 医疗技术操作常规齐备。</p>

A.2 医院医疗质量与安全服务部分

医疗质量与安全部分包括医疗质量与安全、医院服务、核心制度落实、手术和医疗技术管理、医疗风险防范、病历质量管理、继续教育、手术治理管理、住院诊疗活动规范等内容。合计 200 分，权重为 40%。见表 A.2。

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
1. 院科两级医疗质量与安全 管理组织机构、 制度和持续改 进方案	10%	1.1 组织体系、委员会组织架构、工作制度、岗位职责、实施方案	50%	各项制度、职责健全
		1.2 院级质量管理部门年度计划、实施方案，工作总结与分析	25%	周有安排，月有计划，年有总结
		1.3 有医疗质量指标、考核标准、考核办法、持续改进	25%	有检查标准，和持续改进信息反馈
2. 医疗质量核心制度落实，组织制度培训，要求医务人员落实制度	10%	2.1 十八项核心制度，建立、制定、修订、批准、发布、装订成册，便于查询。	50%	认真执行十八项核心制度。
		2.2 管理制度、核心制度落实，科室质量管理组织、年度培训，核心制度落实情况。	50%	认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度，主要包括首诊负责制度、三级医师查房制度、分级护理制度、疑难病例讨论制度、死亡病例讨论制度、危重病人抢救制度、会诊制度、手术分级制度、术前讨论制度、查对制度、病历书写规范与管理制度、交接班制度、手术安全核查制度等，有效防范、控制医疗风险，提高诊断、治疗质量和医疗安全。
3. 手术和医疗 技术管理	5%	3.1 建立健全医疗技术管理目录，进行手术分级管理	50%	1、有各级医疗技术分级目录，上级管理部门备案材料 2、建立手术分级管理、手术医师分级手术档案 3、手术医生资质验证（医师执业资格证、美容主诊证）进行手术资格准入和授权
		3.2 第二类医疗技术、限制类临床应用的医疗技术开展情况。	50%	1、医院建立第二类医疗技术、限制类临床应用的医疗技术审批、备案管理制度及流程 2、按规定向卫生行政部门备案
4. 医疗风险防范、危急值报告，建立危急值信息识别系统	10%	4.1 医疗风险管理方案，有制度、流程、应急预案，防范不良事件的发生	50%	各项制度、流程、应急预案完善
		4.2 根据实际确定临床“危机值”项目，管理制度与报告流程健全落实。医务人员应完整、准确记录患者识别信息、危急值内容、和报告者的信息、按流	25%	抽查医技人员的危急值识别与处置能力，抽看处置记录，并与病区患者核对，了解记录的完整性。

		程确认无误，及时向经治医生或值班医生报告，并做好记录。		
		4.3 有网络监控能力，保障危急值报告、处置及时、有效。信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示，	25%	查看危急值信息系统
5 病历质量管理。	10%	5.1 设置病案科，从业人员有医学或统计学背景。 5.2. 有病案工作制度和人员岗位职责，工作人员知晓 本岗位职责和履职要求，熟悉病案管理的相关法律、法规和规章。 5.3. 病案首页上，各级医师签字符合病案首页填写相关要求，体现三级医师负责制。病案首页诊断填写完整，主要诊断的正确率达到 100%。 5.4. 有病历质量控制与评价组织，由具备主治医师以上资格且有 5 年以上管理住院病人临床工作经历的人员主持	50%	每月进行病案检查评定，还与质量跟踪，持续改进
		5.5 三级医师查房、术前风险评估、术前小结、术前讨论记录、医患沟通制度与知情同意制度、手术审批制度、手术前一天病程记录、手术安全核查记录、手术记录、手术后病程记录、术后连续 3 天病程记录、非计划再次手术的管理、重大手术上报、危急值报告等规范及完善。病程记录满页打印，及时签字	50%	书写要求符合规范 病历及时归档、甲级病历合格率>90%，无丙级病历
6. 继续医学教育工作。	10%	6.1 继教管理体系健全，有制度和年度继教规划、学分完成 90%以上。有管理档案、培训记录。医务人员掌握心肺复苏技能。有院内自管项目和教学查房。有经费和时间支持。	50%	1. 医务人员熟练掌握心肺复苏技能，建立相关培训及考核标准。 2. 培训有课件、签到、照片、考核成绩。3、有学科建设带头人。
		6.2 卫技人员三基培训与考核制度落实。病历书写基本规范发全体医师。每年有病历书写培训。	25%	培训有通知、有内容、有签到、有记录、有照片
		6.3 在岗人员三基培训覆盖率与合格率达 100%。	25%	三基考核按照科室、护理部、医务科考核，每年 2 次，每季度科室考核

7. 手术治疗管理、麻醉质量管理与持续改进	10%	7.1 建立健全手术、麻醉相关工作制度、岗位职责和操作规程。查手术安全核查、知情同意书、分级管理。术前麻醉准备充分，麻醉恢复实施全程观察；有防治和处理各类麻醉意外和并发症预案，处理及时、正确。麻醉文书书写规范、及时、准确等。	20%	1. 医院建立有手术科室手术分级管理制度及手术准入管理制度、重大手术报告、审批制度并有效实施。有相应的科室主任对择期手术和二线对急诊手术管理措施，保证手术安全。 2. 医院建立了手术医师资格准入、手术分级管理的授权管理程序和机制，职能部门有管理与执行记录，并管理到位。3. 有手术安全核查与风险评估制度及流程。4. 实施“三步安全核查”，并正确记录。5. 术前告知清楚，有效维护患者知情权。 6、完善麻醉相关医疗文书
		7.2 麻醉科、手术室负责人落实科室质控。	20%	1. 成立三人质控小组，制定定时检查计划；2. 有质量控制检查标准。
		7.3 手术室、麻醉科人员，落实手术医师准入、分级授权管理。	20%	1. 建立健全各项手术、麻醉工作制度。2. 医院建立了手术医师、麻醉师资格准入、手术分级管理的授权管理程序和机制，职能部门有管理与执行记录，并有明确的制度。3、独立实施麻醉的医师，需具备中级以上专业技术会务任职资格。
		7.4 制定意外事件（如停电、停水、停气等情况）应急预案，达到人人知晓，保证落实。 5. 按照限制区、半限制区、非限制区设计工作流程；区域内布局合理、环境整洁，各个区域有明显的标志，人流、物流合理。	20%	1. 应急预案及演练 2. 手术间配置合理、规范。3. 手术护士、麻醉人员配置合理。
		7.5 大、中型手术术前有访视，术后有回访；复苏室或手术室工作人员与病房有交接程序和记录	20%	医疗文书、看记录单
8. 住院诊疗活动规范；病房科主任、护士长负	10%	8.1 科室质控管理计划、围绕核心制度制定本科室医疗工作管理制度，明确岗位职责。	25%	检查相关制度。

责制落实,开展住院医疗质量评价,确保医疗质量与安全。		8.2 有适用的临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南,并进行培训,患者评估,适宜的诊疗方案,合理检查、合理用药。	50%	1. 病房诊疗小组由5年以上高年资主治医师或副主任医师以上人员担任组长,并有相应的管理办法(管理考核办法)2. 住院病人应建立病情评估制度,处理及时危急重症病人,书写病历及时,治疗和检查适宜,用药较合理。3. 根据入院诊断来确立检查计划与治疗计划,诊疗计划应具体、可行,制定的诊疗计划在住院病历中有具体记载。4. 医院建有会诊制度,院内普通会诊时间 \leq 24小时,会诊记录规范。5. 建立不良事件(包括意外、并发症、差错或事故等)报告体系、制度与报告程序。6. 医务人员临床操作规范,并做到术前告知。
9. 门诊工作医疗质量管理与持续改进	10%	9.1 门诊管理制度并落实;有导诊、分诊等指示图。 9.2 规范门诊医疗文书;有书写质量控制措施。 9.3 公开出诊信息,保障医务人员按时出诊。提供咨询服务,帮助患者有效就诊。	25%	1、有健全的门诊接待管理制度;2、有效保护顾客隐私,一对一的咨询;3、诊室环境温馨、整洁;4、就诊人员记录完善。
		9.4 门诊医务人员知晓制度及岗位职责,出诊资质符合要求。	25%	1. 医务人员知晓门诊工作职责及管理制度;2. 认真填写门诊日志;3、门诊医生有相关岗位资质。
		9.5 诊疗活动符合规范。	25%	有医师诊疗工作规范要求。
		9.6 门诊日志、病历管理质量。	25%	1. 门诊日志按照门诊管理规定记录;2. 门诊病历书写完整、规范
10. 急诊绿色通道、合理配置物资、药品、设备,全员培训心肺复苏。	2.5%	10.1 抢救设备齐全、存放合理。设备维护、记录清楚、技术流程规范。	100%	抢救设备齐备,流程清楚完善 应急抢救预案及演练
11. 药事管理质量持续改进。	12.5%	11.1 药事管理组织:委员会制度及工作职责、记录,各分组及工作职责。	12%	
		11.2 药品管理	12%	药品的采购遵循“一品两规”要求。严格供货商资质,签订购销协议、质量保证书、建立供货商档案,无违规采购。采购计划、入库、验收记录完整,可追寻。
		11.3 药品贮存管理	8%	储存保管制度、场地、设备符合要求。
		11.4 处方管理与用药安全	12%	有处方管理措施,对医生处方权、药师调配权有管理规定。医师处方签名或签章与留样备案一致。处方书写规范,合格率不低于95%。

	11.5 用药核对	12%	
	11.6 药物不良反应及监测报告	8%	建立药品不良反应监测报告制度，定期组织监测培训
	11.7 合理应用抗菌药物	8%	健全抗生素管理制度，落实到人。医师处方权及药师调配权分级管理
	11.8 临床药师制度	8%	
	11.9 特殊药品管理	20%	特殊管理药品符合国家相关要求。现场检查特殊及药品管理情况及相关记录。1. 医院应当建立由分管负责人负责，医疗管理、药学、护理、保卫等部门参加的麻醉、精神药品管理组织，指定专职人员负责麻醉药品、第一类精神药品日常管理工作，建立并执行相关管理制度，定期组织检查并做好检查记录，及时纠正存在的问题及隐患。2. 按照规定对本机构执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。3. 麻醉药品和第一类精神药品的管理严格执行库区双人双锁保险柜存放、发药部门专人负责专柜加锁、病区专人负责专柜加锁管理。根据用药需要规定有各部门的药品固定基数，做到双人验收入库，双人复核出库，建立专用帐册进行逐笔记录。4. 对麻醉药品、精神药品处方的管理符合规定。5. 有麻醉药品、第一类精神药品管理的相关记录。包括麻醉药品、精神药品处方的专册登记，交接班记录、空安瓿/废贴回收记录、空安瓿/废贴销毁记录、麻醉药品/精神药品处方销毁记录、剩余药品回收记录、过期或损坏的麻醉药品及第一类精神药品销毁记录等。6. 麻醉药品、精神药品使用合理，符合《处方管理办法》、《麻醉药品临床应用指导原则》和《精神药品临床应用指导原则》的有关规定。麻醉药品、第一类精神药品处方合格率100%；7. 医疗用毒性药品必须建立健全保管、验收、领发、核对等制度，严防收假、发错，严禁与其他药品混杂，应专柜加锁并由专人保管。每次处方剂量不得超过二日极量。处方保存两年。8. 药学部门制定有高危药品目录和高危药品管理制度。高危药品单独存放，并设有醒目标识，设置警示性提示牌。9、美容医院化妆品设专柜管理。

A.3 护理质量管理部分

包括护理管理组织、人力资源管理、临床护理质量持续改进、临床护理安全管理持续改进、特殊护

理单元质量管理与监测、护理培训等内容。合计 100 分，权重为 20%。见表 A. 3。

表 A. 3 护理质量管理部分

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	15%	1.1 护理委员及会议记录。	27%	定期召开组织会议，建立护士长例会制度
		1.2 护理管理组织体系。	20%	护理组织体系健全，实行三级或二级管理体系
		1.3 护士节活动	20%	组织开展 5.12 护士节活动
		1.4 护理工作制度及岗位职责。	33%	护理管理制度的及时修订，有培训及考核。
2. 护理人力资源管理	15%	2.1 护士资质与岗位技术能力	33%	1. 对各级各类护士的资质、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准有明确要求。2. 有质量标准、有落实。
		2.2 护理人员配置	33%	1. 全院临床一线护士占护士总数的 95%以上，普通病房平均实际床护比达到 1: 0.4；专科护比：1:1；2. 各护理单元护士人力的配置有明确的原则与标准，确保满足实施等级护理的质量与患者安全的需要；3. 有紧急状态下对护理人力资源调配的预案，有根据实际情况（病人数量、病种、时间、季节等）及时调整护理人力资源的调配方案及相关资料。逐步建立机动护士库，保证临床一线护士人力。
		2.3 在职培训与专科岗位培训	34%	1. 制定并实施各级各类护士的在职继续教育培训计划；根据科室人员具体构架，在制定三基：美学、心理学、社会学或人文医学培训目标，计划、措施，及实施方案。2. 建立护理专科护士培训制度，相关专业领域护士培训应达到一定比例（特别在急诊、重症监护、手术室等已开展专科培训的领域，培训比例应逐渐达到 30%以上。3、有年度三基三严的培训计划，每月进行培训考核；4、有年度业务学习计划，每月进行业务学习
3. 临床护理质量持续改进	30%	3.1 护理质量评价	16.5%	抽查
		3.2 危重患者护理常规	16.5%	抽查
		3.3 护理文书书写	16.5%	查看文书
		3.4 提供心理和健康指导服务	16.5%	抽查

		3.5 护理查房	17%	落实护理查房、护理病案讨论、护理会诊制度
		3.6 仪器、设备、抢救药品可用	17%	抽查
4. 临床护理安全管理持续改进	25%	4.1 护理安全管理组织与监管	20%	有护理质量安全管理委员会，有工作计划、定期召开会议，落实各项管理制度
		4.2 严格核对制度	20%	严格核对制度，使用腕带识别身份
		4.3 手术安全核查	20%	手术安全核查、放置手术患者、手术部位及术式发生错误
		4.4 防范跌倒、坠床	20%	1. 有跌倒坠床报告制度、应急预案与处理流程。2. 常见并发症处理预案及临床护理路径
		4.5 护理应急预案	20%	1. 有各项意外事件的报告制度、应急处理预案及工作流程。2. 有各项意外事件的总结、分析及完善的防范措施。3. 员工对意外事件的报告、知晓率≥95%。4. 组织进行突发事件应急演练。
5. 特殊护理单元质量管理与监测	5%	5.1 手术室护理质量管理与监测	100%	1. 手术室各项制度完善。2. 建立健全护理质量控制和持续改进机制；3. 建立手术室管理档案；4. 各项管理记录完善，可追溯三年；5. 手术感染预防与控制规范，有突发事件应急预案及处理流程 6. 安全措施得当，有安全管理规范 7. 有工作人员职业防护措施；8. 有院感监控实施计划；9. 消毒灭菌措施执行到位
护理培训	10%	1、三基培训；2、专科护士培训；3、急救技能及常用设备使用。	100%	1、有培训、有记录；2、排护士参加在专科护士培训或进修

A.4 院感质量管理部分

包括医院感染管理持续改进等内容。合计 100 分，权重为 20%。见表 A.1。

A.4 院感质量管理

一级指标		二级指标		指标项内容
名称	权重	名称	权重	
医院感染管理持续改进	100%	6.1 院感管理组织和三级监控体系	5%	检查相关制度、两年内无重大院内感染事件发生
		6.2 感染管理委员会	5%	检查相关制度
		6.3 规章制度和规范流程	5%	检查相关制度
		6.4 控制制度与 sop	5%	检查相关制度
		6.5 职工岗前院感知识培训	5%	培训有课件、签到、照片、考核成绩。医务人员接受院感教育课时不

			少于 6 课时/年,
	6.6 院感监测	5%	有院感监测制度、报告 一类手术切口感染监控
	6.7 医院感染暴发处置预案与报告	5%	检查相关制度
	6.8 手卫生情况。	5%	建立手卫生制度,合格的手卫生设施,有手卫生监测检查及医务人员手卫生执行情况检查记录、手卫生正确率、手卫生依从性符合率
	6.9 围术期抗菌药物使用	5%	检查相关制度
	6.10 监测数据的反馈	5%	院感现患率的调查至少每年一次
	6.11 一次性无菌药品器械的管理	5%	有资质审核
	6.12 消毒药械的消毒管理	5%	管理制度
	6.13 一次性药械及消毒药械的存放管理	5%	检查相关制度
	6.14 隔离消毒技术管理	10%	医院建立有隔离及安全防护制度及措施,具体措施完善,防护用品齐备。建立可是消毒隔离制度,及相关记录。消毒中心建筑、布局流程,基础设施设备配备以及清洗包装灭菌等质量符合要求。
	6.15 医疗废物管理	10%	建立医疗废物管理制度,有废物流失、泄露、扩散的应急预案。专职人员必须通过医院院感控制相关培训,有规范的暂存点、分类放置、收集标示清楚。专职人员防范措施到位,每年有体检记录。
	6.16 医院重点部门管理	5%	重点科室分区、布局合理,制度健全、措施落实得当
	6.17 医院废水处理	10%	建立医疗污水管理制度,专职人员必须通过医院院感控制相关培训,有污水处理装置、装置合格证书。定期检测结果,符合排放标准。

A.5 医院服务

一级指标		二级指标		指标项内容
名称	权重	名称	权重	
1. 维护患者合法权益。		5.1. 维护与尊重患者权益制度。 2. 公开患者投诉渠道和流程。 3. 医护人员熟知并落实相关制度。	5%	1. 建立医学伦理委员会维护患者合法权益。 2. 患者投诉有反馈、有记录,持续改进。

2. 医德医风制度建设。		1. 有医德医风管理组织体系，有职能部门负责管理与考评。 2. 将医德医风的要求纳入各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责。 3. 医院文化建设纳入医院建设发展规划。		1. 有完整规范的医德考评档案。 2. 有岗位职责、医德医风与行为规范的教育培训
3. 优化服务环境和服务流程。		1. 有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，提高患者预约就诊比例。 2. 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；门诊实行分时段预约诊疗服务。 3. 服务环境和设施清洁、舒适、温馨，服务标识规范、清楚、醒目。		有完善的就医者预约、诊疗服务管理制度，登记资料完整。
4. 开展医院文化建设。		1. 将文化建设纳入医院建设发展规划，有医院文化建设方案，有指定部门负责文化建设工作。 2. 加强医务人员敬业爱院教育，和谐医患关系，提高员工满意度。		医院文化建设受到政府或社会组织表彰。

A.6 创新技术及品牌文化部分

包括科室负责人学术地位、医师教育、科技成果等内容。合计 100 分，本部分为独立标准，不含上述权重。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. 临床科室负责人学术地位		1.1 硕导、博导、理事、委员。	33%	达到任何 1 项加分。
		1.2 期刊编委。	33%	编委加分

	10%	1.3 国务院特殊津贴。	34%	享有津贴加分
2. 医师机构	10%	2.1 副主任医师	50%	超出标准要求副主任 12 名，每增加 1 人，加分
		2.2 博士	50%	博士每人加分
3. 学科建设	10%	3.1 国家、省级重点学科	50%	国家级加分，省级加分，专病加分
		3.2 特色专病等称号	50%	获得称号加分
4. 继续教育	20%	4.1 国家及省市级继教课题	33%	国家级加分，省市级加分
		4.2 全员继教达标	33%	全员达标加分
		4.3 有专项经费预算、决算	34%	申请专项加分
5. 科研项目	10%	承担各类科研课题。	100%	国家级加分，省级加分，地区级加分。
6. 论文或专著发表	20%	国内外学术期刊或专著。	100%	SCI 一篇加分，统计源期刊加分； 专著：主编加分，编委加分
7. 科技成果	10%	近三年发明专利、技术比武、技术竞赛奖励。	100%	省级加分，地区级加分。
8. 特色指标	10%	8.1 争创文明单位活动。		文明单位加分
		8.2 建立健全党团工会。		成立党团工会加分
		8.3 积极参加公益性活动、对口支援、重大活动保障等。		参加一次公益活动加分

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517号）
- 【4】医疗事故处理条例（国务院令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》