



中国非公立医疗机构协会团体标准

T/CNMIA0016—2020

社会办血管瘤与脉管畸形专科医院 能力评价

Evaluation of the ability of social hospital for hemangioma and vascular
malformation

(本稿完成日期：2020.08.17)

2020-08-17 发布

2020-08-17 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 社会办血管瘤与脉管畸形专科医院能力等级符号及含义 | 8 |
| 7 社会办血管瘤与脉管畸形专科医院能力评价指标体系 | 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）社会办血管瘤与脉管畸形专科医院能力评价指标体系 | 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、赵锡银、陈敏生、汪文杰、代远斌、胡月光、李京宏、秦中平、王绪凯、杨 镛、张 靖、张宪生、白 钢、叶琳。

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，社会办血管瘤与脉管畸形专科医院快速发展。社会办血管瘤与脉管畸形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。部分社会办血管瘤与脉管畸形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。

社会办血管瘤与脉管畸形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。由于社会办血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形专科医院的特点和实际。因此，建立一套科学、客观、公正的社会办血管瘤与脉管畸形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。

社会办血管瘤与脉管畸形专科医院能力评价

1 范围

本标准规定了社会办血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形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 血管瘤与脉管畸形专科医院 Hemangioma and vascular malformation hospital

血管瘤与脉管畸形专科医院，是指按照法律法规和行业规范，为血管瘤与脉管畸形患者开展必要的医学检查、治疗措施、护理技术、接诊等服务为主要目的医疗机构。

3.2 社会办血管瘤与脉管畸形专科医院 Social hospital for hemangioma and vascular malformation

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）的血管瘤与脉管畸形专科医院。

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，对申报的血管瘤与脉管畸形专科医院诚信、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

反映参评血管瘤与脉管畸形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。同类血管瘤与脉管畸形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，对参评血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形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

4.2. 能力评价流程

4.2.1 申请会员单位

参评血管瘤与脉管畸形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，经血管瘤与脉管畸形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，血管瘤与脉管畸形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，评价办公室向参评血管瘤与脉管畸形专科医院提供对应的评价标准，血管瘤与脉管畸形专科医院根据标准内容进行前期准备。参评血管瘤与脉管畸形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，根据血管瘤与脉管畸形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，参评血管瘤与脉管畸形专科医院于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。每个血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形专科医院，参评血管瘤与脉管畸形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

参评血管瘤与脉管畸形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

协会适时向参评血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形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 星级血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形专科医院，也可以组织评价专家组进行现场复评。星级血管瘤与脉管畸形专科医院应当按时上报整改情况书面报告，保持星级血管瘤与脉管畸形专科医院的品质。

4.4.3 星级血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形专科医院称号处理，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血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形专科医院的内部信息和外部信息两大类。内部信息包括参评血管瘤与脉管畸形专科医院组织架构、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

构建社会办血管瘤与脉管畸形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 社会办血管瘤与脉管畸形专科医院能力评价的含义

社会办血管瘤与脉管畸形专科医院能力评价首先是对参评社会办血管瘤与脉管畸形专科医院基本信息、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 社会办血管瘤与脉管畸形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

血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形专科医院的能力等级，通过对参评社会办血管瘤与脉管畸形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 血管瘤与脉管畸形专科医院诚信与信用部分

血管瘤与脉管畸形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 血管瘤与脉管畸形专科医院行政管理部分

血管瘤与脉管畸形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、医疗机构建设谋划与落实、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) 医疗机构建设谋划与落实：通过评估医疗机构发展规划、是否科学合理。年度工作计划目标是否明确，措施是否得力，评估是否切合实际。

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 血管瘤与脉管畸形专科医院医疗质量与安全及护理院感部分

医疗质量与安全部分包括质量管理及持续改进、专业技术水平和技术管理基本要求，住院诊疗获得规范，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、药事管理质量与持续改进工作、护理与院感控制等内容。

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) 专业技术水平和技术管理符合标准：通过评估单病种、临床路径、诊疗规范、病史质量、专业质量指标、适应症等方面，评估其规范性；

c) 住院诊疗活动规范，查看病房科主任、护士长负责制落实情况，开展住院医疗质量评价，确保医疗质量与安全情况，评估其规范性；

d) 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；

e) 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；

f) 护理与院感控制：通过查阅护理制度、重点部门护理管理制度、流程监督，优质护理、临床护理安全管理与持续改进、特殊护理单元质量管理监测、无菌操作、消毒隔离等工作制度，评估其规范、预测风险性。

5.3.5 血管瘤与脉管畸形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，医疗机构环境建设良好、便民措施信息公示、信息化等内容。

a) 服务与文化建设：通过对参评机构落实创星工作、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) 医疗机构环境建设良好：通过评估医疗机构环境整洁优美、布局合理、流程便捷等内容，评估其指示标识是否规范清晰、醒目易懂。

c) 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. 社会办血管瘤与脉管畸形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. 社会办血管瘤与脉管畸形专科医院能力评价指标体系

社会办血管瘤与脉管畸形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，对可能影响参评血管瘤与脉管畸形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，评价专家组与参评血管瘤与脉管畸形专科医院构成委托关系外，评价专家组、评价人员与参评血管瘤与脉管畸形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《社会办血管瘤与脉管畸形专科医院能力评价标准》的要求和程序做出的独立判断，严禁因参评血管瘤与脉管畸形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血管瘤与脉管畸形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) 参评血管瘤与脉管畸形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

血管瘤与脉管畸形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

T/CNMIA 0016—2020

他平台发布。

能力评价结果发布的内容一般包括参评血管瘤与脉管畸形专科医院名称、能力等级及简要描述。

全国团体标准信息平台

(规范性附录)

社会办血管瘤与脉管畸形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。合计 200 分，权重为 20%。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情况相符；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 | 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. 大型医用设备配置与使用管理 | 8% | 参照 2018（12 号）文件，根据《大型医用设备配置与使用管理办法》，医疗机构符合国家（甲类）或省级（乙类）目录内的医用设备： 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、网络上发布成品样件医疗广告，依规取得《医疗广告审查证明》。 |
| | | 1.6. 义诊活动组织 | 5% | 根据原卫生部《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 | 5% | 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；未经医师（士）、助产人员亲自接产，医疗机构不得出具出生证明书或者死产报告书。 |
| | | 1.8. 医疗事故预防及报备 | 10% | 根据《医疗事故处理条例》： 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 | 5% | 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： |

| | | | | |
|-----------------|-----|--------------------------|-----|---|
| | | 价格管理 | | 1.医疗机构应将医疗服务项目和价格标准进行备案并公示。 2.非营利性医疗机构的医疗服务项目和价格标准严格执行属地《医疗服务价格项目规范》。 |
| | | 1.10.放射防护及安全管理 | 5% | 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 | 6% | 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应急处置预案及报告制度。 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.医院法人治理结构和授权管理履职 | 17% | 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。 |
| | | 2.2.医院管理制度 | 17% | 按照原卫生部颁发的《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。 |
| | | 2.3.医院内部审计机制 | 17% | 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 | 10% | 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.实习人员临床工作管理 | 6% | 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、耗材和药品采购管理 | 9% | 3.1.设备、耗材、药品资质档案管理 | 56% | 使用的设备、耗材、药品资质档案管理规范，资质材料完备，证照齐全。 |
| | | 3.2.采购程序与采购合同 | 22% | 采购报批程序规范，记录详实。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 | 67% | 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 | 33% | 医院学科带头人和技术梯队，每个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 | 10% | 5.1.医院保障患者及 | 50% | 1.有医患沟通制度、投诉管理流程。 |

| | | | | |
|-------------|----|--------------------|------|--|
| 合法权益 | | 家属权利的制度和措施 | | 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.住院患者日费用告知措施。 |
| | | 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 | 50% | 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 | 50% | 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 | 5% | 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

包括医疗机构管理层组织架构及职能、医疗机构建设谋划与落实、医疗机构（医院/门诊部）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 150 分，权重 15%。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能 | 20% | 1.1. 医院党团、工会组织建设。 | 50% | 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，履职尽心尽责。 3. 医院办公会议议事规则明确，会议记录详实。 |
| | | 1.2. 医院领导层履职情况。 | 27% | |
| | | 1.3. 行政办公会议制度。 | 23% | |
| 2. 医院建设谋划与落实 | 6% | 2.1. 医院5年或3年发展规划。 | 30% | 1. 医院发展规划详实，科学合理。 |
| | | 2.2. 医院年度工作计划。 | 40% | . 医院年度工作计划目标明确，措施得力，切合实际。 |
| | | 2.3. 医院年度工作总结。 | 40% | . 医院年度工作总结数据详实，分析中肯，奖惩分明。 |
| 3. 院科二 | | 3.1. 院科两级管理架构、科室设置、职责及人员构成。 | 50% | 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。 |

| | | | | |
|-----------|-----|---|-----|--|
| 级管理 | 14% | 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。 | 50% | 2.职能部门（或专职、兼职人员）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内容实在具体，成绩不足实事求是，详实合理。 |
| 4. 医务人员配备 | 13% | 开放床位的医院，床工比（4分）、床护比（8分）、病房护士比（8分）。（无床位医院不评价，该分值按比例稀释至其他项目中） | 20% | 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。 |
| | | | 40% | |
| | | | 40% | |
| 5. 继续教育管理 | 7% | 5.1. 院外继续教育管理。 | 50% | 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 |
| | | 5.2. 院内继续教育管理。 | 50% | 2.院内继续教育有计划、有落实，有统计。 |
| 6. 财务管理 | 13% | 6.1. 医院财务管理制度及落实。 | 50% | 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。 |
| | | 6.2. 医疗收费管理。 | 50% | |
| 7. 设施设备管理 | 17% | 7.1. 设施设备管理制度。 | 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。 |
| | | 7.2. 医疗设备、基础设施配置合理性。 | 20% | 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。 |
| | | 7.3. 医疗设备与器械临床使用安全控制与风险管理。 | 28% | 3.医疗器械不良事件报告制度及记录健全完备。 |
| | | 7.4. 计量监测。 | 32% | 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。 | 33% | 1.供电设施完备； |
| | | 8.2. 水、电、气、火等安全管理。 | 33% | 2.水、电、气、火等安全管理措施有效，责任明确，有交接记录。 |
| | | 8.3. 消防和突发事件应急演练及上报制度。 | 34% | 3.定期举行消防和突发事件应急演练。 |

A.3 医疗质量与安全

包括建立医疗质量与安全管理体系；管理水平持续改进、机构设置符合标准、专业技术水平和技术管理符合标准、住院管理、手术室管理符合要求、病案管理严格并持续改进、继续医学教育工作、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、药事管理质量与持续改进工作、辅助检查开展符合标准、合理配置急诊资源和急救药品、设备等内容。合计 350 分，权重 35%。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。 | 7% | 1.1. 有院科两级质量管理组织体系、委员会组织架构。建立的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。 | 33% | 1.查医院质量管理机构、各质量与安全管理委员会（医疗质量管理、护理质量管理、病案质量管理、药事管理、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. 院级医疗质量管理部门有年度工作计划、实施方案，工作总结与分析。 | 27% | 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。 | 9% | 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。 | 33% | 1.查 18 项核心制度（首诊负责制度、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。 |
| | | 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 | | 1.抽查 2 个临床科室制度的培训情况，并与医务处培训记录核对。应有记录证实该科室医务人员接受过医疗质 |

| | | | | |
|--|----|--|-----|---|
| | | 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。 | 67% | 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。 |
| 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。 | 9% | 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。 | 50% | 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。 |
| | | 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（至少应一季召开一次全院性医疗质量讲评会议，出席率应大于 90%）。 | 50% | 1.查评价周期内全院性医疗质量讲评会议记录（一季召开一次），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。 |
| 4. 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 | 5% | 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、内窥镜及血药浓度检测等）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 | 20% | 1.查医务部和护理部是否有年度“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 |

| | | | | |
|-----------------------|-----|---|-----|--|
| 训。 | | 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。 | | 标”的知晓率。 3.查看不良事件记录。 4.医院鼓励不良事件上报，医院对不良事件的定义、政策与培训。 |
| 5.病案管理严格，病历记录完整并持续改进。 | 10% | 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。 | 28% | 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(3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。病历记录反映医疗安全核心制度落实情况。 | 72% | 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。 | 6% | 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。 | 25% | 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分管理档案。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、病历书写培训制度与落实。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%。 | 50% | 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.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。 3.现场组织若干名卫生技术人员进行“三基”考核，了解合格率。 4.《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 医院落实急救培训计划（5分） | 25% | 医院每年组织心肺复苏技能培训，有培训与考核记录。 |

| | | | | |
|---|----|---|-----|--|
| 7. 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% | 7.1. 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。 | 30% | 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。 |
| | | 7.2. 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。 | 15% | 查门诊医务人员对门诊管理制度和岗位职责的知晓度。 |
| | | 7.3. 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。 | 30% | 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) |
| | | 7.4. 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。 | 25% | 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。 |
| 8 急诊绿色通道管理落实。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 | 7% | 8.1. 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显, 绿色通道畅通。急诊管理的各项规章制度健全。 | 32% | 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、转科制度等) |
| | | 8.2. 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。 | 32% | 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。 |
| | | 8.3. 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。 | 36% | 1. 查急诊医务人员对急诊管理制度和岗位职责的知晓度。 2. 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。 3. 模拟急救流程、急会诊流程。 4. 职称结构比例合理, |

| | | | | |
|--|-----|--|-----|--|
| 9. 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。 | 10% | <p>9.1.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。</p> | 57% | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.查评价周期内 2 个病区的相关台账(包括医师值班交接记录本、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)</p> <p>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。</p> |
| | | <p>9.2.由具有法定资质的医务人员为患者提供规范的服务。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。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、合理输血。</p> | 28% | <p>1.抽查 2 个病区,查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。</p> <p>2.抽查 2 个病区,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 2 个病区的运行病历。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>9.3.按照《外科 10 个单病种区县医院版临床路径》要求,开展重点病种的临床路径和单病种管理,规范疾病诊疗行为。外科 10 个单病种为:腹股沟疝、阑尾炎、下肢静脉曲张、胆总管结石、良性前列腺增生、肾结石、股骨干骨折、腰椎间盘突出症、凹陷性颅骨骨折、高血压脑出血。</p> | 15% | <p>重点检查有单病种的临床路径、单病种管理的临床科室:</p> <p>1.医务部对相关科室人员进行有关临床路径与单病种质量管理的培训。</p> <p>2.检查实施的单病种目录,临床路径文本、单病种质量管理标准。</p> <p>3.医院符合本科室诊疗规范和临床路径管理。</p> |
| 10. 手术治疗管理、麻醉管理严格并持续改进工作。 | 6% | <p>10.1.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。</p> | 50% | <p>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、术前讨论制度、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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> |

| | | | | |
|---|----|---|-----|---|
| | | <p>10.2.麻醉科科主任、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。</p> | 25% | <p>4.查本院重点开展的二、三级手术的明确目录。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>3.定期开展麻醉与疼痛质量评价。查麻醉医师对术后镇痛的管理规范与流程；以及对治疗效果的评估记录。</p> |
| | | <p>10.3.合理配置手术室、麻醉科人员。</p> <p>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；</p> | 25% | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.抽查在岗实施手术的手术科室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。</p> <p>4.抽查在岗独立实施麻醉的麻醉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。</p> |
| <p>11. 超声科室质量管理与持续改进工作。</p> <p>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> | 6% | <p>11.1.基本设置和设备：</p> <p>查看科室设备基本设置、出场合格标识。</p> <p>现场检查有无抢救的相关设备。</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。</p> <p>2.检查超声仪器参数是否符合国家质量标准（设备应有年度计量部门颁发的检定证书）</p> <p>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）。</p> <p>2.科室业务学习记录、设备维护记录</p> <p>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；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。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> | 20% | <p>1.查超声科诊断医师应具《医师执业证书》。</p> |
| | | <p>11.4.符合质控组制定的《超声检查脏器常规切面》及规范化报告单要求。</p> <p>具体如下：</p> <p>肝脏检查必须包括 8 个切面观；</p> <p>心脏检查必须包括 8 个切面</p> | 20% | <p>1.选择 1 名医师，询问某一专业超声操作切面：</p> <p>（1）肝脏检查 8 个切面：</p> <p>①肋下斜切显示第一肝门、②肋下斜切显示第二肝门、③右肋间显示右叶间裂、④剑下显示左外侧角、⑤剑下矢状切显示左叶间裂、⑥剑下矢状切显示左叶经腹主动脉切面、⑦右肋下显示正中裂、⑧肋下或肋间显示膈顶部。</p> <p>（2）心脏检查 8 个切面：</p> |

| | | | | |
|---|------------------|---|-------------------|---|
| | | <p>观； 妇产科共 12 个要点； 要求书写完整报告。</p> | | <p>①胸骨旁左室长轴观、②胸骨旁乳头肌水平左室短轴观、③胸骨旁二尖瓣水平左室短轴观、④胸骨旁主动脉根部短轴观、⑤心尖位四腔观、⑥心尖位五腔观、⑦心尖位左室长轴观、⑧心尖位左室二腔观。</p> <p>(3) 妇产科 12 个超声操作检查要点：</p> <p>(子宫——①横切、②纵切；卵巢——③横切、④纵切) 产科：⑤胎位、⑥双顶径、⑦头周径、⑧腹周径、⑨股骨径、⑩肱骨径、⑪胎盘、⑫羊水。</p> <p>2.抽查 8 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阳性及重要阴性指标描述；④诊断完整性。</p> |
| | | <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> | <p>20%</p> | <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> | <p>6%</p> | <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> | <p>20%</p> | <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≤时个工作日。 CT 和 MRI 报告≤告个工作日。具有急诊的医院，提供全天候连续急诊服务；X 线急诊报告≤急诊分钟；CT 和 MRI</p> | <p>20%</p> | <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。 注：第 4 项合并到第 2 项</p> |

| | | | |
|--------------|---|-----|--|
| | <p>急诊报告≤急诊小时。使用对比剂增强的科室制定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% | <ol style="list-style-type: none"> 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>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% | <ol style="list-style-type: none"> 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“危急值”报告制度及处理记录。 |
| | <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。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，并按时送检。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> | 20% | <ol style="list-style-type: none"> 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）。 |
| 13. 药事管理质量与持 | <p>13.1.药事管理组织 医疗机构药事管理与药物治疗</p> | 4% | <ol style="list-style-type: none"> 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。 |

| | | | | |
|-------|----|--|-----|--|
| 续改进工作 | 7% | <p>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委员或以上。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> | | 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>13.2.科室管理和人员资质建立科室质量管理小组，开展质量管理管理工作，有质量评价和分析记录（每季度 1 次）。制定科室各项规章制度、岗位职责。 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。对药学技术人员进行岗位培训、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。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> | 16% | <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查体管理制度。</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查体证明。</p> |
| | | <p>13.3.药品管理</p> <p>根据原卫生部规定，制定本院《临床用药供应目录》和《药品处方集》、《抗菌药物供应目录》，实行遴选和动态管理，每年修订 1 次。通过正规渠道采购药品，适量贮备。制定药</p> | 6% | <p>现场检查：</p> <p>1.查“用药供应目录”和“药品处方集”每年更新情况。</p> <p>2.查药品采购及入库验收的资料。</p> <p>3.查中药饮片管理。因医疗资源限制，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> |

| | | | |
|--|--|-----|--|
| | <p>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> | | |
| | <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；静脉用药调配和制剂在符合规定环境中进行；有完备的药品出入库管理信息系统，与 HIS 联网运行。</p> | 12% | <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> | 16% | <ol style="list-style-type: none"> 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>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> | 6% | <ol style="list-style-type: none"> 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 2 个病区口服药、注射用药管理流程和核对程序是否规范。 |
| | <p>13.7.药物不良反应与药害事件监测报告</p> <p>制定药品不良反应监测和药害事件监测报告制度；医师、药</p> | | <ol style="list-style-type: none"> 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>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，按规定上报卫生行政部门和药品监督管理部门。</p> | 6% | |
| | <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> | 16% | <ol style="list-style-type: none"> 1.查抗菌药物临床应用和管理实施细则。 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%） 5.查抗菌药物合理使用培训记录。 |
| | <p>13.9.临床药师制度 药学部门制定临床药师工作制度；建立临床药师制，二级医院配备1-2名，三级医院配备3-5名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。参加临床重点科室如ICU、血液病、肿瘤化疗、危重患者的诊疗活动，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> | 6% | <ol style="list-style-type: none"> 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重整和处方干预记录。 |
| | <p>13.10.特殊管理药品的使用与管理</p> | | <ol style="list-style-type: none"> 1.查特殊药品使用管理相关制度（“毒、麻、精、放”、“高危”等）。 |

| | | | | |
|------------------------------------|----|--|-----|--|
| | | 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，并严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用与管理规章制度；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。 | 12% | <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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> <p>7. 查医院麻醉药品、第一类精神药品销毁记录。</p> |
| 14. 实验室质量管理： 医学检验科、血库/输血科和病理科管理 | 7% | <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》等有关法律规范，完善临床用血的组织管理。</p> | 24% | <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。</p> <p>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。项目涵盖专业范围：医学检验（临床体液和血液、临床化学、临床免疫和血清学、临床微生物学、临床细胞分子遗传学），病理及输血。</p> <p>3.检查常规检验项目、急诊检验项目列表及各项目常规与急诊报告时间。每个科目抽查 2-3 个报告时间。</p> <p>4.急诊临检项目≤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。</p> <p>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</p> <p>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> | 24% | <p>1.科主任为实验室安全主要负责人并设置有安全员。</p> <p>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，</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | | <p>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。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）。</p> |
| | | <p>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。</p> | <p>12%</p> <p>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。5.查学习记录。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）。</p> |
| | | <p>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。有实验室信息系统。</p> | <p>24%</p> <p>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。</p> |

| | | | | |
|--|--|---|------------|--|
| | | 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 | 16% | 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. 特别严重违法违反法律法规的情况（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。 |

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、医疗机构感染管理与持续改进等内容，共计 150 分，权重 15%。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 | 3% | 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，目标管理制定计划；3 临床护理内涵及工作规范；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 | 7% | 2.1. 护士资质和岗位技术能力 | 40% | 1. 制定各级护士培训制度； 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. ICU 在岗护士与实际开放床位比 $\geq 2.5-3:1$ ； 4. 儿科在岗护士与实际开放床位比 $\geq 1.5-1.8:1$ ； 5. 手术室在岗护士与开放手术间之比 $\geq 3:1$ ； |

| | | | | |
|-------------------------|-----|----------------------------|------------|--|
| | | | | 6.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% | 制定紧急人力资源调配制度和方案、实行弹性调配。 |
| 3.临床护理质量管理与持续改进 | 17% | 3.1. 护理质量评价 | 20% | 1. 对基础与专科护理措施落实情况进行督查。 |
| | | 3.2. 重点部门和重点护理环节管理 | 20% | 1. 制定重点部门护理管理制度及流程并监督、转入（出）患者交接护理记录、提供输血治疗服务、制定化验标本采集与运送规范、“危急值”报告和处理流程，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落实整体护理工作模式；②提供专业照护；③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 | 12% | 1. 制定危重患者护理常规、技术规范、工作流程及应急预案，有培训考核记录。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. 书写危重患者护理记录， |
| | | 3.5. 护理文件书写 | 12% | 1. 制定护理文件书写标准（标准册），及时修订；2. 有文件书写检查考核标准；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. 对在职护士进行文件书写培训，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，抢救药品保证在有效期内。2. 对使用过程中可能出现的仪器，设备，意外情况有应急预案及措施。 |
| | | 4. 临床护理安全管理与持续改进 | 23% | 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% | | | 制定制度。护理人员接受培训。科室有登记本。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 | 20% | 掌握操作与处理措施。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% | 应急预案和处理流程。培训方案并实施。 |
| 5. 特殊护理单元质量管理与监测 | 17% | 5.1. 手术室护理质量管理与监测 | 20% | 工作流程合理。执行相关规定。有记录。设备清洁符合规定。制定工作制度、岗位职责、护理常规与操作规程。实行质量控制。 |
| | | 5.2. 中心供应室护理质量管理与监测 | 20% | 建筑布局、工作流程合理。制定工作制度流程、岗位职责与操作规程。工作质量有评价分析及改进措施。培训考核合格后方可上岗。有监测灭菌效果的记录。 |
| | | 5.3. 新生儿室护理质量管理与监测 | 12% | 制定新生儿室工作制度、流程、护理常规及操作规程。制定规章制度和工作规范。消毒和细菌学监测并记录。对高危、疑似传染病的新生儿采取单间隔离措施并明确标识,有专人护理。标识身份。2种身份识别核对。制定意外事件的防范制度和措施。 |
| | | 5.4. 重症监护室护理质量管理与监测 | 12% | 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。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,并及时更新。有护理质量控制人员及小组,依据质量与安全管理度控制护理质量,重点加强气道、管路、压疮管理和基础护理。落实分级护理,同病房标准。 |
| | | 5.5. 血液净化室护理质量管理与监测 | 12% | 工作流程合理,具备与其功能和任务相适应的场所、设施、设备。制定制度与流程。符合《医院消毒卫生标准》。有预防交叉感染的措施。有评价分析及改进措施。护士考核合格后上岗。 |
| | | 5.6. 急诊科护理质量管理与监测 | 12% | 工作流程合理。制定制度和流程及救治护理预案。护士长培训合格上岗。有评价分析及改进措施。 |
| | | 5.7. 导管室护理质量管理与监测 | 12% | 布局合理标识清晰。制定制度及规程。消毒隔离符合规定。有培训。各种药品标识清晰管理符合规定。各种抢救仪器呈备用状态,有专人管理。 |
| 6. 医院感染管理与持续改进 | 33% | 6.1. 建立完善的医院感染管理组织与三级监控网络体系。 | 6% | 1. <100 病床,专人; 100-300 病床不少于 1 人; 300-500 病床>2 人; >500 不少于 3 人。 2.>100 张床的医院设感染管理科。 |
| | | 6.2. 医院感染管理委员会会议制度。 | 4% | 建立会议制度有持续改进措施记录。 |
| | | 6.3. 制定规章制度与规范流程。 | 2% | 制度健全,有规范的流程图。 |
| | | 6.4. 院感专职人员培训。 | 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。 | 4% | 新职工知识培训不少于 3 学时 |
| | | 6.6. 普通职工医院感染知识培训。 | 4% | 年继续教育和学术活动不少于 6 学时。 |
| | | 6.7. 医院感染暴发处置与报告。 | 6% | 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。 | 4% | 公布病原谱与耐药性监测资料。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。 | 10% | 掌握适应症和疗程。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。 | 10% | 每月对各类监测资料汇总分析，向院长及医务人员反馈。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。 | 10% | 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。 | 8% | 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。 | 8% | 1. 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；2. 口腔器械：接触血液或破损粘膜的诊疗器械，使用前必须灭菌，尽量采用压力蒸气灭菌；用多酶清洗，结构复杂、缝隙多的器械须加超声清洗。 |
| | | 6.14. 职业暴露。 | 4% | 医务人员职业暴露报告及处理制度。 |
| | | 6.15. 规范医疗废物管理。 | 8% | 1. 应建立医疗废物管理责任制。2. 必须设置医疗废物监控部门或人员。3. 必须建立医疗废物管理制度。4. 必须对全体员工进行医疗废物培训。5. 应对医疗废物处置过程中做好职业卫生安全防护。6. 检查医疗废物的分类收集、运送、暂时存放和处理情况。 |
| | | 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。 | 10% | 1. 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。2. 不便于洗手时，应配备快速手消毒剂。进入病室的治疗车、换药车。3. 对本单位手卫生依从性的自查。 |

A.5 服务与文化部分

包括创星工作落实，医疗机构内涵发展持续、2. 医疗机构环境建设良好、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% | 检查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。 | 40% | 1. 检查相关活动的工作记录。 2. 检查医德医风建设规章制度、考核办法。 3. 检查医德评价标准和年度评价结果。 |

| | | | | |
|---------------|-----|---|-----|--|
| | | 职工的医德规范知晓率≥95%以上。 | | |
| | | 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，丰富职工的业余文化生活。 | 20% | 检查是否建立职代会制度；检查是否开展职工业余文化生活活动记录。 |
| | | 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% | 实地查看，听取汇报。 |
| 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。（5分） | 34% | 检查挂号、付费、就医、检查、取药、治疗等流程。检查防滑倒措施及标示，检查厕所有无异味 |
| | | 2.2. 《公共场所控制吸烟条例》落实，在院内实行全面禁烟。公共场所所有醒目禁烟标识。（10分） | 66% | 检查防滑倒措施及标示，检查厕所有无异味检查禁烟管理制度和奖惩措施、设立禁烟标示禁烟区域内烟蒂的情况。 |
| 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。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。 | 50% | 观察工作人员的着装、工作期间的行为举止。 |
| | | 3.2. 行为举止规范得体，接待病人用语文明规范。倡导“微笑服务”，推广首句使用普通话。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。诊疗过程集中精力，专注工作，不做与工作无关的事。 | 50% | 观察医务人员对病患是否有生、冷、硬、顶、推现象，是否使用服务忌语，是否有与工作无关的事接打电话。 |
| 4. 便民措施落实 | 9% | 4.1. 门急诊、住院须知、便民措施公开。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% | 1. 检查门急诊、住院须知；检查监督电话、投诉信箱、便民设施； 2. 有完善的出院复诊患者、慢性病患者预约服务管理，登记资料完整。 |
| | | 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% | 检查导医、咨询、无障碍通道、轮椅、饮水供应等措施 |
| | | 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% | 检查收费窗口和收费方式措施 |
| 5. 信息公示 | | 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% | 检查医疗信息专职人员；检查信息发布的及时性。 |
| | 10% | 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 | 40% | 检查医院是否以醒目方式公示收费信息情况、项目目录。 |

| | | | | |
|---------------|-----|---|------|--|
| | | 费标准，杜绝乱收费现象。 | | |
| | | 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% | 寻访3名住院病人（家属）对诊疗费用可查询的知晓情况，查一日清单。 |
| 6. 健康教育 | 5% | 6.1. 因地制宜开展形式多样的健康教育活动。诸如讲座、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。 | 100% | 检查是否有健康教育讲座、版报、册页、宣传栏、网页内容等。 |
| 7. 信访、投诉监督落实 | 8% | 7.1. 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% | 检查信访工作管理制度。 检查信访工作人员、工作程序。 检查投诉工作机制、工作人员、投诉渠道、接待记录和处理结果，投诉标识醒目。 |
| 8. 患者知情权落实情况 | 8% | 8.1. 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% | 询问3名病人（家属），了解他们是否清楚经治医师、护士长（责任护士）的姓名以及诊断、治疗方案等。 |
| 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% | 检查体检、影像、心电图、注射室、内外科等检查治疗场所。 |
| 10. 满意度测评制度落实 | 15% | 定期进行满意度测评，出院患者电话回访等工作。 每月测评1次。 统计分析报告每季度1次。 | 100% | 2. 随机抽查门诊、住院和出院患者各30人，门诊患者对医院满意度评价≥90%，门诊、出院病人满意度评价≥90%，出院病、患者满意度评价≥90%。 |

A.6 信息化部分

包括. 医疗机构信息化管理体系、医疗机构信息化建设规划、医疗机构信息化建设管理制度及落实、《医疗机构信息系统基本功能规范》实现水平、医院信息系统运行状况、医疗机构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50分，权重5%。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 | 12% | 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。 | 33% | 1. 查看医院信息化建设领导小组（委员会）的成立文件。 2. 查看医院信息化建设领导小组（委员会）相关工作职责、会议记录，每年至少1次。 |
| | | 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。 | 33% | 1. 查是否信息管理专职机构、专职人员及岗位设置，是否符合医院规模。2. 专职人员是否接受过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。 | 34% | 1. 查信息化系统应用培训计划及记录。2. 查信息化系统使用与管理维护部门协调沟通机制，维护记录。 |
| 2. 医院信息化建设规划 | 4% | 2.1. 有医院信息化建设规划和年度工作计划； | 50% | 查医院信息化建设规划和年度工作计划。 |
| | | 2.2. 有医院信息化建设预算经费 | 50% | 查医院信息化建设预算经费及使用情况。 |
| 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% | 查信息管理部门人员岗位职责、数据安全、机房管理、网络安全管理、信息化设备购置和管理、使用操作规范等制度。 |
| | | 3.2. 医院信息化管理制度得到有效执行、效果良好。 | 60% | 1. 现场查信息管理部门人员对岗位职责及相关制度的知晓程度。2. 现场查上述管理制度执行的记录或措施，如：立项审批记录、信息系统设备招标采购记录、系统维护记录、信息系统用户管理措施等。 |
| 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、网络系统安全、稳定、可靠。 | 10% | 1. 查系统是否设置初始化及各级权限管理。2. 系统是否保证“7×24小时”安全运行，并有冗余备份。3. 系统开发单位是否提供技术培训、技术支持与技术服务。 |
| | | 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% | 1. 现场检查门诊医生工作站、住院医生工作站、护士工作站、临床检验系统、输血管理系统、医学影像系统、手术室麻醉系统等。2. 是否具备将临床信息进行整理、处理、汇总、统计、分析等功能。 |
| | | 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、综合处理供领导决策使用功能。 | 15% | 现场测试病案管理、医疗统计、院长综合查询与分析、病人咨询服务功能。 |
| | | 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。 | 20% | 现场测试门急诊挂号，门急诊划价收费，住院病人入、出、转，住院收费、物资、设备，财务与经济核算等数据统计情况。 |
| | | 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。 | 15% | 1. 抽查药库、药房及发药管理有关数据。 2. 抽查合理用药的各种审核及用药咨询与服务情况表单或记录。 |
| | | 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。 | 15% | 观摩测试各接口运行情况。 |
| 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。 | 80% | 1. 现场询问、观摩各子系统操作人员，系统运行有无故障或卡顿现象；2. 查看医院信息系统维护记录。 |
| | | 5.2. 能持续改进信息共享与交互的质量。 | 20% | 查持续改进信息共享与交互质量的记录。 |
| 6. 医院信息系统安全保障及应急管理 | 12% | 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。 | 33% | 1. 查网络运行监控状况，有无防病毒防入侵措施。 2. 查系统有无数据备份、恢复功能。 |
| | | 6.2. 系统有严格的权限设置功 | | 1. 查信息系统操作权限分级管理制度。 |

| | | | | |
|----------------|-----|--|-----|--|
| 理。 | | 能；具备保证数据安全的功能。 | 33% | 2. 查信息系统数据安全保证功能。 |
| | | 6.3. 有信息系统应急处理预案和应急演练记录。 | 34% | 1. 查应急处理预案。 2. 查应急预案演练记录。 |
| 7、医院信息化建设拓展水平。 | 12% | 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. 查看是否建立网上预约、网上挂号、提供网上咨询服务。 2. 查看医疗信息发布是否准确及时。 |
| | | 7.2. 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。 | 50% | 查看是否建立自助服务便民的信息化服务系统。 |

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、医疗机构信息系统、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 $\geq 5M^2$ ；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。 | 100% | 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。 | 100% | 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. 硕士以上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。 | 100% | 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 | 100% | 查医院信息系统建设情况。 |

| | | | | |
|-----------|-----|--|------|----------------------------|
| | | 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.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。 | 100% | 查阅有关证明材料。 |
| 6.继续教育 | 8% | 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。 | 100% | 查阅有关证明材料。 |
| 7.科研项目 | 10% | 7.1. 积极承担各类科研课题。 | 100% | 查阅有关证明材料。 |
| 8.论文或专著发表 | 10% | 8.1. 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。 | 100% | 查阅有关刊物。 查阅出版社正式出版的学术专著。 |
| 9.科技成果 | 10% | 9.1. 近三年内获得的发明专利、技术比武、技术竞赛奖励。 | 100% | 查阅成果证书。 |
| 10. 特色指标 | 15% | 10.1. 开展争创文明单位活动。 | 33% | 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。 | 14% | 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。 | 14% | 查看证书及相关材料。 |
| | | 10.4. 志愿者服务体系完善，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% | 现场查看。 |

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》