



# 中国非公立医疗机构协会团体标准

T/CNMIA0004—2022

## 社会办门诊部医疗质量服务能力评价

Evaluation of medical quality service ability of out-patient department  
of social office

2022-07-22 发布

2022-07-23 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 基本原则	2
5 能力评价流程	2
6 能力评价信息要素	5
7 能力评价方法	5
8 门诊部能力等级符号及含义	8
9 门诊部能力评价指标体系	8
10 能力评价报告	8
11 评价结果发布	9
附录 A（规范性附录）基层门诊部服务能力评价指标体系	10
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、武汉非公立医疗机构协会、华中科技大学同济医学院

本标准主要起草人：郝德明、王珊、马黎汉、卢祖洵、张德忠、辛玲芳、杜英、刘巧艳、殷晓旭、赵锡银、陈敏生、史岩、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，社会办门诊部快速发展。社会办门诊部作为基层门诊部体系中的重要组成部分，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。部分社会办门诊部未能遵循行业规范，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，阻碍了非公立医的健康发展。

社会办门诊部的健康发展，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。由于社会办门诊部自身的特点及发展状况，现行公立基层门诊部的评价体系难以适用于社会办门诊部的特点和实际。因此，建立一套科学、客观、公正的社会办门诊部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。

# 社会办门诊部医疗质量服务能力评价

## 1 范围

本标准规定了社会办门诊部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门诊部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 门诊部 outpatient department

门诊部，是一所集医疗、预防、检测、康复为一体的综合性门诊部。内设外科、妇科、内科、耳鼻喉科、中医科、医学检测等特色科室。

### 3.2 社会办门诊部 non-public outpatient department

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）的门诊部。

### 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，对申报的门诊部诚信、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

反映参评门诊部能力状况和特征的系列指标，包括诚信与信用、行政管理、医疗质量与安全、护理院感、服务文化等。

### 3.9 能力星级 capability evaluation index

表示参评能力水平的标识或符号。同类门诊部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，对参评门诊部的相关数据、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 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门诊部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门诊部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。

## 5 能力评价流程

### 5.1 申请与受理

5.1.1 参评门诊部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能力评价。

5.1.2 参评门诊部填写《服务能力评价申报表》后，邮寄至协会评价中心。评价中心收到申报材料后在 7 个工作日内进行审核，确定是否受理，并向申请单位发出受理结果通知书。

## 5.2 资料填报与审核

5.2.1 参加能力评价的申请被受理后，门诊部按规定流程如实填报信息并将相应资料一并邮寄至协会评价中心。

5.2.2 协会评价中心对参评门诊部提交的能力信息和相关资料等进行审核，发现有遗漏、缺失、错误的，应及时通知参评门诊部按时限补充、调整，保证相关资料的完整性与真实性。

## 5.3 评价受理

参评门诊部按照协会规定完成能力评价申请流程后，协会评价中心在 7 个工作日内对申报材料进行审核，并向申报单位确认受理结果。

## 5.4 评价准备

5.4.1 协会评价中心根据参评门诊部整体情况，向其发放《评价确认书》；同时对评价材料进行收集和初步审核，制定评价计划、抽取专家组成评价小组等。

5.4.2 协会评价中心接到《评价确认书》后，经审核符合评价条件的，提前 7 个工作日通知参评门诊部现场评价的时间、人员、评价流程等信息

5.4.3 评价小组由 5 名专业人员组成，评价组长及评价组成员应满足评价专家遴选要求。同时配备 1 名工作人员负责评价工作的协调与保障。

## 5.5 现场能力评价

5.5.1 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 4 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 1 天，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。

**5.5.2** 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。

### 5.5.3 形成整改报告

现场评价结束后，参评门诊部于 7 个工作日内形成整改报告，报协会评价办公室备案。

### 5.6 诚信承诺（诚信服务自律公约）

门诊部做出诚信承诺的内容是：在能力评价过程中，门诊部提供虚假材料企图或已经骗取能力级别的，为重大失信行为，协会有权不给予评价活动。

### 5.7 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领导小组。评价领导小组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。每个门诊部的评价领导小组会议不得超过两次，会议记录及相关资料应及时立卷归档备查。

### 5.8 反馈与复议

评价办公室应及时将评价结论告知参评门诊部，参评门诊部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。

### 5.9 评价结果公示

参评门诊部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领导小组审议后确定最终能力评价等级。

## 5.10 评价结果公布

协会适时向参评门诊部颁发统一内容、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。

## 5.11 能力评价信息管理

评价专家组应及时将参评门诊部的原始能力资料、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3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。

## 5.12 跟踪与复评

5.12.1 星级门诊部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。

5.12.2 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门诊部，也可以组织评价专家组进行现场复评。星级门诊部应当按时上报整改情况书面报告，保持星级门诊部的品质。

5.12.3 星级门诊部发生违法违规事件、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门诊部称号处理，通报评价领导小组审议备案。处理结果将在协会官方网站公布。

5.12.4 评价办公室定期举办门诊部能力评价工作培训，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。

5.12.5 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。

## 6 能力评价信息要素

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。

## 7 能力评价方法

### 7.1 指导思想

构建社会办门诊部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。

## 7.2 社会办门诊部能力评价的含义

社会办门诊部能力评价首先是对参评社会办门诊部基本信息、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。

## 7.3 社会办门诊部能力评价方法及评价内容

### 7.3.1 能力评价方法概述

门诊部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门诊部的能力等级，通过对参评社会办门诊部依法执业、医疗服务、质量与安全、药事管理、护理质量、院感管理六个维度的能力数据进行采集和分析以判定医疗服务能力。

### 7.3.2 门诊部依法执业部分

门诊部依法执业部分包括执业许可、执业范围、人员资质、医生执业行为等内容。

a) 执业许可：评价内容应包括医疗机构执业许可证、诊疗项目、诊疗时间、收费标准、名称标志的规范性；

b) 执业范围：通过对参评门诊部遵守《医疗机构执业许可证》核准登记的诊疗项目开展诊疗活动的真实性；

c) 人员资质：通过卫生技术人员资质，核查医师资质、执业地点等信息考核人员资质的准确性；

d) 医生执业行为：通过对参评门诊部医师书写医疗文书、使用药品、消毒药剂以及医疗器械的合规性。

### 7.3.3 门诊部医疗服务部分

医疗服务包括设备、就医环境、消防与设备、信息化建设评审项目、义诊、健康教育形式和效果等内容。

a) 设备：通过对参评门诊部设备的检查，评估其提供医疗服务的基本能力；

b) 就医环境：通过考核专用的诊室或检查室，评估每间诊室向患者提供安全和舒适的环境及安全隐患、提供便民措施等；

c) 消防与设备：通过对参评门诊部消防设施与医疗设备的检查，评估设施设备故障及应急措施管理等；

d) 信息化建设评审项目：通过考核参评门诊部是否建立电子化、自动化的信息管理与分析系统以及系统运行的稳定性、安全性及便捷性评估其信息化管理程度；

e) 义诊：通过考核义诊备案制度来评估；

f) 健康教育形式和效果：通过检查参评门诊部开展健康教育活动，诸如讲座、板报、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。

#### 7.3.4 质量与安全部分

包括组织与职责、医疗质量与安全诊疗行为、医疗质量与安全管理病历管理、医疗质量持续改进满意度监测、医疗安全风险防范与不良事件管理、药品与器械不良监测管理、医疗安全与风险管理、医技人员资质获取及执业行为、诊察行为、转诊与回访、人员管理在职教育、药事管理等内容。

a) 组织与职责：通过检查质量管理工作小组或者指定专（兼）职人员，医务人员医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范的培训制度、岗前培训制度，制定培训计划等内容，评估其管理规范能力；

b) 医疗质量与安全管理诊疗行为：通过医疗质量安全核心制度、合理用药、合理治疗等检查，评估实际医疗质量与患者安全；

c) 医疗质量与安全管理病历管理：通过抽查病案，评估病历书写客观、真实、准确、及时、完整、规范性；

d) 医疗质量持续改进满意度监测：通过开展患者和员工满意度监测，评估患者就医体验和员工执业感受满意度；

e) 医疗安全风险防范与不良事件管理：通过检查医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，评估可能造成损害等事件的不确定性；

f) 药品与器械不良监测管理：通过检查药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，评估相关制度记录的完整性；

g) 医疗安全与风险管理：通过检查参评门诊部建立医疗安全与风险管理体系以及“危急值”管理，评估可能发生的不安全事件；

h) 医技人员资质获取及执业行为：通过对医技人员专业学历的检查，评估相应的任职资格出具检查报告的准确性；

i) 诊察行为：通过检查医生开具的处方完整性，评估医生诊疗行为的规范性；

j) 转诊与回访：通过检查危急重患者转诊预案等，评估门诊部应急处理能力；

k) 人员管理在职教育：通过检查员工岗位特性为其提供的在职教育，评估对人才的培养机制。

1) 药事管理：通过检查药品的储存条件、诊疗活动、处方项目等内容，评估其用药的安全合理性。

### 7.3.5 护理与院感管理部分

护理与感控管理包括护理工作实施目标管理、护理服务行为及能力、基本护理服务健康教育、护理不良事件管理与风险防范、院感管理与预防等内容。

a) 护理工作实施目标管理：通过现场查阅资料，访谈护士，评估护理工作目标责任制情况。

b) 护理服务行为及能力：通过现场抽查考核，评估护士掌握护理技术操作规范性。

c) 基本护理服务健康教育：通过查阅健康指导手册资料、访谈患者、抽查护士健康知识，现评估患者健康指导落实情况。

d) 护理不良事件管理与风险防范：通过查阅主动报告不良事件制度，不良事件记录全过程，评估护理不良事件管理制度落实情况。

e) 院感管理与预防等内容：通过评估院感人员持证上岗、手卫生设备、消毒药械检测、无菌与非无菌物品分开存放、污物处理等情况，评估其医疗风险控制、应急处理措施是否完善，手卫生设备和设施是否安全有效。

## 8. 社会办门诊部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。

## 9. 社会办门诊部能力评价指标体系

社会办门诊部能力评价指标体系，即依法执业、医疗服务、质量与安全、药事管理、护理质量、院感管理。见附录 A。

## 10 能力评价报告

### 10.1 内容与用语

能力评价报告，是评价专家组通过现场评价后，对可能影响参评门诊部依法执业、医疗服务、质量与安全、药事管理、护理质量、院感管理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。

## 10.2 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，评价专家组与参评门诊部构成委托关系外，评价专家组、评价人员与参评门诊部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《社会办门诊部能力评价标准》的要求和程序做出的独立判断，严禁因参评门诊部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。

## 10.3 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。

## 10.4 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门诊部的发展趋势和目标。

## 10.5 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。

## 10.6 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) 参评门诊部能力评价报告、评价专家意见表、打分表、汇总表、专家保密守则；
- (2) 其他。

## 11 评价结果发布

门诊部能力评价的结果在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门诊部名称、能力等级及简要描述。

## 附录 A

## (规范性附录)

## 社会办门诊部医疗质量服务能力评价指标体系

## A.1 依法执业

包括执业许可、执业范围、人员资质、医生执业行为等内容。合计权重为 12.5%。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	
依法执业	12.50%	执业许可	20%	医疗机构执业，必须进行登记，领取《医疗机构执业许可证》；将《医疗机构执业许可证》、诊疗项目、诊疗时间和收费标准、名称标志规范悬挂于门诊醒目位置
		执业范围	20%	门诊部必须按照《医疗机构执业许可证》核准登记的诊疗项目开展诊疗活动
		人员资质	20%	门诊部不得使用未取得资质的卫技人员单独从事医疗卫生技术工作；医师在门诊部的执业活动应符合本人注册地点、类别和范围规定。
		人员配备	15%	1.门诊部人员配置、人员职称符合原卫生部《医疗机构基本标准（试行）》（卫医发〔1994〕第30号）规定。 2.合理配置门诊人力资源。结合号源使用情况，动态调整出诊及接诊人次。
		医疗文书管理	15%	1.医师应按照《医疗机构病历管理规定》和《处方管理办法（试行）》及时填写医疗文书，不得隐匿、伪造或者销毁医疗文书及有关资料。
门诊质量管理制度完备	10%	1.根据国家有关法律法规和管理要求，制定医务人员在门诊诊疗活动中应遵守的制度。包括医务人员出诊管理制度、号源管理制度、预检分诊制度、门诊医疗文书管理制度、多学科（MDT）门诊制度、特需门诊制度、门诊转诊制度、门诊手术管理制度、以及门诊突发事件应急处理制度等。		

## A.2 医疗服务能力

医疗服务包括设备、就医环境、消防与设备、信息化建设评审项目、义诊、健康教育形式和效果等内容。合计权重 12.5%。见表 A.2。

表 A.2 医疗服务能力

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	

医疗服务	12.50%	设备管理	12%	门诊部设备配置符合原卫生部《医疗机构基本标准（试行）》（卫医发〔1994〕第30号）规定。
		就医环境	12%	1. 医生有独立诊室或检查室，每间诊室都能向患者提供安全和舒适的环境； 2. 门诊部环境舒适，无安全隐患，并且提供便民措施，减少和避免诊疗过程中患者和医务人员的意外伤害。
		消防与设备	12%	消防设施与医疗设备应定期检测，确保可用性，并且设施设备故障有应急措施
		信息化建设	12%	1. 机构是否有独立的信息化系统（如 HIS 系统、电子病历系统、医疗设备全生命周期管理系统等）。 2. 机构是否有信息化输入设备（扫码枪、医保卡读卡器等）及配套数据管理系统。 3. 专家出诊信息、收费细则等信息公开透明可查阅。
		义诊	8%	门诊部开展义诊应符合原卫生部《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，向有关部门申请备案并获批准
		健康教育形式和效果	8%	1. 因地制宜开展形式多样的健康教育活动。诸如讲座、板报、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。
		患者实名就医	16%	1. 在注册、挂号、诊疗等各环节实行患者唯一身份标识管理。
		号源管理	12%	1. 根据就诊量变化动态调整各挂号途径号源投放量，加强退号与爽约管理，建立退号候补机制，提升号源使用效率。加强预约挂号管理，提供网络、自助机、诊间、人工窗口等多种预约挂号方式。 2. 积极推行分时段预约诊疗，提高患者到院 30 分钟内就诊率，引导患者有序就诊，减少院内等候时间，减少人员聚集。
		检验和检查报告管理	8%	1. 依照相关规范在规定时限内出具检验和检查报告，并对门诊各项检查检验报告出具时间进行统计、分析，根据实际情况逐步缩减报告出具时间。推进检查检验结果互认共享，提高医疗资源利用效率，改善人民群众就医体验。

### A.3 医疗质量与安全

包括组织与职责、医疗质量与安全诊疗行为、医疗质量与安全管理病历管理、医疗质量持续改进满意度监测、医疗安全风险防范与不良事件管理、药品与器械不良监测管理、医疗安全与风险管理、医技人员资质获取及执业行为、诊察行为、转诊与回访、人员管理在职教育等内容。合计权重 25%。见表 A.3。

表 A.3 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	

医疗质量与安全	25%	质量管理组织与职责	14%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 设立质量管理工作小组或者指定专（兼）职人员，负责医疗质量具体管理工作；</li> <li>2. 按照国家医疗质量管理的有关要求，制定门诊部医疗质量管理制度并组织实施；</li> <li>3. 制定门诊部医疗质量持续改进计划，实施方案并组织实施；有门诊部医务人员医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范的培训制度、岗前培训制度，制定培训计划并监督实施</li> </ol>
		诊疗行为管理	16%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 按照国家关于医疗技术和手术管理有关规定，加强医疗技术的临床应用管理。</li> <li>2. 制定本机构诊疗病种的临床诊疗指南、临床技术操作规范等，按要求开展各项诊疗工作，做到合理检查、合理用药、合理治疗。</li> <li>3. 严格落实首诊负责制。首诊医师应当对患者的检查、诊断、质量、抢救等负责。</li> </ol>
		病历书写质量管理	10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 按照原卫生部《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）门（急）诊病历书写内容及要求规范书写门诊病历，保障病历书写客观、真实、准确、及时、完整、规范。</li> <li>2. 使用门诊电子病历，采用统一疾病诊断编码，按照《电子病历应用管理规范（试行）》有关规定建立、记录、修改、使用、保存和管理门诊电子病历信息，确保患者诊疗信息完整、连续并可追溯</li> </ol>
		满意度管理和投诉管理	4%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，努力改善患者就医体验和员工执业感受。</li> <li>2. 加强投诉管理。公开投诉和医疗纠纷处理途径，做好投诉接待、反馈。</li> </ol>
		医疗安全风险防范与不良事件管理	6%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告、临床危急值管理相关制度。</li> </ol>
		医疗安全与风险管理	6%	建立医疗安全与风险管理体系，完善医疗安全管理相关工作、应急预案和工作流程。
		处方书写管理	8%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医生开具的处方，应符合2006年原卫生部颁发的《处方管理办法》（卫生部令第53号）要求。</li> </ol>
		转诊与回访	8%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 当患者病情超出门诊部能力范围时，应及时转诊。要求有危急重症者转诊预案，向其他医疗机构提供有充足信息的转诊文书和记录，并且应该具有转诊协议，开通绿色通道。</li> </ol>
		人员管理在职教育	8%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 门诊部应根据员工岗位特性为其提供在职教育。</li> </ol>
		静脉输液治疗管理	10%	医生严格把握门诊静脉输液治疗指征，控制门诊静脉输液治疗使用率，严密监测并及时处理门诊静脉输液治疗的不良反应。
		突发事件管理	10%	建立应急预案，按标准配备抢救设备和药品，定期组织培训、演练，加强巡视，及时、妥善处理门诊突发事件。

#### A.4 药事管理

药事管理由特殊药品许可、药剂人员执业行为药事管理制度管理、药品管理进货与验收、中药管

理、药品储存与保管、用药安全处方安全和用药管理、用药安全发药安全、用药安全合理应用抗菌药物构成。合计权重 20%见表 A.4。

表 A.4 药事管理

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
药事管理	15%	特殊药品许可	6%	门诊部购买使用麻醉药品和第一类精神药品的，应当经批准，取得购用印鉴卡
		药剂人员执业行为	6%	取得药学专业职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作；药师签名或者专用签章式样应当在本医疗机构留样备查；药师完成处方调剂后，应当在处方上签名或者加盖专用印章；直接接触药品的工作人员的健康档案
		药事管理制度管理	10%	相关制度：药品和医疗器械购进、验收管理制度；药品储存、保管和养护管理制度；处方调配和药品拆零管理制度；不合格药品管理和质量事故报告制度；特殊药品管理制度；药品不良反应及医疗器械不良事件报告制度；直接接触药品人员健康档案管理制度；从药人员业务学习制度。
		药品管理进货与验收	14%	1. 符合药品验收规范，使用的药品、耗材必须具备“三证” 2. 门诊部应配备与经批准的诊疗、服务范围相一致的药品，制定基本用药目录。常用药品和急救药品的范围和品种按照湖北省卫生厅和湖北省食品药品监督管理局确定的相关文件执行。 3. 通过正规渠道采购药品，适量储备，80%药品 15 天周转一次
		中药管理	5%	中药饮片管理符合国家中医药管理局、卫生部《医药中药饮片管理规范》的要求，中药无虫蛀霉变鼠咬，无假冒伪劣，无灰尘杂质
		药品储存与保管	10%	1. 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。每月一次药品质量检查，并留有记录。
			5%	2. 常用药品价格上墙。药品与非药品分开存放，高危药品单独存放，并有醒目标示。
		10%	3. 门诊部的药品的储存条件应与诊疗活动相适应。并采取防潮、防虫、防鼠及通风、避光等措施；储存放置必须分类定位，内服药与外用药用分开；须配备与使用药品相适应的药柜、药架、底垫、冷藏柜、温湿度计等设施；加强管理，防止药品、医疗器械过期失效	
用药安全处方安全和用药管理	5%	处方项目齐全，字迹清晰，使用药品通用名，给药途径、用法和剂量正确。处方书写规范符合《湖北省医疗机构病历书写规范》及《处方管理办法》(中华人民共和国卫生部令第 53 号)。制定处方点评制度，定期开展处方点评。对不合理处方及时干预。		

	用药安全发 药安全	5%	确保发药安全。严格遵守四查十对。(四查:查处方、查药品、查用药合理性。十对:对科别、对姓名、对年龄、对药名、对剂型、对规格、对数量、对药品性状、对用法用、对临床诊断)。
	用药安全合 理应用抗菌 药物	14%	1. 门诊部采购抗菌药物应当向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案 2. 根据《卫生部办公厅关于继续深入开阵全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发[2012]32号),制定门诊部“抗菌药物应用和管理实施细则”。
	药械使用管 理	5%	1. 医师应当使用经国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械。
	药品与器械 不良监测管 理	5%	1. 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度。

### A.5 护理质量

包括护理工作实施目标管理、护理管理制度、岗位职责与培训、护理服务行为及能力、基本护理服务健康教育、质量管理标准及持续改进、护理安全管理制度与监管、护理安全应急预案、护理不良事件管理与风险防范等内容。合计权重 20%。见表 A.5。

表 A.5 护理质量

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
护理质量	20%	护理组织管理	10%	1. 护士长全面负责护理工作,实施目标管理,有年工作计划和总结,每月有工作重点。 2. 门诊部定期召开会议,协调、支持护理工作。 3. 健全切合实际的护理管理制度、岗位职责、工作流程、护理常规、护理操作规程,并定期更新。
		护理培训与考核	15%	1. 有护理人员培训计划,并实施,有记录。 2. 对常用及新用输液、注射药物的配制与注意事项实时培训,有记录。 3. 护理“三基三严”每年考核一次。 4. 护理人员参加上级主管部门或行业内培训,有记录。
		护理服务行为能力	25%	1. 护士着装整齐,言行举规范,尊重患者,保护患者的隐私。 2. 熟练正确地掌握护理技术操作规范(静脉输液、经口/鼻腔吸痰法、无菌技术操作等)。 3. 输液卡签字规范,输液滴速与医嘱相符,及时巡视,有记录,主动为病人更换液体。 4. 掌握急救护理配合流程及心肺复苏技术操作。

				5. 定期维护急救药品和急救设备，落实专人保管。
		健康教育与延伸 护理服务	15%	1. 根据本单位特点，建立患者健康指导手册和资料。对患者实施有针对性的健康教育。参与辖区内居民的健康咨询及适宜的护理服务。
		护理质量管理与 持续改进	20%	1. 成立护理质量管理小组，制定门诊护理工作护理质量标准。
		护理安全管理	15%	1. 制定护理安全管理制度、常用护理操作常见并发症的预防与处理措施、病人突发情况护理应急预案、护理不良事件管理制度与风险防范预案，并组织培训。 2. 在用药、治疗、抽血各环节严格遵守“三查八对”制度，在治疗、给药前，采用 2 种以上身份识别的方法核对患者，核对患者过敏史。护士掌握重点药物用药后的观察要点及不良反应。 3. 护理人员掌握静脉输液、各种注射、采血等操作常见并发症的预防与处理措施，掌握护理应急预案流程。 4. 抢救物品、药品、仪器管理规范，处于完好备用状态。 5. 发生护理不良事件及时上报，组织讨论，分析原因，进行整改和效果追踪。

### A.6 院感管理

包括感染管理人员及重点管理、院感管理器械与灭菌、院感管理无菌医疗用品管理、医疗废弃物与污水处理管理等内容。合计权重12.5%。见表A.6。

表A.6 院感管理

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
院感管理	12.5%	机构感染管理组织	15%	1. 有院感专（兼）职管理人员并持证上岗。 2. 有院感管理小组，职责明确，定期召开专题会议。 3. 制定切合门诊实际的院感管理制度及相应的工作流程。
		机构感染培训	10%	1. 专（兼）职管理人员应参加省市举办的院感知识培训，一年至少 2 次。 2. 新入职员工院感知识培训不少于 2 小时。 3. 门诊部员工参加院感知识培训一年至少2次。
		重点环节管理	20%	1. 手卫生设备和设施配置有效、安全、使用便捷。 2. 出现感染病例爆发流行趋势，应于 12 小时内上报，并按要求及时做好流行病学调查。 3. 有及时发现、确认和报告感染暴发的机制与措施。 4. 有医务人员职业暴露报告及处理制度。
		院感质量监测与监督	10%	1. 抗菌药物临床应用监测与管理。 2. 有质量标准及监测指标，定期监测与督查，并持续改进。
		器械及物品灭菌与消毒管理	20%	1. 对消毒药械和一次性使用的医疗器械、器具相关证明进行审核。 2. 消毒、灭菌剂浓度检测：使用的消毒剂、灭菌剂应进行生物和化学检测，含氯消毒剂、过氧乙酸等应每日监测，戊二醛应

				每周监测。 3. 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;用多酶清洗剂清洗,结构复杂、缝隙多的器械须加超声清洗。 4. 无菌物品与非无菌物品分开存放,物品定位放置。灭菌物品外包装标识清楚、准确,按灭菌日期依次放入专柜,过期重新清洗、灭菌。
院感管理	12.5%	医疗废弃物与污水处理管理	15%	1. 配备医疗废弃物的暂时贮存设施设备,不得露天存放,暂时贮存时间不得超过2天,并做好医疗废弃物处理登记管理制度。 2. 根据就近集中处置的原则,及时将医疗废物交由医疗废物集中处置单位处置。 3. 污水处理设施完备,运行正常。
		落实常态化疫情防控措施	10%	1. 制定传染病防控应急预案,落实预检分诊工作,预检设施设备齐全,符合防控基本要求。 2. 访谈医务人员均知晓所在岗位的传染病防控具体要求。

### A.7 疫情防控扣部分

包括严格落实国家疫情防控有关要求和落实防疫消毒有关要求,合计25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. 严格落实国家疫情防控有关要求。	52%	1. 根据国家卫健委《重点场所重点单位重点人群新冠肺炎疫情常态化防控相关防护指南》(2021年8月版)文件有关要求,制定机构疫情防控管理办法并落实。	71%	1. 制定疫情工作总体方案和应急预案,明确工作责任主体,完善工作流程,开展应急培训和演练等。
			29%	2. 储备防护用品和消毒物资,规范消毒、隔离和防护工作,机构各部门密切协作确保消毒、隔离和防护措施落实到位。
			17%	1. 完善网络挂号、就诊预约功能,并积极推广。
		50%	2. 设立分诊点,分诊点具备消毒隔离条件和配备必要的防护、消毒用品,做好预检分诊。	
		33%	3. 设立体温检测点,对进入医疗机构的人员进行体温检测和核验健康码,体温和健康码正常者方可进入;来自中高风险区医务人员和患者是否持有24或48小时核酸阴性报告;体温异常者或无核酸阴性报告原则上禁止接诊。	
2. 落实防疫消毒有关要求	48%	1. 环境通风良好,并定期消毒,避免交叉感染。	75%	1. 诊疗环境通风良好。如使用集中空调,开启前检查设备是否正常,新风口和排风口是否保持一定距离,对冷却塔等进行清洗,保持新风口清洁;运行过程中以最大新风量运行,加强对冷却水、冷凝水

				等卫生管理，定期对送风口等设备和部件进行清洗、消毒或更换。
			25%	2. 空气流向由清洁区流向污染区，应采用循环风空气消毒机进行空气消毒。
		2. 环境整洁，避免就诊人员聚集。	37.5%	1. 所有区域保持卫生干净整洁，加强医疗废物的管理，各类垃圾及时清运，并按常规进行物体表面及地面的清洁消毒。
			25%	2. 做好就诊人员的管理，尽量减少人员拥挤和聚集，排队时与他人保持1米以上距离。
			37.5%	3. 监督就诊人员应全程佩戴具有防护功能的口罩（就诊时除外），患者就诊时“一人一诊室”，指导患者进行正确手卫生消毒。

## 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】《关于印发促进非公立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》
-