

ICS03.120.20

C 00/09

# 团 体 标 准

T/CNMIA 0036—2022

---

## 社会办口腔医院医疗服务能力评价

Evaluation of medical quality and service ability of social stomatological hospitals

2022-11-28 发布

2022-11-29 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 医疗质量服务能力评价	2
5 医疗质量服务能力评价方法	5
6 医疗质量服务能力等级符号及含义	7
7 医疗质量服务能力评价指标体系	7
8 医疗质量服务能力评价报告	7
9 评价结果发布	8
附录 A（规范性附录）社会办口腔医院医疗质量服务能力评价指标体系	9
参考文献	49

## 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、中国非公立医疗机构协会口腔分会。

本标准主要起草人：郝德明、樊明文、王珊、朱夫、陈敏生、袁学锋、田力宁、刘翠梅、李梅、冯希平、罗刚、苏涛、毛斌、袁林天、赵佛容、沈洪敏、林松杉、宋清、叶琳、杨欣。

## 引 言

随着经济社会的发展，人民群众对口腔医疗卫生服务的需求不断增加。为了满足大众不同层次的口腔就医需求，在国家卫生政策的引导和规范下，社会办口腔医院快速发展。社会办口腔医院作为社会办医的重要分支之一，向社会提供便捷、多元化的口腔医疗服务，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。部分社会办口腔医院未能遵循行业规范，出现了社会信用不高、服务能力不强等问题，影响了整个口腔行业的声誉，阻碍了社会办医的健康发展。

由于社会办口腔医院自身的特点及发展状况，现行口腔医院评价标准难以适用于社会办口腔医院的特点和实际。因此，建立一套科学、客观、公正的社会办口腔医院医疗质量服务能力体系和评价标准，对整个口腔行业的健康发展有重要的促进作用。

# 社会办口腔医院医疗质量服务能力评价

## 1 范围

本标准规定了社会办口腔医院医疗质量服务能力评价的基本原则、评价信息、评价方法、星级含义、评价指标体系及权重分配原则、评价报告以及评价结果发布的要求。

本标准适用于中国非公立医疗机构协会所有口腔医院会员单位（含自然会员）的医疗质量服务能力建设及评价活动。

## 2 规范性引用文件

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 口腔医院 stomatological hospital

口腔医院，是指按照法律法规和行业规范，为患者进行必要的口腔医学检查，采取治疗、护理等措施的医疗机构。

### 3.2 社会办口腔医院 Social stomatological hospital

是指由非政府财政或非行政部门、非集体投资开办（或控股）的口腔医院。

### 3.3 医疗质量服务能力 Medical quality service capability

医疗质量服务能力是指一个服务系统提供医疗质量服务的能力程度，通常被定义为系统的最大产出率。

### 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 医疗质量服务能力评价机构 Medical quality service capability evaluation organization

依法设立具有从事医疗质量服务能力评价业务资质的独立第三方机构。

### 3.6 医疗质量服务能力评价 Evaluation of medical quality service ability

由医疗质量服务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，对申报的口

口腔医院综合管理、服务、建设、质量等进行专业性、技术性综合评价活动。

### 3.7 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。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 评价指标 capability evaluation index

反映参评口腔医院能力状况和特征的系列指标，包括综合管理、医疗质量与安全、院感、加分项等内容。

### 3.9 医疗质量服务能力星级 Medical quality service capability star

表示参评能力水平的标识或符号。评价等级由高到低依次分为五星级、四星级、三星级。

### 3.10 医疗质量服务能力评价报告 Evaluation report on medical quality service capability

根据既定的能力评价方法、指标体系、业务流程，对参评单位的相关数据、调查资料等进行现场评价，撰写出充分反映对象真实服务能力情况的报告。

### 3.11 医疗质量服务能力评价等级公示 Publicity of evaluation grade of medical quality service ability

医疗质量服务能力评价机构提供的星级评价结果及主要依据的公示材料。

## 4 医疗质量服务能力评价

### 4.1 基本原则

医疗质量服务能力评价严格按照评价标准和质量要求，采取先易后难、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，必须遵循以下四项基本原则：

a) 公平性原则：能力评价机构对所有参评单位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单位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

在协会口腔分会官方网站完成注册并成为会员后即有资格申报参加医疗质量服务能力评价。

### 4.2.2 资料填报与审核

4.2.2.1 参评单位登录协会口腔分会官方网站国家行业评价系统（以下简称评价系统），进入能力评价界面，阅读《社会办医疗机构医疗质量服务能力评价管理办法》，下载《医疗质量服务能力评价申报表》并进行填写后上传至评价系统。

4.2.2.2 评价办公室查看《医疗质量服务能力评价申报表》后，应当于 10 个工作日内确定是否受理，向申报单位发出受理结果通知。不予受理的，应当说明理由。

4.2.2.3 通过审核后，参评单位登录评价系统，对《社会办口腔医院医疗质量服务能力评价标准》进行学习，根据标准内容进行前期准备。同时打印《医疗质量服务能力评价申报表》，经参评单位法定代表人签字、加盖公章后邮寄至协会。

### 4.2.3 现场医疗质量服务能力评价

4.2.3.1 评价办公室组织评价专家组对参评单位进行现场医疗质量服务能力评价。根据医院规模，评价组设大组长 1 名，评价专家 8-10 名。评价时间一般不超过 2 天，采取听取汇报、查阅资料、实地查看、跟班作业、医患访谈、演练考核、应知应会测试、满意度调查等方式进行。

4.2.3.2 现场评价结束前，评价专家对受评医院进行分析、评分、汇总，提出评价意见。在此基础上，评价专家组召开会议，汇总分析并通过评价报告。最后，组织召开受评医院中层以上领导参加的评价意见反馈会，内容包括对受评医院的总体评价、亮点，存在的主要不足和问题，以及改进意见建议。

### 4.2.4 形成整改报告

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

### 4.2.5 等级确定

评价办公室将评价专家组评价意见和参评单位评价分数报评价领导小组研究审核。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。每家参评单位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。

#### 4.2.6 反馈与复议

评价办公室应及时将评价结论告知参评单位，如参评单位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。

#### 4.2.7 评价结果公示

评价领导小组研究通过可以授予能力评价星级医疗机构的，协会应当在官网向社会公示，公示期为 7 个工作日。公示期限内，收到书面异议的，评价办公室应当组织调查核实或再审核，并提交评价领导小组复议。

#### 4.2.8 评价结果公布

公示期满，未收到书面异议的，评价办公室履行审批程序，在协会官网向社会正式公布，并适时组织颁发统一内容、格式、尺寸、材质的证书和铭牌。能力评价结果接受社会监督。

### 4.3 能力评价信息管理

评价办公室对参评单位的原始评价资料、过程文字等相关资料分类整理，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。

### 4.4 动态管理

4.4.1 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对星级医疗机构进行抽查和考核，提出限期整改建议并通知医疗机构，也可以组织评价专家组进行线上续评。医疗机构应当按时上报整改情况书面报告，保持医疗机构的品质。

4.4.2 星级医疗机构发生违法违规事件、重大事故（含医疗事故）、严重社会不良影响事件，一经

查实或者线上复核不通过的,经评价领导小组核准后,给予降低直至取消星级医疗机构称号处理,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。

4.4.3 评价办公室定期举办国家行业评价培训班,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。

4.4.4 评价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 医疗质量服务能力评价信息

医疗质量服务能力评价信息类型和来源:能力评价所需要的信息包括参评单位的内部信息和外部信息两大类。内部信息包括参评医疗机构组织架构、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。

### 5 医疗质量服务能力评价方法

#### 5.1 指导思想

构建社会办口腔医院医疗质量服务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、群众满意的优质口腔医院,为广大人民群众提供多层次、多样化医疗健康服务。

#### 5.2 社会办口腔医院医疗质量服务能力评价的含义

社会办口腔医院医疗质量服务能力评价首先是对参评单位基本信息、运营信息和管理信息等符合性认证,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。

#### 5.3 社会办口腔医院医疗质量服务能力评价方法及评价内容

##### 5.3.1 能力评价方法概述

口腔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单位的能力等级,通过对参评单位综合管理部分、医疗质量与安全部分、院感部分、创新品牌加分部分、疫情防控扣分部分等八个维度的能力数据进行采集和分析以判定医疗质量服务能力。

##### 5.3.2 综合管理部分

综合管理部分包括依法执业、建筑布局、内部管理等内容。

- a) 依法执业：评价内容包括医院管理制度、执业范围、医疗服务宣传等的规范性；
- b) 建筑布局：评价内容包括医院布局合理性、建筑面积要求；
- c) 内部管理：评估内容包括医院发展规划、运行机制、培训制度、文化建设等。

### 5.3.3 医疗质量与安全部分

包括医疗质量安全管理组织、医疗质量安全管理制度、医疗技术管理等内容。

- a) 医疗质量安全管理组织：评价内容应包括医院是否按照规定设立相关科室，评估其完整性和规范性；
- b) 医疗质量安全管理制度：通过评估医疗质量安全管理方案、风险管理方案、执行法律法规内容评估其规范性；
- c) 医疗技术管理：通过评估口腔种植、口腔护理、使用口腔卫生材料等内容，评估其制度规范和实际操作规范。

### 5.3.4 院感部分

包括院感组织管理与制度落实、建筑卫生学要求、设施设备配备等内容。

- a) 院感组织管理与制度落实：通过评估规章制度、岗位职责、感染管理监测等方面，评估其提供医疗服务的能力与患者安全；
- b) 建筑卫生学：通过检查医疗压缩空气设备、手卫生设施、口腔器械处理流程，评估其整体规范性；
- c) 设施设备配备：通过检查压力蒸汽灭菌器、消毒设备配备、环境清洁用具等，预测可能发生的不安全事件；

### 5.3.5 创新品牌加分部分

创新品牌加分部分包括医疗机构规模、学科建设等内容。通过评估医疗机构规模设置、学科建设、信息系统建设、科研投入和学术水平、教学水平、机构获奖、公益文化品牌等内容，发现医疗机构亮点特色，规划长期发展目标。

### 5.3.6 疫情防控扣分部分

疫情防控扣分部分包括严格落实国家疫情防控政策要求、防疫消毒要求等内容。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，评估医疗机构疫情防控管理办法和落实防疫消毒等有关内容。

## 6 医疗质量服务能力等级符号及含义

医疗质量服务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、四星级医疗机构的，必须同时通过协会组织的医疗机构社会信用等级评价并获得AA或以上等级；被评为五星级医疗机构的，必须同时通过协会组织的医疗机构社会信用等级评价并获得AAA等级。

## 7 医疗质量服务能力评价指标体系

医疗质量服务能力评价指标体系，即综合管理、医疗质量与安全、院感、创新品牌加分、疫情防控扣分。见附录A。

## 8 医疗质量服务能力评价报告

### 8.1 内容与用语

医疗质量服务能力评价报告，是评价专家组通过评价后，对可能影响参评单位综合管理、医疗质量与安全、院感、创新品牌加分、疫情防控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、需要说明的其他问题等。医疗质量服务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

医疗质量服务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，评价专家组与参评单位构成委托关系外，评价专家组、评价人员与参评单位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《社会办医疗机构医疗质量服务能力评价管理办法》和《社会办口腔医院医疗质量服务能力评价标准》的要求和程序做出的独立判断，严禁因参评单位和其他任何组织或个人的不当影响改变评级观点。

### 8.3 报告正文

报告正文中应包括：总体评价、评价各项指标得分情况、管理及服务中的亮点、存在的主要问题、改进意见、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单位的发展趋势和目标。

### 8.5 评价报告附录

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：参评单位评价报告、评价专家意见表、打分表等材料。

## 9 医疗质量服务能力评价结果发布

评价结果在协会官方网站及协会指定的其他平台发布。评价结果发布的内容一般包括参评单位名称、医疗质量服务能力等级。

## 附录 A

### (规范性附录)

#### 社会办口腔医院医疗质量服务能力评价指标体系

##### A.1 诚信与信用建设

包含贯彻执行医疗卫生管理法律、法规情况，依法执业诚信自律、公共信用综合评价等级、设备、耗材和药品采购管理、落实社会监督员制度等六个方面，合计权重为10%。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.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。	20%	1.《医疗机构执业许可证》核准的诊疗科目、服务方式、服务对象与实际情况相符；无擅自改变医疗机构地点、床位、（牙椅）、房屋建筑面积、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。 4.医疗机构改变名称、场所、主要负责人、诊疗科目、床位，有向原登记机关办理变更登记记录。 5.医院及科室命名规范，与《医疗机构执业许可证》登记的内容一致。 6.凡医院内命名为“中心”、“研究所”等机构者，均持有省级及以上卫生行政部门批准的文件。
		1.2 在院执业人员执业资格及执业登记手续。	16%	1.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。 2.注册地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业或对口支援等），按照本人执业范围开展诊疗活动。 3.医联体内外院执业人员的资质。
1.贯彻执行医疗卫生管理法律、法规情况。	50%	1.3 大型医用设备配置与使用管理。	10%	参照 2018（12 号）文件，根据《大型医用设备配置与使用管理办法》，医疗机构整套单价在 1000 万元人民币以上的医用设备： <ol style="list-style-type: none"> <li>有相应的卫生健康行政部门颁发的甲类或乙类《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》，一机一证，有正本和副本，不得伪造、变造、买卖、出租、出借。</li> <li>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、定期培训，取得相应的上岗资质。</li> <li>医疗器械使用单位应当建立大型医用设备管理档案，记录其</li> </ol>

				采购、安装、验收、使用、维护、维修、质量控制等事项。
		1.4 医疗服务宣传。	8%	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》，并在有效期内。
		1.5 医学证明制度及管理。	8%	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。
		1.6 医疗事故预防及报备。	12%	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。
		1.7 放射防护及安全管理。	8%	依据《放射卫生防护基本标准》及有关要求： 1.依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。 2.具有符合国家相关标准和规定的放射诊疗场所和配套设施。 3.放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。 4.建立有放射防护安全管理制度及应急管理辦法。 5 放射源管理安全可靠，无放射源泄漏。 6.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.贯彻执行医疗卫生管理法律、法规情况。	50%	1.8 在遇重大突发公共卫生事件时履行报告义务。	8%	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，记录详实。
		1.9 近3年内不良执业行为积分。	10%	1.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。	25%	2.1 医院法人治理结构和授权管理履职。	20%	1.建立和完善医院法人治理结构，明确所有者和管理者的责权，形成决策、执行、监督相互制衡，有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的机制。 2.医院法人治理结构清晰，有授权管理制度。

				3.授权管理人员认真履行职责。
		2.2 医院管理制度。	32%	1.按照原卫生部颁发的《全国医院工作制度及各类人员职责》和《国务院办公厅关于建立现代医院管理体制的指导意见》(国办发〔2017〕67号)等管理制度要求,完善医院管理制度,主要包括制定医院章程、健全医院决策机制、民主管理、医疗质量安全管理、人力资源管理、财务资产管理、绩效考核、人才培养培训管理、科研管理、后勤管理、信息管理、医院文化建设、便民惠民服务等制度,有完善的运行机制,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。	24%	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 技术岗位人员培训和上岗管理。	24%	1.有医院新员工岗前培训制度、内容与培训考评资料及其相关科室岗位培训记录。 2.规定工种岗位必须持有专业培训合格证书。
3.公共信用综合评价等级。	10%	3.1 具有良好的公共信用信息:依法行使公共职能的部门履职过程与医院产生的有关各类市场主体的信用信息良好。	100%	1.依法行使公共职能的部门包括行政机关、司法机关以及依法行使公共管理(服务)职能的企、事业单位和社会组织与医院的要求及合作方面的信用评价。 2.以大数据为支撑实现精准的“信用统计”,为医院的金融信贷、招标投标、商务合作、医联体等市场活动提供信用服务的资料规范、齐全、认真履行相关合同内容,满足市场的信用服务与合作需求。 3.在疫情防控、突发公共卫生事件中履行医疗机构公益性的表现及其当地政府与社会的评价。 4.医院诊疗服务信息公开的真实性与履行结果。 5.公共信息资料完整、规范。
4.设备、耗材和药品采购管理。	10%	4.1 设备、耗材、药品资质档案管理。	60%	1.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。 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)要接受岗位培训,取得相应的上岗资质。 3.大型医用设备检查阳性率。 4.大型医用设备维修保养及质量控制管理。 5.有年度大型设备的经济效益分析制度与实施。
		4.2 采购程序与采购合同。	40%	1.采购报批程序规范。 2.记录详实。 3.供货合同齐备规范。

5.落实社会监督员制度。	5%	5.1 社会监督和评价机制。	100%	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。
--------------	----	----------------	------	-------------------------------------

## A.2 行政管理

包含组织建设、行政管理、人力资源、医疗行政管理、教学管理、科研管理、装备管理、保障管理、财务管理、文化建设等十个方面，合计权重为15%。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.组织建设。	13%	1.1 加强党的组织建设。	30%	1.经过上级党委批准建立党组织。 2.党建工作管理体制完善，围绕党的基本任务开展工作。 3.党员发挥先锋模范作用。
		1.2 依法建立工会组织。	30%	1.经过上级工会批准建立医院工会组织。 2.参与民主管理，实施民主监督。 3.维护职工合法权益，为医院改革发展献策出力。 4.开展各类活动，促进医院文化建设。 5.员工满意度高。
		1.3 完善行政组织建设。	40%	1.医院有行政、医疗、护理、人力资源、保障、财务等基本职能部门，行政组织适应医院管理需要，相关职能部门设置符合国家相关要求，实行院科两级负责制。 2.职能部门制度健全、职责明确、人员到位、有监督协调机制。 3.职能部门服务意识强，深入一线开展管理工作。 4.建立各类委员会，至少有质量安全、伦理、医疗、护理、院感、药事、输血、病案、装备、保障等管理委员会，积极开展相关活动，发挥专家管理作用。
2.行政管理。	17%	2.1 建立现代医院管理制度。	48%	1.根据现代医院管理制度要求，结合本院实际情况制定医院各级各类规章制度。 2.组织员工学习相关制度，员工熟悉本职范围的相关制度。 3.对制度的执行情况进行常态督导，持续改进医院管理。 4.根据国家相关政策、规章制度的调整和医院的实际情况，及时修改相关制度。 5.实行民主集中的医院议事决策机制。

		2.2 制定医院发展规划。	16%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.根据实际情况制定 3-5 年的中长期发展规划。</li> <li>2.根据医院规划和上一年度总结制定年度工作计划。</li> <li>3.定期检查总结规划与计划的落实情况，及时调整，持续改进。</li> </ol>
		2.3 履行信息公开制度。	12%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.根据政府信息公开条例、医疗卫生服务单位信息公开管理办法、信息公开目录编制规范和国家卫健委信息公开指南等文件要求制定本院信息公开制度和目录。</li> <li>2.多种形式实施院务公开，员工了解院务公开信息。</li> <li>3.明确本院信息公开管理部门及职责，制定相关管理制度和信息公开程序。</li> <li>4.有信息公开登记和完整档案资料。</li> </ol>
		2.4 严格实施广告监管。	12%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.根据医疗广告管理办法制定本院广告管理制度和广告发布程序。</li> <li>2.指定部门和专（兼）职人员统一承担广告管理工作。</li> <li>3.对各类医疗广告实施监管。</li> </ol>
		2.5 不断提高效能管理。	12%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.医院有加强效能管理的相关制度和机制，不断提高职能部门的服务和管理水平。</li> <li>2.定期对各职能部门工作进行督导与评价，建立部门之间的协调机制。</li> <li>3.建立职能部门的考核与绩效机制。</li> <li>4.建立总值班制度，提高应急处理能力和协调能力。</li> </ol>
3.人力资源管理。	13%	3.1 建立人力资源管理体系。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.建立健全人力资源管理制度。</li> <li>2.制定各级各类岗位职责。</li> <li>3.完善招聘程序，实行全员聘任制。</li> <li>4.建立绩效考核制度。</li> <li>5.建立健全员工档案。</li> </ol>
		3.2 人力资源合理配置，依法执业。	40%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.人力资源配置符合国家相关规定 医院卫生技术人员：实际开放床位<math>\geq</math>1.15:1。 护士：实际开放床位<math>\geq</math>0.6:1。 病房护士：实际开放床位<math>\geq</math>0.4:1。</li> <li>2.医务人员依法执业，无非法执业、超范围执业。</li> <li>3.多点执业医务人员相关注册与合同完善。</li> </ol>
		3.3 加强学科建设与人才培养。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有学科建设规划。</li> <li>2.有人才引进和培养计划。</li> <li>3.主要学科有学科带头人，学科人次梯队合理。</li> </ol>

		3.4 建立健全继续教育制度。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.建立健全各级各类人员继续教育制度。</li> <li>2.每年编制继续教育经费预算，支持员工参加继续教育。</li> <li>3.新员工有岗前培训和考核。</li> <li>4.全院继续教育达 90%以上。</li> <li>5.执业医师首次资格考试通过率达 80%以上。</li> </ol>
4.医疗行政管理。	8%	4.1 坚持医院公益性，履行相应社会责任和义务。	50%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品安全法》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。</li> <li>2.制定突发重大事件应急医疗救援和医疗救治预案并开展演练。</li> <li>3.承担政府指令性相关医疗任务。</li> </ol>
		4.2 预防和处理医疗纠纷。	50%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.制订医疗纠纷预防和处理预案，组织开展相关宣传、培训和演练，确保依法、及时、有效化解矛盾纠纷。</li> <li>2.定期对医疗纠纷进行汇总、分析，对存在问题及时整改。</li> <li>3.有突发医患纠纷案件报警装置和应急处置机制，有保护医务人员的相关措施。</li> </ol>
5.教学管理。	7%	5.1 建立健全教学管理体系。	60%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有教学管理部门，有专（兼）职人员负责教学管理工作。</li> <li>2.有教学管理制度，包括学生管理制度。</li> <li>3.有相应的教研室和师资队伍。</li> <li>4.教学经费、用房和设施满足教学需要。</li> </ol>
		5.2 持续改进教学质量。	40%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有教学质量督导和考核管理。</li> <li>2.定期召开学生座谈会，听取学生意见和建议。</li> <li>3.定期总结教学工作，持续改进教学质量。</li> </ol>
6.科研管理。	7%	6.1 建立健全科研管理体系。	60%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有科研管理部门，有专（兼）职人员负责科研管理工作。</li> <li>2.有科研管理制度。</li> <li>3.有科研管理配套经费。</li> <li>4.有鼓励员工开展科研工作的机制。</li> </ol>
		6.2 建立伦理审核制度。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.涉及伦理问题的科研课题经过伦理委员会审核批准。</li> </ol>
		6.3 建立诚信科研机制。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.规范开展科研工作，科研数据真实可靠，论文署名规范。</li> </ol>
7.装备管理。	7%	7.1 建立医学装备管理体系。	30%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有医学装备管理部门，有专（兼）职人员负责医学装备管理工作。</li> <li>2.制定全周期医学装备管理制度，包括论证、配置审批、采购、验收、培训、运营和维保等。</li> </ol>
		7.2 医学装备配置合理。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.大型医学装备配置合理，依法取得配置许可。</li> </ol>

		7.3 医学装备运营管理。	50%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有医学装备安全控制和风险管理方案，定期评估修订。</li> <li>2.建立医学装备操作培训准入制度。</li> <li>3.建立医学装备运行维保制度。</li> <li>4.建立医学装备不良事件报告管理制度。</li> <li>5.医学装备依据规定定期检测校正，强检装备检测率 100%。</li> <li>6.医学装备档案完整。</li> </ol>
8. 保障管理。	13%	8.1 建立保障管理体系。	15%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有保障管理部门和专职管理人员。</li> <li>2.合理配置保障各部门人力资源。</li> <li>3.建立健全各部门管理制度。</li> </ol>
		8.2 安全运行管理。	75%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.制定各类设备操作规范，操作人员经培训考核合格后上岗，特殊岗位按规定取得相应上岗资格。</li> <li>2.保障体系安全稳定运行，有应急预案并开展演练，包括但不限于供电、供水、供气（包括燃气和医用气体）、食品、交通、安保等。</li> <li>3.消防安全体系健全，有院内义务（兼职）消防</li> </ol>
		8.3 优质服务。	10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.为患者提供各种便民服务和便民措施。</li> <li>2.为员工提供各种餐饮、休息、娱乐、健身设施。</li> </ol>
9. 财务管理。	10%	9.1 建立健全财务管理体系。	33%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.财务管理部门体系设置规范，人员配置合理，符合国家相关规定。</li> <li>2.建立健全财务管理制度。</li> <li>3.制定人员岗位职责。</li> <li>4.三级医院或有条件二级医院设立总会计师。</li> </ol>
		9.2 财务运行管理规范。	67%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.预算与决算规范。</li> <li>2.加强成本控制，实行成本核算。</li> <li>3.控制债务规模，防范资金风险。</li> <li>4.实行价格公示，加强价格管理。</li> <li>5.医保管理规范，无违规骗保现象。</li> </ol>
10. 文化建设。	5%	10.1 医院文化建设。	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.医院文化建设体现“以病人为中心”导向。</li> <li>2.医院文化建设体现员工向心力、凝聚力。</li> </ol>

### A.3 医疗质量与安全

包含建立院、科两级医疗质量与安全管理体系、医疗质量核心管理制度落实、医院开展医疗技术管理规范、医疗质量控制与安全管理相关数据、医疗风险防范及确保患者安全机制、病案管理及制度落实、继续医学教育工作管理、门诊工作制度及管理、急诊急救能力管理制度落实、住院诊疗活动规范等方面，合计权重为 40%。见表 A.3。

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体系组织机构。	7.5%	1.1 有院科两级质量管理组织体系、委员会组织架构。	27%	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. 二级及以上医疗机构应当将门诊质量管理纳入医疗质量管理委员会工作体系。 3.查各委员会制度、职责、人员调整/变更的上报、审批管理流程。 4.查院、科两级医疗质量与安全管理机构的工作制度、岗位职责。 5.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。	30%	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措施。	43%	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.查有关台账（组织的各项质量检查、组织的各类培训记录等）。 4.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。
2. 医疗质量核心管理制度落实；组织制度学习培训，要求医务人员掌握并遵循相关制度落实。	7.5%	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。	27%	1.查十八项医疗安全核心制度（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。有医院和科室的培训记录，核	73%	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。

		心制度考核落实。		3.现场考核核心制度落实情况。重点考核查看科室三级查房、术前讨论、疑难病例讨论、死亡病例讨论记录。 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. 医院开展医疗技术管理规范。	5%	3.1 学科带头人及技术梯队结构。	25%	1.医院临床科室有明确的学科带头人和技术梯队，每个人的基本情况满足临床实际工作的业务需求。
		3.2 医疗技术的临床应用及管理。	35%	1.根据《医疗技术临床应用管理办法》（2018 版）和《限制临床应用的医疗技术（2017 版）》要求，医疗机构无开展禁止类医疗技术，或无未经卫生行政部门核准或备案擅自开展限制类医疗技术的临床应用情况。 2.医院开展医疗技术管理制度完善合理。符合《三级医院评审标准》2020 年版要求。建立健全限制类医疗技术临床应用备案制度、医疗技术临床应用质量管理与控制制度、医疗技术临床应用规范化培训制度、医疗技术信息公开制度等。 3.具有符合技术项目要求的人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。
		3.3 开展新技术、特色疗法相关管理制度。	40%	1.积极开展新技术或特色疗法，医院开展新技术、特色疗法管理制度完善合理。 2.新技术的论证结果记录和实验依据真实可靠。 3.申请诊疗新技术准入，应有保障患者安全措施和风险处置预案。
4. 医疗质量控制与安全管理相关数据；定期对质控数据进行分析 and 讲评。	7.5%	4.1 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，并进行统计分析与讲评。	33%	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。
		4.2 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。	57%	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。

		4.3 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改进的参与力度。	10%	1.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。
5. 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。	6.25%	5.1 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。	64%	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）。
		5.2 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。	16%	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。
		5.3 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%。	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。
6. 病案管理及制度落实。	8.75%	6.1 病案科（室）设施、设备与人员符合医疗机构运行的需要。	29%	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。

		6.2 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。	71%	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。
7. 继续医学教育工作管理。	5%	7.1 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。	15%	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。
		7.2 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%。	55%	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。
		7.3 医院落实急救培训计划。	30%	1.医院每年组织心肺复苏技能培训，有培训与考核记录。
8. 门诊工作制度及管理。	5%	8.1 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.查门诊管理各项规章制度（主要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）。 2.查门诊管理人员及门诊医护人员岗位职责知晓度，以及制度落实情况。

		8.2 门诊医务人员资质应符合政策规定,合理配置门诊人力资源。	15%	1.依照门诊患者病种分类和特点,合理安排各专业不同年资医师出诊; 2.针对地域、季节等特点,结合号源使用情况,动态调整出诊单元数以及单元接诊人次。
		8.3 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%	1.检查患者实名就医情况,在登记、挂号、诊疗等环节实行患者唯一身份标识管理。 2.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)
		8.4 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。	10%	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。
		8.5 发热门诊设置管理规范。	15%	1.二级及以上综合医院要在医院独立区域规范设置发热门诊和留观室。 2.发热门诊独立区域、独立建筑、独立空调系统,标识醒目,具备独立出入口。医院门口、门诊大厅和院区内相关区域要设立醒目的指示标识,内容包括发热门诊方位、行走线路、接诊范围及注意事项等。发热门诊硬件设施要符合呼吸道传染病防控要求,与普通门(急)诊及医院其他区域间设置严密的硬隔离设施,不共用通道,通道之间不交叉,人流、物流、空气流严格物理隔离。新建发热门诊外墙与周围建筑或公共活动场所间距不小于 20 米。 3.发热门诊内要规范设置污染区、清洁区、缓冲间。各区和通道出入口设有醒目标识。各区之间有严密的物理隔断,相互无交叉。
9. 急诊急救能力、管理制度及落实。	6.25%	9.1 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。	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)

		9.2 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。	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。
		9.3 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。	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,
10.住院诊疗活动规范;病房科主任、护士长负责制落实。	7.5%	10.1 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。	33%	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。
		10.2 由具有法定资质的医务人员为患者提供规范的服务。	27%	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。 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。
		10.3 口腔科(室)9个单病种为:舌癌、颌骨骨折、口腔颌面部间隙感染、颞下颌关节紊乱病等。	40%	重点检查有单病种的临床路径、单病种管理的临床科室: 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。 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。 3.医院符合本科室诊疗规范和临床路径管理。
11.手术治疗管理、麻醉管理严格并持续改进工作。	8.75%	11.1 手术室、麻醉科应建立完善的工作制度、岗位职责和操作规程,以保证手术和麻醉质量安全。	49%	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。

		11.2 麻醉科主任、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。	34%	<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>
		11.3 合理配置手术室、麻醉科人员。	17%	<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>
12.修复工艺质量管理与持续改进工作。	4.5%	12.1 修复工艺部门设置、布局合理；设备设施满足临床诊疗需要；仪器有合格标识。	22%	<p>1.查医院是否建立符合规范的口腔修复工艺专业科室；科室布局合理，仪器有合格标识。</p> <p>2.可提供与医院修复专业规模、功能、任务相匹配的可摘局部义齿，固定义齿、全口义齿的基本诊疗服务，能满足临床诊疗需要。</p>
		12.2 修复工艺专业科室有健全的规章制度、工作规范、技术流程并遵守与执行；有相关制度的学习与培训记录。	22%	<p>1.查规章制度、工作规范与技术操作流程是否完整（包括技术规范、质量控制制度、模型质量和修复体质量检查与评价等）。</p> <p>2.查科室相关制度的学习与培训记录。</p>
		12.3 提供类别齐全的修复工艺技术项目；按照医嘱和模型进行修复。	11%	<p>查是否有开展修复工艺新技术： 计算机辅助设计和辅助制作技术（CAD/CAM）；全瓷修复技术；种植修复技术；若无上述修复工艺，则检查合作的外包外送单位是否合规。</p>

13.放射科质量管理与持续改进工作。	6%	13.1 具有《放射诊疗许可证》和《大型医用设备配置许可证》，医学影像服务与医疗机构执业诊疗科目许可登记项目相符合。	21%	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.查《放射诊疗许可证》、《大型医用设备配置许可证》;</li> <li>2.查开展项目与许可登记项目相符性;</li> <li>3.查科主任专业技术职称证书;</li> <li>4.查放射医、技人员资质证书;</li> <li>5.查科室培训制度和记录。</li> </ul>
		13.2 建立各项规章制度、岗位职责和技术操作规范;服务项目应满足临床诊疗需求。	12%	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.查各项规章制度、岗位职责、技术操作规范。</li> <li>2.查看各类影像检查是否采用统一编码,实现患者一人一个唯一编码工作。</li> <li>3.查具有资质的检测机构定期校验放射诊疗设备的合格证书。</li> <li>4.查图像质量评价活动记录。</li> </ul>
		13.3 定期对放射诊疗设备进行质量检测,对放射诊疗工作场所和设施、设备进行放射防护监测。	21%	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.查具有资质检测机构的放射设备质量检测 and 放射防护监测合格证书。</li> <li>2.查应急预案及演练记录。</li> <li>3.查患者隐私保护措施、患者屏蔽防护措施、对儿童、妊娠妇女及备孕者的特殊告知。</li> <li>4.查防护器材、个人防护用品使用和剂量计配戴情况,查检测机构对剂量计的检测记录,异常剂量有分析,有整改。</li> <li>5.查放射工作人员职业健康档案。</li> </ul>
14.药事管理质量与持续改进工作。	7.5%	14.1 制定科室各项规章制度、岗位职责;从事药学各岗位人员具有相应任职资格;提供门诊药物咨询指导服务。	6%	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.查科室规章制度、岗位职责。</li> <li>2.查药学工作人员资质(药剂科主任具有主管药师以上专业技术职称,处方调配人员具有药士以上职称,处方审核人员具有药师以上职称)。</li> <li>3.检查是否有为患者提供门诊药物咨询及用药指导服务。</li> </ul>
		14.2 制定药品质量监督管理制度,通过正规渠道采购药品,保证药品质量。	13%	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.查“临床用药供应目录”和“药品处方集”及更新情况。</li> <li>2.查药品采购途径。</li> <li>3.查药品(包括中药饮片)质量。</li> <li>4.查入库验收、召回制度资料。</li> </ul>

		14.3 药库布局合理，环境适宜；贮存药品有效期管理制度；有完备的药品出入库管理信息系统。	10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.查药库布局，有防潮、防湿、防高温、防鼠虫、防火、防盗设施，有相对温度、湿度、冰箱温度记录。</li> <li>2.查药品贮存和效期管理情况。</li> <li>3.查药品管理信息系统。</li> </ol>
14.药事管理质量与持续改进工作。	4.5%	14.4 处方项目齐全，字迹清晰，给药途径、用法和用量正确；制定处方/医嘱管理制度与流程；医师和药师签名或签章式样在药学部门留样备案。	7%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.抽查 50 张处方，查书写规范情况。</li> <li>2.查药师审核和处方干预的记录。</li> <li>3.查处方点评及分析、反馈情况。</li> </ol>
		14.5 药物不良反应（ADR）和药物不良事件（ADE）监测报告；制定 ADR 和 ADE 监测报告制度，有记录、有分析、有专人负责上报。	17%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.查 ADR、ADE 监测报告制度。</li> <li>2.查 ADR、ADE 报告及分析记录。</li> </ol>
		14.6 加强高危药品和易混淆药品（包装相似、听似、看似药品、一品多规）的管理，有相关管理规定，分区贮存，有警示标识。	5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.查管理规定及工作人员知晓率。</li> <li>2.查分区贮存、警示标识。</li> </ol>

		14.7 制定抗菌药物分级管理制度和目录,有药品遴选、定期评估和清退制度,严格实行“一品双规”,抗菌药物品种符合要求;严格医师抗菌药物处方权限。	3%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.查抗菌药物分级管理制度与目录(抗菌药物品种三级口腔医院不超过35种)。</li> <li>2.查抗菌药物医师分级处方落实情况和会诊记录。</li> <li>3.抽查门诊处方50张,是否符合抗菌药物分级管理规定。</li> <li>4.查抗菌药物使用率(门诊患者<math>\leq</math>20%,急诊患者<math>\leq</math>50%,住院患者<math>\leq</math>70%;一类切口手术患者预防使用抗菌药物时间不超过24小时)。</li> <li>5.查抗菌药物合理使用培训记录。</li> </ol>
		14.8 有麻醉药品、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及操作规程。	17%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.查麻醉、精神、放射性、医疗用毒性药品及易制毒药品管理制度和操作规程。</li> <li>2.查上述药品的三级(药库/药房/病区)、“五专”管理制度(专人/专柜加锁/专用账册/专用处方/专册登记),有监控。</li> <li>3.查有“麻、精”特殊药品处方、调配权限的医师、药师名单及资质、培训记录。</li> <li>4.查门诊“麻、精”药品使用病历及记录,患者身份备案资料及知情同意书。</li> <li>5.查医院麻醉药品、第一类精神药品销毁记录、残余量处理记录。</li> </ol>
15. 实验室质量管理:医学检验科、血库/输血科和病理科管理。	5%	15.1 科室设置布局和设备设施符合相应规范要求,检验项目符合准入范围,服务满足临床诊疗需求。	15%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.所有检验仪器、试剂符合国家有关标准和准入范围。抽查其相关证书。</li> <li>2.查医学检验科下设专业诊疗科目与卫生行政部门核准登记科目是否相符。</li> <li>3.查外送检验项目委托服务协议、实验室资质和质量保证文件、外送登记和记录。</li> <li>4.查临床用血管理制度、组织及活动记录。</li> </ol>
		15.2 有安全管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范,遵照实施并准确记录。按有关规定建立临床检验、病理环境保护及人	30%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.科主任为实验室安全主要负责人并设置有安全员。</li> <li>2.查实验室安全管理制度、流程及培训记录。</li> <li>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(生物安全柜有一年一次的有效性评估,高压灭菌装置有效果监测记录,紫外线灯有使用时间记录)。</li> <li>4.查个人安全防护设施和用品(洗眼器,紧急冲淋装置及其他急救设施);抽查1-2人的正确使用情况。</li> <li>5.有职业暴露及意外事故应急处理预案及记录。</li> <li>6.查输血前检验项目:血型ABO反定型、RH(D)、交叉配血、</li> </ol>

		<p>员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。</p> <p>加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术操作规范。</p>		<p>感染筛查（乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）及不规则抗体的完整性。</p> <p>7.查血液入库、贮存、发放管理制度及落实情况。</p>
		<p>15.3 从事临床检验、病理诊断工作和技术工作的人员资质应按有关规定取得相应专业技术职务任职资格。有管理制度和岗位职责。</p>	12%	<p>1.查阅科室人员管理制度和岗位职责。</p> <p>2.查各类人员职称证书。</p> <p>3.查特殊岗位（分子生物学、HIV初筛实验）操作人员上岗证。</p> <p>4.查人员培训计划、培训记录。</p> <p>5.查科室学习记录。</p>
		<p>15.4 检验结果准确，检测报告及时、规范，有审核制度。</p>	16%	<p>1.标本采集、运送、接收、拒收和储存的标准、规程，有执行记录。查看相关规程和记录。</p> <p>2.查看检测报告完整性：患者信息，标本类型，样本采集时间，结果报告时间，提供中文或中英文对照的检测名称、结果及参考范围，有异常结果提示。</p> <p>3.严格执行检验报告双签字制度和复检制度。抽查各专业 2-3 份报告。</p> <p>4.结果报告时间满足临床诊疗的需求，定期评估报告时间。临检常规项目≤30 分钟出报告（复检样本除外）；生化、免疫急诊项目≤2 小时出报告，常规项目≤1 个工作日出报告；微生物常规项目≤4 个工作日出报告；每个科目抽查 2-3 个报告时间。</p> <p>5.查看危急值项目及限值表，报告是否及时准确。</p>
16. 临床路径与单病种质量管理。	5%	<p>16.1 有临床路径工作组织体系，将实施“临床路径与单病种质量管理”工作纳入规范临床诊疗行为的重要内容。</p>	20%	<p>1.查医院临床路径管理委员会和临床路径指导评价小组及科室临床路径实施小组，及其履行相应的职责情况。</p> <p>2.查临床路径开发与实施的规划和相关制度及落实情况。</p> <p>3.查是否有指定的部门负责上述工作。</p> <p>4.查医疗、护理、医技、药学等相关科室的职责及分工情况，有无多部门间和科室间的协调机制。</p>

		16.2 遵照循证医学原则,结合本院实际,制定本执行文件,实施教育培训。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.查临床路径、单病种管理实施科室和实施病种目录,查临床路径文本和单病种质量管理标准。</li> <li>2.随机抽查 20 位入径患者签署的知情同意书。</li> <li>3.查相关的科室人员实施“临床路径与单病种质量管理”教育、培训与考核的相关记录。</li> <li>4.查相关人员对本岗位相关临床路径工作流程知晓情况。</li> <li>5.根据本院现有医疗资源,遵照循证医学原则,收集、分析本院常见病、多发病的诊疗信息,筛选并确定开展临床路径的科室和病种。</li> <li>6.查开展临床路径与单病种管理的科室和病种是否符合相关要求。</li> <li>7.根据实施效果评价,及时调整病种、修订文本、优化路径,有相关记录。</li> </ol>
		16.3 对执行“临床路径”的病例,将平均住院日、30 日内再住院率、再手术率、并发症与合并症等指标列入监测范围。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.查对执行“临床路径与单病种质量管理”的病例进行监测的相关规定与程序,是否满足《单病种质量管理手册》有关监测指标要求。</li> <li>2.对执行“临床路径”的病例,检查是否有将平均住院日、30 日内再住院率、再手术率、并发症与合并症等指标列入监测范围。</li> <li>3.查每季度对监测信息进行汇总与分析的情况,并提出持续改进措施。</li> <li>4.查是否有对实施“临床路径与单病种质量管理”的病种进行疗效、费用及成本进行卫生经济学分析评估。</li> <li>5.对符合进入临床路径标准的患者达到入组率<math>\geq 50\%</math>,入组完成率<math>\geq 70\%</math>。</li> <li>6.查定期对监测信息进行汇总与分析的情况,显示符合进入临床路径标准的患者的入组率持续提升。</li> </ol>
		16.4 对执行临床路径管理相关的医务人员和患者进行满意度调查。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.查是否有对执行临床路径管理相关的医务人员和患者进行满意度调查。</li> <li>2.查对实施病种“临床路径与单病种质量管理”的依从性进行监控的情况。</li> <li>3.通过分析总结相关影响因素,不断改进和完善路径标准,查相关记录。</li> </ol>
		16.5 专人负责上报单病种质量信息。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.专人负责单病种质量信息上报与审核工作制度。</li> <li>2.由本专业副主任医师或专职质量控制人员负责信息最后确认,信息可溯源。</li> <li>3.上报病例与实际相符,无漏报与不报,尤其是死亡病例。</li> </ol>

#### A.4 护理与医院感染控制管理

包含护理管理组织、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、医院感染管理与控制等方面，合计权重为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。	5.5%	1.1 院长履行对护理工作的领导责任，实施目标管理。	20%	1.建立护理垂直管理体系，实行院长（或副院长）领导下的护理管理体系。 2.有护理工作中长期规划、年度计划，与医院总体规划和护理发展方向一致，有措施保障并落实。 3.院务会议定期研究护理相关工作，对护理工作的改进需求有落实机制。 4.护理管理工作实行目标管理，目标的落实有阶段性督查和总结反馈。
		1.2 护理管理组织体系建设。	40%	1.设立院-病区两级或院-科-病区三级护理质量与安全管理组织，根据床位数设立护理部主任或总护士长。 2.成立护理质量管理委员会，人员包括与护理质量高度相关的其他职能部门主要成员。 3.定期召开护理质量管理委员会会议，制定护理质量与安全管理工作计划，实行护理质量指标监测，讨论改进措施并推进落实。 4.各级护理管理人员岗位职责明确，有岗位说明书和考核机制。 5.成立科或病区护理质量与安全管理小组，每月对护理质量与安全管理有自查、分析、整改。 6.护理质量委员会定期对科室或病区有护理质量监督，对护理质量有分析和评价和反馈。
		1.3 建立工作制度和岗位职责、护理常规和操作规程。	40%	1.具有明确的工作制度、岗位职责、护理常规、操作规程。 2.护理制度、护理常规、操作规程及时更新、修订完善。 3.开展（护理）新技术、新项目应及时修订护理常规和操作规程。 4.对护理制度和护理常规和操作规程定期开展培训和考核，有培训考核记录。

2. 护理人力资源管理。	5%	2.1 护士资质和岗位技术能力管理。	40%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.护理人员持执业证书上岗。</li> <li>2.制定各级在职护士分层培训制度，明确培训计划并组织实施有记录。</li> <li>3.开展新护士规范化培训，配备相应的培训人员和器材，特殊岗位护士持培训证上岗。</li> <li>4.参加国家/省市级 I 类继续教育项目比率达护士总人数 10%以上。</li> <li>5.初步建立护士专业技术档案，有继续教育学分管理。</li> </ol>
		2.2 护理人力资源配置。	40%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.临床护理岗位护士数量占全院护士总数≥90%。</li> <li>2.全院护士数量与实际开放床位数之比不低于 0.65:1。</li> <li>3.病区护士数量与实际开放床位数之比不低于 0.4:1。</li> <li>4.ICU 在岗护士与实际开放床位数之比不低于 2.5:1。</li> <li>5.新生儿在岗护士与实际开放床位数之比不低于 0.6:1。</li> <li>6.手术室在岗护士与开放手术间之比不低于 3:1。</li> <li>7.合理配置护理员，护理员数量、培训、管理符合规定。</li> </ol>
		2.3 护士岗位管理和紧急人力资源机动调配。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.护士初步实行分层（能级）岗位管理。</li> <li>2.有护士招聘、薪酬、保险相关制度并符合国家相关规定。</li> <li>3.制定紧急人力资源调配制度和方案，有演练和持续改进。</li> <li>4.调配方案具体可行，有具体执行记录。</li> <li>5.护理执业环境持续改善，离职率低于 15%。</li> </ol>
3. 临床护理质量管理与持续改进。	20%	3.1 护理质量评价。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.具备基础和专科护理质量评价标准。</li> <li>2.制定明确的护理质量评价具体方案。</li> <li>3.根据护理质量评价方案实行护理质量的督查有记录。</li> <li>4.院科两级督查评价结果有总结和改进措施。</li> </ol>
		3.2 重点流程和重点护理环节管理。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.制定重点流程和重点护理环节管理制度。</li> <li>2.对重点流程和环节有明确的质量标准。</li> <li>3.重点监测高危患者转运、危重护理记录、输血治疗服务、标本采集与运送、“危急值”报告和处理、围手术期管理等流程。</li> <li>4.查看重点环节和流程的护士知晓率。</li> <li>5.对存在的问题和风险有质量改进计划和实施记录。</li> </ol>

		3.3 开展优质护理，落实分级护理。	15%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.开展优质护理，有具体的优质护理年度目标、计划和措施。</li> <li>2.有推进优质护理的保障措施，后勤部门服务临床一线，医院实行物品下收下送。</li> <li>3.落实分级护理制度，根据相应护理等级落实专科护理措施。</li> <li>4.实行责任制整体护理，正确、规范病情观察和实施治疗、心理护理、健康教育和康复指导。</li> <li>5.有优质护理的改进措施，有质量持续改进项目。</li> </ol>
		3.4 危重患者护理常规。	12.5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 有危重患者护理常规、技术规范、风险评估标准、应急预案和安全防范措施。</li> <li>2.护士具备危重护理知识和操作技能，医院有组织培训和考核记录。</li> <li>3.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。</li> <li>4.初步开展危重症护理质量敏感指标监测。</li> </ol>
		3.5 护理文书书写管理。	12.5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.制定护理文书书写标准（标准册），及时修订。</li> <li>2.有文书书写检查考核标准。</li> <li>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。</li> <li>4.在职护士文书书写培训，并有考评记录。</li> </ol>
		3.6 提供心理和健康指导服务。	10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.根据各科室疾病特点，建立患者健康指导手册。</li> <li>2.根据患者的病情，实施有专科特色的健康指导。</li> <li>3.评估患者的心理状态和健康教育个性化需求，实施全程的健康教育和心理支持。</li> <li>4.落实专科康复教育和指导。</li> </ol>
		3.7 仪器、设备和抢救药品有效使用。	10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.抢救仪器、设备齐全，定位放置专人保管，呈备用状态。</li> <li>2.有抢救仪器、设备的运行和维修记录。</li> <li>3.护士能熟练使用本科室仪器设备，有培训记录。</li> <li>4.抢救药品定期检查，保证在有效期内。</li> <li>5.药物标识清楚、储存温湿度符合要求，高危药物有特殊标记。</li> </ol>
4.临床护理安全管理与持续改进。	10%	4.1 护理安全管理组织和监管。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.护理安全管理组织体系完善，职责明确，定期召开会议。</li> <li>2.有年度护理安全计划，定期检查监督执行情况，有记录。</li> <li>3.对护士进行国际患者安全目标相关内容培训有记录。</li> </ol>

		4.2 主动报告 护理质量安全事件。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.护理人员接受培训并执行医院不良事件报告制度。</li> <li>2.不良事件主动上报有登记（有条件的医院可以实行网络直报）。</li> <li>3.警讯事件护理部组织人员根本原因分析（RCA）并持续改进。</li> <li>4.对上报的安全事件有分析总结和改进措施。</li> </ol>
		4.3 护理风险防范。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有护理风险的定期评估、检查制度，有明确的查检表。</li> <li>2.针对患者身份识别、跌倒/坠床、压疮、管路滑脱、给药错误、择期手术并发症等护理风险，有具体管理方案和预防措施并落实。</li> <li>3.各护理单元有定期护理风险讨论制度并落实。</li> </ol>
		4.4 护理技术 常见并发症 预防与处理。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有临床护理技术常见并发症的预防和处理规范并组织培训。</li> <li>2.护士掌握常见并发症的预防和处理规范。</li> </ol>
		4.5 紧急意外 事件的护理 应急预案。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.科室应急预案齐全并组织培训、演练有记录。</li> <li>2.有根据演练后的改进措施。</li> </ol>
5.特殊护理单元 质量管理与 监测。	10%	5.1 急诊科护 理质量管理 与监测。	15%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.布局合理，标识清晰，分区明确。</li> <li>2.急诊室护理工作制度完善，工作流程合理，员工经过培训并知晓。</li> <li>3.常见急诊疾病处置流程上墙。</li> <li>4.有急诊的预检分诊、分区分级抢救处置的具体方案。</li> <li>5.护士长具备急诊工作经验，培训合格上岗。护士经过急诊护理知识和技能培训上岗。</li> <li>6.护士掌握心肺复苏、除颤、洗胃等急诊护理技术，能熟练配合医生插管、机械通气。</li> <li>7.有急诊护理质量的控制评价标准，院科两级有定期督查，有分析总结及改进措施。</li> </ol>
		5.2 手术室护 理质量管理 与监测。	15%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 布局合理，分区明确，标识清楚，洁、污通道分开。</li> <li>2.手术室护理制度完善，工作流程合理，员工经过培训并知晓。</li> <li>3.岗位职责明确，有手术室护理常规与操作规程，护士培训上岗。</li> <li>4.仪器设备管理规范，有运行记录和维修记录。</li> <li>5.有手术室质量控制评价标准，院科两级有定期督查，有分析总结及改进。</li> </ol>

5.特殊护理单元质量管理与监测。	10%	5.3 重症监护室护理质量管理与监测。	20%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.布局合理，分区明确，标识清楚，洁、污通道分开。</li> <li>2.制定重症监护室护理工作制度、流程、护理常规及操作规程，对护士进行培训考核。</li> <li>3.仪器设备管理规范，有运行记录和维修记录。</li> <li>4.护士经过重症监护护理知识和急救技术专项培训考核合格。</li> <li>5.有专项护理质量工作标准，包括机械通气护理、气道护理、管路护理、深静脉通路护理、约束和镇静护理、谵妄护理等，基础护理落实。</li> <li>6.有监护室护理质量控制评价标准，院科两级有定期督查，有分析总结并改进。</li> <li>7.洗手等院感措施落实到位，物表消毒和细菌学监测落实。</li> <li>8.耐药菌感染患者和特殊感染患者落实隔离措施，专人护理。</li> </ol>
		5.4 中心供应室护理质量管理与监测。	12.5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.布局合理，分区明确，标识清楚，洁、污通道分开。</li> <li>2.供应室护理制度完善，工作流程合理，员工经过培训知晓。</li> <li>3.岗位职责明确，有供应室护理常规与操作规程，护士培训上岗。</li> <li>4.仪器设备管理规范，有运行记录。</li> <li>5.有供应室质量控制评价标准，院科两级质量定期督查，有分析总结、改进。</li> <li>6.物品统一供应室清洗、消毒、灭菌，有效果监测和记录。</li> <li>7.有外来器械消毒灭菌的相关管理制度。</li> <li>8.院感控制措施落实，符合供应室院感控制标准。</li> </ol>
		5.5 麻醉复苏室护理质量管理与监测。 (5分)	12.5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.麻醉复苏室布局合理，分区明确。</li> <li>2.制定麻醉复苏室管理制度、工作制度、岗位职责、技术操作常规及术后护理常规，重点突出口腔专业特色。</li> <li>3.根据床位及工作需要，配备护理人员，护理人员与床位之比不低于 2: 1。</li> <li>4.麻醉复苏室工作经历 2 年以内的护士数占总数≤10%。</li> <li>5.护理人员参加省级以上卫生行政部门批准组织的危重专业护士培训率≥50%。</li> <li>6.职能部门定期对重点环节进行检查，有评价、分析、反馈，有改进措施并落实，有相关记录。</li> </ol>

6.口腔门诊临床护理管理。	10%	6.1 口腔门诊护理工作流程和相关技术操作标准。	50%	<p>1.根据本科室常见口腔疾病，制定护理工作常规与流程，突出重点与专业特色。</p> <p>2.有根据口腔专业制定的常用口腔治疗材料调拌技术标准（各类印模材、粘接材料、充填材料、牙周保护剂等）。</p> <p>3.操作标准涵盖用物的准备、材料的取放及比例、调拌时间及方法、成形材料质量等主要内容，符合材料特性要求。</p> <p>4.调拌完成的材料符合按需取量、质地细腻、稠度适宜、无气泡、无浪费等要求。</p> <p>5.有根据本科室口腔疾病治疗特点制定隔离技术操作标准（棉卷隔湿、吸唾器隔湿、橡皮障隔湿等）。</p> <p>6.护理人员隔离技术操作方法正确，步骤符合标准。</p> <p>7.能够根据患者需求采取多种宣教方式，如配合使用视频或教具指导等。</p> <p>8.口腔健康教育内容能够及时更新。</p> <p>9.有口腔门诊护理突发事件应急处理制度与流程。门诊各项应急处理措施及物品、设施齐全，管理规范。</p> <p>10.对护理人员有突发事件应急处理制度与流程相关的培训，知晓率 100%。</p>
		6.2 口腔门诊器械、仪器保养与管理。	50%	<p>1.有口腔门诊器械、仪器的维护、保养制度并执行。</p> <p>2.护理人员对口腔器械、仪器的用途、性能及日常保养方式能熟练掌握。</p> <p>3.设立独立器械处理区的口腔门诊科室，要求区域划分明确合理，符合医院感染防控要求。</p> <p>4.按《口腔诊疗器械消毒灭菌技术规范》要求，对器械进行相应处置（回收、分类、清洗、保养及灭菌）。</p> <p>5.有职能部门对上述工作进行定期检查，反馈并改进，并有相应记录。</p>
7.医院感染管理与控制（包含传染病防控）。	40%	7.1 建立完善的医院感染管理组织与三级监控网络体系。	4%	<p>按规范配备感控专（兼）职管理人员：</p> <p>&lt;100 病床，专人负责；</p> <p>100-299 病床专职管理人员不少于 1 人；</p> <p>300-500 病床，专职管理人员&gt;2 人；</p> <p>&gt;500 专职管理人员不少于 3 人；</p> <p>&gt;100 张床（含）的医院设感控管理部门，成立医院感控委员会-感控管理部门-临床与医技科室感控管理小组，有明确的感控职责。</p>

7.医院感染管理与控制（包含传染病防控）。	40%	7.2 医院感染管理委员会会议。	4%	1.有医院感控委员会会议制度。 2.定期召开医院感控委员会，有会议纪要。 3.感控委员会会议内容体现持续质量改进。
		7.3 制定规章制度与规范流程。	5%	1.医院感染管理相关制度涵盖各医疗操作和高风险流程，能满足临床需求。 2.有常用操作的院感控制规范和流程图，相关员工培训。
		7.4 院感专职人员培训。	2.5%	1.院感专职人员应定期参加继续教育课程和学术交流活动，至少 15 学时/年。
		7.5 新职工岗前院感知识培训。	2.5%	1.开展新职工院感知识培训，不少于 3 学时。
		7.6 普通职工医院感染知识培训。	3%	1.员工每年院感相关继续教育和学术活动不少于 6 学时。
		7.7 医院感染暴发处置与报告。	4%	1.有医院感染暴发流程与处置预案齐全，措施有效。 2.高风险科室开展医院感染暴发演练，有演练方案及总结。 3.相关人员知晓医院感染暴发流程与处置预案。
		7.8 耐药菌株监测。	4%	1.定期公布病原谱与耐药性监测资料，至少每半年 1 次。 2.对员工开展标准预防和耐药菌防控知识培训有记录。 3.标准预防和耐药菌患者隔离措施落实到位。
		7.9 围手术期抗菌药物预防性应用。	4%	1. 医院有围手术期抗菌药物使用管理制度。临床医生合理选择使用，管理部门定期进行专项点评。 2.开展 I 类切口围手术期抗菌药物使用率监测（使用率≤30%）。 3.相关人员掌握围手术期抗菌药物使用剂量、疗程和合理的给药方法、间隔时间、途径等。
		7.10 监测数据的反馈。	4%	1.医院有感染监测计划和目录，应覆盖高风险科室和环节，监测目录或清单范围符合要求。 2.有监测信息收集与反馈渠道，能保证信息质量，原始记录文件有保存。 3.每月反馈院感监测数据，每季度有数据汇总分析。相关人员知晓反馈途径。 4.定期向医院感控委员会书面汇报，至少每半年 1 次。
		7.11 医院的布局、设施和工作流程。	4%	1.医院建筑布局、设施和工作流程符合要求。 2.医院改建、扩建与新建设项目有院感风险审核，有记录。 3.按规范要求进行新风系统、空调系统清洗维护。

7.医院感染管理与控制（包含传染病防控）。	40%	7.12 对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的监管。	2%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.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。</li> <li>2.有院级、科级对一次性使用医疗器械、器具管理督查记录。</li> </ol>
		7.13 医疗器械消毒或者灭菌的管理。	6%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.对消毒、灭菌效果定期进行监测，灭菌合格率必须达到100%。</li> <li>2.使用中的消毒剂、灭菌剂应进行染菌量测定和有效成份含量监测。染菌量监测至少每季度1次，含氯消毒剂、过氧乙酸等应每日监测。邻苯二甲醛用作物品消毒时，应每批使用前进行监测。</li> <li>3.压力蒸汽灭菌，必须按规范进行物理监测、化学监测和生物监测。</li> <li>4.低温灭菌：必须每锅进行物理监测，每包进行化学监测，环氧乙烷每批进行生物监测，过氧化氢等离子每天进行生物监测。</li> <li>5.口腔器械按照低、中、高危物品选择消毒灭菌，灭菌方式选择符合要求，并配备超声清洗。</li> </ol>
		7.14 职业暴露。	4%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有医务人员职业暴露报告及处理制度。</li> <li>2.医务人员知晓职业暴露应急处理和上报流程。</li> <li>3.医院对针刺伤等职业暴露有追踪，保存记录。</li> </ol>
		7.15 医疗废物。	5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.建立医疗废物管理制度和医疗废物意外泄露应急处理流程。</li> <li>2.设置专门部门或人员负责医疗废物管理。</li> <li>3.定期开展医疗废物管理培训，有记录。</li> <li>4.主管部门、科室对医疗废物管理定期督查，有记录。</li> <li>5.医疗废物处理过程职业安全防护到位。</li> <li>6.医疗废物分类合理，收集、运送、暂存等符合规范。</li> <li>7.相关人员知晓医疗废物意外泄漏应急处理流程。</li> </ol>
		7.16 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。	6%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.手卫生设置齐全（洗手液、擦手纸、手卫生标识、生活垃圾桶），诊疗区域采用非手触式水龙头。</li> <li>2.快速手消毒液配备应方便可及，如进入病室的治疗车、换药车、晨间护理车等。</li> <li>3.员工每年度有消毒隔离、无菌操作和手卫生相关培训。</li> <li>4.手卫生依从性和正确率有自查，体现持续质量改进。</li> <li>5.重点科室有消毒隔离制度，并规范落实。</li> </ol>

7.医院感染管理与控制（包含传染病防控）。	40%	7.17 成立医院的传染病防控组织并有效运行。	5%	1.医院成立院领导任组长的传染病防控领导小组。 2.传染病防控领导小组切实开展工作有记录。 3.传染病领导小组员工知晓，及时传达各级政府各项工作要求。
		7.18 制定传染病防控制度，落实员工培训和患者教育。	7%	1.医院制定传染病防控各项具体措施。 2.员工传染病防控知识得到培训。 3.员工知晓最新的传染病防控政策要求。 4.各区域（主要出入口、病区）有传染病防控的宣传治疗。 5.访谈患者传染病防控知识已经获得教育。
		7.19 根据疫情的变化，动态调整和持续改进传染病防控策略，切实落实各项防控要求。	12%	1.发热门诊的布局、设施、工作流程、工作标准符合防控要求。 2.医院通道人流严格管理，落实预检工作。 3.预检的设施设备齐全，符合防控基本要求。 4.防控人员知晓预检流调的相关要求，防护用品使用合理正确。 5.医院有流程实时更新传染病高中低风险区信息。 6.门禁及访客管理符合要求；固定陪客管理符合要求。 7.病区有传染病防控缓冲病房。
		7.20 有传染病防控的应急预案。	6%	1.医院制定传染病防控的应急预案。 2.对应急预案已经开展演练，有演练记录。 3.访谈员工知晓应急预案的具体内容。
		7.21 传染病防护物资准备。	6%	1.医院有专门的区域预备预存传染病防护物资，至少一月的量。 2.各医疗单元有传染病防控的物资预留，至少一周的量。 3.防控物资账目清晰，出入库有记录。

#### A.5 医院文化与服务

包含创星工作、医院文化、医德医风、行风建设、信访投诉、价格公示、群众工作、医院环境、举止礼仪、便民措施、健康教育、医患关系、效果评价等方面，合计权重为 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。	10%	1.1 创星迎评工作有组织，有计划、有动员、有活动。	50%	检查创星工作的管理制度、组织机构、机制工作计划、活动安排、整改内容和考核办法。

		1.2 重视双评创建工作，将创建工作列入医院议事日程。	50%	检查相关活动的工作记录。
2.医院文化。	15%	2.1 挖掘和传承院训、院史中蕴含的医院优良传统，凝练和塑造医院精神，增强医务人员职业荣誉感，形成鲜明医院文化品牌。	20%	实地查看，听取汇报。
		2.2 对干部和职工开展形式多样的专业及法律、文化、科技、管理等知识培训和读书活动，提高综合素质。	27%	实地查看，听取汇报。
		2.3 文化建设有完善的组织体系，有制度、规划、载体、措施、资金保障，文化建设能体现单位职工共同的价值观，有实效。	33%	实地查看，听取汇报。
		2.4 持续开展“职工之家”创建，建有职工之家、图书/电子阅览室、文化活动和体育活动设施，活动安排丰富。	20%	实地查看，听取汇报；检查是否开展职工业余文化生活活动记录。

3.医德医风。	10%	3.1 开展医务工作者职业道德宣传教育专题活动≥2次/年。员工自觉遵守职业道德规范。	40%	检查相关活动的工作记录。
		3.2 健全医德医风建设的监督、管理机制,建立客观公正的医德档案。	60%	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及人员履职尽责情况。
4.行风建设。	5%	4.1 建立行风建设工作机制及制度,明确分管领导和行风建设的工作部门,配备专职或兼职行风工作人员;落实中国非公立医疗机构协会《全国社会办医服务承诺书》的签约。	80%	1.检查行风建设工作相关资料; 2.检查是否签订《全国社会办医服务承诺书》。
		4.2 建立违纪违规问责和查处监督制度。	20%	检查相关制度。
5.信访投诉。	13%	5.1 信访工作制度化,落实工作责任制。有领导接待日,有制度、有措施。接受院外监督,公开办事程序。设置投诉电话、投诉箱,有制度、有记录、有处理、有落实。	30%	检查信访工作管理制度;检查投诉电话、信箱及上级部门投诉电话的公示部位;查投诉处理流程的公示情况。

		5.2 设置医患办公室或投诉管理部门或指定部门统一承担投诉管理工作，配置专（兼）职人员；及时处理投诉等信访事项，对投诉问题及时反馈并跟踪整改落实情况。	15%	检查相关资料。
		5.3 制定投诉管理制度及重大医疗纠纷事件应急处置预案，落实《医院投诉管理办法》，实行“首诉负责制”。	23%	检查相关资料并进行现场检查。
		5.4 方便患者的投诉处理流程。	8%	检查相关资料并进行现场检查。
		5.5 对投诉事件进行汇总、分析、反馈，制定并落实整改计划。	24%	检查相关资料。
6.价格公示。	4%	6.1 医疗收费，规范公开。公示收费项目，并做到电子信息显示，实行门诊急诊收费明细账单制和住院费用“一日清单制”。	100%	检查医院是否以醒目方式公示收费信息情况、项目目录；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。
7.群众工作。	3%	7.1 关心职工工作、学习和健康，有政策措施。	100%	检查相关活动记录。

8.患者服务。	10%	8.1 医院环境，整洁优美。各种指示标识规范醒目，有中英文标识，规范使用汉字。	30%	检查医院指示标识。
		8.2 就诊布局流程合理便捷。	30%	1.实地查看就医布局。 2.实地查看门诊挂号预约情况。 3.实地查看门诊出诊情况。 4.实地查看号源动态调整情况。
		8.3 医院设施安全，有防滑倒标示和措施。厕所清洁卫生无异味。	20%	检查防滑倒措施及标示，检查厕所所有无异味。
		8.4 成立控烟领导组织，制定相应的规章制度和奖惩措施。	20%	查戒烟教育宣教资料和禁烟标识。 查控烟措施的落实情况和职能部门日常督查、改进记录。 查医院内环境的控烟效果和现场劝阻情况。
9.举止礼仪。	5%	9.1 仪容仪表端庄大方。按规定统一着装，挂牌上岗。	40%	现场查看工作人员的着装、工作期间的行为举止。
		9.2 行为举止规范得体。接待病人礼貌用语。推广使用普通话。	60%	现场查看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。
10.便民措施。	5%	10.1 义诊活动组织。	40%	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。
		10.2 便民服务措施公开，提供导医、咨询服务，建立无障碍通道。	40%	1.按照不少于日均门诊量 0.2%的比例配备门诊导医人数或智能引导设备数量，并为行动不便的患者提供就医辅助服务。 2.门诊提供社工以及志愿者服务。

		10.3 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。	20%	检查收费窗口和收费方式措施
11.健康教育。	5%	11.1 健康教育，形式多样。结合实际，通过讲座、册页、板报、宣传栏、网络、公众号、视频、音频等多种形式，开展生动形象的健康教育。	100%	检查是否有健康教育讲座、版报、册页、宣传栏、网页内容等。
12.医患关系。	10%	12.1 制定医患沟通制度，告知患者与家属应有权益和义务。	40%	现场检查相关资料。
		12.2 有实验性临床医疗技术操作项目的医院，应建立伦理委员会，有实验性临床医疗技术操作项目目录。	20%	1.查伦理委员会审查记录。 2.查相关病史5例，有无责任者签名和知情同意书。 3.查2名相关医务人员对实验性临床医疗技术项目、制度及程序的知晓情况。 4.查开展实验性临床医疗（临床人体试验）患者书面同意书。 5.查有无保护患者隐私的相关措施。
		12.3 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。	30%	检查相关资料。
		12.4 对职工进行维护与尊重患者权益的教育与培训。	10%	检查相关资料。

13.效果评价。	5%	13.1 效果评估，科学及时。完善医疗服务评估机制，至少每月开展满意度测评，加强内部检查和社会督查。	100%	检查医疗机构满意度测评档案和患者回访记录。
----------	----	--	------	-----------------------

#### A.6 医院信息化

包含医院网络安全和信息化管理体系、医院信息化和网络安全建设规划、医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、医院信息系统的业务支撑能力、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方面，合计权重为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.医院网络安全和信息化管理体系。	12%	1.1 建立有以院长为牵头的医院网络安全和信息化领导小组。	33%	1.查看医院网络安全和信息化领导小组（委员会）的成立文件。 2.查看医院网络安全和信息化领导小组（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，并配有专职网络安全管理人员。增加信息管理人员与医院床位规模相匹配。	33%	1.查是否信息管理专职机构、网络安全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.医院信息化和网络安全建设规划。	4%	2.1 有医院信息化建设发展计划及年度建设预算经费。	50%	查医院信息化建设规划和年度工作计划及预算经费及使用情况。

		2.2 医院有年度网络安全预算经费。	50%	查医院网络安全预算经费（含测评费用）
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。	60%	查信息管理部门人员岗位职责、数据安全管理制度、机房管理、网络安全管理制度、IT 外包服务管理制度、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。	40%	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、网络系统运行稳定、可靠。	20%	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”稳定运行，并有冗余备份。 3. 查看医院信息系统维护记录、系统开发单位技术支持与技术服务记录。
		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。 3.电子病历系统符合国家卫健委《电子病历系统应用水平分级评价管理办法（试行）》和《电子病历系统应用水平分级评价标准（试行）》（国卫办医函〔2018〕1079 号）有关要求，二级医院达到分级评价 3 级以上，三级医院达到分级评价 4 级以上。 4.二级及以上医院按照《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。
4.《医院信息系统基本功能规范》实现水平。	40%	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。	10%	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等接口功能。	10%	观摩测试各接口运行情况。
5.医院信息系统的业务支撑能力。	10%	5.1 医院信息系统具备传染病、突发公共卫生事件报告能力。	100%	现场观摩各子系统，调研各相关业务科室，询问信息系统对业务活动开展的支撑能力。
6.医院信息系统安全保障及应急管理。	30%	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功能。	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 系统开启日志审计功能，日志保存6个月。	33%	1.检查系统日志审计功能。 2.日志保存6个月以上。
		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。	30%	7.1 具备网上预约、网上挂号、网上咨询，并利用网站等维护，确保发布信息及时准确。	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

包含机构拓展、学术地位、优秀人才、学科建设、网络安全、基地建设、继续教育、科研项目、论文专著、科技成果、特色指标等方面，不计入总权重，独立权重为 100%。见表 A.7。

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
1.机构拓展。	5%	1.1 参与或组建医联体、医协体、医共体，成为成员或牵头单位。 1.2 参与或组建协会分支机构，成为牵头单位或成员单位。	100%	查阅相关资料。
2.学术地位。	5%	2.1 有两院院士。 2.2 在地市级以上学术或行业组织中任职。 2.3 在核心学术期刊任职。 2.4 有硕导或博导。	100%	查阅相关聘书、证书。
3.优秀人才。	10%	3.1 评审周期内入选地市级以上千人计划、（新）百人计划、地市级以上领军人才计划、（新）优青计划等各类人才培养选拔计划。	100%	查阅相关资料。
4.学科建设。	10%	4.1 获得国家重点学科。 4.2 获得省市级重点学科。	100%	查阅有关资料。
5.网络安全。	5%	5.1 检查医院信息系统网络安全落实情况。	100%	查阅医院信息系统网络安全等级保护的备案、测评、整改相关材料，以及最终的报告。

6.基地建设。	10%	6.1 成为高等院校附属医院或教学医院。 6.2 成为住院医师规培基地。 6.3 获国家药物临床试验基地。 6.4 获行业协会专项基地建设项目	100%	查阅有关资料。
7.继续教育。	10%	7.1 承担国家级或省市级以上继续医学教育项目及执行情况。 7.2 承担由省市级以上主管部门批准的大型学术研讨活动(百人以上)。	100%	查阅相关资料。
8.科研项目。	5%	8.1 承担地市级以上各类科研课题(含:高等院校、企业及国际合作课题)。	100%	查阅相关资料。
9.开展多学科联合会(MDT)。	5%	9.1 固定专家团队在固定的时间、地点开设MDT门诊。 9.2 MDT 诊疗记录完整。	100%	查阅相关资料。
10.论文专著。	20%	9.1 以参评单位名义发表学术著作及论文。	100%	查阅有关学术刊物及出版社正式出版的学术著作。
11.科技成果。	10%	10.1 参评单位获得的各级科技成果或发明专利。	100%	查阅成果证书。
12.特色指标。	15%	11.1 参与各类应急突发事件处置或重大活动医疗服务保障,表现突出;承担对口支援、扶贫工作、参加国际医	27%	查看相关资料(参与证明、获奖证书等)。

		疗援助；获得地市级以上政府主管部门表彰。		
		11.2 获得地市级以上表彰的好人好事。医院工作成效被省市级以上媒体报道。	27%	查看相关资料(证书、媒体报道等)。
		11.3 荣获地市级以上党建和精神文明职业道德建设成果奖项(优秀党组织、文明单位等)；创建周期内获得地市级以上各类荣誉或先进集体、个人等荣誉称号。	27%	查看相关资料(获奖证书等)。
		11.4 志愿服务获得地市级以上荣誉称号，并建成志愿服务基地，形成志愿服务品牌项目。	13%	查看相关资料（参与证明、获奖证书）。
		11.5 自觉履行社会责任，按时提交单位年度社会责任报告。	6%	查看相关资料。

#### A.8 疫情防控扣分部分

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。

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	指标项说明	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。

		2.开设预约就诊，按照防疫要求，对进入机构的人员进行体温检测、审核核酸结果。	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》
- 【17】国家卫生健康委《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）
- 【18】国家卫生健康委《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）
- 【19】国家卫生健康委《医疗机构门诊质量管理暂行规定》