

01CS 03.120.20

C 00/09

# 团 体 标 准

T/CNMIA 0037—2022

代替 T/CNMIA0002—2019

## 社会办独立血液透析中心医疗质量 服务能力评价

Evaluation on the ability of independent hemodialysis center run by the society

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 能力评价	2
5 能力评价方法	5
6 独立血液透析中心能力等级符号及含义	7
7 独立血液透析中心能力评价指标体系	7
8 能力评价报告	8
9 评价结果发布	9
附录 A（规范性附录）独立血液透析中心能力评价指标体系	10
参考文献	23

## 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肾脏病透析专委会。

本标准主要起草人：郝德明、梅长林、王珊、王九生、朱夫、赵久阳、孟建中、邬碧波、程文武、袁静、刘健、张斌、王新、严玉澄、郭敬霞、李洪艳、程卫兵、曹庆涌、杨静、叶琳、黄荣春。

## 引 言

随着经济社会的发展，人民群众对医疗卫生服务的需求不断增加。为了满足大众不同层次的就医需求，在国家卫生政策的引导和规范下，独立血液透析中心快速发展。独立血液透析中心作为基层医疗的重要组成部分，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。部分独立血液透析中心未能遵循行业规范，出现了社会信用不高、服务能力不强等问题，影响了整个行业的声誉。

独立血液透析中心的健康发展，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。由于独立血液透析中心自身的特点及发展状况，现行评价标准难以适用于独立血液透析中心的特点和实际。因此，建立一套科学、客观、公正的独立血液透析中心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。

# 社会办独立血液透析中心医疗质量服务能力评价

## 1 范围

本标准规定了独立血液透析中心医疗质量服务能力评价（以下简称能力评价）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。本标准适用于中国非公立医疗机构协会所有独立血液透析中心会员单位（含自然会员）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。

## 3 术语和定义

下列术语及定义适用于本文件。

### 3.1 血液透析中心 Hemodialysis Center

血液透析中心，是利用血液透析的方式，对因相关疾病导致慢性肾功能衰竭或急性肾功能衰竭的患者进行肾脏替代治疗的场所。通过血液透析治疗达到清除体内代谢废物，排出体内多余的水分，纠正电解质和酸碱失衡，部分或完全恢复肾功能。是各级医院大内科为了治疗慢性肾功能衰竭或急性肾功能衰竭疾病而设置的一个临床科室。

### 3.2 社会办独立血液透析中心 Independent hemodialysis center

根据《血液透析中心基本标准（试行）》（国卫医发〔2016〕67号）定义，独立血液透析中心是独立设置的对慢性肾功能衰竭患者进行血液透析治疗的医疗机构，不包括医疗机构内设的血液透析部门。社会办独立血透中心是指非政府财政或非行政部门、非集体投资开办（或控股）的，具有独立法人资格的医疗机构，独立承担相应法律责任，由省级及以上卫生健康行政部门设置审批。

### 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，对申报机构的综合管理、服务、建设、质量等内容进行专业性、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。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、财务管理、能力管理、法律等专业。

### 3.8 评价指标 Capability evaluation index

反映参评独立血液透析中心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 Star grade capacity

表示参评能力水平的标识或符号。同类独立血液透析中心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 Report of capacity evaluation

根据既定的能力评价方法、指标体系、业务流程，对参评独立血液透析中心的相关数据、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 Public Notification of Competence Assessment Level

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，必须遵循以下基本原则：

- a) 公平性原则：能力评价机构对所有参评独立血液透析中心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独立血液透析中心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：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

在协会官方网站完成注册并成为会员后即有资格申报参加能力评价。

### 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，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。

4.2.2.4 评价办公室向参评独立血液透析中心提供对应的评价标准，独立血液透析中心根据标准内容进行前期准备。参评独立血液透析中心现场评价准备完毕后，向评价办公室提交拟参评时间。

### 4.2.3 评价准备

评价办公室接到参评机构拟参评时间后，根据独立血液透析中心情况组建评价专家组，并提前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对参评单位进行现场医疗质量服务能力评价。评价组设大组长 1 名，评价专家 2-3 名。评价时间一般不超过 1.5 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。

4.2.4.2 现场评价结束前，评价专家对受评单位进行分析、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，组织召开受评单位中层以上领导参加的评价意见反馈会，内容包括对受评单位的总体评价、亮点，存在的主要不足和问题，以及

改进意见建议。

#### 4.2.5 形成整改报告

现场评价结束后,参评独立血液透析中心于7个工作日内形成整改报告,报评价办公室备案。

#### 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。每个独立血液透析中心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。

#### 4.2.7 反馈与复议

评价办公室应及时将评价结论告知参评独立血液透析中心,参评独立血液透析中心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

参评独立血液透析中心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。

#### 4.2.9 评价结果公布

协会适时向参评独立血液透析中心颁发统一内容、格式、尺寸、材质的证书和铭牌,并在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独立血液透析中心的原始能力资料、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 星级独立血液透析中心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独立血液透析中心，也可以组织评价专家组进行现场复评。星级独立血液透析中心应当按时上报整改情况书面报告，保持星级独立血液透析中心的品质。

4.4.3 星级独立血液透析中心发生违法违规事件、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独立血液透析中心称号处理，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。

4.4.4 评价办公室定期举办独立血液透析中心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。

4.4.5 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独立血液透析中心的内部信息和外部信息两大类。内部信息包括参评独立血液透析中心组织架构、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

构建独立血液透析中心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 独立血液透析中心能力评价的含义

独立血液透析中心能力评价首先是对参评独立血液透析中心基本信息、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。在此前提条件下，再对其发展潜力、运营稳定性以及能力风险水平进行评估，并对其综合履行社会责任的能力给予说明。

### 5.3 独立血液透析中心能力评价方法及评价内容

#### 5.3.1 能力评价方法概述

独立血液透析中心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独立血液透析中心的能力等级，通过对参评独立血液透析中心医疗质量、护理质量管理与院感、辅助科室、运营管理、创新品牌加分项五个维度的能力数据进行采集和分析以判定医疗服务能力。

#### 5.3.2 医疗质量部分

医疗质量部分包括质量管理及持续改进等内容。

医疗质量：通过评估规章制度、岗位职责和流程规范，医疗应急演练和临床能力培训和考核，医疗质量管理与评价等方面，评估其提供医疗服务的能力和实际医疗质量与患者安全。

#### 5.3.3 护理质量管理与院感部分

护理质量管理与院感部分包括质量管理及持续改进、院内感染管理与监测、疫情常态化感控要求等内容。

a) 质量管理及持续改进：通过评估护理安全、血透技术规范、透析管理，评估其规范性和护理安全；

b) 院内感染管理与监测：通过评估管理制度、培训和考核、检测及监测、消毒剂及医废，评估其整体护理能力、护理质量情况；

c) 疫情常态化感控要求：通过评估医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南，预检、候诊、接诊等区域的管理，定期对透析患者及其陪护人员进行教育评估其规范性、安全性。

#### 5.3.4 辅助科室部分

辅助科室部分包括工程技术，信息化，药剂、库房管理，检验检查等内容。

a) 工程技术：通过评估医用设备配置、血液透析机管理、水处理设备和污水处理设备管理、透析浓缩液及透析液的管理、电梯设备及其他设备管理评估其规范性；

b) 信息化：通过评估管理体系、信息系统、信息安全，评估其信息化整体水平及信息安全；

c) 药剂、库房管理：通过评估药房（库）规章制度、岗位职责和流程规范，耗材和消毒剂库房管理，评估其用药安全性和库房管理的规范性；

d) 检验检查：通过评估医学实验室、医学影像管理规章制度、岗位职责和流程、设施规范，检验规范性和安全性，开展项目是否合规、流程是否清晰。

### 5.3.5 运营管理部分

运营管理部分包括管理体系和依法执业、行政和人力资源管理、医保、运营拓展等内容。

a) 管理体系和依法执业：通过评估是否签约全国社会办医服务承诺书、组织结构与管理制度、员工合法权益、行政人员占比、证照和超范围经营、人员资质、法律法规教育及效果评价、财务与价格管理，评估其管理规范性和依法执业；

b) 行政和人力资源管理：通过评估印章证照管理、文件收发管理和行政 OA 系统，应急管理，行政查房和满意度调查制度，员工流失率，合规管理制度及合规行为，评估其人力资源构成和合理性；

c) 医保：通过评估医保管理基本、医疗保障局现场查看情况、医保扣款和处罚，评估其医保的管理情况；

d) 运营拓展：通过评估品牌宣传、市场拓展、患者维护及服务，评估其运营管理能力。

### 5.3.6 创新品牌加分部分

创新品牌加分部分包括中心发展态势、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。通过评估相关内容，发现中心亮点特色，规划中心长期发展目标。

## 6. 独立血液透析中心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★★★★★：为标杆单位

四星★★★★：为示范单位

三星★★★：为规范单位

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 AAA 等级。

## 7. 独立血液透析中心能力评价指标体系

独立血液透析中心能力评价指标体系，即医疗质量、护理质量管理与院感、辅助科室、运营管理、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,对可能影响参评独立血液透析中心医疗质量、护理质量管理与院感、辅助科室、运营管理、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。

### 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,评价专家组与参评独立血液透析中心构成委托关系外,评价专家组、评价人员与参评独立血液透析中心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《能力评价管理办法(2022年修订版)》和《独立血液透析中心能力评价标准》的要求和程序做出的独立判断,严禁因参评独立血液透析中心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:参评血透中心的基本信息、主要亮点、存在的主要问题、改进意见及建议、现场测评情况、能力星级评价结果等。

### 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独立血液透析中心的发展趋势和目标。

### 8.5 跟踪评级安排

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:参评独立血液透析中心能力评价报告、评价专家意见表、打分表、汇总表、专家保密守则。

## 9. 评价结果发布

独立血液透析中心能力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独立血液透析中心名称、医疗质量服务能力等级。

全国团体标准信息平台

## 附录 A

## (规范性附录)

## 社会办独立血液透析中心医疗服务能力评价指标体系

## A.1 医疗质量

包括质量管理及持续改进等内容，合计权重为 30%。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.质量管理及持续改进	100%	1.1. 规章制度、岗位职责和流程规范	33.33%	1.制定血透室日常工作制度：包括患者接诊制度、设施与设备管理制度、药品耗材管理制度、透析液和透析用水质量监测制度、医院感染管理和报告制度、消毒隔离、疫情报告制度、信息管理制度、医务人员职业安全防护管理制度、交接班制度、值班制度等； 2.制定负责人、医师、护士长、护士及技师等各类人员岗位职责； 3.制定诊疗规范：副主任医师以上每周查房 1 次、医师每日查房；护士正确执行医嘱，实施血液净化治疗护理，严格执行查对制度； 4.落实各项规章制度、岗位职责和规范，有培训有考核； 5.建立不良事件上报制度，有分析及整改措施并记录； 6.制定透析急、慢性并发症的处置方案； 7.制定疑难危重患者的转诊制度； 8.实行患者实名制管理，制定患者登记制度和隐私保护制度； 9.制定病历管理制度，病历至少有首次病历、检查和用药记录等、透析记录、医嘱执行记录； 10.建立患者知情同意制度，有患者（家属或监护人）签字同意的治疗文书。
		1.2. 医疗应急演练和临床能力培训和考核	10.00%	1.每半年至少组织一次全员参加的全流程急救演练（从事件发生直至患者转运结束）； 2.每年至少组织一次医护人员临床能力考核。
		1.3. 医疗质量管理与评价	56.67%	1.设置独立的医疗质量安全管理小组，配备专（兼）职人员，中心负责人担任组长； 2.质量管理制度及落实情况：开展质量管理工作，有计划、有培训、有质量评价、分析记录和持续改进措施（每季度 1 次）； 3.定期进行医疗质量指标评价 3.1.主要临床数据有跟踪，传染病指标检验完整率 100%，其

			<p>余各指标按频率完整率达 70%以上；</p> <p>(1) 每 2 至 4 周评估 1 次干体重；</p> <p>(2) 每 1 个月评估 1 次血红蛋白水平；</p> <p>(3) 每 3 个月评估 1 次透析充分性指标 spKt/V 和 URR；</p> <p>(4) 每 3 个月评估 1 次白蛋白、前白蛋白等营养指标；</p> <p>(5) 每 3 个月评估 1 次血钙、血磷；</p> <p>(6) 每 3 个月评估 1 次血 iPTH；</p> <p>(7) 每 3 个月评估 1 次转铁蛋白饱和度；</p> <p>(8) 每 3 个月评估 1 次铁蛋白指标；</p> <p>(9) 每 6 个月评估 1 次乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒、艾滋病标志物等传染病指标；</p> <p>(10) 每年评估 1 次心脏彩超、心电图、胸片、肝胆胰脾 B 超；</p> <p>3.2. 每月对透析中心患者的治疗情况进行统计(包括透析模式、脱落透析次数、透析并发症发生情况、住院和死亡情况)；</p> <p>3.3. 中心对以下临床疗效指标有定义和达标率靶目标，并进行持续跟踪和总结反馈，每季度至少一次；</p> <p>(1) spKt/V</p> <p>(2) URR</p> <p>(3) 血红蛋白</p> <p>(4) 白蛋白</p> <p>(5) 血钙</p> <p>(6) 血磷</p> <p>(7) 血 iPTH</p> <p>(8) 转铁蛋白饱和度</p> <p>(9) 铁蛋白</p> <p>(10) 中心静脉导管使用率</p> <p>4. 每年度对透析例次、转腹透例次、肾移植例次、死亡例次、肝炎阳转例次等进行医疗质量分析；</p> <p>5. 建立患者运行数据库，定期向省市和国家质控部门上报有关数据信息。</p>
--	--	--	---

## A.2 护理质量管理与院感

护理质量管理与院感部分包括质量管理及持续改进、院内感染管理与监测、疫情常态化感控要求等内容，合计权重为 30%。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.质量管理及持续改进	46.67%	1.1. 护理安全	14.28%	1.定期进行护理操作规范的安全性检查； 2.每月进行1次患者身份确认的安全评价。
		1.2. 血透技术规范	64.29%	1.落实血液透析操作技术规范： (1) 预冲评价：采用生理盐水或肝素循环预冲及跨膜预冲等密闭式预冲； (2) 血管通路评估：包括自体内瘘、人造血管、长期或临时留置导管； (3) 上机评价：建立血透体外循环； (4) 正确执行医嘱：使用抗凝剂、设定治疗参数等； (5) 透析过程的监测、并发症预防和应急处理：包括生命体征及透析参数的监测； (6) 下机评价：密闭式回血，拔针及内瘘的处置； (7) 透析结束后的废液排放及医疗废物的处置； (8) 对透析机进行表面消毒及内部消毒，床单元的终末消毒； (9) 透析患者的各种情况的评估：包括生命体征、干体重、疼痛、坠床跌倒等； (10) 透析患者的健康宣教及营养评估。
		1.3.透析管理	21.43%	1.透析间期的管理：包括内瘘、导管的维护，血压监测，干体重的管理等； (1) 透析间期内瘘或导管维护； (2) 透析间期患者的血压监测； (3) 透析间期患者体重管理； (4) 透析患者干体重的管理。
2.院内感染管理与监测	43.33%	2.1.制度	23.08%	1.按照《医院感染管理办法》，制定院内感染管理制度及SOP； 2.发生院内感染事件时，应当按照《医院感染管理办法》及有关规定进行报告； 3.按照《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》，向疾病预防控制机构报告传染病确诊或疑似病例； 4.制定传染病隔离制度，有落实措施、有监测记录； 5.制定院内感染应急预案，医护人员知晓率达100%。
		2.2. 培训和考核	18.46%	1.每季度组织一次医护人员和工勤人员院内感染制度培训，有培训与考核记录； 2.明确院内感染控制责任人，并经专门培训，有培训证书。
		2.3. 检测及监测	43.08%	1.对初次透析的患者进行乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒、艾滋病感染的相关检查，并每半年复查1次； 2.乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒、艾滋病感染以及其他特定传染病患者应当分别在隔离透析治疗区（室）进行专机治疗；护理人员及相关治疗物品不能混用；

				<p>3.使用针剂药物要求现用现配，一人一针管；</p> <p>4.手卫生有监测记录，包括依从性和采样记录；</p> <p>5.对消毒、无菌物品标明有效期限并定期更换；</p> <p>6.一次性使用的医疗器械、器具不得重复使用；</p> <p>7.床单、被套、枕套等物品应当一人一用一更换或一人一用；</p> <p>8.空气、地面等环境清洁消毒符合要求，有记录；</p> <p>9.环境微生物监测，有监测记录每月1次。</p>
		2.4.消毒剂及医废	15.38%	<p>1.消毒剂的使用符合要求：包括消毒剂名称、批号、厂商证照等；</p> <p>2.消毒剂的配制标识符合要求：包括标签、有效期、配制者等；</p> <p>3.按照《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》，制定医疗废物管理制度，分类处理，有转运记录；</p> <p>4.设置医疗废物暂存处和独立污物通道，有消毒记录。</p>
3.疫情常态化感控的要求	10.00%	3.1.医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南	40.00%	<p>1.根据《国家卫生健康委办公厅印发医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第三版）的通知》，制定独立透析中心疫情感染预防与控制管理制度；</p> <p>2.血液透析中心（室），对血液透析患者及其陪护人员，应当根据当地疫情形势定期进行新冠病毒核酸检测；</p> <p>3.进入透析诊疗区，需测温。查验健康（行程）码和流行病学问询；</p> <p>4.患者接受透析治疗时，应当规范佩戴口罩；</p> <p>5.零陪护。特殊性情况需要家属人员陪护应相对固定。</p>
		3.2.加强预检、候诊、接诊等区域的管理	20.00%	<p>1.采取加强通风；</p> <p>2.增加候诊面积；</p> <p>3.合理安排功能空间以及减少人员聚集等感染防控措施。</p>
		3.3.定期对透析患者及其陪护人员进行教育	40.00%	<p>1.向患者宣传当前的疫情期间，佩戴口罩，公共区域禁止饮食；</p> <p>2.注意咳嗽礼仪。可有效防止飞沫传播；</p> <p>3.清洗消毒双手可有效地减少接触传播；</p> <p>4.向患者宣传最基本的临床知识，患者了解常见的临床表现，以便于患者自我筛查和自我防护；</p> <p>5.使患者了解该区域轻风险的级别。建议患者避免前往中高风险地区，避免接触中高风险人群；</p> <p>6.发热患者不仅要按照流程上报，还应及时隔离观察。</p>

### A.3 辅助科室

辅助科室部分包括工程技术，信息化，药剂、库房管理，检验检查等内容，合计权重为20%。

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. 工程技术	35.00%	1.1. 医用设备配置	28.57%	<p>1. 检查基本设备：至少配备10台以上血液透析机，水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等；</p> <p>2. 检查每个透析单元：由一台血液透析机和一张透析床（椅）组成，使用面积不少于3.4平方米。床间距应大于1米；</p> <p>3. 检查急救设备和药品：心脏除颤器、心电监护仪、简易呼吸器、心电图机、抢救车（包括气管插管等抢救所需物品）及相关药品；</p> <p>4. 检查职业防护设备；</p> <p>5. 检查供电电源情况，应具备双路供电系统（两路市政供电或一路市政供电+应急发电设备），应确保在停电状态下患者能继续进行透析治疗；</p> <p>6. 检查水处理原水供应情况，应能提供满足水处理设备安全工作的水压及水流量要求，应有停水情况下的应急管理模式。</p> <p>7. 检查污水处理设备：污水处理系统，将生活污水、医疗污水按照规定的流程进行处理达标后方可排入市政管网。污水处理应在当地环保部门备案，应有排放废水的定期检测维护记录和报告单。</p>
		1.2. 血液透析机管理	22.86%	<p>1. 检查透析机设备管理和维护保养制度（校准、计量、安全检测、环境评估对设备的影响，校准和计量需要有指定校准单或者符合要求的校准记录）；</p> <p>2. 检查透析机设备档案，包括出厂信息、使用和维修记录（电器安全信息、掌握设备和电源、用电配件电压要求，熟悉设备安全检测和自我防护措施）等；</p> <p>3. 检查透析机的日常检查和使用记录，有日常维护和保养记录。（日常检查中工程师应保证设备的自检通过，同时检查电器水路是否正常，小的水路泄漏设备未必报警，日常检查应注重防尘、温湿度和污染）</p> <p>4. 透析机的使用符合厂商提供的有效年限；</p> <p>5. 检查血液透析的辅助设备，包括血压计的计量、体重计的计量认证。</p>
		1.3. 水处理设备和污水处理设备管理	22.86%	<p>1. 制定水处理设备的管理和维护保养制度；</p> <p>2. 建立水处理设备档案：包括出厂信息、使用和维修记录、日常维护和保养记录；</p> <p>3. 制定透析用水质量监测制度。包括水质硬度（熟知硬度试剂检测范围）、总氯（熟知总氯实际的检测范围）的每日检测</p>

			<p>记录。检测方法和检测流程是否符合要求，总氯检测需要在符合相关温度的条件和温度流通的条件下检测；</p> <p>4.建立内毒素、细菌等水质微生物的每月、季度检测记录。 （有微生物及其衍生物超标的处理流程和规范）、建立化学污染物的每年检测记录（熟知化学污染物标本留取方法和污染物超标的处理流程）；</p> <p>5.水质不合格有整改措施，有记录；</p> <p>6.定期对各种设备和供水管路进行消毒和冲洗，检测消毒剂消毒浓度、残留量；</p> <p>7.应制定污水处理系统的管理和维护保养制度。</p> <p>8.污水设备应每日监测排水的pH值及残余氯含量，将排水pH调整在5-9之间且温度不高于45℃时，方可排入市政污水管网；</p> <p>9.每周应检查污水处理系统是否在正常使用，消毒药水是否需要补充或配置等。设备的维护保养和加药应有记录；</p>
	1.4. 透析浓缩液及透析液的管理	14.28%	<p>1.使用A、B成品浓缩液（干粉袋/桶）的，应建立批次管理台账，B浓缩液（干粉袋/桶）开封口，应在24小时内使用完毕，逾期的应丢弃；</p> <p>2.使用A、B透析粉自行配制浓缩液分装的，应建立批次管理台账及配制记录台账，应有透析粉搅拌桶及分装容器的清洗消毒管理制度及相应的台账记录，B浓缩液配制后应在24小时内使用，逾期的应丢弃；</p> <p>3.使用集中供浓缩液设备的，应建立设备的运行工作档案，应建立批次管理台账及配制记录台账，应有专职的工程师/技师按照操作说明书进行维护保养，每半年应进行设备的校验及功能测试；每天完成治疗后，应将B浓缩液系统进行排空清洗，应按设备厂家要求进行定期的消毒；应定期进行B浓缩液及透析液的微生物学检测并记录，应对监测结果进行趋势分析，并有相应的干预及整改记录；</p> <p>4.使用集中供透析液设备的，应建立设备的运行工作档案，应建立批次管理台账及配制记录台账，应有专职的工程师/技师按照操作说明书进行维护保养，每半年应进行设备的校验及功能测试；每天完成治疗后，应进行全系统的清洗及消毒，应定期进行透析液的微生物学检测，应根据监测结果对消毒方案进行验证，确保消毒方案合适。</p>
	1.5. 其他设备管理、电梯设备管理	11.43%	<p>1.所有设备每年均应维护保养一次，急救设备每周进行检查、充电，确保一直在备用状态。有维护保养记录或市场管理局年度强制计量检验标识；</p> <p>2.未设置在一楼的透析中心，应配备电梯。非医用电梯的应具备可以将患者顺利转运的相关折叠担架床等设备。</p>

2. 信息化	25.00%	2.1. 管理体系	24.00%	<p>1.设立信息化管理小组：配备专职（兼职）人员，并接受信息化知识的相关培训；</p> <p>2.制定信息化建设、管理、应用、维护的相关工作制度和流程；</p> <p>3.建立信息化系统问题反馈、跟踪并落实的渠道与措施。</p>
		2.2. 信息系统	48.00%	<p>1.配备信息管理系统：包括血透管理系统和HIS及透析管理系统等，系统功能模块齐全，具备将患者治疗、护理、检验等信息和数据进行汇总和分析，能够满足临床、教学科研、质控等工作需求；</p> <p>2.系统应具备将收费、物资、设备，财务与经济核算等信息和数据进行收集、整理、汇总、统计、分析等功能，满足中心辅助决策等工作需求；</p> <p>3.系统扩展性强，能够及时增减功能模块；</p> <p>4.系统外部接口具备与医疗保险系统、社区医疗系统、远程医疗咨询系统等接口功能。</p>
		2.3. 信息安全	28.00%	<p>1.制定信息系统操作权限分级管理和信息安全等级保护制度；</p> <p>2.系统具有数据备份、恢复功能、网络运行监控、远程维护、病毒防护等功能；</p> <p>3.信息系统及数据库安全、稳定、可靠，有网络安全的应急预案与演练记录；</p> <p>4.有条件的透析室可采用云存储和云计算等先进的信息化管理手段，保证数据和系统的安全。</p>
3. 药剂、库房管理	25.00%	3.1. 药房（库）规章制度、岗位职责和流程规范	60.00%	<p>1.设置药房(库)，应制定药房(库)日常工作制度，包括：中心药事管理制度、药房(库)工作制度、药师(药士)岗位职责、临床用药管理制度、处方管理制度、处方审核制度、处方点评制度、高危药品管理制度、药品计划采购管理制度、药品的价格管理制度、药品货款管理制度、药品退回管理制度、突发事件急救、抢救用药管理及应急预案、药品不良反应监测和不良事件监测报告制度、药品不良反应信息传达制度、近效期药品管理制度、药师健康管理制度、临床用药使用指导制度、药房卫生管理制度、药品进销存管理制度、药品库房保管制度、抗菌药物管理制度、药师岗位培训和继续教育制度；</p> <p>2.药房(库)面积布局、设施合理，设有药品专用冷藏箱(柜)、三防及温湿度调控措施；</p> <p>3.配备药师(士)。无非药学人员从事药学管理工作；</p> <p>4.药品按要求分类摆放，对高危药品要有明晰的警示标识；</p> <p>5.严格执行药品采购、验收、保管、养护、调剂等工作制度和流程。定期对库存药品进行检查养护，有相关记录。购入</p>

			<p>药品合格率100%；</p> <p>6.进药渠道符合国家规定，供货方资质存档备查：质量验收等相关记录完备；</p> <p>7.无假劣药品或违规使用的药品。无过期、变质、失效、虫蛀的药品；</p> <p>8.定期开展处方点评。落实《处方管理办法》，处方权授予符合规定，处方书写规范，医师签名与留样相符，门诊处方合格率100%。妥善保存处方，普通处方保存期限不少于一年。</p>	
		3.2. 耗材和消毒剂库房管理	40.00%	<p>1.耗材分干库房和湿库房，消毒剂应有单独库房（柜），制定耗材和消毒剂计划采购管理制度、价格管理制度、货款管理制度、退回管理制度、不良反应监测和不良事件监测报告制度、近效期耗材和消毒剂管理制度、库房保管制度等；</p> <p>2.库房面积布局、设施合理，设有三防及温湿度调控措施；</p> <p>3.严格执行耗材采购、验收、保管、养护、调剂等工作制度和流程。定期对库存耗材进行检查养护，有相关记录。购入耗材合格率100%；</p> <p>4.购进耗材和消毒剂渠道符合国家规定，供货方资质存档备查：质量验收等相关记录完备；</p> <p>5.无假劣或违规使用的耗材和消毒剂。无过期、变质、失效、虫蛀的耗材和消毒剂。</p>
4. 检验检查	15.00%	4.1. 若设置医学检验室，适用此标准：规章制度、岗位职责和流程、设施规范	66.67%	<p>1.设置医学检验室，需制定日常工作管理制度，包括：医学检验室管理制度、医学检验技师岗位职责、检验室工作制度、检验室质量管理制度、检验室危急值登记报告制度、检验室报告单签发制度、检验室安全管理制度、检验室标本管理制度、检验室查对制度、检验室差错事故登记制度、检验室试剂管理制度、检验室仪器管理制度、检验室消毒隔离院感管理制度、检验室防止院内感染制度、仪器-试剂管理制度、检验方法保证制度、室内质控管理制度、室间质评管理制度、高压消毒安全管理制度、医疗废物管理制度及流程；</p> <p>2.检验室面积布局、设施合理，应设有试剂专用冷藏箱（柜）、冷链转运箱；有洗眼器、温湿度调控、手卫生等设施，并完成相应的执业备案；</p> <p>3.配备检验师（士）。无非检验人员从事医学检验工作；</p> <p>4.严格执行试剂采购、验收、保管、养护、调剂等工作制度和流程。定期对库存试剂进行检查养护，有相关记录；</p> <p>5.试剂购入渠道符合国家规定，供货方资质存档备查：质量验收等相关记录完备；</p> <p>6.冷链运输合格，无过期、变质、失效的试剂；</p> <p>7.定期开展室内质控及室间质控，并记录；</p> <p>8.医学检验报告符合《《病历书写基本规范》》。</p>

		4.2. 若委托第三方医学检验, 适用于此标准	66.67%	<p>1.若未设立实验室, 应按照WS/T418-2013《受委托临床实验室选择指南》与第三方医疗机构签订医学检验外包协议, 查阅检验外包协议、协议是否在有效期内, 明确双方在分析前、分析中和分析后以及检验结果所致的医疗纠纷的责任、权利和义务。</p> <p>2.查看签约外包实验室的资质、危急值处理登记等;</p> <p>3.中心应有检查抽样和送样流程, 并有专人负责;</p> <p>4.医学检验报告符合《《病例书写基本规范》》;</p> <p>5.每年对受委托实验室进行一次评估或者监督, 监控内容包括工作程序、质量控制、仪器设备状态和人员资质等。</p>
		4.3. 医学影像管理	33.33%	<p>1.医学影像方面, 与第三方医疗机构签订医学影像外包协议, 明确双方在患者前去检查过程和结果所致的医疗纠纷的责任、权利和义务, 查阅医学影像外包协议, 协议在有效期内;</p> <p>2.查看签约影像检查医疗机构的资质等;</p> <p>3.中心应有影像检查流程, 并有专人负责;</p> <p>4.医学检查报告符合《《病例书写基本规范》》。</p>

#### A.4 运营管理

运营管理部门包括管理体系和依法执业、行政和人力资源管理、医保、运营拓展等内容, 合计权重 20%。见表 A.4。

一级指标		二级指标		指标项说明
名称	权重	名称	权重	
1.管理体系和依法执业	30.00%	1.1. 签约全国社会办医服务承诺书	3.34%	1.是否签约全国社会办医服务承诺书。
		1.2. 组织结构与管理制度	40.00%	<p>1.组织管理结构清晰;</p> <p>2.各项规章制度、岗位职责、工作流程和应急预案健全;</p> <p>3.有支撑管理痕迹的档案资料;</p> <p>4.上墙内容齐全并规范。</p>
		1.3. 员工合法权益	3.33%	1.有相应维护员工合法权益的组织或渠道。
		1.4. 行政人员占比	3.33%	1.除医护技药和保安保洁以外的人员符合中心发展需要。
		1.5. 证照和超范围经营	3.33%	1.中心实际提供服务的诊疗项目与《医疗机构执业许可证》核准的诊疗项目相符。如改变名称、场所、法人、诊疗科目、透析单元等, 能及时完成变更登记。
		1.6. 人员资质	16.67%	<p>1.中心执业的卫生技术人员全部符合相应岗位的任职资格, 执业(或多点执业)注册地点在本中心;</p> <p>2.透析单元数与医护人员到岗情况相符。</p>

		1.7.法律法规教育及效果评价	3.33%	1.有法律法规培训计划、课程安排及相关资料； 2.每年至少开展2次法律法规全员培训。
		1.8.财务与价格管理	26.67%	1.成本管控合理； 2.每年业绩有增长。
2.行政和人力资源管理	30.00%	2.1.印章证照管理	3.33%	1.印章使用和证照外出管理严格，并有印章使用登记表，证照外出登记表或者类似审批表。
		2.2.文件收发管理和行政OA系统	6.67%	1.有文件收发管理制度，以及收发登记表； 2.建立OA系统。
		2.3.应急管理	23.33%	1.有消防安全管理制度、教育制度和应急预案。有消防安全管理措施和管理人员岗位职责。消防安全教育纳入新员工培训考核内容，定期（至少每年一次）进行全院职工的消防安全教育及消防演练； 2.每月进行一次消防安全检查，同时根据消防安全要求，开展年度查看、季节性查看、专项查看等，有完整的查看记录； 3.消防通道通畅，消防器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范要求； 4.停水和停电的应急处理能力； 5.突发公共卫生时间和其他应急事项处理能力。
		2.4.行政查房和满意度调查制度，员工流失率	13.33%	1.定期进行行政查房； 2.定期进行员工满意度调查和患者满意度调查； 3.员工年度流失率低。
		2.5.合规管理制度及合规行为	6.67%	1.有明确的合规管理制度及实现合规管理的明确流程； 2.有明确的合规管理职责负责人员，并在日常作用中发挥合规管理、风险规避的作用； 3.有企业法律顾问。
		2.6.规划与培训	10.00%	1.有明确的人力资源规划，包含人才梯队建设计划、岗位配置原则与工作岗位设置方案； 2.有人力资源配置调整方案与调整程序； 3.有明确的培训制度，包括相关法律法规知晓、新员工入职、企业文化、员工手册、职业技能水平提升等培训制度，及相关培训记录的材料。
		2.7.资质认定、聘用、考核、评价管理体系及	10.00%	1.有明确的人员聘用、转正、水平评价管理体系及实施细则，员工花名册与机构实际相符； 2.有明确的工作水平衡量及岗位任职考核评价体系和实施细则。

		实施细则		3.有继续教育管理及职称晋升评定管理体系及实施细则。
		2.8.绩效考核	10.00%	1.有明确的绩效考核管理办法和管理制度，并依据制度进行实施，且绩效考核方案符合运营目标； 2.近三年内随运营目标调整，绩效考核方案有调整，使方案更灵活更优化。
		2.9.激励与处罚	6.67%	1.有明确的奖励与处罚办法和管理制度，并依据制度进行实施； 2.有激励员工为机构发展献计献策的制度和管理办法（如伯乐奖等）。
		2.10.医德医风管理	10.00%	1.有医德医风建设、考评和奖惩等制度。医德考评结果在中心内公示，征求意见。医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩； 2.文化建设能够体现以病人为中心导向、根植于本院服务理念（如开展“优质护理服务”、“志愿者活动”等）。有对员工医院价值取向的培训和教育，并且保证员工知晓率达到90%。
3.医保	20.00%	3.1.医保管理基本内容	50.00%	1.能办理市级居民医保、职工医保，省级居民医保、职工医保、省内异地职工医保、省内异地居民医保、全国医保的特病定点； 2.能办理慢性病门诊、特殊病门诊； 3.能为参保者提供就医清单和收费票据； 4.医疗费用结算材料真实完整准确，每月及时报送； 5.每年对员工和患者进行医保知识宣传并及时更新。
		3.2.医疗保障局现场查看情况	20.00%	1.医疗保障部门现场查看出具的查看意见，对所有意见均已改正或能提出合理解释，并无处罚。
		3.3.医保扣款和处罚	30.00%	1.近三年内医保处罚情况。
4.运营拓展	20.00%	4.1.品牌宣传	25.00%	1.中心文化内涵丰富能够凝聚人； 2.品牌战略、宣传渠道和方式。
		4.2.市场拓展	35.00%	1.市场拓展战略； 2.患者稳定性； 3.患者流失率。
		4.3.患者维护及服务	40.00%	1.各种动线引导标识规范清晰； 2.工作人员举止； (1) 工作人员仪容仪表端庄大方，按规定统一着装，穿工作鞋，挂牌上岗； (2) 行为举止规范得体，用语文明规范。倡导“微笑服务”，推广使用普通话；

				<p>(3) 实行首问负责制；</p> <p>(4) 提供导医和咨询服务。</p> <p>3.便民措施</p> <p>(1) 提供轮椅、饮水、过道扶手等，设置无障碍通道等；</p> <p>(2) 实行挂号收费通柜服务，可提供刷卡、现金支付、微信支付、支付宝支付等多种支付方式。</p> <p>4.家访和患者活动</p> <p>举办多形式的患者活动，包括旅游透析、患者生日会、患者家访慰问等，每月不定期进行患者家访。</p>
--	--	--	--	---

### A.5 创新品牌加分部分

创新品牌加分部分包括中心发展态势、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，共计 50 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. 中心发展态势	20.00%	1.1.中心长期透析患者/开放透析单元数≥4.0； 1.2.中心现金流稳定且能满足中心日常所需； 1.3.三年内收入稳定或增长，员工薪资及福利稳定或增长，最近六期报表账面有盈利。	20.00%	1.查阅医疗机构执业许可证副本上标注的透析单元数量，现场实地检查开放的透析单元数，通过医保网络导出每月患者数量、查阅患者就诊卡、病案等确认长期血液透析患者数量； 2.查看财务报表和员工薪资表。
2. 专业技术水平	20.00%	2.1.开展CRRT技术； 2.2.开展临时/半永久导管植入术； 2.3.开展动静脉内瘘成形术； 2.4.开展夜间长时透析； 2.5.定期开展质量和安全评价。	20.00%	1.现场检查相关治疗记录或手术记录确认开展的治疗项目； 2.检查透析用水和透析液等水质报告确认是否达到超纯透析标准； 3.检查质量和安全评价的会议签到表、照片和文档等； 4.查看医护和患者排班表，确认开展夜间透析。
3. 科研学术水平	20.00%	3.1.获得地市级或以上科研基金或奖励； 3.2.发表论文； 3.3.出版专著； 3.4.取得发明专利、	20.00%	1.查阅三年内中心获得国家、省市科研奖励或基金的证明材料； 2.查阅三年内发表的论文、专著作者介绍，署名作者之一为中心工作人员，以其他单位发表的不加分； 3.查阅三年内取得发明专利和实用新型专利的证书；

		<p>实用新型专利；</p> <p>3.5.举办或协办省市级、国家级继续教育学习班。</p>		4.查阅学习班的资料、照片等证明文件。
4.人才团队建设	18.00%	<p>4.1.参与或组建医联体、医协体、医共体，并成为牵头单位；</p> <p>4.2.负责人担任国家级、省市级各专业委员会（分会）常委以上职务；</p> <p>4.3.负责人担任国家级、省市级各专业委员会（分会）委员以上职务；</p> <p>4.4.入选地市级、省市级、国家级各类人才培养计划；</p> <p>4.5.有硕士及以上学历的医护人员。</p>	18.00%	<p>1.查阅相关文件、网上公示和各类相关证书等；</p> <p>2.查阅医联体、医协体或医共体的协议、合同、证书等。</p>
5.公益文化品牌	22.00%	<p>5.1.举办大型医疗咨询、健康讲座；</p> <p>5.2.建立志愿者服务体系、争创文明单位；</p> <p>5.3.参加慈善募捐、扶贫帮困、对口支援、重大活动保障等公益性活动；</p> <p>5.4.获得各级政府或社会机构奖励等。</p>	22.00%	<p>1.查阅三年内健康讲座、公益活动等活动的图片、签到表等；</p> <p>2.查阅奖励文件和网上公示；</p> <p>3.查阅志愿者证书，志愿服务体系相关文件等。</p>

## 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】 《关于印发促进医持续健康规范发展意见的通知》（国卫医发〔2019〕42号）
- 【10】 《国家卫生计生委关于修改〈细则〉的决定》（卫计委令第12号）
- 【11】 《医疗质量管理办法》（卫计委令10号）
- 【12】 医师执业注册管理办法（中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第13号）
- 【13】 国家卫生计生委办公厅《关于在医疗机构推进生活垃圾分类管理的通知》（国卫办医发〔2017〕30号）
- 【14】 国家卫生计生委办公厅《关于加强医疗机构传染病管理工作的通知》（国卫办医函〔2017〕250号）
- 【15】 国家卫生计生委《关于修改〈医疗机构管理条例实施细则〉的决定》（国家卫生计生委令第12号）
- 【16】 国家卫生计生委《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》
- 【17】 国家卫生计生委《医疗机构血液透析室管理规范》