

广西壮族自治区三级综合医院
评审标准实施细则
(2023年版)

广西壮族自治区三级综合医院评审标准实施细则

(2023年版)说明

根据国家卫生健康委《三级医院评审标准(2022年版)》《三级医院评审标准(2022年版)实施细则》(以下简称《国家标准》),并参考其他省市三级医院评审标准实施细则,结合《广西壮族自治区三级综合医院评审标准实施细则(2020年版)》实施经验,我委编制了《广西壮族自治区三级综合医院评审标准实施细则(2023年版)》(以下简称《实施细则》),《实施细则》共设3个部分63节582条标准及其监测指标。

一、第一部分为前置要求部分。在《国家标准》的基础上,新增5条标准,共4节30条。医院评审周期为四年,医院在评审周期满前三个月须申请复审,未申请复审的,期满后按照“未定等”管理。医院在评审周期内发生一项及以上情形的,延期一年评审。延期期间原等次取消,按照“未定等”管理。自治区卫生健康行政部门应当在收到医院提交的评审申请材料后,向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在违反前置条件的情况,征询时间不少于7天。

二、第二部分为医疗服务能力与质量安全监测数据部分。共设5章32节363条772个监测指标。内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测,DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据。第一章是资源配置与运行数据指标,共5节29条47个监测指标,包含4个加分项。第二章是医疗服务能力与医院质量安全指标,共3节46条46个监测指标,包含1个加分项。第三章是重点专业质量控制指标,共18节189条313个监测指标。第四章是单病种(术种)质量控制指标,共

3节51条212个监测指标。第五章是重点医疗技术临床应用质量控制指标，共3节48条154个监测指标，其中“国家限制类医疗技术”为加分项。本部分监测指标将根据年度国家医疗质量安全改进目标和自治区医疗服务能力与质量安全监测情况进行动态调整，适当增加或减少相关指标。

三、第三部分为现场检查部分。共设3章26节189条555个指标。现场检查评审采取文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、患者访谈、现场检查、病历检查、病案检查和数据核查等方式进行。

四、计分与评分规则

(一) 计分规则。

实行千分制，第一部分前置要求实行一票否决，不占分数；第二部分在评审综合得分中的权重占60%，总分为600分；第三部分在评审综合得分中的权重占40%，总分为400分。加分计入总分，总分不超过1000分。

(二) 评分规则。

1. 第二部分评分规则：规模类和配比类指标执行“全或无”规则，比如“护床比”，达到标准予以“给分”（或“满分”），否则计“零分”。连续监测指标，根据四分位法计算参评医院监测数据所在的分位，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

2. 第三部分评分规则：参考PDCA循环管理模式，根据指标完成程度酌情给分。要求各个指标完成有计划、执行、检查、处理等阶段，有院科两级质量管理组织定期检查结果、分析、总结和整改措施，有说明持续改进的数据或案例。在现场评审过程中，评审员可采用下列方法对指标要求逐款进行符合程度判断：

【文件查阅】查看医院和科室发布的文件类资料，如职责、

制度、规范、流程、计划、报告、总结等资料。医院制定的职责、制度、规范、流程等文件必须符合国家和自治区有关法律法规、规章制度、标准、规范等要求。

评分原则：查阅的文件类资料内容有缺项的，扣该款该项目分值的 25%，缺重要项目扣该款该项目分值的 50%，缺项超过一半该款该项目不得分。

【记录查看】参看医院和科室的工作记录，不包括患者个人相关的资料，如会议记录、签到、培训记录，考试记录、各种讨论记录等资料。

评分原则：查看的记录内容有缺项，扣该款该项目分值的 25%，缺重要项目扣该款该项目分值的 50%，缺项超过一半或者与内容事实不符该款该项目不得分。

【员工访谈】指现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括开会集体访谈等。

评分原则：原则上访谈 10 人次，每一人完全或大部分不知晓扣该款该项目分值的 10%，扣完为止；访谈不足 10 人次，按照实际访谈人数调整扣分比例。

【现场检查】评审现场通过目视检查医院和科室的设备设施、环境、标识标牌，员工行为和合作，对照评审标准和医院要求评判符合程度。

评分原则：有缺项的扣该款该项目分值的 25%，缺重要项目的扣该款该项目分值的 50%，严重不符合的该款该项目不得分。

【员工操作】评审现场要求员工完成特定操作的内容。

评分原则：原则上抽考 10 人次，每一个员工操作不合格扣该款该项目分值 10%，扣完为止；抽考不足 10 人次，按照实际抽考人数调整扣分比例。

【患者访谈】评审员对患者或家属开展访谈。

评分原则：原则上抽选 10 人次，超过 1/3 的患者或者家属不满意扣该款该项目分值 30%，超过 2/3 的患者或者家属不满意该款该项目不得分。访谈不足 10 人次，根据实际访谈人次调整扣分比例。

【病历检查】评审现场对运行病历进行检查。

评分原则：原则上按编制床位数的 2%-5%抽查病历，不少于 10 份。每一份病历不合格扣该款该项目分值的 10%，扣完为止。

【病案检查】评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

评分原则：只能提供部分特定归档病案的扣该分值 50%，完全不能提供特定病案的该款该项目分值不得分。

五、数据采集

(一) 采集方式。

依托自治区全民健康数据平台建立三级医院评审信息化平台，直接采集来源包括国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、国家单病种质量监测平台、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家公立医院绩效考核管理平台、中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）、肝脏移植登记注册系统、肾脏移植登记注册系统、心脏移植登记注册系统、肺脏移植登记注册系统、医疗技术管理备案信息系统、国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统、自治区医政管理系统、自治区卫生健康统计信息网络直报系统等数据。

(二) 采集原则。

1. 指标数据采集为全评审周期。
2. 行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。国家发布的年度国家医疗质量安全目标（约每年 10 个），自发布之日起，半年后开始完整取值，评审周期内需每年提供数据。

3. 按日、月、季获取的数据，采用均值计算当年的年度数据。按年度获取的数据，直接采用。

4. 需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据时，按照以下规则：

(1) 规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达标。

(2) 连续监测指标，数据趋势呈与管理目标方向一致的或呈波动型的，采用中位数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

(三) 数据核查原则。

1. 现场检查时，应当对本部分数据进行复核，复核数据比例不少于医疗机构上报数据的 20%。

2. 医疗机构应当根据现场评审专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

3. 医院提供值与核查真实值差距在 10%以上（含正负）、无法提供原始数据或被评审专家组认定为虚假数据的均视为错误数据。

4. 所有错误数据，应按核查后的数据结果再次计算。并根据错误数据占现场核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

错误数据比例(X)	惩罚性扣分比例
$1\% \leq X < 2\%$	5%
$2\% \leq X < 5\%$	10%
$5\% \leq X < 10\%$	20%
$10\% \leq X$	不予通过

(四) 数据核查准备指引。

1. 医院应当准备所有纳入本轮评审标准的“第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据”和“第三部分现场评审”标准中涉及的数据目录清单。

2. 该清单应当包含每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴，采集结果等要素，数据应有负责部门，有条件的应设置汇总部门。

3. 对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

（五）数据采集说明。

本《细则》中所指的手术，如无特殊注明（例如门急诊手术）均为住院择期手术。

六、等级判定标准

采用总分和现场检查得分相结合的方式。总分为第二部分与第三部分评审得分之和。判定相应等次必须同时满足两个条件：一是总分达到最低标准的分数线；二是第三部分得分不得低于相应等次最低标准的分数。详见下表：

等级判定评分表

项目类别	总分	第三部分
甲等	≥900 分	≥360 分
乙等	≥800 分	≥320 分
丙等	≥700 分	≥280 分
不合格	<700 分	<280 分

目 录

第一部分 前置条件	1
一、依法设置与执业	1
二、公益性责任和行风诚信	3
三、安全管理与重大事件	4
四、综合管理	4
第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据评审 (600 分)	5
第一章 资源配置与运行数据指标 (107 分, 加分 17 分)	5
一、床位配置 (12 分)	5
二、卫生技术人员配置 (27 分, 加分 5 分)	5
三、相关科室资源配置 (35 分, 加分 2 分)	6
四、运行指标 (20 分)	9
五、科研指标 (13 分, 加分 10 分)	9
第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标 (172 分, 加分 3 分)	10
一、医疗服务能力 (41 分, 加分 3 分)	10
二、医院质量指标 (75 分)	11
三、医疗安全指标 (56 分)	12
第三章 重点专业质量控制指标 (237 分)	15
一、麻醉专业医疗质量控制指标 (15 分)	15
二、重症医学专业医疗质量控制指标 (12 分)	17
三、急诊专业医疗质量控制指标 (12 分)	18
四、临床检验专业医疗质量控制指标 (15 分)	19
五、病理专业医疗质量控制指标 (13 分)	21
六、医院感染管理医疗质量控制指标 (11 分)	22
七、临床用血质量控制指标 (10 分)	22
八、呼吸内科专业医疗质量控制指标 (15 分)	23
九、产科专业医疗质量控制指标 (13 分)	24
十、神经系统疾病医疗质量控制指标 (15 分)	25
十一、肾病专业医疗质量控制指标 (15 分)	29
十二、护理专业医疗质量控制指标 (16 分)	32
十三、药事管理专业医疗质量控制指标 (15 分)	34
十四、病案管理质量控制指标 (15 分)	35
十五、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标 (16 分)	38
十六、超声诊断专业医疗质量控制指标 (10 分)	40
十七、康复医学专业医疗质量控制指标 (11 分)	41
十八、临床营养专业医疗质量控制指标 (8 分)	43
第四章 单病种 (术种) 质量控制指标 (51 分)	44
第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标(必选 33 分, 加分 10 分)	54
一、消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(必选项, 9 分)	55
二、广西壮族自治区限制类医疗技术(必选项, 24 分)	56
三、国家限制类医疗技术(加分项, 每开展 1 项技术加 1 分, 累计不超过 10 分)	59
第三部分 现场检查 (400 分)	61

第一章 医院功能与任务(20分)	61
一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划(6分)	61
二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务(6.3分)	62
三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务(6分)	64
四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治(1.7分)	66
第二章 临床服务质量与安全管理(288分)	67
一、医疗质量管理体系和工作机制(44分)	67
二、医疗质量安全核心制度(46分)	74
三、医疗技术临床应用管理(29分)	91
四、医疗安全风险防范(17分)	100
五、诊疗质量保障与持续改进(58分)	106
六、护理质量保障与持续改进(24分)	127
七、药事管理与药学服务质量与持续改进(15分)	135
八、检查检验质量保障与持续改进(14分)	139
九、输血管理与持续改进(8分)	145
十、医院感染管理与持续改进(15分)	148
十一、中医诊疗质量保障与持续改进(6分)	156
十二、康复医学管理与持续改进(7分)	158
十三、艾滋病和性病管理与持续改进(5分)	160
第三章 医院管理(92分)	161
一、管理职责与决策执行机制(12分)	161
二、人力资源管理(12分)	164
三、财务和价格管理(12分)	169
四、信息管理(7分)	173
五、医学装备管理(11分)	175
六、后勤保障管理(13分)	180
七、应急管理(7分)	184
八、科研教学与图书管理(12分)	186
九、行风与文化建设管理(6分)	190

第一部分 前置条件

- 依法设置与执业
- 公益性责任和行风诚信
- 安全管理与重大事件
- 综合管理

一、依法设置与执业

(一) 医院规模和基本设置未达到《医疗机构管理条例》《医疗机构基本标准(试行)》所要求的医院标准。

(二) 违反《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》，伪造、变造、买卖、出租、出借《医疗机构执业许可证》；医院命名不符合《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定，未按时校验、拒不校验或有暂缓校验记录、校验不通过，擅自变更诊疗科目或有诊疗活动超出诊疗科目登记范围；政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；公立医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

(三) 违反《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《护士条例》，使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。

(四) 违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的

大型医用设备。

(五) 违反《中华人民共和国母婴保健法》，未取得母婴保健技术服务执业许可证开展相关母婴保健技术。

(六) 违反《人类辅助生殖技术管理办法》，非法开展人类辅助生殖技术，造成严重影响。

(七) 违反《人体器官移植条例》，买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动，未经许可开展人体器官获取与移植技术。

(八) 违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液，非法组织他人出卖血液，出售无偿献血的血液。

(九) 违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》《病原微生物实验室生物安全管理条例》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件，造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。或被国家或自治区查处或通报的。

(十) 违反《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》，篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料，造成严重后果。

(十一) 违反《医疗技术临床应用管理办法》，将未通过技术评估与伦理审查的医疗新技术、禁止类医疗技术应用于临床，造成严重后果。

(十二) 违反《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化学品管理条例》《处方管理办法》，违规购买、储存、调剂、开具、登记、销毁麻醉药品和第一类精神药品，使用未取得处方权的人员或被取消处方权的医师开具处方，造成严重后果。

(十三) 违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可

从事放射诊疗工作或未履行其他法定职责，造成严重后果。

(十四) 违反《中华人民共和国职业病防治法》，未依法开展职业健康检查或职业病诊断、未依法履行职业病与疑似职业病报告等法定职责，造成严重后果。

(十五) 违反《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办法》，违规发布医疗广告，情节严重。

(十六) 违反《中华人民共和国建筑法》《中华人民共和国消防法》，未依法办理建设工程消防设计审查验收及相关手续，违规改变建筑内部结构或使用功能，情节严重。

(十七) 其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

(十八) 应当完成而未完成对口支援、中国援外医疗队、突发公共事件医疗救援、公共卫生任务等政府指令性工作。

(十九) 应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

(二十) 医院领导班子发生3起以上严重违纪事件或职务犯罪事件，医院发生严重医德医风事件，或医务人员发生3起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件(≥ 3 人/起)，造成重大社会影响。或自治区清廉医院建设星级评定结果为“无星”。

(二十一) 发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

(二十二) 违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》《医学科研诚信和相关行为规范》相关要求，提供、报告虚假住院病案首页等医疗服务信息、统计数据、申报材料和科研成果，情节严重。

三、安全管理与重大事件

(二十三)发生定性为完全责任的一级医疗事故或直接被卫生健康行政部门判定的重大医疗事故。

(二十四)发生重大医院感染事件，造成严重后果。

(二十五)发生因重大火灾、放射源泄漏、有害气体泄漏等被通报或处罚的重大安全事故。

(二十六)发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

(二十七)发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

四、综合管理

(二十八)未按国家卫健委《关于印发电子病历系统应用水平分级评价管理办法（试行）及评价标准（试行）的通知》要求开展电子病历信息化建设评价，电子病历评级未达到4级以上。

(二十九)参加国家三级公立医院绩效考核的医院，在评审周期内最后一次考核不合格。

(三十)医疗机构电子病历（含病案首页）、电子处方、检查检验结果等医疗管理相关信息数据未与广西全民健康信息平台实现互联互通。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据评审

(600 分)

- 第一章 资源配置与运行数据指标
- 第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标
- 第三章 重点专业质量控制指标
- 第四章 单病种（术种）质量控制指标
- 第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

第一章 资源配置与运行数据指标 (107 分, 加分 17 分)

数据来源：

1. 自治区卫生健康统计信息网络直报系统
2. 国家公立医院绩效管理平台
3. 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
4. 医院填报

一、床位配置 (12 分)

本节评审设 3 条 3 个指标，均为数据评审指标，共 12 分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
1. 1. 1 核定床位数	以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。	规模类定量指标	2	监测达标。
1. 1. 2 实际开放床位数	期末可供使用的固定实有床位数，包括消毒和小修理的病床、超过半年的加床，不包括因病房扩建或大修而暂停使用的病床，半年以内的临时加床。	规模类定量指标	4	监测达标。
1. 1. 3 床位使用率	实际占用的总床日数/同期实际开放的总床日数×100%	规模类定量指标	6	监测达标。

二、卫生技术人员配置 (27 分, 加分 5 分)

本节评审设 10 条 10 个指标，均为数据评审指标，共 27 分。加分项 1 个，5 分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
------	------	------	----	--------

1. 2. 1 卫生技术人员数与开放床位数比	医院卫生技术人员数/同期全院实际开放床位数	规模类定量指标	3	监测达标。
1. 2. 2 全院护士人数与开放床位数比	医疗机构执业护士人数/同期实际开放床位数	配比类定量指标	3	监测达标。
1. 2. 3 病区护士人数与开放床位数比	医疗机构病区执业护士人数/同期实际开放床位数	配比类定量指标	3	监测达标。
1. 2. 4 医院感染管理专职人员数与开放床位数比	医院感染管理专职人员数/同期全院实际开放床位数	配比类定量指标	3	监测达标。
1. 2. 5 配备正高级卫技人员科室数与临床医技科室数比	配备有正高级卫技人员的科室数/同期医院设置的临床和医技科室总数	配比类定量指标	3	监测达标。
1. 2. 6 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	药学专业技术人员数/卫生专业技术人员数	配比类定量指标	3	监测达标。
1. 2. 7 医护比	医院注册医师总数/全院同期注册护士总数× 100%	配比类定量指标	3	监测达标。
1. 2. 8 儿科医师占比	医院注册的儿科在岗医师数/全院同期医师总数× 100%	配比类定量指标	3	监测达标。
1. 2. 9 病理医师占比	医院注册的病理在岗医师数/全院同期医师总数× 100%	配比类定量指标	3	监测达标。
1. 2. 10 具有国家级、自治区级高层次人才人数	国家级人才每人加 1 分, 累计不超过 5 分; 自治区级人才如: 广西优秀专家、广西十百千人才、每人加 0.5 分, 累计不超过 3 分; 国家级人才加自治区级人才总加分不超过 5 分。	定量指标	5	加分项。

三、相关科室资源配置 (35 分, 加分 2 分)

本节评审设 6 条 24 个指标, 均为数据评审指标, 共 35 分。加分项 1 个, 2 分。

1. 3. 1 急诊医学科				
监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
1. 3. 1. 1 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例	医院注册的固定在急诊的在岗医师数/同期医院急诊科在岗医师总数×100%	配比类定量指标	1. 5	监测达标。

1.3.1.2 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例	医院注册的固定在急诊的在岗护士数/同期医院急诊科在岗护士总数×100%	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.2 重症医学科				
1.3.2.1 重症医师占比	医院注册的重症在岗医师数/全院同期医师总数×100%	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.2.2 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	重症医学科开放床位数/同期医院开放床位数×100%	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.2.3 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比	医院注册的重症医学科在岗医师数/同期重症医学科实际开放床位数	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.2.4 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比	医院注册的重症医学科在岗护士数/同期重症医学科实际开放床位数	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.2.5 综合 ICU 和可转换 ICU 床位数占医院开放床位数的比例	综合 ICU 床位数+可转换 ICU 床位数/同期医院开放床位数×100%	加分项	2	监测达标。
1.3.3 麻醉科				
1.3.3.1 麻醉医师占比	医院注册的麻醉在岗医师数/全院同期医师总数×100%	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.3.2 麻醉科医师数与手术间数比	医院注册的麻醉科在岗医师数/同期医院手术室间数	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.3.3 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比	医院注册的麻醉科在岗医师数/同期医院日均全麻手术台次数	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.3.4 麻醉科医师与手术科室医师比	医院注册的麻醉科在岗医师数/手术科室医师总数	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.3.5 手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比	手术间麻醉护士总数/实际开放手术台的数量	配比类定量指标	1.5	监测达标。
1.3.4 中医科				
1.3.4.1 中医医师占比	医院注册的中医在岗医师数/全院同期医师总数×100%	配比类定量指标	1.5	监测达标。

1. 3. 4. 2 中医科开放床位数或其所占医院开放床位数的比例	中医科开放床位数/同期医院开放床位数×100%	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 4. 3 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比	医院注册的中医科在岗中医类别医师人数/同期中医科实际开放床位数	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 4. 4 中医科护士人数与中医科开放床位数比	医院注册的中医科在岗护士人数/同期中医科实际开放床位数	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 5 康复医学科				
1. 3. 5. 1 康复科开放床位数或其所占医院开放床位数的比例	康复科开放床位数/同期医院开放床位数×100%	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 5. 2 康复科医师人数与康复科开放床位数比	医院注册的康复科在岗医师人数/同期康复科实际开放床位数	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 5. 3 康复科康复师人数与康复科开放床位数比	康复科在岗的康复师人数/同期康复科开放床位数	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 5. 4 康复科护士人数与康复科开放床位数比	在医院注册的康复科在岗护士人数/同期康复科实际开放床位数	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 6 感染性疾病科				
1. 3. 6. 1 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例	在医院注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数/同期医院感染性疾病科在岗医师总数×100%	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 6. 2 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例	在医院注册的感染性疾病科的在岗护士总数/同期医院感染性疾病科在岗护士总数×100%	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 6. 3 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例	感染性疾病科开放床位数/同期医院开放床位数×100%	配比类定量指标	1. 5	监测达标。
1. 3. 6. 4 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例	可转换感染性疾病床位数/医院开放床位数×100%	配比类定量指标	2	监测达标。

四、运行指标（20分）

本节评审设5条5个指标，均为数据评审指标，共20分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
1.4.1 相关手术科室年手术人次占其出院人次比例	相关手术科室出院患者手术人次数/相关手术科室同期患者出院总人次数×100%	定量指标	4	监测比较。
1.4.2 人员支出占业务支出的比重	人员经费/医疗活动费用×100% (1)分子：人员经费包括医院全部人员发生的费用。(2)分母：医疗活动费用包括业务活动费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、单位管理费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用、其他费用。(3)财政项目拨款经费和科教项目经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员经费不在本指标。	定量指标	4	监测比较，逐步提高。
1.4.3 医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入比例	医疗服务收入/医疗收入×100%	定量指标	4	监测比较，逐步提高。
1.4.4 收支结余(医疗盈余率)	医疗盈余/医疗活动收入×100%	定量指标	4	监测比较。
1.4.5 资产负债率	负债合计/资产合计×100%	定量指标	4	监测比较。

五、科研指标（13分，加分10分）

本节评审设5条5个指标，均为数据评审指标，共13分。加分项2个，共10分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
1.5.1 新技术临床转化数量	每百名卫生技术人员科研成果转化金额=年度科技成果转化总金额/同期医院卫生技术人员总数×100%	定量指标	5	监测比较。
1.5.2 取得临床相关国家发明专利数量	每百名卫生技术人员取得专利数量=年度取得专利数量/同期医院卫生技术人员总数×100%	定量指标	3	监测比较。
1.5.3 每百名卫生技术人员科研项目经费	本年度科研项目立项经费总金额/同期卫生技术人员总数×100%	定量指标	5	监测比较。

1.5.4 科研课题立项数	评审周期内立项国家级课题每个加1分，自治区级课题每个加0.5分，总加分不超过5分。	定量指标	5	加分项
1.5.5 科研平台数	建立有国家级科研平台每个加1分，自治区级科研平台每个加0.5分，总加分不超过5分。	定量指标	5	加分项

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标（172分，加分3分）

数据来源：

1. 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
2. 全国医院质量监测系统（HQMS）
3. 国家公立医院绩效管理平台
4. 自治区卫生健康统计信息网络直报系统
5. 医院填报

一、医疗服务能力（41分，加分3分）

本节评审设10条10个指标，均为数据评审指标，共41分。加分项1个，3分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
2.1.1 收治病种数量（ICD-10 四位亚目数量）	根据 ICD-10 四位亚目，从病案首页中统计主要诊断数量	定量指标	5	监测比较，逐步提高。
2.1.2 住院术种数量（ICD-9-CM-3 四位细目数量）	从病案首页中统计主要手术（ICD-9-CM-3）数量	定量指标	5	监测比较，逐步提高。
2.1.3 DRG-DRGs 组数	医院病例数经过 DRG 分组器的运算可以分入“k”个 DRG，即是该医院的 DRG 组数量	定量指标	4	监测比较，逐步提高。
2.1.4 DRG-CMI	参照 DRG 评价标准计算方法	定量指标	4	监测比较，逐步提高。
2.1.5 DRG 时间指数	参照 DRG 评价标准计算方法	定量指标	4	监测比较，逐步降低。
2.1.6 DRG 费用指数	参照 DRG 评价标准计算方法	定量指标	4	监测比较，逐步降低。
2.1.7 出院患者手术占比	出院患者手术人次数/同期出院患者总人次数×100%	定量指标	5	监测比较。
2.1.8 出院患者微创手术占比	出院患者微创手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%	定量指标	5	监测比较，逐步提高。

2.1.9 出院患者四级手术占比	出院患者四级手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%	定量指标	5	监测比较。
2.1.10 获国家或自治区级重点专科数量	国家级重点专科每个加1分，自治区级重点专科每个加0.5分，总加分不超过3分。	定量指标	3	加分项

二、医院质量指标（75分）

本节评审设8条8个指标，均为数据评审指标，共75分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
2.2.1 年度国家医疗质量安全目标(约每年10个)	按国家下达年度目标规定执行(与本细则已规定的监测指标有重复的，不纳入计算)。	定量指标	40	分年度分目标监测达标。
2.2.2 患者住院总死亡率	住院总死亡患者人数/同期出院患者总人次100%	定量指标	5	监测比较，逐步降低。
2.2.3 新生儿患者住院死亡率	新生儿住院死亡人数/同期新生儿出院患者人次×100%	定量指标	5	监测比较，逐步降低。
2.2.4 手术患者住院死亡率	手术患者住院死亡人数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	5	监测比较，逐步降低。
2.2.5 住院患者出院后0~31天非预期再住院率	出院后0~31天非预期再住院患者人次/同期出院患者总人次(除死亡患者外)×100%	定量指标	5	监测比较，逐步降低。
2.2.6 手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率	择期手术患者术后48小时内非预期重返手术室手术人次/择期手术总台次×100% 择期手术患者术后31天内非预期重返手术室手术人次/择期手术总台次×100%	定量指标	5	监测比较，逐步降低。
2.2.7 ICD低风险病种患者住院死亡率	ICD低风险病种患者住院死亡人数/ICD低风险病种患者住院总病例数×100%	定量指标	5	监测比较，逐步降低。
2.2.8 DRGs低风险组患者住院死亡率	DRG低风险组死亡例数/DRG低风险组总病例数×100%	定量指标	5	监测比较，逐步降低。

三、医疗安全指标（56分）

本节评审设28条28个指标，均为数据评审指标，共56分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
2.3.1 手术患者手术后肺栓塞发生率，ICD-10编码：I26的手术出院患者	手术患者手术后肺栓塞发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.2 手术患者手术后深静脉血栓发生率，ICD-10编码：I80.1，I80.2，I82.8的手术出院患者	手术患者手术后深静脉血栓发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.3 手术患者手术后脓毒症发生率，ICD-10编码：A40,A41,T81.411,B37.700,B49.x00x019的手术出院患者	手术患者手术后脓毒症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.4 手术患者手术后出血或血肿发生率，ICD-10编码：T81.0的手术出院患者	手术患者手术后出血或血肿发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.5 手术患者手术伤口裂开发生率，ICD-10编码：T81.3的手术出院患者	手术患者手术伤口裂开发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.6 手术患者手术后猝死发生率，ICD-10编码：R96.0，R96.1，I46.1的手术出院患者	手术患者手术后猝死发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.7 手术患者手术后呼吸衰竭发生率，ICD-10编码：J95.800x004,J96.0,J96.1,J96.9的手术出院患者	手术患者手术后呼吸衰竭发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.8 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率，ICD-10编码：E89的手术出院患者	手术患者手术后生理(代谢)紊乱发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.9 与手术/操作相关感染发生率，ICD-10编码：T81.4的手术出院患者	与手术(操作)相关感染发生例数/同期手术/操作患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.10 手术过程中异物遗留发生率，ICD-10编码：T81.5，T81.6的手术出院患者	手术过程中异物遗留发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较。
2.3.11 手术患者麻醉并发症发生率，ICD-10编码：T88.2至T88.5的手术出院患者	手术患者麻醉并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
2.3.12 手术患者肺部感染与肺机能不全发生率, ICD-10 编码: J95.1 至 J95.4, J95.8, J95.9, J98.4, J15 至 J16, J18 的手术出院患者	手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。
2.3.13 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率, ICD-10 编码: T81.2 的手术出院患者	手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。
2.3.14 手术后急性肾衰竭发生率, ICD-10 编码: N17, N99.0 的手术出院患者	手术患者手术后急性肾衰竭发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。
2.3.15 各系统/器官术后并发症发生率, 包括消化: K91; 循环: I97.0, I97.1, I97.8, I97.9; 神经: G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60 至 I64; 眼和附器: H59.0, H59.8, H59.9; 耳和乳突: H95.0, H95.1, H95.8, H95.9; 肌肉骨骼: M96; 泌尿生殖: N98.0 至 N99.9; 口腔: K11.4, T81.2 等的手术出院患者	手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统器官术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。
2.3.16 植入物的并发症发生率, 包括心脏和血管 T82; 泌尿生殖道 T83; 骨科 T84; 其他 T85 等的手术出院患者, 不包括脓毒症	植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数/同期植入物手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。
2.3.17 移植的并发症发生率, ICD-10 编码: T86 的手术出院患者	移植的并发症发生例数/同期移植手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。
2.3.18 再植和截肢的并发症发生率, ICD-10 编码: T87.0 至 T87.6 的手术出院患者	再植和截肢并发症发生例数/同期再植和截肢患者出院 (ICD-9=84.0-84.2, 84.91) 人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。
2.3.19 介入操作与手术后患者其他并发症发生率, ICD-10 编码: T81.1, T81.7, T81.8, T81.9 的介入操作及手术出院患者	介入操作与手术后患者其他并发症发生例数/同期介入操作与手术患者出院人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
2.3.20 新生儿产伤发生率，ICD-10 编码：P10, P11, P12, P13, P14, P15, A33 的新生儿(出生天数≤28 天)	发生产伤的新生儿出院患者人次/同期活产儿人数×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.21 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率，ICD-10 编码：070.2, 070.3, 070.9, 071.1 至 071.9, 072.0, 072.1, 072.2, 072.3, 073.0, 073.1, 074.0 至 074.9, 075.0 至 075.6, 075.8, 075.9, 086.0 至 086.8, 087.0 至 087.9, 088.0 至 088.8, 089.0 至 089.9, 090.1 至 090.9, 095, A34 的阴道分娩产妇。排除条件：ICD-9=74.0-74.2, 74.4, 74.99 的出院患者人数。	阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数/同期阴道分娩出院产妇人数×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.22 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率，ICD-10 编码：071.0 至 071.9, 072.0, 072.1, 072.2, 072.3, 073.0, 073.1, 074 至 074.9, ,075, 086.0 至 086.8, 087.0 至 087.9, 088.0 至 088.8, 089.0 至 089.9, 090.0, 090.2 至 090.9, 095, A34 的剖宫产分娩产妇。并发条件：ICD-9=74.0-74.2/74.4/74.99	剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数/同期剖宫产分娩产妇出院人数×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.23 输注反应发生率，ICD-10 编码：T80.0, T80.1, T80.2, T80.8, T80.9 的出院患者	发生输注反应的出院患者例次/同期接受输注的出院患者人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.24 输血反应发生率，ICD-10 编码：T80 的输血出院患者	发生输血反应的出院患者例次/同期出院患者输血总例次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
2.3.25 医源性气胸发生率，ICD-10 编码：J93.8, J93.9, J95.804, T81.218 的出院患者	发生医源性气胸出院患者人次/同期出院患者人次×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
2.3.26 住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生率, ICD-10 编码: S32.1 至 S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0 的出院患者	住院患者医院内跌倒(坠床)所致髋部骨折发生例数/同期住院患者跌倒(坠床)发生例数×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。
2.3.27 临床用药所致的有害效应(不良事件)发生率, 包括全身性抗菌药物的有害效应 Y40; 降血糖药物的有害效应 Y42.3; 抗肿瘤药物的有害效应 Y43.1, Y43.3; 抗凝剂的有害效应 Y44.2, Y44.3, Y44.4, Y44.5; 镇痛药和解热药的有害效应 Y45; 心血管系统用药的有害效应 Y52; X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应 Y57.5, Y57.6 等的出院患者	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数/同期出院患者人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。
2.3.28 血液透析所致并发症发生率, ICD-10 编码: T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7, ICD-9=39.95 的血液透析出院患者	住院患者血液透析所致并发症发生例数/同期血液透析出院患者人次×100%	定量指标	2	监测比较, 逐步降低。

第三章 重点专业质量控制指标（237 分）

数据来源:

1. 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
2. 国家公立医院绩效考核管理平台
3. 国家临床检验质控中心质控平台
4. 国家护理质量数据平台
5. 全国医院质量监测系统 (HQMS)
6. 自治区卫生健康统计信息网络直报系统
7. 自治区级以上临床检验质控中心质控平台
8. 医院填报

一、麻醉专业医疗质量控制指标（15 分）

本节评审设 26 条 26 个指标, 均为数据评审指标, 共 15 分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.1.1 麻醉科医护比	麻醉科护士总数/麻醉科医师总数	定量指标	1	监测达标。
3.1.2 麻醉医师人均年麻醉例次数	麻醉科年麻醉总例次数/同期麻醉科固定在岗医师总数	定量指标	1	监测比较。
3.1.3 手术室外麻醉占比	单位时间内手术室外实施的麻醉例次数/同期麻醉总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较。
3.1.4 择期手术麻醉前访视率	单位时间内择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数/同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.1.5 入术后手术麻醉取消率	单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数/同期入室后拟手术麻醉总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.6 麻醉开始后手术取消率	单位时间内麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数/同期麻醉总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.7 全身麻醉术中体温监测率	单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数/同期全麻总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.1.8 术中主动保温率	单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数/同期全麻总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.1.9 术中自体血输注率	单位时间内手术麻醉中接受自体血输注患者数/同期麻醉中接受输血治疗患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.1.10 手术麻醉期间低体温发生率	单位时间内手术麻醉期间低体温患者数(医疗目的的控制性降温除外)/同期接受体温监测的麻醉患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.11 术中牙齿损伤发生率	单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数/同期插管全身麻醉总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.12 麻醉期间严重反流误吸发生率	单位时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数/同期麻醉科完成麻醉总例次数×10000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.13 计划外建立人工气道发生率	单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数/同期麻醉科患者总数×1000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.14 术中心脏骤停率	单位时间内术中心脏骤停患者数/同期麻醉科患者总数×10000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.15 麻醉期间严重过敏反应发生率	单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数/同期麻醉科完成	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
	麻醉总例次数×10000‰			
3.1.16 全身麻醉术中知晓发生率	单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数/同期全身麻醉总例次数×1000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.17 PACU 入室低体温发生率	单位时间内 PACU 入室低体温患者数/同期入 PACU 患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。未设置 PACU 不得分。
3.1.18 麻醉后 PACU 转出延迟率	单位时间内入 PACU 超过 2 小时的患者数/同期入 PACU 患者总数×1000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。未设置 PACU 不得分。
3.1.19 非计划二次气管插管率	单位时间内非计划二次气管插管患者数/同期术后气管插管拔除患者总数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.1.20 非计划转入 ICU 率	单位时间内非计划转入 ICU 的麻醉患者数/同期麻醉患者总数×1000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.21 术后镇痛满意率	单位时间内麻醉科术后镇痛随访 VAS≤3 分患者数/同期麻醉科术后镇痛患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较。
3.1.22 区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率	单位时间内区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数/同期区域阻滞麻醉总例数×10000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.23 全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率	单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数/同期全身麻醉气管插管总例次数×10000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.24 麻醉后新发昏迷发生率	单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数/同期非颅脑手术全身麻醉总例次数×10000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.1.25 麻醉后 24 小时内患者死亡率	单位时间内麻醉后 24 小时内死亡患者数/同期麻醉患者总数×10000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.1.26 阴道分娩椎管内麻醉使用率	阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数/同期阴道分娩产妇总人数×100%	定量指标	0.5	监测比较。

二、重症医学专业医疗质量控制指标（12分）

本节评审设 10 条 11 个指标，均为数据评审指标，共 12 分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.2.1 ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率				
3.2.1.1 ICU 患者收治率	ICU 收治患者总数/同期医院收治患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.2.1.2 ICU 患者收治床日率	ICU 收治患者总床日数/同期医院收治患者总床日数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.2.2 感染性休克 6h 集束化治疗(bundle)完成率	入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 6h bundle 的患者数/同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.2.3 ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率	使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.2.4 ICU 深静脉血栓(DVT)预防率	进行深静脉血栓(DVT)预防的 ICU 患者数/同期 ICU 收治患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.2.5 ICU 非计划气管插管拔管率	非计划气管插管拔管例数/同期 ICU 患者气管插管拔管总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.2.6 ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率	气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数/同期 ICU 患者气管插管拔管总例数×100%	定量指标	1.5	监测比较，逐步降低。
3.2.7 转出 ICU 后 48h 内重返率	转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数/同期转出 ICU 患者总数×100%	定量指标	1.5	监测比较，逐步降低。
3.2.8 ICU 呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率	VAP 发生例数/同期 ICU 患者有创机械通气总天数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.2.9 ICU 血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率	CRBSI 发生例数/同期 ICU 患者血管内导管留置总天数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.2.10 ICU 导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率	CAUTI 发生例数/同期 ICU 患者导尿管留置总天数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

三、急诊专业医疗质量控制指标(12 分)

本节评审设 8 条 10 个指标，均为数据评审指标，共 12 分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.3.1 急诊科医患比	急诊科固定在岗医师总数/急诊科年接诊患者总数(固定在岗急诊医师总数/每万患者)×100%	配比类定量指标	1	监测达标。
3.3.2 急诊科护患比	急诊科固定在岗(本院)护士总数/急诊科年接诊患者总数(万人次)×100%	配比类定量指标	1	监测达标。
3.3.3 抢救室滞留时间中位数	X(n+1)/2, n 为奇数 (Xn/2+Xn/2+1)/2, n 为偶数 注：n 为急诊抢救室患者数，X 为抢	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

	教室滞留时间。			
3.3.4 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间及门药时间达标率				
3.3.4.1 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间	行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者的门药时间总和/同期行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者总数	定量指标	1	监测比较，达标或逐渐降低。
3.3.4.2 急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率	急性心肌梗死患者门药时间达标的患者数/同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，达标或逐渐升高。
3.3.5 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间及门球时间达标率				
3.3.5.1 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间	行急诊PCI的急性心肌梗死患者的门球时间总和/同期行急诊PCI的急性心肌梗死患者总数	定量指标	1	监测比较，达标或逐渐降低。
3.3.5.2 急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标率	急性心肌梗死患者的门球时间达标的患者数/同期就诊时在PCI时间窗内应行PCI的急性心肌梗死患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，达标或逐渐升高。
3.3.6 急诊抢救室患者死亡率	急诊抢救室患者死亡总数/同期急诊抢救室抢救患者总数×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
3.3.7 急诊手术患者死亡率	急诊手术患者死亡总数/同期急诊手术患者总数×100%	定量指标	2	监测比较，逐步降低。
3.3.8 ROSC 成功率	ROSC成功总例次数/同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。

四、临床检验专业医疗质量控制指标（15分）

本节评审设15条19个指标，均为数据评审指标，共15分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.4.1 标本类型错误率	类型不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.4.2 标本容器错误率	采集容器不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.4.3 标本采集量错误率	采集量不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.4.4 血培养污染率	污染的血培养标本数/同期血培养标本总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.4.5 抗凝标本凝集率	凝集的标本数/同期需抗凝的标本总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.4.6 检验前周转时间中位数(检验前周转时间中位数=X(n+1)/2,n为奇数;检验前周转时间中位数=(Xn/2+Xn/2+1)/2,n为偶数)				
3.4.6.1 检验前周转时间(急	所有急诊检验(含门急诊和住院)从标本采集到实验室接收标本的时间	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.4.6.1 检验前周转时间(门诊)。	间隔的中位数			
3.4.6.2 检验前周转时间(住院)。	所有住院检验从标本采集到实验室接收标本的时间间隔的中位数	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.4.6.3 检验前周转时间(门诊)	所有门诊检验从标本采集到实验室接收标本的时间间隔的中位数	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.4.7 室内质控项目开展率	开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.4.8 室内质控项目变异系数不合格率	室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数/同期对室内质控变异系数有要求的检验项目总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.4.9 室间质评项目参加率	参加国家或省级临检中心组织的室间质评项目数/同期实验室已开展且同时国家或省临检中心已组织的室间质评项目总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.4.10 室间质评项目不合格率	参加国家或省级临检中心组织的室间质评不合格的检验项目数/同期参加国家或省级临检中心组织的室间质评检验项目总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.4.11 实验室间比对率(用于无室间质评计划检验项目)	执行实验室间比对的检验项目数/同期无室间质评计划检验项目总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.4.12 实验室内周转时间中位数(实验室内周转时间中位数=X(n+1)/2, n 为奇数；实验室内周转时间中位数=(Xn/2+Xn/2+1)/2, n 为偶数)				
3.4.12.1 实验室内周转时间(急诊)	所有急诊(含住院和门急诊)检验从实验室收到标本到发送报告的时间间隔的中位数	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.4.12.2 实验室内周转时间(住院)	所有住院检验从实验室收到标本到发送报告的时间间隔的中位数	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.4.12.3 实验室内周转时间(门诊)	所有门诊检验从实验室收到标本到发送报告的时间间隔的中位数	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.4.13 检验报告不正确率	实验室发出的不正确检验报告数/同期检验报告总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.4.14 危急值通报率	已通报的危急值检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.4.15 危急值通报及时率	危急值通报时间符合规定时间的检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。

五、病理专业医疗质量控制指标（13分）

本节评审设13条13个指标，均为数据评审指标，共13分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.5.1 每百张病床病理医师数	病理医师数/同期该医疗机构实际开放床位数×100%	配比类定量指标	1	监测达标。
3.5.2 每百张病床病理技术人员数	病理技术人员数/本院实际开放病床数×100%	配比类定量指标	1	监测达标。
3.5.3 标本规范化固定率	规范化固定的标本数/同期标本总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.4 HE染色切片优良率	HE染色优良切片数/同期HE染色切片总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.5 免疫组化染色切片优良率	免疫组化染色优良切片数/同期免疫组化染色切片总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.6 术中快速病理诊断及时率	在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数/同期术中快速病理诊断标本总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.7 组织病理诊断及时率	在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数/同期组织病理诊断标本总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.8 细胞病理诊断及时率	在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数/同期细胞病理诊断标本总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.9 各项分子病理检测室内质控合格率	各项分子病理检测室内质控合格病例数/同期同种类型分子病理检测病例总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.10 免疫组化染色室间质评合格率	免疫组化染色室间质评合格次数/同期免疫组化染色室间质评总次数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.11 各项分子病理室间质评合格率	分子病理室间质评合格次数/同期同种分子病理室间质评总次数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.12 细胞学病理诊断质控符合率	细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数/同期抽查质控标本总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.5.13 术中快速诊断与石蜡诊断符合率	术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数/同期术中快速诊断标本总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。

六、医院感染管理医疗质量控制指标（11分）

本节评审设9条9个指标，均为数据评审指标，共11分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.6.1 医院感染发病(例次)率	医院感染新发病例(例次)数/同期住院患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.6.2 医院感染现患(例次)率	确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数/同期住院患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.6.3 多重耐药菌感染发现率	多重耐药菌感染患者数(例次数)/同期住院患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.6.4 多重耐药菌感染检出率	多重耐药菌检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.6.5 医务人员手卫生依从率	受调查的医务人员实际实施手卫生次数/同期调查中应实施手卫生次数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.6.6 I类切口手术部位感染率	发生I类切口手术部位感染病例数/同期接受I类切口手术患者总数×100%	定量指标	1.5	监测比较，逐步降低。
3.6.7 血管内导管相关血流感染发病率	血管内导管相关血流感染例次数/同期患者使用血管内导管留置总天数×1000‰	定量指标	1.5	监测比较，逐步降低。
3.6.8 呼吸机相关肺炎发病率	呼吸机相关肺炎例次数/同期患者使用呼吸机总天数×1000‰	定量指标	1.5	监测比较，逐步降低。
3.6.9 导尿管相关泌尿系感染发病率	导尿管相关泌尿系感染例次数/同期患者使用导尿管总天数×1000‰	定量指标	1.5	监测比较，逐步降低。

七、临床用血质量控制指标（10分）

本节评审设10条10个指标，均为数据评审指标，共10分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.7.1 每千单位用血输血专业技术人员数	输血科(血库)专职专业技术人员数/(医疗机构年度用血总单位数/1000)	配比类定量指标	1	监测达标。
3.7.2《临床输血申请单》合格率	填写规范且符合用血条件的申请单数/同期输血科(血库)接收的申请单总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.7.3 受血者标本血型复查率	受血者血液标本复查血型数/同期接收的受血者血液标本总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.7.4 输血相容性检测项目室内质控率	开展室内质控的输血相容性检测项目数/医疗机构开展的输血相容性检测项目数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.7.5 输血相容性检测室间质评项目参加率	参加国家或省级临检中心组织的输血相容性检测室间质评项目数/同期实验室已开展且同时国家或省临检	定量指标	1	监测比较，逐步提高。

	中心已组织的输血相容性检测室间质评项目总数×100%			
3.7.6 千输血人次输血不良反应上报例数	输血不良反应上报例数/(输血人数/1000)	定量指标	1	无漏报，严重输血不良反应如溶血性输血不良反应逐步降低。
3.7.7 一二级手术台均用血量	一级和二级手术用血总单位数/同期一级和二级手术总台数	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.7.8 三四级手术台均用血量	三级和四级手术用血总单位数/同期三级和四级手术总台数	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.7.9 手术患者自体输血率	手术患者自体输血总单位数/(同期手术患者异体输血单位数+自体输血单位数)×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.7.10 出院患者人均用血量	出院患者用血总单位数/同期出院患者人次	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

八、呼吸内科专业医疗质量控制指标（15分）

本节评审设15条15个指标，均为数据评审指标，共15分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.8.1 急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例	急性PTE患者行确诊检查人数/同期急性PTE患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.2 急性PTE患者行深静脉血栓相关检查比例	急性PTE患者行深静脉血栓相关检查人数/同期急性PTE患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.3 急性PTE患者行危险分层相关检查比例	急性PTE患者行危险分层相关检查人数/同期急性PTE患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.4 住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者比例	住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者数/同期行溶栓治疗的急性PTE患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.5 急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例	急性PTE患者住院期间抗凝治疗人数/同期的急性PTE患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.6 慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例	住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.7 慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例	住院期间胸部影像学检查慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.8.8 慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例	住院期间进行超声心动图检查慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.9 慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.10 慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例	住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.11 慢阻肺急性加重患者住院死亡率	住院慢阻肺急性加重患者死亡人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.8.12 住院成人社区获得性肺炎(CAP)患者进行CAP严重程度评估的比例	进行了CAP严重程度评估的住院CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.13 CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	本次入院治疗前行病原学送检的住院CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.8.14 CAP患者住院死亡率	住院CAP患者死亡人数/同期住院CAP患者总人数/×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.8.15 住院CAP患者接受机械通气的比例	住院期间接受机械通气的CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

九、产科专业医疗质量控制指标（13分）

本节评审设9条11个指标，均为数据评审指标，共13分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.9.1.1 剖宫产率	剖宫产分娩产妇人数/同期分娩产妇总人数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.9.1.2 初产妇剖宫产率	初产妇剖宫产人数/同期初产妇总人数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.9.2.1 早产率	早产产妇人数/同期分娩产妇总人数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.9.2.2 早期早产率	早期早产产妇人数/同期分娩产妇总人数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.9.3 巨大儿发生率	巨大儿人数/同期活产数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

3.9.4 严重产后出血发生率	严重产后出血产妇人数/同期分娩产妇总人数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.9.5 严重产后出血患者输血率	严重产后出血输血治疗人数/同期严重产后出血患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.9.6 孕产妇死亡	评审周期内(评审前3年)发生本医疗机构责任所致的可避免孕产妇死亡1例不得分	定量指标	2	监测达标。
3.9.7 妊娠相关子宫切除率	(妊娠相关子宫切除人数/同期分娩产妇总人数)×(10万/10万)	定量指标	1.5	监测比较，逐步降低。
3.9.8 产后或术后非计划再次手术率	(产后或术后发生非计划再次手术人数/同期分娩产妇总人数)×(10万/10万)	定量指标	1.5	监测比较，逐步降低。
3.9.9 足月新生儿5分钟Apgar评分<7分发生率	足月新生儿5分钟Apgar评分<7分人数/同期足月活产儿总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

十、神经系统疾病医疗质量控制指标（15分）

本节评审设5条33个指标，均为数据评审指标，共15分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.10.1 癫痫与惊厥癫痫持续状态				
3.10.1.1 癫痫发作频率记录率	各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.1.2 抗癫痫药物规范使用率	住院癫痫患者中按照癫痫诊断类型规范化使用抗癫痫药物的患者数/同期住院癫痫患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步升高。
3.10.1.3 癫痫患者病因学检查完成率	完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.1.4 在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率	入院72小时内完成神经影像学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.10.1.5 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电图监测率	入院 24 小时内完成脑电图监测的惊厥性癫痫持续状态患者数 / 同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数 × 100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.1.6 在院惊厥性癫痫持续状态患者病因学检查明确率	住院惊厥性癫痫持续状态患者在院期间病因学明确的患者数 / 同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数 × 100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.1.7 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率	院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数 / 同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数 × 100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.10.2 脑梗死				
3.10.2.1 脑梗死患者神经功能缺损评估率	入院时行神经功能缺损 NIHSS 评估的脑梗死患者数 / 同期住院脑梗死患者总数 × 100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.2.2 发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 30 分钟内完成颅 CT 影像学检查率	发病 24 小时内急诊就诊的脑梗死患者 30 分钟内获得头颅 CT 影像学诊断信息的人数 / 同期发病 24 小时内急诊就诊行头颅 CT 影像学检查的脑梗死患者总数 × 100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.2.3 发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分钟内临床实验室检查完成率	发病 24 小时内急诊就诊脑梗死患者 45 分钟内获得临床实验室诊断信息的人数 / 同期发病 24 小时内急诊就诊行实验室检查的脑梗死患者总数 × 100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.2.4 发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率	发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数 / 同期发病 4.5 小时到院的脑梗死患者总数 × 100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.2.5 静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于 60 分钟的比例	静脉溶栓 DNT 小于 60 分钟的脑梗死患者数 / 同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数 × 100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.2.6 发病 6 小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率	发病 6 小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数 / 同期发病 6 小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数 × 100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.2.7 行血管	行血管内治疗的脑梗死患者致残、	定量指标	0.5	监测比较，逐步

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
内治疗的脑梗死患者严重致残、致死率	致死人数/同期行血管内治疗的脑梗死患者总数×100%			降低。
3.10.2.8 脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率	入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.2.9 脑梗死患者入院48小时内他汀类药物治疗率	入院48小时内给予他汀类药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.2.10 脑梗死患者康复评估率	进行康复评估的住院脑梗死患者数/同期脑梗死住院患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.2.11 住院期间合并心房颤动的脑梗死患者抗凝治疗率	脑梗死合并心房颤动患者住院期间使用抗凝药物治疗的人数/同期住院脑梗死合并心房颤动患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.2.12 出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率	出院时给予抗栓(包括抗血小板药物和抗凝药物)/他汀类药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.2.13 脑梗死患者住院死亡率	住院期间死亡的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.10.3 帕金森病				
3.10.3.1 住院帕金森病患者规范诊断率	使用运动障碍疾病协会标准(2015年版)或中国帕金森病诊断标准(2016年版)进行诊断的住院帕金森病患者占同期住院帕金森病患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.3.2 住院帕金森病患者完成头颅MRI或CT检查率	进行头颅MRI或CT检查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.10.4 颈动脉支架置入术				
3.10.4.1 颈动脉支架置入术患者术前mRS评估率	术前行mRS评估的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.4.2 颈动脉	无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支	定量指标	0.5	监测比较，逐步

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率	架置入术符合手术指征治疗人数/同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数×100% 症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数/同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数×100%			提高。
3.10.4.3 颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率	颈动脉支架置入术患者术前规范化药物(双重抗血小板药物+他汀类药物)治疗人数/颈动脉支架置入术总人数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.4.4 颈动脉支架置入术技术成功率	颈动脉支架置入术技术成功人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.4.5 颈动脉支架置入术并发症发生率	发生并发症的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.10.4.6 颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率	出院时给与规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数/颈动脉支架置入术患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.4.7 颈动脉支架置入术患者术后(术后30天、术后1年)同侧缺血性卒中发生率	动脉支架置入术患者术后30天发生同侧缺血性卒中人数/同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数×100% 动脉支架置入术患者术后1年发生同侧缺血性卒中人数/同期颈动脉支架置入术患者完成术后术后1年随访人数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.10.5 脑血管造影术				
3.10.5.1 脑血管造影术(DSA)前无创影像评估率	脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.5.2 脑血管造影术造影阳性率	脑血管造影术检查有异常发现的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.10.5.3 脑血管造影术穿刺点并发症发生率	脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.10.5.4 脑血管造影术死亡率	脑血管造影术后住院期间死亡患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。

十一、肾病专业医疗质量控制指标(15分)

本节评审设2条25个指标，均为数据评审指标，共15分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.11.1 IgA 肾病				
3.11.1.1 肾活检患者术前检查完成率	2周内完成术前检查的肾活检患者数/同期肾活检患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.1.2 IgA 肾病患者病理分型诊断率	肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者数/同期完成肾脏病理分型诊断IgA的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.1.3 IgA 肾病患者RAS阻断剂的使用率	使用RAS阻断剂的IgA肾病患者数/同期适合使用RAS阻断剂的IgA肾病×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.1.4 IgA 肾病患者随访完成率	完成随访的IgA肾病患者数/同期IgA肾病患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.1.5 肾功能恶化率	治疗6个月后，血肌酐倍增的IgA肾病患者数/同期随访的IgA肾病患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步降低。
3.11.1.6 治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例	治疗6个月后，24小时尿蛋白<1g的IgA肾病患者数/同期随访的IgA肾病患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.1.7 肾活检严重并发症发生率	肾活检发生严重并发症的IgA肾病患者数/同期完成肾活检术的IgA肾病患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步降低。
3.11.1.8 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率	应用激素、免疫抑制剂治疗6个月内出现严重并发症发生的IgA肾病患者数/同期应用激素、免疫抑制剂治疗的IgA肾病患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步降低。
3.11.2 血液净化技术				

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.11.2.1 治疗室消毒合格率	血液透析治疗室消毒合格率=治疗室消毒合格的月份数量/12×100% 腹膜透析治疗室消毒合格率=腹膜透析治疗室消毒合格的月份数量/12×100%	定量指标	0.6	监测达标。
3.11.2.2 透析用水生物污染检验合格率	透析用水生物污染检验合格月份数量(或季度数量)/12(或4)×100%	定量指标	0.6	监测达标。
3.11.2.3 新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率	新入血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数/同期新入血液透析患者总数	定量指标	0.6	监测达标，逐步提高。
3.11.2.4 维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率	每6个月完成血源性传染病标志物检验的患者数/同期维持性血液透析患者总数	定量指标	0.6	监测达标，逐步提高。
3.11.2.5 血液透析患者尿素清除指数(Kt/V)和尿素下降率(URR)控制率	spKt/V>1.2且URR>65%的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.6 透析患者β2微球蛋白定时检验完成率	维持性血液透析患者β2微球蛋白定时检验完成率=每6个月完成β2微球蛋白维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100% 腹膜透析患者β2微球蛋白定时检验完成率=每6个月完成β2微球蛋白腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.7 血液透析患者透析间期体重增长控制率	透析间期体重增长<5%的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.8 维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率	同一动静脉瘘持续使用时间>2年的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.11.2.9 腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率	6个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.10 腹膜透析退出患者治疗时间	退出患者腹膜透析病人月总和/同期退出腹膜透析患者数(单位：月)	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.11 透析患者血常规规定时检验率	维持性血液透析患者血常规规定时检验率=每3个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100% 腹膜透析患者血常规规定时检验率=每3个月完成血常规检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.12 透析患者血液生化定时检验率	维持性血液透析患者血液生化定时检验率=每3个月完成血液生化检验的透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100% 腹膜透析患者血液生化定时检验率=每3个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.13 透析患者全段甲状旁腺素(iPTH)定时检验完成率	维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率=每6个月完成 iPTH 检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100% 腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率=每6个月完成 iPTH 检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.14 透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率	维持性血液透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率=每6个月完成血清蛋白和转铁蛋白饱和度的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100% 腹膜透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率=每6个	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
	月完成血清蛋白和转铁蛋白饱和度检验的腹膜透析患者/同期腹膜透析患者总数×100%			
3.11.2.15透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率	维持性血液透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率=每6个月完成CRP检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100% 腹膜透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率=每6个月完成CRP检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.16透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常(CKD-MBD)指标控制率	维持性血液透析患者CKD-MBD指标控制率=CKD-MBD指标控制达标的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100% 腹膜透析患者CKD-MBD指标控制率=CKD-MBD指标控制达标的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.11.2.17透析患者血清白蛋白控制率	维持性血液透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白≥35g/L的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100% 腹膜透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白≥35g/L的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。

十二、护理专业医疗质量控制指标（16分）

本节评审设9条16个指标，均为数据评审指标，共16分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.12.1 儿科病区床护比	儿科病区执业护士人数/同期儿科病区实际开放床位数	配比类定量指标	1	监测达标。
3.12.2 护患比(1:X)				
3.12.2.1 护患比(白班)	每天白班护理患者数之和/同期每天白班责任护士数之和	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.12.2.2 护患比(夜班)	每天夜班护理患者数之和/同期每天夜班责任护士数之和	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.3 每住院患者24小时平均护理时数	医疗机构病区执业护士实际上班小时数/同期住院患者实际占用床日数	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.12.4 不同级别护士配置占比				
3.12.4.1 护师及以下职称占比	病区护师及以下职称的护士总数/同期病区执业护士总人数×100%	定量指标	1	监测比较。
3.12.4.2 副高及以上职称占比	副高及以上职称的护士总数/同期病区执业护士总人数×100%	定量指标	1	监测比较。
3.12.5 护士离职率	护士离职人数/(期初医疗机构执业护士总人数+期末医疗机构执业护士总人数)/2×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.6 住院患者身体约束率	住院患者身体约束日数/同期住院患者实际占用床日数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.7 住院患者跌倒发生率				
3.12.7.1 住院患者跌倒发生率	住院患者跌倒例次数/同期住院患者实际占用床日数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.7.2 住院患者跌倒伤害占比	住院患者跌倒伤害总例次数/同期住院患者跌倒例次数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.8 住院患者2期及以上院内压カ性损伤发生率	住院患者2期及以上院内压カ性损伤新发病例数/同期住院患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.9 置管患者非计划拔管率				
3.12.9.1 气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管率	气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管例次数/同期气管导管(气管插管、气管切开)留置总日数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.9.2 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率	经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数/同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.9.3 导尿管非计划拔管率	导尿管非计划拔管例次数/同期导尿管留置总日数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.9.4 中心静脉导管(CVC)非计划拔管率	CVC 非计划拔管例次数/同期 CVC 留置总日数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。
3.12.9.5 经外周置入中心静脉导管(PICC)非计划拔管率	PICC 非计划拔管例次数/同期 PICC 留置总日数×1000‰	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

十三、药事管理专业医疗质量控制指标（15分）

本节评审设15条19个指标，均为数据评审指标，共15分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.13.1 每百张床位临床药师人数	临床药师人数/同期实际开放床位数×100%（临床药师指获得中国医院协会、中华医学学会或中华中医学会临床药师岗位培训证书的药师）	配比类定量指标	1	监测达标。
3.13.2 处方审核率				
3.13.2.1 门诊处方审核率	药品收费前药师审核门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%（处方审核统计表有审方药师签名）	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.13.2.2 急诊处方审核率	药品收费前药师审核急诊处方人次数/同期急诊处方总人次数×100%（处方审核统计表有审方药师签名）	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.13.3 住院用药医嘱审核率	药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数/同期住院患者用药医嘱总条目数×100%（处方审核统计表有审方药师签名）	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.13.4 静脉用药集中调配医嘱干预率	医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数/同期静脉用药可疑问题医嘱总条目数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.13.5 门诊处方点评率	点评的门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.13.6 门诊处方合格率	合格的门诊处方人次数/同期点评门诊处方总人次数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.13.7 住院患者药学监护率	实施药学监护的住院患者数/同期住院患者总数×100%（药学监护包括药学查房、患者用药教育、药学会诊、监护计划与记录或药历）	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.13.8 用药错误报告率	报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数/同期用药患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较。
3.13.9 严重或新的药品不良反应上报率	严重或新的药品不良反应上报人次数/同期用药患者总数×100%	定量指标	1	监测比较。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3. 13. 10 住院患者抗菌药物使用情况				
3. 13. 10. 1 住院患者抗菌药物使用率	住院患者使用抗菌药物人数/同期医疗机构住院患者总数×100%	定量指标	0. 5	监测达标。
3. 13. 10. 2 住院患者抗菌药物使用强度	住院患者抗菌药物使用量(累计DDD数)/同期住院患者床日数×100	定量指标	1	监测达标。
3. 13. 10. 3 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比	住院患者特殊使用级抗菌药物使用量(累计DDD数)/同期住院患者抗菌药物使用量(累计DDD数)×100%	定量指标	0. 5	监测比较，逐步降低。
3. 13. 10. 4 I类切口手术抗菌药物预防使用率	I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数/同期I类切口手术患者总数×100%	定量指标	0. 5	监测达标。
3. 13. 11 住院患者静脉输液使用率	使用静脉输液的住院患者数/同期住院患者总数×100%(使用静脉输液的住院患者不包括非治疗性的检查用药输液)	定量指标	0. 5	监测比较，逐步降低。
3. 13. 12 住院患者中药注射剂静脉输液使用率	使用中药注射剂静脉输液住院患者数/同期住院患者总数×100%	定量指标	0. 5	监测比较，逐步降低。
3. 13. 13 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率	急诊患者静脉使用糖皮质激素人数/同期急诊患者总数×100%	定量指标	0. 5	监测比较，逐步降低。
3. 13. 14 住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率	静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数/同期住院患者总数×100%	定量指标	0. 5	监测比较，逐步降低。
3. 13. 15 住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率	使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100%(使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数以治疗用抗菌药物第一次医嘱前有送检医嘱为有效例数，检验项目包括微生物培养、显微镜检查；微生物免疫学检测、微生物基因测序、降钙素原检测、白介素-6检测、真菌1-3-β-D葡聚糖检测(G试验、半乳糖甘露醇聚糖抗原检测(GM试验)等。)	定量指标	1	监测达标。

十四、病案管理质量控制指标（15分）

本节评审设5条27个指标，均为数据评审指标，共15分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.14.1 人力资源配置指标				
3.14.1.1 住院病案管理人员月均负担出院患者病历数	出院患者病历总数/同期住院病案管理人员实际工作总月数	定量指标	0.5	监测比较。
3.14.1.2 门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数	门诊患者病历总数/同期门诊病案管理人员实际工作总月数	定量指标	0.5	监测比较。
3.14.1.3 病案编码人员月均负担出院患者病历数	出院患者病历总数/同期病案编码人员实际工作总月数	定量指标	0.5	监测比较。
3.14.2 病历书写时效性指标				
3.14.2.1 入院记录24小时内完成率	入院记录在患者入院24小时内完成的住院患者病历数/同期住院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.2.2 手术记录24小时内完成率	手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.2.3 出院记录24小时内完成率	出院记录在患者出院后24小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.2.4 病案首页24小时内完成率	病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.3 重大检查记录符合率				
3.14.3.1 CT/MRI检查记录符合率	CT/MRI检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院病历数/同期接受CT/MRI检查的住院病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.3.2 病理检查记录符合率	手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数/同期开展病理检查的住院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.3.3 细菌培养检查记录符合率	细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数/同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.4 诊疗行为记录符合率				
3.14.4.1 抗菌药物使用记录符合率	抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数/同期使用抗菌药物的住院患者病历总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.14.4.2 恶性肿瘤化学治疗记录符合率	恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数/同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.14.4.3 恶性肿瘤放射治疗记录符合率	恶性肿瘤放射治疗医嘱(治疗单)、病程记录相对应的住院患者病历数/同期开展恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.14.4.4 手术相关记录完整率	手术相关记录完整的住院患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.14.4.5 植入物相关记录符合率	植入物相关记录符合的住院患者病历数/同期使用植入物的住院患者病历总数×100%	定量指标	0.4	监测比较，逐步提高。
3.14.4.6 临床用血相关记录符合率	临床用血相关记录符合的住院患者病历数/同期存在临床用血的住院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.4.7 医师查房记录完整率	医师查房记录完整的住院患者病历数/同期住院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.4.8 患者抢救记录及时完成率	抢救记录及时完成的住院患者病历数/同期接受抢救的住院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.5 病历归档质量指标				
3.14.5.1 出院患者病历2日归档率	2个工作日内完成归档的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.5.2 出院患者病历归档完整率	归档病例内容完整的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.5.3 主要诊断填写正确率	病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.14.5.4 主要诊断编码正确率	病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.14.5.5 主要手术填写正确率	病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.14.5.6 主要手术编码正确率	病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.14.5.7 不合理复制病历发生率	出现不合理复制病历内容的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.14.5.8 知情同意书规范签署率	规范签署知情同意书的出院患者病历数/同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.14.5.9 甲级病历率	甲级出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。

十五、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（16分）

本节评审设8条26个指标，均为数据评审指标，共16分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.15.1 急性 ST 段抬高型心肌梗死				
3.15.1.1 急性 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)患者到院 10 分钟内完成 12 导联(及以上)心电图检查率	到院 10 分钟内完成 12 导联(及以上)心电图检查的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.1.2 急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率	到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.1.3 急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率	到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.1.4 发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率	发病 24 小时内接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数/同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.1.5 发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接 PCI 的比例	发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTD 的时间小于等于 90 分钟的患者数/同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.1.6 急性 STEMI 患者住院期间应用 UCG 评价 LVEF 的比例	住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.1.7 急性 STEMI 患者住院死亡率	住院期间死亡的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	定量指标	0.7	监测比较，逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
亡率				
3.15.2 心房颤动				
3.15.2.1 非瓣膜性房颤患者血栓栓塞风险评估率	行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.2.2 非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率	出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.2.3 房颤患者出血风险评估率	行出血风险评估的房颤患者数/同期房颤患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.2.4 房颤患者左心耳封堵术并发症发生率	左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数/同期行左心耳封堵的房颤患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步降低。
3.15.3 心力衰竭				
3.15.3.1 心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率	入院 24 小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.3.2 心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率	入院 48 小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.3.3 心力衰竭患者住院死亡率	住院期间死亡的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	定量指标	0.7	监测比较，逐步降低。
3.15.4 冠状动脉旁路移植术				
3.15.4.1 单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率	行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步降低。
3.15.4.2 单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率	行单纯冠状动脉旁路移植术中使用乳内动脉血管桥的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较。
3.15.4.3 单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率	行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.5 二尖瓣手术				
3.15.5.1 二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率	行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.15.5.2 因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率	因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数/同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较。
3.15.5.3 二尖瓣手术中经食道超声使用率	二尖瓣手术中使用经食道超声的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.6 主动脉瓣手术				
3.15.6.1 主动脉瓣手术中经食道超声使用率	主动脉瓣手术中使用经食道超声的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.7 主动脉腔内修复术				
3.15.7.1 主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率	行主动脉腔内修复术 30 天内进行主动脉 CTA 复查的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.7.2 主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率	行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较。
3.15.8 冠心病介入治疗技术				
3.15.8.1 冠脉介入治疗临床成功率	冠脉介入治疗临床成功的例数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.15.8.2 冠脉介入治疗住院死亡率	本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数/同期接受冠脉介入治疗的患者总数×100%	定量指标	0.7	监测比较，逐步降低。
3.15.8.3 冠脉介入治疗严重并发症发生率	接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数/同期接受冠脉介入治疗的患者总数×100%	定量指标	0.7	监测比较，逐步降低。

十六、超声诊断专业医疗质量控制指标（10 分）

本节评审设 13 条 13 个指标，均为数据评审指标，共 10 分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.16.1 超声医师月均工作量	超声科年总工作量/超声医师数×12 个月	定量指标	0.6	监测比较。
3.16.2 超声仪器质检率	单位时间内完成质检的超声仪器数/同期本机构在用超声仪器总数×100%	定量指标	0.6	监测比较。
3.16.3 住院超声检查 48 小时内完成率	单位时间内在临床开具住院超声检查申请 48h 内完成检查并出具超声检查报告的例数/同期临床开具住院超	定量指标	1	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
	声检查申请单总数×100%			
3.16.4 超声危急值 10 分钟内通报完成率	单位时间内 10 分钟内完成通报的超声危急值例数/同期超声危急值总例数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.16.5 超声报告书写合格率	单位时间内超声检查报告书写合格的数量/同期超声检查报告总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.16.6 乳腺病变超声报告进行 BI-RADS 分类率	单位时间内进行 BI-RADS 分类的乳腺病变超声报告数/同期乳腺病变超声报告总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.16.7 门急诊超声报告阳性率	单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数/同期门急诊超声报告总数×100%	定量指标	0.6	监测比较。
3.16.8 住院超声报告阳性率	单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数/同期住院超声报告总数×100%	定量指标	0.6	监测比较。
3.16.9 超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率	单位时间内超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数/同期超声产检的孕妇总人数×100%	定量指标	1	监测比较。
3.16.10 超声诊断符合率	单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数/同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.16.11 乳腺占位超声诊断准确率	单位时间内乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数/同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.16.12 颈动脉狭窄(≥50%)超声诊断符合率	单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄(≥50%)与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合的例数/同期超声诊断颈动脉狭窄(≥50%)并可获得 DSA 或 CTA 等其他影像结果的总例数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.16.13 超声介入相关主要并发症发生率	单位时间内超声介入相关主要并发症发生的例数/同期超声介入总例数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步降低。

十七、康复医学专业医疗质量控制指标（11分）

本节评审设 8 条 18 个指标，均为数据评审指标，共 11 分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.17.1 脑卒中患者早期康复介入率	单位时间内接受早期康复介入的住院脑卒中患者数/同期住院脑卒中患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.17.2 脊髓损伤患者早期康复介入率	单位时间内接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数/同期住院脊髓损伤患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.3 髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率	单位时间内接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数/同期住院髋、膝关节置换术后患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.4 ADL 改善率	单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院患者数/同期康复医学科住院患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.5 脊髓损伤患者 ADL 改善率	单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.6 脑卒中患者 ADL 改善率	单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.7 康复评定率				
3.17.7.1 脑卒中患者运动功能评定率	单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.7.2 脑卒中患者言语功能评定率	单位时间内进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.7.3 脑卒中患者吞咽功能评定率	单位时间内进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.7.4 脊髓损伤患者神经功能评定率	单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.7.5 髋、膝关节置换术后患者功能评定率	单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者数/同期康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.7.6 住院患者静脉输液使用率	单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数/同期康复医学科住院患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较。
3.17.8 并发症和不良事件发生率及预防实施率				
3.17.8.1 脑卒中后肩痛发生率	单位时间内康复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数/同期康	定量指标	0.6	监测比较，逐步降低。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
	复医学科住院脑卒中患者总数×100%			
3.17.8.2 脑卒中后肩痛预防实施率	单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.8.3 脊髓损伤患者泌尿系感染发生率	单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步降低。
3.17.8.4 脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率	单位时间内进行间歇性导尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数×100%	定量指标	0.6	监测比较，逐步提高。
3.17.8.5 住院患者静脉血栓栓塞症发生率	单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数/同期康复医学科住院患者总数×100%	定量指标	0.7	监测比较，逐步提高。
3.17.8.6 住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率	单位时间内进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数/同期康复医学科住院患者总数×100%	定量指标	0.7	监测比较，逐步提高。

十八、临床营养专业医疗质量控制指标（8分）

本节评审设9条12个指标，均为数据评审指标，共8分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.18.1 营养科医床比	营养科医师总数/同期医疗机构实际开放床位数	定量指标	1	监测达标。
3.18.2 营养科护床比	营养科护士总数/同期医疗机构实际开放床位数	定量指标	1	监测达标。
3.18.3 营养科技床比	营养科技师总数/同期医疗机构实际开放床位数	定量指标	1	监测达标。
3.18.4 住院患者营养风险筛查率	完成营养风险筛查住院患者数/同期住院患者总数×100%	定量指标	1	监测比较，逐步提高。
3.18.5 存在营养风险住院患者营养治疗率	存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数/同期存在营养风险住院患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.18.6 糖尿病住院患者营养评估率	进行营养评估的糖尿病住院患者数/同期糖尿病住院患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.18.7 糖尿病住院患者营养治疗率	接受营养治疗的糖尿病住院患者数/同期糖尿病住院患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
3.18.8 使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率	使用剂量减少的糖尿病住院患者数/同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
3.18.9 营养治疗不良事件发生率				
3.18.9.1 肠外营养治疗不良事件发生率	实施肠外营养治疗不良事件发生例数/同期实施肠外营养治疗总例数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.18.9.2 肠内营养治疗不良事件发生率	实施肠内营养治疗不良事件发生例数/同期实施肠内营养治疗总例数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.18.9.3 膳食营养治疗不良事件率	实施膳食营养治疗不良事件发生例数/同期实施膳食营养治疗总例数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
3.18.9.4 营养门诊投诉发生率	营养门诊诊疗投诉发生人次数/同期营养门诊诊疗总人次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。

第四章 单病种（术种）质量控制指标（51分）

单病种系由国家卫生健康委发布的单病种质量控制指标而确定。本细则根据三级医院特点选取相应的单病种进行监测，按照国家卫生健康委《卫生部办公厅关于印发第一批单病种质量控制指标的通知》《卫生部办公厅关于印发第二批单病种质量控制指标的通知》《卫生部办公厅关于印发第三批单病种质量控制指标的通知》《单病种质量监测信息项（2020年版）》的要求，监测51个病种的相应指标。

计算方法：

病例上报率=年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100%；

平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数；

次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数；

病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%；

手术患者并发症发生率=某种手术患者并发症发生例数/同期某种病种出

院的手术患者人数×100%。

一、以下 19 个单病种，对每个单病种各监测 4 个一级指标，分别为上报率、平均住院日、次均住院费用、病死率。

本节评审设 19 条 76 个指标，均为数据评审指标，共 19 分。

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
4.1 急性心肌梗死(ST 段抬高型，首次住院) 主要诊断 ICD-10 编码：I21.0 至 I21.3 的出院患者			
4.1.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.1.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.1.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.1.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.2 心力衰竭 主要诊断 ICD-10 编码：I05 至 I09，或 I11 至 I13，或 I20 至 I21，或 I40 至 I41，或 I42 至 I43 伴第二诊断为 I50 的出院患者			
4.2.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.2.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.2.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.2.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.3 房颤 主要诊断 ICD-10 编码：I48 的出院患者			
4.3.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.3.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.3.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.3.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.4 脑梗死(首次住院) 主要诊断 ICD-10 编码：I63 的出院患者			
4.4.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.4.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.4.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.4.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.5 短暂性脑缺血发作 主要诊断 ICD-10 编码：G45 的出院患者			
4.5.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.5.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.5.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.5.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.6 脑出血(出血性脑卒中) 主要诊断 ICD-10 编码：I61 的出院患者			
4.6.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.6.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.6.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
4.6.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.7 惊厥性癫痫持续状态 主要诊断 ICD-10 编码：G41.0, G41.8, G41.9 的出院患者			
4.7.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.7.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.7.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.7.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.8 帕金森病 主要诊断 ICD-10 编码：G20 的出院患者			
4.8.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.8.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.8.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.8.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.9 社区获得性肺炎(成人，首次住院) 主要诊断 ICD-10 编码：J13 至 J16, J18；年龄≥18 岁的出院患者			
4.9.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.9.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.9.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.9.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.10 社区获得性肺炎(儿童，首次住院) 主要诊断 ICD-10 编码：J13 至 J16, J18；2 岁≤年龄<18 岁的出院患儿			
4.10.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.10.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.10.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.10.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.11 慢性阻塞性肺疾病(急性发作，住院) 主要诊断 ICD-10 编码：J44.0, J44.1 的出院患者			
4.11.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.11.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.11.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.11.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.12 哮喘(成人，急性发作，住院) 主要诊断 ICD-10 编码：J45, J46；年龄≥18 岁的出院患者			
4.12.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.12.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.12.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.12.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.13 哮喘(儿童，住院) 主要诊断 ICD-10 编码：J45, J46；2 岁≤年龄<18 岁的出院患儿			
4.13.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
4.13.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
4.13.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
4.13.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.14 糖尿病肾病 主要诊断和其他诊断 ICD-10 编码: E10.2、E11.2、E12.2、E13.2、E14.2, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 55.23 的非产妇出院患者			
4.14.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较,逐步提高。
4.14.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.14.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.14.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.15 住院精神疾病, 主要诊断 ICD-10 编码: F00-F99 的出院患者			
4.15.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较,逐步提高。
4.15.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.15.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.15.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.16 感染性休克早期治疗 主要诊断/其他诊断 ICD-10 编码: A02.1, A22.7, A32.7, A40, A41, A42.7, A54.8, B37.7, R57.2, R57.8, R65.2, R65.3, R65.9 的出院患者			
4.16.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较,逐步提高。
4.16.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.16.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.16.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.17 儿童急性淋巴细胞白血病(初始诱导化疗) 主要诊断 ICD-10 编码:C91.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 03.92, 99.25 的年龄<18岁出院患儿			
4.17.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较,逐步提高。
4.17.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.17.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.17.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.18 儿童急性早幼粒细胞白血病(初始化疗) 主要诊断 ICD-10 编码:C92.4, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 99.25 的 2岁≤年龄<18岁出院患儿			
4.18.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较,逐步提高。
4.18.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.18.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.18.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.19 HBV 感染分娩母婴阻断 主要诊断 ICD-10 编码: 098.4, Z22.5+080 至 084+Z37; 且伴①阴道分娩操作 ICD-9-CM-3 编码 72 , 73.0, 73.1, 73.21, 73.4 至 73.6, 73.9 ; 或 ②剖宫产手术 ICD9-CM-3 编码 : 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的出院患者			
4.19.1 病例上报率	定量指标	0.25	监测比较,逐步提高。
4.19.2 平均住院日	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.19.3 次均住院费用	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。
4.19.4 病死率	定量指标	0.25	监测比较,逐步降低。

二、以下 26 个单病种，对每个单病种各监测 5 个一级指标，分别为上报率、平均住院日、次均住院费用、病死率、手术患者并发症发生率。

本节评审设 26 条 130 个指标，均为数据评审指标，共 26 分。

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
4.20 冠状动脉旁路移植术 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：36.1 的手术出院患者			
4.20.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.20.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.20.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.20.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.20.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.21 主动脉瓣置换术 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.01, 35.21, 35.22 的手术出院患者			
4.21.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.21.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.21.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.21.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.21.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.22 二尖瓣置换术 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.02, 35.23, 35.24 的手术出院患者			
4.22.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.22.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.22.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.22.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.22.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.23 房间隔缺损手术 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.51, 35.52, 35.61, 35.71 的手术出院患者			
4.23.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.23.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.23.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.23.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.23.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.24 室间隔缺损手术 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.53, 35.55, 35.62, 35.72 的手术出院患者			
4.24.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.24.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.24.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.24.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.24.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.25 脑膜瘤(初发，手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码：C70.0, C70.9, D32.0, D32.9, D42.9, 且伴 ICD-9-CM-3 编码：01.51, 01.59			

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
的手术出院患者			
4.25.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.25.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.25.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.25.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.25.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.26 胶质瘤(初发，手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码：C71, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：01.52 至 01.59 的手术出院患者			
4.26.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.26.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.26.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.26.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.26.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.27 垂体腺瘤(初发，手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码：D35.2,C75.1,D44.3,E22.0,E23.6, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：07.61 至 07.69,07.71,07.72, 07.79 和 01.59 的手术出院患者			
4.27.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.27.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.27.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.27.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.27.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.28 急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血(初发，手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码：I60, 且伴主要手术 ICD-9-CM 编码：01.3,02.2,02.3,38.3,38.4,38.6, 39.5 的手术出院患者			
4.28.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.28.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.28.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.28.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.28.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.29 髋关节置换术 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.7, 81.51 至 81.53 的手术出院患者			
4.29.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.29.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.29.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.29.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.29.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.30 膝关节置换术 主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.80 至 00.83,81.54, 81.55 的手术出院患者			
4.30.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较，逐步提高。
4.30.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.30.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。
4.30.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较，逐步降低。

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
4.30.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.31 发育性髋关节发育不良(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: Q65.0 至 Q65.6, Q65.8, Q65.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 79.85, 77.25, 77.29; 18 个月≤年龄≤8 岁(旧称先天性髋关节脱位)的手术出院患儿			
4.31.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.31.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.31.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.31.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.31.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.32 剖宫产 主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的手术出院患者			
4.32.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.32.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.32.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.32.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.32.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.33 异位妊娠(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: 000, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 65.01, 66.01, 66.02, 66.62, 66.95, 74.3x 的手术出院患者			
4.33.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.33.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.33.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.33.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.33.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.34 子宫肌瘤(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码与名称: D25, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 68.29, 68.3 至 68.5, 68.9 的手术出院患者			
4.34.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.34.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.34.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.34.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.34.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.35 肺癌(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: C34, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 32.2 至 32.6, 32.9 的手术出院患者			
4.35.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.35.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.35.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.35.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.35.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.36 甲状腺癌(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: C73, 且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.6 的手术出院			

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
患者			
4.36.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.36.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.36.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.36.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.36.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.37 乳腺癌(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: C50, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 85.2 至 85.4 的手术出院患者			
4.37.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.37.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.37.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.37.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.37.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.38 胃癌(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: C16, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 43.4 至 43.9 的手术出院患者			
4.38.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.38.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.38.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.38.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.38.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.39 结肠癌(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: C18; 且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码: 17.31 至 17.36, 17.39, 45.4, 45.73 至 45.79, 45.8 的手术出院患者			
4.39.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.39.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.39.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.39.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.39.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.40 宫颈癌(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: C53, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 67.2 至 67.4, 68.4 至 68.8 的手术出院患者			
4.40.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.40.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.40.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.40.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.40.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.41 舌鳞状细胞癌(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: C01, C02, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 25.1 至 25.4, 40.4 的手术出院患者			
4.41.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.41.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.41.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
4.41.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.41.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.42 腮腺肿瘤(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码:D10.5, D11.0, D33.2, C07, C10.2, C71.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 26.2, 26.3 伴 04.03, 04.04, 04.42, 40.29 的手术出院患者			
4.42.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.42.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.42.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.42.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.42.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.43 原发性急性闭角型青光眼(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: H26.2, H40.0, H40.2, H40.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 10.1, 10.49, 10.6, 10.91, 10.99, 12.11, 12.12, 12.64, 12.66, 12.67, 12.71 至 12.73, 12.79, 12.83, 12.85, 12.87, 12.91, 12.92, 12.99, 13.19, 13.3, 13.41, 13.59, 13.70, 13.71, 13.90, 14.73, 14.74, 14.79 的手术出院患者			
4.43.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.43.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.43.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.43.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.43.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.44 复杂性视网膜脱离(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: E10.3, E11.3, E14.3, H33.0 至 H33.5, H59.8, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.73, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 14.75, 14.9 的手术出院患者			
4.44.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.44.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.44.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.44.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.44.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.45 甲状腺结节(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: D34, E04.0, E04.1, E04.2, E04.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.5 的手术出院患者			
4.45.1 病例上报率	定量指标	0.2	监测比较,逐步提高。
4.45.2 平均住院日	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.45.3 次均住院费用	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.45.4 病死率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。
4.45.5 手术患者并发症发生率	定量指标	0.2	监测比较,逐步降低。

三、以下 6 个单病种(四十六至五十一), 各监测 1 条一级指标, 为病例上报率, 共 6 条一级指标。

本节评审设 6 条 6 个指标, 均为数据评审指标, 共 6 分。

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
4.46 终末期肾病血液透析 主要诊断 ICD-10 编码:N18.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 38.95, 39.27, 39.42, 39.95 的血液透析患者			
4.46.1 病例上报率	定量指标	1	监测比较,逐步提高。
4.47 终末期肾病腹膜透析 主要诊断 ICD-10 编码:N18.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 54.98 的腹膜透析患者			
4.47.1 病例上报率	定量指标	1	监测比较,逐步提高。
4.48 口腔种植术 主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 23.5, 23.6 的门诊或者 76.09, 76.91, 76.92, 22.79 的手术出院患者			
4.48.1 病例上报率	定量指标	1	监测比较,逐步提高。
4.49 围手术期预防感染, 主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者: 1. 甲状腺叶切除术: 06.2 至 06.5。 2. 膝半月软骨切除术: 80.6。 3. 晶状体相关手术: 13.0 至 13.9。 4. 腹股沟疝相关手术: 17.11 至 17.13, 17.21 至 17.24, 53.00 至 53.17。 5. 乳房组织相关手术: 85.2 至 85.4。 6. 动脉内膜切除术: 38.1。 7. 足和踝关节固定术和关节制动术: 81.1。 8. 其他颅骨切开术: 01.24。 9. 椎间盘切除术或破坏术: 80.50 至 80.59。 10. 骨折切开复位+内固定术: 03.53, 21.72, 76.72 至 76.79, 79.30 至 79.39。 11. 关节脱位切开复位内固定术: 76.94, 79.8。 12. 骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除: 78.5 至 78.6。 13. 卵巢相关手术: 65.2 至 65.6。 14. 肌腱相关手术: 83.11 至 83.14。 15. 睾丸相关手术: 62.0 至 62.9。 16. 阴茎相关手术: 64.0 至 64.4, 64.9。 17. 室间隔缺损修补术: 35.62。 18. 房间隔缺损修补术: 35.61。 19. 髋关节置换术: 00.7, 81.51 至 81.53。 20. 膝关节置换术: 00.80 至 00.83, 81.54, 81.55。 21. 冠状动脉旁路移植术: 36.1。 22. 剖宫产: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99。			
4.49.1 病例上报率	定量指标	1	监测比较,逐步提高。
4.50 围手术期预防深静脉血栓栓塞, 主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者: 1. 闭合性心脏瓣膜切开术: 35.00 至 35.04。 2. 心脏瓣膜切开和其他置换术: 35.20 至 35.28。 3. 脊柱颈融合术: 81.04 至 81.08。 4. 脊柱再融合术: 81.34 至 81.38。 5. 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术: 43.6。 6. 胃部分切除术伴胃空肠吻合术: 43.7。 7. 其他胃部分切除术: 43.8。 8. 胃全部切除术: 43.9。			

监测指标	指标设定(年度)	分值	评审指标导向
9. 开放性和其他部分大肠切除术: 45. 7。			
10. 腹会阴直肠切除术: 48. 5。			
11. 直肠其他切除术: 48. 6。			
12. 肝叶切除术: 50. 3。			
13. 部分肾切除术: 55. 4。			
14. 全部肾切除术: 55. 5。			
15. 部分膀胱切除术: 57. 6。			
16. 全部膀胱切除术: 57. 7。			
17. 卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术: 65. 2。			
18 单侧卵巢切除术: 65. 3。			
19. 单侧输卵管-卵巢切除术: 65. 4。			
20. 双侧卵巢切除术: 65. 5。			
21. 双侧输卵管-卵巢切除术: 65. 6。			
22. 子宫病损或组织的切除术或破坏术: 68. 2。			
23. 经腹子宫次全切除术: 68. 3。			
24. 经腹子宫全部切除术: 68. 4。			
25. 阴道子宫切除术: 68. 5。			
26. 经腹根治性子宫切除术: 68. 6。			
27. 根治性阴道子宫切除术: 68. 7。			
28. 盆腔脏器去除术: 68. 8。			
29. 髋关节置换术: 00. 7, 81. 51 至 81. 53。			
30. 膝关节置换术: 00. 80 至 00. 83, 81. 54, 81. 55。			
31. 冠状动脉旁路移植术: 36. 1。			
4. 50. 1 病例上报率	定量指标	1	监测比较, 逐步提高。
4. 51 中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症需要落实预防静脉血栓措施的重点患者:			
1. 入住 ICU 的患者			
2. 中高危风险患者			
4. 51. 1 病例上报率	定量指标	1	监测比较, 逐步提高。

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标(必选 33 分, 加分 10 分)

数据来源:

1. 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
2. 全国医院质量监测系统 (HQMS)
3. 医疗技术临床应用管理信息系统
4. 医疗机构电子化注册信息系统
5. 中国人体器官分配与共享计算机系统 (COTRS)
6. 自治区卫生健康统计信息网络直报系统
7. 肝脏移植登记注册系统

8. 肾脏移植登记注册系统
9. 心脏移植登记注册系统
10. 肺脏移植登记注册系统
11. 医院填报

一、消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(必选项，9分)

本节评审设18条18个指标，均为数据评审指标，共9分。

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
5.1.1 消化内镜中心医师年均工作量	消化内镜中心年诊疗例次数/消化内镜中心医师数	定量指标	0.5	监测达标。
5.1.2 四级消化内镜诊疗技术占比	单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数/同期消化内镜诊疗总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.3 三级消化内镜诊疗技术占比	单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数/同期消化内镜诊疗总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.4 上消化道内镜检查完整率	单位时间内上消化道内镜检查完整的例次数/同期上消化道内镜检查总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.5 结肠镜检查肠道准备优良率	单位时间内肠道准备优良的结肠镜检查例次数/同期结肠镜检查总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.6 结肠镜盲肠插镜成功率	单位时间内结肠镜检查到达盲肠例次数/同期结肠镜检查总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.7 结肠镜退镜检查时间≥6分钟率	单位时间内结肠镜检查退镜检查时间≥6分钟的例次数/同期结肠镜检查总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.8 内镜下逆行胰胆管造影术(ERCP)选择性深插管成功率	单位时间内ERCP选择性深插管成功的例次数/同期ERCP总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.9 超声内镜(EUS)检查完整率	单位时间内EUS检查完整的例次数/同期EUS检查总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.10 磁控胶囊胃镜检查完整率	单位时间内磁控胶囊胃镜检查完整的例次数/同期磁控胶囊胃镜检查总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.11 消化内镜相关严重并发症发生率	单位时间内发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数/同期消化内镜诊疗总例次数×1000‰	定量指标	0.5	监测比较，逐步降低。
5.1.12 食管癌早	单位时间内上消化道内镜检查发	定量指标	0.5	监测比较，逐步

监测指标	计算方法	指标设定	分值	评审指标导向
期诊断率	现早期食管癌患者数/同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数×100%			提高。
5.1.13 胃癌早期诊断率	单位时间内上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数/同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.14 结直肠腺瘤检出率	单位时间内至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数/同期结肠镜检查患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.15 结直肠癌早期诊断率	单位时间内结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数/同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.16 消化道早癌内镜黏膜下剥离(ESD)完整切除率	单位时间内消化道早癌 ESD 完整切除的例次数/同期消化道早癌 ESD 总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.17 ERCP 胆总管结石清除成功率	单位时间内 ERCP 胆总管结石清除成功例次数/同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。
5.1.18 超声内镜引导下胰腺细针穿刺(EUS-FNA)标本病理阳性率	单位时间内 EUS-FNA 标本病理阳性的例次数/同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS-FNA 的总例次数×100%	定量指标	0.5	监测比较，逐步提高。

二、广西壮族自治区限制类医疗技术（必选项，24分）

本节评审设16条80个指标，均为数据评审指标，共24分。

监测指标	指标设定(评审周期)	分值	评审指标导向
5.2 心血管疾病介入诊疗技术(含先天性心脏病介入治疗技术、心脏导管消融技术、起搏器植入技术、冠心病介入诊疗技术)			
5.2.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.2.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较，逐步降低。
5.2.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较，逐步降低。
5.2.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较，逐步降低。
5.2.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较，逐步降低。
5.3 神经血管介入诊疗技术			
5.3.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.3.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较，逐步降低。
5.3.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较，逐步降低。
5.3.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较，逐步降低。
5.3.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较，逐步降低。
5.4 人工膝关节置换技术			

监测指标	指标设定(评审周期)	分值	评审指标导向
5.4.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.4.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.4.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.4.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.4.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.5 人工耳蜗植入技术			
5.5.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.5.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.5.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.5.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.5.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.6 角膜移植手术			
5.6.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.6.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.6.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.6.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.6.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.7 血液净化技术(含血液透析、血液透析滤过、血液灌流、血浆置换、腹膜透析等技术)			
5.7.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.7.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.7.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.7.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.7.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.8 临床基因扩增检验技术(含基因测序和染色体芯片技术)			
5.8.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.8.2 室内质控开展率	定量指标	0.3	监测达标。
5.8.3 室内质控失控率	定量指标	0.3	监测达标。
5.8.4 室间质评参加率	定量指标	0.3	监测达标。
5.8.5 室间质评合格率	定量指标	0.3	监测达标。
5.9 颌面部轮廓整形技术			
5.9.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.9.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.9.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.9.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.9.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.10 脊柱内镜诊疗技术(三、四级)			
5.10.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.10.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.10.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.10.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.10.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.11 调强放疗技术(含 \times 刀、 γ 刀、Cyberknife, TOMO 等治疗技术)			

监测指标	指标设定(评审周期)	分值	评审指标导向
5.11.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.11.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.11.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.11.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.11.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.12 普通外科内镜诊疗技术(四级)			
5.12.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.12.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.12.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.12.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.12.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.13 泌尿外科内镜诊疗技术(四级)			
5.13.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.13.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.13.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.13.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.13.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.14 妇科内镜诊疗技术(四级)			
5.14.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.14.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.14.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.14.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.14.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.15 小儿外科内镜诊疗技术(四级)			
5.15.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.15.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.15.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.15.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.15.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.16 儿科呼吸内镜诊疗技术(三、四级)			
5.16.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.16.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.16.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.16.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.16.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.17 呼吸内镜诊疗技术(三、四级)			
5.17.1 备案完成率	定量指标	0.3	监测达标。
5.17.2 手术并发症	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.17.3 死亡率	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.17.4 平均住院费用	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。
5.17.5 平均住院日	定量指标	0.3	监测比较,逐步降低。

三、国家限制类医疗技术（加分项，每开展 1 项技术加 1 分，累计不超过 10 分）

国家限制类医疗技术参照国家最新目录，共监测 4 条组合性一级指标，分别为备案完成率、系统填报率、死亡率、并发症发生率。

本节评审设 14 条 56 个指标，均为数据评审指标。

监测指标	指标设定（评审周期）	分值	评审指标导向
5.18 异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标			
5.18.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.18.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.18.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.18.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.19 同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标			
5.19.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.19.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.19.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.19.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.20 同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标			
5.20.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.20.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.20.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.20.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.21 同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标			
5.21.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.21.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.21.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.21.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.22 性别重置技术临床应用质量控制指标			
5.22.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.22.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.22.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.22.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.23 质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标			
5.23.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.23.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.23.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.23.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.24 放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标			
5.24.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.24.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.24.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.24.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。

监测指标	指标设定（评审周期）	分值	评审指标导向
5.25 肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标			
5.25.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.25.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.25.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.25.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.26 心室辅助技术临床应用质量控制指标			
5.26.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.26.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.26.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.26.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.27 人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标			
5.27.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.27.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.27.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.27.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.28 体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标			
5.28.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.28.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.28.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.28.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.29 自体器官移植技术临床应用质量控制指标			
5.29.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.29.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.29.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.29.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.30 肝脏移植技术			
5.30.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.30.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.30.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.30.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.31 肾脏移植技术			
5.31.1 备案完成率	定量指标	0.25	监测达标。
5.31.2 系统填报率	定量指标	0.25	监测比较，逐步提高。
5.31.3 死亡率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。
5.31.4 并发症发生率	定量指标	0.25	监测比较，逐步降低。

第三部分 现场检查（400分）

第一章 医院功能与任务(20分)

一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划（6分）

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一)医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。				
1. 1. 1. 1	医院有明确的功能和任务。	文件查阅 记录查看	1. 查阅医院章程，体现明确的功能与任务(0.5分)； 2. 医疗诊疗科目满足医院功能与任务的需要(0.5分)。	1
1. 1. 1. 2	功能和任务符合本区域卫生发展规划。		1. 查阅医院中长期规划是否依据自治区或所在市(县)区域卫生发展规划制定(0.3分)； 2. 医院中长期规划目标、步骤、工作措施符合当地区域卫生发展规划要求(0.3分)； 3. 访谈员工知晓医院的宗旨、核心理念、目标和功能定位(0.4分)。	
(二)制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。				
1. 1. 2. 1	医院制定中长期规划及年度计划，并经职工代表大会或院长办公会通过。	文件查阅 记录查看	1. 查看医院近两个五年规划(0.4)； 2. 查看医院评审周期各年度的计划(0.3分)； 3. 经职工代表大会或院长办公会通过的会议资料(0.3分)。	1
1. 1. 2. 2	医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。		1. 医院中长期发展规划和年度工作计划符合医院高质量发展的要求，有推动“三个转变、三个提高”的具体措施，即：逐步实现发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素(0.5分)； 2. 医院规模和发展目标与医院的功能任务一致，充分体现医院的宗旨与愿景，并采取多形式、多途径公示和宣传(0.5分)。	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(三)医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。				
1. 1. 3. 1	医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备和技术梯队。	文件查阅 记录查看 现场查看	1. 查看评审周期年度内门诊、住院、手术疾病前 20 顺位，包含本地区常见病、多发病、急危重症和疑难疾病(0.3 分)； 2. 重症医学科、急诊科设置与医院功能定位符合，满足区域急危重症救治任务需要(0.4 分)； 3. 具备承担本区域急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力(0.3 分)。	1
1. 1. 3. 2	医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的处置能力，提供 24 小时急危重症诊疗服务。	文件查阅 记录查看 现场查看	1. 查看评审周期内开展实际救治工作的记录(0.3 分)； 2. 获重点专科、重点学科、疑难病会诊中心等(0.4 分)； 3. 急诊科、医学影像、介入诊疗科室、检验检查相关诊疗科室排班表，体现 24 小时值班(0.3 分)。	1

二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务(6.3 分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(四)坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。				
1. 2. 4. 1	制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有系统、规范、符合本院实际的医院工作制度与人员岗位职责(0.2 分)； 2. 有系统、规范、符合本院实际的医院诊疗规范与技术操作规程(0.2 分)； 3. 有符合医改要求，保障基本医疗服务有效供给、保障患者安全、优化服务流程、便民惠民和合理控制诊疗费用的制度和具体措施(0.2 分)； 4. 职能部门进行持续监管及对医保服务执行情况分析整改(0.2 分)； 5. 访谈员工知晓医保相关政策情况(0.2 分)。	1
1. 2. 4. 2	参加并完成政府部门指定的社会公益性任务。	文件查阅 记录查看	1. 医院有保障承担政府公益性任务的制度文件(0.2 分)； 2. 完成政府指定的公益性任务(0.4 分)； 3. 对承担政府公益性任务的分析总结，体现持续改进(0.2 分)。	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
1. 2. 4. 3	医疗机构住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本区域 GDP 年均增幅。	文件查阅	每低于本自治区 GDP 的年度得 0.125 分，共 0.5 分；无各年数据及分析总结不得分。	0.5
(五)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》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。				
1. 2. 5. 1	制定传染病、食源性疾病发现、救治、报告、预防等制度、流程和规范。	文件查阅 员工访谈 现场检查	1. 制定传染病、食源性疾病发现、救治、报告、预防等制度、流程和规范，成立领导小组、救治专家组(0.2 分)； 2. 设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊、预检分诊，有传染病上报部门的职责制度(0.2 分)； 3. 有相关人员岗位设置，并知晓其职责(0.3 分)； 4. 有预检分诊及消毒隔离制度(0.3 分)；未规范预检分诊扣 0.1 分。	1
1. 2. 5. 2	定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。	文件查阅 员工访谈 现场检查 员工操作	1. 职能部门每年至少开展 1 次对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练(0.2 分)； 2. 有各类传染病、食源性疾病防治知识和技能培训、考试的记录资料(签到表、课件、照片、考试)(0.2 分)； 3. 培训考试不合格的人员，有补考资料(0.1 分)； 4. 有传染病、食源性疾病处置案例资料(0.2 分)； 5. 有应对突发传染病处置的演练、总结分析及改进措施(0.3 分)。	1
(六)按照《国家基本药物临床应用指南》和《中国国家处方集》及医院药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。				
1. 2. 6. 1	制定优先使用基本药物的相关规定。	文件查阅 记录查看 数据核查	1. 制定医院优先使用国家基本药物的相关规定及措施 (0.3 分)； 2. 全院基本药品种及使用金额比例符合规定(0.3 分)； 3. 《国家基本药物目录》中的品种优先纳入医院《药品处方集》和“基本用药供应目录”，有相应的采购、使用量(0.2 分)。	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
1.2.6.2	定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈，规范医师处方行为。	记录查看 数据核查 病历检查 病案检查	1. 开展基本药物使用点评(0.2分)； 2. 每季度监测基本药物使用品种占比和收入占比达标情况(0.2)； 3. 定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈(0.2分)； 4. 对未达标的指标有分析有整改措施(0.2分)； 5. 周期内整改有成效或形成新的制度、规范、流程、举措等(0.4分)。	1.2

三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务(6分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(七)加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医院服务能力。				
1.3.7.1	根据医联体建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。	文件查阅	1. 将医联体建设工作纳入医院中长期规划及年度工作规划，有计划和具体实施方案(0.2分)； 2. 有专门部门和人员负责医联体建设等协调工作(0.3分)。	0.5
1.3.7.2	实行分级诊疗，建立并实施双向转诊制度与相关服务流程。	文件查阅 记录查看	1. 建立双向转诊制度与服务流程、签订合作协议(0.2分)； 2. 有双向转诊病例记录(0.3分)。	0.5
1.3.7.3	提升医联体内基层医疗机构服务能力。	记录查看 员工访谈	1. 有提升医联体内基层医疗机构服务能力的案例(服务能力、学科建设、科研与教学等)(0.5分)； 2. 有职能部门监管督查记录，检查整改落实情况(0.3分)； 3. 有医联体建设情况工作总结(0.2分)。	1
(八)将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。				
1.3.8.1	将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划内容。	文件查阅 员工访谈	1. 根据政府指令性任务制定对口支援任务计划与执行文件(包括协议书、中长期规划、年度计划、实施方案及工作记录)(0.3分)； 2. 纳入院长目标责任制与医院年度工作规划，有双方的实施方案(0.3分)； 3. 访谈医院领导及职能部门负责人，相关人员知晓工作规划及实施方案(0.4分)。	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
1.3.8.2	有专人负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作。	文件查阅 记录查看	1. 有专门部门和人员负责下级医院对口支援及慢性病管理工作(0.2分)； 2. 有职能部门的督查记录，对发现的问题进行整改落实(0.3分)； 3. 有考核机制，参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容(0.2分)； 4. 有年度对口支援工作总结，有数据或案例资料(0.3分)。	1
(九)承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。				
1.3.9.1	承担援疆援藏、健康扶贫等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。	文件查阅 记录查看	1. 有专门部门和人员负责相关工作(0.2分)； 2. 根据政府指令性任务制订相关的制度、方案及保障措施(0.2分)； 3. 有具体实施记录(0.2分)； 4. 有职能部门督导、总结、分析、反馈(0.2分)； 5. 有数据或事实体现效果(0.2分)。	1
1.3.9.2	承担为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定相关项目实施计划、方案(0.2分)； 2. 为下级单位提供学习进修岗位，开展业务培训及协助开展新技术新项目(0.2分)； 3. 有专门部门和人员负责落实下级医院技术人员培养(0.2分)； 4. 有职能部门督导、总结、分析、反馈(0.2分)； 5. 有年度对口支援工作总结，有数据或事实体现效果(0.2分)。	1

四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治(1.7分)

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(十)遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平急结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。			
1.4.10.1 遵循各级政府制定的应急预案，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 根据各级政府应急预案，制定医院总体应急预案及专项应急预案(0.1分)； 2. 医院各类应急预案中相关部门与人员在应急工作中承担的责任与任务明晰(0.1分)； 3. 访谈应急队伍成员，知晓本人承担的任务(0.3分)。	0.5
1.4.10.2 完善应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案。		1. 有医疗救援、突发公共卫生事件防控的工作记录(0.2分)； 2. 有医疗救援或防控工作后的总结与分析(0.1分)； 3. 有相关应急预案的修订和完善资料(0.1分)。	
1.4.10.3 定期组织应急预案培训与演练。		1. 有应急演练脚本及照片、录像资料，培训、演练每年至少1次(0.1分)； 2. 有对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案培训的资料(0.2分)； 3. 全员熟练掌握急救知识，能够进行徒手心肺复苏(0.3分)； 4. 有对应急演练的总结、分析及体现持续改进(0.2分)。	0.8

第二章 临床服务质量与安全管理(288分)

一、医疗质量管理体系和工作机制 (44分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(十一)有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。				
2.1.11.1	建立医疗质量管理体系，有明确的体系架构、内容。	文件查阅 员工访谈	1. 建立有医院质量管理体系。有医院质量组织架构图，体现决策层、管理层、执行层，人员构成合理(1分)；	3
			2. 制定有各医院质量委员会各项工作制度、工作职责，并下设办公室进行日常管理工作(1分)；	
			3. 访谈中各层次人员知晓本人的质量管理岗位职责(1分)。	
2.1.11.2	有明确的体系运行机制，有记录证明体系运行常态化。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 医院各质量与安全管理委员会健全、人员组成合理、职责明确，各质量与安全管理委员会包括但不限于医疗质量管理委员会、护理管理委员会、医疗技术临床应用管理委员会、医学伦理委员会、医院感染管理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、临床用血管理委员会、病案管理委员会、医学装备管理委员会、预算管理委员会、价格管理委员会等(1分)；	5
			2. 有医疗质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度(1分)；	
			3. 建立各委员会的会议决策沟通、落实、追踪管理机制，有体现质量体系各层次运行的记录：如会议记录，纪要，决议执行单，督导检查，执行效果追踪等(1分)；	
			4. 有院、科两级医院质量管理与监督的工作流程(1分)；	
			5. 每年至少开展一次管理评审，对医院质量管理体系现状的适宜性、充分性和有效性进行评估(1分)。	
2.1.11.3	院科两级责任制体现在各自的职责中，负责人知晓本人职责。	文件查阅 员工访谈	1. 有明确医院质量管理的院级、科级责任范畴。院长是医院质量管理第一责任人，科主任是科室质量管理第一责任人(0.5分)；	2
			2. 制定有院科两级质量负责人的工作职责(0.5分)；	
			3. 院科两级质量负责人主持相关质量管理工作会议并签发会议纪要、质量分析报告等文件(0.5分)；	
			4. 访谈院科两级质量负责人知晓本人职责(0.5分)。	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(十二)设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。				
2. 1. 12. 1	医疗质量管理委员会人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。	文件查阅 员工访谈	1. 医疗质量管理委员会主任由医疗机构主要负责人担任，委员由医疗管理、质量控制、护理、医院感染管理、医学工程、信息、后勤等相关职能部门负责人以及相关临床、药学、医技等科室负责人组成(0.3分)；	0. 7
			2. 职责符合《医疗质量管理办法》要求(0.2分)；	
			3. 访谈员工知晓本人职责(0.2分)。	
2. 1. 12. 2	医疗质量管理委员会有工作制度、工作计划、工作记录。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有明确的委员会工作制度(0.2分)；	1. 6
			2. 有各年度工作计划并实施(0.3分)；	
			3. 委员会至少每季度开展一轮质量督查，工作记录完整、真实(0.4分)；	
			4. 有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实(0.4分)；	
			5. 周期内整改有成效或形成新的制度、规范、流程、举措等(0.3分)。	
2. 1. 12. 3	医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有承接各级质控组织开展工作：承接自治区级及以上质控中心(0.2分)，承接市级质控中心(0.1分)；	0. 7
			2. 有配合各级质控中心等组织开展督导检查活动的记录(0.2分)；	
			3. 定期听取各质控中心等组织的工作报告，协调解决疑难问题，并有资料证明(0.2分)。	
(十三)各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。				
2. 1. 13. 1	各业务科室常设医疗质量管理工作小组，人员、职责符合《医疗质量管理办法》要求。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 各业务科室均成立有质量管理小组，成员分工合理，符合《医疗质量管理办法》要求(0.5分)；	2. 5
			2. 制定有质量管理小组工作制度、工作职责、工作流程(1分)；	
			3. 质量管理小组成员知晓并能举例描述本人在科室质管小组中的具体职责(1分)。	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.1.13.2	制定工作计划，有工作记录，可追溯。	记录查看 员工访谈	1. 结合本科室实际，制定有科室年度工作计划，目标明确(0.5分)； 2. 查阅每季度、半年、年度工作记录，确定各科室是否按计划、按步骤有序开展工作(1分)； 3. 各科室质控小组至少每季度开展一轮质量自查(1分)； 4. 针对自查情况分析原因，制定整改措施并在规定时间内落实(1分)； 5. 周期内整改有成效或形成新的流程、举措等(1分)。	4.5
(十四)建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。				
2.1.14.1	建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，培训范围包括所有参与医疗质量管理人员，有相关培训记录。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查 员工操作	1. 制定有培训考核制度和备案制度(0.2分)； 2. 培训对象包括各质量委员会及其办公室成员、各科室质控小组成员(0.3分)； 3. 有岗前、岗中培训，培训内容包括管理学知识、管理工具应用等，每位质量管理人员每年参加培训不少于2次(0.3分)； 4. 访谈质控人员有关质量管理知识及管理工具的应用(0.2分)。	1
2.1.14.2	有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 制定有相关激励措施，有体现在绩效分配、评优评先、职称晋升等方面(0.5分)； 2. 有体现落实激励措施的相关记录(0.5分)。	1
(十五)遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。				
2.1.15.1	遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 结合本院实际制定有相应的诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范并及时更新(0.3分)； 2. 各科室定期开展培训并有相关记录(0.3分)； 3. 访谈员工知晓有关内容(0.2分)； 4. 查阅病案体现遵循以上要求开展诊疗工作(0.2分)。	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2. 1. 15. 2	对落实上述诊疗指南、规范、行业标准和临床路径开展定期或不定期的自查和督查。	记录查看 现场检查 员工操作 病历检查 病案检查	1. 将上述诊疗、操作规范、行业标准和纳入院科两级自查和督查范围(0.3分); 2. 科室每季度至少开展一次自查，并对存在问题进行整改(0.3分); 3. 职能部门每季度至少开展一次督查，分析、反馈并检查落实情况(0.4分)。	1
(十六)开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。				
2. 1. 16. 1	诊疗活动中遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权。	文件查阅 记录查看 员工访谈 患者访谈 病历检查 病案检查 现场检查	1. 医院有明确制度保证医院和医务人员在开展医疗服务时履行告知义务，按照相关规定取得患者或/和家属同意认可(0.3分); 2. 告知书能体现让患者或/和家属理解医疗服务的局限性，了解各种诊疗方式的成本、获益和风险，方便患者自主选择(0.2分); 3. 手术、特殊检查、特殊治疗都获得患者或/和家属明确同意的资料(包括但不限于书面同意、录音录像和律师公证等)(0.3分); 4. 职能部门对告知制度的执行情况有定期督导，发现问题能整改，整改有成效(0.2分)。	1
2. 1. 16. 2	尊重患者隐私权，并对患者的隐私保密，有保护患者隐私的设施和管理措施。	记录查看 现场检查 访谈患者 员工访谈	1. 制定有保护患者隐私的相关制度(0.2分); 2. 有保护患者隐私的设施和措施(0.2分); 3. 访谈员工知晓相关内容(0.2分)。	0. 6
2. 1. 16. 3	尊重民族习惯和宗教信仰。	文件查阅 现场检查	1. 制定有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度(0.2分); 2. 有协助和方便宗教信仰差异的患者就医的措施(0.2分)。	0. 4
(十七)建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。				
2. 1. 17. 1	医疗机构建立有全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制制度。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 制度能覆盖全员，体现人人参与(0.5分); 2. 制度涵盖临床诊疗服务全过程(0.5分); 3. 每年至少一次对医疗质量管理控制工作文件进行内部审核，及时更新(0.5分)。	1. 5

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值	
(十八)熟练运用医疗质量管理体系开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。				
2.1.18.1	熟练运用医疗质量管理体系开展医疗质量管理与自我评价。	记录查看 员工访谈 数据核查 现场检查	<p>1. 员工知晓质量管理体系常识(注：如医疗质量管理体系，如全面质量管理(TQC)、质量环(PDCA循环)、品管圈(QCC)、疾病诊断相关组(DRGs)绩效评价、单病种、临床路径等工具)(0.5分)；</p> <p>2. 院、科两级质控人员能应用质量管理体系开展医疗质量管理与自我评价(0.5分)；</p> <p>3. 院、科两级质量分析报告体现质量管理体系的应用(0.5分)。</p>	1.5
2.1.18.2	完善本院医疗质量管理相关指标体系，包括但不限于国家发布的医疗质量控制指标和“国家医疗质量安全改进目标”相关指标。	查阅文件 记录查看 数据核查	<p>1. 医院有适合本机构实际情况的质控指标体系及其监测指标(如医院年度质量控制实施方案，科室目标管理等)(0.5分)；</p> <p>2. 明确相关指标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式(0.5分)；</p> <p>3. 将医疗质量安全改进目标纳入年度医院质控指标体系(0.5分)；</p> <p>4. 对年度质控指标进行动态监控并及时有效调整(0.5分)。</p>	2
2.1.18.3	相关人员应掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。	员工访谈 数据核查	<p>1. 熟悉本院医疗质量基础数据获取方式，能准确调取相关数据，数据可追溯(0.5分)；</p> <p>2. 有指定部门定期汇总，反馈，分析本院医疗质量基础数据(0.5分)。</p>	1
(十九)加强临床专科服务能力建设，重视专科协同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。				
2.1.19.1	制订切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际情况的专科建设发展规划，并组织实施。	文件查阅 记录查看	<p>1. 医院有与区域人口结构和疾病谱相适应的专科建设发展规划，包括：优势专科、培育专科、潜力专科的发展方案、配套支持政策、考核标准、考核办法等(0.3分)；</p> <p>2. 各临床专科落实发展规划，有职能部门对实施效果进行阶段性评估(0.4分)；</p> <p>3. 根据评估效果对发展规划及时调整、优化(0.3分)。</p>	1
2.1.19.2	重视专科协同和中西医共	文件查阅	1. 有“以患者为中心、以疾病为链条”并体现中西医协同发展的多	1

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
同发展，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。	记录查看 员工访谈 病案检查	学科诊疗制度(0.3分)； 2. 病历体现多学科诊疗模式得到落实(0.4分)； 3. 有事实证明专科协同发展能力不断提高(0.3分)。	
(二十)加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。			
2.1.20.1	将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理工作体系。	文件查阅 记录查看	1. 有本院单病种管理制度和指定管理部门(0.1分)； 2. 将单病种质量管理情况纳入院、科两级质控内容(0.2分)； 3. 纳入监管的单病种数量符合国家相关要求(0.2分)。
2.1.20.2	建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，并开展应用。		1. 建立本院的单病种质量管理指标(0.3分)； 2. 有明确的单病种质量参考标准体系，符合国家单病种质量监测平台要求(0.3分)； 3. 抽查的单病种病例符合上述质控要求，达60%以上(0.2分)，达80%以上(0.4分)。
2.1.20.3	按照相关要求，及时、全面、准确上报国家单病种质量管理与控制平台数据。		1. 有专人负责单病种上报审核工作，数据可追溯(0.1分)； 2. 数据上报及时、完整、准确，符合国家要求，达标率60%以上(0.2分)，80%以上(0.3分)，90%以上(0.4分)。
(二十一)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，改善患者就医体验和员工执业感受。			
2.1.21.1	医院指定部门负责患者和员工满意度监测管理，有相关的制度、流程及适宜的评价内容。	文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查	1. 医院有指定部门负责满意度监测归口管理(0.2分)； 2. 有完善的患者及员工满意度监测制度(0.3分)； 3. 监测流程合理，评价内容适宜，能真实反映患者就医体验和员工执业感受，具有可操作性(0.3分)； 4. 按时完成国家满意度监测平台调查，调查问卷量达标(0.2分)。
2.1.21.2	对满意度监测中发现的问题进行分析和改进。		1. 至少每半年一次公布满意度测评结果，并分析评估(0.3分)；

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	题，及时沟通、协商、整改和反馈。	数据核查	2. 监测发现的问题，有沟通协商，有针对性的整改措施(0.5分)； 3. 国家满意度监测平台数据显示，综合满意度持续提升(0.2分)。	
(二十二)建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。				
2.1.22.1	建立本院各科室医疗质量内部现场检查制度并落实。	文件查阅 记录查看	1. 有医院定期对各科室进行医疗质量内部现场检查的制度(0.2分)； 2. 有完善的医疗质量内部现场检查流程，方法和标准(0.2分)； 3. 医院每季度实施医疗质量内部现场检查，并有记录(0.3分)； 4. 有每次内部现场检查报告(0.3分)。	1
2.1.22.2	建立本院医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。	文件查阅 记录查看 员工访谈 数据核查 现场检查	1. 医院有定期内部公示本院医疗质量情况的制度(0.3分)； 2. 有明确的公示范围，包括各科室的医疗质量关键指标完成值。员工知晓内部公示的查阅方式 (0.3分) ； 3. 各相关医疗质量管理部门每季度对工作质量与安全情况进行分析汇总并形成《质量简报》向全院公示，公示内容完整(0.4分)。	1
(二十三)强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。				
2.1.23.1	基于电子病历的医院信息平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求，功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求，技术符合《医院信息化建设应用技术指引(2017版)》的要求。	文件查阅 记录查看 现场检查 病历检查	1. 医院有明确的基于电子病历的医疗质量管理信息平台建设方案，并成为医院各管理层面的共识(0.2分)； 2. 有明确的建设步骤、进度时限和具体的落实措施(0.3分)； 3. 电子病历应用功能水平分级达到4级 (0.3分)，达到5级及以上(0.5分)。	1
2.1.23.2	医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所	数据核查 现场检查	1. 医院有基于信息平台的常规基础质控数据库(0.4分)；	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	需的数据信息，数据符合《全国医院数据上报管理方案》《全国医院上报数据统计分析指标集》要求。		2. 数据库除一般常规数据外，还应包括下列有关数据：合理用药/围手术期管理/单病种质控数据/各重点专业质控指标数据/医院获得性指标数据/医院感染管理/医疗技术管理/医保管理等医疗质量与安全管理系统(0.6分)。	
(二十四)对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。				
2.1.24.1	对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。	记录查看 现场检查	1. 有医疗质量管理执行情况定期评估制度(0.1分)； 2. 评估报告客观，完整，有数据支撑，有分析及改进建议(0.3分)； 3. 有事实说明医疗质量评估报告为医院决策提供依据(0.1分)。	0.5
2.1.24.2	对医疗质量信息数据开展内部验证，并及时分析和反馈。		1. 医院有明确有效的医疗质量信息数据内部验证机制(0.3分)； 2. 内部验证结果有分析和反馈(0.2分)； 3. 核查证实医疗质量信息数据真实、可信、有效、可用(0.5分)。	
2.1.24.3	对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。		1. 有制度保证对发现的医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预(0.1分)； 2. 对存在的问题及时采取有效干预措施，并评估效果(0.2分)； 3. 有资料显示，因采取干预措施后成效明显，医院确定新的管理标准或制度(0.2分)。	0.5

二、医疗质量安全核心制度(46分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(二十五)医院应当落实《医疗管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。				
2.2.25.1	落实《医疗管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院	文件查阅 记录查看	1. 制定本院医疗核心制度和相关配套制度，符合《医疗管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求(0.2分)； 2. 根据制度落实情况适时修订更新(0.3分)。	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	医疗质量安全核心制度。			
2.2.25.2	开展针对医疗质量安全核心制度的全员培训。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 定期开展医疗质量安全核心制度全员培训(0.2分); 2. 有考核记录(0.2分); 3. 访谈员工知晓医疗质量安全核心制度相关内容(0.2分)。	0.6
2.2.25.3	有针对性新员工的专项培训，确保新员工尽快知晓其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有针对性新员工的医疗核心制度专项培训，并考核(0.2分); 2. 访谈新员工知晓其岗位职责相关的医疗质量安全核心制度内容(0.2分)。	0.4
(二十六)建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。				
2.2.26.1	明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，确保患者的所有诊疗过程都有人负责。	文件查阅 记录查看	1. 首诊负责制明确规定首位接诊医师(首诊医师)在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前全面负责该患者诊疗的诊疗管理职责(0.2分); 2. 明确患者所有诊疗过程的负责人，落实到个人，并延伸到科室(0.2分)。	0.4
2.2.26.2	各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性。	文件查阅 现场检查 病历检查	1. 对各项目诊疗过程有明确的转接流程(0.3分); 2. 需转院诊治的患者应有明确的告知和转院流程(0.2分); 3. 能确保患者诊疗服务连续性(0.5分)。	1
2.2.26.3	医疗行为有记录，可追溯。	病历检查 病案检查	1. 能体现上述所有医疗行为都有相应的记录和明确的责任人(0.4分); 2. 记录可追溯(0.2分)。	0.6
(二十七)建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。				
2.2.27.1	实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师包括	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 三级查房制度能明确体现科主任领导下的三个不同级别的医师开展查房；如实行主诊医师负责制的须明确规定医疗团队的负责人(含主诊医师、医疗组长和带组的主任医师等)，一中间级别—	0.6

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。	现场检查 病历检查 病案检查	最低级别的三个级别医师查房要求(0.2分); 2. 访谈员工及抽查病历体现满足以上要求(0.4分)。	
2.2.27.2	严格明确查房周期。工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。	文件查阅 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 三级查房制度明确规定查房周期符合《医疗质量安全核心制度要点》要求(0.2分); 2. 访谈员工与病历抽查能体现符合上述查房周期规定(0.5分)。	0.7
2.2.27.3	明确各级医师的医疗决策和实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整。	文件查阅 记录查看 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 三级查房制度明确各级别医师的医疗决策和实施权限(0.2分); 2. 有科室员工相关权限的授权目录(0.1分); 3. 访谈与抽查的病历体现符合上述要求(0.3分); 4. 员工相关权限的授权目录有定期调整(0.2分)。	0.8
(二十八)建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。				
2.2.28.1	明确各类会诊的具体流程和时间要求，急会诊必须在10分钟之内到位，普通会诊应当在会诊发出后24小时内完成。	文件查阅 现场检查 病历检查 病案检查	1. 会诊制度有明确分类的流程、时限要求，符合《医疗质量安全核心制度要点》要求(0.2分); 2. 现场访视和病历抽查结果满足上述要求(0.3分)。	0.5
2.2.28.2	会诊请求人员应当陪同完成会诊。	文件查阅 员工访谈 患者访谈	1. 制度明确规定会诊请求人员应当陪同完成会诊(0.2分); 2. 访谈和现场检查结果符合上述要求(0.2分)。	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
		现场检查		
2.2.28.3	医院统一会诊单格式及填写规范，员工知晓。	记录查看 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 医院有统一的会诊单格式及填写规范(0.1分)； 2. 访谈员工100%知晓(0.2分)； 3. 抽查中无非统一格式会诊单(0.1分)。	0.4
2.2.28.4	会诊情况和处置按规定进行记录，有定期的自查与督查。		1. 会诊情况和处置按规定在病程中记录(0.1)； 2. 科室定期自查、分析、总结、整改；自查记录有整改措施(0.2分)； 3. 职能部门定期督查、分析、反馈，落实整改(0.2分)； 4. 有资料证明会诊制度落实情况明显改进，现场检查中无不符合制度要求情况(0.2分)。	
(二十九)建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。				
2.2.29.1	按照国家分级护理管理相关指导原则，制定医院分级护理制度，有针对性各级别护理的工作规范。	文件查阅 数据核查 员工访谈	1. 查阅分级护理制度(结合医院与专科实际制定)(0.3分)； 2. 分级护理服务标准及服务规范，护理级别标识统一(0.3分)； 3. 护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进(0.5分)； 4. 员工访谈(0.1分)。	1.2
2.2.29.2	根据患者病情与生活自理能力变化的情况，合理动态调整患者护理级别。		根据患者病情与自理能力确定并合理动态调整护理级别(0.4分)。	
2.2.29.3	护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。		查看病历、患者一览表及床头卡，护理级别标识一致(0.4分)。	

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(三十)建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。			
2.2.30.1 有全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并纳入职责汇编，员工知晓。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 建立完善的全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门(0.1分)；	0.3
		2. 各值班岗位有明确的职责，并纳入医院职责汇编(0.1分)；	
		3. 员工对本岗位值班职责与要求知晓率达90%(0.1分)。	
2.2.30.2 值班人数应满足岗位职责需要，并保证常态运行。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有值班人员资质，人数要求，满足常态运行需要(0.1分)；	0.2
		2. 未发现值班人员与制度不符情况(0.1分)。	
2.2.30.3 实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有明确的医院总值班制度，符合国家相关要求(0.1分)；	0.3
		2. 总值班人员100%知晓总值班制度、职责、权限(0.1分)；	
		3. 总值班人员熟悉医院应急预案，能妥善处置突发事件(0.1分)。	
2.2.30.4 医院及科室值班表应当定期提前全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。	记录查看 现场检查	1. 医院及科室值班表定期并提前在全院公开(0.1分)；	0.3
		2. 与患者诊疗相关的所有岗位时段，都有相应值班人员(0.2分)。	
2.2.30.5 值班人员资质和值班记录应当符合规定，非本机构执业医务人员不得单独值班。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有各岗位值班记录的规范要求和标准模板(0.1分)；	0.3
		2. 值班人员资质符合规定，不得安排非本机构执业医务人员单独值班(0.1分)；	
		3. 值班记录符合规定(0.1分)。	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.2.30.6	值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历，有定期的自查与督查。	记录查看 现场检查 病历检查 病案检查	1. 值班期间值班人员应当及时、准确、完整地将诊疗活动记入病历(0.1分)； 2. 有科室定期自查记录，发现问题有整改(0.1分)； 3. 有职能部门定期督查记录，有反馈建议(0.1分)。	0.3
(三十一)交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。				
2.2.31.1	交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。	文件查阅 记录查看	1. 交接班内容有专册记录，采用电子交接班记录的，应提供电子版(0.5分)； 2. 交接班记录有交班人员和接班人员共同签字确认(0.5分)。	1
2.2.31.2	四级手术的患者手术当日和急危重患者必须床旁交班，并在交接班记录中予以体现。	文件查阅 记录查看	1. 四级手术的患者手术当日和急危重患者必须床旁交班(0.3)； 2. 床旁交班有记录(0.5分)。	0.8
(三十二)建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。				
2.2.32.1	医院和科室应当确定疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。	文件查阅 记录查看 访谈员工 病历检查 病案检查	1. 医院的疑难病例讨论制度符合《医疗质量安全核心制度要点》要求，有明确的疑难病例范围界定(0.1分)； 2. 医院各科室制定有本科室疑难病例范围(0.1分)； 3. 访谈员工知晓本科室的疑难病例范围(0.2分)。	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.2.32.2	明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有2人具有主治及以上专业技术职称任职资格。	文件查阅 记录查看 病历检查 病案检查	1. 医院制定的疑难病例讨论制度，对参加讨论的人员范围、组成和流程有明确规定，符合《医疗质量安全核心制度要点》要求(0.1分)； 2. 讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有1人具有副高及以上专业技术职称任职资格或至少有2人具有主治及以上专业技术职称任职资格(0.3分)。	0.4
2.2.32.3	疑难病例讨论内容专册记录，主持人需审核并签字。	记录查看	1. 疑难病例讨论有专册记录(0.1分)； 2. 主持人对讨论内容审核并签字(0.3分)。	0.4
2.2.32.4	疑难病例讨论结论记入病历，定期自查与督查。	记录查看 病历检查 病案检查	1. 疑难病例讨论结论记入病历，符合规范要求(0.2分)； 2. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.3分)； 3. 职能部门有督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.3分)。	0.8
(三十三)建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。				
2.2.33.1	医院和科室应当确定急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。	文件查阅 员工访谈	1. 医院的急危重患者抢救制度符合《医疗质量安全核心制度要点》要求，有明确的急危重患者范围界定(0.2分)； 2. 访谈员工知晓本科室的急危重患者范围(0.1分)。	0.3
2.2.33.2	建立抢救资源配置机制。抢救资源包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位。	文件查阅 员工访谈 现场检查 员工操作	1. 医院制定明确的抢救资源配置机制，包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位(0.1分)； 2. 访谈员工知晓本科室抢救资源相关内容(0.2分)。	0.3
2.2.33.3	建立抢救资源紧急调配机	文件查阅	1. 医院建立完善的抢救资源紧急调配机制，可以包括人员调配、	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则		分值
	制。紧急调配机制可以包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。	记录查看 员工访谈 现场检查 员工操作	抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制(0.2分); 2. 相关岗位人员熟悉上述紧急调配机制, 知晓本岗位紧急调配权限和职责(0.2分)。		
2.2.33.4	医院建立急危重患者相关绿色通道, 明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 医院建立完善的急危重患者绿色通道相关机制(0.1分); 2. 建立重点病种的急诊服务流程(0.2分); 3. 访谈员工知晓进入绿色通道条件及流程(0.2分)。		0.5
2.2.33.5	抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历, 有定期自查与督查。	记录查看 病历检查 病案检查	1. 抢救完成后6小时内完成抢救记录(0.1分); 2. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.2分); 3. 职能部门有督导检查、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况(0.2分)。		0.5
(三十四)建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。					
2.2.34.1	明确不同术前讨论形式的参加人员范围, 包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。	文件查阅 病历检查 病案检查	1. 医院制定的术前讨论制度明确规定不同手术术前讨论形式的参加人员范围和流程(0.1分); 2. 查阅手术病历符合上述要求(0.3分)。		0.4
2.2.34.2	明确术前讨论的流程, 术前讨论完成后方可开具手术医嘱, 签署手术知情同意书。	文件查阅 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 医院有明确的术前讨论流程(0.1分); 2. 医师知晓术前讨论流程(0.1分); 3. 查阅手术病历符合上述要求(0.2分)。		0.4
2.2.34.3	科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。	文件查阅 员工访谈 病历检查	1. 科室确定本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定(0.2分); 2. 医师知晓本科室术前讨论范围(0.3分);		0.5
2.2.34.4	术前讨论的结论记入病历,	记录查看	1. 术前讨论结论记入病历(0.2分);		0.7

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	有定期自查与督查。	病历检查 病案检查	2. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.2分); 3. 职能部门有督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.3分)。	
(三十五)建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。				
2.2.35.1	医院监测全院死亡病例发生情况并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。	文件查阅 数据核查 病历检查 病案检查	1. 医院建立有死亡病例讨论制度(0.3分); 2. 医院对全院死亡病例进行监测(0.3分); 3. 对死亡病例及时进行汇总分析，提出持续改进意见(0.3分)。	0.9
2.2.35.2	死亡病例讨论在全科范围内完成，由科主任主持讨论。	记录查看	1. 死亡病例讨论在全科范围内完成(0.2分); 2. 死亡病例讨论由科主任主持(0.2分)。	0.4
2.2.35.3	死亡病例讨论在患者死亡一周内完成，尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。	记录查看 病历检查 病案检查	1. 死亡病例讨论在患者死亡一周内完成(0.2分); 2. 尸检病例在尸检报告出具后1周内再次讨论(0.2分)。	0.4
2.2.35.4	死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专册记录。	记录查看 病历检查 病案检查	1. 死亡病例讨论结果按规范记入病历(0.2分); 2. 死亡病例讨论有专册记录(0.2分)。	0.4
(三十六)建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。				
2.2.36.1	医院建立患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对。	文件查阅 现场检查 员工操作	1. 医院建立规范的患者身份识别制度，患者的身份查对有不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对(0.2分); 2. 对实施“手腕带”识别患者身份有规范要求(0.2分); 3. 现场查看医务人员查对与制度要求一致(0.1分)。	0.5
2.2.36.2	有临床诊疗行为的查对制	文件查阅	1. 医院有明确的临床诊疗行为查对制度(0.2分);	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节。	现场检查 员工操作	2. 内容包括但不限于开具和执行医嘱、给药、操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节(0.2分)； 3. 现场查看医务人员查对与制度要求一致(0.1分)。	
2.2.36.3	建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。	文件查阅 现场检查 员工操作	1. 医院有明确的医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度(0.2分)； 2. 现场查看医务人员查对与制度要求一致(0.3分)。	0.5
2.2.36.4	药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。	文件查阅 现场检查 员工操作	1. 医院有明确的药品、标本等查对制度(0.2分)； 2. 现场查看医务人员查对与制度要求一致(0.3分)。	0.5
(三十七)建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。				
2.2.37.1	建立手术安全核查制度和标准化流程，手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。	文件查阅 员工访谈 现场检查 员工操作 病历检查 病案检查	1. 有手术安全核查制度和标准化流程(0.2分)； 2. 被访谈人员对手术安全核查制度及核查流程知晓率达100%(0.2分)； 3. 现场查看手术医师、麻醉医师、手术护士等人员手术安全核查操作熟练，符合制度要求(0.3分)； 4. 有职能部门的每季度督查、反馈及分析(0.3分)。	1
2.2.37.2	建立产房分娩核查制度和标准化流程。	文件查阅 员工访谈 现场检查 员工操作	1. 医院建立有产房分娩核查制度及标准化流程(0.1分)； 2. 访谈员工知晓产房分娩核查制度，知晓率达100%(0.2分)； 3. 抽查产房医、护、助产士等人员能熟练执行分娩核查操作，流程符合制度要求(0.2分)。	0.5
2.2.37.3	手术安全核查表和产房分娩安全核查表纳入病历。	文件查阅 病历检查 病案检查	1. 手术安全核查表和产房分娩安全核查表有统一内容和模板(0.2分)； 2. 手术安全核查表及产房分娩安全核查表纳入病历(0.3分)。	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(三十八)建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。				
2.2.38.1	建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。	文件查阅	1. 制定医院手术分级管理工作制度(0.2分); 2. 根据手术风险和难易程度，建立医院手术分级管理目录(0.2分)。	0.4
2.2.38.2	制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。	文件查阅	1. 根据医师技术和资质，制定手术授权管理制度(0.2分); 2. 按照手术名称进行各专科手术医师授权(0.2分)。	0.4
2.2.38.3	手术分级授权管理制度必须落实到本机构每一位医师，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。	文件查阅 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 对照医师花名册中每一名医师都有手术医师手术授权，与其实力相符(0.2分); 2. 医师知晓本人获授权的手术级别及手术名称(0.2分); 3. 抽查的病历体现手术名称与手术医师授权相符(0.2分)。	0.6
2.2.38.4	建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等。	文件查阅 记录查看 数据核查	1. 建立手术医师技术档案，内容至少包括：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果(0.4分); 2. 核查手术医师技术档案内容数据，与实际相符(0.3分)。	0.7
2.2.38.5	定期对手术医师的手术能力进行再评估，动态调整医师手术权限。	文件查阅 记录查看 现场查看	1. 有定期对手术医师能力评估与再授权规定，评估内容、频度符合国家要求(0.4分); 2. 能根据评估结果动态调整医师手术授权(0.3分); 3. 医师手术授权院内公开，可实时查询(0.2分)。	0.9
(三十九)建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.2.39.1	建立本院医疗技术临床应用目录，涵盖所有常规开展的临床诊疗项目并定期更新。	文件查阅 记录查看	1. 有医院医疗技术临床应用目录，涵盖本院常规开展的所有医疗活动，并至少每年更新一次(0.3分)；	0.6
			2. 有各科室医疗技术临床应用目录，涵盖本科室常规开展的所有医疗活动，与医院目录相符，并至少每年更新一次(0.3分)。	
2.2.39.2	建立符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程并落实。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有明确的新技术和新项目定义、审批流程，并符合相关法律法规要求(0.2分)；	0.7
			2. 查阅新技术新项目审批材料是否符合规定的流程(0.5分)。	
2.2.39.3	所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有制度约束，所有新技术和新项目必须通过本款规定的两个委员会审核同意后，方可开展临床应用(0.2分)；	0.5
			2. 查阅新技术新项目审批材料是否经过上述委员会审核同意(0.3分)。	
(四十)明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。				
2.2.40.1	明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权。	查阅文件 查看记录	1. 医院有明确规定，开展新技术和新项目临床应用的专业人员具备相应的资质及能力，并有授权(0.1分)；	0.4
			2. 抽查3-5份新技术新项目材料是否符合上述规定(0.3分)。	
2.2.40.2	对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。	查阅文件 查看记录	1. 医院有制度规定，新技术新项目开展前必须对可能存在的安全隐患和技术风险进行论证，并制定相应的预案(0.2分)；	0.5
			2. 抽查3-5份新技术新项目材料是否符合上述规定(0.3分)。	
2.2.40.3	建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。	查阅文件 查看记录	1. 医院建立新技术新项目临床应用动态评估制度(0.3分)；	1
			2. 科室对开展的新技术和新项目的全过程进行动态评估(0.5分)；	
(四十一)建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.2.41.1	制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单，包括疾病危急值清单并定期调整。	文件查阅 员工访谈	1. 医院有明确的危急值清单，包括可能危及患者生命的各项检查、检验结果和疾病等(0.2分)； 2. 危急值清单有定期调整(0.1分)； 3. 医务人员知晓本专业相关的危急值清单，知晓率达80% (0.05分)，达100%(0.1分)。	0.4
2.2.41.2	建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈	1. 医院建立适合住院和门急诊患者的危急值报告流程；有外送的检验标本或检查项目存在危急值项目时，与协作机构有协议约束其履行危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值，过程可追溯(0.3分)； 2. 有符合规范要求的统一危急值记录内容和模板(0.1分)； 3. 员工知晓管理流程和记录规范(0.1分)。	0.5
2.2.41.3	确保危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定的危急值处理流程中，必须明确危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟(0.2分)； 2. 员工熟悉上述流程及记录要求(0.2分)。	0.4
2.2.41.4	临床危急值信息专册(纸质或者电子)登记，患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等关键要素可追溯。	文件查阅 记录查看	1. 医院有规范的临床危急值专册登记模板，项目至少包括患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等内容(0.1分)； 2. 落实专册登记并可追溯(0.2分)； 3. 有职能部门对危急值管理落实情况进行监管，发现问题及时改进(0.1分)。	0.4
(四十二)建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。				
2.2.42.1	建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，建立病历质量检查、评估与反馈机制。	文件查阅 记录查看 病历检查 病案检查	1. 有本院病历书写及管理制度，包括门急诊及住院，病历的书写、管理、质控，符合国家相关法律法规和标准要求(0.2分)； 2. 定期对各类医务人员进行病历管理相关培训(0.2分)； 3. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落(0.3分)； 4. 职能部门有督检、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.3分)。	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.2.42.2	病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限。	文件查阅 病历检查 病案检查	1. 医院对病历书写的格式、内容、时限等有明确的规定，符合《病历书写规范》标准要求(0.2分)； 2. 查阅病历书写符合上述标准要求，内容记录与修改信息可追溯(0.3分)。	0.5
2.2.42.3	建立病案管理体系，落实分类编码的相关规定。	文件查阅 员工访谈 病案检查	1. 医院建立有病案管理体系(0.3分)； 2. 病案首页信息填写及分类编码符合国家相关规定(0.3分)； 3. 访谈病案管理人员知晓相关规定(0.2分)。	0.8
2.2.42.4	有保护病历与病案及信息安全的相关制度。	文件查阅 员工访谈	1. 医院有保护病历与病案信息资料安全的制度(0.2分)； 2. 医护人员知晓保护病历与病案及信息安全的相关内容(0.2分)。	0.4
(四十三)实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。				
2.2.43.1	实施电子病历的医院，建立电子病历的建立、记录、修改、使用等管理制度。	现场检查 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 医院对电子病历的建立、记录、修改、使用、有明确的制度要求(0.2分)； 2. 员工知晓相关规定(0.2分)； 3. 查阅电子病历符合上述制度要求(0.3分)。	0.7
2.2.43.2	实施电子病历的医院，建立电子病历的存储、传输等管理制度。	文件查阅 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 医院制定电子病历的存储和传输流程等管理制度(0.2分)； 2. 员工知晓相关规定(0.2分)； 3. 查阅电子病历的存储和传输流程符合上述制度要求(0.2分)。	0.6
2.2.43.3	实施电子病历的医院，建立电子病历的质控、安全等级保护等管理制度。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 医院有电子病历的质控和安全等级保护管理制度(0.2分)； 2. 落实电子病历质控管理，有检查、分析、反馈、整改记录(0.2分)； 3. 安全等保达到2级(0.1分)，达到3级(0.2分)，达到4级及以上(0.3分)。	0.7
(四十四)建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.2.44.1	建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有医院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程，符合国家《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定(0.2分)； 2. 访谈员工知晓上述制度(0.1分)； 3. 查阅相关资料，有检查、分析、评价、反馈、整改记录(0.2分)。	0.5
			1. 建立医院抗菌药物临床应用的管理制度，符合国家抗菌药物临床合理应用原则(0.1分)； 2. 访谈员工知晓医院抗菌药物临床应用的管理制度和具体操作流程(0.1分)； 3. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.2分)； 4. 职能部门定期督检、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.2分)。	
			1. 建立医院抗菌药物分级管理制度(0.1分)； 2. 有明确的抗菌药物的分级目录，分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级，符合国家相关分级规范(0.1分)； 3. 访谈员工知晓上述分级管理制度及分级目录规定(0.2分)。	
2.2.44.3	确定抗菌药物分级管理目录，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 明确有医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并至少每年调整一次(0.2分)； 2. 医师熟知本人抗菌药物处方权限及会诊权限(0.1分)； 3. 所有特殊使用级抗菌药物的应用都有相应会诊记录，且符合规范要求(0.1分)。	0.4
			1. 明确有医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并至少每年调整一次(0.2分)； 2. 医师熟知本人抗菌药物处方权限及会诊权限(0.1分)； 3. 所有特殊使用级抗菌药物的应用都有相应会诊记录，且符合规范要求(0.1分)。	
			(四十五)建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医院临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。	
2.2.45.1	建立临床用血管理委员会	文件查阅	1. 建立由相关部门组成的临床用血管理委员会(0.2分)；	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	或工作组，成员由医务部门、输血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部门、手术室等部门负责人组成，有职责、工作计划、工作记录。	记录查看	2. 有明确的委员会职责及其下设办公室的职责，有每年度工作计划并落实(0.1分)； 3. 委员会工作记录完整，会议纪要需上传下达，会议决议有追踪执行(0.2分)。	
2.2.45.2	制定临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。	文件查阅 记录查看 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 制定有临床合理用血管理制度，包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应证判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节(0.3分)； 2. 健全临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程(0.1分)； 3. 员工知晓用血审核制度，知晓率90%以上(0.1分)； 4. 查阅输血病历符合上述制度要求(0.3分)。	0.8
2.2.45.3	建立保障急救用血治疗的机制。	文件查阅 记录查看	1. 建立有急救用血管理制度及流程(0.2分)； 2. 有职能部门定期监管与评估(0.5分)。	0.7
(四十六)建立信息安全管理。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。				
2.2.46.1	明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。	文件查阅 记录查看	1. 医院信息管理制度中，明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人(0.1分)； 2. 医院主要负责人履行信息安全管理第一责任人职责(0.2分)。	0.3
2.2.46.2	建立全面的信息安全管理制度，从组织结构、责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等建立制度体系。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 医院有全面的信息安全管理制度，有信息安全管理组织架构、明确责任分工、确定安全管理范围、信息访问权限，有信息系统应急处置方法等(0.3分)； 2. 访谈员工知晓本人相关的信息安全职责与权限(0.3分)。	0.6

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.2.46.3	建立完整的信息安全技术体系，从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理。	文件查阅 记录查看	1. 信息安全技术体系完整，能够从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理(0.3分)；	0.6
			2. 有定期对上述体系运行状况的评估与改进(0.3分)。	
2.2.46.4	建立应急响应机制，定期评估信息安全风险，定期开展信息安全应急演练。	文件查阅 记录查看	1. 建立有应急响应机制的应急预案(0.1分)；	0.5
			2. 至少每年一次评估信息安全风险(0.1分)；	
			3. 至少每年一次开展应急演练(0.2分)；	
			4. 能根据风险评估结果和应急演练情况，及时更新预案(0.1分)。	
(四十七)确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。				
2.2.47.1	确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。	文件查阅 记录查看	1. 制定有患者诊疗信息保护制度，确保实现本院患者诊疗信息管理过程全流程的安全性等(0.2分)；	0.7
			2. 有职能部门督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.5分)；	
2.2.47.2	对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 建立员工授权管理制度，明晰权责(0.2分)；	0.5
			2. 员工知晓本人权限并严格执行(0.1分)；	
			3. 有职能部门检查、分析、反馈、整改(0.2分)；	
			4. 发现有出售或违规擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息的，本款不得分。	
2.2.47.3	为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。	文件查阅 记录查看	1. 依法利用信息系统为员工使用患者诊疗信息提供便利(0.2分)；	0.6
			2. 有防止不当使用的措施(0.2分)；	
			3. 职能部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.2分)。	

三、医疗技术临床应用管理(29分)

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(四十八)医院开展医疗服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。			
2.3.48.1 医院开展医疗服务应当与其技术能力相适应，包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。	文件查阅 现场检查	1. 医院有根据服务能力和诊疗科目许可制定本院的医疗技术目录(0.1分)； 2. 现场复核人员资质符合医院开展的各类医疗技术要求(0.1分)； 3. 现场复核药品、设备设施符合医院开展的各类医疗技术要求(0.2分)； 4. 现场复核场地符合医院开展的各类医疗技术要求(0.1分)。	0.5
2.3.48.2 医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济原则，并在实际工作中予以体现。	文件查阅 记录查看	1. 医院制定有医疗技术临床应用管理制度(0.2分)； 2. 定期检查医疗技术临床应用管理各项制度落实情况(0.2分)； 3. 有检查评价、分析、反馈、并督导整改措施的落实(0.6分)。	1
2.3.48.3 医院开展医疗服务符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则。	记录查看	1. 涉及伦理的医疗技术(重点是器官移植、产前诊断、生殖等)开展前均有伦理审核(0.3分)； 2. 涉及伦理问题的病历有伦理讨论情况记载(0.2分)。	0.5
(四十九)医院在质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。			
2.3.49.1 在质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员组成。	文件查阅	1. 医疗质量管理委员会下设医疗技术临床应用管理委员会(0.2分)； 2. 医疗技术临床应用管理委员会人员组成和职责符合要求(0.2分)； 3. 委员会根据医院人事变动、政策变化等进行相应调整、更新(0.1分)。	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.3.49.2	医疗技术临床应用管理专门组织履行医疗技术临床应用管理职责，有工作计划、工作记录，可追溯。	文件查阅 记录查看	1. 有明确的委员会工作制度(0.2分)； 2. 有各年度工作计划并实施(0.2分)； 3. 委员会至少每季度开展一轮质量督查，工作记录完整、真实(0.2分)； 4. 有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实(0.2分)； 5. 周期内整改有成效或形成新的制度、规范、流程、举措等(0.2分)。	1
(五十)医院开展医疗技术临床应用应当符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守临床应用管理规范。				
2.3.50.1	医院开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。	文件查阅	医院开展的每项医疗技术均有对应的诊疗科目，特别是限制类技术(0.2分)。	0.2
2.3.50.2	开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。	文件查阅	1. 查阅医疗技术人员档案，开展相关医疗技术人员符合资质要求(0.2分)； 2. 开展相关医疗技术人员有动态院内授权记录(0.2分)。	0.4
2.3.50.3	开展相关医疗技术的设备、设施功能完好、符合要求。	现场查看	1. 医院开展的每项医疗技术所需设备、设施符合要求(0.2分)； 2. 医院开展的每项医疗技术所需设备、设施功能完好(0.2分)。	0.4
2.3.50.4	建立医疗技术临床应用质量控制体系，有医疗技术实施路径或操作规范，有医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈，持续改进。	文件查阅 记录查看	1. 医院开展的医疗技术均应有诊疗规范和操作流程，并根据国家相关规范及时更新(0.1分)； 2. 医院制定有医疗技术临床应用质量管理的指标(0.1分)； 3. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.2分)； 4. 职能部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.2分)； 5. 有事实或数据体现持续改进(0.2分)。	0.8
2.3.50.5	遵守相关技术临床应用管理规范。	员工访谈 数据核查	1. 员工知晓医疗技术临床应用管理规范(0.1分)； 2. 无医疗技术临床应用管理的不良事件、医疗事故(0.1分)。	0.2
(五十一)医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.3.51.1	医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对医院、开展人员、技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求。	文件查阅 员工访谈	1. 有限制类医疗技术管理规定(0.2分)；	1
			2. 每项限制类技术有自我评估资料且内容齐全(0.6分)；	
			3. 员工知晓限制类医疗技术管理规定(0.2分)。	
2.3.51.2	自我评估结果报医疗技术临床应用管理专门组织审核。	文件查阅	每项限制类医疗技术有医疗技术临床应用管理组织审核记录，审核程序和手续符合《医疗技术临床应用管理办法》要求(0.5分)。	0.5
2.3.51.3	开展首例临床应用后15个工作日内向卫生健康行政部门完成备案程序。	记录查看	新开展的限制类技术开展首例后在规定时限内完成备案(0.5分)。	0.5
(五十二)未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。				
2.3.52.1	未经伦理委员会审查通过的医疗技术，不得应用于临床。	文件查阅 记录查看	1. 查阅伦理委员会审批的医疗技术目录与医院实际开展的技术相符(0.5分)。	0.5
(五十三)制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。				
2.3.53.1	制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。	文件查阅	1. 有医疗技术临床应用管理目录(0.3分)；	1
			2. 目录覆盖所有医疗技术(0.3分)；	
			3. 管理目录体现动态更新(0.4分)。	
2.3.53.2	对医疗技术临床应用管理目录内的手术进行分级管理，有手术分级目录，并根据手术开展情况定期调整。	文件查阅 病历检查 病案检查	1. 医院有手术分级管理制度(0.2分)；	1
			2. 医院制定有适合本院的手术分级管理目录(0.2分)；	
			3. 手术分级管理目录定期(至少每年)调整(0.2分)；	
			4. 病历病案检查手术开展情况与定期调整目录相符(0.4分)。	
(五十四)建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全、培训情况予以或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.3.54.1	建立医师手术授权制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。	文件查阅 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 有手术医师资质与授权管理相关制度，其中体现紧急状态下的越级手术审核相关规定(0.2分)；	0.8
			2. 实行医师手术授权管理，授权有明确的手术级别和具体手术项目名称(0.2分)；	
			3. 医师知晓手术授权管理制度(0.2分)；	
			4. 查阅病历，无违规越级手术(0.2分)。	
2.3.54.2	建立动态管理制，明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。	文件查阅 记录查看	1. 有动态管理手术授权制度，体现取消和增加授权情形(0.2分)；	0.6
			2. 抽查医师的授权档案完整，内容包括但不限于医师的专业能力、临床工作开展情况、手术质量与安全指标、专业技能培训等(0.2分)；	
			3. 每两年完成再授权一次(0.2分)。	
2.3.54.3	建立医师手术质量监测机制，供定期调整授权时参考、决策。	文件查阅 记录查看	1. 在手术授权制度中建立有手术质量评价监测相关规定(0.2分)；	0.5
			2. 职能部门落实评价监测，有手术质量定期评价分析记录(0.2分)；	
			3. 查阅授权相关资料，有体现运用评价结果进行动态授权管理(0.1分)。	
(五十五)医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。				
2.3.55.1	建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于：准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。	文件查阅 记录查看	1. 建立每位医务人员医疗技术临床应用管理档案(0.3分)；	0.8
			2. 档案内容符合要求(0.3分)；	
			3. 档案管理每年动态更新(0.2分)。	
2.3.55.2	医疗技术临床应用管理档案纳入个人专业技术档案管理。	文件查阅	个人专业技术档案包含医疗技术临床应用管理档案(0.5分)。	0.5

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(五十六)建立医疗技术临床应用论证制度，对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展医疗技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。			
2.3.56.1 建立医疗技术临床应用论证制度。	文件查阅 员工访谈 记录查看	1. 建立有医疗技术临床应用论证制度或在医疗技术临床应用管理制度中有体现(0.2分); 2. 医疗技术临床应用论证内容齐全，包括但不限于准入、申报、审批、反馈、退出等流程，针对可能存在的风险制定处置预案等(0.2分); 3. 医务人员知晓论证制度(0.2分)。	0.6
2.3.56.2 对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证。		提供医疗技术管理委员会对本院首次应用的医疗技术能力和安全保障能力进行论证的相关资料(0.5分)。	
2.3.56.3 本院首次应用的医疗技术通过伦理审查。		提供医疗伦理委员会对本院首次应用的医疗技术伦理相关问题进行审查通过的相关资料(0.5分)。	0.5
(五十七)建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。			
2.3.57.1 建立医疗技术临床应用评估制度。	文件查阅	有医疗技术临床应用评估制度或在医疗技术临床应用管理制度中有体现(0.2分)。	0.2
2.3.57.2 对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估(适应症和禁忌症、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故)、环境评估和设备设施评估等。	记录查看 现场检查 病历检查 病案检查	1. 限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，内容包括患者、环境、设备设施等方面(0.4分); 2. 查阅相关限制类技术评估记录符合规范要求(0.3分)。	0.7

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.3.57.3	遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，评估指标量化。	文件查阅 员工访谈 记录查看	1. 有医疗技术临床应用评估量化指标(0.3分)； 2. 访谈员工知晓医疗技术临床应用评估内容及量化指标(0.2分)； 3. 职能部门履行监管职责，通过量化指标进行监管，有记录(0.3分)。	0.8
2.3.57.4	根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限、医疗技术临床应用管理要求。	文件查阅	1. 职能部门将评估结果运用在医疗技术临床应用管理目录调整上(0.3分)； 2. 职能部门将评估结果运用在医师医疗技术授权上(0.4分)。	0.7
(五十八)建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。				
2.3.58.1	建立医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。	文件查阅	1. 建立有医疗技术临床应用质量控制制度(0.2分)； 2. 制度覆盖医疗技术临床应用全过程(0.2分)。	0.4
2.3.58.2	以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，需符合国家和省级管理要求。	文件查阅	1. 限制类技术有医疗质量控制指标(0.2分)； 2. 质量控制指标符合国家和自治区要求(0.2分)。	0.4
2.3.58.3	各科室根据开展的医疗技术，制定本科室医疗技术临床应用质控指标，关注日常开展的医疗技术。	文件查阅 记录查看	1. 各科室制定年度医疗技术临床应用质控指标(0.1分)； 2. 科室每季度自查、总结分析、整改措施并落实(0.2分)； 3. 职能部门定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.2分)； 4. 科室有数据或事实体现持续改进(0.1分)。	0.6
2.3.58.4	加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。	现场检查 记录查看	1. 信息系统支持医疗技术质量控制指标数据收集与分析，且数据准确(0.2分)；	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
		数据核查	2. 能职能部门对指标数据有监管、分析记录(0.2分)； 3. 有数据或事实体现持续改进(0.1分)。	
(五十九)建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。				
2.3.59.1	建立医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习。	文件查阅 记录查看	1. 有医疗技术临床应用规范化培训制度(0.2分)； 2. 有培训大纲、培训计划、考核标准(0.2分)； 3. 培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习(0.2分)； 4. 落实医疗技术考核，有记录(0.4分)。	1
2.3.59.2	重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养，进行管理学理论及方法的培训，强化自我管理意识，提高管理水平和技能。	文件查阅 员工访谈 记录查看	1. 有医疗技术管理人才培训计划(0.2分)； 2. 访谈员工知晓医院医疗技术管理人才培训计划(0.3分)； 3. 提供管理人才培训实施材料(0.5分)。	1
(六十)医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。				
2.3.60.1	限制类技术目录、手术分级管理目录纳入医院院务公开范围，接受社会监督。	现场检查 记录查看	1. 医院通过多种形式包括但不限于网站、电子屏幕向社会公开医院限制类技术目录、手术分级目录(0.3分)； 2. 及时更新信息(0.2分)。	0.5
2.3.60.2	限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。	现场检查 记录查看	1. 定期将限制类技术临床应用情况在院务公开(0.3分)； 2. 及时更新信息(0.2分)。	0.5
(六十一)医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。				
2.3.61.1	按照规定，出现以下情形时应立即停用：被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术；从事该项医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备设施及其他	文件查阅 记录查看	1. 医院医疗技术临床应用管理制度体现本款规定情形下停用相应医疗技术(0.3分)；	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果的；该项医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或伦理问题；或者发生与技术相关的严重不良后果的；发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或存在重大质量、安全、或伦理缺陷的。		2. 查阅相关资料体现医院按规定履行报告程序(0.2分)。	
2.3.61.2	前款停用的医疗技术，属于限制类技术的，上报属地和省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案案。	记录查看 病历检查 病案检查	1. 医院如有停用限制类医疗技术，复核该停用技术相关病历未再开展(0.2分)； 2. 停用的限制类技术及时上报省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案(0.2分)； 3. 有停用的限制类技术主动向社会公示的资料(0.1分)。	0.5
(六十二)医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。				
2.3.62.1	有上报机制，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。	文件查阅 员工访谈	1. 有向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台报送限制类技术开展情况信息的制度与流程(0.2分)； 2. 医务人员熟知上报制度和要求(0.2分)。	0.4
2.3.62.2	建立数据信息内部验证机制，确保数据真实，符合上报要求。	文件查阅 记录查看 病案检查 数据核查	1. 建立数据信息内部验证机制，体现院科两级审核(0.2分)； 2. 科室对信息上报有自查记录(0.3分)； 3. 医院数据审核流程或工作记录体现院科两级审核(0.3分)； 4. 病案检查证实数据真实(0.2分)。	1
2.3.62.3	对上报情况定期进行分析反馈，持续改进上报质量。	记录查看	1. 科室对数据上报情况有自查、总结分析及整改(0.2分)； 2. 职能部门对数据上报情况有督查、分析、反馈，落实整改(0.2分)；	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			3. 有数据或事实体现上报质量持续改进(0.1分)。	
(六十三)医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件并向社会公开，同时履行备案程序。				
2.3.63.1	承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，应当满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件。	文件查阅 现场检查	医院的师资、设备、设施、场地等条件，符合自治区规定的限制类技术临床应用规范化培训工作条件(0.5分)。	0.5
2.3.63.2	制定培训方案，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，并向社会公开。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 制定培训方案(0.2分)；	1
			2. 培训内容齐全，包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等(0.2分)；	
			3. 每一名员工知晓培训管理要求、方案、流程(0.4分)；	
			4. 培训方案通过医院网站向社会公示(0.2分)。	
2.3.63.3	及时履行备案程序。	文件查阅	查阅在首次发布招生公告之日起3个工作日内，按照规定及时备案成功的相关资料(0.5分)。	0.5
(六十四)医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，需明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。				
2.3.64.1	为限制类技术临床应用规范化培训工作制定规章制度及流程，明确相关职责和管理要求。	文件查阅	1. 有限制类技术临床应用规范化培训工作规章制度及流程(0.2分)；	0.4
			2. 有明确专人负责(0.1分)；	
			3. 有岗位职责或管理要求(0.1分)。	
2.3.64.2	按照培训方案和计划开展培训工作，按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，	文件查阅 记录查看	1. 制定培训方案和计划符合国家或自治区的培训标准和要求(0.1分)；	0.6
			2. 有保障培训质量的措施(0.1分)；	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	制定培训方案和计划，培训教材和大纲要满足培训要求，保障培训质量。		3. 主管部门针对培训质量进行督查、总结、分析并记录(0.2分)； 4. 有数据或事实体现培训质量持续改进(0.2分)。	
2.3.64.3	考核包括过程考核和结业考核，过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。	文件查阅 记录查看 员工操作	1. 医院有过程考核和结业考核方案，且内容齐全(0.2分)； 2. 有考核方案具体实施材料(0.2分)； 3. 抽考参加培训人员熟练掌握临床实践技能(0.2分)。	0.6
2.3.64.4	加强学员管理，建立学员培训档案，档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。	文件查阅	1. 建立有学员培训档案(0.2分)； 2. 档案内容齐全(0.2分)。	0.4

四、医疗安全风险防范(17分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(六十五)以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量(安全)不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。				
2.4.65.1	建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度，明确相关部门职责。	文件查阅	1. 有医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告制度(0.2分)； 2. 有负责部门及工作职责(0.2分)。	0.4
2.4.65.2	有不良事件分类目录，员工知晓。	文件查阅 员工访谈	1. 有不良事件分类分级管理制度，有目录(0.2分)； 2. 员工知晓不良事件分类情况(0.2分)。	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.4.65.3	以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，鼓励主动上报医疗质量(安全)不良事件，建立激励机制。	文件查阅 记录查看	1. 医院有鼓励主动上报不良事件的激励机制(0.2分)； 2. 医院有数据或事实体现落实激励机制(0.2分)。	0.4
2.4.65.4	对本院医疗质量(安全)不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享。	记录查看 现场检查	1. 职能部门针对不良事件及管理缺陷有分析总结记录(0.2分)； 2. 分析报告有院内渠道实现信息共享(0.2分)。	0.4
2.4.65.5	建立持续改进医疗质量(安全)不良事件相关因素及管理缺陷的机制。	文件查阅 记录查看	1. 有持续改进医疗质量(安全)不良事件相关因素及管理缺陷的制度等相关规定(0.2分)； 2. 对医疗质量(安全)不良事件相关因素及管理缺陷开展针对性的培训(0.2分)； 3. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.2分)； 4. 职能部门有检查评价、督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.2分)； 5. 医院有数据或事实体现医院通过不良事件持续改进医疗质量(0.2分)。	1
(六十六)落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评价，及时消除隐患。				
2.4.66.1	落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，有医疗风险管理方案并定期修订。	文件查阅	1. 有医疗风险管理方案(0.3分)； 2. 定期修订方案(0.2分)。	0.5
2.4.66.2	识别、评估医院内部存在的医疗风险点，根据负性事件发生的概率、严重性等指标对医疗风险进行分级。	文件查阅	1. 医疗风险管理方案能够识别、评估内部医疗风险点(0.3分)； 2. 对医疗风险点进行分级管理(0.2分)。	0.5
2.4.66.3	员工知晓本部门及本岗位医疗风险，并有针对性的风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、风险识别评估、预警、控制、	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定各部门各岗位医疗风险防控措施(0.2分)； 2. 针对防控措施开展院内培训，培训资料齐全(0.1分)； 3. 抽查员工知晓本部门本岗位的医疗风险及防范措施	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	避让和风险分担等措施。		(0.2)。	
2.4.66.4	定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。	记录查看	1. 科室至少每季度有自查、分析、整改措施并落实(0.3分); 2. 职能部门至少每季度有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实(0.3分); 3. 医院有数据或事实体现持续改进(0.4分)。	1
(六十七)落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全，为医患双方营造良好诊疗环境。				
2.4.67.1	落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》等有关规定要求，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全。	文件查阅	1. 根据意见要求，建立医院安全秩序管理工作制度，有明确的组织架构，医院主要负责人是第一责任人(0.2分); 2. 医院领导班子至少每季度听取汇报，研究推进措施。并体现与医疗服务工作同谋划、同部署、同推进、同考核(0.3分)。	0.5
2.4.67.2	加强医院保卫队伍建设，根据人流量、地域面积等情况，配齐配强专职保卫人员，聘用足够的保安员。	记录查看	1. 医院要根据人流量、地域面积、建筑布局以及所在地社会治安形势等实际情况，配齐配强专职保卫人员，聘用足够的保安员(医院保安员数量按照不低于在岗医务人员总数的3%或者20张病床1名保安或日均门诊量3‰的标准配备)(0.2分); 2. 加强专职保卫人员和保安员相关法律知识和保卫业务、技能培训，经培训合格后持证上岗(0.2分)。	0.4
2.4.67.3	加强医院物防设施建设，在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设施和防护器械。医院供水、供电、易燃易爆物品存放等重点要害部位安装安全防护设施。	现场检查	1. 在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设备和防护器械(0.1分); 2. 医院供水、供电、供气、供热、供氧、“毒、麻、精、放”药(物)品、易燃易爆物品存放库房等重点要害部位应当按照相关规定或者标准安装安全防护设施(0.2分); 3. 医院周界要设置围墙或栅栏等实体防护设施，出入口、挂号处等人员密集处要设置隔离疏导设施(0.2分)。	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.4.67.4	加强医院技防系统建设，建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，设置安全监控中心，重点区域视频监控全覆盖。	现场检查 记录查看	1. 医院建立入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，并实现系统间互联互通(0.2分)； 2. 医院要设置安全监控中心，实现医院内公共区域、重点区域视频监控全覆盖(0.2分)； 3. 医院门卫室、各科室、重点要害部位要安装一键式报警装置，并与医院安全监控中心联网，确保发生突发事件时能及时通知保卫机构和保安员，迅速现场先期处置(0.2分)； 4. 有处理各类突发事件的案例或记录(0.2分)。	0.8
2.4.67.5	强化医院警务室建设，三级医院和有条件的二级医院设立警务室，配备必要警力；尚不具备条件的根据情况在周边设立治安岗亭(巡逻必到点)。	现场检查	1. 按照警务室(站)建设标准，设立警务室(0.2分)； 2. 警务室(站)民警定期组织医院开展安全检查、巡逻防控、突发事件处置等工作(0.2分)。	0.4
2.4.67.6	有序开展安检工作，建立安全检查制度，配备金属探测门、微量X射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备。	现场检查	1. 医院建立安全检查制度，制定并公布医院禁止限制携带物名录(0.1分)； 2. 按照安检工作实际需求，配备通过式金属探测门、微量X射线安全检查设备、手持式金属探测器等相应安检设备；日均门诊量5000人次以上或者床位1000张以上的大型医院应当在主要出入口实施安检(0.1分)； 3. 医院开展安检工作，应当兼顾患者就医体验，为急危重症患者设置安检绿色通道，不影响正常医疗秩序(0.2分)。	0.4
(六十八)建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。				
2.4.68.1	建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程。	文件查阅	有医患沟通制度(0.1分)、投诉管理制度(0.1分)、投诉处置流程(0.1分)。	0.3
2.4.68.2	设置投诉管理部门，实施“首诉负	现场检查	1. 设置有专职部门负责接待投诉(0.2分)；	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	责制”，并向社会公开。	记录查看	2. 针对每例投诉均有及时回复(0.2分); 3. 投诉渠道向社会公开(0.1分)。	
2.4.68.3	对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。	文件查阅 记录查看	1. 投诉处置有明确时限规定(0.1分); 2. 每例投诉有回复患者处置结果的记录且未超时(0.3分)。	0.4
2.4.68.4	定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育并制定防范措施，持续改进医疗质量安全。	记录查看	1. 职能部门有定期(至少每季度)分析记录，寻找共性问题并制定防范措施(0.2分); 2. 定期(至少每年一次)开展典型案例警示教育，有记录(0.2分); 3. 有事实或数据体现医疗质量安全持续改进(0.2分)。	0.6
(六十九)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，定期评估相相关事件，及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。				
2.4.69.1	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，有报告流程并落实，涉及患者的内容记入病历。	文件查阅 记录查看	1. 有药品、医疗器械不良事件监测报告制度及报告流程(0.3分); 2. 各科室落实药品、医疗器械不良事件监测报告制度及流程，涉及患者的内容记入病历(0.2分)。	0.5
2.4.69.2	定期评估相关事件并及时反馈临床。	记录查看	1. 职能部门有定期(至少每半年一次)评估相关事件的总结报告(0.3分); 2. 评估报告及时反馈给临床(0.2分)。	0.5
2.4.69.3	按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。	现场检查 数据核查	1. 每年上报例数符合要求(0.3分); 2. 可在上报系统追溯(0.2分)。	0.5
(七十)有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。				
2.4.70.1	制定深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实。	文件查阅 记录查看	1. 制定有深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程(0.4分); 2. 查阅高危患者病历相关疾病诊治过程有血栓风险评估表及根据评估风险等级落实防治处置(0.5分)。	0.9

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.4.70.2	开展全员相关培训，员工知晓。	记录查看 员工访谈 员工操作	1. 开展 VTE 防治培训，资料齐全包括但不限于签到、培训课件、照片、培训总结(0.4 分)； 2. 抽查 VTE 防治核心科室如骨科、妇科、肿瘤科、血管外科、重症科等医护人员知晓防治制度流程或相关操作(0.6 分)。	1
(七十一)关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和应急救护机制保障，全院任何域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。				
2.4.71.1	有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。	文件查阅	1. 有院内高风险意外事件的应急措施和救治机制、处置预案与流程(0.3 分)。	0.3
2.4.71.2	定期开展应对高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求，对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。	记录查看 员工操作 员工访谈	1. 医院定期开展高风险意外事件应急演练，演练资料齐全包括但不限于签到、照片、演练脚本、总结等(0.4 分)； 2. 对员工高风险意外事件处置能力开展培训、考核有记录(0.3 分)； 3. 每名员工知晓高风险意外事件处置流程并掌握抢救技能，如：心肺复苏(0.3 分)。	1
2.4.71.3	保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	现场检查	现场检查紧急救治能力覆盖全院区域(0.3 分)。	0.3
(七十二)关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。				
2.4.72.1	制定控制分娩疼痛和减少分娩伤的制度并落实。	文件查阅 记录查看 病历检查 病案检查	1. 制定有控制分娩疼痛和减少分娩损伤制度并实施(0.2 分)； 2. 开展制度培训，培训资料齐全，包括但不限于签到、培训课件、照片、考核总结(0.2 分)； 3. 查阅产科病历符合制度要求(0.3 分)。	0.7
2.4.72.2	根据法律法规和行业规范要求，制定分娩技术规范及流程，以控制分娩疼痛和减少分娩损伤。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定有分娩技术规范及流程(0.2 分)； 2. 有技术规范及流程培训，培训资料齐全，包括但不限于签到、培训课件、照片、考核总结(0.2 分)； 3. 访谈员工知晓分娩技术规范和流程(0.2 分)。	0.6

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.4.72.3	制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，分析相关因素并持续改进。	文件查阅 记录查看	1. 制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标(0.2分); 2. 科室定期自查、分析、总结、整改(0.2分); 3. 职能部门定期(至少每季度)督导检查，分析、反馈及落实整改(0.2分); 4. 有数据或事实体现持续改进，形成新的制度、流程、举措等(0.2分)。	0.8

五、诊疗质量保障与持续改进(58分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(七十三)门、急诊(含发热、肠道门诊，下同)布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施。				
2.5.73.1	门、急诊布局注重“以患者为中心”的宗旨，并符合相关规定，能满足临床管理工作。	现场检查	1. 医院门急诊平面图，门急诊分区布局符合规定(0.1分); 2. 门、急诊药房、收费、辅助检查等功能区分布合理(0.3分); 3. 发热门诊设置在独立区域(0.2分)。	0.6
2.5.73.2	急诊科诊室入口应当通畅，有醒目的路标和标识，并设有救护车通道和专用停靠处。	现场检查	1. 急诊科诊室标识、指引路标清晰醒目(0.2分); 2. 有救护车通道和专用停车位(0.1分); 3. 有专人巡查，保持急诊科诊室入口和救护车通道通畅，专用车位不被其他车辆占用(0.2分)。	0.5
2.5.73.3	建立门、急诊管理制度和工作流程，并落实。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定有门、急诊管理制度和工作流程，并培训(0.2分); 2. 员工知晓门、急诊管理制度和工作流程(0.2分); 3. 对制度流程执行情况，有职能部门监管记录(0.2分)。	0.6
2.5.73.4	制定门、急诊突发应急事件处置预案并组织实施。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定门、急诊突发事件处置预案(0.2分); 2. 有培训和演练记录(0.2分); 3. 员工知晓门、急诊突发事件处置预案内容(0.2分);	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			4. 有预案规定的突发应急事件处置的记录(0.2分)。	
(七十四)加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。				
2.5.74.1	根据门、急诊就诊患者流量配备适宜数量的门、急诊专业人员和技术力量，满足门、急诊患者医疗需求。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 门急诊岗位设置和固定岗位人员安排配备适宜(0.2分); 2. 患者等候时间在合理范围(0.2分)。	0.4
2.5.74.2	对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。		1. 制定门、急诊人员技术和技能专业培训计划(0.2分); 2. 有门、急诊人员技术和技能专业培训记录(0.2分); 3. 现场访谈和抽查员工操作熟悉相关技术和技能(0.2分)。	
2.5.74.3	有针对性门、急诊就诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制及应急预案。	文件查阅 记录查看	1. 制定调配相应机制和预案(0.2分); 2. 排班表上体现紧急调配人员的安排(0.2分); 3. 实施紧急调配预案的记录完整(0.2分)。	0.6
2.5.74.4	定期分析门、急诊流量和突发事件情况，及时调整门、急诊医疗资源配置。		1. 定期(至少每季度)分析门、急诊流量和突发事件情况(0.2分); 2. 有数据或事实体现根据流量和突发事件及时调整门、急诊医疗资源配置(0.3分)。	
(七十五)实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。				
2.5.75.1	制定预检分诊制度，完善预检分诊流程，对急诊患者进行分级管理，实施分类救治。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定预检分诊制度和流程，并培训(0.3分); 2. 急诊患者实施分级管理(0.2分); 3. 预检分诊人员熟悉制度和流程(0.3分)。	0.8
2.5.75.2	通过预检，有效分诊疑似传染病。		1. 有传染病、发热患者预检分诊流程(0.2分); 2. 设置预检分诊点，严格实施传染病、发热患者预检分诊(0.2分); 3. 现场查看，发现传染病、发热患者未经预检分诊直接到专科就诊的，本项不得分(0.2分)。	
2.5.75.3	规范设置预检分诊场所，通风良	现场检查	1. 预检分诊点位置相对独立，通风良好(0.2分);	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	好，相对独立，标识导向醒目易懂。		2. 预检分诊点设在门、急诊患者必经道路，标识导向醒目易懂(0.2分)。	
2.5.75.4	分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品，工作人员采取必要的防护措施，有快速鉴别病情的相关医疗设备。	现场检查	1. 分诊台有消毒隔离和个人防护用品清单(0.2分); 2. 消毒隔离物品和个人防护用品配备齐全(0.2分); 3. 有快速鉴别病情的相关医疗设备(0.2分)。	0.6
(七十六)把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容。				
2.5.76.1	把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围。	文件查阅 记录查看	1. 设立门急诊质量指标，并纳入临床各科室质量管理指标(0.4分); 2. 职能部门有督导、总结、分析、反馈(0.4分)。	0.8
2.5.76.2	把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。	文件查阅 记录查看	1. 科室对门、急诊工作质量有自查、分析、整改措施并落实(0.4分); 2. 门、急诊工作质量与科室、个人绩效考核成绩挂钩(0.3分)。	0.7
(七十七)有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。				
2.5.77.1	建立针对急危重患者的院内急诊、住院(含处置)和转诊的绿色通道机制，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。	文件查阅 现场检查	1. 制定急诊绿色通道相关制度和流程(0.2分); 2. 制度、流程涵盖院前急救、院内急诊与住院或转诊等全过程；涉及病种、流程、财务和标识等内容(0.2分); 3. 现场查看绿色通道符合设置要求(0.2分)。	0.6
2.5.77.2	员工知晓绿色通道的实施范围及流程，并落实。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 开展急诊绿色通道相关制度和流程培训(0.2分); 2. 员工知晓相关制度和流程内容(0.2分); 3. 有妥善处理特殊人员(如“三无”人员)的诊疗流程(0.2分)。	0.6

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.77.3	有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制(0.2分); 2. ICU 每日病床使用率不超过 100%(0.2分); 3. 手术间每日使用率不超过 100%(0.2分)。	0.6
2.5.77.4	定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。	文件查阅 记录查看	1. 绿色通道的登记管理资料完整(0.2分); 2. 科室有自查、分析、整改措施并落实(0.2分); 3. 职能部门有督导、总结、分析、反馈(0.2分); 4. 有数据或事实体现持续改进绿色通道(0.2分)。	0.8
(七十八)有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。				
2.5.78.1	有创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种的服务规范和流程。	文件查阅 记录查看 员工访谈 病案检查	1. 制定有创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种的服务规范和流程并实施(0.3分); 2. 每年至少开展一次创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种的培训和应急演练，并有记录(0.3分); 3. 科室有定期自查、分析、整改并落实(0.3分); 4. 职能部门有检查评价、督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.3分); 5. 访谈员工知晓熟悉规范和流程(0.3分)。	1.5
2.5.78.2	有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 高危孕产妇及新生儿的服务规范和流程相关资料(0.3分); 2. 每年至少开展一次高危孕产妇及新生儿等重点人群救治的培训和应急演练，并有记录(0.3分); 3. 科室定期自查、分析、整改并落实(0.3分);	1.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			4. 能能部门有检查评价、督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.3分); 3. 访谈员工知晓熟悉规范和流程(0.3分)。	
(七十九)优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。				
2.5.79.1	实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。	记录查看 访谈患者 现场检查 员工操作	1. 提供电话、网络、现场、诊间等至少两种形式的预约诊疗服务(0.2分); 2. 进行定期统计分析，体现患者预约就诊比例逐步提升(0.2分); 3. 访谈患者及其家属知晓多种预约诊疗服务途径(0.1分)。	0.5
2.5.79.2	及时公开出诊信息。	现场检查 员工操作	1. 医院有在线上线下及时公开出诊信息（包括出诊时间、医师信息等）(0.2分); 2. 及时更新出诊人员的基本信息(0.2分)。	0.4
2.5.79.3	开展多学科诊疗，有多学科诊疗的规范流程，提高患者就医质量。	文件查阅 记录查看	1. 制定多学科诊疗的制度、流程(0.2分); 2. 有实施多学科会诊的案例(0.2分)。	0.4
2.5.79.4	优化门、急诊服务，有明确的服务流程、质量指标，定期分析，持续改进。	文件查阅 记录查看	1. 有门、急诊服务流程(0.1分); 2. 制定门急诊服务质量指标(0.1分); 3. 定期分析质量指标完成情况(0.3分); 4. 体现持续改进(0.2分)。	0.7
(八十)优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。				
2.5.80.1	优化就诊环境，就诊环境清洁、舒适、安全，定期检查，及时维护。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 制定有医院就诊环境管理规定(0.2分); 2. 科室有自查、分析、整改措施并落实(0.2分); 3. 能能部门有定期进行检查、分析、反馈，并督导整改措施的落实(0.2分)。	0.6
2.5.80.2	有就诊环境质量的量化标准，统一	文件查阅	1. 有就诊环境质量的量化指标(0.2分);	0.6

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	落实，提升环境舒适性。	记录查看 员工访谈	2. 严格按照环境质量标准进行分析评价，记录完整(0.2分)； 3. 访谈员工知晓环境质量标准(0.2分)。	
2.5.80.3	为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。		1. 设置服务台，提供就诊接待、引导、咨询服务(0.2分)； 2. 服务台工作人员主动提供服务(0.3分)。	
2.5.80.4	急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。	现场检查	1. 门急诊候诊区、医技部门设有规范的标识(0.2分)； 2. 标识醒目、易懂、指向清晰(0.3分)。	0.5
(八十一)完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。				
2.5.81.1	有患者入院、出院、转科、转院服务管理制度及流程。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有患者入院、出院、转科、转院服务管理制度及流程(0.2分)； 2. 访谈知晓入院、出院、转科、转院流程(0.2分)。	0.4
2.5.81.2	患者转运前，有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范；对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。		1. 查看患者转运风险评估内容完整，评估到位(0.2分)； 2. 对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运(0.2分)。	
2.5.81.3	有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。	记录查看	1. 职能部门至少每半年一次对转运流程进行检查、评估(0.2分)； 2. 针对存在问题有整改措施并落实，体现持续改进(0.2分)。	0.4
2.5.81.4	为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。		1. 有急诊患者入院制度和流程(0.2分)； 2. 访谈员工知晓相关制度和流程(0.2分)。	
2.5.81.5	加强转科、转院患者的交接管理，	文件查阅	1. 有转科、转院患者的交接管理、交接流程规定(0.1分)；	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	有交接流程和交接清单，过程有记录，可追溯。	记录查看 员工访谈	2. 交接清单记录完整，过程有记录，可追溯(0.2分)； 3. 员工知晓交接流程及需记录的内容(0.1分)。	
(八十二)有为老年人就医提供方便，对老年人就医予以优先的举措。				
2.5.82.1	有构建适老化就医环境的举措，优化老年人进入医疗机构的预检流程。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 制定有为老年人就医提供方便的相关规定(0.2分)； 2. 有构建适老化就医环境的举措，包括不限于：设置老年人快速就诊通道、人工查验通道、老年患者优先服务窗口等设备设施(0.3分)。	0.5
2.5.82.2	有提供多渠道预约挂号服务，提供方便老年人预约挂号的方式，优化线上线下服务流程。	现场检查 员工操作	1. 提供多渠道挂号，有方便老年人预约挂号的方式，实现了诊室、电话、网络、自助机、现场等多种预约挂号方式(0.2分)； 2. 安排志愿者为老年患者提供咨询、引导、导诊、挂号等服务，有效引导老年人挂号、就诊或达指定区域(0.2分)。	0.4
(八十三)加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。				
2.5.83.1	加强出院患者健康教育，普及相关健康知识。	文件查阅 现场检查 病案检查	1. 制定科室常见疾病健康教育规范(0.2分)； 2. 为出院患者进行健康教育(0.2分)。	0.4
2.5.83.2	为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，在出院记录中体现。	文件查阅 病案检查	1. 根据不同疾病制定规范的出院医嘱和康复指导意见(0.2分)； 2. 出院记录中有出院医嘱或康复指导意见(0.2分)。	0.4
2.5.83.3	建立出院患者随访制度并组织实施，有患者随访记录，便于医务人员医疗服务流程和医疗措施的持续改进。	文件查阅 记录查看	1. 有出院患者随访制度(0.2分)； 2. 按时进行出院患者随访、有完整记录(0.4分)； 3. 定期对患者反馈的意见进行总结分析，持续改进医疗服务流程 和医疗措施(0.4分)；	1
(八十四)建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。				
2.5.84.1	根据法律法规和行业指南，建立临	文件查阅	1. 制定各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程(0.2	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程，员工知晓并落实。	记录查看 员工访谈 员工操作	分)； 2. 培训记录完整(0.2分)； 3. 员工知晓专科的诊疗规范和技术操作流程(0.1分)。	
2.5.84.2	诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。	病案检查 病历检查	查阅病例，在化疗、手术、麻醉、有创操作等诊疗规范和操作前，有对患者实施病情、风险、预后等必要的评估(0.2分)。	0.2
2.5.84.3	根据法律法规和行业指南的变化，及时更新各科室的诊疗规范和技术操作流程。	文件查阅 记录查看	1. 科室有根据法律法规和行业指南的变化，定期对现行的各科室的诊疗规范和技术操作流程进行评估(0.1分)； 2. 及时更新各科室的诊疗规范和技术操作流程(0.2分)。	0.3
2.5.84.4	由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。	文件查阅 记录查看	1. 抽查病历中诊疗计划与制定的规范相符(0.2分)； 2. 对患者进行疾病诊断、评估和制定诊疗计划的医务人员具有法定资质(0.3分)。	0.5
2.5.84.5	对疑难危重患者、恶性肿瘤患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。	文件查阅 记录查看 病案检查	1. 有实施多学科会诊的制度，明确实施的病种范围(0.2分)； 2. 职能部门对多学科会诊有监管记录(0.1分)； 3. 病历中体现对疑难危重患者、恶性肿瘤患者实施多学科诊疗(0.2分)。	0.5
(八十五)对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。				
2.5.85.1	营养筛查工作，了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径，依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对其效果开展评价。	文件查阅 记录查看 病案检查	1. 有住院患者实施营养评估的制度，建立营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径(0.2分)； 2. 落实营养评估至少包括营养风险筛查、诊疗活动对机体营养状态的影响，机体营养状态对诊疗活动的耐受力(0.2分)； 3. 有定期对住院患者进行营养治疗后的效果评价记录(0.1分)。	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.85.2	为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。	文件查阅 现场检查	1. 有专门的部门或人员负责营养膳食指导(0.2分)； 2. 食堂能为患者提供营养配餐和治疗饮食(0.3分)。	0.5
2.5.85.3	营养科积极参与多学科诊疗，组建营养支持团队；接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊；按需提供营养支持方案，按规定记入病历。		1. 组建营养支持团队，积极参与多学科诊疗(0.2分)； 2. 营养会诊的记录，存入病历中(0.3分)； 3. 有典型病案资料体现医院营养支持团队对于特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养支持并取得效果(0.3分)。	
(八十六)实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。				
2.5.86.1	建立手术患者评估制度，在患者评估的基础上，完成手术患者的术前讨论，合理制定手术方案。	文件查阅 记录查看 病案检查	1. 建立和实施手术患者评估制度(0.1分)； 2. 每例手术(急诊手术除外)均实行术前讨论，记录存入病历中(0.2分)； 3. 手术讨论时制定明确手术方案(0.1分)。	0.4
2.5.86.2	患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。	文件查阅 病案检查	1. 评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等(0.1分)； 2. 病案检查体现每份病历手术患者评估内容完整(0.1分)。	
2.5.86.3	建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程，明确重大手术的范围，员工知晓。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程(0.2分)； 2. 明确规定重大手术的范围，并有重大手术的目录(0.1分)； 3. 外科医师知晓重大手术的范围和审批流程(0.1分)； 4. 审批资料完整，无违规案例(0.2分)； 5. 职能部门至少每季度开展督查，分析，发现的问题及时反馈(0.2分)。	0.8
2.5.86.4	急诊手术管理措施，落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制，有量化的急诊手术质控指标，保障急	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定急诊手术管理的相关制度与流程，有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制(0.2分)； 2. 制定有量化的急诊手术质控指标(0.1分)；	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	急诊手术安全。	数据核查	3. 访谈相关人员知晓上述制度和流程(0.1分); 4. 多部门协调机制有效，保障急诊手术及时与安全(0.1分); 5. 职能部门履行监管职责，至少每季度开展督查、分析、反馈和整改措施(0.2分)。	
(八十七)手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。				
2.5.87.1	手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录，由一助完成手术记录的，手术主刀医生有审核签名。	文件查阅 记录查看 病案检查	1. 手术主刀医师在术后 24 小时内完成手术记录(0.2分); 2. 有明确规定在何种特殊情况下手术记录可由一助完成，但必须经过手术主刀医生有审核签名(0.1分); 3. 职能部门至少每季度督查、分析、反馈并落实整改(0.1分); 4. 现场病案检查手术记录及时、完整，合格率 100% (0.1分)。	0.5
2.5.87.2	术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。	文件查阅 记录查看 病案检查	1. 按《病历书写基本规范》要求及时书写术后首次病程记录(0.1分); 2. 术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项(0.1分); 3. 职能部门至少每季度督查、分析、反馈并落实整改(0.1分); 4. 现场病案检查术后首次病程记录合格率 100%(0.2分)。	0.5
2.5.87.3	术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。	文件查阅 记录查看 病案检查	1. 制定患者术后医疗、护理和其他服务计划(0.1分); 2. 由手术医师或由手术者授权委托的医师开具手术后医嘱(0.1分); 3. 术后密切观察患者病情，及时评估手术效果，观察手术并发症(0.1分);	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			4. 每位患者手术后的术后治疗措施、病情变化、手术效果、护理过程等情况均记录在病历中(0.2分)。	
2.5.87.4	手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。	文件查阅 记录查看 病案检查	1. 对手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程(0.1分)； 2. 手术后标本病理诊断报告应及时记录在病历中，当术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，应进行讨论(0.1分)； 3. 职能部门至少每季度督查、分析、反馈并落实整改(0.1分)； 4. 手术离体组织送检率100%(0.1分)。	0.4
(八十八)完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。				
2.5.88.1	完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。	文件查阅 记录查看	1. 有日间手术质量安全管理制度和评估工作机制(0.1分)； 2. 指定部门负责日间手术管理(0.1分)； 3. 职能部门至少每季度督查、分析总结、反馈、落实整改(0.2分)。	0.4
2.5.88.2	制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。	文件查阅 记录查看	1. 根据国家日间手术目录和医院实际情况制定本院日间手术病种和技术目录(0.1分)； 2. 日间手术病种目录向社会公示(0.1分)。	0.2
2.5.88.3	制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式，对外科医师进行培训(0.2分)； 2. 外科医师知晓日间手术操作规范、适应证、麻醉方式等(0.1分)； 3. 无违规开展日间手术(0.1分)。	0.4
2.5.88.4	加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访，有随访记	文件查阅 记录查看	1. 制定日间手术病历书写规范并培训(0.1分)； 2. 按照书写规范认真书写日间手术病历(0.2分)；	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	录，可追溯。	病案检查	3. 实施日间手术患者宣教和随访，有随访记录(0.1分)。	
2.5.88.5	制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。	文件查阅 记录查看	1. 制订日间手术质控指标(0.1分)； 2. 定期(至少每季度)分析、总结日间手术质量情况，评估日间手术的风险(0.2分)； 3. 根据日间手术风险评估情况及时制定干预措施(0.2分)。	0.5
(八十九)手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行。				
2.5.89.1	手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。	文件查阅	1. 麻醉科主任具有副高级及以上、护士长具有中级及以上专业技术职务任职资格(0.2分)； 2. 每张手术台配备一名麻醉住院医师及一名主治及以上的麻醉医师(0.3分)； 3. 麻醉科固定在岗(本院)医师与麻醉护士人数的比例不低于4:1(0.2分)。	0.7
2.5.89.2	实行患者麻醉前病情评估制度，所有患者在麻醉前完成病情评估、脏器功能评估和其他必要的评估。	文件查阅 病历检查	1. 有患者麻醉前病情评估制度(0.1分)； 2. 由具有资质及授权的麻醉医师为每一位手术患者进行风险评估(0.1分)。	0.2
2.5.89.3	预期术中(麻醉中)可能需要医患沟通，术前应告知患方，明确术中的授权委托人。	文件查阅 病历检查	1. 有麻醉知情同意管理制度，包括术前告知患方明确术中的授权委托人(0.1分)； 2. 手术病历中有麻醉知情同意书且内容完整(0.1分)。	0.2
2.5.89.4	有麻醉后复苏室，人员、设备设施配置满足临床需求，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。	现场检查 文件查阅 病历检查	1. 配置有麻醉后复苏室，复苏室床位与手术台比不低于1:3(0.3分)； 2. 人员、设备、设施满足临床需求：至少有一名能独立实施麻醉的麻醉医师；每床配备吸氧设备，包括无创血压和血氧饱和度在内的监护设备；配备足够的呼吸机、抢救用药及必需设备等(0.2分)； 3. 病历体现麻醉复苏患者全程监测记录(0.1分)； 4. 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程(0.1分)；	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			5. 转出的患者有评价标准(全身麻醉患者 Aldre 评分), 评价结果记录在病历中(0.1 分)。	
2.5.89.5	建立麻醉并发症的预防措施, 开展麻醉并发症监测、分析与反馈, 并持续改进。	文件查阅 记录查看 员工访谈 数据核查	1. 建立有麻醉并发症的预防措施 (0.1 分); 2. 科室开展麻醉并发症监测、有总结分析与整改记录(0.2 分); 3. 职能部门有至少每季度督查、分析、反馈记录, 落实整改(0.2 分); 4. 有数据或事实体现麻醉并发症预防措施到位, 持续改进(0.2 分)。	0.7
2.5.89.6	制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行。	文件查阅 病历检查 员工访谈	1. 制定术后镇痛治疗管理规范和流程(0.1 分); 2. 麻醉医师掌握术后镇痛治疗管理规范和流程(0.1 分); 3. 术后镇痛效果有评价、有记录并在病历中体现(0.1 分)。	0.3
(九十)根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊, 其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。				
2.5.90.1	设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊, 其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律、法规要求。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊(0.2 分); 2. 感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊内部结构布局合理, 分区清楚, 符合医院感染预防与控制要求(0.2 分); 3. 配备有必要的消毒隔离设施、设备(0.2 分); 4. 感染性疾病科医师具有内科医师资质, 接受过临床微生物学、抗菌药物应用、传染病学、流行病学等专业知识培训(0.2 分)。	0.8
2.5.90.2	发热门诊应当根据相关要求, 在医院内相对独立的区域, 与普通门(急)诊相对隔离, 满足“三区两通道”设置。	现场检查	1. 发热门诊应当在医院内相对独立的区域, 与普通门(急)诊相对隔离(0.2 分); 2. 发热门诊布局合理, 分区清楚, 满足“三区两通道”设置(0.2 分)。	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.90.3	制定传染病防治相关培训和考核制度并落实，可追溯。	文件查阅 记录查看	1. 制定传染病防治相关培训和考核制度(0.2分); 2. 定期开展传染病防治相关培训和考核，培训内容至少包括：传染病防治相关法律、法规、工作制度；传染病的流行病学、预防、诊断、治疗、职业暴露处理和防护等内容(0.3分); 3. 有完整培训记录可追溯(0.3分)。	0.8
(九十一)实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。				
2.5.91.1	实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。	文件查阅	1. 取得执业许可登记(0.3分); 2. 从事精神类疾病诊治的医师具备相应的执业资格(0.2分)。	0.5
2.5.91.2	医院明确精神类治疗服务范围，根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范。	文件查阅	1. 医院有相应的规章制度明确治疗服务范围(0.2分); 2. 有适合本院的精神类疾病诊疗规范(0.3分)。	0.5
2.5.91.3	制定规范的患者安全保护措施并落实。	文件查阅 病历检查 病案检查	1. 有根据患者病情评估结果，实施适宜的住院医疗保护措施、使用物理约束及使用隔离的制度与流程(0.3分); 2. 执行上述制度与流程并在病历中完整记录(0.2分)。	0.5
2.5.91.4	向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。	文件查阅 病历检查 病案检查	1. 有向患者监护人就实施医疗保护措施可能发生的意外情况告知的相关管理规定(0.2分); 2. 履行书面知情同意并签字保存在病历中(0.3分)。	0.5
(九十二)实施精神类疾病治疗的医院为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神残障者提供出院康复指导与随访。				
2.5.92.1	有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神残障者的其他躯体疾病开展诊疗服务，及时、规范和全面的开展精神残障者的躯体疾病的诊疗。	文件查阅 记录查看 病历检查 病案检查	1. 有为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务的管理制度及流程(0.2分); 2. 有病历体现多学科诊疗模式，有记录(0.4分); 3. 职能部门有监管记录，通过评价多学科诊疗效果持续改进诊疗工作(0.2分)。	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.92.2	有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育，员工知晓。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有常见并发症的诊疗规范、预防和处理措施、风险防范预案与流程等(0.2分)； 2. 有针对医务人员、患者家属开展培训教育(0.2分)； 3. 员工知晓预防规范与风险防范流程(0.2分)。	0.6
2.5.92.3	为精神残障者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。	文件查阅 记录查看 病历检查 病案检查 患者访谈	1. 有为精神残障者提供出院康复指导、出院后随访的制度(0.2分)； 2. 患者及家属、授权委托人知晓并理解出院指导内容(0.2分)； 3. 有出院后随访记录，可追溯(0.2分)。	0.6
(九十三)医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范化操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。				
2.5.93.1	医院开展介入诊疗技术，具备卫生健康行政部门颁发的介入诊疗许可，定期校验。	文件查阅	1. 有卫生健康部门颁发的介入诊疗许可登记、备案(0.2分)； 2. 介入诊疗许可定期校验(0.2分)。	0.4
2.5.93.2	人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。	现场检查 文件查阅	1. 人员配备符合《放射诊疗管理规定》和介入诊疗技术管理规范(0.2分)； 2. 设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和介入诊疗技术管理规范，且处于完好状态(0.2分)。	0.4
2.5.93.3	介入医师具备相应的资质和授权，接受定期学习和培训。	文件查阅 现场检查	1. 介入医师具备相应资质，并有医院授权资料(0.2分)； 2. 介入医师有定期学习和培训的证明(0.2分)。	0.4
2.5.93.4	根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范并定期修订，按照技术适应证规范化操作并开展质量控制。	文件查阅 记录查看 病历检查 病案检查	1. 根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范，并定期更新(0.1分)； 2. 科室开展质量控制，定期对介入诊疗病例的适应证进行回顾总结，对存在问题有分析、整改(0.2分)； 3. 现场病案检查介入诊疗病历适应症符合诊疗操作规范(0.2分)。	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.93.5	建立质控指标管理介入诊疗操作流程，定期汇总质控结果，分析反馈，持续改进。	文件查阅 记录查看	1. 有介入诊疗质控指标(0.2分); 2. 职能部门至少每季度汇总质控结果、分析反馈记录(0.2分); 3. 有数据或事实显示介入诊疗质量持续改进(0.2分)。	0.6
2.5.93.6	对介入诊疗器械实施全流程管理，有介入诊疗器械登记制度，一次性器械条码归档病历中，保证器械来源可追溯。	文件查阅 病历检查 病案检查	1. 有介入诊疗器械登记制度(0.1分); 2. 每份介入诊疗病历有一性器械条码，可追溯(0.1分)。	0.2
(九十四)开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。				
2.5.94.1	人员、设备、空间及院感控制流程均符合行业管理要求。	文件查阅 现场检查	1. 布局、流程合理，符合行业管理要求(0.1分); 2. 每个透析单元使用面积不少于3.2平方米，水处理间使用面积不低于水处理机占地面积的1.5倍(0.1分); 3. 配备满足工作需要的血液透析机、水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等基本设备；急救设备齐全，配置有除颤仪、简易呼吸器、抢救车；有必要的职业防护物品；开展透析器复用的，应当配备相应的设备；配备有信息化设备(0.1分); 4. 至少有2名执业医师，其中至少1名具有肾脏病学中级以上专业技术人员职称。20台血液透析机以上的，每新增10台血液透析机至少新增1名执业医师；血透室负责人应由肾脏病学副高以上职称执业医师担任(0.1分); 5. 每台血透机至少配备0.4名护士；血透室护士长或护理组长由具备透析护理工作经验的中级以上职称的注册护士担任(0.1分); 6. 至少配备1名熟悉血液透析机和水处理设备性能结构、工作原理和维修技术的技师(0.1分); 7. 医师、护士和技师应具有3个月以上三级医院血液透析工作经历或培训经历(0.1分)。	0.7

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.94.2	根据法律法规和行业指南，有血液净化操作流程并定期更新，建立全流程的血液净化质量管理和控制制度。并根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作。	文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查 员工操作	1. 有规范的血液净化操作流程并定期更新(0.1分)； 2. 建立全流程的血液净化质量管理和控制制度(0.1分)； 3. 科室建立血液透析质量方面的基础数据库，有维持性血液透析患者质量监测指标体系，至少每季度进行统计分析，自查、对存在问题有整改(0.1分)； 4. 职能部门至少每季度对质控指标有监管，定期分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.1分)； 5. 有数据或事实体现血透质量持续改进(0.1分)； 6. 现场检查护士操作熟练规范(0.1分)。	0.6
2.5.94.3	有保障患者和员工安全的措施和紧急情况处理预案，并定期演练。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定有保障患者和员工安全的措施和紧急情况处理预案(0.1分)； 2. 有常见并发症的紧急处理流程和上报制度(0.1分)； 3. 针对预案展开定期演练，演练有记录有评价(0.1分)； 4. 科室定期自查，分析总结、整改(0.1分)； 5. 职能部门定期督查，分析、反馈，落实整改(0.2分)； 6. 访谈员工知晓紧急情况处理预案与流程(0.1分)。	0.7
(九十五)血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。				
2.5.95.1	血液透析机与水处理设备符合要求。	现场检查 记录查看	1. 血液透析机与水处理设备具有合法的相关证件(0.1分)； 2. 建立设备档案与记录，每一台透析机档案包括但不限于出厂信息（技术信息和操作信息）、操作运行和维修记录；水处理设备包括但不限于出厂信息、消毒和冲洗记录、问题和维修记录(0.2分)； 3. 在用透析机运转正常，超滤准确、监测系统和报警系统正常，有定期校验记录(0.2分)。	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.95.2	透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。	现场检查 记录查看 文件查阅	1. 透析液和透析粉符合国家标准(0.1分)； 2. 制定有透析液配制操作规范并实施(0.1分)； 3. 有透析用水质量监测制度和质量监测记录(0.1分)； 4. 透析用水定期进行残余氯及硬度检测及电导率监测(前处理系统)，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测合格(0.1分)； 5. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.1分)。	0.5
2.5.95.3	血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。	文件查阅 现场检查 记录查看	1. 对透析器复用有明确的管理制度和流程(0.1分)； 2. 除依法批准的有明确标识的可重复使用的血液透析器外，不复用其他任何透析器，现场核查医院透析器入库出库数，复用登记记录完整，复用案例与透析器可追溯(0.1分)； 3. 从事血液透析器复用的人员必须经过专门培训，符合复用技术资格要求(0.1分)； 4. 复用透析器只能使用于同一个患者，标签必须能够确认使用该透析器的患者(0.1分)； 5. 血传播传染病患者使用过的透析器不复用，复用过程中对消毒剂过敏的患者使用过的透析器不能复用(0.1分)； 6. 可复用血液透析器复用次数符合规范要求(0.1分)； 7. 科室与医院感染管理部门有监督检查，定期反馈与整改(0.2分)； 8. 无因透析器复用发生感染事件(0.2分)。	1
(九十六)开展放射治疗技术应当依法取得《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。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行。				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.96.1	开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。	文件查阅	1. 医疗机构执业许可证注册有“放射治疗”诊疗科目(0.2分); 2. 查看《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》并在有效期内(0.2分)。	0.4
2.5.96.2	布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。	文件查阅 现场检查	1. 具备开展放射治疗的基本设备(直线加速器或钴-60治疗机≥1台、后装治疗机≥1台、模拟定位机≥1台、三维计划治疗系统≥1台)(0.2分); 2. 放射治疗设备证件齐全,符合国家相关准入标准(0.2分); 3. 机房建筑取得国家规定的合格证书(0.1分)。	0.5
2.5.96.3	有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度,并严格执行。	文件查阅 记录查看	1. 有放射治疗装置操作、维护维修、质量保证和检测制度(0.2分); 2. 有完整的使用、维护、检测与维修记录(0.2分); 3. 科室与主管部门落实监督检查,有记录,对存在问题有整改意见(0.2分)。	0.6
2.5.96.4	有放射防护制度,并严格执行。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈	1. 有患者与工作人员放射防护制度(0.1分); 2. 相关放射场所设置明显警示标识、配备防护用品,工作人员佩戴个人放射剂量计(0.1分); 3. 放疗工作人员知晓放射防护制度(0.1分); 4. 科室与主管部门落实监督检查,有记录,对存在问题有整改意见(0.1分); 5. 患者与工作人员放射防护达到100%(0.1分)。	0.5
(九十七)实施放射治疗应当有明确的规范与流程,有医学物理人员参与制订治疗计划,保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.97.1	根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范，定期修订规范，并落实。	文件查阅 记录查看	1. 有相关疾病的放射诊疗规范并定期修订更新(0.2分)； 2. 定期开展法律法规和诊疗规范的培训(0.2分)； 3. 科室落实放射诊疗规范，有定期自查、总结分析与整改(0.1分)； 4. 职能部门定期督导检查、反馈，并检查科室整改落实情况(0.1分)。	0.6
2.5.97.2	有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。	文件查阅 记录查看 病历检查 病案检查	1. 有放射治疗计划讨论制度，医学物理人员参与讨论(0.2分)； 2. 有根据患者放射治疗过程中情况及时调整放疗计划的相关流程(0.2分)； 3. 有放射治疗定位精确与计量准确的相关程序并落实(0.2分)； 4. 现场病案检查放射治疗计划并根据治疗过程及时调整(0.2分)。	0.8
2.5.97.3	有放射治疗意外应急预案及处置措施，定期演练，员工知晓。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有放射治疗意外应急预案及处置措施(0.2分)； 2. 至少每年开展一次演练，根据演练情况，不断改进应急管理(0.2分)； 3. 访谈放射治疗员工知晓应急预案及处置措施(0.2分)。	0.6
(九十八)医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。				
2.5.98.1	医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。	文件查阅 现场检查	1. 开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，医疗执业许可证登记有相应的诊疗科目(0.2分)； 2. 从事核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术具备相应资质(0.3分)； 3. 有独立场所，场所环境防护等符合国家要求(0.3分)。	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.5.98.2	根据法律、法规和行业指南，制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程，建立质控标准，并有效落实。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程并定期修订(0.2分)； 2. 建立特殊诊疗技术质控标准(0.2分)； 3. 访谈特殊诊疗技术人员知晓本部门的质控指标(0.2分)； 4. 科室定期自查、总结分析质控结果、并整改(0.3分)； 5. 职能部门至少每季度督查、分析、反馈质控结果，落实整改(0.3分)。	1.2
(九十九)特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。				
2.5.99.1	特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。	现场检查 文件查阅	1. 放射、介入、放疗、核医学等机房设计、建设及设施符合安全、环保、职业病防护等规范要求并验收合格(0.2分)； 2. 空间区域严格划分患者、检查人员、其他人员区域(0.2分)； 3. 机房显著位置有规范的警示标识。实时监测环境剂量(0.2分)。	0.6
2.5.99.2	将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。	现场检查 文件查阅	1. 有完整的设备、环境、人员防护制度(0.2分)； 2. 防护用具齐全、有效(0.2分)； 3. 科室与主管部门对落实防护制度有自查、分析、反馈、整改记录(0.2分)。	0.6
2.5.99.3	有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。	文件查阅 记录查看	1. 有突发意外事故管理制度、流程及应急预案，放射性操作区有简明的应急救援流程(0.2分)； 2. 应急预案有培训，培训资料齐全(0.2分)； 3. 定期完成应急演练(至少每年一次)(0.2分)； 4. 每名员工知晓应急预案、流程(0.2分)； 5. 职能部门定期督查、分析反馈，落实整改(0.1分)； 6. 有事实或数据体现持续改进工作有成效(0.1分)。	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百)开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。				
2.5.100.1	明确规定日间化疗服务适用范围。	文件查阅	1. 有明确的日间化疗纳入标准和服务适用范围(0.2分)； 2. 未开展日间化疗服务的本条的第1和2款不得分。	0.2
2.5.100.2	建立日间化疗的操作流程及质量控制指标，定期监测、分析并反馈持续改进。		1. 建立日间化疗工作制度与管理流程(0.2分)； 2. 有日间化疗质量安全控制指标(0.2分)； 3. 科室对日间化疗服务工作每季度开展一次自查、总结、分析、整改(0.2分)； 4. 职能部门有督导检查、分析、反馈，检查科室整改落实情况(0.2分)； 5. 有数据体现改进效果或优化流程(0.2分)。	
2.5.100.3	建立集中配置化疗药物安全管理制度并落实，集中配置化疗药物。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有集中配置化疗药物安全管理制度(0.2分)； 2. 医院落实安全管理制度，保证集中配置化疗药物(0.3分)； 3. 未开展集中配置化疗药物的本款不得分。	0.5

六、护理质量保障与持续改进（24分）

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百零一)建立扁平高效的护理管理体系，建立护理管理委员会，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任。依据法律法规、行业指南、标准，制定本单位护理工作发展规划、护理制度、常规和操作规程，实施护理管理、质量改进等工作。				
2.6.101.1	建立简捷高效的护理管理体系。有本单位管理委员会的指导下，实行三级管理层级，明确各级护理管理岗位任职条件。有护理工作发展规划、年度计划，符合	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 护理管理体系健全，在护理管理委员会的指导下实行护理部一大科一科室护理管理层级(0.1分)； 2. 护理工作发展规划、年度计划与医院总体规划和护理学科发展方向一致(0.1分)； 3. 查看护理发展规划和年度计划总结，体现有效执行(0.2分)；	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行，有总结评价。		4. 访谈护理各级管理人员知晓规划、计划内容(0.1分)。	
2.6.101.2	建立护理管理委员会。委员会成员应包含与护理工作密切相关的部门，并制订委员会职责和工作制度，定期研究护理质量与安全问题，提出改进策略并落实。	文件查阅 记录查看	1. 建立护理管理委员会，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任，负责审核、制定护理工作发展规划，定期研究并解决护理工作中的困难问题(0.1分)； 2. 护理管理委员会职责、工作制度明确(0.1分)； 3. 至少每半年一次召开护理管理委员会会议(0.1分)； 4. 委员会会议有会议记录、会议纪要、决议执行单，执行效果追踪等(0.2分)。	0.5
2.6.101.3	根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程，定期修订。并根据科室执行落实情况，开展护理质量管理，有监测、分析、反馈，指导改进。	文件查阅 记录查看 员工访谈 数据核查 员工操作	1. 查阅医院护理制度、护理常规和操作规程、护理质量评价标准与现行的法律法规、行业标准、指南一致，并及时修改(0.2分)； 2. 护理部、大科、科室对落实情况进行监测、分析、反馈、指导改进(0.3分)； 3. 落实护理敏感质量指标监管，有统计分析(0.1分)； 4. 访谈护理人员：制度、护理常规(0.2分)； 5. 考核护理操作(0.2分)。	1
(一百零二)护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。	护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位	文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查	1. 制定有护理单元护理人员的配置原则及护理人力资源实行弹性调配方案(0.2分)； 2. 核实全院病区护理人员总数与实际床位比不低于0.5:1，重症监护病房护理人员与实际开放床位比不低于3:1(0.2分)； 3. 查看护理人力资源弹性调配记录(0.2分)；	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	使用情况对护理人力资源实行弹性调配。		4. 人事科、护理部落实护理人员配置情况监管并追踪整改(0.2分)。	
2.6.102.2	有人力资源调配的应急预案，并有演练。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 查阅紧急状态下调配护理人力资源的预案及演练记录(0.4分);	1
			2. 访谈护理人员紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程(0.1分);	
			3. 模拟抽查紧急状态下护理人力资源调配流程(0.5分)。	
2.6.102.3	临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。	文件查阅	核查全院护士花名册，岗位设置一览表，临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%(0.2分)。	0.2
(一百零三)护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。				
2.6.103.1	根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定，制定护理人员资质管理制度和审核程序，落实依法执业。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 查阅护理人员执业准入、特殊护理岗位资质、技术能力要求、夜班准入管理等护理人员资质管理制度和审核程序(0.2分);	1
			2. 查看护理部、大科、科室人员执业准入管理记录(0.2分);	
			3. 护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进(0.2分);	
			4. 护理人员依法执业(0.4分); 不符合不得分。	
2.6.103.2	实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 查阅护理岗位管理制度，岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准(0.1分);	0.5
			2. 现场核查科室岗位设置符合情况(0.1分);	
			3. 职能部门定期监管并追踪整改落实(0.1分);	
			4. 员工知晓岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准(0.2分)。	
2.6.103.3	制定护理人员管理规定，根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理，各层级护士职业晋升路径及标准清晰。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 查阅护理人员管理规定(0.1分);	0.5
			2. 科室根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行护士分级管理(0.1分);	
			3. 层级护士职业晋升路径及标准清晰(0.1分);	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			4. 访谈护士：分层级管理内容(0.2分)。	
2.6.103.4	根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 查阅护理部、大科、科室护士在职继续教育计划，计划与医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律一致并落实(0.2分); 2. 培训经费、设备设施完善(0.2分); 3. 科室定期自查、分析、整改并落实(0.3分); 4. 护理部定期监管及追踪整改(0.3分)。	1
(一百零四)建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。				
2.6.104.1	建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应充分征求护士的意见和建议，并能提供多种途径方便查询。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 查阅绩效考核制度及实施方案(0.3分); 2. 绩效方案征求护理人员意见和建议(0.3分); 3. 绩效考核方案可以通过多种途径查询(0.2分); 4. 访谈护士知晓(0.2分)。	1
2.6.104.2	考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬，调动护理人员积极性。	文件查阅 记录查看	1. 绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩(0.5分); 2. 绩效分配体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬(0.5分)。	1
(一百零五)依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。				
2.6.105.1	依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。	记录查看 员工访谈 患者访谈	1. 查阅优质护理服务工作计划；优质护理服务的保障制度、措施及激励机制(0.4分); 2. 定期征求患者及医护人员意见，对存在问题落实改进追踪(0.3分); 3. 护理部、大科、科室定期监管及追踪整改(0.5分); 4. 优质护理服务常态化开展并持续改进(0.3分)；	2

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			5. 访谈员工、患者对优质护理服务工作满意(0.5分)。	
2.6.105.2	实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 查阅“以患者为中心”的责任制整体护理实施方案(0.2分); 2. 依据患者需求制定个性化护理计划(0.4分); 3. 现场查看责任制整体护理落实(0.6分); 4. 开展延续护理实例(0.4分); 5. 访谈护士知晓患者诊疗信息(0.4分)。	2
(一百零六)根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T431-2013)的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。				
2.6.106.1	根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T431-2013)的原则和要求，进行护理分级。	文件查阅 员工访谈 现场检查 病历检查	1. 查阅分级护理制度(结合医院与专科实际制定)(0.1分); 2. 根据患者病情和自理能力确定护理级别并动态调整(0.2分); 3. 访谈护士分级护理的内容(0.2分)。	0.5
2.6.106.2	按护理级别实施分级护理，护理措施符合患者实际需要并落实。	记录查看 现场检查	1. 实地查看病区分级护理落实(0.4分); 2. 护理部、大科、科室定期监管(0.3分); 3. 抽查1个检查中发现的问题跟踪，对整改措施、整改效果进行评价(0.3分)。	1
2.6.106.3	制定危重患者护理常规并落实。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查 病历检查 员工操作	1. 查阅危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范制度及措施(0.2分); 2. 开展危重患者护理的相关理论知识与操作技能培训考核(0.3分); 3. 现场查看危重患者护理措施落实(0.7分); 4. 护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进(0.3分); 5. 考核护士心肺复苏、心电监护仪、呼吸机、除颤仪、简易呼吸囊操作(0.5分)。	2

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(一百零七)护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。			
2.6.107.1 护理文书参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。	文件查阅 记录查看 病历检查 病案检查	1. 查阅护理文书书写规范及书写质量考核标准(0.1分); 2. 按照规范完成日常护理文书记录(0.2分); 3. 护理部、大科、科室落实监管并追踪整改,体现持续改进(0.2分)。	0.5
2.6.107.2 护理查房参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 查阅护理查房制度、年度临床科室查房计划、三级护理业务查房标准(0.2分); 2. 组织开展护理查房(0.2分); 3. 护理部落实监管,追踪整改(0.1分)。	0.5
2.6.107.3 护理会诊参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。	文件查阅 记录查看 病历检查	1. 查阅护理会诊制度;建立护理MDT团队协作机制和流程,有效解决护理问题(0.2分); 2. 护理会诊记录完善,护理方案有针对性(0.2分); 3. 护理部落实监管,追踪整改(0.1分)。	0.5
2.6.107.4 护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。	文件查阅 记录查看 病历检查	1. 查阅护理病例讨论制度(0.2分); 2. 组织开展护理病例讨论(0.2分); 3. 护理部落实监管,追踪整改(0.1分)。	0.5
(一百零八)有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程,有培训与演练。			
2.6.108.1 制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工操作	1. 查阅临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范(0.3分); 2. 查看培训计划及落实(0.3分); 3. 科室落实情况的成效有评价并持续改进(0.3分); 4. 护理部、大科定期监管及追踪整改(0.4分); 5. 现场考核护士常见技术操作及并发症预防、处理流程(0.2分)。	1.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.6.108.2	制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心跳骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。	文件查阅 员工访谈	1. 查阅紧急意外情况如患者突发昏迷、心跳骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程(0.3分); 2. 访谈护士知晓护理应急预案和处理流程(0.2分)。	0.5
			1. 查看护理应急预案和处理流程及演练培训(0.3分); 2. 针对演练存在的问题有分析、改进(0.2分)。	
(一百零九)按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医院新生儿安全管理制度(试行)》，完善手术部(室)、消毒供应中心(室)和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。				
2.6.109.1	按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》，完善手术部(室)护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查 病历检查 员工访谈 员工操作	1. 现场查看手术室建筑布局，工作流程符合要求(0.1分); 2. 核查手术室护理人员与手术间之比不低于3:1；手术室工作经历2年以内护理数占总数≤20%；手术室护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格和5年及以上手术室工作经验(0.1分); 3. 查阅手术室制度、职责、操作流程、应急预案，按计划落实培训(0.1分); 4. 现场查看手术室护理质量管理与监测：随机抽查1台手术患者交接、安全核查、体位安全、手术物品清点、标本管理等(0.1分); 5. 现场查手术室感染预防与控制管理制度落实：定期开展空气质量、环境、手术器械等监测(0.2分); 6. 院感、护理部、大科、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进(0.3分); 7. 员工操作及访谈(0.1分)。	1
			1. 现场查看消毒供应中心实行集中管理，建筑布局，工作流程合理，设施、设备完善，工作区域划分符合消毒隔离要求(0.2分); 2. 核查护士占编制总人数≥1/3。消毒供应中心所有人员经过相	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	按照《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医院新生儿安全管理制度（试行）》，完善新生儿病室护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	员工操作 员工访谈 文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查 病历检查	应岗位系统培训，取得岗位培训证书，符合岗位工作需要；护士长具有大专以上学历及中级以上职称在消毒供应中心工作2年以上或具备管理岗位工作经验(0.1分)； 3. 查阅消毒供应中心的制度、职责、操作流程、应急预案(0.1分)； 4. 查阅岗位培训计划及落实(0.2分)； 5. 现场查看清洗、消毒、灭菌环节监测及质量控制追溯(0.1分)； 6. 院感、护理部、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进(0.2分)； 7. 员工操作及访谈(0.1分)。	1
			1. 查看新生儿科建筑布局，工作流程符合要求；新生儿科护士人数与床位数之比不低于0.6:1，NICU为≥1.5-1.8:1，1名护理人员负责≤6名普通患儿或≤3名重症患儿。护士长具备主管护师职称且有2年以上新生儿护理工作经验(0.2分)； 2. 查阅新生儿科工作制度、岗位职责、护理常规、专业技术规范、应急预案和操作等，并及时更新(0.1分)； 3. 查阅岗位培训计划及落实(0.1分)； 4. 现场查看新生儿病室护理质量管理与监测，随机抽查新生儿身份核查、交接等(0.2分)； 5. 现场查看新生儿室消毒隔离制度、高危新生儿、疑似传染病、传染病患儿消毒隔离制度落实，查看新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴清洁消毒(0.2分)； 6. 院感、护理部、科室落实监管并追踪整改，体现持续改进(0.1分)； 7. 员工操作及访谈(0.1分)。	

七、药事管理与药学服务质量与持续改进(15分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百一十)医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。				
2.7.110.1	建立与完善医院药事管理组织,有工作职责、制度和计划,并落实。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 建立健全药事管理与药物治疗学委员会,制定委员会制度、职责(0.1分);	1.5
			2. 组织架构合理,体现医务部门专人负责与医疗机构药物治疗相关性的管理工作(0.2分);	
			3. 定期(一年不少于四次)召开委员会常规会议;委员会会议有会议记录、会议纪要、决议执行单,执行效果追踪等(0.8分);	
			4. 药事管理工作有年度计划和总结,对未完成的计划有分析,并有措施(0.2分);	
			5. 访谈员工知晓(0.2分)。	
2.7.110.2	医院药事管理机构和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求。	数据核查 现场检查	1. 药事管理工作机构和药学部门设置符合要求(0.4分);	1
			2. 药学部负责人资质符合要求(0.3分);	
			3. 在药学部门从事药学技术工作的人员配备达标,每百张病床药师人数配备不少于6名(0.3分)。	
2.7.110.3	完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 药事管理与临床药学服务各项规章制度完善(0.1分);	0.5
			2. 有药事管理与临床药学服务工作记录和总结(0.3分);	
			3. 访谈员工知晓(0.1分)。	
(一百一十一)加强药品管理,规范药品遴选、采购、储存、调剂,建立全流程监测系统,保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。				
2.7.111.1	加强药品管理,规范药品遴选、采购、储存、调剂、召回工作,建立全流程监测系统,保障药品质量和供应。	文件查阅 记录查看 员工访谈 数据核查 现场检查	1. 有保障药品供应保障与质量管理制度体系,应包括有药品遴选、药品采购管理、药品贮存、药品有效期管理、药品调剂、高警示药品、易混淆药品、药品召回等相关制度并落实,质量管理体现持续改进(0.2分);	1.2
			2. 医院HIS系统或者合理用药系统能查阅药品说明书,品规数符合规定(0.2分);	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			3. 药品贮存场所、设施与设备满足药品质量要求，高警示药品、多规、看似、听似、近效期药品有警示标识(0.3分)； 4. 药品有全流程监测信息系统支持(0.1分)； 5. 有适宜的合理用药监控系统(0.2分)； 6. 访谈员工知晓(0.2分)。	
2.7.111.2	静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。	文件查阅 现场检查 员工操作	1. 有静脉用药集中调配中心(室)，管理和操作符合规定，并通过自治区卫健委验收(0.3分)； 2. 建立健全各项管理制度、人员岗位职责(0.2分)； 3. 肠外营养液和静脉用危害药物集中调配(0.2分)； 4. 静脉药物调配中心人员配备和岗位设制符合规定(0.3分)； 5. 员工操作规范(0.2分)。 6. 未建立静脉用药集中调配中心(室)，或未通过自治区卫健委验收的本款不得分。	1.2
(一百一十二)实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和平水平。				
2.7.112.1	实施临床药师制，按相关规定配备药师，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 建立临床药师制(0.2分)； 2. 临床药师配备数量符合国家相关规定，每百张病床临床药师人数配备不少于0.6名(0.2分)； 3. 至少在4类药物的临床应用中设有临床药师，其工作至少覆盖4个以上临床专业科室(0.2分)； 4. 临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间>85%(0.2分)； 5. 临床药师日常性药物治疗工作有记录(0.2分)； 6. 访谈医生、护士、患者对临床药师及其工作知晓(0.4分)； 7. 病历和病案，体现药师参与临床药物治疗(0.4分)； 8. 有开设药学门诊或开展社区药学服务、在线药学咨询等工作(0.2分)。	2
2.7.112.2	加强临床药师队伍建设和培	文件查阅	1. 有临床药师培养计划并落实(0.2分)；	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	训,提高临床药学服务能力和平 水平。	记录查看 员工访谈	2. 临床药师参与医院多学科联合诊疗(0.2分); 3. 临床药师参与慢病处方管理或慢病患者家庭药学服务(0.2分); 4. 访谈员工知晓(0.2分)。	
(一百一十三)按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准,加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。				
2.7.113.1	按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则,加强抗菌药物临床应用规范化管理。	文件查阅 记录查看 员工访谈 数据核查 病历检查 病案检查	1. 成立抗菌药物管理小组,制定管理小组制度和职责(0.1分); 2. 有抗菌药物临床应用和管理相关制度和规定,培训和考核资料,每年至少一次培训(0.1分); 3. 抗菌药物品规数、抗菌药物点评情况、抗菌药物合理使用指标符合要求(0.1分); 4. 访谈员工知晓(0.1分); 5. 病历和病案有体现应用规范化管理(0.1分)。	0.5
2.7.113.2	按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则,加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品临床应用规范化管理。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 有麻醉药品、精神药品、放射性药品临床应用和管理相关制度和规定,培训和考核资料,每年至少一次培训(0.4分); 2. 现场检查药学部门和临床使用部门“麻醉药品、第一类精神药品”储存和管理,符合相关管理规定(0.4分); 3. 访谈员工知晓(0.2分)。	1
2.7.113.3	按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则,加强抗肿瘤药物、激素类药物临床应用规范化管理。	文件查阅 记录查看 员工访谈 病历检查	1. 有抗肿瘤药物、激素类药物,培训和考核资料,抗肿瘤药物每年培训,激素类药物每年至少一次培训(0.2分); 2. 有抗肿瘤药物、激素类药物分级管理目录(0.1分); 3. 访谈员工知晓(0.1分); 4. 病历有体现应用规范化管理(0.1分)。	0.5
2.7.113.4	按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则,加强重点监控药物、基本药物、中	文件查阅 记录查看 数据核查	1. 有重点监控药物、基本药物、中药注射剂相应的管理制度和规定(0.2分); 2. 重点监控药物药品目录符合规定(0.2分);	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	药注射剂临床应用规范化管理。	员工访谈 病历检查	3. 重点监控药物使用金额符合规定(0.2分); 4. 访谈员工知晓(0.2分); 5. 病历有体现应用规范化管理(0.2分)。	
(一百一十四)依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。				
2.7.114.1	依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核、处方点评，并持续改进。	文件查阅 记录查看 员工访谈 数据核查 现场检查	1. 有医院处方管理制度、处方审核和医院处方点评制度(0.1分); 2. 每年至少培训1次，有记录有考核(0.2分); 3. 按规定授予处方开具和调剂权限(0.2分); 4. 落实处方点评制度，开展点评处方(病历)数符合相关规定(0.2分); 5. 对不合理处方有分析、有总结，有干预，有记录(0.3分); 6. 职能部门对处方点评工作进行监管并体现持续改进(0.3分); 7. 医师处方签名或签章式样，在医务部门备案、药学部存档；医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致；实施电子签名的有相应管理措施(0.2分); 8. 访谈员工知晓(0.2分); 9. 病历和病案检查处方合理(0.1分); 10. 现场检查员工操作规范(0.2分)。	2
(一百一十五)建立药物监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床，不良反应情况应记入病历。				
2.7.115.1	建立药物监测和警戒制度，实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 建立有药物监测和警戒制度(0.2分); 2. 有观察用药过程，监测用药效果记录(0.2分); 3. 开展药品不良反应监测，实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接，按规定报告(0.2分); 4. 药品不良反应监测定期总结和反馈(0.2分); 5. 访谈员工知晓(0.2分)。	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.7.115.2	不良反应情况应记入病历。	现场检查 病历检查	现场检查已上报不良反应的病案，病历有记录(0.3分)。	0.3
2.7.115.3	发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品。	文件查阅 记录查看	1. 有药品质量管理相关制度和相应的应急预案与流程(0.3分)； 2. 发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品，有记录(0.2分)。	0.5

八、检查检验质量保障与持续改进(14分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百一十六)临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务。				
2.8.116.1	临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局符合相应规范标准，服务满足临床需要。	文件查阅 现场检查	1. 各部门区域布局符合国家相应规范，人、物、标本和污物流向无交叉污染、避免辐射且方便工作(0.1分)； 2. 人员配置合理、满足工作需要(0.1分)； 3. 服务流程合理，无相关质量安全隐患(0.3分)。	0.5
2.8.116.2	临床检验部门、病理部门、医学影像部门设备设施符合相应规范标准，服务满足临床需要。	记录查看 现场检查	1. 具备相应的设备设施，满足临床检验检查需要，大型检查等待时间合理(0.1分)； 2. 设备、设施定期检测报告或记录(0.1分)； 3. 特殊场所有警告标志：如影像检查室门口设置电离辐射警告标志、实验室有禁入标识及生物安全标识(0.1分)； 4. 服务项目与医疗机构执业许可登记诊疗科目一致(0.2分)。	0.5
2.8.116.3	临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务。	记录查看	1. 向门诊急诊、住院病人提供24小时急诊检验和医学影像服务；急诊项目和范围明确(0.3分)； 2. 查阅急诊报告时限符合要求(0.2分)。	0.5
(一百一十七)从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。				
2.8.117.1	从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员	文件查阅 记录查看	1. 查阅从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员取得任职资格，工作有授权，定期接受培训(0.5)；	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	应该具备必要的专业知识和能力，具有相应专业技术职务任职资格。	现场检查	<p>2. 科主任应具备副主任医师(技师)以上专业技术任职资格及能力(0.2分);</p> <p>3. 设若干专业组；专业组长、质量负责人、技术负责人、安全负责人至少具有中级职称(0.2分);</p> <p>4. 专业组设置合理及人员梯队结构合理(0.1分)。</p>	
2.8.117.2	分子生物学、特殊岗位 (HIV初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等)检验人员等国家有特殊规定的，应具备符合国家规定的资质方可独立工作。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工操作	<p>1. 特殊岗位有特殊培训和资质要求。实验室正副主任应经省级以上卫生行政部门或临检中心组织的临床实验室管理培训合格；临床基因检测、高通量测序、HIV初筛、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等国家有特殊专业规定的工作人员应有相应培训合格的资质证明(0.3分);</p> <p>2. 按要求参加进修学习，取得规定学分(0.2分)。</p>	0.5
(一百一十八)有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、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。				
2.8.118.1	有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序，遵照实施并准确记录。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工操作	<p>1. 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序(0.3分);</p> <p>2. 遵守生物安全准入或备案管理规定，生物安全等级标志和警示标识完善，有门禁系统及外来人员出入登记(0.3分);</p> <p>3. 医学影像诊疗场所配备紧急抢救药品器材，相关人员经过急救培训(有记录)，具备紧急抢救能力(0.2分);</p>	0.8
2.8.118.2	有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查 员工操作	<p>1. 制定有质量安全管理体系建设文件并及时更新，含质量安全手册、程序文件、SOP 和记录(0.2分);</p> <p>2. 定期对质量安全管理体系建设文件培训(0.3分)，员工知晓(0.1分);</p> <p>3. 现场查看员工操作符合 SOP 要求(0.2分);</p> <p>4. 记录内容准确、完整、可追溯(0.2分)。</p>	1
(一百一十九)临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
的检查检验信息服务。				
2.8.119.1	临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。	文件查阅 记录查看 现场检查 病历检查 病案检查	1. 有报告审核制度与报告发放制度，包含保证报告准确、及时和信息完整，保护患者隐私的内容(0.2分)； 2. 报告审核者应是经验丰富、技术水平和业务能力较高的人员(0.1分)； 3. 报告单格式及内容符合国家规定及行业标准；建立并执行复检制度(0.2分)； 4. 有明确报告时限公示(0.1分)； 5. 科室定期对报告质量情况进行自查、分析和整改(0.2分)； 6. 查阅报告单符合规定(0.2分)。	1
2.8.119.2	建立和临床的沟通机制，根据临床需求开展相应服务，由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。	记录查看 患者访谈 员工访谈 现场检查 员工操作	1. 有建立与临床病例讨论机制，接受临床咨询、进行检验结果解释，与临床沟通方便快捷及时(如网络和电话)(0.2分)； 2. 定期召开由科主任或副主任医师以上人员主持的疑难病例讨论与读片会(0.2分)； 3. 通过参与临床病例讨论、会诊查房、现场宣讲等途径有效解决临床诊疗困难和需求；定期对咨询情况和沟通信息进行总结分析，针对共性问题开展培训(0.2分)。	0.6
2.8.119.3	提供便捷、及时的检验、检查信息服务。	患者访谈 现场检查 员工操作	1. 提供检验、检查报告和查询服务。实验室 LIS 系统、影像 PACS 系统贯穿检验检查前中后全过程管理(0.3分)； 2. 检验报告、数据及图像、病理蜡块保存和管理完善，能提供 3 年内报告在线查询；提供 24 小时自助取单或检验报告信息主动推送或网络自主查询服务(0.2分)。	0.5
(一百二十)落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备(含床旁检查检验设备)按照要求定期检测。				
2.8.120.1	落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 建立全面质量管理与改进制度。有科室主任牵头、各专业组负责人参加的质量管理小组，有切实的质量目标和覆盖检验检查全过程的量化质量指标、质量管理工作计划(0.2分)； 2. 室内质控和室间质评应覆盖全部检测项目。全部检测项目及	1.5

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
		<p>不同标本类型均应开展室内质控并记录(无法用质控品的项目通过有效的替代方法进行日常质控)(0.2分);</p> <p>3. 室内质控失控应及时分析处理,确保失控点前后标本检测结果准确,记录完整(0.2分);</p> <p>4. 按要求参加省级或国家级临床检验中心室间质量评价;未参加室间质评的检验项目应通过实验室间比对保证检测一致性和准确性(0.2分);</p> <p>5. 质控记录可追溯。每一份标本从采集到检测和结果报告记录可追溯;室内质控的原始结果可追溯;每一个室间质评和比对的原始结果可追溯;上报的临床检验质量指标原始数据可追溯、应纳入统计的数据无漏、无偏向性选择(0.2分);</p> <p>6. 采取多种形式,开展图像质量评价活动(0.2分);</p> <p>7. 科室定期自查,至少每季度召开质量管理工作会议,对存在问题有分析、整改(0.3分)。</p>	
2.8.120.2	相关检查检验设备(含床旁检查检验设备)按照要求定期检测并有记录。	<p>文件查阅 记录查看 现场检查</p> <p>1. 所有检查检验设备(含床旁检查检验设备)应具有明显的状态标识和校准标识(0.1分);</p> <p>2. 对国家规定强制检定的计量器应定期由计量检定部门检定,提供相关证书,有明显的检定合格标识,并由职能部门定期校验,校验后的设备必须有校验标签及有效期,显示校验设备的准确性和可追溯性(0.1分);</p> <p>3. 对非强制检定的计量器具(含关键测量设备)应定期校准或校验,提供相关证明(0.2分);</p> <p>4. 新安装或修复后的检验设备正式启用前,实验室应验证其性能符合相应检验要求(0.2分);</p> <p>5. 有全院POCT管理的制度,对每一POCT设备统一编号;专人协调和督促厂商定期对本院的POCT设备进行巡回质量检查和检测;对所有POCT设备组织每半年一次统一比对或室间质评(0.2分);</p>	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			6. 建立设备的维护制度，定期对检查检验设备进行维护保养，保证设备符合预期使用要求(0.2分)。	
(一百二十一)按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。				
2.8.121.1	按照国家法律法规和行业规范，建立临床检验、病理和医学影像安全、生物安全和消防安全。	文件查阅 员工访谈	1. 建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程(环境安全、生物安全和消防安全)(0.3分)；	0.4
2.8.121.2	定期对医学影像(放射)机房及环境进行放射防护检测，保证辐射水平符合国家规定或者标准。		2. 访谈员工知晓相关规定(0.1分)。	
2.8.121.3	按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，并落实。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查 员工操作	1. 有防护器材、个人防护用品管理制度(0.1分)； 2. 有员工职业安全保障制度(包括职业风险评估、风险防范、卫生津贴和健康档案等)并执行(0.1分)； 3. 据不同工作性质按规范进行充分的个人防护；提供符合国家标准的消毒与防护用品，配备完整、数量充足，便于获取和使用(0.1分)； 4. 有人员防护档案与健康档案(0.1分)； 5. 实验污染区出口处有洗手和更衣(鞋)设施；衣鞋洁污分开放置(0.1分)； 6. 专人负责菌(毒)种管理；有菌种、毒株的管理规定与流程、应急预案；菌种、毒株收集、取用有相应的过程记录(0.1分)； 7. 针对实验室工作可能的传染病有职业暴露应急措施和处置流程并培训(0.2分)； 8. 有安全事件应急预案，有辐射等损伤具体处置流程和规范，并组织相关人员培训、演练(0.2分)。	1
2.8.121.4	病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从		1. 制定有相应的程序文件及标准操作规程(0.3分)； 2. 操作人员经过培训考核(0.3分)；	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。	现场检查 员工操作 员工访谈	3. 员工熟练掌握操作流程及生物安全防护知识，掌握实验室应急处理流程(0.2分)。	
2.8.121.5	从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工操作	1. 获批相应级别的生物安全实验室备案证明(0.2分); 2. 按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识(0.2分); 3. 操作人员严格遵守操作规程，无生物污染事件发生，无实验室医源性感染(0.1分)。	0.5
(一百二十二)建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。				
2.8.122.1	按照国家法律法规和行业规范，建立检查检验结果互认工作管理制度。	文件查阅	1. 建立本院检查检验结果互认的工作管理制度(0.2分); 2. 公示检验检查结果互认项目清单，便于社会公众查询了解(0.1分)。	0.3
2.8.122.2	组织员工进行培训，并有规范的工作流程及记录。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 定期对员工开展培训(0.2分); 2. 现场查看检验检查结果互认工作流程规范、顺畅(0.2分); 3. 互认的检查检验项目应当标注其相应的互认范围+互认标识(0.2分); 4. 医务人员加强医患沟通，对于检查检验项目未予互认的，充分告知复检的目的及必要性(0.1分); 5. 访谈员工知晓相关内容(0.1分)。	0.8
2.8.122.3	配置有与互认工作相匹配的，有效、便捷的设备和设施，并定期反馈使用情况。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈	1. 加强信息平台建设，提供方便、快捷、有效的查询服务(0.2分); 2. 科室有定期自查，分析，职能部门有督查、反馈、整改(0.2分)。	0.4

九、输血管理与持续改进(8分)

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(一百二十三)落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供24小时输血服务的能力，满足临床工作需要。			
2.9.123.1 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用管理办法》和《临床输血技术规范》等有关法律规定和规范，成立临床用血管理委员会，制定本院临床用血管理制度并落实。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定临床用血管理制度，并及时修改(0.1分)； 2. 每年至少一次对全院医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度、输血及无偿献血知识等培训并有考核；用血科室有针对性地对本专业特点进行相关输血知识培训；医务人员熟知相关制度(0.1分)； 3. 医疗机构制定临床用血计划，与指定供血单位签订供血协议，无非法渠道用血、自采和自供血液行为(0.1分)。	0.3
2.9.123.2 按照法律法规规范要求，设置输血科或血库，人员配置、布局和设备设施满足医院输血工作需要。	文件查阅 记录查看 现场查看	1. 输血科人员配置：具备输血、检验、医疗、护理等专业知识，并接受输血相关理论和实践技能的培训和考核；输血科工作人员无影响履行输血专业职责的疾病(0.1分)； 2. 输血科主任应具有高级专业技术职称资格，从事输血技术工作五年以上，有丰富的输血相关专业知识及管理能力(0.1分)； 3. 输血科位置：远离污染源，靠近手术室和病区，布局应符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，业务用房面积达到相关要求。至少应设置血液入库前的血液处置室、储血室、发血室、血液标本处理室、输血相容性检测实验室，值班室和资料保存室(0.1分)； 4. 查看输血科设备：根据不同的血液成分储存温度要求，配备2-6℃及-18℃以下专用储血冰箱、血型血清学专用离心机、血小板保存箱、显微镜、融浆机(血浆解冻箱)、专用取血箱、标本离心机、计算机及输血管理信息系统等仪器设备(0.1分)； 5. 强检设备符合检定要求(0.1分)。	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.9.123.3	明确输血科各岗位职责，员工履职业能力符合要求。	文件查阅 记录查看 员工访谈 员工操作	1. 输血科岗位职责、工作制度、技术规范与操作流程健全(0.2分)； 2. 定期评估人员能力和表现，评估间隔不超过1年，新进员工在最初6个月内至少接受2次能力评估，并记录。当职责变更时，或离岗6个月以上再上岗时，或政策、程序、技术有变更时，员工应接受再培训和再评估，合格后方可继续上岗(0.2分)； 3. 员工熟知岗位职责和技能操作(0.2分)。	0.6
2.9.123.4	具有提供24小时输血服务的能力，满足临床需要。	文件查阅 记录查看 现场查看 员工操作	1. 血液库存预警机制健全，能及时掌握预警信息(0.1分)； 2. 有血液库存量的管理要求，能24小时为临床提供供血服务(0.1分)； 3. 有特殊用血(如稀有血型)应急协调机制，确保急诊抢救用血(0.1分)； 4. 有应急用血时工作人员、后勤(通信、人员、交通等)保障能力(0.1分)； 5. 有应急演练及分析总结，对存在问题的整改(0.2分)。	0.6
(一百二十四)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，促进临床安全、有效、科学用血。				
2.9.124.1	加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应症开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。	文件查阅 记录查看 现场查看 员工访谈 病历检查 病案检查	1. 执行临床用血全过程管理，包含知情告知、用血申请、标本采集、输血前评估、输血后效果评价、病程记录、输血观察、输血不良反应监测与报告等(0.3分)； 2. 严格遵循输血适应症开展用血，并根据规定完成用血审批(0.5分)； 3. 开展输血前后评估，输血记录完整规范：包括输血原因、不同输血方式的选择、输注成分、血型和数量、输注起始时间、输血过程观察情况、有无输血不良反应等内容；手术输血患者的手术记录、麻醉记录、护理记录和术后记录中输血量与发血量的一致性(0.2分)。	1
2.9.124.2	严格掌握输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。	文件查阅 记录查看 现场查看	1. 医患双方在输血前共同签署的输血治疗知情同意书；输血前检查项目齐全，包含患者的血型、肝功能、感染筛查(乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体)(0.2分)；	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
		员工操作 病历检查 病案检查	2. 输血科参与疑难血病例的诊断、会诊与治疗、指导临床合理用血(0.2分)； 3. 临床用血科室有自查、总结、分析及对存在问题的整改(0.2分)； 4. 职能部门有督查、分析、反馈、整改落实(0.2分)； 5. 在院内开展临床用血评价及公示，有临床医师合理用血评价结果用于个人业绩考核与用血权限认定的管理规定(0.2分)。	
(一百二十五)建立与麻醉科和手术科室的有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。				
2.9.125.1	建立与麻醉科和手术科室有效沟通机制，制定自体输血的流程与规范，积极开展自体输血	文件查阅 记录查看 现场查看 员工操作	1. 麻醉科、手术室与输血科沟通的流程顺畅，落实到位，能有效保障术中输血及时、合理、安全(0.3)； 2. 自体输血管理制度和技术规范健全，开展自体输血等血液保护相关技术，配备开展血液保护相关技术的人员，有支持开展血液保护相关技术的设备条件，如：血液回收机、血液成分分离机等设备，开展自体输血工作落实到位。联合应用术前自身贮血、术中急性等容血液稀释及血液回收等技术(0.5分)； 3. 自体输血和异体输血量、自体输血率达到三级综合医院自体输血率 $\geq 20\%$ 的要求。[自体输血率(%)=自体血总量(U)÷(手术科室患者异体红细胞总用血量+自体血总量)×100%](0.2分)。	1
2.9.125.2	严格掌握术中输血适应征，合理、安全输血。	文件查阅 记录查看 病历检查 员工访谈	1. 手术中用血的相关制度与流程规范，参与手术人员知晓并严格掌握手术用血指征(0.5分)； 2. 严格把握术中输血适应征(0.3分)； 3. 主管部门对术中输血有督查、监管，每季度对存在问题有分析、整改(0.2分)。	1
(一百二十六)开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害(输血传染疾病、严重不良反应)的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。				
2.9.126.1	开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害	文件查阅 记录查看	1. 血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度健全，血液储存、运送符合国家有关标准和要求。血液贮存情况(存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等)有定期监测的记录(0.2分)；	1

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(输血传染疾病、严重不良反应)的方案。	现场检查 员工访谈	<p>2. 有控制包括输血传染疾病、严重不良反应等输血严重危害发生的预案及处理方案；有其它输血相关应急事件(包括紧急用血、关键设备故障、信息网络故障、停电等)的处理预案(0.2分)；</p> <p>3. 访谈相关人员知晓临床用血不良事件报告制度及各类应急预案处置流程(0.2分)；</p> <p>4. 输血科有自查、分析及整改落实情况(0.2分)；</p> <p>5. 职能部门对血液质量管理有督查、监管，每季度对存在问题有分析、整改(0.2分)。</p>	
2.9.126.2 落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。	文件查阅 记录查看 现场查看 员工操作	<p>1. 输血相容性检测管理制度完善，输血前检验项目包括：血型ABO正反定型、Rh(D)血型鉴定、交叉配血、不规则抗体筛查及输血感染性疾病免疫标志物等；需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作患者进行输血相容性检测检查；交叉配血方法齐全，能检测有临床意义的抗体(0.2分)；</p> <p>2. 室内质量控制的管理体系健全，包括：质量控制品的技术规则定义、质量控制品常规使用前的确认、实施质量控制的频次，质量控制品检测数据分析方法，质量控制规则的选定，相容性检测室内质控操作流程、室内质量实施控制流程、室内质控方案(0.3分)；</p> <p>3. 参加省级或国家级室间质评，按常规检测方法与常规检测标本同时进行，不得另选检测系统，且成绩合格。对于室间质量评价不合格的项目，应采取纠正措施，有对其进行培训与管理的记录(0.3分)；</p> <p>4. 科室有自查、分析、整改，有数据体现整改效果或形成新制度、规范、流程和举措等(0.2分)。</p>	1

十、医院感染管理与持续改进(15分)

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
--------	------	------	----

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百二十七)按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度(试行)》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。				
2.10.127.1	建立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。	文件查阅 记录查看	<p>1. 建立医院感染管理委员会、医院感染管理科和临床医技感控小组的三级医院感染管理组织，委员会结构合理，感染管理部门人员按照《医院感染管理专业人员培训指南》的要求完成专业培训，医技临床感控小组人员设置符合《病区医院感染管理规范》的要求(0.1分)；</p> <p>2. 医院感染管理组织有工作制度、职责及工作记录(0.2分)；</p> <p>3. 每年至少2次召开委员会常规会议；委员会会议有会议记录、会议纪要、决议执行单，执行效果追踪等(0.2分)。</p>	0.5
2.10.127.2	根据国家法律法规、标准要求以及《医疗机构感染预防与控制基本制度》，制定并及时完善医院感染管理和控制制度并落实。	文件查阅 员工访谈	<p>1. 制定医院感染管理和控制制度，并及时更新完善(0.2分)；</p> <p>2. 访谈员工知晓相关内容(0.1分)。</p>	0.3
2.10.127.3	医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。	文件查阅 记录查看 员工访谈	<p>1. 制定应急预案，建立医院感染事件报告责任制，组建感控应急处置专家组，明确医院感染事件监测、报告、应急处置的部门及人员职责(0.1分)；</p> <p>2. 每年有应急预案培训考核计划并组织实施，相关部门及人员知晓医院感染事件应急报告和处置流程(0.1分)；</p> <p>3. 每年开展应急演练，有应急演练脚本及演练实施记录，对应急演练进行总结，并根据国家相关文件要求及应急演练结果对预案存在问题进行整改(0.2分)；</p> <p>4. 对医院感染暴发、疑似医院感染暴发及时进行调查和处置，并按规定的流程进行报告和处置，有记录(0.1分)。</p>	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.10.127.4	医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实，包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。医院员工(含外聘人员)掌握有关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用。	记录查看 现场检查 员工访谈 员工操作	1. 每年有院科两级的培训考核计划，明确不同层级、不同岗位工作人员接受感控知识培训的形式、内容与方法(0.2分)； 2. 有培训和考核实施工作记录，有总结分析报告(0.2分)； 3. 现场员工访谈和操作，员工掌握医院感染防控知识和技能(0.1分)。	0.5
(一百二十八)按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，控制并降低医院感染风险。				
2.10.128.1	医院对重点部门、重点环节、重点人群有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。	文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查 员工访谈 员工操作	1. 每年制定重点部门、重点环节、重点人群的监测内容清单，根据国家规范、标准明确监测的范围、方法、监测质量控制要求(0.2分)； 2. 制定监测数据目录清单和数据核查指引，明确数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴等要素，明确实施监测的责任主体部门、参与部门及其职责，至少每季度开展数据分析(0.2分)； 3. 制定并发布监测计划，监测相关人员知晓监测计划、方法、监测质量控制要求，操作正确(0.2分)； 4. 实施监测计划，收集监测数据，有相关工作记录(0.2分)。	0.8
2.10.128.2	医院对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高危险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。	记录查看 现场检查	1. 至少每季度对监测结果进行分析评估，提出本院的医院感染高危险因素，制定针对性措施，有分析评估报告(0.2分)； 2. 至少每季度将监测结果反馈到科室，并报送有关部门(0.2分)； 3. 职能部门至少每季度对存在问题进行讨论，制定针对性措施并落实，有会议记录、工作记录(0.4分)； 4. 有事实或数据说明，重点部门、重点环节、重点人群与感染高风险因素得到有效控制(0.2分)。	1

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值	
(一百二十九)医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。				
2.10.129.1	定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程，有相关报告或反馈记录。	文件查阅 记录查看 数据核查	<p>1. 院科两级医院感染管理组织至少每季度对医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势进行监测分析，并横向比较(0.2分)；</p> <p>2. 定期开展院科两级层面的医院感染风险评估，有评估记录和报告，其中院级风险评估至少每年一次，重点科室风险评估至少每季度一次(0.2分)；</p> <p>3. 对存在的问题进行分析、整改(0.3分)；</p> <p>4. 有数据体现整改效果或形成新制度、规范、流程和举措等(0.3分)。</p>	1
2.10.129.2	按照本院医院感染防控制度规定的周期向全院发布全院感染监测数据，及时将感染监测的数据和分析反馈临床科室。	文件查阅 记录查看 数据核查 员工访谈	<p>1. 有明确的医院感染监测数据发布渠道，医务人员能方便、及时查阅监测数据信息(0.2分)；</p> <p>2. 职能部门至少每季度发布监测数据及分析报告，有记录(0.3分)；</p> <p>3. 临床科室对照发布的监测数据，对本科室存在的问题提出整改措施并落实(0.3分)；</p> <p>4. 院科两级医院感染管理人员知晓感染率变化趋势、危险因素及管理重点(0.2分)。</p>	1
(一百三十)消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。				
2.10.130.1	医院按照国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈 员工操作	<p>1. 建立有消毒、灭菌和隔离工作制度、操作规程及质量控制要求，明确各项监测指标(0.2分)；</p> <p>2. 现场查看员工按相关制度、工作标准、操作规程对诊疗器械、器具、用品和各类环境进行清洁消毒灭菌，对感染患者实施隔离，人员操作正确，有工作记录(0.2分)；</p> <p>3. 科室有自查、分析、整改措施并落实(0.2分)；</p> <p>4. 职能部门有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实(0.2分)；</p>	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			5. 有数据体现整改效果或形成新制度、规范、流程和举措等(0.2分)。	
2.10.130.2	医院提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员应能够正确使用消毒与防护用品。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈 员工操作	1. 制定医院消毒与防护用品使用相关规定、操作流程(0.1分); 2. 有本院消毒剂、消毒设备设施和个人防护用品的清单，有合法资质证明材料(0.1分); 3. 消毒剂、消毒设备设施和个人防护用品配置到位，管理符合相关规定，员工操作正确，消毒设备设施有使用、保养记录(0.1分); 4. 员工操作正确，知晓个人防护要求及职业暴露处置流程，个人防护得当(0.1分); 5. 职能部门定期进行监督检查和持续改进，有工作记录(0.1分)。	0.5
2.10.130.3	重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈 员工操作	1. 制定重点部门环境和重点部位的清洁、消毒、隔离及卫生学监测的相关制度及操作流程(0.1分); 2. 现场查看重点部门的布局流程合理，环境温湿度、卫生学指标符合相关标准和规范要求(0.2分); 3. 访谈员工知晓重点部门、重点部位的清洁、消毒、隔离要求，操作方法正确(0.1分); 4. 职能部门与重点科室感染管理小组定期进行监督检查和持续改进，有相关工作记录(0.1分)。	0.5
(一百三十一)按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。				
2.10.131.1	根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。	文件查阅 记录查看	1. 建立医院手卫生管理制度(0.2分); 2. 结合医院实际情况确定手卫生改善策略，包括但不限于宣传、培训教育、监测、评估、反馈、绩效考核等(0.2分);	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			3. 有实例说明，通过落实手卫生改善策略，手卫生工作得到明显改善，依从性不断提高(0.1分)。	
2.10.131.2	充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性的监测与反馈。	记录查看 数据核查 现场检查 员工访谈 员工操作	1. 手卫生设备设施配置到位，符合手卫生规范要求，工作人员手卫生方法正确(0.2分)； 2. 制定手卫生依从性监测计划，明确监测部门和责任人、监测方法，科级至少每月一次、职能部门至少每季度一次进行监测，监测方法科学(0.2分)； 3. 按医院规定的周期实施手卫生依从性监测，收集和核查数据，进行评估和反馈，有记录(0.3分)； 4. 职能部门和科室分别对手卫生落实情况进行监督检查，并持续改进，有记录(0.3分)。	1
(一百三十二)有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。				
2.10.132.1	根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序。针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防与控制等环节，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协调机制。	文件查阅 记录查看 现场检查 病历检查 病案检查	1. 根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点，明确监测和管理的目标菌，纳入目标防控的多重耐药菌包括但不限于：耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐万古霉素的粪肠球菌和屎肠球菌(VRE)、耐碳青霉烯类抗菌药物的大肠埃希菌(CR-EC)和肺炎克雷伯菌(CR-KP)、耐碳青霉烯类抗菌药物鲍曼不动杆菌(CR-AB)和耐碳青霉烯类抗菌药物铜绿假单胞菌(CR-PA)，制订并落实多重耐药菌感染预防与控制规范，确定核心防控措施(0.2分)； 2. 建立包含多重耐药菌感染诊断、监测、感染预防与控制、护理、重症医学、临床微生物学和临床药学在内的多学科协调机制，明确各部门的职责(0.2分)； 3. 落实防控核心措施，多重耐药菌感染在院患者、感染防控措施落实到位，病历、病案相关记录完善(0.4分)；	1.2

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			4. 院科两级对标本采集、送检、检测规范性以及多重耐药菌核心防控措施落实情况进行监督检查和持续改进，有记录(0.2分)； 5. 多部门协调解决多重耐药菌管理中存在的问题，有记录或相关案例(0.2分)。	
2.10.132.2	定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。	记录查看 数据核查	1. 制定微生物室检测和医院感染管理数据信息收集、汇总分析的计划，明确数据统计分析和反馈的周期(至少每季度一次)、信息推送渠道、相关责任部门和人员职责(0.2分)； 2. 按规定的周期收集、统计微生物室检测和医院感染管理数据信息，进行数据核查，向临床推送相关信息，临床方便获取相关信息(0.2分)； 3. 按规定的周期分析微生物室检测和医院感染管理数据信息，有管理目标菌耐药趋势图，进行横向比较(0.2分)； 4. 按规定的周期评估本院细菌耐药流行情况，对抗菌药物管理提出建议，并进行宣传培训，有实施记录(0.3分)； 5. 有数据或事实说明，经过多部门协调管理，不断规范临床标本送检及多重耐药菌感染防控，抗菌药物的临床应用更合理(0.1分)。	1
(一百三十三)建立侵入性器械/操作相关感染控制制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。				
2.10.133.1	医院有建立侵入性器械/操作相关感染控制制度；侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。	文件查阅 记录查看 员工访谈 员工操作	1. 根据本医院临床使用的侵入性器械(包括但不限于导尿管、呼吸机、血管导管、透析)、手术及其他侵入性操作(包括介入诊疗操作、内镜诊疗操作、CT/超声等引导下穿刺诊疗等)，制定相关感染控制制度和具体实施方案(0.2分)； 2. 开展培训考核，医务人员熟练掌握核心防控措施及操作规程，有培训考核实施记录(0.2分)；	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.10.133.2	医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。	记录查看	建立本医院临床使用的侵入性器械/操作、手术以及其他侵入性操作的名录(0.2分)。	0.2
2.10.133.3	根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。	记录查看 数据核查	1. 制定侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点的清单(0.2分); 2. 对风险点实施数据监测，每季度至少开展一次统计分析，有记录(0.2分); 3. 定期开展风险评估，根据风险评估结果调整核心感染防控措施(0.2分); 4. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.3分); 5. 能职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.3分)。	1.2
(一百三十四)按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员认培训。				
2.10.134.1	按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。	文件查阅 记录查看	1. 建立医疗废物管理责任制，健全组织架构图，明确院科两级、外包服务提供方及医疗废物集中处置单位的管理责任，明确相关部门、岗位和人员职责(0.2分); 2. 制定医疗废弃物、废水的管理制度、工作流程、应急预案、个人防护标准及职业暴露报告及处置流程(0.2分)。	0.4
2.10.134.2	医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范，对从事分类收集、运送、暂存等工作人员采取的职业防护措施符合规范。	记录查看 现场检查	1. 医疗废弃物暂存处建筑布局符合要求，废弃物收集容器、转运工具、消毒设施符合要求(0.1分); 2. 医疗废弃物分类收集、转运、暂存、登记、交接记录规范，评审周期内未因违规受处罚(0.1分); 3. 医疗废水设备设施齐全，运行良好，处理流程符合规范，排放达标，未因违规排放受处罚(0.2分); 4. 个人防护措施配置到位，个人防护合格，工作人员建立健全	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			<p>康档案，定期体检；工作人员按规定的流程进行职业暴露处置和报告，有记录(0.2分)；</p> <p>5. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.2分)；</p> <p>6. 职能部门每季度有检查评价、分析、反馈，并督导整改措施的落实(0.2分)。</p>	
2.10.134.3	加强相关人员培训。对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员，根据岗位需要进行有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面的培训。	记录查看 员工访谈 员工操作	<p>1. 每年制定相关人员岗前培训和继续教育的计划，培训内容包含有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面(0.1分)；</p> <p>2. 有培训考核记录(0.2分)；</p> <p>3. 访谈员工知晓本岗位相关的法规、制度和规范，熟练掌握工作流程、个人防护要求、职业暴露处置报告流程，操作正确(0.2分)。</p>	0.5

十一、中医诊疗质量保障与持续改进(6分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百三十五)中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》《关于进一步加强综合医院中医药工作推动中西医协同发展的意见》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。				
2.11.135.1	中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求。	文件查阅 记录查看 现场检查	<p>1. 中医诊疗科室设置和人员配备符合《综合医院中医临床科室基本标准》(0.3分)；</p> <p>2. 严格落实《中医病历书写基本规范》等病历管理规定，执行《中医病证分类与代码》《中医临床诊疗术语》(修订版)，规范中医病历书写和中医药用语(0.3分)；</p> <p>3. 将中西医临床诊疗服务全过程纳入医院医疗管理制度与控制体系，实施中西医结合的诊疗指南、技术规范和临床路径，加强对中西医临床诊疗的医疗质量管理与评价，充分运用医疗质量管理体系和信息化手段开展日常医疗质量和控制(0.5分)；</p> <p>4. 按照《中药处方格式及书写规范》等文件规定建立中药处方点评制度，加强中药处方质量管理，促进中药合理使用(0.4分)。</p>	1.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
2.11.135.2	中药房与中药煎药室设置符合相关法律法规的要求。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 中药房、煎药室布局合理，相应设施设备符合要求，提供中药饮片、中成药和中药配方颗粒调剂服务以及中药饮片煎煮服务(0.4分)； 2. 有中药房、煎药室管理制度及操作规范、流程(0.4分)； 3. 中药房人员资质符合要求(0.4分)； 4. 现场查看工作人员熟悉操作流程(0.3分)。	1.5
(一百三十六)建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。				
2.11.136.1	建立中医诊疗规范，推进中西医结合诊疗服务。	文件查阅 记录查看 员工访谈 病案检查	1. 根据国家中医药相关指南，建立常见疾病的中医诊疗规范(0.3分)； 2. 将中医纳入多学科会诊体系，在院内会诊、多学科诊疗等相关制度和流程中明确鼓励中医类别医师参加(0.2分)； 3. 对临床类别医师开展中医药专业知识轮训，使之具备本专业领域的常规中医诊疗能力，逐步做到“能西会中”，推进中西医结合诊疗服务覆盖医院主要临床科室(0.3分)； 4. 访谈员工知晓中医诊疗规范(0.2分)；	1
2.11.136.2	开展中医特色护理。	文件查阅 记录查看 员工访谈 病案检查	1. 制定中医特色的护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色(0.3分)； 2. 护士长具有主管护师及以上职称，从事中医临床护理5年以上，护士上岗前接受过中医药知识技能培训(0.3分)； 3. 科室有定期自查、总结分析、整改措施并落实(0.3分)； 4. 职能部门有定期督查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.3分)； 5. 访谈护理人员知晓中医护理常规、操作规程(0.2分)。	1.4
2.11.136.3	提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	文件查阅 病案检查	1. 制定中医特色的康复和健康指导的规范(0.3分)； 2. 实施具有中医特色的康复和健康指导，并在病历中体现(0.3分)。	0.6

十二、康复医学管理与持续改进(7分)

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值	
(一百三十七)贯彻落实国家八部委《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》，健全完善康复医疗服务体系，保障康复服务质量。				
2.12.137.1	规范设置医院康复医学科，加强康复医疗服务建设，保障康复医疗服务供给。	文件查阅 记录查看 现场检查 病历检查	<p>1. 医院的康复医学科设置符合《综合医院康复医学科基本标准(试行)》(0.4分)；</p> <p>2. 康复医师及治疗师均有相对应专业资质，持证上岗；康复医疗专业设备配置符合规范；康复医学科以外病区配置康复、理疗设施的，应有规范的授权管理(0.2分)；</p> <p>3. 积极推动神经康复、骨科康复、中医康复等康复医学亚专科建设，开展亚专科细化的康复评定、康复治疗、康复指导和康复随访等服务(0.4分)。</p>	1
2.12.137.2	创新康复医疗服务模式，提高基层康复医疗服务能力。	文件查阅 记录查看 现场检查	<p>1. 医院通过“互联网+”、家庭病房、上门巡诊等方式将机构内康复医疗服务延伸至社区和居家(0.5分)；</p> <p>2. 通过医联体、对口支援、远程培训等方式，发挥优质康复医疗资源辐射和带动作用，提高基层医疗机构康复医疗服务能力和水平(0.5分)。</p>	1
(一百三十八)按康复诊疗指南/规范，为需要康复治疗的患者明确诊断与功能评估，制订康复治疗计划，实施康复治疗训练，保证质量与安全；开展临床早期康复介入服务，促进持续改进。				
2.12.138.1	有康复诊疗各项管理制度与诊疗规范。	文件查阅 记录查看 现场检查 病历检查	<p>1. 制定有康复诊疗各项管理制度与诊疗指南、操作规范并实施(0.4分)；</p> <p>2. 定期开展康复医学制度和诊疗技术规范、操作流程的培训，有记录(0.4分)；</p> <p>3. 访谈员工知晓康复诊疗相关内容(0.2分)。</p>	1
2.12.138.2	按规范开展康复治疗，定	文件查阅	<p>1. 对康复患者有明确诊断与功能评估并制订康复治疗计划(0.2分)；</p>	1

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值	
期评价康复治疗效果，全程有记录。	记录查看 现场检查 病历检查	2. 康复医师、治疗师需向患者及其家属、授权委托人说明康复治疗计划/方案，包括各种程序的内容与训练目的、方向性、期间、预后预测、禁忌等；康复治疗计划由康复医师、治疗师、护士、患者及家属共同落实(0.2分)； 3. 患者在治疗前、治疗中、治疗后有定期康复治疗与训练效果评定、无效中止康复训练的标准与程序(0.3分)； 4. 有康复相关医疗文书书写规范要求和质控标准，康复治疗全过程病人状况在病历中有记录(0.3分)。		
2.12.138.3	开展早期康复介入服务，对出院康复患者有后续康复指导，保障康复训练连续性。	文件查阅 记录查看 现场检查 病历检查	1. 开展临床早期康复介入服务，选派康复医师和治疗师深入临床科室，与科室建立协作的工作模式，为有康复治疗需要的患者提供早期、专业的康复医疗服务(0.2分)； 2. 需要康复治疗的住院患者由康复医师会诊，并与主管医生共同确定康复治疗计划或方案(0.2分)； 3. 对转入专业康复机构、社区及家庭的患者提供转诊后康复训练指导方案，保障康复训练的连续性(0.3分)； 4. 有康复患者及家属满意度评价的制度与流程，并组织实施(0.3分)。	1
2.12.138.4	有康复医学质量与安全控制指标，科室定期分析指标完成情况。	文件查阅 记录查看 现场检查 病历检查	1. 制定有康复医学质量与安全控制指标(0.2分)； 2. 科室定期对指标完成情况进行自查、总结分析，对负性指标有针对性的改进措施(0.2分)； 3. 主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.3分)； 4. 有数据或事实体现改进效果(0.3分)。	1
2.12.138.5	有康复过程意外紧急处置预案，相关人员知晓并定期演练。	文件查阅 记录查看 现场检查 病历检查	1. 有康复过程意外紧急处置预案与流程(0.3分)； 2. 有落实预防并发症、预防二次残疾的具体措施(0.3分)； 3. 开展康复治疗训练人员相关理论知识、技能操作与意外紧急处理方法的培训，并定期演练(0.4分)。	1

十三、艾滋病和性病管理与持续改进(5分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百三十九)贯彻落实《艾滋病防治条例》《性病管理办法》等法律法规、规范和技术标准，加强培训，提升医疗服务质量。				
2.13.139.1	成立防治工作管理组织，建立健全相关制度、流程、诊疗规范。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 医院成立性病艾滋病防治工作领导小组（包括规范化性病门诊领导小组），有专门部门或专（兼）职人员负责管理，职责明确(0.4分)；	1
			2. 制定有艾滋病、性病管理相关制度、流程、诊疗规范(0.4分)；	
			3. 按自治区规范设置性病门诊，并通过验收(0.2分)。	
2.13.139.2	开展艾滋病、性病相关法律法规及诊疗规范等相关知识培训，提高医务人员防治水平。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 制定有医院艾滋病、性病防治培训年度计划及考核规定(0.4分)；	1
			2. 定期开展学习《艾滋病防治条例》《性病管理办法》等法律法规、诊疗规范、操作规程及自治区相关配套文件的培训、考核(0.4分)；	
			3. 员工访谈知晓相关知识(0.2分)。	
2.13.139.3	建立性病艾滋病防治质量控制标准，持续改进防治工作。	文件查阅 记录查看	1. 根据《广西壮族自治区医疗机构性病诊疗质量评价标准》制定有医院防治艾滋病性病质量控制指标(0.2分)；	1
			2. 科室定期自查、分析、整改(0.2分)；	
			3. 主管部门定期进行检查、分析，并对存在问题及时整改(0.3分)；	
(一百四十)开展性病艾滋病防治知识健康教育，落实疫情报告制度。				
2.13.140.1	开展性病艾滋病防治知识健康教育。	文件查阅 记录查看 患者访谈 现场检查	1. 医院制定有性病艾滋病防治知识健康教育相关规定(0.3分)；	1
			2. 通过官网、公众号、宣传栏等多渠道进行艾滋病性病防治宣传(0.2分)；	
			3. 有向公众开展健康教育和咨询的资料和性病艾滋病防治知识健康教育活动的工作记录(0.3分)；	
			4. 访谈经性病门诊治疗的在治患者，艾滋病防治知晓率达90%(0.2分)。	
2.13.140.2	有专门部门或专（兼）职人员负责性病艾滋病疫	文件查阅 记录查看	1. 制订《传染病如结核病、艾滋病、性病疫情信息监测报告的制度》和流程，制定《艾滋病保密制度》(0.2分)；	1

	情报告与管理工作，实行网络直报。	员工访谈 现场检查 病历检查	2. 专人负责传染病如结核病、艾滋病、性病疫情报告与管理工作，性病疫情报告前必须经皮肤性病科医生确诊(0.2分)； 3. 执行首诊负责制度，落实登记制度(0.2分)； 4. 有传染病如结核病、艾滋病、性病网络信息管理相关规定，明确疫情查询使用的权限(0.2分)； 5. 主管部门对疫情进行检查、分析、反馈，并对存在问题及时整改(0.2分)。	
--	------------------	----------------------	---	--

第三章 医院管理（92分）

一、管理职责与决策执行机制(12分)

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(一百四十一)制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。			
3.1.141.1 制定医院章程，建立健全医院内部治理体系、议事规则、办事程序，提高医院运行效率。	查阅资料 文件查阅 员工访谈	1. 制定有医院章程(0.5分)； 2. 查看医院内部决策制度，包括决策原则、决策范围、决策程序、执行程序等方面内容(0.5分)； 3. 医院有岗位职责汇编，院领导班子分工红头文件(0.1分)； 4. 访谈院领导班子成员、院办、人事科、财务科、后勤保障部、科教科、纪检监察室及重要业务职能科室负责人。【访谈提纲：本人分管/担任负责人的职能部门职责与本岗位责任；医院规定的议事规则及执行、落实情况；仍然从事临床专业工作的兼职院领导和职能部门负责人的周程安排；行政查房方式、时间和基本内容构成；相关重大事前论证规则和程序。收集、反馈员工建议和意见的渠道、方式和鼓励措施】(0.5分)； 5. 访谈医院职工代表大会非领导或中层干部代表。【访谈内容：医院对职工代表提出意见、建议、提案的回复办理情况；“三重一大”事项向职代会通报并接受监督情况；职工参与医院管理，提出意见、建议的渠道等。】(0.4分)。	2
(一百四十二)公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医			

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
院党委与行政领导班子议事决策制度。				
3.1.142.1	在章程中明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用。	文件查阅 记录查看	1. 查看医院章程有明确的医院党委职责(0.2分); 2. 医院“三重一大”事项决策体现集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定原则，凡属“三重一大”事项均召开医院党委会议集体研究决定，发挥党委集体讨论决定的领导作用(0.3分)。	0.5
3.1.142.2	实施党委领导下的院长负责制。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 医院章程、职责制度体现实施党委领导下的院长负责制。将党组织的设置形式、地位作用、职责权限和党务工作机构、经费保障等内容要求写入医院章程，明确党组织在医院决策、执行、监督等缓解的权责和机制，把党的领导融入医院治理各环节(0.2分); 2. 医院在医、教、研、行政管理决策工作中落实党委领导下的院长负责制，支持院长依法依规负责地行使院长职权(0.3分)。	0.5
3.1.142.3	健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 参照国家和自治区印发的公立医院党委会议和院长办公会议议事规则示范文本修订完善议事规则，明确“三重一大”事项，建立健全党委书记和院长经常性沟通制度。(0.2分); 2. 访谈院领导班子成员、院办、人事科、财务科、后勤保障部、科教科、纪检监察室及重要业务职能科室负责人，知晓医院议事决策规则并执行(0.3分)。	0.5
(一百四十三)医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。				
3.1.143.1	根据其功能、任务，设置合理的管理机构，部门职能、职责划分明确。	文件查阅 记录查看	1. 根据功能、任务，设置合理的管理机构，组织架构图能清晰明了(0.2分); 2. 各部门职能职责划分明确，有岗位职责说明书(0.3分)。	0.5
3.1.143.2	各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制，履行协调职能，提高工作效率。	文件查阅 记录查看	1. 建立有部门和科室间的沟通协调机制(0.1分); 2. 按要求召开多部门联席会议，有会议记录、决议、执行单(0.2分); 3. 会议议题明确，议定事项有落实(0.2分);	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			4. 有牵头部门监督、检查，有体现整改的资料(0.2分)； 5. 有数据体现整改效果或形成新制度、规范、流程和举措等(0.1分)。	
3.1.143.3	根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度，并及时修订完善。	文件查阅 员工访谈	1. 按法律、法规、规章规范以及相关标准，结合实际，制定各项规章制度(0.2分)；	0.8
			2. 及时修订完善各项规章制度(0.1分)；	
			3. 访谈员工知晓相关制度(0.5分)。	
3.1.143.4	各部门和科室命名规范，与医院文件一致。	现场查看	医院各部门及科室命名规范，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目相符(0.2分)。	0.2
(一百四十四)医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。				
3.1.144.1	医院建立全员学习机制，强化学习文化。	文件查阅 记录查看	1. 制定加强医院文化建设的举措相关规定，打造医院文化长廊、职工学习之家等，营造医院浓厚的学习氛围(0.2分)；	1.0
			2. 建立全员学习机制，对员工文化教育、进修学习等方面有激励措施(0.2分)；	
			3. 有年度全员学习培训计划并实施(0.3分)；	
			4. 有数据或事实体现医院文化建设有成效(0.3分)。	
3.1.144.2	定期对员工进行政策法规、管理能力培训与教育，有考核机制，员工知晓。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 每年至少2次对员工开展法律法规、管理能力培训，有培训资料(课件、照片、试卷等)(0.2分)；	0.5
			2. 有体现培训考核的相关规定(0.1分)；	
			3. 员工知晓相关规定(0.2分)。	
3.1.144.3	定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。	记录查看 员工访谈	1. 院科两级定期对党政、医务、后勤、财务、信息等部门员工进行专业技能、质量安全培训与教育(0.1分)；	0.7
			2. 科室有培训计划、总结资料(0.2分)；	
			3. 职能部门有督导、总结、分析、反馈(0.2分)；	
			4. 访谈员工知晓相关内容(0.2分)。	
(一百四十五)加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。				
3.1.145.1	加强院务公开管理，有指定部	文件查阅	1. 成立有院领导牵头的院务公开领导小组，有指定部门负责，	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	门、工作制度与程序。	员工访谈	职责明确(0.3分); 2. 制定有院务公开管理制度与公开内容程序(0.3分); 3. 访谈领导小组成员及部门负责人知晓相关工作制度与程序(0.2分)。	
3.1.145.2	按照国家有关规定向社会及员工公开信息。有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。	记录查看 现场查看 员工访谈	1. 现场查看有院务公开内容、形式、程序和公示时限符合相关规定(0.3分); 2. 有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议(0.2分); 3. 访谈员工知晓院务公开相关信息(0.2分); 4. 有职能部门对院务公开工作进行检查、分析、总结(0.3分); 5. 医院有事实或数据体现持续改进(0.2分)。	1.2
(一百四十六)对对外委托服务质量与安全实施监督管理。				
3.1.146.1	对对外委托服务质量与安全实施监督管理，有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法有项目评估和监督考核机制。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈	1. 制订对外委托服务项目的遴选、管理等相关制度和办法(0.3分); 2. 相关招标及合同书符合规范(0.2分); 3. 职能部门与专人负责外包业务管理有严格的质量监控措施(0.3分); 4. 每季度至少开展一次督查，有督查资料(0.3分); 5. 对外委托服务项目需进行专项审计(0.3分); 6. 有体现持续改进对外委托服务项目(或外包)服务质量的案例资料(0.3分); 7. 访谈员工及患者(0.3分)。	2

二、人力资源管理(12分)

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(一百四十七)建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务			

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
和质量安全管理等工作需要。				
3.2.147.1	建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 有人力资源管理制度(0.2分); 2. 设置专职人力资源管理部门,职责明确(0.1分); 3. 人力资源管理制度及规定,有多种渠道公布,方便职工查询(0.2分); 4. 随机抽查不同科室、岗位和级别员工对本岗位职位的聘任、职务/职称晋升、绩效工资、奖惩规定等人力资源管理相关信息的获知渠道与知晓程度(0.2分)。	0.7
3.2.147.2	人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理等工作需要。	文件查阅 记录查看	1. 有人力资源发展规划和院内定岗定编定人的配置方案(0.2分); 2. 根据按需设岗原则和各科室人员需要,制定有医院当年的进入计划(0.2分); 3. 医院人员的学历结构、职称结构、年龄结构、专业结构合理(0.2分); 4. 医院制定有人才引进激励政策及人才激励机制(0.2分); 5. 对人力资源配备情况进行评估,及时根据评估情况对人力资源配置进行优化(0.2分)。	1
(一百四十八)有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系,建立专业技术人员档案。				
3.2.148.1	有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用考核、评价管理体系。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 制定卫生技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关制度和流程(0.2分); 2. 有多种渠道公布对专业技术人员的任职条件和聘用条件(0.2分); 3. 对专业技术人员的聘用考核结果、聘任情况实行公示,接受社会监督(0.3分); 4. 查阅医院专业技术人员资质认定、聘用及考核材料符合医院规定要求(0.3分);	1
3.2.148.2	建立专业技术人员档案,包括	文件查阅	1. 人事部门及各科室建立卫生专业技术人员个人技术档案(0.3)	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。	记录查看	分)； 2. 动态管理卫生专业技术人员个人技术档案，及时更新相关资料(0.2分)。	
3.2.148.3	根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。	文件查阅 记录查看	1. 人力资源管理部门对卫生专业技术人员实行周期性聘用管理(0.2分)； 2. 医院对医疗技术管理岗位实施授权和再授权管理(不包括处方授权、手术分级授权、麻醉分级授权等)(0.2分)； 3. 对高风险、特殊岗位实施人员授权和再授权管理(0.1分)； 4. 职能部门对卫生专业技术人员履职情况、授权与再授权管理，进行监管，有追踪与评价(0.2分)。	0.7
(一百四十九)贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。				
3.2.149.1	贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 公立医院领导人任职资格和医、药、技、护等专业技术人员直接提任领导人员的符合办法规定的任职条件(0.2分)； 2. 执行聘任制的公立医院领导人员，聘任手续齐全，聘任期有效(0.2分)； 3. 医院领导班子成员领导人员周期内年度考核和任期考核的评价等次达到合格以上(0.2分)； 4. 院领导班子分工符合纪检监察部门规定；并按要求执行轮岗(0.2分)； 5. 访谈院领导知晓岗位职责和分管工作内容(0.2分)。	1
3.2.149.2	加强公立医院行政领导人员职业化培训。	查阅资料 记录查看	1. 制定有公立医院领导人员参加职业化培训计划(0.1分)； 2. 现场查看领导人员参加医院管理培训或进修资料，体现所有人员均接受过职业化培训(0.2分)； 3. 访谈医院领导成员熟练掌握医院管理知识(0.2分)。	0.5
(一百五十)有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分，推动员工的全面发展。				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
3.2.150.1	有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。	文件查阅 记录查看	1. 有岗前培训制度、继续医学教育管理制度、住院医师规范化培训管理制度并执行(0.2分); 2. 卫生技术人员岗前培训(包括新进员工和轮岗人员)及公需科目考试达标(达标率≥90%)(0.1分);住院规培学员结业考核通过率达到全区平均水平(0.1分)。	0.4
3.2.150.2	有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。	文件查阅 记录查看	1. 有年度培训计划并实施(0.1分); 2. 教学设备设施及教学资料完善(0.1分); 3. 财务预、决算报告中有对继续教育的经费支持(0.1分); 4. 教学、培训、考试考核档案齐全(0.1分)。	0.4
3.2.150.3	把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。	文件查阅 记录查看	1. 医院奖惩制度、绩效考核标准、职称晋升条件、评优评先条件中有体现对卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资考核评定标准的相关规定(0.1分); 2. 现有绩效考核、职称晋升、评优评先案例中有体现(0.1分)。	0.2
3.2.150.4	把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待；面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待。	文件查阅 记录查看 人员访谈	1. 查阅人力资源管理部门职责包含有员工能力建设并作为重要组成部分(0.2分)； 2. 人力资源部门有人才培养计划、经费预算并落实(0.2分)； 3. 查阅医院有落实“两个同等对待”的文件规定(0.2分)； 4. 访谈新招聘的本科规培生薪酬待遇，达到硕士研究生水平(0.1分)； 5. 访谈原面向社会招收的规培生当年在本医院就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待(0.1分)。	0.8
(一百五十一)贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。				

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
3.2.151.1	按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等，职工上岗前进行职业安全防护教育。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有职业安全防护相关制度与措施(0.2分); 2. 按要求配备防护设施设备和用品(0.2分); 3. 有职业暴露的应急预案并组织演练，有总结及改进措施(0.2分); 4. 现场查看各类场所员工防护按防护要求做好防护(0.2分)。	0.8
3.2.151.2	上岗前有职业安全防护教育，有培训和考核制度。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 有年度岗前职业安全防护教育培训计划(0.2分); 2. 有职业安全防护教育的培训和考核的相关资料(培训课件,照片,考试试卷,网上考试资料)(0.3分); 3. 访谈员工知晓职业暴露的相关知识(0.2分)。	0.7
3.2.151.3	医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。	文件查阅 记录查看	1. 医院设置有部门或指定职业卫生管理机构，组织负责本单位的职业病防治工作，配备有专职或兼职人员(0.1分); 2. 有本机构职业病防治工作计划并实施(0.2分); 3. 有至少每年1次检查、分析和整改资料(0.2分)。	0.5
(一百五十二)关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。				
3.2.152.1	关注员工身体和心理健康。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有保障员工身体和心理健康的制度(0.2分); 2. 定期为职工提供健康体检服务，建立有员工个人健康档案(0.2分); 3. 按规定周期对从事职业危害作业的员工进行职业健康体检(0.2分); 4. 开展健康向上的文体活动(0.2分); 5. 定期对全院员工身心健康开展总体评估，并制定有相应措施(0.2分)。	1
3.2.152.2	保障员工合法健康权益。	文件查阅	1. 医院制定有员工休息、休假相关规定并实施(0.2分);	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
		记录查看 员工访谈	2. 有保障从事职业危害作业的员工按照国家有关规定进行休假疗养的制度并落实(0.2分); 3. 按规定为职工购买社会保险,包含但不限于工伤保险、养老保险、失业保险及医疗保险等(0.2分); 4. 访谈员工是否享有以上合法健康权益(0.2分)。	
(一百五十三)医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标,将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。				
3.2.153.1	将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 建立科室负责人年度考核制度,将科室医疗质量管理情况作为科主任综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标(0.2分); 2. 查看科室负责人综合目标考核资料,有体现对科室质量管理的数据(0.2分); 3. 对科室负责人落实年度考核制度进行总结分析、评价(0.2分);	0.6
3.2.153.2	将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。	文件查阅 记录查看	1. 落实事业单位年度考核制度,并将科室医疗质量管理情况作为医师定期考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标(0.2分); 2. 查看资料,有将医疗质量管理情况纳入医师定期考核、职称晋升(0.2分)。	0.4

三、财务和价格管理(12分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百五十四)执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规,财务机构设置合理、财务管理制度健全,人员配置合理,岗位职责明确,会计核算规范,三级公立医院实行总会计师制度。				
3.3.154.1	执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院	文件查阅 记录查看	1. 根据会计业务的需要设置会计机构(0.2分); 2. 医院财务管理制度健全,根据国家政策法规及时更新(0.2分);	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	《财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理规章制度健全，会计核算规范。	员工操作	3. 年度财务报告按规定由注册会计师审计(0.2分)； 4. 会计核算执行《政府会计制度》“双功能、双基础、双报告”模式(0.2分)。	
3.3.154.2	人员配置合理，岗位职责明确。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 财务人员配置合理(0.2分)； 2. 根据会计业务需要设置会计工作岗位，岗位职责明确，不相容岗位应相互分离、相互制约、相互牵制(0.2分)； 3. 财务部门负责人应当具备会计师以上专业技术职务资格或者从事会计工作三年以上经历(0.1分)。	0.5
3.3.154.3	三级公立医院实行总会计师制度。	文件查阅 员工访谈	1. 设置总会计师(0.2分)； 2. 制订总会计师制度(0.1分)，明确总会计师的职责和权限(0.1分)； 3. 总会计师熟悉职责权限(0.1分)。	0.5
(一百五十五)按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。				
3.3.155.1	按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈	1. 按照自治区财政厅的要求编制预算(0.2分)； 2. 每季度进行预算执行分析并反馈(0.2分)； 3. 按规定的程序进行预算调整(0.2分)； 4. 将预算执行结果、成本控制目标实现情况和业务工作效率等一并作为内部业务综合考核的重要内容(0.2分)； 5. 职能部门负责人应熟悉本部门预算情况(0.2分)。	1
3.3.155.2	建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。	文件查阅 现场检查	1. 制订预算管理制度(0.3分)； 2. 预算管理制度能够有效落实(0.3分)。	0.6
3.3.155.3	实行全面预算管理，医院所有收支全部纳入预算管理。	文件查阅 记录查看	1. 预算组织体系健全，有预算管理委员会、预算管理办公室、预算归口管理部门和预算科室组成的全面预算管理组织，预算责任落实到位(0.3分)；	0.6

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			2. 单位依法取得的各项收入、支出应按规定纳入预算管理，统一核算、统一管理(0.3分)。	
(一百五十六)实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。				
3.3.156.1	实行全成本核算管理，控制运行成本，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 制订成本核算制度(0.2分); 2. 开展全成本核算并编制全成本报表(0.2分); 3. 采取成本管控措施，控制成本费用支出(0.3分); 4. 成本控制措施取得成效(0.3分)。	1
3.3.156.2	控制医院债务规模，降低财务风险。	文件查阅 记录查看	1. 及时清理并按照规定办理结算，保证各项债务在规定期限内归还(0.4分); 2. 每季度分析债务情况，采取债务控制措施，控制债务规模(0.3分); 3. 债务控制措施取得成效(0.3分)。	1
(一百五十七)落实《医院内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审流程和申报程序。				
3.3.157.1	确保医疗机构内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。	文件查阅 记录查看	1. 医疗机构应当建立由医疗机构分管领导、医务管理部门、价格管理部门、临床科室和医药物资采供等部门组成的医疗机构价格管理体系，设立价格管理委员会(0.2分); 2. 医疗机构应当明确负责内部价格管理工作的部门，并由院领导主管(0.1分); 3. 依据机构规模和医疗服务量配备专职医疗服务价格工作人员，各业务科室（部门）设置兼职医疗服务价格工作人员(0.1分)。	0.4
3.3.157.2	全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈	1. 制订医疗服务价格公示制度(0.1分); 2. 医疗服务价格公示制度有效落实(0.1分); 3. 采取措施保证医疗服务价格公示信息真实、准确(0.1分); 4. 访谈人员知晓医疗服务价格公示制度(0.1分)。	0.4
3.3.157.3	完善医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录，及	文件查阅 记录查看	1. 制订医疗服务价格自查制度医疗(0.2分); 2. 医药收费自查复核制度有效落实并记录(0.1分);	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	时纠正不规范收费行为。	员工操作	3. 医药收费复核人员业务熟练，能够及时纠正不规范收费行为(0.1分)。	
3.3.157.4	确保医药价格管理系统信息准确。	记录查看 现场检查	1. 落实自治区等有关规定及时调整价格(0.2分); 2. 严格执行国家、自治区等物价政策，按收费标准进行收费(0.2分)。	0.4
3.3.157.5	规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 制订新增医疗服务价格项目管理制度及内部申请、审核、复核、申报流程，程序规范(0.2分); 2. 审核流程和申报程序有效落实(0.1分); 3. 严格执行新增医疗服务价格(0.1分)。	0.4
(一百五十八)执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。				
3.3.158.1	执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 建立健全医院采购管理制度和采购流程(0.4分); 2. 医院采购管理制度和采购流程有效落实(0.4分); 3. 采购岗位人员知晓采购流程(0.2分)。	1
3.3.158.2	有采购管理和监督部门，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，加强集中采购管理。	记录查看	1. 明确医院采购管理和监管部门(0.3分); 2. 采购业务的决策、实施、监督相分离(0.3分); 3. 主管部门和监管部门对采购工作的执行情况有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况(0.2分); 4. 对反馈的问题及时整改落实(0.2分)。	1
(一百五十九)医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。				
3.3.159.1	医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。	文件查阅 记录查看	1. 分配制度实行同工同酬(0.4分); 2. 分配制度体现多劳多得、优绩优酬(0.4分);	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			3. 绩效考核分配总体方案经职工代表大会讨论通过(0.2分)。	
3.3.159.2	以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。	文件查阅 记录查看	1. 以服务质量和数量作为综合绩效考核重要依据(0.3分)；	0.5
			2. 医院员工待遇得到逐步提高(0.2分)。	
3.3.159.3	个人分配不得与业务收入直接挂钩。	文件查阅 员工访谈	1. 绩效分配制度不将个人分配与业务收入直接挂钩(0.3分)；	0.5
			2. 访谈员工知晓个人绩效分配的影响因素(0.2分)。	

四、信息管理(7分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百六十)建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。				
3.4.160.1	建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，承担信息化建设规划和管理的行政管理职能。	文件查阅 记录查看	1. 有院领导为主任信息化领导小组(0.1分)；	0.5
			2. 有负责信息管理的专职部门(0.2分)；	
			3. 按要求配备有专业的资质信息管理人员(0.2分)。	
3.4.160.2	建立各部门间的组织协调机制。	文件查阅 记录查看	1. 建立有各部门间的沟通协调机制(0.1分)；	0.5
			2. 信息管理部门对其他部门提出的问题有记录、讨论、解决的相关资料(0.2分)；	
			3. 信息化领导小组定期召开多部门信息化建设联席会议，有会议记录，决议及执行单(0.2分)。	
3.4.160.3	制订信息化发展总体规划，强化顶层设计，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。	文件查阅 记录查看	1. 制定有医院信息化建设总体规划(0.2分)；	0.5
			2. 将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划，并有经费预算安排(0.2分)；	
			3. 有信息化建设落实情况及执行情况的总结分析(0.1分)。	
3.4.160.4	制定信息化建设配套的相关管理	文件查阅	1. 制定有信息化建设相关配套的管理制度(0.2分)；	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	制度。	记录查看	2. 对相关配套制度的落实情况及时分析、总结、更新(0.3分)。	
(一百六十一)医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。				
3.4.161.1	医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息。	现场检查 文件查阅	医院信息系统建设符合《全国医院信息化建设标准与规范(试行)》，业务应用信息系统包括便民服务、医疗服务、医疗管理、医疗协同、应用管理、后勤管理、科研管理、教学管理、人力资源管理等9类，连续、准确采集、存储、传输、处理相关信息(0.3分)。	0.3
3.4.161.2	医院信息系统能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。	现场检查 文件查阅	医院信息化建设应用符合《公立医院运营管理信息化功能指引》要求，整体功能涵盖医教研防业务活动、综合管理、财务、资产、人力、事项、运营管理决策、数据基础、基础管理与集成9大类业务，45级163个功能点，能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑(1分)。	1
3.4.161.3	根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 医院按照《国家医疗健康信息医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》，实现信息互联互通、交互共享，互联互通标准化成熟度测评达到四级及以上(0.3分)； 2. 按照自治区要求，实现与自治区全民健康信息平台、广西医疗管理平台等对接(0.2分)。	0.5
(一百六十二)落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。				
3.4.162.1	落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络安全，保护患者隐私。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 建立有医院信息安全保护制度(0.2分)； 2. 实行信息系统操作权限分级管理，信息安全采用身份认证、权限控制(包括数据库和运用系统)、患者数据使用控制、保障网络信息安全和保护患者隐私，实行三级等级保护制度(0.2分)； 3. 医院信息系统具备相应防护功能，包含具有防灾备份系统，网络运行监控，防病毒、防攻击、防入侵等措施(0.2分)； 4. 有主管部门定期督查记录及整改措施(0.2分)。	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
3.4.162.2	推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理、数据查询管理制度并落实(0.2分)；	1
			2. 有信息值班、交接班制度0.1分；有信息系统变更、发布、配置管理制度0.1分；有完整日常运维记录和值班记录0.1分；及时处置安全隐患0.1分(0.4分)；	
			3. 有信息系统应急预案(如系统瘫痪)及应急演练(0.2分)；	
			4. 有主管部门定期督查记录及整改措施(0.2分)。	
3.4.162.3	医院定期对信息系统开展信息网络安全检查，保障信息安全。	文件查阅 记录查看	1. 医院建立有信息网络安全日常巡检制度(0.1分)； 2. 职能部门认真执行信息网络安全日常巡检工作，及时发现并解决安全隐患，有记录(0.1分)。	0.2
(一百六十三)根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠，可追溯。				
3.4.163.1	根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作。	文件查阅 记录查看 数据核查	1. 指定专门部门、专门人员负责医院数据统计、上报工作，职责明确(0.2分)；	0.7
			2. 查阅相关数据报告记录，无漏报(0.5分)。	
3.4.163.2	有内部数据核查制度，确保数据真实可靠，可追溯。	文件查阅 记录查看 数据核查	1. 建立有医院内部数据核查制度(0.3分)； 2. 查阅相关记录，有核查人员签名，数据真实可靠，可追溯(0.2分)。	0.5

五、医学装备管理(11分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百六十四)根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。				
3.5.164.1	根据国家法律法规及相关规	文件查阅	1. 建立完善医学装备管理组织架构并成立管理委员会(0.2分)；	0.4

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理。	记录查看 现场检查	2. 医学装备管理部门配备有相适应的医学工程及其他专业技术人员(0.2分)。	
3.5.164.2	制定常规与大型医学装备配置方案。	文件查阅 现场检查	1. 制定有医院常规与大型医学装备配置方案(0.2分); 2. 现场检查医院常规与大型医学装备与制定的配置方案相匹配(0.2分)。	0.4
(一百六十五)根据医院功能定位和发展规划，对大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益进行分析评价。				
3.5.165.1	根据医院功能定位和发展规划，鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。	文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查	1. 医院制定有规范使用大型医用设备的操作规程(SOP)(0.2分); 2. 制定有大型医用设备功能开发的鼓励措施并有案例体现(0.2分); 3. 特大型设备实现区域卫生资源共享，设备使用率高(0.1分);	0.5
3.5.165.2	开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。	文件查阅 记录查看	1. 医院制定有医学装备使用评价相关制度(0.2分); 2. 定期对大型医用设备的社会效益、成本效益等进行分析评价(0.3分)。	0.5
3.5.165.3	配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。	文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查	1. 大型医用设备配置符合国家或省市级卫生健康主管部门的规划设置(0.1分); 2. 配置大型医用设备前有充分的调研与论证，有相应数据支撑(0.1分); 3. 有相应的硬件设施支持，如场馆、电力供应、用水等，并实施对周围环境影响的评估(0.1分); 4. 有具备相应资质、能力的专业技术人员，取得大型设备的操作许可证(0.1分); 5. 获得省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证(0.1分)。	0.5
(一百六十六)加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理规章制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。				
3.5.166.1	加强医学装备安全管理，有明	记录查看 访谈员工	1. 制定有医学装备临床使用安全控制与风险管理规章制度与流程(0.2分);	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理规章制度与流程。	现场查看	2. 有医学装备质量保障要求,如:操作者自我检查,医学装备计量准确、安全防护、性能指标符合要求,对暂停或终止使用的高风险器械有记录(0.2分); 3. 有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度(0.2分); 4. 访谈员工知晓相关制度与流程(0.2分); 5. 主管部门有监管、分析、反馈,并检查科室整改落实情况(0.2分)。	
3.5.166.2	建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 建立有医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制,有鼓励医疗器械临床使用不良事件报告的措施(0.2分); 2. 有不良事件报告信息平台,报告信息真实完整,无漏报(0.2分); 3. 按要求向有关部门报告医疗器械临床使用安全事件并有相关记录(0.2分); 4. 访谈员工知晓不良事件报告制度和流程(0.2分); 5. 主管部门有监管、分析、反馈,并检查科室整改落实情况(0.2分)。	1
(一百六十七)加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训,为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。				
3.5.167.1	加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训,有考核。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工操作	1. 制定有医疗仪器设备管理和使用人员的培训计划及考核方法(0.1分); 2. 定期对设备操作人员开展培训,并有考核记录(0.2分); 3. 现场考核相关工作人员操作(0.2分)。	0.5
3.5.167.2	为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工访谈	1. 有指导临床使用仪器的相关资料(0.2分); 2. 有技术支持工程人员联系方式,大型设备有技术工程师的巡检记录(0.2分); 3. 访谈员工知晓医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务的途径(0.1分)。	0.5

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百六十八)建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范,对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态,建立全院应急调配机制。				
3.5.168.1	建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范。	文件查阅 记录查看	1. 建立有保障医学装备处于完好状态的制度与规范(0.2分); 2. 制度有统一的医学装备运行状态标识,标识内容完整(0.3分); 3. 使用科室定期自查,并有记录(0.3分); 4. 主管部门对医学装备完好情况和使用情况有监管、分析、反馈,并检查科室整改落实情况(0.2分)。	1
3.5.168.2	急救、生命支持系统仪器装备应始终保持在待用状态。	文件查阅 记录查看 现场检查 员工操作	1. 有急救、生命支持系统仪器装备的清单(0.1分); 2. 使用科室建立急救、生命支持系统仪器装备使用状态记录表(0.2分); 3. 主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况有监管、分析、反馈,并检查科室整改落实情况(0.2分); 4. 抽查急救、生命支持仪器设备是否处于待用状态(0.2分)。	0.7
3.5.168.3	建立全院应急调配机制。	文件查阅 现场检查 员工访谈	1. 建立与规模、功能相匹配的生命支持医疗器械故障的应急管理预案,装备故障时有紧急替代流程(0.1分); 2. 优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配(0.1分); 3. 有设备应急调配预案的演练资料,有总结分析及改进措施(0.2分); 4. 访谈员工知晓应急调配相关内容(0.1分)。	0.5
(一百六十九)依据国家相关规定,加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。				
3.5.169.1	依据国家相关规定,加强对医用耗材的溯源管理。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有对医用耗材的溯源管理的相关规定(0.2分); 2. 有高值医用耗材、一次性使用无菌器械和其他医用耗材的采购记录,可追溯到每批产品的进货来源(0.2分); 3. 有高值医用耗材使用程序与记录(0.2分); 4. 使用科室对高值医用耗材使用情况有重点监控、点评,对存在问题有整改(0.2分); 5. 主管部门有监管、分析、反馈,并检查科室整改落实情况(0.2分)	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
3.5.169.2	医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。	文件查阅 记录查看 现场检查 访谈员工	分)。	1
			1. 有医用耗材使用不良事件报告与监测相关制度和流程(0.2分);	
			2. 有医用耗材使用不良事件报告案例,报告质量和数量符合规定(0.2分);	
			3. 使用科室对重点监控耗材有点评记录(0.2分);	
			4. 主管部门对耗材管理检查资料,有评估、分析、反馈及改进措施(0.2分);	
			5. 访谈员工知晓医用耗材不良事件相关规定(0.2分)。	
(一百七十)医学装备部门与使用部门共同管理医学装备,医学装备部门建立质量安全小组,使用部门将医学装备纳入科室管理。				
3.5.170.1	建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 医学装备管理实行机构领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度,成立医学装备管理委员会(0.2分); 2. 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制(0.3分)。	0.5
3.5.170.2	医学装备部门建立质量安全小组。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 医学装备部门成立质量与安全管理小组,小组成员至少包括科主任、工程师与具备资质的质量控制人员,职责明确(0.1分); 2. 制定有质量与安全小组年度工作计划并实施(0.2分); 3. 有数据或事实体现质量与安全管理小组工作有成效(0.2分)。	0.5
3.5.170.3	医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 医学装备使用部门设专职或兼职管理人员,在医学装备管理部门的指导下,具体负责本部门的医学装备日常监管工作(0.1分); 2. 使用科室有仪器设备维护保养(包括大型设备预防性维护保养)、自查记录(0.1分); 3. 使用科室有大型设备管理台账(0.1分); 4. 使用部门定期对医学装备的使用情况进行检查、分析,对存在问题及时整改(0.2分)。	0.5

六、后勤保障管理(13分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百七十一)有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。				
3.6.171.1	有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 后勤保障管理组织机构健全，相关制度齐全，岗位职责明确(0.1分)；	0.5
			2. 定期对后勤管理与工作人员进行培训与考核(0.2分)；	
			3. 访谈员工知晓相关制度和岗位职责(0.2分)。	
3.6.171.2	后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 后勤保障部门制定有满足医疗服务流程需要的年度工作计划并实施(0.2分)；	1
			2. 后勤管理部门对后勤服务定期自查，对存在问题有分析、总结、整改(0.2分)；	
			3. 有患者对后勤服务的满意度调查，满意度较高(0.2分)；	
			4. 现场检查后勤保障部门坚持“以患者为中心”的具体措施落实情况(0.2分)；	
			5. 有数据或事实体现后勤服务改进效果或形成新制度、规范、流程、举措(0.2分)。	
3.6.171.3	对员工的合理需求，应当尽力予以满足。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 具有收集员工诉求的渠道和措施(0.1分)；	0.5
			2. 定期征求员工意见，及时解决员工合理需求(0.2分)；	
			3. 有员工对后勤服务的满意度调查，满意度较高(0.2分)。	
(一百七十二)后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。				
3.6.172.1	后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。	记录查看 现场检查	1. 定期对后勤专业人员开展必要的安全教育和技能培训(0.2分)；	0.5
			2. 特种设备操作人员持证上岗并及时更新有效证件(0.3分)。	
3.6.172.2	按技术操作规范开展工作。	文件查阅 记录查看	1. 制定有后勤相关岗位的技术操作规程(SOP)(0.2分)；	0.7
			2. 访谈员工知晓和现场抽查相关技术操作规程(0.2分)；	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
		员工访谈 员工操作	3. 主管部门定期进行检查、分析，并对存在问题及时整改(0.3分)。	
(一百七十三)控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。				
3.6.173.1	控制与降低能源消耗。	文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查	1. 有节能减排方案和具体措施(0.2分); 2. 有控制和节能计划培训资料(0.2分); 3. 科室对节能工作开展情况有自查、分析，对存在问题有整改(0.3分); 4. 主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况(0.2分); 5. 有数据资料体现持续改进效果(0.1分)。	1
3.6.173.2	水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。	文件查阅 记录查看 数据核查 现场检查	1. 有物资采购、验收、入库、保管、出库等相关制度与流程及人员职责，并组织实施(0.2分); 2. 有水、电、气设备在日常、夜间、节假日运行检查及维修保养的记录(0.2分); 3. 现场检查故障报修、处理流程通畅(0.2分); 4. 科室和班组定期自查，对存在问题有整改(0.2分); 5. 有数据或事实体现水、电、气、物资供应服务改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措(0.2分)。	1
(一百七十四)为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。				
3.6.174.1	为员工提供膳食服务。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 有专职部门和人员负责膳食服务和指导工作(0.2分); 2. 建立健全食品安全与卫生管理制度和岗位职责(0.2分); 3. 医院食堂和工作人员取得有关卫生许可证和健康证(0.2分); 4. 现场查看食堂环境和设备设施符合卫生管理要求(0.2分)。	0.8
3.6.174.2	保障饮食卫生安全。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 有食品原料采购、仓储、加工、食品留样的卫生管理制度和规范(0.2分); 2. 供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求，有日常运行检查记录(0.2分);	1.2

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			3. 定期对食堂工作人员开展饮食卫生安全及其技能培训(0.2分)； 4. 有食品安全事件应急预案，每年组织演练(0.2分)； 5. 主管部门定期检查、分析，并对存在问题及时整改(0.2分)； 6. 访谈员工知晓饮食卫生安全相关知识(0.2)。	
(一百七十五)医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。				
3.6.175.1	医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。	文件查阅 记录查看 员工访谈 数据核查 现场检查	1. 有医疗废物、废液管理规章制度及应急预案(0.2分)； 2. 院科两级有专人负责医疗废物、废液管理工作，岗位职责明确(0.2分)； 3. 医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等管理全流程符合相关法律法规的要求(0.2分)； 4. 医疗废物处置暂存点建设规范、配置齐全，分类明确，转运交接台帐记录完整(0.2分)； 5. 主管部门每季度检查、分析、整改；有环保安全事故不得分(0.2分)。	1
3.6.175.2	污水管理和处置符合规定。	文件查阅 记录查看 员工访谈 数据核查 现场检查	1. 制定有污水处理管理规章制度和污水处理操作规程(0.2分)； 2. 有专人负责污水处理，岗位职责明确，访谈员工知晓相关规定(0.2分)； 3. 污水站设施设备运行正常、记录完整(0.2分)； 4. 定期对污水排放进行监测，监测指标符合要求，实现达标排放(0.2分)； 5. 污水处理环评验收合格(0.2分)。	1
(一百七十六)医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。				
3.6.176.1	医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 设置有消防安全管理部门，任命消防安全管理人、建立消防安全管理团队，制定完善消防安全管理相关制度，明确逐级岗位职责。(0.2分)； 2. 消防系统设备完好，有消防设备设施每月检查、维护、保养、维修记录，消防设施故障维修工作形成闭环。(0.2分)；	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			3. 定期(至少每年一次)进行全员的消防安全教育,定期开展灭火和应急疏散演练,全员掌握消防安全常识和技能(0.2分); 4. 根据消防安全要求,开展日常巡查、年度检查、季度检查、专项检查等,有完整的检查记录,对上述检查发现的问题有整改及追踪(0.2分); 5. 医疗建筑符合消防安全要求(0.2分)。	
3.6.176.2	医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 特种设备相关管理人员持证上岗,有相关管理制度、操作规程和人员岗位职责(0.1分); 2. 有特种设备维护、维修记录;特种设备需年检并合格才能投入使用(0.1分); 3. 有特种设备清单,设备管理档案齐全,有培训、演练记录(0.1分); 4. 使用科室定期自查、分析,对存在问题及时整改(0.1分); 5. 主管部门有督查记录,对存在问题及时整改(0.1分)。	0.5
3.6.176.3	医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 制定有危险品管理制度、操作规程及管理人员岗位职责(0.1分); 2. 有危险品种类与目录清单,有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料,账物相符(0.1分); 3. 危险品储存规范,有专人管理、专用柜、独立空间、双人双锁、监控设施和标识统一显眼(0.1分); 4. 有危险品库每月巡查记录,有危险品应急预案和演练(0.1分); 5. 有主管部门定期督查、反馈,对存在问题及时整改(0.1分)。	0.5
(一百七十七)为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境,符合爱国卫生运动相关要求,美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。				
3.6.177.1	深入开展爱国卫生运动,落实好医院病媒生物防治、健康宣传、厕所环境整洁、无	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 设置有爱国卫生运动管理部门,建立有相关制度,职责明确(0.2分); 2. 制定有爱国卫生运动年度工作计划并实施(0.2分);	0.8

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	烟医院建设等各项重点任务，为患者提供清洁，温馨，舒适的医院环境。	患者访谈 员工访谈	3. 定期开展爱国卫生运动相关知识培训及宣传(0.2分)； 4. 访谈员工及患者对就医环境满意(0.2分)。	
3.6.177.2	美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 制定有美化、硬化、绿化的医院环境标准(0.5分)； 2. 主管部门定期对医院美化、硬化、绿化达标情况进行检查、分析、整改(0.3分)； 3. 现场实地查看医院环境美化、硬化、绿化符合标准要求(0.2分)。	1

七、应急管理(7分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百七十八)成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。				
3.7.178.1	成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 成立医院应急工作领导小组，有医院应急指挥系统，明确日常管理部门，院长是医院应急管理的第一责任人(0.2分)； 2. 医院总值班参与应急管理，各部门、各科室负责人在应急工作中有具体职责与任务(0.2分)； 3. 有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人(0.2分)； 4. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。访谈员工知晓相关规定(0.2分)； 5. 有信息报告和信息发布相关制度且落实到位(0.2分)。	1
3.7.178.2	落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。	文件查阅 记录查看 现场检查	1. 建立院长与职能部门、科室负责人应急管理责任制(例如签订责任状等)(0.3分)； 2. 主管部门定期检查、分析、反馈、整改(0.3分)； 3. 有数据或事实体现应急管理改进效果，或形成新预案、制度、规范、流程、举措(0.4分)。	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百七十九)明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。				
3.7.179.1	明确医院需要应对的主要突发事件策略。	文件查阅 记录查看	1. 医院根据可能出现的突发事件和既往发生的事件，制定本医院需要应对的主要突发事件清单(0.2分)； 2. 对医院需要应对的主要突发事件进行灾害脆弱性分析、排序，明确相应的策略(0.3分)。	0.5
3.7.179.2	制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。		1. 根据需要应对的主要突发事件，制订和完善各类应急预案，明确各个部门及相关人员职责以及应急反应行动的程序(0.2分)； 2. 访谈各部门及相关人员，知晓本部门职责及应急处置流程(0.2分)； 3. 医院各部门各科室根据各自职能职责做好相应的应急预案的落实工作，并定期自查、分析、整改(0.2分)； 4. 主管部门定期督查、反馈、并落实整改(0.2分)； 5. 有数据或事实体现应对的主要突发事件改进效果，或形成新预案、制度、流程、举措(0.2分)。	
(一百八十)开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。				
3.7.180.1	有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实。	文件查阅 记录查看	1. 医院制定有对各级、各类人员进行应急培训计划和演练计划(0.3分)； 2. 按计划对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能培训；并组织考核，培训考核的内容涵盖了本地区、本院需要应对的主要公共突发事件(0.5分)； 3. 主管部门对应急培训和演练有分析、总结、反馈，并落实整改(0.2分)。	1
3.7.180.2	有考核，员工知晓，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。		1. 应急培训与考核覆盖医院所有员工，并考核合格(0.2分)； 2. 主管部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管，并检查科室落实整改情况(0.2分)； 3. 抽选1-2个案例现场测试医院应急突发事件的反应能力	

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			(0.3分); 4. 有数据或事实体现对突发事件的反应能力持续提升(0.3分)。	
(一百八十一)合理进行应急物资和设备的储备。				
3.7.181.1	合理进行应急物资和设备的储备。	记录查看 员工访谈 现场检查	1. 有应急物资和设备的储备计划、管理制度、审批程序(0.2分); 2. 有必备物资储备目录,有应急物资和设备的使用登记。有定期维护,确保效期,自查有记录(0.2分); 3. 有应急物资的流转制度,应急物资应及时补充、更新(0.2分); 4. 有主管部门至少每半年一次对应急物资和设备储备的检查与监管(0.2分); 5. 访谈员工知晓应急物资和设备的制度流程(0.2分)。	1
3.7.181.2	有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。	文件查看 记录查看 现场检查	1. 医院有多种渠道和供应商名册(0.1分); 2. 与供应商签订应急物资紧急配送协议(0.2分); 3. 有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道(0.2分)。	0.5

八、科研教学与图书管理(12分)

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
(一百八十二)有鼓励全员参与科研工作的制度和办法,促进科研成果转化,并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。				
3.8.182.1	有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。	文件查阅 员工访谈	1. 有科研工作管理制度(0.2分); 2. 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法(0.2分); 3. 访谈员工知晓鼓励全员参与科研的制度和办法(0.2分)。	0.6
3.8.182.2	有促进科研成果转化的	文件查阅	1. 制定有将研究成果转移转化实践应用的激励政策(0.2分);	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	制度和激励措施。	记录查看	2. 医院至少有1项自主创新的适宜技术得到推广或院级研究成果转移转化实践应用或引进技术提高临床诊疗水平的案例(0.2分); 3. 有省部级研究成果转移转化实践应用的案例(0.3分); 4. 有国家级研究成果转移转化实践应用的案例(0.3分)。	
3.8.182.3	提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。	文件查阅 记录查看 数据核查	1. 有支持科研工作经费预算，并落实(0.2分); 2. 提供与科研相适应的科研条件与设施，如中心实验室/专业实验室建设、设备仪器购置等(0.2分); 3. 有专门部门和人员对医务人员参与科研工作进行支持和管理(0.2分)。	0.6
3.8.182.4	全面落实规范化继续医学教育工作	文件查阅 记录查看 数据核查	1. 国家级及自治区继续医学教育项目执行率：年度内有国家级或自治区级继续教育项目立项，且项目执行率达 $\geq 90\%$ 得0.2分， $90\% > \text{年度内项目执行率} \geq 80\%$ 得0.1分， $< 80\%$ 不得分。 2. 卫生技术人员继续医学教育年度学分达标率：卫生技术人员总体达标率达到100%(0.3分)，每降低1%扣0.05分， $< 95\%$ 不得分。 3. 全面覆盖卫生技术人员接受继续医学教育：卫生技术人员接受继续医学教育覆盖率达到100%(0.3分)；每降低1%扣0.05分， $< 95\%$ 不得分。	0.8
(一百八十三)开展药物、医疗器械临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》；开展研究者发起的临床研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法(试行)》等相关规定。				
3.8.183.1	开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。	文件查阅 现场检查 记录查看	1. 项目通过国家药物临床相关机构验收并获取相关证明文件(0.2分); 2. 有药物临床试验管理规范(GCP)及药物临床试验操作规程(SOP)等相关管理文件(0.2分); 3. 有对参加临床药物试验人员专业资质管理与批准程序的规定及	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			执行文件(0.2分)； 4. 科室定期自查、总结分析、整改(0.2分)； 5. 主管部门定期(试验期间至少每季度1次)督查、分析反馈、总结分析，落实整改(0.2分)。 6. 未开展药物临床试验项目的本款不得分。	
3.8.183.2	开展医疗器械临床试验应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范(规定)》的相关规定。	文件查阅 现场检查 记录查看	1. 项目通过国家医疗器械相关机构验收并获取相关证明文件(0.2分)； 2. 有医疗器械临床试验质量管理规范及临床试验医疗器械操作规程(SOP)等相关管理文件(0.2分)； 3. 有对参加医疗器械临床试验人员专业资质管理与批准程序的规定及执行文件(0.2分)； 4. 科室定期自查、总结分析、整改(0.2分)； 5. 主管部门定期(试验期间至少每季度1次)督查、分析反馈、总结分析，落实整改(0.2分)； 6. 未开展医疗器械临床试验项目的本款不得分。	1
3.8.183.3	开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。其中，纳入医疗卫生机构临床研究规范管理试点省份的医疗卫生机构，应当符合《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法(试行)》的相关规定。	文件查阅 记录查看 员工访谈 现场检查	1. 医院成立有临床研究管理委员会，设立或指定专门部门负责临床研究管理工作，职责明确(0.1分)； 2. 医院制定有临床研究立项审核制度与临床研究项目实施过程中调整方案的再审查制度与流程，每项研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定(0.1分)； 3. 项目负责人具有规定的资质和条件；所发起的临床研究项目按规定获得立项审核批准(0.2分)； 4. 项目经费实行单独建账、单独核算、专款专用(0.2分)； 5. 主管部门对临床研究项目实行全过程监管，定期组织进行伦理安全性、财务合规性和效果评价(0.2分)； 6. 落实不良事件上报制度，根据不良事件的性质和严重程度及时作出继续、暂停或终止临床研究的决定(0.2分)；	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
			7. 未开展临床研究的本款不得分。	
3.8.183.4	开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。	现场检查 文件查阅	1. 现场查阅医院开展的临床试验及临床研究按要求在国家医学研究登记备案信息系统进行备案(0.1分); 2. 备案信息全面、准确、及时(0.1分)。	0.2
(一百八十四)开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。				
3.8.184.1	开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。	文件查阅 记录查看 员工访谈	1. 开展涉及人的生物医学研究经伦理委员会审查,有审查记录(0.3分); 2. 员工知晓涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查(0.2分); 3. 有违规擅自开展涉及人的生物医学研究案例本款不得分。	0.5
3.8.184.2	医疗机构应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程。	文件查阅	医院制定有完善的伦理审查工作制度或操作规程,包括但不限于审查标准、审查内容和程序等(0.3分)。	0.3
3.8.184.3	伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。	文件查阅 记录查看	1. 医院成立伦理委员会并备案,人员组成、工作职责符合规定(0.2分); 2. 有伦理委员会工作制度及工作流程(0.2分); 3. 伦理委员会有开展日常管理、审查工作的记录,每年召开不少于2次的伦理委员会会议(0.2分); 4. 伦理委员会委员有每年不少于2次的伦理培训、学习记录(0.2分); 5. 伦理委员会成员知晓伦理审查的工作内容(0.1分); 6. 主管部门至少每半年督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况(0.1分)。	1
(一百八十五)承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求,并取得相应资质认可。				
3.8.185.1	承担临床医学教育任务的医	文件查阅	1. 医院的师资、教学管理干部均取得相应的资质证明,并符合有	1

评审指标细则		评审方法	评分细则	分值
	院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。	记录查看 员工访谈	1. 关教育教学标准要求(0.4分); 2. 医院重视教学师资培训,制定有教学培训规划、资金投入和保障制度并落实(0.2分); 3. 有针对师资、教学管理干部的定期培训学习的记录(0.2分); 4. 有主管院领导、专门部门和专职人员、专(兼)职教师负责教学管理工作(0.2分)。	
3.8.185.2	设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求。	文件查阅 现场检查	1. 有保障教学设备、设施配置到位的制度并落实(0.5分); 2. 医院的设备、设施等资源配置符合要求(0.5分)。	1
(一百八十六)根据临床、教学、科研和管理的需要,有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献,开展多层次多种方式的读者服务工作,提高信息资源的利用率。				
3.8.186.1	根据临床、教学、科研和管理的需要,有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。	文件查阅 现场检查	1. 有图书馆提供文献查询服务(0.4分); 2. 图书馆有专门科室管理,能满足临床科研教学需求(0.3分); 3. 有数据或记录体现医院不断更新藏书刊总量和中外文数据库检索服务情况以满足临床科研教学需求(0.3分)。	1
3.8.186.2	开展多层次多种方式的读者服务工作,提高信息资源的利用率。	现场检查 记录查看 员工访谈	1. 有网上图书预约、催还、续借和馆际互借等功能;可提供网络版医学文献数据库(中文、外文期刊库等)全文文献检索服务(0.4分); 2. 有开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作(0.4分); 3. 员工对图书馆资源、服务效率满意(0.2分)。	1

九、行风与文化建设管理(6分)

评审指标细则	评审方法	评分细则	分值
(一百八十七)医院应当加强医务人员职业道德教育,弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神,坚持“以			

患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。				
3.9.187.1	医院应当加强医务人员职业道德教育。	文件查阅 记录查看	1. 制定有加强医务人员职业道德教育的相关规定和具体措施(0.2分); 2. 制定有年度医务人员职业道德教育培训计划(0.2分); 3. 定期开展医务人员职业道德教育培训(0.2分)。	0.6
3.9.187.2	弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，在医院工作中予以体现。	文件查阅 现场查看 员工访谈	1. 医院官网、公众号等多种媒介宣传弘扬核心主义价值观和新时代医疗卫生职业精神，并在院内树立先进典型和榜样(0.2分); 2. 访谈员工知晓职业道德规范要求、法律法规、社会主义核心价值观及新时代医疗卫生职业精神内涵(0.2分)。	0.4
3.9.187.3	坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。	文件查阅 记录查看 员工访谈 患者访谈	1. 有指定部门负责收集院内、外对医院服务意见和建议；有相应的制度流程(0.2分); 2. 现场查看各种意见/建议收集渠道运行畅通(0.2分); 3. 有收集意见和建议原始记录及针对性分析、处理、回应记录，意见和建议得到有效解决(0.3分); 4. 访谈患者的就医体验，对医院的服务满意(0.3分)。	1
(一百八十八)重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。				
3.9.188.1	重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力。	文件查阅 记录查看 现场查看	1. 建立有医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力(0.2分); 2. 有指定部门负责文化建设工作，制定有医院文化建设工作方案(0.2分); 3. 定期对职工进行医院文化的培训和教育(0.2分); 4. 持续推进医院精神文明建设，加强和深化全国文明单位、全国青年文明号创建工作，推动学雷锋志愿服务向广度和深度拓展。院内各部门、科室有开展多种形式的医院文化建设活动(0.3分); 5. 主管部门对医院文化建设有年度总结分析，持续改进(0.3分)。	1.2

3.9.188.2	逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。	文件查阅 员工访谈 现场查看	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医院文化建设坚持以患者为中心，以医疗质量为根本，并贯穿于医院文化建设过程，加强医德医风建设，建立完善医务人员医德考评制度，落实意识形态工作责任制(0.2分)； 2. 医院文化建设实施方案体现医疗服务、队伍建设、学科建设、制度建设、学术研究、党建群团工作、安全生产、品牌形象、健康宣教等方面内容(0.2分)； 3. 医院文化建设内涵突出，特色鲜明。定期选树宣传表扬“业务标兵”、“健康卫士”、“最美天使”等优秀医务工作人员，引导医务人员重品行、修医德、铸医魂精进医术。(0.3分)； 4. 访谈员工知晓医院文化内涵、文化特色(0.3分)。 	1
(一百八十九)执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)》，落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。				
3.9.189.1	贯彻知晓《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)》和《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。	文件查阅 现场查看	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有医德医风管理组织体系，有主管部门负责管理与考评；有医德医风管理组织架构图(0.2分)； 2. 有医德医风考评方案、量化标准、考核结果公示及奖惩制度(0.2分)； 3. 有医德医风投诉渠道，医务部、护理部、投诉管理科、纪检监察室、人事科等部门有员工受到投诉及处理的原始资料，并将信息提供给医德医风考评机构(0.2分)； 4. 有落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的自查记录(0.2分)； 5. 主管部门每年对医务人员进行考评，有医务人员考评记录、考评档案(0.2分)； 6. 有资料或数据体现医德医风持续改善(0.2分)。 	1.2
3.9.189.2	建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。	文件查阅 记录查看 现场查看	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立有行风建设与管理的组织和制度体系，并配置有专职行风建设人员(0.2分)； 2. 大力普及行风教育培训，新入职员工行风教育培训率100%(0.1分)； 3. 将行风表现纳入重点专科评审和干部任用、职称晋升、评优评先工作中，实行行风一票否决制(0.2分)； 	0.6

			4. 建立廉政风险管理机制，对重点领域、重点岗位、重点项目等实现风险点防控(0.1分)。	
--	--	--	--	--