

三级综合医院评审标准（2011 年版）

为全面推进深化医药卫生体制改革，积极稳妥推进公立医院改革，逐步建立我国医院评审评价体系，促进医疗机构加强自身建设和管理，不断提高医疗质量，保证医疗安全，改善医疗服务，更好地履行社会职责和义务，提高医疗行业整体服务水平与服务能力，满足人民群众多层次的医疗服务需求，在总结我国第一周期医院评审和医院管理年活动等工作经验的基础上，制定本标准。

本标准在关注医疗质量和医疗安全的同时，紧紧围绕医改中心任务，结合公立医院改革总体设计，将评价的重点放在改进服务管理、加强护理管理、城乡对口支援、住院医师规范化培训、推进规范诊疗和单病种费用控制等工作落实情况。同时，针对群众关心的热点、焦点问题，重点考核反映医院管理理念、服务理念的制度、措施及落实情况，以及医院的学科建设和人才培养情况、辐射带动作用等。促使医疗机构改进思维模式和管理习惯，坚持“以人为本”、“以病人为中心”，走以内涵建设为主、内涵与外延相结合的发展道路。

本标准共 7 章 72 节，设置 391 条标准与监测指标。

第一章至第六章共 66 节 354 条标准，用于对三级综合医院实地评审，并作为医院自我评价与改进之用。

第七章共 6 节 37 条监测指标，用于对三级综合医院的

运行、医疗质量与安全指标的监测与追踪评价。

本标准适用于三级综合性公立医院，其余各级各类医院可参照使用。

特别说明：在本标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用人民卫生出版社出版的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本第二版（北京协和医院、世界卫生组织、国际分类家族合作中心编译）。

在本标准中引用的手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用人民军医出版社出版的《国际疾病分类手术与操作》第九版临床修订本 2008 版（刘爱民主编译）。

第一章 坚持医院公益性

一、医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求

（一）医院的功能、任务和定位明确，规模适宜。

（二）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，医学影像与介入诊疗部门可提供 24 小时急诊诊疗服务。

（三）临床科室一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术能力符合省级卫生行政部门规定的三级标准；重点科室专业技术水平与质量处于本省（区、市）前列。

（四）医技科室服务能够满足临床科室需要，项目设置、人员梯队与技术能力达到省级卫生行政部门规定的三级标准；重点科室专业技术水平与质量处于全国或本省（区、市）前列。

二、医院内部管理机制科学规范

（一）坚持医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。

（二）按照规范开展住院医师规范化培训工作，做到制度、师资与经费落实，做好培训基地建设。

（三）将推进规范诊疗、临床路径管理和单病种质量控制作为推动医疗质量持续改进的重点项目。

（四）提高工作绩效，优化医疗服务系统与流程，缩短

平均住院日、缩短患者诊疗等候时间。

（五）按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，确保基本药物得到优先合理使用。

（六）控制公立医院特需服务规模。

三、承担公立医院与基层医疗机构对口协作等政府指令性任务

（一）将对口支援县医院和乡镇卫生院（以下简称受援医院）和支援社区卫生服务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，专人负责。

（二）承担政府分配的为社区、农村培养人才的指令性任务，制定相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。

（三）根据《中华人民共和国传染病防治法》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的发现、救治、报告、预防等任务。

（四）建立院前急救与院内急诊“绿色通道”有效衔接的工作流程。

（五）开展健康教育、健康咨询等多种形式的公益性社会活动。

（六）在基本医疗保障制度框架内，医院应当建立与实施双向转诊制度及相关服务流程。

（七）根据《统计法》及卫生行政部门规定，完成医院

基本运行状况、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，数据真实可靠。

四、应急管理

（一）遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案。服从指挥，承担突发公共事件的紧急医疗救援任务和配合突发公共卫生事件防控工作。

（二）加强领导，成立医院应急工作领导小组，落实责任，建立并不断完善医院应急管理机制。

（三）明确医院需要应对的主要突发事件策略，建立医院应急指挥系统，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。

（四）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。

（五）合理进行应急物资和设备的储备。

（六）建立医院应急管理的评估与持续改进机制。

五、临床医学教育

（一）教学师资、设备设施符合医学院校教育、毕业后教育和继续医学教育的要求。

（二）承担本科及以上医学生的临床教学和实习任务。

（三）承担住院医师规范化培训和县级医院骨干医师培训任务。

（四）开展继续医学教育工作情况。

（五）指导和培训下级医院卫生技术人员提高诊疗水平，推广适宜卫生技术。

六、科研及其成果

（一）有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。

（二）承担各级各类科研项目，获得院内外经费，开展临床与基础相结合的研究工作，并取得成效。

（三）医院有将研究成果转化实践应用的激励政策，并取得成效。

（四）依法取得相关资质，并按照药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。

第二章 医院服务

一、预约诊疗服务

（一）实施多种形式的预约诊疗与分时段服务，对门诊和出院复诊患者实行中长期预约。

（二）有预约诊疗工作制度和规范，有操作流程，逐步提高患者预约就诊比例。

（三）建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务。

二、门诊流程管理

（一）优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验，有急危重症患

者优先处置的制度与程序。

（二）公开出诊信息，保障医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应当提前告知患者。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。

（三）根据门诊就诊患者流量调配医疗资源，做好门诊和辅助科室之间协调配合。

（四）有制度与流程支持开展多学科综合门诊。

（五）有改善门诊服务、方便患者就医的绩效考评和分配政策，支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊。

三、急诊绿色通道管理

（一）合理配置急诊人力资源，配备经过专业培训、胜任急诊工作的医务人员，配置急救设备和药品，符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本要求。

（二）落实首诊负责制，与挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度。

（三）加强急诊检诊、分诊，及时救治急危重症患者，有效分流非急危重症患者。

（四）实施急诊分区救治、建立住院和手术的“绿色通道”，建立创伤、急性心肌梗死、脑卒中、急性呼吸衰竭等重点病种的急诊服务流程与规范，需紧急抢救的危重患者可先抢救后付费，保障患者获得连贯医疗服务。

（五）开展急救技术操作规程的全员培训，实行合格上

岗制度。

四、住院、转诊、转科服务流程管理

（一）完善患者入院、出院、转科服务管理工作制度和标准，改进服务流程，方便患者。

（二）为急诊患者入院制定合理、便捷的收入院制度与程序。危重患者应当先抢救并及时办理入院手续。

（三）加强转诊、转科患者的交接管理，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。

（四）加强出院患者健康教育和随访预约管理，提高患者健康知识水平和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度。

五、基本医疗保障服务管理

（一）有各类基本医疗保障管理制度和相应保障措施，严格服务收费管理，减少患者医药费用预付，方便患者就医。

（二）公开医疗服务收费标准，公示基本医疗保障支付项目。

（三）保障各类基本医疗保障制度参加人员的权益，强化参保患者知情同意。

六、患者的合法权益

（一）医院有相关制度保障患者及其家属充分了解其权利。

（二）应当向患者或其家属说明病情及治疗方式、特殊治疗及处置，并获得其同意，说明内容应当有记录。

（三）对医护人员进行知情同意和告知方面的培训，主管医师能够使用患者易懂的方式、语言与患者及其家属沟通，并履行书面同意手续。

（四）开展实验性临床医疗（临床人体试验）应当严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，并征得患者书面同意。

（五）保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。

七、投诉管理

（一）贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。

（二）公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式，同时公布上级部门投诉电话。建立健全投诉档案，规范投诉处理程序。

（三）根据患者和医务人员投诉，持续改进医疗服务。

（四）对全体员工进行纠纷防范及处理的专门培训。

八、就诊环境管理

（一）为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。

（二）急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有明显、易懂的标识。

（三）就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。

（四）有保护患者的隐私设施和管理措施。

（五）执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。

（六）落实创建“平安医院”有措施，构建和谐医患关系、优化医疗执业环境有成效。

第三章 患者安全

一、确立查对制度，识别患者身份

（一）对就诊患者施行唯一标识（如：医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。

（二）在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄 2 项核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。

（三）实施有创（包括介入）诊疗活动前，实施医师必须亲自向患者或其家属告知。

（四）完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间流程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。

（五）使用“腕带”作为识别患者身份的标识，重点是 ICU、新生儿科（室）、手术室、急诊室等部门，以及意识不清、抢救、输血、不同语种语言交流障碍的患者等；对传染病、药物过敏等特殊患者有识别标志（腕带与床头卡）。

（六）职能部门要落实其督导职能，并有记录。

二、确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤

（一）在住院患者的常规诊疗活动中，应当以书面方式下达医嘱。

（二）在实施紧急抢救的情况下，必要时可口头下达临时医嘱；护士应当对口头临时医嘱完整重述确认，在执行时双人核查；事后及时补记。

（三）接获非书面的患者“危急值”或其他重要的检查（验）结果时，接获者必须规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的姓名与电话，复述确认无误后方可提供医师使用。

三、确立手术安全核查制度，防止手术患者、手术部位及术式发生错误

（一）择期手术的各项术前检查与评估工作全部完成后方可下达手术医嘱。

（二）有手术部位识别标示制度与工作流程。

（三）有手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程。

四、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求

（一）按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施。

（二）医护人员在临床诊疗活动中应当严格遵循手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）。

五、特殊药物的管理，提高用药安全

（一）高浓度电解质、易混淆（听似、看似）药品有严格的贮存与使用要求，并严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用与管理规章制度。

（二）处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。

六、临床“危急值”报告制度

（一）根据医院实际情况确定“危急值”项目，建立“危急值”评价制度。

（二）有临床“危急值”报告制度与流程。

七、防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生

（一）评估有跌倒、坠床风险的高危患者，要主动告知跌倒、坠床危险，采取措施防止意外事件的发生。

（二）有跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案与的工作流程。

八、防范与减少患者压疮发生

（一）有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。

（二）实施预防压疮的护理措施。

九、妥善处理医疗安全（不良）事件

（一）有报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷的制度与可执行的工作流程，并让医务人员充分了解。

（二）有激励措施，鼓励不良事件呈报。

（三）将安全信息与医院实际情况相结合，从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进。对重大不安全事件要有根本原因分析。

十、患者参与医疗安全

（一）针对患者疾病诊疗，为患者及其家属提供相关的健康知识教育，协助患方对诊疗方案作出正确理解与选择。

（二）主动邀请患者参与医疗安全活动，如身份识别、手术部位确认、药物使用等。

第四章 医疗质量安全管理与持续改进

一、医疗质量管理组织

（一）有医院质量管理组织，包括医疗质量管理委员会、伦理委员会、药事管理委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会和放射诊疗质量管理委员会等，定期研究医疗质量管理等相关问题，记录质量管理活动过程，为院长决策提供支持。

（二）有医院、科室的医疗质量管理责任体系，院长为医疗质量管理第一责任人，负责制定医疗质量与医疗安全管理和持续改进方案，定期专题研究医疗质量和医疗安全工

作，科主任全面负责科室医疗质量管理工作，执行医疗质量与医疗安全管理和持续改进相关任务。

（三）医疗、护理等管理职能部门组织实施全面医疗质量管理与医疗安全管理和持续改进方案，承担指导、检查、考核和评价医疗质量管理工作，严格记录，定期分析，及时反馈，落实整改。

（四）建立专门的质量管理部门，负责对全院医疗、护理、医技质量实行监管，并建立多部门质量管理协调机制。

（五）将开展临床路径与单病种质量管理作为推动医疗质量持续改进的重点项目，有相关的保障组织、部门职责与协调机制。

二、医疗质量管理与持续改进

（一）有医疗质量管理和持续改进方案，并组织实施。

（二）建立与执行医疗质量管理制度、操作规范、诊疗指南。

（三）坚持“严格要求、严密组织、严谨态度”，强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核。

（四）建立医疗风险防范确保患者安全的体制，按照规定报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷，不隐瞒和漏报。

（五）医院、职能部门、各临床与医技科室的质量管理人员能够应用全面质量管理的原理，通过适宜质量管理改进的方法及质量管理技术工具开展持续质量改进活动，并做好

质量改进效果评价。

（六）定期进行全员医疗质量和安全教育，牢固树立医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。

（七）建立医疗质量控制、安全管理信息数据库，为制订质量管理持续改进的目标与评价改进的效果提供依据。

三、医疗技术管理

（一）医院提供与功能和任务相适应的医疗技术服务，符合法律、法规、部门规章和行业规范的要求，符合医院诊疗科目范围，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。

（二）医疗技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》规定，分级分类管理、监督评价和档案管理制度，临床应用新技术按照规定报批。

（三）有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并组织实施。对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现并降低医疗技术风险。

（四）开展科研项目符合法律、法规和医学伦理原则，按照规定审批。在科研过程中实行全程质量管理，充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护患者安全。

（五）不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。

（六）对实施手术、介入、麻醉等高风险技术操作的卫

生技术人员实行“授权”制，定期进行技术能力与质量绩效的评价。

四、临床路径和单病种质量管理与持续改进

（一）医院将开展临床路径与单病种质量管理作为推动医疗质量持续改进的重点项目，规范临床诊疗行为的重要内容之一；有开展工作所必要的组织体系与明确的职责，建立部门协调机制。

（二）根据本院医疗资源情况，以常见多发病为重点，参照卫生部发布的临床路径与单病种质量管理文件，遵照循证医学原则，制定本院执行文件。

（三）医院对相关临床与医技的人员实施教育培训。

（四）在医院信息系统中建立实时监测平台，监控临床路径应用与变异情况。

（五）建立临床路径统计工作制度，定期对进入临床路径患者进行平均住院日、住院费用、药品费用、非预期再手术率、并发症与合并症、死亡率等指标的统计分析。

（六）医院定期进行临床路径管理相关的医务人员和患者满意度调查。总结分析影响病种实施临床路径的因素，不断完善和改进路径标准。

（七）制定相关的制度与程序保障卫生部文件规定上报的单病种质量指标信息，作到正确、可靠、及时。（详见第七章第三节）

五、住院诊疗管理与持续改进

（一）由具有法定资质的医师和护士按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。

（二）根据现有医疗资源，按照医院现行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南、临床路径，规范诊疗行为；用单病种过程质量等质控指标，监控临床诊疗质量；对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施多学科综合诊疗，为患者制定最佳的住院诊疗计划或方案。

（三）由高级职称医师负责评价与核准住院诊疗（检查、药物治疗、手术/介入治疗等）计划或方案的适宜性，并记入病历。

（四）用制度与程序管理院内、院外会诊，对重症与疑难患者实施多学科联合诊疗活动，提高会诊质量和效率。

（五）运用国内外权威指南与有关循证医学的证据，结合现有医疗资源，制定与更新医院临床诊疗工作的指南或规范，培训相关人员，并在临床诊疗工作遵照执行。

（六）为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。

（七）科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理团队，能够定期分析影响住院诊疗（检查、药物治疗、手术/介入治疗等）计划/方案执行的因素，对住院时间超过30天的患者进行管理与评价，优化医疗服务系统与流程。

（八）对提供新生儿住院诊疗的医院，应当按照《新生

儿病室建设与管理指南（试行）》的要求，建立符合规范的新生儿病室。

六、手术治疗管理与持续改进

（一）实行手术医师资格准入制度和手术分级授权管理制度，有定期手术医师资格和能力评价与再授权的机制。

（二）实行患者病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范制定诊疗和手术方案，依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案，均应当记录在病历中。

（三）患者手术前的知情同意包括术前诊断、手术目的和风险、高值耗材的使用与选择，以及其他可选择的诊疗方法等。

（四）医院建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。

（五）手术预防性抗菌药物应用的选择与使用时机符合规范。

（六）手术的全过程情况和术后注意事项及时、准确地记录在病历中；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。

（七）做好患者手术后治疗、观察与护理工作，并记录在相应的医疗文书中。

（八）科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理团队，能定期分析影响围手术期质量与安全管理的因

素,对“非计划再次手术”与“手术并发症”进行监测、原因分析、反馈、改进和控制体系。

七、麻醉管理与持续改进

(一) 实行麻醉医师资格分级授权管理制度与规范,有定期能力评价与再授权的机制。

(二) 实行患者麻醉前病情评估制度,制定治疗计划/方案,风险评估结果记录在病历中。

(三) 患者麻醉前的知情同意,包括治疗风险、优点及其他可能的选择。

(四) 实施麻醉操作的全过程必须记录于病历/麻醉单中。

(五) 有麻醉复苏室,管理措施到位,实施规范的全程监测,记录麻醉后患者的恢复状态,防范麻醉并发症的措施到位。

(六) 建立术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗管理规范与程序,能有效地执行。

(七) 建立麻醉科与输血科的有效沟通,积极开展自体输血,严格掌握术中输血适应症,合理、安全输血。

(八) 科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理团队,能用麻醉工作质量和安全管理规章、岗位职责、各类麻醉技术操作规程、质量与安全指标来确保患者麻醉安全,定期评价质量,促进持续改进。

八、重症医学管理与持续改进

（一）重症医学科室布局、设备设施、专业人员设置及医院感染控制符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。

（二）重症医学科患者入住、出科符合指征。实行“危重程度评分”，定期评价收住患者的适宜性及临床诊疗质量，并能以此评价改进措施的有效性。

（三）有分级查房制度与执行程序，对医师与护士实行资格、技术能力准入管理，达到《重症医学科医护人员基本技能要求》，对重症疑难患者实施多学科联合查房制度，患者诊疗活动由主治及以上医师主持与负责。

（四）设备、药品配置达到《重症医学科基本设备》的要求，处于完好备用状态，医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，熟练掌握心肺复苏三个阶段的 ABCD 四步法技能，定期评价对紧急事件处理的反应性。

（五）对呼吸机相关性肺炎、导管所致的血行性感染、留置导尿所致的泌尿系感染有预防监控方案、质量控制指标，并能切实执行。

（六）科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标保障患者的安全，定期评价质量，促进持续改进。

九、感染性疾病管理与持续改进

（一）执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范。承担本单位和责任区域内的传染病预防工作，设立疾病预防控制专职部门及医院感染管理委员会，建立健全规章制度并组织实施，规范传染病处理措施。预防和控制传染病的传播和医源性感染。

（二）感染性疾病科或传染病分诊点设置符合卫生行政部门规定，按照传染病防治有关规定和诊疗规范接诊和治疗传染病患者，不得推诿或者拒绝接诊传染病感染者或传染病患者。成立重点传染病防治和突发公共卫生事件救治专家组。

（三）根据标准预防的原则，采取标准防护措施，为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，并按照《医疗废物管理条例》处理废物。

（四）开展对传染病的监测和报告工作，有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作，并按照规定进行网络直报。

（五）定期对工作人员进行传染病防治知识、技能以及有关传染病疫情监测信息报告工作的培训，做好院内及责任区域内的预防传染病的健康教育工作。

十、中医管理与持续改进

（一）中医诊疗科室的设置应当符合卫生部《综合医院中医临床科室基本标准》等法规的要求。

（二）按照中医护理常规、操作规程，开展辨证施护和中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。

（三）医院根据医疗资源情况设置中药房与中药煎药室，应当符合卫生部《医院中药房基本标准》、《医疗机构中药煎药室管理规范》等的要求。

（四）科主任、护士长及具备资质的中医药人员组成的质量管理团队，根据中医诊疗理念、中医科诊疗规范、临床路径、医疗文件书写、诊疗质量与安全监控指标，应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动。

十一、康复治疗管理与持续改进

（一）进行康复治疗必要性的评价，并给予规范的指导。

（二）向患者及其家属充分说明康复计划，鼓励其主动参与康复治疗。

（三）记录功能康复的过程与训练的效果。

（四）评估康复治疗效果。

十二、疼痛治疗管理与持续改进

（一）实施疼痛治疗医院与医师需具备卫生行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院规定疼痛治疗服务的范围。

（二）依据服务的范围，建立疼痛的评估程序与追踪疼痛，用临床路径指导疼痛的诊疗活动，规范地评估疗效，规范书写医疗文件。

（三）依据服务的范围，为患者提供知情同意和疼痛知识的教育。

（四）有疼痛治疗常见并发症的预防规范与风险防范程序，有相关培训教育。

（五）科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，加强疼痛诊疗质量全程监控管理，定期评价质量，促进持续改进。

十三、精神科疾病的管理与持续改进

（一）实施精神科疾病治疗的医院与医师需具备卫生行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院规定精神科治疗服务的范围。

（二）依据服务的范围，建立入院评估、住院说明的程序，用临床路径指导精神科疾病的诊疗活动，规范地评估疗效，规范书写医疗文件。

（三）依据服务的范围，为患者提供适当的医疗保护措施，向家属提供医疗保护措施的知情同意和教育。

（四）向精神残障者或其他躯体疾患者提供多科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范程序，有相关培训教育。

（五）对精神残障者提供出院康复指导与随访。

（六）科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成

的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，加强精神科疾病诊疗质量全程监控管理，定期评价质量，促进持续改进。

十四、药事和药物使用管理与持续改进

（一）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。

（二）经医院合理遴选的药品有适宜的贮备，并能有效控制药品质量，随时可供临床使用。

（三）正确、安全地贮存药品；药品调剂、制剂配制及临床静脉用药调配符合相关规定，保证在安全、清洁或洁净的环境中进行。

（四）有相关规章制度和程序，规范处方（用药医嘱）开具、抄录、审核、调配、核发、用药交代和监测等行为。

（五）医师、药师、护士按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合理使用药品，并有监督机制。

（六）医师、药师按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先合理使用基本药物，并有相应监督考评机制。

（七）有药物安全性监测管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按照规定报告药物不良反应，并将不良反应记录在病历中。

（八）配备临床药师，参与临床药物治疗，提供用药咨询服务，促进合理用药。

（九）科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，定期通报医院药物安全性与抗菌药物耐药性监测的结果。

十五、临床检验管理与持续改进

（一）临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床诊疗需要，能够提供 24 小时急诊检验服务。

（二）有实验室安全程序、制度及相应的标准操作程序，遵照实施并记录。

（三）由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解读检验结果。

（四）检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。

（五）有试剂与校准品管理规定，保证检验结果准确合法。

（六）提供合理使用实验室信息的服务。

（七）科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，开展室内质控、参加室间质评，对床旁检验项目按照规定进行比对和质

量控制。

十六、病理管理与持续改进

（一）病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，服务项目满足临床诊疗需要。

（二）从事病理诊断工作和技术工作的人员资质符合《病理科建设与管理指南（试行）》要求，诊断与制片质量符合相关规定。

（三）有医院感染控制与环境安全管理程序与措施，遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。

（四）及时提供规范的病理诊断报告，有严格审核制度。

（五）临床病理医师能够解读临床病理检查结果，为临床诊断提供支持服务。支持下级医院解决病理诊断问题。

（六）科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按照规定开展质量控制活动，并有记录。

十七、医学影像管理与持续改进

（一）医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供 24 小时急诊影像服务。

（二）执行技术规范，实行质量控制，定期进行图像质量评价。

（三）提供规范的医学影像诊断报告，有审核制度，有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。

（四）有医学影像设备定期检测制度、受检者防护制度和措施，遵照实施并记录。

（五）环境保护及工作人员职业健康防护符合规定。

（六）科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按照规定开展质量控制活动，并有记录。

十八、输血管理与持续改进

（一）落实《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法（试行）》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范。设立临床输血管理委员会。

（二）设立输血科或血库，具备为临床提供 24 小时服务的能力，满足临床需要，无非法自采、自供血液行为。

（三）严格掌握输血适应症，根据临床用血需求制定合理的用血计划和安全储血量，确保抢救和急诊用血。根据供血单位血液预警信息，协调临床用血；开展对医务人员输血知识的教育与培训，开展自体血回输的临床应用，促进临床安全、合理、科学用血。

（四）开展输血质量全程监控，制定、实施控制输血感染的方案，严格执行输血技术操作规范。

（五）落实临床用血申请、登记制度，履行用血报批手续，执行输血前核对和相容性检测制度，做好血液入库、贮存和发放管理。

（六）输血前向患者及其家属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗同意书”。

（七）有临床用血前评估和用血后效果评价制度，并组织实施。

（八）科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，开展室内质控，参加省级或国家级临床输血相容性检测室间质评，定期评价质量，促进持续改进。

十九、医院感染管理与持续改进

（一）有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》等规章要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。

（二）开展医院感染防控知识的培训与教育。

（三）按照《医院感染监测规范》，监测重点环节、重点人群与高危险因素，采用监控指标管理，控制并降低医院感染风险。

（四）执行手卫生规范，实施依从性监管与改进活动。

（五）有多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理的规范与程序，实施监管与改进活动。

（六）应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。

（七）消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务人员能够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。

（八）科主任与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；根据医院感染风险、医院感染现患率及其变化趋势改进诊疗流程；将医院感染情况与其他医疗机构进行比较；定期通报医院感染监测结果。

二十、介入诊疗管理与持续改进

（一）专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》的要求和医院功能任务要求，满足临床工作需要，提供 24 小时诊疗服务。

（二）执行卫生部制定的介入诊疗技术管理规范，依法取得相应诊疗科目及人员的执业资质。

（三）掌握介入诊疗技术的适应症，规范技术操作，开展质量控制，定期质量评价。

（四）有介入诊疗器材登记制度，器材来源可追溯。介入诊疗器材使用符合规范。

（五）环境保护及工作人员职业健康防护符合规定。

（六）科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责，操作规范与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按照规定开展质量控制活动，并有记录。

二十一、血液净化管理与持续改进

（一）专业设置、人员配备及其设备、设施合理，符合国家法律、法规及卫生部《血液透析室基本标准》、《血液净化标准操作规程（2010 版）》的要求，满足医院功能任务要求。逐步提高腹膜透析患者比例。

（二）有质量管理制度与应急处理预案，落实措施，保障安全。

（三）执行医院感染管理制度与程序，有完整的监测记录与应急管理预案。

（四）血液透析机与水处理设备符合要求。

（五）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。

（六）执行《血液透析器复用操作规范》。

（七）科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，保障血液透析患者的安全，重点是定期对血液透析常见并发症的预防处理和血液透析

充分性评价，促进持续改进。

二十二、临床营养管理与持续改进

（一）营养科具备与其功能和任务相适应的场所、设备、设施和人员条件。由有资质的人员从事临床营养工作，执行《食品安全法》相关法律法规。

（二）有“住院患者的各类膳食的适应症和膳食应用原则”，为住院患者提供适合其治疗需要的膳食。

（三）对住院患者实施营养评价，接受特殊、疑难、危重及大手术患者的营养会诊，提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案，按照《病历书写基本规范（试行）》的要求进行记录。

（四）开展营养与健康宣传教育服务，在出院时提供膳食营养指导；为临床医护人员提供临床营养学信息；参加住院患者座谈会，听取并征求患者及其家属意见。

（五）科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，加强重点患者全程营养诊疗服务的监控管理，定期评价质量，促进持续改进。

二十三、医用氧舱管理与持续改进

（一）依法获得《医用氧舱使用证》及《医用氧舱备案表》。执行《医用氧舱安全管理规定》、《医用氧气加压舱》、《医用空气加压氧舱》等国家公布的法律法规、技术标准。

（二）有医用氧舱安全管理、安全操作和各级各类人员岗位职责等制度。

（三）掌握高压氧治疗的适应症、禁忌症，执行医嘱，有完整的工作流程及记录。

（四）医用氧舱由经培训并具备相应资格的医师负责，操作人员、维护人员取得相应资格证书。

（五）按照规定定期检验医用氧舱，制定紧急情况时的处理措施和方案，并定期演练。

（六）科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，加强高压氧治疗诊疗服务的全程监控管理，定期评价质量，促进持续改进。

二十四、放射治疗管理与持续改进

（一）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》和相关国家标准。

（二）人员配置符合医院功能任务，满足临床工作需要。放射治疗医师及技术人员按照规定取得相应资质。

（三）有医学物理人员参与制定治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。

（四）实施放射治疗，有明确的规范与流程，定期进行病例讨论，开展效果评价。

（五）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，并得到执行。

（六）有放射治疗意外应急预案及处置措施，有能够执行的流程。

（七）有专人定期对放疗设备进行检测、维修并负责设备质量控制，检测应当有记录。

（八）科主任、护士长、工程师与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按照规定开展质量控制，并有记录。

二十五、其他特殊诊疗管理与持续改进

（一）为患者提供满足临床诊疗需求的其他特殊诊疗服务项目符合国家法律、法规及卫生行政部门规章标准的要求。

（二）由被授权的、具备法定资质的卫生技术人员实施其他特殊诊疗服务。

（三）由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果；建立质量管理与患者安全相关制度，并进行质量控制活动。

（四）符合环境保护、医院感染管理规范的要求。

（五）开展诊断核医学（脏器功能测定和体外微量物质分析等）活动时，应当符合《临床核医学卫生防护标准》（GBZ

120-2002) 中的要求。

注：本节适用于脑电图检查室、肌电图检查室、呼吸功能检查室、心电图检查室、内窥镜检查室、诊断核医学（放射性分析、体内检测）等特殊检查部门。

二十六、病历（案）管理与持续改进

（一）病历（案）管理符合《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》和《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范。

（二）为每一位在门诊、急诊及抢救、留观、住院患者书写符合《病历书写基本规范》要求的病历，按照现行规定保存病历资料，保证可获得性。

（三）保护病案及信息的安全性，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。

（四）有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。

（五）采用疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM-3 对出院病案进行分类编码，建立科学的病案库管理体系，包括病案编号及示踪系统，出院病案信息的查询系统。

（六）严格执行借阅、复印或复制病历资料制度。

（七）推进电子病历，电子病历符合《电子病历基本规范》。

第五章 护理管理与质量持续改进

一、确立护理管理组织体系

（一）院领导履行对护理工作领导责任，对护理工作实施目标管理，协调与落实全院各部门对护理工作的支持，具体措施落实到位。

（二）执行三级（医院-科室-病区）护理管理组织体系，逐步建立护理垂直管理体系，按照《护士条例》的规定，实施护理管理工作。

（三）根据分级护理的原则和要求，落实责任制，明确临床护理内涵及工作规范，对患者提供全面、全程的责任制护理措施。

（四）实行护理目标管理责任制、岗位职责明确，落实护理常规、操作规程等，有相应的监督与协调机制。

二、护理人力资源管理

（一）有护士管理规定、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准，同工同酬。

（二）护士人力资源配备与医院的功能和任务一致，有护理单元护士的配置原则，有紧急状态下调配护理人力资源的预案。

（三）以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理等级比例、床位使用率对护理人力资源实行弹性调配。

（四）建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合

护理难度、技术要求等要素的绩效考核制度，并将考核结果与护士的评优、晋升、薪酬分配相结合，实现优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。

（五）有护士在职继续教育计划、保障措施到位，并有实施记录。

三、临床护理质量管理与改进

（一）根据分级护理的原则和要求，实施护理措施，有护理质量评价标准，有质量可追溯机制。

（二）依据《护士条例》、《护士守则》、《综合医院分级护理指导原则》、《基础护理工作规范》与《常用临床护理技术服务规范》规范护理行为，优质护理服务试点病房按照《住院患者基础护理服务项目》要求落实到位。

（三）临床护士护理患者实行责任制，与患者沟通交流，为患者提供连续、全程的基础护理和专业技术服务。

（四）有危重患者护理常规，密切观察患者的生命体征和病情变化，护理措施到位，患者安全措施有效，记录规范。

（五）遵照医嘱为围手术期患者提供符合规范的术前和术后护理。

（六）遵照医嘱为患者提供符合规范的治疗、用药等护理措施，及时观察、了解患者用药和治疗服务的反应。

（七）遵照医嘱为患者提供符合规范的输血治疗服务。

（八）保障仪器、设备和抢救物品的有效使用。

（九）为患者提供心理与健康指导服务和出院指导。

（十）用临床路径与 6 个单病种质量的监控标准，按照流程提供符合规范的护理服务。

（十一）按照《病历书写基本规范》书写护理文件。

（十二）建立护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度。

四、护理安全管理

（一）有护理质量（安全）管理组织，相关安全职责明确，有监管措施。

（二）有主动报告护理安全（不良）事件与隐患信息的制度，改进措施到位。

（三）有护理不良事件的成因分析及改进机制。

（四）有护理风险防范措施，如跌倒/坠床、压疮、管路滑脱、用药错误等。

（五）临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。

（六）有紧急意外情况的应急预案和办理流程，有培训与演练。

五、特殊护理单元质量管理与监测

（一）有手术部（室）护理质量管理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。

（二）有消毒供应中心（室）护理质量管理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。

（三）有新生儿室护理质量管理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。

（四）护理部有介入诊疗室、重症监护室、血液透析室、急诊科（室）护理质量指标监测与改进效果评价的记录。

第六章 医院管理

一、依法执业

（一）依法取得《医疗机构执业许可证》，按照卫生行政部门核定的诊疗科目执业，医院及科室命名规范，无院中院。

（二）在国家医疗卫生法律、法规、规章、诊疗护理规范的框架内开展诊疗活动。

（三）由具备资质的卫生专业技术人员为患者提供诊疗服务，不超范围执业。

（四）按照规定申请医疗机构校验、发布医疗广告。

（五）有完整的医院管理的规章制度和岗位职责，并能及时修订完善，职工熟悉本岗位职责及相关规章制度。

二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制

（一）建立医院内部决策执行机制，实施院长负责制，对重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项须经医院领导班子集体讨论并按照管理权限和规定程序报批、执行。

（二）医院管理组织机构设置合理，各级管理人员有明确的岗位职责和决策执行机制，履行职责，实行管理问责制。

（三）各科室、部门责任明确，院长定期召开联席会议、履行协调职能。

（四）管理人员了解和掌握有关法律法规和部门规章，参加管理知识教育与技能的培训。

（五）建立医院运行基本统计指标数据库，保障信息准确、可追溯。

三、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

（一）医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。

（二）医院规模和发展目标、经营方针与策略，与医院的功能任务相一致。

（三）制定中长期发展规划，并组织实施进行定期评价。

（四）医院的近期执行计划能传达、落实到全体员工。

（五）有科学的医院总体发展建设规划并经相关部门批准，医院建筑符合国家建设标准和消防规范，满足规模适宜、功能完善、布局合理、流程科学、环保节能、安全运行的要求。

四、人力资源管理

（一）建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人事管理制度，人力资源配置符合医院功能任务和管理的需要。

（二）有卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、

评价管理体系，建立专业技术档案。

（三）有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。

（四）加强重点学科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。

（五）贯彻与执行《劳动法》等国家法律法规的要求，建立与完善职业安全防护与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。

五、信息与图书管理

（一）有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。

（二）医院信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、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在内的技术支撑。

（三）医院信息系统各子系统之间通过集成实现信息的交互与共享；符合国家及卫生部相关的卫生信息标准和规范；按照政府的要求，支持卫生信息的区域共享和交换。

（四）实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，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。

（五）有针对信息化的资金和人力资源保障。信息专业技术人员的能力和梯队，应当与医院信息系统规划、建设、维护和管理需要相匹配。

（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。

六、财务与价格管理

（一）执行《会计法》、《预算法》、《审计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、人员配置到位，财务管理体制、经济核算规范，财务制度健全，财务管理部门集中统一管理经济活动。

（二）有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。医院实行总会计师制。

（三）实行成本核算，降低运行成本。控制医院债务规模，降低财务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。

（四）全面落实价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格计算机管理系统信息准确。

（五）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，执行药品、高值耗

材集中采购制度和相关价格政策。

（六）建立与完善医院内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对医院经济运行进行定期评价与监控，审计结果对院长负责。

（七）按照《预算法》和财政部门、主管部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算，严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。

（八）内部收入分配情况。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，个人分配不得与业务收入直接挂钩。

七、医德医风管理

（一）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，尊重、关爱患者，主动、热情、周到、文明为患者服务，严禁推诿、拒诊患者。

（二）有医德医风建设的制度、奖惩措施并认真落实。

（三）有制度与相关措施对医院及其工作人员不得通过职务便利谋取不正当利益的情况进行监控与约束。

（四）医院文化建设。逐步建立起以病人需求为导向的、根植于本院理念并不断物化的特色价值趋向、行为标准。

八、后勤保障管理

（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，为医院职工服务”的理念，满足医疗服务流程需要。

（二）水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。

（三）为员工提供餐饮服务，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，保障饮食卫生安全。

（四）有健全的医疗废物管理制度。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符合规范；污水管理和处置符合规定。

（五）安全保卫组织机构健全，制度完善，人员、设备、设施要求符合规范。

（六）重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。

（七）医院消防系统管理符合国家相关标准，有定期演练；灭火器材、压力容器、电梯等设备按期年检。

（八）后勤相关技术人员持证上岗，按照技术操作规程工作。

（九）医院环境卫生符合爱国卫生运动和无烟医院的相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求，为患者提供温馨、舒适的就医环境。

（十）对外包服务质量与安全实施监督管理。

九、医学装备管理

（一）医学装备管理符合国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准的要求，按照法律、法规使用和管理医用含源仪器（装置）。

（二）有医学装备管理部门，有人员岗位职责和工作制度，有设备论证、采购、使用、保养、维修、更新和资产处置制度与措施。

（三）按照《大型医用设备配置与使用管理办法》，加强大型医用设备配置管理，优先配置功能适用、技术适宜的医疗设备；相关大型设备的使用人员持证上岗，应当有社会效益、临床使用效果、应用质量功能开发程序等分析。

（四）开展医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作，建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告制度，定期对医疗器械使用安全情况进行考核和评估。

（五）有医疗仪器设备使用人员的操作培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。

（六）有保障设备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器设备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。

（七）加强医用高值耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械和低值耗材的采购记录、溯源管理、储存、档案管理、销毁记录、不良事件监测与报告的管理。

（八）科主任、工程师与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，定期通报医疗器械临床使用安全与风险管理监测的结果。

十、院务公开管理

（一）按照《医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行）》规定，医院应当向社会及患者公开信息。

（二）按照国家有关规定，在医院内部开展院务公开工作。

（三）动员广大职工充分行使民主权力，积极参与院务公开。

十一、医院社会评价

（一）医院定期收集院内、外对医院服务的意见和建议，并以此为动力，改进工作，持续提高医院服务质量。

（二）按照患者的服务流程，社会对其要求满足程度的感受，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。

（三）建立社会评价的质量控制体系与数据库，以确保社会评价结果的客观公正。

第七章 日常统计学评价指标

一、医院运行基本监测指标

（一）资源配置。

1. 实际开放床位、重症医学科实际开放床位、急诊留观实际开放床位。

2. 全院员工总数、卫生技术人员数（其中：医师数、护理人员数、医技人数）。

3. 医院医用建筑面积。

（二）工作负荷。

1. 年门诊人次、健康体检人次、年急诊人次、留观人次。

2. 年住院患者入院、出院例数，出院患者实际占用总床日。

3. 年住院手术例数、年门诊手术例数。

（三）治疗质量。

1. 手术冰冻与石蜡诊断符合例数。

2. 恶性肿瘤手术前诊断与术后病理诊断符合例数。

3. 住院患者死亡与自动出院例数。

4. 住院手术例数、死亡例数。

5. 住院危重抢救例数、死亡例数。

6. 急诊科危重抢救例数、死亡例数。

7. 新生儿患者住院死亡率。

（四）工作效率。

1. 出院患者平均住院日。

2. 平均每张床位工作日。

3. 床位使用率%。

4. 床位周转次数。

(五) 患者负担。

1. 每门诊人次费用 (元), 其中药费 (元)。

2. 每住院人次费用 (元), 其中药费 (元)。

(六) 资产运营。

1. 流动比率、速动比率。

2. 医疗收入/百元固定资产。

3. 业务支出/百元业务收入。

4. 资产负债率。

5. 固定资产总值。

6. 医疗收入中药品收入、医用材料收入比率。

(七) 科研成果 (评审前五年)。

1. 国内论文数 ISSN、国内论文数及被引用数次 (以中国科技核心期刊发布信息为准)、SCI 收录论文数/每百张开放床位。

2. 承担与完成国家、省级科研课题数/每百张开放床位。

3. 获得国家、省级科研基金额度/每百张开放床位。

二、住院患者医疗质量与安全监测指标

(一) 住院重点疾病：总例数、死亡例数、2 周与 1 月内再住院例数、平均住院日与平均住院费用。

1. 急性心肌梗塞 ICD-10: I21-I22。
2. 充血性心力衰竭 ICD10: I50.0。
3. 脑出血和脑梗塞 ICD10: I60-I63。
4. 创伤性颅脑损伤 ICD10: S06。
5. 消化道出血（无并发症）ICD10: K25-K28 伴有.0-.2, .4-.6 亚目编码, K29.0, K92.2。
6. 累及身体多个部位的损伤 ICD10: T00-T07。
7. 细菌性肺炎（成人、无并发症）ICD10: J10.0, J11.0, J12-J18（不包括 J17*）。
8. 慢性阻塞性肺疾病 ICD10: J44。
9. 糖尿病伴短期并发症与长期并发症 ICD10: E10-E14。
10. 结节性甲状腺肿 ICD10: E04。
11. 性阑尾炎伴弥漫性腹膜炎及脓肿 ICD10: K35.0, K35.1。
12. 前列腺增生 ICD10: N40。
13. 肾功能衰竭 ICD10: N17-N19。
14. 败血症（成人）ICD10: A40-A41。
15. 高血压病（成人）ICD10: I10-I15。
16. 急性胰腺炎 ICD10: K85。

17. 恶性肿瘤术后化疗 ICD10: Z51.101。

18. 恶性肿瘤维持性化学治疗 ICD10: Z51.201、Z51.103。

(二) 住院重点手术：总例数、死亡例数、术后非预期再手术例数、平均住院日与平均住院费用。

1. 髋、膝关节置换术 ICD-9-CM-3: 81.5。

2. 脊髓、椎管手术 ICD-9-CM-3: 03.0、03.1、03.2、03.4、03.5、03.6、03.7。

3. 胰腺切除术 ICD 9-CM-3: 52.5-52.7。

4. 食管切除术 ICD 9-CM-3: 42.4。

5. 腹腔镜下胆囊切除术 ICD-9-CM-3: 51.23。

6. 冠状动脉旁路移植术 (CABG) ICD-9-CM-3: 36.1。

7. 经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) ICD-9-CM-3: 36.06, 36.07。

8. 颅脑手术 ICD-9-CM-3: 01.24、01.39、01.5。

9. 子宫切除术 ICD-9-CM-3: 68.4-68.7。

10. 剖宫产 ICD-9-CM-3: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99。

11. 阴道分娩 ICD 9-CM-3: 72, 73.0-73.2, 73.4-73.9
(伴 ICD-10: Z37) 阴道分娩的出院患者。

12. 乳腺手术 ICD-9-CM-3: 85.4。

13. 肺切除术 ICD-9-CM-3: 32.4、32.5。

14. 胃切除术 ICD-9-CM-3: 43.5-43.9。

15. 直肠切除术 ICD-9-CM-3: 48.4-48.6。

16. 肾与前列腺相关手术 ICD 9-CM-3: 55.4-6, 60.3-5。
17. 血管内修补术 ICD 9-CM-3: 39.71-74。
18. 恶性肿瘤根治术 ICD 10 C00-C97, 伴 ICD. 9-CM-3 “某器官全切除术”或大部分（或部分）切除术。

（三）麻醉。

1. 麻醉总例数。
2. 由麻醉医师实施镇痛治疗例数。
3. 由麻醉医师实施心肺复苏治疗例数。
4. 麻醉复苏（Steward 苏醒评分）管理例数。
5. 麻醉非预期的相关事件例数。
6. 麻醉分级（ASA 病情分级）管理例数。

（四）住院患者安全类指标。

1. 住院患者压疮发生率及严重程度。
2. 医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度。
3. 择期手术后并发症（肺栓塞、深静脉血栓、败血症、出血或血肿、伤口裂开、猝死、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、肺部感染、人工气道意外脱出）发生率。
4. 产伤发生率。
5. 因用药错误导致患者死亡发生率。
6. 输血/ 输液反应发生率。
7. 手术过程中异物遗留发生率。
8. 医源性气胸发生率。

9. 医源性意外穿刺伤或撕裂伤发生率。

三、单病种质量监测指标

(一) 急性心肌梗死 (ICD-10 I21.0-I21.3, I21.9)。

1. 到达医院后使用阿司匹林 (有禁忌者应给予氯吡格雷) 的时间。

2. 到达医院后首次心功能评价的时间与结果。

3. 实施再灌注治疗 (仅适用于 STEMI): 到院后实施溶栓治疗的时间; 到院后实施 PCI 治疗的时间; 需要急诊 PCI 患者, 但本院无条件实施时, 转院的时间。

4. 到达医院后使用首剂 β -受体阻滞剂 (有适应证, 无禁忌症者) 的时间。

5. 住院期间使用阿司匹林、 β -受体阻滞剂、ACEI/ARB、他汀类药物 (有适应证, 无禁忌症者)。

6. 住院期间血脂评价。

7. 出院时继续使用阿司匹林、 β -受体阻滞剂、ACEI/ARB、他汀类药物有明示 (有适应证, 无禁忌症者)。

8. 住院期间为患者提供急性心肌梗死的健康教育的内容与时机。

9. 患者住院天数与住院费用。

10. 患者对服务满意程度评价。

(二) 急性心力衰竭 (ICD-10 I05-I09, I11-I13, I20-I25, 伴 I50)。

1. 到达医院后首次心功能评价的时间与结果。
2. 到达医院后使用首剂血管紧张素转换酶 (ACE) 抑制剂或血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB) 的时间。(有适应证, 无禁忌症者)。
3. 出院时继续使用血管紧张素转换酶 (ACE) 抑制剂或血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB) ACEI/ARBs。
4. 住院期间为患者提供心力衰竭的健康教育的内容与时机。
5. 患者住院天数与住院费用。
6. 患者对服务满意程度评价结果。

(三) 社区获得性肺炎--住院、成人(ICD-10 J13-J15, J18)。

1. 到达医院后首次病情严重程度评估的时间与结果。
2. 重症患者、入住 ICU 患者实施氧合评估的时间。
3. 重症患者、入住 ICU 患者实施病原学检查的时间。
4. 起始抗菌药物种类 (经验性用药) 选择。
5. 入院后患者接受首剂抗菌药物治疗的时间。
6. 初始治疗后评价无效, 重复病原学检查的时间。
7. 抗菌药物 (输注或注射) 使用天数。
8. 住院期间为患者提供戒烟咨询与肺炎的健康辅导的

内容与时机。

9. 患者住院天数与住院费用。

10. 患者对服务满意度评价结果。

(四) 脑梗死 (ICD-10 I63)。

1. 到院后接诊流程：到院后实施神经功能缺失评估的时间与结果；到院后实施头颅 CT 等检查的时间。

2. 到院后实施静脉应用组织纤溶酶原激活剂 (t-PA) / 或尿激酶应用的评估时间。(发病 4.5 小时/6 小时内患者)

3. 到院后使用首剂阿司匹林/或氯吡格雷的时间。

4. 到院后实施吞咽困难评价的时间。

5. 到院后实施血脂评价与使用他汀类药物 (有适应证, 无禁忌症者) 的时间。

6. 住院期间接受血管功能评价的时间。

7. 预防深静脉血栓的时间。

8. 康复评价与实施的时间。

9. 出院时继续使用阿司匹林或氯吡格雷。

10. 住院期间与出院后伴有房颤的脑梗死患者口服抗凝剂 (华法林) 的治疗。

11. 住院期间为患者提供戒烟咨询与脑梗死的健康教育的内容与时机。

12. 患者住院天数与住院费用。

13. 患者对服务满意程度评价结果。

(五) 髌关节置换术 (ICD 9-CM-3 81.51-52)、膝关节置换术 (ICD 9-CM-3 81.54)。

1. 术前实施手术前的关节功能评估的时间与结果。
2. 预防性抗菌药物选择与应用时机：术前预防性抗菌药物的种类选择；在手术前 1 小时内开始使用预防性抗菌药物；手术超过 3 小时加用抗菌药物一次；术后停止使用预防性抗菌药物的时间。
3. 实施预防手术后深静脉血栓与肺栓塞的时间。
4. 手术输血量。
5. 术后康复治疗的时间。
6. 手术后并发症发生的时间。
7. 住院期间为患者提供髌、膝关节置换术的健康教育的内容与时机。
8. 切口 I / 甲愈合。
9. 患者住院天数与住院费用。
10. 患者对服务满意程度评价结果

(六) 冠状动脉旁路移植术 (ICD 9-CM-3 36.1)。

1. 实施手术前的风险评估的时间与结果。
2. 符合手术适应症与急症手术指征。
3. 使用乳房内动脉比率。
4. 预防性抗菌药物选择与应用时机：术前预防性抗菌药物的种类选择；在手术前 1 小时内开始使用预防性抗菌药

物；手术超过 3 小时加用抗菌药物一次；术后停止使用预防性抗菌药物的时间。

5. 术后活动性出血或血肿的再手术时间。

6. 手术后发生并发症的时间。

7. 住院期间为患者提供冠状动脉旁路移植术的健康教育的内容与时机。

8. 切口 I / 甲愈合。

9. 患者住院天数与住院费用。

10. 患者对服务满意程度评价结果。

(七) 围手术期预防感染.

1. 手术前预防性抗菌药物选用符合规范要求。

2. 预防性抗菌药物在手术前 1 小时内开始使用。

3. 手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml，术中可给予第二剂。

4. 择期手术在结束后 24、48、72 小时内停止预防性抗生素使用的时间。

5. 手术野皮肤准备与手术切口愈合。

6. 适用手术与操作 ICD-9-CM-3 编码：单侧甲状腺叶切除术 (ICD-9-CM-3: 06.2); 膝半月板切除术 (ICD-9-CM-3: 80.6); 经腹子宫次全切 (ICD-9-CM-3: 68.3); 剖宫产术 (ICD-9-CM-3: 74.0, 74.1, 74.2); 腹股沟疝单侧/双侧修补术 (ICD-9-CM-3: 53.0, 53.1); 阑尾切除术 (ICD-9-CM-3:

47.0);腹腔镜下胆囊切除术(ICD-9-CM-3: 51.23);闭合性心脏瓣膜切开(ICD-9-CM-335.00-35.04);动脉内膜切除术(ICD-9-CM-3: 38.1);足和踝关节固定术和关节制动术(ICD-9-CM-3: 81.11-81.18);其他颅骨切开术(ICD-9-CM-3: 01.24);椎间盘切除术或破坏术(ICD-9-CM-3: 80.50)。

(八)社区获得性肺炎--住院、儿童(ICD-10 J13-J15, J18)。

1. 住院时病情严重程度评估。
2. 氧合评估。
3. 重症、入住ICU患儿病原学检测。
4. 抗菌药物使用时机。
5. 起始抗菌药物选择符合规范。
6. 住院72小时病情严重程度再评估。
7. 抗菌药物疗程(天数)。
8. 符合出院标准及时出院。
9. 疗效、住院天数、住院费用(元)。

不含新生儿及1-12个月婴儿肺炎。

四、重症医学(ICU)质量监测指标

- (一) 非预期的24/48小时重返重症医学科率%。
- (二) 呼吸机相关性肺炎(VAP)的预防。
- (三) 呼吸机相关性肺炎(VAP)发生率‰。
- (四) 中心静脉导管相关性血行性感染率‰。

（五）导尿管相关的泌尿系感染率‰。

（六）重症患者预期死亡率与实际死亡率（APACHE II 评分）%。

（七）重症患者压疮发生率（APACHE II 评分）%。

（八）各类导管管路滑脱与再插率%。

（九）人工气道脱出例数。

五、合理用药监测指标

（一）抗生素处方数/每百张门诊处方。

（二）注射剂处方数/每百张门诊处方。

（三）药费收入占医疗总收入比重。

（四）抗菌药占西药出库总金额比重。

（五）常用抗菌药物种类与可提供药敏试验种类比例。

六、医院感染控制质量监测指标

（一）呼吸机相关肺炎感染‰。

（二）留置导尿管所致泌尿系感染‰。

（三）血管导管所致血行感染‰。

（四）手术部位感染%（按手术风险分类）