三级综合医院评审标准实施细则

（2011 年版）

卫生部医管司编制

http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohylfwjgs/s3577/201112/53721.htm

三级综合医院评审标准实施细则
（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，我部印发了《三级综合医院评审标准（2011 年版）》（卫医管发〔2011〕33 号）。为增强评审标准的操作性，指导医院加强日常管理与持续质量改进，为各级卫生行政部门加强行业监管与评审工作提供依据，制定本细则。

一、本细则适用范围

《三级综合医院评审标准实施细则（2011 年版）》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。

本细则共设置 7 章 73 节 378 条标准与监测指标。

第一章至第六章共 67 节 342 条 636 款标准，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；在本说明的各章节中带“★”为“核心条款”，共 48 项。

第七章共 6 节 36 条监测指标，用于对三级综合医院的医院运行、医疗质量与安全指标的监测与追踪评价。

二、细则的项目分类

（一）基本标准 适用于所有三级综合医院。

（二）核心条款 为保持医院的医疗质量与患者安全，对那些最基本、最常用、最易做到、必须做好的标准条款，且若未达到合格以上要求，势必影响医疗安全与患者权益的标准，列为“核心条款”，带有★标志。

（三）可选项目 主要是指可能由于区域卫生规划与医院功能任务的限制，或是由政府特别控制，需要审批，而不能由医院自行决定即可开展的项目。

表 1　第一章至第六章各章节的条款分布

章	节	条	款	核心条款（★）
第一章 坚持医院公益性	6	31	33	4
第二章 医院服务	8	33	38	5
第三章 患者安全	10	25	26	4
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	27	163	379	27
第五章 护理管理与质量持续改进	5	30	53	2
第六章 医院管理	11	60	107	6
合计	67	342	636	48

三、评审表述方式

（一）评审采用 A、B、C、D、E 五档表述方式。

A-优秀

B-良好

C-合格

D-不合格

E-不适用，是指卫生行政部门根据医院功能任务未批准的项目，或同意不设置的项目。

判定原则是要达到“B-良好”档者，必须先符合“C-合格”档的要求，要到“A-优秀”，必须先符合“B-良好”档的要求。

（二）标准条款的性质结果

评分说明的制定遵循PDCA循环原理，P即plan，D即do，C即check，A即action，通过质量管理计划的制订及组织实现的过程，实现医疗质量和安全的持续改进。

由于标准条款的性质不同，结果表达如表2。

表2　标准条款的性质结果

A	B	C	D
优秀	良好	合格	不合格
有持续改进，成效良好	有监管有结果	有机制且能有效执行	仅有制度或规章或流程，未执行
PDCA	PDC	PD	仅P或全无

四、评审结果

表3　第一章至第六章评审结果

项目类别	第一章至第六章基本标准			其中，48项核心条款		
	C级	B级	A级	C级	B级	A级
甲等	≥90%	≥60%	≥20%	100%	≥70%	≥20%
乙等	≥80%	≥50%	≥10%	100%	≥60%	≥10%

目　录

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…… 1
二、医院内部管理机制科学规范…… 2
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…… 4
四、应急管理…… 7
五、临床医学教育…… 9
六、科研及其成果推广…… 11

第二章 医院服务

一、预约诊疗服务…… 14
二、门诊流程管理…… 15
三、急诊绿色通道管理…… 16
四、住院、转诊、转科服务流程管理…… 18
五、基本医疗保障服务管理…… 19
六、患者的合法权益…… 20
七、投诉管理…… 22
八、就诊环境管理…… 24

第三章 患者安全

一、确立查对制度，识别患者身份…… 26
二、确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤…… 27
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…… 28
四、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求…… 29
五、特殊药物的管理，提高用药安全…… 30
六、临床“危急值”报告制度…… 31
七、防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生…… 32
八、防范与减少患者压疮发生…… 32
九、妥善处理医疗安全（不良）事件…… 33
十、患者参与医疗安全…… 34

第四章 医疗质量安全管理与持续改进

一、质量与安全管理组织…… 36
二、医疗质量管理与持续改进…… 38
三、医疗技术管理…… 41
四、临床路径与单病种质量管理与持续改进…… 44
五、住院诊疗管理与持续改进…… 46
六、手术治疗管理与持续改进…… 53
七、麻醉管理与持续改进…… 58
八、急诊管理与持续改进…… 63
九、重症医学科管理与持续改进…… 69
十、感染性疾病管理与持续改进…… 72
十一、中医管理与持续改进…… 75
十二、康复治疗管理与持续改进…… 77
十三、疼痛治疗管理与持续改进…… 80

十四、精神科疾病的管理与持续改进（可选）…… 82
十五、药事和药物使用管理与持续改进…… 84
十六、临床检验管理与持续改进…… 96
十七、病理管理与持续改进…… 104
十八、医学影像管理与持续改进…… 114
十九、输血管理与持续改进…… 118
二十、医院感染管理与持续改进…… 126
二十一、介入诊疗管理与持续改进…… 132
二十二、血液净化管理与持续改进…… 136
二十三、临床营养管理与持续改进…… 143
二十四、医用氧舱管理与持续改进（可选）…… 146
二十五、放射治疗管理与持续改进（可选）…… 149
二十六、其他特殊诊疗管理与持续改进…… 153
二十七、病历（案）管理与持续改进…… 157

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…… 164
二、护理人力资源管理…… 166
三、临床护理质量管理与改进…… 169
四、护理安全管理…… 173
五、特殊护理单元质量管理与监测…… 175

第六章 医院管理

一、依法执业…… 181
二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制…… 183
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…… 185
四、人力资源管理…… 186
五、信息与图书管理…… 190
六、财务与价格管理…… 193
七、医德医风管理…… 197
八、后勤保障管理…… 199
九、医学装备管理…… 205
十、院务公开管理…… 210
十一、医院社会评价…… 211

第七章 日常统计学评价

一、医院运行基本监测指标…… 214
二、住院患者医疗质量与安全监测指标…… 215
三、单病种质量指标…… 232
四、重症医学（ＩＣＵ）质量监测指标…… 243
五、合理用药监测指标…… 247
六、医院感染控制质量监测指标…… 249

第八章 48 项核心条款 …… 255

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

评审标准	评审要点
1．1．1 医院的功能、任务和定位明确，规模适宜。	
1．1．1．1 医院的功能、任务和定位明确，保持适度规模，符合卫生行政部门规定三级医院设置标准。	【C】 1．医院符合卫生行政部门规定三级医院设置标准，获得批准等级至少正式执业三年以上。 2．卫生技术人员与开放床位之比应不低于1.15∶1。 3．病房护士与开放床位之比应不低于0.4∶1。 4．在岗护士占卫生技术人员总数≥50%。 5．全院工程技术人员占全院技术人员总数的比例不低于1%。
	【B】符合“C”，并 1．临床科室主任具有正高职称≥90%。 2．护士中具有大专及以上学历者≥50%。 3．平均住院日≤12天。 4．保持适宜的床位使用率≤93%。 5．开放床位明显大于执业登记床位时，有增加床位的申请记录。
	【A】符合“B”，并 医院功能、任务和定位符合卫生区域规划，达到卫生行政部门设置标准。
1．1．2 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。	
1．1．2．1 主要承担急危重症和疑难疾病的诊疗。医学影像与介入诊疗部门可提供24小时急诊诊疗服务。	【C】 1．有承担本辖区（省、自治区、直辖市）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。 2．急诊科独立设置，承担本区域急危重症的诊疗。 3．重症医学床位数占医院总床位的2%～5%。 4．医学影像与介入诊疗部门可提供24小时急诊诊疗服务。
	【B】符合“C”，并 重症医学科统一管理全院重症医学床位，重症医学床位占医院总床位的5%～8%，符合重症收治标准的患者≥80%。
	【A】符合“B”，并 重症医学科床位占医院总床位≥8%，符合重症收治标准的患者≥90%。
1．1．3 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；重点科	

室专业技术水平与质量处于本省前列。	
1．1．3．1 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标准。	【C】 1．诊疗科目符合卫生行政部门规定的三级医院设置标准并获得执业许可登记。 2．一、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标准，至少保持在上周期三级医院评审时的层次。（提供前一年手术和住院的前十大病种）
	【B】符合“C”，并 有省级卫生行政部门批准的临床重点专科。
	【A】符合“B”，并 有卫生部批准的临床重点专科。
1．1．4 医技科室服务能满足临床科室需要，项目设置、人员梯队与技术能力符合省级卫生行政部门规定；专业技术水平与质量处于本省前列。	
1．1．4．1 医技科室服务能满足临床科室需要，项目设置、人员梯队与技术能力符合省级卫生行政部门规定的标准。	【C】 医院医技科室、人员编制、设备设施、技术能力符合省级卫生行政部门标准。
	【B】符合“C”，并 1．医技科室主任具有正高职称＞70%。 2．医技科室实验室项目完全达到集中设置、统一管理、资源共享。 3．有省级临床质控中心或重点专科。
	【A】符合“B”，并 有国家级临床质控中心或重点专科。

二、医院内部管理机制科学规范

评审标准	评审要点
1．2．1 坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。	
1．2．1．1 坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。	【C】 1．医院文化建设和服务宗旨、院训、发展规划体现坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。 2．有保障基本医疗服务的相关制度与规范。 3．参加并完成各级卫生行政部门指定的社会公益项目，有评审前三年完成项目数量、参加的医务人员总人次、资金支持等资料。 （1）各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业项目。 （2）完成边远地区医疗服务援助项目。 （3）开展或举办多种形式社会公益性活动（如义诊、健康咨询、募捐等）。 （4）其他项目。
	【B】符合“C”，并 1．有深化改革，坚持“以病人为中心”，优化质量、优化服务、降低成本、控制费用的措施。 2．评审前三年所参与或开展的各类社会公益活动受到政府、媒体、社会好评

	或获得嘉奖。
	【A】符合“B”，并 1. 深化公立医院改革取得成效。 2. 社会调查满意度高。
1. 2. 2 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。	
1. 2. 2. 1 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	【C】 1. 具备临床住院医师培训基地的资质。 2. 有住院医师规范化培训计划、具体实施方案，包括：师资、经费、培训空间等支持细则。 3. 课程设计、培训内容、考核符合住院医师规范化培训要求。 4. 严格执行住院医师规范化培训计划，定期评估总结。
	【B】符合“C”，并 定期征求参加培训的住院医师及输送单位对住院医师规范化培训工作的意见和建议。
	【A】符合“B”，并 根据定期总结和征求意见，持续改进住院医师规范化培训。
1. 2. 3 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。	
1. 2. 3. 1 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。	【C】 1. 根据卫生部《临床技术操作规范》、《临床诊疗指南》、《临床路径管理指导原则（试行）》和卫生部各病种临床路径，遵循循证医学原则，结合本院实际筛选病种，制定本院临床路径实施方案。 2. 根据卫生部发布的单病种质量指标，结合本院实际，制定实施方案。 3. 医院有诊疗指南、操作规范以及相关质量管理方案。 4. 根据卫生部下发的《临床护理实践指南》及相关规范、标准制定本院护理工作规范、标准。
	【B】符合“C”，并 有专门部门和人员对诊疗规范、临床路径和单病种管理的执行情况定期检查分析，及时反馈，改进。
	【A】符合“B”，并 1. 开展临床路径试点专业和病种数、符合进入临床路径患者入组率、入组后完成率符合要求。 2. 心肌梗死、心衰、脑梗死、肺炎、髋、膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术实行单病种规范管理，有完整的管理资料。 3. 有信息化支持临床路径管理、单病种管理。
1. 2. 4 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。	
1. 2. 4. 1 提高工作效率，优化医疗服务流程，缩短患者诊疗等候时间和住院天数。	【C】 1. 对医疗服务流程中存在的问题有系统调研。 2. 对影响医院平均住院日的瓶颈问题有系统调研。 3. 有根据调研结果采取缩短患者诊疗等候时间和住院天数的措施。

	【B】符合“C”，并 医院从系统管理、流程再造等方面通过多部门协作，落实整改措施，优化服务流程，提高工作效率，缩短患者诊疗等候时间和住院时间。
	【A】符合“B”，并 1. 门诊等候时间缩短，无排长队现象。 2. 医技普通检查当天完成，检验当天出具报告，特殊检查缩短预约时间。 3. 近五年住院天数有降低趋势。
1．2．5 按照《国家基本药物临床应用指南》和《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，确保基本药物的优先合理使用。	
1．2．5．1 按照《国家基本药物临床应用指南》和《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，确保基本药物的优先合理使用。	【C】 1. 有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先使用国家基本药物的的相关规定及监督体系。 2. 有专门人员定期对医师处方是否优先合理使用基本药物进行督查、分析及反馈。
	【B】符合“C”，并 有主管职能部门定期对优先使用国家基本药物情况进行总结分析、调整反馈，满足基本医疗服务需要。
	【A】符合“B”，并 1. 国家基本药品目录列入医院用药目录，有相应的采购、库存量。 2. 对享有基本医疗服务对象使用国家基本药物（门诊、住院）的比例符合省卫生行政部门的规定。
1．2．6 控制公立医院特需服务规模。	
1．2．6．1 控制公立医院特需服务规模。	【C】 1. 有控制公立医院特需服务规模措施与动态管理机制。 2. 特需服务规模占全院服务规模≤10%。
	【B】符合“C”，并 1. 特需门诊量不超过专家门诊量 10%。 2. 住院特需床位数量占开放床位数≤7%。
	【A】符合“B”，并 1. 特需门诊总量占总门诊量≤5%。 2. 住院特需床位数量占开放床位数≤5%。

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

评审标准	评审要点
1．3．1 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。	
1．3．1．1 将对口支援县医院和乡镇卫生院(以下简称受援	【C】 1. 支援下级医院工作纳入院长目标责任制管理，有计划和具体实施方案。 2. 有专门部门和人员负责下级医院支援协调工作。

医院)及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。(★)	3. 针对受援医院的需求，制订重点扶持计划并组织实施，在一、二级专业中选择 2～3 个重点，实施系统的技术指导、人才培养及管理帮扶。 4. 参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容。
	【B】符合“C”，并 主管部门加强对口支援工作监督管理，尤其是医院管理、学科建设、医疗质量与安全等方面，定期对受援情况进行实地检查总结，提高帮扶效果。
	【A】符合“B”，并 通过三年对口帮扶，使受援县医院整体达到二级甲等医院水平。原来受援医院是二级甲等医院的，通过帮扶，其重点专科建设取得显著成效。
1. 3. 2 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。	
1. 3. 2. 1 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。	【C】 1. 对政府指令的社区、农村人才培养任务，有相关制度和具体措施予以保障。 2. 有每年为社区、农村培养人才项目的实施计划，并组织实施。 3. 有“医师晋升主治或副主任医师职称前到农村累计服务一年”的明确规定。 4. 到农村服务医师人数占符合晋升条件人数比例≥60%。
	【B】符合“C”，并 1. 主管职能部门加强对农村、社区人才培养工作监督管理，对培养效果进行追踪评价。 2. 有完整的项目培养资料，包括学员名单、授课课件、学时、考核和评价等。 3. 到农村服务医师人数占符合晋升条件人数比例≥70%。
	【A】符合“B”，并 1. 到农村服务医师人数占符合晋升条件人数比例≥90%。 2. 有关人才培养的指令性项目实施效果良好，受训学员满意度高，获得各级政府肯定或表扬、奖励等。
1. 3. 3 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。	
1. 3. 3. 1 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。	【C】 1. 有专门部门依据法律法规和规章、规范负责传染病管理工作。 2. 有指定人员负责传染病疫情监控、报告以及传染病预防工作。 3. 对发现的法定传染病患者、病原携带者、疑似患者的密切接触者采取必要的治疗和控制措施。 4. 对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品以及医疗废物实施消毒和无害化处置。 5. 有传染病预检、分诊制度，对传染病患者、疑似传染病患者应当引导至相对隔离的分诊点进行初诊。 6. 有对特定传染病的特定人群实行医疗救助的相关制度和保障措施。 7. 依照规定为特定对象（如结核病、艾滋病等）提供医疗救助服务。
	【B】符合“C”，并 门诊、住院诊疗信息登记完整，传染病报告、诊疗和消毒隔离、医疗废物处理

	规范。
	【A】符合“B”，并 主管部门对传染病管理定期监督检查、总结分析，持续改进传染病管理，无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散。
1．3．4 建立院前急救与院内急诊“绿色通道”，有效衔接的工作流程。	
1．3．4．1 建立院前急救与院内急诊“绿色通道”，有效衔接的工作流程。	【C】 1．有院前急救与院内急诊“绿色通道”有效衔接的工作流程。 2．有急诊与住院连贯的医疗服务标准与流程。 3．医院急诊护士与“120”急救人员、病房间有严格的交接制度、规范患者转接及工作记录。
	【B】符合“C”，并 1．有多部门、多科室的协调机制，保障多发伤、复合伤、疑难病例的抢救治疗。 2．有“绿色通道”病情分级和危急重症优先的诊治的相关规定，保证急诊手术流程畅通，并有妥善处理如下患者的工作流程： （1）特殊人群：“三无”人员、可疑急性呼吸道传染病隔离者。 （2）特殊病种：严重创伤和急性冠脉综合征及脑血管意外等。 （3）群体性（3人以上）伤、病、中毒等情况。
	【A】符合“B”，并 主管职能部门对急诊绿色通道实施情况定期督导检查、持续改进急诊抢救工作。
1．3．5 开展健康教育与健康促进、健康咨询等多种形式的公益性社会活动。	
1．3．5．1 开展健康教育与健康促进、健康咨询等多种形式的公益性社会活动。	【C】 1．有针对本地区人群健康状况特点开展健康教育与健康促进以及健康咨询等公益性活动。 2．有接受各级行政部门指令或医院自发组织的社会公益活动。 3．医院有开展禁止吸烟宣教和督查，全院各处设有醒目统一的禁烟标志。
	【B】符合“C”，并 开展社区健康教育与健康促进，对开展健康教育、健康促进、健康咨询等公益性活动有定期效果评价，持续改进。
	【A】符合“B”，并 医院达到无烟医院标准。
1．3．6 在基本医疗保障制度框架内，医院应建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。	
1．3．6．1 在国家医疗保险制度、新型农村合作医疗制度框架内，医院应建立与实施双向转诊制度与相关服	【C】 在国家医疗保险制度、新型农村合作医疗制度框架内，医院建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，有完整的相关资料。
	【B】符合“C”，并 主管部门对双向转诊结果追踪随访、总结分析及效果评价。

务流程。	【A】符合“B”，并 转诊单位间有定期的联席会制度，加强协作，共同改进双向转诊工作。
1．3．7 根据《统计法》与卫生行政部门规定，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。	
1．3．7．1 根据《统计法》与卫生行政部门规定，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。	【C】 1．有向卫生行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按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等相关信息报送工作。 2．有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。
	【B】符合“C”，并 落实信息报送前的审核程序，实行信息报告问责制。
	【A】符合“B”，并 1．当地卫生行政或统计部门提供信息显示，近三年内: （1）未发生统计数据上报信息错误。 （2）未出现瞒报或报送虚假数据现象。

四、应急管理

评审标准	评审要点
1．4．1 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。	
1．4．1．1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，承担突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。	【C】 1．各级各类人员了解国家有关法律、法规和各级政府制定的应急预案的内容。 2．医院明确在应对突发事件中应发挥的功能和承担的任务。 3．根据卫生行政部门指令承担突发公共事件的医疗救援。 4．根据卫生行政部门指令承担突发公共卫生事件防控工作。 5．有完备的应急响应机制。
	【B】符合“C”，并 1．有主管职能部门负责应急管理工作，相关人员熟悉应急预案以及医院的执行流程。 2．有参与突发事件医疗救援和突发公共卫生事件防控工作的完整资料。
	【A】符合“B”，并 对参与的每一例医疗救援或防控工作均有总结分析，持续改进应急管理工作。
1．4．2 加强领导，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。	
1．4．2．1 建立健全医院应急管理组织和应急指挥系统，负责医院应急管理工作。（★）	【C】 1．有医院应急工作领导小组，负责医院应急管理。 2．有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。 3．主管职能部门负责日常应急管理工作。 4．有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。 5．医院总值班有应急管理的明确职责和流程。 6．有应急队伍，人员构成合理，职责明确。

	7．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．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。 2．有信息报告和信息发布相关制度。 3．应急队伍组成垂直和水平关系明晰，跨度合理，覆盖应急反应的各个方面，确保应急行动的协调和高效，能够得到后勤系统和医学装备部门的支持。
	【A】符合“B”，并 1．有应急演练或应急实践总结分析，对应急指挥系统的效能进行评价，持续改进应急管理工作。 2．有新闻发言人制度，根据法律法规和有关部门授权履行信息发布。
1．4．3 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。	
1．4．3．1 开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。（★）	【C】 组织有关人员对医院面临的各种潜在危害加以识别，进行风险评估和分类排序，明确应对的重点。
	【B】符合“C”，并 有灾害脆弱性分析报告，对突发事件可能造成的影响以及医院的承受能力进行系统分析，提出加强医院应急管理的措施。
	【A】符合“B”，并 定期进行灾害脆弱性分析，对应对的重点进行调整，对相应预案进行修订，并开展再培训与教育。
1．4．3．2 编制各类应急预案。（★）	【C】 1．根据灾害脆弱性分析的结果制订各种专项预案，明确应对不同突发公共事件的标准操作程序。 2．制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确在应急状态下各个部门的责任和各级各类人员的职责以及应急反应行动的程序。 3．有节假日及夜间应急相关工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。
	【B】符合“C”，并 编制医院应急预案手册，方便员工随时查阅，各部门各级各类人员知晓本部门和本岗位相关职责与流程。
	【A】符合“B”，并 定期并及时修订总体预案和专项预案，持续完善。
1．4．4 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。	
1．4．4．1 开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	【C】 1．医院有安全知识及应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训，组织考核。 2．各科室、部门每年至少组织一次系统的防灾训练。 3．开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。

	【B】符合“C”，并 1. 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。 2. 相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。 3. 有应对重大突发事件的医院内、外联合应急演练。 4. 有应对突发大规模传染病爆发等突发公共卫生事件的综合演练。
	【A】符合“B”，并 应急预案与流程的员工知晓率达到100%。
1．4．4．2 医院有停电事件的应急对策。	【C】 1. 有停电的医院总体预案和主要部门应急预案。 2. 明确应急供电的范围、实施应急供电的演练，确保手术室、ＩＣＵ等主要场所应急用电。 3. 配备充分的应急设施，如各个病区都设置有应急用照明灯。 4. 员工都应知晓停电时的对策程序。
	【B】符合“C”，并 1. 对本院备置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。 2. 对突发火灾、雷击、风灾、水灾造成的停电有应急措施。 3. 定期检查接地系统，对手术室、ＩＣＵ、医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。
	【A】符合“B”，并 1. 供电部门24小时值班制，有完整的交接班记录。 2. 有停电及应急处理的完整记录，记录时间精确到分，有处理人员的签名。 3. 有主管职能部门的督导检查和持续改进资料。
1．4．5合理进行应急物资和设备的储备。	
1．4．5．1 制订应急物资和设备储备计划，且有严格的管理制度及审批程序，有适量应急物资储备，有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。	【C】 1. 有应急物资和设备的储备计划。 2. 有应急物资和设备的管理制度、审批程序。 3. 有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记。
	【B】符合“C”，并 1. 应急物资和设备有定期维护，确保效期，自查有记录。 2. 现库存的储备物资与目录相符，有适量的药品器材、生命复苏设备、消毒药品器材与防护用品，有水与食品的储备。 3. 有主管职能部门监管记录。
	【A】符合“B”，并 与供应商之间有应急物资和设备紧急供应的协议。

五、临床医学教育

评审标准	评审要点
1．5．1教学师资、设备设施符合医学院校教育的要求。	

1．5．1．1 教学师资、设备设施符合医学院校教育要求，承担研究生学历教育，具备研究生学位授权点。	【C】 医院具有能够承担医学院校教学的教学师资、设备设施，符合教育部对三级医院的教学要求。
	【B】符合“C”，并 具备参与或承担高等学校教材（教科书）编撰工作能力，并已出版，或被指定为省级临床专科技术培训中心或基地。
	【A】符合“B”，并 1．为国家级临床专科技术培训中心或基地。 2．能够独立承担研究生学历教育，有研究生学位授权点，并已有毕业学员。
1．5．2 承担本科及以上医学生的临床教学和实习任务。	
1．5．2．1 承担本科及以上医学生的临床教学和实习任务。	【C】 1．完成本科及以上临床教学工作，通过历次教学评估。 2．有支持教学规划，资金投入和保障制度。 3．有专门部门和专职人员负责教学管理工作。 4．有相应专业教研组或办公室，有专（兼）职教师。 5．有年度培养本科生及以上的专业、数量等相关资料。
	【B】符合“C”，并 1．对所承担的教学工作有质量监控和持续改进，有可追溯的记录。 2．为大学附属医院或教学医院，并承担连续 5 届本科医学教育工作。 3．独立承担硕士研究生教育。
	【A】符合“B”，并 独立承担博士研究生教育。
1．5．3 承担住院医师规范化培训和县级医院骨干医师培训任务。	
1．5．3．1 承担住院医师规范化培训和县级医院骨干医师培养任务。	【C】 1．有住院医师规范化培训、县级医院骨干医师培训实施方案，提供相应培训条件及资金支持。 2．有专职人员负责培训工作。
	【B】符合“C”，并 1．有主管职能部门和专人负责对培训工作定期督查、督教。 2．为省级卫生行政部分批准的住院医生规范化培训基地。 3．有年度承担住院医师规范化培训的学科、数量及档案管理等相关资料。
	【A】符合“B”，并 1．能够承担同级（三级）医院卫生技术人员专业培训任务。 2．有住院医师规范化培训、县医院骨干医师培养情况的追踪随访、总结评价，持续改进培训工作。
1．5．4 开展继续医学教育工作情况。	
1．5．4．1 开展继续医学教育工作。	【C】 1．有继续医学教育管理组织，管理制度和继续教医学育规划、实施方案，提供培训条件及资金支持。

	2．有专门部门和专人对全院继续教育项目实施统一管理、质量监督。
	【B】符合“C”，并 1．有完善的继续医学教育学分管理档案。 2．有继续医学教育与员工定期考核、晋职晋升挂钩。 3．继续医学教育学分完成率≥90%。 4．每年承担省级继续医学教育项目≥5个。
	【A】符合“B”，并 1．继续医学教育学分完成率≥95%。 2．每年承担国家级继续医学教育项目≥5 个。
1．5．5 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。	
1．5．5．1 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。	【C】 1．有承担指导和培训下级医院卫生技术人员提高诊疗水平的相关规划、实施方案，提供培训条件及资金支持。 2．有指定部门和人员对培训项目实施统一管理、质量监督。 3．有年度下级医院进修医务人员数量、学科等相关资料。
	【B】符合“C”，并 1．选派医务人员、管理人员参与支援农村、支援西部及社区工作，指导下级医院和培养卫生技术人员。 2．有选派援助人员名单、学科及援助项目等相关资料。
	【A】符合“B”，并 1．有推广适宜卫生技术项目及效果评价。 2．对援助工作有监管，有追踪、有评估与持续改进。

六、科研及其成果推广

评审标准	评审要点
1．6．1 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。	
1．6．1．1 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。	【C】 1．有科研工作管理制度。 2．有鼓励医务人员参与科研工作的具体措施。 3．有科研经费支持及相应的科研条件与设施。 4．有专门部门和人员对医务人员参与科研工作进行管理。
	【B】符合“C”，并 1．有省级的重点学科或省级重点实验室。 2．医院设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料。 3．对科研工作有监管，有追踪、有评估与持续改进，有记录。
	【A】符合“B”，并 1．有国家级的重点学科或国家级重点实验室或国家药物临床试验机构。 2．医院年度科研经费与医院总体收入增长同步。
1．6．2 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。	

1．6．2．1 承担各级各类科研项目，获得院内外研究经费，并取得研究成果。	【C】 1．有近5年来承担各级各类科研项目、科研经费及科研成果的相关资料。 2．有科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）与医院开放床位比例（如每百张开放床位）、与在册医护研人员比例（如每百名医师、或护士、或药师、或技师、或专职科研人员等）的统计资料和统计分析。 3．有临床科研项目数量，占总项目比例及专利技术转化的相关资料。 4．医院配套经费到位率≥80%（以年终财务报表数据为准）。
	【B】符合“C”，并 1．有近5年来承担省级科研项目数量、获得科研资助资金数量相关资料。 2．有省科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量)及与医院开放床位比例、与在册医护研人员比例的统计资料和统计分析。 3．医院配套经费到位率≥90%（以年终财务报表数据为准）。
	【A】符合“B”，并 1．有近5年来承担国家级科研项目数量、获得科研资助资金数量相关资料。 2．有国家级科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）及与医院开放床位比例、与在册医护研人员比例的统计资料和统计分析。 3．临床科研项目数量，占总项目比例及专利技术转化情况。 4．医院配套经费到位率≥95%（以年终财务报表数据为准）。
1．6．3 医院有将研究成果转化实践应用的激励政策，并取得成效。	
1．6．3．1 医院有将研究成果转化实践应用的激励政策，并取得成效。	【C】 1．有将研究成果转化实践应用的激励政策。 2．十年内医院有自主创新的适宜技术得到推广或院级研究成果转化实践应用或引进技术提高临床诊疗水平的案例。
	【B】符合“C”，并 十年内医院至少有省部级研究成果转化实践应用的案例。
	【A】符合“B”，并 十年内医院至少有国家级研究成果转化实践应用的案例。
1．6．4 依法取得相关资质，并按药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。	
1．6．4．1 依法取得相关资质，并按药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。	【C】 1．有获取国家药物临床相关机构相关资质的证明文件，并有相应的专用床位、设施与设备。 2．能按照药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。 3．对研究人员的资质与批准程序有明确规定，要求知晓并做到。 （1）研究者必须详细阅读和了解试验方案的内容，并严格按照方案执行。 （2）研究者应向受试者说明经伦理委员会同意的有关试验的详细情况，并取得知情同意书。 （3）研究者有义务采取必要的措施以保障受试者的安全，并记录在案。 （4）研究者负责作出与临床试验相关的医疗决定，保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗。

	4. 临床试验药品管理规范。 （1）临床试验用药品不得销售。 （2）试验用药品的供给、使用、储藏及剩余药物的处理过程应接受相关人员的检查。 （3）试验用药品的使用记录应包括数量、装运、递送、接受、分配、应用后剩余药物的回收与销毁等方面的信息。
	【B】符合“C”，并 1. 研究者应保证将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表。 2. 有主管的职能部门的监管，记录存在问题与缺陷，有改进意见。 3. 研究者接受了申办者派遣的监察员或稽查员的监察和稽查及药品监督管理部门的稽查和视察，有改进意见与要求的记录。
	【A】符合“B”，并 十年内医院至少有三项完整、规范的临床试验案例及相关资料。

第二章　医院服务

一、预约诊疗服务

评审标准	评审要点
2．1．1 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。	
2．1．1．1 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。	【C】 1．医院至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约形式。 2．门诊实行分时段预约诊疗服务。 3．出院复诊患者实行中长期预约。
	【B】符合“C”，并 专家门诊、专科门诊、普通门诊、出院复诊均开展预约诊疗服务。
	【A】符合“B”，并 有完善的出院复诊患者、慢性病患者预约服务管理，登记资料完整。
2．1．2 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。	
2．1．2．1 有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，提高患者预约就诊比例。	【C】 1．有职能部门负责统一预约管理和协调工作。 2．有预约诊疗工作制度和规范流程。 3．有方便患者获取的门诊和预约服务公开的医疗信息。 4．有出诊医师管理措施，变动出诊时间提前公告。 5．医务人员熟知预约诊疗制度与流程。
	【B】符合“C”，并 1．有信息化预约管理平台。 2．有专人负责预约具体工作。 3．对中长期预约号源有统一管理和协调。
	【A】符合“B”，并 1．不断提高预约就诊比例，门诊预约率达到门诊量 50%以上。 2．对预约诊疗情况进行分析评价，持续改进预约工作。
2．1．3 建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务。	
2．1．3．1 建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务。	【C】 1．与基层医疗机构合作开展预约转诊服务，有规范，有流程。 2．有与基层医疗机构预约转诊协议。 3．规范开展基层医疗机构预约转诊工作。 4．转诊预约患者携带转诊全面病历资料。
	【B】符合“C”，并 1．有提高转诊质量的相关培训和指导。

	2．信息系统支持病历资料协同传输。
	【A】符合“B”，并 对预约转诊情况进行分析评价，持续改进转诊工作。

二、门诊流程管理

评审标准	评审要点
2．2．1 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。	
2．2．1．1 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。	【C】 1．门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。 2．有门诊管理制度并落实。 3．有各种便民措施。 4．有缩短患者等候时间的措施。 5．有急危重症患者优先处置的相关制度与程序。
	【B】符合“C”，并 1．针对门诊重点区域和高峰时段有措施保障门诊诊疗的秩序和连贯性。 2．有减少就医环节的信息支持系统，实行门诊分层挂号、或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务。 3．切实落实急危重症患者优先处置制度。
	【A】符合“B”，并 门诊管理工作有分析评价，持续改进门诊工作。
2．2．2 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。	
2．2．2．1 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。	【C】 1．以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。 2．医务人员按时出诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。 3．有咨询服务，帮助患者有效就诊。
	【B】符合“C”，并 1．医务人员完成本岗位诊疗工作后能主动指导患者进入下一诊疗环节。 2．有奖惩措施和考核机制不断提高医务人员按时出诊率。
	【A】符合“B”，并 1．开展满意度调查等措施，不断完善门诊服务。 2．医务人员出诊情况有登记与分析评价，持续改进出诊服务。
2．2．3 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的协调配合。	
2．2．3．1 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的协调	【C】 1．有门诊流量实时监测措施。 2．有医疗资源调配方案。 3．有门诊与辅助科室之间的协调机制。

配合。	【B】符合“C”，并 1. 门诊满足患者就诊需要，无因医院原因出现退号现象。 2. 普通医技检查能满足门诊需要，当日完成检查和报告。
	【A】符合“B”，并 有门诊就诊情况分析评价，持续改进门诊工作。
2. 2. 3. 2 有门诊突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。	【C】 1. 有应急预案，包括建立组织、设备配置、人员技术培训、通讯保障、后勤保障等。 2. 有确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施。
	【B】符合“C”，并 1. 有门诊突发事件预警系统，能有效地识别预警信息。 2. 工作人员能够及时识别预警信息并熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。
	【A】符合“B”，并 1. 根据预警级别，及时启动应急预案，有案例证实在启动应急预案后，相关部门能积极响应。 2. 有应急事件分析评价，持续改进应急管理。
2. 2. 4 有制度与流程支持开展多学科综合门诊。	
2. 2. 4. 1 有制度与流程支持开展多学科综合门诊，并取得成效。	【C】 有相关制度与流程支持开展多学科综合门诊，诊疗范围明确，各科职责清楚。
	【B】符合“C”，并 有保障多学科综合门诊出诊医师数量和质量的措施。
	【A】符合“B”，并 有多科综合门诊成效分析评价，持续改进综合门诊质量。
2. 2. 5 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。	
2. 2. 5. 1 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。	【C】 医院绩效考评和分配方案与门诊服务质量密切挂钩。
	【B】符合“C”，并 1. 医院开放节假日门诊，夜间门诊，实行无休日门诊。 2. 有措施使门诊资源利用率最大化。
	【A】符合“B”，并 有门诊服务监管评价，持续改进门诊服务质量。

三、急诊绿色通道管理

评审标准	评审要点
2. 3. 1 急诊科设置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本要求。人力资源、设备、设施配备满足急诊绿色通道要求，实行 7 × 24 小时服务。	

2．3．1．1 急诊科布局、设备设施符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的要求，实行 7×24 小时服务。	【C】 1．急诊科布局、设备设施符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的要求。 2．急诊科布局符合急诊快捷流程特点，满足绿色通道要求。 3．急诊科、急诊检验、影像检查、药剂科等实行 7×24 小时服务。
	【B】符合“C”，并 急诊科有单独的区域，医疗区和支持区（医技与药房）紧邻。
	【A】符合“B”，并 急诊科有完善的急诊手术室、重症监护室，满足急诊危重病人抢救需要。
2．3．1．2 急诊科应当配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医护人员。	【C】 1．急诊医师、急诊护士配置满足急诊工作需要。 2．急诊医师、急诊护士经过急诊专业训练，掌握危急重症抢救技能，具备独立抢救工作能力。
	【B】符合“C”，并 医护人员定期技能再培训，不断提高急诊抢救水平。
	【A】符合“B”，并 有急诊医护人员培训考核机制。
2．3．2 加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者。	
2．3．2．1 加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者（★）	【C】 1．有专人负责急诊检诊、分诊工作，有效分流非急危重症患者。 2．落实首诊负责制，急危重症患者实行“先抢救、后付费”。 3．落实急会诊制度，保障急危重症患者得到及时救治。 4．建立急危重症患者抢救协作协调机制，保障患者优先收住入院，制定急诊科与 120 急救中心、基层医疗机构急诊患者转接流程，保障患者得到连贯抢救治疗，保持绿色通道畅通。
	【B】符合“C”，并 急诊抢救登记完善，病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。
	【A】符合“B”，并 有急诊信息网络支持系统，有急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接，急诊科能够在患者送达前获取急救中心转送或基层医疗机构转诊患者信息，院内相关各科室在患者收住入院前获取病历资料，提高效率。
2．3．2．2 建立急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种的急诊服务流程与规范。（★）	【C】 1．建立急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种的急诊服务流程。 2．有重点病种患者紧急会诊和优先入院抢救的相关规定。 3．重点病种相关科室及医务人员熟悉本科室重点病种急诊抢救流程和职责。
	【B】符合“C”，并 有重点病种急诊抢救登记、总结、分析、反馈及持续改进措施。

	【A】符合“B”，并 持续改进重点病种急诊服务有成效。
2．3．3根据重大突发事件应急医疗救援预案，制定大规模抢救工作流程，保障绿色通道畅通。	
2．3．3．1 根据重大突发事件应急医疗救援预案，制定大规模抢救工作流程，保障绿色通道畅通。	【C】 1．医院有重大突发事件应急医疗救援预案。 2．急诊科有根据预案制定的大规模抢救工作流程。 3．相关职能部门、医务人员和工作人员熟悉本部门、本人在应急医疗救援中的角色和岗位职责。 4．大规模抢救工作由院级领导负责指挥协调，由职能部门具体组织实施和协调。
	【B】符合“C”，并 有大规模抢救登记与总结分析，反馈和持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进应急管理有成效。

四、住院、转诊、转科服务流程管理

评审标准	评审要点
2．4．1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。	
2．4．1．1 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。	【C】 1．执行留观、入院、出院、转科、转院制度，并有相应的服务流程。 2．有部门间协调机制，并有专人负责。 3．能为患者入院、出院、转科、转院提供指导和各种便民措施。 4．有科室没有空床或医疗设施有限时的处理制度与流程，并告知患者原因和处理方案。
	【B】符合“C”，并 1．有对员工进行服务流程培训的相关制度并执行，当服务流程变更时对相关人员进行再培训。 2．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进服务流程有成效。
2．4．2为急诊患者入院制定合理、便捷的入院相关制度与流程。危重患者应先抢救并及时办理入院手续。	
2．4．2．1 有为急诊患者提供合理、便捷的入院相关制度与流程，危重患者应先抢救并及时办理入院手续。	【C】 1．有为急诊患者提供合理、便捷的入院制度与流程。 2．危重患者应先抢救并及时办理入院手续。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进急诊入院服务有成效。

2．4．2．2 为患者提供办理入院、出院手续个性化服务和帮助。	【C】 1．办理入院、出院、转院手续便捷，分时段或床边办理出院手续，提供 24 小时服务。 2．有为特殊患者（如残疾人、无近亲属陪护行动不便患者等）入院、出院提供多种服务的便民措施。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进入院服务有成效。
2．4．3 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。	
2．4．3．1 加强转诊、转科患者的交接，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。	【C】 1．转诊或转科流程明确，实施患者评估，履行知情同意，做好相关准备，选择适宜时机。 2．经治医师应向患者或近亲属告知转诊、转科理由以及不适宜的转诊、转科可能导致的后果，获取患者或近亲属的知情同意。 3．有病情和病历等资料交接制度并落实，保障诊疗的连续性。 4．相关医务人员熟悉并遵循上述制度与流程。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进转诊转科服务有成效。
2．4．4 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。	
2．4．4．1 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。	【C】 1．有出院患者健康教育相关制度并落实。 2．有出院患者随访、预约管理相关制度并落实。
	【B】符合“C”，并 1．患者或近亲属能知晓和理解出院后医疗、护理和康复措施。 2．开展多种形式的随访，不断提高随访率。 3．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进健康教育和随访预约管理有成效。

五、基本医疗保障服务管理

评审标准	评审要点
2．5．1 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。	

2．5．1．1 有基本医疗保障管理制度和相应保障措施，严格收费服务管理，减少患者医药费用预付，方便患者就医。	【C】 1．有指定相关部门或专人负责基本医疗保障管理工作。 2．有基本医疗保障管理相关制度和相应保障措施。 3．提供快捷的基本医疗保障预付服务。 4．相关人员熟悉并遵循上述制度。
	【B】符合“C”，并 1．实施“先诊疗后结算”等措施，方便患者就医。 2．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进基本医疗保障管理有成效。
2．5．2 公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目。	
2．5．2．1 公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目。	【C】 1．公开基本医疗保障服务收费标准。 2．公开医疗保险支付项目和标准。
	【B】符合“C”，并 1．向患者提供基本医疗保障相关制度的咨询服务。 2．向患者介绍基本医疗保障支付项目供患者选择，优先推荐基本医疗、基本药物和适宜技术。 3．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进基本医疗收费管理有成效。
2．5．3 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。	
2．5．3．1 保障各类参加基本医疗保障人员的权益，强化参保患者知情同意。	【C】 1．维护参保人员的权益，提供基本医疗保障相关信息。 2．对于基本医疗保障服务范围外的诊疗项目应事先征得参保患者的知情同意。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进保障人员权益服务有成效。

六、患者的合法权益

评审标准	评审要点
2．6．1 医院有相关制度保障患者或其近亲属、授权委托人充分了解其权利。	
2．6．1．1 患者或其近亲属、授权委托人对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利。医院有	【C】 1．有保障患者合法权益的相关制度并得到落实。 2．医务人员尊重患者的知情选择权利，对患者或其近亲属、授权委托人进行病情、诊断、医疗措施和医疗风险告知的同时，能提供不同的诊疗方案。 3．医务人员熟知并尊重患者的合法权益。

相关制度保证医务人员履行告知义务。（★）	【B】符合“C”，并 1. 患者或近亲属、授权委托人对医务人员的告知情况能充分理解并在病历中体现。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2. 6. 2 应向患者或其近亲属、授权委托人说明病情及治疗方式、特殊治疗及处置，并获得其同意，说明内容应有记录。	
2. 6. 2. 1 向患者或其近亲属、授权委托人说明病情及治疗方式、特殊治疗及处置，并获得其同意，说明内容应有记录。	【C】 1. 医务人员在诊疗活动中应当向患者或其近亲属、授权委托人说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属或授权委托人说明，说明内容应有记录，并取得其书面同意。 2. 相关人员熟悉并遵循上述要求。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2. 6. 3 对医务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、语言与患者及其近亲属沟通，并履行书面同意手续。	
2. 6. 3. 1 对医务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，与患者及其近亲属沟通，并履行书面同意手续。	【C】 1. 对医务人员进行维护患者合法权益、知情同意以及告知方面培训。 2. 医务人员掌握告知技巧，采用患者易懂的方式进行医患沟通。 3. 对实施手术、麻醉、高危诊疗操作、特殊诊疗（如化疗）或输血、使用血液制品、贵重药品、耗材等时应履行书面知情同意手续。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2. 6. 4 开展实验性临床医疗应严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，并征得患者书面同意。	
2. 6. 4. 1 开展实验性临床医疗应严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，并征得患者书面同	【C】 1. 有开展实验性临床医疗管理的相关制度。 2. 有开展实验性临床医疗的审核程序。 3. 实验性临床医疗实行个案全程管理。 4. 参与实验性临床医疗的患者均能签署知情同意书。

意。	【B】符合“C”，并 1. 患者和近亲属充分参与诊疗决策。 2. 有独立的监督部门对相关的实验性临床医疗进行全程监督，并有效履行职责。
	【A】符合“B”，并 实验性临床医疗项目档案资料完整，对监管情况有评价，有整改措施与持续改进。
2. 6. 5 保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。	
2. 6. 5. 1 保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。	【C】 1. 有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。 2. 有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。 3. 医务人员熟悉相关制度，了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。 4. 医务人员自觉保护患者隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。
	【B】符合“C”，并 1. 能尽量满足患者合理的特殊需求。 2. 有完善的保护患者合法权益的协调处置机制。 3. 有主管职能部门监督检查。
	【A】符合“B”，并 有监管情况分析评价，有整改措施与持续改进。

七、投诉管理

评审标准	评审要点
2. 7. 1 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。	
2. 7. 1. 1 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。（★）	【C】 1. 有专门部门统一受理、处理投诉。 2. 有投诉管理相关制度及明确的处理流程。 3. 有明确的投诉处理时限并得到严格执行。
	【B】符合“C”，并 1. 实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。 2. 有配置完善的录音录像设施的投诉接待室。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。

2．7．1．2 妥善处理医疗纠纷。(★)	【C】 1．有医疗纠纷范围界定、处理制度与操作流程，妥善处理医疗纠纷。 2．有法律顾问、律师提供相关法律支持。 3．相关人员熟悉流程并履行相应职责。
	【B】符合“C”，并 1．以多种形式对相关员工进行医疗纠纷案例教育。 2．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．建立发言人制度。 2．持续改进有成效。
2．7．2 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。	
2．7．2．1 公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，建立健全投诉档案。	【C】 1．通过各种形式，在显要地点公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，同时公布上级部门投诉电话。 2．有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。 3．规范投诉处理程序。
	【B】符合“C”，并 建立健全投诉档案，包括书面、音像档案资料。
	【A】符合“B”，并 定期对投诉资料进行归类整理、分析，提出改进建议提供给相关管理部门和科室。
2．7．3 根据患者和员工的投诉，持续改进医疗服务。	
2．7．3．1 根据患者和员工的投诉，持续改进医疗服务。	【C】 1．建立患者及员工投诉渠道。 2．有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。 3．根据投诉情况改进医疗服务质量，提高管理水平。
	【B】符合“C”，并 将投诉与绩效考核、医师考核和职能部门工作评价相结合。
	【A】符合“B”，并 通过投诉管理，提高患者和员工对医疗服务和医院管理的满意率。
2．7．4 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训。	
2．7．4．1 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有记录。	【C】 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有完整相关资料（每年至少一次）。
	【B】符合“C”，并 开展典型案例教育。
	【A】符合“B”，并 有培训效果评价。

八、就诊环境管理

评审标准	评审要点
2．8．1 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。	
2．8．1．1 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。	【C】 1．有咨询服务台，专人服务，相关人员应熟知各服务流程。 2．有医院就诊指南。 3．有医院建筑平面图。 4．有清晰、易懂的医院服务标识。 5．有说明患者权利的图文介绍资料。 6．有残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车等设备，标识醒目。 7．有为老年人、有困难的患者提供导医和帮助的服务。 8．有提供饮水、电话、健康教育宣传等服务的设施。 9．有卫生、清洁、无味、防滑的卫生间，包括专供残疾人使用的卫生设施。 10．有适宜的供患者停放车辆的区域。 11．有通畅无障碍的救护车通道。 12．有电梯服务管理人员。 13．有预防意外事件的措施与警示标识。 14．医院工作人员佩戴标识规范，易于患者识别。
	【B】符合“C”，并 1．实行“首问负责制”。 2．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2．8．2 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。	
2．8．2．1 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。	【C】 1．有明显的识别与路径标识，尤其与急救相关的科室与路径。 2．标识用字规范、清楚、醒目，导向易懂。 3．有指定部门监管。
	【B】符合“C”，并 根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。
	【A】符合“B”，并 标识与服务区域功能或路径完全相符。
2．8．3 就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。	
2．8．3．1 就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。	【C】 1．医院建筑布局符合患者就诊流程要求和医院感染管理需要。 2．门诊工作区满足患者就诊需要，有配备适宜座椅的等候休息区。 3．有候诊排队提示系统。 4．有整洁宁静的住院病房，实际占地面积满足住院诊疗要求。

	5．有卫生洗浴设施，并配备应急呼叫及防滑扶手装置。 6．有安全、舒适的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。 7．有安全管理、保洁管理措施。
	【B】符合“C”，并 对医院环境状况有巡查、维护措施，保障就诊住院环境处于良好状态。
	【A】符合“B”，并 医疗用房达到国家综合医院建设标准。
2．8．4 有保护患者的隐私设施和管理措施。	
2．8．4．1 有保护患者的隐私设施和管理措施。	【C】 1．有私密性良好的诊疗环境。 2．在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。
	【B】符合“C”，并 1．多人病室各病床之间有间隔设施。 2．有私密性良好的医患沟通及知情告知场所。 3．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2．8．5 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》。	
2．8．5．1 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》。	【C】 1．有执行《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》的计划和具体措施。 2．有禁止吸烟的宣传教育计划并组织实施。 3．有禁止吸烟的醒目标识。 4．对有吸烟史的住院患者进行戒烟健康教育。
	【B】符合“C”，并 开展多种形式的戒烟咨询服务。
	【A】符合“B”，并 达到无烟医院标准。
2．8．6 落实创建“平安医院”九点要求，有措施，构建和谐医患关系、优化医疗执业环境有成效。	
2．8．6．1 落实创建“平安医院”九点要求，有措施，构建和谐医患关系、优化医疗执业环境有成效。	【C】 1．落实创建“平安医院”九点要求，医院有具体措施。 2．开展相关的培训与教育。
	【B】符合“C”，并 相关负责人对创建“平安医院”主要内容的知晓率≥90%。
	【A】符合“B”，并 获得省级创建“平安医院”先进单位。

第三章　患者安全

一、确立查对制度，识别患者身份

评审标准	评审要点
3．1．1 对就诊患者施行唯一标识（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。	
3．1．1．1 对就诊患者施行唯一标识（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。	【C】 对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。
	【B】符合“C”，并 对就诊患者住院病历施行唯一标识管理，如使用医保卡、新型农村合作医疗卡编号或身份证号码等。
	【A】符合“B”，并 对提高患者身份识别的正确性有改进方法，如在重点部门（急诊、新生儿、ICU、产房、手术室）使用条码管理。
3．1．2 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。	
3．1．2．1 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项等项目核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。（★）	【C】 1．有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。 2．至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、年龄、出生年月、年龄、病历号、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。 3．相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。
	【B】符合“C”，并 1．各科室严格执行查对制度。 2．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实，持续改进有成效。
3．1．3 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。	
3．1．3．1 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。	【C】 1．患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间的转接。 2．对重点患者，如产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者的身份识别和交接流程有明确的制度规定。 3．对无法进行患者身份确认的无名患者，有身份标识的方法和核对流程。 4．对新生儿、意识不清、语言交流障碍等原因无法向医务人员陈述自己姓名的患者，由患者陪同人员陈述患者姓名。

	【B】符合“C”，并 1. 科室有转科交接登记。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 重点部门患者转接时的身份识别制度落实，持续改进有成效。
3. 1. 4 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）。	
3. 1. 4. 1 使用“腕带”作为识别患者身份的标识，重点是重症监护病房、新生儿科（室），手术室、急诊室等部门，以及意识不清、语言交流障碍的患者等。	【C】 1. 对需使用“腕带”作为识别身份标识的患者和科室有明确制度规定。 2. 至少在重症医学病房（ICU、CCU、SICU、RICU等）、新生儿科（室）、手术室使用“腕带”识别患者身份。
	【B】符合“C”，并 1. 对急诊抢救室和留观的患者、住院、有创诊疗、输液以及意识不清、语言交流障碍等患者推广使用“腕带”识别患者身份。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 正确使用“腕带”识别患者身份标识，持续改进有成效。 2. 使用带有可扫描自动识别的条形码“腕带”识别患者身份。

二、确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤

评审标准	评审要点
3. 2. 1 在住院患者的常规诊疗活动中，应以书面方式下达医嘱。	
3. 2. 1. 1 按规定开具完整的医嘱或处方。	【C】 1. 有开具医嘱相关制度与规范。 2. 医务人员对模糊不清、有疑问的医嘱，有明确的澄清流程。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 医嘱、处方合格率≥95%。
3. 2. 2 在实施紧急抢救的情况下，必要时可口头下达临时医嘱；护理人员应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。	
3. 2. 2. 1 有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度与流程。	【C】 1. 有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程。 2. 医师下达的口头医嘱，执行者需复述确认，双人核查后方可执行。 3. 下达口头医嘱应及时补记。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。

	【A】符合“B”，并 医嘱制度规范执行，持续改进有成效。
3．2．3 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）结果和报告者的信息，复述确认无误后方可提供医师使用。	
3．2．3．1 有危急值报告制度与处置流程。	【C】 1．有临床危急值报告制度及流程。包括重要的检查（验）结果等报告的范围。 2．接获非书面危急值报告者应规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的信息，复述确认无误后及时向经治或值班医生报告，并做好记录。 3．医生接获临床危急值后及时追踪与处置。 4．相关人员知晓上述制度与流程，并正确执行。
	【B】符合“C”，并 1．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 2．信息系统能自动识别、提示危急值，检查（验）科室能通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有醒目的提示。
	【A】符合“B”，并 有危急值报告和接收处置规范，持续改进有成效。

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

评审标准	评审要点
3．3．1 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。	
3．3．1．1 有手术患者术前准备的相关管理制度。	【C】 1．有手术患者术前准备的相关管理制度。 2．择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 术前准备制度落实，执行率 100%。
3．3．2 有手术部位识别标示制度与工作流程。	
3．3．2．1 有手术部位识别标示相关制度与流程。	【C】 1．有手术部位识别标示相关制度与流程。 2．对涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标记。 3．对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。 4．患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位。

	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。
3．3．3 有手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程。	
3．3．3．1 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。（★）	【C】 1．有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 2．实施“三步安全核查”，并正确记录。 第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。 第二步：手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护理人员执行并向手术医师和麻醉医师报告。 第三步：患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。 3．准备切开皮肤前，手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术风险评估”制度规定的流程，实施再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容，并正确记录。 4．手术安全核查项目填写完整。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 手术核查、手术风险评估执行率 100%。

四、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求

评审标准	评审要点
3．4．1 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。	
3．4．1．1 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。	【C】 1．根据《医务人员手卫生规范》有手部卫生管理相关制度和实施规范。 2．手卫生设备和设施配置有效、齐全、使用便捷。
	【B】符合“C”，并 职能部门有对手卫生设备和手卫生依从性进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 医院全员手卫生依从性≥95%。

3．4．2 医务人员在临床诊疗活动中应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）。	
3．4．2．1 医务人员在临床诊疗活动中应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）。	【C】 1．对医务人员提供手卫生培训。 2．有手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）的宣教、图示。 3．手术室、新生儿室等重点科室，医务人员手卫生正确率达100%。
	【B】符合“C”，并 1．职能部门有对规范洗手进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 2．医务人员洗手正确率≥90%。
	【A】符合“B”，并 不断提高洗手正确率，洗手正确率≥95%。

五、特殊药物的管理，提高用药安全

评审标准	评审要点
3．5．1对高浓度电解质、易混淆（听似、看似）的药品有严格的贮存要求，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。	
3．5．1．1 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。	【C】 1．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药品的使用管理制度。 2．有麻醉药品、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药品的存放区域、标识和贮存方法的相关规定。 3．相关员工知晓管理要求，并遵循。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 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药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定，符合率100%。
3．5．1．2 有高浓度电解质、听似、看似等易混淆的药品贮存与识别要求。	【C】 1．对高浓度电解质、化疗药物等特殊药品及易混淆的药品有标识和贮存方法的规定。 2．对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识” 3．相关员工知晓管理要求、具备识别技能。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率100%。
3．5．2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。	

3．5．2．1 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。	【C】 1．所有处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并有转抄和执行者签字。 2．有药师审核处方或用药医嘱相关制度。对于住院患者，应由医师下达医嘱，药学技术人员统一摆药，护士按照规范实施发药，确保给药安全。 3．开具与执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌，按药品说明书应用。 4．有静脉用药调配与使用操作规范及输液反应应急预案。 5．正确执行核对程序≥90%。
	【B】符合“C”，并 1．建立药品安全性监测制度，发现严重、群发不良事件应及时报告并记录。 2．临床药师为医护人员、患者提供合理用药的知识，做好药物信息及药物不良反应的咨询服务。 3．职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 正确执行核对程序达到100%。

六、临床“危急值”报告制度

评审标准	评审要点
3．6．1根据医院实际情况确定“危急值”项目，建立“危急值”管理制度。	
3．6．1．1 根据医院实际情况确定“危急值”项目，建立“危急值”管理制度与工作流程。	【C】 1．有临床危急值报告制度与工作流程。 2．医技部门（含临床实验室、病理、医学影像部门、电生理检查与内窥镜、血药浓度监测等）有“危急值”项目表。 3．相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。
	【B】符合“C”，并 根据临床需要和实践总结，更新和完善危急值管理制度、工作流程及项目表。
	【A】符合“B”，并 职能部门定期（每年至少一次）对“危急值”报告制度的有效性进行评估。
3．6．2严格执行“危急值”报告制度与流程。	
3．6．2．1 严格执行“危急值”报告制度与流程。（★）	【C】 1．医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容，能够有效识别和确认“危急值”。 2．接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录患者识别信息、危急值内容、和报告者的信息，按流程复核确认无误后，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。 3．医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。

	【B】符合“C”，并 信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。
	【A】符合“B”，并 有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。

七、防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生

评审标准	评审要点
3．7．1 对患者进行跌倒、坠床等风险评估，并采取措施防止意外事件的发生。	
3．7．1．1 对患者进行风险评估，主动向高危患者告知跌倒、坠床风险，采取有效措施防止意外事件的发生。	【C】 1．有防范患者跌倒、坠床的相关制度，并体现多部门协作。 2．对住院患者跌倒、坠床风险评估及根据病情、用药变化再评估，并在病历中记录。 3．主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。 4．医院环境有防止跌倒安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑。 5．对特殊患者，如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等患者，主动告知跌倒、坠床危险，采取适当措施防止跌倒、坠床等意外，如警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、床挡等。 6．相关人员知晓患者发生坠床或跌倒的处置及报告程序。
	【B】符合“C”，并 1．有坠床、跌倒的质量监控指标数据收集和分析。 2．高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率≥90%。
	【A】符合“B”，并 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率 100%。
3．7．2 有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案与工作流程。	
3．7．2．1 有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处置预案与工作流程。	【C】 有患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与工作流程。
	【B】符合“C”，并 患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置流程知晓率≥95%。
	【A】符合“B”，并 根据患者跌倒、坠床等意外事件的总结分析，完善防范措施，保障患者安全。

八、防范与减少患者压疮发生

评审标准	评审要点
3．8．1 有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。	
3．8．1．1 有压疮风险评估与报告	【C】 1．有压疮风险评估与报告制度、工作流程。

制度，有压疮诊疗及护理规范。	2. 有压疮诊疗与护理规范。 3. 高危患者入院时压疮的风险评估率≥90%。
	【B】符合“C”，并 1. 职能部门有督促、检查、总结、反馈，有改进措施。 2. 对发生压疮案例有分析及改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 持续改进有成效。 2. 高危患者入院时压疮的风险评估率 100%。
3. 8. 2 实施预防压疮的有效护理措施。	
3. 8. 2. 1 落实预防压疮的护理措施。	【C】 1. 有预防压疮的护理规范及措施。 2. 护理人员掌握操作规范。
	【B】符合“C”，并 职能部门有督促、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 落实预防压疮措施，无非预期压疮事件发生。

九、妥善处理医疗安全（不良）事件

评审标准	评审要点
3. 9. 1 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与可执行的工作流程，并让医务人员充分了解。	
3. 9. 1. 1 有主动报告医疗安全(不良)事件的制度与工作流程。（★）	【C】 1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。 2. 有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。 3. 有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。 4. 每百张床位年报告≥10 件。 5. 医务人员对不良事件报告制度的知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 1. 有指定部门统一收集、核查医疗安全（不良）事件。 2. 有指定部门向相关机构上报医疗安全（不良）事件。 3. 对医疗安全（不良）事件有分析，采取防范措施。 4. 每百张床位年报告≥15 件。 5. 全院员工对不良事件报告制度的知晓率 100%。
	【A】符合“B”，并 1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。 2. 每百张床位年报告≥20 件。 3. 持续改进安全（不良）事件报告系统的敏感性，有效降低漏报率。
3. 9. 2 有激励措施，鼓励不良事件呈报。	

3．9．2．1 有激励措施鼓励医务人员参加《医疗安全(不良)事件报告系统》网上自愿报告活动。	【C】 1．建立有医务人员主动报告的激励机制。 2．对不良事件呈报实行非惩罚制度。 3．严格执行《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度》的规定。
	【B】符合“C”，并 1．激励措施有效执行。 2．使用卫生部《医疗安全（不良）事件报告系统》报告。
	【A】符合“B”，并 医院医疗安全（不良）事件直报系统与卫生部《医疗安全（不良）事件报告系统》建立网络对接。
3．9．3 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。	
3．9．3．1 定期分析医疗安全信息，利用信息资源改进医疗安全管理。	【C】 1．定期分析安全信息。 2．对重大不安全事件进行根本原因分析。
	【B】符合“C”，并 1．利用信息资源加强管理，实施具体有效的改进措施。 2．对改进措施的执行情况进行评估。
	【A】符合“B”，并 应用安全信息分析和改进结果，持续完善和优化医院患者安全管理方案或制度规范。

十、患者参与医疗安全

评审标准	评审要点
3．10．1 针对患者疾病诊疗，为患者及其近亲属提供相关的健康知识教育，协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。	
3．10．1．1 针对患者疾病诊疗，为患者及其近亲属提供相关的健康知识教育，协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。	【C】 1．有医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的相关规定。 2．针对患者病情，向患者及其近亲属提供相应的健康教育，提出供选择的诊疗方案。 3．宣传并鼓励患者参与医疗安全活动，如告知在就诊时提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。
	【B】符合“C”，并 患者及近亲属了解针对病情的可选择诊疗方案。
	【A】符合“B”，并 职能部门对患者参加医疗安全活动有监管，有持续改进。
3．10．2 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。	

3．10．2．1 主动邀请患者参与医疗安全活动。	【C】 1．邀请患者主动参与医疗安全管理，尤其是患者在接受介入或手术等有创诊疗前、或使用药物治疗前、或输液输血前，有具体措施与流程。 2．鼓励患者向药学人员提出安全用药咨询。
	【B】符合“C”，并 职能部门对患者参加医疗安全活动有定期的检查、总结、反馈，并提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 患者主动参与医疗安全活动，持续改进医疗安全管理。

第四章　医疗质量安全管理与持续改进

一、质量与安全管理组织

评审标准	评审要点
4．1．1 有医院、科室的质量管理责任体系，院长为医院质量管理第一责任人，负责制定医院质量与患者安全管理方案，定期专题研究医院质量和安全管理工作，科主任全面负责科室质量管理工作，履行科室质量管理第一责任人的管理职责。	
4．1．1．1 有健全的质量管理体系，院长是第一责任人。	【C】 1．医院质量管理组织主要包括：医院质量与安全管理委员会、各质量相关委员会、质量管理部门、各职能部门、科室质量与安全管理小组等。 2．有医院质量管理组织架构图，能清楚反映医院质量管理组织结构，体现院长是第一责任人。 3．各质量与安全管理组织有明确的质量管理职责。 4．院领导、各部门负责人应致力于质量与安全管理和持续改进。
	【B】符合“C”，并 1．各质量管理组织定期专题研究质量与安全工作，有记录。 2．院领导、各部门负责人在质量与安全管理及持续改进措施执行过程中起到领导作用。
	【A】符合“B”，并 1．依据医院规模，设置独立的质量与安全管理部门，配置充足人力。 2．医院质量管理组织架构及职能分工体现决策、控制与执行三个层次。
4．1．1．2 职能部门履行指导、检查、考核、评价和监督职能。	【C】 1．各职能部门履行本领域质量与安全管理职责。 2．根据医院总体目标，制定并实施相应的质量与安全管理工作计划与考核方案。 3．对重点部门、关键环节和薄弱环节进行定期检查与评估。 4．定期分析医疗质量评价工作的结果。 5．有履行指导、检查、考核的工作记录。
	【B】符合“C”，并 1．有专门的质量管理部门，配置充足人力，对全院质量与安全管理工作履行审核、评价、监督职能。 2．有多部门质量管理协调机制。 3．运用质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料对质量与安全工作实施监控，有相应措施。
	【A】符合“B”，并 医院质量与安全管理工作有持续改进，成效明显，逐步形成全院共同参与质量与安全管理的医院文化。

4．1．1．3 科主任是科室质量与安全管理第一责任人，负责组织落实质量与安全管理及持续改进相关任务。	【C】 1．有科室质量与安全管理小组，科主任为第一责任人。 2．有科室质量与安全管理工作计划并实施。 3．有科室质量与安全工作制度并落实。 4．有科室质量与安全管理的各项工作记录。
	【B】符合“C”，并 1．对科室质量与安全进行定期检查，并召开会议，提出改进措施。 2．对本科室质量与安全指标进行资料收集和分析。 3．能够运用质量管理方法与工具进行持续质量改进。
	【A】符合“B”，并 科室质量与安全水平持续改进，成效明显。
4．1．2 有医院质量管理委员会组织体系，包括医院质量与安全管理委员会、医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、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。	
4．1．2．1 有医院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会，人员构成合理，职责明确。	【C】 1．院长作为医院质量与安全管理第一责任人，统一领导和协调各相关委员会工作。 2．各相关委员会包括：医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、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等。 3．各委员会有明确的职责与人员组成。 4．有人体器官移植资质的医院，应设立独立的人体器官移植技术临床应用与伦理委员会。
	【B】符合“C”，并 1．有由院长担任主任委员的医院质量与安全管理委员会，统一领导和协调各相关委员会工作。 2．各委员会人员构成合理，能履行职责，确保发挥委员会功能。
	【A】符合“B”，并 在医院质量与安全管理委员会统领下，各相关委员会运行良好，在质量与安全管理及持续改进中发挥作用。
4．1．2．2 医院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会能在质量与安全管理中发挥作用。	【C】 1．各委员会定期召开相关质量与安全会议，每年不少于2次，有记录。 2．各相关委员会定期向医院质量与安全管理委员会做工作汇报，为医院制定年度质量与安全管理目标及计划，提供决策支持。
	【B】符合“C”，并 依据医院总体质量与安全管理目标，研讨本领域内质量相关问题，提出改进方案，推动与督导全院或相关领域的质量与安全工作。
	【A】符合“B”，并 各委员会分工协作，共同推进医院质量与安全管理及持续改进，效果明显。

二、医疗质量管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．2．1 有医疗质量管理和持续改进方案，并组织实施。	
4．2．1．1 有医疗质量管理和持续改进实施方案及相配套制度、考核标准、考核办法、质量指标、持续改进措施。	【C】 1．有医疗质量管理和持续改进实施方案及相配套制度、考核标准、考核办法、质量指标。 2．有医疗质量管理考核体系和管理流程。
	【B】符合“C”，并 1．落实医疗质量考核，有记录。 2．对方案执行、制度落实、考核结果等内容有分析、总结、反馈及改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4．2．1．2 有医疗质量关键环节、重点部门管理标准与措施。	【C】 1．有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）管理标准与措施。 2．有重点部门（急诊室、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症病房、产房、新生儿病房等）的管理标准与措施。 3．有主管职能部门监管。
	【B】符合“C”，并 1．相关人员知晓本岗位相关质量管理标准及措施，并落实。 2．主管部门履行监管职责，对各项管理标准与措施的落实情况有定期检查、分析、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4．2．2 建立与执行医疗质量管理制度、操作规范、诊疗指南。	
4．2．2．1 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定完善的覆盖医疗全过程的质量管理规章制度，并及时更新，切实保证医疗质量。	【C】 1．医院制度符合法律法规、规章规范及相关标准，且符合本院实际。 2．有完善的质量管理制度规章制度，并有明确的核心制度。
	【B】符合“C”，并 1．能够覆盖本院医疗全过程。 2．对制度的管理规范，对制定、审核、批准、发布、修订、作废等有统一流程。
	【A】符合“B”，并 对制度能够定期修订和及时更新。
4．2．2．2 执行医疗质量管理制度，重点是核心制度。	【C】 1．落实各项医疗质量管理制度，重点是核心制度。 2．有医院及科室的培训，医务人员掌握并遵循本岗位相关制度。

	3. 有主管职能部门监管。
	【B】符合“C”，并 院科两级对制度的执行情况有督导检查与整改措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4. 2. 2. 3 有临床技术操作规范和临床诊疗指南。	【C】 1. 有各专业临床技术操作规范和临床诊疗指南。 2. 对医务人员进行培训，使医务人员掌握并严格遵循本专业岗位相关规范和指南开展医疗工作。
	【B】符合“C”，并 对规范、指南的执行情况有督导检查与整改措施。
	【A】符合“B”，并 根据医学发展和本院实际，对规范和指南及时进行补充完善。
4. 2. 3 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。	
4. 2. 3. 1 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。	【C】 1. 有各专业、各岗位“三基”培训及考核制度。 2. 有根据不同层次及专业的卫生技术人员的“三基”培训内容、要求、重点和培训计划。 3. 有与培训相适宜的技能培训设施、设备及经费保障。 4. 有指定部门或专职人员负责实施。
	【B】符合“C”，并 落实培训及考核计划，在岗人员参加“三基”培训覆盖率 100%。
	【A】符合“B”，并 在岗人员参加“三基”考核合格率 100%。
4. 2. 4 建立医疗风险防范确保患者安全的机制，按规定报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷，不隐瞒和漏报。	
4. 2. 4. 1 有医疗风险管理方案。	【C】 1. 有医疗风险管理方案，包括医疗风险识别、评估、分析、处理和监控等内容。 2. 有针对主要风险制定相应的制度、流程、预案或规范，并严格落实，防范不良事件的发生。 3. 根据情况医院对员工做医疗风险事件的预警通告。
	【B】符合“C”，并 对医疗风险的防范流程执行情况有检查、反馈、改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 建立跨部门的协调与讨论机制。 2. 有信息化的医疗风险监控与预警系统。

4．2．4．2 落实患者安全目标。	【C】 1．医院及科室将实施“患者安全目标”作为推动患者安全管理的基本任务。 2．为实施“患者安全目标”提供所需的人力与物力资源。 3．组织“患者安全目标”相关制度的员工培训与考核。员工对患者安全目标的知晓率≥90%。
	【B】符合“C”，并 主管部门对患者安全目标落实情况进行检查、分析、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．患者安全目标在医院日常运行的工作流程中得到完全落实。 2．员工有较强的患者安全服务意识，医院逐步形成人人参与的安全文化。
4．2．4．3 开展防范医疗风险确保患者安全的相关知识、技能的教育与培训。	【C】 1．有防范医疗风险的相关教育与培训，其中包括患者安全典型案例的分析。 2．有针对共性及各科室专业特点制定相关教育与培训的课程内容。 3．有针对医疗风险防范的工作制度、流程、规范、预案等进行培训的计划并实施。
	【B】符合“C”，并 对重点科室、重点岗位、重点人群的培训率≥80%。
	【A】符合“B”，并 对培训效果进行追踪与评价，有持续改进。
4．2．5 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。	
4．2．5．1 医院与职能部门领导接受全面质量管理培训与教育，至少掌握1~2项质量管理改进方法及质量管理常用技术工具，改进质量管理工作。	【C】 1．医院领导与职能部门管理人员接受全面质量管理培训与教育。 2．医院领导与职能部门管理人员掌握一种及以上管理常用技术工具。
	【B】符合“C”，并 医院领导与职能部门能将管理工具运用于日常质量管理活动，有案例说明。
	【A】符合“B”，并 对落实情况进行追踪与评价，医院管理工作有持续改进。
4．2．5．2 科室质量与安全管理小组成员，具有相关质量管理技能，开展质量管理工作。	【C】 科室质量管理小组人员，接受质量管理培训，具有相关质量管理技能。
	【B】符合“C”，并 应用质量管理技能开展质量管理与改进活动，有案例说明。
	【A】符合“B”，并 科室管理工作有持续改进。
4．2．6 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。	
4．2．6．1 有全员质量与安全教育和培训。	【C】 1．根据年度质量与安全管理目标，制定教育培训计划。 2．开展院、科两级的质量与安全教育和培训，有记录。

	【B】符合“C”，并 定期开展形式多样的全员质量与安全教育和培训。
	【A】符合“B”，并 培训效果明显。经过培训，全员牢固树立质量和安全意识，管理人员能运用PDCA方法持续改进质量管理工作，员工能够主动参与。
4．2．7 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。	
4．2．7．1 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。	【C】 1．有医疗质量控制、安全管理信息数据库，为质量管理提供依据。 2．有指定的部门负责收集和处理相关信息，信息数据集中归口管理，方便管理人员调阅使用。
	【B】符合“C”，并 1．数据库除一般常规数据外，至少应包括下列有关数据：合理使用抗生素和其他药品、合理使用血液和血制品、围手术期管理与手术分级管理、各类手术与介入操作及并发症、麻醉操作、医院感染、病历质量、急危重症管理、医疗护理缺陷与纠纷、患者满意度等。 2．职能部门能够运用数据库开展质量管理活动。
	【A】符合“B”，并 数据库能满足医学统计与质量管理需要，能自动根据质量管理相关指标要求生成质量统计。

三、医疗技术管理

评审标准	评审要点
4．3．1 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。	
4．3．1．1 依据法律法规开展医疗技术服务，与功能任务相适应。	【C】 1．医疗技术服务项目符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，与功能任务相适应。 2．有指定部门负责医疗技术管理工作，有统一的审批、管理流程。
	【B】符合“C”，并 1．管理人员和医务人员知晓医疗技术管理要求。 2．主管部门履行监管职责。
	【A】符合“B”，并 有完整的管理资料，无违法违规开展医疗技术服务的记录。
4．3．1．2 医学伦理委员会承担医疗技术伦理审核工作。	【C】 1．医学伦理管理委员会承担医疗技术伦理审核工作，重点是器官移植、三类医疗技术以及新技术、新项目的审核。 2．有医学伦理审核的回避程序。 3．伦理委员会讨论情况记载入相关的病历。

	【B】符合“C”，并 主管部门和伦理委员会对医疗技术的实施履行全程监管。
	【A】符合“B”，并 医院开展的医疗技术经过伦理委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术案例。
4．3．2 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，临床应用新技术按规定报批。	
4．3．2．1 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。	【C】 1．有医疗技术管理制度。 2．落实一、二、三类医疗技术管理，实行分级分类管理，重点是二、三类技术和高风险技术。 3．一类技术经过医院审核批准，二、三类技术经医院审核后报送相应的技术审核机构审核和相关部门批准。 4．每年向批准该项医疗技术的卫生行政部门提交二、三类医疗技术临床应用情况报告。 5．不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。
	【B】符合“C”，并 1．有医院医疗技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。 2．有医疗技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。 3．有完整的医疗技术管理档案资料。
	【A】符合“B”，并 主管部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗技术分级、准入、中止有动态管理，保障医疗安全。
4．3．3 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。	
4．3．3．1 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。	【C】 1．有医疗技术风险处置与损害处置预案。 2．当可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）发生变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。
	【B】符合“C”，并 1．管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。 2．主管部门履行监管职责。
	【A】符合“B”，并 有医疗技术风险预警机制。
4．3．3．2 有新技术准入与风险管理。	【C】 1．有新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序。 2．申请诊疗新技术准入，应有保障患者安全措施和风险处置预案。

	【B】符合“C”，并 1. 对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理与随访评价。 2. 主管部门有完整的新技术档案资料，包括项目阶段总结与监管资料。
	【A】符合“B”，并 主管部门有监管，根据监管评价。实施动态管理，确定新技术中止或转入常规技术。
4. 3. 4 开展科研项目符合法律、法规和医学伦理原则，按规定审批。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。	
4. 3. 4. 1 有临床科研项目中使用医疗技术的管理制度与审批程序，充分尊重患者的知情权和选择权。	【C】 1. 有临床科研项目中使用医疗技术的相关管理制度与审批程序。 2. 临床科研项目中使用医疗技术应有充分的可行性与安全性论证、保障患者安全的措施和风险处置预案。 3. 临床科研项目中使用医疗技术应有医学伦理审批。 4. 充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书。
	【B】符合“C”，并 1. 医疗技术主管部门监管职责明确，履行监管职能。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位开展的临床科研项目管理制度与审批程序的管理要求。
	【A】符合“B”，并 有全程追踪、阶段总结和结题的效果评价，用以改进管理工作，有完整的档案资料。
4. 3. 5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。	
4. 3. 5. 1 实行高风险技术操作的卫生技术人员授权制度。（★）	【C】 1. 有实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权的管理制度与审批程序。 2. 有需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。
	【B】符合“C”，并 1. 主管部门履行监管职责，根据监管情况，定期更新授权项目。 2. 相关人员能知晓本部门、本岗位的管理要求。
	【A】符合“B”，并 有医疗技术项目操作人员的技能及资质数据库，定期更新。
4. 3. 5. 2 建立相应的资格许可授权程序及考评标准，对资格许可授权实施动态管理。（★）	【C】 1. 有诊疗技术资格许可授权考评组织。 2. 有资格许可授权诊疗项目的考评与复评标准。 3. 申请资格许可授权，应通过考评认定，根据分级管理原则，经过主管部门审核批准。 4. 有复评和取消、降低操作权利的相关规定。

	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理，有授权管理的完整资料。
	【A】符合“B”，并 医疗技术分级分类管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。

四、临床路径与单病种质量管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．4．1 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。	
4．4．1．1 有临床路径工作组织体系，将实施“临床路径与单病种质量管理”工作纳入规范临床诊疗行为的重要内容之一，有协调机制。	【C】 1．有临床路径管理委员会和临床路径指导评价小组及科室临床路径实施小组并履行相应的职责。 2．有临床路径开发与实施的规划和相关制度，并组织落实。 3．将临床路径与单病种质量管理工作纳入规范临床诊疗行为、加强质量管理的重要内容。 4．有指定的部门负责上述工作。
	【B】符合“C”，并 医疗、护理、医技、药学等相关科室职责、分工明确，有多部门间和科室间的协调机制。
	【A】符合“B”，并 临床路径开展工作覆盖率达到相关要求。
4．4．2 根据本院医疗资源情况，以常见病、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，实施教育培训。	
4．4．2．1 遵照循证医学原则，结合本院实际，制定本院执行文件，实施教育培训。	【C】 1．有临床路径、单病种管理实施科室和实施病种目录，有临床路径文本和单病种质量管理标准。 2．有对入径患者履行知情同意的相关制度与程序。 3．对相关的科室人员实施“临床路径与单病种质量管理”教育、培训与考核，包括患者的知情同意。 4．相关人员知晓本岗位相关临床路径工作流程。
	【B】符合“C”，并 1．根据本院现有医疗资源，遵照循证医学原则，收集、分析本院常见病、多发病的诊疗信息，筛选并确定开展临床路径的科室和病种。 2．开展临床路径与单病种管理的科室和病种符合相关要求。
	【A】符合“B”，并 根据实施效果评价，及时调整病种、修订文本、优化路径。

4．4．3 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。	
4．4．3．1 建立临床路径与单病种质量管理信息平台，定期召开联席会议，总结分析并不断改进临床路径与单病种质量管理。	【C】 1．有临床路径与单病种质量管理信息平台。 2．对临床路径与单病种质量管理实时监测。
	【B】符合“C”，并 1．临床、医技科室、药学负责人及职能部门及时收集、记录实施中存在的问题与缺陷。 2．通过医疗、护理、质控等部门的联席会议对存在问题与缺陷进行总结分析，提出改进措施。
	【A】符合“B”，并 实施过程和效果进行评价分析，改进临床路径与单病种质量管理。
4．4．4 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。	
4．4．4．1 对执行“临床路径”的病例，将平均住院日、诊疗效果、30 日内再住院率、再手术率、并发症与合并症等指标列入监测范围。	【C】 1．有对执行“临床路径与单病种质量管理”的病例进行监测的相关规定与程序，至少满足本标准第七章有关监测指标要求。 2．对执行“临床路径”的病例，有将平均住院日、诊疗效果、30 日内再住院率、再手术率、并发症与合并症等指标列入监测范围的规定与程序。
	【B】符合“C”，并 每季度对监测信息进行汇总与分析。提出持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．对符合进入临床路径标准的患者达到入组率≥50%，入组完成率≥70%。 2．持续改进有成效。
4．4．5 医院定期对执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。	
4．4．5．1 对执行临床路径管理相关的医务人员和患者进行满意度调查，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。	【C】 1．对执行临床路径管理相关的医务人员和患者进行满意度调查。 2．对实施“临床路径与单病种质量管理”的病种进行疗效、费用及成本进行卫生经济学分析评估。 3．对实施病种“临床路径与单病种质量管理”的依从性进行监控。
	【B】符合“C”，并 每季度对相关信息进行汇总与分析。提出持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4．4．6 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，做到正确、可靠、及时。	
4．4．6．1 有单病种质量指标信息	【C】 有单病种质量指标信息台账。

台账。	【B】符合“C”，并 信息准确、可追溯，相关措施落实到位。
	【A】符合“B”，并 单病种指标信息能从医院信息系统中自动提取。
4．4．6．2 专人负责上报单病种质量信息。	【C】 专人负责上报单病种质量信息。
	【B】符合“C”，并 1．有激励措施鼓励上报病例与实际相符，无漏报与不报，尤其是死亡病例。 2．由临床副主任医师或专职质量控制人员负责信息最后确认。
	【A】符合“B”，并 上报信息正确、可靠、及时。

五、住院诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．5．1 由具有法定资质的医师和护理人员按照制度、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。	
4．5．1．1 由具有法定资质的医务人员为患者提供病情评估/诊断。	【C】 1．有对患者病情评估管理制度、操作规范与程序，至少包括：患者病情评估的重点范围、评估人及资质、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等。 2．实施评估的医务人员具备法定资质。 3．有对医务人员进行患者病情评估的相关培训。
	【B】符合“C”，并 1．患者病情评估的结果为诊疗方案提供依据和支持。 2．主管部门对上述工作履行监管职责。
	【A】符合“B”，并 持续改进评估质量，为患者提供同质化服务。
4．5．2 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。	
4．5．2．1 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。	【C】 1．有适用的临床诊疗指南、疾病诊疗规范和药物临床应用指南等，用于指导医师的诊疗活动。 2．规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和植（介）入类医疗器械的行为。 3．对医务人员进行相关培训与教育。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监督职责，评价重点病种参照本标准第七章所列的“住院重点疾病”以及省级卫生行政部门规定的其他重点病种。

	【A】符合“B”，并 1. 重点病种质量控制有效。 2. 诊疗行为规范，医疗质量持续改进。
4. 5. 2. 2 根据病情，选择适宜的临床检查。	【C】 1. 严格遵循临床检验、影像学检查、腔镜检查、各种功能检查、电生理、病理等各种检查项目的适应症，并明确排除禁忌症。 2. 进行有创检查前，向患者充分说明，征得患者同意并签字认可。 3. 依据检查、诊断结果对诊疗计划及时进行变更与调整。对重要的检查、诊断阳性与阴性结果的分析与评价意见应记录在病程记录中。
	【B】符合“C”，并 有大型设备检查阳性率的定期分析和评价。
	【A】符合“B”，并 临床检查适宜性有定期分析和评价，有持续改进。
4. 5. 2. 3 规范使用与管理抗菌药物。	【C】 1. 有规范使用与管理抗菌药物的相关制度。 2. 抗菌药物使用符合《抗菌药物临床应用指导原则》等规范。 3. 实行三级管理，临床医师经过培训、考核合格后方可授予相应级别的处方权。 4. 定期开展抗菌药物临床应用监测与评估，按细菌耐药的信息调整抗菌药物使用。
	【B】符合“C”，并 落实抗菌药物处方点评制度，改进抗菌药物使用。
	【A】符合“B”，并 1. 抗菌药物使用率和使用强度控制在合理范围内，符合相关规定。 2. 医院信息系统支持抗菌药物管理。
4. 5. 2. 4 规范使用与管理肠道外营养疗法。	【C】 1. 有肠道外营养疗法的规范或指南。 2. 按处方（医嘱）由药学部门集中配制肠道外营养注射剂，符合注射剂配制GMP规范要求。 3. 不具备药学部门集中配制条件，由经药学部门培训与考核合格的注册护理人员配制。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监督管理，对存在问题及时反馈。
	【A】符合“B”，并 1. 持续改进措施有效。 2. 对肠道外营养疗法使用实施分级管理。
4. 5. 2. 5 遵守激素类药物与血液制剂的使用指南或规	【C】 1. 有激素类药物与血液制剂的使用指南或规范，方便查询。 2. 有评价用药情况的记录。

范。	3. 按照规范与程序使用激素类药物及血液制剂。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监督管理，对存在问题及时反馈。
	【A】符合“B”，并 1. 对激素类药物及血液制品使用管理有效，无滥用现象。 2. 有对激素类药物、血液制剂使用实施分级管理。
4. 5. 2. 6 肿瘤化学治疗等特殊药物的规范使用。	【C】 1. 有肿瘤化学治疗等特殊药物的使用指南或规范，方便查询。 2. 规范、正确地使用肿瘤化学治疗药物，对可能发生的不良反应有处置预案，药学部门能提供必要的信息支持。 3. 对肿瘤化学治疗药物的超常规、超剂量、新途径的用药方案，应由临床医师和临床药师通过病例讨论确定。 4. 药学部门能为此类特殊药品的新制剂、新采购药品提供详细的使用说明文件。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监督管理，对存在问题及时反馈。
	【A】符合“B”，并 1. 对肿瘤化学治疗等特殊药物使用管理有效。 2. 有对肿瘤化学治疗等特殊药物使用实施分级管理。
4. 5. 2. 7 开展单病种过程质量管理。	【C】 有单病种过程质量等质控指标，管理临床诊疗活动。
	【B】符合“C”，并 主管部门能用单病种过程质量等质控指标，监控临床诊疗质量。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4. 5. 2. 8 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/方案。	【C】 有疑难危重患者、恶性肿瘤患者多学科综合诊疗的相关制度与程序，并落实。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监督管理，对存在问题及时反馈。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4. 5. 3 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/方案的适宜性，并记入病历。	
4. 5. 3. 1 加强住院诊疗活动质量管理。	【C】 1. 住院诊疗活动是在科主任领导下完成，实行分级管理。 2. 根据床位、工作量、医师的资质层次分成诊疗小组。 3. 诊疗小组的组长由副主任医师及以上人员担任，对本组收治患者的诊疗活动承担责任，确保医疗质量与安全。 4. 对各级各类人员有明确的岗位职责与技能要求。

	【B】符合“C”，并 1. 根据临床需求，及时调整诊疗组织，保证诊疗组织工作规范、有效。 2. 有院科两级的诊疗质量监督管理制度，对存在问题及时反馈。
	【A】符合“B”，并 持续改进诊疗工作，确保医疗质量与安全。
4. 5. 3. 2 每一位住院患者均有适宜的诊疗计划，由高级职称医师负责评价与核准。	【C】 1. 根据患者的病情评估，制定适宜的诊疗方案，包括检查、治疗、护理计划等。 2. 根据检查结果分析判断，适时调整诊疗方案，并分析调整原因和背景。 3. 上述诊疗活动由高级职称医师负责评价与核准签字，并在病历中体现。 4. 诊疗方案及时与患者沟通，患者出院时能做好出院指导。
	【B】符合“C”，并 1. 有保证诊疗计划适宜性的多种措施，并落实。 2. 有院科两级的质量监督管理制度，对存在问题及时反馈。
	【A】符合“B”，并 监管检查有成效，上级医师对诊疗方案核准率 100%。
4. 5. 4 用制度与程序管理院内、外会诊，明确院内会诊任务，对重症与疑难患者实施多学科联合会诊活动，提高会诊质量和效率。	
4. 5. 4. 1 有院内会诊管理制度与流程。	【C】 1. 有院内会诊管理相关制度与流程，包括：会诊医师资质与责任、会诊时限、会诊记录书写要求，并落实。 2. 对重症与疑难患者实施多学科联合会诊。
	【B】符合“C”，并 1. 有会诊制度落实情况的追踪和评价，保证会诊质量。 2. 主管职能部门履行监管职责。对会诊相关科室间沟通、会诊及时性和有效性定期评价，对问题与缺陷进行反馈，并提出整改建议。
	【A】符合“B”，并 持续改进有效果，保证患者诊治连续性和质量。
4. 5. 4. 2 有医师外出会诊管理制度与流程。	【C】 1. 有医师外出会诊管理的制度与流程，包括：本院医师外出会诊、会诊医师资质与责任。 2. 建立医师外出会诊管理档案。
	【B】符合“C”，并 主管部门对外派医师会诊制度落实情况监督管理。
	【A】符合“B”，并 加强医院间沟通，追踪外派医师会诊质量。
4. 5. 5 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/规范，培训相关人员，并在临床诊疗工作遵照执行。	

4．5．5．1 制定与更新医院临床诊疗工作的指南/规范。	【C】 有制定与更新医院临床诊疗工作的指南/规范的相关制度、批准与试行的程序，并执行。
	【B】符合“C”，并 1．根据医学进展与循证医学原则，结合医院现有医疗资源，及时更新临床诊疗工作指南/规范，保证其适用性和有效性。 2．有主管部门对临床诊疗工作指南/规范的制定和更新，贯彻执行，有督导和检查，保障更新质量。
	【A】符合“B”，并 各部门对制定与更新临床诊疗工作指南/规范提供信息支持服务。
4．5．5．2 用新制定与更新后的临床诊疗工作的指南/规范培训相关人员，并在临床诊疗工作遵照执行。	【C】 1．用新制定与更新后的临床诊疗工作的指南/规范培训相关人员。 2．新的指南/规范是先培训、后执行。
	【B】符合“C”，并 1．相关人员掌握临床诊疗工作的指南/规范。 2．主管部门对执行情况有监督管理，针对落实中存在缺陷进行指南/规范再修改。
	【A】符合“B”，并 对落实情况进行追踪与成效评价，有持续改进。
4．5．6 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。	
4．5．6．1 医院对患者的出院指导与随访有明确的制度与要求。	【C】 1．有对出院指导与随访工作管理相关制度和要求。 2．经治医师、责任护士根据病情对出院患者提供服药指导、营养指导、康复训练指导等服务，包括在生活或工作中的注意事项等。 3．建立与完善住院患者出院后的随访与指导流程，并落实。 4．为患者相应的社区医师提供治疗建议方案。
	【B】符合“C”，并 1．对随访工作落实情况有记录，保证患者诊疗连续性。 2．主管部门对出院指导及随访工作落实情况有总结及评价，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1．对随访工作有追踪，持续改进有成效。 2．首次随访由治疗患者的副主任医师及以上医师负责。
4．5．6．2 对特定患者采用多种形式定期随访。	【C】 有对特定患者（根据临床/科研需要）定期随访制度，随访形式包括：书面随访、电话随访、召回、家访等，并有记录。
	【B】符合“C”，并 定期对随访有效性进行总结和评估，对问题与缺陷有改进意见。
	【A】符合“B”，并 对随访工作有追踪，持续改进有成效。

4．5．6．3 出院患者有出院小结，主要内容记录完整，与住院病历记录内容保持一致。	【C】 患者出院小结主要内容完整，与住院病历记录内容一致，有经治医师签名。
	【B】符合“C”，并 1．主动向患者告知出院记录中主要内容，并提供相应咨询。 2．主管部门对上述工作落实情况有总结及评价，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，出院小结100%规范。
4．5．7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。	
4．5．7．1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，负责本科室医疗质量和安全管理。	【C】 1．由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组负责本科室医疗质量和安全管理。 2．有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。 3．有适用的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程、诊疗规范。 4．进行质量与安全管理培训与教育。
	【B】符合“C”，并 1．质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析、整改。 2．主管部门履行监管职责，定期进行评价、分析和反馈。
	【A】符合“B”，并 有完整的质量管理资料体现持续改进成效。
4．5．7．2 医院对科室有明确的质量与安全指标，医院与科室定期评价，有持续改进的效果。	【C】 1．医院对科室有明确的质量与安全指标，包括：住院重点疾病的总例数、死亡例数、两周与一个月内再住院、非预期手术例数等；患者安全类指标；单病种质量监测指标；合理用药监测指标；医院感染控制质量监测指标。 2．定期分析质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的医疗服务能力与质量水平。
	【B】符合“C”，并 根据医院与科室质量与安全管理需要，建立本科室的质量与安全指标并定期分析，对有针对性的改进措施。
	【A】符合“B”，并 各项质量与安全指标呈正向变化趋势。
4．5．7．3 根据《病历书写基本规范》，对住院病历质量实施监控与评价。	【C】 1．有病历书写基本规范与住院病历质量监控管理规定。 2．将病历书写基本规范作为医师岗前培训的基本内容之一，医师知晓率100%。 3．病历书写为临床医师“三基”训练主要内容之一。 4．将病历质量评价结果用于临床医师技能考核，并有反馈。 5．有院科两级病历质控人员，定期开展质控活动，有记录。

	【B】符合“C”，并 1．有住院病历质量监控与评价的信息化系统。 2．主管部门履行监管职责，有评价、分析、反馈及整改措施。
	【A】符合“B”，并 甲级病历率≥90%，无丙级病历。
4．5．7．4 对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求。（★）	【C】 1．对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求。 2．有缩短平均住院日的具体措施。 （1）有解决影响缩短平均住院日的各个瓶颈环节等候时间的措施（如患者预约检查、院内会诊、检查结果、术前准备等）。 （2）有提升医院信息化建设，合理配置和利用现有医疗资源的措施。 3．应用“临床路径”缩短患者平均住院日。
	【B】符合“C”，并 相关管理人员与医师均知晓缩短平均住院日的要求，并落实各项措施。
	【A】符合“B”，并 平均住院日达到控制目标。
4．5．7．5 对住院时间超过30天的患者进行管理与评价。（★）	【C】 1．对住院时间超过30天的患者进行管理与评价有明确管理规定。 2．科室将住院时间超过30天的患者，作大查房重点，有评价分析记录。 3．有主管部门监管。
	【B】符合“C”，并: 主管部门履行监管职责，有定期监管检查，并有分析、反馈和改进措施。
	【A】符合“B”，并 根据对超过30天住院患者的分析持续改进住院管理质量。
4．5．8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。	
4．5．8．1 新生儿病室符合规范。	【C】 1．新生儿室建筑布局符合医院感染防控要求，做到洁污区域分开，功能流程合理。 2．新生儿病室床位数满足患儿医疗救治的需要，符合相关规范，做到一床一患。 3．新生儿病室设备设施符合相关要求，至少应当配备负压吸引装置、新生儿监护仪、吸氧装置、氧浓度监护仪、暖箱、辐射式抢救台、蓝光治疗仪、输液泵、静脉推注泵、微量血糖仪、新生儿专用复苏囊与面罩、喉镜和气管导管等基本设备，配备吸氧浓度监护仪和供新生儿使用的无创呼吸机。
	【B】符合“C”，并 新生儿病室设施、设备定期检查保养，保持性能良好。
	【A】符合“B”，并 新生儿室建设与管理符合规范要求，满足诊疗需要。

4．5．8．2 医护人员配备符合要求，人员梯队结构合理。	【C】 1．医师人数与床位数之比应不低于 0．3∶1。 2．由具有 3 年以上新生儿专业工作经验并具备儿科副高以上专业技术职务任职资格的医师担任医疗负责人。 3．护士人数与床位数之比应不低于 0．6∶1。 4．由具备主管护师以上专业技术职务任职资格且有 2 年以上新生儿护理工作经验的护士担任护理负责人。 5．护士对新生儿的护理实行责任制。
	【B】符合“C”，并 人员梯队结构合理。
	【A】符合“B”，并 有人员应急调配机制，满足临床应急需求。
4．5．8．3 新生儿室感染管理符合规范。	【C】 1．有医院感染预防与控制相关规章制度和工作规范。 2．工作流程符合医院感染控制原则。 3．新生儿室医务人员知晓上述制度、规范和流程，并落实。 4．严格执行手卫生规范和无菌操作技术。 5．每个房间内至少设置 1 套洗手设施、干手设施或干手物品，洗手设施应当为非手触式。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有效果。

六、手术治疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．6．1 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。	
4．6．1．1 有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件。	【C】 1．医院有手术医师资格分级授权管理制度与程序。 （1）手术分级授权管理落实到每一位手术医师。 （2）手术医师的手术权限与其资格、能力相符。 （3）手术医师知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理。
	【A】符合“B”，并 手术医师资格分级授权管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。

4．6．1．2 有定期手术医师能力评价与再授权的机制。	【C】 1．医院有手术医师能力评价与再授权的制度与程序，并落实。 2．手术医师知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 有手术医师定期业务能力评价与再授权的档案资料。
	【A】符合“B”，并 公开手术医师权限，及时更新相关信息。
4．6．2 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，均应记录在病历中。	
4．6．2．1 有患者病情评估与术前讨论制度。	【C】 1．有患者病情评估制度，在术前完成病史、体格检查、影像与实验室资料等综合评估。 2．有术前讨论制度。根据手术分级和患者病情，确定参加讨论人员及内容，内容包括: （1）患者术前病情评估的重点范围。 （2）手术风险评估。 （3）术前准备。 （4）临床诊断、拟施行的手术方式、手术风险与利弊。 （5）明确是否需要分次完成手术等。 3．对术前讨论有明确的时限要求并记录在病历中。 4．对相关岗位人员进行培训。
	【B】符合“C”，并 主管部门对制度落实情况定期检查，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 术前讨论规范，记录完整，有术前讨论质量持续改进成效。
4．6．2．2 根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。	【C】 1．为每位手术患者制订手术治疗计划或方案。 2．手术治疗计划记录于病历中，包括术前诊断、拟施行的手术名称、可能出现的问题与对策等。 3．根据手术治疗计划或方案进行手术前的各项准备。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 手术方案完善，术前准备充分，有质量持续改进成效。
4．6．3 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。	
4．6．3．1 在患者手术前履行知情同意。	【C】 1．有落实患者知情同意管理的相关制度与程序。 （1）手术前谈话由手术医师进行，知情同意结果记录于病历之中。

	（2）手术前应向患者或近亲属、授权委托人充分说明手术指征、手术风险与利弊、高值耗材的使用与选择、可能的并发症及其他可供选择的诊疗方法等，并签署知情同意书。 （3）肿瘤手术应以病理诊断为决定手术方式的依据。根据术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者、近亲属、授权委托人充分说明，征得患方同意并签署知情同意书。 （4）手术前应向患者、近亲属、授权委托人充分说明使用血与血制品的必要性，使用的风险和利弊及其他可选择方法等。 2. 对术前履行知情同意有明确的时限要求，并记录。 3. 知情同意书应由手术医师先签署，然后由患者或近家属、授权委托人签署。 4. 对临床科室手术医师进行相关教育与培训。
	【B】符合“C”，并 1. 针对患者采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果。 2. 主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 1. 患者及近亲属、授权委托人对知情同意内容充分理解。 2. 知情同意书签署规范，内容完整，合格率 100%。
4. 6. 4 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。	
4. 6. 4. 1 有重大手术报告审批制度。	【C】 1. 有重大手术（包括急诊情况下）报告审批管理的制度与流程。 2. 有明确需要报告审批的手术目录。 3. 对临床科室手术医师进行相关教育与培训。 4. 相关人员知晓上述制度与流程。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，必要时参加术前讨论。
	【A】符合“B”，并 审批资料完整，无违规案例。
4. 6. 4. 2 有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。	【C】 1. 有急诊手术管理的相关制度与流程。 2. 对相关人员进行教育与培训。 3. 相关人员知晓上述制度和流程。
	【B】符合“C”，并 1. 有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。 2. 主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 多部门协调机制有效，保障急诊手术及时与安全。
4. 6. 5 手术预防性抗菌药物应用的选择与使用时机符合规范。	

4．6．5．1 有手术预防性抗菌药物临床应用的制度。	【C】 1．根据《抗菌药物临床应用指导原则》，结合本院实际，制定手术预防性抗菌药物临床应用管理的相关制度、规范。 2．对相关人员进行培训。 3．相关人员知晓并执行上述制度与规范。
	【B】符合“C”，并 1．Ⅰ类切口（手术时间≤2小时）手术，预防性抗菌药使用比例≤30%。 2．主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 手术预防性抗菌药使用符合相关规范。
4．6．6 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。	
4．6．6．1 按照《病历书写基本规范》完成手术记录与术后首次病程记录。	【C】 1．手术主刀医师在术后 24 小时内完成手术记录（特殊情况下，由一助书写，主刀签名）。 2．参加手术医师在术后即时完成术后首次病程记录。 3．相关人员知晓上述规定。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 手术记录和病程记录及时、完整，合格率 100%。
4．6．6．2 手术离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断，并记录。	【C】 1．对手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程。 2．手术室有具体措施保障规定与程序的执行。 3．相关人员知晓上述制度及流程。
	【B】符合“C”，并 1．对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，其结果有记录。 2．主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。 3．肿瘤手术切除组织送检率100%。
	【A】符合“B”，并 手术离体组织送检率 100%。
4．6．7 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。	
4．6．7．1 制定患者术后医疗、护理和其他服务计划。	【C】 1．有术后患者管理相关制度与流程。 （1）手术后医嘱必须由手术医师或由手术者授权委托的医师开具。 （2）每位患者手术后的生命指标监测结果记录在病历中。 （3）在术后适当时间，依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、或再手术或放化疗等方案。

	（4）对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。 2. 相关人员知晓上述制度与流程。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 术后有医疗、护理、转送等多部门协调服务计划内容完整、统一，有连续性。
4. 6. 7. 2 手术后并发症的风险评估和预防措施到位。	【C】 1. 医务人员熟悉手术后常见并发症。 2. 手术后并发症的预防措施落实到位。 3. 对骨关节与脊柱等大型手术、高危手术患者有风险评估、有预防“深静脉栓塞”、“肺栓塞”的常规与措施。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 有重大手术并发症的案例分析报告，持续改进术后质量管理，术后并发症预防有效，并发症降低。
4. 6. 8 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，能定期分析影响围术期质量与安全管理的因素，有“非计划再次手术”与“手术并发症”监测、原因分析、反馈、改进、控制体系。	
4. 6. 8. 1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，并有开展工作的记录。	【C】 1. 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组负责本科室医疗质量和安全管理。 2. 有适用的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程、诊疗规范。 3. 有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。 4. 定期开展手术质量评价。 5. 将手术并发症的预防措施与控制指标作为科室的质量与安全管理、评价的重点内容。 6. 进行质量与安全管理培训与教育。
	【B】符合“C”，并 1. 质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析，有整改措施。 2. 主管部门履行监管职责，定期进行评价、分析和反馈。
	【A】符合“B”，并 有完整的质量管理资料体现持续改进成效。
4. 6. 8. 2 医院对手术科室有明确的质量与安全指标，医院与科室能定期评价，有能够显示持续改进效果的记录。（★）	【C】 1. 医院对手术科室有明确的质量与安全指标，建立手术质量管理的数据库。 （1）住院重点手术总例数、死亡例数、术后非计划重返再次手术例数。 （2）手术后并发症例数。 （3）手术后感染例数（按“手术风险评估表”的要求分类）。 （4）围术期预防性抗菌药的使用。 （5）单病种过程（核心）质量管理的病种。 2. 定期分析本科室手术质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的手术治疗

	能力与质量水平。
	【B】符合“C”，并 根据数据分析，采取有针对性的改进措施。
	【A】符合“B”，并 各项质量与安全指标呈正向变化趋势。
4．6．8．3 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。（★）	【C】 1．有“非计划再次手术”相关管理制度与流程。 2．将控制“非计划再次手术”作为对手术科室质量评价的重要指标。 3．把“非计划再次手术”指标作为对手术医师资格评价、再授权的重要依据。 4．对临床手术科室医师与护理人员培训。
	【B】符合“C”，并 主管部门对“非计划再次手术”有监测、原因分析、反馈、整改。
	【A】符合“B”，并 有效控制非计划再次手术，持续改进有成效。

七、麻醉管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．7．1 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。	
4．7．1．1 实行麻醉医师资格分级授权管理，并有明确的制度。	【C】 1．有麻醉医师资格分级授权管理相关制度与程序。 2．麻醉分级授权管理落实到每一位麻醉医师，权限设置与其资格、能力相符。 3．独立实施麻醉的医师须具备中级以上专业技术职务任职资格。 4．麻醉医师知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 主管部门对授权情况实施动态管理。有监督检查、反馈、处理。
	【A】符合“B”，并 麻醉医师资格分级授权管理执行良好，无超权限操作情况。
4．7．1．2 对麻醉医师有定期执业能力评价和再授权制度。	【C】 1．有定期对麻醉医师执业能力评价与再授权的制度，并落实。 2．麻醉医师均能知晓。
	【B】符合“C”，并 有麻醉医师定期执业能力评价与再授权的档案资料。
	【A】符合“B”，并 公开麻醉医师权限，及时更新相关信息。
4．7．1．3 麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，完成	【C】 1．麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。 2．每一位麻醉医师均经心肺复苏高级教程培训，能熟练掌握。跟踪最新指南，

继续教育。	及时更新心肺复苏流程。
	【B】符合“C”，并 麻醉医师定期（至少每年）接受继续教育知识更新。
	【A】符合“B”，并 麻醉医师继续教育达标率≥90%。
4．7．1．4 手术麻醉人员配置合理。	【C】 1．人员配置合理，基本满足临床需要。 2．有明确的岗位职责，相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．麻醉科主任具有副高级及以上专业技术职务任职资格。 2．护士长应当具有中级及以上专业技术职务任职资格。
	【A】符合“B”，并 1．麻醉医师人数与手术台比例应不低于2：1。 2．手术室护理人员人数与手术台比例应不低于2．5：1。 3．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。
4．7．2 实行患者麻醉前病情评估制度，制订治疗计划/方案，风险评估结果记录在病历中。	
4．7．2．1 有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度。	【C】 1．有患者麻醉前病情评估制度，内容包括: （1）明确患者麻醉前病情评估的重点范围。 （2）手术风险评估。 （3）术前麻醉准备。 （4）对临床诊断、拟施行的手术、麻醉方式与麻醉的风险、利弊进行综合评估。 2．有术前讨论制度，对高风险择期手术、新开展手术或麻醉方法，进行麻醉前讨论。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，有监管检查、反馈、改进措施。
	【A】符合“B”，并 评估与讨论的病历记录完整性100%。
4．7．2．2 由具有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制定麻醉计划。	【C】 1．由具有资质和授权的麻醉医师为每一位手术患者制订麻醉计划。 2．麻醉计划记录于病历中，包括拟施行的麻醉名称、可能出现的问题与对策等。 3．根据麻醉计划进行麻醉前的各项准备。 4．按照计划实施麻醉，变更麻醉方法要有明确的理由，并获得上级医师的指导和同意，家属知情，记录于病历/麻醉单中。
	【B】符合“C”，并 1．科室对变更麻醉方案的病例进行定期回顾、总结、分析。 2．主管部门履行监管职责，有定期监管检查、分析、反馈，有改进措施。

	【A】符合“B”，并 对措施落实情况进行追踪评价，有持续改进。
4．7．3 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。	
4．7．3．1 履行麻醉知情同意。	【C】 1．有麻醉前由麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人进行知情同意的相关制度。 2．向患者、近亲属或授权委托人说明所选的麻醉方案及术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案。 3．签署麻醉知情同意书并存放在病历中。
	【B】符合“C”，并 针对不同患者，采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果。
	【A】符合“B”，并 1．患者对知情同意内容充分理解。 2．知情同意书内容完整性 100%。
4．7．4 执行手术安全核查，实施麻醉操作的全过程必须记录于病历/麻醉单中。	
4．7．4．1 执行手术安全核查，麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。	【C】 1．按照规定，执行手术安全核查。 2．按规定内容书写麻醉单。 3．麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。
	【B】符合“C”，并 1．科室有专门质控人员负责定期检查、反馈。 2．主管部门有检查、反馈、总结，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．麻醉师参加手术安全核查并签字达 100%。 2．麻醉单及相关记录真实、准确、完整，符合规范，合格率 100%。
4．7．4．2 有麻醉过程中的意外与并发症处理规范。	【C】 1．有麻醉过程中的意外与并发症处理规范与流程。 （1）有及时报告的流程。 （2）处理过程应该得到上级医师的指导。 （3）处理过程记录于病历/麻醉单中。 2．麻醉医师对规范和流程的知晓率 100%。 3．各项麻醉意外与并发症的预防措施落实到位。
	【B】符合“C”，并 主管部门有检查、反馈、总结，有改进措施。对麻醉意外和并发症专题讨论，定期自查、分析、整改。
	【A】符合“B”，并。 有效预防麻醉意外与并发症，持续改进有成效。
4．7．4．3 有麻醉效果评定。	【C】 有麻醉效果评定的规范与流程。

	【B】符合“C”，并 科室能定期对麻醉效果资料进行分析、评价、总结，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 麻醉效果优良率高。
4．7．5 有麻醉后复苏室，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。	
4．7．5．1 麻醉后复苏室合理配置，管理措施到位。（★）	【C】 1．麻醉后复苏室床位与手术台比不低于1：3。 2．麻醉复苏室配备医护人员满足临床需要，至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师。 3．复苏室每床配备吸氧设备，包括无创血压和血氧饱和度在内的监护设备，复苏室配备足够的呼吸机、抢救用药及必需设备等，满足需求。
	【B】符合“C”，并 1．对麻醉复苏室的医护人员进行定期培训与考核。 2．对设施设备进行定期维护。
	【A】符合“B”，并 配置符合规定要求，管理措施到位。
4．7．5．2 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。（★）	【C】 1．有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。 2．患者在复苏室内的监护结果和处理均有记录。 3．转出的患者有评价标准（全身麻醉患者Ｓｔｅｗａｒｄ评分），评价结果记录在病历中。 4．有患者转入、转出麻醉复苏室交接流程与内容规定。 5．准确记录患者进、出麻醉术后复苏室的时间。
	【B】符合“C”，并 1．科室定期自查、分析、整改。 2．主管部门进行检查、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 患者的监护和处理记录真实、准确、完整，病历记录完整率100%。
4．7．6 建立术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。	
4．7．6．1 建立术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。	【C】 1．有术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗规范。 2．对参与疼痛治疗的相关医护人员进行定期培训与考核。 3．麻醉医师掌握操作规范与流程，并能在镇痛治疗中认真执行，镇痛治疗效果正确评价，有记录。 4．相关器材与药品使用合理。
	【B】符合“C”，并 1．科室定期自查、分析、整改。 2．主管部门进行检查、反馈，有改进措施。

	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4．7．7 建立麻醉科与手术科室和输血科的有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。	
4．7．7．1 建立麻醉科与手术科室和输血科的有效沟通，严格掌握术中输血适应症，合理、安全输血。	【C】 1．有手术中用血的相关制度与流程，手术用血有严格的指征。 2．有麻醉科与输血科沟通的流程。 3．积极开展自体输血。 4．有手术用血前评估和用血疗效评估。 5．相关人员知晓术中用血的制度与流程，并严格执行。
	【B】符合“C”，并 1．麻醉科与与手术科室和输血科等人员能有效沟通，保障术中输血及时、合理、安全。 2．科室定期对术中用血进行总结、分析、整改。 3．主管部门进行检查、反馈，对存在的问题，及时整改。
	【A】符合“B”，并 符合条件的自体输血率不断提高，术中合理用血率达≥95%。
4．7．8 科主任、护士长与具备资质的人员组成的质量与安全管理团队，能用麻醉工作质量和安全管理制度、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，定期评价服务质量，促进持续改进。	
4．7．8．1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，开展质量与安全管理。	【C】 1．由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，负责科室质量与安全管理。 2．有完善的规章制度、岗位职责、诊疗规范、操作常规。 3．有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。
	【B】符合“C”，并 1．质量与安全管理小组履行职责，定期对制度进行自查、评估、分析，有整改措施。 （1）术后随访制度。 （2）麻醉不良事件无责上报制度。 （3）手术安全核查与手术风险评估制度。 （4）麻醉药品管理制度。 2．主管部门履行监管职责，定期进行评价、分析、反馈。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4．7．8．2 开展质量与安全管理培训。	【C】 1．依据医院质量与安全管理计划，制定本科室质量与安全培训计划并实施。 2．相关人员知晓培训内容，掌握并执行核心制度、岗位职责、诊疗规范、技术操作常规并严格遵循。

	【B】符合“C”，并 1. 对质量与安全管理制度、诊疗规范、操作常规等进行检查落实。 2. 对质量与安全管理的培训重点内容进行考核。
	【A】符合“B”，并 培训覆盖率高，培训效果明显。
4. 7. 8. 3 定期开展麻醉质量评价。	【C】 1. 定期开展麻醉质量评价。 2. 运用适宜的评价方式与工具。 3. 将麻醉并发症的预防措施与控制指标作为科室质量与安全管理与评价的重点内容。 4. 定期评价“手术安全核查与手术风险评估制度”的执行情况。
	【B】符合“C”，并 根据评价结果，进行分析、总结，针对存在的问题采取改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，质量有提高。
4. 7. 8. 4 建立麻醉质量管理数据库。	【C】 1. 建立麻醉质量数据库。 2. 麻醉质量与安全相关的数据。 （1）麻醉工作量：各种麻醉例数。心肺复苏例数、麻醉复苏室例数等。 （2）严重麻醉并发症：麻醉意外死亡、误咽、误吸引发梗阻、出麻醉复苏室全身麻醉患者Steward评分≥4分的例数等。 （3）各类术后患者自控镇痛（PCA）。
	【B】符合“C”，并 1. 定期分析指标的数据变化趋势和原因，有年度麻醉质量安全报告。 2. 根据分析结果，及时制定提高麻醉质量的各项措施。
	【A】符合“B”，并 通过运用监控指标分析，有效落实各项针对性的改进措施，麻醉质量与安全水平提高。

八、急诊管理与持续改进

评审标准	评审要点
4. 8. 1 合理配置急诊资源，人力配备经过专业培训、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。	
4. 8. 1. 1 急诊科布局、设备设施符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的要求。	【C】 1. 急诊科布局、设备设施符合《急诊科建设与管理指南（试行）》和《医院感染管理办法》的相关要求。 2. 主管职能部门熟悉急诊科建设基本要求。

	【B】符合“C”，并 急诊科有单独的区域，辅助检查、药房等区域距离急诊科的半径较短，提高急诊服务效率。
	【A】符合“B”，并 医院认真贯彻与执行《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本要求并不断改进。
4．8．1．2 急诊科应当配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医护人员。	【C】 1．急诊科固定的急诊医师不少于在岗医师的75%，医师梯队结构合理。 2．急诊科主任由具备副主任医师及以上专业技术职务任职资格的医师担任。 3．急诊科固定的急诊护理人员不少于在岗护理人员的75%，护理人员梯队结构合理。 4．急诊科护士长由具备主管护师及以上任职资格和5年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。 5．急诊监护室由专职医师与护理人员负责，单独排班、值班。 6．急诊病房由专职医师与护理人员负责，单独排班、值班。 7．主管的职能部门人员熟悉急诊科人员配备要求。
	【B】符合“C”，并 1．急诊医师以主治以上职称为主体（在岗≥70%）。 2．急诊护理人员以护师以上职称为主体（在岗≥70%）。 3．急诊手术室由专职护理人员、或由病房手术室统一管理。
	【A】符合“B”，并 医院对急诊人力资源配置有规划、有落实措施，急诊人力资源配置满足实际工作需要。
4．8．1．3 急诊医务人员经过专业培训，能够胜任急诊工作，考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”。	【C】 1．急诊医护人员全部经过急诊专业培训，能够胜任急诊工作，考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”，有考核记录。 2．急诊监护室固定医师与护理人员均经ＩＣＵ专业培训，技能考核合格。 3．有年度的培训计划并组织落实。
	【B】符合“C”，并 1．急诊科、重症监护室医护人员的技能评价与再培训间隔时间原则上不超过2年，有记录。 2．对轮转的医师和护理人员有上岗前质量与安全工作培训与教育的记录。 3．无毕业三年以下医护人员独立执业。
	【A】符合“B”，并 主管部门对急诊科及监护室医护人员培训有规划、有措施、有监管，不断提高急诊人员诊疗水平。
4．8．1．4 急诊抢救工作由主治医师以上（含主治医师）主持与负责，急诊服务及时、安全、便捷、有效，	【C】 1．有统一规范的急诊（含抢救）服务流程。 2．有明确的各部门、各科室职责分工与服务时限要求。 3．急诊抢救工作由主治医师及以上人员主持与负责。 4．连贯不间断的急诊服务，至少做到：

提高急诊分诊能力。	（1）医院凡已经设置的临床内科、外科专业科室（包括介入专业）均能提供“24 小时 × 7 天”连贯不间断的急诊服务。 （2）药学、医学影像（普通放射、ＣＴ、ＭＲＩ、超声等）、临床检验、输血等部门能提供“24 小时 × 7 天”连贯不间断的急诊服务。 5. 医疗器械部门及保障部门能提供“24 小时 × 7 天”连贯不间断的抢救设备、后勤保障支持服务。
	【B】符合“C”，并 妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科和口腔专业等医师承担本专业急诊工作。
	【A】符合“B”，并 主管部门对急诊抢救工作有监督评价，对存在问题有持续改进措施并得到落实。
4. 8. 2 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。	
4. 8. 2. 1 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。	【C】 1. 有首诊负责制度，医务人员能熟知并执行。 2. 急诊患者、留观患者、抢救患者均有完整的符合规范的急诊病历，记录急诊救治的全过程。 3. 有急诊病历质量评价的记录，评价结果纳入医师、护理人员个人的技能评价。 4. 有急诊与挂钩合作基层医疗机构建立的急诊转接服务机制。 5. 转送急危重症患者均有完善的病情与资料交接，保障患者得到连贯抢救。
	【B】符合“C”，并 有完整的登记资料，能够对患者的来源、去向以及急救全过程进行追溯，开展质量评价。
	【A】符合“B”，并 1. 有急诊信息网络支持系统，实现急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接。 2. 急诊科能够事先获取转诊患者信息，提高抢救效率。
4. 8. 2. 2 医院管理部门对急诊实施管理与协调。	【C】 1. 重大突发事件医疗抢救由院级领导负责指挥协调。 2. 有关职能部门职责明确，负责协调急诊科日常管理。 3. 有紧急情况下各科室、部门的协调与协作流程。 4. 相关管理人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 有重大突发事件医疗抢救记录。 2. 有重大突发事件医疗抢救演练。
	【A】符合“B”，并 主管部门对急诊抢救工作有监管，定期评价医院急诊体系对院内外紧急事件的反应能力，对存在问题有持续改进措施并得到落实。
4. 8. 3 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。	

4．8．3．1 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	【C】 有急诊检诊、分诊制度并落实。
	【B】符合“C”，并 1．检诊、分诊人员经过培训，熟悉急诊检诊、分诊业务。 2．检诊、分诊准确率不断提高，急危重症患者得到及时抢救。 3．非急危重症患者得到妥善处置，有去向登记。
	【A】符合“B”，并 主管部门对检诊分诊工作有监管评价，对存在问题有持续改进措施并得到落实。
4．8．3．2 有急诊留观患者管理制度与流程，控制留观时间原则上不超过72小时。	【C】 1．有急诊留观患者的管理制度与流程。 2．有对急诊留观时间原则上不超过72小时的要求。
	【B】符合“C”，并 对急诊留观时间超过72小时的患者有管理协调机制，及时妥善处置。
	【A】符合“B”，并 主管职能部门对急诊留观制度有监管评价，对存在问题有持续改进措施并得到落实，无超过72小时留观病人。
4．8．3．3 有急诊患者优先住院的制度与机制，保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。	【C】 1．有急诊抢救患者优先住院的制度与机制。 2．定期与不定期对急危重症患者的流向情况进行分析，有相关制度。 3．有措施保证急诊抢救患者经处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。 4．职能部门管理人员知晓相关要求。
	【B】符合“C”，并 1．主管部门履行协调与监管责任，有收住科室无床位时的应急管理办法，有改进措施。 2．急诊住院病人滞留急诊观察比例下降。
	【A】符合“B”，并 急诊需住院病人均能及时通过绿色通道入住相关科室，无急诊住院病人滞留急诊留观。
4．8．4 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。	
4．8．4．1 实施急诊分区救治、有与医院功能任务相适应的急诊服务流程与规范，各科室职责明确。	【C】 1．有与医院功能任务相适应的急诊服务流程（急诊→医技检查→住院→手术/介入）与规范。 2．明确界定急诊科、临床科室、各医技科室与药房等科室职责与配合的流程。 3．实施急诊分区救治，有患者分诊体系，能够按照患者的主诉和生命体征进行分诊，分区救治。

	【B】符合“C”，并 主管职能部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 对需要紧急抢救的急危重症患者，可实行先抢救后付费。
4．8．4．2 对急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种的急诊服务流程与服务时限有明文规定，能落实到位。	【C】 1．医院对急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种的急诊服务流程与服务时限有明文规定，并且在技术、设施方面提供支持。 2．急诊服务体系中相关部门（包括急诊科、各专业科室、各医技检查科室、药剂科以及挂号与收费等）责任明确，各司其职，确保患者能够获得连贯、及时、有效的救治。 3．有培训与教育，措施落实到位。 4．主管部门管理人员知晓履职要求。 5．急诊服务流程体系相关责任部门人员知晓履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．用关键质量指标与服务时限来管理与协调各个相关科室的服务。 2．主管部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 重点病种患者，尤其是合并有多科疾病的患者得到连贯、及时、有效救治，无推诿现象。
4．8．4．3 有保证相关人员及时参加急诊抢救和会诊的相关制度。其他科室接到急诊科会诊申请后，应当在规定时间内进行急诊会诊。（★）	【C】 1．医院有急诊抢救和会诊的相关制度。 2．有明确的会诊时限规定。 3．相关科室与人员均能知晓与遵循。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 有会诊实施记录，会诊人员具备相应资质，会诊时限符合规定，会诊记录完整，持续改进会诊质量。
4．8．5 开展急救技术操作规程的全员培训，实行合格上岗制度。	
4．8．5．1 仪器设备及药品配置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本标准。	【C】 1．仪器设备及药品配置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本标准。 2．保障急救用的仪器设备及药品满足急救需要。
	【B】符合“C”，并 1．急救设备有专人保养维护。 2．急救药品有专人管理。 3．主管部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 急救设备完好率 100%，处于应急备用状态，有应急调配机制。

4．8．5．2 医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，掌握各种抢救技能，包括高级心肺复苏技能。	【C】 1．有各种抢救设备操作常规随设备存放，方便查询。 2．经培训后，医护人员能够熟练、正确使用急诊科内的各种抢救设备。 3．医护人员具备高级心肺复苏基础理论、基本知识和操作技能。 4．急诊医师具备独立抢救常见急危重症患者的能力，熟练掌握高级心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、电复律、呼吸机使用、血液净化和创伤急救等技能。 5．急诊护理人员除具备常用的护理技能外，还应具有配合医师完成上述操作的能力。
	【B】符合“C”，并: 1．有急诊医护人员技能培训与考核，技能评价与再培训相关制度并组织实施，对于培训不合格人员实行离岗培训。 2．主管部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 急诊人员的技能水平不断提高，急诊人员设备操作与技能考核100%合格。
4．8．6科主任、护士长与具备资质的质量控制人员能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标来加强急诊质量全程监控管理与定期评价，促进持续改进。	
4．8．6．1 由科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量与安全工作小组，并有开展工作的记录。	【C】 1．由科主任、护士长与质量控制小组负责医疗质量和安全管理，并有工作记录。 2．有各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，保证医疗服务质量。 3．急诊科所有员工熟悉并遵守规章制度，履行岗位职责。
	【B】符合“C”，并 对各项规章、制度、规范等管理文件定期研讨与修订，并有培训、试用、再完善的程序。
	【A】符合“B”，并 能运用管理工具开展质量管理工作，有完整的质量管理资料，体现持续改进。
4．8．6．2 医院对急诊有明确的质量与安全指标，医院与科室能定期评价，有能够显示持续改进效果的记录。	【C】 1．医院对急诊有明确的质量与安全指标。 2．科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有持续改进效果的记录。 3．有相关工作统计指标: （1）接受急诊诊疗总例数与死亡例数。 （2）进入急诊抢救室总人数与死亡例数。 （3）急诊分诊与急诊就诊患者例数之比。 （4）急诊高危患者（符合住院指征的外伤性脑血肿、外伤性胸、腹腔内出血、开放性骨关节损伤、急性心肌梗死、急性脑梗死与脑出血等）在“绿色通道”停留时间。 （5）急诊高危患者收住院比例（%）。 （6）对急诊创伤患者实施“严重程度评估”。

	【B】符合“C”，并 1. 科室能定期统计与分析质量与安全指标，评价有记录。 2. 急诊创伤患者实施“严重程度评估”，结果有分析。 3. 主管部门履行监管责任，对急诊工作存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 急诊高危患者（符合住院指征的外伤性脑血肿、外伤性腹腔内出血、开放性骨关节损伤、急性心肌梗死、急性脑梗死与脑出血）在“绿色通道”平均停留时间小于60分钟。 2. 经“严重程度评估”属严重创伤患者的比重逐年提高。 3. 本科/室/组能够开展全面质量管理活动，有定期的质量管理评价，持续改进急诊工作质量。

九、重症医学科管理与持续改进

评审标准	评审要点
4. 9. 1 重症医学科布局、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。	
4. 9. 1. 1 重症医学科布局、设备设施、人力资源配置符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。（★）	
4. 9. 1. 1. 1 重症医学科布局、设备设施符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。	【C】 1. 重症医学科布局合理，病房配置设备设施符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本设备要求。 2. 信息系统有检验、影像等医技检查信息的及时传递。
	【B】符合“C”，并 1. 重症医学科每床使用面积不少于15平方米，床间距大于1米，最少配备一个单间。 2. 有专人负责设备维护，设备、设施处于备用完好状态。 3. 信息系统有支持医疗质量管理和医院感染监控的功能。
	【A】符合“B”，并 重症医学科与手术室、输血科、影像科等紧密相关科室距离半径短，为患者诊疗提供及时支持。
4. 9. 1. 1. 2 重症医学床位设置与人力资源配置符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。	【C】 1. 重症医学床位占医院总床位的2%～5%。 2. 医师人数与床位数之比不低于0.8∶1，护士人数与床位数之比不低于2.5～3∶1。 3. 保持适宜的床位使用率，每天至少应保留1张空床以备应急使用。 4. 医护人员经过专业培训，掌握重症医学的基本技能要求，具备独立工作能力。
	【B】符合“C”，并 1. 重症医学床位占医院总床位的大于5%且小于8%。 2. 科主任具有副高级专业技术职务任职资格。

	3. 护士长具有中级以上专业技术职务任职资格。
	【A】符合“B”，并 1. 重症医学床位占医院总床位的比例达到 8%。 2. 科主任具有主任医师资格。
4. 9. 2 有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、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。	
4. 9. 2. 1 有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”。（★）	【C】 1. 有重症医学科各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。 2. 有重症医学科收住患者的范围、转入和转出标准及转出流程。 3. 对入住重症医学科的患者实行疾病严重程度评估。 4. 有抗菌药物使用与管理的相关规定。 5. 有储备药品、一次性医用耗材管理和使用的规范与流程。 6. 有对上述制度、职责、规范及标准、流程的培训。工作人员知晓相关岗位职责和履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 科室内有定期质量评价。 2. 主管部门履行监管职责。
	【A】符合“B”，并 1. 转入转出患者与标准的符合率≥90%。 2. 抗菌药物合理使用率≥90%。 3. 疾病严重程度评估率达 100%。
4. 9. 3 有分级查房制度与执行程序，医院对医师与护理人员实行资格、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”；严格执行核心制度，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医师及以上人员主持与负责。	
4. 9. 3. 1 医护人员实行资格、技术能力准入及授权管理。	【C】 1. 有医护人员资格、技术能力准入及授权管理的相关制度与程序。 2. 对医护人员进行重症医学专业理论和技能培训，考核合格后方可独立上岗。 3. 护理员、保洁员经过相关知识培训考核后上岗。
	【B】符合“C”，并 对高风险技术操作实行授权、定期评估和再授权管理。
	【A】符合“B”，并 有定期考核与再培训、再授权管理，保证医护人员技术能力，呈持续提高状态。
4. 9. 3. 2 执行核心制度，建立多学科协作机制。	【C】 1. 有落实核心制度的相关规定与措施。 2. 患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与负责。
	【B】符合“C”，并 1. 有多学科协作与支持机制。通过重症医学科与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持。 2. 主管部门对多学科协作与支持有监管，有分析和持续改进措施。

	【A】符合“B”，并 有符合转出标准患者及时转到相应科室的相关规定和执行流程，无推诿现象。
4．9．4 有医院感染管理相关规定，对呼吸机相关性肺炎、导管所致血行性感染、留置导尿管所致泌尿系感染有预防与监控方案、质量控制指标，并能切实执行。	
4．9．4．1 有医院感染管理相关规定，对呼吸机相关性肺炎、导管所致血行性感染、留置导尿管所致泌尿系感染有预防与监控方案、质量控制指标，并能切实执行。	【C】 1．医务人员及相关人员遵循手卫生规范，有相应的设备。 2．有消毒剂管理的相关规定，明确有效浓度范围、物品浸泡时间等。 3．有医疗废物管理相关规定及措施。 4．有预防呼吸机相关肺炎、导管相关性血行感染，留置导尿管相关性感染等相关制度及措施。 5．落实抗菌药物临床使用相关规定。
	【B】符合“C”，并 1．科室有对抗菌药物使用情况、医院感染管理定期分析、评价及整改措施。 2．有主管部门履行监管责任，有分析、评价、反馈及整改措施。
	【A】符合“B”，并 医院感染得到有效控制。
4．9．5 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，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标保障患者的安全，评价质量，促进持续改进。	
4．9．5．1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，负责医疗质量和安全管理。	【C】 1．由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组负责本科室医疗质量和安全管理。 2．有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。 3．有适用的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程、诊疗规范。
	【B】符合“C”，并 1．质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析、整改。 2．主管部门履行监管职责，定期进行评价、分析和反馈。
	【A】符合“B”，并 科室能运用质量管理工具进行质量与安全管理，有完整的质量管理资料，体现持续改进成效。
4．9．5．2 重症医学科有质量与安全管理相关预案、制度与质量与安全指标，医院与科室能定期评价，提出持续改进的具体措施。	【C】 1．有防范意外伤害事件的措施与处置突发事件应急预案。 2．落实医疗安全（不良）事件无责上报的制度。 3．有明确的质量与安全指标，包括：抗菌药物临床应用相关指标、非预期的24/48小时重返重症医学科率、呼吸机相关性肺炎（VAP）的发生率、中心静脉导管相关性血行性感染率、导尿管相关的泌尿系感染率、重症患者预期死亡率与实际死亡率、重症患者压疮发生率、各类导管管路滑脱与再插率、人工气道脱出例数等。
	【B】符合“C”，并 1．有落实相关指标的具体措施，并根据相关指标的分析改进质量与安全管理。 2．主管部门履行监管职责，定期进行评价、分析和反馈。

	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。

十、感染性疾病管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．10．1 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。	
4．10．1．1 健全传染病防治与医院感染管理组织架构，完善管理制度并组织实施。	【C】 1．有健全的传染病防治与医院感染管理组织架构且职责明确。 （1）有传染病防治与医院感染管理职能部门。 （2）有感染性疾病科。 （3）有医院感染管理委员会。 （4）有传染病防治工作领导组织。 2．依据《传染病防治法》、《医院感染管理办法》及相关法律、法规、规章和规范，完善感染管理相关的制度、流程、岗位职责、诊疗规范等。 3．承担本单位和责任区域内的传染病预防与控制工作。 4．承担本单位医院感染管理工作。 5．开展相关制度、规范的培训。
	【B】符合“C”，并 传染病防治与医院感染管理部门管理人员和感染性疾病科人员知晓并遵守相关制度，履行岗位职责。
	【A】符合“B”，并 有职能部门间协调机制和协调流程，共同支持传染病防治与医院感染管理工作。
4．10．2 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。	
4．10．2．1 根据相关法规要求设置感染性疾病科，其建筑规范、医疗设备和设施，人员应符合国家有关规定。	【C】 1．根据相关法规要求设置感染性疾病科，其建筑规范、医疗设备和设施基本符合规范，人员完全符合规范。 （1）感染性疾病科门诊设置：独立挂号收费、呼吸道（发热）和肠道疾病患者各自的候诊区和诊室、隔离观察室、检验室、放射检查室、药房（药柜）、专用卫生间、处置室和抢救室等，配备必要的医疗、防护设备和设施。 （2）感染性疾病科的设置要相对独立，内部结构做到布局合理，分区清楚，便于患者就诊，并符合医院感染预防与控制要求。 （3）有感染性疾病患者就诊流程规定并公示。 （4）有完善的感染性疾病科各项规章制度与流程、岗位职责，并执行。 （5）感染性疾病科医师具有感染性疾病的诊断能力，具有临床微生物学、抗菌药物应用、传染病学、流行病学等专业知识，接受过内科学训练且具有丰富

	的临床经验。 2. 对医护人员进行相关制度、规范的培训。
	【B】符合“C”，并 感染性疾病科建筑规范、设备设施完全符合相关规范。
	【A】符合“B”，并 感染性疾病科人员配置、梯队结构合理，满足工作需要，科主任具备副主任医师及以上任职资格，护士长具备主管护师及以上任职资格。
4. 10. 2. 2 对感染性疾病科工作人员进行岗前培训。	【C】 1. 有感染性疾病科工作人员岗前培训计划，培训内容至少包括: （1）有关传染病防治的法律、法规、部门规章、工作制度。 （2）感染性疾病的流行病学、预防、诊断、治疗、职业暴露处理和防护等内容。 2. 落实培训计划，考核合格后方可上岗，对不合格人员实行离岗再培训。
	【B】符合“C”，并 工作人员严格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。
	【A】符合“B”，并 根据新颁布或修订的规章规范定期对工作人员进行再培训。
4. 10. 2. 3 落实预检分诊制度，实行首诊负责制，及时报告疫情，规范接诊和治疗传染病患者，协助专业公共卫生机构及有关部门进行突发公共卫生事件和传染病疫情调查、采样与处理以及相关控制传播措施。	【C】 1. 落实门、急诊预检分诊制度。 2. 执行“首诊负责制”，按照传染病防治有关规定和诊疗规范，及时报告疫情，规范接诊和治疗传染病患者。 3. 有重点传染病防治和突发公共卫生事件救治专家组。
	【B】符合“C”，并 1. 协助疾病预防控制中心对疾病疫情调查、采样与处理的流程。 2. 协助疾病预防控制中心及有关部门落实控制传染病传播措施。 3. 主管部门履行监管职责。
	【A】符合“B”，并 1. 传染病报告及时，感染性疾病管理规范，无因管理问题导致传染病播散。 2. 感染性疾病救治专家组参与区域突发性公共卫生事件的救援，协助指导各类感染性疾病的救治。
4. 10. 3 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。	
4. 10. 3. 1 为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。	【C】 1. 有根据医务人员在工作时的危险性程度采取分级防护的规定，防护措施适宜。 2. 医务人员使用的消毒与防护用品应当符合国家医用级标准，配置完整、充足，便于医务人员获取和使用。 3. 凡接触血液、体液、分泌物、排泄物等物质以及被其污染的物品时应当戴手套。

	【B】符合“C”，并 1. 有职业暴露的应急预案，处置流程明确，并组织演练。 2. 有职业暴露的完整登记、处置、随访等资料，并根据案例或阶段分析改进职业防护工作。 3. 有主管部门履行监管职责，定期对落实情况监督检查。
	【A】符合“B”，并 1. 相关人员对职业防护和职业暴露处置知晓率 100%。 2. 对制度落实情况进行追踪与成效评价，有持续改进。
4. 10. 3. 2 按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。	【C】 1. 按照《医疗废物管理条例》要求制定医院医疗废物（包括污水处理）管理制度与处理规范。 2. 各类医疗废物、污水处理符合相关规范。 3. 对相关人员进行培训，医疗废物、污水处理人员知晓相关规定并能严格遵照执行。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管，对落实情况进行监督检查。
	【A】符合“B”，并 医疗废物、污水处理符合规范，监测合格，资料完整，通过环保部门评估。
4. 10. 4 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。	
4. 10. 4. 1 有专门部门或专职人员负责传染病疫情报告与管理工作，突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告规范，实行网络直报。	【C】 1. 根据《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》制定突发公共卫生事件和传染病疫情信息监测报告的制度与流程。 2. 按照国家相关规定，实行传染病网络直报。 3. 有专门部门及专职人员负责传染病疫情报告与管理工作。 4. 有传染病疫情报告、登记、核对以及奖惩等相关制度并组织培训，相关人员知晓有关规定。 5. 传染病报告责任落实到每一位医务人员。 6. 专职管理人员负责传染病报告卡的收集、汇总登记、核对以及监管等工作。
	【B】符合“C”，并 1. 落实传染病报告责任奖惩制度。 2. 传染病网络信息管理符合相关规定，明确疫情查询、使用权限，未经授权不得发布传染病信息。 3. 主管部门对突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告履行监管，对存在问题与缺陷及时整改。
	【A】符合“B”，并 传染病报告登记项目完整，传染病报告率 100%，传染病报告及时率 100%。
4. 10. 5 定期对医务人员进行传染病防治知识和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。	

4．10．5．1 定期对全体医务人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。	【C】 1．有全员传染病防治知识和技能培训的计划。 2．定期开展传染病防治知识和技能培训，内容包括: （1）传染病防治的法律、法规、规章、技术操作规范。 （2）传染病流行动态、诊断、治疗、疫情报告、预防。 （3）传染病的处置规范与处置流程。 （4）职业暴露的预防和处理等。
	【B】符合“C”，并 根据传染病疫情，适时开展传染病处置演练，根据演练总结改进传染病管理，提高应急处置能力。
	【A】符合“B”，并 医务人员传染病防治知识与技能考核合格率 100%。 医务人员传染病处置流程知晓率 100%。
4．10．5．2 开展常见传染病预防知识的教育、咨询。	【C】 1．采用多种形式向公众开展常见传染病预防知识的教育和咨询。 2．针对艾滋病等重大传染病开展预防教育咨询。
	【B】符合“C”，并 1．有完整的教育、咨询资料。 2．有传染病预防知识教育、咨询效果评价。
	【A】符合“B”，并 有根据教育效果评价持续改进健康宣传和健康促进。

十一、中医管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．11．1 中医诊疗科室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。	
4．11．1．1 中医科设置符合卫生部《综合医院中医临床科室基本标准》等法规基本要求。	【C】 1．中医科为医院的一级临床科室。 2．设立中医门诊。 3．中医师具备中医类别任职资格。 4．护士接受过中医药知识技能岗位培训。
	【B】符合“C”，并 1．门诊开设中医专业≥3 个。 2．科主任具有中医类别副主任医师任职资格，从事中医临床专业≥10 年。 3．护士长具有主管护师任职资格，从事中医临床护理 5 年以上，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术。
	【A】符合“B”，并 中医科设置独立病区，床位占医院床位数≥5%。
4．11．2 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。	

4．11．2．1 有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范。	【C】 1．有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范，并落实。 2．根据中医特色，开展培训与教育活动。 3．相关人员知晓上述制度、本岗位职责及诊疗规范。
	【B】符合“C”，并 1．科室内定期自查、评估、分析、整改。 2．主管部门履行监管职责，定期评价、分析和反馈。
	【A】符合“B”，并 形成中医诊疗特色，质量持续改进有成效。
4．11．2．2 充分发挥中医特色，建立并完善中医与西医临床科室的协作机制，为患者提供适宜的诊疗服务。	【C】 1．有中医与西医临床科室的会诊、转诊相关制度，并落实。 2．有体现中医特色的三级查房制度。
	【B】符合“C”，并 1．通过科间会诊，开展疑难危急重症的病情评估，制定适宜的诊疗方案。 2．通过科间协作，把中医药服务拓展到西医临床科室。
	【A】符合“B”，并 发挥中医特色，参与多学科综合门诊诊疗工作。
4．11．2．3 开展辨证施护，提供具有中医特色的优质护理服务。	【C】 1．有中医护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色。 2．相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 为患者提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。
	【A】符合“B”，并 开展具有中医特色的优质护理服务。
4．11．3 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》等法规的要求。	
4．11．3．1 根据医院规模和临床需要，设置规范的中药房与中药煎药室。	【C】 1．根据医院规模和临床需要，设置规范的中药房与中药煎药室。 2．有中药质量管理的相关制度，对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。 3．落实药物不良反应监测报告制度。 4．因医疗资源限制，中药房和煎药室实行外包服务的，应有服务质量保证，合同中应有质量保证与方便、快捷服务的条款。 5．相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．主管部门履行监管职责，定期评价、分析和反馈。 2．主管部门依据合同对外包服务实行监管。
	【A】符合“B”，并 中药供应满足临床需要，患者对煎药满意度高。

4．11．4 科主任、护士长及具备资质的人员组成的质量管理小组，根据中医特色，应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动。	
4．11．4．1 科主任、护士长及具备资质的人员组成的质量管理小组，根据中医特色，应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动。	【C】 1．有由科主任、护士长和具备资质的人员组成的质量管理小组负责科室质量管理工作。 2．有中医医疗质量与安全控制指标、方案与评价考核制度。 3．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 有质量改进措施，应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动。
	【A】符合“B”，并 中医临床科室病床使用率≥85%，病房中医治疗率≥70%，甲级病案率≥90%。

十二、康复治疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．12．1 进行康复治疗必要性的评估，并给予规范指导。	
4．12．1．1 有康复诊疗指南/规范，康复医师对每位康复患者有明确诊断与功能评估，制订康复治疗计划。开展了临床早期康复介入服务。	【C】 1．制定以疾病、损伤的急性期临床康复为重点的康复指南/规范。 2．康复医师对每个康复患者有明确诊断与功能评估并制订康复治疗计划。 3．开展临床早期康复介入服务。 4．康复治疗计划由康复医师、治疗师、护士、病人及家属共同落实。
	【B】符合“C”，并 1．科室对康复计划落实情况有自查、评价，有改进措施。 2．主管部门进行检查、反馈，对存在的问题督促整改。
	【A】符合“B”，并 患者康复效果明显。
4．12．1．2 住院患者康复治疗。	【C】 1．有住院患者康复治疗的相关规定。 2．住院患者的康复治疗由康复医师会诊，根据患者的病情与主管医生共同商定治疗计划/方案。 3．康复治疗计划由相关人员落实。
	【B】符合“C”，并 1．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，为须康复治疗的患者，提供早期、专业的康复医疗服务。 2．主管部门进行检查、反馈，对存在的问题督促整改。
	【A】符合“B”，并 患者康复计划落实，康复效果明显。
4．12．2 向患者及其家属、授权委托人充分说明康复治疗计划/方案，鼓励患者主动参与康复治疗。	

4．12．2．1 患者及家属、授权委托人知情同意，主动参与康复治疗。	【C】 1．康复医师、治疗师向患者及其家属、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。 2．有预期目标对康复患者及家属进行确认的规定。 3．有对患者病情及所能承受能力确认规定与流程。 4．患者及家属、授权委托人了解康复治疗计划/方案、患者的预期目标，并参与康复治疗。 5．相关工作人员知晓康复治疗计划并落实措施。
	【B】符合“C”，并 1．科室对落实情况自查、评估、分析、反馈、整改。 2．主管部门进行检查、反馈，对存在的问题督促整改。
	【A】符合“B”，并 康复治疗记录真实、准确、完整，病历记录合格率 100%。
4．12．3 功能康复的过程与训练的效果有记录，康复治疗训练的人员具备相应的资质。	
4．12．3．1 康复治疗训练人员具备相应的资质。	【C】 1．有康复医学专业人员和康复医疗专业设备，由康复医学科归口统一管理的规定。 2．有由具备资质的治疗师、护理人员及其他技术人员实施康复治疗和训练的规定并执行。 3．对上述人员进行康复治疗训练知识与技能的培训与考核。 4．开展康复治疗训练人员掌握相关的理论与技能。
	【B】符合“C”，并 1．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，保障康复训练的连续性。 2．科室对落实情况有自查、评价、分析、反馈、整改。 3．主管部门进行检查、反馈，对存在的问题有整改。
	【A】符合“B”，并 康复治疗训练人员资质符合要求，康复训练质量有持续改进。
4．12．3．2 制定康复相关的医疗文书书写要求、质量控质标准、康复意外紧急处置预案。	【C】 1．有康复相关的医疗文书书写要求和质控标准。 2．有康复意外紧急处置预案与流程。 3．对相关人员有上述内容培训与考核。 3．相关人员均熟知上述内容，并能遵循。
	【B】符合“C”，并 1．科室对落实情况自查、评估、分析、反馈、整改。 2．主管部门进行检查、反馈，对存在的问题有整改。
	【A】符合“B”，并 康复相关的医疗文书书写符合要求，康复质量有持续改进。
4．12．3．3 对康复治疗训练过程有	【C】 1．有康复治疗训练过程的记录规范、诊断标准与流程。

记载。	2. 有综合应用作业疗法、物理治疗法、语言治疗法等规定与流程。 3. 落实上述诊疗标准与规范，康复治疗情况在病历中记载。 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。 5. 相关人员知晓上述规范和流程并落实到位。
	【B】符合“C”，并 1. 科室对落实情况自查、评估、分析、反馈、整改。 2. 主管部门进行检查、反馈，对存在的问题有整改。
	【A】符合“B”，并 1. 对康复治疗训练过程记录真实、准确、完整，病历记录完整率 100%。 2. 康复治疗训练质量持续改进有成效。
4. 12. 4 评估康复治疗的效果。	
4. 12. 4. 1 有定期的康复治疗与训练效果评定标准与程序。	【C】 1. 有定期康复治疗与训练效果评定的标准与程序 （1）每一个患者都进行定期系统的效果评定。 （2）通过病例讨论进行康复训练效果的评价。 （3）其他科住院患者应由康复医师与临床医师共同进行评价，记录讨论内容。 （4）有无效中止康复训练的程序。 2. 相关人员知晓效果评定的标准与程序并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 科室对落实情况自查、评估、分析、反馈、整改。 2. 主管部门进行检查、反馈，对存在的问题有整改。
	【A】符合“B”，并 康复治疗与训练效果评价体现持续改进成效。
4. 12. 4. 2 对康复治疗训练效果、舒适程度、愿望与意见、并发症、预防二次残疾等有评价。	【C】 1. 有患者的康复治疗训练效果、舒适程度、愿望与意见等项目评价。 2. 有加强住院患者医疗安全管理的制度和措施。 3. 有康复医学科诊疗活动评价指标。 4. 有效落实预防并发症、预防二次残疾的具体措施。
	【B】符合“C”，并 科室按照评价指标定期对康复治疗训练效果、舒适程度、愿望与意见、并发症、预防二次残疾进行评价、分析、有整改。
	【A】符合“B”，并 康复治疗有效率≥90%、年技术差错率≤1%、病历和诊疗记录书写合格率≥90%、住院患者康复功能评定率≥98%、设备完好率≥90%、平均住院日≤30天。
4. 12. 5 科主任、护士长与具备资质的人员组成的质量与安全管理团队，能用康复工作质量和安全管理制度、规章、岗位职责、各类康复技术操作规程、质量与安全指标来确保患者康复安全，定期评价服务质量，促进持续改进。	

4．12．5．1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，开展质量与安全管理。	【C】 1．由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，负责科室质量与安全管理。 2．有完善的规章制度、岗位职责、诊疗规范、操作常规。 3．有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。 4．有康复医学科诊疗活动评价指标。
	【B】符合“C”，并 1．质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析，有整改措施。 2．主管部门履行监管职责，定期进行评价、分析、反馈。
	【A】符合“B”，并 运用管理工具开展质量与安全管理，有完整的质量与安全管理资料，体现持续改进有成效。
4．12．5．2 开展质量与安全的教育与培训。	【C】 1．依据医院质量与安全管理计划，制定本科室质量与安全培训计划并实施。 2．相关人员知晓培训内容，掌握并执行核心制度、岗位职责、诊疗规范、技术操作常规并严格遵循。
	【B】符合“C”，并 1．对质量与安全管理制度、诊疗规范、操作常规等进行检查落实。 2．对质量与安全管理的培训重点内容进行考核。
	【A】符合“B”，并 培训完成率≥90%，对重点内容的考核合格率为100%。

十三、疼痛治疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．13．1 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。	
4．13．1．1 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，疼痛治疗服务范围有明确界定。	【C】 1．有卫生行政部门核准的疼痛科诊疗科目登记。 2．有疼痛科工作制度、岗位职责与诊疗范围、诊疗规范。 3．执业医师经过相关专业培训，具备相应资格，执业范围与执业资格范围相符。 4．有创操作实行资格授权制。
	【B】符合“C”，并 1．科主任具备副主任医师资格，且从事临床疼痛工作5年以上。 2．开展诊疗技术有循证依据，新技术经过审核批准。 3．主管部门履行监管职责，有分析、总结、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 相关学科有协调协作机制。
4．13．2 依据服务范围，建立疼痛评估、疗效评估与追踪随访等相关制度，规范开展诊疗活动。	

4．13．2．1 依据服务范围，建立疼痛评估、疗效评估与追踪随访等相关制度，规范开展诊疗活动。	【C】 1．依据服务范围，建立疼痛的评估、再评估制度与程序，对疼痛强度进行量化评估。 2．根据“WHO三阶梯止痛原则”及“药物止痛五条原则”，制定适宜的诊疗方案。 3．有疼痛疗效评估的规范与程序。对治疗效果进行追踪随访。
	【B】符合“C”，并 1．承担对全院医务人员进行疼痛治疗规范的相关培训与指导。 2．科室对诊疗规范落实情况有自查、分析和评价。
	【A】符合“B”，并 有完整的疼痛治疗病历档案与定期总结评价，提高诊疗质量。
4．13．3依据服务的范围，为患者提供疼痛知识教育，履行知情同意手续。	
4．13．3．1 依据服务的范围，为患者提供疼痛知识教育，履行知情同意手续。	【C】 1．对疼痛患者进行疼痛知识的宣教。 2．有疼痛诊疗知情同意规范。实施有创镇痛诊疗操作应履行书面知情同意。
	【B】符合“C”，并 根据患者疼痛评估，提供可选择的个体化诊疗方案，由具备资质的医师以患者易懂的语言与方式进行沟通，履行知情同意手续，并记录在病历中。
	【A】符合“B”，并 知情同意资料完整，疼痛知识教育好。
4．13．4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。	
4．13．4．1 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。	【C】 1．有疼痛治疗风险防范与处置预案。包括：常见并发症的预防、药物不良反应的预防、高风险操作相关风险防范以及各类风险的处置预案。 2．有对相关员工进行疼痛治疗的培训教育。
	【B】符合“C”，并 1．相关人员熟悉各种并发症及风险防范的措施。 2．相关人员熟悉各类风险的处置流程和岗位职责。
	【A】符合“B”，并 定期对常见并发症的追踪分析，改进防范措施，降低医疗风险。
4．13．5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。	
4．13．5．1 有质量与安全管理小组或专人负责科室质量与安全管理工作。	【C】 1．有质量与安全管理小组或专人负责科室质量与安全管理工作。 2．有质量与安全管理相关制度与质量控制指标。
	【B】符合“C”，并 1．开展全程疼痛诊疗质量监控。 2．定期评价疼痛诊疗质量，有持续改进措施。

	【A】符合“B”，并 有完整的质量管理资料，体现持续改进成效。

十四、精神科疾病的管理与持续改进（可选）

评审标准	评审要点
4．14．1 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。	
4．14．1．1 精神科设置获卫生行政部门批准，取得执业许可登记，服务范围明确。	【C】 1．精神科取得执业许可登记，服务范围明确。 2．执业医师具备相应执业资格，开展服务项目和诊疗技术符合相关规范。 3．服务项目收费经过物价部门批准。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责。
	【A】符合“B”，并 无超范围执业，无违规情况。
4．14．2 依据服务的范围，建立入院评估、住院说明的流程，用临床路径指导精神科疾病的诊疗活动，规范疗效评估，规范医疗文件书写。	
4．14．2．1 建立患者入院评估、住院说明、诊疗规范疗效评估以及病历书写等相关制度，用临床路径指导诊疗活动。	【C】 1．有精神病患者入院评估、住院说明、诊疗规范、疗效评估和病历书写等相关制度、工作规范和流程。 2．有精神科急救医疗的相关制度与设备设施。 3．对员工进行相关培训，相关人员对制度与规范的知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 1．有精神医学行为能力评估、住院说明、疗效评估等均在病历中规范、完整记录。 2．向患者的监护人或授权委托人充分说明并履行书面知情同意手续。
	【A】符合“B”，并 有适用的临床路径指导精神科疾病的诊疗活动。
4．14．3 依据服务的范围，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。	
4．14．3．1 依据服务的范围，为患者提供适当的医疗保护措施，向监护人或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。	【C】 1．有医师根据患者病情评估结果，实施适宜的住院医疗保护措施的制度与流程。 2．有住院患者使用物理约束的制度与流程。 3．有住院患者使用隔离的制度与流程。 4．有向监护人就实施医疗保护措施可能导致意外情况履行书面知情同意的规定与流程。 5．执行上述制度与流程并在病历中完整记载。 6．向患者监护人或授权委托人提供相关教育。

	7．有精神科急救医疗的流程和设施。
	【B】符合“C”，并 1．针对医疗保护措施可能导致的并发症有预防措施。 2．科室有自查、评价、分析、反馈、整改。 3．有主管部门履行监管职责。
	【A】符合“B”，并 记录完整、各项措施落实到位，有持续改进。
4．14．4 为精神残障者其他躯体疾患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流程，有相关培训教育。	
4．14．4．1 为精神残障者其他躯体疾患提供多科联合诊疗服务。	【C】 1．有为精神残障者其他躯体疾患提供多科联合诊疗服务的管理制度和流程。 2．相关科室为多科联合诊疗服务提供支持。 3．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．多科联合诊疗服务实施情况在病历中记录。 2．有主管部门履行监管职责，对存在问题督促整改。
	【A】符合“B”，并 有多科联合诊疗疗效评价，根据评价情况持续改进诊疗工作。
4．14．4．2 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。	【C】 1．有常见并发症的预防规范、风险防范预案与流程。 2．对精神科员工进行相关培训教育。 3．各项防范措施落实到位。
	【B】符合“C”，并 有主管部门履行监管职责，对存在问题督促整改。
	【A】符合“B”，并 制度得到严格执行，风险得到有效防范。
4．14．5 为精神残障者提供出院康复指导与随访。	
4．14．5．1 为精神残障者提供出院康复指导与随访。	【C】 1．有为精神残障者提供出院康复指导的制度。 2．在评估患者及家属认知能力的基础上，运用有效的沟通方式，使患者和家属掌握出院后康复治疗与护理事项。 3．有精神残障者出院后随访制度并落实。
	【B】符合“C”，并 主管部门履行监管职责，对存在问题督促整改。
	【A】符合“B”，并 1．患者及家属、授权委托人知晓并理解出院指导的内容。 2．运用随访中患者及家属、授权委托人反馈的信息分析，采取有效措施不断提高服务质量。

4．14．6 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。	
4．14．6．1 有科室质量与安全管理小组负责科室医疗质量与安全管理。	【C】 1．由科主任、护士长和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，负责科室医疗质量与安全管理，人员构成合理，职责明确。 2．有医疗质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范。 3．根据医院和科室目标，制定科室质量与安全管理小组工作计划并组织实施。 4．相关人员知晓相关制度和本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 对各项规章制度、岗位职责和诊疗规范定期修订并组织再培训。
	【A】符合“B”，并 科室质量与安全管理小组的工作计划得到有效落实，有完整的质量与安全管理资料。
4．14．6．2 运用质量与安全监控指标，加强诊疗质量全程监控管理。	【C】 1．有医疗质量与安全监控指标，至少包括： （1）住院患者使用物理约束的总小时数； （2）患者使用隔离的总小时数； （3）出院时患者仍二种及以上抗精神病药联合应用的比重； （4）住院患者发生压疮的例数； （5）坠床等意外伤害的例数。
	【B】符合“C”，并 科室定期对指标数据进行分析，开展评价活动，解读质量变化趋势，改进质量管理。
	【A】符合“B”，并 科室运用质量管理工具开展全面质量与安全管理，有持续改进的成效。

十五、药事和药物使用管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．15．1 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。	
4．15．1．1 医院设立药事管理与药物治疗学委员会，健全药事管理体系。	【C】 1．按照《医疗机构药事管理规定》的相关要求，设立药事管理与药物治疗学委员会及若干相关的药事管理小组，职责明确，有相应工作制度，日常工作由药学部门负责。 2．根据本机构功能、任务、规模设置相应的药学部门。 3．药学部门负责药品管理、药学专业技术服务和药事管理以及临床药学工作。 4．医务部门指定专人，负责与医疗机构药物治疗相关的行政事务管理工作。

	【B】符合“C”，并 1．药事管理与药物治疗学委员会人员组成符合规范，定期召开专题会议，研究药事管理工作，每年不少于4次，有完整的相关资料。 2．医务部门与药学部门职责明确，有协调机制。
	【A】符合“B”，并 有药事管理工作计划和年度工作总结，能够体现药事管理的持续改进。
4．15．1．2 有药事管理工作制度。	【C】 1．医院根据国家药事管理法律法规，建立相应的药事管理制度。 2．医院根据医院的药事管理要求，制定相应的工作制度、操作规程，并组织实施。 3．有药品遴选制度，遵循“一品两规”要求，制定本医院“药品处方集”和“基本用药供应目录”。 4．有抗菌药物、抗肿瘤药物、血液制剂、生物制剂及高危药品临床使用管理办法。
	【B】符合“C”，并 1．有药事法律法规及相关制度的宣传、教育、培训。 2．医务人员熟悉药事管理法律法规及相关制度。 3．有保证上述制度落实的相关措施。 4．有临床用药具体评价方法，有改进措施和干预办法。
	【A】符合“B”，并 1．优先使用国家基本药物符合相关规定。 2．抗菌药物等临床使用符合相关规定。
4．15．1．3 根据医院功能任务及规模,配备药学专业技术人员，岗位职责明确。	【C】 1．药学专业技术人员满足工作需要，按有关规定取得相应药学专业技术职务任职资格。 2．各级药学专业技术人员职责明确。 3．有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定。 4．各级药学人员熟悉并履行本岗位职责。
	【B】符合“C”，并 1．人才梯队合理，具有高等医药院校临床药学专业或者药学专业全日制本科毕业以上学历的，应当不低于药学专业技术人员的30%。 2．临床药师具有高等学校临床药学专业或药学专业本科以上学历，经过规范化培训，不少于5名。 3．药学专业技术人员参加毕业后规范化培训和继续医学教育，符合相关规定，作为考核、晋升、聘任的条件之一。 4．药学部门负责人应是学科带头人，具有高等学校药学专业或者临床药学专业本科以上学历，及本专业高级技术职务任职资格。
	【A】符合“B”，并 1．药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的8%。 2．落实人才梯队建设。具有副高级以上药学专业技术职务任职资格的，应当不低于13%，教学医院应当不低于15%。

	3. 能承担相关的临床药学教育和药物临床应用研究任务。
4. 15. 2 加强药剂管理，规范采购、储存、调剂，有效控制药品质量，保障药品供应。	
4. 15. 2. 1 有药品采购供应管理制度与流程,有适宜的药品储备。	【C】 1. 有药品采购供应管理制度与流程，有固定的供药渠道，由药学部门统一采购供应。 2. 列入“药品处方集”和“基本用药目录”中的药品有适宜的储备，每年增减调整药品率≤5%。 3. 医院配制、销售、使用的制剂经过批准。 4. “基本用药供应目录”品规数：500-800 床，西药应≤1000 个品种，中成药≤200 品种；800 床以上：西药≤1200 品种，中成药≤300 种品规（医院自制制剂除外）。
	【B】符合“C”，并 1. 定期检查总结药品采购供应制度的执行情况，每年至少两次，无违规采购。 2. 定期评估药品储备情况，85％以上药品库存周转率少于 10～15 日，定期评估，有分析报告和提出改进措施。
	【A】符合“B”，并 药品采购规范、储备适宜，无违规采购。
4. 15. 2. 2 建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。	【C】 1. 有药品质量监督管理组织，由主管药师及以上人员担任负责人，职责明确。 2. 有药品质量管理相关制度和药品质量报告途径与流程。 3. 有药品验收相关制度与程序，保证每个环节药品的质量。
	【B】符合“C”，并 1. 有制度保证药品质量监控人员工作的独立性。 2. 定期对药库、调剂室药品质量进行抽检，合格率达 99. 8％。 3. 每月对各临床科室备用药品的管理与使用进行一次检查。 4. 对药品质量抽查结果及科室备用药品管理检查情况进行分析、总结，落实整改措施。
	【A】符合“B”，并 1. 医院有药品质量监测网络（平台）。 2. 库房发出药品质量合格率 100%。
4. 15. 2. 3 有药品贮存制度,贮存药品的场所、设施与设备符合有关规定。	【C】 1. 有药品贮存相关制度，定期对库存药品进行养护和质量检查。 2. 药品贮存基本设施与设备符合规定：根据药物性质和贮存量配置有温、湿度控制系统，有冷藏、避光、通风、防火、防虫、防鼠、防盗设施和措施。设施、设备质量均符合规定，运行正常。 3. 根据药品的性质、特点分别设置冷藏库、阴凉库、常温库。化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分别贮存，分类定位存放。中药饮片、“毒、麻、精”药品、易燃易爆、强腐蚀性等危险性药品等按有关规定分别设库，单独贮存。药库与药品存放区域远离污染区，温湿度和照明亮度符合有关规定；药品库按规定设置有验收、退药、发药等功能区域。 4. 有药品效期管理相关制度与处理流程。效期药品先进先用、近期先用，对

	过期、不适用药品及时妥善处理，有控制措施和记录。 5. 有高危药品目录，各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志。 6. 防腐剂、外用药、消毒剂等药品与内服药、注射剂分区储存。 7. 药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作明确标示。 8. 实行药品采购、贮存、供应计算机管理，药品库存量及进出量、调剂室库存量及使用量定期盘点、账物相符。 9. 药库管理由药学专业人员负责，科室或病区备用药品应指定专人管理。
	【B】符合“C”，并 药库面积符合相关规定。
	【A】符合“B”，并 药品管理资料完整、详实，有可追溯措施，如实行条形码管理。
4. 15. 2. 4 执行“特殊管理药品”管理的有关规定。	【C】 1. 麻醉药品、精神药品、医用毒性药品、放射性药品等“特殊管理药品”按照法律法规、规章制定相应的管理制度。 2.“特殊管理药品”有安全设施，药库设置有“毒、麻、精”药品专用库（柜），配有安全监控及自动报警设施；调剂室和各病房（区）、手术室等有专用保险柜，有防盗设施；放射性药品按有关规定执行。 3. 有“麻、精”药品实行三级管理和“五专”管理的制度与程序。 4. 有“麻、精”药品实行批号管理的制度与程序，开具的药品可溯源到患者。 5. 有“特殊管理药品”的应急预案。
	【B】符合“C”，并 1. 药学部门定期对“特殊管理药品”进行检查，至少每月1次。 2. 各相关科室有相应的“特殊管理药品”管理制度，并严格实行。
	【A】符合“B”，并 “特殊管理药品”管理各环节措施得当，有持续改进措施，原始记录完整。
4. 15. 2. 5 对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。	【C】 1. 有存放于急诊科、病房（区）急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程。 2. 药学部和各相关科室有急救等备用药品目录及数量清单，有专人负责管理急救药品，并在使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。
	【B】符合“C”，并 药学部对急救等备用药品管理情况定期检查，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 各科室备用急救等备用药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。
4. 15. 2. 6 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂的准确性。	【C】 1. 按《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》等有关规定制定药品调剂制度和操作规程。 2. 药品调剂时，认真审核处方或用药医嘱后调剂配发药品。 3. 药品使用遵循先拆先用，先到先用的原则。

	4．调剂作业有足够的空间与照明，门急诊药房实行大窗口式或者柜台式发药；住院调剂室口服摆药区域环境清洁整齐、卫生符合要求； 5．有病房（区）不需要使用的药品定期办理退药的相关规定，对退药进行有效管理，确保质量并有记录。 6．急诊有24小时的药学调剂服务。
	【B】符合“C”，并 1．有措施避免药品分装，如需药品分装，应有操作规程、适当的容器，外包装有药品名称、剂量及原包装的批号、效期和分装日期。 2．对病房（区）口服制剂药品实行单剂量配发，注射剂按日剂量发药。 3．对肠外营养液、危害药品静脉用药实行集中调配供应。 4．调剂室面积符合相关规定。
	【A】符合“B”，并 1．有静脉用药调配中心（室），实行集中调配供应。 2．有对调剂工作督导检查、追踪评价，持续改进调剂工作。
4．15．2．7 制剂的配制与使用符合有关规定。	【C】 1．医院配制制剂持有《医院制剂许可证》，取得制剂批准文号，有制剂质量标准。 2．有保证制剂质量的设施、设备和管理制度，按规定配备药学专业技术人员。 3．经省级药品监督管理部门批准后，制剂方可在医院之间调剂使用。
	【B】符合“C”，并 有主管药师及以上专人负责制剂原料、制剂成品质量检验，原始记录及复核记录齐全。
	【A】符合“B”，并 有制剂质量改进措施和召回制度，有原始记录。
4．15．2．8 有肠外营养液和危害药物等静脉用药的调配规定。	【C】 1．其他静脉用药在病房（区）分散调配的应参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》进行改善，有管理制度、有措施。
	【B】符合“C”，并 1．肠外营养液和静脉用危害药物由药学部集中调配与供应，集中调配有卫生行政部门颁发的准予集中调配的许可证或批复件。 2．有工作人员岗位培训制度和培训计划，并执行。 3．有主管药师及以上人员审核处方和参与静脉药物临床应用，对不适宜用药者定期分析、总结，能有效干预。 4．处方合格率＞99%；二级库账物相符率＞99．9%。
	【A】符合“B”，并 有输液质量问题和输液严重不良反应报告相关规定，药学部对临床出现的输液质量问题和患者用输液后的严重不良反应有分析报告、改进措施。
4．15．2．9 有药品召回管理制度。	【C】 1．有药品召回管理制度与处置流程。 2．发现假、劣药品时，按规定及时报告有关部门并迅速召回，妥善保存，收

	集保留所有原始记录。 3. 及时追回调剂错误的药品。 4. 有患者服用假、劣药品或调剂错误药品导致人身损害的相关的处置预案与流程。
	【B】符合“C”，并 1. 对假、劣药品，及时查明原因，追究相关责任。 2. 对调剂错误，及时分析原因，有整改措施。
	【A】符合“B”，并 有根据假、劣药品和调剂错误的原因分析，及时修订相关制度，加强环节管理，保障用药安全。
4. 15. 2. 10 建立完善的药品管理信息系统，与医院整体信息系统联网运行。	【C】 1. 有完善的药品管理计算机软件系统，并与医院整体信息系统联网运行。且符合《电子病历基本规范》的相关规定，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。 2. 有信息系统联网的处方用药技术支持软件。有完善药品查询系统，方便有关人员查询、适时获取正确的药品信息。 3. 药库和调剂室有药品进、销、存、使用等实时管理系统，实行药品定额和数量化管理，包括药品账目和统计、处方点评分析统计等。
	【B】符合“C”，并 有适宜的合理用药监控软件系统，能为处方审核提供技术支持，并定期更新。
	【A】符合“B”，并 1. 通过用药监控系统，对抗菌药物等实行计算机处方权限与用药时限管理。 2. 对改进措施落实情况有追踪评价，有持续改进的成效。
4. 15. 3 执行《处方管理办法》，开展处方点评，促进合理用药。	
4. 15. 3. 1 临床药物治疗执行有关法规、规章制度，遵循相关技术规范。	【C】 1. 有临床药物治疗遵循合理用药原则、药品说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相关规定与程序。 2. 有医师处方符合《处方管理办法》相关要求的制度与程序。 3. 有药师按照《处方管理办法》对处方进行适宜性审核和调配发药，并根据具体情况对患者进行用药交代的制度与程序。 4. 有超说明书用药管理的规定与程序。
	【B】符合“C”，并 1. 有对临床超说明书用药的监控措施和记录。 2. 医院每年用药金额排序前十位的药品与医院性质及承担的主要医疗任务相符合。
	【A】符合“B”，并 1. 有临床用药监控和超常预警体系，对临床超常用药趋势及时干预，有干预和改进措施。 2. 改进措施落实情况有追踪评价，有持续改进的成效。

4．15．3．2 医师开具处方应按照《处方管理办法》的要求执行。	【C】 1．有根据《处方管理办法》制定本院处方管理实施细则，对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定。 2．医师处方签名或签章式样，分别在医疗管理、药学部门留样备案。医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。 3．按“医院基本用药供应目录”开具处方，药品品规和药品生产企业与“医院基本用药供应目录”一致。 4．处方书写规范、完整，开具处方全部使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。 5．处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合《处方管理办法》规定。
	【B】符合“C”，并 1．不合理处方≤1%。 2．处方药品通用名使用率达100%。
	【A】符合“B”，并 定期对处方质量进行检查，检查结果与医师考核挂钩。
4．15．3．3 护士抄(转)录用药医嘱及执行给药医嘱应遵守操作规程，必须经过核对，确保准确无误。	【C】 1．经过资格认定及相关培训的护理人员方可执行给药医嘱。 2．用药医嘱抄（转）录须经核对，确保准确无误，并有转抄者签名。 3．有防范给药差错的措施，护士根据处方或医嘱给药时须对药品名称、用法用量、给药途径、药品效期、外观质量等进行核对与检查，并签字确认。 4．护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应，发生异常应与医师沟通。 5．有特殊情况使用患者自带药品的相关规定。凡住院患者治疗需要的药品均由药学部门供应，一般不得使用患者自带药品。确需使用应符合规定。
	【B】符合“C”，并 1．给药前要尊重患者对药物使用的知情权。 2．护士按照给药时间分次为患者发放口服药，并说明用法。
	【A】符合“B”，并 有给药差错分析、整改和持续改进。
4．15．3．4 已开具处方,并遵医嘱使用的药品应记入病历。	【C】 1．患者就诊前和正在使用的所有处方及医嘱用药应在病历中记录。 2．护理人员对患者的每次给药均应记录。 3．所有的用药信息在出院或转院时归入其病历留存。
	【B】符合“C”，并 病程记录中有明确的用药依据及分析。
	【A】符合“B”，并 临床药师为“实施临床路径与单病种质控病例、重点肿瘤住院患者”建立药历。
4．15．3．5 药师应按照《处方管理办法》对处方进行适宜性审核、调配发药，对临床不	【C】 1．药师及以上人员承担审核处方工作，依据《处方管理办法》的相关要求审核处方/用药医嘱是否规范、适宜。 2．对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通。

合理用药进行有效干预。医院有可行的监督机制与措施。	3. 调剂处方流程合理，按有关规定做到“四查十对”。调剂过程有第二人核对，独立值班时双签字核对。 4. 发出的药品标有用法用量和特殊注意事项。 5. 发药时对患者进行用药交代和用药指导，关注特殊群体的用药指导。必要时为患者提供书面用药指导材料。 6. 设有用药咨询窗口（台），有主管药师及以上人员提供合理用药咨询服务。 7. 住院医嘱单按照处方管理，药师依据完整的用药医嘱作为调剂的依据，确保用药适当性及正确性。 8. 有发药差错登记、报告的制度与程序，并执行。 9. 对药师进行定期的、有针对性的药学技能培训。
	【B】符合“C”，并 1. 有差错分析制度和改进措施。定期进行差错防范培训。 2. 调剂室年出门差错率≤0. 01%。 3. 由专职药学人员为患者提供用药咨询，有咨询记录，并针对患者咨询的常见问题开展合理用药宣传工作。 4. 药师应在处方药品计价收费和调剂之前对处方或用药医嘱的适宜性进行审核。
	【A】符合“B”，并 有促进临床合理用药持续改进的措施，有专人负责对防范差错工作进行系统检验，对临床不合理用药进行干预效果分析，体现多环节防范与持续改进效果。
4. 15. 3. 6 开展处方点评，建立药物使用评价体系。	【C】 1. 有按《医院处方点评管理规范（试行）》的要求制定医院处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。 2. 每月至少抽查100张门急诊处方（其中自费处方≥20张）和30份出院病历进行点评。 3. 有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，对抗菌药物临床使用进行专项点评重点抽查感染科、外科、呼吸科、心内科、肿瘤科、神经科、重症医学科等临床科室以及Ⅰ类切口手术和介入治疗病例。 4. 对不合理处方进行干预。
	【B】符合“C”，并 1. 每年开展2项以上专项药物临床应用评价，每年每项评价不少于4次。 2. 定期发布处方评价指标与评价结果，定期进行通报和超常预警。纳入医院质量考核目标，实行奖惩管理。
	【A】符合“B”，并 1. 每年开展3项以上专项药物临床应用评价，每年每项评价不少于4次。 2. 根据点评结果，落实整改措施，提高合理用药。
4. 15. 4 医师、药师按照《国家基本药物临床应用指南》、《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。	
4. 15. 4. 1 医师、药师按照《国家基本药物临床应用指南》、	【C】 1. 按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》有关要求，有优先使用国家基本药物的相关规定。

《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。	2.《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”。
	【B】符合“C”，并 有促进《国家基本药物目录》优先使用的具体措施，并有监督考评机制。
	【A】符合“B”，并 统计医院用药，《国家基本药物目录》品种使用率符合国家相关规定。
4．15．5 医师、药师、护理人员按照《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。	
4．15．5．1 抗菌药物管理有适当的组织，并制定章程，明确职责，对抗菌药物的不合理使用有检查、干预和改进措施。（★）	【C】 1．药事管理组织有抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。 2．召开抗菌药物管理小组会议≥4 次/年。 3．有全院抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度。 4．对医务人员进行抗菌药物合理应用培训。
	【B】符合“C”，并 1．有医院抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告。 2．参加地区或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。 3．医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。
	【A】符合“B”，并 1．根据本院抗菌药物临床应用监测的结果，抗菌药物使用强度和抗菌药物使用率不超过卫生部抗菌药物临床应用监测网平均值。 （1）门诊患者抗菌药物使用率≤20% （2）住院患者抗菌药物使用率≤60% 2．有干预前后分析报告，体现改进效果。
4．15．5．2 根据《指导原则》结合本院实际情况制定“抗菌药物临床应用和管理实施细则”和“抗菌药物分级管理制度”，并检查落实情况。（★）	【C】 1．有“抗菌药物临床应用和管理实施细则”，“抗菌药物分级管理制度”，有明确的限制使用抗菌药物和特殊使用抗菌药物临床应用程序，实行责任制管理。 2．感染专业医师、微生物检验专业技术人员和临床药师能够提供抗菌药物临床应用技术支持。 3．有本院检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析与对策报告，至少每 6 个月一次。
	【B】符合“C”，并 1．有“特殊管理的抗菌药物”临床应用评价标准，并实施监控和干预，临床应用基本合理。 2．抗菌药物治疗住院患者微生物样本送检率≥30%。 3．药学部会同医务处、质量管理和医院感染管理部门对抗菌药物的使用情况进行监管。每月至少抽查门急诊处方 100 张、住院病历 30 份，发现问题，及时整改。
	【A】符合“B”，并 抗菌药物合理应用情况作为院、科两级综合目标考核的重要指标。

4．15．5．3 落实各类手术(特别是Ⅰ类清洁切口)预防性应用抗菌药物的有关规定。（★）	【C】 1．手术室管理规范，认真落实《外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）》，做好感染预防控制工作。 2．有围术期预防性应用抗菌药物管理相关规定，对各类手术围术期预防性应用抗菌药物进行规范管理。 3．对外科系统围术期抗菌药物的使用进行常规监控和有效管理，并有月报告制度。
	【B】符合“C”，并 Ⅰ类切口（手术时间≤2小时）手术，预防性抗菌药物使用率≤30%。
	【A】符合“B”，并 “围术期预防感染”规范，符合指导原则等要求。
4．15．5．4 加强抗菌药物购用管理。（★）	【C】 1．医院抗菌药物采购目录（包括采购抗菌药物的品种、剂型和规格）向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。 2．有特殊感染患者治疗需使用本院采购目录以外抗菌药物，可以启动临时采购程序的制度与程序。
	【B】符合“C”，并 对抗菌药物购用有专项监督。
	【A】符合“B”，并 根据监督结果，分析、改进工作，无违规购用。
4．15．6 有药物安全性监测管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物严重不良反应，并将不良反应记录在病历之中。	
4．15．6．1 实施药品不良反应和用药错误报告制度,建立有效的药害事件调查、处理程序。（★）	【C】 1．有药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。 2．医师、药师、护士及其他医务人员相互配合对患者用药情况进行监测。重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应。有原始记录。 3．发生严重药品不良反应或药害事件，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，并对事件进行及时的调查、分析，按规定上报卫生行政部门和药品监督管理部门。 4．将患者发生的药品不良反应如实记入病历中。
	【B】符合“C”，并 1．有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施。 2．对严重用药错误报告有分析，有整改措施。
	【A】符合“B”，并 建立药品不良事件报告信息平台，与医疗安全（不良）事件统一管理。
4．15．6．2 有完善的突发事件药事管理应急预案,药学人员可熟练执行。（★）	【C】 1．有完善的突发事件药事管理应急预案，组织层次清晰，人员分工明确，体现良好的合作，各部门无缝隙衔接，对突发事件善后工作及还原应急能力有明确规定。 2．有本院的突发事件医疗救治药品目录。

	【B】符合“C”，并 1．有突发事件药事管理应急预案执行培训，相关人员熟悉预案流程和岗位职责，可迅速配合临床抢救。 2．应急药品具有可及性和质量保证。
	【A】符合“B”，并 有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。
4．15．7 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。	
4．15．7．1 开展以病人为中心、以合理用药为核心的临床药学工作。	【C】 1．有根据《医疗机构药事管理规定》，建立临床药师制，为临床合理用药提供药学专业技术服务。 2．在药学部门设置临床药学科（室），由副主任药师及以上人员负责，有工作制度和岗位职责。 3．以适当的形式为全院医务人员提供适时的药物相关信息和咨询服务，将药品信息分析作为医院药品遴选的参考。 4．药师应审核处方和用药医嘱适宜性，对患者进行用药教育、指导安全用药。
	【B】符合“C”，并 1．开展处方点评、药物临床应用评价，定期向药事管理组织报告监测结果与用药分析。 2．结合临床开展药学科研工作，有计划、检查和总结。
	【A】符合“B”，并 1．进行个体化给药方案的研究与监测，有计划、检查和总结，有临床药学工作记录和持续改进措施。 2．临床药师参与临床路径与单病种质控工作。
4．15．7．2 按规定配置临床专职药师。	【C】 1．临床药师具备高等学校药学院系临床药学专业或药学专业全日制本科及以上学历，并经毕业后教育或在职岗位培训后，进入临床药师工作岗位。 2．有临床药师培养计划，并纳入医院医疗技术人员培养计划。 3．配备5名以上临床药师，全职专科从事临床药物治疗工作。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。 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%。
	【B】符合“C”，并 1．每100张病床与临床药师配比≥0．6。 2．在六类药物的临床应用中设有临床药师，其工作范围至少覆盖六个以上临床专业科室。
	【A】符合“B”，并 1．每100张病床与临床药师配比≥0．8。 2．有临床药师与临床医师协作机制，提高合理用药水平。
4．15．7．3 临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药	【C】 1．临床药师按相关规定专职专科直接参与用药相关的临床工作，在选定专业的临床科室参加日常性药物治疗工作。

物治疗。	2. 开展药学查房，对重点患者实施药学监护和建立药历，且工作记录完整。 3. 参加病例讨论，提出用药意见和个体化药物治疗建议。 4. 参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治。 5. 审核本人参与的专科病房（区）患者用药医嘱，对不合理用药进行干预，有干预记录。 6. 定期为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询服务。 7. 对患者进行用药教育，指导安全用药。
	【B】符合“C”，并 1. 每位临床药师有对患者进行用药教育的记录，视患者情况修正其不当用药行为。 2. 每位临床药师有重点患者用药的药历，体现本人用药分析能力和对患者实施持续药学监护的过程。
	【A】符合“B”，并 医院实施多学科联合诊疗的制度与程序中，有体现临床药师的要求与措施。重点是“疑难、高危、肿瘤”患者。
4. 15. 8 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。	
4. 15. 8. 1 由科主任和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组负责质量与安全管理工作。	【C】 1. 由科主任和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组负责药学部的质量和安全管理。 2. 定期召开质量与安全管理会议，对本部门的质量与安全管理进行检讨，对全院的药学质量与安全进行总结分析，每季度至少一次。
	【B】符合“C”，并 1. 对从事质量和安全管理的员工有质量管理基本知识和基本技能培训教育。 2. 定期向临床科室通报医院临床用药安全监测结果，提出整改建议。
	【A】符合“B”，并 运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。
4. 15. 8. 2 对药剂科有明确的质量与安全控制指标，科室能开展定期评价活动，解读评价结果，持续改进药事管理工作。	【C】 1. 对药学部门有明确的质量与安全控制指标。 2. 科室开展定期评价活动。 3. 相关人员知晓本科/室/组的质量与安全控制指标要求。
	【B】符合“C”，并 科室每季度对落实质量及安全控制指标进行分析、评价，结合医院药物安全性监测的结果，提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 1. 主动征求临床科室对药学工作的意见和建议，开展外部评价。 2. 临床科室和患者满意度高。

十六、临床检验管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．16．1 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，能提供 24 小时急诊检验服务。	
4．16．1．1 临床检验项目满足临床需要，并能提供 24 小时急诊检验服务，实施“危急值报告”制度。	
4．16．1．1．1 临床检验项目满足临床需要。	【C】 1．按照《医疗机构临床实验室管理办法》的要求，全院临床实验室集中设置，统一管理，资源共享。 2．开展检验项目满足临床需要。 3．检验项目具有前沿性、能够保证疑难疾病的诊断。 4．检验项目应覆盖医院各临床科室所诊治的病种。 5．对本院临床诊疗临时需要，而不能提供的特殊检验项目，可委托其他三级甲等医院提供服务，或多院联合开展服务，但应签署医院之间的委托服务协议，有质量保证条款。
	【B】符合“C”，并 1．每年都有为临床推出新项目。 2．微生物检验项目对院内感染控制及合理用药提供充分支持。
	【A】符合“B”，并 1．以书面或网络形式定期（至少每季）向临床科室通报细菌耐药情况。 2．至少每半年一次向临床征求对项目设置合理性意见，持续改进，确保检验项目满足临床需求。
4．16．1．1．2 能提供 24 小时急诊检验服务。	【C】 1．能提供 24 小时急诊检验服务。 2．急诊项目设置充分征求临床科室意见，使检验项目既能满足危急情况下诊断治疗的需求，又不过度浪费急诊资源。 3．明确急诊检验报告时间，临检项目≤30 分钟出报告，生化、免疫项目≤2 小时出报告。
	【B】符合“C”，并 1．检验项目满足危急情况下诊疗需求，开展必须的常规检查。 2．急诊检验项目在规定时间内报告。
	【A】符合“B”，并 1．开展急诊心肌损伤标志物、凝血功能、D-二聚体和 C 反应蛋白等指标的测定。 2．临床各科对开展急诊检验服务满意度高。
4．16．1．2 实施危急值报告制度。	【C】 1．有危急值报告制度与报告流程。 2．根据临床需要，共同制定危急值报告项目和范围。

	【B】符合“C”，并 检验人员熟悉危急值报告项目和范围。
	【A】符合“B”，并 有完整的危急值报告登记资料。
4．16．1．3 检验项目、设备、试剂管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。	【C】 1．检验项目符合卫生行政部门准入范围。 2．检验仪器、试剂三证齐全，符合国家有关部门标准和准入范围。 3．检验收费经过物价部门核准。 4．能开展分子诊断项目，并具有一定的针对突发传染病等公共卫生事件的应急检测能力和技术储备。 5．相关人员知晓履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．主管部门定期对开展项目和仪器、试剂管理进行监督检查，对存在问题及时改进。 2．进行恰当的方法学验证以保证准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围设定等各项技术参数均能符合临床使用需求。
	【A】符合“B”，并 1．仪器、试剂三证均在有效期内。 2．项目收费规范，无违规收费。
4．16．1．4 有新项目审批及实施流程。	【C】 1．有新项目审批及实施流程。 2．新项目开展应至少包括以下几个步骤: （1）新项目开展前应收集相关的检验资料。 （2）征求相关临床科室专家意见。 （3）评估新项目开展的意义。 （4）评估开展该检验项目所需人力、设备及空间资源。 （5）核定该项目开展所需仪器、试剂的三证是否齐全。 （6）核定该项目的收费情况或在卫生与物价行政部门备案情况。
	【B】符合“C”，并 1．有新项目实施后的跟踪，听取临床对新项目设置合理性的意见，改进项目管理。 2．有主管部门监管记录。
	【A】符合“B”，并 新项目开展符合规范，审批资料完整，为提高诊疗质量提供支持。
4．16．2 有实验室安全流程，制度及相应的标准操作流程，遵照实施并记录。	
4．16．2．1 有实验室安全管理制度和流程。	【C】 1．检验科主任为实验室安全责任人。 2．有实验室安全管理制度和流程。严格规定各个场所、各工作流程及不同工作性质人员的安全准则。 3．保存完整的安全记录。

	4．开展安全制度与流程管理培训，相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．各实验室设置安全员，负责各个场所的安全。 2．保存完整的各项安全相关活动记录。
	【A】符合“B”，并 严格执行安全规程，定期进行安全检查，定期研究安全管理，保障实验室安全，各项记录完整。
4．16．2．2 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。	【C】 1．实验室生物安全分区合理，有明确的实验室生物安全等级标志。 2．合理设计工作流程以避免交叉污染。
	【B】符合“C”，并 1．进入分子生物学实验室、HIV初筛实验室需通过相关门禁识别装置后方可进入。 2．有主管部门监督检查。
	【A】符合“B”，并 1．结核检测实验室应至少达到P2实验室标准。 2．无违规情况。
4．16．2．3 实验室配置充分的安全防护设施。	【C】 1．根据工作人员的不同工作性质，按照行业规范进行充分的个人防护。 2．配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施及耗材，并保证以上设施可正常工作。 3．设立适当的警示标识，对生物安全、防火防爆安全、化学安全等做出充分警示。 4．如开展放射免疫分析和其他使用放射性同位素的检测，保证使用放射性同位素时患者和工作人员的安全性。 5．对相关人员进行培训。
	【B】符合“C”，并 1．根据实验等级设置个人防护，能执行。 2．实验室出口处设有专用手部消毒设备。 3．各种设施定期维护，保障正常。
	【A】符合“B”，并 实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。
4．16．2．4有消防安全保障。	【C】 1．建立易燃、易爆物品的储存使用制度。 2．设置专门的储藏室、储藏柜。 3．指定专门人员负责实验室的消防安全。 4．定期检查灭火器的有效期。 5．保持安全通道畅通。

	【B】符合“C”，并 1. 定期检查各种电器，电路是否存在安全隐患。 2. 对消防安全检查发现的问题，及时整改。
	【A】符合“B”，并 有关人员掌握消防安全知识与基本技能，进行消防演习并持续改进。
4. 16. 2. 5 实验室制订各种传染病职业暴露后的应急措施，并详细记录处理过程。	【C】 1. 制订各种传染病职业暴露后应急预案。 2. 相关人员知晓职业暴露的应急措施与处置流程。
	【B】符合“C”，并 对实验室工作人员进行职业暴露的培训及演练，并作相关记录。 【A】符合“B”，并 有职业暴露处置登记及随访记录，有根据职业暴露的案例分析改进职业暴露管理。
4. 16. 2. 6 实验室制定针对不同情况的消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。	【C】 1. 制订针对不同情况的消毒措施并实施。 2. 定期监控各种消毒用品的有效性。 3. 有标本溢洒处理流程。 4. 相关人员掌握消毒办法与消毒用品的使用。
	【B】符合“C”，并 1. 保留各种消毒记录，记录完整。 2. 定期对消毒用品的有效性进行监测。 3. 主管部门定期检查、分析、反馈、整改。
	【A】符合“B”，并 根据监测结果分析，持续改进消毒管理。
4. 16. 2. 7 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	【C】 依据相关法律法规要求制定实验室废弃物、废水的处理流程并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 有明确的责任人，定期检查整改，以保证对人员及环境的危害降至最低。 2. 主管部门有监管记录，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 实验室废弃物、废水处理登记资料完整，处理规范，无污染事件发生。
4. 16. 2. 8 实验室应建立微生物菌种、毒株的管理规定，并安排专人进行监督。	【C】 1. 建立微生物菌种、毒株的管理规定与流程。 2. 微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。
	【B】符合“C”，并 1. 样品收集、取用有相应的过程记录。 2. 有相应的应急预案。 3. 主管部门有监管记录，有改进措施。

	【A】符合“B”，并 实验室微生物菌种、毒株收集、取用、处理记录完整，无意外事件发生。
4．16．2．9 实验室建立化学危险品的管理制度。	【C】 1．建立化学危险品的管理制度。 2．建立化学危险品清单和安全数据表。 3．指定专门的储存地点，专人管理，对使用情况做详细记录。 4．有化学危险品溢出与暴露的应急预案。 5．相关人员对制度和预案的知晓率100%。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监管的记录。
	【A】符合“B”，并 有根据监管情况，持续改进危险品管理工作。
4．16．3 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解释检查结果。	
4．16．3．1 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。	【C】 1．医院明确规定临床检验工作人员的资质与能力要求。从事临床检验工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。 2．分子生物学实验室、ＨＩＶ初筛实验室检验人员经培训考核后持卫生行政管理部门核发的上岗证方可独立工作。 3．大型生化分析仪操作人员经过考核后持卫生部核发的上岗证上岗。
	【B】符合“C”，并 1．分子生物学实验室、ＨＩＶ初筛实验室≥60%员工持证上岗。 2．生化室≥80%的员工持卫生部核发的大型生化分析仪上岗证。
	【A】符合“B”，并 科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。
4．16．3．2 不同实验室组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。	【C】 1．不同实验室应组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。 2．选择并授权具有相关资质、经验丰富及较高技术水平和业务能力的人员负责检验全程质量控制工作及结果解释工作。
	【B】符合“C”，并 1．对授权工作实行动态管理。 2．有主管部门监督检查，评价培训效果。
	【A】符合“B”，并 培训及考核记录完整，有授权人员的定期评价，工作人员无超权限范围操作。
4．16．4 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。	
4．16．4．1 保证每一项检验结果的准确性。	【C】 实验室应采用量值溯源，校准验证，能力验证或室间质评，实验室间的比对等方式充分保证每一项检验结果的准确性。

	【B】符合“C”，并 开展室内质控与室间质评，保障检验质量。
	【A】符合“B”，并 室内质控与室间质评结果达到质量控制目标。
4．16．4．2 严格执行检验报告双签字制度。	【C】 1．严格执行检验报告双签字制度（急诊除外）。 2．指定经验丰富，技术水平和业务能力较高的人员负责检验报告的审核。
	【B】符合“C”，并 1．审核重点识别分析前阶段，由于标本不规范所带来的结果错误。 2．对于识别出的分析前不合格标本，应保留相关记录。 3．制定复检制度并保留相关的复检记录。
	【A】符合“B”，并 有根据审核结果进行整改的措施，持续改进检验报告质量。
4．16．4．3 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。	【C】 1．严格遵守国家或地方卫生行政管理部门的相关规定，制定明确的检验报告时限（TAT）。 2．定期评估检验结果的报告时间。 3．明确规定“特殊项目”清单。特殊项目的检测，原则上不应超过2周时间；提供预约检测。
	【B】符合“C”，并 1．临检常规项目≤30分钟出报告。 2．生化、免疫常规项目≤1个工作日出报告。 3．微生物常规项目≤4个工作日。 4．时限符合率≥90%。
	【A】符合“B”，并 对存在的问题持续改进有成效。
4．16．4．4 检验报告格式规范、统一。	【C】 1．检验报告单格式规范、统一，有书写制度。 2．报告单提供中文或中英文对照的检测项目名称，项目名称符合相关规定。 3．检验报告采用国际单位或权威学术机构推荐单位，并提供参考范围。 4．检验报告单包含充分的患者信息，标本类型、样本采集时间、结果报告时间。 5．有双签字。
	【B】符合“C”，并 1．科室有专门人员定期自查、反馈、整改。 2．有主管部门监督检查、反馈，落实整改措施。
	【A】符合“B”，并 检验报告合格率100%。
4．16．5有试剂与校准品管理规定，保证检验结果准确合法。	

4．16．5．1 有管理试剂与校准品制度，保证检验结果准确合法。	【C】 1．有试剂与校准品管理的相关制度。 2．专人管理，有明确的岗位职责。
	【B】符合“C”，并 1．试剂与校准全部符合法规规定的标准。 2．医院统一采购，途径合法。 3．有使用登记制度。
	【A】符合“B”，并 1．试剂全部符合国家标准，获得相应的批准文号。 2．无因试剂和校准品管理问题影响检验结果的准确性的情况发生。
4．16．6 为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。	
4．16．6．1 实验室与临床建立有效的沟通方式。	【C】 1．实验室与临床建立有效沟通机制，通过多种形式和途径（如电话或网络等），及时接受临床咨询。 2．实验室通过有效的途径（如参与临床查房、现场宣讲、提供网络资料等）宣传新项目的用途，解答临床对结果的疑问。
	【B】符合“C”，并 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。
	【A】符合“B”，并 建立检验与临床的科间协调会议制度，每年 1-2 次，共同改进检验工作质量和服务质量。
4．16．7 科主任与具备资质的质量控制人员组成团队，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；对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。	
4．16．7．1 由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，制定质量与安全管理计划和质量控制指标，开展质量管理工作。	【C】 1．由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，组成人员结构合理，可覆盖各实验室，有明确的职责。 2．有质量与安全管理工作计划并组织实施。 3．建立质量体系文件，包括质量手册、程序文件、标准操作规程和记录表格等。 4．有质量与安全监控指标，并定期进行量化评估。 5．相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 质量体系完整，质量与安全监控指标覆盖全面，能监控分析前、中、后关键流程。
	【A】符合“B”，并 有质量与安全管理完整资料，体现持续改进成效。
4．16．7．2 有完整的标本采集运输	【C】 1．实验室与护理部、医院感染控制部门共同制订完整的标本采集运输指南，

指南．交接规范，检验回报时间控制等相关制度。	临床相关工作人员可以方便获取。 2．实验室有明确的标本接收、拒收标准与流程，保留标本接收和拒收的记录。 3．对标本能全程跟踪，检验结果回报时间（ＴＡＴ）明确可查。 4．标本处理和保存专人负责，标本废弃有记录，储存标本冰箱有温度 24 小时监控。 5．对临床相关人员进行定期培训。
	【B】符合“C”，并 1．实验室与护理部、医院感染管理部门有监管流程与记录。 2．根据监管情况，针对存在问题落实整改措施。
	【A】符合“B”，并 1．标本采集、运送规范，标本合格率≥95%。 2．标本交接记录完整，标本保存符合规范。
4．16．7．3 常规开展室内质控。	【C】 1．室内质控覆盖实验室全部检测项目及不同标本类型。 2．保证每检测批次至少有 1 次室内质控结果。 3．制定实验室室内质控规则。 4．室内质控报告有负责人签字。 5．室内质控重点项目: （1）临床化学、免疫学、血液学和凝血试验的质量控制流程。 （2）血涂片评价和分类计数的质量控制流程。 （3）细菌、分枝杆菌和真菌检测的质量控制流程。 （4）尿液分析和临床显微镜检查的质量控制流程。 （5）采用质量控制鉴别病毒鉴定试验中的错误检验结果。 （6）病毒鉴定的实验室须保留相关记录。 （7）对未知标本进行血清学检测时，须同时进行已知滴度的血清阳性质控和阴性质控。
	【B】符合“C”，并 1．定期评估室内质控各项参数及失控率。 2．有效处理失控，应详细分析失控原因，处理方法及评估临床影响，提出预防措施。
	【A】符合“B”，并 室内质控文件齐全，记录完整。根据失控原因分析，持续改进检验质量。
4．16．7．4 参加室间质评或能力验证计划。	【C】 1．参加省级室间质量评价计划或能力验证计划。 2．室间质评或能力验证应覆盖实验室内全部检测项目及不同标本类型。 3．明确无法提供相应评价计划的项目的目录/清单。 4．对无法提供相应评价计划的项目，应有替代评估方案。
	【B】符合“C”，并 参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。
	【A】符合“B”，并 参加国际室间质量评价计划或能力验证计划。

4．16．7．5 保证检测系统的完整性和有效性。	【C】 1．制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作、维护规程。 2．使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。 3．对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。
	【B】符合“C”，并 1．有专人负责仪器设备保养、维护与管理。 2．有定期校准、维修维护记录。
	【A】符合“B”，并 仪器设备规范操作合格率 100%。
4．16．7．6 所有ＰＯＣＴ项目均应开展室内质控，并参加室间质评。	【C】 有规定对所有ＰＯＣＴ项目开展室内质控，并参加室间质评。
	【B】符合“C”，并 1．定期对ＰＯＣＴ结果进行比对，并包括大型仪器检测结果与各ＰＯＣＴ点之间的比对，并明确比对的允许偏倚。 2．对超出允许范围的应及时进行校准和纠正，有工作记录。
	【A】符合“B”，并 ＰＯＣＴ项目比对达 100%。
4．16．7．7 实验室信息管理完善。	【C】 1．建立实验室信息管理系统，与医院信息系统联网。 2．实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理。
	【B】符合“C”，并 1．提供自助取化验报告单系统。 2．标本使用条形码管理。
	【A】符合“B”，并 实验室数据至少保留 3 年以上在线查询资料。

十七、病理管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．17．1 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。	
4．17．1．1 病理科应具有与其功能和任务相适应的服务项目。	【C】 1．病理科设置满足医院功能任务需要。 2．服务项目满足临床工作需求，至少开展石蜡切片、特殊染色、免疫组织化学染色、术中快速冰冻切片、细胞学诊断。 3．所有收费服务项目符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章、标准的要求。 4．根据医院的资源情况，部分病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构签

	订外包服务协议，有明确的外包服务形式与质量保障条款。
	【B】符合“C”，并 独立开展尸体剖验。
	【A】符合“B”，并 病理科集中设置，统一管理。
4．17．1．2 病理科应具有与其功能和任务相适应的工作场所。	【C】 1．病理科布局合理，符合生物安全的要求，设置标本检查室、常规技术室、病理诊断室、细胞学制片室和病理档案室、接诊工作室、标本存放室、快速冰冻切片病理检查与诊断室、免疫组织化学室和分子病理检测室等，污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒及核查制度。 2．有独立的淋浴间和淋浴设备。 3．标本接收室、取材室，有紫外线灯等消毒设备。
	【B】符合“C”，并 有开展尸检固定场所，并符合规范要求，有相应的配套设施设备。
	【A】符合“B”，并 病理科用房面积满足工作需要，环境达到安全防护标准。
4．17．1．3 病理科有必需的专业技术设备。	【C】 1．病理技术室专业技术设备配置: （1）石蜡切片机、冰冻切片机或快速石蜡设备、自动脱水机、组织包埋机、通风橱、染色设备、冰箱、一次性刀片或磨刀机、涂片机、恒温箱、烘烤箱或烤片设备、空调和排风设备等。 （2）病理科医师每人配备双目光学显微镜 1 台。 （3）病理取材室：有直排式专业取材台、大体照相设备、冷热水、溅眼喷淋龙头、紫外线消毒灯、空调等。 （4）免疫组化室：实验台、微波炉、高压锅、冰箱等。 （5）标本存放室：专用标本存放柜。 2．以上设备缺少 2 项。
	【B】符合“C”，并 以上设备缺少 1 项。
	【A】符合“B”，并 全部符合要求，且配备免疫组化自动染色机。
4．17．2 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。	
4．17．2．1 病理科的人员配备和岗位设置应满足工作需要，岗位职责明确。	【C】 病理科的人员配置合理，满足工作需要，有各级各类人员岗位职责。
	【B】符合“C”，并 相关人员知晓并履行本岗位工作职责。
	【A】符合“B”，并 病理科医师按照每百张病床 1-2 人配备，技术人员和辅助人员按照与医师 1：1

	的比例配备。
4．17．2．2 由具备病理学诊断所规定资质的医师从事术中快速病理、常规组织病理、细胞病理、免疫病理、超微病理及分子病理的诊断工作。	【C】 1．出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习1-3年。 2．快速病理诊断医师应当具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有5年以上病理阅片诊断经历。 3．无病理执业证书和非病理专业技术任职资格的医师，不得出具病理报告，包括细胞病理学报告。 4．科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。
	【B】符合“C”，并 1．有病理科医师人才培养计划，并落实。 2．有完善的医师专业水平定期考核制度。
	【A】符合“B”，并 有正高级病理学专业技术职务任职资格的病理医师，病理诊断经验丰富（10年以上），在学术界有一定影响及担任省级以上病理学术团体常委以上职务。
4．17．2．3 由具备病理专业资质的技术人员制作细胞涂片、冰冻切片、石蜡切片、免疫组化、电镜切片和各种分子检测，其质量与时限符合相关规定。	【C】 1．病理技术人员应当具有相应的专业学历，并接受继续教育与技能培训。 2．细胞学涂片、冰冻切片、石蜡切片、免疫组化、电镜切片及各种分子检测均是由具备病理专业资质的技术人员制作的，有质量要求与完成时限。 3．有病理技术人员资格与分级授权管理制度与程序。 4．未经授权的工作人员不得独立或越级从事各项病理技术。
	【B】符合“C”，并 1．继续教育与技能培训人员≥90%。 2．对技能培训考核不合格人员，有再培训的记录。
	【A】符合“B”，并 对授权的工作人员有再评价、再授权。
4．17．3 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。	
4．17．3．1 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。	【C】 1．有定期对取材室、切片室等进行甲醛、二甲苯浓度的检测报告，保证有害气体浓度在规定许可的范围，每年至少有一次院外年度检测报告。 2．有对工作中产生的废弃有害液体统一回收的制度与程序，确保用专用仪器回收处理或具有资质的机构回收处理，严禁随意倾倒入下水道。 3．严格区分污染区、非污染区。 4．有完善的易燃品、剧毒化学品的登记和管理规范。 5．病理科接触有害品的工作人员定期体检。
	【B】符合“C”，并 1．病理取材应按照“P2”级实验室设计，应有单独的洗手池和溅眼喷淋设备。 2．主管部门履行监管职责，对存在问题与缺陷的提出改进措施。

	【A】符合“B”，并 环境保护及人员职业安全防护资料完整，符合标准要求，无环境污染事件和职业损害事件发生。
4．17．4 及时提供规范的病理诊断报告，有严格审核制度。	
4．17．4．1 病理诊断应按照相应的规范，有复查制度、科内会诊制度。	【C】 1．有规范病理诊断的相关制度与流程。 2．病理医师进行诊断前，核对申请单和切片核查是否相符。 3．阅读申请单上所有填写的内容，对于不清楚的内容及时联系送检医师。 4．阅片时必须全面，不要遗漏病变。 5．有上级医师会诊制度，并有相应记录。 6．因特殊原因迟发报告，应向临床医师说明迟发的原因。 7．疑难病例，应由上级医师复核，并签署全名。 8．病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明。 9．有科内疑难病例会诊制度（2 名以上高级职称人员参与），并有相应的记录和签字。 10．常规诊断报告准确率≥95%。
	【B】符合“C”，并 1．有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2．常规诊断报告准确率≥97%。 3．主管职能部门对相关制度落实有监管，重点是肿瘤手术标本的冰冻与石蜡诊断质量。
	【A】符合“B”，并 1．常规诊断报告准确率≥99%。 2．根据监管结果分析，持续改进病理诊断质量。
4．17．4．2 病理诊断报告书应准时、规范、文字准确，字迹清楚。	【C】 1．对病理诊断报告内容与格式有明确规定。 （1）病理号、送检标本的科室、患者姓名、性别、年龄、标本取材部位、门诊号和（或）住院号。 （2）标本的大体描述、镜下描述和病理诊断。 （3）其他需要报告或建议的内容。 （4）报告医师签名（盖章），报告时间。 （5）病理诊断报告内容的表述和书写应准确和完整，用中文或者国际通用的规范术语。 2．有病理诊断与临床诊断不符合时，涉及病变部位或病变性质，需重新审查。 3．病理诊断报告应在 5 个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外。 4．严禁伪造病理诊断报告，不得向临床医师和患方提供有病理医师签名的空白病理学报告书。 5．原始样品过小或在采集过程中挤压严重，或取材代表性不够（如肾脏穿刺未见足够数目的肾小球，肝脏穿刺标本无足够数目的汇管区等），影响正确的诊断，均需在报告中说明。 6．病理诊断报告在 5 个工作日内发出≥85%。

	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述规定得到有效执行。 2. 病理诊断报告在 5 个工作日内发出≥90%。病理报告书内容与格式书写合格率≥90%。
	【A】符合“B”，并 病理诊断报告在 5 个工作日内发出≥95%，病理报告书书写内容与格式全部符合规范。
4. 17. 4. 3 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。	【C】 1. 有病理诊断报告补充、更改或迟发的管理制度与程序: （1）病理报告发出后，如发现非原则性的问题，可以补充报告的形式进行修改。 （2）病理报告发出后，如发现原则性的问题则需做出更改并立即通知临床医生。 （3）每一份补充或更改的病理报告均遵循了病理报告补充或更改的制度与审核批准流程，并需在病理档案中有完整记录。 （4）由于某些原因（包括深切片、补取材检测、特殊染色、免疫组织化学染色、脱钙、疑难病例会诊或传染性标本延长固定时间等）延迟取材、制片，或是进行其他相关技术检测，不能如期签发病理学诊断报告书时，需以口头或书面告知有关临床医师或患方，说明迟发病理学诊断报告书的原因。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 发出补充、更改或迟发病理诊断报告的医师经过授权，落实到人。
	【A】符合“B”，并 病理报告单签字与授权文件符合率 100%。
4. 17. 4. 4 有保证细胞学诊断规范、准确的相关制度。	【C】 1. 有细胞学标本采集的相关规范。穿刺细胞学标本的采集，由具备操作资质的病理学医师或临床医师执行，并严格执行无菌操作。 2. 对细胞学筛查与细胞学诊断有相关的制度与流程: （1）核对申请单与涂片是否相符。 （2）细胞病理诊断报告在 2 个工作日内发出，疑难病例和特殊病例除外。 （3）细胞学筛查工作由具有资质的筛查人员进行，由病理医师复审签字发出。 （4）细胞病理学诊断报告的签发必须由具有资质的病理医师完成。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 对细胞病理学诊断报告的签发有授权，落实到人。 3. 抽查达到规定要求≥90%。
	【A】符合“B”，并 抽查达到规定要求≥95%。
4. 17. 4. 5 建立规范的院际病理切片会诊制度。	【C】 1. 有院际病理切片会诊的相关制度与流程。 （1）具有高级职称的病理医师方能接受院际的病理学会诊。

	（2）对诊断时间较久的病例，应考虑到当时对疾病的认知程度、当时的技术条件和诊断标准，对疾病进行一定的解释。 （3）诊断意见必须有会诊病理医师的签字。 （4）需要补做免疫组化、特殊染色及分子病理检查才能明确诊断时，应当向患方说明收费标准、检查需要的时间，并征得患方的同意。 （5）电话咨询中只负责告知会诊报告是否已经签出，不得透露报告的内容，以保护患者的隐私。对接受院际病理切片会诊的病理医师有明确的授权，落实到人。 （6）会诊收费必须严格执行物价规定。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 院际会诊资料完整，经过业务主管部门批准。 3. 抽查达到规定要求≥90%。
	【A】符合“B”，并 1. 抽查发现达到规定要求≥95%。 2. 病理科为卫生行政部门授权的本区域病理会诊中心或牵头组织单位。
4. 17. 5 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。	
4. 17. 5. 1 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，解释病理检查结果，为临床诊断与外科手术方案提供支持。	【C】 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 定期（至少每季度一次）召开临床病理讨论会。
	【A】符合“B”，并 临床科室对病理科的满意度高。
4. 17. 5. 2 支持下级医院解决病理诊断问题。	【C】 1. 有支持下级医院提高解决病理诊断问题的相关制度与程序。 2. 开展与下级医院日常病理会诊。 3. 能够开展病理医师住院医师规范化培训。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 接受下级医院病理医师与技术人员进修与培训。
	【A】符合“B”，并 有近三年对下级医院病理医师与技术人员跟踪支持的计划与事实。
4. 17. 6 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，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
4. 17. 6. 1 病理检查的质量管理措施到位。	【C】 1. 由科主任与具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，负责本科室医疗质量与安全管理工作。

	2. 有保障医疗质量与安全的规章制度、岗位职责、病理技术规范、病理诊断规范和操作常规等质量管理文件。 3. 有科室医疗质量与安全控制指标。 4. 有医疗废物、危险化学品和生物安全管理制度。 5. 有明确的科室内部全面质量管理及持续改进的方案与控制流程。 6. 有新增病理诊断技术应用的审批与管理制度。 7. 有开展质量与安全管理培训教育的相关制度与程序 8. 相关人员知晓本岗位相关制度与流程。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 有合理的实验室室内质控规则，有判断差别出现原因的程序与应对措施。有效处理失控，详细分析失控原因，处理方法及评估临床影响。
	【A】符合“B”，并 质控资料完整，近三年的相关资料证实制度基本得到执行。
4. 17. 6. 2 病理检查申请单必须完整填写患者相关的资料，字迹清晰、内容完整。	【C】 1. 有病理申请书书写的相关规定要求。 （1）患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室和日期。 （2）患者临床病史和其他（检验、影像）检查结果、手术所见及临床诊断。 （3）取材部位、标本件数。 （4）既往曾做过病理检查者，需注明病理号和病理诊断结果。 （5）结核、肝炎、ＨＩＶ等传染性标本，需注明。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述规定得到有效执行。 2. 随机抽查申请单均达到要求。
	【A】符合“B”，并 信息系统支持病理科医师方便调取申请病理检查患者的相关病历资料。
4. 17. 6. 3 有制度保证从病理标本采集到标本运送到病理科不出现差错，除特别要求外，标本需用10%中性甲醛缓冲液固定。	【C】 1. 有标本采集、送达、固定时间记录（时间精确到分钟）及标本交接的相关规定与程序。 （1）标本和申请单的核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人应有登记和相关人员的签字。有标本和申请单交接等相关制度。 （2）标本使用10%中性甲醛缓冲液固定，固定液的量不少于组织体积的3～5倍（要确保标本全置于固定液之中），特殊要求除外。 （3）标本从离体到固定的时间不宜超过半小时。 （4）空腔标本和大的实质性脏器标本必须及时切开，固定过夜，第二天取材。 （5）原则上不接收口头申请的标本，特殊情况下，可先按流程接收和处理标本，需在限定的时间内（如24小时）补充书面病理申请单，否则不应出具书面病理报告。 2. 有不合格标本处理的制度与程序。 （1）不合格标本包括，申请单与相关标本未同时送达病理实验室；申请单中填写的内容与送检标本不符合；标本上无有关患者姓名、科室等标志；申请单

	内填写的字迹潦草，不清；申请单中漏填重要项目；标本严重自溶、腐败、干涸等；标本过小，不能或难以制作切片；其他可能影响病理检查可行性和诊断准确性的情况。 （2）不能接收的申请单和标本需当即退回申请医师，不予存放，并记录。 （3）曾被拒收的标本再次送检合格，需在申请单上标注。
	【B】符合“C”，并 有完整的标本交接登记资料，定期对不合格标本发生原因进行总结分析，反馈到责任科室和个人。
	【A】符合“B”，并 标本交接制度与流程相关人员知晓率 100%，并有效执行。
4．17．6．4 病理标本检查和取材规范、有质控措施和记录。	【C】 1．有病理医师承担标本的检查和取材的相关制度与流程。 （1）取材前阅读申请单中的内容，初步判断病变的性质。 （2）核对申请单的编号与标本的编号、标本的份数是否相符，申请单与标本应有双标志和双核对。 （3）标本检查和取材应按照有关的操作规范进行。 （4）有标本观察的文字记录。 （5）有取材工作记录单，取材结束后必须核对组织块。 （6）组织块的编号应该每块分别编号，一一对应。 （7）取材后剩余的标本在标本柜中妥善保存至病理报告发出后的 2 周。 2．剩余的病理标本按“医疗废物”的规定处理，不可随意丢弃。
	【B】符合“C”，并 1．有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2．科室定期对取材质量有自查、总结和改进等资料。
	【A】符合“B”，并 持续改进取材工作质量。
4．17．6．5 常规病理制片应按照相应的规范、有质量控制措施和记录。	【C】 1．有对蜡块、切片、取材工作记录单三相核对的规定与程序。 （1）针对不同组织（如小活检、骨组织、淋巴结等），优化制片、染色流程，保证切片质量。 （2）制片过程中如出现异常，应立即与有关的病理医师联系，并报告科主任，查清事实，采取相应的补救措施。常规制片应在取材后 1～2 个工作日内完成。 2．内镜小的活检、穿刺等需连续切片不少于 6 片。 3．常规切片的优良率应≥90%。
	【B】符合“C”，并 1．有完整资料证实上述规定和程序得到有效执行。 2．常规切片的优良率应≥95%。
	【A】符合“B”，并 常规切片的优良率应≥98%。

4．17．6．6 有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。	【C】 1．有保证术中快速病理诊断合理使用指征的规定与程序。 2．有单件标本的冰冻切片制片应在15分钟内完成的规定与程序。 3．有病理诊断报告在30分钟内完成的规定与程序。 4．术中快速病理诊断准确率应≥90%。 5．有术中快速病理诊断的操作规定与程序。 （1）在术前向患者或近亲属告知术中快速病理诊断的局限性，签署术中快速病理诊断知情同意书。 （2）对于难以明确诊断、交界性病变、送检组织不适宜等状况，病理医师可以不作出明确诊断，等待石蜡切片报告。 （3）术中快速病理诊断报告必须采用书面形式（可传真或网络传输），为防止误听和误传，严禁采用口头或电话报告的方式。 （4）从标本接收到发出报告的时间，应在病理申请单上注明。术中快速病理诊断报告书应由病理医师签署全名。
	【B】符合“C”，并 1．有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2．术中快速病理诊断准确率应≥95%。 3．抽查相关人员能按规定流程操作。
	【A】符合“B”，并 有临床科室和病理科的沟通协调机制，保证冰冻切片诊断的及时性和准确性。
4．17．6．7 有制度保证特殊染色操作规范。	【C】 1．有特殊染色技术员经过专门培训与授权的规定与程序。 （1）每一批次的特殊染色必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。 （2）每种特殊染色，必须有本实验室的操作规范和技术规程。 （3）更换新的染色试剂后，必须使用染色阳性和阴性组织进行验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留2年。 （4）特殊染色时所产生的有毒的污染性液体应专门回收，严禁随处倾倒。 （5）特殊染色结果不能作为最终诊断，必须由病理医师结合形态学综合判断。 （6）特殊染色质量达到室间质评的合格标准，有相关操作规定与流程。
	【B】符合“C”，并 1．有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2．通过实验室室内质控与室间质控，提高特殊染色的质量。
	【A】符合“B”，并 根据医学新进展，及时改进特殊染色技术，提高特殊染色质量。
4．17．6．8 有制度保证免疫组织化学染色操作的规范和准确。	【C】 1．有免疫组化技术员经过专门培训与考核授权的相关规定与程序。 2．有相关操作规定与程序文件。 （1）每一批次的免疫组化染色必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。 （2）必须建立本实验室每种免疫组化染色的操作规程，并及时更新。 （3）更换抗体后，需要有用阳性和阴性组织进行有效性验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留2年。

	（4）免疫组化染色过程中产生的有毒液体（如ＤＡＢ）应专门回收，严禁随处倾倒。 （5）病理医师必须熟悉各种抗体染色结果，阳性信号表达部位、其诊断应用范围，以期做到正确的结果判读。 （6）单纯的免疫组化染色结果不能作为最终诊断，必须由病理医师结合形态学综合判断。 3. 免疫组化染色的质量要达到室间质评的合格标准。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 通过实验室室内质控与室间质控，提高免疫组化染色的质量。
	【A】符合“B”，并 根据医学新进展，及时改进特殊染色技术，提高免疫组化染色质量。
4. 17. 6. 9 有制度保证尸体检验病理诊断的规范、准确。	【C】 1. 有参加尸体检验的病理医师和技术人员经过专门培训与考核授权的规定与程序。 2. 有相关操作规定与程序文件。 （1）有临床医师签署的尸体检验申请书。 （2）事先征得患者近亲属的同意，并由医院主管部门负责，签署尸体解剖知情同意书。 （3）尸体检验需要将死者的脏器全部或部分取出，且不能还纳的，必须向死者近亲属和（或）单位负责人说明，并在尸体检验同意书中予以确认。 （4）涉及医疗纠纷或刑事案件的尸体解剖，应当由属地司法部门按规定授权，在医院或在法医部门指定的地点进行。 3. 有完整的尸检档案。 4. 尸体检验报告在 50 个工作日内发出。 5. 尸检标本至少保存至尸检报告发出后 1 年，涉及纠纷和刑事案件者除外。 6. 尸检报告需由三级医师签字后发出。
	【B】符合“C”，并 有完整资料证实上述制度得到有效执行。
	【A】符合“B”，并 通过疑难病例尸体解剖，运用病理资料，开展临床病理讨论，提高诊疗水平。
4. 17. 6. 10 病理实验室应有仪器、试剂的质控管理制度和完善的记录。	【C】 1. 有仪器、试剂和耗材管理的相关规定。 （1）仪器、试剂和耗材采购、使用符合国家有关规定，达到相关的技术标准，无违规使用未经批准的仪器、试剂和耗材。 （2）有仪器设备的运行、维修档案。 （3）有完整的试剂登记、有效期和使用档案。 （4）有因病理仪器、试剂所致的安全事件报告、调查和处理流程。 （5）有冰箱运行温度记录。 （6）有仪器设备、试剂使用制度与程序。

	【B】符合“C”，并 有完整资料证实上述制度得到有效执行。
	【A】符合“B”，并 执行无责自愿仪器、试剂所致的安全（不良）事件报告制度。
4．17．6．11 参加行业内组织的各种实验室质控活动。	【C】 1．参加行业内组织的各种实验室质控活动。 2．有参加评价活动项目的目录/清单。
	【B】符合“C”，并 有参加省级室间质量评价计划或能力验证计划。
	【A】符合“B”，并 参加国家级间质量评价计划或能力验证计划。

十八、医学影像管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．18．1 医学影像（普通放射、CT、MR 1、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。	
4．18．1．1 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。	【C】 1．医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》。 2．提供医学影像服务项目与医院功能任务一致，能满足临床需要。 3．X线摄影、超声检查提供 24 小时×7 天的急诊（包括床边急诊）检查服务。
	【B】符合“C”，并 1．有明确的服务项目、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告，能遵循执行。 2．CT、MR提供 24×7 天的急诊检查服务。 3．有完善的PACS系统。
	【A】符合“B”，并 1．各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。 2．PACS系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，至少具备 3 年在线查询，3 年以上离线存储功能。
4．18．1．2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。	【C】 1．医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。 2．各级各类人员具有相应资质和执业资格。
	【B】符合“C”，并 1．根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组，由具备副高以上专业技术职称人员负责。 2．各专业组齐全、设置合理，人员梯队结构合理。 3．科主任具备副主任医师以上专业技术任职资格。

	【A】符合“B”，并 1. 科主任为主任医师，具有较强的学术影响力。 2. 具有 3 名以上的中青年学术带头人，具备副高级以上专业技术职称。
4. 18. 1. 3 科室有必要的紧急意外抢救用的药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。	【C】 科室有紧急意外抢救预案，有必要的紧急意外抢救用的药品器材。
	【B】符合“C”，并 1. 科室人员熟悉紧急意外抢救预案流程，相关人员经过培训，具备紧急抢救的能力。 2. 有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。
	【A】符合“B”，并 1. 科室指定专人负责应急管理，有演练，急救药品器材具有可及性和质量保证。 2. 患者发生紧急意外事件时能够迅速开展紧急抢救，并对抢救过程有记录和讨论。
4. 18. 2 建立规章制度，落实岗位职责，执行技术操作规范，提供规范服务，保护患者隐私，实行质量控制，定期进行图像质量评价。	
4. 18. 2. 1 建立健全各项规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。	【C】 1. 建立各项规章制度和技术操作规范。 2. 有各级各类人员岗位职责。 3. 有质量控制指标。
	【B】符合“C”，并 员工知晓各项规章制度和本人岗位职责，掌握岗位相关的技术操作规范，并能够认真遵守和执行。
	【A】符合“B”，并 根据国家相关要求和工作需要，及时对各项规章制度、岗位职责和技术操作规范进行完善和修订。
4. 18. 2. 2 定期校正放射诊疗设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，并符合有关标准与要求。	【C】 定期对放射诊疗设备及其相关设备进行校正和维护，技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求。
	【B】符合“C”，并 1. 有专职人员负责对设备进行定期校正和维护，并有记录。 2. 每件设备的定期校正和维护均落实到人。
	【A】符合“B”，并 设备运行完好率 ⩾ 95%。
4. 18. 2. 3 采用多种形式，开展图像	【C】 采取多种形式，开展图像质量评价活动。

质量评价活动。	【B】符合“C”，并 1. 有图像质量评价小组，定期对图像质量进行评价。 2. 将图像质量评价的结果纳入对部门服务质量与相关人员技术能力评价的内容。
	【A】符合“B”，并 有评价结果分析与持续改进措施，提高影像图像质量。
4. 18. 3 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。	
4. 18. 3. 1 医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。	【C】 1. 科室有诊断报告书写规范、审核制度与流程。 2. 影像报告由具备资质的医学影像诊断专业医师出具。 3. 有提供影像报告时限要求。 4. 每份报告书有精确的报告时间，普通报告精确到“时”，急诊报告精确到“分”。 5. 诊断报告按照流程经过审核，有审核医师签名。
	【B】符合“C”，并 1. 科室每月对诊断报告质量进行检查，总结分析，落实改进措施。 2. PACS系统能为影像诊断提供诊断格式、流程以及审核、质量监管支持。
	【A】符合“B”，并 主管职能部门有监督检查，追踪评价，评价结果纳入对科室服务质量与诊断医师技术能力评价内容。
4. 18. 3. 2 有重点病例随访与反馈制度，有疑难病例分析与读片会。	【C】 1. 有重点病例随访与反馈相关制度。 2. 有专人负责并定期召开疑难病例分析与读片会。 3. 疑难病例分析与读片会由科主任或副主任医师以上人员主持。
	【B】符合“C”，并 有重点病历随访与反馈、疑难病例分析读片会的完整资料。
	【A】符合“B”，并 通过重点病例随访分析评价，改进诊断工作，提高诊断质量。 疑难病例分析与读片会参加人员覆盖科室80%人员。
4. 18. 4 有医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护及工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记录。	
4. 18. 4. 1 有医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。	【C】 1. 有放射安全管理相关制度与落实措施。 2. 有医学影像设备、场所定期检测制度与落实措施。 3. 有放射废物处理的相关规定并按规定执行。 4. 在影像检查室门口设置电离辐射警告标志。 5. 医学影像科通过环境评估。
	【B】符合“C”，并 1. 有定期放射设备、场所检测报告并对超过标准的设备或场所及时处理的完

	整资料。 2. 有放射废物处理登记和监管记录。 3. 有医学影像科通过环境评估的环评报告。 4. 有专人负责安全管理工作。 5. 有落实相关制度的具体措施。
	【A】符合“B”，并 有专人负责安全管理工作，至少每季度有一次常规安全检查，并根据检查结果，持续改进安全管理。
4. 18. 4. 2 有受检者和工作人员防护措施。	【C】 1. 有完整的放射防护器材与个人防护用品，保障医患防护需要。 2. 有受检者的防护措施，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护。 3. 影像科人员按照规定佩戴个人放射剂量计。 4. 影像科人员按照规定每年进行健康检查。
	【B】符合“C”，并 1. 影像检查前医务人员主动告知辐射对健康的影响，指导受检者进行防护。 2. 有对新员工进行放射防护器材及个人防护用品使用方法培训。 3. 有专人负责对放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。 4. 有员工放射剂量监测数据分析和针对超标原因的改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 有员工定期进行放射安全防护培训证书或资料。 2. 有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。 4. 无放射安全（不良）事件。
4. 18. 4. 3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。	【C】 1. 有放射安全事件应急预案。 2. 有辐射损伤的具体处置流程和规范。 3. 各相关科室和人员熟悉应急预案、相关流程以及本部门、本科室和本人职责。
	【B】符合“C”，并 对于放射安全事件应急预案进行综合演练。
	【A】符合“B”，并 有演练或安全事件的总结分析，有整改措施并组织落实。
4. 18. 5 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，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
4. 18. 5. 1 有科室质量与安全管理小组，能够用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进科室医疗质量。	【C】 1. 有科主任、护士长及具备资质的质量控制人员组成科室质量与安全管理小组。 2. 有科室质量管理员，负责本科室的质量与安全管理具体工作。 3. 有质量与安全管理工作方案，教育、培训计划，质量与安全指标。 4. 有质量控制相关的规章制度、岗位职责、技术规范、操作常规。 5. 有医疗安全（不良）事件报告。

	6．有医疗差错事故的防范措施与报告、检查、处置规范和流程。
	【B】符合“C”，并 1．根据工作方案，开展质量与安全管理，落实相关措施，有完整工作资料。 2．有大型影像设备检查阳性率统计与分析，大型X线设备检查阳性率≥50%，CT、MRI检查阳性率≥60%， 3．有医学影像诊断与手术后符合率统计与分析，符合率≥90%。
	【A】符合“B”，并 1．科室质量与安全管理小组能运用质量管理工具开展质量与安全管理，体现持续改进。 2．质量与安全管理考核结果应用于科室和个人考核。

十九、输血管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．19．1 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，完善临床用血的组织管理。	
4．19．1．1 建立临床输血管理委员会并履行工作职能。	【C】 1．有临床输血管理委员会，人员组成包括医疗管理、临床、输血、麻醉、护理、检验等相关专业的专家。 2．临床输血管理委员会有明确职责，至少应包括: （1）履行对本机构临床用血的规章制度审订职责，并监督实施; （2）监测、分析临床用血情况，推进临床合理用血; （3）推广血液保护及输血新技术，对医务人员进行临床用血管理法律法规、规章制度和临床合理用血知识教育培训。 3．有明确的职能部门（如医务处）负责临床输血管理工作。
	【B】符合“C”，并 1．输血管理委员会年度召开工作会议两次以上。记录齐全，内容充分。 2．履行对本机构临床用血的规章制度监督实施，指导临床用血，针对血液的来源、数量、质量进行血液保障安全性评估，调查分析临床用血不良事件及不良反应，提出干预和改进措施。 3．向公众宣传临床合理用血、无偿献血知识。
	【A】符合“B”，并 有全院输血管理定期总结分析报告，持续改进输血工作，不断提高输血管理水平。
4．19．1．2 依据输血管理的法律、法规和临床输血技术规范制定输血管理文件。	【C】 1．有临床输血管理相关制度和实施细则。内容涵盖本机构输血管理的全过程。 2．对医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度培训。
	【B】符合“C”，并 1．输血科和临床医务人员对输血相关制度知晓率100% 2．各科室按照输血管理制度的要求，开展输血管理工作，对存在问题有改进措

	施并得到落实。 3. 职能部门进行督导检查，对存在问题进行追踪与改进成效评价，有记录。
	【A】符合“B”，并 相关科室执行输血管理制度的要求，实际工作与制度要求符合率100%。
4. 19. 1. 3 制定医院用血计划，实行用血申请分级管理，建立临床用血评价公示制度。	【C】 1. 制定本医疗机构临床用血计划。 2. 医疗机构建立临床用血申请分级管理制度。 3. 建立临床科室和医师临床用血评价及公示制度。
	【B】符合“C”，并 1. 对用血计划的实施进行考核和计划的符合性进行评价。 2. 用血申请分级管理制度中指标明确，措施有效。 3. 每季度对科室及医师用血评价公示。
	【A】符合“B”，并 用血分级管理规范，用血评价纳入科室、个人的绩效考核和全面考核。
4. 19. 2设立输血科，具备为临床提供24小时服务的能力，满足临床工作需要，无非法自采、自供血液行为。	
4. 19. 2. 1 有独立建制的输血科，职责明确并执行到位，开展质量与安全管理，持续改进输血工作。	【C】 1. 根据医院的功能任务设置独立建制输血科，与临床科室诊疗需求相称。 2. 输血科工作职责明确，建立相应的工作制度与岗位职责，相关技术规范与操作规程。 3. 由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，负责医疗质量和安全管理。 4. 建立输血科质量管理体系。 5. 科室有明确的质量与安全管理计划和目标，并组织实施。 6. 参与疑难输血病例的诊断、会诊与治疗，配合临床用血事件及输血不良反应的调查。 7. 指导临床合理用血。
	【B】符合“C”，并 1. 科室人员熟悉本职相关制度、岗位职责、质量与安全管理目标，熟练掌握相关规范和规程。 2. 主动征求临床对输血管理工作的意见和建议，定期对科室质量与安全管理进行总结分析，持续改进管理工作。
	【A】符合“B”，并 运用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进质量与安全管理，确保建立的输血质量管理体系有效运行。
4. 19. 2. 2 输血科人员结构、房屋设施和仪器设备均符合规定要求。	【C】 1. 输血科人员具备输血、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。 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。

	3. 输血科工作人员无影响履行输血专业职责的疾病或者功能障碍。 4. 输血科的房屋设置远离污染源，靠近手术室和病区，采光明亮、空气流通，布局应符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，至少应设置血液入库前的血液处置室、血液标本处理室、储血室、发血室、输血相容性检测实验室，值班室和资料保存室。 5. 必备基本设备：2℃～6℃储血专用冰箱、-20℃以下专用低温冰箱、2℃～8℃试剂冰箱、2℃～8℃标本冰箱、血小板保存箱、溶浆机（血浆解冻箱）、血型血清学离心机、标本离心机、恒温水浴箱、热合机、显微镜、传真机、专用取血箱、计算机及输血管理信息系统等。 6. 血液保存环境条件符合规定。
	【B】符合“C”，并 1. 输血科实验室建筑与设施符合《GB 19489-2004 实验室生物安全通用要求》，业务区域与生活区域分开，业务用房面积达到相关要求。 2. 人员梯队建设合理。
	【A】符合“B”，并 1. 人员数量符合规定要求：输血科人员配置与床位数或与年输血量参考比例为 1：100（床）或 1：1000 单位（以红细胞成分计算）。 2. 有输血医师，并有输血医师培养计划。
4. 19. 2. 3 具备为临床提供 24 小时供血服务的能力，满足临床工作需要。	【C】 1. 制订临床用血储备计划，与指定供血单位签订供血协议。 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。 3. 有应急用血的后勤（通信、人员、交通）保障能力。 4. 无非法定渠道用血和自采、自供血液的行为。
	【B】符合“C”，并 根据临床用血需求制订合理的用血计划和安全储血量，有特殊用血（如稀有血型）应急协调机制，确保急诊抢救用血。
	【A】符合“B”，并 能与血站建立血液库存预警机制，及时掌握预警信息，协调临床用血，临床对输血管理工作满意。
4. 19. 3 加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证，促进临床安全、有效、科学用血。	
4. 19. 3. 1 开展对临床医师输血知识的教育与培训，开展临床用血评价，促进临床合理用血。	【C】 1. 为临床医护人员提供输血知识的教育与培训，每年至少一次。 2. 医院有规定将临床医师合理用血的评价结果用于个人业绩考核与用血权限的认定。
	【B】符合“C”，并 1. 各临床科室每月对医师合理用血情况进行评价。 2. 临床科室将医师合理用血的评价结果用于个人业绩考核与用血权限的认定管理。 3. 输血科每月对医师合理用血情况进行评价。

	【A】符合“B”，并 主管部门每季度对各临床科室及医师合理用血情况进行评价，并用于科室质量管理评定和医师个人用血权限的认定。
4．19．3．2 执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗知情同意书”。	【C】 1．按照相关规定，对准备输血的患者进行血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）的相关检测。 2．有相关规定要求医师向患者、近亲属或委托人充分说明使用血液成分的必要性、使用的风险和利弊及可选择的其他办法，并记录在病历中。 （1）取得患者或委托人知情同意后，签署“输血治疗知情同意书”。 （2）同意书中须明确其他输血方式的选择权。 （3）同意书中可明确同意输血次数。 （4）《输血治疗知情同意书》入病历保存。 （5）因抢救生命垂危的患者等特殊情况需紧急输血，不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准后实施。 3．医院对特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程。
	【B】符合“C”，并 医务人员熟悉并严格执行该规定。
	【A】符合“B”，并 1．输血前检测率100%。 2．输血治疗知情同意书签署率100％。
4．19．3．3 有临床用血前评估和用血后效果评价制度，严格掌握输血适应证，做到安全、有效、科学用血。	【C】 1．医院有根据患者病情和实验室检测指标进行输血指征综合评估的指标。 2．医院有用血后效果评价管理要求。 3．医院对输血适应证有严格管理规定，定期评价与分析用血趋势。 4．医务人员掌握输血适应证相关规定，做到安全、有效、科学用血。
	【B】符合“C”，并 1．有输血前评估指征或检测指标落实情况督导检查，有记录。 2．成分输血率100%达至相关要求。
	【A】符合“B”，并 1．输血前评估指征或检测指标100%符合规范要求。 2．用血适应证合格率100%均达到相关标准。
4．19．3．4 医疗机构应当积极开展血液保护相关技术，建立自身输血、围手术期血液保护等输血技术管理制度。	【C】 1．医院有开展自身输血、围手术期血液保护等输血技术的管理规定。 2．医院具备开展血液保护相关技术的设备条件。 3．医务人员掌握血液保护相关技术并能积极开展工作。
	【B】符合“C”，并 1．异体输血量与上年度用血量比较，其增长率低于住院患者（或手术台数）增长率。 2．自体输血率达到25%。

	【A】符合“B”，并 1. 异体输血患者人均输血量与上年度用血量相比“零”增长。 2. 自体输血率达到 35%。
4. 19. 3. 5 输血治疗病程记录完整详细。	【C】 1. 医院有输血治疗病程记录的相关规范。 （1）输血治疗病程记录完整详细，至少包括输血原因，输注成分、血型和数量，输注过程观察情况，有无输血不良反应等内容。 （2）不同输血方式的选择与记录。 （3）输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。 （4）手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致；输血量与发血量一致。
	【B】符合“C”，并 有输血治疗病程记录质量的督导检查和改进措施。
	【A】符合“B”，并 落实整改措施有成效，输血治疗病程记录 100%符合规范要求。
4. 19. 4 开展血液全程管理，落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续，执行输血前核对制度，做好血液入库、贮存和发放管理。	
4. 19. 4. 1 落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续。	【C】 1. 有输血申请审核登记和用血报批登记制度。 （1）输血申请单审核率为 100%。 （2）大量用血报批审核率 100%。 （3）用血的申请单格式规范、书写规范、信息记录完整。 （4）临床单例患者用全血或红细胞超过 10U履行报批手续，需要科室主任签名或输血科医师会诊同意，报医务科批准。 2. 紧急用血必须履行补办报批手续。
	【B】符合“C”，并 职能部门和科室能按照制度和流程要求检查落实情况，定期提出总结分析和案例分析报告，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 职能部门和科室落实整改措施，持续改进用血审核管理有成效。
4. 19. 4. 2 建立输血管理信息系统，做好血液入库、贮存和发放管理。	【C】 1. 有输血管理信息系统。 2. 有血液库存管理制度，包括血液预订、接收核对、入库、贮存、出库及库存预警等内容。 （1）血液的出入库记录完整率为 100%。 （2）血液有效期内使用率为 100%。 （3）用血的发血单、输血记录单格式和书写规范、信息记录完整。 3. 有保证血液贮存、运输符合国家有关冷链控制的标准和要求。
	【B】符合“C”，并 1. 信息管理系统必须涵盖血液出入库及配发血的全过程。 2. 库存预警方案实施有效。

	3. 冷链控制有自动温控系统。
	【A】符合“B”，并 1. 信息管理系统包括全部输血人员信息、输血管理全过程（包括血液预订、医生申请及不良反应上报等）以及质量与安全管理等功能，。 2. 依据患者信息或血液信息追踪临床用血管理的规范性和输血不良反应。 3. 建立区域内医院间的输血信息互联共享。
4. 19. 4. 3 建立输血标本采集流程，执行输血前核对制度。（★）	【C】 1. 有采集血标本的流程。 2. 采集完成后必须核对标本标识与受血者是否相符。 3. 输血前，按照规定的流程检查从输血科领出血液，做到准确无误。 （1）血液发出前，必须核对用于输血的血液，其标签标记的血型与受血者的血型无误。 （2）按规定检查领取的血液必须与输血记录单相符，确认受血者是否正确。 （3）血液发出时必须附相容性检测的记录。 （4）血液发出前，还要检查全血和成分血是否发生溶血、是否有细菌污染迹象，以及其他肉眼可见的任何异常现象。 4. 由输血科发血者和临床科室领血者共同按规定或流程执行核对。 5. 有相关流程的培训与教育，并有记录。
	【B】符合“C”，并 输血科与临床科室按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4. 19. 5 开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（SHOT）（输血传染疾病、输血不良反应、输注无效）的方案，严格执行输血技术操作规范。	
4. 19. 5. 1 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。（★）	【C】 1. 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。 2. 使用血液存放环境符合规定，有监测记录。 （1）不同血型的全血、成分血分型分层存放或在不同冰箱存放，标识明显。 （2）储血冰箱有不间断的温度监测与记录。 （3）血液保存温度和保存期符合要求。 （4）贮血冰箱定期消毒，记录保存完整。 （5）贮血冰箱定期进行细菌监测，记录保存完整。 3. 输血器械符合国家标准，“三证”齐全。 4. 血袋按规定保存、销毁，有记录。 5. 一次性输血耗材进行无害化处理，有记录。
	【B】符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求，检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。

4．19．5．2 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。（★）	【C】 1．医院有输血全过程的血液管理制度。 （1）医院有明确规定的流程，确保患者输血过程中的安全。 （2）输血前在患者的床旁由两名工作人员准确核对受血者和血液信息。 （3）明确规定从发血到输血结束的最长时限。 （4）制定使用输血器和辅助设备（如血液复温）的操作规范与流程。 （5）在血液输注过程中不得添加任何药物。 （6）输血中要监护输血过程，及时发现输血不良反应及时处理。 （7）输血全过程的信息应及时记录于病历中。
	【B】符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4．19．5．3 医院有应急用血预案，并能得到落实。	【C】 1．医院有紧急用血预案，有具体保障措施。 （1）有紧急用血的应对预案。 （2）有关键设备故障的应急措施。 2．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 输血科能按照制度和流程要求检查落实情况，并有持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 紧急用血的执行情况（重点夜间、节假日），与医院规定的要求保持一致。
4．19．5．4 有控制输血严重危害（SHOT）的方案与实施情况记录。（★）	【C】 1．有控制输血严重危害（SHOT）的预案，记录及时、规范。 （1）监测输血的医务人员经培训，能识别潜在的输血不良反应症状。 （2）有确定识别输血不良反应的标准和应急措施。 （3）发生疑似输血反应时医务人员有章可循，并应立即向输血科和患者的主管医师报告。 （4）一旦出现可能为速发型输血反应症状时（不包括风疹和循环超负荷），立即停止输血，并调查其原因。要有调查时临床及时处理患者的规范。 （5）输血科应根据既定流程调查发生不良反应的原因，确定是否发生了溶血性输血反应。立即查证: 1）患者和血袋标签确认输给患者的血是与患者进行过交叉配血的血。 2）查看床旁和实验室所有记录，是否可能将患者或血源弄错。 3）肉眼观察受血者发生输血反应后的血清或血浆是否溶血。如果可能，该标本应和受血者输血前的标本进行比较。 4）用受血者发生输血反应后的标本做直接抗人球蛋白试验。 （6）实验室应制定加做其他相关试验的要求，以及做相关试验的标准。 （7）输血科主任负责解释上述试验结果并永久记录到受血者的临床病历中。 （8）当输血反应调查结果显示存在血液成分管理不当等系统问题时，输血科主任应积极参与解决。 （9）输血后献血员和受血者标本应依法至少保存 7 天，以便出现输血反应时重新进行测试。 （10）职能部门会同输血科对输血不良反应评价结果的反馈率为 100%。

	2. 相关部门应根据既定流程调查发生不良反应，有记录。 3. 相关部门对相关人员进行确定识别输血不良反应的标准和应急措施的再培训与教育。
	【B】符合“C”，并 1. 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。 2. 有职能部门对相关人员进行培训与教育后考核的记录。 3. 有血液输注无效的管理措施。 4. 有输血传染性疾病的管理措施和上报制度
	【A】符合“B”，并 1. 相关医务人员熟悉输血严重危害（SHOT）方案、处置规范与流程，知晓率100%。 2. 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4. 19. 6 落实输血相容性检测的管理制度，做好相容性检测实验质量管理，确保输血安全。	
4. 19. 6. 1 有输血相容性检实验室的管理制度。	【C】 1. 有输血前的检测管理制度。 （1）凡遇有输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血的患者，应开展不规则抗体筛检。 （2）按照要求规范开展输血前检验项目：ABO正反定型、RhD、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物等指标。 （3）交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。 （4）血液发出后，受血者和供血者标本于2℃~6℃保存至少7天。 2. 输血相容性检测报告内容完整性100%。 3. 输血相容性检测的项目组合既能保证临床用血安全又不过度检测。 4. 用于输血相容性检测的试剂应符合相应标准。 5. 用于输血相容性检测的仪器设备符合相应要求。
	【B】符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4. 19. 6. 2 做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。	【C】 1. 建立和实施与检测项目相适应的室内质量控制流程，应包括： （1）质控品的技术规则定义。 （2）质控品常规使用前的确认。 （3）实施质控的频次。 （4）质控品检测数据的适当分析方法。 （5）质控规则的选定。 （6）试验有效性判断的标准。 （7）失控的判定标准、调查分析、处理和记录。

	【B】符合“C”，并 1. 参加国家级或省级室间质量评价机构组织的输血前相关血液检测室间质量评价，成绩合格。 2. 参加室间质量评价应当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，保证检测结果的真实性。 3. 输血科对于室内失控项目和室间质量评价不合格的项目，及时查找原因，采取纠正措施。
	【A】符合“B”，并 近三年室间质量评价结果全部合格。
4. 19. 6. 3 建立紧急抢救配合性输血管理制度。	【C】 1. 有紧急抢救配合性输血管理制度。 2. 有紧急抢救非同型输注和管理流程。 3. 明确启动紧急抢救配合性输注的批准机构及执行部门的职责。
	【B】符合“C”，并 有紧急抢救配合性输血管理制度的培训和记录
	【A】符合“B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。

二十、医院感染管理与持续改进

评审标准	评审要点
4. 20. 1 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。	
4. 20. 1. 1 依据《医院感染管理办法》建立医院感染管理组织，负责医院感染管理工作。	【C】 1. 有医院感染管理部门，配备专兼职人员，负责医院感染管理工作，负责人为副高及以上专业技术职称。 2. 有医院感染管理委员会。至少每年召开两次工作会议，有会议记录或会议简报。 3. 科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。 4. 有上述组织的工作制度与职责。 5. 医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标。并依据上级部门与医院感染的有关要求，制定工作实施计划并落实。 6. 相关人员知晓本部门、本岗位职责并履行。
	【B】符合“C”，并 1. 有对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况的监督检查，定期召开专题会议，对感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈及改进措施。 2. 对上级主管检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容。
	【A】符合“B”，并 1. 院科两级医院感染组织机构健全，人员配置满足临床需求。

	2. 无重大医院感染责任事件。
4. 20. 1. 2 有相应的规章制度，将医院感染的预防与控制贯彻于所有医疗服务中。	【C】 1. 有根据相关法律法规不断修订和完善医院感染的预防与控制制度。 2. 有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的具体措施，并落实。 3. 医院感染管理相关人员熟知相关制度、工作流程及所管辖部门院感特点。 4. 全体员工熟知本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并执行。
	【B】符合“C”，并 1. 主管部门有计划和相关制度对科室医院感染管理工作进行指导，保障医院感染管理工作落实。 2. 院科两级医院感染管理组织对相关制度落实情况有监督检查，对发现问题及缺陷及时反馈，有持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，2 年内无重大院内感染暴发责任事件。
4. 20. 2 开展医院感染防控知识的培训与教育。	
4. 20. 2. 1 有医院感染管理培训计划、培训大纲和培训教材，实施全员培训。	【C】 1. 有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容。 2. 有培训责任部门，根据不同人员设计相关知识与技能等培训内容，并有考核。 3. 相关人员掌握相关知识与技能。
	【B】符合“C”，并 落实培训计划，有完善的培训、考试及考核管理，相关资料完整。
	【A】符合“B”，并 对培训效果进行追踪与成效评价，培训后的医务人员医院感染预防与控制知识与技能达到岗位要求。
4. 20. 3 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。	
4. 20. 3. 1 医院感染专职人员和监测设施配备符合要求，开展目标性监测、全院综合性监测。	【C】 1. 医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。 2. 有医院监测计划，有目标性监测、全院综合性监测，监测的目录/清单范围符合《医院感染监测规范》要求。 3. 每年开展现患病率调查，调查方法规范。 4. 科室能按照制度和流程要求，监测《医院感染监测规范》要求的全部项目，并有记录。 5. 医院感染监控覆盖全部医院感染监测项目及不同标本类型。
	【B】符合“C”，并 1. 有医院感染监测记录与分析报告，有失控原因、处理方法及影响程度分析，提出预防及改进措施。 2. 主管部门对数据来源、数据真实性和可靠性进行追踪和分析、总结与反馈，对存在的问题进行督促整改。

	【A】符合“B”，并 医院信息系统能够提供对医院感染危险因素监测及分析，其结果对医院感染预防及控制决策提供支持作用，并取得效果。
4．20．3．2 有重点环节、重点人群与高危险因素的监测。对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组等主要部位感染有具体预防控制措施并实施。（★）	【C】 1．有针对重点环节、重点人群与高危险因素管理与监测计划，并落实。 2．有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施。 3．重症医学科导管相关性血源感染（ＣＲＢＳＩ）千日感染率；呼吸机相关肺炎（ＶＡＰ）千日感染率；尿路感染（ＵＴＩ）千日感染率（工作量，感染率，数据来源追踪）。 4．有对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。
	【B】符合“C”，并 1．科室落实自查情况及存在问题总结、分析、报告机制，有改进措施。 2．主管部门对科室监测情况进行定期核查指导，对存在的问题，及时反馈，并提出整改建议。
	【A】符合“B”，并 1．手术部位感染（%）按手术风险分类，年手术量、切口感染率数据来源追踪。 2．对重点环节、重点人群、主要部位的特殊感染控制有效。 3．医院信息系统定期对重点环节、重点人群与高危险因素监测及分析，满足临床工作需要，对医院决策提供支持作用，并取得效果。
4．20．3．3 有医院感染暴发报告流程与处置预案。	【C】 1．有医院感染暴发报告流程与处置预案。 2．有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。 3．有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施。 4．按要求上报医院感染暴发事件。 5．相关人员对医院感染暴发报告流程和处置预案知晓率达100%
	【B】符合“C”，并 1．根据医院感染暴发确定、指挥系统、重点科室、重点人员情况制定各类演练的脚本，并进行演练。 2．有医院感染暴发处置演练效果评价报告，对存在问题有改进措施，相关资料可查询。 3．有医院感染暴发报告的信息核查机制。
	【A】符合“B”，并 1．对医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。 2．有对存在问题所采取的改进措施和成效进行追踪。
4．20．4 执行手卫生规范，实施依从性监管与改进活动。	
4．20．4．1 执行手卫生规范，实施依从性监管。	【C】 1．定期开展手卫生知识与技能的培训，并有记录。 2．手卫生设施种类、数量、安置的位置、手卫生用品等符合《医务人员手卫

	生规范》要求。 3. 医务人员手卫生知识知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 有院科两级对手卫生规范执行情况的监督检查，有整改措施。
	【A】符合“B”，并 医务人员手卫生依从性不断提高，洗手方法正确率≥95%。
4. 20. 5 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。	
4. 20. 5. 1 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，实施监管与改进。（★）	【C】 1. 针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合实际工作，制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。 2. 有对多重耐药菌控制落实的有效措施，包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、保洁与环境消毒的制度等。 3. 根据细菌耐药性监测情况，加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物的合理使用。 4. 有落实耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）或耐万古霉素肠球菌（VRE）的控制措施。
	【B】符合“C”，并 1. 有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测，细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。 2. 有主管部门对多重耐药菌医院感染情况的监督检查，根据监管情况采取相应改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 多重耐药菌医院感染控制有效，抗菌药物使用合理。 2. 医院临床微生物实验室能满足临床对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性、耐药模式以及同源性分析的需求。
4. 20. 5. 2 有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。（★）	【C】 1. 有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面的协作机制，并有具体落实方案。 2. 微生物室定期为临床提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告
	【B】符合“C”，并 1. 有医院感染管理部门、微生物实验室（检验部门）、药学部门、临床科室对多种耐药菌管理定期联席会制度，有牵头部门，分工明确，职责清楚。 2. 各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 多部门合作机制有效，医院信息系统能够支持相关信息快捷获得。 2. 至少每季度年向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。

4．20．5．3 有预防多重耐药感染措施培训。（★）	【C】 对临床医护人员和微生物实验室或检验部门的人员进行预防多重耐药菌感染措施的培训制度、培训计划及落实措施。
	【B】符合“C”，并 有相关人员多重耐药菌感染危险因素、流行病学以及预防与控制措施等知识培训，相关资料可查询。
	【A】符合“B”，并 除达到“B”要求外，还应有对培训效果的追踪总结，多重耐药菌感染预防和控制有效。
4．20．6 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。	
4．20．6．1 有抗菌药物合理使用的管理组织，有管理制度。	【C】 1．有抗菌药物合理使用管理组织与制度。 2．有抗菌药物分级管理制度及具体措施。 3．有主管部门与相关部门共同监管的协作机制，各部门职责分工明确。 4．开展抗菌药物合理使用相关知识培训和考核，有记录。 5．相关人知晓抗菌药物分级使用的原则并落实。
	【B】符合“C”，并 1．有各科室使用抗菌药物的情况并定期公布，并有促进抗菌药物合理使用考核机制。 2．主管部门对改进情况进行监督检查，并落实，对科室存在问题与缺陷改进措施的落实情况进行督导。
	【A】符合“B”，并 1．有信息化管理措施，提高管理效率和成效。 2．抗菌药物合理使用管理组织，对抗菌药物合理使用有追踪与成效评价持续改进，效果明显。
4．20．6．2 有细菌耐药监测及预警机制，各重点部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。	【C】 1．有细菌耐药监测及预警机制，并定期（至少每季度）进行反馈。 2．各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。 3．有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。 4．有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。
	【B】符合“C”，并 1．有上述细菌耐药监测变化趋势图。 2．主管部门、药事管理组织联合对细菌耐药监测和预警，有干预措施。
	【A】符合“B”，并 有多部门对细菌耐药情况联合干预措施，并有成效。
4．20．6．3 围术期抗菌药物的预防性使用规范。	【C】 1．有围术期抗菌药物的预防性使用规定并落实。 2．有Ⅰ类手术预防性抗菌药物使用规范（品种选择、用药时机、术后应用时间等）。 3．相关人员知晓并执行。

	【B】符合“C”，并 1. 手术预防性抗菌药物选用符合规范要求。（参照第七章第三节） 2. 科室要对落实情况存在问题与缺陷改进措施。 3. 主管部门与药事管理组织，对落实情况进行追踪与评价，有整改。
	【A】符合“B”，并 有多部门对围术期抗菌药物预防性使用联合干预措施，全院预防性抗生素使用均符合规定。
4. 20. 7 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。	
4. 20. 7. 1 根据国家法规，结合医院的具体情况，制定全院和不同部门的消毒与隔离制度。	【C】 1. 有全院和重点部门的消毒与隔离工作制度。 2. 有对医务人员进行相关知识、消毒与隔离技术的教育与培训，有培训考核记录。 3. 有保障重点部门落实消毒与隔离制度（如重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等）落实措施，并执行。 4. 为医务人员提供合格的防护用品。 5. 相关人员知晓上述内容并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 有多部门与科室协作管理机制，对消毒与隔离工作存在问题与缺陷分析、总结，提出改进措施。 2. 主管部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题，进行及时整改。
	【A】符合“B”，并 医院消毒与隔离工作制度落实到位，所有医务人员防护用品符合国家规定。
4. 20. 7. 2 有满足消毒要求的合格的设备、设施与消毒剂。	【C】 1. 有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂。 2. 医用耗材、消毒隔离相关产品符合国家的有关要求，证件齐全，质量和来源可追溯。 3. 定期对有关设备设施进行检测。 4. 定期对消毒剂的浓度、有效性等进行监测。
	【B】符合“C”，并 主管部门对医用耗材、消毒隔离相关产品采购质量有监管，对设备设施及消毒剂检测结果进行定期分析，有总结、反馈，及时整改。
	【A】符合“B”，并 主管部门、药剂科联合对持续改进的情况进行追踪与成效评价，有记录。
4. 20. 7. 3 医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒	【C】 1. 有医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范。 2. 有消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果有监测的程序与规范，判定标准。 3. 消毒供应中心人员知晓相关规范并执行

及灭菌效果监测的原始记录与报告。	【B】符合“C”，并 1. 消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测落实到位，并有原始记录与监测报告。 2. 主管部门对落实情况有监管、评价，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 消毒供应中心物流管理实行全程信息化管理。 2. 消毒供应中心质量达到相关规范，灭菌合格率 100%。
4. 20. 8 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、医院感染发病率和（或）患病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。	
4. 20. 8. 1 有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T 312-2009）开展监测工作并记录。	【C】 1. 有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T 312-2009）开展监测工作并记录。 2. 有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。
	【B】符合“C”，并 医院感染管理组织定期（至少每季度）对监测信息进行分析讨论，有会议记录或简报，定期（至少每季度）发布医院感染监测信息，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议。
	【A】符合“B”，并 医院感染监测指标真实、准确、完整，能为医院感染管理提供依据，持续改进医院感染管理工作。
4. 20. 8. 2 按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。	【C】 按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。
	【B】符合“C”，并 有指定专人负责上报医院感染监测信息，信息经过审核，保障真实、准确。
	【A】符合“B”，并 主管部门将本单位的监测结果与省市医院感染质量控制中心发布本地区的医院感染监测信息比较分析，促进医院感染感染管理水平不断提高。

二十一、介入诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4. 21. 1 专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》等相关要求和医院功能任务要求，满足临床需要，能提供 24 小时诊疗服务。	
4. 21. 1. 1 介入诊疗技术与医院功能、任务相适应，符合医疗机构基本要求。	【C】 1. 所开展的介入诊疗技术项目与卫生行政部门核准的临床诊疗科目一致，有关介入诊疗项目（如心血管介入）获取准入资格。 2. 介入诊疗技术与医院功能、任务相适应。 3. 有与介入诊疗项目相关临床科室，能为介入诊疗的并发症与其他意外紧急情况处理提供技术支持。

	4．有介入诊疗科室与相关科室共同制定介入诊疗应急预案与工作流程。 5．相关科室和人员知晓协作职能和工作流程。
	【B】符合“C”， 主管部门对开展项目及质量有监管，对存在问题与缺陷有总结，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．根据临床需要，能提供24小时介入诊疗服务。 2．相关科室协作良好，共同保障患者的诊疗质量与安全。
4．21．1．2 有满足介入诊疗需求的导管室、大型影像诊断设备及诊断技术人员。	【C】 1．有血管造影或介入导管室，设置符合诊疗技术管理规范。 （1）操作室使用面积符合放射防护及无菌操作等相关要求。 （2）有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品。 （3）配备800mA，120KV以上并具有电动操作功能、数字减影功能和“路途”功能，影像质量和放射防护条件良好的血管造影机，并配备高压注射器。 2．有磁共振（MRI）、计算机X线断层摄影（CT）、多普勒超声设备及相配套的专业诊断队伍。 3．有设备使用及维护技术人员，有保证影像诊断质量的相关措施，并落实。
	【B】符合“C”，并 1．有设备使用管理相关制度，有专人负责，有保养、维护、维修记录。 2．主管部门对大型仪器设备使用与维护情况有监管与评价，对存在问题有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．大型影像诊断设备实现数字化，有完善的影像存储与传输系统（PACS）。 2．设备维修响应及时，保障安全运行，保障临床需要。
4．21．2执行卫生行政部门制定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。	
4．21．2．1 执行卫生行政部门制定的介入诊疗技术管理规范。	【C】 1．根据卫生行政部门制定的介入诊疗技术管理规范，制定实施细则文件与管理流程，并执行。 2．有相关人员培训计划、培训方案并考核。
	【B】符合“C”，并 1．相关人员熟练掌握本岗位技术操作规范，考核合格率≥90%。 2．有主管部门对规范落实情况、培训效果监督检查，对存在问题有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．持续改进有成效，相关人员无违规操作事件发生。 2．相关人员技术操作规范考核合格率100%。
4．21．2．2 医师、医技和护理人员经介入治疗专业技术培训合格。	【C】 1．有各级各类人员岗位职责，相关人员知晓，并能遵循。 2．医师、医技和护理人员经介入治疗专业技术培训合格。 3．人员资质符合介入诊疗项目执业要求。 4．具有与开展的介入诊疗项目相适应的其他专业技术人员。

	【B】符合“C”，并 1. 主管部门对人员上岗情况有定期检查，对存在问题有整改措施。 2. 有对相关人员培训后上岗能力的评价，并有相关资料。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，所有介入诊疗人员资质与能力符合上岗要求。
4. 21. 3 掌握介入诊疗技术的适应证，规范技术操作，开展质量控制，定期质量评价。	
4. 21. 3. 1 有介入诊疗医师资质的授权管理。	【C】 1. 有对实施介入诊疗医师资质授权管理制度与流程，相关人员知晓，并执行。 2. 在实施介入诊疗前，必须经 2 名以上具有介入诊疗资格的医师决定（其中至少 1 名为副主任医师），并有记录。
	【B】符合“C”，并 1. 授权管理落实到每一位医师，能力评价有记录。 2. 主管部门对执行情况有检查，对存在问题有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，授权管理落实到位，根据评价结果动态管理，相关资料完整。
4. 21. 3. 2 掌握介入诊疗技术的适应证和禁忌证，履行知情同意，保障患者安全。	【C】 1. 各级医师掌握介入诊疗技术的适应证与禁忌证，并严格执行， 2. 介入诊疗前，手术医师手术前到病房查看病历，检查患者，确认手术适应证。 3. 介入诊疗方案确定与实施按照授权规定执行。 4. 在实施介入诊疗前，由手术者或者第一助手向患者或近亲属进行知情同意告知，包括手术目的、手术风险、术后注意事项、可能发生的并发症及预防措施以及高值耗材的选择等，并签署知情同意书，保存在病案中。 5. 相关医师对上述要求知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 1. 由手术者或者第一助手用易懂的方式向患者或近亲属、授权委托人进行知情同意告知。 2. 科室定期对介入诊疗病例的适应证进行回顾总结，保障介入诊疗质量。 3. 主管部门对介入诊疗技术适应证有监管与评价，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 有介入诊疗病例适应证符合率 100%。
4. 21. 3. 3 有介入诊疗工作制度、技术操作常规，开展质量控制，定期质量评价。	【C】 1. 医院有介入诊疗工作制度、导管室管理制度、技术操作常规和介入诊疗各级各类人员岗位职责。 2. 各级各类人员知晓相关制度和岗位职责并遵循。
	【B】符合“C”，并 1. 有院科两级对制度与岗位职责落实情况检查、总结，对存在问题有整改措施。 2. 对介入诊疗质量有定期评价和分析，并有记录。 3. 对术后患者进行随访。

	【A】符合“B”，并 1. 持续改进有成效，规范实施介入诊疗。 2. 对术后患者诊治效果随访率≥90%。
4. 21. 3. 4 有消毒隔离制度。	【C】 1. 介入手术室（导管室）应纳入全院感染管理和监测范围。 2. 按照相关规定，对介入手术室（导管室）实施定期监测并有记录。 3. 对相关人员有培训与教育。 4. 相关人员对本部门、本岗位消毒隔离制度知晓，并执行。
	【B】符合“C”，并 院科按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题与缺陷有整改措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，环境、设施及人员操作等达到院内感染管理规定。
4. 21. 4 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。	
4. 21. 4. 1 有介入诊疗器材购入、使用登记制度，保证器材来源可追溯。	【C】 1. 有介入诊疗器材购入、使用登记制度，保证器材来源可追溯。 （1）每一例介入诊疗器材使用者的病历中均有器材使用的识别标志的记录。 （2）医院对不可重复使用的一次性介入诊疗器材使用流程有明确规定。 （3）所有一次性器材应按医疗废物管理并记录在案。 2. 所有诊疗器材均有合格的相关证件。
	【B】符合“C”，并 1. 有多部门联合监督管理机制，职责明确，并能定期开展联合检查。 2. 对发现问题和缺陷有总结、分析及整改措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，全院所有介入器材管理使用规范，可追溯，无违规采购、使用案例。
4. 21. 5 环境保护及工作人员职业健康防护符合规定。	
4. 21. 5. 1 环境保护及工作人员职业健康防护符合规定。	【C】 1. 有职业病危害控制效果放射防护评价报告。 2. 有放射诊疗和放射防护管理制度，并落实。 3. 放射诊疗工作人员按照有关规定佩戴个人剂量计。 4. 患者的敏感器官和组织有防护。 5. 定期对相关人员防护进行培训，组织应急演练，并有考核。 6. 定期组织对放射诊疗工作场所、设备和人员进行放射防护检测、监测和检查。 7. 定期对相关人员进行健康检查，有健康档案。
	【B】符合“C”，并 主管部门和科室对制度落实情况定期检查，对存在问题与缺陷有整改措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，环境保护及工作人员职业健康防护符合规定，无职业危害事

	件发生。
4．21．6 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、技术操作规范与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
4．21．6．1 有具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，开展质量与安全管理，保证医疗质量与医疗安全。	【C】 1．由科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量控制小组负责科室医疗质量和安全管理，并有工作记录。 2．有保证医疗服务质量与安全的相关制度。 3．对相关人员有培训与教育计划，并落实。 4．有质量与安全管理计划并组织实施。 5．科室相关人员熟悉相关制度和计划。
	【B】符合“C”，并 1．科室定期召开质量与安全专题会议，对存在的质量与安全隐患进行分析、总结、反馈，提出改进意见。 2．根据管理要求，对相应制度应及时更新和完善。 3．主管部门对科室质量管理情况有评价，指导科室开展质量与安全管理。
	【A】符合“B”，并 科室有完整的质量管理资料，体现质量与安全持续改进。
4．21．6．2 有质量与安全指标，定期开展评价。	【C】 1．有质量与安全指标。 2．科室定期开展评价活动，有记录。 3．相关人员知晓本科/室/组的质量与安全指标要求。
	【B】符合“C”，并 1．本科/室/组能够开展全面质量管理活动，定期统计与分析质量与安全指标，评价有记录。 2．院科两级对监督检查的结果有评价，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．科室能运用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进有成效。 2．主要技术安全指标达到： （1）无手术事故，无导管相关性感染暴发。 （2）血管造影严重并发症≤0．5%。 （3）介入诊疗技术相关死亡率≤0．5%。

二十二、血液净化管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．22．1 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）》、《血液透析室管理规范》的要求，满足医院功能任务要求。	

4．22．1．1 血液透析室设置符合规范。	【C】 1．血液透析为省级卫生行政部门核准的诊疗科目。 2．按照《医疗机构血液透析室基本标准》的各项要求设置。 3．按照《医疗机构血液透析管理规范》加强管理。
	【B】符合“C”，并 有主管部门对血液透析室进行监督管理。
	【A】符合“B”，并 血液透析室建设符合标准要求，管理规范。
4．22．1．2 医、护、技岗位设置满足医院功能与任务要求。	【C】 1．至少有 2 名执业医师，其中至少有 1 名具有肾脏病学中级以上专业技术职务任职资格。20 台血液透析机以上，每增加 10 台血液透析机至少增加 1 名执业医师；血液透析室负责人应当由具备肾脏病学副高以上专业技术职务任职资格的执业医师担任。 2．每台血液透析机至少配备 0．4 名护士；血液透析室护士长或护理组长应由具备一定透析护理工作经验的中级以上专业技术职务任职资格的注册护士担任。 3．至少有 1 名技师，该技师应当具备机械和电子学知识以及一定的医疗知识，熟悉血液透析机和水处理设备的性能结构、工作原理和维修技术； 4．上述岗位有明确职责。 5．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。
	【B】符合“C”，并 1．有保障岗位配置和人员培训的管理措施。 2．有主管部门履行监督管理职责，对问题和缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 对医、护、技人员的履职能力进行定期评价，各岗位配置符合规范。
4．22．1．3 分区布局、设施设备符合相关规定。	【C】 1．分区布局 （1）布局和流程应满足工作需要，符合医院感染控制要求，区分清洁区和污染区。 （2）具备相应的工作区，包括普通透析治疗区、隔离透析治疗区、水处理间、治疗室、候诊区、接诊区、储存室、污物处理区和医务人员办公区等基本功能区域。开展透析器复用的，还应设置复用间。 2．房屋、设施 （1）每个血液透析单元由一台血液透析机和一张透析床（椅）组成，使用面积不少于 3．2 平方米；血液透析单元间距能满足医疗救治及医院感染控制的需要； （2）每一个透析单元配有电源插座组、反渗水供给接口和废透析液排水接口，透析中心配备供氧装置、中心负压接口或者可移动负压抽吸装置。 （3）透析治疗区内设置护士工作站，便于护士对患者实施观察及护理技术操作；

	（4）水处理间的使用面积不低于水处理机占地面积的 1．5 倍； （5）治疗室等其他区域面积和设施能够满足正常工作的需要。 3．设备 （1）基本设备：至少配备 10 台血液透析机；配备满足工作需要的水处理设备、供氧装置、负压吸引装置，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。 （2）急救设备：心脏除颤器、简易呼吸器、抢救车。 （3）信息化设备：至少具备 1 台能够上网的电脑。
	【B】符合“C”，并 有保障上述规定落实的措施，对问题和缺陷及时反馈，有改进。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，布局与分区、设施设备配置完全符合相关规定。
4．22．2 有质量管理制度与紧急处理预案，落实措施，保障安全。	
4．22．2．1 有质量管理制度与岗位职责。	【C】 1．有质量管理制度和岗位职责，按照《血液净化标准操作规程》开展血液透析质量及相关工作，建立合理、规范的血液透析治疗流程。 2．有岗位职责，相关人员知晓其履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．对相关制度、岗位职责、技术规范、操作规程的落实情况进行检查。 2．对血液透析室的重点环节和影响医疗安全的高危因素进行监测、分析和反馈，提出控制措施。
	【A】符合“B”，并 通过信息系统加强血液透析质量监测，追踪和分析相关数据，促进质量持续改进。
4．22．2．2 有血液透析患者登记及病历管理制度。	【C】 1．有血液透析患者接诊、登记相关制度，实施患者实名制管理。 2．透析病历包括首次病历、透析记录、化验记录、用药记录等。 3．病历书写规范，有培训与教育。
	【B】符合“C”，并 院科两级对制度落实情况有监督检查，有问题与缺陷及时反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 登记资料完善，病历书写规范，改进措施落实。
4．22．2．3 有设备的操作规范与设备维护制度。	【C】 1．有设备的操作规范，使用者经过培训。 2．建立透析设备档案，对透析设备进行日常维护，保证透析机及其他相关设备正常运行。设备使用与维护有记录。
	【B】符合“C”，并 对制度落实情况进行监督检查并记录，对存在的问题与缺陷有改进措施。

	【A】符合“B”，并 设备操作规范，设备维修响应及时，使用、维修记录完整，改进措施落实。
4．22．2．4 有紧急意外情况与并发症的紧急处理预案。	【C】 1．有紧急意外情况（停电、停水、火灾、地震等）的处理预案。 2．有常见并发症（透析中低血压、肌肉痉挛、恶心和呕吐、头痛、胸痛和背痛、皮肤瘙痒、失衡综合征、透析器反应、心律失常、溶血、空气栓塞、发热、透析器破膜、体外循环凝血）的紧急处理流程。 3．对上述内容有培训，相关人员均能熟练掌握。 4．对应急预案与处理流程有演练（至少每年一次），有记录，有讨论与评价。
	【B】符合“C”，并 1．有完整的意外情况及并发症登记，定期总结分析，有改进措施。 2．按规定实施不良事件无责报告。
	【A】符合“B”，并 对措施落实情况进行追踪与成效评价，有持续改进。
4．22．3 严格执行医院感染管理制度与流程，有完整的监测记录与应急管理预案。	
4．22．3．1 执行医院感染管理的相关制度与流程。	【C】 1．有医院感染管理的相关制度。 2．有传染病患者隔离制度与具体措施。 3．有医院感染紧急情况的处理预案，并能定期演练。
	【B】符合“C”，并 1．主管部门和科室检查制度落实情况，对存在问题与缺陷有改进的措施。 2．建立医院感染控制监测制度，设定感染控制指标，开展环境卫生学监测和感染病例监测。
	【A】符合“B”，并 医院感染管理与相关主管部门对问题与缺陷改进情况进行追踪评价，持续改进有成效。
4．22．3．2 患者进入血液净化室前进行血液传播性疾病检测。	【C】 1．有接诊制度，对所有初次透析的患者进行乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒、艾滋病病毒感染的相关检查，每半年复查 1 次。 2．乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒螺旋体及艾滋病病毒感染的患者应当分别在各自隔离透析治疗间或者隔离透析治疗区进行专机血液透析。 3．向患者及家属、授权委托人进行血液传播性疾病方面的解释说明，签署血液透析知情同意书。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监督检查记录，科室对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 医院感染管理与主管部门对问题与缺陷改进情况进行追踪评价，有持续改进。
4．22．3．3 医疗废弃物管理符合有	【C】 1．按照《医疗废物管理条例》对医疗废物进行正确分类和处理。

关规定。	2. 废液排入污水处理系统。 3. 定期对反渗机和供水管路进行消毒和冲洗，冲洗后检测消毒剂残留量，有记录。
	【B】符合“C”，并 主管部门定期监督检查，对存在的问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 医院感染管理与主管部门对医疗废弃物管理进行追踪评价，有持续改进。
4. 22. 4 血液透析机与水处理设备符合要求。	
4. 22. 4. 1 血液透析机符合国标要求。	【C】 1. 血液透析室设置 4 个以上透析单元，血液透析机符合国标要求。 2. 有设备档案与记录，每一台透析机都建立档案，档案内容至少包括透析机的出厂信息（技术信息和操作信息）、操作运行和维修记录等。 3. 在用的透析机运转正常，超滤准确、监测系统和报警系统工作正常，有定期校验记录。 4. 有操作运行和维修记录。
	【B】符合“C”，并 1. 科室对存在问题与缺陷有改进措施。 2. 主管部门进行追踪与成效评价。
	【A】符合“B”，并 各项工作记录完整。
4. 22. 4. 2 在用水处理设备的前处理和反渗机运转正常，供应充足的反渗水。	【C】 1. 水处理设备符合国标要求。 2. 有设备档案与记录，至少包括水处理设备的出厂信息（技术信息和操作信息）、消毒和冲洗记录、出现的问题和定期维修记录。 3. 反渗水供应线路上不设开放式储水装置，防止二次污染的措施。 4. 有操作运行和维修记录。
	【B】符合“C”，并 1. 科室对存在问题与缺陷有改进措施。 2. 主管部门进行追踪与成效评价。
	【A】符合“B”，并 各项工作记录完整。
4. 22. 4. 3 各种透析器材管理符合要求。	【C】 1. 各种透析器材符合国家标准，存放在符合条件的库房内。 2. 有提取使用流程与登记制度。 3. 使用前认真检查，无过期、破损现象。 4. 记录相关的不良反应，并有应对处理流程。
	【B】符合“C”，并 1. 科室对存在问题与缺陷有改进措施。 2. 主管部门进行追踪与成效评价。

	【A】符合“B”，并 医院感染管理与主管部门对问题与缺陷改进情况进行追踪与成效评价，有持续改进。
4．22．5 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。	
4．22．5．1 有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程，有完整的水质量监测记录。	【C】 1．有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程。 2．有完整的水质量监测记录。 （1）透析用水符合相关规范。参照美国医疗器械协会（AAMI）对血液透析用水的要求管理。 （2）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）。 （3）透析液内毒素和反渗水化学污染物检测合格。
	【B】符合“C”，并 科室有监督检查，对发现的问题有改进措施。
	【A】符合“B”，并 对改进措施落实情况有评价，持续改进有效。
4．22．5．2 透析液配制符合要求。	【C】 1．透析液和透析粉符合国家标准。 2．透析液配制有操作常规。
	【B】符合“C”，并 科室按照制度和流程落实监督检查并记录
	【A】符合“B”，并 主管部门对问题与缺陷进行追踪，持续改进有成效。
4．22．6 执行《血液透析器复用操作规范》。	
4．22．6．1 医院对透析器复用有管理制度和流程，患者知情同意有明确的规定。	【C】 1．对透析器复用有明确的管理制度和流程。 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。 3．医院对透析器复用的知情同意有明确的规定。 （1）复用前应向患者或其家属、授权委托人说明复用的意义及可能遇到的不可预知的危害，可选择是否复用并签署知情同意书。 （2）艾滋病病毒携带者或艾滋病患者、乙型肝炎病毒标志物阳性患者及其他可能通过血液传播传染病的患者使用过的血液透析器不复用。 （3）丙型肝炎病毒标志物阳性患者使用过的血液透析器在复用时应与其他患者的血液透析器隔离。 4．所有复用记录都应符合医学记录的要求，需注明记录日期及时间并签名。
	【B】符合“C”，并 1．复用登记记录完整，复用案例与透析器可追溯。 2．科室有监督检查，对发现的问题有改进措施。

	【A】符合“B”，并 医院感染管理与职能部门对问题与缺陷进行追踪，持续改进有成效。
4．22．6．2 对从事血液透析器复用的人员资质有规定。	【C】 1．从事血液透析器复用的人员必须是护理人员、技术员或经过培训的专门人员。复用人员经过充分的培训及继续教育，能理解复用的每个环节及意义，能够按照每个流程进行操作，并符合复用技术资格要求。 2．复用过程中对消毒剂过敏的患者使用过的血液透析器不能复用。 3．有血液透析器复用操作流程，有设备检测记录。 （1）复用设备合理设计，并经测试能够完成预定的任务。 （2）血液透析器复用只能用于同一患者，标签必须能够确认使用该血液透析器的患者，复用及透析后字迹应不受影响，血液透析器标签不应遮盖产品型号、批号、血液及透析液流向等相关信息。 4．抽查血液透析器复用次数均不超过规定要求。 （1）采用半自动复用流程，低通量血液透析器复用次数应不超过 5 次，高通量血液透析器复用次数不超过 10 次。 （2）采用自动复用流程，低通量血液透析器推荐复用次数不超过 10 次，高通量血液透析器推荐复用次数不超过 20 次。 5．废弃血液透析器有登记、有处理流程。
	【B】符合“C”，并 科室有监督检查，对发现的问题有改进措施。
	【A】符合“B”，并 医院感染管理与职能部门对问题与缺陷改进情况进行追踪与成效评价，有持续改进。
4．22．7 科主任与具备资质的质量控制人员组成团队，能够用质量与安全管理核心制度、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。	
4．22．7．1 有科室质量与安全管理小组，负责科室质量与安全管理。	【C】 1．由科主任、护士长等相关人员组成质量管理小组，负责医疗质量和安全管理，有工作计划与工作记录。 2．有保证医疗服务质量的相关文件（各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程）。
	【B】符合“C”，并 科室质量管理小组定期活动，每季至少一次。
	【A】符合“B”，并 质量管理资料完整，体现持续改进。
4．22．7．2 建立与完善运行中的数据库，做到实时记录，有质量与安全管理指标。	【C】 1．血液透析室有运行数据收集的流程。 2．有运行中的数据库，做到实时记录。 （1）质量管理方面基础数据 •血液透析机台数/专职医师/专职护理人员。

	•年度血液透析（简称“血透”）总例数。 •年度血透治疗总例次（普通血透、高通量血液透析、血液透析滤过、血液滤过、单纯超滤例次）。 •年度维持性血透患者的死亡例数、年度维持血透患者透析 1 年内死亡率。 •年度血透中严重（可能严重危及患者生命）并发症发生例次。 •年度可复用透析器复用率与平均复用次数。 •年度血透患者乙肝病毒表面抗原或 E 抗原转阳病例数。 •年度血透患者丙肝病毒抗体转阳病例数。 •年度血透转腹透例数、血透转肾移植例数。 （2）维持性血透患者质量监测指标 •维持性血透患者质量监测指标。 •年度溶质清除（尿素下降率ＵＲＲ>65%）例数。 •年度肾性贫血的纠正（血红蛋白≥110ｇ/Ｌ）例数。 •年度钙磷代谢（钙磷乘积<55ｍｇ2/ｄ１2）例数。 •年度继发性甲状旁腺功能亢进[血清甲状旁腺素（ｉＰＴＨ）100～300ｎｇ/ｄ１]例数。 •年度血管通路类别：动静脉内瘘、中心静脉血透导管、动静脉直接穿刺、其他血管通路例次。 •年度血压控制（透析间期血压 90/60～150/90ｍｍＨｇ）例数。 •年度平均每名患者透析时间例数。 •年度患者主观舒适度评价。 •年度腹膜透析例次。
	【B】符合“C”，并 1．定期对质量管理指标进行分析评价，对存在问题有改进措施。 2．主管部门有监管，对存在问题与缺陷的改进情况有评价。
	【A】符合“B”，并 科室运用质量管理工具开展质量与安全管理，用质量指标与同行比较，追踪评价，持续改进。

二十三、临床营养管理与持续改进

评审标准	评审要点
4．23．1 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》等相关法律法规。	
4．23．1．1 设营养科（室），并配备与其规模相适应的（医师、技师、护士、厨师、护理员等）营养专业人员。	【C】 1．设置营养科（室）。 2．配备与其规模相适应的（医师、技师、护士、厨师、护理员等）营养专业人员。 3．营养医师具有执业医师证书，具备相应的基本技能。 4．营养护士具有执业护士证书，具备相应的基本技能。 5．有各级各类人员岗位职责。 6．各级各类人员熟悉并履职本岗位职责。

	【B】符合“C”，并 1. 营养科设有营养门诊、营养代谢实验室（可在检验科内设置）、治疗膳食配置室、场内营养配置室。 2. 临床营养专业人员与床位比不少于1∶200。 3. 营养医师占专业人员的比例≥50%，有完整的人才梯队。 4. 科室负责人应具备营养专业或医学专业学历背景及副主任医师以上职称。
	【A】符合“B”，并 1. 营养食堂有A级资质证书。 2. 医院有肠外营养配置室（可在药学部设置）。 3. 科室主任为正高职或担任全国性、省级专科协会的常委。
4. 23. 1. 2 开展临床营养工作。	【C】 1. 有满足营养门诊工作的基本设施。 2. 肠内营养配制室具备相应工作条件。 3. 开展营养风险筛查和营养评定。 4. 治疗膳食配制部门按操作区配备基本使用设备。
	【B】符合“C”，并 1. 营养门诊每周不少于5个单元。 2. 肠内营养制剂的应用种类不少于10种。
	【A】符合“B”，并 1. 开设社区营养门诊。 2. 与临床科室合作开展专科营养门诊。 3. 开设健康体检营养咨询服务。
4. 23. 1. 3 营养科(室)建立健全并落实临床营养工作管理制度,并对各级人员进行岗位培训。	【C】 1. 各项规章制度齐全。如查房、会诊制度及值班、交接班制度，食品卫生相关制度，医院感染管理制度，设备维护维修制度，工作人员职业道德、行为规范与考核制度等。 2. 监督指导营养食堂财会和成本核算、财务管理、库房管理制度以及卫生制度等。 3. 若是外包服务，医院则需确认供应商生产、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。 4. 对各级人员进行岗位培训。
	【B】符合“C”，并 1. 制定食品操作（准备、处理、贮存、运送）标准与程序。 2. 配送食品有保温措施，在盛装后能在40分钟内送至病房。 3. 若用统一餐具，能在病人用餐后30分钟内回收餐具撤离病房。 4. 制定食物残渣、餐具清洗消毒贮存的操作标准与程序。
	【A】符合“B”，并 有主管职能部门定期对营养管理进行督导检查，持续改进营养管理工作。
4. 23. 2 有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”，为住院患者提供适合其治疗需要的膳食。	

4．23．2．1 医院现行的规章制度，有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”。	【C】 有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”。
	【B】符合“C”，并 有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”手册，并落实。
	【A】符合“B”，并 1．有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”效果评价，并持续改进。 2．有独特的治疗膳食种类及制备技术。
4．23．2．2 住院医师遵循规章制度，执行膳食医嘱。	【C】 住院医师遵循规章制度，执行膳食医嘱。
	【B】符合“C”，并 有完整明晰的膳食医嘱执行路径。
	【A】符合“B”，并 有重点病房治疗膳食医嘱的效果评价。
4．23．3 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。	
4．23．3．1 对住院患者实施营养评估，接受营养会诊，提供营养支持方案，按照《病历书写基本规范(试行)》的要求进行记录。	【C】 1．营养医师定期查房，参与临床病历讨论，完成重点患者营养病历记录。 2．对住院患者实施营养评估，接受特殊、疑难、危重及大手术患者的营养会诊。 3．提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案。 4．按照《病历书写基本规范》的要求进行记录。
	【B】符合“C”，并 有营养科与临床各科的协作机制。
	【A】符合“B”，并 有重点病房进行营养风险筛查。
4．23．4 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，听取并征求患者及家属的意见。	
4．23．4．1 为住院患者提供适合其病情治疗需要的膳食，住院患者治疗膳食就餐率≥80%以上。	【C】 1．能提供各种诊断及治疗膳食服务。 2．对有诊疗特殊需要的患者提供诊断膳食、治疗膳食等服务。 3．进行营养与健康宣传教育服务。 4．在出院时提供膳食营养指导。 5．为临床医护人员提供临床营养学信息。 6．与临床医护人员进行良好的沟通。
	【B】符合“C”，并 1．有多种形式的疾病营养指导、营养健康教育资料。 2．定期召开各种形式座谈会，征求临床医务人员和患者、家属的意见，及时进行总结分析。

	3. 住院患者治疗膳食就餐率≥60%。
	【A】符合“B”，并 1. 有持续性的改进措施。 2. 住院患者治疗膳食的就餐率≥80%。
4. 23. 5 科室有质量与安全管理小组或专人负责质量管理工作，能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。	
4. 23. 5. 1 科室有质量管理小组或专人负责质量管理，开展质量与安全管理。	【C】 1. 科室有质量管理小组或专人负责质量管理，开展质量与安全管理。 2. 有明确的质量与安全指标。
	【B】符合“C”，并 科室能运用适宜的评价方式与质量管理工具，定期评价营养管理工作，对重点患者全程营养诊疗服务进行追踪评价。
	【A】符合“B”，并 根据评价情况，持续改进营养管理，各科室和患者对营养工作满意度高。

二十四、医用氧舱管理与持续改进（可选）

评审标准	评审要点
4. 24. 1 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》等国家颁布的法律法规、技术标准。	
4. 24. 1. 1 医用氧舱的准入、设置与布局符合规范。	【C】 1. 具有省级卫生行政部门颁发的《医用氧舱设置批准书》、《医用氧舱使用证》及《医用氧舱备案表》，均在有效期之内。 2. 医用氧舱设置在耐火等级为一、二级的建筑内，并使用防火墙与其他部位分隔，不设置在地下室内。 3. 氧舱布局合理，实行单通道设计，设立治疗等待区、氧舱室、诊断室、抢救室、医、护办公室、消毒间等。 4. 医院严格按照规范设计，无自行改变原设计的情况发生。 （1）医院没有自行改变舱体结构、供（排）氧系统和供（排）气系统。 （2）没有自行改变原设计的医用氧舱加压介质和增加舱内吸氧面罩等。
	【B】符合“C”，并 建筑与医用氧舱的文档资料保存完整。
	【A】符合“B”，并 主管部门有保障医用氧舱规范设置的管理措施。
4. 24. 1. 2 有医用氧舱使用的制度与流程。	【C】 1. 根据《医用氧舱使用安全技术规定》和《医用氧舱安全管理规定》及《医用氧舱操作规程》等相关的法律法规的要求，制定相关制度与流程。 2. 对医用氧舱的工作人员进行相关制度、规程的培训，使其能够做到自觉执行。

	【B】符合“C”，并 主管部门对制度、流程的执行情况进行监督检查、总结反馈。
	【A】符合“B”，并 对存在的问题与缺陷有持续改进。
4．24．2 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。	
4．24．2．1 人员合理配置，能履行岗位职责。	【C】 1．按照舱型（婴儿舱、单人、双人舱，以及小型、中型、大型多人舱）配设医师、护理人员与技术人员等，从业人员均持有上岗证，人员结构能够满足日常诊疗工作的需要。 2．明确各级各类人员的岗位职责，相关人员均知晓。 3．对医用氧舱安全管理制度、安全操作规程，医疗护理常规，相关工作人员熟知并严格执行。
	【B】符合“C”，并 主管部门对医用氧舱室进行监管，并有记录。
	【A】符合“B”，并 对存的问题与缺陷有持续改进。
4．24．2．2 对进舱人员进行安全教育。	【C】 1．有进舱人员进行安全教育的制度。 （1）进舱人员不得携带火种和易燃、易爆物品。 （2）不得穿戴能产生静电的服装、鞋、帽。 （3）严禁沾染油脂的物品置于舱内。 2．相关人员知晓安全教育制度与教育内容。
	【B】符合“C”，并 职能部门进行监管，并有记录。
	【A】符合“B”，并 无违规情况。
4．24．2．3 有控制氧浓度的制度与流程。	【C】 1．有控制氧浓度的制度与流程。 （1）空气加压舱内氧浓度必须控制在25%以下。 （2）超过时必须进行置换，置换3分钟后如达不到要求，应立即停止使用，并采取相应处理措施。
	【B】符合“C”，并 相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【A】符合“B”，并 做到每一位进舱人员均严格按照要求操作。
4．24．3 掌握高压氧治疗的适应证、禁忌证，执行医嘱，有完整的工作流程及记录。	
4．24．3．1 掌握高压氧治疗的适应	【C】 1．医院对高压氧治疗的适应证、禁忌证，执行医嘱有明确的制度规定与流程

证、禁忌证，执行医嘱，有完整的工作流程及记录。	要求。高压氧治疗的医师能够严格执行临床医师的诊疗方案与医嘱。 2. 有心理护理工作的制度与流程。在患者入舱时，按照规范要求，认真做好心理护理工作，指导患者如何配合治疗。 3. 有预防各种气源伤人的措施及应急预案。 4. 有危重昏迷患者须由医护人员陪舱实施救治的相关规定。 5. 有完整的工作流程。操作项目、时间与签名等内容及时准确记录。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监管，对问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 每一例患者均有完整规范的治疗记录，整个治疗过程安全。
4. 24. 4 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。	
4. 24. 4. 1 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。	【C】 1. 有对医用氧舱各类执业人员资质的要求。 2. 诊疗活动执行医护人员三级负责制。 3. 医用氧舱的操作人员必须经卫生部指定的机构进行培训和考核，取得相应专业资格证书后方可上岗操作。 4. 氧舱的维护和维修工程技术人员必须通过国家特种设备局认证合格，并持有有效期内的上岗证。
	【B】符合“C”，并 主管部门有监管记录。
	【A】符合“B”，并 人员资格能力符合临床需求。
4. 24. 5 按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。	
4. 24. 5. 1 按照规定定期检验医用氧舱。	【C】 1. 按照规定安排医用氧舱定期检验。 2. 一年期定期检验，可由医用氧舱使用单位取得医用氧舱检验资格的人员进行，也可由认可检验单位进行。 3. 三年期定期检验必须由认可检验单位进行。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监管。
	【A】符合“B”，并 各项定期检验资料完整，符合要求。
4. 24. 5. 2 制定紧急情况时的处理措施和方案，并定期演练。	【C】 1. 医院对医用氧舱内发生“紧急意外情况”有明确的定义。 2. 制定紧急情况时的处理措施和方案，明确各相关人员职责，有协调机制。 3. 相关人员知晓履职要求。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监管。
	【A】符合“B”，并

	有定期演练。
4．24．6 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。	
4．24．6．1 有科室质量与安全管理小组并履行职责。	【C】 1．科室的质量与安全管理小组由科主任、护士长与具备资质的人员组成。 2．有质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范等规范性文件。 3．有质量安全指标，对高压氧治疗诊疗服务的全程监控管理，定期评价质量。
	【B】符合“C”，并 1．有完整的工作计划和工作记录。 2．有主管部门定期检查、总结反馈。
	【A】符合“B”，并 对问题与缺陷改进情况，进行追踪与成效评价，持续改进有成效。
4．24．6．2 有质量与安全管理培训计划并实施。	【C】 制定质量与安全管理培训计划，定期组织培训，其中包括质量改进和患者安全知识的培训。
	【B】符合“C”，并 1．培训率≥90%。 2．对质量安全制度、诊疗规范、安全操作常规等进行定期再培训、再考核。
	【A】符合“B”，并 员工能知晓、掌握并自觉执行质量与安全管理核心制度、人员岗位职责、诊疗规范、技术操作常规。
4．24．6．3 定期开展高压氧治疗质量评价。	【C】 1．定期开展高压氧治疗质量评价。 2．有适宜的评价方式与质量管理工具。
	【B】符合“C”，并 有主管部门的监管记录。
	【A】符合“B”，并 职能部门对问题与缺陷的改进情况进行追踪，质量改进有成效。

二十五、放射治疗管理与持续改进（可选）

评审标准	评审要点
4．25．1 依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和相关国家标准。	
4．25．1．1 具有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。机房建筑应取得国家的	【C】 1．有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。 2．机房建筑已取得国家的合格证书。 3．有定期的核准与校验。

合格证书。	【B】符合“C”，并 主管部门对核准与校验资料进行分析反馈，发现问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 无超核准的“放射治疗”诊疗科目。
4．25．1．2 放射治疗设备具有获得国家卫生行政管理部门核准的《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。	【C】 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、验证设备）。 2．放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。 3．放射治疗设备证件齐全，符合国家相关准入标准。
	【B】符合“C”，并 有主管部门监管。
	【A】符合“B”，并 放射治疗设备使用符合规定。
4．25．1．3 具备开展放射治疗的基本技术。	【C】 1．根据医院的实际情况开展相应的放疗基本技术。 2．开展技术项目包括：三维适形放疗或调强放疗，占总治疗患者例数的 50%以上、已经开展常见恶性肿瘤的根治性放疗、术前或术后放疗等。 3．放射治疗的基本技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。 4．对相关技术人员进行相应的放疗的基本技术培训并考核。 5．相关人员掌握相应的放疗的基本技术。
	【B】符合“C”，并 主管部门有检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】符合“B”，并 1．放射治疗的基本技术管理符合规定要求 2．主管部门对落实情况进行追踪与评价，持续改进有成效。
4．25．2 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。	
4．25．2．1 根据需求配备相应的资质专业技术人员，结构合理。	【C】 专业技术人员配备符合医院功能定位，有适量合格的临床放射肿瘤医师、临床放射物理师、放射治疗技师、维修工程人员、放射治疗护理人员等人员配备，有相应的资质，满足工作需要。
	【B】符合“C”，并 主管职能对人员的配备及资质有定期检查与考核，保障临床需求。
	【A】符合“B”，并 专业技术人员配备合理，满足临床需求，并形成人才梯队。
4．25．2．2 有放射诊疗各级各类人员岗位职责与技术能力标准。实行授权管理。	【C】 1．有放射诊疗各级各类人员岗位职责与技术能力标准。 2．有放射诊疗医师资格分级授权管理制度与程序。实行授权管理并落实。 3．有继续教育计划。

	4．相关人员知晓本岗位的职责并履行职责。
	【B】符合“C”，并 1．继续教育的措施落实到位。 2．至少每年对技术能力进行评价与再授权。 3．主管部门有定期检查，对存在的问题与缺陷，及时反馈，有整改意见。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4．25．3 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。	
4．25．3．1 放射治疗前由主管医生、物理师共同制定放射治疗计划。	【C】 1．有讨论制定放射治疗计划的制度与流程。 2．有患者及家属、授权委托人知情同意的制度与确认程序，有记录完整的资料、知情同意书，存放在病历中。 3．有放射治疗定位精确与计量准确的相关程序。 4．有对相关人员进行制度与程序的培训。
	【B】符合“C”，并 1．针对不同患者，采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果 2．科室对落实情况检查、总结，对存在问题与缺陷有整改措施。 3．主管部门有监督检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】符合“B”，并 1．放射治疗计划规范、放射治疗定位精确、计量准确，放射治疗效果好。 2．患者及家属、授权委托人对放射治疗方案理解，对放射治疗满意。
4．25．3．2 放射治疗过程中根据患者情况及时调整放疗计划，有放射治疗后患者随访。	【C】 1．有放射治疗过程中根据患者情况及时调整放疗计划的相关程序。 2．有调整放疗计划，履行“患者知情同意”的程序，有告知记录。 3．有放射治疗后患者随访。 4．相关人员知晓上述程序与内容，并执行。
	【B】符合“C”，并 1．科室对落实情况检查、总结，对存在问题与缺陷有整改措施 2．主管部门有监督检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】符合“B”，并 患者及家属、授权委托人对放疗治疗计划的调整充分理解。
4．25．4 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。	
4．25．4．1 有各项医疗管理规章制度和措施，保证医疗质量和安全。	【C】 1．有各项医疗管理规章制度、操作规范和流程，并有落实措施。 2．有对相关人员进行制度、操作规范和流程的培训计划，并落实。 3．相关人员知晓本部门、本岗位的职责并履行职责。
	【B】符合“C”，并 1．科室对落实情况检查、总结，对存在问题与缺陷有整改措施。 2．主管部门有监督检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。

	【A】符合“B”，并 各项医疗管理规章制度落实到位、操作规范，存在问题有持续改进。
4．25．4．2 对放射治疗有效果评价。	【C】 1．有放射治疗效果评价的规范与流程。 2．开展疑难、危重症病例讨论。 3．有对放射治疗效果和毒副作用的评价。
	【B】符合“C”，并 1．根据评价，有防范毒副作用、改善放疗效果的措施。 2．主管部门有监督检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】符合“B”，并 放射治疗效果提高。
4．25．5 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。	
4．25．5．1 有放射治疗装置操作和维护维修制度与质量保证和检测制度。	【C】 1．有放射治疗装置操作、维护维修和检测制度。 2．放射部门在相关的放射场所设置明显的警示标识。 3．放射治疗机器使用有操作指南、规范的程序及必要的联动设置。 4．定期对相关人员进行制度与流程的培训。 5．相关人员知晓上述制度并执行。
	【B】符合“C”，并 有专人负责放射治疗装置的维护、维修与检测。 有完整的使用、维护、检测、维修记录。 科室对落实情况检查、总结，对存在问题与缺陷有整改措施 主管部门有监督检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】符合“B”，并 放射治疗装置维护维修及时，设备安全运行，保障临床使用。
4．25．5．2 有患者与工作人员放射防护制度。	【C】 1．有患者与工作人员放射防护制度并落实 2．有相关工作人员放射防护培训并有证书。 3．工作人员佩戴个人放射剂量计。
	【B】符合“C”，并 1．科室对落实情况检查、总结，对存在问题与缺陷有整改措施。 2．主管部门有监督检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】符合“B”，并 患者与工作人员放射防护达到100%。
4．25．6 有放射治疗意外应急预案及处置措施，有能够执行的流程。	
4．25．6．1 加强对放射治疗意外事件管理，有放射治疗意外应急预案及处置措施。	【C】 1．有放射治疗意外应急预案。 2．有预防放射治疗意外的处置措施、规范与流程。 3．有对相关人员进行相关培训。

	4．相关人员熟悉并掌握预防放射治疗意外应急预案及处置措施。
	【B】符合“C”，并 1．有放射治疗与核医学工作场所监测记录。 2．有多种途径便于医务人员主动报告放射治疗意外事件。
	【A】符合“B”，并 有放射治疗意外应急演练，根据演练情况改进应急管理。
4．25．6．2 放射诊疗工作人员能掌握心肺复苏基本技能。	【C】 1．有医院对放射诊疗人员心肺复苏技能培训，并考核合格。 2．放射诊疗人员能基本掌握心肺复苏基本技能。
	【B】符合“C”，并 工作区域配置有可及的相关抢救药品、器材、氧气等。
	【A】符合“B”，并 放射科工作人员熟练掌握心肺复苏技术。
4．25．6．3 放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平符合有关规定。	【C】 1．有对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的安全管理制度。 2．定期对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平进行检测。 3．放射治疗设备和场所设置醒目的警示标志。
	【B】符合“C”，并 1．有定期安全检查记录。 2．主管部门定期检查、指导安全管理。
	【A】符合“B”，并 辐射水平符合有关规定或标准。

二十六、其他特殊诊疗管理与持续改进

本标准用于脑电图检查室、肌电图检查室、呼吸功能检查室、心电图检查室、内镜检查室、诊断核医学（放射性分析、体内检测）等。

评审标准	评审要点
4．26．1 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。	
4．26．1．1 根据医院的功能任务设置特殊检查室，满足临床科室诊疗需求。	【C】 1．根据医院的功能任务设置特殊检查室，符合国家法律、法规及卫生行政部门规章标准的要求，满足临床科室诊疗需求。 2．诊疗科目与服务项目经卫生行政部门核准，与执业许可证一致。 3．使用经核准、可适用的技术。 4．服务项目收费经物价部门批准。 5．有主管部门监管。 6．相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。

	【B】符合“C”，并 1. 科室要对存在问题与缺陷改进的措施落实情况评价。 2. 职能部门按照制度和流程落实监督检查，并记录问题与缺陷。
	【A】符合“B”，并 无违规执业，无超范围执业。
4. 26. 2 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。	
4. 26. 2. 1 特殊检查室卫生技术人员应依法获得资质，负责日常管理及医疗业务工作。	【C】 1. 对特殊检查部门的各级各类人员均有明确的资质与能力要求。 （1）特殊检查室人员按照相关规定接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格与授权的人员、专业技师，应有专业资格证书。 （2）人员数量、人员梯队与所承担的任务相适应，能完成日常工作中常规操作及疑难病例处理。 （3）特殊检查室负责人必须是有经验的特殊检查专业或经过特殊检查技术培训的副主任医师及以上职称。 （4）所有人员经过岗前培训。 2. 特殊检查部门出具“临床诊断报告”由经过授权、具备执业医师资质的人员签发。 3. 有主管的职能部门监管。 4. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。
	【B】符合“C”，并 职能部门按照规定和制度实行监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 1. 职能部门对整改情况进行追踪与成效评价，有记录 2. 无非卫生技术人员执业或执业范围与注册项目不符。
4. 26. 3 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。	
4. 26. 3. 1 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果。	【C】 1. 有出具诊疗报告，解读检验结果的相关规定。 2. 各种诊疗报告签署和发出均由具备专业资质（授权）的执业医师执行。
	【B】符合“C”，并 职能部门按照规定和制度实行督查，对存在问题与缺陷提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 1. 职能部门对整改情况进行追踪与成效评价，有记录。 2. 无不具备资质人员签发报告。
4. 26. 3. 2 放射性分析程序除符合临床生物化学的质量控制要求外，还应有书面质量控制流程。	【C】 1. 放射性分析程序须符合临床生物化学的质量控制。 2. 有书面质量控制流程：背景计数；仪器校准；污染排除的安全检测；处理放射性核素；处理放射活性的垃圾；放置放射活性的材料；监测放射区域。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。

	【B】符合“C”，并 1. 有措施保证使用放射性同位素时工作人员的安全性。 2. 各项质量控制活动需保留记录。
	【A】符合“B”，并 职能部门有监管，对问题与缺陷进行追踪，持续改进有成效，有记录。
4. 26. 3. 3 体内检测的实验室须使用合适的质量控制方法和检查设备性能。	【C】 1. 有书面质量控制流程和检查设备性能。 （1）实验室须保留放射性核素和放射性药物从进入实验室到投药和最后被销毁的全程记录。 （2）提供部门记录的文件，注明放射性核素的标识、收到日期、接收方法、活性、储存、制备、处理、容器的性质、投药日期、销毁的情况。 （3）给药之前核对放射性核素种类和剂量的验证结果。 （4）根据厂家的规定制备放射性药物。 （5）利用放射源标准化设备性能，使这些放射源与患者诊断中使用的放射性核素具有相同的能量。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 有措施保证使用放射性同位素时患者和工作人员的安全。 2. 各项质量控制活动需保留记录。
	【A】符合“B”，并 职能部门有监管，对问题与缺陷进行追踪，持续改进有成效，有记录。
4. 26. 4 符合环境保护、医院感染管理规范的要求。	
4. 26. 4. 1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求，保证检查质量。并能将有害光、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。	【C】 1. 特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定。 2. 符合医院感染管理感染的要求，措施到位。 （1）严格划分患者、检查人员、其他人员所在区域。 （2）所有诊疗活动与器材消毒、灭菌、医疗废弃物处理均应遵循医院感染管理法规的要求。 3. 特殊检查所用设备、仪器、药品必须符合国家相关标准，并经验证合格后方能使用，以保证检查质量和患者安全。 4. 所有诊疗活动、各类医疗废物处理符合医院感染管理感染控制的要求。 5. 有主管的职能部门监管。 6. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 对相关的制度、规程文件的培训与教育。 2. 职能部门及医院感染管理部门要注重对规章制度和工作流程落实情况的监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施。 3. 科室对存在问题与缺陷改进措施落实。
	【A】符合“B”，并 职能部门对措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录。

4．26．5 开展诊断核医学（脏器功能测定和体外微量物质分析等）活动的应符合GBZ120-2002《临床核医学卫生防护标准》中的要求。	
4．26．5．1 开展诊断核医学活动应符合GBZ120-2002《临床核医学卫生防护标准》中的要求。	【C】 1．开展诊断核医学（包括脏器或组织影像学检查、脏器功能测定和体外微量物质分析等）项目经省级卫生行政部门核准。 2．符合GBZ120-2002《临床核医学卫生防护标准》中的要求。 （1）工作场所的分级和分区。 （2）工作场所的防护要求。 （3）放射性物质贮存的防护。 （4）放射性药物操作的防护要求。 （5）辐射监测。 （6）放射性废物处理。 3．具有省级环境保护部门的环境保护检测与合格文件。 4．有主管的职能部门监管。 5．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．对相关人员有培训与教育的记录。 2．主管部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有整改措施。 3．有定期监管检查的结果。
	【A】符合“B”，并 职能部门对措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录。
4．26．5．2 有明确的事故应急预案。	【C】 1．医院有应急预案，责任分工明确，并有演练。 2．放射性操作区应展示简明的应急救援措施指南，并指定该区域的防护负责人。 3．工作区应备有急救药品和设备。现场急救应根据污染和危险情况而定。 4．在采取应急救援措施使场所污染程度达到要求后，可宣布结束应急状态。 5．有主管部门监管。 6．相关人员知晓本科/室/组的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．对相关人员有培训与教育的记录。 2．至少每年演练一次，有记录。 3．职能部门履行监管的责任，对存在问题与缺陷提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 职能部门对措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录。
4．26．5．3 临床核医学诊断时的防护符合要求。	【C】 1．有相关制度与规章、程序等，保障在临床核医学诊断时防护符合要求。 （1）诊断用场所的布局应有助于工作程序，如一端为放射性贮存室，依次为给药室、候诊室、检查室。应避免无关人员通过。 （2）给药室与检查室应分开。如必须在检查室给药，应具有相应的防护设备。 （3）候诊室应靠近给药室和检查室，宜有专用厕所。

	（4）仅为诊断目的使用放射性核素。 （5）进行手术时不需特殊防护措施诊断用场所的布局符合要求。 （6）具有相应的防护设备。 2. 有主管部门监管。 3. 相关人员知晓本科/室/组的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 对相关人员有培训与教育的记录。 2. 职能部门对监管中发现的问题与缺陷及时反馈，提出整措施。 3. 有定期监管检查的结果。
	【A】符合“B”，并 职能部门对整改措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录。
4. 26. 6 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成团队或由专人负责，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
4. 26. 6. 1 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小组或由专人负责，开展质量与安全管理，有明确的质量与安全管理指标。	【C】 1. 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量管理小组或由专人负责，开展医疗质量和安全管理，并有工作记录。 2. 有保证医疗服务质量的相关制度，至少应有: （1）核心制度、岗位职责及继续教育制度。 （2）诊疗规范与操作常规，相关适应证、禁忌证以及诊疗报告规范。 （3）应急预案，包括处置流程与措施。 （4）仪器管理、使用、维修制度。 （5）医院感染管理、安全防护管理等相关制度。 3. 有明确的质量与安全管理计划和指标。 4. 有质量与安全培训，对轮转医师、护士培训后上岗。 5. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和质量与安全管理目标。
	【B】符合“C”，并 1. 科室落实质量与安全计划，定期开展质量与安全管理检查，对质量与安全指标进行解读与评价，对存在问题与缺陷及时整改。 2. 根据有关要求对有关制度、规范进行修订，并组织再培训。 3. 主管部门对科室质量与安全管理监督指导，对存在问题与缺陷提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 科室能运用质量管理工具，开展定期评价活动，解读评价结果，持续改进医疗服务质量。

二十七、病历（案）管理与持续改进

评审标准	评审要点
4. 27. 1 病历（案）管理符合《中华人民共和国侵权责任法》、《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。	
4. 27. 1. 1	【C】

按照《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范的要求，设置病案科，由具备专门资质的人员负责病案质量管理与持续改进工作。配设相应的设施、设备与人员梯队。	1. 设置病案科。 2. 配置病案管理人员满足工作需要，形成梯队，非相关专业的人员<50%。 3. 有从事医疗或管理高级职称的人员负责病案科（室）。 4. 配设计算机系统等相应的设施、设备。
	【B】符合“C”，并 高、中、初级人员结构梯队满足医院需求。
	【A】符合“B”，并 1. 有从事医疗或管理高级职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科（室）。 2. 非相关专业的人员应不高于20%。
4. 27. 1. 2 制定病案管理、使用等方面的制度、规范、流程等执行文件。并对相关人员进行培训与教育。	【C】 1. 有病案工作制度和人员岗位职责。 2. 有病案工作流程。 3. 工作人员知晓本岗位职责和履职要求，熟悉病案管理的相关法律、法规和规章。
	【B】符合“C”，并 1. 有人员培训的规划。 2. 有参加病案专业继续教育的记录。 3. 病案科（室）对制度和流程落实情况进行检查，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 病案管理人员均接受规范培训，并有记录。 2. 职能部门有监管，对改进措施进行追踪与成效评价。
4. 27. 2 为每一位在门诊、急诊、住院患者书写符合《病历书写基本规范》要求的病历，按现行规定保存病历资料，保证可获得性。	
4. 27. 2. 1 按规定为门诊、急诊、住院患者写书病历记录。	【C】 1. 医师要按照规范书写门诊、急诊、住院患者病历。 2. 保存每一位来院就诊患者的基本信息。 3. 住院患者的姓名索引： （1）患者个人的基本信息。 （2）项目包括：姓名、性别、出生日期（或年龄）。应尽可能使用二代身份证采集身份证号、住址甚至照片信息。还应当包括联系人、电话、住院科室等详细信息。
	【B】符合“C”，并 1. 每一位医师知晓有关病历书写的要求。 2. 质量管理相关部门、病案科以及临床各科对病历书写规范进行监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 职能部门对病历书写质量整改措施进行追踪与成效评价，持续改进病历质量。

4．27．2．2 为每一位门诊、急诊患者建立就诊记录或急诊留观病历。	【C】 1．对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。 2．为急诊留观患者建立留观病历。 3．急诊病房的病历按照住院病历规定执行。 4．建立医师工作站，有处方及检查化验报告等查询功能。
	【B】符合“C”，并 质量管理相关部门、病案科以及临床各科对病历书写规范进行监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 职能部门要对病历质量整改措施进行追踪与成效评价，持续改进病历质量。
4．27．2．3 为每一位住院患者建立并保存病案。	【C】 1．每一位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。 2．有唯一识别病案资料的病案号。 3．有为患者及时调取病案具体时间规定，保证患者就诊时对所需病案的可及性。
	【B】符合“C”，并 1．通过一个病案的编号可获得所有的相关历史诊疗记录。 2．保证病案的完整性、连续性。 3．职能部门对病案保存与使用情况进行检查，对存在的问题与缺陷提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 职能部门对整改措施落实情况进行监督，病案保存规范，调取方便，临床科室对病案室提供服务满意度高。
4．27．2．4 住院病案首页应有主管医师签字，应列出患者所有与本次诊疗相关的诊断与手术、操作名称。	【C】 1．病案首页上，各级医师签字符合病案首页填写相关要求，体现三级医师负责制。 2．病案首页诊断填写完整，主要诊断的正确率达到100%。
	【B】符合“C”，并 1．病案首页中的疾病诊断顺序、主要诊断与主要手术、操作选择应符合卫生部与国际疾病分类规定要求。 2．病案首页中的诊断在病程、检查化验报告中获得支持依据。 3．病历中各种手术与操作并发症、使用药物、器材所致不良反应、病程记录或检查化验报告所获得的诊断应规范地填写在病案首页中，无遗漏。 4．有临床科室自查及主管职能部门督查，有整改措施。
	【A】符合“B”，并 主管部门对整改措施落实情况进行追踪与评价，监管与持续改进有成效。
4．27．2．5 病程记录及时、完整、准确，符合卫生部《病历书	【C】 1．病程记录及时、完整、准确，符合《病历书写基本规范》。 2．相关人员知晓岗位职责。

写基本规范》。	【B】符合“C”，并 1. 病程记录根据病情观察、查房情况结合检查结果有分析、有判断，体现医疗组三级医师的诊断思路和处理方案。 2. 临床科室对本科室医师书写的病程记录进行评价，促进提高病程记录质量。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，病历质量不断提高。
4. 27. 2. 6 保持病案的可获得性。	【C】 1. 保持病案的可获得性。 （1）有方法（如病案示踪系统）控制每份病案的去向， （2）病案如果没有其他替代品，如：影像、缩影，病案则不能打包存放或远距离存放（委托存放）。 2. 有 3 年病案存放的发展空间。 3. 对未归的病案有催还的实际记录。 4. 对病案使用期限和使用范围有明确的规定。 5. 患者出院后，住院病历在 7 个工作日之内回归病案科达≥90%。
	【B】符合“C”，并 1. 患者出院后，住院病历在 3 个工作日之内回归病案科达≥90%。 2. 病案科与职能部门对患者出院后病历未能及时回归病案科的科室进行追踪、分析、改进管理，保障回归率。
	【A】符合“B”，并 1. 患者出院后，住院病历在 2 个工作日之内回归病案科达≥95%，在 7 个工作日内回归病案科 100%。 2. 病案管理有序，去向明确，保持病案的可获得性。
4. 27. 3 加强安全管理，保护病案及信息的安全。	
4. 27. 3. 1 医院有保护病案及信息安全的相关制度，有应急预案。	【C】 1. 有保护病案及信息安全的相关制度和应急预案。 2. 病案库有防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施。 3. 配置相应的消防器材，消防安全符合规范。
	【B】符合“C”，并 1. 病案科工作人员知晓应急预案及处置流程。 2. 指定专人负责安全管理。 3. 科室定期进行安全检查，对存在问题和缺陷及时改进。
	【A】符合“B”，并 职能部门定期对病案科的安全管理进行检查指导，及时消除隐患，保障安全。
4. 27. 4 有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。	
4. 27. 4. 1 有《病历书写基本规范》的实施文件，发至每一位医师。	【C】 1. 有《病历书写基本规范》的实施文件，发至每一位医师。 2. 病历书写作为临床医师“三基”训练主要内容之一。 3. 病历书写作为医师岗前培训的主要内容之一。 4. 有病历书写的相关培训与训练计划。

	【B】符合“C”，并 有实施培训与训练的完整记录、考核资料。
	【A】符合“B”，并 新员工岗前培训和住院医师三基训练覆盖率 100%，病历书写考核合格率 100%。
4．27．4．2 有病历质量控制与评价组织。	【C】 1．有病历质量控制与评价组织，由具备主治医师以上资格且有 5 年以上管理住院病人临床工作经历的人员主持。 2．有病历质量监控评价标准，相关医师均知晓标准内容。 3．临床各科定期对病历质量进行检查与评价，作为医师考核内容。 4．主管部门定期对病历质量进行督导检查，作为科室考核内容。 5．院科两级及时通报病历检查情况，反馈至各科室和责任医师，对存在问题与缺陷及时改进。
	【B】符合“C”，并 1．医院有专职的质控医师，科室有兼职的质控医师。 2．医院至少每季度对病历质量进行总结、分析、评价，提出整改措施，改进病历质量。
	【A】符合“B”，并 院科两级落实整改措施，持续改进病历质量，年度住院病案总检查数占总住院病案数≥70%，病历甲级率≥90%，无丙级病历。
4．27．5 采用卫生部发布的疾病分类ＩＣＤ10 与手术操作分类ＩＣＤ9-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。	
4．27．5．1 采用卫生部发布的疾病分类ＩＣＤ10 与手术操作分类ＩＣＤ9-ＣＭ-3，对出院病案进行分类编码。（★）	【C】 1．对出院病案进行疾病分类，编码符合卫生部规定。 2．疾病分类编码人员有资质与技能要求。 3．有疾病分类与手术操作分类编码培训计划。
	【B】符合“C”，并 1．落实培训计划，提供技术支持，提升培训与教育质量。 2．病案科（室）定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提高编码质量。
	【A】符合“B”，并 1．编码员编码准确性不断提高。 2．临床医师熟悉疾病分类与手术操作分类。 3．有信息系统支持疾病分类与手术操作分类。
4．27．5．2 建立出院病案信息的查询系统。（★）	【C】 1．有出院病案信息的查询系统。 2．病案首页内容完整、准确。 3．病案首页全部资料信息录入查询系统，至少能为评审提供 2 年以上完整信息。
	【B】符合“C”，并 1．查询系统资料完整、功能完善。

	（1）根据病案首页内容的任意项目，单一条件查询住院患者的病案信息。 （2）根据病案首页内容的两个或两个以上的项目，复合查询住院的病案信息。 2. 能提供 3 年内的完整病历首页信息。
	【A】符合“B”，并 能提供 5 年内完整病案首页信息。
4. 27. 6 严格执行借阅、复印或复制病历资料制度，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。	
4. 27. 6. 1 有病案服务管理制度，为医院医务人员及管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。	【C】 1. 有病案服务管理制度，有明确的服务规范与程序。 2. 病案服务限于相关医务人员及管理人员，患者及其授权委托人，公安机关，检察院、法院等有关司法机关，医疗保险机构相关人员。 3. 依照法律、法规和规章为患者及其授权委托人、司法机关和医疗保险机构人员提供病案服务，履行借阅、复印或复制申请核查与病案信息核查。 4. 有回避与保护患者隐私的规范与措施。 5. 有完整的病案服务登记信息，包括借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复印或复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。
	【B】符合“C”，并 病案服务能力不低于当年出院的病案人数。
	【A】符合“B”，并 职能部门对病案服务有监管，保障病案依法借阅、调取、复印便捷，防止病案丢失、损毁、篡改，保护患者隐私。
4. 27. 7 推进电子病历，电子病历符合《电子病历基本规范》。	
4. 27. 7. 1 医院有电子病历系统的建设的方案与计划，电子病历符合《电子病历基本规范》。	【C】 1. 有电子病历系统建设方案与计划。 2. 在院长主持下，有明确的主持部门与多部门的协调机制。 3. 有具体措施、有信息需求分析文件。 4. 建立电子病历系统。
	【B】符合“C”，并 电子病历系统应符合卫生部《病历书写基本规范》与《电子病历基本规范（试行）》要求。
	【A】符合“B”，并 有基于电子病历的临床信息系统（CIS），电子病历系统具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。
4. 27. 7. 2 由文字处理软件编辑、打印的病历文档，病历记录全部内容、格式、时间、	【C】 1. 对由文字处理软件编辑、打印的病历文档有明确的管理规定。 2. 对禁止使用“模版拷贝复制病历记录”有明确的规定。 3. 病历记录全部内容、格式、时间均以签名后的纸版记录为准，并存档。

签名均以纸版记录为准，而非模版拷贝生成的病历记录。	【B】符合“C”，并 计算机打印病历的书写符合卫生部《病历书写基本规范》，按照病历管理要求进行质量控制。
	【A】符合“B”，并 有职能部门监管，对问题与缺陷及时反馈，定期总结，持续改进措施有效。

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

评审标准	评审要点
5．1．1 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。	
5．1．1．1 有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，对护理工作实施目标管理。	【C】 1．有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，定期专题研究护理管理工作，实施目标管理。 2．按照标准配置各层次护理管理岗位和人员，岗位职责明确。
	【B】符合“C”，并 落实岗位职责和管理目标，对各层次护理管理者有考核。
	【A】符合“B”，并 护理管理体系有效运行。
5．1．1．2 医院有护理工作中长期规划、年度计划和年度总结。	【C】 1．有护理工作中长期规划、年度计划，与医院总体规划和护理发展方向一致。 2．相关人员知晓规划、计划的主要内容。
	【B】符合“C”，并 有措施保障落实护理工作中长期规划，有效执行年度计划并有总结。
	【A】符合“B”，并 有对规划和计划落实情况的追踪分析，持续改进护理工作。
5．1．2 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。	
5．1．2．1 执行三级（医院-科室-病区）护理管理组织体系。	【C】 有建立护理垂直管理体系的工作方案，逐步实行三级（医院-科室-病区）护理管理。
	【B】符合“C”，并 三级（医院-科室-病区）护理管理组织体系完善，有效运行。
	【A】符合“B”，并 与相关科室及职能部门有联席会议或其他协调机制。
5．1．2．2 按照《护士条例》的规定，实施护理管理工作。	【C】 1．按照《护士条例》的规定，制定相关制度，实施护理管理工作。 2．依法执行护理人员准入管理。
	【B】符合“C”，并 主管部门对《护士条例》执行及制度落实情况的监督检查

	【A】符合“B”，并 对落实情况进行追踪与成效评价，有持续改进。
5．1．3 实施护理人员分级管理，病房实施责任制整体护理工作模式，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。	
5．1．3．1 实施护理人员分级管理，落实岗位责任制，明确临床护理内涵及工作规范。	【C】 1．实施护理人员分层级管理，制定与落实护理岗位职责。 2．护理人员知晓本部门、本岗位的职责要求。 3．有统一管理的护理人员分级管理档案。
	【B】符合“C”，并 1．护理工作规范并有效执行。 2．科室能定期自查、分析、整改。 3．主管部门履行监管职责，有定期监管检查的结果反馈和整改意见。
	【A】符合“B”，并 分级管理落实有效，护理工作持续改进有成效。
5．1．4 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。	
5．1．4．1 实行护理目标管理责任制、岗位职责明确。	【C】 1．有全院护理管理目标及各项护理标准并实施。 2．相关人员知晓上述内容并履行职责。
	【B】符合“C”，并 1．科护士长负责落实本科护理管理目标及并按标准实施护理管理。 2．主管部门对科室护理管理目标、护理质量执行有定期的检查、评价、分析、反馈，有整改措施。
	【A】符合“B”，并 对护理管理目标及各项护理标准落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。
5．1．4．2 落实护理常规、操作规程等，有相应的监督与协调机制。	【C】 1．有护理常规和操作规范并及时修订。 2．对护理核心制度（分级护理、查对、交接班、安全输血等制度）和岗位职责有培训、考核。 3．相关护理人员掌握上述内容并执行。
	【B】符合“C”，并 1．护理单元对护理常规、操作规程、护理核心制度落实情况有自查、分析、反馈及整改。 2．主管部门履行监管职责，有定期检查、分析、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 按照《临床护理实践指南》，完善护理常规、操作规程、护理核心制度落实好，持续改进有成效。
5．1．4．3 护理单元有专科护理常	【C】 1．各护理单元有能体现专业性和适用性的专科护理常规。

规，具有专业性、适用性。	2. 护理人员掌握本专业的专科护理常规并执行。
	【B】符合“C”，并 在实施专科护理常规过程中，定期补充、修改与完善。
	【A】符合“B”，并 1. 专科护理落实好。 2. 对开展的新项目、新技术有相应的专科护理常规补充和完善。
5. 1. 4. 4 能提供体现适时修订并有修订标识的护理制度，修订部分均遵守相关法律、法规和规章。	【C】 1. 有修订制度、职责、常规等相关文件的规定与程序 2. 修订后的文件，有试行—修改—批准—培训—执行的程序。并有修订标识。
	【B】符合“C”，并 1. 相关护理管理人员知晓修订规定与程序。 2. 护理人员知晓修订后的相关制度。
	【A】符合“B”，并 对修订后制度的执行情况有追踪与评价，持续改进有成效。
5. 1. 4. 5 定期开展护理管理制度的培训，有培训记录。	【C】 1. 有护理管理制度培训计划并落实。 2. 护理人员掌握相关护理管理制度。
	【达到“B”级】符合“C”，并 主管部门对培训落实情况有检查和督促。
	【A】符合“B”，并 对培训后的效果情况，有追踪与评价，有持续改进。

二、护理人力资源管理

评审标准	**评审要点**
5. 2. 1 有护理人员管理规定、实现岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准，同工同酬。	
5. 2. 1. 1 有护理人员管理规定，对各项护理工作有统一、明确的岗位职责和工作标准，有考评和监督。	【C】 1. 有适合医院实际情况的护理人员管理规定、岗位职责和工作标准。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位的人员资质与履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 各护理岗位人员符合相关岗位职责和工作标准的要求。 2. 主管部门定期对护理人员的工作进行绩效考核，包括工作数量、工作质量等内容。
	【A】符合“B”，并 对护理人员管理工作有追踪和评价，持续改进有成效。
5. 2. 1. 2 对各级护理人员资质进行严格审核。	【C】 1. 有各级护理人员资质审核规定与程序，并执行。 2. 相关人员知晓资质审核规定与履职要求。

	【B】符合“C”，并 1. 相关人员符合相关执业资质的要求。 2. 主管部门监管并执行。
	【A】符合“B”，并 对护理人员资质审核管理中存在的问题与缺陷，有追踪和评价，持续改进有成效。
5. 2. 1. 3 有聘用护理人员资质、岗位技术能力及要求、薪酬的相关制度规定和具体执行方案，并有执行记录。	【C】 1. 有聘用护理人员的资质、岗位技术能力及要求。 2. 有薪酬的相关制度、规定和具体执行方案。 3. 聘用护理人员知晓本岗位资质与履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 有相关职能部门（人事部、护理部）及用人科室共同管理的用人机制 2. 聘用护理人员符合相关聘用的要求。
	【A】符合“B”，并 聘用护理人员对薪酬制度满意程度较高。
5. 2. 1. 4 有全院护理人员的人员名册、薪酬、享有福利待遇、参加社会保险等信息，落实同工同酬。薪酬向临床一线和关键岗位倾斜，体现多劳多得，优绩优酬。	【C】 1. 有保障护理人员实行同工同酬，并享有相同的福利待遇和社会保险（医疗、养老、失业保险）的制度。 2. 护理人员每年离职率≤10%。
	【B】符合“C”，并 落实不同用工形式的护理人员同工同酬、享有同等福利待遇、社会保险等待遇。
	【A】符合“B”，并 1. 护理人员对薪酬和福利待遇满意程度较高。 2. 护理人员每年离职率≤5%。
5. 2. 1. 5 护理人员能够获得与其从事的护理工作相适应的卫生防护与医疗保健服务。	【C】 有护理人员相应岗位职业防护制度及医疗保健服务的相关规定。
	【B】符合“C”，并 保障上述制度和规定得到落实。
	【A】符合“B”，并 对上述制度落实情况有追踪和评价，持续改进有成效。
5. 2. 2 护理人力资源配备与医院的功能和任务一致，有护理单元护理人员的配置原则，有紧急状态下调配护理人力资源的预案。	
5. 2. 2. 1 有护理单元护理人员人力配置的依据和原则。	【C】 1. 按照医院的规模合理配置护理人员。 2. 护理人员分管患者护理级别符合护理人员能级水平。 3. 每位护士平均负责病人数≤8 人，并体现护理人员能力与病人危重程度相符的原则。
	【B】符合“C”，并 每位护理人员平均负责病人数≤8 人，并体现护理人员能力与病人危重程度相

	符的原则。
	【A】符合“B”，并 能够依据护理人员能力、专业特点，合理配置护理人力资源，效果良好。
5．2．2．2 有各级护理管理部门紧急护理人力资源调配的规定，有执行的方案。	【C】 1．各级护理管理部门有紧急护理人力资源调配的规定，有执行方案。 2．相关护理管理人员知晓紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程。
	【B】符合“C”，并 1．有护理人员储备，可供紧急状态或特殊情况下调配使用。 2．对储备人员有培训、考核。
	【A】符合“B”，并 有紧急情况下人力资源调配演练，持续改进。
5．2．3 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。	
5．2．3．1 根据收住患者特点、护理等级比例、床位使用率，合理配置人力资源。	【C】 1．护理人员人力资源配备与医院的功能、任务及规模一致。 （1）临床一线护理人员占护理人员总数≥95%。 （2）病房护理人员总数与实际床位比不低于 0.4：1。 （3）ＩＣＵ护士与实际床位之比不低于 2.5～3:1。 （4）手术室护士与手术间之比不低于 3：1。 2．有护理岗位说明书，包括工作任务和任职条件，有实例可查。 3．护理人员专业技术职称聘任符合医院聘任制度规定。
	【B】符合“C”，并 1．病房护理人员总数与实际床位比不低于 0．5：1（床位使用率≥93%）。 2．病房护理人员总数与实际床位比不低于 0．6：1（床位使用率≥96%，平均住院日小于 10 天）。 3．基于护理工作量配置护理人员。
	【A】符合“B”，并 能够依据专业特点，合理配置护理人力资源，效果良好。
5．2．3．2 对护理人力资源实行弹性调配。	【C】 1．有为实行弹性护理人力资源调配的人员储备。 2．有保障实施弹性人力资源调配的实施方案和实施效果。
	【B】符合“C”，并 根据收住患者特点、护理等级比例、床位使用率，在部分科室或部分专业实施实行弹性人力资源调配。
	【A】符合“B”，并 护理人员由护理部门统一调配，效果良好。
5．2．4 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，并将考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，实现优劳优得，多劳多得，调动护理人员积极性。	

5．2．4．1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核办法与评优、晋升、薪酬挂钩。	【C】 1．有基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求绩效考核方案。 2．绩效考核方案制定应充分征求护理人员意见。
	【B】符合“C”，并 1．绩效考核方案能够通过多种途径方便护理人员查询，知晓率≥80%。 2．绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩。
	【A】符合“B”，并 绩效考核方案能够体现优劳优得，多劳多得，调动护理人员积极性。
5．2．5 有护理人员在职继续教育计划、保障措施到位，并有实施记录。	
5．2．5．1 有护理人员在职继续教育培训和考评。	【C】 1．有护理人员在职继续教育培训与考评制度 2．有护理人员在职继续教育计划，并有专职部门和专人负责落实。 3．有开展培训的经费、设备设施等资源保障。
	【B】符合“C”，并 1．培训与考评结合临床需求，充分体现不同专业、不同层次护理人员的特点，并与评优、晋升、薪酬挂钩。 2．常规培训经费列入年度预算。
	【A】符合“B”，并 制度完善、内容详实，效果明显。
5．2．5．2 落实专科护理培训要求，培养专科护理人才。	【C】 1．根据医院功能及需要，培养临床所需的专科护理人员、 2．有开展专科护理人员日常训练所需的师资、设备设施等资源保障。 3．按照《专科护理领域护士培训大纲》等要求，有本院专科护理人员培训方案和培养计划。
	【B】符合“C”，并 1．根据临床需要，恰当培养和使用专科护理人才。 2．有培训效果的追踪和评价机制。
	【A】符合“B”，并 1．有省级以上卫生行政部门批准的专科护理人员培训基地。 2．根据评价结果，持续改进培训工作，效果良好。

三、临床护理质量管理与改进

评审标准	评审要点
5．3．1 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。	
5．3．1．1 根据分级护理的原则和要求，实施护理措施，	【C】 1．依据《综合医院分级护理指导原则》，制定符合医院实际的分级护理制度。 2．护理人员掌握分级护理的内容。

有护理质量评价标准，有质量可追溯机制。	3. 有护理级别标识，患者的护理级别与病情相符。
	【B】符合“C”，并 1. 科室对分级护理落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。 2. 主管部门对分级护理落实情况进行定期检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提整改建议。
	【A】符合“B”，并 对分级护理落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。
5. 3. 2 依据《护士条例》、《护士守则》、《综合医院分级护理指导原则》、《基础护理服务工作规范》与《常用临床护理技术服务规范》规范护理行为，优质护理服务落实到位。	
5. 3. 2. 1 优质护理服务落实到位。（★）	【C】 1. 有医院优质护理服务规划、目标及实施方案。 2. 有推进开展优质护理服务的保障制度和措施及考评激励机制。 3. 有优质护理服务的目标和内涵，相关管理人员知晓率≥80%，护理人员知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 1. 根据各专业特点，有细化、量化的优质护理服务目标和落实措施。 2. 定期听取患者及医护人员等多方意见和建议，持续改进优质护理服务。 3. 考评激励机制体现优劳优酬、多劳多得，并与薪酬分配、晋升、评优等相结合。 4. 优质护理服务病房覆盖率≥50%。
	【A】符合“B”，并 1. 优质护理服务措施落实有效，效果明显，优质护理服务病房覆盖率 100%。 2. 患者与医护人员满意度高。
5. 3. 3 临床护理人员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。	
5. 3. 3. 1 实施“以病人为中心”的整体护理，为患者提供适宜的护理服务。（★）	【C】 1. 根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制定实施方案，体现护理人员工作中的责任制。 2. 依据患者需求制定护理计划，充分考虑患者生理、心理、社会、文化等因素。
	【B】符合“C”，并 1. 依据患者的个性化护理需求制定护理计划，护理人员掌握相关的知识，并结合患者实际情况实施“以病人为中心”的护理，并能帮助患者及其家属了解患者病情及护理的重点内容。 2. 科室对落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。 3. 主管部门对落实情况进行定期检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提整改建议。
	【A】符合“B”，并 对各科室落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。
5. 3. 4 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。	
5．3．4．1 护理人员具备危重患者护理的相关知识与操作技能。	【C】 1．护理人员具备的技术能力包括：危重患者护理常规及抢救技能、生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。 2．护理人员经过危重患者护理理论和技术培训并考核合格。 3．有针对危重患者病情变化的风险评估和安全防范措施。 4．护理人员掌握上述相关的理论与技能。
	【B】符合“C”，并 1．由具备上述技术能力的护理人员对危重患者实施护理。 2．主管部门有护理人员培训、训练的考核评价机制。
	【A】符合“B”，并 根据考核评价情况持续改进危重患者护理工作。
5．3．4．2 有危重患者护理常规及技术规范、工作流程及应急预案，对危重患者有风险评估和安全防范措施。	【C】 1．有危重患者护理常规及技术规范，工作流程及应急预案。 2．有危重患者风险评估、安全护理制度和措施。 3．护理人员知晓并掌握相关制度与流程的内容。
	【B】符合“C”，并 1．密切观察危重患者的病情变化，有风险评估和安全防范措施。 2．根据专科特点，使用恰当的质量监测指标并实施监测。 3．主管部门对落实情况进行定期检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提整改建议。
	【A】符合“B”，并 应用质量监测指标，持续改进危重患者护理质量。
5．3．5 遵照医嘱为围术期患者提供符合规范的术前和术后护理。	
5．3．5．1 有围手术期的护理常规和处置流程，并有效执行。	【C】 1．有患者围手术期护理常规、评估制度与处置流程。 2．对患者及家属做好术前、术后的解释和教育工作，与记录。
	【B】符合“C”，并 1．执行围手术期护理常规、评估制度与处置流程，有记录。 2．主管部门定期开展围手术期护理评价，改进相关工作。
	【A】符合“B”，并 落实围手术期护理工作，效果良好。
5．3．6 遵照医嘱为患者提供符合规范的治疗、给药等护理服务，及时观察、了解患者用药和治疗反应。	
5．3．6．1 执行查对制度，能遵照医嘱正确提供治疗、给药等护理服务，及时观察、了解患者用药及治	【C】 1．有医嘱核对与处理流程。 2．有查对制度并提供符合相关操作规范的护理服务，有记录。 3．有观察、了解和处置患者用药与治疗反应的制度与流程。 4．护理人员知晓并掌握上述制度与流程的内容

疗反应。	【B】符合“C”，并 主管部门对落实情况进行定期检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提整改建议。
	【A】符合“B”，并 有监督与评价机制。有分析、改进措施，相关记录完整。
5．3．7 遵照医嘱为患者提供符合规范的输血治疗服务。	
5．3．7．1 遵照医嘱为患者提供符合规范的输血治疗服务。	【C】 1．在输血前严格执行双人查对签名制度，确保准确无误。 2．按照输血技术操作规范进行操作，观察记录输血过程 3．有输血反应处理预案、报告、处理制度与流程。
	【B】符合“C”，并 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。
	【A】符合“B”，并 对输血质量管理监控及效果评价，有持续改进。
5．3．8 保障仪器、设备和抢救物品的有效使用。	
5．3．8．1 有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。	【C】 1．有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。 2．护理人员知晓使用制度与操作规程的主要内容。
	【B】符合“C”，并 1．护理人员按照使用制度与操作规程熟练使用输液泵、注射泵、监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等常用仪器和抢救设备。 2．对使用中可能出现的意外情况有处理预案及措施。
	【A】符合“B”，并 1．对各科室落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。 2．意外情况的处理及措施，全部符合处理预案的要求。
5．3．9 为患者提供心理与健康指导服务和出院指导。	
5．3．9．1 为患者提供心理与健康指导服务和出院指导。	【C】 1．有符合专业特点的心理与健康指导、出院指导、健康促进等资料，方便护理人员使用。 2．护理人员知晓主要内容。 3．通过多种方式将上述内容传提供给患者。
	【B】符合“C”，并 1．对指导内容及时更新。 2．能根据患者的需求提供适宜的指导内容和方式。 3．对指导效果进行分析评价，有记录。
	【A】符合“B”，并 指导效果良好。

5．3．10 有临床路径与单病种护理质量控制制度，质量控制流程，有可追溯机制。（详见本标准第四章第四节）	
5．3．11 按照《病历书写基本规范》书写护理文件，定期质量评价。	
5．3．11．1 按照《病历书写基本规范》书写护理文件，定期质量评价。	【C】 1．有护理文件书写标准及质量考核标准。 2．护理记录按照有关规定由相关护理人员审核签字。 3．护理人员知晓并掌握《病历书写基本规范》
	【B】符合“C”，并 主管部门对运行的护理文件进行质量评价，有考核记录。
	【A】符合“B”，并 对护理文书的质量有追踪评价和持续改进。
5．3．12 建立护理查房、护理会诊、护理病例讨论制度。	
5．3．12．1 定期进行护理查房、护理病例讨论。对疑难护理问题组织护理会诊。	【C】 1．有定期护理查房、病例讨论制度。 2．有对疑难护理问题进行护理会诊的工作制度。
	【B】符合“C”，并 1．落实护理查房、病例讨论和护理会诊，解决患者实际问题。 2．明确护理会诊人员的资质要求。
	【A】符合“B”，并 落实有成效，促进护理工作持续改进。

四、护理安全管理

评审标准	评审要点
5．4．1 有护理质量与安全管理组织，职责明确，有监管措施。	
5．4．1．1 有护理质量与安全管理组织，职责明确，有监管措施。	【C】 1．在医院质量与安全管理委员会下设护理质量管理组织，人员构成合理、职责明确。 2．有年度护理质量工作计划。
	【B】符合“C”，并 1．护理质量与安全管理委员会定期召开会议。 2．护理质量工作计划落实到位。 3．设专职人员负责护理质量管理，有考核记录。
	【A】符合“B”，并 对各科室落实的成效有评价与再改进的具体措施。
5．4．2 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。	
5．4．2．1 有主动报告护理不良事	【C】 1．实行非惩罚性护理安全（不良）事件报告制度，有护理人员主动报告的激

件制度与激励措施。	励机制。 2. 有护理人员主动报告护理安全（不良）事件的教育和培训。 3. 有多种途径便于护理人员报告护理安全（不良）事件。
	【B】符合“C”，并 1. 有护理安全（不良）事件与医疗安全（不良）事件统一报告网络，统一管理。 2. 护理人员对护理安全（不良）事件报告制度的知晓率 100%。
	【A】符合“B”，并 提高护理安全（不良）事件报告系统的敏感性。
5. 4. 3 有护理安全（不良）事件成因分析及改进机制。	
5. 4. 3. 1 有针对护理安全（不良）事件案例成因分析及讨论记录。	【C】 1. 护理安全（不良）事件有成因分析和讨论。 2. 定期对护理人员进行安全警示教育。
	【B】符合“C”，并 应用护理安全（不良）事件案例成因分析结果，修订护理工作制度或完善工作流程并落实培训。
	【A】符合“B”，并 1. 修订后的工作制度或流程执行情况有督查。 2. 对各科室落实的成效，有评价与持续改进。
5. 4. 4 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。	
5. 4. 4. 1 按照第三章患者安全目标的第五、七、八、九节标准的评价要求执行。	
5. 4. 5 临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。	
5. 4. 5. 1 执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理指南。	【C】 1. 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 2. 有护理技术操作培训计划并落实到位。 3. 护理人员熟练掌握口腔护理、静脉输液、各种注射、鼻饲等常见技术操作及并发症预防措施及处理流程。
	【B】符合“C”，并 1. 将“临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范”相关要求的手册发至对应岗位的人员。 2. 主管部门定期进行临床常见护理技术操作考核。
	【A】符合“B”，并 1. 对各科室落实“临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范”的成效有评价与持续改进。
5. 4. 6 有紧急意外情况的应急预案和处理流程，有培训与演练。	
5. 4. 6. 1 有重点环节应急管理制度，有紧急意外情况的	【C】 1. 有重点环节应急管理制度。 2. 对重点环节：包括患者用药、输血、治疗、标本采集、围术期管理、安全

应急预案及演练。	管理等有应急预案。 3. 相关岗位护理人员均知晓。
	【B】符合“C”，并 1. 应急预案有培训或演练。 2. 护理人员配制化疗药、锐器处理、为隔离患者实施治疗及护理时防护措施到位。
	【A】符合“B”，并 重点环节应急管理措施落实到位，紧急意外情况的应急预案及演练成效明显，并持续改进。

五、特殊护理单元质量管理与监测

评审标准	评审要点
5. 5. 1 按照《医院手术部（室）管理规范》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。	
5. 5. 1. 1 手术室建筑布局合理，工作流程符合要求。	
5. 5. 1. 1. 1 手术室建筑布局合理，分区明确，标识清楚，符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则。	【C】 1. 手术室布局合理，分区明确，标识清楚，洁污区域分开。 2. 各工作区域功能与实际工作内容保持一致。 3. 护理人员知晓各工作区域功能及要求并有效执行。
	【B】符合“C”，并 主管部门定期进行检查，对存在的问题，及时反馈，并提整改意见。
	【A】符合“B”，并 持续改进有效。
5. 5. 1. 2 手术室有工作制度、岗位职责及操作常规，有培训。工作人员配备合理。	
5. 5. 1. 2. 1 建立手术室各项规章制度、岗位职责及操作常规，有考核及记录。工作人员配备合理。	【C】 1. 有手术室管理制度、工作制度、岗位职责和操作常规。 2. 有手术室各级各类人员的相关培训。 3. 根据手术量及工作需要，配备护理人员、辅助工作人员和设备技术人员。手术室护理人员与手术间之比不低于 3∶1。 4. 明确各级人员的资质及岗位技术能力要求。 5. 手术室工作经历 2 年以内护理人员数占总数≤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。 6. 相关护理人员知晓手术室工作制度和岗位职责。 7. 按照《专科护理领域护士培训大纲》等要求，有手术室护理人员培训方案和培养计划。
	【B】符合“C”，并 1. 保证手术室护理队伍的稳定性，手术室工作经历 2 年以内护士数占总数≤10%。 2. 对新入职手术室护士有考核；手术室护士培训能体现内容与资质要求相符

	合。 3. 有培训效果的追踪和评价机制。
	【A】符合“B”，并 1. 手术室护士长具备副主任护师及以上专业技术职务任职资格。 2. 有省级以上卫生行政部门批准的手术室护理人员培训基地。 3. 根据评价结果，持续改进培训工作，效果良好。
5. 5. 1. 3 手术室执行《手术安全核查》制度，有患者交接核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等安全制度，遵医嘱正确用药，有突发事件的应急预案。	
5. 5. 1. 3. 1 手术室执行《手术安全核查》制度，有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等安全制度，遵医嘱正确用药，有突发事件的应急预案。	【C】 1. 有手术患者交接制度并执行。 2. 执行《手术安全核查》制度，有医生、麻醉师、护理人员对手术患者、部位、术式和用物等相关信息核查制度及相关落实情况记录。 3. 有手术中安全用药制度和麻醉及精神药品、高危药品等特殊药品管理制度，有实施记录。 4. 有手术患者标本管理制度，规范标本的保存、登记、送检等流程，有实施记录。 5. 遵医嘱正确为手术患者实施术前与术中用药（包含使用预防性抗菌药）和治疗服务。 6. 有手术物品清点制度，有实施记录。 7. 有突发事件的应急预案、有演练记录。 8. 护理人员知晓手术室安全管理方面的主要内容与履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 有手术室突发事件应急预案的培训和演练。 2. 有保证医护相互监督的相关制度落实的措施。 3. 主管部门对手术安全核查执行情况有督导检查，有分析，有反馈，有整改意见。
	【A】符合“B”，并 1. 对科室落实“手术患者交接、手术安全核查制度”的成效有评价与持续改进的具体措施。 2. 择期手术《手术安全核查》实际执行率 100%。
5. 5. 1. 4 有消毒隔离制度，各项措施落实到位。	
5. 5. 1. 4. 1 根据《医院感染管理办法》、《医院手术部（室）管理规范（试行）》、《医务人员手卫生规范》、《医疗废弃物管理条例》等要求，建立手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准，并有培训、考核及监督。	【C】 1. 有手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准，并对工作人员进行培训、考核及监督，有记录。 2. 定期对感染、空气质量、环境等进行监测，有记录。 3. 有医疗设备、手术器械及物品的清洁、消毒、灭菌及存放规定。 4. 手术室自行消毒的手术器械及物品应有标识及有效日期，使用者知其含义。 5. 手术室工作区域，每 24 小时清洁消毒一次。连台手术之间、当天手术全部完毕后，对手术间及时进行清洁、消毒处理。 6. 有医务人员手卫生规范和医疗废弃物管理制度。 7. 有医务人员职业卫生安全防护制度及必要防护用品。

	8．护理人员知晓手术室感染预防管理方面的主要内容与履职要求。 9．医务人员手卫生执行率达 100%。对感染控制制度的执行有监管，记录存在问题与缺陷。
	【B】符合“C”，并 1．医疗废弃物处理符合规范，有交接记录。 2．认真执行职业防护制度，处理相关物品及器械时，应穿戴适宜的防护用具，防护措施落实到位。 3．定期对消毒及感控工作开展监测评价。
	【A】符合“B”，并 利用评价结果持续改进消毒及感控工作，效果良好。
5．5．2 按照《消毒供应中心管理规范》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。	
5．5．2．1 建筑布局合理，设施、设备完善，符合规范要求，工作区域划分符合消毒隔离要求。	
5．5．2．1．1 建筑布局合理，设施、设备完善，符合相关规范要求。工作区域划分符合消毒隔离要求。	【C】 1．消毒供应室相对独立，周围环境清洁，无污染源。 2．内部环境整洁，通风、采光良好，分区（辅助区域、工作区域等）明确并有间隔。 3．配置有基本消毒灭菌设备设施。根据工作岗位的不同需要，配备相应的个人防护用品。 4．污染物品由污到洁，不交叉、不逆流。污染物品有污物通道，清洁物品有清洁物品通道。 5．护理人员知晓供应室洁污区分开流程规定与履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．辅助区域包括工作人员更衣室、值班室、办公室、休息室、卫生间等。工作区域包括去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区。 2．根据医院消毒供应中心（CSSD）的规模、任务及工作量，合理配置清洗消毒设备及配套设施，符合规范要求。 3．去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区之间有实际屏障。去污区与检查、包装及灭菌区之间有洁、污物品传递通道；并分别设人员出入缓冲间（带）。缓冲间（带）应设洗手设施，无菌物品存放区内不应设洗手池。 4．上述感染控制制度与措施有监管，记录存在问题与缺陷。
	【A】符合“B”，并 1．对科室落实感染控制制度的成效有评价与持续改进的具体措施。 2．感染控制制度与措施的执行率 100%。
5．5．2．2 实施集中管理，合理配备工作人员，建立与其相适应的管理体制，符合规范要求。	
5．5．2．2．1 实施集中管理，合理配备工作人员，符合卫生部管理消毒供应中心管理规范要求。	【C】 1．根据医院规模和工作量合理配备人力，设专职护士长负责，并有监督。 2．应采取集中管理的方式，对所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应。 3．开展工作人员业务技能培训，确保满足岗位需求

	4．相关部门保障物资、水电气供应，设备运行正常；相关设备出现故障时，能够及时处理。
	【B】符合“C”，并 1．在相关职能部门的领导下开展工作。 2．临床科室可重复使用的消毒物品全部采取集中管理（回收、清洗、消毒及灭菌）完成。 3．现场检查物资、水电气供应，符合管理规范要求。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门对制度的执行有评价与监督，体现持续改进，有记录。
5．5．2．3 建立完善的规章制度、工作职责、工作流程，符合规范要求。	
5．5．2．3．1 规章制度、工作职责、工作流程健全，建立与相关科室的联系制度，根据需要及时改进工作。	【C】 1．科室有规章制度、工作流程及应急预案。 2．有与临床科室联系的相关制度。
	【B】符合“C”，并 1．规章制度、工作流程及应急预案健全，具有专科特色。 2．工作流程符合规范要求。 3．定期征求临床意见，改进工作。
	【A】符合“B”，并 规章制度及工作流程及时修订、完善，体现持续改进。
5．5．2．4 建立完善的监测制度，质量控制过程的记录符合追溯要求。	
5．5．2．4．1 建立清洗、消毒、灭菌效果监测制度，加强质量管理。消毒供应中心行业标准要求，专人负责质量监测工作。	【C】 1．有清洗、消毒、灭菌效果监测制度，有监测记录。 2．专人负责质量监测工作。
	【B】符合“C”，并 清洗、消毒、灭菌效果监测符合监测标准要求，质量控制过程的记录符合追溯要求。
	【A】符合“B”，并 1．按照“监测制度”对工作质量进行日常监测和定期监测，有记录。 2．相关职能部门对科室落实监测制度的成效有评价与监督，体现持续改进，有记录。
5．5．2．5 建立工作人员的在职继续教育制度，根据专业进展，开展培训，更新知识。	
5．5．2．5．1 建立工作人员的在职继续教育制度，根据专业进展，开展培训，更新知识。	【C】 有岗位培训计划，体现消毒供应工作特点。
	【B】符合“C”，并 对岗位培训有考核及效果评价。
	【A】符合“B”，并 对培训计划及落实情况有评价与监督，体现持续改进，有记录。
5．5．3 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。	

5．5．3．1 有新生儿病室工作制度、岗位职责、突发事件应急预案。	
5．5．3．1．1 有护理管理制度、规范、岗位职责、工作流程、护理常规，有突发事件的应急预案或流程。	【C】 1．新生儿病室有工作制度，岗位职责，护理常规及专业技术规范。 2．有突发事件的应急预案，突出专科性，对应急预案有培训。 3．护理人员知晓制度、规范、岗位职责、突发事件的应急预案或流程与履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．护理人员岗位职责落实到位，对突发事件的应对能力有考核。 2．工作制度、岗位职责和护理常规及时修订。
	【A】符合“B”，并 对科室落实“工作制度，岗位职责，护理常规、专业技术规范”的成效与“突发事件的应急预案”演练效果有评价与持续改进的具体措施。
5．5．3．2 新生儿室护理人力配备合理，护理人员经过专业理论与技术培训及考核合格，实施责任制护理。	
5．5．3．2．1 新生儿室护理人力资源合理配备，经专业理论与技术培训，考核合格，实施责任制护理。	【C】 1．新生儿室护理人员通过专业理论与技术培训，考核合格。 2．新生儿室实施责任制护理。1名护理人员负责≤6名普通患儿或≤3名重症患儿。
	符合“C”，并 护理人员按工作年限或职称分层培训，考核合格。
	【A】符合“B”，并 1．对落实新生儿室护理人员配置与能力有评价与持续改进的具体措施。 2．新生儿室1名护理人员负责≤4名普通患儿或≤2名重症患儿。
5．5．3．3 有护理专项质量管理，分级护理措施到位，患儿安全制度落实到位。	
5．5．3．3．1 有护理专项质量管理考核标准、培训及记录。安全措施落实到位。	【C】 1．有重症新生儿护理规范，新生儿病室护理质量专项考核标准，有培训。 2．有新生儿安全管理制度，有培训。 3．100%使用腕带识别新生儿身份。 4．新生儿室环境适宜，符合新生儿护理要求。 5 护理人员知晓质量与安全管理主要内容与履职要求。
	【B】符合“C”，并 新生儿的护理措施和安全措施落实到位。 1．科室定期进行自查，对存在问题有改进措施。 2．主管部门定期进行检查，对存在的问题，及时反馈，并提整改意见.
	【A】符合“B”，并 按照专项护理质量管理考核标准，有考核评价与持续改进的具体措施。
5．5．3．4 有医务人员手卫生规范，有新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴消毒规范，传染病患儿隔离措施到位。	
5．5．3．4．1 对医务人员手卫生进行	【C】 1．有医务人员手卫生规范的培训。洗手正确率达100%。

培训，提高依从性；新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴消毒规范；有传染病患儿隔离护理措施。	2. 有新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴清洁消毒规范。 3. 有传染病患儿消毒隔离制度。 4. 护理人员知晓手卫生规范、隔离措施与履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 洗手和干手设施完好，护理人员洗手符合规范要求。 2. 新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴，有监测。 3. 高危新生儿和疑似传染病的新生儿采取隔离措施，标识清晰。 4. 有工作人员手细菌培养监测，并达标。 5. 有专人负责新生儿室的医院感染监控工作，有监测记录，定期分析和改进。
	【A】符合“B”，并 对手卫生规范等制度的执行有监管，有持续改进的具体措施并记录。

第六章　医院管理

一、依法执业

评审标准	评审要点
6．1．1 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。	
6．1．1．1 院及科室命名规范，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目全部相符。凡医院内命名为“中心”、“研究所”等机构者，均持有省级及以上卫生行政部门批准的文件。	【C】 1．依法登记取得《医疗机构执业许可证》并定期校验。医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，能及时完成变更登记。 2．医院实际提供服务的诊疗项目与《医疗机构执业许可证》核准的诊疗项目相符。 3．医院及科室命名规范，与《医疗机构执业许可证》登记的内容一致。
	【B】符合“C”，并 1．诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂门急诊部明显处所，接受社会与公众监督检查。 2．医院内命名为“中心”或“研究所”等机构均有卫生行政部门审批文件。
	【A】符合“B”，并 1．无对外出租、承包科室及“院中院”。
6．1．2 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。	
6．1．2．1 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。（★）	【C】 1．根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动。 2．开展的诊疗活动符合国家相关法律法规及规范要求。 3．有医疗技术准入及监督管理的相关制度。 4．评审周期未发生群体性、组织性违规违纪事件。 5．卫生行政部门督查中未发现违法行为或对卫生行政部门督查发现的未达到需要处罚程度违规行为能及时整改。
	【B】符合“C”，并 评审周期内无卫生行政部门查实的医疗机构不良行为记录或发生一级主责以上医疗事故。
	【A】符合“B”，并 职能部门对诊疗活动进行全程管理，发现问题，及时整改。
6．1．2．2 医院开展法律法规教育，有教育评价。	【C】 1．有法律法规培训计划、课程安排及相关资料。 2．每年至少开展 2 次法律法规全员培训。 3．新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。

	【B】符合“C”，并 1. 进行培训教育评价，提高培训效果。 2. 员工对岗位相关的常用法律法规知晓率≥90%。
	【A】符合“B”，并 员工对岗位相关的常用法律法规知晓率 100%。
6. 1. 3 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。	
6. 1. 3. 1 在医院执业的卫生技术人员全部具有执业资格，注册执业地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业、对口支援等），具有执业资格的研究生、进修人员在上级医师（含护理、医技）指导下执业。（★）	【C】 1. 有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 2. 各级各类卫生技术人员均取得执业资格，注册地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业或对口支援等），按照本人执业范围开展诊疗活动。 3. 具有执业资格的研究生、进修人员经过医院授权在上级医师（含护理、医技）指导下执业。
	【B】符合“C”，并 1. 职能部门对全院卫生技术人员执业监管有记录。 2. 卫生技术人员执业资格管理资料完整。 3. 实习生、研究生、进修生执业管理资料完整。
	【A】符合“B”，并 无卫生技术人员违规执业、超范围执业及非卫生技术人员从事诊疗活动。
6. 1. 4 按照规定申请医疗机构校验、发布医疗广告。	
6. 1. 4. 1 按照卫生行政部门规定按时完成医疗机构校验，发布的医疗信息真实可靠。	【C】 1. 根据规定按时进行医疗机构年度校验。 2. 发布的医疗信息真实可靠。 3. 发布的医疗广告获得批准，符合法规要求。
	【B】符合“C”，并 1. 有职能部门负责对发布医疗信息、医疗广告进行监督管理。 2. 根据医疗实际情况及时更新服务信息。
	【A】符合“B”，并 职能部门关于医疗广告审核、发布医疗信息审核资料完整，未发现虚假医疗信息和医疗广告。
6. 1. 5 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。	
6. 1. 5. 1 制定完整的医院管理规章制度、岗位职责和诊疗规范。定期对职工进行培训与教育，提高职工认真履行本岗位职责及执行相关规章制度自觉性。	【C】 1. 制定完整的医院管理规章制度、岗位职责、诊疗规范。 2. 开展全员培训教育，提高员工执行规章制度及履行本岗位职责的自觉性。 3. 各部门和全体员工熟悉本部门、本岗位相关的规章制度、岗位职责和履职要求，知晓率≥80%。
	【B】符合“C”，并 1. 各部门和员工对相关规章制度和岗位职责知晓率≥90%。 2. 职能部门及科室对规章制度和岗位职责、诊疗规范加强监管，对存在问题

	及时反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 规章制度和岗位职责定期修订，及时更新。

二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制

评审标准	评审要点
6．2．1 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管理权限和规定程序报批、执行。	
6．2．1．1 实行院长负责制，院级领导应把主要精力用于医院管理工作，职责范围明确，认真履责。	【C】 1．实行院长负责制。院领导和职能部门管理职责与责任明确。 2．院领导班子及职能部门负责人共同参与研究、讨论、决策医院发展相关问题。 3．院领导深入科室，开展行政查房。 4．院领导定期将工作情况向职代会或全体员工述职，接受职工的评议。
	【B】符合“C”，并 院长充分授权，尊重职能部门职责和意见。
	【A】符合“B”，并 鼓励全体员工参与医院管理，提出建议和意见。
6．2．1．2 医院应对重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大）须经集体讨论，集体决策并按管理权限和规定报批与公示，由职工监督。（★）	【C】 1．集体讨论决定重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项，接受职工监督。 2．重大事项实施前能获得职代会通过，并在决议中有记载。 3．“三重一大”事项按管理权限和规定报批，按信息公开规定予以公示。
	【B】符合“C”，并 1．多种渠道和方式公开“三重一大”信息，职工知晓率≥80% 2．相关重大事项应事前充分论证。
	【A】符合“B”，并 相关事项应充分征求并尊重员工意见。
6．2．2 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。	
6．2．2．1 医院有明确的组织架构图，能清楚反映医院组织架构。	【C】 有组织架构图，能清楚反映医院组织架构。
	【B】符合“C”，并 组织架构及职能院内公示并传达到全院职工。
	【A】符合“B”，并 医院运行状况与组织架构图相符，并能依据职能调整及时更新。
6．2．2．2 依据医院组织架构，制定	【C】 1．有全院性工作制度和流程，各部门职能划分明确。

全院性工作制度和流程，明确各部门职能划分，体现分层管理。各部门据此制定内部工作制度和流程。	2. 有各部门工作制度和流程。 3. 能依据组织架构和职能调整，及时更新。
	【B】符合“C”，并 1. 医院对各部门工作制度和流程统一审核、调整、发布。 2. 有多种渠道（如编印成册、上网等）方便员工查阅。
	【A】符合“B”，并 管理人员对本部门、本岗位工作制度、工作流程和岗位职责知晓率 100%，并自觉落实执行，成效良好。
6. 2. 2. 3 加强管理部门的效能建设，实行目标管理责任制。	【C】 1. 实行目标管理责任制，有考核办法。 2. 有指定职能部门负责效能建设，提高执行力。 3. 职能部门人员对本部门、本岗位管理责任目标的知晓率≥80%。
	【B】符合“C”，并 1. 对目标责任的落实情况有定期督导检查。 2. 落实目标考核奖惩措施。
	【A】符合“B”，并 实现责任目标，取得良好成效。有目标责任制考核总结评价。
6. 2. 3 各科室、部门责任明确，定期召开联席会议、履行协调职能。	
6. 2. 3. 1 部门内或部门间建立恰当的信息传达和沟通协调机制。建立多部门共同参与的联席会议制度，定期召开会议并有记录。	【C】 1. 定期召开部门内会议研究相关工作，根据工作需要，召开跨部门工作会议（如职能部门间、院-科间、临床-护理、临床-医技间等），建立沟通协调机制。 2. 有多部门共同参与的联席会议或扩大的院长办公会议，研究重大事项贯彻落实及协调等工作，每季度至少召开 1-2 次，并有记录查询。 3. 每次会议有明确议题和明确牵头部门。
	【B】符合“C”，并 1. 会议重要决定能有效传达到相关部门和员工。 2. 效能管理部门对执行每次会议决议有监督检查、追踪落实。
	【A】符合“B”，并 1. 沟通效果良好，促进团队协作。 2. 执行会议决议有成效。
6. 2. 4 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。	
6. 2. 4. 1 医院与科室领导掌握现行的有关法律法规和部门规章，并能够定期参加管理技能培训，掌握管理技能。	【C】 1. 医院定期组织各级管理人员参加法律法规、管理知识教育与技能的培训。 2. 相关管理人员接受培训人数≥80%，培训时数每人每年≥12 个学时。
	【B】符合“C”，并 医院至少能运用一至二项质量管理改进的方法及质量管理常用技术工具。
	【A】符合“B”，并 医院对有关法律法规有效执行，将管理工具运用于工作实际并取得良好成效，有总结或医院管理论文、专著发表。

6．2．5 建立医院运行基本统计指标数据库，保障信息准确、可追溯。	
6．2．5．1 建立医院运行与医疗业务指标体系，定期进行分析、检查、改进管理工作。	【C】 有明确的部门或人员负责医院运行与医疗业务指标数据收集，根据医院工作需要定期报告。
	【B】符合“C”，并 能够使用适当的方法和管理工具对医院运行和医疗业务指标进行分析、检查。
	【A】符合“B”，并 能够将分析、检查结果应用于医院管理的改进与完善，并取得良好效果。

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

评审标准	评审要点
6．3．1 医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。	
6．3．1．1 明确所在区域内本医院的功能任务与目标。	【C】 1．医院宗旨、愿景与目标及功能任务符合区域卫生发展规划。 2．医院宗旨、愿景与目标及功能任务，应用多种途径有效地教育全体员工，并向患者、社会宣传。
	【B】符合“C”，并 1．医院宗旨、愿景与目标及功能任务由全院各部门和职工共同讨论参与制定。 2．医院的宗旨、愿景与目标及功能与任务员工知晓率≥80%。
	【A】符合“B”，并 1．员工知晓医院宗旨、愿景与目标的内涵，并能被患者感受和认可。 2．各项工作围绕功能任务开展，并取得成效。
6．3．2 制定医院中长期规划与年度计划，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。	
6．3．2．1 根据医院的功能任务，明确医院规模，制定医院远期与中长期规划以及年度计划。	【C】 1．根据医院的愿景与目标以及功能任务，明确医院规模，制定医院远期与中长期规划以及年度计划。 2．医院的规模、经营方针与策略与功能任务相一致。 3．根据医院计划制定各科室的年度计划。
	【B】符合“C”，并 1．医院的远期与中长期规划以及年度计划征求职工意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。 2．规划内容包括目标、实施方法、实施步骤、工作分工、相关预算以及年度安排等。 3．科室员工对本科室计划的主要目标知晓率≥80%。
	【A】符合“B”，并 1．医院规划与年度计划经过职工代表大会讨论通过。 2．各部门管理人员、各科室负责人对医院的规划目标以及本部门、本科室的计划任务知晓率≥90%.

6．3．3 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。	
6．3．3．1 医院总体发展建设规划经相关部门批准。	【C】 1．有医院总体发展建设规划并经相关部门批准。 2．按国家法律、法规及相关规章组织实施基本建设项目、在建项目及大型维修项目。
	【B】符合“C”，并 1．医院总体发展建设规划与医院发展规划相符。 2．各建设项目档案完整。
	【A】符合“B”，并 加强基本建设全程监督管理，重大项目实行第三方审计，接受有关部门监督，未发现被查实的违规、违纪、违法案件。
6．3．3．2 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。	【C】 1．医院建筑符合国家建设标准和消防规范。 2．医院建筑满足医院感染管理和医疗服务流程的需要，符合卫生学要求。
	【B】符合“C”，并 新建、改建、扩建医院建筑体现“以病人为中心”的理念，满足医疗服务流程优化的需要，做到持续改进。
	【A】符合“B”，并 医院所有建筑均符合消防安全要求，通过环境评估。

四、人力资源管理

评审标准	评审要点
6．4．1 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。	
6．4．1．1 设置人力资源管理部门，人事管理制度健全。	【C】 1．设置专职人力资源管理部门，职责明确。 2．有人事管理制度与程序，并能够根据有关部门要求及时更新。 3．人事制度完整健全，通过多种渠道公布，方便职工查询。
	【B】符合“C”，并 1．相关人员对本部门、本岗位的履职要求知晓率≥80%。 2．建立健全全员聘用制度和岗位管理制度。
	【A】符合“B”，并 人力资源部门组织健全，制度完善，能够满足临床服务与医院管理需要。

6．4．1．2 医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案。	【C】 1．有人力资源发展规划，符合医院功能任务和整体发展规划要求。 2．有人才梯队建设计划，符合持续发展需要。 3．有人力资源配置原则与工作岗位设置方案。 4．有人力资源配置调整方案与调整程序。
	【B】符合“C”，并 1．有落实人力资源发展规划的具体措施并得到落实。 2．人才梯队合理，满足医院持续发展需要。 3．人力资源配置与岗位设置方案得到落实。 4．按照人力资源配置调整标准和程序，根据医疗工作需求适时合理调整配置。
	【A】符合“B”，并 人才梯队建设、人力资源配置满足医院发展与医疗工作需求，符合相关标准要求。
6．4．1．3 卫生专业技术人员配置及其结构适应医院规模任务的需要。	【C】 各级各类卫生技术人员配比合理。 （1）卫技人员与开放床位之比不低于1．15∶1。 （2）卫技人员占全院总人数≥70%。 （3）护理人员占卫技人员总人数≥50%。 （4）病房护士与病房实际开放床位之比不低于0．4∶1
	【B】符合“C”，并 病房护士：实际开放床位≥0．6∶1。
	【A】符合“B”，并 人力资源配置满足医疗工作需要，与实际开放床位规模相一致。
6．4．1．4 专业技术人员具备相应岗位的任职资格。	【C】 1．在院执业的卫生技术人员全部具备相应岗位的任职资格，执业注册地点在本院。 2．主要临床、医技科室均配有高级卫生技术人员，配备主任医师/或正高职称的科室≥70%。 3．试行多点执业的地区按照卫生行政部门规定执行。
	【B】符合“C”，并 1．有专业技术人员任职资格审核程序。 2．有专业技术人员任职资格档案资料。（经过审核认证的复印件）
	【A】符合“B”，并 有岗位任职资格落实情况监管，无未经注册开展执业或跨专业、超范围执业。
6．4．1．5 有人员紧急替代机制，以保持病人获得连贯诊疗。	【C】 1．有院科两级有人员紧急替代程序与替代方案。 2．有紧急替代人员的有效联络方式。 3．相关人员知晓相应的紧急替代程序和方案。
	【B】符合“C”，并 主管职能部门按照制度和流程，落实监督检查，有监管记录。

	【A】符合“B”，并 人员紧急替代机制落实到位，保障医疗工作的正常运行。
6．4．2 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。	
6．4．2．1 卫生专业技术人员资质的认定与聘用。	【C】 1．职能部门为每位卫生专业技术人员建立个人技术考评档案，并存有个人的资质文件（经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件）。 2．卫生专业技术人员有明确的岗位职责，并具备必须的技术能力。 3．卫生专业技术人员熟悉本人的岗位职责和履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．按照聘用周期对卫生专业技术人员资质（包括：业务水平、工作成绩和职业道德）进行重新审核评估。 2．有高危操作项目（含手术与介入）授权制度与程序。 3．科室有卫生专业技术人员履职考核记录与评价。
	【A】符合“B”，并 职能部门对卫生专业技术人员履职情况监管，进行授权后的追踪与成效评价，作为个人考核、聘用依据。
6．4．2．2 外来短期工作人员的技术资质管理。	【C】 1．有外来短期工作人员的技术资质管理的规定、规范与程序。 2．有对直接从事临床诊疗工作的国内、外来访者的资质管理制度，并与国家的法律法规和卫生行政部门现行规定相符。 3．对国内、外来访者直接从事临床诊疗工作所发生的医疗不良事件的处理与后果承担责任。
	【B】符合“C”，并 国内、外来访者直接从事病人临床各种有创诊疗时，事先取得病人书面知情同意。
	【A】符合“B”，并 职能部门对管辖范围内的外来短期工作人员进行监管，有详细的监管记录，有工作质量追踪与成效评价。
6．4．3 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。	
6．4．3．1 实行卫生专业技术人员岗前培训制度。	【C】 1．有新员工岗前培训制度。 2．有卫生专业技术人员轮岗、转岗的上岗前培训制度。 3．有指定的职能部门负责相应的岗前培训工作。
	【B】符合“C”，并 1．有针对不同培训要求制定的岗前培训大纲、教学计划。 2．有培训考核记录并将考核结果列入个人技术档案。 3．有完整的岗前培训资料。
	【A】符合“B”，并 有岗前培训教学质量评价和岗前培训的效果评价，持续改进岗前培训工作。

6．4．3．2 实施住院医师规范化培训。	【C】 1．有住院医师规范化培训管理制度、规范及实施记录。 2．有住院医师规范化培训管理机构和管理人员，负责该项工作。 3．本院住院医师按规定全部参加住院医师规范化培训。
	【B】符合“C”，并 有住院医师规范化培训基地，能够接收外院和社会住院医师规范化培训任务。
	【A】符合“B”，并 有住院医师规范化培训监管和评价，不断提高培训质量。
6．4．3．3 实施卫生专业技术人员继续教育制度。	【C】 1．根据卫生部、教育部《继续医学教育规定（试行）》要求，制定本院继续医学教育方案，实施卫生技术人员全员继续医学教育。 2．有继续医学教育组织机构，有职能部门负责具体组织实施。 3．有保障继续医学教育的资金投入和完善的设备设施。 4．有定期的继续医学教育督导检查，持续改进工作，检查结果与科室、个人考核挂钩。 5．有继续医学教育信息库，有包括全院、科室、个人实施继续医学教育的统计、评价、考核等资料。
	【B】符合“C”，并 1．全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率≥90%。 2.近3年承担省级继续医学教育项目≥6个或承担国家级继续医学教育项目≥3个。
	【A】符合“B”，并 1．全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率≥95%。 2.近3年承担省级继续医学教育项目≥9个或国家级继续医学教育项目≥6个。
6．4．4加强重点专科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。	
6．4．4．1 加强重点专科的学科建设和人才培养。	【C】 1．有临床重点专科建设发展规划。 2．有学科带头人选拔与激励机制。 3．有人才培养计划和人才梯队。 4．有临床重点专科培育与支持措施，包括经费投入等。
	【B】符合“C”，并 有国家级临床重点专科或省（市）级临床重点专科≥3个。
	【A】符合“B”，并 国家级临床重点专科≥3个。
6．4．4．2 重点专科带头人专业技术水平领先。	【C】 1．重点专科的学科带头人专业技术水平处在全国或本省、本地区先进之列。 2．重点专科的学科带头人具备举办国家级或本省、本地区继续教育项目的能力（近三年案例）。

	【B】符合“C”，并 1. 重点专科的学科带头人为省级专业学术组织的主要成员（常委以上）。 2. 重点专科学科带头人的学术成果中临床类≥50%。
	【A】符合“B”，并 1. 重点专科的学科带头人为国家级专业学术组织的主要成员（常委以上）。 2. 重点专科技术能力辐射以及学术成果转化成效显著。
6．4．5 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。	
6．4．5．1 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。	【C】 1. 有职业安全防护应急预案。 2. 有员工职业暴露损害的紧急处理程序和措施。 3. 有职业安全防护的教育培训。 4. 有职业安全监测制度。 5. 有职能部门负责职业安全管理。
	【B】符合“C”，并 1. 有员工的个人健康档案。 2. 有高危岗位的个人安全监测（如放射剂量监测）记录档案。
	【A】符合“B”，并 主管的职能部门有监管记录、职业损害根因分析、职业安全评价，制定改进措施并得到落实。

五、信息与图书管理

评审标准	评审要点
6．5．1 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，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。	
6．5．1．1 建立以院长为核心的信息化管理组织及负责信息管理的专职机构。	【C】 1. 有院级信息化领导机构，有明确的职责并定期召开专题会议。 2. 依据医院规模，设置信息管理专职机构和人员。
	【B】符合“C”，并 1. 院信息化领导机构定期召开多部门的信息化建设专题会议，每年至少 1 次，有记录。 2. 建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制。
	【A】符合“B”，并 不断完善信息使用和管理工作，运行良好，各部门对信息工作满意。
6．5．1．2 制定信息化建设中长期规划和年度工作计划。	【C】 1. 有医院信息化建设中长期规划和年度工作计划。 2. 信息化建设规划与医院中长期规划一致。

	【B】符合“C”，并 规划内容应包括实施方法、实施步骤、工作分工、经费预算等。
	【A】符合“B”，并 年度目标明确，量化可行，有追踪机制。
6．5．1．3 有保障信息系统建设、管理的规章制度。	【C】 1．多部门共同参与制定保障医院信息系统建设、管理和信息资源共享的相关制度。 2．医院相关规章制度与信息化工作要求相适应。
	【B】符合“C”，并 根据医院管理需要和信息化建设发展要求及时修订相应的规章制度。
	【A】符合“B”，并 有效执行，效果良好。
6．5．2 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。	
6．5．2．1 管理信息系统应用满足医院管理需求。	【C】 有医院管理信息系统（HMIS）和医院资源管理信息系统（HRP）以及相关子系统（如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等）为医院管理提供全面支撑，满足医院管理需求。
	【B】符合“C”，并 有决策支持系统（DSS）。
	【A】符合“B”，并 信息系统能准确收集、整理医院管理数据和医疗质量控制资料，及时自动生成各项相关的统计报表。
6．5．2．2 临床信息系统应用满足医疗工作需求。	【C】 1．有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台。 2．平台支持医院医护人员的临床活动，丰富和积累临床医学知识，并提供临床咨询、辅助诊疗、辅助临床决策，以提高医疗质量和工作效率。 3．平台主要包括医嘱处理系统、病人床边系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询等系统。
	【B】符合“C”，并 1．规范临床文档内容表达，支持临床文档架构（CDA）。 2．有门诊预约挂号和临床路径管理系统。
	【A】符合“B”，并 信息系统符合《基于电子病历的医院信息平台建设技术解决方案》有关要求，符合国家医疗管理相关管理规范和技术规范。
6．5．3 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。	

6．5．3．1 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	【C】 1．医院信息系统符合国家相关标准和规范，具备信息集成与交互共享功能。 2．具备院内各部门、各科室的信息共享。 3．具备与基本医疗保障系统、卫生行政部门等系统的信息交换。
	【B】符合“C”，并 持续改进信息共享与交互质量。
	【A】符合“B”，并 实现区域医疗信息共享和交换（电子数据上报、医疗机构间的临床数据共享）。
6．5．4 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。	
6．5．4．1 加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。	【C】 1．实施国家信息安全等级保护制度，有落实的具体措施。 2．有信息系统安全措施和应急处理预案。 3．信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。 4．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）、病人数据使用控制、保障网络信息安全和保护病人隐私。
	【B】符合“C”，并 1．有安全监管记录，定期分析，及时处理安全预警，持续改进安全保障系统。 2．有信息安全应急演练。
	【A】符合“B”，并 信息系统安全保护等级不低于第二级。
6．5．4．2 加强信息系统运行维护。	【C】 1．有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。 2．有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。 3．有信息系统软件更新、增补记录。 4．有信息值班、交接班制度，有完整的日常运维记录和值班记录，及时处置安全隐患。
	【B】符合“C”，并 1．有信息系统运行事件（如系统瘫痪）相关的应急预案并组织演练，各部门各科室有相应的应急措施，保障全院运营，尤其是医疗工作在系统恢复之前不受影响。 2．有根据演练总结开展持续改进的方案和措施。
	【A】符合“B”，并 有完善的监控制度与监控记录，及时处理预警事件，定期进行信息系统运行维护评价和改进方案，并组织落实。
6．5．5 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，应与医院信息系统规划、建设、维护和管理的需要相匹配。	

6．5．5．1 信息化建设有经费保障。	【C】 根据医院规模和信息化建设需求，有信息化建设及运行维护的年度预算。
	【B】符合“C”，并 信息建设年度预算执行良好
	【A】符合“B”，并 加强信息建设经费审计与监管，保障投入效益。
6．5．5．2 信息系统专职技术人员配置合理并有专业培训。	【C】 1．专职信息技术人员配置能满足医院信息管理需要。 2．岗位设置合理，岗位职责、技术等级明确，形成技术梯队。 3．有人员录用、教育培训、授权审批、人员离岗和人员考核制度。
	【B】符合“C”，并 专职技术人员每年专业技术培训时间不低于20学时。
	【A】符合“B”，并 对专职技术人员加强监管，有工作日志、考核记录和完整的技术档案。
6．5．6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。	
6．5．6．1 图书馆基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求，实施支持网上预约、催还、续借和馆际互借，能提供网络版医学文献数据库检索服务。	【C】 1．有医学图书馆工作制度和医学图书馆信息服务制度。 2．藏书数量符合要求（包括电子图书）不低于3000册/百名卫技人员。 3．提供网络版医学文献数据库检索服务（中文、外文）。
	【B】符合“C”，并 有网上图书预约、催还、续借和馆际互借。
	【A】符合“B”，并 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，满足临床、教学、科研、管理和员工的需求。

六、财务与价格管理

评审标准	评审要点
6．6．1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。	
6．6．1．1 执行相关法律法规，财务管理制度健全，财务管理体制和机构设置合理。	【C】 1．根据相关法律法规的要求，制订健全医院财务管理制度，并根据政策法规变动情况及时更新。 2．实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，医院财务活动在院长及总会计师领导下，由医院财务部门集中管理。 3．有内部监督制度和经济责任制。 4．有月度、季度、年度财务报告。 5．年度财务报告按规定经过注册会计师审计。

	6．相关人员知晓本部门、本岗位的制度要求。
	【B】符合“C”，并 1．定期开展财务管理制度的培训与教育，对更新后财务管理制度有培训的记录。 2．财务监督实行事前、事中、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，并接受上级有关部门监督。
	【A】符合“B”，并 1．无违法违规案件，无“小金库”。 2．有定期财务管理总结分析报告，持续改进财务工作。
6．6．1．2 财务管理人员配置合理，岗位职责明确。	【C】 1．财务人员配置到位，会计人员持证上岗。 2．各级各类人员有明确的岗位职责。 3．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．财务部门负责人有会计师以上专业技术职务资格或至少从事会计工作 5 年以上经历。 2．有人员业务培训计划和执行记录。
	【A】符合“B”，并 重要岗位有轮转机制，转岗前进行新岗位上岗培训。
6．6．2 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。	
6．6．2．1 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。	【C】 1．有经济活动决策机制和程序。 2．有重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。
	【B】符合“C”，并 1．对重大经济事项决策实行权限管理、分级负责。 2．重大经济项目有详实、合理的立项论证报告。
	【A】符合“B”，并 对重大经济项目有跟踪评价、成本效益分析和审计，向职代会报告。
6．6．2．2 医院实行总会计师制。	【C】 1．医院实行总会计师制，根据《医院财务制度》规定明确总会计师的职责和权利。 2．总会计师知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．总会计师承担相应的财务活动领导和管理责任。 2．医院对总会计师履职有保障机制。
	【A】符合“B”，并 财务管理与监督体系完善，财务管理规范有序，有持续改进。

6．6．3 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。	
6．6．3．1 实现成本核算，降低运行成本。	【C】 1．有成本管理相关制度。 2．加强成本控制，建立健全成本定额管理、费用审核等相关制度，采取有效措施，控制成本费用支出。 3．有专职成本核算人员负责成本核算工作，有岗位职责。
	【B】符合“C”，并 1．建立科学、精细的科室成本核算、医疗服务项目成本核算、病种成本核算、床日和诊次成本核算。 2．按时完成成本核算月报表，有季度、半年和年度成本分析报告。
	【A】符合“B”，并 根据成本分析报告，向医院管理层提交相关建议，控制成本费用支出，提高医院成本效益。
6．6．3．2 控制医院债务规模，加强资产管理，提高国有资产使用效益。	【C】 1．有收支结余管理、流动资产和固定资产管理制度。 2．严格控制对外投资，对医疗服务相关领域的对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准，并进行专项监督管理。 3．有流动资产、固定资产和无形资产管理以及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。
	【B】符合“C”，并 有对医院资产管理的监管机制，定期分析评价，保障国有资产保值增值。
	【A】符合“B”，并 有根据监管评价建议，持续改进资产管理工作，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内。
6．6．4 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。	
6．6．4．1 按照有关政策规定，合理配置医院价格管理部门和人员。	【C】 1．有价格管理部门，制订和落实相应制度。 2．有价格管理专（兼）职人员和相应的岗位职责，能够正确掌握医药价格政策。
	【B】符合“C”，并 合理配置价格管理人员，满足工作需要。
	【A】符合“B”，并 有价格管理人员考核相关制度和记录。
6．6．4．2 健全、完善的医院内部医药价格管理机制和医药价格管理制度。	【C】 1．全面落实价格公示制度，提高收费透明度。 2．有明确的价格管理工作流程。 3．有医院内部医药价格管理机制和价格管理制度。

	4．有医药收费复核制度与监管措施。
	【B】符合“C”，并 不断完善医院内部医药价格管理机制和医药价格管理制度，持续改进和优化价格管理工作质量与流程。
	【A】符合“B”，并 定期对各部门、各科室的价格执行情况进行监管，监管结果纳入科室考核。
6．6．4．3 积极开展并不断改进医院内部价格管理工作。	【C】 1．根据国家有关规定调整价格，准确维护医药价格数据库信息。 2．有保障医药价格信息管理系统价格信息真实、准确的措施。提供价格咨询服务。 3．有价格投诉处置机制和处理程序，有专人负责价格投诉处置工作，处理及时。
	【B】符合“C”，并 1．开展医院内部价格监督自查，出院患者医药费用复核落实到位，及时纠正不规范收费行为。 2．有价格投诉分析报告，提出整改意见。
	【A】符合“B”，并 落实整改措施，持续改进价格管理工作，无违规收费。
6．6．5 执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招投标法》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。	
6．6．5．1 按照相关规定建立详细的药品及高值耗材采购制度和流程，有严格管理和审批程序。	【C】 1．按照规定建立药品及高值耗材采购制度和流程。 2．所有招标药品及高值耗材全部纳入集中招标采购，做到公开、公正、透明。 3．对政府采购目录外药品及高值耗材采购有严格管理和审批程序。
	【B】符合“C”，并 有主管部门对招标采购工作进行全程监督管理。
	【A】符合“B”，并 无相关违规违纪违法事件。
6．6．6 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。	
6．6．6．1 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。	【C】 1．有医院内部审计制度。 2．有医院内部审计机构及专职的审计人员，有明确的岗位职责。 3．有年度审计计划，对医院有关部门和项目进行内部审计；对政府采购项目全过程、重大经济事项进行专项审计与监督。
	【B】符合“C”，并 医院年度财务报告按规定经注册会计师审计有注册会计师签发“医院年度财务审计报告”。

	【A】符合“B”，并 1. 医院对审计报告相关意见和建议有整改的措施及成效追踪。 2. 向职工代表大会报告审计工作情况。
6．6．7 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。	
6．6．7．1 按照预算管理制度，编制医院年度预算。	【C】 1. 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。 2. 医院所有收支全部纳入预算管理，实行全面预算管理。
	【B】符合“C”，并 按规范程序进行预算编制、审批和调整。
	【A】符合“B”，并 有定期进行预算制度执行情况进行监管，提高预算管理水平。
6．6．7．2 严格执行预算，加强预决算管理和监督。	【C】 1. 医院严格执行批复的预算，并将预算逐级分解，落实到责任科室和责任人。 2. 定期进行预算执行结果的分析和考核。 3. 按照规定及时编制年度决算报财政部门审核。 4. 根据财政部门对决算批复意见及时调整有关数据。
	【B】符合“C”，并 将部门预算执行结果、成本控制目标实现情况和业务工作效率作为内部业务综合考核内容，定期进行考核。
	【A】符合“B”，并 1. 有预算执行情况分析报告和相关的改进措施，加强预算管理。 2. 将预算考核结果与年终内部收入分配挂钩。
6．6．8 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。	
6．6．8．1 医院有绩效工资管理制度，明确规定个人收入不与业务收入直接挂钩。	【C】 1. 有绩效工资管理制度。 2. 明确规定个人收入不与业务收入直接挂钩。 3. 相关人员知晓医院分配方案。
	【B】符合“C”，并 1. 综合绩效考核突出医德医风、技术能力、服务质量和数量等。 2. 有持续改进内部收入分配制度，体现公平公正的事例。
	【A】符合“B”，并 绩效考核与分配方案经过职工代表大会讨论通过。

七、医德医风管理

评审标准	评审要点

6．7．1 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。	
6．7．1．1 医院有负责医德医风管理的组织体系，有明确的职能主管部门负责医德医风管理与考核。	【C】 1．有医德医风管理组织体系，有主管部门负责管理与考评。 2．有主管部门与其他职能部门的协调机制。 3．有医德医风考评方案和量化标准。 4．定期对医务人员进行考评。
	【B】符合“C”，并 有完整规范的医德考评档案。
	【A】符合“B”，并 通过考评推动医德医风建设，改善服务质量。
6．7．1．2 将医德医风的要求纳入各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责。	【C】 1．各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责中，有医德医风的要求。 2．有岗位职责与行为规范的教育培训。 3．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 有各级各类人员履职督查和考核。
	【A】符合“B”，并 根据监督检查结果，提出改进措施并落实。
6．7．1．3 文明行医，严禁推诿、拒诊患者。	【C】 1．严格执行首诊负责制（主诊负责制）、危重病人抢救制度和转诊转院等核心制度，文明行医，严禁推诿、拒诊病人。 2．医务人员熟悉相关核心制度与规范要求。
	【B】符合“C”，并 对上述工作督导检查，其结果纳入医务人员医德考评。
	【A】符合“B”，并 根据监督检查结果，提出改进措施并落实。
6．7．2 有医德医风建设的制度、奖惩措施并认真落实。	
6．7．2．1 建立医德医风建设规章制度、奖惩措施并认真落实。	【C】 1．有医德医风建设、考评和奖惩等制度。 2．医德考评结果在本院内公示，征求意见。 3．医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。
	【B】符合“C”，并 有多部门共同参与的医德医风考评及结果共享机制。
	【A】符合“B”，并 落实奖惩，医德医风建设有成效，有优秀科室及个人的宣传、表彰、奖励措施并落实。

6.7.3 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。	
6．7．3．1 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。	【C】 1．有廉洁自律的工作规范和相关制度。 2．对全体员工，尤其重点部门、重点人员进行廉洁自律及警示教育。 3．有廉洁自律工作的自查和督查。 4．有主管部门负责监管。
	【B】符合“C”，并 1．有重点岗位、重点人员轮岗机制。 2．对存在问题和隐患有分析及反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 监督管理有成效，无违法违规违纪案例。
6．7．4 医院文化建设。逐步建立起以病人为中心导向的、根植于本院理念并不断物化的特色价值趋向、行为标准。	
6．7．4．1 开展医院文化建设。	【C】 1．开展医院文化调研活动。 2．有医院文化建设方案或计划。 3．医院文化建设纳入医院建设发展规划。
	【B】符合“C”，并 有指定部门负责文化建设工作，有具体落实措施。
	【A】符合“B”，并 医院文化建设有成效，促进医院发展。
6．7．4．2 建立以病人为中心导向、根植于本院服务理念，并不断物化的特色价值趋向、行为标准。	【C】 1．文化建设能够体现以病人为中心导向、根植于本院服务理念（如开展“优质护理服务”、“志愿者活动”等）。 2．有对员工医院价值取向的培训和教育，员工知晓率达到90%。
	【B】符合“C”，并 1．医院环境、员工行为规范体现医院文化特色。 2．医院文化建设相关活动获得省级表彰。
	【A】符合“B”，并 1．医院在该地区社会评价高。 2．医院文化建设相关活动获得国家级表彰。

八、后勤保障管理

评审标准	评审要点
6．8．1 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“以病人为中心”，满足医疗服务流程需要。	
6．8．1．1 后勤保障管理组织机构	【C】 1．后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，岗位职责明确，体现“以病

健全，规章制度完善，人员岗位职责明确。后勤保障服务坚持“以病人为中心”，满足医疗服务流程需要。	人为中心”，满足医疗服务流程需要。 2．后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。
	【B】符合“C”，并 后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。
	【A】符合“B”，并 患者、员工对服务工作满意度高。
6．8．2 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。	
6．8．2．1 水、电、气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。（★）	【C】 1．有水、电、气等后勤保障的操作规范，合理配备人员，职责明确，按规定持证上岗。 2．水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，张贴和悬挂相关操作规范和设备设施的原理图，作业人员 24 小时值班制。 3．有日常运行检查、定期定级维护保养，且台账清晰。 4．有明确的故障报修、排查、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。 5．有水、电、气等后勤保障应急预案，并组织演练。
	【B】符合“C”，并 有节能降耗、控制成本的计划、措施与目标并落实到相关科室与班组。
	【A】符合“B”，并 1．有根据演练效果评价和定期检查情况的改进措施并落实。 2．后勤保障安全、有序、到位，无安全事故。 3．节能降耗工作有成效。
6．8．2．2 有完善的物流供应系统，物资供应满足医院需要。	【C】 1．物流系统完善，有专职部门负责。 2．有明确的物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程，记录完整。 3．有适宜的存量管理及应急物资采购预案。
	【B】符合“C”，并 1．依据使用部门业务需求和意见，制定物资采购计划。 2．有物资下送科室相关制度并严格执行。
	【A】符合“B”，并 定期征求各部门意见，开展物流工作追踪与评价，并持续改进。
6．8．3 为员工提供膳食服务，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。	
6．8．3．1 有专职部门或专人负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管	【C】 1．根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务。 2．有各项食品卫生安全管理制度和岗位责任。 3．膳食服务外包的，医院需确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与

理制度和岗位责任。	卫生条件符合国家食品卫生法规要求。 4．相关人员应知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识。
	【B】符合“C”，并 1．建立以食品卫生为核心的餐饮服务质量监管体系，保障食品安全，满足供应，开展监管评价。 2．有下送餐饮为医疗工作服务的措施并落实。
	【A】符合“B”，并 定期征求就餐人员意见，开展膳食服务追踪与评价，并持续改进。
6．8．3．2 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。	【C】 1．有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，符合卫生管理要求。 2．有食品留样相关制度。 3．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．有措施保障食品卫生管理相关制度和规范的落实。 2．有监管评价及相关记录。
	【A】符合“B”，并 根据监管情况改进食品卫生管理。
6．8．3．3 有突发食品安全事件应急预案。	【C】 1．有根据相关法律法规制定的突发食品安全事件应急预案。 2．相关人员知晓本部门、本岗位的应急职责与应急流程。
	【B】符合“C”，并 有根据预案开展的应急演练，有记录、有总结和改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进措施得到落实。
6．8．4 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。	
6．8．4．1 建立健全医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。	【C】 1．有医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。 2．污水处理系统符合相关法律法规的要求。 3．有专人负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格。
	【B】符合“C”，并 主管部门对制度与岗位职责落实情况有监管评价和记录。
	【A】符合“B”，并 有根据监管情况的改进措施并得到落实。
6．8．4．2 工作人员的安全防护符合规定。	【C】 1．有安全防护规定。 2．工作人员经过相关培训合格。

	【B】符合“C”，并 有安全防护的监管和完整的监管资料。
	【A】符合“B”，并 有根据监管情况改进安全防护的措施并得到落实。
6．8．4．3 医疗废物处置和污水处理符合规定。	【C】 1．医疗废物处置设施设备运转正常，有运行日志。 2．污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录。 3．医疗废物处理符合环保要求，污水处理系统通过环保部门评价。
	【B】符合“C”，并 主管部门依据相关标准和规范进行监管。
	【A】符合“B”，并 1．有根据监管情况改进工作的具体措施并得到落实。 2．无环保安全事故。
6．8．5 安全保卫组织健全，制度完善，人员、设备、设施满足要求符合规范。	
6．8．5．1 安全保卫组织健全，制度完善；保卫科人员配备结构合理，岗位职责明确。	【C】 1．安全保卫组织健全。 2．有全院安全保卫部署方案和管理制度。 3．保卫人员配备结构合理，岗位职责明确。 4．保卫人员知晓相关制度和岗位职责。
	【B】符合“C”，并 安全保卫人员经过相应的技能培训。
	【A】符合“B”，并 有职能部门对安全保卫工作进行监管，并有持续改进成效。
6．8．5．2 有应急预案，定期组织演练。	【C】 1．有安全保卫应急预案。 2．相关人员知晓安全保卫应急预案的相关内容和要求。
	【B】符合“C”，并 定期（至少每年一次）组织演练。
	【A】符合“B”，并 有根据演练评价提出的整改措施并得到落实。
6．8．6 安全保卫设备设施完好，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。	
6．8．6．1 安全保卫设备设施完好，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。	【C】 1．各种安全保卫设备设施配置完好，满足管理要求。 2．有完整的全院安全网络信息库和设备设施清单。 3．有视频监控系统应用解决方案，在重点环境、重点部位（如财务、仓库、档案室、计算机中心、新生儿室等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。 4．视频监控室符合相关标准，有严格管理制度。 5．视频监控系统的技术要求应符合公安部“视频安防监控系统技术要求”。

	【B】符合“C”，并 1. 视频监控系统应采用数字硬盘录像机等作为图像记录设备。 2. 医院有一定维护能力或外包服务，做到在出现故障时，能在 1 小时内现场响应，并保证故障现场解决时间降低到 2 小时以内。 有完整的监管记录和维护记录。
	【A】符合“B”，并 监控设备设施完好率 100%，监控安全有效。
6. 8. 6. 2 合理使用视频监控资源。	【C】 1. 有视频监控资源使用有制度与程序。 2. 有明确的隐私保护规定。 3. 进行 24 小时图像记录，保存时间≥30 天。 4. 系统应具有时间、日期的显示、记录和调整功能，时间误差≤30 秒。
	【B】符合“C”，并 1. 严格执行视频监控资源使用权限管理规定。 2. 保护隐私的具体措施能到位。 3. 有严格的资源使用审批和完整的资源使用记录。
	【A】符合“B”，并 1. 视频监控资源保存真实、完好、有效，在规定时限内无信息丢失。 2. 有监管记录及根据存在问题采取相应的管理措施并得到落实。
6. 8. 7 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。	
6. 8. 7. 1 消防安全管理。（★）	【C】 1. 有消防安全管理制度、教育制度和应急预案。 2. 有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责。 3. 消防安全教育纳入新员工培训考核内容，定期（至少每年一次）进行全院职工的消防安全教育。 4. 每月至少组织一次消防安全检查，同时根据消防安全要求，开展年度检查、季节性检查、专项检查等，有完整的检查记录。 5. 消防通道通畅，防火器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范要求。 6. 加强消防安全重点部门、重要部位防范与监管，有监管记录。
	【B】符合“C”，并 1. 定期（至少每年一次）进行特殊部门的消防演练。 2. 全院职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能，知晓报警、初起火灾的扑救方法，会使用灭火器材，能自救、互救和逃生，按照预案疏散病人。 3. 科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工。
	【A】符合“B”，并 医院所有部门和建筑均符合消防安全要求。
6. 8. 7. 2 加强特种设备管理。	【C】 1. 有管理制度和管理人员岗位职责。 2. 有操作规程，专人负责，作业人员持证上岗，有相关操作记录。

	3. 有维护、维修、验收记录。 4. 年检合格，并公示年检标签。
	【B】符合“C”，并 1. 定期进行培训教育，有三级安全教育卡。 2. 主管职能部门有完整的特种设备清单和档案资料，有监管记录。
	【A】符合“B”，并 特种设备完好率 100%。
6. 8. 7. 3 加强危险品管理。	【C】 1. 有危险品安全管理部门、制度和人员岗位职责。 2. 作业人员熟悉岗位职责和管理要求，经过相应培训，取得相应资质。 3. 有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料，账物相符。 4. 有相应的危险品安全事件处置预案，相关人员熟悉预案及处置程序。
	【B】符合“C”，并 1. 加强危险品监管，重点为易燃、易爆和有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施。 2. 定期进行巡查，专人负责，有相关记录。
	【A】符合“B”，并 主管部门有根据监管情况进行整改的措施并得到落实。
6. 8. 8 后勤相关技术人员持证上岗，按技术操作规程工作。	
6. 8. 8. 1 遵守国家法律、法规要求，相关岗位操作人员应具有上岗证、操作证，且操作人员应掌握技术操作规程。	【C】 1. 遵守国家法律、法规要求，相关岗位操作人员应具有上岗证、操作证，法律、法规无特别要求的其他非专业特殊工种，经相关省级行业协会的培训合格。 2. 操作人员均掌握技术操作规程。
	【B】符合“C”，并 定期参加或举办相关教育培训活动。
	【A】符合“B”，并 有对相关人员进行监管考核机制，有监管和考核记录。
6. 8. 9 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。	
6. 8. 9. 1 环境卫生符合爱国卫生运动和无烟医院的相关要求，环境美化、绿化，道路硬化，做到优美、整洁、舒适。	【C】 1. 有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责医院环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施。 2. 医院环境优美、整洁、舒适，符合爱国卫生运动委员会和无烟医院相关要求。
	【B】符合“C”，并 有上述工作的监管，制订并落实改进环境卫生工作的计划和措施。
	【A】符合“B”，并 医院获得政府有关部门关于环境卫生或绿化工作或无烟医院的表彰或称号。

6．8．10 对外包服务质量与安全实施监督管理。	
6．8．10．1 制订外包业务管理制度。	【C】 1．有主管职能部门与专人负责外包业务管理，制订外包业务的遴选、管理等相关制度和办法。 2．所有外包业务都应有明确的、详细的合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。 3．有外包业务的项目评估和审核制度与程序。
	【B】符合“C”，并 1．有外包业务的监督考核机制。 2．有考核记录，对违约事实根据合同落实违约责任。 3．能根据实际情况（如政策法规、功能任务变化等）定期与外包业务承包者进行沟通和协商，必要时修订外包合同。
	【A】符合“B”，并 1．有年度外包业务管理的质量安全评估报告。 2．有年度外包业务管理的内部审计报告。 3．有改进外包业务质量的机制与案例。

九、医学装备管理

评审标准	评审要点
6．9．1 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）。	
6．9．1．1 建立医学装备管理部门。	【C】 1．根据“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则建立院领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备委员会。 2．根据国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准要求，履行医学装备管理。
	【B】符合“C”，并 职能管理部门和相关人员了解相关法律法规和部门规章，知晓、履行相关制度和岗位职责职责。
	【A】符合“B”，并 有监管和考核机制，有监管和考核记录。
6．9．2 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。	
6．9．2．1 建立医学装备管理组织技术队伍，人员配置合理。	【C】 1．根据医院规模及医学装备情况建立相应的医学装备部门和装备管理与使用技术队伍，专（兼）职医学装备的管理与维护、维修，人员配置合理。 2．大型医用设备相关医师、操作人员、工程技术人员须接受岗位培训，业务能力考评合格方可上岗操作。 3．有适宜的装备维修场地。

	【B】符合“C”，并 对医学装备使用人员进行应用培训和考核，合格后方可上岗操作。
	【A】符合“B”，并 有医学装备使用人员岗位考核和再培训机制，有考核培训记录。
6．9．2．2 制定相关工作制度、职责和工作流程。	【C】 1．有医学装备管理制度、人员岗位职责。 2．有医学装备论证、决策、购置、验收、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与工作流程。
	【B】符合“C”，并 有医学装备管理制度与岗位职责的监管与考核机制。
	【A】符合“B”，并 1．有根据监管情况进行改进的措施并得到落实。 2．有考核的相关资料。
6．9．3 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，应有社会效益、临床使用效果、应用质量功能开发程序等分析。	
6．9．3．1 制定常规与大型医学装备配置方案。	【C】 1．有医学装备配置原则与配置标准，根据医院功能定位和发展规划，制订医学装备发展规划和配置方案。优先配置功能适用、技术适宜、节能环保的装备。注重资源共享，杜绝盲目配置。 2．有医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在50万元及以上的医学装备有可行性论证 3．购置纳入国家规定管理品目的大型设备持有配置许可证。
	【B】符合“C”，并 1．有根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立的医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。 2．有健全医学装备档案管理制度与完整的档案资料，单价在5万元及以上的医学装备按照集中统一管理的原则，作到档案齐全、账目明晰、账物相符、完整准确。
	【A】符合“B”，并 有实施医学装备配置方案的全程监管和审计以及完整的相关资料。
6．9．3．2 有大型医用设备成本效益、临床使用效果、质量等分析。	【C】 1．有医学装备使用评价相关制度。 2．有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。
	【B】符合“C”，并 分析评价报告提供给装备委员会并反馈到有关科室。
	【A】符合“B”，并 1．分析评价报告涉及的问题得到改进。 2．分析评价报告的结果用于调整相关装备采购参考。

6．9．4 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。	
6．9．4．1 加强医学装备安全有效管理，对医疗器械临床使用安全控制与风险管理有明确的工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告制度。	【C】 1．有医学装备临床使用安全控制与风险管理的相关工作制度与流程。 2．有医学装备质量保障，医学装备须计（剂）量准确、安全防护、性能指标合格方可使用。 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。 4．有鼓励医学装备临床使用安全事件监测与报告的措施。 5．相关临床、医技使用部门与医学装备管理部门的人员均能知晓。
	【B】符合“C”，并 1．主管部门建立医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告分析、评估、反馈机制，根据风险程度，发布风险预警，暂停或终止高风险器械的使用。 2．及时向卫生行政部门和有关部门报告医疗器械临床使用安全事件，有完整的信息资料。
	【A】符合“B”，并 1．有对科室医疗器械临床使用安全管理的考核机制。 2．有医疗器械临床使用安全事件监测与报告的追踪分析资料。
6．9．4．2 放射与放疗等装备相关机房环境安全符合要求。	【C】 1．放射与放疗等装备的机房设计、建设、防护装修和设施符合安全、环保等有关要求。 2．机房显著位置有规范的警示标识。 3．医学装备管理部门与机房的工作人员知晓防护有关要求和措施。
	【B】符合“C”，并 医学装备管理部门对机房环境定期自查和监测，有完整的自查和监测资料。
	【A】符合“B”，并 有根据监测情况改进机房安全的措施并得到落实。
6．9．4．3 加强特殊装备技术安全管理。	【C】 1．特殊装备（如高压容器、放射装置等）具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明。 2．特殊装备操作人员经过培训，具有相应的上岗资格。
	【B】符合“C”，并 装备管理部门对特殊装备定期自查和监测，有完整的自查和监测资料。
	【A】符合“B”，并 有根据自查和监测情况改进特殊装备安全的措施并得到落实。
6．9．4．4 加强计量设备监测管理。	【C】 1．有计量设备监测管理的相关制度。 2．有计量设备清单、定期检测记录和维修记录等相关资料。 3．经检测的计量器具有计量检测合格标志，标志显示检测时间与登记记录一致。

	【B】符合“C”，并 为临床提供准确的计量设备，无因“计量错误”的原因所致的医疗安全事件。
	【A】符合“B”，并 医院使用的计量器具100%有计量检测合格标志，100%在有效期内。
6．9．5 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。	
6．9．5．1 建立医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度，职能部门加强监管，提供咨询服务与技术指导。	【C】 1．有医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度与程序。 2．医疗设备操作人员经过相应设备操作培训。 3．医疗装备部门为临床合理使用医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。
	【B】符合“C”，并 1．有医疗设备操作手册并随设备存放，供方便查阅。 2．有设备操作人员的考核记录。 3．装备管理部门对设备使用情况定期监管，提供技术服务和咨询指导。
	【A】符合“B”，并 职能部门根据监管和考核情况对全院设备操作和维护情况的分析报告，规范使用，减少误操作，提高设备的使用周期。
6．9．6 有保障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。	
6．9．6．1 建立保障装备的管理制度与规范。	【C】 1．有保障医学装备使用管理相关制度和规范。 2．医学装备管理部门对医学装备实行统一的保障（保养、维修、校验、强检）管理，并指导操作人员履行日常保养和维护。 3．有全院装备清单和具体保障要求与规范。
	【B】符合“C”，并 1．有医学装备保障情况的登记资料，信息真实、完整、准确。 2．有医学装备故障维修情况的分析报告，用于指导装备的规范使用。
	【A】符合“B”，并 有根据对装备使用监管分析提出整改措施并得到落实。
6．9．6．2 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。（★）	【C】 1．有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。 2．各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。
	【B】符合“C”，并 主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。
	【A】符合“B”，并 急救类、生命支持类装备完好率100%。
6．9．6．3 建立全院保障装备应急调配机制。	【C】 1．建立医学装备应急预案的应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。 2．优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。

	3. 医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。
	【B】符合“C”，并 有装备应急调配演练和监管。
	【A】符合“B”，并 有根据监管提出整改措施并得到落实。
6．9．7 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。	
6．9．7．1 加强医用耗材(包括植入类耗材)和一次性使用无菌器械管理。	【C】 1．有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理制度与程序以及相关记录（采购记录、溯源管理、储存管理、档案管理、销毁记录等）。 2．有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械的采购记录管理。采购记录内容应当包括企业名称、产品名称、原产地、规格型号、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、采购日期等，确保能够追溯至每批产品的进货来源。 3．有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械的使用程序与记录。 4．有不良事件监测与报告制度与程序。
	【B】符合“C”，并 1．主管部门职责明确，对高值耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械采购与使用情况监督检查。 2．有鼓励相关不良事件监测与报告措施和报告记录。
	【A】符合“B”，并 有监管情况与不良事件的分析报告，有改进措施并得到落实。
6．9．8 科主任、工程师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，定期通报医疗器械临床使用安全与风险管理监测的结果。	
6．9．8．1 成立科室医学装备质量与安全管理的团队。	【C】 1．由科主任、工程师与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，负责医疗装备的质量和安全管理。 2．有保证服务质量的相关文件，包括岗位职责，继续教育，医学装备的管理、使用、维修，安全防护管理相关制度，医学装备意外应急管理等相关制度。 3．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．有从事医学装备质量和安全管理员工的质量管理基本知识和基本技能培训与教育。 2．有落实各项规章、制度、规范等管理文件的监管与分析。
	【A】符合“B”，并 根据实际情况变化及时修订相应的制度，并有培训、试用、再完善的程序。

6．9．8．2 有明确的质量与安全指标，科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有持续改进效果的记录。	【C】 1．医学装备部门有明确的质量与安全指标。 2．科室能开展定期评价活动，解读评价结果。 （1）操作者自我检查。 （2）专（兼）职人员质控活动。 （3）有医学装备、器械临床使用安全与风险管理监测的制度与记录。 （4）有临床使用医学装备、器械所致意外事件的防范措施，发生后有报告、检查、处理的流程和规定与记录。 3．相关人员知晓本科/室/组的质量与安全指标要求。
	【B】符合“C”，并 1．定期通报医疗器械临床使用安全与风险管理监测的结果。 2．对存在问题与缺陷有改进措施及落实情况评价。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。

十、院务公开管理

评审标准	评审要点
6．10．1 按照《医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行）》规定，医院应向社会及患者公开信息。	
6．10．1．1 医院有信息公开管理部门、工作制度与程序。	【C】 1．医院有信息公开工作制度与程序。 2．有“院务公开领导小组”，有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。 3．信息公开工作部门人员熟悉信息公开相关法律、法规、规章和工作制度、岗位职责、处理程序。
	【B】符合“C”，并 1．院务公开纳入年度工作目标管理 2．根据实施情况，及时更新信息公开制度及流程。
	【A】符合“B”，并 1．有院务公开的考评资料和改进措施。 2．多部门协作机制有效，保证工作持续改进。
6．10．1．2 按照有关规定，明确应当公开的信息。	【C】 向社会公开的主要内容有：医院资质信息、医疗质量、医疗服务价格和收费信息、便民措施、集中采购招标、行业作风建设情况等。
	【B】符合“C”，并 有相关资料证实上述信息已经按照要求予以公开。
	【A】符合“B”，并 信息公开工作部门对公开的信息进行监管，及时更新有关信息。
6．10．1．3 向患者提供查询服务或	【C】 向患者提供医疗服务中所使用的药品、血液及其制品、医用耗材和接受医疗服

提供费用清单。	务的名称、数量、单价、金额及医疗总费用等情况的查询服务或提供相应的费用清单。
	【B】符合“C”，并 有相关资料证实上述规定已经执行。
	【A】符合“B”，并 患者对提供的服务满意度高。
6．10．1．4 通过便于公众知晓的方式公开信息。	【C】 有便于公众知晓的多种方式公开信息，如医院网站、公告或者公开发行的信息专刊、广播、电视、报刊等新闻媒体、信息公开服务、监督热线电话、单位的公共查阅室、资料索取点、信息公开栏、信息亭、电子屏幕、电子触摸屏等场所或设施等。
	【B】符合“C”，并 有对于公开方式与公开内容的效果评价和社会评价调查。
	【A】符合“B”，并 社会评价对公开方式与公开内容满意。
6．10．2 按照国家有关规定，在医院内部开展院务公开工作。	
6．10．2．1 院务公开内容完整,信息发布及时。	【C】 院务公开内容明确，至少有以下项目：医院重大决策事项、运营管理、人事管理、领导班子和党风廉政建设情况等。
	【B】符合“C”，并 有完整的信息发布登记。
	【A】符合“B”，并 院务公开内容符合要求，信息发布及时、真实、准确。
6．10．3 动员广大职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。	
6．10．3．1 广大职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。	【C】 1．有多种形式方便职工获取公开的信息。 2．鼓励职工监督院务公开工作，通过座谈会、网络信息交流、职代会等多种途径听取职工意见。
	【B】符合“C”，并 1．有院务公开的效果评价，改进院务公开工作。 2．职工有多种渠道提供意见和建议。
	【A】符合“B”，并 通过征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，改进医院管理工作。

十一、医院社会评价

评审标准	评审要点
6．11．1 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。	
6．11．1．1 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。	【C】 1．有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度和多种渠道。 2．有指定部门负责本项工作，职责明确。
	【B】符合“C”，并 主管部门对所收集的意见和建议进行分析和反馈，有持续改进措施并得到落实。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
6．11．2 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。	
6．11．2．1 根据患者的服务流程，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。	【C】 1．建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动。 2．有指定的主管部门负责本项工作，职责明确。
	【B】符合“C”，并 对社会评价活动结果进行分析和反馈，有改进措施并得到落实。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，不断提高满意度。
6．11．3 建立社会评价的质量控制体系与数据库，确保社会评价结果的客观公正。	
6．11．3．1 建立社会评价质量控制体系与数据库，确保社会评价结果的客观公正。	【C】 1．建立社会评价的质量控制体系与数据库。 2．社会评价方案设计科学，有质量控制措施，确保社会评价结果的客观公正。 3．有指定的部门负责本项工作，职责明确。
	【B】符合“C”，并 1．有数据库管理和应用的相关制度。 2．充分运用数据分析，评价和改进医院工作。
	【A】符合“B”，并 开展第三方社会调查与评价。

第七章　日常统计学评价

概述：

医院运行、医疗质量与安全监测指标（ＨＭＩ）反映医疗质量在一定时间和条件下的结构、过程、结果等的概念和数值。由指标名称和指标数值组成。建立科学的医疗质量评价指标，是实施医疗机构科学评审的基础；实施持续性的医疗质量评价监测，是依此对医疗机构进行追踪评价的重要途径，同样是促进医疗质量持续改进的重要手段。实践证明，医疗质量持续改进的结果源于管理者对医疗质量改进的定义、测量、考核的要求与努力。

本监测指标包括医院运行、医疗质量与安全监测多类指标。

医院运行基本监测指标部分项目及数据引自医院统计和财务报表。

医疗质量与安全监测指标是以过程（核心）质量指标与结果质量指标并重的模式展现，分为以下五个方面:

一、住院患者

住院医疗质量方面的重点指标，是以重返率（再住院与再手术）、死亡率（住院死亡与术后死亡）、安全指标（并发症与患者安全）三个结果质量为重点。

（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

（二） 住院重点手术总例数、死亡例数、术后非预期重返手术例数

（三） 麻醉指标

（四） 手术后并发症与患者安全指标

二、单病种（特定病种）

质量指标方面是以“急性心肌梗死、心力衰竭、肺炎、脑梗死、髋与膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术、围术期预防感染”七项单病种（特定病种）。

质量的过程（核心）质量指标为重点，本指标使用的对象是三级医院，重点是三级甲等医院。

三、重症医学（ＩＣＵ）的监测指标

是以诊疗过程与结果质量为重点的指标。

四、合理使用抗菌药的监测指标

是以医院抗菌药物使用的结果指标。

五、医院感染控制的监测指标

是以特定对象的结果指标为重点，即使用呼吸机、导管、导尿管三项器械所致感染的结果指标为重点，同时以手术风险评估类别来评价术后切口感染的结果指标。

第一节 医院运行基本监测指标

一、解读

通过医院运行基本监测指标，监测与了解医院日常运行的基本情况。

二、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（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（项目及数据引自医院财务报表）

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（项目及数据引自医院财务报表）

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（项目及数据引自医院财务报表）

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。

第二节 住院患者医疗质量与安全监测指标

一、解读

为了解住院患者医疗质量与安全的总体情况，是以重返率（再住院与再手术）、死亡率（住院死亡与术后死亡）、安全指标（并发症与患者安全）三类结果质量为重点

（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。

（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。

（三）麻醉

（四）住院患者安全类指标

在本标准中引用的疾病名称与ＩＣＤ10 编码采用《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ＩＣＤ9-ＣＭ-3 编码采用《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）。

以下每一项目与数据指标可通过住院病历首页采集，现分别作简要说明。

二、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。

【解读】

按每季、每年，统计每种病种期内总例数、死亡例数、15 日内再住院率、31 日内再住院率等监测指标，了解住院患者医疗质量的总体情况。

分母：年龄≥18 岁的全部因某疾病出院总例数。

分子（符合分母的标准，且符合以下一项者）：①某病种的“死亡”出院患者；②属于同一疾病出院后 2 周与 1 月内再住院患者。

有以下十八种重点疾病及 ICD10 编码：

1. 急性心肌梗死　主要诊断 ICD10：I21-I22 编码为急性心肌梗死的非产妇出院患者，排除编码为心脏手术的患者。

2. 充血性心力衰竭　第二诊断 ICD10：I50 编码为心源性心力衰竭的非产妇出院患者，不包括非心源性的心力衰竭和各种疾病的终末情况，并除外心功能Ⅱ级。

3. 脑出血和脑梗死　主要诊断 ICD10：I60-I63 编码为脑出血、脑梗死的非产妇出院患者，排除编码为颅脑手术/操作的患者。

4. 创伤性颅脑损伤　主要诊断 ICD10：S06 编码为创伤性颅脑损伤的非产妇出院患者。

5. 消化道出血（无并发症）　主要诊断 ICD10：K25-K28 伴有.0-.2,.4-.6 亚目编码，K29.0，K92.2 为消化道出血（无并发症）的非产妇出院患者。

6. 累及身体多个部位的损伤　主要诊断编码为 ICD10：T00-T07累及身体多个部位的损伤的非产妇出院患者。

7. 细菌性肺炎（成人、无并发症）　主要诊断 ICD10：J10.0，J11.0，J12-J18（不包括 J17*）编码为细菌性肺炎（成人、无并发症）的非产妇出院患者。

8. 慢性阻塞性肺疾病　主要诊断编码 ICD10：J44为慢性阻塞性肺疾病的所有非产妇、非创伤的出院患者。

9. 糖尿病伴短期与长期并发症

（1）主要诊断 ICD10：E10-E14编码为糖尿病短期并发症（酮症酸中毒、高渗透压、

昏迷)。

（2）主要诊断ＩＣＤ10: Ｅ10-Ｅ14编码为糖尿病长期并发症（肾脏、眼睛、神经、循环或其他未特指并发症）的所有非产妇/非新生儿出院患者。

（3）主要诊断ＩＣＤ10: Ｅ10-Ｅ14任何手术/操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码为下肢截肢且任意诊断编码为糖尿病的非产妇出院患者。

（4）主要诊断ＩＣＤ10: Ｅ10-Ｅ14编码为未控制血糖的糖尿病，无短期或长期合并症的非产妇出院患者。

10. 结节性甲状腺肿　主要诊断ＩＣＤ10: Ｅ04编码为结节性甲状腺肿的所有非产妇/非新生儿出院患者。

11. 急性阑尾炎伴弥漫性腹膜炎及脓肿　主要诊断ＩＣＤ10: Ｋ35．0，Ｋ35．1编码为急性阑尾炎伴弥漫性腹膜炎及脓肿的所有非产妇/非新生儿出院患者。

12. 前列腺增生　主要诊断ＩＣＤ10: Ｎ40编码为前列腺增生的所有非产妇/非新生儿出院患者。

13. 肾衰竭　主要诊断ＩＣＤ10: Ｎ17-Ｎ19编码为肾衰竭的所有非产妇/非新生儿出院患者。

14. 败血症（成人）　主要诊断ＩＣＤ10: Ａ40-Ａ41编码为败血症（成人）的所有非产妇/非新生儿出院患者。

15. 高血压病（成人） 主要诊断ＩＣＤ10编码为Ｉ10-Ｉ15高血压病（成人）的所有非产妇/非新生儿出院患者，排除编码为心脏手术/操作的患者及诊断为Ⅰ～Ⅳ期肾疾病且有血液透析准备（透析通路手术）操作的患者。

16. 急性胰腺炎　主要诊断ＩＣＤ10: Ｋ85编码为急性胰腺炎的所有非产妇/非新生儿出院患者。

17. 恶性肿瘤术后化疗　主要诊断ＩＣＤ10: Ｚ51．101编码出院患者。

18. 恶性肿瘤维持性化学治疗　主要诊断ＩＣＤ10: Ｚ51．201、Ｚ51．103编码出院患者。

（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。

【解读】

按每季、每年，统计每类手术总例数、死亡率、术后非预期的重返手术室再手术率两项监测指标，了解住院患者重点手术治疗质量的总体情况。

分母：年龄≥18岁的特定手术例数。

分子（符合分母，且符合以下一项者）：①死亡例数；②术后非预期的重返手术室再手术数。

有以下十八类手术及ＩＣＤ-9-ＣＭ-3编码。

1. 髋、膝关节置换术　手术/操作编码为ＩＣＤ-9-ＣＭ-3：81．51-55髋、膝关节置换术的所有出院患者。

2. 椎板切除术或脊柱融合相关手术　手术/操作为ＩＣＤ-9-ＣＭ-3编码为03．01、02、09，80．50、51、59，81．00、01-08，81．30、31-39，81．62-66，84．60、61-69，03．0、03．1-2、03．4-7椎板切除术或脊柱融合术等相关手术的所有出院患者。

3. 胰腺切除手术　手术/操作编码为ＩＣＤ-9-ＣＭ-3：52．6或52．7的出院患者。

4. 食管切除手术　手术/操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码中有42．4，42．40-42．42，42．5，42．51-42．56，42．58-42．59或42．6，42．61-42．69或主诊断编码为所选择的编码且手术/操作编码为43．99的出院患者。

5. 腹腔镜下胆囊切除术　手术/操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码中有ＩＣＤ9-ＣＭ-3：51．23、24任何诊断为腹腔镜胆囊切除术的患者。

6. 冠状动脉旁路移植术（ＣＡＢＧ）手术/操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码中有36．1的出院患者。

7. 经皮冠状动脉介入治疗（ＰＣＩ）　手术/操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码为0066，36．01，36．02或36．05，36．06，36．07的出院患者。

8. 颅、脑手术　手术/操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码为01．02-06，02．0、02．1-4的颅、脑手术的出院患者。

9. 子宫切除术　手术/操作编码为ＩＣＤ9-ＣＭ-3：68．4-68．7子宫切除术的所有女性出院患者。

10. 剖宫产　手术/操作编码为ＩＣＤ9-ＣＭ-3：74．0，74．1，74．2，74．4，74．99确定为剖宫产的出院患者。

11. 阴道分娩　手术/ 操作编码为确定为ＩＣＤ-9-ＣＭ-3：72，73．0-73．2，73．4-73．9（伴ＩＣＤ10：Ｚ37）阴道分娩的出院患者。

12. 乳腺手术　手术/操作编码为确定为ＩＣＤ9-ＣＭ-3：85．4的出院患者。

13. 肺切除术　手术/操作编码为确定为ＩＣＤ9-ＣＭ-3：32．4、32．5的出院患者。

14. 胃切除术　手术/操作编码为确定为ＩＣＤ9-ＣＭ-3：43．5-43．9的出院患者。

15. 直肠切除术　手术/操作编码为确定为ＩＣＤ9-ＣＭ-3：48．4-48．6的出院患者。

16. 肾与前列腺相关手术　手术/操作编码为确定为ＩＣＤ9-ＣＭ-3：55．4-6，60．3-5前列腺手术的出院患者。

17.血管内修补术　手术/操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码中有38.34,38.44,38.64或39.71-74血管内修补术的出院患者。

18．恶性肿瘤手术　是指主要诊断ＩＣＤ10 Ｃ00-Ｃ97，伴手术/操作ＩＣＤ．9-ＣＭ-3“某器官全切除术”、或大部分（或部分）切除术者。

18．1 甲状腺癌联合根治术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：06．2-06．5

18．2 喉癌联合根治术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：30．4

18．3 肺叶切除术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：32．4 002

全肺切除术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：32．5

胸腔镜肺癌切除术

18．4 食管部分切除、食管胃弓上吻合术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：42．5

食管部分切除、食管胃弓下吻合术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：42．5

18．5 胃远端切除术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：43．6、43．7

胃近端切除术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：43．5

全胃切除术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：43．99

根治性全胃切除术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：43．99

18．6 肝叶切除术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：50．3 01

半肝切除术 ＣＭ-3：50．3 02

肝段切除术 ＣＭ-3：50．2 203

肝肿物不规则切除术（部分切除术）ＣＭ-3：50．2 201

18．7 左半结肠切除术 ＣＭ-3：45．27 501

右半结肠切除术　ＣＭ-3：45．27 301

直肠前切除术　ＣＭ-3：48．6 301

腹会阴直肠切除术ＣＭ-3：48．5 01

腹腔镜结直肠癌根治术手术

18．8 惠普尔氏术（根治性胰十二指肠切除术） ＩＣＤ9-ＣＭ-3：52．7

胰体尾切除术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：52．5 902

18．9 乳腺癌改良根治术 ＩＣＤ9-ＣＭ-3：85．4

乳腺癌保留乳房术 ICD9-CM-3：85．2 103

18．10 肾癌根治术 ICD9-CM-3：55．5

肾肿瘤保留肾单位手术 ICD9-CM-3：55．3

18．11 前列腺癌根治术 ICD9-CM-3：60．5

18．12 根治性膀胱切除术

18．13 双侧输卵管-卵癌切除术ICD9-CM-3：65．6

18．14 全子宫切除术ICD9-CM-3：68．4

18．15 盆腔淋巴结清扫术ICD9-CM-3：40．59

（三）麻醉

【解读】

按每季、每年，统计每类麻醉总例数、麻醉复苏（Steward苏醒评分）管理、麻醉非预期的相关事件等监测指标，了解麻醉诊疗质量的总体情况。

1．麻醉总例数/季/年

（1）全身麻醉例数/季/年。

其中：体外循环例数/季/年。

（2）脊髓麻醉例数/季/年。

（3）其他类麻醉例数/季/年。

2．由麻醉医师实施镇痛治疗例数/季/年

（1）门诊患者例数/季/年。

（2）住院患者例数/季/年。

其中：手术后镇痛/季/年。

3．由麻醉医师实施心肺复苏治疗例数/季/年

复苏成功例数/季/年。

4．麻醉复苏（Steward苏醒评分）管理例数/季/年

（1）进入麻醉复苏室例数/季/年。

（2）离室时Steward评分≥4分例数/季/年。

5．麻醉非预期的相关事件例数/年

（1）麻醉中发生未预期的意识障碍例数/季/年。

（2）麻醉中出现氧饱和度重度降低例数/季/年。

（3）全身麻醉结束时使用催醒药物例数/季/年。

（4）麻醉中因误咽误吸引发呼吸道梗阻例数/季/年。

（5）麻醉意外死亡例数/季/年。

（6）其他非预期的相关事件例数/季/年。

6. 麻醉分级（ＡＳＡ病情分级）管理例数/季/年

（1） ＡＳＡ-Ⅰ级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（2） ＡＳＡ-Ⅱ级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（3） ＡＳＡ-Ⅲ级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（4） ＡＳＡ-Ⅳ级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（5） ＡＳＡ-Ⅴ级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

（四）手术并发症与患者安全指标

【解读】

按每季、每年，统计每类手术并发症与患者安全的监测指标，了解手术并发症与患者安全的总体情况。

1. 住院患者压疮发生率及严重程度 见表 7-1。

表 7-1 住院患者压疮发生率及严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1. 1	患者入院前已有压疮（主要诊断中有ＩＣＤ10 编码与名称）	分子	患者入院前有一处或多处压疮的总例次（季度）
		分母	住院患者总例数（季度）
1. 1. 1	有一级压疮	分子	患者入院前有一处或多处一级压疮的例次（季度）

		分母	住院患者例数（季度）
1．1．2	有二级压疮	分子	患者入院前有一处或多处二级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1．1．3	有三级压疮	分子	患者入院前有一处或多处三级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1．1．4	有四级压疮	分子	患者入院前有一处或多处四级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1．1．5	自家庭入住时有压疮的患者	分子	自家中入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1．1．6	自养老院入住时有压疮的患者	分子	自长期照护机构入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1．1．7	自其他医院转入时有压疮的患者	分子	自医院入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1．1．8	自其他来源入住时有压疮的病人	分子	自其他来源入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1．2	住院期间发生压疮	分子	入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1．2．1	发生一级压疮	分子	入住急性照护有一处或多处第一级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1．2．2	发生二级压疮	分子	入住急性照护有一处或多处第二级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）

1．2．3	发生三级压疮	分子	入住急性照护有一处或多处第三级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1．2．4	发生四级压疮	分子	入住急性照护有一处或多处第四级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1．3	住院期间压疮发生率	分子	入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1．3．1	骶尾椎骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生骶尾椎骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1．3．2	坐骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生坐骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1．3．3	股骨粗隆处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生股骨粗隆处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1．3．4	跟骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生跟骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1．3．5	足踝处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生足踝处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）

		分母-2	住院总床日数（季度）
1．3．6	肩胛骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生肩胛骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1．3．7	枕骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生枕骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1．3．8	其他部位压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生其他部位所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1．3．9	多处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生二处（含）以上所有级数压疮的患者人次
		分母	在同一次住院期间发生一处或多处所有级数压疮的患者人次

排除病例：

（1）住院日＜5天的患者。

（2）皮肤、皮下组织、乳腺癌的患者。

（3）围产期（妊娠、分娩、产褥期）的患者。

（4）诊断为偏瘫、截瘫或四肢瘫痪的患者。

（5）ＩＣＤ10编码为脊柱裂或缺氧性脑损伤的患者。

（6)在手术室手术进行之前或当天有ＩＣＤ9-ＣＭ-3手术/操作编码为清创术或带蒂移植术的患者。

（7）年龄≤18岁的所有出院患者。

2．医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度　见表7-2。

表7-2　医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1	住院患者的跌倒与原因	分子	病历中有记录的跌倒数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院人日数
1．1	因患者健康状况而造成跌倒比率	分子	因患者健康状况而造成跌倒事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
1．2	因治疗、药物和（或）麻醉反应而造成跌倒比率	分子	因治疗、药物和（或）麻醉反应而造成之跌倒事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
1．3	因环境中危险因子而造成跌倒比率	分子	因环境中危险因子而造成跌倒事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
1．4	因其他因素而造成跌倒比率	分子	因其他因素而造成跌倒事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
2	跌倒造成伤害程度	分子	跌倒造成伤害事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
2．1	跌倒伤害严重度 1 级比率	分子	有记录的跌倒伤害严重度 1 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒伤害事件数
2．2	跌倒伤害严重度 2 级比率	分子	有记录的跌倒伤害严重度 2 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒伤害事件数
2．3	跌倒伤害严重度 3 级比率	分子	有记录的跌倒伤害严重度 3 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数

		分母-2	有记录的跌倒伤害事件数
3	再次发生跌倒比率	分子	两次或两次以上的有记录跌倒患者数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	一次或一次以上的有记录跌倒患者数

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

（1）手术并发症（严重但可治疗）导致的死亡

分子：满足分母纳入与排除标准，出院情况为“死亡”的出院患者。

分母：年龄≥18岁，有ＩＣＤ9-ＣＭ-3手术室手术编码，主要手术在入院后2天内进行或入院类型为择期手术，有潜在可能导致死亡的并发症（如肺炎、深静脉血栓/肺栓塞、败血症、休克/心脏骤停、消化道出血/急性溃疡）的所有外科出院患者。

肺炎排除病例：

1） 诊断为创伤的患者。

2） 消化系统疾病和紊乱的患者。

3） 肝胆系统和胰腺疾病和紊乱的患者。

4） 入院时，已经出现（主要诊断中或其他诊断中，入院时已存在）消化道出血/急性溃疡、酒精中毒或ＩＣＤ10诊断编码为280．0或285．1的患者。

深静脉血栓/肺栓塞排除病例：

1） 年龄≥90岁的患者。

2） 新生儿患者。

3） 入院时，深静脉血栓/肺栓塞待排除病例。

4） 入院时，已经出现肺栓塞或深静脉血栓情况（主诊断为栓塞或深静脉血栓或其他诊断为栓塞或深静脉血栓，但在入院时已存在）的患者。

5） 与流产有关肺栓塞的或产后产科肺栓塞患者。

败血症排除病例：

排除有合并下列情况的患者：诊断为免疫功能低下且主诊断为感染或败血症且患者住院天数≤3天。

休克/心脏骤停排除病例：

1） 诊断为出血、创伤或消化道出血的患者。

2） 呼吸系统疾病/紊乱的患者。

3） 循环系统疾病/紊乱的患者。

4） 入院时，已经出现休克/心脏骤停情况（主诊断为休克/心脏骤停或其他诊断为休克/心脏骤停，但在入院时已存在）的患者。

5） 与流产相关休克的患者。

消化道出血/急性溃疡排除的患者:

1） 入院时，已经出现肺炎情况的患者。

2） 诊断编码为病毒性肺炎的患者。

3） 呼吸系统疾病/紊乱的患者。

4） 诊断为免疫功能低下的患者。

（2）手术后伤口裂开

分子: 满足分母纳入与排除标准，任何手术/操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码为腹部手术后裂开缝合术的出院患者。

分母: 年龄≥18岁的所有腹腔手术出院患者。

排除病例:

1） 腹部手术后裂开缝合术在第一次手术之前或当天作为第一个腹部手术进行的患者。

2） 平均住院日＜2天的患者。

3） 免疫功能不全的患者。

4） 妊娠、分娩、围产期的患者。

（3）手术后肺栓塞或深静脉血栓

分子: 满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断ＩＣＤ10编码为深静脉血栓或肺栓塞的出院患者。

分母: 年龄≥18岁，有手术与操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码的所有外科出院患者。

排除病例:

1） 已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）深静脉血栓或肺栓塞的患者。

2） 下腔静脉中断术是唯一手术的患者。

3） 下腔静脉中断术在第一次手术之前或当天进行的患者。

4） 妊娠、分娩、围产期的患者。

（4）手术后出血或血肿

分子：满足分母纳入与排除标准，且：

1） 任何其他诊断ＩＣＤ10编码为手术后出血或血肿。

2） 任何手术/操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码为手术后控制出血或血肿引流的患者。

分母：年龄≥18岁，有手术与操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码的所有外科出院患者。

排除病例：

1） 已存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）手术后出血或手术后血肿的患者。

2） 唯一的手术是手术后出血控制或血肿清除的患者。

3） 手术后出血控制或血肿清除在第一次手术进行之前进行的患者。

4） 妊娠、分娩、围产期的患者。

（5）手术后髋关节骨折

分子:满足分母纳入与排除标准,任何其他诊断ＩＣＤ10编码为髋关节骨折的出院患者。

分母：年龄≥18岁，有手术与操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码的所有外科出院患者。

排除病例：

1） 主要诊断ＩＣＤ10编码为髋关节骨折，或其他诊断ＩＣＤ10编码为髋关节骨折，但入院时已存在的患者。

2） 只有髋关节骨折修复术一个手术与操作编码的患者。

3） 髋关节骨折修复术在第一次手术进行之前或当天进行的患者。

4） 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病和紊乱的患者。

5） 主诊断（或其他诊断，但在入院时已经存在）为癫痫、昏厥、卒中、昏迷、心脏骤停、中毒、外伤、谵妄和其他神经病、或缺氧性脑损伤的患者。

6） 任何诊断为转移癌、淋巴肿瘤或骨肿瘤或自残的患者。

7） 妊娠、分娩、围产期的患者。

（6）手术后生理与代谢紊乱

分子:

1） 满足分母纳入与排除标准,任何其他诊断ＩＣＤ10编码为生理性和代谢性紊乱的出院患者。

2） 有急性肾衰竭（生理性和代谢性紊乱的亚组）的出院患者必须伴随透析的手术/操作编码。

分母:

1）年龄≥18岁，有ＩＣＤ9-ＣＭ-3手术室编码的所有择期外科出院患者。

2）入院类型记录为择期手术。

排除病例:

1）已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）生理性和代谢性紊乱或慢性肾衰竭的患者。

2）急性肾衰竭，第一次手术进行之前进行了透析的患者。

3）诊断编码有酮症酸中毒、高渗透压或其他昏迷（生理性和代谢性紊乱编码亚组）且主诊断为糖尿病的患者。

4）其他诊断编码有急性肾衰竭（生理性和代谢性紊乱编码亚组）且主诊断为急性心肌梗死、心律失常、心脏骤停、休克、出血或消化道出血的患者

5）妊娠、分娩、围产期的患者。

（7）手术后呼吸衰竭

分子:

1）满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断ＩＣＤ10编码为急性呼吸衰竭的出院患者。

2）满足分母纳入与排除标准，有ＩＣＤ9-ＣＭ-3再插管手术/操作编码的出院患者。

分母:

1）年龄≥18岁，有ＩＣＤ9-ＣＭ-3手术室编码的所有择期手术外科出院患者。

2）入院类型记录为择期手术。

排除病例:

1）已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）急性呼吸衰竭的患者。

2）ＩＣＤ10诊断编码有神经肌肉疾病的患者。

3）气管切开术为唯一的手术室手术的患者。

4）气管切开术在第一次手术之前进行的患者。

5）颅面畸形且有喉或咽部手术或脸部手术/操作且诊断编码为颅面畸形。

6）妊娠、分娩、围产期的患者。

7）呼吸系统疾病/紊乱的患者。

8）循环系统疾病/紊乱的患者。

（8）手术后败血症

分子：满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断ＩＣＤ10编码为败血症的出院患者。

分母:

1） 年龄≥18岁，有ＩＣＤ9-ＣＭ-3手术与操作编码的所有择期手术外科出院患者。

2） 入院类型记录为择期手术。

排除病例:

1）已经存在（主诊断或其他诊断，入院时已存在）败血症或感染情况的患者。

2）有免疫功能低下或癌症编码的患者。

3）妊娠、分娩、围产期的患者。

4）住院日＜4天的患者。

4. 产伤发生率

（1）产伤——新生儿

分子: 满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断ＩＣＤ10 编码为生产伤害的出院患者。

排除病例:

1）任意诊断编码为早产儿（出生体重＜2000克）的患者。

2）任意诊断编码为骨骼发育不良的患者。

3）任意诊断编码为臂丛神经损伤的患者。

分母: 所有活产儿（新生儿）

新生儿的定义-1:

1）ＩＣＤ10 编码为院内活产儿的患者。

2）入院类型为新生儿，入院时年龄为0天，ＩＣＤ10诊断编码不为院外产婴的患者。

新生儿的定义-2

1）入院时年龄在0～28天（包括28天）之间的出院患者。

2）如果没有年龄的数据，入院类别为新生儿或ＩＣＤ10 诊断编码为院内活产儿，且入院年龄为0天。

（2）产伤——器械辅助阴道分娩

分子: 满足分母纳入和排除标准，任何其他诊断ＩＣＤ9-ＣＭ-3 编码为3度或4度产科创伤的出院患者。

分母: 任意手术/操作编码为器械辅助分娩的所有分娩出院患者。

（3）产伤——非器械辅助阴道分娩

分子: 满足分母纳入和排除标准，任何其他诊断ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码为3度或4度产科创伤的出院患者。

分母: 所有阴道分娩出院患者。

排除病例:

器械辅助分娩患者。

5. 因用药错误导致患者死亡发生率

分子:年龄≥18岁,任何其他诊断ＩＣＤ10编码为因用药错误导致患者死亡的出院患者。

分母: 所有出院患者。

排除病例:

已经存在(主诊断或其他诊断，入院时已存在)因用药错误导致患者引发任何诊断的患者。

6. 输血/输液反应发生率

分子: 年龄≥18岁，任何其他诊断ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码为输血/输液反应的内外科出院患者。

分母: 所有接受过输血/输液的出院患者。

排除病例:

已经存在(主诊断或其他诊断，入院时已存在)输血/输液反应的患者。

7. 手术过程中异物遗留发生率

分子: 年龄≥18岁，任何其他诊断ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码为手术/操作过程中异物遗留的内外科出院患者。

分母: 年龄≥18岁，有ＩＣＤ9-ＣＭ-3手术室手术编码的所有出院患者。

排除病例:

入院时，主诊断ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码为手术/操作过程中异物遗留或其他诊断为手术/操作过程中异物遗留的患者。

8. 医源性气胸发生率

分子: 满足分母纳入和排除标准，任何其他诊断ＩＣＤ10编码为512. 1的出院患者。

分母: 年龄≥18岁的所有出院患者。

排除病例:

1)入院时，主要诊断ＩＣＤ10编码为512. 1或其他诊断编码为512. 1的患者。

2)围产期(妊娠、分娩、产褥期)的患者。

3)诊断编码为胸部创伤或胸腔积液的患者。

4)ＩＣＤ9-ＣＭ-3 手术/操作编码为膈肌修复手术的患者。

5)有任何能显示进行了胸外科手术、肺或胸活检术或心脏手术的患者。

9. 医源性意外穿刺伤或撕裂伤发生率

分子：满足分母纳入与排除标准，任何其他诊断ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码显示手术/操作过程中发生了意外切开、穿刺、穿孔或裂伤的出院患者。

分母：年龄≥18岁的所有内外科出院患者。

排除病例：

1）主要诊断ＩＣＤ10编码显示发生了技术问题（如：意外切开、穿刺、穿孔或裂伤）的患者。

2）妊娠、分娩和产褥期的患者。

3）手术与操作编码ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码显示有脊柱手术的患者。

第三节 单病种质量指标

一、概述

病种质量管理是以病种为管理单元，是全过程的质量管理，可以进行纵向（医院内部）和横向（医院之间）比较，采用在诊断、治疗、转归方面具有共性，某些医疗质量指征是具有统计学特性的指标，可用来进行质量管理评价。

病种的选择原则：

- 根据我国人群发病和患病情况、危害程度，对医疗资源消耗情况。
- 选择那些具有代表性的常见与多发疾病的诊疗过程（核心）质量。
- 可以用作考核医院总体质量管理水平和绩效管理状况。

单病种过程质量指标的选择：

- 以国内、外权威的指南为依托，专家具有共识。
- 选择具有循证医学结论——经多中心、大样本论证推荐的1类Ａ、Ｂ级指标为重点的核心质量为指标。
- 参考国际上目前在使用的核心质量指标。
- 邀请本专业权威专家结合中国国情进行讨论，并在医院实地临床试用与验证。

在部分三甲医院试用中：

- 这种方法能够对疾病诊疗进行过程质量控制。
- 是提高医疗技术、进行持续改进的方法。
- 在某种程度上反映出医疗质量的变化趋势。

- 是评价医师诊疗行为是否符合规范，及其合理性。
- 是反映出全院在医疗质量管理整体能力与层次的一个重要的新途径。
- 同样在医院评审中是评价医疗质量的一项重要手段。

六个单病种质量控制指标在卫生部《2008 年医院管理年活动方案》作为四项重点工作之一，《2009 年医院管理年活动方案》作为八项重点工作之一，2009 年 4 月卫生部办公厅以卫办医政函（2009）425 号文件，作为第一批单病种质量控制指标。2010 年 10 月卫生部办公厅以卫办医政函（2010）909 号文件，发布第二批单病种质量控制指标，并规定“各三级医院在完成上述病种每例诊疗后在十日内使用我部统一分配的用户名和密码，登录“单病种质量控制系统”（ｈｔｔｐ：//ｗｗｗ．ｃｈａ．ｏｒｇ．ｃｎ/ｑｕａｌｉｔｙ）进行病例信息报送工作。”

对于每个病种的每一项指标的设置理由、指标类型、表达方面、信息采集范围、分子与分母、排除病例、信息分析流程图等内容，可详见《单病种质量管理手册》（2．0 版 2010 年科学技术文献出版社出版）。以下仅是指标设置理由的简述。

本指标使用的对象是三级医院，重点是三级甲等医院。

二、监测指标

（一）急性心肌梗死ＡＭＩ（ＩＣＤ10　Ｉ21．0-Ｉ21．3，Ｉ21．4，Ｉ21．9）

ＡＭＩ-1 到达医院后使用阿司匹林和氯吡格雷（有禁忌证除外）的时间

ＡＭＩ-2 到达医院后首次心功能评价的时间与结果

ＡＭＩ-2．1 左心室功能评价：在病历记录中患者入院 24 小时内、出院前均有左（右）心室功能评估。包括Ｘ线胸片与超声心动图评价左心室内径和射血分数（ＬＶＥＦ），并说明左（右）心室功能障碍程度。

ＡＭＩ-2．2 危险评分：ＳＴＥＭＩ危险评分方法或ＮＳＴＥＭＩ危险评分方法或ＮＳＴＥＭＩ危险分层。

ＡＭＩ-3 实施再灌注治疗（仅适用于ＳＴＥＭＩ）

再灌注治疗适应证：仅限于心电图（ＥＣＧ）有 ＳＴ段抬高或左束支阻滞（ＬＢＢＢ）的ＡＭＩ患者。

ＡＭＩ-3．1 到院后实施溶栓治疗的时间（有适应证，无禁忌证）

来医院（急诊室）至溶栓的时间在（ｄｏｏｒ－ｔｏ－ｎｅｅｄｌｅ ｔｉｍｅ<30’）30分钟以内。

ＡＭＩ－3．2到院后实施ＰＣＩ治疗的时间（有适应证，无禁忌证）

来医院（急诊室）至的ＰＣＩ时间在（ｄｏｏｒ－ｔｏ－ｎｅｅｄｌｅ ｔｉｍｅ<90’）90分钟以内。

ＡＭＩ－3．3需要急诊ＰＣＩ患者，但本院无条件实施时，转院的时间确保患者能获得规范的诊疗服务。

ＡＭＩ－4到达医院后使用首剂β－受体阻滞剂（有适应证，无禁忌证者）的时间

未使用者，病历中对具体原因有记录。

ＡＭＩ－5 住院期间使用阿司匹林、氯吡格雷、β受体阻滞剂、ＡＣＥＩ（有适应证，无禁忌证者）

未使用者，病历中对具体原因有记录。

ＡＭＩ－6住院期间血脂评价

对急性心肌梗死患者在住院期间应进行低密度脂蛋白胆固醇的检测与评估，根据危险分层选择他汀类降脂治疗（有适应证，无禁忌证者）。

ＡＭＩ－7出院时继续使用阿司匹林、氯吡格雷、β－受体阻滞剂、ＡＣＥＩ、他汀类药物有明示。

未使用者，病历中对具体原因有记录。

ＡＭＩ－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。

戒烟和饮食控制健康辅导、再灌注治疗的护理与教育、控制危险因素、坚持二级预防。

ＡＭＩ－9患者住院天数与住院费用

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

ＡＭＩ－10患者对服务满意度评价结果（附件7-1）

（二）急性心力衰竭（ＩＣＤ10 Ｉ05-Ｉ09，Ｉ11-Ｉ13，Ｉ20-Ｉ25，伴Ｉ50）

ＨＦ－1到达医院后首次心功能评价的时间与结果

左心室功能评价：在病历记录中患者入院24小时内、出院前均有左（右）心室功能评估。包括：Ｘ线胸片与超声心动图评价左心室内径和射血分数（ＬＶＥＦ），并说明左（右）

心室功能障碍程度。

心功能评估：实施ＮＹＨＡ心功能分级或6分钟步行试验。

ＨＦ-2 到达医院后使用血管紧张素转换酶(ＡＣＥ)抑制剂或β-受体阻滞剂的时间(有适应证，无禁忌证者)

ＨＦ-3 出院时继续使用血管紧张素转换酶（ＡＣＥ）抑制剂或β-受体阻滞剂。

ＨＦ-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

积极治疗基础心脏病及瓣膜病（包括介入治疗、外科手术）建议；实施控制危险因素的指导；戒烟、戒酒、限盐、适量饮食、控制液体等宣教指导有记录。

ＨＦ-5 患者住院天数与住院费用。

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

ＨＦ-6 患者对服务满意度评价结果（附件 7-1）

（三）社区获得性肺炎ＣＡＰ--住院、成人（ＩＣＤ10 Ｊ13- Ｊ15，Ｊ18．1）

ＣＡＰ-1 到达医院后首次病情严重程度评估的时间与结果

判定是否符合住院标准（重症肺炎诊断标准或收住ＩＣＵ标准）与病情严重程度评估（严重指数ＰＳＩ评分，或ＣＵＲＢ-66 评分）。

ＣＡＰ-2 重症患者、入住ＩＣＵ患者实施氧合评估的时间

低氧血症是严重肺炎的一个重要指标，也是预后不良的独立危险因素，吸氧可以降低低氧血症肺炎患者的病死率。患者至少在住院前或住院 24 小时内（吸氧前）接受动脉血气分析或指脉血氧仪检查。

ＣＡＰ-3 重症患者、入住ＩＣＵ患者实施病原学检查的时间

危重肺炎患者进行病原学检测与诊断可以提供重要的微生物学信息，帮助选择适当的抗菌药物，降低患者病死率。

ＣＡＰ-4 起始抗菌药物种类（经验性用药）选择

免疫功能正常患者开始 24 小时抗菌药物选择要符合指南要求。

ＣＡＰ-5 入院后患者接受首剂抗菌药物治疗的时间

抗生素治疗要尽早开始，首剂抗生素治疗争取在诊断肺炎后 4 小时内使用，以提高疗效，降低病死率，缩短住院时间。

ＣＡＰ-6 初始治疗后评价无效，重复病原学检查的时间

初始治疗 72 小时无效定义为：症状无改善或一度改善又恶化。对于这种患者，要重复病原学(包括痰、胸水、支气管灌洗液细菌培养，真菌培养和抗酸杆菌检查；或尿抗原检查；或双份血清抗体检查)，审慎调整抗菌药物，并排除并发症或非感染因素。

ＣＡＰ-7 抗菌药物（输注、或注射）使用天数

要符合指南要求。

ＣＡＰ-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

吸烟的肺炎患者在住院期间要接受健康教育与咨询。

ＣＡＰ-9 患者住院天数与住院费用。

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

ＣＡＰ-10 患者对服务满意度评价结果（附件 7-1）

（四）脑梗死ＳＴＫ（ＩＣD10 Ｉ63）

ＳＴＫ-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。

患者最佳接诊流程，是在到达医院急诊 15 分钟内获得，由神经内科专业医师或具有神经系统功能评估技能的急诊医师提供的神经系统功能评估；在医嘱下达后的 45 分钟内获得神经影像（头部ＣＴ）、临床实验室（血常规、凝血功能、血生化、电解质）、ＥＣＧ 和胸部Ｘ 线检查的结果，即患者在“绿色通道”的上述服务全部时限应小于 60 分钟。

ＳＴＫ-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）

所有在医院发生缺血性卒中症状和出现卒中症状 4.5 小时/6 小时以内的患者进行评估，无溶栓治疗禁忌证的急性期的例数，应考虑给予静推（ＩＶ）ｔ-ＰＡ或尿激酶。

ＳＴＫ-3 到院后使用首剂阿司匹林或氯吡格雷的时间。

所有无禁忌证脑梗死患者，在入院 48 小时内服用阿司匹林(有禁忌证者使用氯吡格雷)。

ＳＴＫ-4 到院后实施吞咽困难评价的时间

吞咽困难所致误吸是并发肺炎重要危险因素，在给予饮食、进食、口服药之前进行吞咽困难评价。

ＳＴＫ-5 到院后实施血脂评价与使用他汀类药物（有适应证，无禁忌证者）的时间

在住院期间应进行低密度脂蛋白胆固醇的检测与评估，对于ＬＤＬＣ（≥ 100 ｍｇ /

ｄ１）升高的患者应进行降脂治疗。

ＳＴＫ-6 住院期间接受血管功能评价的时间

住院的卒中患者应在住院 1 周内接受血管功能评价,包括有ＴＣＤ/ ＣＴ灌注/ ＭＲＡ等项目，有助于提高诊疗质量。

ＳＴＫ-7 预防深静脉血栓的时间

不能下床活动的患者在入院 2 天后应给予预防深静脉血栓的措施。

ＳＴＫ-8 康复评价与实施的时间

无禁忌证者都需进行康复评价与康复训练，是促进功能康复的重要手段。

ＳＴＫ-9 出院时继续使用阿司匹林或氯吡格雷

如无禁忌证应继续予阿司匹林或氯吡格雷进行二级预防。

ＳＴＫ-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

心源性脑梗死（房颤、金属瓣膜）无禁忌证的患者推荐使用华法林。非心源性脑梗死患者不推荐使用华法林进行二级预防。

ＳＴＫ-11 住院期间为患者提供戒烟咨询与脑梗死健康教育的内容与时机

对住院期间所有患者都需进行戒烟或者进行戒烟辅导;卒中教育与培训,控制危险因素,同样还应包括来自家庭成员、陪护人员的教育与培训。

ＳＴＫ-12 患者住院天数与住院费用

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

ＳＴＫ-13 患者对服务满意度评价结果（附件 7-1）

（五）髋关节置换术（ＩＣＤ9-ＣＭ-3　81．51-52）、膝关节置换术（ＩＣＤ9-ＣＭ-3　81．54）

Ｈ/Ｋ-1 实施手术前关节功能评估的时间与结果

髋关节Ｈａｒｒｉｓ、膝关节ＨＳＳ评分是被广泛地用于髋、膝关节功能评价，评价术前与术后功能情况。

Ｈ/Ｋ-2 预防性抗菌药物选择与应用时机

遵照《抗菌药物临床应用指导原则》“人工关节置换”属于外科无菌切口预防用药范围，规范选择抗菌药物，术前 1 小时内给药，如果手术时间超过 3 小时，可于手术中给予第 2 剂，无并发感染者术后 96～120 小时内停药。

Ｈ/Ｋ-3 实施预防手术后深静脉血栓与肺栓塞的时间

手术后深静脉血栓形成与肺栓塞是危及生命的严重并发症，遵照《人工全髋、膝关节置换术 ＤＶＴ方案》规范使用药物预防。

H/K-4 手术输血量

单侧手术输血量小于 400m l，评价手术操作出血与补充血液情况。

H/K-5 术后康复治疗的时间

评价术后早期康复治疗方案实施与功能评定。

H/K-6 手术后并发症发生的时间

手术后出现并发症，如深静脉血栓和肺栓塞等生理和代谢紊乱。

评价术前全身机体情况，是否因原有内科疾病治疗不及时，而增加术后康复的难度。

H/K-7 住院期间为患者提供髋、膝关节置换术健康教育的内容与时机

为患者提供在髋、膝关节置换手术前、术后与出院时的健康教育。

H/K-8 切口Ⅰ/甲级愈合

一类切口（无菌）手术应为Ⅰ/甲级愈合。

H/K-9 患者住院天数与住院费用

缩短术前住院日、无并发症患者住院 21 天内出院。

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

H/K-10 患者对服务满意度评价结果（附件 7-1）

（六）冠状动脉旁路移植术ＣＡＢＧ（ＩＣＤ9-ＣＭ-3 36．1）

ＣＡＢＧ-1 实施手术前风险评估的时间与结果

实施手术前风险评估与术前准备用药，以风险评分5分以上作为判定疑难复杂手术的标准。

ＣＡＢＧ-2 符合手术适应证与急症手术指征

根据手术前评价，确认冠状动脉旁路移植手术适应证与急症手术指征。

ＣＡＢＧ-3 使用乳房内动脉

选择搭桥的旁路血管是手术重要步骤，关系到手术重要质量，左乳房内动脉（左胸廓内动脉）术后十年通畅率可达95%，应优先使用乳房内动脉，或是根据情况选用其他旁路血管。

ＣＡＢＧ-4 预防性抗菌药物选择与应用时机

遵照《抗菌药物临床应用指导原则》“冠状动脉旁路移植术”属于外科无菌切口预防用

药范围，规范选择抗菌药物，术前 1 小时内给药，如果手术时间超过 3 小时，可于手术中给予第 2 剂，无并发感染者术后 96～120 小时内停药。

ＣＡＢＧ-5术后活动性出血或血肿的再手术时间

术后活动性出血或血肿再手术是手术质量的体现，应采取有效预防措施。

ＣＡＢＧ-6手术后发生并发症的时间

采取有效措施预防与及时治疗手术后并发症，同样是围术期质量管理的重要体现。

ＣＡＢＧ-7 住院期间为患者提供冠状动脉旁路移植术健康教育的内容与时机

为患者提供在冠状动脉旁路移植手术前、术后与出院时的健康教育。

ＣＡＢＧ-8 切口Ⅰ/甲级愈合

一类切口（无菌）手术应为Ⅰ/甲级愈合。

ＣＡＢＧ-9 患者住院天数与住院费用

对于无术后并发症及其他伴随疾病的患者住院 21 天内出院。

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

ＣＡＢＧ-10 患者对服务满意度评价结果（附件 7-1）

（七）围术期预防感染（ＰＩＰ）

ＰＩＰ-1 手术前预防性抗菌药物选用符合规范要求。

对象选择：适用 1～12 项手术名称与ＩＣＤ9-ＣＭ-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

设置理由：按照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》、《普通外科Ⅰ类（清洁）切口手术围术期预防用抗菌药物管理实施细则》和《剖宫产手术围术期预防用抗菌药物管理实施细则》的要求，首选使用“一、二代头孢菌素”作为预防性用药。若使用其他类抗菌药物，在病历中必须有充分说明理由与指征的记录。

分子：首选使用“一、二代头孢菌素”作为预防性用药的病例数。

分母：Ⅰ类切口预防性抗菌药物使用的病例总数。

除外病例：

（1）在病历中的主要诊断与次要诊断为感染者。

（2）有记录明示手术前患者正处在使用非指定的抗菌药物治疗感染的进程之中。

（3）临床医师认为有使用此类抗菌药物治疗的禁忌证者。

ＰＩＰ-2 预防性抗菌药物在手术前一小时内使用

对象选择：适用 1～12 项手术名称与ＩＣＤ9-ＣＭ-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

设置理由：按照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》的要求，预防性抗菌药物在手术前 1 小时内开始使用，即是指抗菌药物进入手术患者体内的时间至手术切皮时间。若将万古霉素或喹诺酮类药物用于预防，则为手术前 2 小时。

分子：手术前 1 小时内开始使用的例数。

分母：Ⅰ类切口预防性抗菌药物使用的病例总数。

除外病例：

（1）在病历中的主要诊断与次要诊断为感染者。

（2）有记录明示手术前患者正处在使用抗菌药物治疗感染的进程之中。

（3）临床医师认为有使用此类抗菌药物治疗的禁忌证者。

ＰＩＰ-3 手术超过三小时或失血量大于 1500ｍｌ，术中可给予第二剂。

对象选择：适用 1～12 项手术名称与ＩＣＤ9-ＣＭ-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

设置理由：按照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》的要求，手术时间超过 3 小时，或双侧关节同时手术，或术中出血量超过 1500 毫升者，术中应追加 1 剂，以维持血药浓度。

公式一：

分子：手术时间超过 3 小时追加 1 剂的例数。

分母：所选范围内手术时间超过 3 小时的例数。

公式二：

分子：术中出血量超过 1500 毫升追加 1 剂的例数。

分母：术中出血量超过 1500 毫升的例数。

ＰＩＰ-4 择期手术在结束后 24、48、72 小时内停止预防性抗菌药物使用的时间。

对象选择：适用 1～12 项手术名称与ＩＣＤ9-ＣＭ-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

设置理由：按照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》的要求，外科患者在手术结束后24 小时，停止预防性抗菌药物使用；心脏外科、脑外科、骨关节置换等深部大型手术在手术结束后 48～72 小时，停止预防性抗菌药物使用；未按要求停止使用，用药时间超过规定者应在病程记录中说明理由。

公式一：

分子：在手术结束后24小时内，停止预防性抗菌药物使用的例数。

分母：所选范围内 12 类手术的例数。

公式二：

分子：在手术结束后48小时内，停止预防性抗菌药物使用的例数。

分母：所选范围内 12 类手术的例数（明确术前无感染者）。

公式三：

分子：在手术结束后72小时内，停止预防性抗菌药物使用的例数。

分母：所选范围内 12 类手术的例数。

公式四：

分子：在手术结束后72小时之后，继续使用预防性抗菌药物的例数。

分母：所选范围内 12 类手术的例数。

除外病例：

（1）在主要或次要诊断中术前有感染或具备潜在高危感染因素者。

（2）术前 24～48 小时内接受抗菌药物治疗者。

（3）在手术后 2 天，被确诊为感染者并行治疗者。

（4）临床医师认为有继续使用抗菌药物进行治疗的适应证者，在病程记录中说明。

ＰＩＰ-5 手术野皮肤准备与手术切口愈合

对象选择：适用 1～12 项手术名称与ＩＣＤ9-ＣＭ-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

设置理由：选择适宜的手术野皮肤准备，是预防术后感染的重要措施之一，根据手术的种类选择适宜的手术野皮肤准备方式甚为重要，但应避免对皮肤造成损害，而增加发生感染的机会。

1999 年， 美国疾病控制和预防中心（ＣＤＣ） 发布的《预防手术切口感染准则》指出：如果不涉及手术区， 毛发可以不去除。如果要去除毛发，去除的时间距离手术时间越

近越好， 最好使用剪毛的去毛方式。

目前在临床上，常用的方法有：①传统的剃刀手工刮毛；②电动剃刀剪毛；③仅做皮肤清洁；④脱毛剂；⑤清洁+刮毛+无菌巾包裹；⑥不做手术野皮肤准备；⑦其他方式。

信息采集：追溯性调查住院病历医嘱记录或护理记录的信息。

对象选择：适用手术名称与ＩＣＤ9-ＣＭ-3范围同ＰＩＰ-1。

公式一：

分子：在手术前选用各类备皮方法的例数。

分母：所选范围内12类手术的例数。

公式二：

分子：手术切口Ⅰ/甲级愈合的例数。

分母：所选范围内12类手术的例数。

公式三：

分子：选用各类备皮方法的手术切口Ⅰ/甲级愈合的例数。

分母：在手术前选用各类备皮方法的例数。

除外病例：

（1）在主要或次要诊断中术前有感染或具备潜在高危感染因素者。

（2）术前24～48小时内接受抗菌药物治疗者。

（3）在手术后2天，被确诊为感染者并行治疗者。

适用手术与操作ＩＣＤ9-ＣＭ-3编码：

1. 单侧甲状腺叶切除术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：06．2。

2. 膝半月板切除术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：80．6。

3. 经腹子宫次全切除术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：68．3。

4. 剖宫产术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：74．0，74．1，74．2。

5. 腹股沟疝单侧/双侧修补术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：53．0，53．1。

6. 阑尾切除术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：47．0。

7. 腹腔镜下胆囊切除术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：51．23。

8. 闭合性心脏瓣膜切开术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：35．00～35．04。

9. 动脉内膜切除术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：38．1。

10. 足和踝关节固定术和关节制动术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：81．11～81．18。

11. 其他颅骨切开术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：01．24。

12. 椎间盘切除术或破坏术ＩＣＤ9-ＣＭ-3：80．50。

（八）社区获得性肺炎--住院、儿童（ＩＣＤ10　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。

第四节 重症医学（ＩＣＵ）质量监测指标

一、解读

按每季、每年，统计每类重症医学（ＩＣＵ）单元的重点质量与安全监测指标，了解医院重症医学（ＩＣＵ）质量与患者安全的总体情况。

二、监测指标

（一）ＩＣＵ-1 非预期的 24/48 小时重返重症医学科率（%）

指标名称：非预期的 24/48 小时重返重症医学科率（%）。

对象选择：所有自重症医学科转到其他病房的患者。

指标类型：过程指标。

指标改善：比率下降。

设置理由：在重症患者转出重症医学科之前需要对患者有一个评估。如果评估结果提示目前患者病情稳定，转入重症医学科的病因已经去除或得到控制则患者具备了转出条件。但如果转出 24 小时或 48 小时病情就再度出现恶化，并且需要转回重症医学科接受治疗，说明转出前患者潜在问题没有被发现或未受到重视，之前的评估存在缺陷。24/48 小时重返重症医学科率是衡量医疗质量的一个重要指标。

分子：单位时间内 24/48 小时重返重症医学科的例数。

分母：单位时间内重症医学科转出患者的总数。

（二）ＩＣＵ-2 呼吸机相关肺炎（ＶＡＰ）的预防率（‰）

指标名称：呼吸机相关肺炎（ＶＡＰ）的预防率（‰）。

对象选择：ＩＣＵ中所有使用呼吸机的患者。

指标类型：过程指标。

指标改善：比率升高。

设置理由：在ＩＣＵ中，接受呼吸器治疗的患者，全身情况许可无禁忌、应提高床头至 30 度或更大，有助于防止和降低发生院内获得性肺炎与压疮、溃疡的风险。

分子：ＩＣＵ患者在使用呼吸机情况下抬高床头部≥30 度的日数（每天 2 次）。

分母：ＩＣＵ患者使用呼吸机的总日数。

计算公式：

$$\text{呼吸机相关肺炎的预防率（‰）}=\frac{\text{ＩＣＵ患者在使用呼吸机下抬高床头部≥30度的日数（每天2次）}}{\text{ＩＣＵ所有患者使用呼吸机的总日数}}\times 1000$$

（三）ＩＣＵ-3 呼吸机相关肺炎（ＶＡＰ）发病率（‰）

指标名称：呼吸机相关肺炎（ＶＡＰ）发病率（‰）。

对象选择：ＩＣＵ中所有使用呼吸机的患者。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率下降。

设置理由：

呼吸机相关肺炎是机械通气的一个频繁发生的医源性并发症。呼吸机相关肺炎明显增加患者的病死率和医疗资源的消耗。呼吸机相关肺炎的发生率差异极大，很大程度上反映了所在科室的医疗和护理质量。

呼吸机相关肺炎定义：

感染前 48 小时内使用过呼吸机，有呼吸道感染的全身及呼吸道感染症状，并有胸部Ｘ线症状及实验室依据。

分子：单位时间内ＩＣＵ所有发生呼吸机相关肺炎的例数。

分母：单位时间内ＩＣＵ所有患者使用呼吸机的总日数。

计算公式:

$$\text{呼吸机相关肺炎发病率（‰）}=\frac{\text{ＩＣＵ呼吸机相关肺炎的例数}}{\text{ＩＣＵ所有患者使用呼吸机的总日数}}\times 1000$$

（四）ＩＣＵ-4 中心静脉置管相关血流感染发生率（‰）

指标名称: 中心静脉置管相关血流感染发病率（‰）。

对象选择: ＩＣＵ中所有使用中心静脉置管的患者。

指标性质: 结果指标。

指标改善: 比率下降。

设置理由:

中心静脉置管是重症患者救治的重要手段，但也给感染打开了通道。置管和使用过程中无菌操作和管理是预防和降低导管相关感染的重要措施，一旦发生后果严重。临床上必须给予密切监测,并根据监测结果不断改进相关措施,持续降低中心静脉置管相关感染的发生率。

中心静脉置管相关血液感染的定义:

是指感染前 48 小时内使用过中心静脉导管。留置中心静脉导管患者的细菌血症（真菌血症）和至少有 1 次外周静脉血培养阳性，具备感染的临床表现[如发热、寒战和（或）低血压等]，除血管内导管外，无其他明确的血液感染源。

分子: 单位时间内ＩＣＵ中中心静脉置管相关血流感染的例数。

分母: 单位时间内ＩＣＵ中所有患者使用中心静脉置管的总日数。

计算公式:

$$\text{中心静脉置管相关血流感染发病率（‰）}=\frac{\text{ＩＣＵ中心静脉置管相关血流感染的例数}}{\text{ＩＣＵ所有患者使用中心静脉置管的总日数}}\times 1000$$

（五）ＩＣＵ-5 留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）

指标名称: 留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）。

对象选择: ＩＣＵ中所有留置导尿管的患者。

指标类型: 结果指标。

指标改善: 比率下降。

设置理由:

由留置导尿管导致的泌尿系感染是重症医学科最常见的院内感染之一,但经常会被忽视。注意无菌操作和尽早拔除不需要的尿管是降低发病率的主要措施。

留置导尿管相关泌尿系感染的定义:

（1）显性尿路感染: 有尿路感染的症状、体征，尿培养阳性，细菌数≥105ＣＦＵ/ｍｌ。

（2）无症状菌尿症: 无尿路感染症状、体征，尿培养阳性，细菌数≥105ＣＦＵ/ｍｌ。

分子: 单位时间内ＩＣＵ中留置导尿管相关泌尿系感染的例数。

分母: 单位时间内ＩＣＵ中所有患者留置导尿管的总日数。

计算公式:

$$\text{留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）}=\frac{\text{ＩＣＵ留置导尿管相关泌尿系感染的例数}}{\text{ＩＣＵ所有患者留置导尿管的总日数}}\times 1000$$

（六）ＩＣＵ-6 重症患者死亡率（%）

指标名称: 重症患者死亡率（%）。

对象选择: 所有收住ＩＣＵ的患者。

指标类型: 结果质量。

指标改善: 比率下降。

设置理由: 住院患者死亡率向来是衡量医疗水平的一个关键指标。对于危重患者同样如此。因为患者的危重程度存在较大差异，所以在评价危重患者死亡率时不同危重程度患者之间要区别计算。

（1）患者的危重程度是指ＡＰＡＣＨＥⅡ评 15 分以上的患者，或格拉斯哥昏迷评分、或其他评价分类归属于重症的患者。

（2）患者的危重程度是指ＡＰＡＣＨＥⅡ评 15 分以下的患者。

分子: 单位时间内收治的同一危重程度患者的死亡人数。

分母: 单位时间内收治的同一危重程度患者的总人数。

计算公式:

$$\text{重症患者死亡率（%）}=\frac{\text{ＩＣＵ同一危重程度患者的死亡人数}}{\text{ＩＣＵ同一危重程度患者的总人数}}\times 100$$

（七）ＩＣＵ-7 重症患者压疮发生率（%）

指标名称: 重症患者压疮发生率（%）。

对象选择: 所有收住ＩＣＵ的患者。

指标类型: 结果质量。

指标改善：比率下降。

设置理由：压疮的主要原因有局部受压导致血液循环障碍、局部组织受到剪切力和摩擦导致损害。患者本身因素如营养状态、局部分泌物、排泄物、汗液的浸渍等使压疮更易发生。这些因素都是重症患者频繁存在的。一旦发生压疮，会给患者带来巨大的痛苦以及后续一系列医疗和护理问题。通过合理的医疗和护理，压疮的发生率是可以明显下降甚至是可以避免的。所有压疮发生率是直接反映病房医疗护理水平的重要指标。

（1)患者的危重程度是指ＡＰＡＣＨＥⅡ评分 15 分以上的患者，或格拉斯哥昏迷评分、或其他评价分类归属于重症的患者。

（2）患者的危重程度是指ＡＰＡＣＨＥⅡ评分 15 分以下的患者。

分子：单位时间内收治的同一危重程度患者的发生压疮患者数量。

除外病例：进入ＩＣＵ时已判定有“压疮”病例。

分母：单位时间内收的同一危重程度患者的总数。

除外：进入ＩＣＵ时已判定有“压疮”病例。

计算公式：

$$\text{重症患者压疮发生率（%）}=\frac{\text{同一危重程度患者的发生压疮人数}}{\text{同一危重程度患者的总人数}}\times 100$$

（八）ＩＣＵ-8 人工气道脱出例数

指标名称：人工气道脱出例数。

对象选择：ＩＣＵ中所有置入人工气道的患者。

指标类型：结果质量。

指标改善：比率下降。

设置理由：人工气道是重症患者呼吸路径，一旦脱出可直接导致窒息并威胁生命，必须给予高度重视。由于后果严重，直接以发生的例数作为指标而不是发生率，是评价患者安全的重要指标。

分子：单位时间内ＩＣＵ发生的人工气道脱出总例数。

分母：没有分母。

第五节 合理用药监测指标

一、解读

按每季、每年，统计合理用药的基本监测指标，了解医院合理用药的基本情况。不设固定值，应根据各地的实际情况来确定。

二、监测指标

（一）抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）。

指标名称：抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）。

对象选择：全部门诊处方。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：单位时间内含有抗菌药物的门诊处方数。

分母：单位时间内门诊处方总数。

（二）注射剂处方数/每百张门诊处方（%）

指标名称：注射剂处方数/每百张门诊处方（%）。

对象选择：全部门诊处方。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：单位时间内含有注射剂的门诊处方数。

分母：单位时间内门诊处方总数。

（三）药费收入占医疗总收入比重（%）

指标名称：药费收入占医疗总收入比重（%）。

对象选择：医疗总收入中的药费总收入金额。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：年度药费总收入（万元）。

分母：年度医疗总收入（万元）。

（四）抗菌药物占西药出库总金额比重（%）

指标名称：抗菌药物占西药出库总金额比重（%）。

对象选择：西药出库总金额中的抗菌药出库总金额。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率降低。

分子：年度抗菌药出库总金额（万元）。

分母：年度西药出库总金额（万元）。

（五）常用抗菌药物种类与可提供药敏试验种类比例（%）

指标名称：常用抗菌药物种类与可提供药敏试验种类比例（%）。

对象选择：常用抗菌药物种类与可提供药敏试验种类。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率提高。

分子：可提供药敏试验种类。

分母：常用抗菌药物种类。

第六节 医院感染控制质量监测指标

一、解读

根据卫生部《医院感染监测规范（ＷＳ／Ｔ 312-2009）》，将针对高危人群、高发部位、重点环节的目标性监测，列入对医院感染监控的评价指标，重点是三级医院和规模较大的二级医院（病床数在500张以上），旨在提高医院感染控制工作的内涵质量，为推动持续改进提供方向与目标。

医院感染控制质量改进：是以特定对象的结果指标（即使用呼吸机、导管、导尿管三项器械所致感染的结果指标）为重点，同时以手术风险评估的指数来评价不同的风险指数手术发生感染的情况。

按每季、每年，统计医院感染的基本监测指标，了解医院感染的基本情况。

【监测指标】

（一）呼吸机相关肺炎发病率（‰）

指标名称：呼吸机相关肺炎发病率（‰）

对象选择：全院所有ＩＣＵ中使用呼吸机的患者。

指标类型：过程指标。

指标改善：比率下降。

设置理由：呼吸机相关肺炎是机械通气一个频繁发生的并发症。呼吸机相关肺炎明显增加患者的病死率和医疗资源的消耗。呼吸机相关肺炎的发生率差异极大，很大程度上反映所在科室的医疗和护理质量。

呼吸机相关肺炎定义：感染前48小时内使用过呼吸机，有呼吸道感染的全身及呼吸道

感染症状，并有胸部X线症状及实验室依据。

分子：单位时间一定范围内呼吸机相关肺炎的例数。

分母：单位时间一定范围内所有患者使用呼吸机的总日数。

计算公式：

$$\text{呼吸机相关肺炎发病率（‰）}=\frac{\text{呼吸机相关肺炎的例数}}{\text{所有患者使用呼吸机的总日数}}\times 1000$$

（二）留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）

指标名称：留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）。

对象选择：全院所有ＩＣＵ或使用导尿管较多的科室使用留置导尿管的患者。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率下降。

设置理由：

由留置导尿管所导致的泌尿系感染是最常见的院内感染之一，但经常会被忽视。注意无菌操作和尽早拔除不需要的导尿管是降低发病率的主要措施。

留置导尿管相关泌尿系感染的定义：留置导尿管相关泌尿系感染主要是指患者留置导尿管后，或者拔除导尿管 48 小时内发生的泌尿系统感染。

临床诊断：患者出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，或者有下腹触痛、肾区叩痛，伴有或不伴有发热，并且尿检白细胞男性≥5 个/高倍视野，女性≥10 个/高倍视野，留置导尿管者应当结合尿培养（引自：外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）卫办医政发〔2010〕187 号）。

分子：单位时间一定范围内使用导尿管患者中的泌尿系感染人数。

分母：单位时间一定范围内患者使用导尿管的总日数。

计算公式：

$$\text{留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）}=\frac{\text{留置导尿管患者中泌尿系感染人数}}{\text{所有患者使用导尿管的总日数}}\times 1000$$

（三）血管导管相关血流感染率（‰）

指标名称：血管导管相关血流感染发病率（‰）。

对象选择：全院ＩＣＵ或使用中心静脉置管较多的科室使用中心静脉置管的患者。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率下降。

设置理由：中心静脉置管是重症患者救治的重要手段，但也给感染打开了通道。置管过程和使用过程中无菌操作和管理是预防和降低血管导管相关血流感染的重要措施，一旦发生后果严重。临床上必须给予密切监测，并根据监测结果不断改进相关措施持续降低血管导管相关感染的发生率。

血管导管相关血流感染的定义：血管导管相关血流感染（catheter related blood stream infection，简称CRBSI）是指带有血管内导管或者拔除血管内导管 48 小时内出现细菌血症或真菌血症的患者，并伴有发热（>38℃）、寒战或低血压等感染表现，除血管导管外没有其他明确的感染源。实验室微生物学检查显示：外周静脉血培养细菌或真菌阳性；或者从导管段和外周血培养出相同种类、相同药敏结果的致病菌（引自：外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）卫办医政发〔2010〕187 号）。

分子：单位时间一定范围内使用中心静脉置管患者中血流感染人数。

分母：单位时间一定范围内所有患者使用中心静脉置管的总导管日数。

计算公式：

$$\text{血管导管相关血流感染发病率（‰）}=\frac{\text{使用中心静脉置管患者中血流感染人数}}{\text{所有患者使用中心静脉置管的总日数}}\times 1000$$

（四）不同感染风险指数手术部位感染发病率（％）

指标名称：不同感染风险指数手术部位感染发病率（％）。

对象选择：全部住院手术的患者或部分种类手术的患者。

指标类型：结果指标。

指标改善：比率下降。

设置理由：根据不同的手术风险评估类别与指数，来评价不同手术风险患者手术部位感染发病率，更公正、更客观，对象明确，有利于持续改进。

方法介绍与操作用表，详见附件 1、2

外科手术部位感染的定义：外科手术部位感染分为切口浅部组织感染、切口深部组织感染、器官/腔隙感染。

1. 切口浅部组织感染　手术后 30 天以内发生的仅累及切口皮肤或者皮下组织的感染，并符合下列条件之一：

（1）切口浅部组织有化脓性液体。

（2）从切口浅部组织的液体或者组织中培养出病原体。

（3）具有感染的症状或者体征，包括局部发红、肿胀、发热、疼痛和触痛，外科医师开放的切口浅层组织。

下列情形不属于切口浅部组织感染:

（1）针眼处脓点（仅限于缝线通过处的轻微炎症和少许分泌物）。

（2）外阴切开术或包皮环切术部位或肛门周围手术部位感染。

（3）感染的烧伤创面及溶痂的Ⅱ度、Ⅲ度烧伤创面。

2. 切口深部组织感染　无植入物者手术后 30 天以内、有植入物者手术后 1 年以内发生的累及深部软组织（如筋膜和肌层）的感染，并符合下列条件之一:

（1）从切口深部引流或穿刺出脓液，但脓液不是来自器官/腔隙部分。

（2）切口深部组织自行裂开或者由外科医师开放的切口。同时，患者具有感染的症状或者体征，包括局部发热，肿胀及疼痛。

（3）经直接检查、再次手术探查、病理学或者影像学检查，发现切口深部组织脓肿或者其他感染证据。

同时累及切口浅部组织和深部组织的感染归为切口深部组织感染;经切口引流所致器官/腔隙感染，无须再次手术归为深部组织感染。

3. 器官/腔隙感染　无植入物者手术后 30 天以内、有植入物者手术后 1 年以内发生的累及术中解剖部位（如器官或者腔隙）的感染，并符合下列条件之一:

（1）器官或者腔隙穿刺引流或穿刺出脓液。

（2）从器官或者腔隙的分泌物或组织中培养分离出致病菌。

（3）经直接检查、再次手术、病理学或者影像学检查，发现器官或者腔隙脓肿或者其他器官或者腔隙感染的证据（引自：外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）卫办医政发〔2010〕187 号）。

分子：指定感染风险指数的某种手术的手术部位感染发病例数。

分母：指定感染风险指数的某种手术的总例数。

计算公式:

$$\text{某感染风险指数手术部位感染发病率（%）}=\frac{\text{指定感染风险指数手术部位感染发病例数}}{\text{指定感染风险指数手术总例数}}\times 100$$

手术后感染例数：按“手术风险评估类别”下列的要求分列记录:

（1）0 级手术例数/季/年感染例数

1） 浅层组织手术。

2） 深部组织手术。

3） 器官手术。

4） 腔隙内手术。

（2）Ⅰ级手术例数/季/年感染例数

1） 浅层组织手术。

2） 深部组织手术。

3） 器官手术。

4） 腔隙内手术。

（3）Ⅱ级手术例数/季/年感染例数

1） 浅层组织手术。

2） 深部组织手术。

3） 器官手术。

4） 腔隙内手术。

（4）Ⅲ级手术例数/季/年感染例数

1） 浅层组织手术。

2） 深部组织手术。

3） 器官手术。

4） 腔隙内手术。

《三级综合医院评审标准实施细则》

48 项核心条款

第一章　坚持医院公益性（4 项）

1．3．1．1 将对口支援县医院和乡镇卫生院（以下简称受援医院）及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。（★）	【C】 1．支援下级医院工作纳入院长目标责任制管理，有计划和具体实施方案。 2．有专门部门和人员负责下级医院支援协调工作。 3．针对受援医院的需求，制订重点扶持计划并组织实施，在一、二级专业中选择2～3 个重点，实施系统的技术指导、人才培养及管理帮扶。 4．参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容。
	【B】符合“C”，并 主管部门加强对口支援工作监督管理，尤其是医院管理、学科建设、医疗质量与安全等方面，定期对受援情况进行实地检查总结，提高帮扶效果。
	【A】符合“B”，并 通过三年对口帮扶，使受援县医院整体达到二级甲等医院水平。原来受援医院是二级甲等医院的，通过帮扶，其重点专科建设取得显著成效。
1．4．2．1 建立健全医院应急管理组织和应急指挥系统，负责医院应急管理工作。（★）	【C】 1．有医院应急工作领导小组，负责医院应急管理。 2．有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。 3．主管职能部门负责日常应急管理工作。 4．有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。 5．医院总值班有应急管理的明确职责和流程。 6．有应急队伍，人员构成合理，职责明确。 7．相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1．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。 2．有信息报告和信息发布相关制度。 3．应急队伍组成垂直和水平关系明晰，跨度合理，覆盖应急反应的各个方面，确保应急行动的协调和高效，能够得到后勤系统和医学装备部门的支持。
	【A】符合“B”，并 1．有应急演练或应急实践总结分析，对应急指挥系统的效能进行评价，持续改进应急管理工作。 2．有新闻发言人制度，根据法律法规和有关部门授权履行信息发布。
1．4．3．1 开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。（★）	【C】 组织有关人员对医院面临的各种潜在危害加以识别，进行风险评估和分类排序，明确应对的重点。
	【B】符合“C”，并 有灾害脆弱性分析报告，对突发事件可能造成的影响以及医院的承受能力进行系统分析，提出加强医院应急管理的措施。
	【A】符合“B”，并

	定期进行灾害脆弱性分析，对应对的重点进行调整，对相应预案进行修订，并开展再培训与教育。
1．4．3．2 编制各类应急预案。（★）	【C】 1．根据灾害脆弱性分析的结果制订各种专项预案，明确应对不同突发公共事件的标准操作程序。 2．制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确在应急状态下各个部门的责任和各级各类人员的职责以及应急反应行动的程序。 3．有节假日及夜间应急相关工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。
	【B】符合“C”，并 编制医院应急预案手册，方便员工随时查阅，各部门各级各类人员知晓本部门和本岗位相关职责与流程。
	【A】符合“B”，并 定期并及时修订总体预案和专项预案，持续完善。

第二章　医院服务（5项）

2．3．2．1 加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者（★）	【C】 1．有专人负责急诊检诊、分诊工作，有效分流非急危重症患者。 2．落实首诊负责制，急危重症患者实行“先抢救、后付费”。 3．落实急会诊制度，保障急危重症患者得到及时救治。 4．建立急危重症患者抢救协作协调机制，保障患者优先收住入院，制定急诊科与120 急救中心、基层医疗机构急诊患者转接流程，保障患者得到连贯抢救治疗，保持绿色通道畅通。
	【B】符合“C”，并 急诊抢救登记完善，病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。
	【A】符合“B”，并 有急诊信息网络支持系统，有急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接，急诊科能够在患者送达前获取急救中心转送或基层医疗机构转诊患者信息，院内相关各科室在患者收住入院前获取病历资料，提高效率。
2．3．2．2 建立急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种的急诊服务流程与规范。（★）	【C】 1．建立急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种的急诊服务流程。 2．有重点病种患者紧急会诊和优先入院抢救的相关规定。 3．重点病种相关科室及医务人员熟悉本科室重点病种急诊抢救流程和职责。
	【B】符合“C”，并 有重点病种急诊抢救登记、总结、分析、反馈及持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进重点病种急诊服务有成效。
2．6．1．1 患者或其近亲属、授权委托人对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知	【C】 1．有保障患者合法权益的相关制度并得到落实。 2．医务人员尊重患者的知情选择权利，对患者或其近亲属、授权委托人进行病情、诊断、医疗措施和医疗风险告知的同时，能提供不同的诊疗方案。

情选择的权利。医院有相关制度保证医务人员履行告知义务。（★）	3. 医务人员熟知并尊重患者的合法权益。
	【B】符合“C”，并 1. 患者或近亲属、授权委托人对医务人员的告知情况能充分理解并在病历中体现。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2. 7. 1. 1 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。（★）	【C】 1. 有专门部门统一受理、处理投诉。 2. 有投诉管理相关制度及明确的处理流程。 3. 有明确的投诉处理时限并得到严格执行。
	【B】符合“C”，并 1. 实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。 2. 有配置完善的录音录像设施的投诉接待室。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2. 7. 1. 2 妥善处理医疗纠纷。（★）	【C】 1. 有医疗纠纷范围界定、处理制度与操作流程，妥善处理医疗纠纷。 2. 有法律顾问、律师提供相关法律支持。 3. 相关人员熟悉流程并履行相应职责。
	【B】符合“C”，并 1. 以多种形式对相关员工进行医疗纠纷案例教育。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 建立发言人制度。 2. 持续改进有成效。

第三章　患者安全（4项）

3. 1. 2. 1 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项等项目核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。（★）	【C】 1. 有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。 2. 至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、年龄、出生年月、年龄、病历号、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。 3. 相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。
	【B】符合“C”，并 1. 各科室严格执行查对制度。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实，持续改进有成效。
3. 3. 3. 1 有手术安全核查与手术风	【C】 1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。

险评估制度与流程。（★）	2. 实施“三步安全核查”，并正确记录。 第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。 第二步：手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护理人员执行并向手术医师和麻醉医师报告。 第三步：患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。 3. 准备切开皮肤前，手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术风险评估”制度规定的流程，实施再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容，并正确记录。 4. 手术安全核查项目填写完整。
	【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 手术核查、手术风险评估执行率100%。
3. 6. 2. 1 严格执行“危急值”报告制度与流程。（★）	【C】 1. 医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容，能够有效识别和确认“危急值”。 2. 接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录患者识别信息、危急值内容、和报告者的信息，按流程复核确认无误后，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。 3. 医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。
	【B】符合“C”，并 信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。
	【A】符合“B”，并 有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。
3. 9. 1. 1 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。（★）	【C】 1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。 2. 有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。 3. 有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。 4. 每百张床位年报告≥10 件。 5. 医务人员对不良事件报告制度的知晓率100%。
	【B】符合“C”，并 1. 有指定部门统一收集、核查医疗安全（不良）事件。 2. 有指定部门向相关机构上报医疗安全（不良）事件。 3. 对医疗安全（不良）事件有分析，采取防范措施。 4. 每百张床位年报告≥15 件。 5. 全院员工对不良事件报告制度的知晓率100%
	【A】符合“B”，并 1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。

	2. 每百张床位年报告≥20 件。 3. 持续改进安全（不良）事件报告系统的敏感性，有效降低漏报率。

第四章 医疗质量安全管理与持续改进（27 项）

4. 3. 5. 1 实行高风险技术操作的卫生技术人员授权制度。（★）	【C】 1. 有实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权的管理制度与审批程序。 2. 有需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。
	【B】符合“C”，并 1. 主管部门履行监管职责，根据监管情况，定期更新授权项目。 2. 相关人员能知晓本部门、本岗位的管理要求。
	【A】符合“B”，并有医疗技术项目操作人员的技能及资质数据库，定期更新。
4. 3. 5. 2 建立相应的资格许可授权程序及考评标准，对资格许可授权实施动态管理。（★）	【C】 1. 有诊疗技术资格许可授权考评组织。 2. 有资格许可授权诊疗项目的考评与复评标准。 3. 申请资格许可授权，应通过考评认定，根据分级管理原则，经过主管部门审核批准。 4. 有复评和取消、降低操作权利的相关规定。
	【B】符合“C”，并主管部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理，有授权管理的完整资料。
	【A】符合“B”，并医疗技术分级分类管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。
4. 5. 7. 4 对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求。（★）	【C】 1. 对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求。 2. 有缩短平均住院日的具体措施。 （1）有解决影响缩短平均住院日的各个瓶颈环节等候时间的措施（如患者预约检查、院内会诊、检查结果、术前准备等）。 （2）有提升医院信息化建设，合理配置和利用现有医疗资源的措施。 3. 应用“临床路径”缩短患者平均住院日。
	【B】符合“C”，并相关管理人员与医师均知晓缩短平均住院日的要求，并落实各项措施。
	【A】符合“B”，并平均住院日达到控制目标。
4. 5. 7. 5 对住院时间超过30 天的患者进行管理与评价。（★）	【C】 1. 对住院时间超过30 天的患者进行管理与评价有明确管理规定。 2. 科室将住院时间超过30 天的患者，作大查房重点，有评价分析记录。 3. 有主管部门监管
	【B】符合“C”，并：主管部门履行监管职责，有定期监管检查，并有分析、反馈和改进措施。
	【A】符合“B”，并根据对超过30 天住院患者的分析持续改进住院管理质量。

4．6．8．2 医院对手术科室有明确的质量与安全指标，医院与科室能定期评价，有能够显示持续改进效果的记录。（★）	【C】 1．医院对手术科室有明确的质量与安全指标，建立手术质量管理的数据库。 （1）住院重点手术总例数、死亡例数、术后非计划重返再次手术例数。 （2）手术后并发症例数。 （3）手术后感染例数（按“手术风险评估表”的要求分类）。 （4）围术期预防性抗菌药的使用。 （5）单病种过程（核心）质量管理的病种。 2．定期分析本科室手术质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的手术治疗能力与质量水平。
	【B】符合“C”，并根据数据分析，采取有针对性的改进措施。
	【A】符合“B”，并各项质量与安全指标呈正向变化趋势。
4．6．8．3 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。（★）	【C】 1．有“非计划再次手术”相关管理制度与流程。 2．将控制“非计划再次手术”作为对手术科室质量评价的重要指标。 3．把“非计划再次手术”指标作为对手术医师资格评价、再授权的重要依据。 4．对临床手术科室医师与护理人员培训。
	【B】符合“C”，并主管部门对“非计划再次手术”有监测、原因分析、反馈、整改。
	【A】符合“B”，并有效控制非计划再次手术，持续改进有成效。
4．7．5．1 麻醉后复苏室合理配置，管理措施到位。（★）	【C】 1．麻醉后复苏室床位与手术台比不低于1:3。 2.麻醉复苏室配备医护人员满足临床需要，至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师。 3．复苏室每床配备吸氧设备，包括无创血压和血氧饱和度在内的监护设备，复苏室配备足够的呼吸机、抢救用药及必需设备等，满足需求。
	【B】符合“C”，并 1．对麻醉复苏室的医护人员进行定期培训与考核。 2．对设施设备进行定期维护。
	【A】符合“B”，并配置符合规定要求，管理措施到位。
4．7．5．2 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。（★）	【C】 1．有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。 2．患者在复苏室内的监护结果和处理均有记录。 3.转出的患者有评价标准(全身麻醉患者Steward 评分)，评价结果记录在病历中。 4．有患者转入、转出麻醉复苏室交接流程与内容规定。 5．准确记录患者进、出麻醉术后复苏室的时间。
	【B】符合“C”，并 1．科室定期自查、分析、整改。 2．主管部门进行检查、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并患者的监护和处理记录真实、准确、完整，病历记录完整率100%。
4．8．4．3 有保证相关人员及时参加急诊抢救和会诊	【C】 1．医院有急诊抢救和会诊的相关制度。 2．有明确的会诊时限规定。

<table>
<tr><td rowspan="3">的相关制度。其他科室接到急诊科会诊申请后，应当在规定时间内进行急诊会诊。（★）</td><td colspan="2">3. 相关科室与人员均能知晓与遵循。</td></tr>
<tr><td colspan="2">【B】符合“C”，并主管部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。</td></tr>
<tr><td colspan="2">【A】符合“B”，并有会诊实施记录，会诊人员具备相应资质，会诊时限符合规定，会诊记录完整，持续改进会诊质量。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">4. 9. 1. 1
重症医学科布局、设备设施、人力资源配置符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。（★）</td><td rowspan="3">4. 9. 1. 1. 1
重症医学科布局、设备设施符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。</td><td>【C】
1. 重症医学科布局合理，病房配置设备设施符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本设备要求。
2. 信息系统有检验、影像等医技检查信息的及时传递。</td></tr>
<tr><td>【B】符合“C”，并
1. 重症医学科每床使用面积不少于15 平方米，床间距大于1 米，最少配备一个单间。
2. 有专人负责设备维护，设备、设施处于备用完好状态。
3. 信息系统有支持医疗质量管理和医院感染监控的功能。</td></tr>
<tr><td>【A】符合“B”，并重症医学科与手术室、输血科、影像科等紧密相关科室距离半径短，为患者诊疗提供及时支持。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">4. 9. 1. 1. 2
重症医学床位设置与人力资源配置符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。</td><td>【C】
1. 重症医学床位占医院总床位的比例2%～5%。
2. 医师人数与床位数之比不低于0. 8∶1，护士人数与床位数之比不低于2. 5～3∶1。
3. 保持适宜的床位使用率，每天至少应保留1 张空床以备应急使用。
4. 医护人员经过专业培训，掌握重症医学的基本技能要求，具备独立工作能力。</td></tr>
<tr><td>【B】符合“C”，并
1. 重症医学床位占医院总床位的比例大于5%且小于8%。
2. 科主任具有副高级专业技术职务任职资格。
3. 护士长具有中级以上专业技术职务任职资格。</td></tr>
<tr><td>【A】符合“B”，并
1. 重症医学床位占医院总床位的比例达到8%。
2. 科主任具有主任医师资格。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4. 9. 2. 1
有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”。（★）</td><td colspan="2">【C】
1. 有重症医学科各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。
2. 有重症医学科收住患者的范围、转入和转出标准及转出流程。
3. 对入住重症医学科的患者实行疾病严重程度评估。
4. 有抗菌药物使用与管理的相关规定。
5. 有储备药品、一次性医用耗材管理和使用的规范与流程。
6. 有对上述制度、职责、规范及标准、流程的培训。工作人员知晓相关岗位职责和履职要求。</td></tr>
<tr><td colspan="2">【B】符合“C”，并
1. 科室内有定期质量评价。
2. 主管部门履行监管职责。</td></tr>
</table>

	【A】符合“B”，并 1. 转入转出患者与标准的符合率≥90%。 2. 抗菌药物合理使用率≥90%。 3. 疾病严重程度评估率达100%。
4. 15. 5. 1 抗菌药物管理有适当的组织，并制定章程，明确职责，对抗菌药物的不合理使用有检查、干预和改进措施。（★）	【C】 1. 药事管理组织有抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。 2. 召开抗菌药物管理小组会议≥4 次/年。 3. 有全院抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度。 4. 对医务人员进行抗菌药物合理应用培训。
	【B】符合“C”，并 1. 有医院抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告。 2. 参加地区或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。 3. 医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。
	【A】符合“B”，并 1. 根据本院抗菌药物临床应用监测的结果，抗菌药物使用强度和抗菌药物使用率不超过卫生部抗菌药物临床应用监测网平均值。 （1）门诊患者抗菌药物使用率≤20% （2）住院患者抗菌药物使用率≤60% 2. 有干预前后分析报告，体现改进效果。
4. 15. 5. 2 根据《指导原则》结合本院实际情况制定“抗菌药物临床应用和管理实施细则”和“抗菌药物分级管理制度”，并检查落实情况。（★）	【C】 1. 有“抗菌药物临床应用和管理实施细则”，“抗菌药物分级管理制度”，有明确的限制使用抗菌药物和特殊使用抗菌药物临床应用程序，实行责任制管理。 2. 感染专业医师、微生物检验专业技术人员和临床药师能够提供抗菌药物临床应用技术支持。 3. 有本院检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析与对策报告，至少每6 个月一次。
	【B】符合“C”，并 1. 有“特殊管理的抗菌药物”临床应用评价标准，并实施监控和干预，临床应用基本合理。 2. 抗菌药物治疗住院患者微生物样本送检率≥30%。 3. 药学部会同医务处、质量管理和医院感染管理部门对抗菌药物的使用情况进行监管。每月至少抽查门急诊处方100 张、住院病历30 份，发现问题，及时整改。
	【A】符合“B”，并抗菌药物合理应用情况作为院、科两级综合目标考核的重要指标。
4. 15. 5. 3 落实各类手术（特别是Ⅰ类清洁切口）预防性应用抗菌药物的有关规定。（★）	【C】 1. 手术室管理规范，认真落实《外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）》，做好感染预防控制工作。 2. 有围术期预防性应用抗菌药物管理相关规定，对各类手术围术期预防性应用抗菌药物进行规范管理。 3. 对外科系统围术期抗菌药物的使用进行常规监控和有效管理，并有月报告制度。
	【B】符合“C”，并Ⅰ类切口（手术时间≤2 小时）手术，预防性抗菌药物使用率≤30%。
	【A】符合“B”，并“围术期预防感染”规范，符合指导原则等要求。

4．15．5．4 加强抗菌药物购用管理。（★）	【C】 1．医院抗菌药物采购目录（包括采购抗菌药物的品种、剂型和规格）向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。 2．有特殊感染患者治疗需使用本院采购目录以外抗菌药物，可以启动临时采购程序的制度与程序。
	【B】符合“C”，并对抗菌药物购用有专项监督。
	【A】符合“B”，并根据监督结果，分析、改进工作，无违规购用
4．15．6．1 实施药品不良反应和用药错误报告制度，建立有效的药害事件调查、处理程序。（★）	【C】 1．有药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。 2．医师、药师、护士及其他医务人员相互配合对患者用药情况进行监测。重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应。有原始记录。 3．发生严重药品不良反应或药害事件，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，并对事件进行及时的调查、分析，按规定上报卫生行政部门和药品监督管理部门。 4．将患者发生的药品不良反应如实记入病历中。
	【B】符合“C”，并 1．有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施。 2．对严重用药错误报告有分析，有整改措施。
	【A】符合“B”，并建立药品不良事件报告信息平台，与医疗安全（不良）事件统一管理。
4．15．6．2 有完善的突发事件药事管理应急预案，药学人员可熟练执行。（★）	【C】 1．有完善的突发事件药事管理应急预案，组织层次清晰，人员分工明确，体现良好的合作，各部门无缝隙衔接，对突发事件善后工作及还原应急能力有明确规定。 2．有本院的突发事件医疗救治药品目录。
	【B】符合“C”，并 1．有突发事件药事管理应急预案执行培训，相关人员熟悉预案流程和岗位职责，可迅速配合临床抢救。 2．应急药品具有可及性和质量保证。
	【A】符合“B”，并有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。
4．19．4．3 建立输血标本采集流程，执行输血前核对制度。（★）	【C】 1．有采集血标本的流程。 2．采集完成后必须核对标本标识与受血者是否相符。 3．输血前，按照规定的流程检查从输血科领出血液，做到准确无误。 （1）血液发出前，必须核对用于输血的血液，其标签标记的血型与受血者的血型无误。 （2）按规定检查领取的血液必须与输血记录单相符，确认受血者是否正确。 （3）血液发出时必须附相容性检测的记录。 （4）血液发出前，还要检查全血和成分血是否发生溶血、是否有细菌污染迹象，以及其他肉眼可见的任何异常现象。 4．由输血科发血者和临床科室领血者共同按规定或流程执行核对。 5．有相关流程的培训与教育，并有记录。

	【B】符合“C”，并输血科与临床科室按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4．19．5．1 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。（★）	【C】 1．有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。 2．使用血液存放环境符合规定，有监测记录。 （1）不同血型的全血、成分血分型分层存放或在不同冰箱存放，标识明显。 （2）储血冰箱有不间断的温度监测与记录。 （3）血液保存温度和保存期符合要求。 （4）贮血冰箱定期消毒，记录保存完整。 （5）贮血冰箱定期进行细菌监测，记录保存完整。 3．输血器械符合国家标准，“三证”齐全。 4．血袋按规定保存、销毁，有记录。 5．一次性输血耗材进行无害化处理，有记录。
	【B】符合“C”，并科室能按照制度和流程要求，检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4．19．5．2 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。（★）	【C】 1．医院有输血全过程的血液管理制度。 （1）医院有明确规定的流程，确保患者输血过程中的安全。 （2）输血前在患者的床旁由两名工作人员准确核对受血者和血液信息。 （3）明确规定从发血到输血结束的最长时限。 （4）制定使用输血器和辅助设备（如血液复温）的操作规范与流程。 （5）在血液输注过程中不得添加任何药物。 （6）输血中要监护输血过程，及时发现输血不良反应及时处理。 （7）输血全过程的信息应及时记录于病历中。
	【B】符合“C”，并科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4．19．5．4 有控制输血严重危害（SHOT）的方案与实施情况记录。（★）	【C】 1．有控制输血严重危害（SHOT）的预案，记录及时、规范。 （1）监测输血的医务人员经培训，能识别潜在的输血不良反应症状。 （2）有确定识别输血不良反应的标准和应急措施。 （3）发生疑似输血反应时医务人员有章可循，并应立即向输血科和患者的主管医师报告。 （4）一旦出现可能为速发型输血反应症状时（不包括风疹和循环超负荷），立即停止输血，并调查其原因。要有调查时临床及时处理患者的规范。 （5）输血科应根据既定流程调查发生不良反应的原因，确定是否发生了溶血性输血反应。立即查证: 1）患者和血袋标签确认输给患者的血是与患者进行过交叉配血的血。

	2）查看床旁和实验室所有记录，是否可能将患者或血源弄错。 3）肉眼观察受血者发生输血反应后的血清或血浆是否溶血。如果可能，该标本应和受血者输血前的标本进行比较。 4）用受血者发生输血反应后的标本做直接抗人球蛋白试验。 （6）实验室应制定加做其他相关试验的要求，以及做相关试验的标准。 （7）输血科主任负责解释上述试验结果并永久记录到受血者的临床病历中。 （8）当输血反应调查结果显示存在血液成分管理不当等系统问题时，输血科主任应积极参与解决。 （9）输血后献血员和受血者标本应依法至少保存7 天，以便出现输血反应时重新进行测试。 （10）职能部门会同输血科对输血不良反应评价结果的反馈率为100%。 2. 相关部门应根据既定流程调查发生不良反应，有记录。 3. 相关部门对相关人员进行确定识别输血不良反应的标准和应急措施的再培训与教育。
	【B】符合“C”，并 1. 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。 2. 有职能部门对相关人员进行培训与教育后考核的记录。 3. 有血液输注无效的管理措施。 4. 有输血传染性疾病的管理措施和上报制度
	【A】符合“B”，并 1. 相关医务人员熟悉输血严重危害（SHOT）方案、处置规范与流程，知晓率100%。 2. 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4. 20. 3. 2 有重点环节、重点人群与高危险因素的监测。对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组等主要部位感染有具体预防控制措施并实施。（★）	【C】 1. 有针对重点环节、重点人群与高危险因素管理与监测计划，并落实。 2. 有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施。 3. 重症医学科导管相关性血源感染（CRBSI）千日感染率；呼吸机相关肺炎（VAP）千日感染率；尿路感染（UTI）千日感染率（工作量，感染率，数据来源追踪）。 4. 有对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 科室落实自查情况及存在问题总结、分析、报告机制，有改进措施。 2. 主管部门对科室监测情况进行定期核查指导，对存在的问题，及时反馈，并提出整改建议。
	【A】符合“B”，并 1. 手术部位感染（%）按手术风险分类，年手术量、切口感染率数据来源追踪。 2. 对重点环节、重点人群、主要部位的特殊感染控制有效。 3. 医院信息系统定期对重点环节、重点人群与高危险因素监测及分析，满足临床工作需要，对医院决策提供支持作用，并取得效果。

4．20．5．1 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，实施监管与改进。（★）	【C】 1．针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合实际工作，制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。 2．有对多重耐药菌控制落实的有效措施，包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、保洁与环境消毒的制度等。 3．根据细菌耐药性监测情况，加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物的合理使用。 4．有落实耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（ＭＲＳＡ）或耐万古霉素肠球菌（ＶＲＥ）的控制措施。
	【B】符合“C”，并 1．有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测，细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。 2．有主管部门对多重耐药菌医院感染情况的监督检查，根据监管情况采取相应改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．多重耐药菌医院感染控制有效，抗菌药物使用合理。 2．医院临床微生物实验室能满足临床对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性、耐药模式以及同源性分析的需求。
4．20．5．2 有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。（★）	【C】 1．有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面的协作机制，并有具体落实方案。 2．微生物室定期为临床提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告
	【B】符合“C”，并 1．有医院感染管理部门、微生物实验室（检验部门）、药学部门、临床科室对多种耐药菌管理定期联席会制度，有牵头部门，分工明确，职责清楚。 2．各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 1．多部门合作机制有效，医院信息系统能够支持相关信息快捷获得。 2．至少每季度年向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。
4．20．5．3 有预防多重耐药感染措施培训。（★）	【C】 对临床医护人员和微生物实验室或检验部门的人员进行预防多重耐药菌感染措施的培训制度、培训计划及落实措施。
	【B】符合“C”，并 有相关人员多重耐药菌感染危险因素、流行病学以及预防与控制措施等知识培训，相关资料可查询。
	【A】符合“B”，并除达到“B”要求外，还应有对培训效果的追踪总结，多重耐药菌感染预防和控制有效。
4．27．5．1 采用卫生部发布的疾病分类ＩＣＤ10与手术操作分类ＩＣＤ	【C】 1．对出院病案进行疾病分类，编码符合卫生部规定。 2．疾病分类编码人员有资质与技能要求。 3．有疾病分类与手术操作分类编码培训计划。

9-CM-3，对出院病案进行分类编码。（★）	【B】符合“C”，并 1. 落实培训计划，提供技术支持，提升培训与教育质量。 2. 病案科（室）定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提高编码质量。
	【A】符合“B”，并 1. 编码员编码准确性不断提高。 2. 临床医师熟悉疾病分类与手术操作分类。 3. 有信息系统支持疾病分类与手术操作分类。
4. 27. 5. 2 建立出院病案信息的查询系统。（★）	【C】 1. 有出院病案信息的查询系统。 2. 病案首页内容完整、准确。 3. 病案首页全部资料信息录入查询系统，至少能为评审提供2 年以上完整信息。
	【B】符合“C”，并 1. 查询系统资料完整、功能完善。 （1）根据病案首页内容的任意项目，单一条件查询住院患者的病案信息。 （2）根据病案首页内容的两个或两个以上的项目，复合查询住院的病案信息。 2. 能提供3 年内的完整病历首页信息。
	【A】符合“B”，并能提供5 年内完整病案首页信息。

第五章 护理管理与质量持续改进（2 项）

5. 3. 2. 1 优质护理服务落实到位。（★）	【C】 1. 有医院优质护理服务规划、目标及实施方案。 2. 有推进开展优质护理服务的保障制度和措施及考评激励机制。 3. 有优质护理服务的目标和内涵，相关管理人员知晓率≥80%，护理人员知晓率100%。
	【B】符合“C”，并 1. 根据各专业特点，有细化、量化的优质护理服务目标和落实措施。 2. 定期听取患者及医护人员等多方意见和建议，持续改进优质护理服务。 3. 考评激励机制体现优劳优酬、多劳多得，并与薪酬分配、晋升、评优等相结合。 4. 优质护理服务病房覆盖率≥50%。
	【A】符合“B”，并 1. 优质护理服务措施落实有效，效果明显，优质护理服务病房覆盖率100%。 2. 患者与医护人员满意度高。
5. 3. 3. 1 实施“以病人为中心”的整体护理，为患者提供适宜的护理服务。（★）	【C】 1. 根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制定实施方案，体现护理人员工作中的责任制。 2. 依据患者需求制定护理计划，充分考虑患者生理、心理、社会、文化等因素
	【B】符合“C”，并 1. 依据患者的个性化护理需求制定护理计划，护理人员掌握相关的知识，并结合患者实际情况实施“以病人为中心”的护理，并能帮助患者及其家属了解患者病情及护理的重点内容。 2. 科室对落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。

	3. 主管部门对落实情况进行定期检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提整改建议。
	【A】符合“B”，并 对各科室落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。

第六章　医院管理（6项）

6．1．2．1 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。（★）	【C】 1. 根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动。 2. 开展的诊疗活动符合国家相关法律法规及规范要求。 3. 有医疗技术准入及监督管理的相关制度。 4. 评审周期未发生群体性、组织性违规违纪事件。 5. 卫生行政部门督查中未发现违法行为或对卫生行政部门督查发现的未达到需要处罚程度违规行为能及时整改。
	【B】符合“C”，并 评审周期内无卫生行政部门查实的医疗机构不良行为记录或发生一级主责以上医疗事故。
	【A】符合“B”，并 职能部门对诊疗活动进行全程管理，发现问题，及时整改。
6．1．3．1 在医院执业的卫生技术人员全部具有执业资格，注册执业地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业、对口支援等），具有执业资格的研究生、进修人员在上级医师（含护理、医技）指导下执业。（★）	【C】 1. 有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 2. 各级各类卫生技术人员均取得执业资格，注册地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业或对口支援等），按照本人执业范围开展诊疗活动。 3. 具有执业资格的研究生、进修人员经过医院授权在上级医师（含护理、医技）指导下执业。
	【B】符合“C”，并 1. 职能部门对全院卫生技术人员执业监管有记录。 2. 卫生技术人员执业资格管理资料完整。 3. 实习生、研究生、进修生执业管理资料完整。
	【A】符合“B”，并 无卫生技术人员违规执业、超范围执业及非卫生技术人员从事诊疗活动。
6．2．1．2 医院应对重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大）须经集体讨论，集体决策并按管理权限和规定报批与公示，由职工监督。（★）	【C】 1. 集体讨论决定重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项，接受职工监督。 2. 重大事项实施前能获得职代会通过，并在决议中有记载。 3. “三重一大”事项按管理权限和规定报批，按信息公开规定予以公示。
	【B】符合“C”，并 1. 多种渠道和方式公开“三重一大”信息，职工知晓率≥80% 2. 相关重大事项应事前充分论证。
	【A】符合“B”，并 相关事项应充分征求并尊重员工意见。
6．8．2．1 水、电、气等后勤保障满足医院运行需要。严	【C】 1. 有水、电、气等后勤保障的操作规范，合理配备人员，职责明确，按规定持证上岗。

格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。（★）	2. 水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，张贴和悬挂相关操作规范和设备设施的原理图，作业人员24 小时值班制。 3. 有日常运行检查、定期定级维护保养，且台账清晰。 4. 有明确的故障报修、排查、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。 5. 有水、电、气等后勤保障应急预案，并组织演练。
	【B】符合“C”，并 有节能降耗、控制成本的计划、措施与目标并落实到相关科室与班组。
	【A】符合“B”，并 1. 有根据演练效果评价和定期检查情况的改进措施并落实。 2. 后勤保障安全、有序、到位，无安全事故。 3. 节能降耗工作有成效。
6. 8. 7. 1 消防安全管理。（★）	【C】 1. 有消防安全管理制度、教育制度和应急预案。 2. 有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责。 3. 消防安全教育纳入新员工培训考核内容，定期（至少每年一次）进行全院职工的消防安全教育。 4. 每月至少组织一次消防安全检查，同时根据消防安全要求，开展年度检查、季节性检查、专项检查等，有完整的检查记录。 5. 消防通道通畅，防火器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范要求。 6. 加强消防安全重点部门、重要部位防范与监管，有监管记录。
	【B】符合“C”，并 1. 定期（至少每年一次）进行特殊部门的消防演练。 2. 全院职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能，知晓报警、初起火灾的扑救方法，会使用灭火器材，能自救、互救和逃生，按照预案疏散病人。 3. 科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工。
	【A】符合“B”，并 医院所有部门和建筑均符合消防安全要求。
6. 9. 6. 2 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。（★）	【C】 1. 有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。 2. 各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。
	【B】符合“C”，并 主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。
	【A】符合“B”，并 急救类、生命支持类装备完好率100%。