HNPR-2023-20001

湖南省卫生健康委员会文件

湘卫医发〔2023〕1号

湖南省卫生健康委
关于印发三级医院评审标准（2022年版）
湖南省实施细则的通知

各市州卫生健康委，委直属和联系医疗机构:

为进一步完善我省医院评审评价体系，推动医院评审科学客观、精准量化，提高医院管理水平，促进医院高质量发展，根据《国家卫生健康委关于印发〈三级医院评审标准（2022年版）〉及其实施细则的通知》（国卫医政发〔2022〕31号）要求，我委制定了《三级医院评审标准（2022年版）湖南省实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。

省卫生健康委将于2023年1月对达到评审周期的三级医院

正式启动评审工作，请各医疗机构按照本细则要求，提前准备相关资料，并向省卫生健康委提交评审申请。省卫生健康委将适时组织专家进行前置要求审核、监测数据复核和现场评审。

本细则自发布之日起实施，各市州卫生健康行政部门可参照制定辖区内二级医院评审标准及相关实施细则。

联系人及电话：周一鸣、肖伟，联系电话：0731-84822203、0731-84822243。

湖南省卫生健康委

2023年1月3日

（信息公开形式：主动公开）

三级医院评审标准（2022年版）湖南省实施细则

三级医院评审标准的实施，在指导各地加强评审标准管理、规范评审行为、引导医院自我管理和健康可持续发展等方面发挥了重要作用。为充分发挥医院评审工作在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代医院管理制度、提高管理水平的导向和激励作用，助力分级诊疗体系建设，提高医院分级管理的科学化、规范化和标准化水平，努力实现医院高质量发展“三个转变”与“三个提高”，按照“传承、发展、创新，兼顾普遍适用与专科特点”的原则，根据《医疗机构管理条例》《医院评审暂行办法》《医疗质量管理办法》，按照《国家卫生健康委关于印发〈三级医院评审标准（2022年版）〉及其实施细则的通知》（国卫医政发〔2022〕31号）要求，结合工作实际情况，在总结既往经验的基础上，省卫生健康委制定了《三级医院评审标准（2022版）湖南省实施细则》。本实施细则共3个部分107节，设置794条标准和监测指标，适用于三级医院评审，二级医院可参照使用。

第一篇　细则内容

第一部分 前置要求

一、依法设置与执业

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

（二）违反《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》，伪造、变造、买卖、出租、出借《医疗机构执业许可证》；医院命名不符合《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定（使用有损于国家、社会或者公共利益的名称；侵犯他人利益的名称；以外文字母、汉语拼音组成的名称；以医疗仪器、药品、医用产品命名的名称；含有“疑难病”“专治”“专家”“名医”或者同类含义文字的名称以及其他宣传或者暗示诊疗效果的名称；超出登记的诊疗科目范围的名称；使用省级以上卫生健康行政部门规定不得使用的名称），未按时校验、拒不校验或有暂缓校验记录，擅自变更诊疗科目或有诊疗活动超出诊疗科目登记范围；政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

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

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

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

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

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

（八）违反《中华人民共和国传染病防治法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件、造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。

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

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

（十一）违反《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化

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

（十二）违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作，造成严重后果。

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

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

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

（十六）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任

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

（十八）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

三、行风与诚信

（十九）医院领导班子发生3起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，造成重大社会影响。

（二十）医务人员发生3起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件（≥3人/起），造成重大社会影响。

（二十一）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

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

（二十三）发生重大负面舆情事件处置不力，造成广泛负面舆论影响，被通报批评或经调查属实受到追责处理。

四、安全管理与重大事件

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

（二十五）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

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

（二十七）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（二十八）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

五、综合管理

（二十九）电子病历系统应用水平分级评价未达到4级及以上，未开展互联网咨询及诊疗服务。

（三十）三基考试（APP考试）未达标（参考率100%，合格率≥90%）。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测指标（1000分）

第一章　资源配置与运行数据指标(300分)

数据来源：

（1）卫生资源统计年报及相关报表

（2）国家公立医院绩效考核管理平台

（3）国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统

一、床位配置(10分)

2.1 核定床位数（≥500张）（1分）

2.2 实际开放床位数（≥500张）（3分）

2.3 平均床位使用率（≥93%）（6分）

二、卫生技术人员配备（60分）

2.4 卫生技术人员数与开放床位数比（≥1.2∶1）(10分)

2.5 卫生技术人员职称结构（5分）

2.6 医护比（≤0.8∶1）（5分）

2.7 麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比（10分）

2.8 医院住院医师首次参加医师资格考试通过率(100%)(10分）

2.9 全院护士人数与开放床位数比（≥0.8∶1）（3分）

2.10 病区护士人数与开放床位数比（≥0.6∶1）（10分）

2.11 医院感染管理专职人员数与开放床位数比（4分）

2.12 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比（≥

0.08∶1）（3分）

三、相关科室资源配置（60分）

（一）急诊医学科（10分）

2.13 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例（≥75%）（5分）

2.14 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例（≥75%）（5分）

（二）重症医学科（10分）

2.15 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例（2%~8%）（5分）

2.16 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比（≥0.8∶1）（3分）

2.17 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比（≥3∶1）（2分）

（三）麻醉科（10分）

2.18 麻醉科医师数与手术间数比（≥1.5∶1，大学附属医院满足教学需要，人员增加10%）（3分）

2.19 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比（≥1∶0.3）（3分）

2.20 麻醉科医师和手术科室医师比（≥1∶3）（2分）

2.21 手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比（≥0.5∶1）（2分）

（四）中医科（10分）

2.22 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例（≥5%）（2分）

2.23 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比（≥0.4∶1）（4分）

2.24 中医科护士人数与中医科开放床位数比（≥0.4∶1）（4分）

（五）康复医学科（10分）

2.25 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例（2%~5%）（2分）

2.26 康复科医师人数与康复科开放床位数比（≥0.25∶1）（2分）

2.27 康复科康复师人数与康复科开放床位数比（≥0.5∶1）（4分）

2.28 康复科护士人数与康复科开放床位数比（≥0.3∶1）（2分）

（六）感染性疾病科（10分）

2.29 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例（≥75%）（4分）

2.30 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例（≥75%）（4分）

2.31 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例

(≥3%) （2分）

四、运行指标（150分）

2.32 平均住院日（20分）

2.33 每名执业医师日均住院工作负担（5分）

2.34 门诊收入占医疗收入比例（5分）

2.35 门诊收入中来自医保基金的比例（5分）

2.36 住院收入占医疗收入比例（5分）

2.37 住院收入中来自医保基金的比例（10分）

2.38 医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例（20分）

2.39 辅助用药收入占比（5分）

2.40 人员支出占业务支出的比重（10分）

2.41 万元收入能耗支出（万元收入能耗占比）（5分）

2.42 收支结余（20分）

2.43 资产负债率（5分）

2.44 重点监控高值医用耗材收入占比（5分）

2.45 医疗收入增幅（10分）

2.46 门诊次均费用增幅（5分）

2.47 门诊次均药品费用增幅（5分）

2.48 住院次均费用增幅（5分）

2.49 住院次均药品费用增幅（5分）

五、科研指标（20分）

2.50 新技术临床转化数量（5分）

2.51 取得临床相关国家专利数量（5分）

2.52 每百名卫生技术人员科研项目经费（5分）

2.53 每百名卫生技术人员科研成果转化金额（5分）

第二章　医疗服务能力与医院质量安全指标（280分）

数据来源：

（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

（2）全国医院质量监测系统（HQMS）

（3）国家公立医院绩效考核管理平台

（4）省级相关数据收集系统

一、医疗服务能力（80分）

2.54 收治病种数量（ICD-10四位亚目数量）（≥2000种）（5分）

2.55 住院术种数量（ICD-9-CM-3四位细目数量）（5分）

2.56 DRG-DRGs组数（2分）

2.57 DRG-CM（6分）

2.58 DRG时间指数（2分）

2.59 DRG费用指数（2分）

2.60 门诊人次数与出院人次数比（5分）

2.61 下转患者人次数（门急诊、住院）（5分）

2.62 日间手术占择期手术比例（5分）

2.63 出院患者手术占比（6分）

2.64 出院患者微创手术占比（6分）

2.65 出院患者四级手术比例（6分）

2.66 特需医疗服务占比（5分）

2.67 门诊患者平均预约诊疗率（5分）

2.68 门诊患者预约后平均等待时间（5分）

2.69 医疗新技术获评数量（5分）

2.70 临床重点专科获评数量（5分）

二、医院质量指标（80分）

2.71 急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率（≥75%）（5分）

2.72 急性脑梗死再灌注治疗率（≥75%）（5分）

2.73 肿瘤治疗前临床TNM分期评估率（5分）

2.74 住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率（住院患者抗菌药物使用前病原学送检率≥30%，限制使用级≥50%，特殊使用级≥80%）（5分）

2.75 静脉血栓栓塞症规范预防率：（1）VTE风险初始评估率；（2）采取VTE规范预防措施比例。（6分）

2.76 提高感染性休克集束化治疗完成率：（1）感染性休克3h集束化治疗（bundle）完成率；（2）感染性休克6h集束化治疗（bundle）完成率。（6分）

2.77 医疗质量安全不良事件报告率：（1）床均医疗质量安全不良事件报告率；（2）每百名出院人次医疗质量安全不良事

件报告例数。（6分）

2.78 降低非计划重返手术室再手术率：（1）手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率；（2）手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术率。（6分）

2.79 住院患者静脉输液使用率（5分）

2.80 阴道分娩并发症发生率（5分）

2.81 患者住院总死亡率（5分）

2.82 新生儿患者住院死亡率（5分）

2.83 手术患者住院死亡率（5分）

2.84 住院患者出院后0-31天非预期再住院率（5分）

2.85 DRGs低风险组患者住院死亡率（6分）

三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）（120分）

2.86 手术患者手术后肺栓塞发生率（3分）

2.87 手术患者手术后深静脉血栓发生率（3分）

2.88 手术患者手术后脓毒症发生率（3分）

2.89 手术患者手术后出血或血肿发生率（3分）

2.90 手术患者手术伤口裂开发生率（3分）

2.91 手术患者手术后猝死发生率（3分）

2.92 手术患者手术后呼吸衰竭发生率（3分）

2.93 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率（3分）

2.94 与手术/操作相关感染发生率（3分）

2.95 手术过程中异物遗留发生率（3分）

2.96 手术患者麻醉并发症发生率（3分）

2.97 手术患者肺部感染与肺机能不全发生率（3分）

2.98 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率（3分）

2.99 手术后急性肾衰竭发生率（3分）

2.100 各系统/器官术后并发症发生率（3分）

2.101 植入物的并发症（不包括脓毒症）发生率（3分）

2.102 移植的并发症发生率（3分）

2.103 再植和截肢的并发症发生率（3分）

2.104 介入操作与手术后患者其他并发症发生率（3分）

2.105 新生儿产伤发生率（3分）

2.106 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率（3分）

2.107 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率（3分）

2.108 2期及以上院内压力性损伤发生率（3分）

2.109 输注反应发生率（3分）

2.110 输血反应发生率（3分）

2.111 医源性气胸发生率（3分）

2.112 住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生率（3分）

2.113 临床用药所致的有害效应（不良事件）发生率（3分）

2.114 血液透析所致并发症发生率（3分）

2.115 因患者身份识别错误造成不良事件的报告例次(5分）

2.116 造成患者严重损害的医疗安全（不良）事件根因分析率（5分）

2.117 大型医用设备检查阳性率（3分）

2.118 病历质控率：（1）在架病历质控率；（2）终末病历质控率。（4分）

2.119 省级信访投诉例数（4分）

2.120 医疗纠纷发生例数（4分）

2.121 医德医风教育培训次数（≥2次/年）（2分）

2.122 医德医风举报投诉案件调查处理结案率（≥90%）（6分）

第三章　重点专业质量控制指标（280分）

数据来源：

（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

（2）全国医院质量监测系统（HQMS）

（3）国家单病种质量监测平台

（4）省级相关数据收集系统

一、重症医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）（15分）

2.123 ICU患者收治率和ICU患者收治床日率：（1）ICU患者收治率；（2）ICU患者收治床日率。（2分）

2.124 急性生理与慢性健康评分（APACHE II评分）≥15分患者收治率（入ICU24小时内）（1分）

2.125 ICU抗菌药物治疗前病原学送检率（1分）

2.126 ICU深静脉血栓（DVT）预防率（1分）

2.127 ICU患者预计病死率（1分）

2.128 ICU患者标化病死指数（1分）

2.129 ICU非计划气管插管拔管率（1分）

2.130 ICU气管插管拔管后48h内再插管率（1分）

2.131 非计划转入ICU率（1分）

2.132 转出ICU后48h内重返率（2分）

2.133 ICU呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率（1分）

2.134 ICU血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率（1分）

2.135 ICU导尿管相关泌尿系感染（CAUTI）发病率（1分）

二、急诊专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）（15分）

2.136 急诊科医患比（1分）

2.137 急诊科护患比（1分）

2.138 急诊各级患者比例（1分）

2.139 抢救室滞留时间中位数（1分）

2.140 急性心肌梗死（STEM）患者平均门药时间及门药时间达标率：（1）急性心肌梗死（STEM）患者平均门药时间（≤30分钟）；（2）急性心肌梗死（STEM）患者门药时间达标率（≥75%）。（2分）

2.141 急性心肌梗死（STEM）患者平均门球时间及门球时间达标率：（1）急性心肌梗死（STEM）患者平均门球时间（≤

90分钟）；（2）急性心肌梗死（STEM）患者门球时间达标率（≥75%）。（2分）

2.142 急诊抢救室患者死亡率（2分）

2.143 急诊手术患者死亡率（2分）

2.144 ROSC成功率（1分）

2.145 非计划重返抢救室率（1分）

2.146 急诊诊断符合率（1分）

三、临床检验专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）（15分）

2.147 标本类型错误率（1分）

2.148 标本容器错误率（1分）

2.149 标本采集量错误率（1分）

2.150 血培养污染率（1分）

2.151 抗凝标本凝集率（1分）

2.152 检验前周转时间中位数（1分）

2.153 室内质控项目开展率（1分）

2.154 室内质控项目变异系数不合格率（1分）

2.155 室间质评项目参加率（100%）（1分）

2.156 室间质评项目不合格率（1分）

2.157 实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目）（1分）

2.158 实验室内周转时间中位数（1分）

2.159 检验报告不正确率（1分）

2.160 危急值通报率（1分）

2.161 危急值通报及时率（1分）

四、病理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）（15分）

2.162 每百张病床病理医师数（≥1人/每百张床）（2分）

2.163 每百张病床病理技术人员数（≥1人/每百张床）（2分）

2.164 标本规范化固定率（1分）

2.165 HE染色切片优良率（1分）

2.166 免疫组化染色切片优良率（1分）

2.167 术中快速病理诊断及时率（1分）

2.168 组织病理诊断及时率（1分）

2.169 细胞病理诊断及时率（1分）

2.170 各项分子病理检测室内质控合格率（1分）

2.171 免疫组化染色室间质评合格率（1分）

2.172 各项分子病理室间质评合格率（1分）

2.173 细胞学病理诊断质控符合率（1分）

2.174 术中快速诊断与石蜡诊断符合率（1分）

五、医院感染管理医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）（15分）

2.175 医院感染发病（例次）率（≤10%）（2分）

2.176 医院感染现患（例次）率（≤10%）（2分）

2.177 多重耐药菌感染发现率（2分）

2.178 多重耐药菌感染检出率（2分）

2.179 Ⅰ类切口手术部位感染率（≤1.5%）（2分）

2.180 Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率（＜30%）（2分）

2.181 血管内导管相关血流感染发病率（1分）

2.182 呼吸机相关肺炎发病率（1分）

2.183 导尿管相关泌尿系感染发病率（1分）

六、临床用血质量控制指标（国卫办医函〔2019〕620号）（15分）

2.184 每千单位用血输血专业技术人员数（≥1人/每千单位用血）（2分）

2.185 《临床输血申请单》合格率（1分）

2.186 受血者标本血型复查率（1分）

2.187 输血相容性检测项目室内质控率（2分）

2.188 输血相容性检测室间质评项目参加率（2分）

2.189 室间质评项目合格率（100%）（2分）

2.190 千输血人次输血不良反应上报例数（1分）

2.191 一二级手术台均用血量（1分）

2.192 三四级手术台均用血量（1分）

2.193 手术患者自体输血率（1分）

2.194 出院患者人均用血量（1分）

七、呼吸内科专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2019〕854号）（15分）

2.195 急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例（1分）

2.196 急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例（0.5分）

2.197 急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例（0.5分）

2.198 住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例（0.5分）

2.199 急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例（0.5分）

2.200 急性 PTE 患者住院死亡率（1分）

2.201 急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例（1分）

2.202 慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例（1分）

2.203 慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例（0.5分）

2.204 慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例（0.5分）

2.205 慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例（0.5分）

2.206 慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例（1分）

2.207 慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例（0.5分）

2.208 慢阻肺急性加重患者住院死亡率（1分）

2.209 使用有创机械通气慢阻肺急性加重患者死亡率(1分)

2.210 住院成人社区获得性肺炎（CAP）患者进行CAP严重程度评估的比例（1分）

2.211 CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例（1分）

2.212 CAP患者住院死亡率（1分）

2.213 住院CAP患者接受机械通气的比例（1分）

八、产科专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2019〕854号）（15分）

2.214 剖宫产率/初产妇剖宫产率：（1）剖宫产率；（2）初产妇剖宫产率。（2分）

2.215 阴道分娩椎管内麻醉使用率（1分）

2.216 早产率/早期早产率：（1）早产率；（2）早期早产率。（2分）

2.217 巨大儿发生率（1分）

2.218 严重产后出血发生率（1分）

2.219 严重产后出血患者输血率（1分）

2.220 孕产妇死亡活产比（2分）

2.221 妊娠相关子宫切除率（2分）

2.222 产后或术后非计划再次手术率（2分）

2.223 足月新生儿5分钟Apgar评分<7分发生率（1分）

九、神经系统疾病医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13号）（15分）

（一）癫痫与惊厥癫痫持续状态（4分）

2.224 癫痫发作频率记录率（0.3分）

2.225 抗癫痫药物严重不良反应发生率（0.3分）

2.226 癫痫患者病因学检查完成率（0.3分）

2.227 癫痫患者择期手术在院死亡率（0.5分）

2.228 癫痫患者术后并发症发生率（0.3分）

2.229 癫痫患者术后病理明确率（0.3分）

2.230 癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率(0.3分）

2.231 惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率（0.3分）

2.232 难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率（0.3分）

2.233 在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率（0.3分）

2.234 在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率（0.3分）

2.235 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率（0.5分）

（二）脑梗死（4分）

2.236 脑梗死患者神经功能缺损评估率（0.3分）

2.237 发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率（0.3分）

2.238 发病24小时内脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室检查完成率（0.3分）

2.239 发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率（0.3分）

2.240 静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于60分钟的比例（0.3分）

2.241 发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率（0.3分）

2.242 脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率（0.3分）

2.243 非致残性脑梗死患者发病24小时内双重强化抗血小板药物治疗率（0.3分）

2.244 住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率（0.3分）

2.245 脑梗死患者康复评估率（0.3分）

2.246 出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率：（1）出院时脑梗死患者抗栓治疗率；（2）出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率。（0.4分）

2.247 出院时合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者降压/降糖药物/抗凝治疗率：（1）出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率；（2）出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率；（3）出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率。（0.6分）

2.248 脑梗死患者住院死亡率（不赋分，该条款赋分见第四章）

（三）帕金森病（2分）

2.249 住院帕金森病患者规范诊断率（0.5分）

2.250 住院帕金森病患者完成头颅MRI或CT检查率（0.5分）

2.251 住院帕金森病患者进行临床分期的比例（0.5分）

2.252 住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率（0.5分）

（四）颈动脉支架置入术（2分）

2.253 颈动脉支架置入术患者术前mRS评估率（0.2分）

2.254 颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率（0.2分）

2.255 颈动脉支架置入术手术指征符合率：（1）无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率；（2）症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率。（0.4分）

2.256 颈动脉支架置入术技术成功率（0.2分）

2.257 颈动脉支架置入术并发症发生率（0.2分）

2.258 颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率：（1）颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率；（2）颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡发生率。（0.4分）

2.259 颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率：（1）颈动脉支架置入术患者术后30天同侧缺血性卒中发生率；（2）颈动脉支架置入术患者术后1年同侧缺血性卒中发生率。（0.4分）

（五）脑血管造影术（2分）

2.260 脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率（0.4分）

2.261 脑血管造影术造影阳性率（0.4分）

2.262 脑血管造影术严重并发症发生率（0.4分）

2.263 脑血管造影术穿刺点并发症发生率（0.4分）

2.264 脑血管造影术死亡率（0.4分）

（六）自发性脑出血（1分）

2.265 自发性脑出血患者无创影像评估率（0.2分）

2.266 自发性脑出血患者手术治疗率（0.2分）

2.267 自发性脑出血患者手术治疗后颅内感染发生率（0.2分）

2.268 自发性脑出血患者手术治疗后死亡率（0.4分）

十、肾病专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13号）（15分）

（一）IgA肾病（5分）

2.269 肾活检患者术前检查完成率（0.5分）

2.270 肾脏病理切片染色规范率（0.5分）

2.271 IgA肾病患者病理分型诊断率（0.5分）

2.272 IgA肾病患者RAS阻断剂的使用率（0.5分）

2.273 IgA肾病患者随访完成率（0.5分）

2.274 IgA肾病患者血压控制达标率（0.5分）

2.275 肾功能恶化率（0.5分）

2.276 治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例(0.5分）

2.277 肾活检严重并发症发生率（0.5分）

2.278 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率(0.5分）

（二）血液净化技术（10分）

2.279 治疗室消毒合格率:（1）血液透析治疗室消毒合格率（100%）;（2）腹膜透析治疗室消毒合格率（100%）。（0.6分）

2.280 透析用水生物污染检验合格率（100%）（0.4分）

2.281 新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率（100%）（0.4分）

2.282 血液透析患者尿素清除指数（Kt/V）和尿素下降率（URR）控制率（0.3分）

2.283 腹膜透析患者尿素清除指数（Kt/V）及总内生肌酐清除率（Ccr）控制率（0.3分）

2.284 透析患者β_2微球蛋白定时检验完成率：（1）维持性血液透析患者β_2微球蛋白定时检验完成率；（2）腹膜透析患者β_2微球蛋白定时检验完成率。（0.6分）

2.285 血液透析患者透析间期体重增长控制率（0.4分）

2.286 维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率（0.4分）

2.287 腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率（0.3分）

2.288 腹膜透析退出患者治疗时间（0.3分）

2.289 透析患者血常规定时检验率：（1）维持性血液透析患者血常规定时检验率；（2）腹膜透析患者血常规定时检验率。（0.6分）

2.290 透析患者血液生化定时检验率：（1）维持性血液透析患者血液生化定时检验率；（2）腹膜透析患者血液生化定时检验率。（0.6分）

2.291 透析患者全段甲状旁腺素（iPTH）定时检验完成率：（1）维持性血液透析患者iPTH定时检验完成率；（2）腹膜透

析患者iPTH定时检验完成率。（0.6分）

2.292 透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率：（1）维持性血液透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率；（2）腹膜透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率。（0.6分）

2.293 透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率：（1）维持性血液透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率；（2）腹膜透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率。（0.6分）

2.294 透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率：（1）维持性血液透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率；（2）腹膜透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率。（0.6分）

2.295 透析患者高血压控制率：（1）维持性血液透析患者高血压控制率；（2）腹膜透析患者高血压控制率。（0.6分）

2.296 透析患者肾性贫血控制率：（1）维持性血液透析患者肾性贫血控制率；（2）腹膜透析患者肾性贫血控制率。（0.6分）

2.297 透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常（CKD-MBD）指标控制率：（1）维持性血液透析患者CKD-MBD指标控制率；（2）腹膜透析患者CKD-MBD指标控制率。（0.6分）

2.298 透析患者血清白蛋白控制率：（1）维持性血液透析患者血清白蛋白控制率；（2）腹膜透析患者血清白蛋白控制率。（0.6分）

十一、护理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕654

号）（15分）

2.299 护患比：（1）白班平均护患比（1∶X）（≤1∶8）；（2）夜班平均护患比（1∶X）（≤1∶15）。（2分）

2.300 每住院患者24小时平均护理时数（1分）

2.301 不同级别护士配置占比：（1）病区5年以下护士占比；（2）病区20年及以上护士占比（1分）

2.302 护士离职率（1分）

2.303 住院患者身体约束率（1分）

2.304 住院患者跌倒发生率：（1）住院患者跌倒发生率；（2）住院患者跌倒伤害占比。（2分）

2.305 住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率（2分）

2.306 置管患者非计划拔管率：（1）气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率；（2）经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率；（3）导尿管非计划拔管率；（4）中心静脉导管（CVC）非计划拔管率；（5）经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率。（3分）

2.307 护理级别占比（1分）

2.308 优质护理服务病房覆盖率（100%）（1分）

十二、药事管理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕654号）（15分）

2.309 每百张床位临床药师人数（1分）

2.310 处方审核率：（1）门诊处方审核率；（2）急诊处方

审核率。（1分）

2.311 住院用药医嘱审核率（1分）

2.312 静脉用药集中调配医嘱干预率（1分）

2.313 点评处方占处方总数的比例：（1）点评处方占处方总数的比例；（2）点评出院患者医嘱比例。（1分）

2.314 门诊处方合格率（1分）

2.315 住院患者药学监护率（0.5分）

2.316 用药错误报告率（1分）

2.317 严重或新的药品不良反应上报率（1分）

2.318 住院患者抗菌药物使用情况：（1）住院患者抗菌药物使用率（＜60%）；（2）住院患者抗菌药物使用强度（≤40DDDs）；（3）住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比。（3分）

2.319 住院患者中药注射剂静脉输液使用率（0.5分）

2.320 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率（0.5分）

2.321 住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率（0.5分）

2.322 国家基本药物使用率：（1）门诊患者基本药物处方占比；（2）住院患者基本药物使用率；（3）基本药物采购品种数占比；（4）国家组织药品集中采购中标药品使用比例。（2分）

十三、病案管理质量控制指标（国卫办医函〔2021〕28号）（15分）

2.323 住院病案管理人员月均负担出院患者病历数（0.4分）

2.324 门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数（0.4分）

2.325 病案编码人员月均负担出院患者病历数（0.4分）

2.326 入院记录24小时内完成率（0.5分）

2.327 手术记录24小时内完成率（0.5分）

2.328 出院记录24小时内完成率（0.5分）

2.329 病案首页24小时内完成率（0.5分）

2.330 CT/MRI 检查记录符合率（0.5分）

2.331 病理检查记录符合率（0.5分）

2.332 细菌培养检查记录符合率（0.5分）

2.333 抗菌药物使用记录符合率（0.5分）

2.334 恶性肿瘤化学治疗记录符合率（0.5分）

2.335 恶性肿瘤放射治疗记录符合率（0.5分）

2.336 手术相关记录完整率（0.5分）

2.337 植入物相关记录符合率（0.5分）

2.338 临床用血相关记录符合率（0.5分）

2.339 医师查房记录完整率（0.5分）

2.340 患者抢救记录及时完成率（0.5分）

2.341 出院患者病历2日归档率（0.5分）

2.342 出院患者病历归档完整率（0.5分）

2.343 主要诊断填写正确率（≥95%）（1分）

2.344 主要诊断编码正确率（≥95%）（1分）

2.345 主要手术填写正确率（≥90%）（1分）

2.346 主要手术编码正确率（≥90%）（1分）

2.347 不合理复制病历发生率（0.4分）

2.348 知情同意书规范签署率（0.4分）

2.349 甲级病历率（0.5分）

十四、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2021〕70号）（25分）

（一）急性ST段抬高型心肌梗死（4分）

2.350 急性ST段抬高型心肌梗死（STEM）患者到院10分钟内完成12导联（及以上）心电图检查率（0.3分）

2.351 急性STEM患者到院1小时内阿司匹林治疗率（0.2分）

2.352 急性STEM患者到院1小时内P2Y12受体拮抗剂治疗率（0.2分）

2.353 发病24小时内急性STEM患者再灌注治疗率（0.3分）

2.354 发病24小时内急性STEM患者到院90分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗（PCI）的比例（0.3分）

2.355 发病24小时内急性STEM患者到院30分钟内给予静脉溶栓治疗的比例（0.3分）

2.356 急性STEM患者到院24小时内β受体阻滞剂治疗率（0.2分）

2.357 急性STEM患者住院期间应用超声心动图（UCG）评价左心室射血分数（LVEF）的比例（0.2分）

2.358 急性 STEM 患者出院阿司匹林使用率（0.2分）

2.359 急性 STEM 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率（0.2分）

2.360 急性 STEM 患者出院β受体阻滞剂使用率（0.2分）

2.361 急性 STEM 患者出院血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）使用率（0.3分）

2.362 急性 STEM 患者出院他汀类药物使用率（0.2分）

2.363 急性 STEM 患者住院死亡率（0.3分）

2.364 急性 STEM 患者出院后 30 天内非计划再入院率（0.3分）

2.365 急性 STEM 患者 30 天死亡率（0.3分）

（二）心房颤动（2分）

2.366 非瓣膜性心房颤动（房颤）患者血栓栓塞风险评估率（0.4分）

2.367 非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率（0.4分）

2.368 瓣膜性房颤患者出院华法林使用率（0.4分）

2.369 房颤患者出血风险评估率（0.4分）

2.370 房颤患者左心耳封堵术并发症发生率（0.4分）

（三）心力衰竭（3分）

2.371 心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率（0.3分）

2.372 心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率（0.3分）

2.373 心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率（0.3分）

2.374 心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素受体阻断剂（ARB）或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（ARNI）使用率（0.2分）

2.375 心力衰竭患者出院β受体阻滞剂使用率（0.2分）

2.376 心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率(0.2分）

2.377 心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗（CRT）使用率（0.3分）

2.378 心力衰竭患者住院死亡率（0.3分）

2.379 心力衰竭患者出院30天随访率（0.3分）

2.380 心力衰竭患者出院后30天内心力衰竭再入院率(0.3分）

2.381 心力衰竭患者出院后30天死亡率（0.3分）

（四）高血压（2分）

2.382 动态血压监测率（0.5分）

2.383 心血管风险评估率（0.5分）

2.384 原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率(0.5分）

2.385 原发性醛固酮增多症确诊试验开展率（0.5分）

（五）冠状动脉旁路移植术（2分）

2.386 单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率（0.2分）

2.387 单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于24小时发生率（0.2分）

2.388 单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率（0.2分）

2.389 单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率（0.2分）

2.390 单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率(0.2分）

2.391 单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率（0.2分）

2.392 单纯冠状动脉旁路移植术前24小时β受体阻滞剂使用率（0.2分）

2.393 单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率（0.1分）

2.394 单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率（0.1分）

2.395 单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内阿司匹林使用率（0.1分）

2.396 单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率（0.1分）

2.397 单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率（0.1分）

2.398 单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率（0.1分）

（六）二尖瓣手术（2分）

2.399 二尖瓣手术住院死亡率（0.3分）

2.400 二尖瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率（0.2分）

2.401 二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率（0.2分）

2.402 二尖瓣手术后脑卒中发生率（0.2分）

2.403 二尖瓣手术非计划二次手术率（0.3分）

2.404 二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率（0.2分）

2.405 因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率（0.2分）

2.406 二尖瓣手术出院抗凝药物使用率（0.2分）

2.407 二尖瓣手术术中经食道超声使用率（0.2分）

（七）主动脉瓣手术（2分）

2.408 主动脉瓣手术住院死亡率（0.3分）

2.409 主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率（0.2分）

2.410 主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率（0.2分）

2.411 主动脉瓣手术后脑卒中发生率（0.2分）

2.412 主动脉瓣手术非计划二次手术率（0.3分）

2.413 主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率（0.2分）

2.414 主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率（0.2分）

2.415 主动脉瓣手术术中经食道超声使用率（0.2分）

2.416 主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm²/m²发生率（0.2分）

（八）主动脉腔内修复术（2分）

2.417 主动脉腔内修复术住院死亡率（0.2分）

2.418 主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于24小时发生率（0.2分）

2.419 主动脉腔内修复术非计划二次手术率（0.2分）

2.420 主动脉腔内修复术后内漏发生率（0.2分）

2.421 主动脉腔内修复术后脑卒中发生率（0.2分）

2.422 主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率（0.2分）

2.423 主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率（0.2分）

2.424 主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率（0.2分）

2.425 主动脉腔内修复术30天内CTA复查率（0.1分）

2.426 主动脉腔内修复术后30天随访率（0.1分）

2.427 主动脉腔内修复术前β受体阻滞剂使用率（0.1分）

2.428 主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率（0.1分）

（九）先心病介入治疗技术（2分）

2.429 先心病介入治疗成功率（0.2分）

2.430 先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率(0.2分）

2.431 先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率（0.2分）

2.432 先心病介入治疗溶血发生率（0.2分）

2.433 先心病介入治疗心脏压塞发生率（0.2分）

2.434 先心病介入治疗输血率（0.2分）

2.435 先心病介入治疗非计划二次手术率（0.4分）

2.436 先心病介入治疗住院死亡率（0.4分）

（十）冠心病介入治疗技术（2分）

2.437 冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率(0.2分）

2.438 冠脉介入治疗临床成功率（0.2分）

2.439 冠脉介入治疗住院死亡率（0.2分）

2.440 择期冠脉介入治疗住院死亡率（0.2分）

2.441 冠脉介入治疗严重并发症发生率（0.2分）

2.442 STEM 患者发病12小时内接受直接PCI 率（0.2分）

2.443 行直接PCI 的STEM 患者到院至导丝通过靶血管（DTD）平均时间（0.2分）

2.444 接受PCI 治疗的非ST段抬高型急性冠脉综合征（NSTEACS）患者进行危险分层的比率（0.2分）

2.445 例次平均支架数（0.2分）

2.446 冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率(0.1分）

2.447 冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率（0.1分）

（十一）心律失常介入治疗技术（2分）

2.448 心脏植入型电子器械(CIED)植入术住院死亡率(0.3分）

2.449 CIED植入术心脏压塞发生率（0.3分）

2.450 CIED植入术导线脱位发生率（0.3分）

2.451 阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率（0.2分）

2.452 导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率（0.3分）

2.453 导管消融治疗心脏压塞发生率（0.3分）

2.454 导管消融治疗住院死亡率（0.3分）

十五、超声诊断专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）（15分）

2.455 超声医师月均工作量（1分）

2.456 超声仪器质检率（1分）

2.457 住院超声检查48小时内完成率（1分）

2.458 超声危急值10分钟内通报完成率（1分）

2.459 超声报告书写合格率（1分）

2.460 乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统(BI-RADS)分类率（1分）

2.461 门急诊超声报告阳性率（2分）

2.462 住院超声报告阳性率（2分）

2.463 超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率（1分）

2.464 超声诊断符合率（1分）

2.465 乳腺占位超声诊断准确率（1分）

2.466 颈动脉狭窄（≥50%）超声诊断符合率（1分）

2.467 超声介入相关主要并发症发生率（1分）

十六、康复医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕

161 号）（15 分）

2.468 脑卒中患者早期康复介入率（1分）

2.469 脊髓损伤患者早期康复介入率（1分）

2.470 髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率（1分）

2.471 日常生活活动能力（ADL）改善率（1 分）

2.472 脊髓损伤患者ADL改善率（1分）

2.473 脑卒中患者ADL改善率（1分）

2.474 康复评定率:（1）脑卒中患者运动功能评定率;（2）脑卒中患者言语功能评定率;（3）脑卒中患者吞咽功能评定率;（4）脊髓损伤患者神经功能评定率;（5）髋、膝关节置换术后患者功能评定率。（5分）

2.475 住院患者静脉输液使用率（1分）

2.476 并发症和不良事件发生率及预防实施率:（1）脑卒中后肩痛发生率;（2）脑卒中后肩痛预防实施率;（3）脊髓损伤患者泌尿系感染发生率;（4）脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率;（5）住院患者静脉血栓栓塞症发生率;（6）住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率。（3分）

十七、临床营养专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161 号）（15 分）

2.477 营养科医床比（2分）

2.478 营养科护床比（2分）

2.479 营养科技床比（2分）

2.480 住院患者营养风险筛查率（1分）

2.481 存在营养风险住院患者营养治疗率（1分）

2.482 糖尿病住院患者营养评估率（1分）

2.483 糖尿病住院患者营养治疗率（1分）

2.484 使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率（1分）

2.485 营养治疗不良事件发生率：（1）肠外营养治疗不良事件发生率；（2）肠内营养治疗不良事件发生率；（3）膳食营养治疗不良事件发生率。（3分）

2.486 营养门诊投诉发生率（1分）

十八、麻醉专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）（15分）

2.487 麻醉科医护比（≥0.5∶1）（1分）

2.488 手术室外麻醉占比（1分）

2.489 麻醉开始后手术取消率（1分）

2.490 术中自体血输注率（1分）

2.491 手术麻醉期间低体温发生率（1分）

2.492 术中心脏骤停率（1分）

2.493 麻醉期间严重过敏反应发生率（1分）

2.494 PACU入室低体温发生率（1分）

2.495 麻醉后 PACU转出延迟率（1分）

2.496 非计划二次气管插管率（2分）

2.497 非计划转入ICU率（1分）

2.498 区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率（1分）

2.499 麻醉后24小时内患者死亡率（2分）

第四章　单病种（术种）质量控制指标（110分）

51种单病种（术种）按照《三级医院评审标准（2022年版）》（详见国卫政医发〔2022〕31号文件）的有关要求，监测“单病种上报覆盖率”。参照最新国家三级公立医院绩效考核单病种质量控制考核标准，具体选取10种单病种（术种）进行评审评价，每种单病种（术种）监测“病种例数、平均住院日、次均费用、病死率”4个指标。

数据来源：

（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

（2）全国医院质量监测系统（HQMS）

（3）国家单病种质量监测平台

（4）各省级相关数据收集系统

2.500 单病种上报覆盖率（100%）（20分）

2.501 急性心肌梗死（ST段抬高型，首次住院）（10分）

主要诊断ICD-10编码：I21.0至I21.3的出院患者。

2.502 心力衰竭 （10分）

主要诊断ICD-10编码：I05至I09，或I11至I13，或I20至I21，或I40至I41，或I42至I43伴第二诊断为I50的出院

患者。

2.503 社区获得性肺炎（成人，首次住院）（5分）

主要诊断ICD-10编码：J13至J16，J18；年龄≥18岁的出院患者。

2.504 社区获得性肺炎（儿童，首次住院）（5分）

主要诊断ICD-10编码：J13至J16，J18；2岁≤年龄＜18岁的出院患儿。

2.505 脑梗死（首次住院）（10分）

主要诊断ICD-10编码：I63.0至I63.9的出院患者。

2.506 慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）（10分）

主要诊断ICD-10编码：J44.0，J44.1的出院患者。

2.507 髋关节置换术（10分）

主要手术ICD-9-CM-3编码：00.7，81.51至81.53的手术出院患者。

2.508 膝关节置换术（10分）

主要手术ICD-9-CM-3编码：00.80至00.84，81.54，81.55的手术出院患者。

2.509 冠状动脉旁路移植术（10分）

主要手术ICD-9-CM-3编码：36.1的手术出院患者。

2.510 剖宫产（10分）

主要手术ICD-9-CM-3编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99的手术出院患者。

第五章　重点医疗技术临床应用质量控制指标（30分）

数据来源：

（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

（2）全国医院质量监测系统（HQMS）

（3）中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）

（4）各器官移植专业国家质控中心相关系统

一、国家限制类医疗技术（国卫办医发〔2022〕6号）（数据来源：省级医疗技术临床应用信息化管理平台）（10分）

2.511 备案完成率（100%）（3分）

2.512 系统填报率（100%）（2分）

2.513 死亡率（3分）

2.514 并发症发生率（2分）

二、人体器官捐献、获取与移植技术（15分）

（一）人体器官捐献（10分）

2.515 向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比（5分）

2.516 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比（5分）

（二）人体器官获取组织质量控制指标（国卫办医函〔2019〕197号）（1分）

2.517 器官捐献转化率（0.1分）

2.518 平均器官产出率（0.1分）

2.519 器官捐献分类占比（0.3分）

2.520 获取器官利用率（0.1分）

2.521 器官保存液病原菌培养阳性率（0.1分）

2.522 移植器官原发性无功能（PNF）发生率（0.2分）

2.523 移植器官术后功能延迟性恢复（DGF）发生率（0.1分）

（三）肝脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）（1分）

2.524 无肝期≤60min比例（0.1分）

2.525 60min<无肝期≤120min比例（0.05分）

2.526 无肝期>120min比例（0.05分）

2.527 术中大出血发生率（0.1分）

2.528 术后早期肝功能不全（EAD）发生率（0.1分）

2.529 术后非计划二次手术率（0.1分）

2.530 术后1月内血管并发症发生率（0.1分）

2.531 术后1月内胆道并发症发生率（0.05分）

2.532 术后6月内胆道并发症发生率（0.05分）

2.533 术后早期死亡率（0.1分）

2.534 受者术后1年生存率（0.1分）

2.535 中国肝脏移植登记注册系统（CLTR）数据报送完整度（0.1分）

（四）肾脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕

443号）（1分）

2.536 术后30天内死亡率（0.2分）

2.537 移植肾功能延迟恢复发生率（0.2分）

2.538 血管并发症发生率（0.1分）

2.539 急性排斥反应发生率（0.1分）

2.540 术后感染发生率（0.1分）

2.541 移植肾1年内生存率（0.2分）

2.542 中国肾脏移植登记注册系统（CSRKT）数据报送完整度（0.1分）

（五）心脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）（1分）

2.543 供体心脏缺血时间≤6小时的比例（0.2分）

2.544 术后机械通气时间≤48小时的比例（0.2分）

2.545 术后并发症发病率（0.2分）

2.546 术后院内死亡率（0.2分）

2.547 中国心脏移植登记注册系统数据报送完整度（0.2分）

（六）肺脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）（1分）

2.548 术后1年生存率（0.2分）

2.549 术后二次开胸率（0.2分）

2.550 术后3个月内感染发生率（0.3分）

2.551 术后6个月内气道吻合口并发症发生率（0.2分）

2.552 中国肺脏移植登记注册系统数据报送完整度(0.1分)

三、消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）（5分）

2.553 消化内镜中心医师年均工作量（0.2分）

2.554 四级消化内镜诊疗技术占比（0.3分）

2.555 三级消化内镜诊疗技术占比（0.3分）

2.556 上消化道内镜检查完整率（0.3分）

2.557 结肠镜检查肠道准备优良率（0.2分）

2.558 结肠镜盲肠插镜成功率（0.3分）

2.559 结肠镜退镜检查时间≥6分钟率（0.3分）

2.560 内镜下逆行胰胆管造影术（ERCP）选择性深插管成功率（0.3分）

2.561 超声内镜（EUS）检查完整率（0.3分）

2.562 磁控胶囊胃镜检查完整率（0.2分）

2.563 消化内镜相关严重并发症发生率（0.3分）

2.564 食管癌早期诊断率（0.3分）

2.565 胃癌早期诊断率（0.3分）

2.566 结直肠腺瘤检出率（0.3分）

2.567 结直肠癌早期诊断率（0.3分）

2.568 消化道早癌内镜黏膜下剥离术(ESD)完整切除率(0.3分)

2.569 ERCP胆总管结石清除成功率（0.2分）

2.570 超声内镜引导下胰腺细针穿刺术（EUS-FNA）标本病理阳性率（0.3分）

第三部分 现场检查实施细则（1000分）

第一章 医院功能与任务（100分）

一、依据医院的功能任务，履行医院职责（80分）

（一）医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。

【概述】

医院的功能是指医院所具有的对社会提供特定价值的能力，包括但不限于医疗、教学、科研和预防保健。医院的任务是用这些能力完成政府、社会需要的或指定的事项、工作。医院应当根据本区域的卫生发展规划，理清医院的功能和任务。

【细则】

3.1 医院有明确的功能和任务。（1分）

3.2 功能和任务符合本区域卫生发展规划。（1分）

（二）制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。

【概述】

医院应当立足于医院的功能和任务，建立和完善医院的愿景和发展目标，制定医院中长期规划，并细化分解到年度计划；医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。

【细则】

3.3 医院制定中长期规划及年度计划，并经职工代表大会或院长办公会通过。（2分）

3.4 医院规模和发展目标与医院功能任务一致。（1分）

（三）医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。

【概述】

提供急危重症和疑难疾病诊疗是三级医院的基本功能任务。医院应当针对本区域内常见的急危重症和疑难疾病来配置设施设备、技术梯队，并通过持续学习和继续教育等方式，提升员工服务能力。

【细则】

3.5 医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备和技术梯队。（10分）

3.6 医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的处置能力，提供24小时急危重症诊疗服务。（30分）

（四）承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。

【概述】

遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平急结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。突发公

共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治是医院必须具备的能力和责任，医院应当根据各级政府的应急预案制定本院的突发公共卫生事件和重大事故灾害应对方案，积极参与政府相关指令性工作，对救治救援不得推诿。

【细则】

3.7 遵循各级政府制定的应急预案，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。（2分）

3.8 完善应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案。（3分）

3.9 定期组织应急培训与预案演练。（25分）

（五）根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。

【概述】

传染病、食源性疾病的防治是医院的法定责任，也体现了医院的社会责任。医院应当建立全流程的传染病、食源性疾病的防治体系，并对医务人员开展相关的知识和技能培训，定期开展演练和检查，确保员工掌握、落实。

【细则】

3.10 制定传染病、食源性疾病发现、救治、报告、预防等

制度、流程和规范。（3分）

3.11 定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。（2分）

【评审方法】

评审专家到急诊科随机抽取某天的日志，分析患者的病种和来源；查看有120急救中心医院的120急救站日志，分析转运时效性，核查救护车数量与设施设备；现场查看急诊科布局与设施，评估医院院前急救、急诊与专科衔接、五大中心的急救流程、MDT及多部门配合、绿色通道等处置能力；访谈快速反应小组成员，进行现场实战模拟演练；查阅第一目击者急救技能培训证书；检查2组应急队员紧急医学救援培训证书；检查群体突发公共卫生事件紧急收治预案及培训情况并访谈相关人员；召开医院急救能力座谈会，分管领导汇报承担区域内重症救治、突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急救援及传染病和食源性疾病的处置等情况；查看医院年度计划、党委会或院长办公会专题讨论、“十四五”规划或中长期规划的相关内容。

表1-标准序号3.1-3.11评审清单（80分）

评审内容	分值	得分
第一步：【到急诊科120站】		
1.查看急诊日志，重点分析患者来院途径（120转诊、基层医院转运、自行前往），患者的病种和来源，急危重症和疑难疾病病例占比。	2分	
2.从某一天的日志中抽取1例以上经120站转运入院的病例，前往120站查看其转运记录。		
（1）该患者转运时机及时间。查看接听呼救电话时间，司机及救护人员集结、出发、到达救护现场时间，以及抵达急诊科时间。	1分	

（2）查看救护车与医疗设备设施配备情况，以及该患者转运过程中医疗处置、安全驾驶及转运保障情况。	1分	
（3）到指挥调度室，查看患者转运救护全过程监控视频（含救护车装备、救护箱与救护物资准备），以及突发事件紧急调度中与呼叫方有效对接情况。	1分	
3. 追溯评审期内120急救站日志中有无未出诊或延期出诊例数。	1分	
第二步：【到急诊科五大中心】		
1. 查看急诊科布局、功能完整情况，以及与五大中心密切配合和流程衔接情况（含制度文件）。	2分	
2. 查阅五大中心联合处置登记本（包括急诊MDT）、工作日志或定期总结报告及持续改进情况。	3分	
3. 追踪查看1名以上病人（胸痛、卒中、创伤、孕产妇、儿童）的急诊处置流程和技术应用情况。	3分	
第三步：【到急诊科快速反应小组】		
1. 现场实战演练。评审专家现场呼叫院内急救电话，告知医院某地方出现需要紧急救治的急诊患者。		
（1）看医院急救系统启动与快速反应小组成员响应时间及到达现场时间。	2分	
（2）看急诊快速反应小组成员模拟演练一个救治流程（休克、大出血、心跳骤停等）。	3分	
（3）值班医生、护士参与快速反应情况。MDT团队成员或五大救治中心科主任、护士长到达现场的时间，以及参与现场施救的组织、协调、配合，商讨救治方案，开展医疗救治情况。	3分	
（4）评审专家随同护送该演练患者转运至专科病房/ICU/手术室/导管室/五大中心，查看：		
①护送人员资质、仪器设备、转运工具。	1分	
②转运电梯等急救绿色通道畅通保障。	1分	
③转运途中病情变化等意外情况的现场施救。	1分	
④与专科病房/ICU/手术室/五大救治中心的交接。	1分	
⑤与患者家属或陪人及时沟通病情及注意事项。	1分	
2. 查看快速反应小组工作台账，访谈3名快速反应小组成员。考察相关人员对院内急救呼叫电话、呼叫程序及应急救治机制与流程、医院应急救治点的设置与救治区域分布熟悉情况。	3分	
3. 查看急诊抢救室（或EICU）日志和每月生命支持技术开展情况。	3分	
4. 查阅评审期内急诊科心跳骤停与心肺复苏抢救记录、死亡登记报告、死亡病历保存与质控、死亡讨论、死亡证明管理情况。	3分	

5. 现场应急演练。评审专家继续呼叫医院总值班电话，告知刚才紧急救治的急诊患者是一次群体灾难救援事件，需派应急队员前往事发现场。		
（1）看分管院领导（或值班院领导/院长）、指派专家（或应急队员）到达救治现场时间与指挥、部署抢救工作情况。	2分	
（2）对照预案或技术指南，看急救现场需求与派出人员（资质与培训）、救护车（配置清单）、设备、物资到位的情况。	3分	
（3）现场捡伤分类处置情况。	3分	
（4）看应急办、医务部、护理部、设备设施、后勤保障等相关职能部门到达指定地点时间以及各部门支持与配合抢救工作情况。	3分	
第四步：【参加医院急救与应急救援领导小组座谈会】		
参加人员：医院主要负责人、分管负责人及部门负责人、医院急救与应急救援领导小组成员及救援队员代表、快速反应小组成员代表、相关评审专家。		
1. 听取院领导演练汇报。		
（1）快速反应小组实战演练总结。	2分	
（2）紧急救援应急演练总结。	2分	
2. 听取评审期内医院心跳骤停与心肺复苏抢救记录、死亡讨论、死亡证明管理、死亡病历质控全覆盖及相关数据监测分析情况汇报。	3分	
3. 听取评审期内急诊急救一体化建设与复苏水平质量改进情况汇报。	2分	
4. 听取评审期内医院承担区域内重症救治、突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急救援、传染病和食源性疾病的处置等相关情况汇报。	3分	
5. 听取评审期内医院重大事件救治影响力汇报，包括网络、电视、报纸、杂志、广播等媒体宣传数量。	3分	
6. 听取医院功能与任务重大年度计划（含是否纳入制定的中长期规划等）情况汇报。	1分	
7. 听取医院“十四五”规划发展愿景和目标（含是否符合本区域发展规划等）情况汇报。	1分	
第五步：【到医务部或应急办查阅资料】		
1. 查阅评审期内医院承担的突发公共卫生事件与紧急救援任务完成情况台账。	3分	
2. 查阅医院各类应急预案及应急培训、实战演练（含突发公共卫生事件、重大事故灾害紧急救援、传染病和食源性疾病等群体紧急收治等）情况。	3分	
3. 抽取1个应急预案，重点了解应急响应流程和培训（含人员到位、物资准备等情况）。	3分	
4. 查阅紧急医学救援培训（含全员第一目击者急救技能培训、应急救援队员紧急医学救援培训等）情况。	3分	

5. 查看医院EMSS急救体系和快速反应小组日常运行情况。	2分	
6. 查阅医院功能任务和履职（如承担区域内急危重症诊疗的设施设备、技术梯队、处置能力等）是否纳入党委会或院长办公会专题讨论、年度工作计划或财务预算、职代会议案、医院中长期发展规划等情况。	2分	

二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务，完成指令性任务。（5分）

（六）坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。

【概述】

医院的公益性包括但不限于保障广大人民群众的健康需要，为人民群众提供公平可及、优质高效的医疗卫生服务，以保障人民群众的健康需要和增强社会效益。

【细则】

3.12 制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范。（0.5分）

3.13 参加并完成政府部门指定的社会公益性任务。（1分）

（七）将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。

【概述】

对口支援工作是医院公益性的体现，医院应当将其纳入院长目标责任制和医院年度工作计划，显著提升受援医院对常见病、多发病、部分危急重症的诊疗能力。社区卫生服务是城市卫生工作的重要组成部分，是实现人人享有基本医疗卫生服务目标的基

础环节。

【细则】

3.14 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划内容。（0.5分）

3.15 有专人负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作。（1分）

（八）承担援疆援藏、援外、乡村振兴、健康扶贫，为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。

【概述】

援疆援藏、援外、乡村振兴、健康扶贫，为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务是体现医院公益性的途径和要求，医院应当制定相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。

【细则】

3.16 承担援疆援藏、援外、乡村振兴、健康扶贫等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。（1分）

3.17 承担为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。（1分）

三、促进医疗资源下沉，加强医联体建设（15分）

（九）加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转

诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医院服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。

【概述】

建设和发展医联体，实行分级诊疗制度，是深化医疗医保医药联动改革、合理配置资源，使基层群众享受优质便利医疗服务，促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措。医院应当建立双向转诊机制，并鼓励和落实医疗技术力量下沉基层，提升基层医疗机构服务能力。

【细则】

3.18 根据医联体建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。（1分）

3.19 实行分级诊疗，建立并实施双向转诊制度与相关服务流程。（4分）

3.20 提升医联体内基层医疗机构服务能力。（10分）

【评审方法】

评审专家查阅医院负责公益、对口支援、援疆援藏、援外、乡村振兴、健康扶贫等部门资料，访谈相关人员；查看相关计划、制度、方案等；分析医联体建设及双向转诊的效率；检查并评估1家紧密型医联体单位及1个专科联盟运行的效果。

表2-标准序号3.12-3.20评审清单（20分）

评审内容	分值	得分
第一步：【查阅资料】		
1.查阅评审期内承接政府公益性任务、指令性任务实施以及具体保障措施落实情况。	2分	

2. 查阅对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理、援疆、援藏、援外、乡村振兴、健康扶贫等工作，以及年度工作计划实施和建设成效情况。	2分	
3. 查阅分级诊疗、双向转诊的规划、措施、流程以及实施效果情况。	2分	
第二步：【查看现场】		
1. 查看医院评审期内完成政府部门指定的社会公益性及指令性任务相关荣誉或奖励证书（国家级2分，省市级1分）。	2分	
2. 查看医联体建设实施方案及合作协议。	2分	
3. 现场分析一家紧密型医联体合作运行效率。	4分	
4. 现场评估评审期内作为专科联盟指导单位或成员单位的建设成效。	4分	
5. 查看双向转诊信息平台、远程会诊服务情况。	2分	

第二章　临床服务质量与安全管理（690分）

一、医疗质量管理体系和工作机制（100分）

（十）有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。

【概述】

根据《医疗质量管理办法》建设覆盖全院、全程和全员的医疗质量管理体系，包括组织架构、制度规范、部门分工、运行机制等。各部门根据职责分工制定工作计划并落实，定期开展检（督）查、数据采集与分析反馈，通过风险管理和绩效奖惩等措施推动医疗质量持续改进，并明确医疗质量管理的院级、科级责任范畴。

【细则】

3.21 建立医疗质量管理体系，有明确的体系架构、内容。（2分）

3.22 有明确的体系运行机制，有记录证明体系运行常态化。（2分）

3.23 院科两级责任制体现在各自的职责中，负责人知晓本人职责。（2分）

（十一）设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。

【概述】

医疗质量管理委员会是本机构医疗质量管理工作的负责组织，其人员组成、职责应当符合《医疗质量管理办法》要求，并组织开展本机构质控工作，工作内容有记录且可追溯。同时，医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。

【细则】

3.24 医疗质量管理委员会人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。（2分）

3.25 医疗质量管理委员会有工作制度、工作计划、工作记录。（2分）

3.26 医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。（5分）

（十二）建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。

【概述】

医疗质量管理与控制涉及医院全院、临床诊疗服务全过程，医院应当将所有人员、设施设备、环境纳入医疗质量管理和控制的范围，并制订相关制度。

【细则】

3.27 医院建立有全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制制度。（5分）

（十三）各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。

【概述】

科室医疗质量管理小组是业务科室自我管理的重要体现形式，科室员工应当明确科室层面自我管理的意义，鼓励员工层面的自我管理。科室医疗质量管理小组职责应当包括《医疗质量管理办法》所规定的全部内容，提倡自我检查和自我改进。

【细则】

3.28 各业务科室常设医疗质量管理工作小组，人员、职责符合《医疗质量管理办法》要求。（2分）

3.29 制定工作计划，有工作记录，可追溯。（2分）

（十四）建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。

【概述】

医疗质量管理具有专业和管理双重属性，其中专业人员是医

疗质量管理工作的主体。因此，从事医疗质量管理工作需要接受专门的管理技能培训，包括管理学知识培训、管理工具应用培训，数据管理和必要的统计分析培训等。医院应当建立相关培训考核制度，通过进修、专班培训和在工作中自学、上级带教等措施提升专业人员质量管理能力，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。

【细则】

3.30 建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，培训范围包括所有参与医疗质量管理工作的人员，有相关培训记录。（2分）

3.31 有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。（2分）

（十五）熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。

【概述】

运用管理工具是提升医疗质量管理工作效益和效率的有效方法。质控指标是开展医疗质量管理工作的基础性工具。医院应当建立适合本机构实际情况的指标体系，明确相关指标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式，质量管理部门应当掌握本机构医疗质量基础数据。

【细则】

3.32 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价。（10分）

3.33 完善本院医疗质量管理相关指标体系，包括但不限于国家发布的医疗质量控制指标和“国家医疗质量安全改进目标”相关指标。（2分）

3.34 落实“国家医疗质量安全改进目标”要求，指标持续改进有成效。（10分）

3.35 相关人员应当掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。（2分）

（十六）建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。

【概述】

内部现场检查是医院开展医疗质量自我管理的重要手段，公开质量信息是督促员工自我改进的重要方法，两者结合使用有助于调动相关科室和人员实现自我改进的积极性。

【细则】

3.36 建立本院各科室医疗质量内部现场检查制度并落实。（3分）

3.37 建立本院医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。（5分）

【评审方法】

评审专家组织医院质量管理委员会成员召开座谈会，查看评

审期内委员会开会讨论的议题，查看每年质量年报、每月或季度全员医疗质量讲评会的内容；动态分析和比较医院质量月报（或质量简讯）的问题和改进措施，与绩效管理及考核运用的情况，应用管理工具持续改进的效果；讨论“国家医疗质量安全改进目标”相关指标持续改进的成效；随机访谈3名以上科室质量安全管理小组成员，了解质量培训、考核、实施、公示情况。

表3-标准序号3.21-3.37评审清单（70分/60分）

评审内容	分值	得分
第一步：【参加医疗质量座谈会】		
参会人员：医院质量管理委员会成员、医疗质量安全改进项目负责人或质量安全管理小组成员代表、相关评审专家。		
1.汇报内容：		
（1）医院质量安全管理体系建立、运行以及质量安全管理年度计划、院科两级责任制落实情况。	2分	
（2）医疗质量控制策略、培训、全员参与以及覆盖临床诊疗服务全过程的质量管理控制指标及考核分析情况。	2分	
（3）运用质量管理工具对国家医疗质量安全改进目标（含急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率等）的数据分析情况以及取得的成效趋势图。	3分	
（4）全院值班与总值班体系的运行与管理，以及重大与突发事件的处理协调机制和问题点的持续改进成效情况。	2分	
2.访谈内容：		
（1）访谈3名以上科室质量安全管理小组成员代表，了解科室质控体系和科室质量安全管理培训、讨论以及质量绩效分配激励措施情况。	3分	
（2）根据基础医疗质量数据，针对质控问题，访谈科主任、护士长、医务部、质控办、护理部主任，应用哪些管理工具达到持续改进效果。	5分	
第二步：【查阅资料】		
1.查阅评审期内质量安全管理委员会开会讨论的质量管理议题。	2分	
2.查阅评审期内医院医疗质量（通讯）月报、年报及其改进情况。	4分	
3.查阅每月（季度）全院医疗质量讲评会内容及其改进情况。	4分	
4.查阅医院医疗质量（通讯）月报和全院医疗质量讲评内容融入绩效考核方案的执行情况。	4分	

5. 查阅评审期内全院性医疗行政查房记录、问题清单及持续改进措施与效果情况。	4分	
6. 查阅评审期内国家发布的医疗质量控制指标和国家质量安全改进目标，以及指标改进方法、措施与效果情况。	4分	
7. 查阅评审期内全院性半年（年度）质量内部审核（内审制度）的文件、检查内容、方法步骤、问题结果、改进要求与措施情况。	4分	
8. 查阅评审期内医院死亡病历台账。抽查每年度不少于3例死亡病历，查看每例死亡病例质控结果与结论，以及讨论提出的问题整理分析和持续改进落实情况。	3分	
9. 跟踪核实评审期内全院死亡病例数据，了解全院死亡病历质控全覆盖情况。查看年度死亡病历分析报告、季度讲评讨论记录、死亡病例讨论制度落实、质量安全管理及持续改进成效情况。	5分	
10. 查阅评审期内全院年度可避免死亡率（指标）逐年下降的数据监测、原因分析以及改进措施情况。	4分	
11. 随机追踪1个月的医院质量管理月报（通讯）中反映问题的持续改进及半年以上改进成效。	3分	
12. 随机查阅2个临床医技科室的科室质量安全管理小组工作记录和医院到科室进行全院性医疗行政查房记录。	2分	
13. 随机抽查2个临床医技科室的自我检查和自我改进措施案例（如品管圈）。	3分	
14. 随机抽查医院周会对医疗质量关键指标及其完成情况的发布与公示资料。	2分	
15. 随机抽查3个应用医疗质量管理工具开展国家医疗质量改进目标的案例。	3分	
16. 随机抽查3个以上行政部门、临床医技科室，查看评审期内开展医疗质量管理的主题培训记录。	2分	

注：医疗质量安全核心制度（表6）中总值班制度、院级死亡病历质控全覆盖评审内容及分值10分，融入此表中（表3）。

（十七）加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。

【概述】

临床专科服务能力是医疗质量的核心，随着人口老龄化、疾病谱的改变，“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模

式成为系统性解决患者疾病，提高诊疗效果的有效途径。因此，医院应当持续加强临床专科服务能力建设，促进各临床专科协同发展，积极开展多学科诊疗活动，以提升复杂、疑难疾病的诊疗能力和诊疗效果。

【细则】

3.38 制订切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际情况的专科建设发展规划，并组织实施。（2分）

3.39 重视专科协同和中西医共同发展。推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。（2分）

（十八）遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。

【概述】

遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作是保障医疗质量安全的基础。医院应当监督、指导员工在诊疗工作中依照相关规范开展医疗服务；在机构层面遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展培训和督查工作，并指导临床科室开展自查。

【细则】

3.40 遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。（5分）

3.41 对落实上述诊疗指南、操作规范、行业标准和临床路

径开展定期或不定期的自查和督查。（5分）

（十九）加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。

【概述】

单病种质量管理是国际上通用的医疗质量管理方式，通过收集、分析病种诊疗全过程的核心信息，进行纵向和横向比较，有助于规范医务人员的行为，提高医疗质量同质化程度。医院应当根据国家层面的单病种管理指标信息，建立本院的单病种质量管理指标，促进医疗质量的精细化管理。

【细则】

3.42 将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理工作体系。（2分）

3.43 建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，并开展应用。（2分）

3.44 按照相关要求，及时、全面、准确上报国家单病种质量管理与控制平台数据。（2分）

【评审方法】

评审专家从公立医院绩效考核数据中调取一个以上单病种和提供一个以上MDT病例，前往相应病区，查阅科室单病种指标数据监测情况；查看科室诊疗操作技术规范，对照相应的疾病指南，检查患者诊疗措施是否遵循指南；查看同一患者或另抽取1份病例临床路径和MDT实施情况；查看科室专科发展规划、团队

个人技术档案和培训学习情况。

表4- 标准序号3. 38- 3. 44评审清单（20分）

评审内容	分值	得分
第一步：【现场检查】		
1. 从公立医院绩效考核10个病种中调取1个以上单病种和MDT病例，前往相应病区进行追踪检查。		
（1）查阅科室有无每周固定的学习（MDT讨论）时间、学习内容（最新诊疗指南、技术规范解读等）。	2分	
（2）查阅科室制定的诊疗常规和技术操作规范。对照病历检查医师执行的依从性。	2分	
（3）床旁询问追踪患者的诊疗措施（含疾病/手术风险评估、用药合理性、紧急专科治疗技术的运用、效果评估、教育告知等）。	2分	
（4）对照病历，访谈该患者主管医师与责任护士，追踪该疾病遵循诊疗指南和临床路径的开展情况。	2分	
2. 继续查看该病历MDT诊疗情况（若无，另选1份病历）。		
（1）MDT诊疗中多专科团队参与和团队成员资质情况。	1分	
（2）MDT组织形式、讨论质量情况。	1分	
（3）MDT讨论/会诊意见有效落实情况。	1分	
第二步：【查阅资料】		
1. 查看医院专科能力建设资料，追溯单病种质量管理指标和体系。		
（1）查看医院每月（每季度）专科建设评价自查、督查记录。	1分	
（2）调阅医院单病种平均住院日、次均费用、次均药费、次均手术费用、手术耗材以及患者对医疗服务的评价情况。	2分	
（3）核查国家单病种数据平台上报情况。查看医院单病种质量管理方案与日常督导评价的记录情况。	1分	
2. 查看评审期内医务部组织开展门诊与住院MDT的年度运行情况。	2分	
3. 查阅专科建设发展规划与激励机制，以及医务人员技术培训和个人技术档案情况。	2分	
4. 查看评审期内医院获得国家级或省市级重点专科、研究中心、质控中心等专科平台情况。	1分	

（二十）开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教

信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。

【概述】

为保障患者生命权、健康权、知情权、选择权、隐私权等权利，医院和医务人员开展医疗服务应当履行告知义务，按照相关规定取得患者或/和家属同意认可，手术、特殊检查、特殊治疗还应当获得患者或/和家属明确同意的资料（包括但不限于书面同意、录音录像和律师公证等）。告知是让患者或/和家属理解医疗服务的局限性，了解各种诊疗方式的成本、获益和风险，方便患方自主选择。同时，保护患者隐私应当成为医院员工在各种医疗活动中必需遵守的共性要求。

【细则】

3.45 诊疗活动中遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权。（5分）

3.46 尊重患者隐私权，并对患者的隐私保密，有保护患者隐私的设施和管理措施；尊重民族习惯和宗教信仰。（5分）

（二十一）制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。

【概述】

满意度管理有助于改善患者就医体验和员工执业感受，促进员工或医患互动，以提升医院社会效益。

医院定期开展患者和员工满意度监测，可以发现医院实际情

况与患者和员工的期望之间存在的差距，有助于医院针对性的实施改进。

【细则】

3.47 医院指定部门负责患者和员工满意度监测管理，有相关的制度、流程及适宜的评价内容。（5分）

3.48 对满意度监测中发现的问题，及时沟通、协商、整改和反馈。（5分）

【评审方法】

查阅医院制定卓越服务方案，根据保障患者知情权、选择权、隐私权等五种权益得到尊重的措施，查看内科、外科系统两个病区落实情况，在门急诊追踪就医流程，并进行现场满意度调查；追踪改进措施与效果。

表 5- 标准序号 3.45- 3.48 评审清单（20 分）

评审内容	分值	得分
第一步：【现场体验】		
从内科、外科系统各抽取1个病区，评审专家前往病区体验以保障患者权益为重点的医院卓越服务。		
1. 医院标识清晰、环境整洁、人车分流，工作区、病区实行门禁管理。	1分	
2. 查验身份识别。员工凭工号牌、流动人员凭临时出入卡（有专门部门管理授权）、就诊患者凭挂号检查单、住院患者凭手腕带（诊疗卡）、陪护人员凭陪护证等进出。	2分	
3. 查验员工财务结算（报账）、行政审批“一站式”服务落实情况（含有无信息化手段、办结时限等）。查验员工三室一餐一休保障情况。	1分	
4. 查验医患沟通（含诊疗措施、手术、特殊检查征求患者及家属意见，过度医疗控制，投诉有效解决率等）情况。	2分	
5. 查验有无后勤维修服务“24小时受理平台”，维护人员是否按时下临床维护设施设备，物资保障采购部门是否保质保量（信息管理）配送到病房，药剂科、消毒供应中心等部门是否主动为临床提供下收下	2分	

送服务。		
6. 跟随护士（医师）床旁（诊治室/换药室）查看护理（诊疗/换药）操作中知情告知、治疗选择、隐私保护与尊重患者等措施的实施情况。	2分	
7. 访谈5名以上工作人员（含医师、护士、行政人员、后勤人员等），了解医院卓越服务方案和实施举措情况。	1分	
8. 查看设备带、床头牌、隔帘或间隔设施、安全教育告知等内容是否醒目与规范，阳台、门窗限位器与卫生间防滑、防跌倒、应急呼叫等安全措施是否齐全。	1分	
第二步：【满意度调查】		
1. 访谈3名以上患者或家属，了解知情同意告知、隐私保护与就医体验等卓越服务满意度情况。	1分	
2. 访谈3名以上医务人员，了解卓越服务、医院忠诚度感受情况。	1分	
3. 评审专家分别在现场抽取10人以上（含员工和病人）进行满意度测评，了解卓越服务方案实施效果情况。	4分	
4. 追溯评审期内医院对全院满意度监测、卓越服务方案实施跟踪落实情况。	2分	

注：门急诊就医流程追踪在表 9 中体现。

二、医疗质量安全核心制度（120分）

（二十二）医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。

【概述】

《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》是医院开展医疗质量管理的主要依据。医院应当根据《医疗质量安全核心制度要点》和本机构实际制定、完善本机构核心制度和相关配套制度，细化工作流程，加强对医务人员的培训、教育和考核，使核心制度真正融入诊疗活动和全院工作流程中。

【细则】

3.49 落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度。（1分）

3.50 开展针对医疗质量安全核心制度的全员培训。（1分）

3.51 有针对新员工的专项培训，确保新员工尽快知晓其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。（1分）

3.52 定期对医疗质量安全核心制度执行情况进行自查、督导、分析、反馈、整改，规范诊疗行为。（2分）

（二十三）建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。

【概述】

首诊负责制是指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前全面负责该患者诊疗的制度。为强化医疗质量和安全，在患者就诊时，医院应当明确患者所有诊疗过程的负责人，落实到个人，并延伸到科室。体现为明确、连续的全流程诊疗管理，医院内所有医疗行为都应当有相应的记录和明确的责任人以便追溯。

【细则】

3.53 明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，确保患者的所有诊疗过程都有人负责。（1分）

3.54 各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性。（1分）

3.55 医疗行为有记录，可追溯。（2分）

（二十四）建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。

【概述】

三级查房制度是指医院实施科主任领导下的三个不同级别的医师开展查房的制度。科主任可以根据科室/病区床位、工作量、医师的专业资质和能力等要素组建若干个医疗团队（或称主诊医师制、医疗组长制、主任医师制等），指定医疗团队的负责人（含主诊医师、医疗组长和带组的主任医师等），中间级别和最低级别的医师可参照职称、个人技术能力等因素选拔和认定，报医疗管理部门审核和相关委员会批准并定期调整。医院应当按照《医疗质量安全核心制度要点》要求明确各级医师的查房周期、医疗决策和实施权限。

【细则】

3.56 实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。（2分）

3.57 严格明确查房周期。工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房，重症医学科查房周期主治医师至少每天查房2次，高级别的医师每周至少查房3次。（1分）

3.58 明确各级医师的医疗决策和实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整。（2分）

（二十五）建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。

【概述】

会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。为保障会诊意见和会诊服务得到充分理解，会诊请求人员应当陪同完成会诊。当患者罹患疾病超出了本科室诊疗范围和处置能力，且经评估可能随时危及生命，需要院内其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救，此种情形可以发出急会诊申请，并要求受邀科室10分钟内到位。

【细则】

3.59 明确各类会诊的具体流程和时间要求，急会诊必须在10分钟之内到位，普通会诊应当在会诊发出后24小时内完成。（2分）

3.60 会诊请求人员应当陪同完成会诊。（1分）

3.61 医院统一会诊单格式及填写规范，员工知晓。（1分）

3.62 会诊情况和处置按规定进行记录，有定期的自查与督查。（1分）

（二十六）建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动

态调整护理级别，护理级别应当明确标识。

【概述】

分级护理制度是指医护人员根据患者的病情和自理能力对患者进行分级别护理的制度。其目的是保障患者得到适宜照护。医院应当按照分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的工作内容。同时，合理动态调整护理级别，并明确标识。

【细则】

3.63 按照国家分级护理管理相关指导原则，制定医院分级护理制度，有针对各级别护理的工作规范。（1分）

3.64 根据患者病情与生活自理能力变化的情况，合理动态调整患者护理级别。（2分）

3.65 护理级别应当实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。（2分）

（二十七）建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

【概述】

值班与交接班是为了保障医院医疗活动的连续性，明确值班岗位职责、值班人员资质，并根据职责内容、工作强度和需要安排人员，常态运行，值班活动有记录可追溯。医院总值班人员应当经过培训并考核合格以满足总值班岗位要求。值班岗位和值班时间应当统一院内公开，便于查阅。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

【细则】

3.66 有全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并纳入职责汇编，员工知晓。（0.5分）

3.67 值班人数应当满足岗位职责需要，并保证常态运行。（0.5分）

3.68 实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。（0.5分）

3.69 医院及科室值班表应当定期提前全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。（0.5分）

3.70 值班人员资质和值班记录应当符合规定，非本机构执业医务人员不得单独值班。（1分）

3.71 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历，有定期的自查与督查。（1分）

（二十八）交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床

旁交班。

【概述】

值班与交接班记录本是科室必备记录本之一，需要交班的内容应当规范记录，当日四级手术和急危重患者必须增加床旁交班，并在值班记录上注明。

【细则】

3.72 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。（0.5分）

3.73 四级手术的患者手术当日和急危重患者必须床旁交班，并在交接班记录中予以体现。（0.5分）

（二十九）建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。

【概述】

疑难病例讨论是提高疑难病例诊疗效果，保障医疗质量安全的重要途径。明确本医院和本科室疑难病例的范围是规范疑难病例管理的第一步。为保障疑难病例讨论质量和效果，医院应当明确参与讨论人员范围、组成和流程要求，讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。

【细则】

3.74 医院和科室应当确定疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病

在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。（1分）

3.75 明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论原则上应当由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有2人具有主治及以上专业技术职务任职资格。（1分）

3.76 疑难病例讨论内容专册记录，主持人需审核并签字。（2分）

3.77 疑难病例讨论结论记入病历，定期自查与督查。（3分）

（三十）建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。

【概述】

急危重患者是医疗活动中应当重点关注的人群，应当优先救治以争取最佳诊疗效果。为充分利用有限的资源，医院和科室应当明确急危重患者的范围，建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。为保障医疗行为可追溯，抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。

【细则】

3.78 医院和科室应当确定急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生

命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。（2分）

3.79 建立抢救资源配置机制。抢救资源包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位。（2分）

3.80 建立抢救资源紧急调配机制和急危重症MDT团队。紧急调配机制包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。（2分）

3.81 医院建立急危重患者相关绿色通道，明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。（2分）

3.82 抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历，有定期自查与督查。（2分）

（三十一）建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。

【概述】

术前讨论是防范手术风险的重要关口，所有手术必须完成术前讨论。根据手术难度、风险采取适宜形式的术前讨论是保障术前讨论效果、提高术前讨论效率的重要途径。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。

【细则】

3.83 明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。（1分）

3.84 明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。（2分）

3.85 科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。（1分）

3.86 术前讨论的结论记入病历，有定期自查与督查。（1分）

（三十二）建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。

【概述】

死亡是发生在患者身上的最差诊疗结果，医院应当高度重视，采取措施减少或延迟其发生。医院应当建立全面的死亡病例管理机制，监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，规范开展死亡讨论以提出改进措施。为保障讨论效果，医院应当对死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录作出明确规定。

【细则】

3.87 医院监测全院死亡病例发生情况并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。（3分）

3.88 死亡病例讨论在全科范围内完成，由科主任主持讨论。（2分）

3.89 死亡病例讨论在患者死亡一周内完成，尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。（2分）

3.90 死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专册记录。（2分）

（三十三）建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

【概述】

查对能够有效减少医疗差错，是保障患者安全的重要措施。包括保障行为措施与预期作用对象一致，保障行为过程与预期行为过程一致，保障药品、设备设施等客观事物的实际情况与相关规定和标准一致等。

【细则】

3.91 医院建立患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对。（1分）

3.92 有临床诊疗行为的查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节。（1分）

3.93 建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。（1分）

3.94 药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。（1分）

3.95 对身份识别制度、查对制度有定期自查与督查，落实持续改进。（1分）

（三十四）建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。

【概述】

手术是有创医疗行为，必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术安全核查和标准化手术流程是保障手术得以正确实施、防止额外医疗损害的基本方法。此外，分娩涉及孕妇和新生儿双方安全，应当予以更高关注。

【细则】

3.96 建立手术安全核查制度和标准化流程，手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。（1分）

3.97 建立产房分娩安全核查制度和标准化流程。（1分）

3.98 手术安全核查表和产房分娩安全核查表纳入病历。（1分）

（三十五）建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。

【概述】

手术分级管理包括医院根据手术难度和风险进行对本院开展的所有手术的分级管理及根据医师技术能力对手术医师进行手术授权管理两个方面。医院对手术进行分级管理一方面保障高难度、高风险手术得到更多关注，尽量避免手术相关不良事件;一方面便于调动医师积极性,保障医师开展与其技术能力相适应的手术，合理调配医疗资源。

【细则】

3.99 建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。（1分）

3.100 制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。（1分）

3.101 手术分级授权管理制度必须落实到本机构每一位医师，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。（1分）

3.102 建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等。（2分）

3.103 定期对手术医师的手术能力进行再评估，动态调整医师手术权限。（2分）

（三十六）建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所

有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。

【概述】

新技术和新项目是指在本医院范围内首次应用于临床的诊断和治疗技术，旨在促进医学发展、科学进步，但不可避免给患者带来安全风险。医疗技术临床应用目录是常规开展的医疗活动，目录外项目均应当纳入新技术新项目的管理范围。所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。

【细则】

3.104 建立本院医疗技术临床应用目录，涵盖所有常规开展的临床诊疗项目并定期更新。（1分）

3.105 建立符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程并落实。（1分）

3.106 所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。（1分）

（三十七）明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。

【概述】

新技术新项目属于创新、探索性的工作，减少不安全的风险在于限定具备相应能力的人员实施，最大限度发现安全隐患和技术风险，并制定相应的预案等。对新技术新项目开展全程追踪管理、质量控制和动态评估以明确新技术临床应用的质量安全情况，评估当前管理措施的有效性，及时对存在的问题进行改进。

【细则】

3.107 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权。（1分）

3.108 对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。（1分）

3.109 建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。（5分）

（三十八）建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。

【概述】

危急值是提示患者处于生命危急状态的检验检查结果。医技部门应当以最快的速度通知临床和患者，以采取及时的措施抢救生命和避免造成不良后果。住院和门急诊均应当建立适合各自患者的危急值报告流程，并通畅落实。危急值信息应当有专册登记

并可追溯。

【细则】

3.110 制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单，包括疾病危急值清单并定期调整；建立住院和门诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。（1分）

3.111 确保危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应当精准到分钟。（2分）

3.112 临床危急值信息专册登记，患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等关键要素可追溯。（2分）

（三十九）建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。

【概述】

病历是患者诊疗信息的集中体现，“客观、真实、准确、及时、完整和规范”的要求应当贯彻整个病历书写过程。医院应当建立医务人员培训、运行病历实时监管、归档病历及时检查的闭环质量管理体系，保证病历内容记录与修改信息可追溯。

【细则】

3.113 按照法律、法规及相关规定建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，建立病历质量检查、评估与反馈机制。（1分）

3.114 病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限，内容记录与修改信息可追溯。（2分）

3.115 建立病案管理体系，落实分类编码的相关规定。（1分）

3.116 有保护病历、病案和信息安全的相关制度。（1分）

（四十）实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。

【概述】

电子病历是医院信息化的重要组成部分，利用电子病历信息开展各种医疗活动监管成为趋势，对电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等方面有全方位的管理和流程并落实。

【细则】

3.117 实施电子病历的医院，建立电子病历的建立、记录、修改、使用等管理制度。（1分）

3.118 实施电子病历的医院，建立电子病历的存储、传输等管理制度。（2分）

3.119 实施电子病历的医院，建立电子病历的质控、安全等级保护等管理制度。（2分）

（四十一）建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药

物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。

【概述】

规范使用抗菌药物是医院管理的重点内容，也是国家高度重视和世界普遍关注的问题。医院应当按照国家有关规定建立抗菌药物的分级目录和抗菌药物使用全流程监管机制。

【细则】

3.120 根据法律法规及文件要求，建立抗菌药物临床合理应用的组织，明确职责，规范管理抗菌药物临床应用。（1分）

3.121 建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程。（1分）

3.122 建立本院抗菌药物临床应用的管理制度和具体操作流程。（1分）

3.123 确定抗菌药物分级管理目录，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。（1分）

3.124 确定医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。（3分）

3.125 定期分析、反馈抗菌药物临床应用质量管理指标，落实持续改进。（3分）

（四十二）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于

医院临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。

【概述】

输血是医疗活动中难以替代的治疗手段。限于血液资源的稀缺性和临床用血的安全性，医院应当按照国家有关规定完善本院临床用血机制，保障临床用血的安全、有效、及时性，并有规范的临床用血评价，持续改进临床用血效果。对急救用血医院应当极力保障。

【细则】

3.126 建立临床用血管理委员会或工作组，成员由医务部门、输血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部门、手术室等部门负责人组成，有职责、工作计划、工作记录。（1分）

3.127 制定临床用血审核制度，完善管理机制和具体流程并落实。（2分）

3.128 建立保障急救用血治疗的机制。（2分）

（四十三）建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。

【概述】

随着信息技术的广泛应用，在为医疗和管理工作带来便利的

同时，也带来了信息安全问题。保障信息安全既是医院的管理内容，又涉及患者权利、医疗活动便捷、质量控制和监管、员工行为的可追溯等方面。医院应当建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。

【细则】

3.129 明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。（0.5分）

3.130 建立全面的信息安全管理制度，从组织结构、责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等方面建立制度体系。（0.5分）

3.131 建立完整的信息安全技术体系，从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理。（1分）

3.132 建立应急响应机制，定期评估信息安全风险，定期开展信息安全应急演练。（1分）

（四十四）确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。

【概述】

患者诊疗信息管理涉及患者权利保护、诊疗服务的可靠落实，医院信息系统具备符合信息系统管理要求的安全性、真实性、

连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。员工获取患者诊疗信息应当与其职责和实际工作相符，并被授权。员工知晓权利责任。

【细则】

3.133 确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。（1分）

3.134 对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责。（0.5分）

3.135 为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。（0.5分）

【评审方法】

评审专家随机抽查外科和内科系统2个病房，参加晨会交接班；从交接班患者中选取1例危重或疑难患者进行三级（主任）查房；查阅该患者的住院病历，检查会诊质量（包括MDT）、疑难病例讨论质量、抢救记录、开展新技术的准入、危急值报告、抗菌药物使用及用血情况，缺项者在其他病历中替补；外科手术患者查阅术前讨论、手术核查及手术分级执行情况；护理专家增加分级护理制度和查对制度落实情况，并进行相应操作考核；查阅该患者的门诊病历，追溯首诊质量；调阅该病房1份死亡病历，查看死亡病历讨论记录，回顾各项制度落实情况。

表6-标准序号3.49-3.135评审清单（70分/120分）

评审内容	分值	得分
第一步：【参加晨会交接班】		

评审专家随机抽查内科和外科系统2个病房晨会交接班情况。		
1. 晨会交接班人员有无迟到缺席情况。	0. 5分	
2. 交接班流程规范情况（含内容与病区实际情况是否符合，值班医生对护士交班内容是否进行重点补充，护士长、主任对整个晨会交接是否进行点评，对重点特殊病人的诊疗是否提出意见等）。	1分	
3. 现场查看或访谈患者，了解四级手术或危急重症患者床旁交接情况。	0. 5分	
4. 查阅评审期内科室交接班记录本情况（含交接班内容是否完整，人员排班是否符合要求等）。	0. 5分	
5. 查阅科室值班人员排班表情况（含值班人员身份、资质、人数、运行、值班时间是否符合要求等）。	0. 5分	
第二步：【三级（主任）查房】		
评审专家从交接班患者中选取1例危重或疑难患者，参与科主任查房。		
1. 查看科主任查房情况（含病情熟悉、指示明确、体现三级管理等情况）。	1分	
2. 查看医师查房情况（含流程准确，各级医师分工履职，特别是主管或住院医师询问病史、体格检查、问题解决等情况）。	1分	
3. 查看查房质量情况（含示范互动，特别是上级或主治医师对诊断治疗建议等情况）。	1分	
4. 抽取至少1名医师完成1项现场操作考核。	2分	
5. 查阅该患者住院病历，追溯各级医师每周查房次数（住院时间短者另选病历），以及医疗决策与实施权限是否符合实际情况。	1分	
第三步：【查阅病历】		
一、从该患者住院病历追溯检查会诊记录（若无则另选病历）。		
1. 查看该患者急会诊10分钟到位和处置等情况。	2分	
2. 查阅该患者会诊申请方式、会诊人员资质是否与病情符合，会诊意见是否明确。	1分	
3. 查看会诊结论在病历内记录并有效执行情况。	1分	
4. 查阅科室评审期内会诊登记本，包括年度医院大会诊登记、MDT会诊登记、专家外出会诊（手术）登记、院外专家来院会诊（手术）登记等。	2分	
二、继续检查疑难病例讨论（或MDT）（若无则另选病历）。		
1. 参加人员到位情况。科主任主持（特殊情况医院领导、医务部主持），多学科专家、护士长及相关人员参加。	1分	
2. 讨论发言质量。包括疑难问题是否突出，专家意见是否体现多学科诊疗，讨论结论与内容是否相符，记录是否完整，主持人是否审核并	2分	

签名。		
3. 查阅科室评审期内疑难病历（或MDT）讨论登记本，追溯讨论质量。	2分	
三、查看抗菌药物分级管理。		
1. 从医院调取本季度排名前10位的抗菌药物清单，选择相关药物；从在架病历中随机抽取3份病历，核查抗菌药物使用的合理性（适应症、品规、剂量、疗程、联合）。	3分	
2. 查看病历中抗菌药物的处方权限，包括科室医师技术档案中有无医师权限目录，医院授权系统中有无医师抗菌药物授权动态调整痕迹。	2分	
3. 查看评审期内科室抗菌药物日常使用、分析、反馈、持续改进报告，核查病程记录中抗菌药物使用有无临床药师会诊指导、有无适应症与不良反应分析、有无疗效评价。	2分	
4. 查看医院抗菌药物分级（含限制、非限制、特殊使用）管理目录，核查与科室应用是否保持一致。	1分	
5. 查看医院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂与评价使用流程，药事委员会年度持续改进简报，抗菌药物细菌耐药指标监测与分析改进等情况。	2分	
四、查阅新技术和新项目准入与临床应用（若无则从医院技术总清单中选取1项新技术）。		
1. 查看病历与病程记录，追溯新项目开展与医院科室新技术清单是否吻合。核查技术资质与专业人员范围、实施授权、医疗技术档案、项目清单更新的情况。	2分	
2. 查阅伦理与知情同意资料，有无技术风险、不良反应、替代方案；查阅医疗技术管理委员会日常监管与问题持续改进决策情况。	2分	
3. 查阅2名以上医师个人技术档案，包括评审期内新技术项目培训、学习、进修、开展应用、年度奖励等情况。	2分	
4. 查阅科室评审期内新技术项目总例数、临床应用、不良反应、投诉、年度奖励情况。	2分	
5. 查阅医院评审期内新技术项目临床应用（含项目申报、伦理评价、审批、开展、再评估）、年度评审奖励情况。	2分	
第四步：【现场检查危急重症抢救】		
1. 查看病危患者病历及抢救记录（若无则另选病历）。		
（1）查看病情观察、人员到位、急救决策、急救技术、设备设施、启动时间等情况。	1分	
（2）查看病情诊断、三级查房、治疗措施等情况。	1分	
（3）查看抢救记录完整及时（6小时内）情况。	1分	
2. 现场查看抢救室设施设备、抢救车内药品（15种）与物品等资源配置等情况。	2分	

3. 查看急救技能考核情况，包括抢救设备使用、急救小组或MDT团队救治流程、科间协作等资源紧急调配与绿色通道畅通等情况。	2分	
4. 查阅近期死亡病历1份，检查病例质控、抢救措施到位情况。	1分	
5. 查看危重病人记录本，了解评审期内科室急危重患者收治范围与转出转入及救治成功率等情况。	2分	
第五步：【死亡病历管理】		
1. 查看死亡病例讨论记录。在科室抽取一份死亡病历，追溯制度落实情况（评审期内若无，从其他科室调取）。		
（1）科主任主持、全科人员参加，必要时邀请主管部门负责人、相关科室参加。	1分	
（2）查阅讨论质量，讨论是否在患者死亡后1周内完成，病情演变过程及死亡原因是否分析，抢救措施是否合理。	1分	
（3）查阅死亡病例尸检及器官捐献情况。未尸检的有无原因记录，进行尸检的是否在尸检报告出具后1周内再次讨论；查看是否具有器官捐献条件，与OPO是否联系，沟通是否到位。	1分	
2. 查看评审期内科室死亡病历讨论登记本，核查死亡病例是否有讨论，讨论提出的问题是否有整理分析及持续改进落实。	2分	
第六步：【手术管理】		
1. 查看病历术前讨论记录。包括介入、微创、内镜等有创操作技术。		
（1）主刀医师主持（必要时主任主持），手术组成员参加。术前讨论时间节点符合要求（手术医嘱、手术申请、手术知情同意是否在术前讨论后实施到位）。	1分	
（2）术前检查是否到位、术前准备是否充分、术前诊断是否明确，手术方式是否清晰，知情同意书是否签署，讨论记录是否完整。	1分	
（3）明确术前讨论范围，是否经医疗管理部门审定，讨论结果与手术方式符合程度。	2分	
2. 查阅手术相关记录。		
（1）手术记录。是否主刀医师书写，核查手术组人员的准确性，手术过程描述的真实性，处理措施的科学性，手术治疗的有效性。	1分	
（2）麻醉访视记录。麻醉师在术前、术后是否及时访视、处置。	1分	
（3）术后观察记录。主管医师在术后是否按时记录病情变化，及时处理各种情况。	1分	
3. 手术分级管理（查看病历记录）。		
（1）抽查3份手术病历，核查主刀及各级手术医师资质，是否符合医院分级目录清单和授权管理。	1分	
（2）追踪科室手术医师技术档案。核查医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况及年度考核结果。	1分	

（3）追踪医生手术资质与授权的动态评估与管理情况。	1分	
（4）查看科室手术、麻醉与镇痛、介入、腔镜诊疗等高风险技术操作的目录。	1分	
（5）追溯医院手术分级管理与资质授权制度及其落实情况，查阅手术分级管理目录。	1分	
第七步：【核心制度培训与效果】		
1. 随机抽查3名员工，考核其对医疗质量安全核心制度知晓情况（含专册、培训、成效）。	1分	
2. 查看院科两级对核心制度开展培训、日常督导检查与问题点持续改进措施的案例（如Q ）。	2分	

注：评审专家在内、外科同步检查评分，取平均分。首诊负责制、危急值、临床用血、手术安全核查、分级护理、查对制度、病案管理、电子病历、信息安全、总值班制度、院级死亡病历质控全覆盖等核心制度融入相关内容中。

三、医疗技术临床应用管理（50分）

（四十五）医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

【概述】

医疗技术能力是医院提供安全、有效医疗服务的基础，包括但不限于医务人员的诊疗技术、设备设施、医疗环境等。医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，以避免为患者带来额外的风险和医疗资源浪费。科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理是国家通用的医疗技术临床应用原则。

【细则】

3.136 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。（1分）

3.137 医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济原则，并在实际工作中予以体现。（1分）

3.138 医院开展医疗技术服务符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则。（1分）

（四十六）医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。

【概述】

《医疗技术临床应用管理办法》规定二级以上医院应当在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织负责医院医疗技术临床应用的全面管理，并就人员组成提出了明确要求。

【细则】

3.139 在医疗质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员组成。（1分）

3.140 医疗技术临床应用管理专门组织履行医疗技术临床应用管理职责，有工作计划、工作记录，可追溯。（1分）

（四十七）医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。

【概述】

医院应当依法依规开展医疗技术临床应用，配备合格有资质的人员、适宜的设备设施和环境要求，并有质量控制体系监测医疗技术临床应用的质量安全情况。

【细则】

3.141 医院开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。（1分）

3.142 开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。（1分）

3.143 开展相关医疗技术的设备、设施功能完好、符合要求。（1分）

3.144 建立医疗技术临床应用质量控制体系，有重点医疗技术实施路径或操作规范，有重点医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈，持续改进。（2分）

3.145 遵守相关技术临床应用管理规范。（1分）

（四十八）未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。

【概述】

伦理审查是保护患者权利的必要手段，医院所有医疗技术均应当通过伦理审查。

【细则】

3.146 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，不得应用于临

床。（2分）

（四十九）制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。

【概述】

建立医疗技术临床应用管理目录是医院开展医疗技术临床应用管理的基础。医院应当梳理本院正在开展的各项医疗技术，编制成医疗技术临床应用管理目录，并根据技术的复杂程度、风险性等对目录内的手术进行分级管理。

【细则】

3.147 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。（1分）

3.148 对医疗技术临床应用管理目录内的手术进行分级管理，有手术分级目录，并根据手术开展情况定期调整。（2分）

（五十）建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。

【概述】

医师手术授权与动态管理制度是根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，结合手术难度、风险性等因素对所有医师进行个体化手术授权的制度，是医院精细化、科学化管理的体现。

【细则】

3.149 建立医师手术授权制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。（1分）

3.150 建立动态管理机制，明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。（1分）

3.151 建立医师手术质量监测机制，供定期调整授权时参考、决策。（1分）

（五十一）医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。

【概述】

医院应当正确评估医务人员的专业能力，明确每一位医务人员的医疗技术实施范围，建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，作为其专业技术档案的一部分。

【细则】

3.152 建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于准予医务人员开展的医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等，并纳入个人专业技术档案管理。（3分）

（五十二）建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。

【概述】

医疗技术的实施需要相应的技术能力和安全保障能力，医院应当建立医疗技术临床应用论证制度。首次在本院实施的医疗技术应当通过医疗技术临床应用论证。

【细则】

3.153 建立医疗技术临床应用论证制度。（2分）

3.154 对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证，并通过伦理审查；积极开展新技术评选，体现医疗技术创新能力。（8分）

（五十三）医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。

【概述】

国家对限制类技术实施备案管理。医院开展限制类技术应当承担主体责任，按照《医疗技术临床应用管理办法》在开展限制类技术前进行自我评估，并及时向卫生健康行政部门备案。

【细则】

3.155 医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对医院、开展人员、技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求。自我评估结果报医疗技术临床应用管理专门组织审核。（1分）

3.156 开展首例临床应用后15个工作日内向卫生健康行政部门完成备案。（1分）

（五十四）建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。

【概述】

开展医疗技术临床应用评估，是保证医疗技术安全、有效、经济和符合伦理的重要手段，对限制类技术开展重点评估，评估内容包括但不限于实施该项医疗技术的医务人员能力评估、该项医疗技术的患者评估、环境评估、设备设施和辅助条件等评估。评估结果用于及时调整医疗技术临床应用管理目录、医师的相关权限等。

【细则】

3.157 建立医疗技术临床应用评估制度。（1分）

3.158 对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估（适应症和禁忌症、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故）、环境评估和设备设施评估等。（0.5分）

3.159 遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，评估指标量化。（0.5分）

3.160 根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限、医疗技术临床应用管理要求。（1分）

（五十五）建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。

【概述】

医院应当建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定医疗技术临床应用质量控制指标，有信息收集、分析、反馈和持续改进的机制。

【细则】

3.161 建立医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。（0.5分）

3.162 以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，需符合国家和省级管理要求。（0.5分）

3.163 各科室根据开展的医疗技术，制定本科室医疗技术临床应用质控指标，关注本科室日常开展的医疗技术。（0.5分）

3.164 加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。（0.5分）

（五十六）建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。

【概述】

医疗技术临床应用的规范化培训是保障医疗技术临床应用质量的重要措施。医院应当建立医疗技术临床应用规范化培训机制，重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。

【细则】

3.165 建立医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、技术规范以及专项技术的学习。（1分）

3.166 重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养，进行管理学理论及方法的培训，强化自我管理意识，提高管理水平和技能。（2分）

（五十七）医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。

【概述】

限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。

【细则】

3.167 限制类技术目录、手术分级管理目录及限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。（1分）

（五十八）医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。

【概述】

医疗技术临床应用项目的评估应当根据国家和省级卫生健康行政部门规定落实，医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。

【细则】

3.168 按照规定，出现以下情形时应当立即停用：被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术；从事该项医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果的；该项医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或伦理问题；或者发生与技术相关的严重不良后果的；发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或存在重大质量、安全、或伦理缺陷的。（1分）

3.169 前款停用的医疗技术，属于限制类技术的，上报属地和省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案，并向社会公示。（1分）

（五十九）医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。

【概述】

限制类技术是国家医疗技术临床应用管理的重点内容。及时、准确、完整上报相关数据便于国家做好医疗技术临床应用评估，也作为医院规范开展相应工作的依据。

【细则】

3.170 有上报机制，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数

据信息。（1分）

3.171 建立数据信息内部验证机制，确保数据真实，符合上报要求。（0.5分）

3.172 对上报情况定期进行分析反馈，持续改进上报质量。（0.5分）

（六十）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。

【概述】

限制类技术临床应用必须经过规范化培训。承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院应当符合国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，有科学的培训方案，完成备案。

【细则】

3.173 承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，应当满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件。（0.5分）

3.174 制定培训方案，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，并向社会公开。及时履行备案程序。（0.5分）

（六十一）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培

训工作，保障培训质量。

【概述】

医院建立限制类技术规范化培训的机制，明确相关的职责制度并落实，学员管理到位，按照培训方案和计划开展培训，培训质量有监测、分析和持续改进，确保达到培训目标。

【细则】

3.175 为限制类技术临床应用规范化培训工作制定规章制度及流程，明确相关职责和管理要求。（0.5分）

3.176 按照培训方案和计划开展培训工作，按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，制定培训方案和计划，培训教材和大纲要满足培训要求，保障培训质量。（0.5分）

3.177 考核包括过程考核和结业考核，过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。（0.5分）

3.178 加强学员管理，建立学员培训档案。档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。（0.5分）

【评审方法】

评审专家到手术室，从当日手术一览表中选取四级手术或限制性医疗技术手术1项以上，核查医护人员资质，访谈培训考核

情况；查阅医疗（新）技术申请、伦理审批、授权、开展、评估、论证、质控及监管流程，查阅医院手术分级目录、动态调整及持续改进台账，查阅限制类医疗技术清单公示、备案和信息上报情况；检查限制性技术培训基地；查阅个人技术档案、年度开展的医疗（新）技术（自评）、科室医疗（新）技术（上报）及全院每年评选的十大医疗（新）技术（评选）项目。

评审内容	分值	得分
第一步：【到手术室】		
到手术室查阅手术台账，随机抽查四级手术或限制性医疗技术手术1项，进入该病人手术间。		
1. 核查手术间内所使用的设备设施、器材、手术包、药品及环境准备安全与规范情况，是否具备开展手术的条件。	1分	
2. 查看主刀医师、麻醉医师、手术护士具备的资质、权限，与个人技术档案和授权文件是否一致。	2分	
3. 查阅病历，术前诊断、术前谈话（知情同意书）、术前访视、术前准备是否基于科学、安全、规范、经济、伦理的原则。	2分	
4. 现场演示手术前核查（Time-out），并规范签署核查表。	2分	
第二步：【前往该例手术病人所在病房】		
1. 查看科室开展技术记录本，与诊疗科目的一致性。	1分	
2. 查看科室开展该项手术的申请、审批、公示情况。	1分	
3. 访谈3名医护人员，了解该技术培训（含项目、时间、机构、证书），以及该技术开展整体情况。查看科室设施设备，以及个人技术档案和授权清单管理情况。	3分	
4. 查看科室该项技术临床应用的实施路径或操作规范、质量管理指标、定期分析反馈与持续改进的资料。	2分	
5. 查看该科室所有医疗技术目录、手术分级目录、高风险操作技术目录、医疗技术及手术分级目录动态调整、医务人员技术档案更新、质量管理月报等系统管理情况。	2分	
第三步：【前往医务部】		
1. 核查该项手术或医疗技术的上报审批（备案）、自评与公示、日常监管、手术分级清单以及个人技术档案资质授权变更等情况。	1分	

2. 查阅医院医疗技术临床应用管理机制及方案，包括申请审批、开展、授权、评估、质控及监管，以及工作开展记录等情况。	1分	
3. 查阅医院医疗技术临床应用目录、资质授权名册。	1分	
4. 查阅评审期内医院医疗技术临床应用伦理审查年度资料。未经伦理委员会审查的医疗技术有无应用于临床。	1分	
5. 查阅评审期内全院手术分级目录及限制类医疗技术清单情况。		
（1）查阅医院手术分级目录及动态管理文件，根据医疗技术复杂程度、风险性进行分级，手术分级目录是否定期更新。	1分	
（2）查阅医院手术授权与动态管理及医师手术质量监测文件，是否根据医师的专业能力、临床实践、手术质量、安全、培训情况，授予或取消手术项目权限并定期更新。	1分	
（3）查看医院限制类医疗技术清单及相关管理文件，包括医务人员专项培训、技术能力评估、伦理审查、首例开展病例的自我评估与审核及15个工作日内备案；查看评审期内1项被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术，在病案信息系统中查看有无该项技术相关信息。	3分	
（4）分别查看评审期内1项本院首次应用和停用的医疗技术论证资料，包括论证制度、技术与安全能力保障、伦理审查、停用通知、监管记录、上报、撤销备案及社会公示等。	2分	
（5）查看医院医疗技术临床应用质量控制制度与控制指标，日常监管、定期分析（月或季度）、持续改进；是否定期在院务公开栏或OA系统进行公示。	2分	
（6）查阅评审期内医疗技术临床应用培训、考核实施情况。	1分	
（7）是否按程序逐级上报（备案）至上级卫生健康行政部门及国家医疗技术管理平台。	1分	
第四步：【查阅新技术开展与评价】		
查阅评审期内医院开展医疗技术临床应用及新技术项目评价评选情况。		
1. 个人年度医疗技术（自评）。结合个人技术档案，从所在科室医务人员技术档案中查看（包括四级手术、限制类技术）每年开展的医疗技术项目、数量、效果等登记情况。		
（1）个人技术档案的完整性，包括专业培训与专项技术培训合格证，根据手术难度及风险的个性化授权，医疗技术实施范围、授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。	2分	
（2）专科（新）技术项目及开展例数。	2分	
2. 科室年度医疗（新）技术开展与申报。结合科室年度总结，从所在科室医疗技术年度总结中查看开展的类型与总量。		
（1）每年开展医疗（新）技术的数量。	2分	

（2）每年申报和获得医院及其以上医疗（新）技术的数量。	1分	
3. 医院年度医疗技术临床应用管理与新技术激励评价评选。		
（1）查看医院年度医疗（新）技术奖励评选方案。	1分	
（2）查看评选方法：科室申报→相关专业遴选→现场擂台赛→医疗技术管理委员会论证并评选（十项）→院务会审批→全院公示→医院年度十大医疗（新）技术表彰→推荐至上级卫生健康行政部门参评。	5分	
（3）查看激励机制：评选结果与专科建设、个人专业技术挂钩。	2分	
第五步：【现场检查】		
1. 查看限制类医疗技术规范化培训基地。规范化培训管理机制，包括组织架构、培训计划和方案、培训大纲和教材等。	1分	
2. 查看培训过程管理，包括培训课程、培训考核、学员名册及培训管理。		
（1）培训有无专人负责与日常监管记录，是否按照国家或上级卫生健康行政部门统一的标准和要求进行。	2分	
（2）是否建立学员档案，包括医德医风、出勤、理论与实践考核结果等。	1分	

表 7- 标准序号 3. 136- 3. 178 评审清单（50 分）

四、医疗安全风险防范（40分）

（六十二）落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。

【概述】

医疗风险管理是医疗质量管理不可或缺的部分。医院应当及时消除影响患者安全、员工安全、医院运营和发展的隐患。

【细则】

3. 179 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，有医疗风险管理方案并定期修订。（1分）

3. 180 识别、评估医院内部存在的医疗风险点，根据负性事件发生的概率、严重性等指标对医疗风险进行分级。（1分）

3.181 员工知晓本部门及本岗位医疗风险，并有针对性的风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、风险识别评估、预警、控制、避让和风险分担等措施。（2分）

3.182 定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。（1分）

（六十三）落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全，为医患双方营造良好诊疗环境。

【概述】

安全稳定的医院环境是人民群众看病就医、医务人员治病救人的必要条件，医院应当不断提升医院安全秩序管理法治化、专业化、智能化水平，营造安全稳定的诊疗环境。

【细则】

3.183 落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》等有关规定要求，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全。（1分）

3.184 加强医院保卫队伍建设，根据人流量、地域面积等情况，配齐配强专职保卫人员，聘用足够的保安员。（1分）

3.185 加强医院物防设施建设，为在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设施和防护器械。医院供水、供电、易燃易爆物品存放等重点要害部位安装安全防护设施。（1分）

3.186 加强医院技防系统建设，建立完善入侵报警系统、视

频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，设置安全监控中心，重点区域视频监控全覆盖。（1分）

3.187 强化医院警务室建设，三级医院和有条件的二级医院设立警务室，配备必要警力；尚不具备条件的根据情况在周边设立治安岗亭（巡逻必到点）。（1分）

3.188 有序开展安检工作，建立安全检查制度，配备金属探测门、微量X射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备。（1分）

（六十四）建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。

【概述】

医患沟通是医疗服务的组成部分，医院应当按照《医疗机构投诉管理办法》相关要求建立顺畅的沟通渠道，建立首诉负责制，避免强化患者负面感受，改进医疗服务质量。

【细则】

3.189 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程。（1分）

3.190 设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开投诉渠道。（1分）

3.191 对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。（2分）

3.192 定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示

教育并制定防范措施，持续改进医疗质量安全。（1分）

（六十五）以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。

【概述】

不良事件管理是医疗质量安全的核心内容，医院应当建立医疗质量（安全）不良事件管理制度，并通过对医疗质量（安全）不良事件的分析，促进医疗质量提高。

【细则】

3.193 建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，明确相关部门职责。（1分）

3.194 组织医疗质量（安全）不良事件培训，有不良事件分类目录，且员工知晓。（2分）

3.195 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，鼓励主动上报医疗质量（安全）不良事件，建立激励机制。（1分）

3.196 对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享。（1分）

3.197 建立持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制。（1分）

（六十六）建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照

国家有关规定向相关部门报告。

【概述】

药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告是医疗质量管理的组成部分，定期分析评估相关事件有助于避免同类事件发生。医院有义务按照国家有关规定及时上报相关信息，为政府部门及时调整管理政策提供依据。

【细则】

3.198 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，有报告流程并落实，涉及患者的内容记入病历。（1分）

3.199 定期评估相关事件并及时反馈临床。（2分）

3.200 按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。（1分）

（六十七）有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。

【概述】

深静脉血栓影响患者安全，是导致患者非预期死亡的重要原因，容易造成医患矛盾和纠纷。及时识别深静脉血栓高危患者并采取规范的预防措施是提升医疗质量、保障患者安全的重要措施。

【细则】

3.201 制定深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实。（2分）

3.202 开展全员相关培训，员工知晓。（2分）

（六十八）关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。

【概述】

心跳骤停、昏迷和跌倒等高风险事件严重危及患者生命安全，医院应当保障全院范围内紧急救治和生命支持服务。

【细则】

3.203 有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。（1分）

3.204 定期开展应对高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求，对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。（3分）

3.205 保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。（3分）

（六十九）关注分娩安全，有产科（含产房）安全管理的制度规范，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。

【概述】

分娩安全是人民健康的重要组成部分，控制分娩疼痛和减少分娩损伤对增强人民群众获得感、安全感、幸福感具有重要意义。医院应当按照国家有关规定落实相关措施。

【细则】

3.206 制定产科（含产房）安全管理的相关制度、控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。（1分）

3.207 根据法律法规和行业规范要求，制定分娩技术规范及流程，以控制分娩疼痛和减少分娩损伤；制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，分析相关因素并持续改进。（2分）

【评审方法】

评审专家到投诉中心查阅年度的投诉记录，追踪案例到医疗安全管理部门，抽取重大医疗纠纷案例2个（死亡病例和赔偿病例各1例，上诉病例必查），调阅病历，核查诊疗护理规范执行；核查医疗风险管理方案、不良事件上报分析及持续改进、评估和防控；到1个病区核查高危患者（如深静脉血栓中高危患者）评估、识别、预防、诊断和处置流程；核查医院物防设施的齐全性和测试技防系统的应急响应能力；现场呼叫医院快速反应小组成员演练高风险意外事件（如心跳骤停、跌倒、紧急分娩等）的应急救护措施。

表 8- 标准序号 3.179- 3.207 评审清单（40 分）

评审内容	分值	得分
第一步：【前往投诉中心或医疗安全办】		
1. 前往医院一站式投诉中心查阅评审期内年度投诉记录台账，包括首诉负责制落实、处理反馈情况。	2分	
2. 追踪案例到医疗安全办，查阅评审期内年度投诉、举报、信访、舆情案例记录台账，并抽取2个以上重大医疗纠纷案例（含死亡病例和赔偿病例各1例，上诉病例必查）。	2分	
3. 查阅医院医疗风险管理方案，以及医院医疗风险点识别评估及分级清单。	1分	

4. 查阅医院医疗风险预警控制与培训情况。	1分	
5. 调阅2个以上重大医疗纠纷案例病历。		
（1）查看病历、死亡病例讨论或专家讨论会记录，有无死亡、赔偿或上诉的主要或根本原因及医疗高风险因素分析。	2分	
（2）核查住院过程中有无诊疗规范、核心制度落实、人员与技术准入等方面的缺陷。	2分	
（3）追踪查阅后期处置结论，相应科室有无警示教育及持续改进措施与效果。	2分	
6. 调阅医疗安全办对病例纠纷处置的资料。		
（1）查看医疗纠纷事故鉴定会记录，以及对病例进行及时处置和分级、定性情况。	2分	
（2）处理意见是否与医院、科室、个人绩效挂钩。	1分	
（3）处理意见和家属意愿不一致时，是否告知患方进一步维权的途径与结果。	1分	
7. 不良事件（包括药品不良反应）的规范化管理。		
（1）查看评审期内各科室不良事件上报、分析讨论、处理改进及追踪评价的情况。	2分	
（2）查看医院定期（年度、季度）对不良事件管理分析报告、讲评内容、讨论持续改进效果的会议记录。	2分	
（3）查看评审期内年度主动上报不良事件（包括药品、器械）的数量、评估、报告、管理、激励等情况。	2分	
（4）查看科室运用根源分析法（RCA）等质量管理工具对不良事件专题分析及医疗风险系统防控讨论记录。	1分	
第二步：【现场追踪】		
1. 到内科或外科病区，追踪高危患者和医院安全秩序管理。		
（1）抽查1名深静脉血栓评分高危患者。		
①到床旁查看并询问患者。查看深静脉血栓健康教育知识知晓，以及防治措施（工具）应用及临床效果情况。	2分	
②查看该患者病历。包括深静脉血栓评估表，血浆D-二聚体测定、血管超声等检查进行评估识别；抗凝与溶栓时机的选择；抬高患肢促进循环等预防措施落实。	2分	
③随机访谈2名医护人员，了解其对深静脉血栓诊疗规范的知晓情况。	1分	
（2）核查医院物防设施的齐全性和测试技防系统的应急响应能力。		
①查看病房门禁系统的设置情况（或保安员正确核查人员身份）。	1分	
②抽取1名医务人员现场操作病房技防系统（或一键式报警系统和消防系统），验证其灵敏性。	1分	

③访谈医生、护士、保安各1名，了解当科室发生人身安全入侵事件时的应急处置流程。	1分	
2. 模拟1项高风险意外事件（心跳骤停、昏迷、跌倒、紧急分娩等）现场救护演练。		
（1）评审专家电话告知主班护士意外事件发生的简要情况，查看第一位抢救人员到现场的时间，以及进行现场施救（紧急分娩评估）与呼救情况。	1分	
（2）查看转运病人至抢救室或产房情况，包括医师和其他救治人员携带抢救车（紧急分娩物资）等设施设备到达抢救室的时间，以及现场救治中医护配合情况。	1分	
（3）查看科主任或上级医师到达现场时间，以及指挥协调工作情况。	1分	
（4）查看抢救过程的熟练规范准确情况，包括病情告知与知情同意、隐私保护和救治现场其他人员安抚是否到位。	2分	
（5）查看医院快速反应小组成员到达抢救室时间，以及实施紧急救治和生命支持措施情况。	2分	
（6）查看转至ICU或专门区域或产房进行进一步生命支持治疗和规范交接情况。	1分	
（7）查阅高风险事件应急措施与救护机制相关文件与培训演练情况，包括医院快速反应小组运行情况。	1分	

注：医院安全秩序管理中人员配备、物防设施建设、技防系统建设等评审内容在表19中体现。

五、诊疗质量保障与持续改进（165分）

（七十）门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施。

【概述】

门、急诊是医院第一道窗口，应当统筹规划，严格落实法定要求，体现“以患者为中心”的理念并满足临床管理需求。同时，建立全覆盖的门急诊管理制度和工作流程，针对门急诊容易出现的高风险意外事件，建立应急预案并落实。

【细则】

3.208 门、急诊布局科学、合理，体现“以患者为中心”的理念，并符合相关规定，能满足临床管理工作。（2分）

3.209 急诊科入口应当通畅，有醒目的路标和标识，并设有救护车通道和专用停靠处。（1分）

3.210 建立门、急诊管理制度和工作流程，并落实。（1分）

3.211 制定门、急诊突发应急事件处置预案并组织实施。（2分）

（七十一）加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。

【概述】

足够的门、急诊专业人员是保证门、急诊医疗服务质量安全的基础。医院应当统筹调配资源，在保障门、急诊服务质量的基础上，提高资源利用效率。同时，加强人员培训，提高门、急诊人员诊疗能力，特别是应对突发紧急情况的能力。

【细则】

3.212 根据门、急诊就诊患者流量配备适宜数量的门、急诊专业人员和技术力量，满足门、急诊患者诊疗需求。（2分）

3.213 对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。（2分）

3.214 有针对门、急诊就诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制及应急预案。（2分）

3.215 定期分析门、急诊流量和突发事件情况，及时调整门、急诊医疗资源配备。（1分）

（七十二）实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。

【概述】

预检分诊是优化资源配置和提高门、急诊医疗服务效率的重要途径。

【细则】

3.216 制定预检分诊制度，完善预检分诊流程。对急诊患者进行分级管理，实施分类救治。（1分）

3.217 通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。（2分）

3.218 规范设置预检分诊场所，通风良好，相对独立，标识导向醒目易懂。（1分）

3.219 分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品，工作人员采取必要的防护措施，配置快速鉴别病情的相关医疗设施设备。（1分）

（七十三）把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，并作为考核科室和医务人员的重要内容。

【概述】

门、急诊工作的主体是临床各科室医务人员，门、急诊服务是住院服务的开始和延伸。把门、急诊工作质量纳入临床各科室

质量管理范围符合疾病诊疗规律和管理要求，有助于提高门、急诊诊疗质量。

【细则】

3.220 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围。（1分）

3.221 把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。（1分）

（七十四）有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。

【概述】

急危重症患者抢救是医院服务效能的重要体现。医院应建立急危重症救治流程并持续优化，确保院前急救、院内急诊和住院或转诊的连贯性，建立全覆盖的医疗服务模式持续完善“绿色通道”，建立量化考评指标，并定期评估持续改进。

【细则】

3.222 建立针对急危重症患者的院内急诊、住院（含处置）和转诊的绿色通道机制，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。（3分）

3.223 员工知晓绿色通道的实施范围及流程。（2分）

3.224 有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制，定期

调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。（2分）

3.225 定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。（2分）

（七十五）有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。

【概述】

创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇和新生儿等急危重症病种和重点人群是医疗服务的关注重点。医院应当建立服务规范和流程以保障相关急危重症病种和重点人员的救治效果。

【细则】

3.226 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种和高危孕产妇及新生儿重点人群的服务规范和流程。（3分）

（七十六）优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。

【概述】

预约诊疗、公开出诊信息、开展多学科诊疗是提高门诊医疗服务效率和医疗质量的重要方式。

【细则】

3.227 实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。（2分）

3.228 及时公开出诊信息。（1分）

3.229 开展多学科诊疗，有多学科诊疗的规范流程，提高患者就医质量。（2分）

3.230 优化门、急诊服务，有明确的服务流程、质量指标，定期分析，持续改进。（1分）

（七十七）优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。

【概述】

就诊环境是医疗服务的重要组成。医院就诊环境应当“以患者为中心”，既能满足功能性需求，又能提升患者就医体验。

【细则】

3.231 优化就诊环境，就诊环境清洁、舒适、安全，定期检查，及时维护。（1分）

3.232 有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性。（1分）

3.233 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。（1分）

3.234 急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。（1分）

（七十八）完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。

【概述】

患者在医院流动是为了更好地接受医疗服务。医院应当明确患者在院全环节医疗流程和规范，保障医疗服务和质量。

【细则】

3.235 有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程。（1分）

3.236 患者转运前，有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范；对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。（2分）

3.237 有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。（2分）

3.238 为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。（1分）

3.239 加强转科、转院患者的交接管理，有交接流程和交接清单，过程有记录，可追溯。（1分）

（七十九）有为老年人就医提供方便，对老年人就医予以优先的举措。

【概述】

《中共中央、国务院关于加强新时代老龄工作的意见》要求加快建设老年友善医疗机构，方便老年人看病就医。医疗机构应当为老年人就医提供方便，有对老年人就医予以优先的举措。

【细则】

3.240 有构建适老化就医环境的举措，优化老年人进入医疗机构的预检流程。（2分）

3.241 提供多渠道预约挂号服务，提供方便老年人预约挂号的方式，优化线上线下服务流程。（1分）

（八十）加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。

【概述】

出院患者管理是医疗服务的延伸，对促进患者康复和预防疾病具有重要意义。医院应当通过加强健康教育、规范出院医嘱和康复指导、建立随访制度等措施落实、完善医疗服务体系。

【细则】

3.242 加强出院患者健康教育，普及相关健康知识。（1分）

3.243 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，并在出院记录中体现。（1分）

3.244 建立出院患者随访制度并组织实施，有患者随访记录，便于医务人员医疗服务流程和医疗措施的持续改进。（1分）

【评审方法】

评审专家在门诊全程跟随1名患者就诊，进行体验式评审。查看门诊布局、就诊环境、候诊条件、标识指向；核查预约挂号、取号、分诊、候诊、叫号、就诊、检查检验及结果获取流程；核查就诊过程的身份识别、隐私保护、知情告知、健康教育、消毒隔离及手卫生落实；查看门诊病历、多学科诊疗规范流程；核查

老年人门诊优先就医的系列举措；核查门诊一站式服务中心和入院办理处；核查门诊对外公示、健康教育管理、药学门诊个体化用药咨询服务或用药健康宣教；访谈当日出院患者，核查健康教育和康复指导、复诊及随访。

同时，评审专家在急诊全程跟随1名患者就诊，进行体验式评审。查看急诊布局、就诊环境、候诊条件、标识指向；核查挂号、分诊、分区、就诊、抢救、检查检验及结果获取时限；核查老年人急诊优先救治的绿色通道；核查就诊过程的身份识别、隐私保护、知情告知、消毒隔离及手卫生落实；查看急诊病历、多学科会诊抢救过程；五大中心患者救治流程与效果；核查抢救室（监护室、EICU、急诊手术室）设施设备、抢救车药品配备；核查患者收治ICU或专科病区或入手术室交接情况。

表9-标准序号3.208-3.244评审清单（60分/55分）

评审内容	分值	得分
第一步：【到门诊现场追踪】		
1.到门诊分诊台，了解预诊分诊人员与设施、制度与程序，查看预检工作人员是否熟悉预检流程以及执行预检情况。有无必要的消毒隔离条件与防护用品。查看全院门诊排班表和上岗情况，窗口人员、门诊医生是否按时到岗、准时开诊；是否存在迟到早退现象；员工着装是否整洁、规范并佩戴工号牌；用语是否文明，态度是否和蔼。	2分	
2.全程跟随1名患者就诊，了解预约挂号、实名制挂号、退号情况，查看是否执行按预约时段叫号，预约诊疗率是否高，患者排队、候诊是否有序并保持一米线，二次分诊是否得到有效落实。查看门诊一站式服务中心运行情况。	2分	
3.门诊区域标识是否清晰、规范、整齐，有无乱张贴情况，并设有老年人优先就诊的专用窗口。	1分	
4.查看门诊区域内就诊接待、引导、咨询服务与老年人优先等情况，包括更衣、喂奶等人文关怀是否周到，门诊候诊间环境是否安静整洁。	1分	

5. 跟随患者进入诊间，诊间是否安静，就诊是否有序，是否实行一人一诊室，是否设有隐私保护设施。	1分	
6. 核查门诊医师与患者挂号看诊医师是否一致，医师着装是否整洁。	1分	
7. 核查患者就诊过程的身份识别、手卫生执行、沟通、知情告知执行情况。	2分	
8. 核查3份门诊病历内容是否完整、清晰、规范，不同诊疗阶段首诊责任主体是否落实，医师资质是否符合要求，有无推诿情况。多学科诊疗申请流程是否便捷。	2分	
9. 跟随患者至检查检验科室，核查标识是否醒目、清晰，指引是否明确。	1分	
10. 查看检查检验项目的预约方式，核查患者预约等待时间，有无方便患者就医措施。核查身份识别、隐私保护及检查检验结果获取流程情况。	1分	
11. 查看检查检验科室突发事件（跌倒、过敏、心脏骤停等）处置预案、流程和抢救条件等情况。必要时可进行现场演练。	2分	
12. 跟随患者办理入住院手续，了解住院、缴费（医保登记、出院结算）等窗口“一站式”（病友服务中心）服务情况。	1分	
13. 核查门诊区域内。		
（1）就诊环境是否清洁、舒适，厕所有无异味；布局是否合理，是否设有无障碍通道、卫生间、母婴室等设施，有无便民服务（含轮椅、平车、热水等）；挂号、取号、缴费是否便捷，是否提供检查检验结果自助服务。	1分	
（2）现场满意度测评。访谈3名以上患者或家属，了解患者就诊体验及健康教育和康复指导、复诊及随访情况；访谈3名以上医务人员，了解门诊工作环境、服务、质量管理情况。	3分	
14. 核查门诊医技科室（放射、B超、内镜、口腔科等）		
（1）候诊环境是否清洁、舒适，是否按序检查，叫号是否有脱敏提示。	1分	
（2）检查中是否落实身份识别与查对制度，是否设有屏风等隐私保护设施；核查操作者手卫生执行情况，有无必要的消毒隔离条件与防护用品，是否提供检查注意事项与健康指导的服务。	2分	
（3）查看急救设备设施专区管理与待用状态，查阅科室突发事件、急救知识和技能培训和现场实战演练台账，并考核1名员工的知晓情况。	2分	
15. 前往门诊办。		
（1）查阅评审期内门诊办组织开展MDT的文件和运行情况。	1分	
（2）访谈门诊办主任、临床科主任各1名，了解门急诊工作质量管理情况，是否将其纳入临床各科室质量管理范围。	1分	

（3）查阅评审期内门、急诊突发应急事件的处置台账，是否定期分析讨论记录，了解门诊与急诊救治无缝对接等问题点持续改进机制的落实情况。	1分	
第二步：【到急诊现场追踪】		
1. 跟随1名急诊患者的全程就诊过程，查看急诊标识是否醒目、指引是否明确，入口是否通畅，是否设有救护车通道和专用停靠处。	2分	
2. 核查分诊工作情况，分诊护士分诊是否正确，告知是否详细，指引是否明确，是否根据患者病情紧急程度设有优先标识。	1分	
3. 是否做到按区就诊、有序就诊，是否有员工进行指引；三区分区标识是否清晰。	1分	
4. 各窗口是否根据患者病情紧急程度设立绿色优先与老年人急诊优先挂号窗口，核查检查检验结果获取时间，是否符合医院窗口公示等待时间；标识是否清晰，工作人员服务态度、服务能力与岗位员工手册是否匹配。	1分	
5. 候诊区发生突发情况时，是否有工作人员主动问询、救治，并护送至抢救室。	1分	
6. 前往抢救室，查看抢救室绿色通道落实情况，患者是否能迅速进入备用床急救，设施设备是否齐全。	1分	
7. 急救人员是否能快速到达抢救室，员工分工是否明确，配合是否密切熟练。	2分	
8. 核查急诊工作人员在诊疗急救操作时对患者身份识别的执行情况，是否落实2种以上身份识别方法，了解特殊人群、无名氏患者身份识别执行情况。	2分	
9. 抢救场所是否安静，有无议论患者隐私、病情；是否设有独立的知情告知或谈话场所。	1分	
10. 核查抢救室消毒隔离设备设施，查看员工手卫生执行情况，诊疗救治过程有无正确执行消毒隔离措施。	2分	
11. 查看急诊科监护室、EI CU、急诊手术室设施设备，核查设备资产标识、维护保养标识、正常运行标识和设施“四定、三及时”落实情况。查看病人收治范围和诊疗情况。	2分	
12. 查看抢救车上锁管理、物品分布平面图、药品与器材效期标识情况。	2分	
13. 随机抽查3份急诊病历，查看首诊医师资质是否符合要求，急诊病历书写内容是否完整、清晰，规范，就诊与抢救时间是否精确到分；诊疗抢救措施是否正确合理，有无执行者签名，执行时间是否精准到分。	3分	
14. 现场满意度测评。访谈3名以上患者或家属，了解患者就诊体验情况；访谈3名以上医务人员，了解急诊工作环境、服务、质量管理情况。	3分	

15. 查看患者收治入院\ICU\专科病区\入手术室的交接记录。	2分	
16. 查看急诊专科技术与技能的培训记录，现场考核2名医护人员急救技能操作。	2分	
17. 到发热门诊，查看三区两通道、流程的合理性。	3分	

注：医疗质量管理体系与工作机制（表5）中门急诊就医流程的评审内容，医疗质量安全核心制度（表6）中首诊负责制的评审内容及分值5分，融入此表中（表9）。五大中心内容在表1中体现。

（八十一）建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。

【概述】

诊疗规范和技术操作流程是保证医疗同质化的手段。医院应当建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，落实相关法律法规对诊疗人员的要求。同时，对特殊人群必要时实施多学科评估和综合诊疗，以保证特殊人员的医疗质量。

【细则】

3.245 根据法律法规和行业指南，建立临床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程，并根据法律法规和行业指南的变化及时更新，对员工开展培训。（3分）

3.246 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。（3分）

3.247 对疑难危重患者、恶性肿瘤患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。（3分）

（八十二）对住院患者实施营养风险筛查和评估，为患者提

供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。

【概述】

营养治疗是诊疗的重要组成部分，对提高诊疗效果、促进患者康复、保障患者安全具有重要作用。医院应当对住院患者实施营养评估，并提供适宜的营养治疗。

【细则】

3.248 开展住院患者营养风险筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况。建立以营养筛查-评价-诊断-治疗为基础的规范化临床营养治疗路径，依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对其效果开展评价。（2分）

3.249 为患者提供膳食营养指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。（1分）

3.250 营养科积极参与多学科诊疗，组建营养支持团队；接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊；按需提供营养支持方案，按规定记入病历。（2分）

（八十三）实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。

【概述】

手术是有创医疗行为，必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术患者评估是保障手术得以安全实施、防止额外医疗损害的基本方法。医院应当对风险高、难度大或涉及伦理风险等的重大手术实施报告审批管理，对无法按照常规手术管理的急诊手术建立单独管理措施，保障急诊手术得以及时、安全的实施。

【细则】

3.251 建立手术患者评估制度，在患者评估的基础上，完成手术患者的术前讨论，合理制定手术方案。（2分）

3.252 患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。（3分）

3.253 建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程，明确重大手术的范围，员工知晓。（2分）

3.254 有急诊手术管理措施，落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制，有量化的急诊手术质控指标，保障急诊手术安全。（3分）

（八十四）手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。

【概述】

术后管理对保障手术患者康复具有重要意义，关系手术是否成功，相关记录是医院开展手术质量管理的基础。病理学检查是明确诊断的关键依据，手术的离体组织必须做病理学检查。

【细则】

3.255 手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录，由一助完成手术记录的，手术主刀医生有审核签名；术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。（5分）

3.256 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。（5分）

（八十五）完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。

【概述】

日间手术有助于提高医院运营效率、改善患者体验，但治疗的模式改变可能会给患者带来新的风险。医院应当加强日间手术管理，尽可能消除相关风险，保证手术质量与安全。

【细则】

3.257 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。（2分）

3.258 制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。（1分）

3.259 制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。（1分）

3.260 加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访，有随访记录，可追溯。（1分）

3.261 制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。定期督导，落实质量持续改进。（1分）

（八十六）手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行。

【概述】

麻醉科是体现医院综合能力的重要临床专科，医院应当按照相关文件要求合理配置人员。麻醉前评估和麻醉复苏管理是保障麻醉安全、降低麻醉相关不良事件发生率的有效措施。同时，制定术后镇痛治疗管理规范和流程并严格执行，改善手术患者感受。

【细则】

3.262 手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。（2分）

3.263 实行患者麻醉前病情评估制度，所有患者在麻醉前完成病情评估、脏器功能评估和其他必要的评估。（2分）

3.264 预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通的，术前应当告知患方，明确术中的授权委托人。（1分）

3.265 有麻醉后复苏室，人员、设备设施配置满足临床需求，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。制定术后镇痛治疗管理规范和流程，严格执行。（1分）

3.266 建立麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测、分析与反馈，并持续改进。（1分）

（八十七）开展疼痛诊疗服务，依据服务范围，建立疼痛评估与追踪随访等相关制度，规范开展诊疗活动。

【概述】

疼痛常常是患者体验的一部分，患者有权得到恰当的疼痛评估和管理。根据服务范围，医院应具备疼痛评估、治疗和管理流程。

【细则】

3.267 医院开展疼痛诊疗服务，设置疼痛科（疼痛门诊或病房），建立规章制度、诊疗规范并落实。（1分）

3.268 依据服务的范围，建立疼痛评估、疗效评估与追踪随访等相关制度。（1分）

3.269 依据服务的范围，为患者提供疼痛知识教育。（1分）

3.270 有疼痛治疗常见并发症的预防规范与风险防范程序。（1分）

（八十八）重症医学科布局、设备设施、专业人员配置符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》及院感防控要求。

【概述】

加强重症医学科建设对提高危重疾病诊疗能力、完善国家公共卫生体系具有重大意义。医院要加强对重症医学科的规范化建设和管理，完善人员配置，落实其功能任务，不断提高疑难危急重症救治能力。

【细则】

3.271 重症医学科的设置与布局、专业人员和技术力量、设备设施配备符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。（1分）

（八十九）有重症医学科管理制度、专科技术诊疗规范和操作规程，注重入住、出科指征掌控，质量与安全指标监控，落实多学科协作诊疗（MDT）、重症患者评估、家属探视/病情告知等制度，保障患方合法权益。重症医学床位、急救设备统一协调。

【概述】

医院按照相关法律法规和规范建立重症医学科管理制度、专科技术诊疗规范和操作规程，严格掌握危重症患者入住、转出指征，保障重症患者的合理收治，开展重症医学专业医疗质量控制指标监测，促进医疗质量提升。

【细则】

3.272 完善重症医学科管理制度、专科技术诊疗规范和操作规程；严格掌握危重症患者入住、转出指征，保障全院重症患者的收治。（1分）

3.273 落实各项制度，开展重症医学专业医疗质量控制指标

监测并进行持续改进。（1分）

3.274 建立多学科协作诊疗（MDT）机制，保障重症患者得到有效治疗。定期评价重症患者的临床诊疗质量。（2分）

3.275 落实患者家属探视、病情告知、授权等制度。（1分）

（九十）新生儿病房和新生儿重症监护室布局、设备设施、专业人员设置及医院感染控制符合卫生健康行政部门相关要求。

【概述】

根据《新生儿病室建设与管理指南（试行）》《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》等国家规范要求、加强新生儿病房、新生儿重症监护室的建设与管理，按照要求进行布局、设备设施及专业人员配置，严格落实医院感染控制要求，保障新生儿获得安全、规范的诊疗服务。

【细则】

3.276 新生儿病房布局、设备设施、专业人员设置及医院感染控制符合《新生儿病室建设与管理指南（试行）》的基本要求及《医院感染管理办法》要求。（1分）

3.277 新生儿重症监护室布局、设备设施、专业人员设置及医院感染控制符合卫生健康行政部门的相关要求及《医院感染管理办法》要求。（2分）

（九十一）有新生儿病房和新生儿重症监护室管理制度、诊疗规范和操作规程、应急预案，有新生儿重症监护室入住、出科指征，有质量与安全指标监控，落实多学科协作诊疗（MDT）、

新生儿危重程度评估等制度，按《新生儿疾病筛查技术规范》开展新生儿疾病筛查。

【概述】

医院按照相关法律法规和规范建立新生儿病房和新生儿重症监护室管理制度、专科技术诊疗规范和操作规程，严格掌握危重症患儿入住、转出指征，保障危重症患儿的合理收治，开展医疗质量控制指标监测，提高救治能力和服务质量。

【细则】

3.278 完善新生儿病房和新生儿重症监护室管理制度、诊疗规范和操作规程、应急预案。严格掌握危重症患儿入住、出科指征，实行“危重程度评分”，定期评价收住患儿的适宜性及诊疗质量。（2分）

3.279 落实各项制度规范，开展医疗质量控制指标监测并进行持续改进。（1分）

3.280 建立多学科协作诊疗（MDT）机制，保障危重症患儿得到有效治疗。定期评价危重症患儿的临床诊疗质量。（2分）

（九十二）实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质，明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。

【概述】

实施精神类疾病诊疗具有特殊性，医院应当按照国家相关要

求进行，同时重点做好提供医疗保护措施的知情同意和教育。

【细则】

3.281 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。（0.5分）

3.282 医院明确精神类治疗服务范围，根据法律法规和行业指南制定本院精神类疾病诊疗规范并执行，落实质量安全管理。（0.5分）

3.283 提供心理治疗服务，依照技术标准及伦理要求科学规范进行，治疗操作流程、人员资质、治疗场所功能布局等符合要求。（0.5分）

3.284 制定规范的患者安全保护措施并落实。（0.5分）

3.285 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。（0.5分)

（九十三）实施精神类疾病治疗的医院能开展常用的精神科物理治疗，为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神残障者提供出院康复指导与随访。

【概述】

精神残障患者治疗时间长、沟通交流能力较差，对躯体疾患的症状表述存在困难和偏差，需要多学科联合诊疗以准确识别病情，予以适宜治疗。实施精神类疾病治疗的医院应当加强精神残障者诊治的全环节管理，梳理精神残障者的常见并发症和医疗风

险，制定规范的预防流程和防范措施，针对医务人员、患者家属或授权委托人开展相关培训教育，指导预防措施的落实，建立标准的出院康复指导与随访机制。

【细则】

3.286 有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神残障者的其他躯体疾病开展诊疗服务，及时、规范和全面的开展精神残障者的躯体疾病的诊疗。（0.5分）

3.287 能开展常用的精神科物理治疗（无抽搐电休克治疗、经颅磁刺激治疗等）。治疗科（室）布局、流程合理，分区明确，标识清晰。工作人员配备合理，有各项规章制度、岗位职责及操作常规。（0.5分）

3.288 有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育，员工知晓并落实。（0.5分）

3.289 为精神残障者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。（1分）

（九十四）开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。

【概述】

血液净化技术需要严格的管理和标准的规程以降低感染风险，医院开展血液净化技术应当按照国家相关要求进行。

【细则】

3.290 血液透析室分区布局、人员、设施设备及院感控制流

程均符合行业管理要求。（1分）

3.291 根据法律法规和行业指南，有血液净化操作流程并定期更新。（1分）

3.292 建立全流程的血液进化质量管理和控制制度。并根据国家发布的相关医疗质量指标开展质控工作。（1分）

3.293 建立血液透析患者登记及病历管理制度。有进行血传播传染病的筛查和管理。（1分）

3.294 有保障患者和员工安全的措施和紧急情况处理预案，并定期演练。（1分）

（九十五）血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。

【概述】

为保障血液透析安全，应当按规定对血液透析机、水处理设备等进行质检，对透析液、透析用水进行相关检测，保障相关器械、药品符合国家规定。

【细则】

3.295 血液透析机与水处理设备符合要求。（1分）

3.296 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。（1分）

3.297 血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。（1分）

（九十六）中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等相关规定的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。

【概述】

医院应当按照《综合医院中医临床科室基本标准》等相关规定的要求，规范中医科室设置，配置合格的人员，满足临床需求，规范建设中药房与中药煎药室，建立中药管理制度，确保药品安全。

【细则】

3.298 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等相关规定的要求。（1分）

3.299 中药房与中药煎药室设置符合相关法律法规的要求。（1分）

（九十七）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。

【概述】

根据国家法律法规和行业规范要求，制定中医诊疗规范并实施质量控制，因地制宜，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。

【细则】

3.300 根据国家中医药相关指南，建立体现中医特色的诊疗规范，为患者提供适宜的诊疗服务，提供具有中医特色的康复和

健康指导服务。（1分)

3.301 开展辨证施护，开展中医特色护理。（1分）

（九十八）按康复诊疗指南/规范，为需要康复治疗的患者明确诊断与功能评估，制订康复治疗计划，实施康复治疗训练，保证质量与安全，开展临床早期康复介入服务，促进持续改进。

【概述】

康复医学是一门以消除和减轻人体功能障碍，弥补和重建功能缺失，设法改善和提高人体各方面功能的医学学科。医院应依据《综合医院康复医学科建设与管理指南》，设置康复医学科，规范开展康复治疗，定期评价康复治疗效果。实施康复全链条服务，提供早期康复介入服务，对出院康复患者有后续康复指导，以不断提升患者生活质量，促进康复医学发展。

【细则】

3.302 按规范设置康复医学科，人员配备符合要求。有各项管理制度与诊疗规范、操作规程、应急预案并执行。（1分）

3.303 按规范开展康复治疗，定期评价康复治疗效果，全程有记录。（1分）

3.304 开展早期康复介入服务，对出院康复患者有后续康复指导，保障康复训练连续性。（2分）

3.305 有康复医学质量与安全控制指标，科室每月分析指标完成情况。（1分）

（九十九）执行医用氧舱国家法律法规、技术标准，安全管

理、安全操作；加强高压氧治疗诊疗服务全程监控，定期质量评价，促进持续改进。

【概述】

高压氧医学是多种领域覆盖的特殊性学科。医院应当按照国家法律法规、技术标准建立管理制度与规范，加强质量控制及安全管理，促进高压氧学科发展。

【细则】

3.306 医用氧舱的准入、设置与布局符合规范。（1分）

3.307 人员配置合理，岗位职责明确。制度与流程完善，包括对进舱人员进行安全教育。（1分）

3.308 有质量安全指标，定期检验医用氧舱，定期开展高压氧治疗质量评价。（1分）

3.309 制定紧急情况时的处理措施和应急方案，并定期组织演练。（1分）

（一百）医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。

【概述】

介入诊疗技术属于有创技术，需要加强管理。为此，国家制定了一系列制度规范。医院开展介入诊疗技术应当按照相关要求进行。

【细则】

3.310 人员配备及设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。（1分）

3.311 介入医师具备相应的资质和授权，并定期学习和培训。（2分）

3.312 根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范、质控指标、应急预案并定期修订，按照技术适应证规范技术操作并定期开展质量控制，落实持续改进。（1分）

3.313 对介入诊疗器械实施全流程管理，有介入诊疗器械登记制度，一次性器械条码纳入病历，保证器械来源可追溯。（1分）

（一百零一）开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行。

【概述】

放射治疗不仅关乎患者诊疗效果和安全，还涉及公共安全，是需要进行重点关注和管理的特殊技术，医院应当按照国家相关要求进行严格管理。

【细则】

3.314 开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。（1分）

3.315 布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。（1分）

3.316 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、放射防护制度，并严格执行。（1分）

（一百零二）实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。

【概述】

放射治疗本身具有一定的风险性，医院应当加强放射治疗管理，保证治疗质量和安全。

【细则】

3.317 根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范，定期修订规范，并落实。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。（1分)

3.318 有放射治疗意外应急预案及处置措施，定期演练，员工知晓。（1分）

（一百零三）医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。

【概述】

医院开展特殊诊疗技术，应当符合国家相关要求。

【细则】

3.319 开展诊断核医学(包括代谢或结构代谢融合影像学检查、脏器功能测定和体外微量物质分析等)特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。有独立场所，人员资质符合要求。制定并定期修订管理制度、诊疗方案和操作规程、质控标准、应急预案并执行，保证临床诊疗需求。（1分）

3.320 医院开展脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。有独立场所，人员资质符合要求，保证临床诊疗需求。（1分）

3.321 根据法律、法规和行业指南，制定并定期修订脑电图、肌电图等特殊诊疗技术管理制度和诊疗方案、操作流程、质控标准、应急预案并执行，保证临床诊疗需求。（1分）

（一百零四）特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。

【概述】

依照国家相关法律法规，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。医院应当按照要求规范区域，制定突发意外事故管理规范与应急预案，以保障患者和医务人员安全。

【细则】

3.322 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。（1分）

3.323 将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。（2分）

（一百零五）开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。

【概述】

日间化疗服务是医院改善服务质量，提高医疗服务效率的新举措。医院应当加强日间化疗管理，保证化疗质量与安全。

【细则】

3.324 明确规定日间化疗服务适用范围。（1分）

3.325 建立日间化疗的操作流程及质量控制指标，定期监测、分析并反馈，持续改进。（1分）

3.326 建立日间化疗集中配置化疗药物安全管理制度并落实。（1分）

【评审方法】

评审专家到手术室、ICU或相关科室或医技部门，抽取手术或重症患者1名，核查手术和麻醉全过程；到ICU或病房查阅科室诊疗规范，查看患者的疼痛、营养评估；追踪患者在相关医技部门的检查流程与结果质量；到血液净化、血液透析、介入治疗、高压氧治疗、日间化疗、放射治疗等区域评估设施、流程、技术

运用及意外处置预案。

表 10- 标准序号 3.245- 3.326 评审清单（110 分/110 分）

评审内容	分值	得分
第一步：【到 ICU 现场追踪】		
1. 抽取手术或重症患者 1 名，床旁查看呼吸机、监护、抢救等生命支持设备设施运行情况。	2 分	
2. 查看床旁设备设施操作标准说明书（SOP）与使用、维保标识、日常维护记录情况。	1 分	
3. 考核医护人员仪器报警处置、操作流程、导管意外脱落的现场处置；查看患者所使用仪器设备报警功能的启用、导管密闭与安全情况。	2 分	
4. 查看科室布局（含床位、仪器摆放等）、设置、功能情况，核查院感防控措施落实、人员与技术力量配备情况。查阅个人技术档案。	2 分	
5. 查看科室病人情况，了解收治与转出标准；查阅科室管理制度与质量控制指标，以及专科技术诊疗规范和操作规程情况。	2 分	
6. 抽查该患者病历。查看疾病收治标准、多学科会诊或讨论、会诊建议落实情况；查看深静脉、导管相关感染等并发症预防情况；核查诊疗质量与效果。	3 分	
7. 查阅相关救治支持技术的授权、知情告知、探视谈话记录。	2 分	
8. 查看患者营养评估、营养筛查、营养支持小组会诊与讨论记录。	3 分	
9. 查看患者疼痛评估，访问或评估患者疼痛感受，镇静镇痛措施使用情况。	3 分	
第二步：【延伸追踪】		
查看该患者多学科会诊或治疗的相关部门，或到新生儿病房或 NICU、精神心理科、血液净化科、中医科、康复科、高压氧科、介入科、放射治疗科、日间化疗室等部门。（共 9 个科室，总分 45 分，评审专家随机抽查 5 个以上的相关科室）		
1. 追踪到相关科室。		
（1）查看科室设置与布局、分区情况，是否符合行业管理要求与医院感染防控的规定；操作间环境是否整洁，设备设施是否安全，标识是否醒目，管理是否规范。	0.5 分	
（2）查看患者身份识别与查对、知情告知、隐私保护等执行情况。	0.5 分	
（3）查阅该诊疗技术项目操作规程，职业暴露与防护、安全保障措施、突发意外或重大并发症的现场处置情况。	0.5 分	
（4）追溯该诊疗技术项目操作者技术档案，包括资质、授权与行业专科培训等情况。	0.5 分	

2. 调阅 1 份专科诊疗技术(MDT)病例。核查科室诊疗技术规范、准入要求、质量标准、紧急处置等落实情况。		
（1）查阅科室有无每周固定的学习（MDT 讨论）时间、学习内容（最新诊疗指南、技术规范解读）。	0.5分	
（2）查阅科室制定的诊疗常规和技术操作规范，对照病历检查医师、技师、专科护士执行的依从性。	0.5分	
（3）查看病历与病程记录，诊疗技术开展与医院科室诊疗技术清单是否吻合；技术资质与专业人员范围、实施授权、医疗技术档案、项目清单是否更新。	0.5分	
（4）查阅医师、技师各 1 名的个人技术档案，了解评审期内专科诊疗技术项目培训、学习、进修、开展应用情况。	0.5分	
（5）抽取 1 个预案，考核医、护、技人员应急响应、人员到位、培训、流程、物资等紧急处置情况。	0.5分	
（6）查看评审期内科室质量安全与分析讨论记录，以及讨论提出问题的整理分析及持续改进落实情况。	0.5分	
第三步：【到外科病房现场追踪】		
1. 查看一名急诊手术后患者，床旁查看患者术后情况，访谈患者家属就诊体验（含急诊、手术、绿色通道情况）。	2 分	
2. 访谈医生，了解急诊手术流程、绿色通道、应急保障机制，以及量化急诊手术指标。	2 分	
3. 查看该患者病历，核查手术评估、术前讨论、麻醉前评估、重大手术审批记录或访谈医师重大手术报告审批流程，手术离体组织病理学送检结果或病检结果。	5 分	
4. 核实科室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追踪、分析的讨论记录，若无追溯至病理科进行核实。	5 分	
5. 查看该患者病历，手术的全过程情况（包括但不限于手术后治疗、观察病情、手术效果、护理过程等）有无记入病历，记录是否规范、准确，是否符合时限、资质要求。	3 分	
6. 追溯 3 份手术运行病历，核查手术评估、手术全过程的落实情况。	3 分	
7. 追溯科室质量管理手册，核查围手术期质量管理持续改进情况。	2 分	
8. 查看患者病历，核查术前麻醉访视或评估记录、麻醉知情同意书，有无明确术中的授权委托人等情况，查看麻醉记录、麻醉后复苏记录，有无规范的手术过程监测记录，术后镇痛应用是否规范。	4 分	
9. 了解患者躯体功能状态及相应功能锻炼、康复措施。查看患者病历，有无根据患者病情开展康复早期介入，有无康复计划，有无康复科医师会诊记录，有无定期开展康复效果评价。	3 分	

第四步：【到麻醉手术室现场追踪】		
1. 检查手术室门禁管理和人员出入资质，了解手术室安全与环境管理、分区与通道管理情况；核查从病区查房或指定的手术病人转运手术室的过程与时间。	1 分	
2. 进入手术间，查看手术室设施和病人准备情况；查阅患者术前评估与讨论，对照手术通知单、麻醉记录单，核查与实施手术是否一致。	2 分	
3. 追溯开台时间、手术时间，查看麻醉记录、术中处置、快速切片、家属沟通等情况；现场查看 Time-out 执行情况；安全核查（分娩安全核查）及签名是否完整。	2 分	
4. 追踪至麻醉、麻醉复苏室，核实设备、设施及人员配置情况，查看复苏室转入、转出标准。	1 分	
5. 追溯麻醉科质量管理手册，核查开展麻醉并发症监测、分析与反馈及麻醉不良反应上报，以及持续改进的资料。	2 分	
6. 考核麻醉医师、手术医师、手术护士麻醉意外抢救应急处置。	2 分	
第五步：【到日间手术室】		
1. 随机抽取评审期内 3 项日间手术术式，核实是否符合医院日间手术病种和技术目录。	1 分	
2. 追踪 3 份日间手术病历，查看日间手术适应证范围、麻醉方式及病历书写质量情况。	2 分	
3. 电话随访 2 名患者或家属，了解健康宣教和随访的落实情况。	2 分	
4. 追溯科室质量管理手册，核查科室日间手术病种、技术风险的动态评价。	1 分	

注：医疗质量安全核心制度（表 6）中手术安全核查制度的评审内容及分值 5 分，融入此表中（表 10）。核医学、脑电图、肌电图等特殊检查室在表 13 中体现。

六、护理质量保障与持续改进（70分）

（一百零六）建立扁平高效的护理管理体系，建立护理管理委员会，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任。依据法律法规、行业指南、标准，制定本单位护理工作发展规划、护理制度、常规和操作规程，实施护理管理、质量改进等工作。

【概述】

扁平化护理管理体系可有效提高管理效率。医院应当建立与医院规模、任务和组织目标相适应的护理管理体系，实行三级或者两级管理层级；通过护理管理委员会，制定本单位的护理工作发展规划，定期研究护理质量问题、推进护理质量改进；根据国家法律法规、行业标准、指南，制定护理制度、工作常规和操作规程，持续更新护理质量评价标准，对医院护理质量实行全程管控。

【细则】

3.327 建立简捷高效的护理管理体系。在本单位护理管理委员会的指导下，实行三级或二级管理层级，明确各级护理管理岗位任职条件。有护理工作发展规划、年度计划，符合医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行，有总结评价。（1分）

3.328 建立护理管理委员会。委员会成员应当包含与护理工作密切相关的部门，并制定委员会职责和工作制度，定期研究护理质量与安全问题，提出改进策略并落实。（1分）

3.329 根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程，定期修订。同时，根据科室执行落实情况，开展护理质量管理工作，有监测、分析、反馈，指导改进。（2分）

（一百零七）护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根

据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。

【概述】

合理的护士人力资源配置，是保障患者安全和护理质量的基础。医院应当按照国家相关规定，结合医院规模、功能和任务，合理配备护理人力，并结合收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况等制订护理单元人力配备原则及弹性调配方案。有人力资源调配的应急预案。

【细则】

3.330 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。（1分）

3.331 以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配，有紧急状态下调配护理人力资源的预案并演练。（1分）

（一百零八）护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。

【概述】

根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等规定，对护士实行依法执业管理，保障患者安全和护士的合法权益。根据《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11号）等文件要求，按照“因需设岗、以岗择人、按岗聘用、科学管理”的原则，实施护理岗位管理。建立以岗位需求为导向的护士培训机制，保障措施切实可行。

【细则】

3.332 根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定，制定护理人员资质管理制度和审核程序，落实依法执业。（2分）

3.333 实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准。（3分）

3.334 制定护理人员管理规定，根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理，各层级护士职业晋升路径及标准清晰。（3分）

3.335 根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。（2分）

3.336 落实新入职护士、专科护理培训要求，培养专科护理人才。（5分）

（一百零九）建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为

核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。

【概述】

护理绩效考核是医院管理部门基于护理工作目标和绩效标准而采取的一种管理方式，建立符合医院实际的护理工作目标，基于工作量、护理质量、患者满意度、护理难度、技术要求等为要素的绩效考核制度。同时，将考核结果与护理人员评优、晋升、薪酬分配相结合，促进工作改进，达到充分调动护理人员积极的目的。

【细则】

3.337 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应当充分征求护理人员的意见和建议。（3分）

3.338 考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬，调动护理人员积极性。（2分）

（一百一十）依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。

【概述】

以《护士条例》等相关法律法规、行业标准等为依据，结合医院实际，规范实施以患者为中心的护理，针对患者从入院、住

院、出院等不同阶段的护理需求，提供涵盖生理、心理和社会等方面的专业化、人性化的责任制整体护理。

【细则】

3.339 依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。（2分）

3.340 实施责任制整体护理和卓越服务，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。（4分）

（一百一十一）根据《综合医院分级护理指导原则》及《护理分级》（WS/T431-2013）的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。

【概述】

按照《综合医院分级护理指导原则》及《护理分级》（WS/T431-2013）要求，对患者进行分级护理。依据疾病护理常规和技术操作规范等，结合不同级别患者实际状况，实施分级护理。有医院危重患者护理常规及工作规范，并落实到位。

【细则】

3.341 根据《综合医院分级护理指导原则》及《护理分级》（WS/T431-2013）的原则和要求，进行护理分级。（3分）

3.342 按护理级别实施分级护理，护理措施符合患者实际需要并落实。（5分）

3.343 制定危重患者护理常规并落实。（5分）

（一百一十二）护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

【概述】

护理文书是护士按照患者护理计划，在实施护理措施过程中形成的文字、符号、图表等资料，是护士观察病情、执行医嘱、实施护理措施的客观记录。医院应当对护理文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理。

护理会诊是对本科室难以解决的护理问题，需要其他科室或医院的护士协助提出意见或提供护理的活动。对疑难病例或疑难护理问题可通过建立护理查房、护理会诊、护理病例讨论等方式解决。

【细则】

3.344 护理文书参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。（1分）

3.345 护理查房、护理会诊、护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。（1分）

（一百一十三）有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。

【概述】

规范临床护理技术操作，预防和处理并发症，是确保患者安全的基础。医院应当制定临床护理技术并发症预防规范。制定紧

急意外情况下的护理应急处理流程，护士知晓本岗位相关的护理技术并发症和紧急意外情况的预防和处理流程。

【细则】

3.346 制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。（3分）

3.347 制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。（2分）

3.348 定期实施相关培训与演练。（5分）

（一百一十四）按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，完善手术部（室）、消毒供应中心（室）和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。

【概述】

依据《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医院新生儿安全管理制度（试行）》等规定，结合专业特点，完善护理质量管理制度、指标监测及分析反馈等，持续改进。

【细则】

3.349 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》，完善手术部（室）护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。（5分）

3.350 按照《医院消毒供应中心管理规范》，完善消毒供应中心（室）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。（5分）

3.351 按照《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医院新生儿安全管理制度（试行）》，完善新生儿病室护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。（3分）

【评审方法】

评审专家从住院日志中抽取内、外科系统各1名疑难重症患者。参加床旁护理查房，召集部分护理管理委员会成员分析查房实施效果，核查诊疗护理常规及落实执行情况，护理等级实施情况，护理文书质量；查阅病区护理排班人力资源与特殊紧急情况下的调配；抽取1名护士进行操作考核，了解培训情况及对突发情况的处置评价；评审年度内1例不良事件的系统管理；抽查1个无菌包追溯消毒供应中心、手术室、新生儿室等连续性护理服务举措；查看卓越护理服务的措施与效果，听取分管院领导对护理质量管理体系建设、培训、专科护理开展情况、护理规划等汇报；查看医院年度计划、党委会或院长办公会专题讨论的相关内容。

表11-标准序号3.327-3.351评审清单（80分/70分）

评审内容	分值	得分
第一步：【参加晨会交接班】		
评审专家随机抽查外科和内科系统2个病房晨会交接班。		
1.参加晨会交接班人员有无迟到缺席。	0.5分	
2.交接班流程是否正确，内容与病区实际情况是否符合，值班医生对	1分	

护士交班内容是否进行重点补充，护士长、主任对整个晨会交接是否进行点评，对重点特殊病人的诊疗是否提出意见。		
3. 通过现场查看或患者访谈，核查四级手术或危急重症患者床旁交接情况。	0. 5分	
4. 查阅评审期内科室交接班记录本，交接班内容是否完整，人员是否符合排班要求。	0. 5分	
5. 查阅科室值班人员排班表，核查值班人员身份、资质、人数、运行、值班时间是否符合要求。	0. 5分	
第二步：【现场追踪】		
1. 随机抽取1名疑难重症患者，参加床旁护理查房，参加人员是否体现层级管理，准备是否完善，站位、流程是否正确。	2分	
2. 床旁查看分级护理情况落实，护理级别与病情是否相符合，与床头标识、医嘱单、一览表是否一致。	3分	
3. 查看基础护理落实情况。皮肤及体腔清洁度、体位舒适度、病情观察及时性、导管固定安全性、生活护理是否及时到位。	4分	
4. 查看危重患者护理常规落实情况。核实管道护理、专科护理、心理护理、健康宣教等落实情况。	4分	
5. 核查该患者变更护理级别的依据，核验不同时段、不同班次、不同人员（责任护士、护理组长、护士长）护理级别与职责是否符合。	2分	
6. 访谈该管床医生与责任护士，了解分级护理指导原则及规范情况。	1分	
7. 访谈患者或家属，了解责任护士、护士长查看患者频率情况。	1分	
8. 核实预防跌倒、压疮、导管脱落、药物外渗、窒息等并发症的落实情况。	3分	
9. 随机抽取1名护士，考核该科室临床护理技术操作及常见预案的预防与处理规范。	3分	
10. 现场考核护理操作1项，核查查对制度的落实。		
（1）双身份识别。	1分	
（2）诊疗过程（医嘱、给药、操作、标本等）的查对。	2分	
（3）访谈3名护士，考核重点患者、特殊人群的身份识别与查对。	1分	
11. 随机抽取2名护士，考核紧急意外情况（如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等）执行护理应急预案和处理流程情况。	2分	
12. 听取责任护士对该患者病情、治疗、常见并发症预防等护理措施的介绍，有无体现动态评估。	1分	
13. 有无上级护士进行有效补充和指导；有无护士长结合该专科先进、前沿技术对护理难点进行指导；有无护理管理委员会成员进行查房总结和点评。	1分	
14. 查看该患者护理文书，核实护理文书书写质量。	1分	

15. 追溯科室专科诊疗护理常规的制定与更新情况。	1分	
第三步：【查阅资料】		
1. 查看该科室评审期内1例不良事件的系统管理情况。	2分	
2. 查阅病区护理排班，核实护理人员的配置原则及弹性调配方案落实情况。	1分	
3. 查看该科室护士技术档案护士资质是否符合医院护理人员资质管理制度和审核程序，是否落实依法执业。	2分	
4. 查看该科室护士一览表，岗位设置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准是否符合医院岗位管理制度。	3分	
5. 访谈2名不同层级护士，了解护士职业晋升与临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历挂钩情况。	3分	
6. 查看评审期内该科护士奖励性绩效发放表，核查是否体现护理工作量、质量、患者满意度、护理难度、技术要求等要素。访谈3名护士对绩效考核的满意度。	3分	
7. 查看该科评审期内优秀护士、职称晋升护士、晚夜班最多的三类护士的绩效是否体现多劳多得、优绩优酬。	2分	
8. 访谈科室护士长，了解医院是否根据业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定护理人员在职继续医学教育计划和保障措施等情况。	2分	
9. 访谈护理部主任及护理管理委员会委员。		
（1）了解紧急状态下调配护理人力资源预案。	1分	
（2）查看评审期内医院护理人力资源调配台账。	1分	
（3）查看评审期内新入职护士岗前培训落实情况。	2分	
（4）落实专科护理培训要求，医院专科护理人才数量每年递增。	2分	
（5）听取卓越护理服务措施与成效情况汇报。	1分	
10. 听取分管院领导关于护理质量管理体系建设、培训、专科护理开展、护理规划等情况汇报，是否符合护理管理委员会的指导下的三级或二级管理层，对医院总体规划和护理学科发展方向有无规划，是否有效执行，有无总结评价。	2分	
11. 查看医院年度计划、党委会或院长办公会专题讨论的相关内容，有无定期研究护理质量与安全问题，是否提出改进策略并落实；有无根据法律法规和行业标准、指南定期修订医院护理制度、护理常规和操作规程的讨论记录。	2分	
第四步：【延伸追踪】		
1. 抽查1个无菌包，追溯消毒供应中心。		
（1）无菌包内医疗器械清洗、消毒、灭菌效果监测操作流程是否符合标准要求。	1分	

（2）访谈1名护士，了解手术植入物与外来医疗器械清洗、消毒、灭菌和监测流程。	2分	
（3）核查主管部门（护理部、院感部门）对消毒供应中心定期进行督导、分析、反馈，提出整改意见并落实持续改进的资料。	1分	
（4）查看消毒供应中心排班表是否体现岗位管理与分级管理。	1分	
2. 前往手术室，从手术等候区跟随一名即将进入手术间的患者。		
（1）追溯患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等护士履职情况。	2分	
（2）访谈1名手术专科护士，了解患者术中大出血等急诊急救护理流程。	2分	
（3）访谈护士长，了解操作常规及应急预案演练和培训情况。	2分	
3. 前往新生儿室，随机抽查2名新生儿。		
（1）查看新生儿腕带佩戴情况，访谈2名护士，了解新生儿身份识别执行情况。	1分	
（2）核查新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴等消毒落实情况。	1分	
（3）访谈护士长，了解新生儿室应急演练及培训情况。	2分	

注：评审专家在内、外科同步检查评分，取平均分。医疗质量安全核心制度（表6）中分级护理制度、查对制度的评审内容和分值10分，融入此表中（表11）。

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进（40分）

（一百一十五）医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。

【概述】

《医疗机构药事管理办法》对医院药事管理、药学部门设置与人员配备、药事管理组织有明确的规定。国家卫生健康委、国家药品监管局等6部门《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》（国卫医发〔2020〕2号）明确了加强医院药事管理、

完善临床药学服务的主要任务，提出了合理用药的目标。医院应当按照相关法律法规及文件的要求具体落实。

【细则】

3.352 建立与完善医院药事管理组织，药学部门设置、人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求，符合临床业务需求。（1分）

3.353 建立药事管理与临床药学服务规章制度。（1分）

3.354 定期开展培训与督导，药事管理与临床药学服务持续改进有成效。（1分）

（一百一十六）加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。

【概述】

对药品遴选和药品在医院内部的采购、储存、转运全过程进行管理，确保药品的质量与供应。对药品的调配过程进行管理，防止调配差错，保障患者用药安全。静脉药物调配中心工作符合有关规定。

【细则】

3.355 加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂、召回工作。（2分）

3.356 建立高警示药品、易混淆药品的目录及管理制度，全院统一执行。（3分）

3.357 对全院的急救备用药品进行有效管理，确保质量与安全。（2分）

3.358 持《医院制剂许可证》配置医院制剂，生产、储存、院间调剂符合药监部门的管理规定。（1分）

3.359 建立药品全流程质量监测监控体系，保障药品质量和供应。对药品的调配过程进行管理。（1分）

3.360 肠外营养液和细胞毒性药物等静脉用药集中调配，保障医护人员和患者安全。（3分）

3.361 有住院患者处方外配、自备药品管理规范及审核流程，保障临床用药安全。（2分）

3.362 有超说明书用药管理规范及审核流程，保障患者用药安全。（2分）

3.363 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。（1分）

（一百一十七）实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。

【概述】

临床药师是指具有系统的药学、药物治疗学以及相关医学专业知识与技能，了解疾病与药物治疗原则，与医疗团队成员合作，参与临床药物治疗工作，为患者提供药学专业技术服务的卫生技术人员。加强临床药师队伍建设，提高临床药学服务能力和水平，

对促进临床合理用药，保障患者用药安全具有重要意义。

【细则】

3.364 建立临床药师制，按《医疗机构药事管理规定》配备临床药师，加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。（3分）

3.365 临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药物治疗、咨询和用药教育，促进合理用药。（3分）

（一百一十八）按照《国家基本药物临床应用指南》和《中国国家处方集》及医院药品使用管理的有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。

【概述】

各类医院应当按照国家及省级相关规定将基本药物作为首选药物并达到一定使用比例，加强合理用药管理，确保规范使用基本药物。

【细则】

3.366 制定优先使用基本药物的相关规定。（1分）

3.367 定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈，规范医师处方行为。（1分）

（一百一十九）按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。

【概述】

国家对麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物及基本药物的管理均制定了相关管理制度，医院应当认真贯彻落实。重点监控药物、中药注射剂等药品不合理用药的情况，应当加强管理。

【细则】

3.368 依据法律法规，建立和完善麻醉药品和精神药品、医疗用毒性药品、药品类易制毒化学品、放射性药品、终止妊娠药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂等药品的使用与管理规章制度。（1分）

3.369 对“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊类药品实施“五专”和全程批号管理。（3分）

3.370 根据《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》，制定糖皮质激素类药物临床应用指南，规范临床用药。（1分）

3.371 根据相关临床诊疗指南和疾病诊疗规范，制定抗肿瘤药物临床应用指南，规范临床用药。（1分）

（一百二十）依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。

【概述】

处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并作

出是否同意调配发药决定的药学技术服务。处方点评是根据相关法规、技术规范，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应症、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。医院应当依照《医疗机构处方审核规范》《医院处方点评管理规范（试行）》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进，促进临床合理用药，保障患者用药安全。

【细则】

3.372 落实《处方管理办法》，规范医生处方权、药师调配权管理。（1分）

3.373 药师应按照《处方管理办法》《医疗机构处方审核规范》等法规或规范，对处方进行适宜性审核，对临床不合理用药进行有效干预。（1分）

3.374 依据《医院处方点评管理规范（试行）》开展处方点评，建立药物使用评价体系。（1分）

（一百二十一）建立药物监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床，不良反应情况应记入病历。

【概述】

医院应当开展药物监测和警戒工作，包括药品不良反应及其他有害反应的监测、用药错误监测。发生药品严重不良事件、用

药错误后，应当积极救治患者，做好用药过程的观察与记录，并进行药品追溯和质量评估，查清原因。必要时，暂停使用所涉药物，并按有关规定及时报告。

【细则】

3.375 建立药物监测和警戒制度。临床科室落实药物警戒和不良反应监测制度，及时发现、处置和报告不良反应并将不良反应情况及时记入病历。（1分）

3.376 建立突发事件药事管理应急预案，药学人员熟知并执行。（1分）

3.377 发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品。（1分）

【评审方法】

评审专家到麻醉科，检查麻醉药品的数量与管理；追踪1名手术患者用药情况、药师参与讨论查房情况，不能满足检查内容者到所在病区，查阅自备药、处方外配、超说明书、基本药物使用、制剂使用、集中配置药品等情况；了解一段时间内不良反应报告及处置情况、抢救车药物配备情况；查阅药师临床能力培训与参与临床人数；查阅医院药品采购使用全过程，高警示与信息化，处方点评制度落实情况、药事委员会运行情况。

表12-标准序号3.352-3.377评审清单（40分）

评审内容	分值	得分
第一步：【到麻醉科现场追踪】		

1. 评审专家到麻醉科检查麻醉药品的数量与管理，查看麻醉科麻醉药品管理符合“五专”和全程批号管理。	3分	
2. 访谈2名麻醉师对糖皮质激素类药物临床应用指南掌握情况；追溯2名患者病历并查看用药的合理性。	1分	
3. 核查2名抗肿瘤药物治疗的患者病历，查看是否执行分级管理、是否符合抗肿瘤药物临床应用指南，评估用药是否合理。	1分	
4. 访谈麻醉科、药学部主任，了解医院麻醉药品和精神药品、医疗用毒性药品、药品类易制毒化学品、放射性药品、终止妊娠药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂等药品的使用情况与管理规章制度。	1分	
第二步：【手术患者用药追踪】		
1. 查看手术室1名手术患者病历，围术期临床药师会诊记录，核实该临床药师资质及技术档案内培训记录。	2分	
2. 访谈2名手术医师，了解该科临床药师配备数量及指导用药频率情况。	1分	
3. 访谈2名患者或陪护，了解临床药物治疗、咨询和用药教育情况。	1分	
第三步：【病房延伸追踪】		
1. 延伸追踪到病房，查阅该手术患者自备药，以及处方外配、超说明书用药、抢救车药物配备、制剂使用、集中配置药品等情况。	1分	
2. 访谈2名护士，了解高警示药品以及听似、看似等易混淆药品目录知晓度和防止用药差错的预案情况。	3分	
3. 查看科室急救车急救药品（15种标准配置）的管理情况。	2分	
4. 追溯1位患者当日用药的信息化闭环管理情况；现场模拟1位患者临时采药情况，验核医院药品管理信息系统的互联互通情况。	2分	
5. 现场查看2名使用肠外营养液和细胞毒性药物等静脉用药患者，追溯药物配置环境是否保障医护人员和患者安全。	2分	
6. 随机抽查2名住院患者处方外配、自备药品管理规范及审核流程。	2分	
7. 查看该科室新药、特殊用药的说明书管理规范及审核流程。	2分	
8. 抽查5份手术病历，核查用药的合理性。	2分	
9. 查看该科室评审期内科室基本药物使用情况，追溯科室质量改进记录。	1分	
第四步：【查阅资料】		
1. 查看科室药品管理制度，访谈科主任对医院药品遴选、采购、储存、调剂、召回流程等知晓情况。	2分	
2. 查看院内制剂有无《医院制剂许可证》，生产、储存、院间调剂是否符合药监部门的管理规定。	1分	

3. 查看院内质控简讯是否定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈。	1分	
4. 从评审期内上报的药品不良反应药品清单内选取2个药品，追溯上报、处理、病历记录的全流程。	1分	
5. 考核中西药房2名药学人员突发事件药事管理应急预案的知晓并追溯演练情况。	1分	
6. 访谈药学部工作人员1名，了解质量问题药品的追溯、质量评估、原因分析、停药要求等情况。	1分	
7. 查看药学部临床医师签名印鉴表存根，查看药师技术档案与授权情况。	1分	
8. 查看评审期内医院对处方适宜性审核和临床不合理用药有效干预情况。	1分	
9. 查看医院是否依据《医院处方点评管理规范（试行）》开展处方点评，建立药物使用评价体系。	1分	
10. 人员及资质是否符合要求。	1分	
11. 随机访谈3名医师，核查某一季度合理用药相关知识知晓情况；了解质量改进项目数据是否真实、改进措施是否有效。	2分	

八、检查检验质量保障与持续改进（40分）

（一百二十二）临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务。

【概述】

根据医院发展规划和临床需求建设临床检验、病理和医学影像部门，其空间布局、服务流程、人员配置、设备设施、诊疗项目分别符合国家和行业规范标准，并根据临床需求持续完善。临床检验和医学影像应当提供24小时急诊诊断服务。

【细则】

3.378 临床检验部门设置、布局、设备设施、试剂与校准品、生物安全符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足

临床。临床检验应当提供24小时急诊诊断服务。（1分）

3.379 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。（1分）

3.380 规范病理学诊断项目对外委托服务管理，保障病理质量，满足临床需要。（1分）

3.381 医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要；医学影像应当提供24小时急诊诊断服务。（1分）

（一百二十三）从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。

【概述】

建立临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的岗位职责。所涉及岗位人员应该具备必要的专业知识，技术人员应具有相应的执业证书，取得任职资格，工作有授权，定期接受培训。

【细则】

3.382 从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员应当具备必要的专业知识和能力，具有相应专业技术职务任职资格。（1分）

3.383 分子生物学、特殊岗位（HIV初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员等国家有特殊规定的，应当

具备符合国家规定的资质方可独立工作。（2分）

（一百二十四）有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。

【概述】

医院应当建立临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，重点关注生物安全、放射防护。定期修订相关制度，建立培训机制，有可追溯的工作记录。

【细则】

3.384 有临床检验场所管理制度、安全程序；标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。（1分）

3.385 有病理实验室诊疗场所管理制度、安全程序；标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。（1分）

3.386 有医学影像诊疗场所管理制度、安全程序，标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。（1分）

（一百二十五）临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。

【概述】

临床检验、病理和医学影像报告质量是医疗质量的重要组成部分，相关科室应当建立质控制度并确保报告质量及时、准确和

规范。建立和临床的沟通机制，解决临床服务需求和临床诊疗困难，根据临床需求开展相应服务，提供便捷、及时的报告信息检索查询服务。

【细则】

3.387 临床检验报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。（2分）

3.388 病理申请及报告及时、准确、规范，并严格执行审核、会诊制度。（2分）

3.389 医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。（2分）

3.390 建立和临床的沟通机制，根据临床需求开展相应服务，由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。（2分）

3.391 提供便捷、及时的检验、检查信息服务。（1分）

（一百二十六）落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测。

【概述】

临床检验、病理和医学影像部门建立全面质量管理和持续改进机制，开展室内质量控制和室间质量评价，记录可追溯，非临床检验部门人员开展室内质控，应当得到培训和授权，确保质控到位。

【细则】

3.392 落实临床检验全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。（2分）

3.393 落实病理全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。（2分）

3.394 落实医学影像全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。（2分）

3.395 相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测并有记录。（2分）

（一百二十七）按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。

【概述】

按照国家法律法规和行业规范，保障临床检验、病理和医学影像部门的环境安全、生物安全和消防安全；按照国家法律法规和行业规范做好员工的职业安全和消防安全。

【细则】

3.396 按照国家法律法规和行业规范，建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全。（2分）

3.397 定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测，保证辐射水平符合国家规定或者标准。建立环境保护制度，遵照实施并准确记录。（2分）

3.398 按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，并落实。（1分）

3.399 病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。（1分）

3.400 从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行，符合《中华人民共和国生物安全法》。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识及门禁。（2分）

（一百二十八）建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。

【概述】

开展检查检验结果互认工作有助于减少不必要的重复检查检验。按照国家法律法规和行业规范，建立机构内的检查检验结果互认工作管理制度，包含人员培训、工作流程等内容，并落实。能够为医务人员进行检查检验互认提供必要的设备设施及保障措施。

【细则】

3.401 按照国家法律法规和行业规范，建立检查检验结果互认工作管理制度。（1分）

3.402 组织员工进行培训，并有规范的工作流程及记录。（2分）

3.403 配置有与互认工作相匹配的，有效、便捷的设备和设施，并定期反馈使用情况。（2分）

九、输血管理与持续改进（20分）

（一百二十九）落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供24小时输血服务的能力，满足临床工作需要。

【概述】

医院按照相关法律法规和规范建设输血科或血库，人员配置、布局和设施设备应当达到相关标准，建立相关制度和规范，建立储血供血机制，提供24小时输血服务。

【细则】

3.404 落实《中华人民共和国献血法》《医院临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关法律法规和工作规范要求，成立临床用血管理委员会，制定本院临床用血管理制度并落实。（2分）

3.405 按照有关法律法规和工作规范要求，设置输血科或血库，人员配置、布局和设备设施满足医院输血工作需要。（1分）

3.406 明确输血科各岗位职责，员工履职能力符合要求。（1分）

3.407 具有提供24小时输血服务的能力，满足临床需要。（4分）

（一百三十）加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应症和输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。

【概述】

根据法律法规和行业规范制定临床用血质量管理标准，强化人员培训，加强过程管理，严格按照输血适应证开展临床用血，根据行业规范制定符合本院实际的输血技术操作规范并落实，建立合理用血指标体系，规范输血前后评估记录和不良反应报告，促进临床安全、有效、科学用血。

【细则】

3.408 加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应症及术中输血适应症，合理开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。（4分）

3.409 严格掌握输血技术操作规范，促进临床安全、合理、有效、科学用血。（1分）

（一百三十一）建立与麻醉科和手术科室有效沟通，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。

【概述】

加强手术用血管理，积极开展并推广自体输血，建立自体输血标准和规范，开展自体输血质量控制。严格掌握术中输血适应证，合理安全用血。

【细则】

3.410 建立与麻醉科和手术科室有效沟通，制定自体输血的

流程与规范，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分）

（一百三十二）开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。

【概述】

根据行业规范要求制定血液质量管理全流程监控机制并落实，对输血不良反应进行监测、统计和分析，制定防范输血严重危害的预案。制定和落实输血相容性检测制度流程，能有效开展血型评判方式，确保输血安全。

【细则】

3.411 开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。（1分）

3.412 落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。（2分）

【评审方法】

评审专家抽取有输血记录的四级手术病历，分析临床用血、检查检验、影像检查及病理结果质量，核对检查检验结果互认和结果准确性、流程合理性与时效性，病理、检验、影像、输血科医师参与临床诊疗的沟通机制；追溯到相应科室查看现场布局、检查流程、院感防控措施、急救处置条件及技术操作规范，查阅培训资质（包括特殊岗位）、质评与效验结果；检查生物安全、

危险物品管理、消防安全、职业防护及意外处置预案。

表13-标准序号3.378-3.412评审清单（75分/60分）

评审内容	分值	得分
第一步：【病案追踪】		
随机抽取5份不同科室输血记录病历（四级手术、重症救治、血液等相关疾病），分析临床用血、检查检验、影像检查及病理结果质量，核对准确性、规范性预约及报告时效性，院内外检查检验结果互认。		
1.临床用血过程质量。		
（1）查看病历。交叉合血、知情同意（替代方案）、输血适应症、输血量等指标是否与病情符合。追溯输血医嘱开具权限情况。	2分	
（2）输血核查。核查双人核对签名情况、不良反应记录、输血后评价，追溯麻醉记录、手术记录和输血记录中输血量、输血种类等指标。	2分	
（3）追溯输血后疗效评估，检验结果复查及病情再评价记录。	1分	
2.术中输血质量。		
（1）查看术中失血量与实际输血量以及及输血种类情况。	2分	
（2）核查术中输血审核流程以及输血不良反应上报与处置情况。	2分	
（3）访谈麻醉科主任，了解患者自体输血开展情况。	1分	
（4）访谈科主任、护士长，了解急用血调配流程，追溯输血科紧急用血台账以及相关保障机制。	2分	
3.核查检验、检查、病理24小时急诊诊断服务质量及报告时效性（如无急诊项目则另选病历）。	2分	
4.查看检查检验结果院内外结果互认记录。	2分	
5.核查检查检验（含分子生物学、特殊岗位检验）、病理项目操作技师、医师的资质与医院授权系统是否一致；有无上级医师审核签名。	3分	
6.检验、病理和医学影像报告是否及时、准确，科室间沟通是否到位。		
（1）查看5份门诊病历检查、检验、影像、病理结果出具时间。	2分	
（2）查看检查检验、影像、病理等多学科会诊意见与检查检验结果互认记录。	3分	
（3）现场模拟1名急诊患者床旁B超、胸片，追踪医院建立急诊检查沟通机制及绿色通道保障情况，核查检验结果与临床诊断不符时各科室的处置流程。	3分	
7.查看检查、检验、病理等报告危急值情况（若无则另选病历）。		
（1）检查、检验结果报告是否双人核对并签字确认。	1分	
（2）危急值报告、复查、处理、记录是否及时。	2分	

（3）访谈相关人员，了解危急值记录、复述、确认、报告机制。	1分	
第二步：【到检验科/影像科/病理科/脑电图等特殊检查室现场追踪】		
1. 每个科室现场考核1名医师、1名技师、1名护士，了解院内外检查检验结果互认、生物安全、易燃易爆危险化学品存贮、消防、废物处置及泄露处置、放射防护措施、病理标本的处置情况。	3分	
2. 现场核查病原微生物实验室管理是否符合要求。	3分	
3. 访谈临床检验、病理和医学影像科室负责人，了解与临床沟通等卓越服务成效、检查检验结果互认与持续改进决策情况。	3分	
4. 查看检验、病理和医学影像科等检查检验结果及诊断结果解释和咨询服务机制的落实情况。	2分	
5. 核查各科室危急值报告专册登记记录；追溯危急值信息专册登记（包括门诊、检查检验科室、临床科室等环节）信息传递的无缝对接情况。	3分	
6. 随机查看5位患者检查检验、影像、病理结果是否在手机APP上及时显示。	2分	
7. 查看评审期内开展室内质量控制和室间质量评价资料，以及各室内、室间质控评价指标监测趋势图，核查存在问题点改进措施与成效。核查对外委托检测机构的项目清单、医院日常监管和结果的校验。	4分	
8. 查看评审期内科室每月质量安全分析讨论会台账，问题点持续改进落实情况。	2分	
9. 到核医学、脑电图、肌电图等特殊检查室。（3个科室，总分6分）		
（1）科室设置与布局是否合理、分区是否明确，是否符合特殊诊疗技术检查需求。	0.5分	
（2）查看科室诊疗技术操作规范台账，了解定期学习、培训情况，并考核1名人员的知晓情况。	1分	
（3）科主任汇报，包括接触有害物质等职业暴露的防护机制、突发意外事件管理规范与应急预案演练的总结与评价。	0.5分	
第三步：【到输血科现场追踪】		
1. 查看评审期内临床用血状况与数据分析情况。	2分	
2. 查看评审期内临床紧急用血与应急处置台账。	2分	
3. 查阅医院安全用血与临床用血指导的培训、会诊、监管、评价等情况。	2分	
4. 调阅医院成分输血项目清单，核查不同成分血液保存环境与温度实时监控数据。	2分	
5. 查阅输血不良反应监测及输血传染疾病的有效管控台账。	2分	
6. 查看与供血机构的沟通联络与血源保障机制。	2分	

7. 访谈科主任。		
（1）评审期内医院临床用血需求状况分析、相关问题解决举措以及满意度评价。	2分	
（2）访谈2名医师，查看输血管理委员会工作计划、实施及质量改进指标监测、输血管理委员会成员深入临床解决用血需求等日常监管机制的运行情况。	2分	

注：医疗质量安全核心制度（表6）中危急值制度、临床用血制度的评审内容和分值10分；诊疗质量保障与持续改进（表10）中核医学、脑电图、肌电图等特殊检查室的评审内容和分值5分，融入此表中（表13）。

十、医院感染管理与持续改进（45分）

（一百三十三）按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。

【概述】

医院感染预防与控制是医院在依法开展诊疗执业活动和提供医疗服务中必须开展的工作，是医院的基本职责。医院做好医院感染预防与控制工作，必须建立体系完整、功能完善、职责明确、运转高效的医院感染防控组织体系、运行操作规范以及感染相关突发事件应急预案等制度。同时，为使整个体系运行顺畅，能够发挥应有的作用，需要对医院全员进行相关内容的培训和教育。

【细则】

3.413 建立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临

床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。（1分）

3.414 根据国家法律法规、标准要求以及《医疗机构感染预防与控制基本制度》，制定并及时完善医院感染管理和控制制度。（1分）

3.415 医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。（2分）

3.416 医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实，包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。医院员工（含外聘人员）掌握有关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用。（5分）

（一百三十四）按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，控制并降低医院感染风险。

【概述】

开展医院感染监测工作是做好感控管理科学化、精准化的基础与前提。医院应当采取全院综合性监测和目标性监测，长期、系统、连续地收集、分析医院感染的发生、分布及其影响因素等相关数据，建立有效的医院感染监测与通报制度，及时将监测结果反馈科室和报送有关部门，为医院感染的预防和控制提供科学依据。

【细则】

3.417 医院对重点部门、重点环节、重点人群有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。（2分）

3.418 医院对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高危险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。（2分）

（一百三十五）医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。

【概述】

医院有责任和义务承担本机构医院感染监测和报告的职责。医院要明确各级医院感染防控组织职责分工，设计科学规范的监测方案，分析监测结果，并对监测和报告制度的执行情况进行定期监督、检查。针对检查中发现的问题，应提出整改措施并督促临床科室整改到位。

【细则】

3.419 定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程，定期向全院发布感染监测数据，及时将感染监测的数据和分析建议反馈临床科室。（3分）

（一百三十六）消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。

【概述】

消毒、灭菌和隔离工作是医院感染预防与控制的重要措施。消毒与防护用品是医务人员职业安全的重要保障，工作人员应当能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。

【细则】

3.420 医院按照国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。（1分）

3.421 医院提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员应当能够正确使用消毒与防护用品。（2分）

3.422 重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。（2分）

（一百三十七）按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。

【概述】

手卫生是预防与控制医院感染，保障患者和医务人员安全最重要、最简单、最有效和最经济的措施。配备便捷的手卫生设施，为执行手卫生制度提供必要条件，加强手卫生效果监测，提高工作人员手卫生的依从性。

【细则】

3.423 根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。（1分）

3.424 充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性的监测与反馈。（2分）

（一百三十八）根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定，并对员工进行相关培训。

【概述】

医院承担应对传染病的社会责任，应当根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求规范传染病相关管理。

【细则】

3.425 设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律、法规要求。（2分）

3.426 发热门诊应当根据相关要求，在医院的独立区域或独立建筑内设置，具备独立出入口，满足“三区两通道”设置，新建发热门诊外墙与周围建筑间距不少于20米。（2分）

3.427 制定传染病防治（含疫情防控）相关培训和考核制度并落实，可追溯。（5分）

（一百三十九）有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。

【概述】

多重耐药菌是引起医院感染的重要病原体。建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序是预防和控制多重耐药菌引发的感染及其传播的重要措施。多重耐药菌感染管理涉及医院感染防控、抗菌药物应用与管理、微生物检测、感染诊疗及护理等多个专业，应当建立多部门共同协调管理制度。通过应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导，促进临床合理使用抗菌药物。

【细则】

3.428 根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序。针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防与控制等环节，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协调机制。（1分）

3.429 定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。（1分）

（一百四十）建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。

【概述】

侵入性器械/操作相关感染防控制度指诊疗活动中与使用侵入性诊疗器械相关的感染预防与控制活动的规范性要求。医院通过建立侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，便于快速找到对应解决的防范措施。

【细则】

3.430 医院有建立侵入性器械/操作相关感染防控制度；侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。（2分）

（一百四十一）按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。同时，加强对相关人员的培训。

【概述】

实现医疗废物无害化、减量化、资源化是医疗废物管理的目标。医院应当建立医疗废物管理责任制、健全组织架构、完善制度流程，规范管理医疗废物的分类收集、运送和暂存，落实职业防护，保障安全。

【细则】

3.431 按照有关法律法规，建立医院医疗废物管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作流程，落实岗位职责。（1分）

3.432 医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范，对从事分类收集、运送、暂存等工作人员采取的职业防护

措施符合规范。（3分）

3.433 加强对相关人员的培训。对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员，根据岗位需要进行有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面的培训。（2分）

（一百四十二）医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。

【概述】

有健全的医疗废物、废液管理制度及应急预案。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。使用后未被污染的一次性塑料（玻璃）输液瓶（袋）的回收与处置符合要求。

【细则】

3.434 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。（1分）

3.435 污水管理和处置符合规定。（1分）

【评审方法】

评审专家前往发热门诊（或肠道门诊、传染病门诊）检查布局与流程，模拟接诊发热病例或肠道感染性疾病病例，核查员工防护、处置、报告程序，追踪消毒、灭菌、隔离及洗手设施，随机抽取1名工作人员手卫生考核；查看重点部门院感防控措施，核查医疗废物分类及全程管理，随机考核员工操作，核查培训效果；查看医院感染每月各类监测分析报告（包括侵入性操作、多

重耐药），追踪监测结果与风险应对的持续改进措施、管理、多部门合作机制及成效。

表14- 标准序号3. 413- 3. 435评审清单（45分）

评审内容	分值	得分
第一步：【现场追踪】		
评审专家前往发热门诊或肠道门诊、传染病门诊。模拟接诊1例发热病例或肠道感染性疾病病例。		
1. 核查发热门诊或肠道门诊、传染病门诊布局、流程。		
（1）发热门诊是否独立设置（含与周围建筑间距不小于20米等）。	1分	
（2）医院标志性建筑物外与重要路口有无发热门诊等醒目的标识与指引。	1分	
（3）引导标识是否醒目，就诊告示、防护提示、接诊范围、就诊路线等内容是否清晰明了。	1分	
（4）候诊环境是否整洁，接诊人员着装是否规范，预检分检是否正确，患者防护与沟通指导是否到位，通道标识醒目是否正确。	2分	
（5）就诊是否按序按类规范，标准预防与一级预防是否执行到位，手卫生设施是否齐全，有效洗手是否执行到位，传染性疾病诊治告知是否清晰正确。	2分	
（6）门诊传染性疾病患者是否实行全封闭管理，是否设有检验、检查、缴费、CT等特殊检查专用区域，是否存在患者超越传染性疾病诊治区域隔离带的情况。	2分	
（7）查看评审期内传染病报告登记台账，追溯报告的时效性、处置的有效性、患者去向的合理性。	1分	
（8）核查科室传染病漏报、误报情况与持续改进记录。	1分	
2. 前往感染性疾病隔离留观区或感染性疾病病房追踪消毒、灭菌、隔离、医疗废物处置工作。		
（1）随机跟随1例疑似传染病患者，查看护送途中患者防护措施的准确性，三区两通道的合理使用，以及感染性疾病救治区域设置、布局和消毒隔离措施落实情况。	2分	
（2）随机抽取1名员工，考核1项操作（含侵入性操作），核查防护用具使用，三级预防实施，消毒隔离落实，感染性疾病管理和知识的知晓等情况。	2分	
（3）追溯科室医疗废物的源头分类，定区域、定量、定类别储存，院内医疗废物密闭转运规定等情况。	1分	

3. 跟随医疗废物运送员，前往医疗废物暂存点，追溯医疗废物全程管理。		
（1）跟随医疗废物运送员。追踪运送员防护用具穿戴、运输车辆密闭管理、运输路线、运输途中（含电梯）障碍及意外情况的处置，以及到达医院储存点的交接情况。	1分	
（2）查看双方交接流程、分类存储、交接记录。	1分	
（3）查看医院医疗废物集中暂存点的管理。是否分区分类存放，盛放容器标识是否清晰、破损，密闭是否限时储存，通风、防蚊、防虫、防鼠等环境管理是否符合要求。	1分	
（4）访谈医疗废物集中管理点工作人员，了解医院医疗废物产生的高风险科室，医疗废物分类、存储、运输要求以及近期参加培训情况。	1分	
（5）现场考核1名员工职业暴露的应急处置情况。	1分	
4. 前往医院污水处理站，查看医院污水处置分布图与处置流程，监测日志，危化品的分类、使用、储存，医院污水余氯等监测指标的日常监管记录，以及医院医疗污水排放合规性评价情况；追溯医院有无排污许可证。	2分	
第二步：【到医院感染管理中心查阅资料】		
1. 查看评审期内医院感染管理委员会会议议题。	1分	
2. 查阅评审期内医院感染简讯/质量月报、年报及持续改进情况。	2分	
3. 查看每月（季度）全院院感质量讲评会内容及持续改进情况。	1分	
4. 查阅医院感染简讯/质量月报和全院院感质量讲评内容融入绩效考核方案的执行情况。	1分	
5. 查阅评审期内院感部门参加医疗行政查房记录、问题清单及持续改进措施与效果。	2分	
6. 查阅评审期内院感质量控制指标改进的方法、措施与效果，包括院感监测横断面调查，合理用药指导、多部门联合指导机制等。	3分	
7. 随机抽查1个月的感染简讯/质量月报中反映问题的持续改进追踪及其半年以上改进成效。	2分	
8. 随机抽查2个重点监测部门感染控制小组工作记录和持续改进情况。	2分	
9. 随机抽查2个重点监测部门对高危因素开展自我检查和自我改进的措施案例（如QI/QCC）。	2分	
10. 随机抽查医院周会对院感关键指标及其完成情况的发布与公示情况。	1分	
11. 查阅评审期内全院年度可避免院感相关死亡率（指标）逐年下降的数据监测、原因分析、改进措施。	1分	

12. 查阅评审期内医院感染及传染病防治（疫情防控）全员培训、技能考核、应急预案的演练情况。	3分	
13. 访谈分管院领导，了解评审期内医院传染性疾病爆发流行的模拟演练情况与总结、问题点的改进措施与成效，是否纳入医院年度工作计划。	1分	

第三章　医院管理（210分）

一、管理职责与决策执行机制（25分）

（一百四十三）制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。

【概述】

章程是医院依法自主办院、实施管理、履行公益性的基本纲领和行为准则。医院应当以章程为依据，制定内部管理制度及规范性文件、提供医疗卫生服务、建立管理机制，不断满足人民群众的健康需求，增强人民群众看病就医的获得感和医务人员职业荣誉感。

【细则】

3.436 制定医院章程，建立健全医院内部治理体系、议事规则、办事程序，提高医院运行效率。（1分）

（一百四十四）公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。

【概述】

切实加强党对公立医院的领导，是健全现代医院管理制度，推动实施健康中国战略的举措。公立医院应当在章程中明确党委

职责，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施，支持院长依法依规独立负责地行使职权。院长在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。

【细则】

3.437 在章程中明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用。（1分）

3.438 实施党委领导下的院长负责制。（1分）

3.439 健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。（1分）

（一百四十五）医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。

【概述】

医院应当根据其功能、任务，设置合理的管理机构，满足管理工作需要，部门职能、职责划分明确，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定并动态完善各项规章制度，理清员工在落实制度时的职责。各级管理人员按分工履职，部门、科室之间有连贯的、畅通的沟通和协调机制。各部门和科室命名符合相关要求。

【细则】

3.440 根据其功能、任务，设置合理的管理机构，部门职能、

职责划分明确，各部门和科室命名规范，与医院文件一致。（2分)

3.441 各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制，履行协调职能，提高工作效率。（1分）

3.442 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度，并及时修订完善。（1分）

（一百四十六)重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。

【概述】

医院文化是医院生存和发展的内在推动力，是提高医院核心竞争力的动力源泉。优秀的医院文化能够凝聚人心、促进创新，提高医院的服务质量和服务效率，推动医院可持续发展，从而提升医院员工和人民群众的获得感。医院应当将医院文化建设以愿景、使命和价值观为核心，延伸至医院的发展战略和长远目标，贯穿于医疗服务、队伍建设、学科建设、制度建设、学术研究、党建群团工作、安全生产、品牌形象、健康宣教等方面。

【细则】

3.443 重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力。（1分）

3.444 逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。（2分）

3.445 加强三级公立医院绩效考核管理及结果运用，不断提升医院核心竞争能力。（10分）

（一百四十七）医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。

【概述】

树立全员学习、终身学习理念，鼓励员工通过多种形式和渠道参与终身学习，积极推动学习型医院建设，将终身学习作为医院文化建设的重要组成部分。健全医院培训制度，定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。

【细则】

3.446 医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育，有考核机制，员工知晓。（1分）

（一百四十八）加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。

【概述】

院务公开是构建和谐医患关系、促进医院科学管理和解决群众就医热点、难点问题的一项重要措施。医院应当按照国家有关规定加强院务公开管理，落实职工群众知情权、参与权、表达权、监督权。

【细则】

3.447 加强院务公开管理，有指定部门、工作制度与程序。（1分）

3.448 按照国家有关规定向社会及员工公开信息。有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。（2分）

二、医德与行风管理（20分）

（一百四十九）医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

【概述】

医务人员的职业道德，是医务人员应当具备的职业品质和行为规范。医院应当深入开展全员职业道德、法制纪律教育，切实提高干部职工职业道德水平，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

【细则】

3.449 医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，在医院工作中予以体现。坚持“以患者为中心”的理念，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。（1分）

3.450 定期对全员进行职业道德、行业作风及廉洁自律警示

教育。（1分）

3.451 将《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》纳入岗前培训、业务培训、入职晋升前培训等，确保全员覆盖、全员知晓。（1分）

（一百五十）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。

【概述】

行风建设关系到医疗行业面貌，关系到医疗服务水平和服务质量，关系到广大人民群众基本健康权益。医院应当建立并完善行风建设与管理的制度体系和工作机制，加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，建立对医务人员规范有效的激励和约束机制。

【细则】

3.452 建立行风建设与管理的组织体系，有明确的职能主管部门负责行风监管与考核。（1分）

3.453 建立行风管理、考评、奖惩和公示等相关制度，有行风考评方案和量化标准并落实。（2分）

3.454 建立重点岗位、重点人员轮岗制度并落实。（1分）

3.455 贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》和《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。（1分）

3.456 建立全员行风考评档案，有多部门共同参与行风建设与管理考核及结果共享机制。（1分）

3.457 建立行风监督管理台账，定期开展自查自纠工作。（2分）

3.458 将行风监管考评结果与干部聘任、晋职晋级、绩效评价、评先评优等直接挂钩。（2分）

3.459 开展清廉医院建设，建立清廉医院实施方案，明确责任分工、定期实施效果评价，形成长效机制。（2分）

3.460 加大廉洁文化宣传力度。运用多种媒介形式，推送医德医风及廉洁从业教育内容，弘扬廉洁文化。（1分）

3.461 加强医疗行为监管，规范合理使用医保基金，推进合理诊疗、合理用药、合理检查、合理收费并定期点评公示。（2分）

3.462 建立重点环节监控机制，对药品设备耗材使用情况进行实时监控、预警、点评，对排名靠前且无正当理由的，根据行为性质，进行约谈、调岗、核减绩效或暂停处方权。（2分）

【评审方法】

评审专家抽取年度工作计划中的一项重点工作，对照医院规划与章程追踪决策执行程序和党委会或院长办公会议讨论情况，查阅执行部门的时限、流程与效果；根据投诉线索核实医德行风情况；查看医院培训制度，从培训计划中抽取3项以上学习内容，追踪部门和个人的落实情况。

表 15- 标准序号 3. 436- 3. 462 评审清单（45 分）

评审内容	分值	得分
第一步：【查阅资料】		
1. 查看医院党委会审定的年度工作计划，并随机抽取1项重点工作，追踪有无院务会落实的讨论议程和具体实施措施；查看会议发言记录，院长对此项工作有无部署安排、分配工作任务，提出具体要求；分管院领导有无执行方案及具体工作布置；相关职能部门有无部门工作任务及完成时限，明确目标要求与协调机制。	3分	
2. 查看年度财务预算，有无该项工作的资金预算与安排。	2分	
3. 查看该工作的进度表（清单）、执行情况、公示（院务公开）。	2分	
4. 查阅医院职代会通过的章程与医院内部决策执行机制，党委会、院务会议事规则。查阅医院管理组织机构设置的规范性与合理性、岗位职责与协调机制、体系建设与规章制度。	3分	
5. 调阅评审期内三级公立医院绩效考核国家监测指标的反馈成绩。医院有无原因分析、改进措施、实施效果评价。	10分	
第二步：【现场追踪】		
1. 到党办/院办信访办/纪检监察室/行风办各抽取评审期内投诉或处理案件1例以上。		
（1）首接部门有无接收记录、核实情况并上报、回复。	1分	
（2）查看相关科室与行政管理部门的分析讨论与处理意见。	1分	
（3）查看处理意见是否纳入个人医德考评。	2分	
2. 查看评审期内清廉医院与医院文化建设，建立行风监管机制，全员学习培训制度，职业道德教育与实施措施。		
（1）对照清廉医院实施方案，查阅定期效果评价的台账。	1分	
（2）对照医务人员医德考评制度，查阅医院医德考评、行风建设监管台账，奖惩机制的落实情况。	3分	
（3）抽取评审期内某年度医保基金台账，追溯合理诊疗、合理用药、合理检查、合理收费等医疗行风监管措施落实情况。	2分	
（4）查阅重点环节（药品、设备、耗材等高风险因素）监控机制情况，以及对排名前5的不正当行为进行约谈、调岗、核减绩效或暂停处方权等机制落实情况。	3分	
（5）追溯廉洁从业宣传教育、清廉医院与全员行风监管定期点评与公示情况。	3分	
（6）核查《廉洁从业九项准则》与重点岗位、重点人员轮岗制度的落实。	2分	
（7）核查全员学习培训机制、职业道德教育与实施措施落实情况。	2分	

3. 随机抽取行政部门、后勤部门、临床科室各1个，查看该部门科室参加培训的记录。	2分	
4. 查看全员学习培训体系、计划落实、学习方式、培训内容、效果评价与激励措施，以及牵头部门组织培训的记录。	2分	
5. 访谈各部门各1名工作人员，了解其对该培训内容的知晓情况。	1分	

三、人力资源管理（20分）

（一百五十一）建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。

【概述】

人力资源管理是医院管理的重要内容。管好人才，在于定岗科学、职责明确，充分发挥人的主观能动性，让员工能够在医院发展的同时，感受到个人的能力成长。同时，医院的人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。

【细则】

3.463 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度，设置人力资源管理部门。（1分）

3.464 人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。（2分）

（一百五十二）有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术人员档案。

【概述】

卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系应当以公开透明为基本原则。医院采用科学的评估机制，为专业

技术人员建立档案。

【细则】

3.465 有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系。建立专业技术人员档案，包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。（3分）

（一百五十三）贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。

【概述】

公立医院应当加强行政领导人员的职业化培训，建设一支高素质领导人员队伍。

【细则】

3.466 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》。（1分）

3.467 加强公立医院行政领导人员职业化培训。（1分）

（一百五十四）有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分，推动员工的全面发展。

【概述】

教育培训是建设一支素质能力优良的人才队伍，营造良好的人才发展环境，保障医院高质量发展的重要措施。医院应当加强岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育等教育培训工作，完成政府指令性培训任务，把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。

【细则】

3.468 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度；有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。（2分）

3.469 把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容；把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待。面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待。（2分）

（一百五十五）贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。

【概述】

员工安全是医院发展的基础，保障员工安全是医院的基本义务。医院应当梳理可能发生职业危险的场所、过程，通过员工培训，配置相应的设备设施防范职业工作对员工的伤害，制定相应的应急预案。

【细则】

3.470 按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等法律法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等，职工上岗前进行职业安全防护教育，有培训和考核制度。（1分）

3.471 医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。（1分）

（一百五十六）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。

【概述】

医院应当积极关心员工的身体和心理健康状态，及时开展对员工身体和心理健康的评估，落实保障员工健康权益的措施。

【细则】

3.472 关注员工身体和心理健康。（1分）

3.473 保障员工合法健康权益。（1分）

（一百五十七）医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重

要依据。

【概述】

落实院科两级管理，制定科室目标责任状，根据医院、科室发展要求和科室现状，对科室医疗质量管理提出量化的具体要求，并作为科室主任聘任、晋升、评先评优的重要指标和医师定期考核晋升的重要依据。

【细则】

3.474 将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。（2分）

3.475 将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。（2分）

【评审方法】

评审专家抽取院务公开中1项卫生技术人员职称聘用或者中层干部聘用公示，追踪医院考评机制、培训、激励、关爱等情况；在院内多点查看在岗人员的身份识别（包括流动人员），追溯人员的来源（包括短期来院人员）与管理措施，查看排班表、在岗情况；从已经完成的培训目录中选取3项到相关科室核查培训及其效果。

表16- 标准序号3.463- 3.475评审清单（20分）

评审内容	分值	得分
第一步：【到人力资源部】		
1. 抽取评审期内1项卫生技术人员职称聘用或者中层干部聘用档案。		
（1）查阅该项医院技术人员/中层干部需求报告、职称聘用或干部聘用文件。	1分	

（2）查阅考评机制。获取相应资格、考核评价、专家委员会的评审、党委会/院长办公会会议记录、公示材料等。	1分	
（3）核查该项专业技术人员/中层干部档案，是否根据岗位职责、技术能力/管理能力定期实施聘用、授权和再授权管理。	1分	
2. 培训机制。		
（1）查阅医院员工教育培训计划。	1分	
（2）查阅行政领导人参加职业化培训记录。	1分	
（3）抽取专业技术人员档案5份（岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务），专业技术人员培训考核结果是否纳入师资资格、晋升、评先评优范围。	1分	
（4）核查住院规培落实“两个同等”情况。在招聘、职称、薪酬、岗位聘用是否与专业学位硕士研究生同等对待。核查应届毕业生在招聘、派遣、落户等同等对待落实情况。	1分	
3. 激励机制。		
（1）查看院科两级综合目标量化考核结果。	1分	
（2）医疗质量考核结果是否纳入科主任年度考核以及晋升晋级、评先评优范围。	1分	
（3）医疗质量年度结果是否纳入医师定期考核、晋升范围。	1分	
4. 关爱机制。		
（1）查阅评审期内员工职业安全防护事件的处置备案。	1分	
（2）查阅医院员工岗前培训、安全防护教育与职业暴露处理应急预案。	1分	
（3）是否提供员工舒缓减压、锻炼等维护身体和心理健康的场所、设备设施。	1分	
第二步：【查阅全院员工身份识别与岗位管理】		
1. 查阅医院员工身份识别的管理办法。	0. 5分	
2. 前往行政、后勤、临床等楼栋入口处，选择8: 00前、10: 00、16: 00等时间点查看员工身份识别（包括流动人口）情况。	1分	
3. 前往发放身份识别标识的行政管理部门追溯人员来源（包括短期来院人员）情况。	1分	
4. 随机抽取行政部门、后勤班组、临床科室，对照排班表查看员工在岗情况。	1分	
第三步：【到相关科室查阅培训实施情况】		
1. 前往医务部、护理部、教学部抽取3项培训项目实施方案。	1分	
2. 查看医务部、护理部、教学部是否制定并实施培训计划，培训计划是否包含培训内容、培训方式、培训时间、培训师资、培训后评价等	1分	

内容。		
3. 查看以上3个部门是否有培训学员考勤、签到记录。	0. 5分	
4. 查看以上3个部门是否将员工培训获得的资格证书纳入员工档案。	1分	

四、财务和价格管理（25分）

（一百五十八）执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度。

【概述】

医院财务管理是医院业务管理的重要组成部分，涉及到医院的各个业务环节。加强医院财务管理对促进医院健康发展具有重要作用。

【细则】

3. 476 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，会计核算规范。（1分）

3. 477 人员配置合理，岗位职责明确。（1分）

3. 478 三级公立医院实行总会计师制度。（2分）

（一百五十九）按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。

【概述】

建立健全全面预算管理是现代医院管理制度的重要组成部分。预算管理有助于规范公立医院经济运行，提高资金使用和资

源利用效率。医院应当规范编制预算，落实预算相关工作，加强预算管理、监督和绩效考评。

【细则】

3.479 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分）

3.480 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，实行全面预算管理，医院所有经济活动全部纳入预算管理，加强监督和绩效考评。（3分）

（一百六十）实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。

【概述】

全成本核算管理通过细分的项目来分析收支，不仅能够帮助单个医院找到成本控制点、优化资源配置，也有助于分析亏损原因，为财政补偿提供依据，降低财务风险，提高医疗资源利用效率。

【细则】

3.481 实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。（3分）

（一百六十一）落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收

费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。

【概述】

加强医院内部价格行为管理，有助于促进卫生健康事业改革和发展，维护患者与医院的合法权益。医院的医疗服务价格遵循相关规定并向社会公开，确保价格信息准确，新增医疗服务价格项目有规范的管理流程。

【细则】

3.482 确保医院内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。（1分）

3.483 全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。（1分）

3.484 完善医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录，及时纠正不规范收费行为。（3分）

3.485 确保医药价格管理系统信息准确。（1分）

3.486 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。（1分）

（一百六十二）执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。

【概述】

医院的货物、服务和工程等采购行为，应当遵守相关法律规

定，集中采购有规范的流程。

【细则】

3.487 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、工程、服务等采购制度和流程。（1分）

3.488 有采购管理部门和监督部门，实行采购的决策、实施和监督相分离，加强集中采购管理。（1分）

（一百六十三）对对外委托服务项目的质量与安全实施监督管理。

【概述】

对外委托服务是医院根据自身条件和发展方向，将有限的资源关注于医院重点发展方向，对一些非医疗专业性的工作实施外包，从而节约相关资源的服务。医院应当对外包服务商的能力、服务质量有全面的评估，并对与本院医疗服务有连续性关联的委托项目有严格的质量监控措施。

【细则】

3.489 对对外委托服务项目的质量与安全实施监督管理，有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。（1分）

（一百六十四）医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。

【概述】

建立以公益性为导向的绩效分配制度，坚持同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配原则，有步骤的合理提高员工待遇。

【细则】

3.490 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。（3分）

【评审方法】

评审专家抽查某项预算，查看预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核情况；抽查某项采购物资或设备或使用排名前三的高值耗材，追踪招标/采购管理全过程；抽查某项外包服务项目，追踪协议落实情况；查看一个行政部门、后勤部门、临床医技部门的全成本核算与分配管理制度落实情况及成效；随机抽取某项新增医疗服务项目，追踪内部价格审核、公示、自查管理情况。

表17-标准序号3.476-3.490评审清单（25分）

评审内容	分值	得分
第一步：【前往行政管理部门】		
【财务部】		
1.从医院预算清单中抽取1项预算项目。		
（1）查看该预算编制，申请报告、预算依据、预算项目、实施计划是否按程序审核签字。	1分	
（2）查看该预算的方案落实、预算执行、全程监管、超预算的合规性评价、相关专题讨论会与职代会决议。	2分	

2. 查看合同协议执行情况，核查被抽查的采购物资或设备采购项目付款与合同履行情况。查看被抽取的外包服务付款与协议执行情况。	2分	
3. 到成本核算办公室查阅某年度1个行政部门、后勤部门、临床医技部门全成本核算表与绩效分配表，查看酬劳绩效分配日常接待与沟通记录。	2分	
4. 访谈成本核算办公室负责人，了解医院绩效与酬劳分配机制和运行情况。	1分	
5. 访谈总会计师，了解医院经济事项决策、全成本核算与医院运营、医疗服务价格等监管情况。	2分	
【物资采购部门】		
1. 从医院物资设备耗材清单中抽取1项。		
（1）查看该采购项目的需求与论证报告、招标公告与招标书、招投标会议记录；核查合同书；核查“三证”（生产许可证、产品合格证和质量保证书）与条码。	1分	
（2）查看该项目临床应用的质量与安全监管记录。	1分	
2. 访谈物资供应部门负责人，了解医院物资设备耗材招投标、采购与监管策略情况。	1分	
【外包项目管理部门】		
抽取1项外包项目。		
1. 查看该项目议标程序与会议记录、外包协议（服务范围、工作要求、服务质量保障等）等情况。	1分	
2. 查看外包公司对该项目日常巡查、督导与改进记录。	1分	
3. 查看医院对该外包项目日常管理与监管记录，其评价结果是否纳入医院绩效考核管理。	1分	
【物价管理部门】		
从医院新增服务项目清单中抽取1项。		
1. 查看申请需求与调研报告。	1分	
2. 查看物价部门批示回复文件，是否并向全院进行公示。	1分	
3. 查看物价办对该项目的日常督导记录。	1分	
第二步：【到临床部门】		
1. 抽查1个临床医技科室。		
（1）查看科室全成本核算运行、二级分配方案、员工绩效酬劳分配情况。	1分	
（2）追溯所采购的物资设备耗材与购置合同的符合性。	1分	
（3）查看新增医疗服务项目日常收费自查记录。	1分	

2. 员工访谈。		
（1）访谈3名员工，了解其对医院全成本核算方案与科室二级分配机制的满意情况，是否体现同工同酬、多劳多得、优绩优酬，个人收入是否与业务收入挂钩。	1分	
（2）访谈护士长，了解外包服务项目的质量与运行监管机制评价情况。	1分	
（3）访谈科室负责人，了解所采购物资设备耗材临床应用的质量、售后服务、不良事件的应急响应情况。	1分	

五、信息管理（25分）

（一百六十五）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。

【概述】

信息化建设是现代医院管理不可或缺的部分。医院应当不断提升信息化建设水平，完善信息化建设管理组织架构，根据信息化建设标准与相关规定，制定与医院发展相适应的信息化建设规划，加强各部门间的信息化协同联动。

【细则】

3.491 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，承担信息化建设规划和管理的行政管理职能。（1分）

3.492 制订信息化发展总体规划，强化顶层设计，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。（2分）

3.493 建立各部门间的组织协调机制，制定信息化建设配套的相关管理制度。（1分）

（一百六十六）医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。

【概述】

随着信息技术的发展及医院运行机制的转变，医院信息系统已成为现代化医院必不可少的重要基础设施与支撑环境。医院应当依托信息平台，加强信息系统标准化、规范化建设，强化数据的协同共享，实现临床与管理系统间的互联互通。

【细则】

3.494 医院信息系统能满足临床业务需求，为医院管理提供信息技术支撑，并能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息。（3分）

3.495 医院信息系统能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。（3分）

3.496 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。（3分）

（一百六十七）强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。

【概述】

医疗质量管理相关数据信息是开展医疗质量管理与控制工作的基础。随着医疗质量管理工作科学化、精细化程度的提高，

传统的数据采集方法已经不能满足当前三级医院医疗质量管理工作的需要。利用信息化手段快速准确的获取相关数据是适应现代医院管理要求的必要条件。

【细则】

3.497 基于电子病历的医院信息平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求，功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求，技术符合《医院信息化建设应用技术指引（2017版）》的要求。医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所需的数据信息，数据符合《全国医院数据上报管理方案》《全国医院上报数据统计分析指标集》要求。（1分）

（一百六十八）对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改进。

【概述】

医疗质量管理是一个连续的、持续改进的过程，需要定期进行评估，以便明确当前工作情况，及时调整下一步工作方向和重点，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施。对医疗质量信息数据开展内部验证，是保障质量信息数据真实、可信、有效、可用的重要方法，是为医院决策层提供科学支持的基础。

【细则】

3.498 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。（1分）

3.499 对医疗质量信息数据开展内部验证，并及时分析和反馈。（1分）

3.500 对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。（1分）

（一百六十九）落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，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。

【概述】

信息安全是医院管理和医疗质量管理的核心内容。医院应当根据相关法律法规，制定本院信息管理制度，建立和完善突发事件处置相应机制，保护患者隐私，规范信息系统运行。

【细则】

3.501 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。（2分）

3.502 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。（2分）

3.503 医院定期对信息系统开展信息网络检查，保障信息安全。（2分）

（一百七十）根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。

【概述】

医院应当按照有关行政部门要求，及时、准确上报相关数据，并确保数据真实可靠，上报工作有记录可追溯。

【细则】

3.504 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门的相关规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作。（1分）

3.505 有内部数据核查制度，确保数据真实可靠、可追溯。（1分）

【评审方法】

评审专家门诊跟随1名患者就诊，核实智慧服务；在门诊医生工作站核实门诊电子病历、合理用药管理等情况；考核门诊医师信息突发事件响应处理流程；至病区进入医生/护士工作站系统，核实基本系统是否实现医疗信息互联互通，电子病历是否结构化、智能化等；访谈医务部、护理部、病案室负责人，了解基于电子病历医院信息平台是否能满足质量管理与控制工作需求；现场查看信息等级保护证书、容灾备份、网络安全、机房建设、信息运行维护记录及与各部门的协调机制记录和医院信息化建

设发展规划和年度工作计划。

表18- 标准序号3. 491- 3. 505评审清单（35分/25分）

评审内容	分值	得分
第一步：【到门诊大厅】		
1. 跟随1名患者就诊，查看智慧服务措施的现场实施情况。		
（1）查看门诊患者挂号指引单。了解医院的途径与方式（互联网、电话、窗口挂号等），查看指引内容（就诊地点、科别、医师与级别、就诊时间段等）。	1分	
（2）核查门诊电子病历结构化的落实情况。查看患者基本信息、疫情或传染病史、主诉、既往史与过敏史、现病史与体格检查、初步诊断、处置（检查检验、用药）、健康告知(二维码)、医生签名（工号）、就诊时间等信息与患者病情的符合性。	1分	
（3）查看门诊医生工作站合理用药技术支持情况，包括超剂量、超品规用药等超说明书用药的提示与监控情况。	1分	
2. 模拟演练医院信息系统宕机或停电，了解看诊医生的处置流程。		
（1）查看解释、安抚患者情况，以及是否迅速通知相关部门与人员出现故障情况。	1分	
（2）查看是否运用纸质手工单继续完成患者诊疗。	1分	
（3）了解参与该预案的培训与演练，并追溯门诊系统该紧急事件应急处理预案的落实情况。	1分	
第二步：【到病区】		
1. 随机抽取1名住院患者，进入医生/护士工作站系统。		
（1）输入患者住院号，核查HIS系统、PACS系统、病理追溯系统、手麻系统等相关信息的互联互通情况。	1分	
（2）查看护理医嘱处理与诊治措施落实的智能化情况。	1分	
（3）输入患者诊疗卡号，核查门诊就诊、随访等信息的互联互通情况。	1分	
（4）查看该患者诊疗信息公示栏脱敏、匿名、产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节的连续性、溯源性等安全管理情况。	1分	
2. 核实电子病历建立、记录、修改、使用情况。查看是否有嵌入科室的临床路径、临床诊疗指南、技术规范和用药指南，发挥临床诊疗决策支持功能。	2分	
3. 抽取1名科室质控员演示病案质量控制步骤与流程，验证是否满足临床病历质控功能需求。	1分	

4. 考核医护各1名，核查对信息系统操作权限、分级授权、发生或者可能发生患者诊疗信息泄露、毁损、丢失等情况时补救措施和报告流程的知晓情况。	1分	
5. 考核3名员工（医、护、进修/规培/研究生/临聘等），核查对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等信息安全的知晓情况。	1分	
6. 访谈科主任、医师、护士各1名，了解医院信息管理部门对临床科室开展信息技术或项目的培训与指导情况，以及科室电子病历相关技术日常维护机制落实情况。	2分	
第三步：【追溯信息安全与病案管理质量】		
1. 查看信息系统建设布局分区是否科学，了解门禁安全管理、室内温湿度控制、硬件设施日常巡查与评价记录等情况。	2分	
2. 查看信息系统容灾备份运行状态，调阅并校验评审期内容灾备份数据；调阅科室每月信息系统安全与质量改进分析讨论情况。	3分	
3. 查看评审期内全院信息系统宕机等突发应急事件日常模拟演练台账；追溯医院整体组织协调能力、应急与处理机制、重要窗口纸质手工单据等物资准备等情况，是否建立信息系统恢复前患者诊疗不受影响的安全保障体系。	2分	
4. 查看信息等级保护证书。	1分	
5. 追踪医院病案系统管理情况。		
（1）医院病案系统是否满足基本信息采集，查看医疗质量指标数据统计与分析、电子病历数据安全存储和备份管理情况。	1分	
（2）获取患者信息有无实行授权管理，诊疗和管理工作以外的人员是否依据法律规定获取患者信息等。	1分	
（3）模拟借阅、复印或复制病历资料，查看防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露的相关举措情况。	1分	
6. 访谈3名员工（工程师、管理员、科主任），了解网络安全维护机制，临床用药等医疗质量指标的收集、核查、预警与保密，全院信息系统安全运行保障、监管策略与授权管理机制等情况。	3分	
7. 访谈医务部、护理部、病案室负责人，了解临床应用技术质量监测指标或临床指南应用平台开发与需求，PDA应用技术或移动护理上线等支持技术，全院运行病历实施在线质控与评价体系的建设情况。	3分	
8. 访谈分管院领导，了解评审期内医院信息系统宕机等紧急事件日常演练的总结与评价情况；相关问题是否纳入医院信息化建设中长期发展规划和年度工作计划。	1分	

注：医疗质量安全核心制度（表6）中病案管理、电子病历、信息安全制度的评审内容和分值10分，融入此表中（表18）。

六、医学装备管理（25分）

（一百七十一）根据法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。

【概述】

规范和加强医疗卫生机构医学装备管理，有助于促进医学装备合理配置、安全与有效利用，充分发挥使用效益，保障医疗卫生事业健康发展。

【细则】

3.506 根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理。（1分）

3.507 制定常规与大型医学装备配置方案。（1分）

（一百七十二）根据医院功能定位和发展规划，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。

【概述】

大型医用设备配置需符合区域卫生规划原则，充分兼顾技术的先进性、适宜性和可及性，实现区域卫生资源共享，不断提高设备使用率。

【细则】

3.508 根据医院功能定位和发展规划，鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。（3分）

3.509 配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。（1分）

（一百七十三）加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。

【概述】

医院应当建立医疗器械临床使用风险管理制度，实行使用安全监测与报告制度，对大型医疗器械以及植入和介入类医疗器械开展临床使用评价，对存在安全隐患的医疗器械立即停止使用，直至隐患消除。

【细则】

3.510 加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。（1分）

3.511 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。（1分）

（一百七十四）加强对医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。

【概述】

医院应当组织开展医疗器械管理法律、法规、规章和合理使

用相关制度、规范的业务知识培训，宣传医疗器械临床使用安全知识，指导临床合理使用，并提供咨询与指导。

【细则】

3.512 加强对医疗仪器设备管理和使用人员的培训，并定期考核。为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。（3分）

（一百七十五）建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。

【概述】

医院应当制订与其规模、功能相匹配的生命支持医疗器械和相关重要医疗器械核查制度，保障医学装备处于完好状态，并对急救的医疗器械建立全院应急调配机制，保证临床急救工作正常开展。

【细则】

3.513 建立保障医学装备处于完好状态的工作制度与规范。（2分）

3.514 急救、生命支持系统仪器装备应当始终保持在待用状态。（3分）

3.515 建立全院应急调配机制。（2分）

（一百七十六）依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。

【概述】

医院应当按照有关法律法规、规范、标准要求，使用经批准的药品、医疗器械、耗材开展诊疗活动，并建立不良事件监测报告制度，按照国家有关规定，及时向相关部门报告。

【细则】

3.516 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源管理。（2分）

3.517 医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。（2分）

（一百七十七）医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理。

【概述】

医学装备管理实行机构领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备管理委员会。医学装备使用部门设专职或兼职管理人员，在医学装备管理部门的指导下，具体负责本部门的医学装备日常管理工作。

【细则】

3.518 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。医学装备部门建立质量安全小组。医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。（3分）

七、后勤保障管理（25分）

（一百七十八）有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”的理念，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。

【概述】

后勤保障管理组织应当全面、系统、连续对后勤各项工作开展管理和监督落实，从满足医疗服务流程需要来设计、规划、实施和评价后勤保障工作，重视员工合理需求。

【细则】

3.519 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责、应急预案，有培训并落实。（4分）

3.520 后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”的理念，满足医疗服务流程需要；对员工的合理需求，应当尽力予以满足。（1分）

（一百七十九）后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。

【概述】

根据法律法规要求，对后勤专业人员开展必要安全教育和技能培训。特种设备操作人员必须持证上岗，严格按照技术操作规范开展工作。

【细则】

3.521 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，且按技术操作规范开展工作。（2分）

（一百八十）控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。

【概述】

加强水、电、气、热、物资供应等后勤管理，优化服务流程，规范管理机制，强化能耗管控，满足医院运行需要。

【细则】

3.522 控制与降低能源消耗。（3分）

3.523 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。（1分）

（一百八十一）为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。

【概述】

食品安全是医院后勤管理的重点，保障患者和员工身体健康，是维护医院运行的关键前提。后勤管理部门应当按照国家食品卫生要求，切实履行相应职责。

【细则】

3.524 为员工提供膳食服务。（1分）

3.525 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求，保障饮食卫生安全。（2分）

（一百八十二）安全保卫组织健全，制度完善。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。

【概述】

医院安全防范系统建设，旨在预防和减少发生在医院内部的伤害性事件，及时消除医院安全隐患，有效维护正常诊疗秩序，创造良好的诊疗环境，促进卫生事业健康持续发展。

【细则】

3.526 安全保卫组织健全，制度完善，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。（2分）

（一百八十三）医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。

【概述】

医院应当根据相关法律法规，加强安全防范系统建设，提高安全防范能力，配置必要防护装备，健全制度，严格管理。

【细则】

3.527 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。（3分）

3.528 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。（2分）

3.529 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。（2分）。

（一百八十四）为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动等工作的相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。

【概述】

良好的医院环境不但能够保障医疗秩序，促进患者康复，而且能够更好地体现“以人为本”的医院文化。医院应当为患者提供清洁、温馨、舒适的就医环境，符合爱国卫生运动等工作的相关要求。

【细则】

3.530 深入开展爱国卫生运动，落实好医院病媒生物防治、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务，为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境。美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。（2分）

八、应急管理（20分）

（一百八十五）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。

【概述】

应急管理是医院应对可能出现危险灾害的专项工作，包括突发应急事件的事前预防、事发应对、事中处置和善后恢复过程。应急工作充分的准备、快捷的反应、专业的水平和妥善的处置直接关系到人民的生命健康。医院应当建立必要的应对机制，采取一系列必要措施，应用科学、技术、规划与管理等手段，提高医院应急能力，保障公众生命、健康和财产安全。

【细则】

3.531 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系

统。（1分）

3.532 落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。（1分）

（一百八十六）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。

【概述】

医院根据可能出现的突发事件和既往发生的事件，制定完善各类应急预案，并将突发事件预防纳入日常工作管理中。

【细则】

3.533 明确医院需要应对的主要突发事件策略。（2分）

3.534 制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。（2分）

（一百八十七）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。

【概述】

医院应当通过定期培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。同时，演练也有助于考察预案的连续性、落地性，帮助医院持续改进预案内容。

【细则】

3.535 有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实。（5分）

3.536 有相应的考核，确保员工知晓，提高各级、各类人员

的应急素质和医院的整体应急能力。（5分）

（一百八十八）合理进行应急物资和设备的储备。

【概述】

医院应当制订应急物资和设备储备计划，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。

【细则】

3.537 合理进行应急物资和设备的储备。（2分）

3.538 有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。（2分）

【评审方法】

评审专家随机查看大型设备1台，查阅成本效益分析和决策程序，使用、维护、维修情况，核实设备安全质量管理及培训；查阅医疗器械不良事件上报程序及处置情况，核查急救设备设施的维保与状态；抽查特殊工种，核查上岗证书；至库房查看应急物质及设备储备情况，追踪耗材溯源管理及不良事件监测与报告管理；评估停电、停气、停水与火灾等重大突发事件的设备、仪器、物资、人员的紧急调配，多部门配合与应急处置能力；查看膳食服务与卫生及无烟医院情况。

表19-标准序号3.506-3.538评审清单（70分）

评审内容	分值	得分
第一步：【到临床科室与后勤班组】		
【大型设备所在医技科室】		
从医院设备清单当中抽取大型设备1台，前往该设备放置科室。		
1.跟随技术员对1名患者现场实施检查的操作。		

（1）查看身份识别与查对和执行设备操作标准流程（SOP）情况，核查设备运行状况、固定资产标识、维护保养标识等情况。	1分	
（2）查看机器出现故障时现场应急处理情况。	1分	
（3）了解技术员参加培训（时间、内容与证书）的情况。	1分	
2. 访谈科主任。		
（1）了解该设备日常运行状况与成本效益分析情况。	1分	
（2）查看购买该设备决策依据、购置程序、三级维保机制的落实（日常保养、预防性维护、故障处置与应急响应）情况。	1分	
（3）查看科室提供专项培训与培训效果情况。	1分	
（4）查看评审期内大型设备质量安全日常管理与持续改进效果情况。	1分	
3. 查看大型设备日常维保与质量安全分析专册记录、医院大型设备设施故障处理应急预案与日常演练总结情况，设备质量安全问题持续改进是否纳入科室年度工作计划。	3分	
【医院急救点】		
1. 查看急救、生命支持系统仪器装备待用状态。	3分	
2. 查看急救医疗器械紧急转运装备（工具）方便快捷情况。	1分	
3. 查看急救、生命支持仪器设备日常演练、监测数据与紧急调配记录。	2分	
【后勤班组】		
1. 核查3名特殊工种人员其岗位职责与持证的符合性。	2分	
2. 查看相应岗位值班人员操作流程并进行现场考核。	2分	
3. 查看库房物资储存环境通风干燥、分类限量放置、标识清晰醒目等日常管理情况。	2分	
4. 是否设有应急物质储备专用区域、存量、清单和紧急供应物资的绿色保障机制。	3分	
5. 是否设有不合格（含报废）物资存放区域与评审期内不合格（含报废）物资处置清单。	3分	
6. 随机抽取3种耗材（含高值耗材）的条码和溯源操作演示。	2分	
7. 核查食堂膳食供应方式与密闭送餐服务。	1分	

8. 食品储存和加工生熟是否分开、分类别储存，冰柜温度是否进行监控，食品采购是否可溯源。	2分	
9. 查看医院出入口安保人员对进出人员身份识别与解释沟通等履职，以及接受培训情况。	2分	
10. 查看监控室设备运行状况和无死角全方位监控情况（重点区域视频监控全覆盖），调取某重点区域监控实况与录像回放，核查入侵报警系统、出入口监控系统和电子巡查系统设置情况。	3分	
11. 查看环境卫生保洁、爱国卫生运动工作开展与医院控烟管理情况。	2分	
【应急管理现场演练】		
评审专家在医院某个地方电话告知后勤保障部门：临床某科室突发停电/停气/停水/火灾等事件。		
1. 查看后勤相关班组响应时间（含告知科室应急处置措施等）。	2分	
2. 查看医院应急小组成员到达现场时间并进行现场处置，以及相关物资设备人员响应到位情况。了解该类突发事件的整体评估情况。	3分	
3. 查看相关职能部门负责人到达现场时间与处置配合情况。	2分	
4. 查看分管院领导（院长/党委书记）到达现场时间、指挥与部署情况。	2分	
5. 查看相关物资设备设施调配到位时间与合理使用情况。	2分	
6. 查看病人和员工安全转移与转运情况。	2分	
第二步：【到行政管理部门查阅资料】		
1. 查看该大型设备与医学装备管理台账，追踪1台大型设备购置、决策、成本效益分析、培训、维修保养等医学装备管理记录。	3分	
2. 查看医院专职（聘用）保卫人员花名册，医院通讯设施和防护器械台账，安检器具台账，门、急诊和医院重点要害部位安全防护设施台账，是否满足医院治安需要。	2分	
3. 查看医院警务室建设情况，追溯医院制定《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》文件的落实情况。	1分	
4. 查看评审期内医院设备设施、医用耗材、医疗器械不良事件上报、处置与改进成效等资料。	3分	

5. 查看医院控制与降低能耗的日常管理措施及改进成效。	2分	
6. 随机抽查医院消防、安保、危险品的日常巡查记录，核实片区责任管理的落实情况。	2分	
7. 查看全院特殊工种清单（含膳食人员）定期更新情况。	1分	
8. 访谈分管院领导，了解评审期内医院大型设备、医学装备等购置符合医院功能与发展需求；介绍医院停电/停气/停水/火灾等突发事件的日常演练与问题改进情况；对本次现场演练进行点评并提出改进意见。	3分	

注：医院安全秩序管理（表 8）中人员配备、物防设施建设、技防系统建设等评审内容，融入此表中（表 19）。

九、科研教学与图书管理（25分）

（一百八十九）有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果转移转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。

【概述】

科研水平是衡量医院核心竞争力和未来发展能力的重要参考指标，在医院发展过程中起着举足轻重的作用。医院应当建立鼓励全员参与科研工作的制度和办法，并在资源投入上予以实际支持。

【细则】

3.539 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。（2分）

3.540 有促进科研成果转移转化的制度和激励措施。（3分）

（一百九十）开展药物、医疗器械临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》；

开展研究者发起的临床研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》等相关规定。

【概述】

开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究，应当充分考虑受试者权益保护，并加强对相关试验产品以及干预手段的管理，保证研究方案科学、符合伦理，研究过程规范，结果真实、科学和可追溯。

【细则】

3.541 开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定；开展医疗器械临床试验应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范》的相关规定。（2分）

3.542 开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。其中，纳入医疗卫生机构临床研究规范管理试点省份的医疗卫生机构，应当符合《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》的相关规定。（2分）

3.543 开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。（2分）

（一百九十一）开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。

【概述】

医院应当设立伦理委员会，并采取有效措施保障伦理委员会独立开展伦理审查工作，所有涉及人的生物医学研究必须通过伦理委员会审查。伦理委员会应当建立伦理审查工作制度或者操作规程，人员组成、日常管理和审查工作应当符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定，保证伦理审查过程独立、客观、公正。

【细则】

3.544 开展涉及人的生物医学研究应当经伦理委员会审查。（2分）

3.545 医院应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程。（2分）

3.546 伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应当符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。（2分）

（一百九十二）承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。

【概述】

医学教育是卫生健康事业发展的重要基石。承担临床医学教育任务的医院应当重视教学师资的培训，形成专门的管理体系，投入适宜的设备、设施资源，符合教育教学标准要求，并取得相应资质认可。

【细则】

3.547 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。（2分）

（一百九十三）根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。

【概述】

医学及相关学科的图书和文献是临床、教学、科研和管理的重要参考资料。医院图书馆应当有计划、有重点地收集、存贮、加工、传递医学文献信息，承担医学信息的支持、保障和引导功能，通过对临床医学知识信息资源进行加工、整理，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。

【细则】

3.548 根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。（2分）

3.549 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。（2分）

（一百九十四）执行《关于进一步加强科研诚信建设的若干意见》，制定科研诚信管理办法，强化职工科研诚信意识，预防和抵制科研不端行为，优化科研环境。

【概述】

科研诚信是科技创新的基石。医院应该以优化科技创新环境为目标，以推进科研诚信建设制度化为重点，以健全完善科研诚信工作机制为保障，着力打造共建共享共治的科研诚信建设新格局。

【细则】

3.550 推进科研诚信制度建设。开展科研诚信的教育和宣传，全面实施科研诚信承诺制，强化科研诚信审核。（2分）

【评审方法】

评审专家抽取医院3项临床研究项目（1项临床药物研究项目、1项医疗器械临床试验和1项研究者发起的临床研究项目），追踪伦理审核记录，访谈项目研究者及科研部门负责人，了解医院科研经费和诚信管理办法及科研和成果转化激励机制，追踪医院科研负面清单；访谈1名规培医师、1名研究生、1名临床医师，了解医院图书文献查阅途径及满意情况。

表 20- 标准序号 3.539- 3.550 评审清单（25 分）

评审内容	分值	得分
第一步：【到相应研究项目科室】		
从医院研究清单目录中抽取1项临床药物研究项目、1项医疗器械临床试验和1项研究者发起的临床研究项目，前往相应的临床科室。		
1. 查看项目实施方案与合同、研究者资质、伦理委员会审核记录。	3分	
2. 查看研究团队日常监管记录，了解受试者例数、不良反应上报、质量改进等情况。	3分	
3. 访谈项目研究者，了解项目进展与监管措施，研究经费来源与分配，诚信守约，科研成果转化等情况。	2分	
4. 访谈3名医师（规培医师/研究生/临床医师），了解文献和图书检索借阅的途径与方式，能否满足工作与研究需求，有何建议等。	1分	
第二步：【到科教部门或GCP管理部门】		

1. 调阅该3项项目实施方案与合同的备案清单。	1分	
2. 查看医院科研经费和诚信管理清单，追溯激励机制与成果转化的落实情况。	2分	
3. 查看医院教学管理体系运行情况。	1分	
4. 查看医院图书与文献查阅的流通量。	1分	
5. 追溯医院伦理委员会对该3项项目的伦理（含涉及人的生物医学研究）审核情况。	3分	
6. 追溯该3项项目研究者与研究团队资质情况。	1分	
7. 查看职能部门对该3项项目的日常监管、督导、评价与持续改进情况。	1分	
8. 追踪医院科研负面清单与诚信管理、成果转化与激励机制联动情况。	2分	
9. 查看医院对教学的日常监管、督导、评价与持续改进情况。	1分	
10. 访谈科教部主任，了解医院文献和图书借阅的管理方式、途径，是否满足员工需求，向院方提出需求与建议。	1分	
11. 访谈教学办主任，了解教学师资的遴选、考核与评价机制情况。	1分	
12. 查看临床教学设备设施性能及完好性情况，是否实行专人管理、定位放置、标识清晰，有无操作规程。	1分	

第二篇 评审要求

总体要求

一、评审标准

1. 新建设的三级医院、二级甲等医院晋升三级医院、“未定等”的三级医院和复评的三级医院参加三级医院等级评审，均按此标准执行。

2. 评审结果各等次总得分要求：判定为甲等的，总分和第三部分得分均不能低于90%；判定为乙等的，总分和第三部分得分均不能低于80%；判定为丙等的，总分和第三部分得分均不能低于70%。

3. 二级甲等医院申请设置为三级医院，经省卫生健康委审批同意后，按照本细则直接参加评审，总分和第三部分得分均不能低于60%。评审结果达到甲、乙、丙各等次得分要求的，可直接判定相应等次。

二、评审时间

1. 医院评审周期为4年。因特殊情况不能按时参加评审的医院需提出延迟评审申请，经省卫生健康委审批后方能延迟。

（1）新建设的三级医院、二级甲等医院晋升三级医院、“未定等”的三级医院，在设置批准后4年之内，需提出医院等级评审申请。

（2）复评的三级医院在等级证书有效期满之前，需提出医

院等级评审申请。

2. 评审医院应提前3个月向省卫生健康委提出评审申请，并提交评审申请材料。医院在提交评审申请材料前，应当开展不少于6个月的自评工作。

3. 在规定期限内没有申请评审的，省卫生健康委将根据具体情况，要求其在15个工作日内补办申请手续；在限期内仍不申请补办手续的，视为放弃评审申请。省卫生健康委将根据具体情况，适当调低医院等次或级别。

三、评审结论

评审结论分为甲等、乙等、丙等。等级证书的有效期与评审周期相同。等级证书有效期满后，医院不得继续使用该等级证书。医院的等级标识必须与等级证书相符。

1. 新建设的三级医院、二级甲等医院晋升的三级医院、“未定等”的三级医院评审结果达到相应评审等次标准的，按评审结果确定等次。

2. 复评的三级医院评审结果未达到医院原等次标准的，按评审结果确定等次。如有特殊原因，可申请延期1年再次评审，经省卫生健康委同意实施再次评审，结果按评审结论确定等次。

3. 评审结果低于丙等分数线的三级医院，按“未定等”管理。省卫生健康委将对评审结论为“未定等”的医院下达整改通知书，给予不低于3-6个月的整改期。医院应当于评审结束后1年之内申请再次评审，按再次评审结果确定等次。医院整改期满后未在

规定时间内提出再次评审申请的，省卫生健康委将直接判定再次评审结果为不合格，调低医院级别。

第一部分 前置要求

第一部分共5节30条。本部分实行一票否决，不占分数。

（一）医院在评审周期内发生前置要求其中一项情形的，延期1年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。医院应针对前置要求否决条款进行专项整治，经省卫生健康委评估合格后，再申请评审。上述举措旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

（二）省卫生健康委在收到医院提交的评审申请材料后，将向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在违反前置要求的情况，征询时间不少于7个工作日。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

一、本部分分值

（一）共设五章80节570条，在评审综合得分中的权重占60%，总分为600分。

（二）赋分方法：按照千分制赋分。第一章资源配置与运行数据指标共5节，共300分；第二章医疗服务能力与医院质量安全指标共3节，共280分；第三章重点专业质量控制指标包含18个重点专业，共280分；第四章单病种（术种）质量控制指

标包含51种单病种（术种），共110分；第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标共3节，共30分。计分方法为总条款得分之和，乘以60%

二、指标说明

（一）第二部分指标内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据。

（二）单病种（术种）选取“病种例数、平均住院日、次均费用、病死率”等指标进行评价。

（三）开展限制类技术、人体捐献器官获取和移植技术的医院，必须纳入“重点医疗技术临床应用”相关质控指标；提供国家医疗质量安全改进目标相关医疗服务的医院，必须将国家医疗质量安全改进目标全部纳入。

三、数据采集原则

（一）指标数据采集为全评审周期。

（二）行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。

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

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

1. 规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达标。

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

四、数据说明

标准中引用的疾病名称与ICD-10编码采用国家卫生健康委发布的《疾病分类代码国家临床版2.0》（详见国卫办医函〔2019〕371号文件）。手术名称与ICD-9-CM-3编码采用国家卫生健康委发布的《手术操作分类代码国家临床版3.0》（详见国卫办医函〔2020〕438号文件）。

五、评分规则

（一）规模类和配比类指标。执行“全或无”规则。比如“护床比”，达到标准予以“给分”（或“满分”），否则计“零分”。

（二）连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

六、数据核查原则

（一）现场检查时，应当对本部分数据进行复核，复核数据比例不少于医院上报数据的20%。

（二）医院应当根据现场评审专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

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

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

错误数据比例	惩罚性扣分比例
1%（含）-2%	5%
2%（含）-5%	10%
5%（含）-10%	20%
10%（含）以上	不予通过

七、数据核查准备指引

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

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

（三）对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

第三部分 现场评审

一、本部分分值

（一）共设三章 22 节 194 条评审标准 550 款评审细则，在评审综合得分中的权重占 40%，总分为 400 分。

（二）赋分方法：按照千分制赋分。第一章医院功能与任务指标分 3 节 9 条标准 20 款细则，共 100 分；第二章临床服务质量与安全管理分 10 节 133 条标准 415 款细则，共 690 分；第三

章医院管理分 9 节 52 条标准 115 款细则，共 210 分。计分方法为总条款得分之和，乘以 40%。

二、标准说明

本部分为现场检查部分，用于对三级医院实地现场评审以及医院自我管理和持续改进。

三、评审方法

现场检查评审采取追踪检查（个案追踪和系统追踪），追踪过程中结合文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查、数据核查等方式进行。

四、评分规则

现场评审期间，每条标准的每一条衡量要素（ME）进行量化评分，或判定为“完全符合”“部分符合”“不符合”。

判定评分原则：

1. 完全符合：≥90%的检查结果或记录符合要求。计满分。

2. 部分符合：50%~89%的记录或检查结果符合要求。计一半的分。

3. 不符合：≤49%的记录或检查结果符合要求。不计分。

五、其他

专科医院根据专科类型，另行调整相关条目。

本文件自印发之日起施行，有效期五年。

湖南省卫生健康委员会办公室　　2023 年 1 月 6 日印发

校对：周一鸣