

附件 2

三级精神病医院评审标准（2011 年版）

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

本标准在关注医疗质量和医疗安全的同时，紧紧围绕医改中心任务，结合公立医院改革总体设计，将评价的重点放在改进服务管理、加强专科护理管理、保障精神障碍患者权益和患者安全、公共精神卫生服务、住院医师规范化培训、推进规范诊疗和以精神科急危状况处置为主的临床路径等工作落实情况。同时，针对群众关心的热点、焦点问题，重点考核反映医院管理理念、服务理念的制度、措施及落实情况，以及医院的学科建设和人才培养情况、辐射带动作用等。促使精神病专科医院改进思维模式和管理习惯，坚持“以人为本”、“以病人为中心”，走以内涵建设为主、内涵与外延相结合的发展道路。

本标准在借鉴《三级综合医院评审标准（2011 年版）》框

架的基础上，调整并增加了具有精神病医院特点的内容。

本标准共 7 章 62 节，设置 332 条评价标准与监测指标。

第一章至第六章共 59 节 316 条标准，用于对三级精神病医院实地评审，并作为医院自我评价与改进之用。

第七章共 3 节 16 条监测指标，用于对三级精神病医院的运行、医疗质量与安全指标的监测与追踪评价。

本标准适用于三级精神病医院，其余各级各类精神卫生专业医疗机构可参照使用。

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

第一章 坚持医院公益性

一、医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求

（一）医院的功能、任务和定位明确，规模适宜。

（二）医院有承担服务区域内精神科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，可提供 24 小时急危重症诊疗服务，并能接受外辖区转入患者服务。

（三）重点临床科室专业技术水平与质量处于本省（区、市）前列。能承担本省（区、市）精神专科临床质量控制任务。

（四）医技科室设置及开展项目、人员梯队与技术能力满足医院业务需要；重点科室专业技术水平与质量处于本省（区、市）精神专科医院前列。

（五）精神疾病预防控制、教学培训相关设施设备、人员梯队与技术能力满足国家或本省（区、市）公共精神卫生服务、人才培养和业务指导工作需要。

二、医院内部管理机制科学规范

（一）坚持医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。

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

（三）将推进诊疗规范、临床路径管理和单病种质量控制

作为推动医疗质量持续改进的重点项目。

（四）根据本省（区、市）精神卫生需求和专业发展特点，提高工作绩效，优化医疗服务系统与流程，缩短平均住院日，提供持续的随访服务。

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

三、承担公共精神卫生服务以及政府安排的其他指令性任务

（一）将对口支援下级精神卫生机构（以下简称受援机构）工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，专人负责。

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

（三）履行公共精神卫生服务职能，制定相关的制度和方案，开展精神疾病和心理行为问题的预防与健康教育，承担三级精神专科医院相应的重性精神疾病管理治疗任务。

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

（五）根据《统计法》及卫生行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。

四、应急管理

（一）遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案。服从指挥，承担突发公共事件和重大灾害事故的心理援助、心理干预等任务。

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

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

（四）开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。

（五）合理进行应急物资和设备的储备。

五、临床精神医学教育

（一）教学师资、设备设施符合医学院校教育的要求。

（二）承担本科及以上医学生的精神医学教学任务。

（三）承担住院医师规范化培训和下级医院骨干医师培训任务。

（四）开展继续医学教育工作。

（五）指导和培训综合医院医师及下级医院卫生技术人员识别常见精神疾病、提高基本精神卫生服务水平，推广适宜卫生技术。

六、科研及其成果

（一）有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提

供适当的经费、条件与设施。

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

（三）医院有将研究成果转化实践应用的激励政策，并取得成效。

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

第二章 医院服务

一、预约诊疗服务

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

（二）有预约诊疗工作制度和规范，有操作流程，逐步提高患者预约就诊比例。

（三）建立与挂钩合作或双向转诊的基层医疗机构的预约转诊服务。

二、门诊流程管理

（一）优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验，有急危重症患者优先处置的制度与流程。

（二）公开门诊服务信息，确保按时开诊，遇有医务人员门诊时间变更应当提前告知患者或家属（监护人）。提供咨询

服务，帮助患者有效就诊。

（三）根据门诊就诊患者流量调配医疗资源，做好门诊和辅助科室之间协调配合。

（四）建立精神科亚专科门诊及分诊制度，对门诊疑难患者有开展多个亚专科综合门诊的制度与流程。

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

三、急诊绿色通道管理

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

（二）加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者。

（三）根据重大突发事件应急医疗救援预案，制定大规模抢救工作流程，保障绿色通道畅通。

四、住院、转诊服务流程管理

（一）依据精神卫生相关法律法规和规章制度，完善患者入院、出院、转诊服务管理工作制度和标准，改进服务流程，方便患者。

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

（三）加强转诊患者的交接管理，及时传递患者病历与相

关信息，为患者提供连续医疗服务。

（四）加强出院患者及其家属（监护人）的健康教育和随访预约管理，提高患者和家属（监护人）健康知识水平以及出院后医疗、护理及康复措施的知晓度。

五、基本医疗保障服务管理

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

（二）公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目。

（三）保障各类基本医疗保障制度参加人员的权益，强化参保患者或其家属（监护人）知情同意。

六、患者的合法权益

（一）医院有相关制度尊重患者自主权和选择权、保障患者及其家属（监护人）充分了解其权利。

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

（三）对医护人员进行精神疾病诊断和出入院程序、约束隔离等非自愿措施以及知情同意和隐私保护方面的培训，工作人员严格按程序履行相关手续。

（四）明确规定非自愿住院医疗措施的适用条件与程序、入院后的诊断复核程序，保障患者能获得适宜的治疗和安全保护，并有治疗经过的记录。

（五）采取有效的住院环境改善与风险控制策略，减少住院期间约束和隔离等措施的使用率。

（六）开展实验性临床医疗应当严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，并征得患者或其家属（监护人）书面同意。

（七）保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。

（八）医院伦理委员会会有保护患者合法权益相关的各项制度，并对执行情况进行监督、审核。

七、投诉管理

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

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

（三）根据患方和有关方面的投诉，持续改进医疗服务。

（四）对全体员工进行纠纷防范及处理的专门培训。

八、就诊环境管理

（一）为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。

（二）急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有明显、易懂的标识。

（三）就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。

（四）有保护患者的隐私设施和管理措施。

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

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

第三章 医患安全

一、确立查对制度，识别患者身份

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

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

（三）实施有创诊疗活动和精神科特殊诊疗活动（如：无抽搐电休克治疗等）前，管床医师必须亲自向患者或其家属告知，取得患者或家属的书面知情同意。

（四）完善关键流程（门急诊、病房、辅助检查和治疗部门之间流程）的患者识别措施，健全转送交接登记制度。

（五）使用“腕带”作为识别患者身份的标识，重点是无抽搐电休克治疗、急诊室、一级病室等部门，以及痴呆、意识不清、抢救、输血、不同语种语言交流障碍的患者等；对传染病、药物过敏、有防出走/藏药/跌倒等要求的特殊患者有识别

标志（腕带与床头卡），并在患者一览表中有明显标识。

二、确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤

（一）在住院患者的常规诊疗活动中，应当以书面方式下达医嘱。

（二）在实施紧急抢救需要下达临时医嘱时，应严格按照临时医嘱制度执行。必要时可口头下达临时医嘱；护理人员应当对口头临时医嘱完整重述确认，在执行时双人核查；事后及时补记。

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

三、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求

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

（二）医护人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求（手清洁、手消毒、实施必要手术前的外科洗手操作规程等）。

四、特殊药物的管理，提高用药安全

（一）高浓度电解质、易混淆（听似、看似）药品有严格的贮存与使用要求；严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药

品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用与管理规章制度。

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

五、临床“危急值”报告制度

（一）根据医院实际情况确定“危急值”项目，建立“危急值”评价制度。

（二）有临床“危急值”报告制度与流程。

六、防范与减少患者跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院等意外事件发生

（一）评估有跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院等风险的高危患者，要主动告知上述危险，采取措施防止意外事件的发生。

（二）有跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院等意外事件的报告制度、处理预案与工作流程。

（三）有防范和处置精神科常见意外事件的相关培训和演练，工作人员熟知并能实施。

七、防范与减少患者压疮发生

（一）有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。

（二）实施预防压疮的护理措施。

八、妥善处理医疗安全（不良）事件

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

（二）有激励措施，鼓励不良事件呈报。

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

九、患者或家属（监护人）参与医疗安全

（一）针对患者疾病诊疗，为患者或其家属（监护人）提供相关的健康知识教育，协助患方对诊疗方案做出正确理解与选择。

（二）主动邀请患者或其家属（监护人）参与医疗安全活动，如身份识别、采取约束隔离等保护性措施、药物使用等。

（三）主动邀请患者家属（监护人）参与防止非医疗因素对患者造成伤害的活动（防自杀自伤、防擅自离院等）。

第四章 医疗质量安全管理与持续改进

一、医疗质量管理组织

（一）有医院、科室的质量管理责任体系，院长为医院质量管理第一责任人，负责制定医院质量与患者安全管理方案，定期专题研究医院质量和安全管理工作，科主任全面负责科室质量管理工作，履行科室质量管理第一责任人的管理职责。

（二）有医院质量管理委员会组织体系，包括医院质量与安全管理委员会、医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会等。定期研究医疗质量管理等相关问题，记录质量管理活动过程，为院长决策提供支持。

二、医疗质量管理与持续改进

（一）有医疗质量管理和持续改进方案，并组织实施。

（二）建立与执行医疗质量管理制度、操作规范、诊疗指南。

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

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

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

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

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

（八）医疗质量管理委员会、伦理委员会、职能部门应定期与不定期对非自愿住院患者进行“住院”适宜性检查与评价，按照评价结果进行持续改进。

三、医疗技术管理

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

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

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

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

（五）对实施精神科高风险技术操作（如无抽搐电休克治疗等）的卫生技术人员实行“授权”制，定期进行技术能力与质量绩效的评价。

（六）建立精神科特殊伦理与法律相关问题讨论机制并有

效实施；对院内医生和护士进行精神医学伦理与法律相关教育培训。

四、精神科临床路径管理与持续改进

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

（二）根据本院医疗资源情况，以精神科急危状况处置为重点，参照卫生部发布的临床路径相关文件，遵照循证医学原则，结合本地实际，制定精神科临床路径管理的文件，并执行1-2种精神科疾病的临床路径。

（三）在医院信息系统中建立实时监测平台，监控临床路径应用与变异情况。

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

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

（六）制定相关的制度与程序保障卫生部文件规定上报的单病种质量指标信息，做到正确、可靠、及时。

五、急性（短期）住院诊疗管理与持续改进

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

（二）根据现有医疗资源，按照精神科临床诊疗规范、精神疾病防治指南、临床路径，指导精神疾病的诊疗活动，规范地评估风险和疗效，规范书写医疗文件。

（三）有对新入院患者的暴力和自杀风险、物质使用、心理创伤史等进行评估筛查的制度，根据评估结果采取恰当的防范或干预措施；定期复查对非自愿住院（家属或其他部门送诊的）患者病情。

（四）由高级职称医师负责评价与核准住院诊疗（检查、药物治疗、无抽搐电休克治疗等）计划或方案的适宜性，并记入病历。

（五）用制度与程序管理院内、院外会诊，明确院内会诊任务，对急重症、疑难和合并有躯体疾病的患者实施多学科联合诊疗活动，提高会诊质量和效率。

（六）根据患者病情及出院前状况，为患者制定出院后持续服务计划、提供规范的出院医嘱和康复指导意见，并与后续服务机构（如：下级医院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院、精神康复机构等）建立联系及合作关系，落实持续服务计划。

（七）出院时如果有多种抗精神病药物联合使用，应当有适当的指征和评估记录。

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

六、慢性（长期）住院诊疗管理与持续改进

（一）科室和诊疗科目设置符合卫生行政部门规定，并在医院规定的服务范围。

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

（三）根据现有医疗资源，按照精神科临床诊疗规范、精神疾病防治指南、临床路径指导精神疾病的诊疗和康复活动，规范地评估风险和疗效，规范书写医疗文件。

（四）有对新入院患者的暴力和自杀风险、物质使用、心理创伤史等进行评估筛查的制度，根据评估结果采取恰当的防范或干预措施；定期复查对非自愿住院（家属或其他部门送诊的）患者病情。

（五）以缩短平均住院日为切入点，对住院时间超过 120 天的患者，进行管理与评价，优化医疗服务系统与流程。

（六）进行康复治疗必要性的评价，并给予规范的指导；记录康复治疗过程，评估治疗效果。

（七）向患者及其家属（监护人）充分说明住院治疗 and 院内康复计划，鼓励其主动参与康复治疗。

（八）用制度与程序管理院内、院外会诊，明确院内会诊任务，对疑难或合并有躯体疾病的患者实施多学科联合诊疗活动，提高会诊质量和效率。

（九）为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见及预约复诊。

（十）出院时如果有多种抗精神病药物联合使用，应当有适当的指征和评估记录。

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

七、急诊管理与持续改进

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

（二）落实首诊负责制，与挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度。

（三）加强急诊检诊、分诊，及时救治急危重症患者，有效分流非急危重症患者。

（四）建立精神药物中毒、严重暴力攻击和自杀自伤等重点病种的急诊服务流程与操作规范，“绿色通道”畅通，需紧急抢救的危重患者可先抢救后付费，保障患者获得连贯医疗服

务。

（五）开展精神科急救技术操作规程的培训，实行合格上岗制度。

（六）科主任、护士长与具备资质的质量控制人员能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标来加强急诊质量全程监控管理与定期评价，促进持续改进。

八、儿少精神科诊疗管理与持续改进

（一）由具有法定资质的医师、护理人员、心理和社会工作者等，按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。

（二）由高级职称医师负责评价与核准住院诊疗（检查、药物治疗、心理行为治疗等）计划或方案的适宜性，并记入病历。

（三）根据现有医疗资源，按照儿少精神科临床诊疗规范指导诊疗活动，规范地评估风险和疗效，与患儿监护人密切沟通。规范书写医疗文件。

（四）创建符合儿少心理特点的诊疗环境、设施，建设规范的儿少病房、活动室、抢救室，合理配置设备设施，培训相关人员。

（五）用制度与程序管理院内、院外会诊，明确院内会诊任务，对急重症、疑难和合并有躯体疾病的患者实施多学科联合诊疗活动，提高会诊质量和效率。

（六）根据患儿病情及出院前状况，制定出院后持续服务计划、提供规范的出院医嘱和康复指导意见，并与后续服务机构（如：下级医院、社区卫生服务中心、精神康复机构等）建立联系及合作关系，落实持续服务计划。

（七）出院时如果有多种抗精神病药物联合使用，应当有适当的指征和评估记录。

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

九、老年精神科诊疗管理与持续改进

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

（二）由高级职称医师负责评价与核准住院诊疗（检查、药物治疗、心理行为治疗等）计划或方案的适宜性，并记入病历。

（三）根据现有医疗资源，按照老年精神科临床诊疗规范指导诊疗活动，规范地评估风险和疗效，规范书写医疗文件。

（四）创建符合老年精神病患者生理和心理特点的诊疗环境、设施，建设规范的老年病房、活动室、抢救室。

（五）合理配置抢救设备。有创诊疗操作符合手术诊疗管

理规定。可完成心肺复苏、腰穿等技术操作。培训相关人员。

（六）用制度与程序管理院内、院外会诊，对急重症、疑难和合并有躯体疾病的患者实施多学科联合诊疗活动；有常见并发症的预防规范与风险防范程序及相关培训教育。

（七）根据患者病情及出院前状况，制定出院后持续服务计划、提供规范的出院医嘱和康复指导意见，并与后续服务机构（如：下级医院、社区卫生服务中心、精神康复机构等）建立联系及合作关系，落实持续服务计划。

（八）出院时如果有多种抗精神病药物联合使用，应当有适当的指征和评估记录。

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

十、临床心理学（包括开放病区）诊疗管理与持续改进

（一）对医师、心理治疗师、护理人员和心理测量技术人员实行资格、技术能力准入管理；科室布局、设备设施、专业人员配置符合《医疗机构临床心理科门诊基本标准（试行）》的要求。

（二）建立各岗位工作制度、服务规范，岗位职责完善，相关人员熟知并遵循诊疗规范提供同质化服务，规范书写诊疗文件；出具心理测量报告及时、准确、规范，严格审核制度。

（三）有完善的开放病房管理和安全保障、知情同意、会诊转诊制度，严格掌握收治和转诊适应证。

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

（五）为出院患者提供规范的出院医嘱和心理健康指导意见及预约复诊。

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

十一、药物依赖诊疗管理与持续改进

（一）具有经省级人民政府卫生行政部门批准从事戒毒医疗服务的医疗机构执业许可证。有预防医务人员执业暴露的工作方案和具体措施。

（二）机构人员配置满足服务需要，由具有法定资质的医师和护士按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。

（三）机构设备配置满足服务需要，具有供氧装备、人工呼吸急救复苏球、电动吸引器、必要的消毒设施、心电监护仪、洗胃机、必备的抢救药品和设施。

（四）业务负责人应有从事戒毒医疗 3 年以上工作经历，

并应具备相应的心理卫生专业知识。

（五）封闭式管理的戒毒治疗病区至少应当配备 4 名具有合法上岗资质的保安人员。

（六）有省级以上卫生行政部门组织制定或认可的医疗护理技术操作规程，以及针对戒毒治疗、麻醉药品和精神药品管理使用的规章制度。

（七）对戒毒人员采取多种康复措施，包括心理康复、行为矫正、社会功能恢复等，并开展出院后的随访工作，监测复吸率。

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

十二、公共精神卫生服务管理与持续改进

（一）精神卫生预防和社区防治服务技术管理和指导部门设置合理，岗位职责明确；设备设施和人员配置符合《重性精神疾病管理治疗工作规范》并适应当地开展公共精神卫生服务工作的要求。

（二）建立精神卫生预防和社区防治工作质量控制组织。有质量控制方案和计划；方案和计划有定期评估和修正。

（三）有专项工作经费，有专职或者兼职人员与社区连接，指导和协助对社区精神疾病患者的管理与治疗。

（四）有对社区服务进行督导的计划、程序、标准和督导反馈，提出的意见及整改措施。

（五）有社区精防人员培训计划和家属或患者健康教育计划，并在防治工作中遵照执行。

（六）组建有社区应急医疗处置组、突发公共卫生事件或灾后心理援助和心理危机干预队伍，设立有应急医疗处置专用电话。有工作方案并定期开展演练。

（七）有公共精神卫生服务质量管理体系（例会制度、信息报送制度、资料管理制度、质量评估制度、持续改进制度等），相关人员熟知并遵照执行。

十三、司法精神医学服务管理与持续改进

（一）执行司法鉴定相关法律、法规、规章和规范。具有机构和人员法定资质。在登记核准的项目范围内开展业务工作；有能力评价机制。

（二）设备设施符合基本配置标准，收费和文书书写符合司法部相关管理规范。

（三）执行精神疾病司法鉴定技术标准和操作规范，实行质量控制、定期质量评价。

（四）有完善的司法鉴定内部管理制度、流程与持续质量改进的制度，有检查、评估、责任追究和改进措施。

十四、药事和药物使用管理与持续改进

（一）医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符

合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织。

（二）加强药剂管理，规范采购、储存、调剂，有效控制药品质量，保障药品供应。

（三）执行《处方管理办法》，开展处方点评，促进合理用药。

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

（五）医师、药师、护理人员按照《抗菌药物临床应用指导原则》、《精神药品临床应用指导原则》等要求，分级使用药品，并有监督机制。

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

（七）配备临床药师，参与临床药物治疗，提供用药咨询服务，促进合理用药。

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

十五、临床检验管理与持续改进

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

（二）有实验室安全程序、制度及相应的标准操作程序，遵照实施并记录。

（三）由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解读检验结果。

（四）检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。

（五）有试剂与校准品管理规定，保证检验结果准确合法。

（六）为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。

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

十六、医学影像管理与持续改进

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

（二）建立规章制度，落实岗位职责，执行技术规范，提供规范服务，保护患者隐私，实行质量控制，定期进行图像质量评价。

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

（四）有医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护及工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记录。

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

十七、医院感染管理与持续改进

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

（二）开展医院感染防控知识的培训与教育。

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

（四）执行手卫生规范，实施依从性监管与改进活动。

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

（六）应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。

（七）消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供

应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务人员能够获得并正确使用符合国家标准消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。

（八）医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势；根据医院感染风险、医院感染发病率和（或）患病率及其变化趋势改进诊疗流程；将医院感染情况与其他医疗机构进行比较；定期通报医院感染监测结果。

十八、临床营养管理与持续改进

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

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

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

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

（五）科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理制度、岗位职责、

诊疗规范与质量安全指标，加强重点患者全程营养诊疗服务的监控管理，定期评价质量，促进持续改进。

十九、其他特殊诊疗管理与持续改进

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

（二）由被授权的、具备法定资质的卫生技术人员实施其他特殊诊疗服务。

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

（四）符合环境保护、医院感染管理规范的要求。

（五）开展有风险的治疗，必须具有防范和处理预案，必要的抢救器械及设备，有备用电源保证设备正常运转。

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

注：本节适用于脑电图检查室、肌电图检查室、心电图检查室、内窥镜检查室、无抽搐电休克（MECT）治疗室、重复经颅磁刺激（rTMS）治疗室等特殊检查和治疗部门。

二十、病历（案）管理与持续改进

（一）病历（案）管理符合《中华人民共和国侵权责任法》、

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

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

（三）加强安全管理，保护病案及信息的安全。

（四）有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。

（五）采用卫生部发布的疾病分类 ICD-10 对出院病案进行分类编码，建立科学的病案库管理体系，包括病案编号及示踪系统，出院病案信息的查询系统。

（六）严格执行借阅、复印或复制病历资料制度，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。

（七）推进电子病历，电子病历符合《电子病历基本规范》。

第五章 护理管理与质量持续改进

一、护理管理组织体系

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

（二）根据医院的功能任务建立完善的护理管理组织体系，逐步建立护理垂直管理体系，按照《护士条例》的规定，

实施护理管理工作。

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

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

二、护理人力资源管理

（一）有护理人员管理规定、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准，同工同酬。

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

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

（四）建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素的绩效考核制度，并将考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，实现优劳优得，多劳多得，调动护理人员积极性。

（五）有护理人员在职继续教育计划、保障措施到位，并有实施记录。

三、临床护理质量管理与改进

（一）根据精神科分级护理的原则和要求，实施护理措施，

有护理质量评价标准，有质量可追溯机制。

（二）依据《护士条例》、《综合医院分级护理指导原则》、《临床护理实践指南（2011版）》规范护理行为，保障护理质量。

（三）贯彻落实精神科护理核心制度，制定并完善护理工作规范、细化工作标准。加强病房安全管理，密切观察患者病情变化。按照《病历书写基本规范》书写护理文件。

（四）建立护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度。临床护理人员护理患者实行责任制和整体护理，与患者沟通交流，为患者提供连续、全面和全程的责任制整体护理服务。

（五）体现人性化服务，落实患者知情同意与隐私保护，为患者提供心理护理、康复和健康指导以及安全的病房环境。

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

（七）遵照医嘱为无抽搐电休克治疗等特殊治疗患者提供符合规范的术前和术后护理。

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

（九）制定宣教制度和精神科标准健康教育计划，包括恢复期康复训练计划，体现在患者入院、住院、出院各个环节中。做好患者的组织管理，丰富患者的住院生活。

（十）保障仪器、设备和抢救物品的有效使用。

四、护理安全管理

（一）有护理质量与安全管理组织，职责明确，有监管措施。

（二）有主动报告护理安全（不良）事件与隐患信息的制度和处理流程，护理部有专人监督和保证落实。有护理不良事件的成因分析及改进机制，改进措施到位。

（三）有针对精神疾病和患者需要的防护设备、约束保护措施，有防范护理不良事件发生的制度/规范、措施并落实。

（四）根据医嘱，对不同患者（不合作、拒绝进食、拒绝服药或治疗、自杀、伤人等）实施约束（如约束带）等保护措施，加强巡视、注意更换体位、填写约束保护记录；对拒食或防噎食患者采用饮食护理措施以保证能量供给。

（五）有高风险患者（如自杀自伤、冲动毁物、伤人、外走、跌倒等）以及跌倒/坠床、压疮、管路滑脱、用药错误等护理风险评估制度和防范措施。

（六）有病房安全管理制度与巡视制度。按照患者病情、护理级别定时进行病房巡视与巡检工作并做好记录。

（七）有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。

（八）有精神科紧急意外情况的应急预案和处理流程，有培训与演练。

五、特殊护理单元质量管理与监测

（一）有无抽搐电休克治疗科（室）护理质量管理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。

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

（三）有住院病区内一级和三级护理单元质量与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。

第六章 医院管理

一、依法执业

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

（二）在国家医疗卫生法律、法规、规章、诊疗护理规范的框架内开展诊疗活动。

（三）由具备资质的卫生专业技术人员为患者提供诊疗服务，不超范围执业。

（四）按照规定申请医疗机构校验、发布医疗广告。

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

二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制

（一）建立医院内部决策执行机制，实施院长负责制，对重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事

项须经医院领导班子集体讨论并按管理权限和规定程序报批、执行。

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

（三）各科室、部门责任明确，院长定期召开联席会议、履行协调职能。

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

（五）建立医院运行基本统计指标数据库，保障信息准确、可追溯。

三、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

（一）医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。

（二）制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标、经营方针与策略，与医院的功能任务相一致。

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

四、人力资源管理

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

（二）有卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术档案。

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

（四）加强重点学科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。

（五）有与开展公共精神卫生服务相适应的人力资源规划和培养措施并组织实施。

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

五、信息与图书管理

（一）有以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。

（二）医院信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持在内的技术支撑

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

（四）实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操

作权限分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。

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

（六）根据临床、教学、科研、精神卫生管理和医院管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。

六、财务与价格管理

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

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

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

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

（五）执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，执行药品、高值耗材集中采购制度和相关价格政策。

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

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

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

七、医德医风管理

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

（二）有医德医风建设的制度、奖惩措施并认真落实。

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

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

八、后勤保障管理

（一）有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。

后勤保障服务能够坚持“以患者为中心，为医院职工服务”的理念，满足医疗服务流程需要。

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

（三）为员工提供餐饮服务，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要，保障饮食卫生安全。

（四）有健全的医疗废物管理制度。医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范；污水管理和处置符合规定。

（五）安全保卫组织健全，制度完善，人员、设备、设施要求符合规范。

（六）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。

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

（八）后勤相关技术人员持证上岗，按照技术操作规程工作。

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

（十）对外包服务质量与安全实施监督管理。

九、医学装备管理

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

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

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

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

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

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

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

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

十、院务公开管理

(一)按照《医疗卫生服务单位信息公开管理办法(试行)》规定，医院应向社会及患者(或患者家属、监护人)公开信息。

(二)按照国家有关规定，在医院内部开展院务公开工作。

(三)动员广大职工充分行使民主权力，积极参与院务公开。

十一、医院社会评价

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

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

(三)建立社会评价的质量控制体系与数据库，以确保社会评价结果的客观公正。

第七章 日常统计学评价指标

一、医院运行基本监测指标

(一)资源配置

1. 实际开放床位、急诊留观床位、应急扩展床位数。
2. 全院员工总数、卫生技术人员数（其中：医师数、专/兼职心理治疗师数、医疗社会工作者数、护理人员数、医技人数）。
3. 医院医用建筑面积。

（二）工作负荷

1. 年门诊人次、年急诊人次、留观人次。
2. 年住院患者入院、出院例数，出院患者实际占用总床日。
3. 年开展乡镇和社区公共精神卫生服务指导/督导人次。
4. 年培训综合医院医师及下级医院卫生技术人员的项目数、受训人次。
5. 年纳入重性精神疾病管理治疗，建立健康档案的患者人数。

（三）治疗质量

1. 入出院诊断符合率。
2. 住院治愈好转率。
3. 住院患者抢救例数、死亡例数占同期住院人次的比率。

（四）工作效率

1. 出院患者平均住院日。
2. 平均每张床位工作日。
3. 床位使用率%。

4. 床位周转次数。

(五) 患者负担

1. 每门诊人次费用 (元), 其中药费 (元)。

2. 每住院人次费用 (元), 其中药费 (元)。

(六) 资产运营

1. 流动比率、速动比率。

2. 医疗收入/百元固定资产。

3. 业务支出/百元业务收入。

4. 人员经费支出/百元业务收入

5. 资产负债率。

6. 固定资产总值。

7. 医疗收入中药品收入、医用材料收入比率。

(七) 科研成果 (评审前五年)

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

2. 承担与完成国家、省市级科研课题数/每百张开放床位。

3. 获得国家、省市级科研基金额度/每百张开放床位。

二、住院患者医疗质量与安全监测指标

(一) 住院重点疾病: 总例数、死亡例数、平均住院日与平均住院费用。

1. 阿尔茨海默氏病性痴呆 ICD-10: F00

2. 使用酒精所致的精神和行为障碍 ICD-10: F10
3. 精神分裂症 ICD-10: F20
4. 双相情感障碍 ICD-10: F31
5. 抑郁症 ICD-10: F32-F33
6. 焦虑障碍 ICD-10: F40-F41
7. 强迫性障碍 ICD-10: F42
8. 严重应激反应 ICD-10: F43
9. 躯体形式障碍 ICD-10: F45
10. 儿童孤独症 ICD-10: F84.0

(二) 住院患者安全和权益保障类指标

1. 入院时完成攻击、自伤和自杀风险、物质滥用、不良生活事件等评估率。
2. 患者压疮发生率及严重程度。
3. 跌倒/坠床发生率及伤害严重程度。
4. 烫伤发生率及伤害严重程度。
5. 噎食窒息发生率及伤害严重程度。
6. 自杀、自伤发生率及伤害严重程度。
7. 伤人、毁物发生率及伤害严重程度。
8. 擅自离院发生率。
9. 住院期间约束和隔离措施使用率。
10. 出院前完成社会功能评估例数
11. 出院后持续服务计划制定率、实施率。

三、合理用药监测指标

- (一) 医院抗菌药物品种原则上不超过 50 种,
- (二) 接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于 30%;
- (三) 住院患者抗菌药物使用率不超过 60%
- (四) 门诊患者抗菌药物处方比例不超过 20%
- (五) 抗菌药物使用强度力争控制在 40DDD 以下
- (六) 药费收入占医疗总收入比重
- (七) 出院时多种抗精神病药物联合使用率。