

三级精神病医院评审标准（2011 年版）

实施细则

为全面推进深化医药卫生体制改革，积极稳妥推进公立医院改革，逐步建立我国医院评审评价体系，促进医疗机构加强自身建设和管理，不断提高医疗质量，保证医疗安全，改善医疗服务，更好地履行社会职责和义务，提高医疗行业整体服务水平与服务能力，满足人民群众多层次的医疗服务需求，在总结我国第一周期医院评审和医院管理年活动等工作经验的基础上，我部印发了《三级精神病医院评审标准（2011 年版）》（卫医管发〔2012〕16 号）。为进一步解读评审标准，为卫生行政部门加强行业监管与评审工作提供参考，支持医院开展自我监管与质量持续改进活动提供帮助，现制定本细则。

一、本细则适用范围

《三级精神病医院评审标准（2011 年版）实施细则》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。

本细则共设置 7 章 62 节 332 条标准与监测指标。

第一章至第六章共 59 节 317 条 526 款细则，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；在本细则的各章节中带“★”条款，为“核心条款”共 30 条。

第七章共 3 节 18 条监测指标，用于对三级精神病医院的医院运行、医疗质量与安全指标的监测与追踪评价。

二、细则的项目分类

（一）基本条款

适用于所有三级精神病医院。

（二）核心条款

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

（三）可选条款

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

第一章至第六章各章节的条款分布见表1。

表1 第一章至第六章各章节的条款分布

名称	节	条	款	核心条款★
第一章 坚持医院公益性	6	29	31	3
第二章 医院服务	8	36	41	3
第三章 患者安全	9	25	26	3
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	20	135	258	12
第五章 护理管理与质量持续改进	5	31	62	3
第六章 医院管理	11	61	108	6
合计	59	317	526	30

三、评审表达的方式

（一）评审采用 A、B、C、D、E 五档表述方式

A-优秀

B-良好

C-合格

D-不合格

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

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

（二）标准条款的性质结果

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

由于标准条款的性质不同，结果表达如表 2。

表 2 第一章至第六章标准条款的评价结果

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

四、评审结果

表 3 第一章至第六章评审结果

项目类别	第一章至第六章标准条款			核心条款		
	C 级	B 级	A 级	C 级	B 级	A 级
甲等	≥ 90%	≥ 60%	≥ 20%	100%	≥ 70%	≥ 20%
乙等	≥ 80%	≥ 50%	≥ 10%	100%	≥ 60%	≥ 10%

目 录

第一章 坚持医院公益性	1
一、医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求	1
二、医院内部管理机制科学规范	4
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	7
四、应急管理	10
五、临床精神医学教育	13
六、科研及其成果	15
第二章 医院服务	17
一、预约诊疗服务	17
二、门诊流程管理	19
三、急诊绿色通道管理	21
四、住院、转诊服务流程管理	23
五、基本医疗保障服务管理	25
六、患者的合法权益	26
七、投诉管理	29
八、就诊环境管理	31
第三章 医患安全	33
一、确立查对制度，识别患者身份	33
二、确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤	35
三、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求	37
四、特殊药物的管理，提高用药安全	38
五、临床“危急值”报告制度	40
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	41
七、防范与减少患者压疮发生	43
八、妥善处理医疗安全（不良）事件	44
九、患者或家属（监护人）参与医疗安全	46
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	48
一、医疗质量管理组织	48
二、医疗质量管理与持续改进	50
三、医疗技术管理	55
四、精神科临床路径管理与持续改进	59
五、急性（短期）住院诊疗管理与持续改进	62
六、慢性（长期）住院诊疗管理与持续改进	67
七、急诊管理与持续改进	73

八、儿少精神科诊疗管理与持续改进	76
九、老年精神科诊疗管理与持续改进	79
十、临床心理科（包括开放病区）诊疗管理与持续改进	83
十一、药物依赖诊疗管理与持续改进	87
十二、公共精神卫生服务管理与持续改进	91
十三、司法精神医学服务管理与持续改进	94
十四、药事和药物使用管理与持续改进	96
十五、临床检验管理与持续改进	109
十六、医学影像管理与持续改进	118
十七、医院感染管理与持续改进	122
十八、临床营养管理与持续改进	128
十九、其他特殊诊疗管理与持续改进	131
二十、病历（案）管理与持续改进	136
第五章 护理管理与质量持续改进	142
一、确立护理管理组织体系	142
二、护理人力资源管理	145
三、临床护理质量管理与改进	149
四、护理安全管理	155
五、特殊护理单元质量管理与监测	159
第六章 医院管理	164
一、依法执业	164
二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制	167
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	170
四、人力资源管理	172
五、信息与图书管理	177
六、财务与价格管理	181
七、医德医风管理	186
八、后勤保障管理	188
九、医学装备管理	194
十、院务公开管理	200
十一、医院社会评价	202
第七章 日常统计学评价指标	203
一、医院运行基本监测指标	204
二、住院患者医疗质量与安全监测指标	206
三、合理用药监测指标	218

第一章 坚持医院公益性

一、医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求

评审标准	评审要点
1.1.1 医院的功能、任务和定位明确，规模适宜。	
1.1.1.1 医院的功能、任务和定位明确，保持适度规模，符合卫生行政部门规定三级精神病医院设置标准。	【C】 1. 医院符合卫生行政部门规定三级精神专科医院设置基本标准，获得批准等级至少正式执业三年以上。 2. 卫生技术人员与实际开放床位之比应不低于 0.55:1。 3. 病房护士与实际开放床位之比应不低于 0.35:1。 4. 每临床科室至少有 1 名具有高级职称精神科医师。 5. 至少有 1 名具有高级职称护师的精神科护士。 6. 在岗护士占卫生技术人员总数≥50%。 7. 全院工程技术人员占全院技术人员总数的比例不低于 1%。
	【B】 符合“C”，并 1. 卫生技术人员与实际开放床位之比应不低于 0.8:1，病房护士与实际开放床位之比应不低于 0.4:1。 2. 临床科室主任具有正高职称≥80%。 3. 护理人员中具有大专及以上学历者≥50%。 4. 平均住院日≤75 天，其中急性住院床位平均住院日≤45 天。 5. 实际开放床位明显大于执业登记床位时，有增加床位的申请记录。
	【A】 符合“B”，并 1. 医院功能、任务和定位符合卫生区域规划，达到卫生行政部门设置标准。 2. 卫生技术人员与实际开放床位之比应不低于 1.1:1。 3. 临床科室主任具有正高职称≥90%。
1.1.2 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。	
1.1.2.1 主要承担服务区域内精神科急危重症和疑难疾病诊疗。	【C】 1. 有承担本辖区（省、自治区、直辖市）急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。 2. 承担本区域急危重症和疑难疾病诊疗。并能接受外辖区转入患者服务。 3. 急性（短期）住院床位数占医院总床位的比例≥5%。 4. 检验部门可提供 24 小时急诊诊疗服务。
	【B】 符合“C”，并 急性（短期）住院床位占医院总床位的比例≥10%，符合急重症收治标准的患者≥80%。

	【A】符合“B”，并 急性（短期）住院床位占医院总床位的比例$\geq 15\%$，符合急重症收治标准的患者$\geq 90\%$。
1.1.3 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。	
1.1.3.1 临床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。	【C】 1. 诊疗科目符合卫生行政部门规定的三级精神专科医院设置基本标准并获得执业许可登记。 2. 一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术能力符合省级卫生行政部门规定的标准，至少保持在上周期三级医院评审时的层次。 3. 至少设有精神科门诊（含急诊、心理咨询），4个以上精神科病区，男女病区分开，心理测定室、精神医学鉴定室、工娱疗室、康复科。 【B】符合“C”，并 有省级卫生行政部门批准的临床重点专科或者临床质量控制中心。 【A】符合“B”，并 有卫生部批准的临床重点专科。
1.1.4 医技科室设置及开展项目、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。	
1.1.4.1 医技科室服务能满足临床科室需要，项目设置、人员梯队与技术能力符合省级卫生行政部门规定的标准。	【C】 1. 医院医技科室、人员编制、设备设施、技术能力符合省级卫生行政部门标准。 2. 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、心电图室、脑电图室、超声波室、消毒供应室、情报资料室、病案室和3个以上的研究室。 【B】符合“C”，并 1. 医技科室主任具有正高职称$\geq 60\%$。 2. 医技科室实验室项目完全达到集中设置、统一管理、资源共享。 【A】符合“B”，并 1. 医技科室主任具有正高职称$\geq 70\%$。 2. 有省级及以上临床质控中心或重点专科。
1.1.5 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。	
1.1.5.1 承担辖区精神疾病防治任务，提供防治技术指导和专业管理。	【C】 1. 医院有专业精神卫生疾控机构，科室设置能满足辖区卫生行政部门要求。 2. 人员按照科室职能配备，包括精神科医生和护士、公共卫生医师、卫生管理等专业人员，并相对固定。 3. 有相对固定并足够的办公场地和业务用房。 【B】符合“C”，并 1. 人力综合素质指数（学历、职称、年龄三指标）达到卫生部疾病预防控制绩效考核相关指标。 2. 有独立的省级精神卫生防治信息系统。

	【A】符合“B”，并 1. 有省级及以上预防（或公共）精神卫生重点学科。 2. 有省级及以上精神卫生疾病预防控制中心，负责本地区疾控工作，承担本省（区、市）精神疾病防治技术管理和指导任务。
--	--



二、医院内部管理机制科学规范

评审标准	评审要点
1.2.1 坚持医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。	
1.2.1.1 坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。	【C】 1. 医院文化建设和服务宗旨、院训、发展规划体现坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。 2. 有保障基本医疗服务的相关制度与规范。 3. 参加并完成各级卫生行政部门指定的社会公益项目，有评审前三年完成项目数量、参加的医务人员总人次、资金支持等资料。 （1）各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业项目。 （2）完成边远地区医疗服务援助项目。 （3）开展或举办多种形式社会公益性活动（如义诊、健康咨询、募捐等）。 （4）其他项目。
	【B】 符合“C”，并 1. 有深化改革，坚持“以病人为中心”，优化质量、优化服务、降低成本、控制费用的措施。 2. 评审前三年所参与或开展的各类社会公益活动受到政府、媒体、社会好评或获得嘉奖。
	【A】 符合“B”，并 1. 深化公立医院改革取得成效。 2. 社会调查满意度高。
1.2.2 按照规范开展住院医师规范化培训工作，做到制度、师资与经费落实，做好培训基地建设。	
1.2.2.1 按照规范开展住院医师规范化培训工作，做到制度、师资与经费落实，做好培训基地建设。	【C】 1. 具备临床住院医师培训基地的资质。 2. 有住院医师规范化培训计划、具体实施方案，包括：师资、经费、培训空间等支持细则。 3. 课程设计、培训内容、考核符合住院医师规范化培训要求。 4. 严格执行住院医师规范化培训计划，定期评估总结。
	【B】 符合“C”，并 定期征求参加培训的住院医师及输送单位对住院医师规范化培训工作的意见和建议。
	【A】 符合“B”，并 根据定期总结和征求意见，持续改进住院医师规范化培训。
1.2.3 将推进规范诊疗、临床路径管理和病种质量控制作为推动医疗质量持续改进的重点项目。	

1.2.3.1 将推进规范诊疗、临床路径管理和病种质量控制作为推动医疗质量持续改进的重点项目。	【C】 1. 医院将开展临床路径作为推动医疗质量持续改进、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。 2. 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，制定精神科疾病的临床路径与质量过程质量管理的文件。 3. 医院有诊疗指南、操作规范以及相关质量管理方案。 4. 根据卫生部下发的《临床护理实践指南》及相关规范、标准制定本院护理工作规范、标准。 【B】符合“C”，并 1. 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。 2. 有专门部门和人员对诊疗规范、临床路径的执行情况定期检查分析，及时反馈、改进。 【A】符合“B”，并 1. 实行病种规范管理，有完整的管理资料。 2. 在医院信息系统中建立临床路径管理平台，能实时监测临床路径实施与变异情况。
1.2.4 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。	
1.2.4.1 提高工作效率，优化医疗服务流程，缩短患者诊疗等候时间和住院天数。	【C】 1. 对医疗服务流程中存在的问题有系统调研。 2. 对影响医院平均住院日的瓶颈问题有系统调研。 3. 有根据调研结果采取缩短患者诊疗等候时间和住院天数的措施。 【B】符合“C”，并 医院从系统管理、流程再造等方面通过多部门协作，落实整改措施，优化服务流程，提高工作效率，缩短患者诊疗等候时间和住院时间。 【A】符合“B”，并 1. 门诊等候时间缩短，无排长队现象。 2. 医技普通检查当天完成，检验当天出具报告，特殊检查缩短预约时间。 3. 近五年住院天数有降低趋势。
1.2.5 按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，确保基本药物的优先合理使用。	
1.2.5.1 按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，确保基本药物的优先合	【C】 1. 有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先使用国家基本药物的的相关规定及监督体系。 2. 有专门人员定期对医师处方是否优先合理使用基本药物进行督查、分析及反馈。 【B】符合“C”，并 有主管职能部门定期对优先使用国家基本药物情况进行总结分析、调整反馈，

理使用。	满足基本医疗服务需要。
	【A】符合“B”，并 1. 国家基本药品目录列入医院用药目录，有相应的采购、库存量。 2. 对享有基本医疗服务对象使用国家基本药物（门诊、住院）的比例符合省卫生行政部门的规定。



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

评审标准	评审要点
1.3.1 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。	
1.3.1.1 将对口支援工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，专人负责。（★）	【C】 1. 支援下级医院或基层医院工作纳入院长目标责任制管理，有计划和具体实施方案。 2. 有专门部门和人员负责下级医院或基层医院支援协调工作。 3. 针对受援医院的需求，制订重点扶持计划并组织实施，在一、二级专业中选择2~3个重点，实施系统的技术指导、人才培养及管理帮扶。 4. 参与支援下级医院或基层医院服务纳入各级人员晋升考评内容。
	【B】 符合“C”，并 职能部门加强对口支援工作监督管理，尤其是医院管理、学科建设、医疗质量与安全等方面，定期对受援情况进行实地检查总结，提高帮扶效果。
	【A】 符合“B”，并 通过三年对口帮扶，使受援县级或以上的医院整体达到二级甲等医院水平。原来受援医院是二级甲等医院的，通过帮扶，其重点专科建设取得显著成效。
1.3.2 承担政府分配的为社区、农村培养人才的指令性任务，制定相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。	
1.3.2.1 承担政府分配的为社区、农村培养人才的指令性任务，制定相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。	【C】 1. 对政府指令的社区、农村人才或下级精神卫生机构培养任务，有相关制度和具体措施予以保障。 2. 有每年为社区、农村或下级精神卫生机构培养人才项目的实施计划，并组织实施。 3. 有“医师晋升主治或副主任医师职称前到农村或下级精神卫生机构累计服务半年”的明确规定。 4. 到农村或社区或下级精神卫生机构服务的医师人数占符合晋升条件人数比例 $\geq 60\%$ 。
	【B】 符合“C”，并 1. 主管职能部门加强对农村、社区或下级精神卫生机构人才培养工作监督管理，对培养效果进行追踪评价。 2. 有完整的项目培养资料，包括学员名单、授课课件、学时、考核和评价等。 3. 到农村或社区或下级精神卫生机构服务的医师人数占符合晋升条件人数比例 $\geq 70\%$ 。
	【A】 符合“B”，并 1. 到农村或社区或下级精神卫生机构服务的医师人数占符合晋升条件人数比例 $\geq 90\%$ 。 2. 有关人才培养的指令性项目实施效果良好，受训学员满意度高，获得各级政

	府肯定或表扬、奖励等。
1.3.3 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。	
1.3.3.1 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。(★)	【C】 1. 有专门部门、指定人员依据法律法规和规章、规范负责该项工作。精神卫生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。 2. 组建有应急医疗处置组以及突发公共卫生事件或灾后心理援助、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。 3. 建立精神卫生预防和康复服务工作质量控制组织。有质量控制方案和计划；方案和计划有定期评估和修正。 4. 医院有开展禁止吸烟宣教和督查，全院各处设有醒目统一的禁烟标志。
	【B】 符合“C”，并 1. 有专项工作经费。 2. 有专职或者兼职人员指导下级精神卫生防治机构与社区工作，指导对社区精神疾病患者的管理与治疗。
	【A】 符合“B”，并 1. 有省级精神疾病预防控制中心相应的公共精神卫生服务质量管理制度（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。 2. 有对开展精神卫生预防控制和重性精神疾病管理工作的督导、检查、反馈和整改，并取得成效。
1.3.4 在基本医疗保障制度框架内，医院应建立与实施双向转诊制度、联络会诊制度与相关服务流程。	
1.3.4.1 在国家医疗保险制度、新型农村合作医疗制度框架内，医院应建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。	【C】 在国家医疗保险制度、新型农村合作医疗制度框架内，医院建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，有完整的相关资料。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对双向转诊结果追踪随访、总结分析及效果评价。
	【A】 符合“B”，并 转诊单位间有定期的联席会制度，加强协作，共同改进双向转诊工作。
1.3.5 根据《中华人民共和国统计法》与卫生行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。	
1.3.5.1 根据《中华人民共和国统计法》与卫生行政部门规定，完成医院基本运行状	【C】 1. 有向卫生行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药等相关信息报送工作。 2. 有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。

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。	【B】符合“C”，并 落实信息报送前的审核程序，实行信息报告问责制。
	【A】符合“B”，并 当地卫生行政或统计部门提供信息显示，近三年内： (1) 未发生统计数据上报信息错误。 (2) 未出现瞒报或报送虚假数据现象。



四、应急管理

评审标准	评审要点
1.4.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案。服从指挥，承担突发公共事件和重大灾害事故的心理援助、心理干预等任务。	
1.4.1.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，承担突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。	【C】 1. 各级各类人员了解国家有关法律、法规和各级政府制定的应急预案的内容。 2. 医院明确在应对突发事件中应发挥的功能和承担的任务。 3. 根据卫生行政部门指令承担突发公共事件的医疗救援。 4. 根据卫生行政部门指令承担突发公共卫生事件防控工作。 5. 有完备的应急响应机制。
	【B】 符合“C”，并 1. 有主管职能部门负责应急管理工作，相关人员熟悉应急预案以及医院的执行流程。 2. 有参与突发事件医疗救援和突发公共卫生事件防控工作的完整资料。
	【A】 符合“B”，并 对参与的每一例医疗救援或防控工作均有总结分析，持续改进应急管理工作。
1.4.2 加强领导，成立医院应急工作领导小组，落实责任，建立并不断完善医院应急管理机制。	
1.4.2.1 建立健全医院应急管理和应急指挥系统，负责医院应急管理工作。	【C】 1. 有医院应急工作领导小组，负责医院应急管理。 2. 有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。 3. 主管职能部门负责日常应急管理工作。 4. 有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。 5. 医院总值班有应急管理的明确职责和流程。 6. 有应急队伍，人员构成合理，职责明确。 7. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人。 2. 有信息报告和信息发布相关制度。 3. 应急队伍组成垂直和水平关系明晰，跨度合理，覆盖应急反应的各个方面，确保应急行动的协调和高效，能够得到后勤保障系统和医学装备部门的支持。
	【A】 符合“B”，并 1. 有应急演练或应急实践总结分析，对应急指挥系统的效能进行评价，持续改进应急管理工作。 2. 有新闻发言人制度，根据法律法规和有关部门授权履行信息发布。
1.4.3 明确医院需要应对的主要突发事件策略，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。	

1.4.3.1 开展灾害脆弱性分析,明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。	【C】 组织有关人员对医院面临的各种潜在危害加以识别,进行风险评估和分类排序,明确应对的重点。 【B】符合“C”,并 有灾害脆弱性分析报告,对突发事件可能造成的影响以及医院的承受能力进行系统分析,提出加强医院应急管理的措施。 【A】符合“B”,并 定期进行灾害脆弱性分析,对应对的重点进行调整,对相应预案进行修订,并开展再培训与教育。
1.4.3.2 编制各类应急预案。(★)	【C】 1.根据灾害脆弱性分析的结果制订各种专项预案,明确应对不同突发公共事件的标准操作程序。 2.制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案,明确在应急状态下各个部门的责任和各级各类人员的职责以及应急反应行动的程序。 3.有节假日及夜间应急相关工作预案,配备充分的应急处理资源,包括人员、应急物资、应急通讯工具等。 【B】符合“C”,并 编制医院应急预案手册,方便员工随时查阅,各部门各级各类人员知晓本部门和本岗位相关职责与流程。 【A】符合“B”,并 定期并及时修订总体预案和专项预案,持续完善。
1.4.4 开展应急培训和演练,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	
1.4.4.1 开展全员应急培训和演练,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	【C】 1.医院有安全知识及应急技能培训及考核计划,定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训,组织考核。 2.各科室、部门每年至少组织一次系统的防灾训练。 3.开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。 【B】符合“C”,并 1.培训考核的内容涵盖了本地区、本院需要应对的主要公共突发事件。 2.相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。 3.有应对重大突发事件的医院内、外联合应急演练。 4.有应对突发大规模传染病爆发等突发公共卫生事件的综合演练。 【A】符合“B”,并 应急预案与流程的员工知晓率达到100%。
1.4.4.2 医院有停电事件的应急对策。	【C】 1.有停电的医院总体预案和主要部门应急预案。 2.明确应急供电的范围、实施应急供电的演练,确保主要场所应急用电。 3.配备充分的应急设施,如各个病区都设置有应急用照明灯。 4.员工都应知晓停电时的对策程序(如特殊病人的应急处置等)。

	【B】符合“C”，并 1. 对本院备置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。 2. 对突发火灾、雷击、风灾、水灾造成的停电有应急措施。 3. 定期检查接地系统，对医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。 【A】符合“B”，并 1. 供电部门 24 小时值班制，有完整的交接班记录。 2. 有停电及应急处理的完整记录，记录时间精确到分，有处理人员的签名。 3. 有主管职能部门的督导检查 and 持续改进资料。
1.4.5 合理进行应急物资和设备的储备。	
1.4.5.1 制订应急物资和设备储备计划，且有严格的管理制度及审批程序，有适量应急物资储备，有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。	【C】 1. 有应急物资和设备的储备计划。 2. 有应急物资和设备的管理制度、审批程序。 3. 有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记。 【B】符合“C”，并 1. 应急物资和设备有定期维护，确保效期，自查有记录。 2. 现库存的储备物资与目录相符，有适量的药品器材、生命复苏设备、消毒药品器材与防护用品，有水与食品的储备。 3. 有主管职能部门监管记录。 【A】符合“B”，并 与供应商之间有应急物资和设备紧急供应的协议。

五、临床精神医学教育

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

	2. 有住院医师规范化培训、县医院骨干医师培养情况的追踪随访、总结评价，持续改进培训工作。
1.5.4 开展继续医学教育工作。	
1.5.4.1 开展继续医学教育工作。	【C】 1. 有继续医学教育管理组织，管理制度和继续医学教育规划、实施方案，提供培训条件及资金支持。 2. 有专门部门和专人对全院继续教育项目实施统一管理、质量监督。
	【B】 符合“C”，并 1. 有完善的继续医学教育学分管理档案。 2. 有继续医学教育与员工定期考核、晋职晋升挂钩。 3. 继续医学教育学分完成率 90%以上。 4. 每年承担省级继续医学教育项目 3 个以上。
	【A】 符合“B”，并 1. 继续医学教育学分完成率 95%以上。 2. 每年承担国家级继续医学教育项目 2 个以上。
1.5.5 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。	
1.5.5.1 指导和培训下级或基层医院卫生技术人员提高精神疾病诊疗水平，推广适宜卫生技术。	【C】 1. 有承担指导和培训下级或基层医院卫生技术人员提高精神疾病诊疗水平的相关规划、实施方案，提供培训条件及资金支持。 2. 有指定部门和人员对培训项目实施统一管理、质量监督。 3. 有年度下级或基层医院进修医务人员数量、学科等相关资料。
	【B】 符合“C”，并 1. 选派医务人员、管理人员参与支援农村、支援西部及社区工作，指导下级或基层医院和培养卫生技术人员。 2. 有选派援助人员名单、学科及援助项目等相关资料。
	【A】 符合“B”，并 1. 有推广适宜卫生技术项目及效果评价。 2. 对援助工作有监管，有追踪、有评估与持续改进。

六、科研及其成果

评审标准	评审要点
1.6.1 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。	
1.6.1.1 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。	【C】 1. 有科研工作管理制度。 2. 有鼓励医务人员参与科研工作的具体措施。 3. 有科研经费支持及相应的科研条件与设施。 4. 有专门部门和人员对医务人员参与科研工作进行管理。
	【B】 符合“C”，并 1. 有省级的重点学科或省级重点实验室。 2. 医院设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料。 3. 对科研工作有监管，有追踪、有评估与持续改进，有记录。
	【A】 符合“B”，并 1. 有国家级的重点学科或国家级重点实验室或国家药物临床研究机构。 2. 医院年度科研经费与医院总体收入增长同步。
1.6.2 承担各级各类科研项目，获得院内外经费，开展临床与基础相结合的研究工作，并取得成效。	
1.6.2.1 承担各级各类科研项目，获得院内外研究经费，并取得研究成果。	【C】 1. 有近5年来承担各级各类科研项目、科研经费及科研成果的相关资料。 2. 有科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）与医院实际开放床位比例（如每百张实际开放床位）、与在册医护研人员比例（如每百名医师、或护士、或药师、或技师、或专职科研人员等）的统计资料 and 统计分析。 3. 有临床科研项目数量，占总项目比例及专利技术转化的相关资料。 4. 医院配套经费到位率 $\geq 80\%$ （以年终财务报表数据为准）。
	【B】 符合“C”，并 1. 有近5年来承担省级科研项目数量、获得科研资助资金数量相关资料。 2. 有省科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）及与医院实际开放床位比例、与在册医护研人员比例的统计资料 and 统计分析。 3. 医院配套经费到位率 $\geq 90\%$ （以年终财务报表数据为准）。
	【A】 符合“B”，并 1. 有近5年来承担国家级科研项目数量、获得科研资助资金数量相关资料。 2. 有国家级科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）及与医院实际开放床位比例、与在册医护研人员比例的统计资料 and 统计分析。 3. 临床科研项目数量，占总项目比例及专利技术转化情况。 4. 医院配套经费到位率 $\geq 95\%$ （以年终财务报表数据为准）。

1.6.3 医院有将研究成果转化实践应用的激励政策，并取得成效。	
1.6.3.1 医院有将研究成果转化实践应用的激励政策，并取得成效。	【C】 1. 有将研究成果转化实践应用的激励政策。 2. 十年内医院有自主创新的适宜技术得到推广或院级研究成果转化实践应用或引进技术提高临床诊疗水平的案例。
	【B】 符合“C”，并 十年内医院至少有省部级研究成果转化实践应用的案例。
	【A】 符合“B”，并 十年内医院至少有国家级研究成果转化实践应用的案例。
1.6.4 依法取得相关资质，并按药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。	
1.6.4.1 依法取得相关资质，并按药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。	【C】 1. 有获取国家药物临床相关机构相关资质的证明文件，并有相应的专用床位、设施与设备。 2. 能按照药物临床试验管理规范（GCP）要求开展临床试验。 3. 对研究人员的资质与批准程序有明确规定，要求知晓并做到。 （1）研究者必须详细阅读和了解试验方案的内容，并严格按照方案执行。 （2）研究者应向受试者说明经伦理委员会同意的有关试验的详细情况，并取得知情同意书。 （3）研究者有义务采取必要的措施以保障受试者的安全，并记录在案。 （4）研究者负责作出与临床试验相关的医疗决定，保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗。 4. 临床试验药品管理规范。 （1）临床试验用药品不得销售。 （2）试验用药品的供给、使用、储藏及剩余药物的处理过程应接受相关人员的检查。 （3）试验用药品的使用记录应包括数量、装运、递送、接受、分配、应用后剩余药物的回收与销毁等方面的信息。
	【B】 符合“C”，并 1. 研究者应保证将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表。 2. 有主管的职能部门的监管，记录存在问题与缺陷，有改进意见。 3. 研究者接受了申办者派遣的监察员或稽查员的监察和稽查及药品监督管理部门的稽查和视察，有改进意见与要求的记录。
	【A】 符合“B”，并 十年内医院至少有三项完整、规范的临床试验案例及相关资料。

第二章 医院服务

一、预约诊疗服务

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

	【B】符合“C”，并 1. 有提高转诊质量的相关培训和指导。 2. 信息系统支持病历资料协同传输。
	【A】符合“B”，并 对预约转诊情况进行分析评价，持续改进转诊工作。



二、门诊流程管理

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

合。	【B】符合“C”，并 1. 门诊满足患者就诊需要，无因医院原因出现退号现象。 2. 普通医技检查能满足门诊需要，当日完成检查和报告。
	【A】符合“B”，并 有门诊就诊情况分析评价，持续改进门诊工作。
2.2.3.2 有门诊突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。	【C】 1. 有应急预案，包括建立组织、设备配置、人员技术培训、通讯保障、后勤保障等。 2. 有确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施。
	【B】符合“C”，并 1. 有门诊突发事件预警系统，能有效地识别预警信息。 2. 工作人员能够及时识别预警信息并熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。
	【A】符合“B”，并 1. 根据预警级别，及时启动应急预案，有案例证实在启动应急预案后，相关部门能积极响应。 2. 有应急事件分析评价，持续改进应急管理。
2.2.4 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。	
2.2.4.1 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。	【C】 1. 开设精神科亚专科门诊，有分诊制度。 2. 对疑难患者有开展多个亚专科综合门诊的制度，并有相关流程。
	【B】符合“C”，并 有保障多个亚专科综合门诊出诊医师数量和质量的措施。
	【A】符合“B”，并 有多个亚专科综合门诊成效分析评价，持续改进综合门诊质量。
2.2.5 有改善门诊服务、方便患者就医的绩效考评和分配政策，支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊。	
2.2.5.1 有改善门诊服务、方便患者就医的绩效考评和分配政策，支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊。	【C】 医院绩效考评和分配方案与门诊服务质量密切挂钩。
	【B】符合“C”，并 1. 医院开放节假日门诊，夜间门诊，实行无休日门诊。 2. 有措施使门诊资源利用率最大化。
	【A】符合“B”，并 有门诊服务监管评价，持续改进门诊服务质量。

三、急诊绿色通道管理

评审标准	评审要点
2.3.1 急诊科设置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本要求。人力资源、设备、设施配备满足急诊绿色通道要求，实行7×24小时服务。	
2.3.1.1 合理配置急诊人力资源，配备经过专业培训、胜任精神科急诊工作的医务人员。	【C】 1. 承担急诊工作的医务人员配置满足急诊工作需要。 2. 承担急诊工作的医务人员经过急诊专业培训，掌握急危重症抢救技能，能够胜任精神科急诊工作。
	【B】 符合“C”，并承担急诊工作的医务人员定期技能再培训，不断提高急诊抢救水平。
	【A】 符合“B”，并有承担急诊工作的医务人员培训考核机制。
2.3.1.2 急诊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。	【C】 1. 有指定的科室负责医院急危重症患者的急诊抢救工作。 2. 承担急诊工作的科室应配置必要的急救设备和药品，布局符合急诊快捷流程特点，满足绿色通道要求。 3. 承担急诊工作的科室能提供7×24小时服务。
	【B】 符合“C”，并有抢救室，满足精神科急诊危重病人抢救需要。
	【A】 符合“B”，并急诊科有完善的急诊监护室，满足急诊危重病人抢救需要。
2.3.2 加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者。	
2.3.2.1 落实首诊负责制，与挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度。	【C】 1. 承担急诊工作的科室落实首诊负责制，有处理急危重症患者的流程。 2. 建立急危重症患者抢救协作协调机制，明确急危重症患者转接服务制度和流程，并落实。
	【B】 符合“C”，并急诊抢救登记完善，病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。
	【A】 符合“B”，并有急诊信息网络支持系统，有急诊与院前急救、急诊与院内各科室、急诊与卫生行政部门的信息对接，急诊能够在患者送达前获取急救中心转送或基层医疗机构转诊患者信息，院内各科室在患者收住入院前获取病历资料，提高效率。
2.3.2.2 加强急诊分诊，及时救治急危重症患者。	【C】 1. 有急危重症患者严重程度评估和分诊制度，有效分流非急危重症患者。 2. 落实急会诊制度，保障急危重症患者得到及时救治。 3. 急诊优先，付费、检验、影像、取药等环节设置合理。

	【B】符合“C”，并 职能部门对各环节急诊优先制度执行中存在的问题有分析、总结和反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，各环节急诊优先安排得到落实。
2.3.3 根据重大突发事件应急医疗救援预案，制定大规模抢救工作流程，保障绿色通道畅通。	
2.3.3.1 根据重大突发事件应急医疗救援预案，制定大规模抢救工作流程，保障绿色通道畅通。	【C】 1. 医院有重大突发事件（精神药物中毒、严重暴力攻击和自杀自伤等）应急医疗救援预案。 2. 负责急诊工作的科室有根据预案制定的大规模抢救工作流程。 3. 相关职能部门、医务人员和工作人员熟悉本部门、本人在应急医疗救援中的角色和岗位职责。 4. 大规模抢救工作由院级领导负责指挥协调，由职能部门具体组织实施和协调。 5. 有转送至其他具备大规模抢救能力医院的制度和流程，并落实。
	【B】符合“C”，并 有大规模抢救登记与总结分析，反馈和持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进应急管理有成效。

四、住院、转诊服务流程管理

评审标准	评审要点
2.4.1 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。	
2.4.1.1 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。	【C】 1. 执行留观、入院、出院、转诊制度，并有相应的服务流程。 2. 有部门间协调机制，并有专人负责。 3. 能为患者入院、出院、转诊提供指导和各种便民措施。 4. 有科室没有空床或医疗设施有限时的处理制度与流程，并告知患者原因和处理方案。 【B】符合“C”，并 1. 有对员工进行服务流程培训的相关制度并执行，当服务流程变更时对相关人员进行再培训。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并持续改进服务流程有成效。
2.4.2 为急诊患者入院制定合理、便捷的入院制度与程序。危重患者应当先抢救并及时办理入院手续。	
2.4.2.1 有为急诊患者入院制定合理、便捷的入院制度与程序。危重患者应当先抢救并及时办理入院手续。	【C】 1. 有为急诊患者提供合理、便捷的入院制度与流程。 2. 危重患者应先抢救并及时办理入院手续。 【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并持续改进急诊入院服务有成效。
2.4.2.2 为患者提供办理入院、出院手续个性化服务和帮助。	【C】 1. 办理入院、出院、转院手续便捷，分时段办理出院手续，提供 24 小时服务。 2. 有为特殊患者（如残疾人、无近亲属陪护、行动不便患者等）入院、出院提供多种服务的便民措施。 【B】符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并持续改进入院服务有成效。
2.4.3 加强转诊患者的交接管理，及时传递患者病历与相关信息，为患者提供连续医疗服务。	
2.4.3.1 加强转诊患者的交接管	【C】 1. 转诊流程明确，实施患者评估，履行知情同意，做好相关准备，选择适宜时

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。	机。 2. 经治医师应向患者或监护人告知转诊理由以及不适宜的转诊可能导致的后果,获取患者或监护人的知情同意。 3. 有病情和病历等资料交接制度并落实,保障诊疗的连续性。 4. 相关医务人员熟悉并遵循上述制度与流程。
	【B】 符合“C”,并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。
	【A】 符合“B”,并 持续改进转诊服务有成效。
2.4.4 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。	
2.4.4.1 加强出院患者和监护人的健康教育和随访预约管理,提高患者和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。	【C】 1. 有出院患者健康教育相关制度并落实。 2. 有出院患者随访、预约管理相关制度并落实。
	【B】 符合“C”,并 1. 患者和监护人能知晓和理解出院后医疗、护理和康复措施。 2. 开展多种形式的随访,不断提高随访率。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。
	【A】 符合“B”,并 持续改进健康教育和随访预约管理有成效。

五、基本医疗保障服务管理

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

六、患者的合法权益

评审标准	评审要点
2.6.1 医院有相关制度	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。
2.6.1.1 患者或监护人对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利，医院有相关制度保证医务人员履行告知义务。（★）	【C】 1. 有保障患者合法权益的相关制度并得到落实。 2. 医务人员尊重患者或监护人的知情选择权利，对患者或监护人进行病情、诊断、医疗措施和医疗风险告知的同时，能提供不同的诊疗方案。 3. 医务人员熟知并尊重患者的合法权益。 【B】符合“C”，并 1. 患者或监护人对医务人员的告知情况能充分理解并在病历中体现。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.6.2 应当向患者或其家属（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。	
2.6.2.1 向患者或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，说明内容应有记录并有患者或监护人签字。	【C】 1. 医务人员在诊疗活动中应当向患者或监护人说明病情和医疗措施。需要实施特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者的监护人说明，说明内容应有记录，并取得其书面同意。 2. 相关人员熟悉并遵循上述要求。 【B】符合“C”，并职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.6.3 对医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。	
2.6.3.1 对医护人员进行知情同意和告知方面的培训，主管医师能够使用患者易懂的方式、语言，与患者及其近亲属沟通，并履行书面同意手续。	【C】 1. 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。 2. 医务人员掌握告知技巧，采用患者易懂的方式进行医患沟通。 3. 对实施高危诊疗操作、特殊诊疗或输血、使用血液制品、贵重药品、耗材等时履行书面知情同意手续。 【B】符合“C”，并职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。

	【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.6.4 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。	
2.6.4.1 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。(★)	【C】 1. 制定非自愿住院医疗措施的适用条件与程序并遵照执行。 2. 制定入院后诊断复核程序并遵照执行。 3. 医务人员对程序熟悉，详细记录治疗经过。
	【B】符合“C”，并职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.6.5 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。	
2.6.5.1 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。	【C】 1. 制定住院环境改善与风险控制策略，对入院患者进行风险评估。 2. 制定住院期间约束和隔离等措施使用规定，并规范记录。
	【B】符合“C”，并职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.6.6 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。	
2.6.6.1 开展实验性临床医疗(临床人体试验)应当严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，按规定审批，并征得患者和监护人书面同意。	【C】 1. 有开展实验性临床医疗管理的相关制度。 2. 有开展实验性临床医疗的审核程序。 3. 实验性临床医疗实行个案全程管理。 4. 参与实验性临床医疗的患者和监护人均能签署知情同意书。
	【B】符合“C”，并 1. 患者和监护人充分参与诊疗决策。 2. 有独立的监督部门对相关的实验性临床医疗进行全程监督，并有效履行职责。
	【A】符合“B”，并实验性临床医疗项目档案资料完整，对监管情况有评价，有整改措施与持续改进。
2.6.7 保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。	

2.6.7.1 保护患者的隐私权, 尊重民族习惯和宗教信仰。	【C】 1. 有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。心理咨询和治疗的环境充分考虑患者隐私权的保护。 2. 有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。 3. 医务人员熟悉相关制度, 了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。 4. 医护人员自觉保守患者隐私, 除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。 【B】 符合“C”, 并 1. 能尽量满足患者特殊的合理需求。 2. 有完善的保护患者合法权益的协调处置机制。 3. 有主管职能部门监督检查。 【A】 符合“B”, 并 有监管情况分析评价, 有整改措施与持续改进。
2.6.8 医院伦理委员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。	
2.6.8.1 医院伦理委员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。	【C】 1. 有保护患者合法权益的相关制度和措施。 2. 定期对制度执行情况进行检查。 【B】 符合“C”, 并 有完善的保护患者合法权益的协调处置机制。 【A】 符合“B”, 并 有监管情况分析评价, 有整改措施与持续改进。

七、投诉管理

评审标准	评审要点
2.7.1 贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者和其他相关人员投诉，及时处理并答复投诉人。	
2.7.1.1 贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者和其他相关人员投诉，及时处理并答复投诉人。（★）	【C】 1. 有专门部门统一管理投诉工作，受理投诉的有关部门有规范的投诉处理流程。 2. 有投诉管理相关制度及明确的处理流程。 3. 有明确的投诉处理时限并得到严格执行。
	【B】符合“C”，并 1. 实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。 2. 有配置完善的录音录像设施的投诉接待室。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2.7.1.2 妥善处理医疗纠纷。	【C】 1. 有医疗纠纷处理制度与操作流程，妥善处理医疗纠纷。 2. 有法律顾问、律师提供相关法律支持。 3. 相关人员熟悉流程并履行相应职责。
	【B】符合“C”，并 1. 以多种形式对相关员工进行医疗纠纷案例教育。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 建立发言人制度。 2. 持续改进有成效。
2.7.2 公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式，同时公布上级部门投诉电话，建立健全投诉档案，规范投诉处理程序。	
2.7.2.1 公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，建立健全投诉档案。	【C】 1. 通过各种形式，在显要地点公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，同时公布上级部门投诉电话。 2. 有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。 3. 规范投诉处理程序。
	【B】符合“C”，并 建立健全投诉档案，包括书面、音像档案资料。

	【A】符合“B”，并定期对投诉资料进行归类整理、分析，提出改进建议提供给相关管理部门和科室。
2.7.3 根据患方和有关方面的投诉，持续改进医疗服务。	
2.7.3.1 根据患方和有关方面的投诉，持续改进医疗服务。	【C】 1. 建立患方和有关方面的投诉渠道。 2. 有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。 3. 根据投诉情况改进医疗服务质量，提高管理水平。
	【B】符合“C”，并将投诉与绩效考核、医师考核和职能部门工作评价相结合。
	【A】符合“B”，并通过投诉管理，提高患方和有关方面对医疗服务和医院管理的满意率。
2.7.4 对全体员工进行纠纷防范及处理的专门培训。	
2.7.4.1 对全体员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有记录。	【C】 对全体员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有完整相关资料（每年至少一次）。
	【B】符合“C”，并开展典型案例教育。
	【A】符合“B”，并有培训效果评价。

八、就诊环境管理

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

	4. 有整洁宁静的住院病房，实际占地面积满足住院诊疗要求。 5. 有卫生洗浴设施，并配备应急呼叫及防滑扶手装置。 6. 有安全、舒适的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。 7. 有安全管理、保洁管理措施。 【B】符合“C”，并 对医院环境状况有巡查、维护措施，保障就诊住院环境处于良好状态。 【A】符合“B”，并 医疗用房达到国家精神病专科医院建设标准。
2.8.4 有保护患者的隐私设施和管理措施。	
2.8.4.1 有保护患者的隐私设施 和管理措施。	【C】 1. 有私密性良好的诊疗环境。 2. 在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。 【B】符合“C”，并 1. 多人病室各病床之间能提供间隔设施。 2. 有私密性良好的医患沟通及知情告知场所。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2.8.5 执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。	
2.8.5.1 执行《无烟医疗机构标准 （试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统 全面禁烟的决定》。	【C】 1. 有执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》的计划和具体措施。 2. 有禁止吸烟的宣传教育计划并组织实施。 3. 有禁止吸烟的醒目标识。 4. 对有吸烟史的住院患者进行戒烟健康教育。 【B】符合“C”，并 开展多种形式的戒烟咨询服务。 【A】符合“B”，并 达到无烟医院标准。
2.8.6 落实创建“平安医院”有措施，构建和谐医患关系、优化医疗执业环境有成效。	
2.8.6.1 落实创建“平安医院” 有措施，构建和谐医患 关系、优化医疗执业环境 有成效。	【C】 1. 落实创建“平安医院”有具体措施。 2. 开展相关的培训与教育。 【B】符合“C”，并 相关负责人对创建“平安医院”主要内容的知晓率≥90%。 【A】符合“B”，并 获得省级创建“平安医院”先进单位。

第三章 医患安全

一、确立查对制度，识别患者身份

评审标准	评审要点
3.1.1 对就诊患者施行唯一标识（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。	
3.1.1.1 对就诊患者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。	【C】 对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。 【B】符合“C”，并 对就诊患者住院病历施行唯一标识管理，如使用市民卡、医保卡、新型农村合作医疗卡编号或身份证号码等。 【A】符合“B”，并 对提高患者身份识别的正确性有改进方法，如在重点部门（急诊、电休克室）使用条码（腕带标识、可扫描自动识别的条形码）管理。
3.1.2 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄 2 项核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。	
3.1.2.1 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄 2 项等项目核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。	【C】 1. 有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让患者或其近亲属确认患者身份。对特殊患者身份核对有相关制度，并落实。 2. 至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、年龄、性别、出生年月、病历号、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。 3. 相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。 【B】符合“C”，并 1. 各科室严格执行查对制度。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并 查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实，持续改进有成效。
3.1.3 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，管床医生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。	
3.1.3.1 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，管床医生必须亲自向	【C】 1. 有实施有创诊疗活动和精神科特殊诊疗活动的制度和流程。 2. 严格有创诊疗活动和精神科特殊诊疗活动的适应证标准。 3. 有实施医师亲自告知记录与签字，并取得患者和监护人知情同意签字。 4. 相关人员熟悉制度与流程。

患者或监护人告知,取得患者或监护人的书面知情同意。	【B】符合“C”，并 1. 各科室建立有核查制度并严格执行。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
3.1.4 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。	
3.1.4.1 完善关键流程（门急诊、病房、特殊检查治疗室之间流程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。	【C】 1. 患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其门急诊、病房、特殊治疗室或检查室之间的转接。 2. 对重症患者和重点患者（如老年、ICU、急诊、无名患者、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者）的身份识别和交接流程有明确的制度规定。 3. 对无法进行患者身份确认的无名患者，有身份标识的方法和核对流程。 4. 对老年、无名患者、儿童、意识不清、语言交流障碍等原因无法向医务人员陈述自己姓名的患者，由患者陪同人员陈述患者姓名并签名确认。 【B】符合“C”，并 1. 科室有转科交接登记和重点患者登记本，科室有定期自查与改进措施。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈和持续改进措施。 【A】符合“B”，并 重点部门患者转接时的身份识别制度落实，持续改进有成效。
3.1.5 使用“腕带”作为识别患者身份的标识，重点是抽插电休克治疗、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。	
3.1.5.1 使用“腕带”作为识别患者身份的标识，重点是抽插电休克治疗、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。（★）	【C】 1. 对需使用“腕带”作为识别身份标识的患者和科室有明确制度规定。 2. 至少在无抽插电休克、ICU、特殊治疗室或检查室使用“腕带”识别患者身份。 【B】符合“C”，并 1. 对急诊抢救室和留观的患者、住院、抽插电休克治疗、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患者推广使用“腕带”识别患者身份。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并 1. 对住院精神病患者均能正确使用“腕带”识别患者身份标识，持续改进有成效。 2. 使用带有可扫描自动识别的条形码“腕带”识别患者身份。

二、确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤

评审标准	评审要点
3.2.1 在住院患者的常规诊疗活动中，应以书面方式下达医嘱。	
3.2.1.1 按规定开具完整的医嘱或处方。	【C】 1. 有开具医嘱相关制度与规范。 2. 对使用电子病历的医院，有使用电子病历开具医嘱的规章制度。 3. 医务人员对模糊不清、有疑问的医嘱，有明确的澄清流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 规范使用电子病历开具医嘱，并有质量监控功能。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 有完善的电子病历医嘱功能、规章制度、质量监控功能，并具备持续改进措施。 2. 医嘱、处方合格率 $\geq 95\%$ 。
3.2.2 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。护理人员应对口头临时医嘱完整重述确认，在执行时双人核查，事后及时补记。	
3.2.2.1 有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度与流程。	【C】 1. 有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程。 2. 医师下达的口头医嘱，执行者需复述确认，双人核查后方可执行。 3. 下达口头医嘱应及时补记。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 医嘱制度规范执行，持续改进有成效。
3.2.3 接获非书面的患者“危急值”或其他重要的检查（验）结果时，接获者必须规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的姓名与电话，复述确认无误后方可提供医师使用。	
3.2.3.1 有危急值报告制度与处置流程。	【C】 1. 有临床危急值报告制度及流程。包括重要的检查（验）结果等报告的范围。 2. 接获非书面危急值报告者应规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的信息，复述确认无误后及时向经治或值班医生报告，并做好记录。 3. 医生接获临床危急值后及时追踪与处置。 4. 相关人员知晓上述制度与流程，并正确执行。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 2. 信息系统能自动识别、提示危急值，检查（验）科室能通过网络及时向临床

	科室发出危急值报告，并有醒目的提示。 【A】符合“B”，并 1. 有危急值报告和接收处置规范，持续改进有成效。 2. 有完整记录分析总结。
--	---



三、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求

评审标准	评审要点
3.3.1 按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施。	
3.3.1.1 按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施。	【C】 1. 有手部卫生管理相关制度和实施规范。 2. 手卫生设备和设施配置有效、齐全、使用便捷。 【B】 符合“C”，并 职能部门有对手卫生设备和手卫生依从性进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】 符合“B”，并 医院全员手卫生依从性$\geq 95\%$。
3.3.2 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）。	
3.3.2.1 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、特殊检查、治疗洗手操作规程等）。	【C】 1. 对员工提供手卫生培训、记录。 2. 有手卫生相关要求（手清洁、手消毒、特殊检查、治疗洗手操作规程等）的宣教、图示。 3. 医务人员洗手正确率$\geq 85\%$。 【B】 符合“C”，并 1. 职能部门有对规范洗手进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 2. 医务人员洗手正确率$\geq 90\%$。 【A】 符合“B”，并 不断提高洗手正确率，医务人员洗手正确率$\geq 95\%$。

四、特殊药物的管理，提高用药安全

评审标准	评审要点
3.4.1 高浓度电解质、易混淆（听似、看似）药品有严格的贮存与使用要求，并严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用与管理规章制度。	
3.4.1.1 严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用与管理规章制度。	【C】 1. 严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的使用管理制度。 2. 有麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法的相关规定。 3. 相关员工知晓管理要求，并遵循。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定，符合率 100%。
3.4.1.2 有高浓度电解质、听似、看似等易混淆的药品贮存与识别要求。	【C】 1. 有高浓度电解质、化疗药物等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法的规定。 2. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识”。 3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率 100%。
3.4.2 处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。	
3.4.2.1 处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。	【C】 1. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并有转抄和执行者签字。有应用电子处方计划并建立相应规章制度。 2. 有药师审核处方或用药医嘱相关制度。对于住院患者，应由医师下达医嘱，药学技术人员统一摆药，护理人员按时发药，确保服药到口，看服吞下，检查口腔。 3. 开具与执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌，按药品说明书应用。 4. 有静脉用药调配与使用操作规范及输液反应应急预案。 5. 正确执行核对程序≥90%。

	【B】符合“C”，并 1. 建立药品安全性监测制度，发现严重、群发不良事件应及时报告并记录，有相应应急预案与急救器材、药品（抢救室的配备）。 2. 临床药师为医护人员、患者提供合理用药的知识，做好药物信息及药物不良反应的咨询服务。建立有临床药师参加（特殊药品的使用前，如三代抗生素使用、联合使用抗精神病药物等）查房制度与流程。 3. 规范使用电子处方，并有质量监控措施。 4. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 有完善的电子处方系统，有实时监控功能并有持续改进措施。 2. 正确执行核对程序达到 100%。



五、临床“危急值”报告制度

评审标准	评审要点
3.5.1 根据医院实际情况确定“危急值”项目，建立“危急值”评价制度。	
3.5.1.1 根据医院实际情况确定“危急值”项目，建立“危急值”管理制度与工作流程。	【C】 1. 有临床危急值报告制度制度与工作流程。 2. 医技部门（含临床实验室、病理、医学影像部门、电生理检查、血药浓度监测等）有“危急值”项目表。 3. 相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。
	【B】 符合“C”，并根据临床需要和实践总结，更新（对危急值界限有定期总结分析、修改流程）和完善危急值管理制度、工作流程及项目表。
	【A】 符合“B”，并职能部门定期（每年至少一次）对“危急值”报告制度的有效性进行评估。
3.5.2 有临床“危急值”报告制度与流程。	
3.5.2.1 严格执行“危急值”报告制度与流程。	【C】 1. 医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容，能够有效识别和确认“危急值”。 2. 接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录患者识别信息、危急值内容、和报告者的信息，按流程复核确认无误后，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。 3. 医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。
	【B】 符合“C”，并信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。
	【A】 符合“B”，并有院科两级网络监控功能（监控部门定期督导），实时记录，保障危急值报告、处置及时、有效。

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

评审标准	评审要点
3.6.1 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。	
3.6.1.1 对患者进行风险评估，主动向高危患者告知跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院风险，采取有效措施防止意外事件的发生。	【C】 1. 有防范患者跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院的相关制度，并体现多部门协作。 2. 对住院患者跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院风险评估及根据病情、用药变化再评估，并在病历中记录。 3. 主动告知患者跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院风险及防范措施并有记录。并有与患者监护人或近亲属沟通记录。 4. 医院环境有防止跌倒安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑。 5. 对特殊患者，如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等患者，主动告知跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀危险，采取适当措施防止跌倒、坠床等意外发生，如警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、床挡以及保护性约束等。 6. 相关人员知晓相关处置及报告程序。
	【B】 符合“C”，并 1. 有坠床、跌倒、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院的质量监控指标数据收集和分析。使用相应危险因素评估表。 2. 高危患者入院时跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院的风险评估率≥90%。
	【A】 符合“B”，并 1. 高危患者入院时跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院的风险评估率 100%。 2. 风险评估管理纳入医院信息系统。
3.6.2 有跌倒、坠床噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院等意外事件报告制度、处理预案与工作流程。	
3.6.2.1 有患者跌倒、坠床噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院等意外事件报告制度、处置预案与工作流程。(★)	【C】 有患者跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院等意外事件记录和报告相关制度、处置预案与工作流程。
	【B】 符合“C”，并 患者跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院等意外事件记录报告、处置流程知晓率≥95%。
	【A】 符合“B”，并 根据患者跌倒、坠床、噎食、窒息、自杀、暴力攻击、擅自离院等意外事件的总结分析，完善防范措施，保障患者安全。

3.6.3 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。	
3.6.3.1 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。	【C】 1. 有常规培训制度及其操作流程。 2. 定期开展防范和处置精神科常见意外事件的相关培训和演练。
	【B】 符合“C”，并 有每年对新老职工开展培训的计划，有实施并记录。
	【A】 符合“B”，并 1. 相关科室人员对预案知晓率 100%。 2. 有持续改进措施。



七、防范与减少患者压疮发生

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

八、妥善处理医疗安全（不良）事件

评审标准	评审要点
3.8.1 有主动报告医疗安全（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。	
3.8.1.1 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。（★）	【C】 1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。 2. 有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。 3. 有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。 4. 每百张实际开放床位年报告≥10件。 5. 医护人员对不良事件报告制度的知晓率100%。
	【B】 符合“C”，并 1. 有指定部门统一收集、核查医疗安全（不良）事件。 2. 有指定部门向相关机构上报医疗安全（不良）事件。 3. 对医疗安全（不良）事件有分析，采取防范措施。 4. 每百张实际开放床位年报告≥15件。 5. 全院员工对不良事件报告制度的知晓率100%。
	【A】 符合“B”，并 1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。 2. 每百张实际开放床位年报告≥20件。 3. 持续改进安全（不良）事件报告系统的敏感性，有效降低漏报率。
3.8.2 有激励措施，鼓励不良事件呈报。	
3.8.2.1 有激励措施鼓励医务人员参加“医疗安全（不良）事件报告系统”网上自愿报告活动。	【C】 1. 建立有医务人员主动报告的激励机制。 2. 对不良事件呈报实行非惩罚制度。 3. 严格执行《医疗质量安全事件报告暂行规定》的规定。
	【B】 符合“C”，并 1. 激励措施有效执行。 2. 使用卫生部“医疗安全（不良）事件报告系统”报告。
	【A】 符合“B”，并 医院医疗安全（不良）事件直报系统与卫生部“医疗安全（不良）事件报告系统”建立网络对接。
3.8.3 将安全信息与医院实际情况相结合，从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进。对重大不安全事件要有根本原因分析。	
3.8.3.1 定期分析医疗安全信息，利用信息资源改进医	【C】 1. 定期分析安全信息。 2. 对重大不安全事件进行根本原因分析。

疗安全管理。	【B】符合“C”，并 1. 利用信息资源加强管理，实施具体有效的改进措施。 2. 对改进措施的执行情况进行评估。
	【A】符合“B”，并 应用安全信息分析和改进结果，持续完善和优化医院患者安全管理方案或制度规范。



九、患者或家属（监护人）参与医疗安全

评审标准	评审要点
3.9.1 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，协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。	
3.9.1.1 针对患者疾病诊疗，为患者及其近亲属提供相关的健康知识教育，协助患者（监护人）对诊疗方案做出正确理解与选择。	【C】 1. 有医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的相关规定。 2. 针对患者病情，向患者监护人及其近亲属提供相应的健康教育，提出供选择的诊疗方案。 3. 宣传并鼓励患者监护人及其近亲属参与医疗安全活动，如在就诊时提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。 【B】 符合“C”，并 患者、监护人了解针对病情的可选择诊疗方案。 【A】 符合“B”，并 职能部门对患者参加医疗安全活动有监管，有持续改进。
3.9.2 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。	
3.9.2.1 主动邀请患者（监护人及其近亲属）参与医疗安全活动。	【C】 1. 邀请患者（监护人及其近亲属）主动参与医疗安全管理，尤其是患者身份识别、无抽搐电休克、约束隔离等措施前、或使用药物治疗前、或输液输血前，有具体措施与流程。 2. 鼓励患者（监护人及其近亲属）向药学人员提出安全用药咨询。 【B】 符合“C”，并 职能部门对患者（监护人及其近亲属）参加医疗安全活动有定期的检查、总结、反馈，并提出整改措施。 【A】 符合“B”，并 患者主动参与医疗安全活动，持续改进医疗安全管理。
3.9.3 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）。	
3.9.3.1 主动邀请患者、监护人及近亲属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）。	【C】 1. 有向患者、监护人及近亲属提供相应疾病风险评估的措施和流程。提出防止非医疗因素对患者造成伤害的方案。 2. 宣传并鼓励患者、监护人及近亲属参与防止非医疗因素对患者造成伤害的活动，如在就诊时提供真实病情和有关信息的重要性。 【B】 符合“C”，并 职能部门对患者近亲属参加防止非医疗因素对患者造成伤害活动有定期的检查、总结、反馈，并提出整改措施。

	【A】符合“B”，并 医院有对非医疗因素造成伤害有一套评估体系并实际应用。患者近主动参与医疗安全活动，持续改进医疗安全管理。
--	--



第四章 医疗质量安全管理与持续改进

一、医疗质量管理组织

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

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

二、医疗质量管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.2.1 有医疗质量管理和持续改进方案，并组织实施。	
4.2.1.1 有医疗质量管理和持续改进实施方案及相配套制度、考核标准、考核办法、质量指标、持续改进措施。	【C】 1. 有医疗质量管理和持续改进相关实施方案（如：合理使用抗生素和其他药品、合理使用血液和血制品、围手术期管理与手术分级管理、各类手术与介入操作及并发症、麻醉操作、医院感染、病历质量、急危重症管理、医疗护理缺陷与纠纷、患儿满意度调查等管理方面的内容）的年度实施计划及相配套政策、考核标准、考核办法、质量指标。 2. 有医疗质量管理考核体系和管理流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 落实医疗质量考核，有记录。 2. 对方案执行、制度落实、考核结果等内容有分析、总结、反馈及改进措施。
	【A】 符合“B”，并持续改进有成效。
4.2.1.2 有医疗质量关键环节、重点部门管理标准与措施。	【C】 1. 有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、无抽搐电休克治疗管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）管理标准与措施。 2. 有重点部门（急诊室、重症病房等）的管理标准与措施。 3. 有主管职能部门监管。
	【B】 符合“C”，并 1. 相关人员知晓本岗位相关质量管理标准及措施，并落实。 2. 职能部门履行监管职责，对各项管理标准与措施的落实情况有定期检查、分析、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并持续改进有成效。
4.2.2 建立与执行医疗质量管理制度、操作规范、诊疗指南。	
4.2.2.1 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定完善的覆盖医疗全过程的质量管理规章制度，并及时更新，切实保证医疗质量。	【C】 1. 医院制度符合法律法规、规章规范及相关标准，且符合本院实际。 2. 有完善的质量管理制度规章制度，并有明确的核心制度。
	【B】 符合“C”，并 1. 能够覆盖本院医疗全过程。 2. 对制度的管理规范，对制定、审核、批准、发布、作废等有统一流程。
	【A】 符合“B”，并对制度能够定期修订和及时更新。

4.2.2.2 执行医疗质量管理体系，重点是核心制度。	【C】 1. 落实各项医疗质量管理体系，重点是核心制度。 2. 有医院及科室的培训，医务人员掌握并遵循本岗位相关制度。 3. 有主管职能部门监管。 【B】符合“C”，并 院科两级对制度的执行情况有督导检查与整改措施。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4.2.2.3 有临床技术操作规范和临床诊疗指南。	【C】 1. 有各专业临床技术操作规范和临床诊疗指南。 2. 对医务人员进行培训，使医务人员掌握并严格遵循本专业岗位相关规范和指南开展医疗工作。 【B】符合“C”，并 对规范、指南的执行情况有督导检查与整改措施。 【A】符合“B”，并 根据医学发展和本院实际，对规范和指南及时补充完善。
4.2.3 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度”，强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核。	
4.2.3.1 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度”，强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核。	【C】 1. 有各专业、各岗位“三基”培训及考核制度。 2. 有根据不同层次及专业的卫生技术人员的“三基”培训内容、要求、重点和培训计划。 3. 有与培训相适宜的技能培训设施、设备及经费保障。 4. 有指定部门或专职人员负责实施。 【B】符合“C”，并 落实培训及考核计划，在岗人员参加“三基”培训覆盖率 100%。 【A】符合“B”，并 在岗人员参加“三基”考核合格率 100%。
4.2.4 建立医疗风险防范确保患者安全的机制，按规定报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷，不隐瞒和漏报。	
4.2.4.1 有医疗风险管理方案。	【C】 1. 有医疗风险管理方案，包括医疗风险识别、评估、分析、处理和监控等内容。 2. 针对主要风险制定相应的制度、流程、预案或规范，严格落实，防范不良事件的发生。 3. 发生不良事件，相关人员主动报告，无隐瞒和漏报。 4. 根据情况医院对员工做医疗风险事件的预警通告。 【B】符合“C”，并 对医疗风险的防范流程执行情况有检查、反馈、改进措施。

	【A】符合“B”，并 1. 建立跨部门的协调与讨论机制。 2. 有信息化的医疗风险监控与预警系统。
4.2.4.2 落实患者安全目标。	【C】 1. 医院及科室将实施“患者安全目标”作为推动患者安全管理的基本任务。 2. 为实施“患者安全目标”提供所需的人力与物力资源。 3. 组织“患者安全目标”相关制度的员工培训与考核。员工对患者安全目标的知晓率$\geq 90\%$。 【B】符合“C”，并 职能部门对患者安全目标落实情况进行检查、分析、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并 1. 患者安全目标在医院日常运行的工作流程中得到完全落实。 2. 员工有较强的患者安全服务意识，医院逐步形成人人参与的安全文化。
4.2.4.3 开展防范医疗风险确保患者安全的相关知识、技能的教育与培训。	【C】 1. 有防范医疗风险的相关教育与培训，其中包括患者安全典型案例的分析。 2. 有针对共性及各科室专业特点制定相关教育与培训的课程内容。 3. 有针对医疗风险防范的工作制度、流程、规范、预案等进行培训的计划并实施。 【B】符合“C”，并 对重点科室、重点岗位、重点人群的培训率大于80%。 【A】符合“B”，并 对培训效果进行追踪与评价，有持续改进。
4.2.5 医院、职能部门、各临床与医技科室的质量管理人员能够应用全面质量管理的原理，通过适宜质量管理改进的方法及质量管理技术工具开展持续质量改进活动，并做好质量改进效果评价。	
4.2.5.1 医院与职能部门领导接受全面质量管理培训与教育，至少掌握1~2项质量管理改进方法及质量管理常用技术工具，改进质量管理工作。	【C】 1. 医院领导与职能部门管理人员接受全面质量管理培训与教育。 2. 医院领导与职能部门管理人员掌握一种及以上管理常用技术工具。 【B】符合“C”，并 医院领导与职能部门能将管理工具运用于日常质量管理活动，有案例说明。 【A】符合“B”，并 对落实情况进行追踪与评价，医院管理工作有持续改进。
4.2.5.2 科室质量与安全管理小组成员，具有相关质量管理技能，开展质量管理工作。	【C】 科室质量管理小组人员，接受质量管理培训，具有相关质量管理技能。 【B】符合“C”，并 应用质量管理技能开展质量管理与改进活动，有案例说明。 【A】符合“B”，并 科室管理工作有持续改进。

4.2.5.3 有专门的质量管理部门，整合全院医疗（医疗、护理、医技）服务质量、患者安全和风险管理。	【C】 1. 指定/组建的专职部门有明确职责与工作目标，组成人员有明确的岗位职责、有质量管理能力，并将监督职能分介到每个人。 2. 整合全院医疗（医疗、护理、医技）服务质量、患者安全和风险管理。 【B】符合“C”，并 1. 专职部门的负责人运用质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料对全院质量与安全工作实施整体监控。 2. 建立多部门质量管理协调机制。 【A】符合“B”，并 1. 用案例说明，能够运用质量管理方法与工具进行分析，从医院管理体系、制度、程序的层面向院长提出具体改进措施。 2. 对医院质量与安全管理的改进成效进行再评价，有数据可证实。
4.2.5.4 建立并实施规范化诊疗和以精神科急危状况处置为主的临床路径。有相关的部门保障临床路径的建立和实施，部门职责明确，有相应的协调机制。	【C】 1. 建立精神科常见疾病的临床路径：如，精神分裂症、抑郁症、躁狂症、阿尔茨海默病等。已实施不少于2种。 2. 医院明确临床路径管理部门。部门有相应的工作制度和职责。 【B】符合“C”，并 1. 建立精神科急诊的临床路径，如：精神药物中毒、急性戒断综合征、酒精中毒所致震颤谵妄。已实施1种以上。 2. 对临床路径的实施情况有记录并进行分析总结。有相应的协调机制，定期召开协调工作会议，每季度不少于一次。 【A】符合“B”，并 实施精神科常见疾病与急诊临床路径不少于4种，实施效果好。对在实施中遇到的问题能及时协调解决。
4.2.6 定期进行全员医疗质量和安全教育，牢固树立医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。	
4.2.6.1 有全员质量与安全教育 and 培训。	【C】 1. 根据年度质量与安全管理目标，制订教育培训计划。 2. 开展院科两级的质量与安全教育和培训，有记录。 【B】符合“C”，并 定期开展形式多样的全员质量与安全教育和培训。 【A】符合“B”，并 培训效果明显。经过培训，全员牢固树立质量和安全意识。管理人员能运用PDCA方法持续改进质量管理工作，员工能够主动参与。
4.2.7 建立医疗质量控制、安全管理信息数据库，为制订质量管理持续改进的目标与评价改进的效果提供依据。	
4.2.7.1 建立医疗质量控制、安全管理信息数据库，为制订	【C】 1. 有医疗质量控制、安全管理信息数据库，为质量管理提供依据。 2. 有指定的部门负责收集和处理相关信息，信息数据集中归口管理，方便管理

质量管理持续改进的目标与评价改进的效果提供依据。	人员调阅使用。 【B】符合“C”，并 1. 数据库除一般常规数据外，至少应包括下列有关数据: 合理使用抗生素和其他药品、合理使用血液和血制品、无抽搐电休克治疗管理、各类有创操作及并发症、麻醉管理、医院感染、病历质量、急危重症管理、医疗护理缺陷与纠纷、患者满意度等。 2. 职能部门能够运用数据库开展质量管理活动。 【A】符合“B”，并 数据库能满足医学统计与质量管理需要，能自动根据质量管理相关指标要求生成质量统计。
4.2.8 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。	
4.2.8.1 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。 (★)	【C】 1. 医疗质量管理委员会、伦理委员会、职能部门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，每年不少于2次。 2. 有指定的部门负责收集相关信息。 【B】符合“C”，并 1. 对检查结果有跟踪和分析。 2. 职能部门能够运用评价结果进行持续改进。 【A】符合“B”，并 非自愿住院患者“住院”适宜性检查工作效果好，对不适宜继续住院的非自愿住院患者的处理方式得当，患者满意度在90%以上。

三、医疗技术管理

评审标准	评审要点
4.3.1 医院提供与功能和任务相适应的医疗技术服务，符合法律、法规、部门规章和行业规范的要求，符合医院诊疗科目范围，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。	
4.3.1.1 依据法律法规开展医疗技术服务，与功能任务相适应。	【C】 1. 医疗技术服务项目符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，与功能任务相适应。 2. 有指定部门负责医疗技术管理工作，有统一的审批、管理流程。
	【B】符合“C”，并 1. 管理人员和医务人员知晓医疗技术管理要求。 2. 职能部门履行监管职责。
	【A】符合“B”，并 有完整的管理资料，无违法违规开展医疗技术服务的记录。
4.3.1.2 医学伦理委员会承担医疗技术伦理审核工作。	【C】 1. 医学伦理管理委员会承担医疗技术伦理审核工作，重点是三类医疗技术以及新技术、新项目的审核。 2. 有医学伦理审核的回避程序。 3. 伦理委员会讨论的结论意见应载入病历。
	【B】符合“C”，并 职能部门和伦理委员会对医疗技术的实施履行全程监管。
	【A】符合“B”，并 医院新开展的医疗技术经过伦理委员会讨论通过后，相关部门在新技术应用初期应将该项目质量跟踪与评价结果报伦理委员会备案。
4.3.2 医疗技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》规定，分级分类管理、监督评价和档案管理制度，临床应用新技术按规定报批。	
4.3.2.1 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。	【C】 1. 有医疗技术管理制度。 2. 落实一、二、三类医疗技术管理，实行分级分类管理，重点是二、三类技术和高风险技术。 3. 一类技术经过医院审核批准，二、三类技术经医院审核后报送相应的技术审核机构审核和相关部门批准。 4. 每年根据卫生行政部门要求，向批准该项医疗技术的卫生行政部门提交二、三类医疗技术临床应用情况报告。 5. 不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。
	【B】符合“C”，并 1. 有医院医疗技术分类目录，包括高风险诊疗技术目录。 2. 有医疗技术临床应用追踪管理，重点是高风险技术项目。

	3. 有完整的医疗技术管理档案资料。 【A】 符合“B”，并 职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗技术分级、准入、中止有动态管理，保障医疗安全。
4.3.3 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并组织实施。对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现并降低医疗技术风险。	
4.3.3.1 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并组织实施。	【C】 1. 有医疗技术风险处置与损害处置预案。 2. 有可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。 3. 中止实施经伦理委员会批准的新技术时，报伦理委员会备案。 【B】 符合“C”，并 1. 管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。 2. 职能部门履行监管职责。 【A】 符合“B”，并 有医疗技术风险预警机制。
4.3.3.2 有新技术准入与风险管理。	【C】 1. 有新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序。 2. 申请诊疗新技术准入，应有保障患者安全措施和风险处置预案。 【B】 符合“C”，并 1. 对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理与随访评价。 2. 职能部门有完整的新技术档案资料，包括项目阶段总结与监管资料。 【A】 符合“B”，并 职能部门有监管，根据监管评价。实施动态管理，确定新技术中止或转入常规技术。
4.3.4 开展科研项目符合法律、法规和医学伦理原则，按规定审批。在科研过程中实行全程质量管理，充分尊重患者或其家属（监护人）的知情权和选择权，签署知情同意书，保护患者安全。	
4.3.4.1 有临床科研项目中 使用医疗技术的 管理制度与审批 程序，充分尊重 患者的知情权和 选择权。	【C】 1. 有临床科研项目中 使用医疗技术的 相关管理制度与 审批程序。 2. 临床科研项目中 使用医疗技术应 有充分的可行性 与安全性论证、 保障患者安全 的措施和风险 处置预案。 3. 临床科研项目中 使用医疗技术应 有医学伦理审 批。 4. 充分尊重患者 和监护人的知 情权和选择权， 签署知情同意 书。 【B】 符合“C”，并 1. 医疗技术主管 部门监管职责 明确，履行监 管职能。 2. 相关人员知晓 本部门、本岗 位开展的临床 科研项目管理 制度与审批程 序的管

	理要求。
	【A】 符合“B”，并 有全程追踪、阶段总结和结题的效果评价，用以改进管理工作，有完整的档案资料。
4.3.4.2 有对未经批准或已经废止和淘汰的临床医疗技术的监管。	【C】 1. 有临床使用医疗技术的相关管理制度、审批程序、监管部门。 2. 有对未经批准或已经废止和淘汰的临床医疗技术的监管工作记录。 3. 有相应的风险处置预案。
	【B】 符合“C”，并 1. 有防范使用未经批准或已经废止和淘汰的临床医疗技术的工作记录。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位防范的管理制度与监管职责的要求。
	【A】 符合“B”，并 1. 有防范使用未经批准或已经废止和淘汰的临床医疗技术的预警方案。 2. 全程追踪使用未经批准或已经废止和淘汰的临床医疗技术的监管工作记录，有处理该案例完整的档案资料。
4.3.5 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。	
4.3.5.1 实行高风险技术操作的卫生技术人员授权制度。（★）	【C】 1. 有无抽搐电休克治疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权的管理制度与审批程序。 2. 有需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门履行监管职责，根据监管情况，定期更新授权项目。 2. 相关人员能知晓本部门、本岗位的管理要求。
	【A】 符合“B”，并 有医疗技术项目操作人员的技能及资质等资料或数据库，定期更新。
4.3.5.2 建立相应的资格许可授权程序及考评标准，对资格许可授权实施动态管理。	【C】 1. 有诊疗技术资格许可授权考评组织。 2. 有资格许可授权诊疗项目的考评与复评标准。 3. 申请资格许可授权，应通过考评认定，根据分级管理原则，经过职能部门审核批准。 4. 有复评和取消、降低操作权利的相关规定。
	【B】 符合“C”，并 职能部门履行监管职责，根据监管情况，实施每二年一沉再授权管理，有授权管理的完整资料。
	【A】 符合“B”，并 医疗技术分级分类管理执行良好，无越级或未经授权擅自开展治疗项目的案例。

4.3.6 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。	
4.3.6.1 建立实行精神科伦理与法律相关问题讨论机制与制度，并有效实施。	【C】 1. 有精神科伦理与法律相关问题讨论制度与机制。 2. 有精神科伦理与法律相关问题讨论记录。 3. 相关人员能知晓本部门、本岗位的管理要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 伦理委员会的活动符合国家相关政策，及时调整伦理委员会。 2. 有伦理委员会成员的技能及资质数据库，定期更新。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，相关资质得到认可，符合国际规范。
4.3.6.2 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体系，并组织实施。	【C】 1. 有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组织。 2. 有相关培训课件。 3. 有培训内容、签到等记录。
	【B】 符合“C”，并 明确职能部门履行培训职责，培训率达到100%。
	【A】 符合“B”，并 有针对热点问题的分析及每年不同员工有针对性的、具体的培训计划，并适时更新。

四、精神科临床路径管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.4.1 医院将开展临床路径与病种质量管理作为推动医疗质量持续改进的重点项目，规范临床诊疗行为的重要内容之一；有开展工作所必要的组织体系与明确的职责，建立部门协调机制。	
4.4.1.1 有临床路径工作组织体系，将实施“临床路径管理”工作纳入规范临床诊疗行为的重要内容之一，有协调机制。	【C】 1. 有临床路径管理委员会和临床路径指导评价小组及科室临床路径实施小组并履行相应的职责。 2. 有临床路径开发与实施的规划和相关制度，并组织落实。 3. 将临床路径质量管理工作纳入规范临床诊疗行为、加强质量管理的重要内容。 4. 有指定的部门负责上述工作。 【B】 符合“C”，并 医疗、护理、医技、药学等相关科室职责、分工明确，有多部门间和科室间的协调机制。 【A】 符合“B”，并 临床路径开展工作覆盖率达（病种与例数）到相关要求。
4.4.2 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。	
4.4.2.1 以精神科急危状况处置为重点，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。	【C】 1. 能根据本院医疗资源情况，以精神科急危状况处置为重点，选择 1~2 种精神科疾病的临床路径。 2. 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使用文件。 3. 有指定的临床科室负责精神科疾病的临床路径实施工作。 【B】 符合“C”，并 本院超过半数的临床科室能开展临床路径工作。 【A】 符合“B”，并 本院各个临床科室均能开展临床路径工作。
4.4.2.2 遵照循证医学原则，结合本院实际，制定本院执行文件，实施教育培训。	【C】 1. 有临床路径管理实施科室和实施病种目录，有临床路径文本质量管理标准。 2. 有对入院患者履行知情同意的相关制度与程序。 3. 对相关的科室人员实施“临床路径质量管理”教育、培训与考核，包括患者的知情同意。 4. 相关人员知晓本岗位相关临床路径工作流程。 【B】 符合“C”，并 1. 根据本院现有医疗资源，遵照循证医学原则，收集、分析本院常见病、多发

	病的诊疗信息，筛选并确定开展临床路径的科室和病种。 2. 开展临床路径管理的科室和病种符合相关要求。
	【A】符合“B”，并根据实施效果评价，及时调整病种、修订文本、优化路径。
4.4.3 在医院信息系统中建立实时监测平台，监控临床路径应用与变异情况。	
4.4.3.1 建立临床路径质量管理信息平台，定期召开联席会议，总结分析并不断改进临床路径质量管理。	【C】 1. 有临床路径质量管理信息平台。 2. 对临床路径质量管理实时监测。
	【B】符合“C”，并 1. 临床、医技科室、药学负责人及职能部门及时收集、记录实施中存在的问题与缺陷。 2. 通过医疗、护理、质控等部门的联席会议对存在问题与缺陷进行总结分析，提出改进措施。
	【A】符合“B”，并实施过程和效果进行评价分析，改进临床路径质量管理。
4.4.3.2 建立临床路径质量管理指标信息台账。	【C】 有临床路径质量管理指标信息台账。
	【B】符合“C”，并信息准确、可追溯，相关措施落实到位。
	【A】符合“B”，并相关指标信息能从医院信息系统中自动提取。
4.4.3.3 专人负责临床路径质量信息。	【C】 专人负责临床路径质量信息。
	【B】符合“C”，并 1. 有激励措施鼓励科室上报病例与实际相符，无漏报与不报，尤其是死亡病例。 2. 由临床副主任医师或专职质量控制人员负责信息最后确认。
	【A】符合“B”，并本院的临床路径质量信息正确、可靠、及时。
4.4.4 建立临床路径统计工作制度，定期对进入临床路径患者进行平均住院日、住院费用、药品费用、并发症与合并症、死亡率等指标的统计分析。	
4.4.4.1 对执行“临床路径”的病例，将平均住院日、诊疗效果、30日内再住院率、并发症与合并症等指标列入监测范围。	【C】 1. 有对执行“临床路径质量管理”的病例进行监测的相关规定与程序，至少满足本细则第七章有关监测指标要求。 2. 对执行“临床路径”的病例，有将平均住院日、诊疗效果、30日内再住院率、并发症与合并症等指标列入监测范围的规定与程序。
	【B】符合“C”，并每季度对监测信息进行汇总与分析，提出持续改进措施。

	【A】符合“B”，并 1. 对符合进入临床路径标准的患者达到入组率不低于 30%，入组完成率不低于 50%。 2. 持续改进有成效。
4.4.5 医院定期对执行临床路径管理相关的医务人员和患者满意度调查。总结分析影响病种实施临床路径的因素，不断完善和改进路径标准。	
4.4.5.1 对执行临床路径管理相关的医务人员和患者进行满意度调查。总结分析影响病种实施临床路径的因素，不断完善和改进路径标准。	【C】 1. 对执行临床路径管理相关的医务人员和患者进行满意度调查。 2. 对实施“临床路径质量管理”的病种进行疗效、费用及成本进行卫生经济学分析评估。 3. 对实施病种“临床路径质量管理”的依从性进行监控。
	【B】符合“C”，并 每季度对相关信息进行汇总与分析。提出持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
4.4.6 制定相关的制度与程序保障卫生部文件规定上报的病种质量指标信息，做到正确、可靠、及时。	
4.4.6.1 有病种质量指标信息台账。	【C】 有病种质量指标信息台账。
	【B】符合“C”，并 信息准确、可追溯，相关措施落实到位。
	【A】符合“B”，并 病种指标信息能从医院信息系统中自动提取。
4.4.6.2 专人负责上报病种质量信息。	【C】 专人负责上报病种质量信息。
	【B】符合“C”，并 1. 有激励措施鼓励上报病例与实际相符，无漏报与不报，尤其是死亡病例。 2. 由临床副主任医师或专职质量控制人员负责信息最后确认。
	【A】符合“B”，并 上报信息正确、可靠、及时。

五、急性（短期）住院诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.5.1 由具有法定资质的医师和护理人员按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。	
4.5.1.1 由具有法定资质的医务人员为患者提供病情评估/诊断。	【C】 1. 有对患者病情评估的管理制度、操作规范与程序，至少包括：患者病情评估的重点范围、评估人及资质、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等。 2. 实施评估的医务人员为精神科执业医师或注册护士。 3. 有对医务人员进行患者病情评估的相关培训记录。 4. 有明确的精神病人入院收治指征。 【B】符合“C”，并 1. 患者病情评估结果作为制定诊疗方案的依据。 2. 职能部门对上述工作履行监管职责。 【A】符合“B”，并 评估/诊断质量持续改进。
4.5.2 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。	
4.5.2.1 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。	【C】 1. 有适用的临床诊疗常规规范和精神疾病防治指南，用于指导医师的诊疗活动。 2. 有对医务人员进行相关培训的记录。 【B】符合“C”，并 职能部门履行监督职责，评价重点病种超过 5 种。 【A】符合“B”，并 诊疗行为规范，医疗质量持续改进。
4.5.2.2 根据各病种临床路径指导精神疾病的诊疗活动。	【C】 1. 有适用的临床路径细则及相应日程表，用于指导医师的诊疗活动。 2. 有对医务人员进行相关培训的记录。 【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，汇总路径各项指数。 【A】符合“B”，并 临床路径开展超过 5 种，有总结与评价，有持续改进。
4.5.2.3 规范书写医疗文件。	【C】 1. 有规范书写医疗文件的相关制度。 2. 有对医务人员进行相应的培训记录。

	【B】符合“C”，并 职能部门履行监督管理职责。每月有评价及反馈。 【A】符合“B”，并 医疗文书书写有持续改进。
4.5.3 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。	
4.5.3.1 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与保障措施。 （★）	【C】 1. 有适用的评估筛查标准，包括：入院风险评估、疾病特点评估、等级护理评估等。 2. 对重症精神疾病患者实施“危险性评估”。 3. 有对医务人员进行评估的相关培训记录。 【B】符合“C”，并 职能部门履行监督职责，按照评估结果制订相应的治疗护理方案。 【A】符合“B”，并 不断完善评估细则，有持续改进。
4.5.3.2 有恰当的防范或干预措施。	【C】 1. 床头卡上有常见各类风险标识。 2. 风险评估结果有效的告知监护人并记录在病历中。 3. 对于发生的冲动、自伤、自杀行为给予及时的干预。约束措施的实施有医嘱并及时记录在病历中。 4. 对重症精神疾病患者根据结果（0~5级）进行分类干预，并及时记录在病历中。 【B】符合“C”，并 职能部门履行监督职责，有定期检查记录。 【A】符合“B”，并 防范及干预措施有持续改进。
4.5.4 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。	
4.5.4.1 加强住院诊疗活动质量管理。	【C】 1. 科主任具有精神科高级专业技术职称，住院诊疗活动是在科主任领导下完成，实行分级管理。 2. 根据床位、工作量、医师的资质层次分成诊疗小组，诊疗小组的组长由精神科主治医师及以上人员担任。 3. 对各级各类人员有明确的岗位职责与技能要求。 【B】符合“C”，并 1. 根据临床需求，及时调整诊疗组织，保证诊疗组织工作规范、有效。 2. 有院科两级的诊疗质量监督管理组织，对存在问题及时反馈，并整改。

	【A】符合“B”，并 1. 对日常诊疗活动职能部门能够通过信息化工具进行动态实时监管。 2. 持续改进诊疗工作，确保医疗质量与安全。
4.5.4.2 每一位住院患者均有适宜的诊疗计划，由高级职称医师负责评价与核准。(★)	【C】 1. 根据患者的病情评估，制定适宜的诊疗方案，包括检查、治疗、护理计划等。 2. 诊疗活动由高级职称精神科医师负责评价与核准签字。 3. 诊疗方案的更改应及时与患者及监护人沟通，并做记录。 【B】符合“C”，并 1. 根据检查结果分析判断，适时调整诊疗方案，并分析调整原因和背景。 2. 职能部门履行监督职责，定期检查及时提出改进建议。 【A】符合“B”，并 职能部门能够对诊疗计划的合理性及实施做到实时监管。
4.5.5 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。	
4.5.5.1 有院内外会诊管理制度与流程。	【C】 1. 有院内外会诊管理相关制度与流程，包括：会诊医师资质与责任、会诊时限、会诊记录书写要求，建立医师外出会诊管理档案。 2. 对急重症、疑难患者有多专家联合会诊制度。 3. 有对合并躯体疾病患者实施的请会诊制度及流程。 【B】符合“C”，并 1. 有会诊制度落实情况的追踪和评价。 2. 主管职能部门履行监管职责。对会诊及时性和有效性定期评价，对问题与缺陷进行反馈，并提出整改建议。 【A】符合“B”，并 有提供院外远程会诊的相关设施及流程。
4.5.5.2 常见并发症的预防规范与风险防范程度及相关培训教育。	【C】 1. 有常见并发症发生风险的防范评估指南。 2. 有医务人员进行相关培训与教育的记录。 【B】符合“C”，并 主管职能部门履行监督管理职责，有常见并发症发生率的统计。 【A】符合“B”，并 有常见并发症信息提示预警系统。
4.5.6 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。	
4.5.6.1 医院对患者的出院指导与随访有明确的制度与要求。	【C】 1. 有对出院指导与随访工作管理相关制度和要求。 2. 经治医师、责任护士根据病情对出院患者提供服药指导、心理指导、康复训练指导等服务，包括在生活或工作中的注意事项等。

	3. 为患者相应的社区医师提供治疗建议方案。
	【B】 符合“C”，并 1. 对随访工作落实情况有记录，保证患者诊疗连续性。 2. 职能部门对出院指导及随访工作落实情况有总结及评价，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 对随访工作有追踪，持续改进有成效。
4.5.6.2 对患者采用多种形式定期随访。	【C】 有对患者定期随访制度，随访形式至少包括：电话随访、门诊随访、书面随访、家访等中的 2 种（某些特定类型患者），并有记录。
	【B】 符合“C”，并 职能部门定期对随访有效性进行总结和评估，对问题与缺陷有改进意见。
	【A】 符合“B”，并 有专门的随访服务部门及软件系统。
4.5.6.3 出院患者有出院小结，主要内容记录完整，与住院病历记录内容保持一致。	【C】 患者出院小结记录主要内容完整，与住院病历记录内容一致，有主治医师签名。
	【B】 符合“C”，并 1. 主动向患者告知出院记录中主要内容，并提供相应咨询。 2. 职能部门对上述工作落实情况有总结及评价，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，出院小结 100%规范。
4.5.7 出院时如果有多种抗精神药物联合使用，应当有适当的指征和评估记录。	
4.5.7.1 对多种同类精神药物联合使用的患者有适当指征和评估记录。（★）	【C】 1. 有适用的多种同类精神药物使用指征及评估标准。 2. 将评估结果记录在病历之中。 3. 评估者由主治医师以上职称医师担任。
	【B】 符合“C”，并 有对评估者进行相应培训的记录。
	【A】 符合“B”，并 有信息化保障，持续改进有成效。
4.5.8 科主任、护士长与专职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、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。	
4.5.8.1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，负责本科室医疗质量和安全管理。	【C】 1. 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组。 2. 有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。 3. 有科内质量与安全管理培训与教育记录。 4. 有适用的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程、诊疗规范，并实施。

	【B】符合“C”，并 1. 质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析、整改。 2. 职能部门履行监管职责，定期进行评价、分析和反馈。
	【A】符合“B”，并 有完整的质量管理资料体现持续改进成效。
4.5.8.2 医院对科室有明确的质量与安全指标，医院与科室定期评价，有持续改进的效果。	【C】 1. 医院对科室有明确的质量与安全指标，包括：患者安全类指标；不良事件报告分析；合理用药监测指标；医院感染控制质量监测指标等。 2. 定期分析质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的医疗服务能力与质量水平。
	【B】符合“C”，并 根据医院与科室质量与安全管理需要，建立本科室的质量与安全指标并定期分析，对有针对性的改进措施。
	【A】符合“B”，并 各项质量与安全指标呈正向变化趋势。
4.5.8.3 根据《病历书写基本规范》，对住院病历质量实施监控与评价。	【C】 1. 有病历书写基本规范与住院病历质量监控管理规定。 2. 将病历书写基本规范作为医师岗前培训和临床医师“三基”训练的基本内容之一，医师知晓率100%。 3. 将病历质量评价结果用于临床医师技能考核，并有反馈。 4. 有院科两级病历质控人员，定期开展质控活动，有记录。 5. 甲级病历率 $\geq 90\%$ ，无丙级病历。
	【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，有评价、分析、反馈及整改措施。
	【A】符合“B”，并 有病历质量监控与评价的信息化管理系统。

六、慢性（长期）住院诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.6.1 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。	
4.6.1.1 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。	【C】 医院实际提供服务的诊疗项目与《医疗机构执业许可证》核准的诊疗项目相符。
	【B】 符合“C”，并 科室命名规范，与《医疗机构执业许可证》登记的内容一致。
	【A】 符合“B”，并 无超规定的服务项目。
4.6.2 由具有法定资质的医师和护理人员按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。	
4.6.2.1 由具有法定资质的医务人员为患者提供病情评估/诊断。	【C】 1. 有对患者病情评估管理制度、操作规范与程序，至少包括：患者病情评估的重点范围、评估人及资质、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等。 2. 由具有法定资质的医务人员为患者提供病情评估/诊断。 3. 有对医务人员进行患者病情评估的相关培训。
	【B】 符合“C”，并 1. 患者病情评估的结果为诊疗方案提供依据和支持。 2. 职能部门对上述工作履行监管职责。
	【A】 符合“B”，并 评估/诊断质量持续改进。
4.6.3 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。	
4.6.3.1 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。	【C】 1. 有适用的临床诊疗指南，疾病诊疗规范和药物临床应用指南等，用于指导医师的诊疗活动。 2. 有对医务人员进行相关培训与教育记录。
	【B】 符合“C”，并 职能部门履行监督职责，评价重点病种。
	【A】 符合“B”，并 有持续改进。
4.6.3.2 根据各病种临床路径指导精神疾病的诊疗活动。	【C】 1. 有适用的临床路径细则及相应日程表，用于指导医师的诊疗活动。 2. 有对医务人员进行相关培训与教育记录。

	【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，汇总路径各项指数。
	【A】符合“B”，并 临床路径开展情况有总结与评价，有持续改进。
4.6.3.3 规范评估风险和疗效。	【C】 1. 有适用的评估风险指标及疗效评估标准。 2. 有对医务人员进行相关培训记录。
	【B】符合“C”，并 1. 职能部门履行监督职责。 2. 评估结果对疾病治疗及预后提供支持。
	【A】符合“B”，并 有持续改进。
4.6.3.4 规范书写医疗文件。	【C】 1. 有规范书写医疗文件的相关制度。 2. 有对医务人员进行相应的培训记录。
	【B】符合“C”，并 职能部门履行监督管理职责。每月有评价及反馈。
	【A】符合“B”，并 医疗文件书写有持续改进。
4.6.4 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。	
4.6.4.1 对有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。	【C】 1. 有适用的评估筛查标准，包括：风险评估、疾病特点评估、等级护理评估等。 2. 对重症精神疾病患者实施“危险性评估”。 3. 有对医务人员进行评估的相关培训记录。
	【B】符合“C”，并 职能部门履行监督职责，按照评估结果制订相应的治疗护理方案。
	【A】符合“B”，并 不断完善评估细则，有持续改进。
4.6.4.2 有恰当的防范或干预措施。	【C】 1. 床头卡上有常见各类风险标识。 2. 风险评估结果有效的告知监护人并记录在病历中。 3. 对于发生的冲动、自伤、自杀行为给予及时的干预。约束措施的实施有医嘱并及时记录在病历中。 4. 对重症精神疾病患者根据结果(0~5级)进行分类干预，并及时记录在病历中。

	【B】符合“C”，并 职能部门履行监督职责，有定期检查记录。
	【A】符合“B”，并 防范及干预措施有持续改进。
4.6.5 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。	
4.6.5.1 对住院患者平均住院日有明确的要求。	【C】 1. 对各科室患者平均住院日有明确的要求。 2. 有缩短平均住院日的具体措施。 (1)有解决影响缩短平均住院日的各个瓶颈环节等候时间的措施(如患者预约检查、院内会诊、疑难病例讨论、检查结果等)。 (2)有提升医院信息化建设，合理配置和利用现有医疗资源的措施。 3. 应用“临床路径”控制患者平均住院日。
	【B】符合“C”，并 1. 相关管理人员与医师均知晓平均住院日的要求，并落实各项措施。 2. 职能部门对平均住院日超过 24 周者有统计和原因分析。
	【A】符合“B”，并 平均住院日超过 24 周的患者不超过现住院人数的 20%。
4.6.5.2 对住院超过 24 周的患者进行管理与评价。	【C】 1. 对住院时间超过 24 周的患者进行管理与评价有明确管理规定。 2. 科室将住院超过 24 周的患者进行评价并记录。 3. 对住院超过 24 周的患者定期进行相应精神检查、体格检查及实验室检查等监测患者病情变化。 4 根据患者病情及检查结果随时调整治疗及护理方案。
	【B】符合“C”，并 由职能部门履行监管职责，有定期监管检查，并有分析、反馈和改进措施。
	【A】符合“B”，并 根据对超过 24 周住院患者的分析，持续改进住院管理质量。
4.6.6 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。	
4.6.6.1 康复治疗的必要性评价及指导。	【C】 1. 有适用的康复治疗指南及评价标准。 2. 根据患者病情恢复情况评估进行康复治疗的必要性，安排康复治疗的日程及项目。 3. 有专门康复科室建设及康复治疗师的配备。
	【B】符合“C”，并 职能部门对院内康复治疗履行监管责任，指导督促落实。
	【A】符合“B”，并 个体化康复治疗率达到住院超过 24 周患者的 30%以上。

4.6.6.2 康复治疗过程及评估效果记录。	【C】 1. 由专门的康复治疗师指导患者进行康复训练。 2. 由康复治疗师对患者的康复治疗效果进行评估并记录在病历中。 【B】符合“C”，并 职能部门对院内康复有总结和评价。 【A】符合“B”，并 院内康复治疗持续改进有成效。
4.6.7 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。	
4.6.7.1 住院治疗和院内康复计划的说明。	【C】 1. 由患者主管医师及上级医师向患者及家属（监护人）充分说明住院治疗和院内康复计划。 2. 将沟通情况及康复治疗评估结果记录在病历中。 【B】符合“C”，并 医护人员院内康复治疗指南内容知晓率 100%。 【A】符合“B”，并 住院超过 24 周的患者院内康复治疗率达 80%。
4.6.7.2 鼓励患者参与康复治疗。	【C】 1. 根据患者疾病特点及恢复情况评估康复治疗的可能性。 2. 向患者充分说明康复治疗的必要性及康复治疗的过程。 3. 有调动患者积极性，鼓励患者参与康复治疗的措施。 【B】符合“C”，并 住院超过 24 周的患者参与康复治疗率纳入科室考核。 【A】符合“B”，并 通过鼓励使患者参与康复治疗率 3 年内持续增加。
4.6.8 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。	
4.6.8.1 有院内外会诊管理制度与流程。	【C】 1. 有院内外会诊管理相关制度与流程，包括：会诊医师资质与责任、会诊时限、会诊记录书写要求，建立医师外出会诊管理档案。 2. 对疑难患者有多专家联合会诊制度。 3. 有对合并躯体疾病患者实施的请会诊制度及流程。 【B】符合“C”，并 1. 有会诊制度落实情况的追踪和评价，保证会诊质量。 2. 主管职能部门履行监管职责。对会诊及时性和有效性定期评价，对问题与缺陷进行反馈，并提出整改建议。 【A】符合“B”，并 保证患者诊治连续性和质量，持续改进有效果。

4.6.8.2 常见并发症的预防规范与风险防范程度及相关培训教育。	【C】 1. 有常见并发症及风险防范程度评估指南。 2. 有医务人员进行相关培训与教育记录。 【B】符合“C”，并 主管职能部门履行监督管理职责，有常见并发症发生率的统计。 【A】符合“B”，并 有常见并发症信息提示预警系统。
4.6.9 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。	
4.6.9.1 医院对患者的出院指导与随访有明确的制度与要求。	【C】 1. 有对出院指导与随访工作管理相关制度和要求。 2. 经治医师、责任护士根据病情对出院患者提供服药指导、心理指导、康复训练指导等服务，包括在生活或工作中的注意事项等。 3. 为患者相应的社区医师提供治疗建议方案。 【B】符合“C”，并 1. 对随访工作落实情况有记录，保证患者诊疗连续性。 2. 职能部门对出院指导及随访工作落实情况有总结及评价，有改进措施。 【A】符合“B”，并 对随访工作有追踪，持续改进有成效。
4.6.9.2 对患者采用多种形式定期随访并预约复诊。	【C】 有对患者定期随访制度，提供预约复诊有具体方式和途径，并有记录。 【B】符合“C”，并 职能部门定期对随访和预约复诊有效性进行总结和评估，对问题与缺陷有改进意见。 【A】符合“B”，并 有专门的随访服务或预约复诊部门及软件系统。
4.6.10 出院时如果有多种同类精神药物联合使用，应当有适当的指征和评估记录。	
4.6.10.1 对多种同类精神药物联合使用的患者有适当指征和评估记录。	【C】 1. 有适用的多种同类精神药物使用指征及评估标准。 2. 将评估结果记录在病历之中。 3. 评估者由主治医师以上职称医师担任。 【B】符合“C”，并 有对评估者进行相应培训的记录。 【A】符合“B”，并 有信息化保障，持续改进有成效。
4.6.11 科主任、护士长与专职的质量控制人员组成的质量与安全团队，能够用质量与安全管理、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。	

4.6.11.1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，负责本科室医疗质量和安全管理。	【C】 1. 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组。 2. 有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。 3. 有科内质量与安全管理培训与教育记录。 【B】符合“C”，并 1. 质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析、整改。 2. 职能部门履行监管职责，定期进行评价、分析和反馈。 【A】符合“B”，并 有完整的质量管理资料体现持续改进成效。
4.6.11.2 医院对科室有明确的质量与安全指标，医院与科室定期评价，有持续改进的效果。	【C】 1. 医院对科室有明确的质量与安全指标，包括：患者安全类指标；不良事件报告分析；合理用药监测指标；医院感染控制质量监测指标等。 2. 定期分析质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的医疗服务能力与质量水平。 【B】符合“C”，并根据医院与科室质量与安全管理需要，建立本科室的质量与安全指标并定期分析，对有针对性的改进措施。 【A】符合“B”，并 各项质量与安全指标呈正向变化趋势。

七、急诊管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.7.1 合理配置急诊资源，人力配备经过专业培训、胜任急诊工作的医务人员，配置急救设备和药品。符合《急诊科建设与管理指南（试行）》的基本要求。	
按照本细则第二章第三节第一条标准的评价要求执行。	
4.7.2 落实首诊负责制，与挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度。	
4.7.2.1 落实首诊负责制，与挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度。	【C】 1. 有首诊负责制度，医务人员能熟知并执行。 2. 急诊患者、留观患者、抢救患者均有完整的符合规范的急诊病历，记录急诊救治的全过程。 3. 有急诊病历质量评价的记录，评价结果纳入医师、护理人员个人的技能评价。 4. 有急诊与挂钩合作基层医疗机构建立的急诊转接服务机制。 5. 转送急危重症患者均有完善的病情与资料交接，保障患者得到连贯抢救。 【B】符合“C”，并 有完整的登记资料，能够对患者的来源、去向以及急救全过程进行追溯，开展质量评价。 【A】符合“B”，并 1. 有急诊信息网络支持系统，实现急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接。 2. 急诊科能够事先获取转诊患者信息，提高抢救效率。
4.7.3 加强急诊检诊、分诊，及时救治急危重症患者，有效分流非急危重症患者。	
按照第二章第三节第二条标准的评价要求执行。	
4.7.3.1 有急诊留观患者管理制度与流程，控制留观时间原则上不超过 72 小时。	【C】 1. 有急诊留观患者的管理制度与流程。 2. 有对急诊留观时间原则上不超过 72 小时的要求。 【B】符合“C”，并 对急诊留观时间超过 72 小时的患者有管理协调机制，及时妥善处置。 【A】符合“B”，并 主管职能部门对急诊留观制度有监管评价，对存在问题有持续改进措施并得到落实，无超过 72 小时留观病人。
4.7.4 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。	
4.7.4.1 建立精神药物中毒、严重	【C】 1. 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

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。(★)	程。 2. 有重点病种患者紧急会诊和优先入院抢救的相关规定。 3. 承担急诊工作的医务人员熟悉重点病种急诊抢救流程和操作规范。 4. 绿色通道畅通,急危重症患者实行“先抢救、后付费”。 5. 有妥善处理特殊人员(如“三无”人员)的诊疗流程。 【B】符合“C”,并有重点病种急诊抢救登记、总结、分析、反馈及持续改进措施。 【A】符合“B”,并持续改进重点病种急诊服务有成效。
4.7.5 开展精神科急救技术操作规程的培训,实行合格上岗制度。	
4.7.5.1 开展精神科急救技术操作规程的培训,实行合格上岗制度。	【C】 1. 有精神科急救技术操作规程,流程合理。 2. 开展精神科急救技术操作规程培训,要求承担急诊工作的医务人员人人参加培训,实行合格上岗制度。 【B】符合“C”,并定期对承担急诊工作的医务人员进行培训,演练,并有考核记录。 【A】符合“B”,并职能部门定期对培训和考核情况进行检查,并有持续改进措施。
4.7.6 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标来加强急诊质量全程监控管理与定期评价,促进持续改进。	
4.7.6.1 由承担急诊工作科室的科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量与安全工作小组,并有开展工作的记录。	【C】 1. 由承担急诊工作科室的科主任、护士长与质量控制小组负责医疗质量和安全管理,并有工作记录。 2. 有各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程,保证医疗服务质量。 3. 承担急诊工作的医务人员熟悉并遵守规章制度,履行岗位职责。 【B】符合“C”,并对各项规章、制度、规范等管理文件定期研讨与修订,并有培训、试用、再完善的程序。 【A】符合“B”,并能运用管理工具开展质量管理工作,有完整的质量管理资料,体现持续改进。
4.7.6.2 医院对急诊有明确的质量与安全指标,医院与科室能定期评价,有能够显示持续改进效果的记录。	【C】 1. 医院对急诊有明确的质量与安全指标。 2. 科室能开展定期评价活动,解读评价结果,有持续改进效果的记录。 3. 有相关工作统计指标: (1) 接受急诊诊疗总例数与死亡例数。 (2) 进入急诊抢救室总人数与死亡例数。 (3) 急诊分诊与急诊就诊患者例数之比。

	(4) 急诊高危患者在“绿色通道”停留时间。
	(5) 急诊高危患者收住院比例(%)。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室能定期统计与分析质量与安全指标，评价有记录。 2. 对重症精神疾病患者实施“危险性评估”，根据结果(0~5级)进行分类干预。 3. 职能部门履行监管责任，对急诊工作存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 急诊高危患者在“绿色通道”平均停留时间小于60分钟。 2. 本科/室/组能够开展全面质量管理活动，有定期的质量管理评价，持续改进急诊工作质量。



八、儿少精神科诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.8.1 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。	
4.8.1.1 由具有法定资质并接受相关培训的医务人员为患者提供规范服务。	【C】 1. 科主任具有精神科高级职称，护士长具有中级以上技术职称，从事儿少精神科工作 3 年以上。 2. 有对医护人员进行相关医疗技术、制度与规范的培训记录。 【B】 符合“C”，并 1. 相关人员对制度与规范的知晓率 100%。 2. 有进行心理治疗及儿童常见病培训的记录。每年有培训计划，每月有学习记录。 【A】 符合“B”，并 配备有与规模相适应的心理治疗师和社会工作者。
4.8.1.2 患者病情评估/诊断管理。	【C】 1. 有患者病情评估/诊断管理制度、操作规范与程序。 2. 对相关制度、流程，有科室医生与护士培训记录。 3. 相关人员对岗位履职知晓率 100%。 【B】 符合“C”，并 1. 有记录证实患者病情评估/诊断的结果用于为诊疗计划提供依据和支持。 2. 有记录证实职能部门执行监管的责任记录。 【A】 符合“B”，并 监管检查的结果（问题与缺陷），有持续改进的事实。
4.8.2 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。	
4.8.2.1 加强住院诊疗活动质量管理。	【C】 1. 住院诊疗活动是在科主任领导下完成，实行分级管理。 2. 根据床位、工作量、医师的资质层次分成诊疗小组。 3. 诊疗小组的组长由副主任医师及以上人员担任，对本组收治患者的诊疗活动承担责任，确保医疗质量与安全。 4. 对各级各类人员有明确的岗位职责与技能要求。 【B】 符合“C”，并 1. 根据临床需求，及时调整诊疗组织，保证诊疗组织工作规范、有效。 2. 有院科两级的诊疗质量监督管理制度，对存在问题及时反馈。 【A】 符合“B”，并 持续改进诊疗工作，确保医疗质量与安全。

4.8.2.2 每一位住院患者均有适宜的诊疗计划，由高级职称医师负责评价与核准。	【C】 1. 根据患者的病情评估，制订适宜的诊疗方案，包括检查、治疗、护理计划等。 2. 根据检查结果分析判断，适时调整诊疗方案，并分析调整原因和背景。 3. 上述诊疗活动由高级职称医师负责评价与核准签字，并在病历中体现。 4. 诊疗方案及时与患者沟通，患者出院时能做好出院指导。 【B】符合“C”，并 1. 有保证诊疗计划适宜性的多种措施，并落实。 2. 有院科两级的质量监督管理制度，对存在问题及时反馈。 【A】符合“B”，并 监管检查有成效，上级医师对诊疗方案核准率100%。
4.8.3 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。	
按照本细则第四章第五节第二条标准的评价要求执行。	
4.8.4 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。	
4.8.4.1 诊疗环境、设施符合儿童青少年患者生理和心理特点，儿童病房、活动室满足诊疗需要。	【C】 1. 病房应当设置在相对独立的区域。 2. 环境条件满足诊疗需要，工作区域应包括候诊区、接诊区、病房区、活动区等。 3. 房间设置上，至少包括诊室2间，心理测查室1间，活动室2间。 4. 有抢救车、供氧装置、心电监护仪、除颤器等基本抢救设备。 【B】符合“C”，并 有认知治疗、家庭治疗、网瘾戒断、沙盘治疗、技能训练、团体心理辅导等心理治疗，有符合治疗条件的各类心理治疗室。 【A】符合“B”，并 建有专门的日间活动站。
4.8.5 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。	
按照本细则第四章第五节第五条标准的评价要求执行。	
4.8.6 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。	
按照本细则第四章第五节第六条标准的评价要求执行。	
4.8.7 出院时如果有多种同类精神药物联合使用，应当有适当的指征和评估记录。	
按照本细则第四章第五节第七条标准的评价要求执行。	
4.8.8 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，来保障患者的安全，定期评价质	

量，促进持续改进。	
4.8.8.1 由具备资质的质量控制人员组成的团队或小组，运用青少年质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标。	【C】 1. 由科主任、护士长与质量控制小组负责诊疗质量和安全管理，并有工作记录。 2. 有保证诊疗服务质量的相关制度文件。 3. 有诊疗规范与质量安全指标。 4. 相关人员知晓岗位职责要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 对上岗的医师与护士有诊疗培训与教育记录。 2. 对各项规章制度、规范等管理文件有定期研讨修订记录。
	【A】 符合“B”，并 1. 对全体医师与护士有年度诊疗的再培训与教育记录。 2. 对新的或更新后的管理文件有培训、试用、再完善的程序。
4.8.8.2 诊疗质量全程监控管理；定期评价诊疗质量，有落实持续改进措施的记录。	【C】 1. 医院诊疗有明确的针对儿童青少年科的质量与安全指标。 2. 科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有检查和调查记录。 3. 有差错事故的防范措施，发生后有报告、检查、处理流程的规定和记录。 4. 相关人员知晓本科的质量与安全指标要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室能定期统计质量与安全指标，评价有记录。 2. 科室能够开展全面质量管理活动。
	【A】 符合“B”，并 对评价、监管结果（问题与缺陷）有持续改进事实。

九、老年精神科诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.9.1 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。	
4.9.1.1 医师、护士和辅助护理人员具有法定资质，并经过精神病学、老年病学等学科的相关培训。	【C】 1. 科主任具有高级技术职称，护士长具有中级以上技术职称，从事老年精神科工作3年以上。 2. 对医护人员进行相关医疗技术、制度与规范的培训，能规范地预防常见并发症，掌握风险防范程序，可完成心肺复苏、腰穿等技术操作。 3. 相关人员对制度与规范的知晓率100%。
	【B】 符合“C”，并 1. 根据临床需要持续开展相关的继续医学教育培训。 2. 辅助护理人员纳入统一管理，持续接受老年患者照护培训。
	【A】 符合“B”，并 医护人员较熟练掌握神经内科、心血管科和内分泌科等的诊疗规范和技术。
4.9.2 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。	
4.9.2.1 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。	【C】 1. 由高级技术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，并在病历中规范、完整记录。 2. 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。 3. 向患者或监护人充分说明并履行书面知情同意手续。 4. 有患者入院评估、住院说明、诊疗规范、风险和疗效评估等相关制度、工作规范和流程。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对相关制度、工作规范和流程的执行有监管、总结、分析和改进。
	【A】 符合“B”，并 能按照循证医学的证据指导诊疗活动，有持续改进。
4.9.3 由高级职称医师负责评价与核准住院诊疗（检查、药物治疗、心理行为治疗等）计划或方案的适宜性，并记入病历。	
4.9.3.1 加强住院诊疗活动质量管理。	【C】 1. 科主任具有精神科高级专业技术职称。 2. 诊疗小组的组长由精神科主治医师及以上人员担任。 3. 对各级各类人员有明确的岗位职责与技能要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 根据临床需求，及时调整诊疗组织，保证诊疗组织工作规范、有效。 2. 有院科两级的诊疗质量监督管理组织，对存在问题及时反馈，并整改。

	【A】符合“B”，并对日常诊疗活动职能部门能够通过信息化工具进行动态实时监管。
4.9.3.2 每一位住院患者均有适宜的诊疗计划，由高级职称医师负责评价与核准。	【C】 1. 根据患者的病情评估，制定适宜的诊疗方案，包括检查、治疗、护理计划等。 2. 诊疗活动由高级职称精神科医师负责评价与核准签字。 3. 诊疗方案的更改应及时与患者及家属沟通，并做记录。 【B】符合“C”，并职能部门履行监督职责，定期检查及时提出改进建议。 【A】符合“B”，并职能部门能够对诊疗计划的合理性及实施做到实时监管。
4.9.4 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。	
4.9.4.1 诊疗环境、设施符合老年精神病患者生理和心理特点，老年病房、活动室和抢救室符合规范。	【C】 1. 有无障碍通道和卫生间等。有地面防滑，走廊、活动场所等相关区域安装扶手。 2. 设置能满足老年患者日常活动的活动室。 【B】符合“C”，并 1. 老年精神科病区设置合理，确保患者安全。。 2. 有独立的室内室外活动场所。 【A】符合“B”，并设置有规范的抢救室，并有相关管理制度。
4.9.5 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。	
4.9.5.1 抢救设备合理配置。有创诊疗操作符合手术诊疗管理规定。相关人员熟悉制度与操作。	【C】 1. 有各种抢救设备操作常规随设备存放，方便查询。 2. 经培训后，医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备。 3. 医护人员具备高级心肺复苏基础理论、基本知识和操作技能。 4. 医护具备独立抢救常见急危重症患者的能力。 5. 熟练掌握心肺复苏等操作技能。 6. 有对相关人员培训的计划并实施，有记录。 【B】符合“C”，并 1. 有医护人员基本技能培训与考核（如腰穿等基本技能），技能评价与再培训相关制度并组织实施，对于培训不合格人员实行再培训。 2. 职能部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。 【A】符合“B”，并医护人员的技能水平不断提高，抢救设备操作与技能考核 100%合格。
4.9.6 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。	

4.9.6.1 用制度与程序管理院内、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会诊，有常见并发症的风险防范程序。	【C】 1. 有院内、外会诊的制度和管理程序。 2. 对急重症、疑难和合并有躯体疾病的患者实施多学科联合会诊。 3. 有常见并发症的预防规范和风险防范程序，各项防范措施落实到位。 4. 对常见并发症有培训计划并实施，有记录。 【B】符合“C”，并 1. 多学科联合会诊情况在病历中记录。 2. 科室有自查、评价、分析、反馈、整改。 3. 有职能部门履行监管职责。 【A】符合“B”，并 记录完整，各项措施落实到位，有持续改进。
4.9.7 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。	
4.9.7.1 为患者制定出院后持续服务计划，提供出院后康复指导与随访。	【C】 1. 根据病情及出院前状况，制定出院后持续服务计划。 2. 出院医嘱规范，有为患者提供出院康复指导的制度。 3. 有患者出院后随访制度并落实。 【B】符合“C”，并 1. 与后续服务机构（如下级医院、社区卫生服务中心、托老机构等）建立联系及合作关系。 2. 出院后持续服务计划实施到位。 【A】符合“B”，并 1. 患者或家属，以及后续服务机构知晓并理解出院指导的内容。 2. 运用随访中患者或家属，以及后续服务机构反馈的信息分析，采取有效措施不断提高服务质量。
4.9.8 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。	
按照本细则第四章第五节第七条标准的评价要求执行。	
4.9.9 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。	
4.9.9.1 有科室质量与安全管理小组负责科室医疗质量与安全管理。	【C】 1. 由科主任、护士长和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，负责科室医疗质量与安全管理，人员构成合理，职责明确。 2. 有医疗质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范。 3. 根据医院和科室目标，制定科室质量与安全管理小组工作计划并组织实施。 4. 相关人员知晓相关制度和本岗位的履职要求。 【B】符合“C”，并 对各项规章制度、岗位职责和诊疗规范定期修订并组织再培训。

	【A】符合“B”，并 科室质量与安全管理小组的工作计划得到有效落实，有完整的质量与安全管理资料。
4.9.9.2 运用质量与安全监控指标，加强诊疗质量全程监控管理。	【C】 有医疗质量与安全监控指标，至少包括。 （1）出院时患者仍二种及以上抗精神病药联合应用的比重。 （2）合并症预防和处理的效应评价。 （3）危重患者抢救成功率。 （4）住院患者发生压疮例数。 （5）坠床、跌伤等意外伤害的例数。
	【B】符合“C”，并 科室定期对指标数据进行分析，开展评价活动，解读质量变化趋势，改进质量管理。
	【A】符合“B”，并 科室运用质量管理工具开展全面质量与安全管理，有持续改进的成效。



十、临床心理科（包括开放病区）诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.10.1 对医师、心理治疗师、护理人员、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。	
4.10.1.1 对医师、心理治疗师、护理人员、心理测量技术人员实行资格、技术能力准入管理。	【C】 有临床心理科医师、心理治疗师、护理人员、心理测量技术人员实行资格和技术授权管理的制度并实施，有记录。 【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理。 【A】符合“B”，并 授权管理执行良好，无违反准入资格擅自开展心理治疗的案例。
4.10.1.2 临床心理科布局、流程、房屋和设备设施符合《医疗机构临床心理科门诊基本标准（试行）》的要求。	【C】 1. 布局和流程能满足工作需要，具备相应的工作区，包括候诊区、接诊区、心理测量区、心理治疗区（含个别治疗、集体治疗和团体治疗区）、储存室和污物处理区等基本功能区域。 2. 房屋设置： （1）至少设置 1 间普通诊室，其面积≥ 9 平方米。 （2）至少设置 2 间专心理治疗室，用于个别心理治疗和家庭治疗。个别治疗室使用面积≥ 10 平方米，家庭治疗室使用面积≥ 15 平方米，一面墙壁应配有单向玻璃。 （3）至少设置 1 间心理测量室，使用面积≥ 10 平方米。 3. 设备配置： （1）基本设备：至少配备 1 套心理测量系统（包括电脑和软件）和 1 台打印机。 （2）急救设备：心脏除颤器、简易呼吸器、抢救车。 （3）信息化设备：至少具备 1 台能够上网的电脑。 【B】符合“C”，并 1. 普通诊室的数量与医疗机构的功能任务相适应。 2. 能够开展以下心理治疗，其房屋设施能满足相应要求： （1）生物反馈治疗室至少 15 平方米。 （2）团体治疗室至少 60 平方米。 3. 按照工作需要，增加心理测量软件数量，并配置生物反馈仪、便携式电休克治疗仪、多媒体投影仪、摄像机、电视机、声录系统设备等。 【A】符合“B”，并 1. 能够开展沙盘治疗和催眠治疗，其治疗室使用面积分别至少 15 平方米和 20 平方米。 2. 配置有催眠床、心理挂件和沙盘治疗仪。

4.10.1.3 临床心理科专业人员配置符合《医疗机构临床心理门诊基本标准(试行)》的要求。	【C】 1.心理科门诊至少有2名精神卫生专业执业医师,其中至少有1名具有精神病学专业中级以上专业技术职务任职资格。 2.心理科门诊至少有1名注册护士,具备一定精神医学知识和精神病科护理工作经验的初级以上专业技术职务任职资格。 3.至少1名具备心理测量学及相关知识,熟练掌握相关的各种心理测量工具和日常心理测量数据的保密、储存和维护的技师,出具心理测量报告及时、准确、规范。 【B】符合“C”,并 1.具有1名以上精神病学专业高级以上专业技术职务任职资格。 2.具有1名以上中级以上专业技术职务任职资格的护士。 3.根据执业医师的数量,注册护士和技师的数量相应增加。 【A】符合“B”,并按适当比例配备有心理治疗师和社会工作者。
4.10.2 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。	
4.10.2.1 建立各岗位工作制度、服务规范,岗位职责完善,指导精神疾病的诊疗活动。	【C】 1.岗位工作制度、服务规范,用于指导医护人员的诊疗活动。 2.有对医护人员进行相关培训与教育记录。 【B】符合“C”,并 1.岗位工作制度、服务规范不断进行修订完善。 2.医护人员的岗位工作制度、服务规范培训考核合格率100%。 3.职能部门对制度执行有监管、分析,有改进措施。 【A】符合“B”,并持续改进有成效。
4.10.2.2 出具心理测量报告及时、准确、规范,严格审核制度。	【C】 1.有出具心理测量报告的管理制度和流程,并落实。 2.由有资质的医师出具心理测量报告,报告内容规范。 3.对心理测量报告出具时间有规定并实施。 【B】符合“C”,并 1.心理测量报告由上级医师审核后出具。 2.对结果存疑的报告有相关的处理流程并落实。 3.职能部门对制度执行有监管、分析,有改进措施。 【A】符合“B”,并持续改进有成效。
4.10.3 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。	
4.10.3.1 有完善的开放病房管理	【C】 1.至少应建立以下制度:

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。	(1) 开放病房管理制度。 (2) 患者及家属须知。 (3) 陪护制度。 (4) 探视及会客制度。 (5) 会诊转诊制度。 2. 与患者或亲属充分沟通, 在其理解的基础上履行知情同意手续。 3. 有明确的收治和转诊适应证, 有规范的会诊和转诊流程。 【B】符合“C”, 并 1. 根据临床实践, 不断完善各种制度、规范和流程。 2. 有职能部门履行监管职责。 【A】符合“B”, 并 各项制度、措施落实到位, 有持续改进。
4.10.4 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。	
4.10.4.1 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。	【C】 1. 有根据临床诊疗指南与有关循证医学的证据等制定的临床诊疗工作规范, 并实施。 2. 对医务人员有相关培训与教育计划, 并实施。 【B】符合“C”, 并 1. 对医院临床诊疗工作的指南或规范能及时更新。 2. 职能部门对培训情况有追踪, 对存在的问题有分析、总结、反馈。 【A】符合“B”, 并 1. 培训覆盖率 100%。 2. 有实例证实培训有成效。
4.10.5 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。	
4.10.5.1 为患者制定出院后持续服务计划, 提供出院后心理复复康复指导意见和随访, 以及预约复诊。	【C】 1. 根据病情及出院前状况, 制定出院后持续服务计划。 2. 出院医嘱规范, 有为患者提供出院后心理康复指导的制度。 3. 有患者出院后随访制度并落实。 4. 有预约复诊的制度。 【B】符合“C”, 并 1. 与综合性医院心理门诊及社区卫生服务中心等建立联系及合作关系。 2. 出院后持续服务计划和预约复诊实施到位。 【A】符合“B”, 并 1. 患者或家属知晓并理解出院指导的内容。 2. 运用随访中患者或家属反馈的信息分析, 采取有效措施不断提高服务质量。
4.10.6 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队, 能用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标, 加强诊疗质量全程监控管理, 定	

期评价质量，促进持续改进。	
4.10.6.1 有科室质量与安全管理小组负责科室医疗质量与安全管理。	【C】 1. 由科主任、护士长和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，负责科室医疗质量与安全管理，人员构成合理，职责明确。 2. 有医疗质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范。 3. 根据医院和科室目标，制定科室质量与安全管理小组工作计划并组织实施。 4. 相关人员知晓相关制度和本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并对各项规章制度、岗位职责和诊疗规范定期修订并组织再培训。
	【A】 符合“B”，并科室质量与安全管理小组的工作计划得到有效落实，有完整的质量与安全管理资料。
4.10.6.2 运用质量与安全监控指标，加强诊疗质量全程监控管理。	【C】 有医疗质量与安全监控指标，至少包括： （1）出院时患者仍二种及以上抗精神病药联合应用的比重。 （2）合并症预防和处理的效应评价。 （3）心理行为治疗效果评价。 （4）突发意外伤害的例数。 （5）与精神药品相关的意外事件例数。
	【B】 符合“C”，并科室定期对指标数据进行分析，开展评价活动，解读质量变化趋势，改进质量管理。
	【A】 符合“B”，并科室运用质量管理工具开展全面质量与安全管理，有持续改进的成效。

十一、药物依赖诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.11.1 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。	
4.11.1.1 具有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。	【C】 1. 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。 2. 设置单独的治疗区域，并有一定的人身安全防护设施。 3. 与其他临床科室相对独立。至少设有接诊室、安全检查室、治疗室、抢救室、心理咨询室、探视室、活动室等。 4. 设立艾滋病检测筛查实验室。 5. 有医务人员暴露评估管理制度、操作规范与程序。有对医务人员进行患者暴露评估的相关培训。
	【B】 符合“C”，并 1. 医务人员暴露评估的结果为执业防范方案提供依据和支持。 2. 具有制度检查、评估、责任追究和改进措施。
	【A】 符合“B”，并 对评价、监管结果有持续改进的方案和事实记录。
4.11.2 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。	
4.11.2.1 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。	【C】 1. 每床应至少配有 0.1 名精神科临床医师，0.4 名注册护士；每病区至少 4 名精神科临床医师，10 名注册护士。 2. 药物依赖门诊至少有 3 名医师、5 名护士和 1 名心理卫生专业人员。 3. 具备对患者病情评估管理制度、操作规范与程序。 4. 医务人员清楚患者病情评估的重点范围、评估人及资质、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等。 5. 有对医务人员进行患者病情评估的相关培训。
	【B】 符合“C”，并 1. 有人才培养规划，并实施。 2. 科室定期开展全面质量管理活动，对科室医务人员定期培训。 3. 具有制度检查、评估、责任追究和改进措施。
	【A】 符合“B”，并 对引进人才、评估病情、监管结果有持续改进的事实记录。
4.11.3 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。	

4.11.3.1 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。	【C】 1. 每床建筑面积不少于 35 平方米，病房每床净使用面积不少于 6 平方米。 2. 戒毒人员室外活动场地平均每床不少于 2 平方米。 3. 通风、采光、安全等符合戒毒医疗机构管理和卫生要求。 4. 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、器械柜、麻醉药品和第一类精神药品保险柜、计算机，并配有戒毒人员专用的卫生洗浴设施。 5. 安装监控、报警设施。 6. 对医务人员急救用药有定期培训制度，有急救演练制度。 【B】符合“C”，并 1. 设备定期维护保养，并有详细记录。 2. 医务人员能熟练使用急救设备。对科室医务人员使用急救设备有定期培训计划，并有事实记录。 3. 对医务人员定期进行急救演练。 4. 具有制度检查、评估、责任追究和改进措施。 【A】符合“B”，并 对设备维护、监管结果有持续改进的事实记录。
4.11.4 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。	
4.11.4.1 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。	【C】 1. 戒毒治疗科业务负责人应当具有精神科副主任医师以上专业技术职务任职资格。 2. 戒毒治疗科业务负责人从事精神卫生或戒毒医疗工作 3 年以上，并应具备相应的心理卫生专业知识。 【B】符合“C”，并 1. 戒毒治疗科业务负责人承担市级及以上科研课题。 2. 戒毒治疗科业务负责人在相关学会任职。 3. 戒毒治疗科业务负责人公开发表论文。 【A】符合“B”，并 戒毒治疗科业务负责人承担省级及以上科研课题。
4.11.5 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。	
4.11.5.1 封闭式管理的戒毒治疗病区配备具有合法上岗资质的保安人员。	【C】 1. 至少配备 4 名具有合法上岗资质的保安人员，确保 24 小时有保安人员在岗。上岗资质符合国家相关规定。 2. 对保安人员有定期培训制度，有应急处理制度。 【B】符合“C”，并 1. 有保安人员培训和考核，有记录。 2. 根据床位合理配备安保人员。 3. 无重大安保责任事故。

	【A】符合“B”，并 1. 与公安机关人员沟通有记录。 2. 无安保责任事故。
4.11.6 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。	
4.11.6.1 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。	【C】 1. 按照国家及地方有关规定，结合本机构业务工作需要，制定并完善药物依赖诊疗管理的各项规章制度。 2. 有针对戒毒治疗的规章制度，包括服药流程、监管。 3. 有科室各类人员岗位职责。 4. 有麻醉药品和精神药品管理使用的规章制度，并落实。
	【B】符合“C”，并 对制度的执行有监管、考核、记录。具有制度检查、评估、责任追究和改进措施。
	【A】符合“B”，并 对各种制度的制定、执行有持续改进的事实记录。
4.11.7 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。	
4.11.7.1 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。	【C】 1. 对戒毒人员开展随访工作，监测复吸率。 2. 开展团体心理治疗、个体心理指导、行为方式矫正、社会支持等心理康复工作。 3. 医务人员对开展的心理健康治疗有总结、归纳。
	【B】符合“C”，并 1. 药物依赖科室开展心理康复、行为矫正、社会功能恢复等活动有记录、分析和改进措施。 2. 对随访、心理康复有检查、评估和改进措施。
	【A】符合“B”，并 对随访、心理康复的执行有持续改进的事实记录。
4.11.8 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。	
4.11.8.1 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，对诊疗质量全程监控管理，定期评价质量，促进持续改进。	【C】 1. 药物依赖科室有质量与安全管理团队，成员包括科主任、护士长与专职的质量控制人员。 2. 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。
	【B】符合“C”，并 对质量控制管理有检查、评估和改进措施。

	【A】符合“B”，并对质量控制管理的执行有持续改进的事实记录。
--	--



十二、公共精神卫生服务管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.12.1 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。	
4.12.1.1 精神卫生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。	【C】 1. 建立健全社区精神卫生服务质量管理与改进组织体系，设立省或市级精神卫生防治技术管理和指导机构。 2. 机构人员组成合理，具有高级职称的医师，具有护师、心理咨询师、公卫医师、社会工作者，各类人员岗位职责明确。公卫医师与精神科临床医师数量比例为 0.20，社会工作者与精神科临床医师数量比例应为 0.20。 3. 接受市级以上主管部门委托开展公共精神卫生服务。
	【B】 符合“C”，并 1. 协助社会参与对“三无”精神病患者管理，有收治、转诊、出院方案。 2. 对社区精神卫生服务工作有质量控制方案和计划，并实施。
	【A】 符合“B”，并 社区精神卫生服务工作质量控制方案和计划有定期评估和修正。
4.12.2 建立精神卫生预防和康复服务工作质量控制组织。有质量控制方案和计划；方案和计划有定期评估和修正。	
4.12.2.1 建立精神卫生预防和康复服务工作质量控制组织。有质量控制方案和计划；方案和计划有定期评估和修正。	【C】 1. 有精神卫生预防和康复服务工作质量控制组织。 2. 精神卫生预防和康复服务工作质量控制有方案和计划，按照方案和计划执行。 3. 具有对基层精神卫生预防机构及社区卫生服务中心/乡镇卫生院的精神卫生考核方案和细则。
	【B】 符合“C”，并 1. 对质量控制方案执行情况有检查，有分析，有记录。 2. 对质量控制方案和计划有定期评估和修正。
	【A】 符合“B”，并 对质量控制方案执行效果有持续改进的事实记录。
4.12.3 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。	
4.12.3.1 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	【C】 1. 机构人员与社区连接，指导社区开展重性精神疾病管理工作。 2. 对社区医师有定期培训的制度。 3. 建立社区精神卫生服务工作质量控制组织。 4. 具有对基层精神卫生预防机构及社区卫生服务中心/乡镇卫生院的精神卫生

疗。	考核方案和细则，有双向转诊的协议与业务。
	【B】符合“C”，并 对社区医师的培训和考核有记录，有质量控制方案和计划。
	【A】符合“B”，并 对社区医师培训、考核有持续改进的事实记录。。
4.12.4 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。	
4.12.4.1 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。	【C】 1. 对社区督导有制度，内容包括督导计划、程序、标准和督导反馈。 2. 对社区医师提出的意见和建议有记录和回答。 3. 对社区督导内容有记录。
	【B】符合“C”，并 1. 对社区督导过程中遇到的问题有整改措施。 2. 对社区督导工作有质量控制方案和计划，并实施。
	【A】符合“B”，并 对社区督导效果有持续改进的事实记录。
4.12.5 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。	
4.12.5.1 有社区精神卫生预防人员培训计划和监护人或患者健康教育计划，并在防治工作中遵照执行。	【C】 1. 对社区精神卫生预防人员培训有制度，并能按照计划执行。 2. 对监护人或患者健康教育有制度，并能按照计划执行。 3. 对培训和健康教育有记录。
	【B】符合“C”，并 1. 在培训和健康教育过程中，收集遇到的问题，并有整改措施。 2. 对培训和健康教育有质量控制方案和计划，并实施。
	【A】符合“B”，并 对培训和健康教育效果有持续改进的事实记录。
4.12.6 组建有应急医疗处置组、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。有及工作方案并定期开展演练。	
4.12.6.1 组建有应急医疗处置组以及突发公共卫生事件或灾后心理援助、心理危机干预队伍，设立有应急医疗处置专用电话。有及工作方案并定期开展演练。	【C】 1. 有灾后心理救援或危机干预方案。 2. 应急医疗处置组有成员，有制度，有流程，应急处置记录规范。 3. 心理危机干预队伍能够担任市级以上主管部门委托的突发公共卫生事件、灾后心理援助及心理救援任务。
	【B】符合“C”，并 1. 定期开展演练，记录演练过程和演练中的问题，提出整改计划。 2. 对演练效果有质量控制方案。
	【A】符合“B”，并 对危机干预效果有持续改进的事实记录。

4.12.7 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。	
4.12.7.1 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。	【C】 1. 公共精神卫生服务质量管理体系齐全，包括有例会制度、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。 2. 有重性精神疾病基本数据收集、分析报告工作，有信息报告人员，人员职责明确。 3. 公共精神卫生服务技术资料保密管理，分类归档。 4. 公共精神卫生服务质量评估小组有成员，有职责。
	【B】 符合“C”，并 公共精神卫生服务质量管理体系按制度执行，对各项制度的执行情况有记录、有分析。
	【A】 符合“B”，并 公共精神卫生服务质量管理体系有持续改进的事实记录。



十三、司法精神医学服务管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.13.1 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。	
4.13.1.1 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。	【C】 1. 司法精神医学鉴定机构具有许可证书，取得省（自治区、直辖市）司法行政部门颁发的《司法精神医学鉴定许可证》，鉴定业务范围包括法医精神病鉴定。 2. 司法鉴定科至少有3位精神科高级职称医师的鉴定人取得省（自治区、直辖市）司法行政部门颁发的《司法鉴定人执业证》，执业类别包括法医精神病鉴定。 3. 取得省（自治区、直辖市）、计划单列市及副省级市组织机构代码管理机构颁发的组织机构代码证。 4. 获得司法部司法鉴定研究所颁发的法医精神病鉴定能力验证证书。 5. 鉴定机构和鉴定专家按照《司法鉴定机构登记管理办法》和《司法鉴定人登记管理办法》的规定，按时注册。 6. 按照中华医学会司法精神病鉴定学组和司法部司法鉴定管理局规定的有关技术标准和操作规范实施鉴定。
	【B】 符合“C”，并实行鉴定人独立鉴定和鉴定人负责制。
	【A】 符合“B”，并获得国家监督管理部门颁发的证书。
4.13.2 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。	
4.13.2.1 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。	【C】 1. 具备符合司法行政部门规定的办公和鉴定场所。 2. 具备司法部司法鉴定管理局和司法部司法鉴定研究所规定的心理测量工具及相关设备。 3. 按照国家发展改革委员会和司法部制定的有关收费标准收费；省（自治区、直辖市）按照上述标准已经制定省级收费标准的，按照各省标准执行。 4. 按照司法部司法鉴定研究所制定的有关鉴定文书书写规范书写鉴定书。
	【B】 符合“C”，并文书书写有质量控制方案和计划，并实施。
	【A】 符合“B”，并司法鉴定文书书写质量有持续改进的事实记录。
4.13.3 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。	
4.13.3.1 执行精神疾病司法鉴定技术标准和操作规范，实	【C】 1. 鉴定机构有符合规定的质量管理文件，内容包括：质量手册、程序手册、作业指导和记录格式。

行质量控制、定期质量评价。	2. 按照中华医学会司法精神病鉴定学组和司法部司法鉴定管理局规定的有关技术标准和操作规范实施鉴定。 3. 有司法鉴定技术质量控制组织、制度和计划。按计划定期评价司法鉴定技术质量。
	【B】符合“C”，并 司法鉴定技术有质量控制方案和计划，并实施。
	【A】符合“B”，并 司法鉴定技术有持续改进的事实记录。
4.13.4 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。	
4.13.4.1 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。	【C】 1. 有司法鉴定管理制度、流程、岗位职责。 2. 有司法鉴定持续质量改进的制度。
	【B】符合“C”，并 有检查、评估、责任追究和改进措施，并实施。
	【A】符合“B”，并 司法鉴定质量有持续改进，提高鉴定准确度。

十四、药事和药物使用管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.14.1 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织。	
4.14.1.1 医院设立药事管理与药物治疗学委员会，健全药事管理体系。	【C】 1. 按照《医疗机构药事管理规定》的相关要求，设立药事与药物治疗学委员会及若干相关的药事管理小组，职责明确，有相应工作制度，日常工作由药学部门负责。 2. 根据本机构功能、任务、规模设置相应的药学部门。 3. 药学部门负责药品管理、药学专业技术服务和药事管理以及临床药学工作。 4. 医务部门指定专人，负责与医疗机构药物治疗相关的行政事务管理工作。 【B】符合“C”，并 1. 药事管理与药物治疗学委员会人员组成符合规范，定期召开专题会议，研究药事管理工作，每年不少于4次，有完整的相关资料。 2. 医务部门与药学部门职责明确，有协调机制。 【A】符合“B”，并 有药事管理工作计划和年度工作总结，能够体现药事管理的持续改进。
4.14.1.2 有药事管理工作制度。	【C】 1. 医院根据国家药事管理法律法规，建立相应的药事管理制度。 2. 医院根据医院的药事管理要求，制定相应的工作制度、操作规程，并组织实施。 3. 有药品遴选制度，遵循“一品两规”要求，制定本医院“药品处方集”和“基本用药供应目录”。 4. 有抗菌药物、生物制剂、血液制剂及高危药品临床使用管理办法。 【B】符合“C”，并 1. 有药事法律法规及相关制度的宣传、教育、培训。 2. 医务人员熟悉药事管理法律法规及相关制度。 3. 有保证上述制度落实的相关措施。 4. 有临床用药具体评价方法，有改进措施和干预办法。 【A】符合“B”，并 1. 优先使用国家基本药物符合相关规定。 2. 抗菌药物等临床使用符合相关规定。
4.14.1.3 根据医院功能任务及规模，配备药学专业技术人员，岗位职责明确。	【C】 1. 药学专业技术人员满足工作需要，按有关规定取得相应药学专业技术职务任职资格。 2. 各级药学专业技术人员职责明确。 3. 有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定。 4. 各级药学人员熟悉并履行本岗位职责。

	【B】符合“C”，并 1. 人才梯队合理，具有高等医药院校临床药学专业或者药学专业本科毕业以上学历的，应当不低于药学专业技术人员的 30%。 2. 临床药师具有高等学校临床药学专业或药学专业本科以上学历，经过规范化培训，不少于 3 名。 3. 药学专业技术人员参加毕业后规范化培训和继续医学教育，符合相关规定，作为考核、晋升、聘任的条件之一。 4. 药学部门负责人具有高等学校药学专业或者临床药学专业本科以上学历，及本专业高级技术职务任职资格。 【A】符合“B”，并 1. 药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的 8%。 2. 落实人才梯队建设。药学专业技术人员中具有副高级以上药学专业技术职务任职资格的，应当不低于 10%。教学医院应当不低于 12%。 3. 能承担相关的临床药学教育和药物临床应用研究任务。
4.14.2 加强药剂管理，规范采购、储存、调剂，有效控制药品质量，保障药品供应。	
4.14.2.1 有药品采购供应管理制度与流程，有适宜的药品储备。	【C】 1. 有药品采购供应管理制度与流程，有固定的供药渠道，由药学部门统一采购供应。 2. 列入“药品处方集”和“基本用药目录”中的药品有适宜的储备，每年增减调整药品率≤5%。 3. 医院配制、销售、使用的制剂经过批准。 【B】符合“C”，并 1. 定期检查总结药品采购供应制度的执行情况，每年至少两次，无违规采购。 2. 定期评估药品储备情况，85%以上药品库存周转率少于 10~15 日，定期评估，有分析报告和提出改进措施。 【A】符合“B”，并 药品采购规范、储备适宜，无违规采购。
4.14.2.2 建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。	【C】 1. 有药品质量监督管理组织，由主管药师及以上人员担任负责人，职责明确。 2. 有药品质量管理相关制度和药品质量报告途径与流程。 3. 有药品验收相关制度与程序，保证每个环节药品的质量。 【B】符合“C”，并 1. 有制度保证药品质量监控人员工作的独立性。 2. 定期对药库、调剂室药品质量进行抽检，合格率达 99.8%。 3. 每月对各临床科室备用药品的管理与使用进行一次检查。 4. 对药品质量抽查结果及科室备用药品管理检查情况进行分析、总结，落实整改措施。 【A】符合“B”，并 1. 医院有药品质量监测网络（平台）。 2. 库房发出药品质量合格率 100%。

2.14.2.3 有药品贮存制度，贮存药品的场所、设施与设备符合有关规定。	【C】 1. 有药品贮存相关制度，定期对库存药品进行养护和质量检查。 2. 药品贮存基本设施与设备符合规定：根据药物性质和贮存量配置有温、湿度控制系统，有冷藏、避光、通风、防火、防虫、防鼠、防盗设施和措施。设施、设备质量均符合规定，运行正常。 3. 根据药品的性质、特点分别设置冷藏库、阴凉库、常温库。化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分别贮存，分类定位存放。中药饮片、“毒、麻、精”药品、易燃易爆、强腐蚀性等危险性药品等按有关规定分别设库，单独贮存。药库与药品存放区域远离污染区，温湿度和照明亮度符合有关规定；药品库按规定设置有验收、退药、发药等功能区域。 4. 有药品效期管理相关制度与处理流程。效期药品先进先用、近期先用，对过期、不适用药品及时妥善处理，有控制措施和记录。 5. 有高危药品目录，各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志。 6. 防腐剂、外用药、消毒剂等药品与内服药、注射剂分区储存。 7. 药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作明确标示。 8. 实行药品采购、贮存、供应计算机管理，药品库存量及进出量、调剂室库存量及使用量定期盘点、账物相符。 9. 药库管理由药学专业人员负责，科室或病区备用药品应指定专人管理。 【B】符合“C”，并 药库面积符合相关规定。 【A】符合“B”，并 药品管理资料完整、详实，有可追溯措施，如实行条形码管理。
4.14.2.4 执行“特殊管理药品”管理的有关规定。	【C】 1. 麻醉药品、精神药品、医用毒性药品、放射性药品等“特殊管理药品”按照法律法规、规章制定相应的管理制度。 2. “特殊管理药品”有安全设施，药库设置有“毒、麻、精”药品专用库（柜），配有安全监控及自动报警设施；调剂室和各病房（区）等有专用保险柜，有防盗设施；放射性药品按有关规定执行。 3. 有“麻、精”药品实行三级管理和“五专”管理的制度与程序。 4. 有“麻、精”药品实行批号管理的制度与程序，开具的药品可溯源到患者。 5. 有“特殊管理药品”的应急预案。 【B】符合“C”，并 1. 药学部定期对“特殊管理药品”检查，至少每月1次。 2. 各相关科室有相应的“特殊管理药品”管理制度，并严格实行。 【A】符合“B”，并 “特殊管理药品”管理各环节措施得当，有持续改进措施，原始记录完整。
4.14.2.5 对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。	【C】 1. 有存放于急诊科、病房（区）急救室（车）及各诊疗科室的急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程。 2. 药学部和各相关科室有急救等备用药品目录及数量清单，有专人负责管理急救药品，并在使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。

	【B】符合“C”，并 药学部对急救等备用药品管理情况定期检查，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 各科室备用急救等备用药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。
4.14.2.6 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂的准确性。	【C】 1. 按《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》等有关规定制定药品调剂制度和操作规程。 2. 药品调剂时，认真审核处方或用医嘱后调剂配发药品。 3. 药品使用遵循先拆先用，先到先用的原则。 4. 调剂作业有足够的空间与照明，门急诊药房实行大窗口式或者柜台式发药；住院调剂室口服摆药区域环境清洁整齐、卫生符合要求； 5. 有病房（区）不需要使用的药品定期办理退药的相关规定，对退药进行有效管理，确保质量并有记录。 6. 急诊有 24 小时的药学调剂服务。
	【B】符合“C”，并 1. 有措施避免药品分装，如需药品分装，应有操作规程、适当的容器，外包装有药品名称、剂量及原包装的批号、效期和分装日期。 2. 对病房（区）口服制剂药品实行单剂量配发，注射剂按日剂量发药。 3. 对肠外营养液、危害药品静脉用药实行集中调配供应。 4. 调剂室面积符合相关规定。
	【A】符合“B”，并 1. 有静脉用药调配中心（室），实行集中调配供应。 2. 有对调剂工作督导检查、追踪评价，持续改进调剂工作。
	【C】 1. 医院配制制剂持有《医院制剂许可证》，取得制剂批准文号，有制剂质量标准。 2. 有保证制剂质量的设施、设备和管理制度，按规定配备药学专业技术人员。 3. 经省级药品监督管理部门批准后，制剂方可在医院之间调剂使用。
4.14.2.7 制剂的配制与使用符合有关规定。	【B】符合“C”，并 有主管药师及以上专人负责制剂原料、制剂成品质量检验，原始记录及复核记录齐全。
	【A】符合“B”，并 有制剂质量改进措施和召回制度，有原始记录。
4.14.2.8 有肠外营养液和危害药物等静脉用药的调配规定。	【C】 肠外营养液和危害药物等静脉用药在病房（区）分散调配的应参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》进行改善，有管理制度、有措施。
	【B】符合“C”，并 1. 肠外营养液和静脉用危害药物由药学部门集中调配与供应。按照《静脉用药

	集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》相关规定进行管理与操作，有相关工作制度。 2. 有工作人员岗位培训制度和培训计划，并执行。 3. 有主管药师及以上人员审核处方和参与静脉药物临床应用，对不适宜用药者定期分析、总结，能有效干预。 4. 集中调配有卫生行政部门颁发的准予集中调配的许可证或批复件。 5. 处方合格率>99%；二级库账物相符率>99.9%。
	【A】符合“B”，并有输液质量问题和输液严重不良反应报告相关规定，药学部门对临床出现的输液质量问题和患者用输液后的严重不良反应有分析报告、改进措施。
4.14.2.9 有药品召回管理制度。	【C】 1. 有药品召回管理制度与处置流程。 2. 发现假、劣药品时，按规定及时报告有关部门并迅速召回，妥善保存，收集保留所有原始记录。 3. 及时追回调剂错误的药品。 4. 有患者服用假、劣药品或调剂错误药品导致人身损害的相关的处置预案与流程。
	【B】符合“C”，并 1. 对假、劣药品，及时查明原因，追究相关责任。 2. 对调剂错误，及时分析原因，有整改措施。
	【A】符合“B”，并有根据假、劣药品和调剂错误的原因分析，及时修订相关制度，加强环节管理，保障用药安全。
4.14.2.10 建立完善的药品管理信息系统，与医院整体信息系统联网运行。	【C】 1. 有完善的药品管理计算机软件系统，并与医院整体信息系统联网运行。且符合《电子病历基本规范（试行）》的相关规定，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。 2. 有信息系统联网的处方用药技术支持软件。有完善药品查询系统，方便有关人员查询、适时获取正确的药品信息。 3. 药库和调剂室有药品进、销、存、使用等实时管理系统，实行药品定额和数量化管理，包括药品账目和统计、处方点评分析统计等。
	【B】符合“C”，并有适宜的合理用药监控系统，能为处方审核提供技术支持，并定期更新。
	【A】符合“B”，并 1. 通过用药监控系统，对抗菌药物等实行计算机处方权限与用药时限管理。 2. 对改进措施落实情况有追踪评价，有持续改进的成效。
4.14.3 执行《处方管理办法》，开展处方点评，促进合理用药。	
4.14.3.1 临床药物治疗执行有关法规、规章制度，遵循相	【C】 1. 有临床药物治疗遵循合理用药原则、药品说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相关规定与程序。

关技术规范。	2. 有医师处方符合《处方管理办法》相关要求的制度与程序。 3. 有药师按照《处方管理办法》对处方进行适宜性审核和调配发药，并根据具体情况对患者进行用药交代的制度与程序。 4. 有超说明书用药管理的规定与程序。 【B】符合“C”，并 1. 有对临床超说明书用药的监控措施和记录。 2. 医院每年用药金额排序前十位的药品与医院性质及承担的主要医疗任务相符合。 【A】符合“B”，并 1. 有临床用药监控和超常预警体系，对临床超常用药趋势及时干预，有干预和改进措施。 2. 改进措施落实情况有追踪评价，有持续改进的成效。
4.14.3.2 医师开具处方、应按照《处方管理办法》的要求执行。	【C】 1. 有根据《处方管理办法》，制定本院处方管理实施细则，对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定。 2. 医师处方签名或签章式样，分别在医疗管理、药学部门留样备案。医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。 3. 按“医院基本用药供应目录”开具处方，药品品规和药品生产企业与“医院基本用药供应目录”一致。 4. 处方书写规范、完整，开具处方全部使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。 5. 处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合《处方管理办法》规定。 【B】符合“C”，并 1. 不合理处方$\leq 1\%$。 2. 处方药品通用名使用率达100%。 【A】符合“B”，并 定期对处方质量进行检查，检查结果与医师考核挂钩。
4.14.3.3 护士抄（转）录用药医嘱及执行给药医嘱应遵守操作规程，必须经过核对，确保准确无误。	【C】 1. 经过资格认定及相关培训的护理人员方可执行给药医嘱。 2. 用药医嘱抄（转）录须经核对，确保准确无误，并有转抄者签名。 3. 有防范给药差错措施，护士根据处方或医嘱给药时须对药品名称、用法用量、给药途径、药品效期、外观质量等进行核对与检查，并签字确认。 4. 护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应并记录。 5. 有特殊情况使用患者自带药品的相关规定。凡住院患者治疗需要的药品均由药学部门供应，一般不得使用患者自带药品。确需使用应符合规定。 【B】符合“C”，并 1. 给药前要尊重患者或监护人对药物使用的知情权。 2. 护士按照给药时间分次为患者发放口服药，并说明用法。 【A】符合“B”，并 有给药差错分析、整改和持续改进。

4.14.3.4 已开具处方，并遵医嘱使用的药品应记入病历。	【C】 1. 患者就诊前和正在使用的所有处方及医嘱用药应在病历中记录。 2. 护理人员对患者的每次给药均应记录。 3. 所有的用药信息在出院或转院时归入其病历留存。 【B】符合“C”，并 病程记录中有明确的用药依据及分析。 【A】符合“B”，并 临床药师为实施临床路径的住院患者建立药历。
4.14.3.5 药师应按照《处方管理办法》对处方进行适宜性审核、调配发药，对临床不合理用药进行有效干预。医院有可行的监督机制与措施。	【C】 1. 药师及以上人员承担审核处方工作，依据《处方管理办法》的相关要求审核处方/用药医嘱是否规范、适宜。 2. 对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通。 3. 调剂处方流程合理，按有关规定做到“四查十对”。调剂过程有第二人核对，独立值班时双签字核对。 4. 发出的药品标有用法用量和特殊注意事项。 5. 发药时对患者进行用药交代和用药指导，关注特殊群体的用药指导。必要时为患者提供书面用药指导材料。 6. 设有用药咨询窗口（台），有主管药师及以上人员提供合理用药咨询服务。 7. 住院医嘱单按照处方管理，药师依据完整的用药医嘱作为调剂的依据，确保用药适当性及正确性。 8. 有发药差错登记、报告的制度与程序，并执行。 9. 对药师进行定期的、有针对性的药学技能培训。 【B】符合“C”，并 1. 有差错分析制度和改进措施。定期进行差错防范培训。 2. 调剂室年出门差错率$\leq 0.01\%$。 3. 由专（兼）职药学人员为患者提供用药咨询，有咨询记录，并针对患者咨询的常见问题开展合理用药宣传工作。 4. 药师应在处方药品计价收费和调剂之前对处方或用药医嘱的适宜性进行审核。 【A】符合“B”，并 有促进临床合理用药持续改进的措施，有专人负责对防范差错工作进行系统检验，对临床不合理用药进行干预效果分析，体现多环节防范与持续改进效果。
4.14.3.6 开展处方点评，建立药物使用评价体系。	【C】 1. 有按《医院处方点评管理规范（试行）》的要求制定医院处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。 2. 每月至少抽查 100 张门急诊处方（其中自费处方≥ 20 张）和 30 份出院病历进行点评。 3. 有精神科特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，有抗菌药物合理使用的处方点评。 4. 对不合理处方进行干预。

	【B】符合“C”，并 1. 每年开展 2 项以上专项药物临床应用评价，每年每项评价不少于 4 次。 2. 定期发布处方评价指标与评价结果，定期进行通报和超常预警。纳入医院质量考核目标，实行奖惩管理。 【A】符合“B”，并 1. 每年开展 3 项以上专项药物临床应用评价，每年每项评价不少于 4 次。 2. 根据点评结果，落实整改措施，提高合理用药。
4.14.4 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。	
4.14.4.1 医师、药师按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》，优先合理使用基本药物，并有相应监督考评机制。	【C】 1. 按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》有关要求，有优先使用国家基本药物的相关规定。 2. 《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”。 【B】符合“C”，并 有促进《国家基本药物目录》优先使用的具体措施，并有监督考评机制。 【A】符合“B”，并 统计医院用药，《国家基本药物目录》品种使用率符合国家相关规定。
4.14.5 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，合理使用药品，并有监督机制。	
4.14.5.1 抗菌药物与精神药品临床应用管理责任制。(★)	【C】 1. 院长是抗菌药物与精神药品临床应用管理第一责任人。 (1) 将抗菌药物与精神药品临床应用管理作为医疗质量和医院管理的重要内容纳入工作安排。 (2) 明确抗菌药物与精神药品临床应用管理组织机构，以及各相关部门在抗菌药物与精神药品临床应用管理中的职责分工，层层落实责任制。 (3) 根据各临床科室不同专业特点，设定抗菌药物与精神药品应用控制指标。 2. 临床科负责人是本科抗菌药物与精神药品临床应用管理第一责任人。 (1) 将抗菌药物与精神药品临床应用管理作为本科质量管理的重要内容，并纳入医师能力评价。 (2) 设定本科抗菌药物与精神药品应用控制执行指标，落实到人。 【B】符合“C”，并 1. 建立、健全抗菌药物与精神药品临床应用管理工作制度和监督管理机制。 2. 与临床科室负责人签订抗菌药物与精神药品合理应用责任状。 【A】符合“B”，并 1. 按卫生行政部门规定向本辖区监测网报送抗菌药物临床应用和细菌耐药监测的信息。 2. 上报信息准确与可追踪溯源。

4.14.5.2 建立完善抗菌药物临床应用技术支持体系。	【C】 1. 具有资质的感染专业医师。 2. 设置临床微生物室，具有资质的微生物检验专业技术人员。 3. 对医院感染专业医师、微生物检验专业技术人员和临床药师的培训和继续教育，提高相关人员专业技术水平。 【B】符合“C”，并 临床药师在抗菌药物临床应用中发挥作用。 (1) 为医师提供抗菌药物临床应用相关专业培训。 (2) 对临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导。 (3) 参与抗菌药物临床应用管理工作。 【A】符合“B”，并 用事实与案例表达抗菌药物临床应用技术支持体系的业绩。
4.14.5.3 严格落实抗菌药物分级管理制度。	【C】 1. 明确抗菌药物分级管理目录。 2. 对不同管理级别的抗菌药物处方权进行严格限定。 3. 制定特殊使用级抗菌药物临床应用管理流程，并严格执行。 【B】符合“C”，并 1. 明确各级医师使用抗菌药物的处方权限。 2. 有效措施，保证分级管理制度的落实。 【A】符合“B”，并 1. 随机抽查医师处方及医嘱无违规越级处方的现象。 2. 随机抽查门诊处方无特殊使用级抗菌药物的处方。
4.14.5.4 建立抗菌药物遴选和定期评估制度，加强抗菌药物购用管理。	【C】 1. 有制度与程序严格控制抗菌药物购用品种、品规数量。 2. 抗菌药物品种原则上不超过10种。 3. 同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购。 4. 明确抗菌药物品种启动临时采购的程序。 【B】符合“C”，并 抗菌药物购用品种、品规结构合理。 (1) 头霉素类抗菌药物不超过2个品规。 (2) 三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规。 (3) 碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过3个品规。 (4) 氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过4个品规。 (5) 深部抗真菌类抗菌药物不超过5个品种。 【A】符合“B”，并 同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序原则上每年不得超过5例次。
4.14.5.5 抗菌药物临床应用相关	【C】 抗菌药物品种选择和使用疗程控制基本合理。

指标控制力度。	(1) 住院患者抗菌药物使用率不超过 5%。 (2) 门诊患者抗菌药物处方比例不超过 5%。 (3) 急诊患者抗菌药物处方比例不超过 10%。 (4) 抗菌药物使用强度力争控制在每百人天 5DDD_s 以下。 【B】 符合“C”，并 职能部门对抗菌药物临床应用有监管，发现存在的问题及时反馈。 【A】 符合“B”，并 1. 抗菌药物临床实际应用力度与控制相关指标能够保持一致。 2. 职能部门抗菌药物临床应用指标实施信息化管理，实时监测，数据及时更新。
4.14.5.6 加强临床微生物标本检测和细菌耐药监测。	【C】 1. 开展细菌耐药监测工作，定期发布细菌耐药信息。 2. 建立细菌耐药预警机制，针对不同的细菌耐药水平采取相应应对措施。 3. 接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 50%。 4. 接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 80%。 【B】 符合“C”，并 职能部门对细菌耐药监测工作进行监管，发现存在的问题及时反馈。 【A】 符合“B”，并 1. 住院病历与实验室记录结果证实是根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物。 2. 职能部门对细菌耐药监测工作实施信息化管理，实时监测，数据及时更新。
4.14.5.7 严格医师抗菌药物处方权限和药师抗菌药物调剂资格管理。(★)	【C】 1. 医师抗菌药物处方权限制度与程序。 2. 药师抗菌药物调剂资格管理制度与程序。 3. 医师、药师、职能部门员工均知晓履职的要求。 【B】 符合“C”，并 1. 医院对医师和药师开展抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训、考核工作有记录。 2. 医师经培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权落实到每名医师。 3. 药师经培训并考核合格后，授予抗菌药物调剂资格落实到每名药师。 4. 医师抗菌药物处方权限、药师抗菌药物调剂资格与管理要求保持一致。 【A】 符合“B”，并 医师抗菌药物处方权限、药师抗菌药物调剂资格与管理要求保持一致。职能部门对履行授权管理中存在问题与缺陷的改进成效进行评价，有记录。
4.14.6 有药物安全性监测管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物严重不良反应，并将不良反应记录在病历之中。	

4.14.6.1 实施药品不良反应和用药错误报告制度，建立有效的药害事件调查、处理程序。	【C】 1. 有药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。 2. 医师、药师、护士及其他医护人员相互配合对患者用药情况进行监测。重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应。有原始记录。 3. 发生严重药品不良反应或药害事件，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，并对事件进行及时的调查、分析，按规定上报卫生行政部门和药品监督管理部门。 4. 将患者发生的药品不良反应如实记入病历中。 【B】符合“C”，并 1. 有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施。 2. 对严重用药错误报告有分析，有整改措施。 【A】符合“B”，并 建立药品不良事件报告信息平台，与医疗安全（不良）事件统一管理。
4.14.6.2 有完善的突发事件药事管理应急预案，药学人员可熟练执行。	【C】 1. 有完善的突发事件药事管理应急预案，组织层次清晰，人员分工明确，体现良好的合作，各部门无缝隙衔接，对突发事件善后工作及还原应急能力有明确规定。 2. 有本院的突发事件医疗救治药品目录。 【B】符合“C”，并 1. 有突发事件药事管理应急预案执行培训，相关人员熟悉预案流程和岗位职责，可迅速配合临床抢救。 2. 应急药品具有可及性和质量保证。 【A】符合“B”，并 有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。
4.14.7 配备临床药师，参与临床药物治疗，提供用药咨询服务，促进合理用药。	
4.14.7.1 开展以病人为中心、以合理用药为核心的临床药学工作。	【C】 1. 有根据《医疗机构药事管理规定》，建立临床药师制，为临床合理用药提供药学专业技术服务。 2. 在药学部门设置临床药学科（室），由副主任药师及以上人员负责，有工作制度和岗位职责。 3. 以适当的形式为全院医务人员提供适时的药物相关信息和咨询服务，将药品信息分析作为医院药品遴选的参考。 4. 药师应审核处方和用药医嘱适宜性，对患者或监护人进行用药教育、指导安全用药。 【B】符合“C”，并 1. 开展处方点评、药物临床应用评价，定期向药事管理组织报告监测结果与用药分析。 2. 结合临床开展药学科研工作，有计划、检查和总结。 【A】符合“B”，并 1. 进行个体化给药方案的研究与监测，有计划、检查和总结，有临床药学工作

	记录和持续改进措施。 2. 临床药师参与临床路径与病种质控工作。
4.14.7.2 按规定配置临床药师。	【C】 1. 临床药师具备高等学校药学院系临床药学专业或药学专业全日制本科及以上学历，并经毕业后教育或在职岗位培训后，进入临床药师工作岗位。 2. 有临床药师培养计划，并纳入医院医疗技术人员培养计划。 3. 临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间$\geq 85\%$。 【B】符合“C”，并 每 100 张病床与临床药师配比≥ 0.6。 【A】符合“B”，并 1. 每 100 张病床与临床药师配比≥ 0.8。 2. 有临床药师与临床医师协作机制，提高合理用药水平。
4.14.7.3 临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药物治疗。	【C】 1. 临床药师按相关规定专职专科直接参与用药相关的临床工作，在选定专业的临床科室参加日常性药物治疗工作。 2. 开展药学查房，对重点患者实施药学监护和建立药历，且工作记录完整。 3. 参加病例讨论，提出用药意见和个体化药物治疗建议。 4. 参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治。 5. 审核本人参与的专科病房（区）患者用药医嘱，对不合理用药进行干预，有干预记录。 6. 定期为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询服务。 7. 对患者进行用药教育，指导安全用药。 【B】符合“C”，并 1. 临床药师有对患者进行用药教育的记录，视患者情况修正其不当用药行为。 2. 临床药师有重点患者用药的药历，体现本人用药分析能力和对患者实施持续药学监护的过程。 【A】符合“B”，并 医院实施多学科联合诊疗的制度与程序中，有体现临床药师的要求与措施。重点是“疑难、高危”患者。
4.14.8 科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，定期通报医院药物安全性与抗菌药物耐药性监测的结果。	
4.14.8.1 由科主任和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组负责质量与安全管理。	【C】 1. 由科主任和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组负责药学部的质量与安全管理。 2. 定期召开质量与安全管理会议，对本部门的质量与安全管理进行检讨，对全院药学的质量与安全进行总结分析，每季度至少一次。 【B】符合“C”，并 1. 对从事质量和安全管理的员工有质量管理基本知识和基本技能培训教育。 2. 定期向临床科室通报医院临床用药安全监测结果，提出整改建议。

	【A】符合“B”，并运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。
4.14.8.2 对药剂科有明确的质量与安全控制指标，科室能开展定期评价活动，解读评价结果，持续改进药事管理工作。	【C】 1. 对药学部门有明确的质量与安全控制指标。 2. 科室开展定期评价活动。 3. 相关人员知晓本科/室/组的质量与安全控制指标要求。
	【B】符合“C”，并科室每季度对落实质量及安全控制指标进行分析、评价，结合医院药物安全性监测的结果，提出整改措施。
	【A】符合“B”，并 1. 主动征求临床科室对药学工作的意见和建议，开展外部评价。 2. 临床科室和患者满意度高。



十五、临床检验管理与持续改进

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

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

	【A】符合“B”，并严格执行安全规程，定期进行安全检查，定期研究安全管理，保障实验室安全，各项记录完整。
4.15.2.2 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。	【C】 1. 实验室生物安全分区合理，有明确的实验室生物安全等级标志。 2. 合理设计工作流程以避免交叉污染。
	【B】符合“C”，并有职能部门监督检查。
	【A】符合“B”，并无违规情况。
4.15.2.3 实验室配置充分的安全防护设施。	【C】 1. 根据工作人员的不同工作性质，按照行业规范进行充分的个人防护。 2. 配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施及耗材，并保证以上设施可正常工作。 3. 设立适当的警示标识，对生物安全、防火防爆安全、化学安全等做出充分警示。 4. 如开展放射免疫分析和其他使用放射性同位素的检测，保证使用放射性同位素时患者和工作人员的安全性。 5. 对相关人员进行培训。
	【B】符合“C”，并 1. 根据实验等级设置个人防护，能执行。 2. 实验室出口处设有专用手部消毒设备。 3. 各种设施定期维护，保障正常。
	【A】符合“B”，并实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。
4.15.2.4 有消防安全保障。	【C】 1. 建立易燃、易爆物品的储存使用制度。 2. 设置专门的储藏室、储藏柜。 3. 指定专门人员负责实验室的消防安全。 4. 定期检查灭火器的有效期。 5. 保持安全通道畅通。
	【B】符合“C”，并 1. 定期检查各种电器，电路是否存在安全隐患。 2. 对消防安全检查发现的问题，及时整改。
	【A】符合“B”，并有关人员掌握消防安全知识与基本技能，进行消防演习并持续改进。
4.15.2.5 实验室制订各种传染病职业暴露后的应急措	【C】 1. 制订各种传染病职业暴露后应急预案。 2. 相关人员知晓职业暴露的应急措施与处置流程。

施，并详细记录处理过程。	【B】符合“C”，并对实验室工作人员进行职业暴露的培训及演练，并作相关记录。
	【A】符合“B”，并有职业暴露处置登记及随访记录，有根据职业暴露的案例分析改进职业暴露管理。
4.15.2.6 实验室制定针对不同情况的消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。	【C】 1. 制订针对不同情况的消毒措施并实施。 2. 定期监控各种消毒用品的有效性。 3. 有标本溢洒处理流程。 4. 相关人员掌握消毒办法与消毒用品的使用。
	【B】符合“C”，并 1. 保留各种消毒记录，记录完整。 2. 定期对消毒用品的有效性进行监测。 3. 职能部门定期检查、分析、反馈、整改。
	【A】符合“B”，并根据监测结果分析，持续改进消毒管理。
4.15.2.7 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	【C】 依据相关法律法规要求制定实验室废弃物、废水的处理流程并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 有明确的责任人，定期检查整改，以保证对人员及环境的危害降至最低。 2. 职能部门有监管记录，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 实验室废弃物、废水处理登记资料完整，处理规范，无污染事件发生。
4.15.2.8 实验室建立化学危险品的管理制度。	【C】 1. 建立化学危险品的管理制度。 2. 建立化学危险品清单和安全数据表。 3. 指定专门的储存地点，专人管理，对使用情况做详细记录。 4. 有化学危险品溢出与暴露的应急预案。 5. 相关人员对制度和预案的知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并有职能部门监管的记录。
	【A】符合“B”，并有根据监管情况，持续改进危险品管理工作。
4.15.3 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解释检查结果。	
4.15.3.1 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。	【C】 1. 医院明确规定临床检验工作人员的资质与能力要求。从事临床检验工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。 2. 大型生化分析仪操作人员经过考核后持卫生部核发的上岗证上岗。

	【B】符合“C”，并 生化室≥80%的员工持卫生部核发的大型生化分析仪上岗证。
	【A】符合“B”，并 科室负责人具备检验专业高级技术职称。
4.15.3.2 不同实验室组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。	【C】 1. 不同实验室应组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。 2. 选择并授权具有相关资质、经验丰富及较高技术水平和业务能力的人员负责检验全程质量控制工作及结果解释工作。
	【B】符合“C”，并 1. 对授权工作实行动态管理。 2. 有职能部门监督检查，评价培训效果。
	【A】符合“B”，并 培训及考核记录完整，有授权人员的定期评价，工作人员无超权限范围操作。
4.15.4 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。	
4.15.4.1 保证每一项检验结果的准确性。	【C】 实验室应采用量值溯源，校准验证，能力验证或室间质评，实验室间的比对等方式充分保证每一项检验结果的准确性。
	【B】符合“C”，并 开展室内质控与室间质评，保障检验质量。
	【A】符合“B”，并 室内质控与室间质评结果达到质量控制目标。
4.15.4.2 严格执行检验报告双签字制度。	【C】 1. 严格执行检验报告双签字制度（急诊除外）。 2. 指定经验丰富，技术水平和业务能力较高的人员负责检验报告的审核。
	【B】符合“C”，并 1. 审核重点识别分析前阶段，由于标本不规范所带来的结果错误。 2. 对于识别出的分析前不合格标本，应保留相关记录。 3. 制定复检制度并保留相关的复检记录。
	【A】符合“B”，并 有根据审核结果进行整改的措施，持续改进检验报告质量。
4.15.4.3 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。	【C】 1. 严格遵守国家或地方卫生行政管理部门的相关规定，制定明确的检验报告时限（TAT）。 2. 定期评估检验结果的报告时间。 3. 明确规定“特殊项目”清单。特殊项目的检测，原则上不应超过2周时间；提供预约检测。

	【B】符合“C”，并 1. 临检常规项目≤30 分钟出报告。 2. 生化、免疫常规项目≤1 个工作日出报告。 3. 微生物常规项目≤4 个工作日。 4. 时限符合率≥90%。
	【A】符合“B”，并 对存在的问题持续改进有成效。
4.15.4.4 检验报告格式规范、统一。	【C】 1. 检验报告单格式规范、统一，有书写制度。 2. 报告单提供中文或中英文对照的检测项目名称。 3. 检验报告采用国际单位或权威学术机构推荐单位，并提供参考范围。 4. 检验报告单包含充分的患者信息，标本类型、样本采集时间、结果报告时间。 5. 有双签字。
	【B】符合“C”，并 1. 科室有专门人员定期自查、反馈、整改。 2. 有职能部门监督检查、反馈，落实整改措施。
	【A】符合“B”，并 检验报告合格率 100%。
4.15.5 有试剂与校准品管理规定，保证检验结果准确合法。	
4.15.5.1 有管理试剂与校准品制度，保证检验结果准确合法。	【C】 1. 有试剂与校准品管理的相关制度。 2. 专人管理，有明确的岗位职责。
	【B】符合“C”，并 1. 试剂与校准全部符合法规规定的标准。 2. 医院统一采购，途径合法。 3. 有使用登记制度。
	【A】符合“B”，并 1. 试剂全部符合国家标准，获得相应的批准文号。 2. 无因试剂和校准品管理问题影响检验结果的准确性的情况发生。
4.15.6 为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。	
4.15.6.1 实验室与临床建立有效的沟通方式。	【C】 1. 实验室与临床建立有效沟通机制，通过多种形式和途径（如电话或网络等），及时接受临床咨询。 2. 实验室通过有效的途径（如参与临床查房、现场宣讲、提供网络资料等）宣传新项目的用途，解答临床对结果的疑问。
	【B】符合“C”，并 定期对咨询情况和沟通信息进行总结分析，针对共性问题，开展培训。

	【A】符合“B”，并 建立检验与临床的科间协调会议制度，每年 1~2 次，共同改进检验工作质量和服务质量。
4.15.7 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，对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。	
4.15.7.1 由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，制定质量与安全管理计划和质量控制指标，开展质量管理工作。	【C】 1. 由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，组成人员结构合理，可覆盖各实验室，有明确的职责。 2. 有质量与安全管理工作计划并组织实施。 3. 建立质量体系文件，包括质量手册、程序文件、标准操作规程和记录表格等。 4. 有质量与安全监控指标，并定期进行量化评估。 5. 相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 质量体系完整，质量与安全监控指标覆盖全面，能监控分析前、中、后关键流程。
	【A】符合“B”，并 有质量与安全管理完整资料，体现持续改进成效。
4.15.7.2 有完整的标本采集运输指南。交接规范，检验回报时间控制等相关制度。	【C】 1. 实验室与护理部、医院感染控制部门共同制订完整的标本采集运输指南，临床相关工作人员可以方便获取。 2. 实验室有明确的标本接收、拒收标准与流程，保留标本接收和拒收的记录。 3. 对标本能全程跟踪，检验结果回报时间（TAT）明确可查。 4. 标本处理和保存专人负责，标本废弃有记录，储存标本冰箱有温度 24 小时监控。 5. 对临床相关人员进行定期培训。
	【B】符合“C”，并 1. 实验室与护理部、医院感染管理部门有监管流程与记录。 2. 根据监管情况，针对存在问题落实整改措施。
	【A】符合“B”，并 1. 标本采集、运送规范，标本合格率$\geq 95\%$。 2. 标本交接记录完整，标本保存符合规范。
4.15.7.3 常规开展室内质控。	【C】 1. 室内质控覆盖实验室全部检测项目及不同标本类型。 2. 保证每检测批次至少有 1 次室内质控结果。 3. 制定实验室室内质控规则。 4. 室内质控报告有负责人签字。 5. 室内质控重点项目： （1）临床化学、免疫学、血液学和凝血试验的质量控制流程。 （2）血涂片评价和分类计数的质量控制流程。

	(3) 细菌、分枝杆菌和真菌检测的质量控制流程。 (4) 尿液分析和临床显微镜检查的质量控制流程。 (5) 对未知标本进行血清学检测时，须同时进行已知滴度的血清阳性质控和阴性质控。
	【B】 符合“C”，并 1. 定期评估室内质控各项参数及失控率。 2. 有效处理失控，应详细分析失控原因，处理方法及评估临床影响，提出预防措施。
	【A】 符合“B”，并 室内质控文件齐全，记录完整。根据失控原因分析，持续改进检验质量。
4.15.7.4 参加室间质评或能力验证计划。	【C】 1. 参加省级室间质量评价计划或能力验证计划。 2. 室间质评或能力验证应覆盖实验室内全部检测项目及不同标本类型。 3. 明确无法提供相应评价计划的项目的目录/清单。 4. 对无法提供相应评价计划的项目，应有替代评估方案。
	【B】 符合“C”，并 参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。
	【A】 符合“B”，并 参加国际室间质量评价计划或能力验证计划。
4.15.7.5 保证检测系统的完整性和有效性。	【C】 1. 制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作、维护规程。 2. 使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。 3. 对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。
	【B】 符合“C”，并 1. 有专人负责仪器设备保养、维护与管理。 2. 有定期校准、维修维护记录。
	【A】 符合“B”，并 仪器设备规范操作合格率 100%。
4.15.7.6 所有 POCT 项目均应开展室内质控，并参加室间质评。	【C】 有规定对所有 POCT 项目开展室内质控，并参加室间质评。
	【B】 符合“C”，并 1. 定期对 POCT 结果进行比对，并包括大型仪器检测结果与各 POCT 点之间的比对，并明确比对的允许偏倚。 2. 对超出允许范围的应及时进行校准和纠正，有工作记录。
	【A】 符合“B”，并 POCT 项目比对$\geq$100%。

4.15.7.7 实验室信息管理完善。	【C】 1. 建立实验室信息管理系统，与医院信息系统联网。 2. 实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理。
	【B】 符合“C”，并 1. 提供自助取化验报告单系统。 2. 标本使用条形码管理。
	【A】 符合“B”，并 实验室数据至少保留 3 年以上在线查询资料。



十六、医学影像管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.16.1 医学影像（普通放射、CT、MR1、超声、核素成像等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供 24 小时急诊影像服务。	
4.16.1.1 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。	【C】 1. 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》。 2. 提供医学影像服务项目与医院功能任务一致，能满足临床需要。 3. X 线摄影、超声检查提供 24 小时×7 天的急诊检查服务。 【B】符合“C”，并 1. 有明确的服务项目、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告，能遵循执行。 2. CT、MR 提供 24×7 天的急诊检查服务。 3. 有完善的 PACS 系统（医学影像存档与通信系统）。 【A】符合“B”，并 1. 各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。 2. PACS 系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，至少具备 3 年在线查询，3 年以上离线存储功能。
4.16.1.2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。	【C】 1. 医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。 2. 各级各类人员具有相应资质和执业资格。 【B】符合“C”，并 1. 根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组，由具备副高以上专业技术职称人员负责。 2. 各专业组设置合理，人员梯队结构合理。 3. 科主任具备副主任医师以上专业技术任职资格。 【A】符合“B”，并 1. 科主任为主任医师，具有较强的学术影响力。 2. 具有 3 名以上的中青年学术带头人，具备副高级以上专业技术职称。
4.16.1.3 科室有必要的紧急意外抢救用的药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。	【C】 科室有紧急意外抢救预案，有必要的紧急意外抢救用的药品器材。 【B】符合“C”，并 1. 科室人员熟悉紧急意外抢救预案流程，相关人员经过培训，具备紧急抢救的能力。 2. 有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。 【A】符合“B”，并 1. 科室指定专人负责应急管理，有演练，急救药品器材具有可及性和质量保证。

	2. 患者发生紧急意外事件时能够迅速开展紧急抢救，并对抢救过程有记录和讨论。
4.16.2 建立规章制度，落实岗位职责，执行技术操作规范，提供规范服务，保护患者隐私，实行质量控制，定期进行图像质量评价。	
4.16.2.1 建立健全各项规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。	【C】 1. 建立各项规章制度和技术操作规范。 2. 有各级各类人员岗位职责。 3. 有质量控制指标。
	【B】 符合“C”，并 员工知晓各项规章制度和本人岗位职责，掌握岗位相关的技术操作规范，并能够认真遵守和执行。
	【A】 符合“B”，并 根据国家相关要求和工作需要，及时对各项规章制度、岗位职责和技术操作规范进行完善和修订。
4.16.2.2 定期校正放射诊疗设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，并符合有关标准与要求。	【C】 定期对放射诊疗设备及其相关设备进行校正和维护，技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 有专职人员负责对设备进行定期校正和维护，并有记录。 2. 每件设备的定期校正和维护均落实到人。
	【A】 符合“B”，并 设备运行完好率在95%以上。
4.16.2.3 采用多种形式，开展图像质量评价活动。	【C】 采取多种形式，开展图像质量评价活动。
	【B】 符合“C”，并 1. 有图像质量评价小组，定期对图像质量进行评价。 2. 将图像质量评价的结果纳入对部门服务质量与相关人员技术能力评价的内容。
	【A】 符合“B”，并 有评价结果分析与持续改进措施，提高影像图像质量。
4.16.3 提供规范的医学影像诊断报告，有审核制度，有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。	
4.16.3.1 医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。	【C】 1. 科室有诊断报告书写规范、审核制度与流程。 2. 影像报告由具备资质的医学影像诊断专业医师出具。 3. 有提供影像报告时限要求。 4. 每份报告有精确的报告时间，普通报告精确到“时”，急诊报告精确到“分”。 5. 诊断报告按照流程经过审核，有审核医师签名。

	【B】符合“C”，并 1. 科室每月对诊断报告质量进行检查，总结分析，落实改进措施。 2. PACS 系统能为影像诊断提供诊断格式、流程以及审核、质量监管支持。
	【A】符合“B”，并 主管职能部门有监督检查，追踪评价，评价结果纳入对科室服务质量与诊断医师技术能力评价内容。
4.16.3.2 有重点病例随访与反馈制度，有疑难病例分析与读片会。	【C】 1. 有重点病例随访与反馈相关制度。 2. 有专人负责并定期召开疑难病例分析与读片会。 3. 疑难病例分析与读片会由科主任或高级职称医师主持。
	【B】符合“C”，并 有重点病历随访与反馈、疑难病例分析读片会的完整资料。
	【A】符合“B”，并 通过重点病例随访分析评价，改进诊断工作，提高诊断质量。 疑难病例分析与读片会参加人员覆盖科室 80%人员。
4.16.4 有医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护、及工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记录。	
4.16.4.1 有医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。	【C】 1. 有放射安全管理相关制度与落实措施。 2. 有医学影像设备、场所定期检测制度与落实措施。 3. 有放射废物处理的相关规定并按规定执行。 4. 在影像检查室门口设置电离辐射警告标志。 5. 医学影像科通过环境评估。
	【B】符合“C”，并 1. 有定期放射设备、场所检测报告并对超过标准的设备或场所及时处理的完整资料。 2. 有放射废物处理登记和监管记录。 3. 有医学影像科通过环境评估的环评报告。 4. 有专人负责安全管理工作。 5. 有落实相关制度的具体措施。
	【A】符合“B”，并 有专人负责安全管理工作，至少每季度有一次常规安全检查，并根据检查结果，持续改进安全管理。
4.16.4.2 有受检者和工作人员防护措施。	【C】 1. 有完整的放射防护器材与个人防护用品，保障医患防护需要。 2. 有受检者的防护措施，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护。 3. 影像科人员按照规定佩戴个人放射剂量计。 4. 影像科人员按照规定每年进行健康检查。

	【B】符合“C”，并 1. 影像检查前医务人员主动告知辐射对健康的影响，指导受检者进行防护。 2. 有对新员工进行放射防护器材及个人防护用品使用方法培训。 3. 有专人负责放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。 4. 有员工放射剂量监测数据分析和针对超标原因的改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 有员工定期进行放射安全防护培训证书或资料。 2. 有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。 3. 无放射安全（不良）事件。
4.16.4.3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。	【C】 1. 有放射安全事件应急预案。 2. 有辐射损伤的具体处置流程和规范。 3. 各相关科室和人员熟悉应急预案、相关流程以及本部门、本科室和本人职责。
	【B】符合“C”，并 对于放射安全事件应急预案进行综合演练。
	【A】符合“B”，并 有演练或安全事件的总结分析，有整改措施并组织落实。
4.16.5 科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
4.16.5.1 有科室质量与安全管理小组，能够用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进科室医疗质量。	【C】 1. 有科主任、护士长及具备资质的质量控制人员组成科室质量与安全管理小组。 2. 有科室质量管理员，负责本科室的质量与安全管理具体工作。 3. 有质量与安全管理工作方案，教育、培训计划、质量与安全指标。 4. 有质量控制相关的规章制度、岗位职责、技术规范、操作常规。 5. 有医疗安全（不良）事件报告。 6. 有医疗差错事故的防范措施与报告、检查、处置规范和流程。
	【B】符合“C”，并 1. 根据工作方案，开展质量与安全管理，落实相关措施，有完整工作资料。 2. 有大型影像设备检查阳性率统计与分析，大型 X 线设备检查阳性率$\geq 50\%$，CT、MR 检查阳性率$\geq 60\%$。
	【A】符合“B”，并 1. 科室质量与安全管理小组能运用质量管理工具开展质量与安全管理，体现持续改进。 2. 质量与安全管理考核结果应用于科室和个人考核。

十七、医院感染管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.17.1 有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》等规章要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。	
4.17.1.1 依据《医院感染管理办法》建立医院感染管理组织，负责医院感染管理工作。	【C】 1. 有医院感染管理部门，配备专兼职人员，负责医院感染管理工作，负责人为副高及以上专业技术职称。 2. 有医院感染管理委员会。至少每年召开两次工作会议，有会议记录或会议简报。 3. 科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。 4. 有上述组织的工作制度与职责。 5. 医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标。并依据上级部门与医院感染的有关要求，制定工作实施计划并落实。 6. 相关人员知晓本部门、本岗位职责并履行。
	【B】符合“C”，并 1. 有对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况的监督检查，定期召开专题会议，对感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈及改进措施。 2. 对上级主管检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容。
	【A】符合“B”，并 1. 院科两级医院感染组织机构健全，人员配置满足临床需求。 2. 无重大医院感染责任事件。
4.17.1.2 有相应的规章制度，将医院感染的预防与控制贯彻于所有医疗服务中。	【C】 1. 有根据相关法律法规不断修订和完善医院感染的预防与控制制度。 2. 有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的具体措施，并落实。 3. 医院感染管理相关人员熟知相关制度、工作流程及所管辖部门院感特点。 4. 全体员工熟知本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并执行。
	【B】符合“C”，并 1. 职能部门有计划和相关制度对科室医院感染管理工作进行指导，保障医院感染管理工作落实。 2. 院科两级医院感染管理组织对相关制度落实情况有监督检查，对发现问题及缺陷及时反馈，有持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效，2年内无重大院内感染暴发责任事件。
4.17.2 开展医院感染防控知识的培训与教育。	
4.17.2.1 有医院感染管理培训计划、培训大纲和培训教材，实施全员培训。	【C】 1. 有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训教材。 2. 有培训责任部门，根据不同人员设计相关知识与技能等培训内容，并有考核。 3. 相关人员掌握相关知识与技能。

	【B】符合“C”，并 1. 落实培训计划，有完善的培训、考试及考核管理，相关资料完整。 2. 鼓励将培训及考核成绩纳入个人绩效考核评价中。 【A】符合“B”，并 对培训效果进行追踪与成效评价，培训后的医务人员医院感染预防与控制知识与技能达到岗位要求。
4.17.3 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。	
4.17.3.1 医院感染专职人员和监测设施配备符合要求，开展目标性监测、全院综合性监测。(★)	【C】 1. 医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。 2. 有医院监测计划，有目标性监测，监测的目录/清单范围符合《医院感染监测规范》要求。 3. 每年开展现患率调查，调查方法规范。 4. 科室能按照制度和流程要求，监测《医院感染监测规范》要求的全部项目，并有记录。 5. 室内质控覆盖全部医院感染监测项目及不同标本类型。 【B】符合“C”，并 1. 有医院感染监测记录与分析报告，有失控原因、处理方法及影响程度分析，提出预防及改进措施。 2. 职能部门对数据来源、数据真实性和可靠性进行追踪和分析、总结与反馈，对存在的问题进行督促整改。 【A】符合“B”，并 医院信息系统能够提供对医院感染危险因素监测及分析，其结果对医院感染预防及控制决策提供支持作用，并取得效果。
4.17.3.2 有重点环节、重点人群与高危因素的监测。对下呼吸道、尿管相关尿路、皮肤软组织等主要部位感染有具体预防控制措施并实施。	【C】 1. 有针对重点环节、重点人群与高危因素管理与监测计划，并落实。 2. 有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施。 3. 有对下呼吸道、导尿管相关尿路、皮肤软组织等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。 【B】符合“C”，并 1. 科室落实自查情况及存在问题总结、分析、报告机制，有改进措施。 2. 职能部门对科室监测情况进行定期核查指导，对存在的问题，及时反馈，并提出整改建议。 【A】符合“B”，并 1. 对重点环节、重点人群、主要部位的特殊感染控制有效。 2. 医院信息系统定期对重点环节、重点人群与高危因素监测及分析，满足临床工作需要，对医院决策提供支持作用，并取得效果。
4.17.3.3 有医院感染暴发报告流	【C】 1. 有医院感染暴发报告流程与处置预案。

程与处置预案。	2. 有多种形式与渠道,使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。 3. 有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施。 4. 按要求上报医院感染暴发事件。 5. 相关人员对医院感染暴发报告流程和处置预案知晓率达到 100%。 【B】符合“C”,并 1. 根据医院感染暴发确定、指挥系统、重点科室、重点人员情况制定各类演练的脚本,并进行演练。 2. 有医院感染暴发处置演练效果评价报告,对存在问题有改进措施,相关资料可查询。 3. 有医院感染暴发报告的信息核查机制。 【A】符合“B”,并 1. 对医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。 2. 有对存在问题采取所取的改进措施和成效进行追踪。
4.17.4 执行手卫生规范,实施依从性监管与改进活动。	
4.17.4.1 执行手卫生规范,实施依从性监管。	【C】 1. 定期开展手卫生知识与技能的培训,并有记录。 2. 手卫生设施种类、数量、安置的位置、手卫生用品等符合《医务人员手卫生规范》要求。 3. 医务人员手卫生知识知晓率 100%。 【B】符合“C”,并 有院科两级对手卫生规范执行情况的监督检查,有整改措施。 【A】符合“B”,并 医务人员手卫生依从性不断提高,洗手方法正确率$\geq 95\%$,
4.17.5 有多重耐药菌(MDR)医院感染控制管理的规范与程序,实施监管与改进活动。	
4.17.5.1 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序,实施监管与改进。	【C】 1. 针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节,结合实际工作,制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。 2. 有对多重耐药菌控制落实的有效措施,包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、保洁与环境消毒的制度等。 3. 根据细菌耐药性监测情况,加强抗菌药物临床应用管理,落实抗菌药物的合理使用。 【B】符合“C”,并 1. 有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测,细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员,并方便查询。 2. 有职能部门对多重耐药菌医院感染情况的监督检查,根据监管情况采取相应改进措施。 【A】符合“B”,并 1. 多重耐药菌医院感染控制有效,抗菌药物使用合理。

	2. 医院临床微生物实验室能满足临床对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性、耐药模式以及同源性分析的需求。
4.17.5.2 有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。	【C】 有临床科室或检验部门、医院感染管理部门等在三重耐药菌管理方面的协作机制，并有具体落实方案。 【B】符合“C”，并 1. 有医院感染管理部门、检验部门、药学部门、临床科室对多种耐药菌管理定期联席会制度，有牵头部门，分工明确，职责清楚。 2. 各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措施。 【A】符合“B”，并 多部门合作机制有效，医院信息系统能够支持相关信息快捷获得。
4.17.5.3 有预防多重耐药感染措施培训。(★)	【C】 对临床医务人员和检验部门的人员进行预防多重耐药菌感染措施的培训制度、培训计划及落实措施。 【B】符合“C”，并 有相关人员多重耐药菌感染危险因素、流行病学以及预防与控制措施等知识培训，相关资料可查询。 【A】符合“B”，并 有对培训效果追踪总结，多重耐药菌感染预防和控制有效。
4.17.6 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。	
4.17.6.1 有抗菌药物合理使用的管理组织，有管理制度。	【C】 1. 有抗菌药物合理使用管理组织与制度。 2. 有抗菌药物分级管理制度及具体措施。 3. 有职能部门与相关部门共同监管的协作机制，各部门职责分工明确。 4. 开展抗菌药物合理使用相关知识培训和考核，有记录。 5. 相关人知晓抗菌药物分级使用的原则并落实。 【B】符合“C”，并 1. 有各科室使用抗菌药物的情况并定期公布、并有促进抗菌药物合理使用考核机制。 2. 职能部门对改进情况进行监督检查，并落实，对科室存在问题与缺陷改进措施的落实情况进行督导。 【A】符合“B”，并 1. 有信息化管理措施，提高管理效率和成效。 2. 抗菌药物合理使用管理组织，对抗菌药物合理使用有追踪与成效评价持续改进，效果明显。
4.17.6.2 有细菌耐药监测及预警机制。	【C】 1. 有细菌耐药监测及预警机制，并定期（至少每季度）进行反馈。 2. 有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。 3. 有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。

	【B】符合“C”，并 1. 有上述细菌耐药监测变化趋势图。 2. 职能部门、药事管理组织联合对细菌耐药监测和预警，有干预措施。
	【A】符合“B”，并 有多部门对细菌耐药情况联合干预措施，并有成效。
4.17.7 消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务人员能获得并正确使用符合国家标准消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。	
4.17.7.1 根据国家法规，结合医院的具体情况，制定全院和不同部门的消毒与隔离制度。	【C】 1. 有全院和重点部门的消毒与隔离工作制度。 2. 有对医务人员进行相关知识、消毒与隔离技术的教育与培训，有培训考核记录。 3. 有保障重点部门落实消毒与隔离制度落实措施，并执行。 4. 为医务人员提供合格的防护用品。 5. 相关人员知晓上述内容并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 有多部门与科室协作管理机制，对消毒与隔离工作存在问题与缺陷分析，总结，提出改进措施。 2. 职能部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题，进行及时整改。
	【A】符合“B”，并 医院消毒与隔离工作制度落实到位，所有医务人员防护用品符合国家规定。
4.17.7.2 有满足消毒要求的合格的设备、设施与消毒剂。	【C】 1. 有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂。 2. 医用耗材、消毒隔离相关产品符合国家的有关要求，证件齐全，质量和来源可追溯。 3. 定期对有关设备设施进行检测。 4. 定期对消毒剂的浓度、有效性等进行监测。
	【B】符合“C”，并 职能部门对医用耗材、消毒隔离相关产品采购质量有监管，对设备设施及消毒剂检测结果进行定期分析，有总结、反馈，及时整改。
	【A】符合“B”，并 职能部门、药剂科联合对持续改进的情况进行追踪与成效评价，有记录。
4.17.7.3 医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。	【C】 1. 有医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范。 2. 有消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果有监测的程序与规范，判定标准。 3. 消毒供应中心人员知晓相关规范并执行。
	【B】符合“C”，并 1. 消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测落实到位，并有原始记录与监测报

	告。 2. 职能部门对落实情况有监管、评价，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1. 消毒供应中心物流管理实行全程信息化管理。 2. 消毒供应中心质量达到相关规范，灭菌合格率 100%。
4.17.8 医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势；根据医院感染风险、医院感染发病率和（或）患病率及其变化趋势改进诊疗流程；将医院感染情况与其他医疗机构进行比较；定期通报医院感染监测结果。	
4.17.8.1 有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）开展监测工作并记录。	【C】 1. 有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）开展监测工作并记录。 2. 有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。
	【B】符合“C”，并 医院感染管理组织定期（至少每季度）对监测信息进行分析讨论，有会议记录或简报，定期（至少每季度）发布医院感染监测信息，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议。
	【A】符合“B”，并 医院感染监测指标真实、准确、完整，能为医院感染管理提供依据，持续改进医院感染管理工作。
4.17.8.2 按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。	【C】 按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。
	【B】符合“C”，并 有指定专人负责上报医院感染监测信息，信息经过审核，保障真实、准确。
	【A】符合“B”，并 职能部门将本单位的监测结果与省市医院感染质量控制中心发布本地区的医院感染监测信息比较分析，促进医院感染感染管理水平不断提高。

十八、临床营养管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.18.1 营养科具备与其功能和任务相适应的场所、设备、设施和人员条件。由有资质的人员从事临床营养工作，执行《中华人民共和国食品安全法》相关法律法规。	
4.18.1.1 设营养科（室），并配备与其规模相适应的（医师、技师、护士、厨师、护理员等）营养专业人员。	【C】 1. 设置营养科（室）。 2. 配备与其规模相适应的（医师、技师、护士、厨师、护理员等）营养专业人员。 3. 营养医师具有执业医师证书，具备相应的基本技能。 4. 营养护士具有执业护士证书，具备相应的基本技能。 5. 有各级各类人员岗位职责。 6. 各级各类人员熟悉并履职本岗位职责。 【B】 符合“C”，并 1. 营养科设有营养门诊、营养代谢实验室（可在检验科内设置）、治疗膳食配置室、场内营养配置室。 2. 临床营养专业人员与床位比不少于 1:200。 3. 营养医师占专业人员的比例$\geq 50\%$，有完整的人才梯队。 4. 科室负责人应具备营养专业或医学专业学历背景及副主任医师以上职称。 【A】 符合“B”，并 1. 营养食堂有 A 级资质证书。 2. 医院有肠外营养配置室（可在药学部设置）。 3. 科室主任为正高职或担任全国性、省级专科协会的常委。
4.18.1.2 开展临床营养工作。	【C】 1. 有满足营养门诊工作的基本设施。 2. 肠内营养配制室具备相应工作条件。 3. 开展营养风险筛查和营养评定。 4. 治疗膳食配制部门按操作区配备基本使用设备。 【B】 符合“C”，并 1. 营养门诊每周不少于 5 个单元。 2. 肠内营养制剂的应用种类不少于 10 种。 【A】 符合“B”，并 1. 开设社区营养门诊。 2. 与临床科室合作开展专科营养门诊。 3. 开设健康体检营养咨询服务。
4.18.1.3 营养科（室）建立健全并落实临床营养工作管理制度，并对各级人员进行	【C】 1. 各项规章制度齐全。如查房、会诊制度及值班、交接班制度，食品卫生相关制度，医院感染管理制度，设备维护维修制度，工作人员职业道德、行为规范与考核制度等。

岗位培训。	2. 监督指导营养食堂财会和成本核算、财务管理、库房管理制度以及卫生制度等。 3. 若是外包服务，医院则需确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。 4. 对各级人员进行岗位培训。
	【B】符合“C”，并 1. 制定食品操作（准备、处理、贮存、运送）标准与程序。 2. 配送食品有保温措施，在盛装后能在 40 分钟内送至病房。 3. 若用统一餐具，能在病人用餐后 30 分钟内回收餐具撤离病房。 4. 制定食物残渣、餐具清洗消毒贮存的操作标准与程序。
	【A】符合“B”，并 有主管职能部门定期对营养管理进行督导检查，持续改进营养管理工作。
4.18.2 有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”，为住院患者提供适合其治疗需要的膳食。	
4.18.2.1 医院现行的规章制度，有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”。	【C】 有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”。
	【B】符合“C”，并 有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”手册，并执行。
	【A】符合“B”，并 1. 有“住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”效果评价，并持续改进。 2. 有独特的治疗膳食种类及制备技术。
4.18.2.2 住院医师遵循规章制度，执行膳食医嘱。	【C】 住院医师遵循规章制度，执行膳食医嘱。
	【B】符合“C”，并 有完整明晰的膳食医嘱执行路径。
	【A】符合“B”，并 有重点病房治疗膳食医嘱的效果评价。
4.18.3 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。	
4.18.3.1 对住院患者实施营养评估，接受营养会诊，提供营养支持方案，按照《病历书写基本规范》的要求进行记录。	【C】 1. 营养医师定期查房，参与临床病历讨论，完成重点患者营养病历记录。 2. 对住院患者实施营养评估，接受特殊、疑难、危重患者的营养会诊。 3. 提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案。 4. 按照《病历书写基本规范》的要求进行记录。
	【B】符合“C”，并 有营养科与临床各科的协作机制。

	【A】符合“B”，并有重点病房进行营养风险筛查。
4.18.4 开展营养与健康宣传教育服务，在出院时提供膳食营养指导；为临床医护人员提供临床营养学信息；听取并征求患者及家属的意见。	
4.18.4.1 为住院患者提供适合其病情治疗需要的膳食，住院患者治疗膳食就餐率$\geq 80\%$以上。	【C】 1. 能提供各种诊断及治疗膳食服务。 2. 对有诊疗特殊需要的患者提供诊断膳食、治疗膳食等服务。 3. 进行营养与健康宣传教育服务。 4. 在出院时提供膳食营养指导。 5. 为临床医护人员提供临床营养学信息。 6. 与临床医护人员进行良好的沟通。
	【B】符合“C”，并 1. 有多种形式的疾病营养指导、营养健康教育资料。 2. 定期召开各种形式座谈会，征求临床医务人员和患者、监护人的意见，及时总结分析。 3. 住院患者治疗膳食就餐率$\geq 60\%$以上。
	【A】符合“B”，并 1. 有持续性的改进措施。 2. 住院患者治疗膳食的就餐率$\geq 80\%$。
4.18.5 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能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。	
4.18.5.1 科室有质量管理小组或专人负责质量管理，开展质量与安全管理。	【C】 1. 科室有质量管理小组或专人负责质量管理，开展质量与安全管理。 2. 有明确的质量与安全指标。
	【B】符合“C”，并 科室能运用适宜的评价方式与质量管理工具，定期评价营养管理工作，对重点患者全程营养诊疗服务进行追踪评价。
	【A】符合“B”，并 根据评价情况，持续改进营养管理，各科室和患者对营养工作满意度高。

十九、其他特殊诊疗管理与持续改进

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。

评审标准	评审要点
4.19.1 为患者提供满足临床诊疗需求的其他特殊诊疗服务项目符合国家法律、法规及卫生行政部门规章标准的要求。	
4.19.1.1 根据医院的功能任务设置特殊治疗与检查室，与临床科室诊疗需求相称。	【C】 1. 根据医院的功能任务设置有脑电图检查室、心电图检查室、超声检查室、无抽搐电休克（MECT）治疗室等特殊检查和治疗室，与临床科室诊疗需求相称。 2. 诊疗科目与服务项目是经卫生行政部门核准，与执业许可证保持一致。 3. 使用技术是为核准可适用的技术。 4. 服务项目的收费是经物价部门批准。 5. 有主管的职能部门监管。 6. 有科室工作制度、各级各类人员岗位职责。
	【B】 符合“C”，并 1. 设置有重复经颅磁刺激（rTMS）治疗室治疗室。 2. 职能部门按照制度和流程落实监督检查，并记录问题与缺陷。 3. 科室要对存在问题与缺陷改进的措施落实情况评价。 4. 随机抽查相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【A】 符合“B”，并 职能部门要对问题与缺陷改进，进行追踪与成效评价，有记录。
4.19.2 由被授权的、具备法定资质的卫生技术人员实施其他特殊诊疗服务。	
4.19.2.1 特殊检查与治疗室在科室主任的领导下，由主治医师、护士长、专业技师负责日常管理及医疗业务工作。	【C】 1. 医院对特殊检查部门的各级各类人员均有明确的资质与能力要求。 （1）特殊检查与治疗室人员配备符合有关要求，配备的医师、护士应经过特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格与授权的人员、专业技师，应有专业资格证书。医务人员的数量应与所承担的任务相适应，并且形成高、中、初级人员梯队，分别负责日常工作中常规操作及疑难病案处理。 （2）特殊检查与治疗室负责人必须是有经验的特殊检查与治疗专业或是经过特殊检查与治疗技术培训的主治医师及以上职称。有组织管理能力，与医院相关部门及其他专业科室有良好的协作关系。全职负责特殊检查与治疗室的医疗、教学和科研工作。 （3）护士长应是依法取得执业证书的注册护士，至少是护师职称，经过护士长培训，并熟悉特殊检查与治疗中护士工作范围的内容，有一定管理和教学能力。 （4）护士应是依法取得执业证书的注册护士，经过至少 3 个月的特殊检查与治疗室操作工作培训。 （5）专业技师应是特殊检查与治疗操作的专业技术人员，具有相应资格证书。其他人员应经过岗前培训。

	2. 医院明确规定，对特殊检查与治疗室出具“临床诊断报告”的医师，有资质要求，有授权。 3. 有主管的职能部门监管。 4. 有特殊检查与治疗的诊疗操作规范。 【B】符合“C”，并 1. 特殊检查与治疗室负责人必须是有经验的特殊检查与治疗专业或是经过特殊检查与治疗技术培训的副主任医师及以上职称。 2. 职能部门按照规定诊疗规范实行监督检查，并记录问题与缺陷。 3. 随机抽查相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【A】符合“B”，并 1. 职能部门按照制度和流程落实监督检查，要对问题与缺陷改进，进行追踪与成效评价，有记录。 2. 无非卫生技术人员执业或执业范围与注册项目不符。
4.19.3 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果，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。	
4.19.3.1 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查与治疗结果。	【C】 由具备专业资质（授权）的执业医师出具诊断报告，解读检查结果。 【B】符合“C”，并 有质量管理部门按照规定对诊疗规范实行监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施。 【A】符合“B”，并 1. 职能部门对整改情况进行追踪与成效评价，有记录。 2. 无不具备资质人员签发报告。
4.19.3.2 特殊检查与治疗室有明确的质量与安全指标，科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有持续改进效果的记录。	【C】 1. 特殊检查与治疗部门有明确的质量与安全指标。 2. 科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有记录。 （1）操作者自我检查。 （2）专（兼）职人员质控活动。 （3）有患者满意度调查制度与记录。 （4）有差错事故的防范措施，发生后有报告、检查、处理的流程、规定与记录。 3. 相关人员知晓本科室的质量与安全指标要求。 【B】符合“C”，并 1. 本科室能够开展全面质量管理活动，科室能定期统计与分析质量与安全指标，评价有记录。 2. 有持续改进措施。 3. 职能部门履行监管的责任，有定期监管检查的结果（问题与缺陷），有记录。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效。

4.19.4 符合环境保护、医院感染管理规范的要求。	
4.19.4.1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查与治疗需求, 保证诊疗质量, 保障患者与医务人员安全。	【C】 1. 特殊检查与治疗室设计及空间区域划分应符合检查与治疗相关设置要求。 2. 检查与治疗室有环境保护与人员防护措施。 3. 符合医院感染管理感染的要求, 措施到位。 (1) 严格划分患者、检查人员、其他人员所在区域。 (2) 所有诊疗活动与器材消毒、灭菌、医疗废弃物处理均应遵循医院感染管理法规的要求。 4. 特殊检查与治疗所用设备、仪器、用品必须符合“国标”要求, 并经验证合格后方能使用, 以保证检查质量和患者安全。 5. 特殊检查与治疗所用设备、仪器、用品等有定期检测维护制度, 有检测记录。 6. 有主管的职能部门(医务处)监管。 7. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”, 并 1. 对相关的制度、规程文件的培训与教育。 2. 职能部门及医院感染管理部门要注重对规章制度和工作流程落实情况的监督检查并记录(问题与缺陷)。 3. 科室要对存在问题与缺陷改进的措施落实情况评价。 4. 职能部门要进行追踪评价, 有记录。
	【A】 符合“B”, 并 持续改进有成效。
	4.19.5 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。
4.19.5.1 有无抽搐电休克治疗前准备的相关管理制度。	【C】 1. 有无抽搐电休克治疗前准备的相关管理制度。 2. 无抽搐电休克治疗患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达治疗医嘱。
	【B】 符合“C”, 并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。
	【A】 符合“B”, 并 治疗前准备制度落实, 执行率 100%。
4.19.5.2 有无抽搐电休克治疗患者的核对制度与工作流程。	【C】 1. 有每次无抽搐电休克治疗患者的核对制度与工作流程。 2. 对不合作的患者有专人核对, 并且陪伴送往治疗室。 3. 在患者被送往治疗室或治疗准备室前核对完成术前各项准备工作。
	【B】 符合“C”, 并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈, 有改进措施。
	【A】 符合“B”, 并 所有治疗前准备的核对执行率 100%。

4.19.5.3 有无抽插电休克治疗安全核查与治疗风险评估制度与流程。(★)	【C】 1. 有每次无抽插电休克治疗安全核查与治疗风险评估制度与流程。 2. 第一次治疗前依次核对患者身份(姓名、性别、年龄、病案号)、知情同意情况、麻醉安全检查、静脉通道建立情况、患者过敏史、禁食要求、各项术前检查资料及影像学资料等内容;此后的治疗前按要求做好相应的核对工作。 3. 开展治疗风险评估,并且做好预警准备工作。 4. 治疗中各项内容记录正确和完整。 【B】符合“C”,并职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。 【A】符合“B”,并治疗核查和风险评估执行率100%。
4.19.5.4 有突发事件防范和处理预案。	【C】 1. 突发事件应急救援。 (1) 有明确的应急预案、责任分工。 (2) 有应急救援具体措施,实施应有专职或兼职防护人员负责。平时要有训练。 (3) 操作区应展示简明的应急救援措施指南,并指定该区域的防护负责人。 (4) 检查与治疗室设有必要的急救药品和设备。 2. 相关人员知晓本科室的履职要求。 【B】符合“C”,并 1. 对相关人员有培训与教育的记录。 2. 至少每年演练一次,有记录。 3. 有记录证实管理职能部门履行监管的责任,对问题与缺陷有记录。 4. 有定期监管检查的结果。 【A】符合“B”,并职能部门要对问题与缺陷有持续改进与成效评价,有记录。
4.19.6 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队,能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。	
4.19.6.1 由具备资质的质量控制人员组成的团队或小组,并有开展工作的记录。有保证医疗服务质量的相关文件。	【C】 1. 由科主任、护士长与质量控制小组负责医疗质量和安全管理或由专人负责,开展医疗质量和安全管理,并有工作记录。 2. 有保证医疗服务质量的相关文件,有培训与教育的记录,至少应有: (1) 岗位职责及继续教育制度。 (2) 仪器管理、使用、维修制度。 (3) 安全防护管理制度。 (4) 患者的适应证、禁忌证标准及查对制度。 (5) 诊疗操作常规。 (6) 诊疗结果的书写、记录及报告制度,做到准确、完整、及时。 3. 有轮转的医师与护士培训与教育计划,实施并记录。 4. 有明确的质量与安全管理计划和指标。

	5. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和质量与安全管理目标。
	【B】 符合“C”，并 1. 有记录证实职能部门履行监管的责任，有定期监管检查的结果（问题与缺陷）。 2. 有对各项规章、制度、规范等管理文件有定期研讨与修订的记录。 3. 对新的或更新后的管理文件有培训、试用、再完善的程序。 4. 在申请评审前已执行一年以上。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效。



二十、病历（案）管理与持续改进

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

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

	4. 有临床科室自查及主管职能部门督查，有整改措施。 【A】符合“B”，并 职能部门对整改措施落实情况进行追踪与评价，监管与持续改进有成效。
4.20.2.5 病程记录及时、完整、准确，符合卫生部《病历书写基本规范》。	【C】 1. 病程记录及时、完整、准确，符合《病历书写基本规范》。 2. 相关人员知晓岗位职责。 【B】符合“C”，并 1. 病程记录根据病情观察、查房情况结合检查结果有分析、有判断，体现医疗组三级医师的诊断思路和处理方案。 2. 临床科室对本科室医师书写的病程记录进行评价，促进提高病程记录质量。 【A】符合“B”，并 持续改进有成效，病历质量不断提高。
4.20.2.6 保持病案的可获得性。	【C】 1. 保持病案的可获得性。 (1) 有方法（如病案示踪系统）控制每份病案的去向。 (2) 病案如果没有其他替代品，如：影像、缩影，病案则不能打包存放或远距离存放（委托存放）。 2. 有3年病案存放的发展空间。 3. 对未归的病案有催还的实际记录。 4. 对病案使用期限和使用范围有明确的规定。 5. 患者出院后，住院病历在7个工作日之内回归病案科达$\geq 90\%$。 【B】符合“C”，并 1. 患者出院后，住院病历在3个工作日之内回归病案科达$\geq 90\%$。 2. 病案科与职能部门对患者出院后病历未能及时回归病案科的科室进行追踪、分析、改进管理，保障回归率。 【A】符合“B”，并 1. 患者出院后，住院病历在2个工作日之内回归病案科达$\geq 95\%$，在7个工作日内回归病案科100%。 2. 病案管理有序，去向明确，保持病案的可获得性。
4.20.3 加强安全管理，保护病案及信息的安全。	
4.20.3.1 医院有保护病案及信息安全的相关制度，有应急预案。	【C】 1. 有保护病案及信息安全的相关制度有应急预案。 2. 病案库有防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施。 3. 配置相应的消防器材，消防安全符合规范。 【B】符合“C”，并 1. 病案科工作人员知晓应急预案及处置流程。 2. 指定专人负责安全管理。 3. 科室定期进行安全检查，对存在问题和缺陷及时改进。

	【A】符合“B”，并 职能部门定期对病案科的安全管理进行检查指导，及时消除隐患，保障安全。
4.20.3.2 医院有借阅和保护患者隐私的相关制度。	【C】 1. 有借阅和保护患者隐私的相关制度。 2. 病案科工作人员职责明确，知晓借阅流程。 3. 有回避与保护患者隐私的规范与措施。 【B】符合“C”，并 科室定期进行安全检查，对存在问题和缺陷及时改进。 【A】符合“B”，并 职能部门定期进行检查指导，发现问题及时整改，保护患者隐私。
4.20.4 有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。	
4.20.4.1 有《病历书写基本规范》的实施文件，发至每一位医师。	【C】 1. 有《病历书写基本规范》的实施文件，发至每一位医师。 2. 病历书写作为临床医师“三基”训练主要内容之一。 3. 病历书写作为医师岗前培训的主要内容之一。 4. 有病历书写的相关培训与训练计划。 【B】符合“C”，并 有实施培训与训练的完整记录、考核资料。 【A】符合“B”，并 新员工岗前培训和住院医师三基训练覆盖率 100%，病历书写考核合格率 100%。
4.20.4.2 有病历质量控制与评价组织。	【C】 1. 有病历质量控制与评价组织，由具备主治医师以上资格且有 5 年以上管理住院病人临床工作经历的人员主持。 2. 有病历质量监控评价标准，相关医师均知晓标准内容。 3. 临床各科定期对病历质量进行检查与评价，作为医师考核内容。 4. 职能部门定期对病历质量进行督导检查，作为科室考核内容。 5. 院科两级及时通报病历检查情况，反馈至各科室和责任医师，对存在问题与缺陷及时改进。 【B】符合“C”，并 1. 医院有专职的质控医师，科室有兼职的质控医师。 2. 医院至少每季度对病历质量进行总结、分析、评价，提出整改措施，改进病历质量。 【A】符合“B”，并 院、科落实整改措施，持续改进病历质量，年度住院病案总检查数占总住院病案数$\geq 70\%$，病历甲级率$\geq 90\%$，无丙级病历。
4.20.5 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。	

4.20.5.1 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。(★)	【C】 1. 对出院病案进行疾病分类，编码符合卫生部规定。 2. 疾病分类编码人员有资质与技能要求。 3. 有疾病分类编码培训计划。 【B】符合“C”，并 1. 落实培训计划，提供技术支持，提升培训与教育质量。 2. 病案科（室）定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提高编码质量。 【A】符合“B”，并 1. 编码员编码准确性不断提高。 2. 临床医师熟悉疾病分类。 3. 有信息系统支持疾病分类。
4.20.5.2 建立出院病案信息的查询系统。	【C】 1. 有出院病案信息的查询系统。 2. 病案首页内容完整、准确。 3. 病案首页全部资料信息录入查询系统，至少能为评审提供2年以上完整信息。 【B】符合“C”，并 1. 查询系统资料完整、功能完善。 (1) 根据病案首页内容的任意项目，单一条件查询住院患者的病案信息。 (2) 根据病案首页内容的两个或两个以上的项目，复合查询住院的病案信息。 2. 能提供3年内的完整病历首页信息。 【A】符合“B”，并能提供5年内完整病案首页信息。
4.20.6 严格执行借阅、复印或复制病历资料制度，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。	
4.20.6.1 有病案服务管理制度，为医院医务人员及管理人员、患者或监护人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。	【C】 1. 有病案服务管理制度，有明确的服务规范与程序。 2. 病案服务限于相关医务人员及管理人员，患者或监护人，公安机关，检察院、法院等有关司法机关，医疗保险机构相关人员。 3. 依照法律、法规和规章为患者或监护人、司法机关和医疗保险机构人员提供病案服务，履行借阅、复印或复制申请核查与病案信息核查。 4. 有完整的病案服务登记信息，包括借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复印或复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。 【B】符合“C”，并 病案服务能力不低于当年出院的病案人数。 【A】符合“B”，并 职能部门对病案服务有监管，保障病案依法借阅、调取、复印便捷，防止病案丢失、损毁、篡改。

4.20.7 推进电子病历，电子病历符合《电子病历基本规范（试行）》。	
4.20.7.1 医院有电子病历系统的建设的方案与计划，电子病历符合《电子病历基本规范》。	【C】 1. 有电子病历系统建设方案与计划。 2. 在院长主持下，有明确的主持部门与多部门的协调机制。 3. 有具体措施、有信息需求分析文件。 4. 建立电子病历系统。
	【B】 符合“C”，并 电子病历系统应符合卫生部《病历书写基本规范》与《电子病历基本规范（试行）》要求。
	【A】 符合“B”，并 有基于电子病历的临床信息系统（CIS），电子病历系统具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。
4.20.7.2 由文字处理软件编辑、打印的病历文档，病历记录全部内容、格式、时间、签名均以纸版记录为准，而非模版拷贝生成的病历记录。	【C】 1. 对由文字处理软件编辑、打印的病历文档有明确的管理规定。 2. 对禁止使用“模版拷贝复制病历记录”有明确的规定。 3. 病历记录全部内容、格式、时间均以签名后的纸版记录为准，存档。
	【B】 符合“C”，并 计算机打印病历的书写符合卫生部《病历书写基本规范》，按照病历管理要求进行质量控制。
	【A】 符合“B”，并 有职能部门监管，对问题与缺陷及时反馈，定期总结，持续改进措施有效。

第五章 护理管理与质量持续改进

一、确立护理管理组织体系

评审标准	评审要点
5.1.1 院领导履行对护理工作领导责任，对护理工作实施目标管理，协调与落实全院各部门对护理工作的支持，具体措施落实到位。	
5.1.1.1 有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，对护理工作实施目标管理。	【C】 1. 有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，定期专题研究护理管理工作，实施目标管理。 2. 按照标准配置各层次护理管理岗位和人员，岗位职责明确。
	【B】 符合“C”，并 落实岗位职责和管理目标，对各层次护理管理者有考核。
	【A】 符合“B”，并 护理管理体系有效运行。
5.1.1.2 医院有护理工作中长期规划、年度计划和年度总结。	【C】 1. 有护理工作中长期规划、年度计划，与医院总体规划和护理发展方向一致。 2. 相关人员知晓规划、计划的主要内容。
	【B】 符合“C”，并 有措施保障落实护理工作发展规划，有效执行年度计划并有总结。
	【A】 符合“B”，并 有对规划和计划落实情况的追踪分析，持续改进护理工作。
5.1.1.3 院领导定期进行行政查房，协调全院各部门对护理工作的支持，具体措施落实到位。	【C】 1. 院领导定期进行行政查房，协调各部门解决护理相关问题。 2. 相关部门有支持护理工作的具体措施。
	【B】 符合“C”，并 相关部门的具体措施落实到位，有定期检查。
	【A】 符合“B”，并 支持保障系统有效运行，护理人员满意。
5.1.2 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。	
5.1.2.1 根据医院的功能和任务，实行（医院-科室-病区）三级护理管理组织体系。	【C】 有建立护理垂直管理体系的工作方案，逐步实行三级（医院-科室-病区）护理管理。
	【B】 符合“C”，并 三级（医院-科室-病区）护理管理组织体系完善，有效运行。

	【A】符合“B”，并与相关科室及职能部门有联席会议或其他协调机制。
5.1.2.2 按照《护士条例》的规定，实施护理管理工作。	【C】 1. 按照《护士条例》的规定，制定相关制度，实施护理管理工作。 2. 依法执行护理人员准入管理。 【B】符合“C”，并职能部门对《护士条例》执行及制度落实情况的监督检查。 【A】符合“B”，并对落实情况进行追踪与成效评价，有持续改进。
5.1.3 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。	
5.1.3.1 实施护理人员分级管理，落实岗位责任制，明确临床护理内涵及工作规范。	【C】 1. 实施护理人员分层级管理，体现能及对应，制定与落实护理岗位职责。 2. 护理人员知晓本部门、本岗位的职责要求。 3. 有统一管理的护理人员业务技术档案。 4. 病房实行责任制整体护理模式，责任护士对患者履行病情观察、基础护理、治疗处置、健康宣教、康复指导等工作职责。 【B】符合“C”，并 1. 护理工作规范并有效执行。 2. 科室能定期自查、分析、整改。 3. 职能部门履行监管职责，有定期监管检查的结果反馈和整改意见。 【A】符合“B”，并分级管理落实有效，护理工作持续改进有成效。
5.1.4 实行护理目标管理责任制、岗位职责明确，落实护理常规、操作规程等，有相应的监督与协调机制。	
5.1.4.1 实行护理目标管理责任制、岗位职责明确。	【C】 1. 有全院护理管理目标及各项护理标准并实施。 2. 相关人员知晓上述内容并履行职责。 【B】符合“C”，并 1. 科护士长负责落实本科护理管理目标及并按标准实施护理管理。 2. 职能部门对科室护理管理目标、护理质量执行有定期的检查、评价、分析、反馈，有整改措施。 【A】符合“B”，并对护理管理目标及各项护理标准落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。
5.1.4.2 落实护理常规、操作规程等，有相应的监督与协调机制。	【C】 1. 有护理常规和操作规程并及时修订。 2. 对精神科护理核心制度（分级护理、查对、交接班、护理安全、保护性约束、巡视等制度）和岗位职责有培训、考核。 3. 相关护理人员掌握上述内容并执行。

	【B】符合“C”，并 1. 护理单元对护理常规、操作规程、护理核心制度落实情况有自查、分析、反馈及整改。 2. 职能部门履行监管职责，有定期检查、分析、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 按照《临床护理实践指南》，完善护理常规、操作规程、护理核心制度落实好，持续改进有成效。
5.1.4.3 护理单元有专科护理常规，具有专业性、适用性。	【C】 1. 各护理单元有能体现专业性和适用性的专科护理常规。 2. 护理人员掌握本专业的专科护理常规并执行。
	【B】符合“C”，并 在实施专科护理常规过程中，定期补充、修改与完善。
	【A】符合“B”，并 1. 专科护理落实好。 2. 对开展的新项目、新技术有相应的专科护理常规补充和完善。
5.1.4.4 能提供体现适时修订并有修订标识的护理制度，修订部分均遵守相关法律、法规和规章。	【C】 1. 有修订制度、职责、常规等相关文件的规定与程序。 2. 修订后的文件，有试行—修改—批准—培训—执行的程序，并有修订标识。
	【B】符合“C”，并 1. 相关护理管理人员知晓修订规定与程序。 2. 护理人员知晓修订后的相关制度。
	【A】符合“B”，并 对修订后制度的执行情况有追踪与评价，持续改进有成效。
5.1.4.5 定期开展护理管理制度培训，有培训记录。	【C】 1. 有护理管理制度培训计划并落实。 2. 护理人员掌握相关护理管理制度。
	【B】符合“C”，并 职能部门对培训落实情况有检查和督促。
	【A】符合“B”，并 对培训后的效果情况，有追踪与评价，有持续改进。

二、护理人力资源管理

评审标准	评审要点
5.2.1 有护理人员管理规定、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准，同工同酬。	
5.2.1.1 有护理人员管理规定，对各项护理工作有统一、明确的岗位职责和工作标准，有考评和监督。	【C】 1. 有适合医院实际情况的护理人员管理规定、岗位职责和工作标准。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位的人员资质与履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 各护理岗位人员符合相关岗位职责和工作标准的要求。 2. 职能部门定期对护理人员的工作进行绩效考核，包括工作数量、工作质量等内容。
	【A】 符合“B”，并 对护理人员管理工作有追踪和评价，持续改进有成效。
5.2.1.2. 对各级护理人员资质进行严格审核。	【C】 1. 有各级护理人员资质审核规定与程序，并执行。 2. 相关人员知晓资质审核规定与履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 相关人员符合相关执业资质的要求。 2. 职能部门监管并执行。
	【A】 符合“B”，并 对护理人员资质审核管理中存在的问题与缺陷，有追踪和评价，持续改进有成效。
5.2.1.3 有聘用护理人员资质、岗位技术能力及要求、薪酬的相关制度规定和具体执行方案，并有执行记录。	【C】 1. 有聘用护理人员的资质、岗位技术能力及要求。 2. 有薪酬的相关制度、规定和具体执行方案。 3. 聘用护理人员知晓本岗位资质与履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 有相关职能部门（人事部、护理部）及用人科室共同管理的用人机制。 2. 聘用护理人员符合相关聘用的要求。
	【A】 符合“B”，并 聘用护理人员对薪酬制度满意程度较高。
5.2.1.4 有全院护理人员的人员名册、薪酬、享有福利待遇、参加社会保险等信息，落实同工同酬。薪酬向临床一线和关键岗位	【C】 1. 有保障护理人员实行同工同酬，并享有相同的福利待遇和社会保险（医疗、养老、失业保险）的制度。 2. 护理人员每年离职率≤10%。
	【B】 符合“C”，并 落实不同用工形式的护理人员同工同酬、享有同等福利待遇、社会保险等待遇。

倾斜,体现多劳多得,优绩优酬。	【A】符合“B”,并 1.护理人员对薪酬和福利待遇满意程度较高。 2.护理人员每年离职率$\leq 5\%$。
5.2.1.5 护理人员能够获得与其从事的护理工作相适应的卫生防护与医疗保健服务。	【C】 有护理人员相应岗位职业防护制度及医疗保健服务的相关规定。 【B】符合“C”,并保障上述制度和规定得到落实。 【A】符合“B”,并对上述制度落实情况有追踪和评价,持续改进有成效。
5.2.2 护理人力资源配备与医院的功能和任务一致,有护理单元护理人员的配置原则,有紧急状态下调配护理人力资源的预案。	
5.2.2.1 有护理单元护理人员人力配置的依据和原则。	【C】 1.按照医院的规模合理配置护理人员。 2.护理人员分管患者护理级别符合护理人员能级水平。 3.每位护理人员平均负责病人数≤ 8人,并体现护理人员能力与病人危重程度相符的原则。 【B】符合“C”,并每位护理人员平均负责病人数≤ 6人,并体现护理人员能力与病人危重程度相符的原则。 【A】符合“B”,并能够依据护理人员能力、专业特点,合理配置护理人力资源,效果良好。
5.2.2.2 有各级护理管理部门紧急护理人力资源调配的规定,有执行的方案。	【C】 1.各级护理管理部门有紧急护理人力资源调配的规定,有执行方案。 2.相关护理管理人员知晓紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程。 【B】符合“C”,并 1.有护理人员储备,可供紧急状态或特殊情况下调配使用。 2.对储备人员有培训、考核。 【A】符合“B”,并有紧急情况下人力资源调配演练,持续改进。
5.2.3 以临床护理工作量为基础,根据收住患者特点、护理等级比例、床位使用率对护理人力资源实行弹性调配。	
5.2.3.1 根据收住患者特点、护理等级比例、床位使用率,合理配置人力资源。	【C】 1.护理人力资源配备与医院的功能、任务及规模一致。 (1)临床一线护士占护士总数$\geq 95\%$以上。 (2)病房护士总数与实际床位比不低于 0.35:1。 (3)无抽搐电休克治疗医生与护士之比 1:2。 2.有护理岗位说明书,包括工作任务和任职条件,有实例可查。 3.护理人员专业技术职称聘任符合医院聘任制度规定。

	【B】符合“C”，并 1. 病房护士总数与实际床位比不低于 0.4:1（床位使用率≥96%）。 2. 基于护理工作量配置护理人员。一级护理人数多时适当增加配置。 3. 其他非精神科科室按照综合医院配置标准执行。 【A】符合“B”，并 能够依据专业特点，合理配置护理人力资源，效果良好。
5.2.3.2 对护理人力资源实行弹性调配。	【C】 1. 有为实行弹性护理人力资源调配的人员储备。 2. 有保障实施弹性人力资源调配的实施方案和实施效果。 【B】符合“C”，并 1. 根据收住患者特点、护理等级比例、床位使用率等，在部分科室或专业实施弹性人力资源调配。 2. 高峰及薄弱时间段如患者洗澡、活动、外出检查、晨晚间护理及夜间等能体现人力弹性调配。 【A】符合“B”，并 1. 护士由护理部门统一调配，效果良好。 2. 科室排班能兼顾护士意愿，体现人性化。
5.2.4 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素的绩效考核制度，并将考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，实现优劳优得，多劳多得，调动护理人员积极性。	
5.2.4.1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核办法与评优、晋升、薪酬挂钩。	【C】 1. 有基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核方案。 2. 绩效考核方案制定应充分征求护理人员意见。 【B】符合“C”，并 1. 绩效考核方案能够通过多种途径方便护理人员查询，知晓率≥80%。 2. 绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩。 【A】符合“B”，并 绩效考核方案能够体现优劳优得，多劳多得，调动护理人员积极性。
5.2.5 有护理人员在职继续教育计划、保障措施到位，并有实施记录。	
5.2.5.1 有护理人员在职继续教育培训和考评。	【C】 1. 有护理人员在职继续教育培训与考评制度。 2. 有各级护理人员在职继续教育计划，并有专职部门和专人负责落实。 3. 有开展培训的经费保障、设备设施等资源保障。 【B】符合“C”，并 1. 培训与考评结合临床需求，体现不同专业、不同层次护理人员的特点，并与评优、晋升、薪酬挂钩。 2. 常规培训经费列入年度预算。

	【A】符合“B”，并制度完善、内容详实，落实效果好。
5.2.5.2 落实专科护理培训要求，培养专科护理人才。	【C】 1. 根据医院功能及需要，培养临床所需的专科护理人员。 2. 有开展专科护理人员日常训练所需的师资、设备设施等资源保障。 3. 按照《专科护理领域护士培训大纲》等要求，有本院专科护理人员培训方案和培养计划。
	【B】符合“C”，并 1. 根据临床需要，恰当培养和使用专科护理人才。 2. 有培训效果的追踪和评价机制。
	【A】符合“B”，并 1. 有省级以上卫生行政部门批准的专科护理人员培训基地。 2. 根据评价结果，持续改进培训工作，效果良好。



三、临床护理质量管理与改进

评审标准	评审要点
5.3.1 根据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。	
5.3.1.1 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。	【C】 1. 依据《综合医院分级护理指导原则》，结合精神专科特点，制定符合医院实际的精神科分级护理制度。 2. 护理人员掌握分级护理的内容及患者的护理级别。 3. 有护理级别标识，患者的护理级别与病情相符。 【B】符合“C”，并 1. 科室对分级护理落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。 2. 职能部门对分级护理落实情况进行定期检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提整改建议。 【A】符合“B”，并 对分级护理落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。
5.3.2 依据《护士条例》、《护士守则》、《综合医院分级护理指导原则》、《临床护理实践指南（2011版）》规范护理行为，保障护理质量规范护理行为，保障护理质量。	
5.3.2.1 优质护理服务落实到位。（★）	【C】 1. 有医院优质护理服务规划、目标及实施方案。 2. 有推进开展优质护理服务的保障措施及考评激励机制。 3. 有优质护理服务的目标和内涵，相关管理人员知晓率$\geq 80\%$。护理人员知晓率100%。 【B】符合“C”，并 1. 根据各专业特点，有细化、量化的优质护理服务目标和落实措施。 2. 定期听取患者及医护人员等多方意见和建议，持续改进优质护理服务。 3. 考评激励机制体现优劳优酬、多劳多得，并与薪酬分配、晋升、评优等相结合。 4. 优质护理服务病房覆盖率$\geq 60\%$。 【A】符合“B”，并 1. 优质护理服务措施落实有效，效果明显。 2. 患者与医护人员满意度高。 3. 优质护理服务病房覆盖率100%。
5.3.3 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。	
5.3.3.1 贯彻落实精神科护理核心制度，制定并完善护理	【C】 1. 有精神科护理核心制度。 2. 制定并完善护理工作规范、细化工作标准。

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。	3. 有病房安全管理的制度与定时巡视的流程，密切观察患者病情变化，记录所发现的问题。
	4. 相关人员知晓并遵循。
	【B】符合“C”，并 科室每月对病房安全管理制度落实情况进行检查与评价。
5.3.3.2 按照《病历书写基本规范》书写护理文件。	【A】符合“B”，并 护理部对存在问题与缺陷的改进情况有评价。
	【C】 1. 按照《病历书写基本规范》制订适合精神科特点的护理文件书写规范及质量考核标准。 2. 护理记录按照有关规定由相关护理人员审核签字。 3. 护理人员知晓并掌握书写规范。
	【B】符合“C”，并 职能部门对运行的护理文件进行质量评价，有考核记录。
5.3.4 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、全面和全程的基础护理和专业技术服务。	【A】符合“B”，并 对护理文书的质量有追踪评价和持续改进。
	5.3.4.1 建立护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度。
	【C】 1. 有定期护理查房、病例讨论制度。 2. 有对疑难护理问题进行护理会诊的工作制度。
5.3.4.2 实施“以病人为中心”的整体护理，为患者提供适宜的护理服务。(★)	【B】符合“C”，并 1. 落实护理查房、病例讨论和护理会诊，解决患者实际问题。 2. 明确护理会诊人员的资质要求。
	【A】符合“B”，并 落实有成效，促进护理工作持续改进。
	【C】 1. 根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制定实施方案，体现护理人员工作中的责任制。 2. 依据患者需求制定护理计划，充分考虑患者生理、心理、社会、文化等因素。 3. 责任护士掌握所负责患者的诊疗护理信息，提供基础护理及专科护理服务。
	【B】符合“C”，并 1. 根据患者的个体情况，提供有针对性、个性化的护理服务。 2. 科室对落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。 3. 职能部门对落实情况进行定期检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提整改建议。
	【A】符合“B”，并 对各科室落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。

5.3.5 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。	
5.3.5.1 落实患者的知情同意、护理告知和隐私保护措施，提供人性化服务。	【C】 1. 有患者知情同意与告知制度，各项检查、治疗、护理操作有明确的告知内容。保护性约束、特殊侵入性操作签署知情同意书。 2. 病房环境整洁、安全、温馨。 3. 尊重患者的合法权益，有保护患者隐私的具体措施。 4. 护理人员知晓相关制度及告知内容。
	【B】 符合“C”，并 1. 主动与患者进行沟通，了解患者的需求及心理感受，提供个性化的心理护理。 2. 根据患者需求提供适宜的健康教育和康复指导。 3. 职能部门定期检查、反馈，提出整改意见。
	【A】 符合“B”，并 人性化服务措施落实到位，患者对护理服务满意率 $\geq 95\%$ 。
5.3.5.2 为患者提供心理护理、康复和健康指导。	【C】 1. 有符合专业特点的心理与健康指导、出院指导、健康促进等资料，方便护理人员使用。 2. 护理人员知晓主要内容。 3. 通过多种方式将上述内容传提供给患者。
	【B】 符合“C”，并 1. 对指导内容及时更新。 2. 能根据患者的需求提供适宜的指导内容和方式。 3. 对指导效果进行分析评价，有记录。
	【A】 符合“B”，并 指导效果良好。
5.3.6 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。	
5.3.6.1 护理人员具备危重患者、被约束患者护理的相关知识 with 操作技能。	【C】 1. 护理人员具备的技术能力包括：危重患者护理常规及抢救技能、约束保护技术、沟通技巧、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。 2. 护理人员经过危重患者、被约束患者护理理论和技术培训并考核合格。 3. 有针对危重患者、被约束患者病情变化的风险评估和安全防范措施。 4. 护理人员掌握上述相关的理论与技能。
	【B】 符合“C”，并 1. 由具备上述技术能力的护理人员对危重患者、被约束患者实施护理。 2. 职能部门有护理人员培训、训练的考核评价机制。
	【A】 符合“B”，并 根据考核评价情况持续改进危重患者、被约束患者的护理工作。

5.3.6.2 有危重患者、被约束患者护理常规及技术规范、工作流程及应急预案,对危重患者有风险评估和安全防范措施。	【C】 1.有危重患者(冲动伤人、自杀自伤、走失、木僵、拒食、嗜食、昏迷、谵妄状态等患者)、被约束患者护理常规及技术规范,工作流程及应急预案。 2.有危重患者风险评估、安全护理制度和措施。 3.护理人员知晓并掌握相关制度与流程的内容。 【B】符合“C”,并 1.密切观察危重患者的生命体征和病情变化,风险评估和安全防范措施落实到位。 2.根据专科特点,使用恰当的质量监测指标并实施监测。 3.职能部门对落实情况进行定期检查,评价、分析,对存在的问题,及时反馈,并提整改建议。 【A】符合“B”,并 1.护理人员知晓患者病情观察的重点。对病情变化的预见性高。 2.应用质量监测指标,持续改进危重患者护理质量。
5.3.7 遵照医嘱为无抽搐电休克等特殊治疗患者提供符合规范的治疗前和治疗后护理。	
5.3.7.1 有无抽搐电休克治疗患者护理常规和处置流程,并有效执行。	【C】 1.有无抽搐电休克治疗前后的护理常规与处置流程。包括治疗前准备、治疗中配合、治疗后观察。 2.对患者和监护人做好疗前告知和解释工作,签订知情同意书。 3.护理人员知晓护理常规及处置流程。 【B】符合“C”,并 职能部门定期检查、评价、反馈,持续改进有记录。 【A】符合“B”,并 无抽搐电休克治疗前后的护理常规落实到位,效果良好。
5.3.8 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的反应。	
5.3.8.1 执行查对制度,能遵照医嘱正确提供治疗、给药等护理服务,及时观察、了解患者用药及治疗反应。	【C】 1.有医嘱核对与处理流程。 2.有查对制度并提供符合精神科给药规范的护理服务,有记录。 3.有观察、了解和处置患者用药与治疗反应的制度与流程。 4.护理人员知晓并掌握上述制度与流程的内容。 【B】符合“C”,并 1.护理人员掌握精神科常用药物的作用、治疗后的观察要点、不良反应及意外情况的处理措施。 2.职能部门对落实情况进行定期检查,评价、分析,对存在的问题,及时反馈,并提整改建议。 【A】符合“B”,并 有监督与评价机制。有分析、改进措施,相关记录完整。

5.3.9 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。	
5.3.9.1 制定宣教制度和精神科标准健康教育计划，体现在患者入院、住院、出院各个环节中。	【C】 1. 有健康教育制度和标准健康教育计划，开展多种形式的健康教育。 2. 健康教育内容包括患者住院须知、疾病相关知识、用药、饮食知识、特殊检查注意事项、康复、出院指导等。 3. 开展住院患者康复技能训练，有患者恢复期康复训练计划。
	【B】 符合“C”，并 1. 患者了解或掌握健康宣教内容。知晓率 $\geq 80\%$ 。 2. 科室、职能部门对落实情况定期进行检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，提出改进建议。 3. 根据各专业特色开展住院患者康复技能训练。
	【A】 符合“B”，并 1. 患者了解或掌握健康宣教内容。知晓率 $\geq 90\%$ 。 2. 住院患者康复训练计划落实到位，有效果评价及改进措施，资料齐全。
5.3.9.2 做好患者的组织管理，丰富患者的住院生活。	【C】 1. 有患者管理组织、作息时间及活动安排。 2. 实行患者分级管理，根据护理级别实施集中、开放、半开放式管理。 3. 开展各种有利于患者身心康复的活动。 4. 定期召开工休座谈会，进行患者满意度调查，改进工作。
	【B】 符合“C”，并 1. 患者组织管理有序，活动形式丰富多彩。 2. 定期开展大型医患联欢活动及各种户外活动。
	【A】 符合“B”，并 1. 分级开放管理落实到位，患者满意率 $\geq 95\%$ 。 2. 职能部门定期检查落实情况，有评价、分析及持续改进记录。
5.3.10 保障仪器、设备和抢救物品的有效使用。	
5.3.10.1 有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。	【C】 1. 有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。 2. 护理人员知晓使用制度与操作规程的主要内容。
	【B】 符合“C”，并 1. 护理人员按照使用制度与操作规程熟练使用氧气、吸引器、简易呼吸器等常用仪器和抢救设备。（急诊护士掌握监护仪、除颤仪、心电图机等） 2. 对使用中可能出现的意外情况有处理预案及措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 对各科室落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。 2. 意外情况的处理及措施，符合处理预案的要求。
5.3.11 有临床路径护理质量控制制度及流程，有可追溯机制。（新增 2012.5）	

5.3.11.1 有临床路径护理质量控制制度及流程,有可追溯机制。	【C】 1. 建立精神分裂症、抑郁症、躁狂症等精神科常见疾病临床护理路径。 2. 有临床路径的护理质量控制制度及流程。
	【B】 符合“C”,并 1. 建立1种以上精神科急诊的临床护理路径,如:精神药物中毒、急性戒断综合征、酒精中毒所致震颤谵妄。 2. 对临床护理路径的实施情况有记录并进行分析总结。
	【A】 符合“B”,并 1. 实施不少于2种的精神科急诊临床护理路径,实施效果好。 2. 职能部门定期检查实施情况,有分析、总结及改进措施。



四、护理安全管理

评审标准	评审要点
5.4.1 有护理质量与安全管理组织，职责明确，有监管措施。	
5.4.1.1 有护理质量与安全管理组织，职责明确，有监管措施。	【C】 1. 在医院质量与安全管理委员会下设护理质量管理组织，人员构成合理、职责明确。 2. 有年度护理质量工作计划。
	【B】 符合“C”，并 1. 护理质量与安全管理委员会定期召开会议。 2. 护理质量工作计划落实到位。 3. 设专职人员负责护理质量管理，有考核记录。
	【A】 符合“B”，并 对各科室落实的成效有评价与再改进的具体措施。
5.4.2 有主动报告护理安全（不良）事件与隐患信息的制度和处理流程，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。	
5.4.2.1 有主动报告护理不良事件制度与激励措施。	【C】 1. 实行非惩罚性护理安全（不良）事件报告制度，有护理人员主动报告的激励机制。 2. 有护理人员主动报告护理安全（不良）事件的教育和培训。 3. 有多种途径便于护理人员报告医疗安全（不良）事件。 4. 护理部有专人负责监督和落实。
	【B】 符合“C”，并 1. 建立护理安全（不良）事件与医疗安全（不良）事件统一报告网络，统一管理。 2. 护理人员对不良事件报告制度的知晓率 100%。
	【A】 符合“B”，并 提高安全（不良）事件报告系统的敏感性。
5.4.2.2 有护理不良事件成因分析及改进机制。	【C】 1. 有针对不良事件案例成因分析及讨论记录。 2. 定期对护理人员进行安全警示教育。
	【B】 符合“C”，并 应用护理不良事件案例成因分析结果，修订护理工作制度或完善工作流程并落实培训。
	【A】 符合“B”，并 1. 修订后的工作制度或流程执行情况有督查。 2. 对各科室落实的成效，有评价与持续改进。

5.4.3 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。	
5.4.3.1 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。(★)	【C】 1. 病区有针对精神疾病和患者需要的防护设备及约束保护措施（如监控系统、防护网、隔离室、约束带、保护衣、约束背心等）。 2. 有防范护理不良事件发生的制度/规范、措施。 3. 护理人员知晓相关制度。 4. 定期对护理人员进行约束保护技术培训。
	【B】 符合“C”，并 1. 病区防护措施落实到位，定期进行安全检查，发现问题及时处理。 2. 职能部门定期对防护措施进行检查，分析、评价、反馈，提出整改建议。
	【A】 符合“B”，并 病区防范护理不良事件的各项措施落实到位。并体现持续改进。
5.4.4 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。	
5.4.4.1 根据医嘱，对不同患者（不合作、自杀、伤人等）实施约束（如约束带）等保护措施。	【C】 1. 有保护性约束的制度及流程，根据医嘱对不同患者（不合作、自杀、伤人等）实施约束（如约束带）等保护措施。 2. 护理人员知晓约束制度及流程并按规定执行。 3. 定期巡视、更换体位、有约束保护记录。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室定期检查约束保护措施执行情况，发现问题及时改进。 2. 职能部门对落实情况定期进行检查，评价、分析，对存在的问题，及时反馈，体现持续改进。 3. 约束保护符合操作规范。
	【A】 符合“B”，并 约束保护制度及措施落实到位，约束患者护理合格率 100%。
5.4.4.2 对拒食或防噎食患者采用饮食护理措施以保证能量供给。	【C】 1. 有拒食或防噎食患者饮食护理措施。 2. 有防噎食患者饮食专座，进餐时有专人照看。 3. 护理人员知晓并掌握拒食或防噎食患者护理常规及饮食护理措施。 4. 护理人员掌握噎食患者急救技术（海姆立克（Heimlich）急救法）。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室定期对防噎食患者进行风险评估。 2. 能根据患者拒食的不同原因采取护理措施，保证能量供给。 3. 职能部门定期对落实情况进行检查，评价、分析，提出整改建议。
	【A】 符合“B”，并 1. 拒食或防噎食患者饮食护理措施落实到位。

	2. 噎食患者抢救成功率高。护士（海氏急救法）操作熟练。
5.4.5 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。	
5.4.5.1 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。	【C】 1. 有高风险患者（如自杀自伤、冲动毁物、伤人、外走、跌倒、压疮、噎食等）风险评估制度及防范措施。有警示标识。 2. 有跌倒/坠床、压疮、管路滑脱、用药错误等专项护理质量管理制度和防范措施。按照第三章患者安全目标的第五、七、八节标准的评价要求执行。 3. 护理人员知晓并掌握上述评估制度及防范措施。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室定期对高风险患者进行风险评估。发现问题，及时处理。 2. 职能部门定期对落实情况进行检查，评价、分析，提出整改建议。
	【A】 符合“B”，并 1. 护理人员正确运用风险评估技术，评估方法准确、科学、规范，各项防范措施落实到位。 2. 职能部门对各科室落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。
5.4.6 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。	
5.4.6.1 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。	【C】 1. 有病房安全管理制度（包括封闭病房和开放病房）与巡视制度。护理人员知晓并掌握相关内容。 2. 按照患者病情、护理级别要求定时进行病房巡视，有记录。 3. 护理人员掌握安全管理的重点及巡视的内容。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室定期检查安全管理及巡视制度落实情况。发现问题，及时处理。 2. 职能部门定期对落实情况进行检查，评价、分析，提出整改建议。
	【A】 符合“B”，并 1. 病区安全管理及巡视制度落实到位，护理人员熟练掌握并正确执行。 2. 职能部门对各科室落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。
5.4.7 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。	
5.4.7.1 执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理规范。	【C】 1. 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 2. 有护理技术操作培训计划并落实到位。 3. 护理人员熟练掌握口腔护理、静脉输液、各种注射、鼻饲、约束保护等常见技术操作及并发症预防措施及处理流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 将“临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范”相关要求的手册发至对应岗位的人员。 2. 职能部门定期进行临床常见护理技术操作考核。

	【A】符合“B”，并对各科室落实的成效有评价，持续改进。
5.4.8 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。	
5.4.8.1 有重点环节应急管理制度，有精神科紧急意外情况的应急预案及演练。	【C】 1. 有重点环节应急管理制度。 2. 对重点环节:包括患者用药、治疗、标本采集、患者外出活动、洗澡、做检查和特殊治疗（无抽搐电休克治疗）、保护性约束等有管理制度及工作流程。 3. 有精神科紧急情况下的应急预案。包括患者自杀自伤、攻击行为、外走、噎食、猝死、癫痫发作、窒息、体位性低血压、输液反应、用药错误、坠床、跌倒等应急预案及处理程序。 4. 相关岗位护理人员均知晓。
	【B】符合“C”，并 1. 应急预案有培训或演练。 2. 职能部门定期组织暴力防范技能培训及演练，护理人员掌握暴力攻击行为的防范技巧并正确运用。
	【A】符合“B”，并 重点环节应急管理措施落实到位，紧急意外情况的应急预案及演练成效明显，并持续改进。

五、特殊护理单元质量管理与监测

评审标准	评审要点
5.5.1 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。	
5.5.1.1 无抽搐电休克治疗科（室）布局合理、分区明确，符合医院感染管理要求。	【C】 1. 无抽搐电休克治疗科（室）布局、流程合理，各功能区域明确分开，标识清晰。分为治疗区、等待区、观察区。 2. 有独立的无菌物品放置柜，无菌物品分类、固定放置。 3. 护理人员严格执行无菌技术操作规程及医院消毒技术规范。用后的医疗废物按规范处理。 4. 定期对治疗室、观察室进行紫外线空气消毒，有记录。 【B】 符合“C”，并职能部门定期进行检查，对存在的问题，及时反馈，并提出整改意见。 【A】 符合“B”，并无抽搐电休克治疗科（室）布局、流程合理，职能部门对落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。
5.5.1.2 建立无抽搐电休克治疗科（室）各项规章制度、岗位职责及操作常规，有培训。工作人员配备合理。	【C】 1. 有针对无抽搐电休克治疗特点制定的护理工作制度、岗位职责和操作规程， 2. 有无抽搐电休克治疗科（室）护理人员的相关培训方案和计划。 3. 根据无抽搐电休克治疗科（室）工作量及工作需要，配备护理人员。医生与护理人员之比$\geq 1:2$。明确各级护理人员的资质及岗位技术要求。 4. 无抽搐电休克治疗科（室）护士应具备中级以上职称，在精神科从事临床护理工作5年以上。护士长应具备主管护师及以上专业技术职务和3年以上无抽搐电休克治疗科（室）工作经验。 5. 相关护理人员知晓无抽搐电休克治疗科（室）工作制度和岗位职责。 【B】 符合“C”，并 1. 无抽搐电休克治疗科（室）新入职护士应经过专业技能培训后上岗。 2. 护理人员培训能体现内容与资质要求相符合。有培训及考核记录。 3. 护理人员掌握急危重患者的护理技能及常见急救操作技术。 【A】 符合“B”，并职能部门定期对制度、职责及培训落实情况进行检查、评价与分析、反馈，体现持续改进，有记录。
5.5.1.3 无抽搐电休克治疗科（室）有兼职护理质量管理人，护理部有护理质量管理标准与监测、评价记录。	【C】 1. 有针对无抽搐电休克治疗科（室）特点的护理质量评价考核标准。 2. 落实查对制度、危重病人抢救制度、消毒隔离制度。临床科室与无抽搐电休克治疗科（室）人员交接患者有登记。 3. 科室各种药品标识清晰、分开放置、危险药品有警示标识，定期查对。各种仪器设备有专人管理，有定期保养、维护记录。

	4. 有患者安全保护措施（如床档、约束带）。 5. 患者治疗后有专人负责观察，掌握观察重点，及时处理意外情况。 【B】符合“C”，并 1. 有无抽搐电休克治疗科（室）突发事件应急预案的培训和演练。 2. 科室定期对护理质量进行检查、考核、评价、分析，发现问题及时改进。 3. 职能部门对科室护理质量有督导检查，有分析、反馈，提出整改意见。 【A】符合“B”，并 1. 护理人员急救技术操作熟练。 2. 各项护理工作落实到位，职能部门对落实情况有追踪和持续改进记录。
5.5.1.4 与临床保持良好的沟通机制，满足临床工作需要和住院患者的需求。	【C】 1. 定期征求临床科室意见，改进工作，有记录。 2. 对患者进行治疗前评估，了解患者护理体检及生命体征状况。 3. 做好病情交接，将治疗后观察情况及时反馈给临床科室护士。 【B】符合“C”，并 1. 根据工作量及临床科室需要实行弹性排班，合理安排治疗，满足临床工作需要。 2. 职能部门定期对落实情况进行检查、评价。 【A】符合“B”，并 与临床科室保持良好沟通，临床科室满意率$\geq 95\%$。
5.5.2 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。	
5.5.2.1 建筑布局合理，设施、设备完善，符合相关规范要求。工作区域划分符合消毒隔离要求。	【C】 1. 消毒供应室相对独立，周围环境清洁，无污染源。 2. 内部环境整洁，通风、采光良好，分区（辅助区域、工作区域等）明确并有间隔。 3. 配置有基本消毒灭菌设备设施。根据工作岗位的不同需要，配备相应的个人防护用品。 4. 污染物品由污到洁，不交叉、不逆流。污染物品有污物通道，清洁物品有清洁物品通道。 5. 护理人员知晓供应室洁污区分开流程规定与履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 辅助区域包括工作人员更衣室、值班室、办公室、休息室、卫生间等。工作区域包括去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区。 2. 根据医院消毒供应中心（CSSD）的规模、任务及工作量，合理配置清洗消毒设备及配套设施，符合规范要求。 3. 去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区之间有实际屏障。去污区与检查、包装及灭菌区之间有洁、污物品传递通道；并分别设人员出入缓冲间（带）。缓冲间（带）应设洗手设施，无菌物品存放区内不应设洗手池。 4. 上述感染控制制度与措施有监管，记录存在问题与缺陷。

	【A】符合“B”，并 1. 对科室落实感染控制制度的成效有评价与持续改进的具体措施。 2. 感染控制制度与措施的执行率 100%。
5.5.2.2 实施集中管理，合理配备工作人员，符合卫生部管理消毒供应中心管理规范要求。	【C】 1. 根据医院规模和工作量合理配备人力，供应室人员与床位之比$\geq 1:100$（根据专科特点），设专职护士长负责，并有监督。 2. 应采取集中管理的方式，对所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由 CSSD 回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应。 3. 开展工作人员业务技能培训，确保满足岗位需求。 4. 相关部门保障物资、水电气供应，设备运行正常；相关设备出现故障时，能够及时处理。 【B】符合“C”，并 1. 在相关职能部门的领导下开展工作。 2. 临床科室可重复使用的消毒物品全部采取集中管理（回收、清洗、消毒及灭菌）完成。 3. 现场检查物资、水电气供应，符合管理规范要求。 【A】符合“B”，并 相关职能部门对制度的执行有评价与监督，体现持续改进，有记录。
5.5.2.3 规章制度、工作职责、工作流程健全，建立与相关科室的联系制度，根据需要及时改进工作。	【C】 1. 科室有规章制度、工作流程及应急预案。 2. 有与临床科室联系的相关制度。 【B】符合“C”，并 1. 规章制度、工作流程及应急预案健全，具有专科特色。 2. 工作流程符合规范要求。 3. 定期征求临床意见，改进工作。 【A】符合“B”，并 规章制度及工作流程及时修订、完善，体现持续改进。
5.5.2.4 建立清洗、消毒、灭菌效果监测制度，加强质量管理。消毒供应中心行业标准要求，专人负责质量监测工作。	【C】 1. 有清洗、消毒、灭菌效果监测制度，有监测记录。 2. 专人负责质量监测工作。 【B】符合“C”，并 清洗、消毒、灭菌效果监测符合监测标准要求，质量控制过程的记录符合追溯要求。 【A】符合“B”，并 1. 按照“监测制度”对工作质量进行日常监测和定期监测，有记录。 2. 相关职能部门对科室落实监测制度的成效有评价与监督，体现持续改进，有记录。
5.5.2.5 建立工作人员的在职继	【C】 有岗位培训计划，体现消毒供应工作特点。

续教育制度, 根据专业进展, 开展培训, 更新知识。	【B】符合“C”, 并对岗位培训有考核及效果评价。
	【A】符合“B”, 并对培训计划及落实情况有评价与监督, 体现持续改进, 有记录。
5.5.3 有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。	
5.5.3.1 按照精神科分级护理原则, 一级护理单元设置、布局合理、设备设施、护理人员配备符合规定要求。	【C】 1. 有独立的一级护理单元, 布局合理, 设备、设施安全, 符合精神专科特点。 2. 有专人负责, 实施 24 小时集中管理。 3. 护理人员配备合理, 业务水平符合护士分层级管理的要求。 4. 护理人员应具备精神科重症护理能力, 包括: 重症护理知识和技能、危急状况的预测、紧急处置能力、病人问题的评估与处理能力等。 5. 定期对护理人员进行暴力防范和沟通技能培训。
	【B】符合“C”, 并 1. 一级护理单元布局、设施完善, 护理人员配备合理, 床护比不低于 1:0.6。 2. 护理人员具备相应能力, 岗位培训落实到位, 有考核、评价。
	【A】符合“B”, 并 1. 一级护理单元设隔离室, 安全防护设施到位, 约束患者与其他患者分开安置。 2. 床护比不低于 1:0.8。
5.5.3.2 三级护理单元实施开放和半开放管理, 开展康复技能训练	【C】 1. 三级护理单元布局合理, 有康复训练设施, 实施开放或半开放管理。 2. 开展各项工娱疗活动及户外活动, 丰富患者的住院生活。 3. 有专人负责康复技能训练, 制定训练计划。 4. 护理人员配备合理, 具备精神科护理知识和康复训练技能, 定期接受院内外康复技能培训。
	【B】符合“C”, 并 1. 三级护理单元布局、康复训练设施、护理人员配备等能满足临床需要。 2. 护理人员岗位培训有计划、考核、评价。
	【A】符合“B”, 并 康复训练计划落实到位, 定期评价效果, 资料保存完整。
5.5.3.3 一级及三级护理单元有相应的管理制度、岗位职责、操作规范等。	【C】 1. 有针对一级、三级护理单元特点的管理制度、岗位职责、工作流程、操作规范等。 2. 护理人员知晓相关制度及规定, 并掌握紧急状态下(患者自杀、冲动伤人、外逃、噎食等)的应急处理预案。 3. 三级护理单元有开放管理标准, 患者活动安排及训练计划。
	【B】符合“C”, 并 1. 科室相关工作制度、岗位职责、应急预案等健全, 工作流程合理, 操作规范。 2. 科室及职能部门定期检查执行情况。有分析、评价及反馈。

	【A】符合“B”，并 规章制度及工作流程及时修订、完善，体现持续改进。
5.5.3.4 有一级和三级护理单元 质量与监测标准，安全措 施落实到位。护理部有监 测改进效果的记录。	【C】 1. 科室有一级、三级护理单元的护理质量评价标准及考核记录。 2. 有重症患者护理常规、安全管理与防范措施。 3. 护理人员知晓质量与安全管理主要内容与履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 一级、三级护理单元质量监测与护理安全措施落实到位。 2. 科室定期检查、考核、评价，有记录及改进措施。 3. 护理部定期对落实情况进行检查，评价、分析，提出整改建议。
	【A】符合“B”，并 按照专项护理质量管理考核标准，有考核评价与持续改进的具体措施。



第六章 医院管理

一、依法执业

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

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

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



二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制

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

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

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



三、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

评审标准	评审要点
6.3.1 医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。	
6.3.1.1 明确所在区域内本医院的功能任务与目标。	【C】 1. 医院宗旨、愿景与目标及功能任务符合区域卫生发展规划。 2. 医院宗旨、愿景与目标及功能任务，应用多种途径有效地教育全体员工，并向患者、社会宣传。
	【B】 符合“C”，并 1. 医院宗旨、愿景与目标及功能任务由全院各部门和职工共同讨论参与制定。 2. 医院的宗旨、愿景与目标及功能与任务员工知晓率 $\geq 80\%$ 。
	【A】 符合“B”，并 1. 员工知晓医院宗旨、愿景与目标的内涵，并能被患者感受和认可。 2. 各项工作围绕功能任务开展，并取得成效。
6.3.2 制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标、经营方针与策略，与医院的功能任务相一致。	
6.3.2.1 根据医院的功能任务，明确医院规模，制定医院远期与中长期规划以及年度计划。	【C】 1. 根据医院的愿景与目标以及功能任务，明确医院规模，制定医院远期与中长期规划以及年度计划。 2. 医院的规模、经营方针与策略与功能任务相一致。 3. 根据医院计划制定各科室的年度计划。
	【B】 符合“C”，并 1. 医院的远期与中长期规划以及年度计划征求职工意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。 2. 规划内容包括目标、实施方法、实施步骤、工作分工、相关预算以及年度安排等。 3. 科室员工对本科室计划的主要目标知晓率 $\geq 80\%$ 。
	【A】 符合“B”，并 1. 医院规划与年度计划经过职工代表大会讨论通过。 2. 各部门管理人员、各科室负责人对医院的规划目标以及本部门、本科室的计划任务知晓率 $\geq 90\%$ 。
6.3.3 有科学的医院总体发展建设规划并经相关部门批准，医院建筑符合国家建设标准和消防规范，满足规模适宜、功能完善、布局合理、流程科学、环保节能、安全运行的要求。	
6.3.3.1 医院总体发展建设规划经相关部门批准。	【C】 1. 有医院总体发展建设规划并经相关部门批准。 2. 按国家法律、法规及相关规章组织实施基本建设项目、在建项目及大型维修项目。

	【B】符合“C”，并 1. 医院总体发展建设规划与医院发展规划相符。 2. 各建设项目档案完整。
	【A】符合“B”，并 加强基本建设全程监督管理，重大项目实行第三方审计，接受有关部门监督，未发现被查实的违规、违纪、违法案件。
6.3.3.2 医院建筑符合国家建设标准和消防规范，满足规模适宜、功能完善、布局合理、流程科学、节能环保、安全运行的要求。	【C】 1. 医院建筑符合国家建设标准和消防规范。 2. 医院建筑满足医院感染管理和医疗服务流程的需要，符合卫生学要求。
	【B】符合“C”，并 新建、改建、扩建医院建筑体现“以病人为中心”的理念，满足医疗服务流程优化的需要，做到持续改进。
	【A】符合“B”，并 医院所有建筑均符合消防安全要求，通过环境评估。



四、人力资源管理

评审标准	评审要点
6.4.1 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人事管理制度，人力资源配置符合医院功能任务和管理的需要。	
6.4.1.1 设置人力资源管理部门，人事管理制度健全。	【C】 1. 设置专职人力资源管理部门，职责明确。 2. 有人事管理制度与程序，并能够根据有关部门要求及时更新。 3. 人事制度完整健全，通过多种渠道公布，方便职工查询。 【B】 符合“C”，并 1. 相关人员对本部门、本岗位的履职要求知晓率$\geq 80\%$。 2. 建立健全全员聘用制度和岗位管理制度。 【A】 符合“B”，并 人力资源部门组织健全，制度完善，能够满足临床服务与医院管理需要。
6.4.1.2 医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案。	【C】 1. 有人力资源发展规划，符合医院功能任务和整体发展规划要求。 2. 有人才梯队建设计划，符合持续发展需要。 3. 有人力资源配置原则与工作岗位设置方案。 4. 有人力资源配置调整方案与调整程序。 【B】 符合“C”，并 1. 有落实人力资源发展规划的具体措施并得到落实。 2. 人才梯队合理，满足医院持续发展需要。 3. 人力资源配置与岗位设置方案得到落实。 4. 按照人力资源配置调整标准和程序，根据医疗工作需求适时合理调整配置。 【A】 符合“B”，并 人才梯队建设、人力资源配置满足医院发展与医疗工作需求，符合相关标准要求。
6.4.1.3 卫生专业技术人员配置及其结构适应医院规模任务的需要。	【C】 各级各类卫生技术人员配比合理。 (1) 卫生技术人员与实际开放床位之比应不低于 0.55:1。 (2) 卫技人员占全院总人数 70%以上。 (3) 护士占卫技人员总人数 50%以上。 (4) 病房护士与实际开放床位之比应不低于 0.35:1。 【B】 符合“C”，并 病房护士与实际开放床位之比应不低于 0.4:1。 【A】 符合“B”，并 人力资源配置满足医疗工作需要，与实际开放床位规模相一致。

6.4.1.4 专业技术人员具备相应岗位的任职资格。	【C】 1. 在院执业的卫生技术人员全部具备相应岗位的任职资格，执业注册地点在本院。 2. 主要临床、医技科室均配有高级卫生技术人员，配备主任医师/或正高职称的科室$\geq 70\%$。 3. 试行多点执业的地区按照卫生行政部门规定执行。 【B】符合“C”，并 1. 有专业技术人员任职资格审核程序。 2. 有专业技术人员任职资格档案资料。（经过审核认证的复印件） 【A】符合“B”，并 有岗位任职资格落实情况监管，无未经注册开展执业或跨专业、超范围执业。
6.4.1.5 有人员紧急替代机制，以保持病人获得连贯诊疗。	【C】 1. 有院科两级有人员紧急替代程序与替代方案。 2. 有紧急替代人员的有效联络方式。 3. 相关人员知晓相应的紧急替代程序和方案。 【B】符合“C”，并 主管职能部门按照制度和流程，落实监督检查，有监管记录。 【A】符合“B”，并 人员紧急替代机制落实到位，保障医疗工作的正常运行。
6.4.2 有卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术档案。	
6.4.2.1 卫生专业技术人员资质的认定与聘用。（★）	【C】 1. 职能部门为每位卫生专业技术人员建立个人技术考评档案，并存有个人的资质文件（经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件）。 2. 卫生专业技术人员有明确的岗位职责，并具备必须的技术能力。 3. 卫生专业技术人员熟悉本人的岗位职责和履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 按照聘用周期对卫生专业技术人员资质（包括：业务水平、工作成绩和职业道德）进行重新审核评估。 2. 有高危操作项目授权制度与程序。 3. 科室有卫生专业技术人员履职考核记录与评价。 【A】符合“B”，并 职能部门对卫生专业技术人员履职情况监管，进行授权后的追踪与成效评价，作为个人考核、聘用依据。
6.4.2.2 外来短期工作人员的技术资质管理。	【C】 1. 有外来短期工作人员的技术资质管理的规定、规范与程序。 2. 有对直接从事临床诊疗工作的国内、外来访者的资质管理制度，并与国家的法律法规和卫生行政部门现行规定相符。 3. 对国内、外来访者直接从事临床诊疗工作所发生的医疗不良事件的处理与后果承担责任。

	【B】符合“C”，并 国内、外来访者对患者直接开展临床各种有创诊疗时，事先取得患者或监护人书面知情同意。
	【A】符合“B”，并 职能部门对管辖范围内的外来短期工作人员进行监管，有详细的监管记录，有工作质量追踪与成效评价。
6.4.3 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。	
6.4.3.1 实行卫生专业技术人员岗前培训制度。	【C】 1.有新员工岗前培训制度。 2.有卫生专业技术人员轮岗、转岗的上岗前培训制度。 3.有指定的职能部门负责相应的岗前培训工作。
	【B】符合“C”，并 1.有针对不同培训要求制定的岗前培训大纲、教学计划。 2.有培训考核记录并将考核结果列入个人技术档案。 3.有完整的岗前培训资料。
	【A】符合“B”，并 有岗前培训教学质量评价和岗前培训的效果评价，持续改进岗前培训工作。
6.4.3.2 实施住院医师规范化培训。	【C】 1.有住院医师规范化培训管理制度、规范及实施记录。 2.有住院医师规范化培训管理机构和管理人员，负责该项工作。 3.本院住院医师按规定全部参加住院医师规范化培训。
	【B】符合“C”，并 有住院医师规范化培训基地，能够接收外院和社会住院医师规范化培训任务。
	【A】符合“B”，并 有住院医师规范化培训监管和评价，不断提高培训质量。
6.4.3.3 实施卫生专业技术人员继续教育制度。	【C】 1.根据卫生部、人事部《继续医学教育规定（试行）》要求，制定本院继续医学教育方案，实施卫生技术人员全员继续医学教育。 2.有继续医学教育组织机构，有职能部门负责具体组织实施。 3.有保障继续医学教育的资金投入和完善的设备设施。 4.有定期的继续医学教育督导检查，持续改进工作，检查结果与科室、个人考核挂钩。 5.有继续医学教育信息库，有包括全院、科室、个人实施继续医学教育的统计、评价、考核等资料。
	【B】符合“C”，并 1.全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率$\geq 90\%$。 2.近3年承担省级继续医学教育项目≥ 3个或承担国家级继续医学教育项目≥ 2个。

	【A】符合“B”，并 1. 全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率$\geq 95\%$。 2. 近3年承担省级继续医学教育项目≥ 6个或国家级继续医学教育项目≥ 3个。
6.4.4 加强重点专科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。	
6.4.4.1 加强重点专科的学科建设和人才培养。	【C】 1. 有临床重点专科建设发展规划。 2. 有学科带头人选拔与激励机制。 3. 有人才培养计划和人才梯队。 4. 有临床重点专科培育与支持措施，包括经费投入等。
	【B】符合“C”，并 有省级临床重点专科或医学重点学科。
	【A】符合“B”，并 有国家级临床重点专科或者医学重点学科。
6.4.4.2 重点专科带头人专业技术水平领先。	【C】 1. 重点专科的学科带头人专业技术水平处在全国或本省、本地区先进之列。 2. 重点专科的学科带头人具备举办国家级或本省、本地区继续教育项目的能力（近三年案例）。
	【B】符合“C”，并 1. 重点专科的学科带头人为省级专业学术组织的主要成员（常委以上）。 2. 重点专科学科带头人的学术成果中临床类$\geq 50\%$。
	【A】符合“B”，并 1. 重点专科的学科带头人为国家级专业学术组织的主要成员（常委以上）。 2. 重点专科技术能力辐射以及学术成果转化成效显著。
6.4.5 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。	
6.4.5.1 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。	【C】 根据所在地精神疾病管理工作需要，有相适应的人力资源规划和培养措施并组织实施。
	【B】符合“C”，并 所有人员上岗前均经培训，并考试核合。
	【A】符合“B”，并 职能部门对监管中发现的问题，改进的成效有评价。
6.4.6 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与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	
6.4.6.1 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与伤害的	【C】 1. 有职业安全防护应急预案。 2. 有员工职业暴露损害的紧急处理程序和措施。 3. 有职业安全防护的教育培训。 4. 有职业安全监测制度。

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。	5. 有职能部门负责职业安全管理。
	【B】 符合“C”,并 1. 有员工的个人健康档案。 2. 有高危岗位的个人安全监测(如放射剂量监测)记录档案。
	【A】 符合“B”,并 主管的职能部门有监管记录、职业损害根因分析、职业安全评价,制定改进措施并得到落实。



五、信息与图书管理

评审标准	评审要点
6.5.1 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。	
6.5.1.1 建立以院长为核心的信息 化管理组织及负责信 息管理的专职机构。	【C】 1. 有院级信息化领导机构，有明确的职责并定期召开专题会议。 2. 依据医院规模，设置信息管理专职机构和人员。 【B】符合“C”，并 1. 院信息化领导机构定期召开多部门的信息化建设专题会议，每年至少1次，有记录。 2. 建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制。 【A】符合“B”，并 不断完善信息使用和管理工 作，运行良好，各部门对信 息工作满意。
6.5.1.2 制定信息化建设中长期 规划和年度工作计划。	【C】 1. 有医院信息化建设中长期规划和年度工作计划。 2. 信息化建设规划与医院中长期规划一致。 【B】符合“C”，并 规划内容应包括实施方法、 实施步骤、工作分工、经费 预算等。 【A】符合“B”，并 年度目标明确，量化可行， 有追踪机制。
6.5.1.3 有保障信息系统建设、管 理的规章制度。	【C】 1. 多部门共同参与制定保障医院信息系统建设、管理和信息资源共享的相关制度。 2. 医院相关规章制度与信息化工作要求相适应。 【B】符合“C”，并 根据医院管理需要和信息 化建设发展要求及时修订相 应的规章制度。 【A】符合“B”，并 有效执行，效果良好。
6.5.2 医院信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持在内的技术支撑。	
6.5.2.1 管理信息系统应用满足 医院管理需求。	【C】 有医院管理信息系统（HMIS）和医院资源管理信息系统（HRP）以及相关子系统（如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等）为医院管理提供全面支撑，满足医院管理需求。 【B】符合“C”，并 有决策支持系统（DSS）。

	【A】符合“B”，并 信息系统能准确收集、整理医院管理数据和医疗质量控制资料，及时自动生成各项相关的统计报表。
6.5.2.2 临床信息系统应用满足 医疗工作需求。	【C】 1. 有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台。 2. 平台支持医院医护人员的临床活动，丰富和积累临床医学知识，并提供临床咨询、辅助诊疗、辅助临床决策，以提高医疗质量和工作效率。 3. 平台主要包括医嘱处理系统、病人床边系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询等系统。 【B】符合“C”，并 1. 规范临床文档内容表达，支持临床文档架构（CDA）。 2. 有门诊预约挂号和临床路径管理系统。 【A】符合“B”，并 信息系统符合《基于电子病历的医院信息平台建设技术解决方案》有关要求，符合国家医疗管理相关管理规范和技术规范。
6.5.3 医院信息系统各子系统之间通过集成实现信息的交互与共享；符合国家及卫生部相关的卫生信息标准和规范；按照政府的要求，支持卫生信息的区域共享和交换。	
6.5.3.1 根据国家相关规定，实现 信息互联互通、交互共 享。	【C】 1. 医院信息系统符合国家相关标准和规范，具备信息集成与交互共享功能。 2. 具备院内各部门、各科室的信息共享。 3. 具备与基本医疗保障系统、卫生行政部门等系统的信息交换。 【B】符合“C”，并 持续改进信息共享与交互质量。 【A】符合“B”，并 实现区域医疗信息共享和交换（电子数据上报、医疗机构间的临床数据共享）。
6.5.4 实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	
6.5.4.1 加强信息系统的安全保 障和患者隐私保护。	【C】 1. 实施国家信息安全等级保护制度，有落实的具体措施。 2. 有信息系统安全措施和应急处理预案。 3. 信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。 4. 实行信息系统操作权限分级管理，信息安全采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、病人数据使用控制、保障网络信息安全和保护病人隐私。 5. 核心业务信息系统安全保护等级不低于第二级。 【B】符合“C”，并 1. 有安全监管记录，定期分析，及时处理安全预警，持续改进安全保障系统。 2. 有信息安全应急演练。

	【A】符合“B”，并 业务信息系统安全保护等级不低于第三级。
6.5.4.2 加强信息系统运行维护。	【C】 1. 有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。 2. 有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。 3. 有信息系统软件更新、增补记录。 4. 有信息值班、交接班制度，有完整的日常运维记录和值班记录，及时处置安全隐患。 【B】符合“C”，并 1. 有信息系统运行事件（如系统瘫痪）相关的应急预案并组织演练，各部门各科室有相应的应急措施，保障全院运营，尤其是医疗工作在系统恢复之前不受影响。 2. 有根据演练总结开展持续改进的方案和措施。 【A】符合“B”，并 有完善的监控制度与监控记录，及时处理预警事件，定期进行信息系统运行维护评价和改进方案，并组织落实。
6.5.5 有针对信息化的资金和人力资源保障。信息专业技术人员的能力和梯队，应与医院信息系统规划、建设、维护和管理需要相匹配。	
6.5.5.1 信息化建设有经费保障。	【C】 根据医院规模和信息化建设需求，有信息化建设及运行维护的年度预算。 【B】符合“C”，并 信息建设年度预算执行良好。 【A】符合“B”，并 加强信息建设经费审计与监管，保障投入效益。
6.5.5.2 信息系统专业技术人员配置合理并有专业培训。	【C】 1. 专职信息技术人员配置能满足医院信息管理需要。 2. 岗位设置合理，岗位职责、技术等级明确，形成技术梯队。 3. 有人员录用、教育培训、授权审批、人员离岗和人员考核制度。 【B】符合“C”，并 专业技术人员每年专业技术培训时间不低于 20 学时。 【A】符合“B”，并 对专业技术人员加强监管，有工作日志、考核记录和完整的技术档案。
6.5.6 根据临床、教学、科研、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。	
6.5.6.1 图书馆基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求，实施支持网上预	【C】 1. 有医学图书馆工作制度和医学图书馆信息服务制度。 2. 藏书数量符合要求（包括电子图书）不低于 3000 册/百名卫技人员。 3. 提供网络版医学文献数据库检索服务（中文、外文）。

约、催还、续借和馆际互借, 能提供网络版医学文献数据库检索服务。	【B】符合“C”, 并有网上图书预约、催还、续借和馆际互借。
	【A】符合“B”, 并开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作, 满足临床、教学、科研、管理和员工的需求。



六、财务与价格管理

评审标准	评审要点
6.6.1 执行《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、《中华人民共和国审计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、人员配置到位，财务管理体制、经济核算规范，财务制度健全，财务管理部门集中统一管理经济活动。	
6.6.1.1 执行相关法律法规，财务管理制度健全，财务管理体制和机构设置合理。	【C】 1. 根据相关法律法规的要求，制订健全医院财务管理制度，并根据政策法规变动情况及时更新。 2. 实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，医院财务活动在院长及总会计师领导下，由医院财务部门集中管理。 3. 有内部监督制度和经济责任制。 4. 有月度、季度、年度财务报告。 5. 年度财务报告按规定经过注册会计师审计。 6. 相关人员知晓本部门、本岗位的制度要求。 【B】 符合“C”，并 1. 定期开展财务管理制度的培训与教育，对更新后财务管理制度有培训的记录。 2. 财务监督实行事前、事中、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，并接受上级有关部门监督。 【A】 符合“B”，并 1. 无违法违规案件，无“小金库”。 2. 有定期财务管理总结分析报告，持续改进财务工作。
6.6.1.2 财务管理人员配置合理，岗位职责明确。	【C】 1. 财务人员配置到位，会计人员持证上岗。 2. 各级各类人员有明确的岗位职责。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】 符合“C”，并 1. 财务部门负责人有会计师以上专业技术职务资格或至少从事会计工作5年以上经历。 2. 有人员业务培训计划和执行记录。 【A】 符合“B”，并 重要岗位有轮转机制，转岗前进行新岗位上岗培训。
6.6.2 有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。有条件的医院实行总会计师制。	
6.6.2.1 有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经	【C】 1. 有经济活动决策机制和程序。 2. 有重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。

济事项集体决策制度和责任追究制度。	【B】符合“C”，并 1. 对重大经济事项决策实行权限管理、分级负责。 2. 重大经济项目有详实、合理的立项论证报告。
	【A】符合“B”，并 对重大经济项目有跟踪评价、成本效益分析和审计，向职代会报告。
6.6.2.2 医院实行总会计师制。	【C】 1. 医院实行总会计师制，根据《医院财务制度》规定明确总会计师的职责和权利。 2. 总会计师知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 总会计师承担相应的财务活动领导和管理责任。 2. 医院对总会计师履职有保障机制。
	【A】符合“B”，并 财务管理与监督体系完善，财务管理规范有序，有持续改进。
6.6.3 实行成本核算，降低运行成本。控制医院债务规模，降低财务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。	
6.6.3.1 实现成本核算，降低运行成本。	【C】 1. 有成本管理相关制度。 2. 加强成本控制，建立健全成本定额管理、费用审核等相关制度，采取有效措施，控制成本费用支出。 3. 有专职成本核算人员负责成本核算工作，有岗位职责。
	【B】符合“C”，并 1. 建立科学、精细的科室成本核算、医疗服务项目成本核算、病种成本核算、床日和诊次成本核算。 2. 按时完成成本核算月报表，有季度、半年和年度成本分析报告。
	【A】符合“B”，并 根据成本分析报告，向医院管理层提交相关建议，控制成本费用支出，提高医院成本效益。
6.6.3.2 控制医院债务规模 加强资产管理 提高国有资产使用效益。	【C】 1. 有收支结余管理、流动资产和固定资产管理制度。 2. 严格控制对外投资，对医疗服务相关领域的对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准，并进行专项监督管理。 3. 有流动资产、固定资产和无形资产管理以及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。
	【B】符合“C”，并 有对医院资产管理的监管机制，定期分析评价，保障国有资产保值增值。
	【A】符合“B”，并 有根据监管评价建议，持续改进资产管理工作，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内。。

6.6.4 全面落实价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格计算机系统信息准确。	
6.6.4.1 按照有关政策规定，合理配置医院价格管理部门和人员。	【C】 1. 有价格管理部门，制订和落实相应制度。 2. 有价格管理专（兼）职人员和相应的岗位职责，能够正确掌握医药价格政策。
	【B】 符合“C”，并 合理配置价格管理人员，满足工作需要。
	【A】 符合“B”，并 有价格管理人员考核相关制度和记录。
6.6.4.2 健全、完善的医院内部医药价格管理机制和医药价格管理制度。	【C】 1. 全面落实价格公示制度，提高收费透明度。 2. 有明确的价格管理工作流程。 3. 有医院内部医药价格管理机制和价格管理制度。 4. 有医药收费复核制度与监管措施。
	【B】 符合“C”，并 不断完善医院内部医药价格管理机制和医药价格管理制度，持续改进和优化价格管理工作质量与流程。
	【A】 符合“B”，并 定期对各部门、各科室的价格执行情况进行监管，监管结果纳入科室考核。
6.6.4.3 积极开展并不断改进医院内部价格管理工作。	【C】 1. 根据国家有关规定调整价格，准确维护医药价格数据库信息。 2. 有保障医药价格信息管理系统价格信息真实、准确的措施。提供价格咨询服务。 3. 有价格投诉处置机制和处理程序，有专人负责价格投诉处置工作，处理及时。
	【B】 符合“C”，并 1. 开展医院内部价格监督自查，出院患者医药费用复核落实到位，及时纠正不规范收费行为。 2. 有价格投诉分析报告，提出整改意见。
	【A】 符合“B”，并 落实整改措施，持续改进价格管理工作，无违规收费。
6.6.5 执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》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。	
6.6.5.1 按照相关规定建立详细的药品及医疗器械采购制度和流程，有严格管理和审批程序。	【C】 1. 按照规定建立药品及医疗器械采购制度和流程。 2. 所有招标药品及医疗器械全部纳入集中招标采购，做到公开、公正、透明。 3. 对政府采购目录外药品及高值耗材采购有严格管理和审批程序。
	【B】 符合“C”，并 有职能部门对招标采购工作进行全程监督管理。

	【A】符合“B”，并无相关违规违纪违法事件。
6.6.6 建立与完善医院内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对医院经济运行进行定期评价与监控，审计结果对院长负责。	
6.6.6.1 建立与完善医院内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对医院经济运行进行定期评价与监控，审计结果对院长负责。	【C】 1. 有医院内部审计制度。 2. 有医院内部审计机构及专职的审计人员，有明确的岗位职责。 3. 有年度审计计划，对医院有关部门和项目进行内部审计；对政府采购项目全过程、重大经济事项进行专项审计与监督。
	【B】符合“C”，并 医院年度财务报告按规定经注册会计师审计有注册会计师签发“医院年度财务审计报告”。
	【A】符合“B”，并 1. 医院对审计报告相关意见和建议有整改的措施及成效追踪。 2. 向职工代表大会报告审计工作情况。
6.6.7 按照《中华人民共和国预算法》和财政部门、主管部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算，严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	
6.6.7.1 按照预算管理制度，编制医院年度预算。	【C】 1. 建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。 2. 医院所有收支全部纳入预算管理，实行全面预算管理。
	【B】符合“C”，并 按规范程序进行预算编制、审批和调整。
	【A】符合“B”，并 有定期进行预算制度执行情况进行监管，提高预算管理水平。
6.6.7.2 严格执行预算，加强预决算管理和监督。	【C】 1. 医院严格执行批复的预算，并将预算逐级分解，落实到责任科室和责任人。 2. 定期进行预算执行结果的分析和考核。 3. 按照规定及时编制年度决算报财政部门审核。 4. 根据财政部门对决算批复意见及时调整有关数据。
	【B】符合“C”，并 将部门预算执行结果、成本控制目标实现情况和业务工作效率作为内部业务综合考核内容，定期进行考核。
	【A】符合“B”，并 1. 有预算执行情况分析报告和相关的改进措施，加强预算管理。 2. 将预算考核结果与年终内部收入分配挂钩。
6.6.8 内部收入分配情况，以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，个人分配不得与业务收入直接挂钩。	

6.6.8.1 医院有绩效工资管理制度,明确规定个人收入不与业务收入直接挂钩。	【C】 1.有绩效工资管理制度。 2.明确规定个人收入不与业务收入直接挂钩。 3.相关人员知晓医院分配方案。
	【B】符合“C”，并 1.综合绩效考核突出医德医风、技术能力、服务质量和数量等。 2.有持续改进内部收入分配制度，体现公平公正的事例。
	【A】符合“B”，并 绩效考核与分配方案经过职工代表大会讨论通过。



七、医德医风管理

评审标准	评审要点
6.7.1 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，尊重、关爱患者，主动、热情、周到、文明为患者服务，严禁推诿、拒诊患者。	
6.7.1.1 医院有负责医德医风管理的组织体系，有明确的主管职能部门负责医德医风管理与考核。	【C】 1. 有医德医风管理组织体系，有职能部门负责管理与考评。 2. 有主管职能部门与其他职能部门的协调机制。 3. 有医德医风考评方案和量化标准。 4. 定期对医务人员进行考评。
	【B】 符合“C”，并有完整规范的医德考评档案。
	【A】 符合“B”，并通过考评推动医德医风建设，改善服务质量。
6.7.1.2 将医德医风的要求纳入各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责。	【C】 1. 各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责中，有医德医风的要求。 2. 有岗位职责与行为规范的教育培训。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并有各级各类人员履职督查和考核。
	【A】 符合“B”，并根据监督检查结果，提出改进措施并落实。
6.7.1.3 文明行医，严禁推诿、拒诊患者。	【C】 1. 严格执行首诊负责制、危重病人抢救制度和转诊转院等核心制度，文明行医，严禁推诿、拒诊病人。 2. 医务人员熟悉相关核心制度与规范要求。
	【B】 符合“C”，并对上述工作督导检查，其结果纳入医务人员医德考评。
	【A】 符合“B”，并根据监督检查结果，提出改进措施并落实。
6.7.2 有医德医风建设的制度、奖惩措施并认真落实。	
6.7.2.1 建立医德医风建设规章制度、奖惩措施并认真落实。	【C】 1. 有医德医风建设、考评和奖惩等制度。 2. 医德考评结果在本院内公示，征求意见。 3. 医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。

	【B】符合“C”，并 有多部门共同参与的医德医风考评及结果共享机制。
	【A】符合“B”，并 落实奖惩，医德医风建设有成效，有优秀科室及个人的宣传、表彰、奖励措施并落实。
6.7.3 有制度与相关措施对医院及其工作人员不得通过职务便利谋取不正当利益的情况进行监控与约束。	
6.7.3.1 有制度与相关措施对医院及其工作人员不得通过职务便利谋取不正当利益的情况进行监控与约束。	【C】 1. 有廉洁自律的工作规范和相关制度。 2. 对全体员工，尤其重点部门、重点人员进行廉洁自律及警示教育。 3. 有廉洁自律工作的自查和督查。 4. 有职能部门负责监管。
	【B】符合“C”，并 1. 有重点岗位、重点人员轮岗机制。 2. 对存在问题和隐患有分析及反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 监督管理有成效，无违法违规违纪案例。
6.7.4 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。	
6.7.4.1 加强医院文化建设。	【C】 1. 开展医院文化调研活动。 2. 有医院文化建设方案或计划。 3. 医院文化建设纳入医院建设发展规划。
	【B】符合“C”，并 有指定部门负责文化建设工作，有具体落实措施。
	【A】符合“B”，并 医院文化建设有成效，促进医院发展。
6.7.4.2 建立以病人为中心导向、根植于本院服务理念，并不断物化的特色价值趋向、行为标准。	【C】 1. 文化建设能够体现以病人为中心导向、根植于本院服务理念（如开展“优质护理服务”、“志愿者活动”等）。 2. 有对员工医院价值取向的培训和教育，员工知晓率 $\geq 90\%$ 。
	【B】符合“C”，并 1. 医院环境、员工行为规范体现医院文化特色。 2. 有对员工医院价值取向的培训和教育，员工知晓率达到100%。
	【A】符合“B”，并 1. 医院在该地区社会评价高。 2. 医院文化建设相关活动获得省级或国家级表彰。

八、后勤保障管理

评审标准	评审要点
6.8.1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以病人为中心，为医院职工服务”的理念，满足医疗服务流程需要。	
6.8.1.1 后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，人员岗位职责明确。后勤保障服务坚持“以病人为中心，为医院职工服务”的理念，满足医疗服务流程需要。	【C】 1. 后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，岗位职责明确，体现“以病人为中心，为医院职工服务”的理念，满足医疗服务流程需要。 2. 后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。
	【B】符合“C”，并 1. 后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。 2. 患者、员工对服务工作满意度 $\geq 70\%$ 。
	【A】符合“B”，并 患者、员工对服务工作满意度 $\geq 80\%$ 。
6.8.2 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。	
6.8.2.1 水、电、气等后勤保障满足医院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。(★)	【C】 1. 有水、电、气等后勤保障的操作规范，合理配备人员，职责明确，按规定持证上岗。 2. 水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，张贴和悬挂相关操作规范和设备设施的原理图，作业人员 24 小时值班制。 3. 有日常运行检查、定期定级维护保养，且台账清晰。 4. 有明确的故障报修、排查、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。 5. 有水、电、气等后勤保障应急预案，并组织演练。
	【B】符合“C”，并 有节能降耗、控制成本的计划、措施与目标并落实到相关科室与班组。
	【A】符合“B”，并 1. 有根据演练效果评价和定期检查情况的改进措施并落实。 2. 后勤保障安全、有序、到位，无安全事故。 3. 节能降耗工作有成效。
6.8.2.2 有完善的物流供应系统，物资供应满足医院需要。	【C】 1. 物流系统完善，有专职部门负责。 2. 有明确的物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程，记录完整。 3. 有适宜的存量管理及应急物资采购预案。
	【B】符合“C”，并 1. 依据使用部门业务需求和意见，制定物资采购计划。

	2. 有物资下送科室相关制度并严格执行。 【A】符合“B”，并定期征求各部门意见，开展物流工作追踪与评价，并持续改进。
6.8.3 为员工提供膳食服务，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要，保障饮食卫生安全。	
6.8.3.1 有专职部门或专人负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位职责。	【C】 1. 根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务。 2. 有各项食品卫生安全管理制度和岗位职责。 3. 膳食服务外包的，医院需确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。 4. 相关人员持证上岗，应知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识。 【B】符合“C”，并 1. 建立以食品卫生为核心的餐饮服务质量监管体系，保障食品安全，满足供应，开展监管评价。 2. 有下送餐饮为医疗工作服务的措施并落实。 【A】符合“B”，并定期征求就餐人员意见，开展膳食服务追踪与评价，并持续改进。
6.8.3.2 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。	【C】 1. 有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，符合卫生管理要求。 2. 有食品留样相关制度。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 有措施保障食品卫生管理相关制度和规范的落实。 2. 有监管评价及相关记录。 【A】符合“B”，并根据监管情况改进食品卫生管理。
6.8.3.3 有突发食品安全事件应急预案。	【C】 1. 有根据相关法律法规制定的突发食品安全事件应急预案。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位的应急职责与应急流程。 【B】符合“C”，并有根据预案开展的应急演练≥2次/年，有记录、有总结和改进措施。 【A】符合“B”，并持续改进措施得到落实。
6.8.4 有健全的医疗废物管理制度。医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范；污水管理和处置符合规定。	
6.8.4.1 建立健全医疗废物和污	【C】 1. 有医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。

水处理管理规章制度和岗位职责。	2. 污水处理系统符合相关法律法规的要求。 3. 有专人负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格后按资质要求持证上岗。
	【B】符合“C”，并 职能部门对制度与岗位职责落实情况有监管评价和记录。
	【A】符合“B”，并 有根据监管情况的改进措施并得到落实。
6.8.4.2 工作人员的安全防护符合规定。	【C】 1. 有安全防护规定。 2. 工作人员经过相关培训合格后持证上岗。
	【B】符合“C”，并 有安全防护的监管和完整的监管资料。
	【A】符合“B”，并 有根据监管情况改进安全防护的措施并得到落实。
6.8.4.3 医疗废物处置和污水处理符合规定。(★)	【C】 1. 医疗废物处置设施设备运转正常，有运行日志。 2. 污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录。 3. 医疗废物处理符合环保要求，污水处理系统通过环保部门评价。
	【B】符合“C”，并 职能部门依据相关标准和规范进行监管。
	【A】符合“B”，并 1. 有根据监管情况改进工作的具体措施并得到落实。 2. 无环保安全事故。
6.8.5 安全保卫组织健全，制度完善，人员、设备、设施满足要求符合规范。	
6.8.5.1 安全保卫组织健全，制度完善；保卫科人员配备结构合理，岗位职责明确。	【C】 1. 安全保卫组织健全。 2. 有全院安全保卫部署方案和管理制度。 3. 保卫人员配备结构合理，岗位职责明确。 4. 保卫人员知晓相关制度和岗位职责。
	【B】符合“C”，并 安全保卫人员经过相应的技能培训。
	【A】符合“B”，并 有职能部门对安全保卫工作进行监管，并有持续改进成效。
6.8.5.2 有应急预案，定期组织演练。	【C】 1. 有安全保卫应急预案。 2. 相关人员知晓安全保卫应急预案的相关内容和要求。
	【B】符合“C”，并 定期（至少每年2次）组织演练。

	【A】符合“B”，并 至少每年四次组织演练，有根据演练评价提出的整改措施并得到落实。
6.8.6 安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。	
6.8.6.1 安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。	【C】 1. 各种安全保卫设备设施配置完好，满足管理要求。 2. 有完整的全院安全网络信息库和设备设施清单。 3. 有视频监控系统应用解决方案，在重点环境、重点部位（如财务、仓库、档案室、计算机中心等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。 4. 视频监控室符合相关标准，有严格管理制度。 5. 视频监控系统的技术要求应符合公安部“视频安防监控系统技术要求”。 【B】符合“C”，并 1. 视频监控系统应采用数字硬盘录像机等作为图像记录设备。 2. 医院有一定维护能力或外包服务，做到在出现故障时，能在1小时内现场响应，并保证故障现场解决时间降低到2小时。 3. 有完整的监管记录和维护记录。 【A】符合“B”，并 监控设备设施完好率100%，监控安全有效。
6.8.6.2 合理使用视频监控资源。	【C】 1. 有视频监控资源使用有制度与程序。 2. 有明确的隐私保护规定。 3. 进行24小时图像记录，保存时间不少于30天。 4. 系统应具有时间、日期的显示、记录和调整功能，时间误差应在30秒以内。 【B】符合“C”，并 1. 严格执行视频监控资源使用权限管理规定。 2. 保护隐私的具体措施能到位。 3. 有严格的资源使用审批和完整的资源使用记录。 【A】符合“B”，并 1. 视频监控资源保存真实、完好、有效，在规定时限内无信息丢失。 2. 有监管记录及根据存在问题采取相应的管理措施并得到落实。
6.8.7 医院消防系统管理符合国家相关标准，有定期演练；灭火器材、压力容器、电梯等设备按期年检。	
6.8.7.1 消防安全管理。（★）	【C】 1. 有消防安全管理制度、教育制度和应急预案。 2. 有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责。 3. 消防安全教育纳入新员工培训考核内容，定期（至少每年一次）进行全院职工的消防安全教育。 4. 每月至少组织一次消防安全检查，同时根据消防安全要求，开展年度检查、季节性检查、专项检查等，有完整的检查记录。 5. 消防通道通畅，消防器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范。

	要求。 6.加强消防安全重点部门、重要部位防范与监管，有监管记录。
	【B】符合“C”，并 1.定期（至少每年一次）进行特殊部门的消防演练。 2.全院职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能，知晓报警、初起火灾的扑救方法，会使用灭火器材，能自救、互救和逃生，按照预案疏散病人。 3.科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工。
	【A】符合“B”，并 医院所有部门和建筑均符合消防安全要求。
6.8.7.2 加强特种设备管理。	【C】 1.有管理制度和管理人员岗位职责。 2.有操作规程，专人负责，作业人员持证上岗，有相关操作记录。 3.有维护、维修、验收记录。 4.年检合格，并公示年检标签。
	【B】符合“C”，并 1.定期进行培训教育，有培训记录。 2.主管职能部门有完整的特种设备清单和档案资料，有监管记录。
	【A】符合“B”，并 特种设备完好率100%。
6.8.7.3 加强危险品管理。	【C】 1.有危险品安全管理部门、制度和人员岗位职责。 2.作业人员熟悉岗位职责和管理要求，经过相应培训，取得相应资质。 3.有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料，帐物相符。 4.有相应的危险品安全事件处置预案，相关人员熟悉预案及处置程序。
	【B】符合“C”，并 1.加强危险品监管，重点为易燃、易爆和有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施。 2.定期进行巡查，专人负责，有相关记录。
	【A】符合“B”，并 职能部门有根据监管情况进行整改的措施并得到落实。
6.8.8 后勤相关技术人员持证上岗，按技术操作规程工作。	
6.8.8.1 遵守国家法律、法规要求，相关岗位操作人员应具有上岗证、操作证，且操作人员应掌握技术操作规程。	【C】 1.遵守国家法律、法规要求，相关岗位操作人员应具有上岗证、操作证，法律、法规无特别要求的其他非专业特殊工种，经相关省级行业协会的培训合格。 2.操作人员均掌握技术操作规程。
	【B】符合“C”，并 定期参加或举办相关教育培训活动。
	【A】符合“B”，并 有对相关人员进行监管考核机制，有监管和考核记录。

6.8.9 医院环境卫生符合爱国卫生运动和无烟医院的相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求，为患者提供温馨、舒适的就医环境。	
6.8.9.1 环境卫生符合爱国卫生运动和无烟医院的相关要求，环境美化、绿化，道路硬化，做到优美、整洁、舒适。	【C】 1. 有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责医院环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施。 2. 医院环境优美、整洁、舒适，符合爱国卫生运动委员会和无烟医院相关要求。
	【B】 符合“C”，并 有上述工作的监管，制订并落实改进环境卫生工作的计划和措施。
	【A】 符合“B”，并 医院获得政府有关部门关于环境卫生或绿化工作或无烟医院的表彰或称号。
6.8.10 对外包服务质量与安全实施监督管理。	
6.8.10.1 制订外包业务管理制度。	【C】 1. 有主管职能部门与专人负责医院外包业务管理，制订外包业务的遴选、管理等相关制度和办法。 2. 所有外包业务都应有明确的、详细的合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。 3. 有外包业务的项目评估和审核制度与程序。
	【B】 符合“C”，并 1. 有外包业务的监督考核机制。 2. 有考核记录，对违约事实根据合同落实违约责任。 3. 能根据实际情况（如政策法规、功能任务变化等）定期与外包业务承包者进行沟通 and 协商，必要时修订外包合同。
	【A】 符合“B”，并 1. 有年度外包业务管理的质量安全评估报告。 2. 有年度外包业务管理的内部审计报告。 3. 有改进外包业务质量的机制与案例。

九、医学装备管理

评审标准	评审要点
6.9.1 医学装备管理符合国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准的要求，按照法律、法规，使用和管理医用含源仪器（装置）。	
6.9.1.1 建立医学装备管理部门。	【C】 1. 根据“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则建立院领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备（设备）委员会。 2. 根据国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准要求，履行医学装备管理。 【B】符合“C”，并 职能部门和相关人员了解相关法律法规和部门规章，知晓、履行相关制度和岗位职责职责。 【A】符合“B”，并 有监管和考核机制，有监管和考核记录。
6.9.2 有医学装备管理部门，有人员岗位职责和工作制度，有设备论证、采购、使用、保养、维修、更新和资产处置制度与措施。	
6.9.2.1 建立医学装备管理组织技术队伍，人员配置合理。	【C】 1. 根据医院规模及医学装备情况建立相应的医学装备部门和管理与使用技术队伍，专（兼）职医学装备的管理与维护、维修，人员配置合理。 2. 大型医用设备相关医师、操作人员、工程技术人员须接受岗位培训，业务能力考评合格方可上岗操作。 3. 有适宜的装备维修场地。 【B】符合“C”，并 对医学装备使用人员进行应用培训和考核，合格后方可上岗操作。 【A】符合“B”，并 有医学装备使用人员岗位考核和再培训机制，有考核培训记录。
6.9.2.2 制定相关工作制度、职责和 workflow。	【C】 1. 有相关管理制度、人员岗位职责。 2. 有医学装备论证、决策、购置、验收、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与 workflow。 【B】符合“C”，并 有医学装备管理制度与岗位职责的监管与考核机制。 【A】符合“B”，并 1. 有根据监管情况进行改进的措施并得到落实。 2. 有考核的相关资料。

6.9.3 按照《大型医用设备配置与使用管理办法》，加强大型医用设备配置管理，优先配置功能适用、技术适宜的医疗设备；相关大型设备的使用人员持证上岗，应有社会效益、临床使用效果、应用质量功能开发程序等分析。	
6.9.3.1 制定常规与大型医学装备配置方案。	【C】 1. 有医学装备配置原则与配置标准，根据医院功能定位和发展规划，制订医学装备发展规划和配置方案。优先配置功能适用、技术适宜、节能环保的装备。注重资源共享，杜绝盲目配置。 2. 有医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在 50 万元及以上的医学装备有可行性论证。 3. 购置纳入国家规定管理品目的大型设备持有配置许可证。
	【B】 符合“C”，并 1. 有根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立的医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。 2. 有健全医学装备档案管理制度与完整的档案资料，单价在 5 万元及以上的医学装备按照集中统一管理的原则，作到档案齐全、账目明晰、帐物相符、完整准确。
	【A】 符合“B”，并 有实施医学装备配置方案的全程监管和审计以及完整的相关资料。
6.9.3.2 有大型医用设备成本效益、临床使用效果、质量等分析。	【C】 1. 有医学装备使用评价相关制度。 2. 有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。
	【B】 符合“C”，并 分析评价报告提供给装备委员会并反馈到有关科室。
	【A】 符合“B”，并 1. 分析评价报告涉及的问题得到改进。 2. 分析评价报告的结果用于调整相关装备采购参考。
6.9.4 开展医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作，建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告制度，定期对医疗器械使用安全情况进行考核和评估。	
6.9.4.1 加强医学装备安全有效管理，对医疗器械临床使用安全控制与风险管理有明确的工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告制度。	【C】 1. 有医学装备临床使用安全控制与风险管理的相关工作制度与流程。 2. 有医学装备质量保障，医学装备须计（剂）量准确、安全防护、性能指标合格方可使用。 3. 有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等临床使用安全监测与报告制度。 4. 有鼓励医学装备临床使用安全事件监测与报告的措施。 5. 相关临床、医技使用部门与医学装备管理部门的人员均能知晓。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门建立医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告分析、评估、反馈机制，根据风险程度，发布风险预警，暂停或终止高风险器械的使用。 2. 及时向卫生行政部门和有关部门报告医疗器械临床使用安全事件，有完整的

	信息资料。 【A】符合“B”，并 1. 有对科室医疗器械临床使用安全管理的考核机制。 2. 有医疗器械临床使用安全事件监测与报告的追踪分析资料。
6.9.4.2 放射与放疗等装备相关机房环境安全符合要求。	【C】 1. 放射与放疗等装备的机房设计、建设、防护装修和设施符合安全、环保等有关要求。 2. 机房显著位置有规范的警示标识。 3. 医学装备管理部门与机房的工作人员知晓防护有关要求和措施。 【B】符合“C”，并 医学装备管理部门对机房环境定期自查和监测，有完整的自查和监测资料。 【A】符合“B”，并 有根据监测情况改进机房安全的措施并得到落实。
6.9.4.3 加强特殊装备技术安全管理。	【C】 1. 特殊装备（如高压容器、放射装置等）具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明。 2. 特殊装备操作人员经过培训，具有相应的上岗资格。 【B】符合“C”，并 装备管理部门对特殊装备定期自查和监测，有完整的自查和监测资料。 【A】符合“B”，并 有根据自查和监测情况改进特殊装备安全的措施并得到落实。
6.9.4.4 加强计量设备监测管理。	【C】 1. 有计量设备监测管理的相关制度。 2. 有计量设备清单、定期检测记录和维修记录等相关资料。 3. 经检测的计量器具有计量检测合格标志，标志显示检测时间与登记记录一致。 【B】符合“C”，并 为临床提供准确的计量设备，无因“计量错误”的原因所致的医疗安全事件。 【A】符合“B”，并 医院使用的计量器具 100%有计量检测合格标志，100%在有效期内。
6.9.5 有医疗仪器设备使用人员的操作培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	
6.9.5.1 建立医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度，职能部门加强监管，提供咨询服务与技术指	【C】 1. 有医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度与程序。 2. 医疗设备操作人员经过相应设备操作培训。 3. 医疗装备部门为临床合理使用医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。

导。	【B】符合“C”，并 1.有医疗设备操作手册并随设备存放，供方便查阅。 2.有设备操作人员的考核记录。 3.管理部门对设备使用情况定期监管，提供技术服务和咨询指导。 【A】符合“B”，并 职能部门根据监管和考核情况对全院设备操作和维护情况的分析报告，规范使用，减少误操作，提高设备的使用周期。
6.9.6 有保障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有待用状态，建立全院应急调配机制。	
6.9.6.1 建立保障设备的管理制度与规范。	【C】 1.有保障医学装备使用管理相关制度和规范。 2.医学装备管理部门对医学装备实行统一的保障（保养、维修、校验、强检）管理，并指导操作人员履行日常保养和维护。 3.有全院设备清单和具体保障要求与规范。 【B】符合“C”，并 1.有医学装备保障情况的登记资料，信息真实、完整、准确。 2.有医学装备故障维修情况的分析报告，用于指导设备的规范使用。 【A】符合“B”，并 有根据对设备使用监管分析提出整改措施并得到落实。
6.9.6.2 用于急救、生命支持系统仪器设备要始终保持有待用状态。（★）	【C】 1.有急救类、生命支持类医学设备应急预案，保障紧急救援工作需要。 2.各科室急救类、生命支持类设备时刻保持待用状态。 【B】符合“C”，并 职能部门对急救类、生命支持类设备完好情况和 Usage 情况进行实时监控。 【A】符合“B”，并 急救类、生命支持类设备完好率 100%。
6.9.6.3 建立全院保障设备应急调配机制。	【C】 1.建立医学装备应急预案的应急管理程序，设备故障时有紧急替代流程。 2.优先保障急救类、生命支持类设备的应急调配。 3.医务人员知晓医学装备应急管理与替代程序。 【B】符合“C”，并 有设备应急调配演练和监管。 【A】符合“B”，并 有根据监管提出整改措施并得到落实。
6.9.7 加强医用高值耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械和低值耗材的采购记录、溯源管理、储存、档案管理、销毁记录、不良事件监测与报告的管理。	
6.9.7.1 加强医用耗材(包括植入	【C】 1.有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理制度与程序以及

类耗材)和一次性使用无菌器械管理。	相关记录(采购记录、溯源管理、储存管理、档案管理、销毁记录等)。 2. 有医用耗材(包括植入类耗材)和一次性使用无菌器械的采购记录管理。采购记录内容应当包括企业名称、产品名称、原产地、规格型号、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、采购日期等,确保能够追溯至每批产品的进货来源。 3. 有医用耗材(包括植入类耗材)和一次性使用无菌器械的使用程序与记录。 4. 有不良事件监测与报告制度与程序。 【B】符合“C”,并 1. 职能部门职责明确,对高值耗材(包括植入类耗材)和一次性使用无菌器械采购与使用情况监督检查。 2. 有鼓励相关不良事件监测与报告措施和报告记录。 【A】符合“B”,并 有监管情况与不良事件的分析报告,有改进措施并得到落实。
6.9.8 科主任、工程师与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队,能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标,落实全面质量管理与改进制度,定期通报医疗器械临床使用安全与风险管理监测的结果。	
6.9.8.1 成立科室医学装备质量与安全管理团队。	【C】 1. 由科主任、工程师与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队,负责医学装备的质量和安全管理。 2. 有保证服务质量的相关文件,包括岗位职责,继续教育,医学装备的管理、使用、维修,安全防护管理相关制度,医学装备意外应急管理等相关制度。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”,并 1. 有从事医学装备质量和安全管理员工的质量管理基本知识和基本技能培训与教育。 2. 有落实各项规章制度、制度、规范等管理文件的监管与分析。 【A】符合“B”,并 根据实际情况变化及时修订相应的制度,并有培训、试用、再完善的程序。
6.9.8.2 有明确的质量与安全指标,科室能开展定期评价活动,解读评价结果,有持续改进效果的记录。	【C】 1. 医学装备部门有明确的质量与安全指标。 2. 科室能开展定期评价活动,解读评价结果。 (1) 操作者自我检查。 (2) 专(兼)职人员质控活动。 (3) 有医学装备、器械临床使用安全与风险管理监测的制度与记录。 (4) 有临床使用医学装备、器械所致意外事件的防范措施,发生后有报告、检查、处理的流程和规定与记录。 3. 相关人员知晓本科/室/组的质量与安全指标要求。 【B】符合“C”,并 1. 定期通报医疗器械临床使用安全与风险管理监测的结果。 2. 对存在问题与缺陷有改进措施及落实情况评价。

	【A】符合“B”，并持续改进有成效。
--	--------------------



十、院务公开管理

评审标准	评审要点
6.10.1 按照《医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行）》规定，医院应向社会及患者和监护人公开信息。	
6.10.1.1 医院有信息公开管理部门、工作制度与程序。	【C】 1. 医院有信息公开工作制度与程序。 2. 有“院务公开领导小组”，有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。 3. 信息公开工作部门人员熟悉信息公开相关法律、法规、规章和工作制度、岗位职责、处理程序。 【B】符合“C”，并 1. 院务公开纳入年度工作目标管理。 2. 根据实施情况，及时更新信息公开制度及流程。 【A】符合“B”，并 1. 有院务公开的考评资料和改进措施。 2. 多部门协作机制有效，保证工作持续改进。
6.10.1.2 按照有关规定，明确应当公开的信息。	【C】 向社会公开的主要内容有：医院资质信息、医疗质量、医疗服务价格和收费信息、便民措施、集中采购招标、行业作风建设情况等。 【B】符合“C”，并 有相关资料证实上述信息已经按照要求予以公开。 【A】符合“B”，并 信息公开工作部门对公开的信息进行监管，及时更新有关信息。
6.10.1.3 向患者及监护人提供查询服务或提供费用清单。	【C】 向患者及监护人提供医疗服务中所使用的药品、血液及其制品、医用耗材和接受医疗服务的名称、数量、单价、金额及医疗总费用等情况的查询服务或提供相应的费用清单。 【B】符合“C”，并 有相关资料证实上述规定已经执行。 【A】符合“B”，并 患者及监护人对提供的服务满意度高。
6.10.1.4 通过便于公众知晓的方式公开信息。	【C】 有便于公众知晓的多种方式公开信息，如医院网站、公告或者公开发行的信息专刊、广播、电视、报刊等新闻媒体、信息公开服务、监督热线电话、单位的公共查阅室、资料索取点、信息公开栏、信息亭、电子屏幕、电子触摸屏等场所或设施等。

	【B】符合“C”，并有对于公开方式与公开内容的效果评价和社会评价调查。
	【A】符合“B”，并社会评价对公开方式与公开内容满意。
6.10.2 按照国家有关规定，在医院内部开展院务公开工作。	
6.10.2.1 院务公开内容完整，信息发布及时。	【C】 院务公开内容明确，至少有以下项目：医院重大决策事项、运营管理、人事管理、领导班子和党风廉政建设情况等。
	【B】符合“C”，并有完整的信息发布登记。
	【A】符合“B”，并院务公开内容符合要求，信息发布及时、真实、准确。
6.10.3 动员广大职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。	
6.10.3.1 广大职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。	【C】 1. 有多种形式方便职工获取公开的信息。 2. 鼓励职工监督院务公开工作，通过座谈会、网络信息交流、职代会等多种途径听取职工意见。
	【B】符合“C”，并 1. 有院务公开的效果评价，改进院务公开工作。 2. 职工有多种渠道提供意见和建议。
	【A】符合“B”，并通过征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，改进医院管理工作。

十一、医院社会评价

评审标准	评审要点
6.11.1 医院定期收集院内、外对医院服务的意见和建议、并以此为动力，改进工作，持续提高医院服务质量。	
6.11.1.1 医院定期收集院内、外对医院服务的意见和建议、并以此为动力，改进工作，持续提高医院服务质量。	【C】 1. 有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度和多种渠道。 2. 有指定部门负责本项工作，职责明确。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对所收集的意见和建议进行分析和反馈，有持续改进措施并得到落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效。
6.11.2 按照患者的服务流程，社会对其要求满足程度的感受，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。	
6.11.2.1 根据患者的服务流程，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。	【C】 1. 建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动。 2. 有指定的职能部门负责本项工作，职责明确。
	【B】 符合“C”，并 对社会评价活动结果进行分析和反馈，有改进措施并得到落实。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，不断提高满意度。
6.11.3 建立社会评价的质量控制体系与数据库，确保社会评价结果的客观公正。	
6.11.3.1 建立社会评价质量控制体系与数据库，确保社会评价结果的客观公正。	【C】 1. 建立社会评价的质量控制体系与数据库。 2. 社会评价方案设计科学，有质量控制措施，确保社会评价结果的客观公正。 3. 有指定的部门负责本项工作，职责明确。
	【B】 符合“C”，并 1. 有数据库管理和应用的相关制度。 2. 充分运用数据分析，评价和改进医院工作。
	【A】 符合“B”，并 开展第三方社会调查与评价。

第七章 日常统计学评价指标

【概述】

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

本监测指标包括医院运行、医疗质量与安全监测多类指标。

医院运行基本监测指标部分项目及数据引自医院统计和财务报表。

医疗质量与安全监测指标是以过程（核心）质量指标与结果质量指标并重的模式展现，分为以下三个方面：

- 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。
- 二、住院患者安全和权益保障类指标。
- 三、合理用药监测指标。

一、医院运行基本监测指标

【解读】

通过医院运行基本监测指标，监测与了解医院日常运行的基本情况。

【监测指标】

（一）资源配置

1. 实际开放床位、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、医技人员数）。
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。
2. 年住院患者入院、出院例数，出院患者实际占用总床日。
3. 年开展基层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. 年纳入管理治疗精神疾病患者信息档案的患者人数。

（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（项目及数据引自医院财务报表）

1. 门诊人次平均费用（元），其中药费（元）。
2. 住院人次平均费用（元），其中药费（元）。

（六）资产运营（项目及数据引自医院财务报表）

1. 流动比率、速动比率。
2. 医疗收入/百元固定资产。
3. 业务支出/百元业务收入。
4. 资产负债率。
5. 固定资产总值。
6. 医疗收入中药品收入、医用材料收入比率。
7. 人员经费支出/百元业务收入

(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

【概述】

为了解住院精神病患者医疗质量与安全的总体情况,项目及数据引自医院评审前三年的病历首页,设以下二类监测指标。

(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。

(二) 住院患者安全和权益保障类指标。

在本细则中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用卫生部办公厅关于印发《疾病分类与代码(修订版)》的通知卫办综发〔2011〕166号。

(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。

【解读】

在精神病专科医院收治的住院患者中,下述 10 种重点疾病的相关数据可反映该医疗机构的专科诊疗水平。

1. 阿尔茨海默病性痴呆 ICD-10: F00
2. 使用酒精引起的精神和行为障碍 ICD-10: F10
3. 精神分裂症 ICD-10: F20
4. 双相情感障碍 ICD-10: F31
5. 抑郁发作与复发性抑郁障碍 ICD-10: F32-F33
6. 惊恐障碍(间歇发作性焦虑) ICD-10: F40.0
7. 强迫性障碍 ICD-10: F42
8. 严重应激反应及适应障碍 ICD-10: F43
9. 躯体形式障碍 ICD-10: F45
10. 弥漫性(综合性)发育障碍 ICD-10: F84

注:非住院的弥漫性(综合性)发育障碍患者的康复训练,可按照训练周期计算例数和费用。

(二) 住院患者安全和权益保障类指标。

【解读】

由于精神疾病的特殊性,入院时和在院期间对患者精神状态和躯体情况进行全面评估,并制定相应的治疗、护理计划,可减少住院患者在治疗过程中出现自杀、自伤和伤人事件的发生率,也可减少压疮、跌倒/迫床和意外烫伤的发生率。对因药物不良反应所致噎食窒息

的患者进行及时有效的抢救，可减少患者死亡率。合理使用保护性约束或隔离措施，是保障精神病患者权益的体现。

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。

指标名称: 入院时攻击、自伤和自杀风险、物质滥用、不良生活事件的评估率。

标准类型: 过程质量。

表达方式: 比率提高。

设置理由:

(1) 全面了解患者精神状态，制定个体化治疗方案。

(2) 采取必要防范措施，保障患者住院安全。

信息采集: 病历记载及相应评估记录表。

对象选择: 入院第一天的患者。

分子: 入院时完成相应评估的患者数。

分母: 同期入院患者的总数。

2. 住院患者压疮发生率及严重程度。

2.1 住院患者压疮发生率及严重程度计算公式

表 1 住院患者压疮发生率及严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1.1	患者入院前已有压疮（主要诊断中有 L89 受压区褥疮）	分子	患者入院前有一处或多处压疮的总例次（季度）
		分母	住院患者总例数（季度）
1.1.1	ICD-10: L89.0 受压区 I 期褥疮	分子	患者入院前有一处或多处一级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.2	ICD-10: L89.1 受压区 II 期褥疮	分子	患者入院前有一处或多处二级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.3	ICD-10: L89.2 受压区 III 期褥疮	分子	患者入院前有一处或多处三级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.4	ICD-10: L89.3 受压区 IV 期褥疮	分子	患者入院前有一处或多处四级压疮的例次（季度）
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.5	自家庭入住时有压疮的患者	分子	自家中入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.6	自养老院入住时有压疮的患者	分子	自长期照护机构入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次

		分母	住院患者例数（季度）
1.1.7	自其他医院转入时有压疮的患者	分子	自医院入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1.1.8	自其他来源入住时有压疮的病人	分子	自其他来源入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母	住院患者例数（季度）
1.2	住院期间发生压疮（出院诊断中有L89 受压区褥疮）	分子	入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1.2.1	ICD-10: L89.0 受压区Ⅰ期褥疮	分子	入住急性照护有一处或多处第一级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1.2.2	ICD-10: L89.1 受压区Ⅱ期褥疮	分子	入住急性照护有一处或多处第二级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1.2.3	ICD-10: L89.2 受压区Ⅲ期褥疮	分子	入住急性照护有一处或多处第三级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1.2.4	ICD-10: L89.3 受压区Ⅳ期褥疮	分子	入住急性照护有一处或多处第四级压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院患者例数（季度）
1.3	住院期间压疮发生率	分子	入住急性照护有一处或多处压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.1	骶尾椎骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生骶尾椎骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.2	坐骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生坐骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1.3.3	股骨粗隆处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生股骨粗隆处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）

		分母-2	住院总床日数（季度）
1. 3. 4	跟骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生跟骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1. 3. 5	足踝处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生足踝处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1. 3. 6	肩胛骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生肩胛骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1. 3. 7	枕骨处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生枕骨处所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1. 3. 8	其他部位压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生其他部位所有级数压疮的患者人次
		分母-1	入院时评估属高风险患者住院总床日数（季度）
		分母-2	住院总床日数（季度）
1. 3. 9	多处压疮发生率	分子	在同一次住院期间发生二处（含）以上所有级数压疮的患者人次
		分母	在同一次住院期间发生一处或多处所有级数压疮的患者人次

2.2 压疮危险因素评估表

（1）Waterlow 压疮危险因素评估表（2005 年）

（2）Norton 压疮危险因素评估表

（3）Braden 压疮危险因素评估表

（注：引自卫生部临床护理实践指南（2011 版）p311）

2.3 压疮分期（美国国家压疮咨询委员会（NPUAP）2007 年压疮分期）

（1）可疑深部组织损伤 由于压力或剪力造成皮下软组织损伤引起的局部皮肤颜色的改变（如变紫、变红），但皮肤完整。

（2）Ⅰ期 皮肤完整、发红，与周围皮肤界限清楚，压之不退色，常局限于骨凸处。

（3）Ⅱ期 部分表皮缺损，皮肤表浅溃疡，基底红，无结痂，也可为完整或破溃的血泡。

（4）Ⅲ期 全层皮肤缺失，但肌肉、肌腱和骨骼尚未暴露，可有结痂、皮下隧道。

（5）Ⅳ期 全层皮肤缺失伴有肌肉、肌腱和骨骼的暴露，常有结痂和皮下隧道。

（6）不能分期 全层皮肤缺失但溃疡基底部覆有腐痂和（或）痂皮。

(注:引自卫生部临床护理实践指南(2011版)p315)

3. 医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度。

3.1 医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度计算公式

表 2 医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1	住院患者的跌倒/坠床与原因	分子	病历中有记录的跌倒/坠床数
		分母	住院人日数
1.1	因患者健康状况而造成跌倒/坠床比率	分子	因患者健康状况而造成跌倒/坠床事件数
		分母	有记录的跌倒/坠床数
1.2	因治疗、药物和(或)麻醉反应而造成跌倒/坠床比率	分子	因治疗、药物和(或)麻醉反应而造成之跌倒/坠床事件数
		分母	有记录的跌倒/坠床数
1.3	因环境中危险因子而造成跌倒/坠床比率	分子	因环境中危险因子而造成跌倒/坠床事件数
		分母	有记录的跌倒/坠床数
1.4	因其他因素而造成跌倒/坠床比率	分子	因其他因素而造成跌倒/坠床事件数
		分母	有记录的跌倒/坠床数
2	跌倒/坠床造成伤害程度	分子	跌倒/坠床造成伤害事件数
		分母	有记录的跌倒/坠床数
2.1	跌倒/坠床造成轻度功能损伤比率	分子	有记录的造成轻度功能损伤事件数
		分母	有记录的跌倒/坠床伤害事件数
2.2	跌倒/坠床造成中度功能损伤比率	分子	有记录的造成中度功能损伤事件数
		分母	有记录的跌倒/坠床伤害事件数
2.3	跌倒/坠床造成重度功能损伤比率	分子	有记录的造成重度功能损伤事件数
		分母	有记录的跌倒/坠床伤害事件数
3	再次发生跌倒/坠床比率	分子	两次或两次以上的有记录跌倒/坠床患者数
		分母	一次或一次以上的有记录跌倒/坠床患者数

3.2 医院内跌倒/坠床所致伤害严重程度(试行)

由于每例因跌倒/坠床所致伤害严重程度不同,所需的治疗也不同,因此按以下三类分级:

(1) 跌倒伤害严重度 1 级,不需要或只需要稍给治疗与观察即可的伤害程度,如皮肤擦伤、软组织挫伤以及不需外科缝合处理的皮肤小裂伤。

(2) 跌倒伤害严重度 2 级,需要采用缝合、外固定等医疗措施的伤害程度,如关节扭

伤、软组织撕裂伤、挫伤等。

(3) 跌倒伤害严重度 3 级, 需要继续住院医疗及他科会诊等医疗措施的伤害程度, 如骨、关节损伤、意识丧失、精神或躯体状态改变等。

(注: 鉴于目前我国内卫生行政部门尚此类“医院内跌倒/坠床所致伤害严重程度”评判标准, 在此仅引用“International Quality Indicator Project of Center for Performance Sciences, 2001”文献中所的内容, 暂先供参考应用, 待积累数据, 适时再起草规范的评判标准文件)

4. 烫伤发生率及伤害严重程度。

医院内烫伤发生率及伤害严重程度见表 3

表 3 医院内烫伤发生率及伤害严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1	住院患者的烫伤与原因	分子	病历中有记录的烫伤数
		分母	住院人日数
1.1	因患者精神症状而造成烫伤比率	分子	因患者精神症状而造成烫伤事件数
		分母	有记录的烫伤数
1.2	因治疗或药物反应而造成烫伤比率	分子	因治疗或药物反应而造成之烫伤事件数
		分母	有记录的烫伤数
1.3	因环境中危险因素而造成烫伤比率	分子	因环境中危险因素而造成烫伤事件数
		分母	有记录的烫伤数
2	烫伤造成伤害程度	分子	烫伤造成伤害事件数
		分母	有记录的烫伤数
2.1	造成 I 度烫伤比率	分子	有记录的造成 I 度烫伤事件数
		分母	有记录的烫伤伤害事件数
2.2	造成 II 度烫伤比率	分子	有记录的造成 II 度烫伤事件数
		分母	有记录的烫伤伤害事件数
2.3	造成 III 度烫伤比率	分子	有记录的造成 III 度烫伤事件数
		分母	有记录的烫伤伤害事件数
3	再次发生烫伤比率	分子	两次或两次以上的有记录烫伤患者数
		分母	一次或一次以上的有记录烫伤患者数

5. 噎食窒息发生率及伤害严重程度。

噎食窒息发生率及伤害严重程度表 4

表 4 医院内噎食窒息发生率及伤害严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1	住院患者的噎食窒息与原因	分子	病历中有记录的噎食窒息数
		分母	住院人日数
1.1	因治疗、药物反应而造成噎食窒息比率	分子	因治疗、药物反应而造成之噎食窒息事件数
		分母	有记录的噎食窒息数
1.2	因其他因素而造成噎食窒息比率	分子	因其他因素而造成噎食窒息事件数
		分母	有记录的噎食窒息数
2	噎食窒息造成伤害程度	分子	噎食窒息造成伤害事件数
		分母	有记录的噎食窒息数
2.1	噎食窒息伤害严重度 1 级比率（抢救成功）	分子	有记录的噎食窒息伤害严重度 1 级事件数
		分母	有记录的噎食窒息伤害事件数
2.2	噎食窒息伤害严重度 2 级比率（有后遗症）	分子	有记录的噎食窒息伤害严重度 2 级事件数
		分母	有记录的噎食窒息伤害事件数
2.3	噎食窒息伤害严重度 3 级比率（导致死亡）	分子	有记录的噎食窒息伤害严重度 3 级事件数
		分母	有记录的噎食窒息伤害事件数
3	再次发生噎食窒息比率	分子	两次或两次以上的有记录噎食窒息患者数
		分母	一次或一次以上的有记录噎食窒息患者数

6. 自杀、自伤发生率及伤害严重程度。

6.1 医院内自杀发生率及伤害严重程度见表 5

表 5 医院内自杀发生率及伤害严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1	住院患者的自杀与原因	分子	病历中有记录的自杀数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院人日数
1.1	因患者精神症状而造成自杀比率	分子	因患者精神症状而造成自杀事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自杀数
1.2	因治疗、药物反应而造成自杀比率	分子	因治疗、药物反应而造成之自杀事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自杀数

1.3	因环境中危险因素而造成自杀比率	分子	因环境中危险因素而造成自杀事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自杀数
1.4	因其他因素而造成自杀比率	分子	因其他因素而造成自杀事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自杀数
2	自杀造成伤害程度	分子	自杀造成伤害事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自杀数
2.1	自杀伤害严重程度 1 级比率（经过治疗未损伤功能）	分子	有记录的自杀伤害严重程度 1 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自杀伤害事件数
2.2	自杀伤害严重程度 2 级比率（有功能损伤）	分子	有记录的自杀伤害严重程度 2 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自杀伤害事件数
2.3	自杀伤害严重程度 3 级比率（导致死亡）	分子	有记录的自杀伤害严重程度 3 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自杀伤害事件数
3	再次发生自杀比率	分子	两次或两次以上的有记录自杀患者数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	一次或一次以上的有记录自杀患者数

6.2 医院内自伤发生率及伤害严重程度见表 6

表 6 医院内自伤发生率及伤害严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1	住院患者的自伤与原因	分子	病历中有记录的自伤数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院人日数
1.1	因患者精神症状而造成自伤比率	分子	因患者精神症状而造成自伤事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自伤数
1.2	因治疗、药物反应而造成自伤比率	分子	因治疗、药物反应而造成之自伤事件数

		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自伤数
1.3	因环境中危险因素而造成自伤比率	分子	因环境中危险因素而造成自伤事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自伤数
1.4	因其他因素而造成自伤比率	分子	因其他因素而造成自伤事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自伤数
2	自伤造成伤害程度	分子	自杀、自伤造成伤害事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自伤数
2.1	自伤伤害严重程度1级比率（经过治疗未损伤功能）	分子	有记录的自伤伤害严重程度1级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自伤伤害事件数
2.2	自伤伤害严重程度2级比率（导致轻度功能损伤）	分子	有记录的自伤伤害严重程度2级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自伤伤害事件数
2.3	自伤伤害严重程度3级比率（导致严重功能损伤）	分子	有记录的自伤伤害严重程度3级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的自伤伤害事件数
3	再次发生自伤比率	分子	两次或两次以上的有记录自伤患者数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	一次或一次以上的有记录自伤患者数

7. 伤人、毁物发生率及伤害严重程度。

伤人发生率及伤害严重程度见表7

表7 医院内伤人发生率及伤害严重程度

序号	指标名称	计算公式	
1	住院患者的伤人与原因	分子	病历中有记录的伤人数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院人日数
1.1	因精神症状而造成伤人比率	分子	因精神症状而造成之伤人事件数

		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的伤人数
1.2	因治疗、药物反应而造成伤人比率	分子	因治疗、药物反应而造成伤人事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的伤人、毁物数
2	伤人造成伤害程度	分子	伤人造成伤害事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的伤人数
2.1	伤人伤害严重程度 1 级比率（受伤）	分子	有记录的伤人伤害严重程度 1 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的伤人伤害事件数
2.2	伤人伤害严重程度 2 级比率（致残）	分子	有记录的伤人伤害严重程度 2 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的伤人伤害事件数
2.3	伤人伤害严重程度 3 级比率（致死）	分子	有记录的伤人伤害严重程度 3 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的伤人伤害事件数
3	再次发生伤人比率	分子	两次或两次以上的有记录伤人患者数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	一次或一次以上的有记录伤人患者数

8. 擅自离院发生率。

指标名称: 擅自离院发生率。

标准类型: 过程质量。

表达方式: 比率降低。

设置理由:

- (1) 考量医护人员对患者病情的了解程度。
- (2) 是否有效地控制精神症状对患者行为的影响。
- (3) 防范措施是否到位。

信息采集: 相关记录。

对象选择: 住院患者。

分子: 每季度擅自离开医院患者数。

分母: 每季度入院患者数。

除外病例: 行走不便患者。

9. 住院期间约束和隔离措施使用率。

保护性约束或隔离措施使用率。

指标名称: 保护性约束或隔离措施使用率。

标准类型: 过程质量。

表达方式: 比率降低。

设置理由:

- (1) 充分保障患者权益, 严格掌握使用保护性约束或隔离的指征。
- (2) 严格执行相关规章制度, 做好相关记录。

信息采集: 医嘱和相关记录。

对象选择: 非自愿住院患者。

分子: 每月被保护性约束或隔离的患者数。

除外病例: 开放病房住院患者。

分母: 同期封闭病房入院数。

10. 出院前社会功能评估的完成率

指标名称: 出院前社会功能评估的完成率。

标准类型: 过程质量。

表达方式: 比率提高。

设置理由:

- (1) 社会功能的回复是精神疾病患者康复的标志。
- (2) 出院前评估患者的社会功能为制定后续治疗方案提供依据。

信息采集: 出院记录。

对象选择: 单位时间出院患者。

分子: 出院前完成社会功能评估的数量。

分母: 同期出院患者数。

11. 出院后持续服务计划制定率、实施率。

指标名称: 出院后持续服务计划制定率、实施率。

标准类型: 过程质量。

表达方式: 比率提高。

设置理由:

(1) 保证精神病患者获得系统治疗及康复。

(2) 出院时应该向患者和监护人详细交代出院后注意事项和后续治疗方案。

信息采集: 出院记录和随访记录。

对象选择: 单位时间出院患者。

分子: 出院患者有后续服务计划并实施的数量。

分母: 同期出院患者数。



三、合理用药监测指标

【概述】

按每季、每年，统计合理用药的基本监测指标，了解医院合理用药的基本情况。根据卫生部《2012 年抗菌药物临床应用专项整治活动方案》的要求，在原“标准”7 项的基础上作了修改增补为 9 项，以适应新形势的要求。

【监测指标解读】

（一）出院时多种抗精神病或抗抑郁药物联合使用率

指标名称: 出院时多种（ ≥ 3 种以上）抗精神病药或抗抑郁剂联合使用率。

标准类型: 过程质量。

表达方式: 比率降低。

设置理由:

1. 单一用药，减少药物之间相互作用，保障用药安全是精神科药物治疗的原则。
2. 选择一种抗精神病药或抗抑郁剂，在没有严重不良反应情况下，应尽快加至足量，有效控制患者精神症状，缩短平均住院日。

信息采集: 病历出院志中出院带药栏目。

对象选择: 每月住院时间超过 15 天以上的出院患者。

分子: 每月出院时使用两种以上抗精神病药或抗抑郁剂的患者数。

除外病例: 入院时已经合并两种以上抗精神病药或抗抑郁剂。

分母: 每月出院的患者数。

除外病例: 住院时间少于 15 天的患者。

（二）医院抗菌药物品种原则上不超过 10 种（增补）

同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过 2 种，具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复采购。

本监测指标所指抗菌药物是指治疗细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌等病原微生物所致感染性疾病的药物，不包括治疗结核病、寄生虫病和各种病毒所致感染性疾病的药物以及具有抗菌作用的中药制剂。

不包括抗结核病药、抗病毒药、抗寄生虫药；不含植物成分的抗菌药、不包括抗皮肤感染药、眼科抗感染药等外用品。

（三）住院患者抗菌药物使用率（增补）

指标名称: 住院患者抗菌药物使用率（%）

对象选择: 全部住院患者

指标类型: 结果指标

指标改善: 比率降低（<5%）。

分子: 出院患者使用抗菌药物例数※

分母: 同期出院患者总例数

计算公式:

$$\text{住院患者抗菌药物使用率（\%）} = \frac{\text{出院患者使用抗菌药物例数}}{\text{同期出院患者总例数}} \times 100$$

注:

1. 以病人使用抗菌药物例数计算，一个病例中无论其使用了几种抗菌药物（包括不同剂型），都只计为1例使用抗菌药物例数。
2. 出院患者使用抗菌药物（住院医嘱）包括全身作用的抗生素类和合成抗菌药物类，不包括抗结核病药、抗真菌药、抗病毒药、抗寄生虫药、抗皮肤感染药、眼科抗感染药等外用品；不含植物成分的抗菌药。

（四）门诊患者抗菌药物处方比例

指标名称: 抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）。

对象选择: 全部门诊处方。

指标类型: 过程指标。

指标改善: 比率降低（<5%）

分子: 单位时间内含有抗菌药物的门诊处方数。

分母: 单位时间内门诊处方总数。

计算公式:

$$\text{门诊患者抗菌药物处方比例（\%）} = \frac{\text{单位时间内含有抗菌药物的门诊处方数}}{\text{同一单位时间内门诊处方总数}} \times 100$$

注:

1. 门诊患者抗菌药物处方包括抗生素类和合成抗菌药物类，不含植物成分的抗菌药。
2. 抗结核病药、抗麻风病药、抗真菌药、抗病毒药、抗寄生虫药在此表中不列为抗菌药。
3. 抗皮肤感染药、抗眼科感染药及含庆大霉素、喹诺酮类或其它复方的止泻药，列为抗菌药。

（五）急诊患者抗菌药物处方比例

指标名称: 抗菌药物处方数/每百张急诊处方 (%)。

对象选择: 全部急诊处方。

指标类型: 结果指标。

指标改善: 比率降低 (<10%)

分子: 单位时间内含有抗菌药物的急诊处方数。

分母: 单位时间内急诊处方总数。

计算公式:

$$\text{急诊患者抗菌药物处方比例 (\%)} = \frac{\text{单位时间内含有抗菌药物的急诊处方数}}{\text{同一单位时间内急诊处方总数}} \times 100$$

注:

1. 急诊患者抗菌药物处方包括抗生素类和合成抗菌药物类, 不含植物成分的抗菌药;
2. 抗结核病药、抗麻风病药、抗真菌药、抗病毒药、抗寄生虫药在此表中不列为抗菌药;
3. 抗皮肤感染药、抗眼科感染药及含庆大霉素、喹诺酮类或其它复方的止泻药, 列为抗菌药。

（六）抗菌药物使用强度（增补）

指标名称: 抗菌药物使用强度。

对象选择: 全部住院病人。

指标类型: 过程指标。

指标改善: 比率降低 (<5DDD)。

分子: 抗菌药物消耗量 (累计 DDD 数)

分母: 同期收治患者住院天数。

计算公式:

$$\text{抗菌药物使用强度} = \frac{\text{抗菌药物消耗量 (累计 DDD 数)}}{\text{同期收治患者住院天数}} \times 100$$

注:

1. 抗菌药物消耗量 (累计 DDD 数) = 所有抗菌药物 DDD 数的和。
2. 某个抗菌药物的 DDD 数 = 该抗菌药物消耗量 / DDD 值 (克 / DDD 值)。
3. DDD (Defined Daily Doses) 值: WHO 推荐的日处方协定剂量
庆大霉素 (24 万单位) + 阿莫西林 (1 克) + 头孢他啶 (4 克)
庆大霉素 (1DDD) + 青霉素 (1DDD) + 头孢他啶 (1DDD) = 3DDD

4. 同期收治患者人天数=同期收治患者人数×同期患者平均住院天数。

(七) 接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率(增补)

指标名称: 接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率(%)。

对象选择: 接受抗菌药物治疗住院患者。

指标类型: 结果指标。

指标改善:

接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于50%。

接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于80%。

分子: 接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检例数。

分母: 同期接受抗菌药物治疗住院患者总例数。

计算公式:

$$\text{微生物检验样本送检率}(\%) = \frac{\text{接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检例数}}{\text{同期接受抗菌药物治疗住院患者总例数}} \times 100$$

(八) 药费收入占医疗总收入比重

指标名称: 药费收入占医疗总收入比重(%)。

对象选择: 医疗总收入中的药费总收入金额。

指标类型: 结果指标。

指标改善: 比率降低。

分子: 年度药费总收入(万元)。

分母: 年度医疗总收入(万元)。

计算公式:

$$\text{药费收入占医疗总收入比重}(\%) = \frac{\text{年度药费总收入(万元)}}{\text{年度医疗总收入(万元)}} \times 100$$

(九) 抗菌药占西药出库总金额比重

指标名称: 抗菌药物占西药出库总金额比重(%)。

对象选择: 西药出库总金额中的抗菌药出库总金额。

指标类型: 结果指标。

指标改善: 比率降低。

分子: 年度抗菌药出库总金额 (万元)。

分母: 年度西药出库总金额 (万元)。

计算公式:

$$\text{抗菌药物占西药出库总金额比重 (\%)} = \frac{\text{年度抗菌药出库总金额 (万元)}}{\text{年度西药出库总金额 (万元)}} \times 100$$

