

三级肿瘤医院评审标准（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，卫生部印发了《三级肿瘤医院评审标准(2011 年版)》（卫医管发〔2011〕79 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，医院开展自我监管与质量改进提供依据，制定本细则。

一、本细则适用范围

《三级肿瘤医院评审标准（2011 年版）实施细则》适用于三级肿瘤医院及其它开展肿瘤诊疗的医院，其余各级各类医院可参照使用。

本细则共设置 7 章 71 节 377 条标准与监测指标。

第一章至第六章共 65 节 340 条 571 款标准，用于对三级肿瘤医院实地评审，并作为医院自我评价与改进之用；在本说明的各章节中带“★”为“核心条款”，共 32 项。

第七章共 6 节 37 条监测指标，用于对三级肿瘤医院的医院运行、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

适用于所有三级肿瘤医院。

（二）核心条款

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

（三）可选项目

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

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	7	36	39	2
第二章 医院服务	8	33	36	2
第三章 患者安全	10	27	28	4
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	24	157	319	16
第五章 护理管理与质量持续改进	5	30	48	2
第六章 医院管理	11	57	104	6
合计	65	340	574	32

三、评审结果表达的方式

（一）评审结果采用 A、B、C、D、E 五档表达方式

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、承担公立医院与基层医疗机构对口协作等政府指令性任务	7
四、应急管理	10
五、临床医学教育与继续医学教育	13
六、科研及其成果推广	15
七、承担肿瘤防治社会责任	17
第二章 医院服务	20
一、开展预约诊疗服务	20
二、门诊流程管理	22
三、院内急危重症通道管理	24
四、住院、转诊、转科服务流程管理	26
五、基本医疗保障服务管理	28
六、患者的合法权益	29
七、投诉管理	31
八、就诊环境管理	34
第三章 患者安全	36
一、确立查对制度，识别患者身份	36
二、确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤	38
三、确立手术安全核查制度，防止手术患者、手术部位及术式发生错误	39
四、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求	41
五、特殊药物的管理，提高用药安全	42
六、临床“危急值”报告制度	44
七、防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生	45
八、防范与减少患者压疮发生	46
九、妥善处理医疗安全（不良）事件	47
十、患者参与医疗安全	49
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	50
一、质量与安全管理组织	50
二、医疗质量管理与持续改进	53
三、医疗技术管理	57
四、临床路径与单病种质量管理与持续改进	60
五、肿瘤多学科诊疗管理与持续改进	63
六、肿瘤内科治疗的质量管理与持续改进	66
七、手术治疗管理与持续改进	72
八、麻醉管理与持续改进	78

九、重症医学科管理与持续改进	84
十、肿瘤放射治疗质量管理与持续改进	88
十一、肿瘤介入诊疗质量管理与持续改进	94
十二、肿瘤姑息治疗质量管理与持续改进	98
十三、内窥镜检查和治疗的质量控制与持续改进	100
十四、中医管理与持续改进	103
十五、药事和药物使用管理与持续改进	105
十六、临床检验管理与持续改进	118
十七、病理管理与持续改进	127
十八、医学影像管理与持续改进	137
十九、核医学及 PET-CT 质量管理与持续改进	142
二十、输血管理与持续改进	146
二十一、医院感染管理与持续改进	155
二十二、临床营养管理与持续改进	162
二十三、其他特殊诊疗管理与持续改进	165
二十四、病历（案）管理与持续改进	170
第五章 护理管理与质量持续改进.....	176
一、确立护理管理组织体系	176
二、护理人力资源管理	179
三、临床护理质量管理与改进	183
四、护理安全管理	187
五、特殊护理单元质量管理与监测	189
第六章 医院管理	193
一、依法执业	193
二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制	196
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	199
四、人力资源管理	201
五、信息与图书管理	206
六、财务与价格管理	210
七、医德医风管理	215
八、后勤保障管理	217
九、医学装备管理	223
十、院务公开管理	228
十一、医院社会评价	230
第七章 日常统计学评价	231
一、医院运行基本监测指标	233
二、住院患者医疗质量与安全监测指标	235
三、单（特定）病种质量指标	249
四、重症医学（ICU）质量监测指标	261
五、合理用药监测指标	266
六、医院感染控制质量监测指标	271

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
1.1.1.1 医院的功能、任务和定位明确，保持适度规模。	
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肿瘤医院设置标准。	【C】 1. 医院符合卫生部规定肿瘤医院设置基本标准全部条款，获得批准等级至少正式执业三年以上。 (1) 卫生技术人员与开放床位不低于 1.1:1。 (2) 病房护士与开放床位之比不低于 0.4:1。 (3) 在岗护士占卫生技术人员总数 ≥ 50%。 2. 承担本辖区（省、自治区、直辖市）内肿瘤疾病的防治、诊治规范的制定、规范化治疗的培训、疑难肿瘤疾病的诊治及会诊、肿瘤咨询及健康宣教等。 3. 省级卫生行政部门规定的其他要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 临床科室主任具有正高职称 ≥ 90%。 2. 护士中具有大专及以上学历者 ≥ 50%。 3. 平均住院日 ≤ 14 天。 4. 开放床位明显大于执业登记床位时(大于 10%)，有增加床位的申请批准文件。
	【A】 符合“B”，并 1. 承担全国肿瘤疾病临床路径及单病种管理方案的制定与培训。 2. 对卫生行政部门不定期检查提出的改进意见进行整改取得并取得明显成效。
1.1.2 肿瘤临床科室一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术项目符合省级卫生行政部门规定的标准。	
1.1.2.1 肿瘤临床科室一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术项目达到省级卫生行政部门规定的三级医院标准。	【C】 1. 诊疗科目符合卫生行政部门设置规定《三级肿瘤医院基本标准》，获得批准至少正式执业三年以上。 2. 临床科室诊疗科目至少设有：肿瘤外科（二级专业 ≥ 4 个）、肿瘤内科（二级专业 ≥ 4 个）、放射治疗科（二级专业 ≥ 3 个）、肿瘤妇科、、中医（中西医结合）科等临床科室。 3. 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。
	【B】 符合“C”，并 1. 肿瘤外科、内科、放疗科的二级专业数合计 ≥ 11 个，科室设置还应包括：肿瘤预防及筛查（预防保健）部门、心理治疗、肿瘤姑息治疗、口腔科等。 2. 二级专业至少有高年资副主任医师（任职 3 年以上）主持临床工作。

	【A】符合“B”，并 1. 有独立的放射生物专业组。 2. 二级专业由主任医师（任职3年以上）主持临床工作。 3. 有卫生部批准的临床重点专科。
1.1.2.2 能够独立诊治《临床诊疗指南-肿瘤分册》中所列病种。	【C】 能够独立诊治《临床诊疗指南-肿瘤分册》中所列病种≥80%。 【B】符合“C”，并 能够独立诊治《临床诊疗指南-肿瘤分册》中所列病种≥90%。 【A】符合“B”，并 能够独立诊治《临床诊疗指南-肿瘤分册》中所列的全部病种。
1.1.3 肿瘤内科、肿瘤外科与放射治疗专业诊疗技术水平在本辖区（省、直辖市、自治区）、或全国专业领域学科优势明显，并能承担外辖区肿瘤患者转诊服务。	
1.1.3.1 肿瘤内科、肿瘤外科与放射治疗专业诊疗技术水平在本辖区（省、直辖市、自治区）、或全国专业领域学科优势明显。 （详见本细则第七章第二节） （提供评审前三年住院病历首页信息证实）	【C】 1. 住院重点疾病、手术、介入诊疗工作量与质量处于本辖区（省、直辖市、自治区）前列（前25百分位）。 （1）肿瘤内科十六种住院重点疾病：总例数、死亡例数、二周与一个月内再住院例数、平均住院日与总费用。 （2）肿瘤外科十五种住院重点手术：总例数、死亡例数、术后非预期再手术例数、平均住院日与总费用。 （3）独立开展常规放射治疗技术（包括X-线，r-线，电子束照射）、常规X-线定位后装放射治疗、三维适形放射治疗、调强放射治疗或旋转调强放射治疗等。 2. 能承担外辖区疑难肿瘤患者转入服务。 【B】符合“C”，并 1. 住院重点疾病、手术治疗工作量与质量处于全国先进（中位数）。 2. 开展图像引导放射治疗、三维定位后装放射治疗、调强适形放射治疗或旋转调强放射治疗、或更先进的技术治疗，其患者数占全部收治病人比例≥50%。 【A】符合“B”，并 1. 住院重点疾病、手术治疗工作量与质量处于全国前列（前25百分位）。 2. 开展三维适形和调强放射治疗，图像引导放射治疗或旋转调强放射治疗、或更先进的技术治疗，其患者数占全部收治病人比例≥60%。
1.1.4 医技科室服务能满足临床科室需要，项目设置、设备配置、人员梯队与技术能力符合省级卫生行政部门规定的标准；病理、医学影像（含放射、超声、核医学及PET-CT等）、检验专业等肿瘤相关专业技术水平与质量处于本省（自治区、直辖市）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. 医技科室设置、人员编制、设备配置符合省级卫生行政部门关于三肿瘤合医院标准。 2. 医技科室至少设有药剂科、检验科、放射科、麻醉科、手术室、病理科、输血科、核医学科、影像诊断科、消毒供应室、病案室、营养科和相应的临床功能检查室。 3. 配置乙类设备，如：

	(1) X 线电子计数机断层扫描装置 (CT)。 (2) 医用磁共振成像设备 (MRI)。 (3) 800 毫安以上数字减影血管造影 X 线机 (DSA)。 (4) 单光子发射型电子计数机断层扫描仪 (SPECT、SPECT-CT)。 (5) 医用电子直线加速器 (LA)。 (6) 全自动生化检测仪。 (7) 全自动免疫检测仪。 (8) 热疗。 (9) 射频治疗。 4. 工程技术人员占卫生技术人员总数的比例不低于 1%。 5. 临床营养师不少于 2 人。
	【B】 符合 “C”，并 1. 医技科室主任具有正高职称 > 70%。 2. 医技科室实验室项目完全达到集中设置、统一管理、资源共享。 3. 定期开展上述乙类设备的使用效率和效果分析。 4. 有省级卫生行政部门批准的省级临床质控中心或重点专科。
	【A】 符合 “B”，并 1. 医技科室主任具有正高职称 > 90%。 2. 有卫生部批准的国家级临床质控中心或重点专科。

二、医院内部管理机制科学规范

评审标准	评审要点
1.2.1 坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。	
1.2.1.1 坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。	【C】 1. 医院文化建设和服务宗旨、院训、发展规划体现坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。 2. 有保障基本医疗服务的相关制度与规范。 3. 参加并完成各级卫生行政部门指定的社会公益项目，有评审前三年完成项目数量、参加的医务人员总人次、资金支持等资料。 （1）各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业项目。 （2）完成边远地区医疗服务援助项目。 （3）开展或举办多种形式社会公益性活动（如义诊、健康咨询、募捐等）。 （4）其他项目。
	【B】 符合“C”，并 1. 有深化改革，坚持“以病人为中心”，提高质量、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 按照规范开展肿瘤专业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. 具备肿瘤专业住院医师培训基地的资质。 2. 有肿瘤专业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肿瘤专业住院医师及输送单位对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，持续改进肿瘤专业住院医师规范化培训。
1.2.3 将推进规范诊疗、临床路径管理和单病种质量控制作为推动医疗质量持续改进的重点项目。	
1.2.3.1 将推进肿瘤规范诊疗、临床路径管理和单病种质	【C】 1. 根据《临床路径管理指导原则（试行）》，遵循循证医学原则，结合本院实际筛选病种，制定本院临床路径实施方案。

量控制作为推动医疗质量持续改进的重点项目。	2. 根据卫生部发布的单病种质量指标，结合本院实际，制定实施方案。 3. 医院有诊疗指南、操作规范以及相关质量管理方案。 【B】符合“C”，并 1. 有专门部门和人员对诊疗规范、临床路径和单病种管理的执行情况定期检查分析，及时反馈，改进。 2. 开展临床路径试点专业和病种数、符合进入临床路径患者入组率、入组后完成率符合要求。 【A】符合“B”，并 1. 实行单病种（第七章第三节所列病种）规范管理，有完整的管理资料。 2. 有信息化支持临床路径管理、单病种管理。
1.2.4 以缩短平均住院日为切入点，优化医疗服务系统与流程，缩短患者诊疗等候时间。	
1.2.4.1 提高工作效率，优化医疗服务流程，缩短患者诊疗等候时间和住院天数。	【C】 1. 对医疗服务流程中存在的问题有系统调研。 2. 对影响医院平均住院日的瓶颈问题有系统调研。 3. 有根据调研结果采取缩短患者诊疗等候时间和住院天数的措施。 【B】符合“C”，并 医院从系统管理、流程再造等方面通过多部门协作，落实整改措施，优化服务流程，提高工作效率，缩短患者诊疗等候时间和住院时间。 【A】符合“B”，并 1. 门诊等候时间缩短，无排队现象。 2. 医技普通检查当天完成，检验当天出具报告，特殊检查缩短预约时间。 3. 近五年住院天数有降低趋势。
1.2.5 按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，确保基本药物的优先合理使用。	
1.2.5.1 按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，确保基本药物的优先合理使用。	【C】 1. 有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先使用国家基本药物的的相关规定及监督体系。 2. 有专门人员定期对医师处方是否优先合理使用基本药物进行督查、分析及反馈。 【B】符合“C”，并 有职能部门定期对优先使用国家基本药物情况进行总结分析、调整反馈，满足基本医疗服务需要。 【A】符合“B”，并 1. 国家基本药品目录列入医院用药目录，有相应的采购、库存量。 2. 对享有基本医疗服务对象使用国家基本药物（门诊、住院）的比例符合省卫生行政部门的规定。
1.2.6 控制公立医院特需服务规模。	
1.2.6.1 控制公立医院特需服务规模。	【C】 1. 有控制公立医院特需服务规模措施与动态管理机制。 2. 特需服务规模占全院服务规模$\leq 10\%$。

	【B】 符合 “C” ， 并 1. 特需门诊量不超过专家门诊量 10%。 2. 住院特需床位数量占开放床位数 ≤ 7%。
	【A】 符合 “B” ， 并 1. 特需门诊总量占总门诊量 ≤ 5%。 2. 住院特需床位数量占开放床位数 ≤ 5%。

三、承担公立医院与基层医疗机构对口协作等政府指令性任务

评审标准	评审要点
1.3.1 将对口支援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 将对口支援下级(以下简称受援医院)及支援社区卫生服务工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，专人负责。 (★)	【C】 1. 支援下级医院工作纳入院长目标责任制管理，有计划和具体实施方案。 2. 有专门部门和人员负责下级医院支援协调工作。 3. 针对受援医院的需求，制订重点扶持计划并组织实施，按照卫生部《市、县级医院常见肿瘤规范化诊疗指南（试行）》及《外科10个病种县医院版临床路径》要求，实施系统的技术指导、人才培养及管理帮扶。 4. 参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容。
	【B】 符合“C”，并 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，使受援下级医院（肿瘤诊疗）达到卫生部《市、县级医院常见肿瘤规范化诊疗指南（试行）》及《外科10个病种县医院版临床路径》要求，取得显著成效。
1.3.2 承担政府分配的培养肿瘤诊疗人才的指令性任务，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. 对政府指令的下级医院（肿瘤专业）培养任务，有相关制度和具体措施予以保障。 2. 有每年为下级医院（肿瘤专业）培养人才项目的实施计划，并组织实施。 3. 有“参与支援下级医院服务纳入各级人员晋升考评内容”的明确规定。 4. 到农村服务医师人数占符合晋升条件人数比例≥60%。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门加强对下级医院（肿瘤专业）人才培养工作监督管理，对培养效果进行追踪评价。 2. 有完整的项目培养资料，包括学员名单、授课课件、学时、考核和评价等。 3. 到农村服务医师人数占符合晋升条件人数比例≥70%。
	【A】 符合“B”，并 1. 到农村服务医师人数占符合晋升条件人数比例≥90%。 2. 有关人才培养的指令性项目实施效果良好，受训学员满意度高，获得各级政府肯定或表扬、奖励等。
1.3.3 根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务。	
1.3.3.1 根据《中华人民共和国传	【C】 1. 有专门部门依据法律法规和规章、规范负责传染病管理工作。

染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务。	2. 有指定人员负责传染病疫情监控、报告以及传染病预防工作。 3. 对发现的法定传染病患者、病原携带者、疑似患者的密切接触者采取必要的治疗和控制措施。 4. 对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品以及医疗废物实施消毒和无害化处置。 5. 对传染病预检、分诊有制度，对传染病患者、疑似传染病患者应当引导至相应的诊疗机构进行诊治。 【B】符合“C”，并 门诊、住院诊疗信息登记完整，传染病报告、诊疗和消毒隔离、医疗废物处理规范。 【A】符合“B”，并 职能部门对传染病管理定期监督检查、总结分析，持续改进传染病管理，无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散。
1.3.4 开展肿瘤健康教育、健康咨询等多种形式的公益性社会活动。	
1.3.4.1 开展健康教育与健康促进、健康咨询等多种形式的公益性社会活动。	【C】 1. 有针对本地区人群健康状况特点开展健康教育与健康促进以及健康咨询等公益性活动。 2. 有接受各级行政部门指令或医院自发组织的社会公益活动。 3. 医院有开展禁止吸烟宣教和督查，全院各处设有醒目统一的禁烟标志。 【B】符合“C”，并 开展健康教育与健康促进，对开展健康教育、健康促进、健康咨询等公益性活动有定期效果评价，持续改进。 【A】符合“B”，并 开展公益性社会活动获得省级及以上表彰。
1.3.5 在基本医疗保障制度框架内，医院应建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。	
1.3.5.1 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。
1.3.6 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。	
1.3.6.1 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，承担突发公共事件的紧急医疗救援任务和配合突发公共卫生事件防控工作。	
1.4.1.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，承担突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。	【C】 1. 各级各类人员了解国家有关法律、法规和各级政府制定的应急预案内容。 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. 有职能部门负责应急管理工作，相关人员熟悉应急预案以及医院的执行流程。 2. 有参与突发事件医疗救援和突发公共卫生事件防控工作的完整资料。
	【A】 符合“B”，并 对参与的每一例医疗救援或防控工作均有总结分析，持续改进应急管理工作。
1.4.2 加强领导，成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。	
1.4.2.1 建立健全医院应急管理和应急指挥系统，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. 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. 有医院急队伍，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. 医院应急队伍组成垂直和水平关系明晰，跨度合理，覆盖应急反应的各个方面，确保应急行动的协调和高效，能够得到后勤系统和医学装备部门的支持。
	【A】 符合“B”，并 1. 有应急演练或应急实践总结分析，对医院应急指挥系统的效能进行评价，持续改进应急管理工作。 2. 有新闻发言人制度，根据法律法规和有关部门授权履行信息发布。
1.4.3 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。	

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

	【B】符合“C”，并 1. 对本院备置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。 2. 对突发火灾、雷击、风灾、水灾造成的停电有应急措施。 3. 定期检查接地系统，对手术室、ICU、医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。 【A】符合“B”，并 1. 供电部门 24 小时值班制，有完整的交接班记录。 2. 有停电及应急处理的完整记录，记录时间精确到分，有处理人员的签名。 3. 有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。
1.4.6 建立医院应急管理评估与持续改进机制。	
1.4.6.1 建立医院应急管理评估与持续改进机制。	【C】 有对医院各类应急管理进行评估的制度，并执行。 【B】符合“C”，并 对医院应急管理制度进行修订，并开展再培训与教育。 【A】符合“B”，并 实例或数据证实医院应急管理持续改进有成效。

五、临床医学教育与继续医学教育

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，并能发挥作用	
1.5.1.1 教学师资、设备设施符合医学院校教育要求，承担研究生学历教育，具备研究生学位授权点。	【C】 医院具有能够承担医学院校教学的教学师资、设备设施，符合教育部对三级医院的教学要求。
	【B】 符合“C”，并 具备参与或承担高等学校教材（教科书）编撰工作能力，并已出版，或被指定为省级临床专科技术培训中心或基地。
	【A】 符合“B”，并 为国家级临床肿瘤专科技术培训中心或基地。
1.5.2 承担本科以上医学生的临床教学任务。	
1.5.2.1 承担本科或以上医学生的临床教学和实习任务。	【C】 1. 完成本科或以上临床教学工作，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. 有年度培养本科生或以上的专业、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届本科或以上医学教育工作。 3. 独立承担硕士研究生教育。
	【A】 符合“B”，并 独立承担博士研究生教育。
1.5.3 承担住院医师规范化培训和县级医院肿瘤骨干医师培训任务。	
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、县级医院肿瘤专业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. 为省级卫生行政部门批准的住院医师（肿瘤专业）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、县医院肿瘤专业骨干医师培养情况的追踪随访、总

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

六、科研及其成果推广

评审标准	评审要点
1.6.1 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。	
1.6.1.1 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。	【C】 1. 有科研工作管理制度。 2. 有鼓励医务人员参与科研工作的具体措施。 3. 有科研经费支持及相应的科研条件与设施。 4. 有专门部门和人员对医务人员参与科研工作进行管理。
	【B】 符合“C”，并 1. 有省级的重点学科或省级重点实验室。 2. 医院设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料。 3. 对科研工作有监管，有追踪、有评估与持续改进，有记录。
	【A】 符合“B”，并 1. 有国家级的重点学科或国家级重点实验室或国家药物临床试验机构。 2. 医院年度科研经费投入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，开展临床与基础相结合的研究工作，并取得成效。	【C】 1. 有近5年来承担各级各类科研项目、科研经费及科研成果的相关资料。 2. 有科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）与医院开放床位比例（如每百张开放床位）、与在册医护研人员比例（如每百名医师、或护士、或药师、或技师、或专职科研人员等）的统计资料和统计分析。 3. 有临床科研项目数量，占总项目比例及专利技术转化的相关资料。 4. 医院配套经费到位率 $\geq 80\%$ （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）及与医院开放床位比例、与在册医护研人员比例的统计资料和统计分析。 3. 医院配套经费到位率 $\geq 90\%$ （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）及与医院开放床位比例、与在册医护研人员比例的统计资料和统计分析。 3. 临床科研项目数量，占总项目比例及专利技术转化情况。 4. 医院配套经费到位率 $\geq 95\%$ （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, 并签署知情同意书。 (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查员或稽查员的监查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。

七、承担肿瘤防治社会责任

评审标准	评审要点
1.7.1 承担的本省（区、市）或全国肿瘤防控社会责任，指导本省（区、市）或全国其它医院开展肿瘤诊疗活动。	
1.7.1.1 承担的本省（区、市）/或全国肿瘤防控社会责任，指导本省（区、市）/或全国其它医院开展肿瘤防控活动。	【C】 1. 具有肿瘤专业的团队，承担本区、市肿瘤防控社会责任。 2. 有满足各种常见肿瘤筛查的检查项目。 3. 对本地区其它医院开展肿瘤筛查工作提供指导。
	【B】 符合“C”，还应 1. 具有肿瘤专业的团队（副主任医师及以上人员），承担全省肿瘤防控社会责任，有专职人员负责肿瘤防控工作。 2. 有职能部门监管及评价并根据监管情况持续改进肿瘤防控工作。
	【A】 符合“B”，还应 1. 持续改进肿瘤防控工作取得明显成效。 2. 具有肿瘤多学科的专家团队（主任医师为核心），承担全国肿瘤防控社会责任。
1.7.2 承担本省（区、市）或全国肿瘤诊疗质量控制中心工作，制定本省（区、市）或全国肿瘤诊疗规范等指导文件。	
1.7.2.1 承担本省（区、市）或全国肿瘤诊疗质量控制中心工作，制定本省（区、市）/或全国肿瘤诊疗规范等指导文件。	【C】 1. 承担本区、市肿瘤诊疗质量控制中心工作。 2. 指导本区、市二级医院开展肿瘤诊疗工作。
	【B】 符合“C”，并 1. 承担全省（区、市）肿瘤诊疗质量控制中心工作。 2. 参与制定本省肿瘤诊疗规范等指导文件。 3. 指导本省三级医院开展肿瘤诊疗工作。
	【A】 符合“B”，并 1. 承担全国肿瘤诊疗质量控制中心工作。 2. 参与制定全国肿瘤诊疗规范等指导文件。 3. 跨省指导三级医院开展肿瘤诊疗工作。
1.7.3 设有独立的肿瘤防控、筛查、随访部门及场所，配置适宜的专职人员。	
1.7.3.1 设有独立的肿瘤防控、筛查、随访部门及场所，配置适宜的专职人员。	【C】 1. 具有相对独立的肿瘤筛查场所和候检场所，常用仪器设备齐全。 2. 应设置以常见肿瘤病种为核心的筛查专业和相应诊室。 3. 设有专职的肿瘤筛查医师，并依法取得《医师执业证书》，执业地点注册在本医疗机构，从事肿瘤专科临床工作时间≥3年，设有专职的主检医师。 4. 护士并依法取得《护士执业证书》，执业注册地点在本医疗机构，从事肿瘤专科临床护理工作时间≥3年。 5. 筛检流程合理、流畅，受检人员在筛查区域以外的医技科室接受检查时有引

	导服务。 【B】符合“C”，并 1. 肿瘤筛查医师须具有中级及以上专业技术职称，固定的肿瘤筛查医师专职人数≥ 4人。 2. 专职肿瘤筛查主检医师必须是肿瘤外科或肿瘤内科专业，并具有副主任医师及以上专业技术职称，并经省级卫生行政部门培训合格。 3. 护士和医师之比不低于 2:1，配备接诊、导检、随诊及健康教育人员≥ 3人。 【A】符合“B”，并 1. 专职肿瘤筛查主检医师人数≥ 2人。 2. 应配备有健康教育室、随诊室、健康宣教设施和宣传材料。 3. 开设肿瘤筛查咨询门诊，为受检者和检查结果异常者提供肿瘤早诊方面的咨询和医疗服务。
1.7.4 具备肺癌、乳腺癌、胃癌、肝癌、食管癌、大肠癌、宫颈癌、前列腺癌、甲状腺癌等常见恶性肿瘤的筛查能力并建立随访机制。	
1.7.4.1 具备肺癌、乳腺癌、胃癌、肝癌、食管癌、大肠癌、宫颈癌、前列腺癌、甲状腺癌等常见恶性肿瘤的筛查能力并建立随访机制。	【c】 1. 有头颈部肿瘤外科、胸部肿瘤外科、腹部肿瘤外科、泌尿外科、妇科肿瘤、肿瘤内科、肿瘤放射治疗等专业的临床医师参加肿瘤筛查工作。 2. 有磁共振（MRI）设备及专业医师、技师支持。 3. 有计算机 X 线断层摄影（CT）及专业医师、技师支持。 4. 有数字乳腺钼钯设备及专业医师、技师支持。 5. 有多普勒超声设备及专业医师支持。 6. 有临床检验检测设备及专业医师、技师支持。 7. 有临床病理及细胞学检测设备及专业技术队伍支持。 8. 有内镜检查设备及专业技术队伍支持。 【B】符合“C”，并 1. 有接待团体肿瘤筛查的能力。 2. 可出示规范的肿瘤筛查结果评估报告，并可提供进一步的指导。 3. 有职能部门监管及评价。 【A】符合“B”，并 根据监管持续改进，可满足特殊人群肿瘤筛查，并开展随访工作。
1.7.5 用制度与程序管理肿瘤筛查、随访的质量，记录规范，建立相关的数据库。	
1.7.5.1 用制度与程序管理肿瘤筛查、随访的质量，记录规范，建立相关的数据库。	【C】 1. 建立肿瘤筛查人员数据库，包括个人史、家族史、筛查检查结果、生物危险因素检测情况、流行病学危险因素等。 2. 用制度与程序管理肿瘤筛查、随访的质量（至少有，肿瘤筛查人员岗位职责、肿瘤筛查操作查对制度、查体检报告讨论制度、体检结果多科室会诊制度、报告签发与复核制度、危急值管理及追访制度、体检资料管理制度、查体检质量保障和定期评估制度、信息统计管理制度、不可预测事件处理制度等）。 3. 有明确的肿瘤筛查流程。 4. 主检医师负责肿瘤筛查质量的管理。 5. 从事肿瘤筛查的卫技人员均知晓筛查流程和质控标准，并能遵循。

	【B】 符合 “C”，并 1. 有异常结果报告及处理制度并严格执行。 2. 有医疗紧急情况应急预案并演练。 3. 肿瘤筛查数据库至少可提供 3 年信息，有信息分析报告。
	【A】 符合 “B”，并 1. 为有异常结果的患者提供早诊断、早治疗的运行机制并有运行情况分析评价，持续改进取得明显成效。 2. 连续 3 年向卫生行政部门提供年度信息分析报告。

第二章 医院服务

一、开展预约诊疗服务

评审标准	评审要点
2.1.1 实施多种形式的预约诊疗与分时段服务，对门诊和出院复诊患者实行中长期预约。	
2.1.1.1 实施多种形式的预约诊疗与分时段服务，对门诊和出院复诊患者实行中长期预约。	【C】 1. 医院至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约形式。 2. 门诊实行分时段预约诊疗服务。 3. 出院复诊患者实行中长期预约。
	【B】 符合“C”，并 专家门诊、专科门诊、普通门诊、出院复诊均开展预约诊疗服务。
	【A】 符合“B”，并 有完善的出院复诊患者、慢性病患者预约服务管理，登记资料完整。
2.1.2 有预约诊疗工作制度和规范，有操作流程，逐步提高患者预约就诊比例。	
2.1.2.1 有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，提高患者预约就诊比例。	【C】 1. 有职能部门负责统一预约管理和协调工作。 2. 有预约诊疗工作制度和规范流程。 3. 有方便患者获取的门诊和预约服务公开的医疗信息。 4. 有出诊医师管理措施，变动出诊时间提前公告。 5. 医务人员熟知预约诊疗制度与流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 有信息化预约管理平台。 2. 有专人负责预约具体工作。 3. 对中长期预约号源有统一管理和协调。
	【A】 符合“B”，并 1. 不断提高预约就诊比例，由下级医师预约门诊专家比率达80%以上。 2. 对预约诊疗情况进行分析评价，持续改进预约工作。
2.1.3 建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务。	
2.1.3.1 建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务。	【C】 1. 与基层医疗机构合作开展预约转诊服务，有规范，有流程。 2. 有与基层医疗机构预约转诊协议。 3. 规范开展基层医疗机构预约转诊工作。 4. 转诊预约患者携带转诊全面病历资料。
	【B】 符合“C”，并 1. 有提高转诊质量的相关培训和指导。 2. 信息系统支持病历资料协同传输。

	【A】符合“B”，并对预约转诊情况进行分析评价，持续改进转诊工作。
--	--

二、门诊流程管理

评审标准	评审要点
2.2.1 优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验，有急危重症患者优先处置的制度与程序。	
2.2.1.1 优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验，有急危重症患者优先处置的制度与程序。	【C】 1. 门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。 2. 有门诊管理制度并落实。 3. 有各种便民措施。 4. 有缩短患者等候时间的措施。 5. 有急危重症患者优先处置的相关制度与程序。
	【B】 符合“C”，并 1. 针对门诊重点区域和高峰时段有措施保障门诊诊疗的秩序和连贯性。 2. 有减少就医环节的信息支持系统，实行门诊分层挂号、或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务。 3. 切实落实急危重症患者优先处置制度。
	【A】 符合“B”，并 门诊管理工作有分析评价，持续改进门诊工作。
2.2.2 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应当提前告知患者。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。	
2.2.2.1 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。	【C】 1. 以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。 2. 医务人员按时出诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。 3. 有咨询服务，帮助患者有效就诊。
	【B】 符合“C”，并 1. 医务人员完成本岗位诊疗工作后能主动指导患者进入下一诊疗环节。 2. 有奖惩措施和考核机制不断提高医务人员按时出诊率。
	【A】 符合“B”，并 1. 开展满意度调查等措施，不断完善门诊服务。 2. 医务人员出诊情况有登记与分析评价，持续改进出诊服务。
2.2.3 根据门诊就诊患者流量调配医疗资源，做好门诊和辅助科室之间的协调配合。	
2.2.3.1 根据门诊就诊患者流量调配医疗资源，做好门诊和辅助科室之间的协调配合。	【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。
	【B】 符合“C”，并 1. 门诊满足患者就诊需要，无因医院原因出现退号现象。 2. 普通医技检查能满足门诊需要，当日完成检查和报告。

	【A】符合“B”，并有门诊就诊情况分析评价，持续改进门诊工作。
2.2.3.2 有门诊突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。	【C】 1. 有应急预案，包括建立组织、设备配置、人员技术培训、通讯保障、后勤保障等。 2. 有确保应急预案及时启动、快速实施的程序与措施。
	【B】符合“C”，并 1. 有门诊突发事件预警系统，能有效地识别预警信息。 2. 工作人员能够及时识别预警信息并熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。
	【A】符合“B”，并 1. 根据预警级别，及时启动应急预案，有案例证实在启动应急预案后，相关部门能积极响应。 2. 有应急事件分析评价，持续改进应急管理。
2.2.4 有开展肿瘤多学科综合门诊的制度与流程	
2.2.4.1 有制度与流程支持开展多学科综合门诊，并取得成效。	【C】 有相关制度与流程支持开展多学科综合门诊，诊疗范围明确，各科职责清楚。
	【B】符合“C”，并 有保障多学科综合门诊出诊医师数量和质量的措施。
	【A】符合“B”，并 有多科综合门诊成效分析评价，持续改进综合门诊质量。

三、院内急危重症通道管理

评审标准	评审要点
2.3.1 有处理肿瘤急危重症患者的科室，根据医院实际情况设置适宜的承担肿瘤急诊功能的床位。配备经过专业培训的人员、急救设备和药品。	
2.3.1.1 有处理肿瘤急危重症患者的科室，根据医院实际情况设置适宜的承担肿瘤急诊功能的床位。配备经过专业培训的人员、急救设备和药品。	【C】 1. 医院有承担处理肿瘤急危重症患者的科室。 2. 科室有各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，保证医疗服务质量。 3. 科室员工熟悉并遵守规章制度，履行岗位职责。从事肿瘤急危重症的医护人员全部经过急诊专业培训，能够胜任急诊工作，考核达到“急诊医师、护士技术和技能要求”，有考核记录。 4. 适宜的急救设备和药品。 5. 服务区域与辅助检查、药房等区域距离半径较短，提高急诊服务效率。 6. 从事处理肿瘤急危重症的各级医师知晓其履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 由高级职称医师负责肿瘤急危重症患者的处理。 2. 职能部门对肿瘤危急重症处理有监管，有分析评价及整改方案。
	【A】 符合“B”，并 持续改进肿瘤危急重症处理质量，不断提高肿瘤危急重症的诊疗水平。
2.3.2 加强急危重症肿瘤患者的救治，有住院和手术的“绿色通道”及肿瘤急症的急诊服务流程与规范，保障患者获得连贯医疗服务。	
2.3.2.1 加强急危重症肿瘤患者的救治，有住院和手术的“绿色通道”及肿瘤急症的急诊服务流程与规范，保障患者获得连贯医疗服务。	【C】 1. 医院有急危重症肿瘤患者的救治的管理制度与岗位职责，明确各相关部门功能任务，建立急危重症肿瘤患者救治的协作机制。 2. 有住院和手术的“绿色通道”及肿瘤急症的急诊服务流程与规范。 3. 明确界定临床科室、各医技科室与药房等科室职责与配合的流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室对各级医师在制度与服务流程方面的执行力有评价、有反馈、有整改措施。 2. 职能部门监管科室对制度与服务流程的执行力，有评价、有反馈、有整改措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 院科两级持续改进急危重症肿瘤患者救治质量取得明显成效。 2. 急诊会诊患者 95%以上可在 30 分钟内获得专科会诊。 3. 对威胁生命需紧急手术的，在下达手术医嘱后 30 分钟内到达手术室的比率 ≥ 70%。
2.3.3 开展急救技术操作规程的全员培训，实行合格上岗制度。	

2.3.3.2 医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备,掌握各种抢救技能,包括高级心肺复苏技能。	【C】 1. 有各种抢救设备操作常规随设备存放,方便查询。 2. 经培训后,医护人员能够熟练、正确使用急诊科内的各种抢救设备。 3. 医护人员具备高级心肺复苏基础理论、基本知识和操作技能。 4. 急诊医师具备独立抢救常见急危重症患者的能力,熟练掌握高级心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、电复律、呼吸机使用、 5. 急诊护士除具备常用的护理技能外,还应具有配合医师完成上述操作的能力。 【B】符合“C”,并: 1. 有急诊医护人员技能培训与考核,技能评价与再培训相关制度并组织实施,对于培训不合格人员实行离岗培训。 2. 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 急诊人员的技能水平不断提高,急诊人员设备操作与技能考核 100%合格。
2.3.4 具有适当的处理肿瘤患者并发内、外科急危重症技术能力。	
2.3.4.1 具有适当处理肿瘤患者并发内、外科急危重症的技术能力。	【C】 1. 具有适当的处理肿瘤患者并发常见的内、外科急危重症技术能力,基本达到二级医院层次。 2. 有处理肿瘤患者并发症常见的内、外科急危重症的培训计划并组织实施。 【B】符合“C”,并 1. 与本区域三级综合医院建立合作关系,以确保并发内、外科急危重的肿瘤患者获得连贯的服务。 2. 科室质量管理组织对急危重症救治有总结分析,职能部门履行监管职能。 【A】符合“B”,并 持续改进急危重症患者救治质量取得明显成效。

四、住院、转诊、转科服务流程管理

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

交接,及时传递患者病历与相关信息,为患者提供连续医疗服务。	适宜时机。 2. 经治医师应向患者或近亲属告知转诊、转科理由以及不适宜的转诊、转科可能导致的后果,获取患者或近亲属的知情同意。 3. 有病情和病历等资料交接制度并落实,保障诊疗的连续性。 4. 相关医务人员熟悉并遵循上述制度与流程。
	【B】符合“C”,并职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。
	【A】符合“B”,并持续改进转诊转科服务有成效。
2.4.4 加强出院患者健康教育和随访预约管理,提高患者健康知识水平和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度。	
2.4.4.1 加强出院患者健康教育和随访预约管理,提高患者健康知识水平和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度。	【C】 1. 有出院患者健康教育相关制度并落实。 2. 有出院患者随访、预约管理相关制度并落实。
	【B】符合“C”,并 1. 患者或近亲属能知晓和理解出院后医疗、护理和康复措施。 2. 开展多种形式的随访,不断提高随访率。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。
	【A】符合“B”,并持续改进健康教育和随访预约管理有成效。

五、基本医疗保障服务管理

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

六、患者的合法权益

评审标准	评审要点
2.6.1 医院有相关制度保障患者及其近亲属充分了解其权利。	
2.6.1.1 患者及其近亲属对病情、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. 医务人员尊重患者的知情选择权利，对患者进行病情、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. 患者或近亲属对医务人员的告知情况能充分理解并在病历中体现。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效。
2.6.2 应向患者或其近亲属说明病情及治疗方式、特殊治疗及处置，并获得其同意，说明内容应有记录。	
2.6.2.1 向患者或其近亲属说明病情及治疗方式、特殊治疗及处置，并获得其同意，说明内容应有记录。	【C】 1. 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，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 对医护人员进行知情同意和告知方面的培训，主管医师能够使用患者易懂的方式、语言与患者及其近亲属沟通，并履行书面同意手续。	
2.6.3.1 对医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. 对医务人员进行维护患者合法权益、知情同意以及告知方面培训。 2. 医务人员掌握告知技巧，采用患者易懂的方式进行医患沟通。 3. 对实施手术、麻醉、高危诊疗操作、特殊诊疗（如化疗）或输血、使用血液制品、贵重药品、耗材等时履行书面知情同意手续。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效。

2.6.4 开展实验性临床医疗应严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，并征得患者书面同意。	
2.6.4.1 开展实验性临床医疗应严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，并征得患者书面同意。	【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均能签署知情同意书。
	【B】 符合“C”，并 1. 患者和近亲属充分参与诊疗决策。 2. 有独立的监督部门对相关的实验性临床医疗进行全程监督，并有效履行职责。
	【A】 符合“B”，并 实验性临床医疗项目档案资料完整，对监管情况有评价，有整改措施与持续改进。
2.6.5 保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。	
2.6.5.1 保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。	【C】 1. 有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。 2. 有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。 3. 医务人员熟悉相关制度，了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。 4. 医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合理的需求。 2. 有完善的保护患者合法权益的协调处置机制。 3. 有职能部门监督检查。
	【A】 符合“B”，并 有监管情况分析评价，有整改措施与持续改进。

七、投诉管理

评审标准	评审要点
2.7.1 贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。	
2.7.1.1 贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一管理投诉工作，接受、处理患者和医务人员投诉，及时处理并答复投诉人。（★）	【C】 1.有专门部门统一管理投诉工作。 2.有投诉管理相关制度及明确的处理流程。 3.有明确的投诉处理时限并得到严格执行。
	【B】符合“C”，并 1.实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。 2.有配置完善的录音录像设施的投诉接待室。 3.职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。
2.7.1.2 妥善处理医疗纠纷。	【C】 1.有医疗纠纷范围界定、处理制度与操作流程，妥善处理医疗纠纷。 2.有法律顾问、律师提供相关法律支持。 3.相关人员熟悉流程并履行相应职责。
	【B】符合“C”，并 1.以多种形式对相关员工进行医疗纠纷案例教育。 2.职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。

	【A】符合“B”，并 1.建立发言人制度。 2.持续改进有成效。
2.7.2 公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式，同时公布上级部门投诉电话，建立健全投诉档案，规范投诉处理程序。	
2.7.2.1	【C】
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。	1.通过各种形式，在显要地点公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，同时公布上级部门投诉电话。 2.有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。 3.规范投诉处理程序。
	【B】符合“C”，并 建立健全投诉档案，包括书面、音像档案资料。
	【A】符合“B”，并 定期对投诉资料进行归类整理、分析，提出改进建议提供给相关管理部门和科室。
2.7.3 根据患者和员工的投诉，持续改进医疗服务。	
2.7.3.1	【C】
根据患者和员工的投诉，持续改进医疗服务。	1.建立患者及员工投诉渠道。 2.有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。 3.根据投诉情况改进医疗服务质量，提高管理水平。
	【B】符合“C”，并 将投诉与绩效考核、医师考核和职能部门工作评价相结合。

	【A】符合“B”，并 通过投诉管理，提高患者和员工对医疗服务和医院管理的满意率。
--	--

2.7.4 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训。

2.7.4.1	【C】
对员工进行纠纷防范及	对员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有完整相关资料（每年至少一次）。
处理的专门培训。	【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. 有相关服务措施，包括： (1) 有医院就诊指南。 (2) 医院建筑平面图。 (3) 医院服务标识清晰、易懂。 (4) 患者权利的图文介绍资料。 (5) 残疾人无障碍设施标识醒目，有辅助用轮椅、推车等设备。 (6) 为孕产妇、有困难的患者提供导医和帮助的服务。 (7) 提供饮水、电话、健康教育宣传等服务的设施。 (8) 卫生间卫生、清洁、无味、防滑，有专供残疾人使用的卫生设施。 (9) 有适宜的供患者停放车辆的区域。 3. 有通畅无障碍的救护车通道。 4. 若设电梯应有服务管理人员。 5. 有预防意外事件的措施与警示标识。 6. 医院工作人员佩戴标识规范，患者易于识别。
	【B】 符合“C”，并 1. 实行“首问负责制”。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效。
2.8.2 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有明显、易懂的标识。	
2.8.2.1 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有明显、易懂的标识。	【C】 1. 有明显的识别与路径标识，尤其与急救相关的科室与路径。 2. 标识用字规范、清楚、醒目，导向易懂。 3. 有指定部门监管。
	【B】 符合“C”，并 根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。
	【A】 符合“B”，并 标识与服务区域功能或路径完全相符。
2.8.3 就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。	
2.8.3.1 就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。	【C】 1. 医院建筑布局符合患者就诊流程要求和医院感染管理需要。 2. 门诊工作区满足患者就诊需要，有配备适宜座椅的等候休息区。 3. 有候诊排队提示系统。

	4. 有整洁宁静的住院病房，实际占地面积满足住院诊疗要求。 5. 有卫生洗浴设施，并配备应急呼叫及防滑扶手装置。 6. 有安全、舒适的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。 7. 有安全管理、保洁管理措施。 【B】符合“C”，并对医院环境状况有巡查、维护措施，保障就诊住院环境处于良好状态。 【A】符合“B”，并医疗用房达到国家综合医院建设标准。
2.8.4 有保护患者的隐私设施和管理措施。	
2.8.4.1 有保护患者的隐私设施和管理措施。	【C】 1. 有私密性良好的诊疗环境。 2. 在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。 【B】符合“C”，并 1. 多人病室各病床之间有间隔设施。 2. 有私密性良好的医患沟通及知情告知场所。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并持续改进有成效。
2.8.5 执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。	
2.8.5.1 执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。	【C】 1. 有执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》的计划和具体措施。 2. 有禁止吸烟的宣传教育计划并组织实施。 3. 有禁止吸烟的醒目标识。 4. 对有吸烟史的住院患者进行戒烟健康教育。 【B】符合“C”，并开展多种形式的戒烟咨询服务。 【A】符合“B”，并达到无烟医院标准。
2.8.6 落实创建“平安医院”九点要求，有措施，构建和谐医患关系、优化医疗执业环境有成效。	
2.8.6.1 落实创建“平安医院”九点要求，有措施，构建和谐医患关系、优化医疗执业环境有成效。	【C】 1. 落实创建“平安医院”九点要求，医院有具体措施。 2. 开展相关的培训与教育。 【B】符合“C”，并相关负责人对创建“平安医院”主要内容的知晓率≥90%。 【A】符合“B”，并获得省级创建“平安医院”先进单位。

第三章 患者安全

一、确立查对制度，识别患者身份

评审标准	评审要点
3.1.1 对就诊患者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。	
3.1.1.1 对就诊患者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。	【C】 对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。 【B】符合“C”，并 对就诊患者住院病历施行唯一标识管理，如使用医保卡、新型农村合作医疗卡编号或身份证号码等。 【A】符合“B”，并 对提高患者身份识别的正确性有改进方法，如在重点部门（急诊、ICU、手术室）使用条码管理。
3.1.2 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄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、年龄两项等项目核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。（★）	【C】 1. 有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、实施仪器检查等各类诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。 2. 至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、性别、出生年月、年龄、病历号、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。 3. 相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。 【B】符合“C”，并 1. 各科室严格执行查对制度。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并 查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实，持续改进有成效。
3.1.3 实施有创（包括介入）诊疗活动前，实施医师必须亲自向患者或其家属告知。	
3.1.3.1 实施有创（包括介入）诊疗活动前，实施医师必须亲自向患者或其家属告知。	【C】 1. 明文规定实施有创（包括介入）诊疗活动前，实施医师必须亲自向患者或家属告知，记录在病历之中。 2. 重点是对实施手术、麻醉、高危诊疗操作、特殊诊疗（如化疗）或输血、使用血液制品、贵重药品与耗材等时履行书面知情同意手续。（与2.6.3.1条款相同） 【B】符合“C”，并 实施医师遵循率≥80%。

	【A】符合“B”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，持续改进有成效。
3.1.4 有肿瘤急重症关键流程（留观、病房、手术室、ICU 之间流程）的患者识别措施，有转科交接登记制度。	
3.1.4.1 完善肿瘤急重症关键流程（留观、病房、手术室、ICU 之间流程）的患者识别措施，有转科交接登记制度。	【C】 1. 患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其留观、病房、手术室、ICU 之间的转接。 2. 对重点患者，如手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者的身份识别和交接流程有明确的制度规定。 3. 对无法进行患者身份确认的无名患者，有身份标识的方法和核对流程。 4. 对儿童、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。
	【B】符合“C”，并 1. 科室有转科交接登记。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 重点部门患者转接时的身份识别制度落实，持续改进有成效。
3.1.5 使用“腕带”作为识别患者身份的标识，重点是 ICU、手术室、急重症留观等部门，以及意识不清、抢救、输血、不同语种语言交流障碍的患者等。	
3.1.5.1 使用“腕带”作为识别患者身份的标识，重点是重症监护病房、手术室等部门，以及意识不清、语言交流障碍的患者等。	【C】 1. 对需使用“腕带”作为识别身份标识的患者和科室有明确制度规定。 2. 至少在 ICU、手术室、急重症留观使用“腕带”识别患者身份。
	【B】符合“C”，并 1. 对急诊抢救室和留观的患者、住院、有创诊疗、输液以及意识不清、语言交流障碍等患者推广使用“腕带”识别患者身份。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 有信息系统支持使用条形码“腕带”识别患者身份。
3.1.6 职能部门要落实其督导职能，并有记录。	
3.1.6.1 职能部门要落实其督导职能，并有记录。	【C】 1. 职能部门将“确立查对制度，识别患者身份”作为医疗安全管理与监督的重点内容。 2. 对执行程序与内容有工作记录。 3. 制订需由多部门连贯/协同实施“查对、识别、转接”的制度与程序。
	【B】符合“C”，并 1. 有定期（至少每季一次）向院科两级“反馈”情况的制度与记录，并提出改进措施。 2. 抽查相关人员知晓“反馈”的情况与落实的改进措施。
	【A】符合“B”，并 用数据或实例证实对反馈的问题持续改进有成效。

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 在住院患者的常规诊疗活动中，应以书面方式下达医嘱。	【C】 1. 有开具医嘱相关制度与规范。 2. 医务人员对模糊不清、有疑问的医嘱，有明确的澄清流程。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 医嘱、处方合格率 $\geq 95\%$ 。
3.2.2 在实施紧急抢救的情况下，必要时可口头下达临时医嘱；护士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 在实施紧急抢救的情况下，必要时可口头下达临时医嘱；护士应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。	【C】 1. 有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程。 2. 医师下达的口头医嘱，执行者需复述确认，双人核查后方可执行。 3. 下达口头医嘱应及时补记。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 医嘱制度规范执行，持续改进有成效。
3.2.3 接获非书面的患者“危急值”或其他重要的检查（验）结果时，接获者必须规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的信息，复述确认无误后方可提供医师使用。	
3.2.3.1 有危急值报告制度与处置流程。	【C】 1. 有临床危急值报告制度及流程。包括重要的检查（验）结果等报告的范围。 2. 接获非书面危急值报告者应规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的信息，复述确认无误后及时向经治或值班医生报告，并做好记录。 3. 医生接获临床危急值后及时追踪与处置。 4. 相关人员知晓上述制度与流程，并正确执行。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 2. 信息系统能自动识别、提示危急值，检查（验）科室能通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有醒目的提示。
	【A】 符合“B”，并 有危急值报告和接收处置规范，持续改进有成效。

三、确立手术安全核查制度，防止手术患者、手术部位及术式发生错误

评审标准	评审要点
3.3.1 择期手术的各项术前检查与评估工作全部完成后方可下达手术医嘱。	
3.3.1.1 择期手术的各项术前检查与评估工作全部完成后方可下达手术医嘱。	【C】 1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。 2. 择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 术前准备制度落实，执行率 100%。
3.3.2 有手术部位识别标示制度与工作流程。	
3.3.2.1 有手术部位识别标示相关制度与流程。	【C】 1. 有手术部位识别标示相关制度与流程。 2. 对涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标记。 3. 对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。 4. 患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。
3.3.3 有手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程。	
3.3.3.1 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 (★)	【C】 1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 2. 实施“三步安全核查”，并正确记录。 (1) 第一步: 麻醉实施前: 三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。 (2) 第二步: 手术开始前: 三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护士执行并向手术医师和麻醉医师报告。 (3) 第三步: 患者离开手术室前: 三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。 3. 手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术风险评估”制度规定的流程，实施再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容，并正确记录。

	4. 手术安全核查项目填写完整。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门监管活动，体现已将“手术核查、手术风险评估”作为医疗安全管理与监督的基础工作。 2. 定期（至少每季一次）对存在问题与缺陷及时通报至科室与当时人，并提出改进要求。
	【A】 符合“B”，并 1. 手术核查、手术风险评估执行率 100%。 2. 由手术核查、手术风险评估执行“不规范”原因所致“缺陷与安全”事件持续降低，体现持续改进成效。

四、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求

评审标准	评审要点
3.4.1 按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与监管措施。	
3.4.1.1 按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施。	【C】 1. 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。 3. 手卫生依从性 $\geq 60\%$ 。 4. 手术室等医务人员外科洗手依从性达100%。
	【B】 符合“C”，并 1. 手卫生依从性 $\geq 70\%$ 。 2. 院感部门对重点科室手术室等医务人员外科洗手有细菌学定期监测制度与程序，信息资料记录完整。
	【A】 符合“B”，并 1. 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。 2. 手卫生依从性 $\geq 95\%$ 。
3.4.2 医护人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生“六步法”程序洗手。	
3.4.2.1 医护人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生“六步法”程序洗手相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）。	【C】 1. 对员工提供手卫生培训。 2. 有手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）的宣教、图示。 3. 洗手正确率 $\geq 85\%$ 。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门有监管活动，体现已将“手卫生”作为医疗安全管理与医院感染监督的基础工作。 2. 定期（至少每季一次）对存在问题与缺陷及时通报至科室与当时人，并提出改进要求。 3. 医务人员洗手正确率 $\geq 90\%$ 。
	【A】 符合“B”，并 1. 手术室、产房等科室医务人员外科洗手操作正确率达 $\geq 95\%$ 。 2. 无因外科洗手“不规范”原因所致“感染”事件。

五、特殊药物的管理，提高用药安全

评审标准	评审要点
3.5.1 对高浓度电解质、易混淆（听似、看似）的药品有严格的贮存要求，并严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、化学治疗药品及药品类易制毒化学品等特殊管理药品的使用与管理规章制度。	
3.5.1.1 严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、化学治疗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、化学治疗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、化学治疗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 1. 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≥90%。 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 执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定，符合率100%。
3.5.1.2 有高浓度电解质、化学治疗药物等听似、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”，符合率≥85%。 3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。 【B】符合“C”，并 1. 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≥90%。 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 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率100%。
3.5.2 处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。	
3.5.2.1 处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并由转抄和执行者签名确认。	【C】 1. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序，并有转抄和执行者签字。 2. 有药师审核处方或用药医嘱相关制度。对于住院患者，应由医师下达医嘱，药学技术人员统一摆药，护士按时发药，确保服药到口。 3. 开具与执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌，按药品说明书应用。 4. 有静脉用药调配与使用操作规范及输液反应应急预案。

	5. 正确执行核对程序 ≥ 90%。
	【B】符合“C”，并 1. 建立药品安全性监测制度，发现严重、群发不良事件应及时报告并记录。 2. 临床药师为医护人员、患者提供合理用药的知识，做好药物信息及药物不良反应的咨询服务。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 正确执行核对程序达 100%。

六、临床“危急值”报告制度

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

七、防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生

评审标准	评审要点
3.7.1 对高危患者有跌倒、坠床风险评估，要主动告知跌倒、坠床危险，采取有效措施防止意外事件的发生。	
3.7.1.1 对患者进行风险评估，主动向高危患者告知跌倒、坠床风险，采取有效措施防止意外事件的发生。	【C】 1. 有防范患者跌倒、坠床的相关制度，并体现多部门协作。 2. 对住院患者跌倒、坠床风险评估及根据病情、用药变化再评估，并在病历中记录。 3. 主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。 4. 医院环境有防止跌倒安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑。 5. 对特殊患者，如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等患者，主动告知跌倒、坠床危险，采取适当措施防止跌倒、坠床等意外，如警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、床挡等。 6. 相关人员知晓患者发生坠床或跌倒的处置及报告程序。 7. 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率 $\geq 85\%$ 。
	【B】 符合“C”，并 1. 有坠床、跌倒的质量监控指标数据收集和分析。 2. 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率 $\geq 90\%$ 。
	【A】 符合“B”，并 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率 100%。
3.7.2 有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案与可执行的工作流程。	
3.7.2.1 有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处置预案与工作流程。	【C】 有患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与工作流程。执行率 $\geq 85\%$ 。
	【B】 符合“C”，并 患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置流程知晓率 $\geq 95\%$ 。
	【A】 符合“B”，并 1. 患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置流程执行率 100%。 2. 根据总结分析，完善防范措施，保障患者安全。

八、防范与减少患者压疮发生

评审标准	评审要点
3.8.1 有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。	
3.8.1.1 有压疮风险评估与报告制度，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%。
3.8.2 实施预防压疮的有效护理措施。	
3.8.2.1 落实预防压疮的护理措施。	【C】 1. 有预防压疮的护理规范及措施。 2. 护士掌握操作规范。
	【B】 符合“C”，并 职能部门有督促、检查、总结、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 落实预防压疮措施，无非预期压疮事件发生。

九、妥善处理医疗安全（不良）事件

评审标准	评审要点
3.9.1 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与可执行的工作流程，并让医务人员充分了解。	
3.9.1.1 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。（★）	【C】 1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。 2. 有对员工进行医疗安全（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医疗安全（不良）事件≥ 10件。 5. 医护人员对医疗安全（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医疗安全（不良）事件≥ 15件。 5. 全院员工对医疗安全（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医疗安全（不良）事件≥ 20件。 3. 持续改进安全（不良）事件报告系统的敏感性，有效降低漏报率。
3.9.2 有激励措施，鼓励不良事件呈报。	
3.9.2.1 有激励措施鼓励医务人员参加“医疗安全（不良）事件报告系统”网上自愿报告活动。	【C】 1. 建立有医务人员主动报告的激励机制。 2. 对不良事件呈报实行非惩罚制度。 3. 严格执行《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。
3.9.3 将安全信息与医院实际情况相结合，从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进，对重大不安全事件要有根本原因分析。	
3.9.3.1 定期分析医疗安全信息，利用信息资源改进医疗	【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。

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。

十、患者参与医疗安全

评审标准	评审要点
3.10.1 针对患者疾病诊疗，为患者及其近亲属提供相关的健康知识教育，协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。	
3.10.1.1 针对患者疾病诊疗，为患者及其近亲属提供相关的健康知识教育，协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。	【C】 1. 有医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的相关规定。 2. 针对患者病情，向患者及其近亲属提供相应的健康教育，提出供选择的诊疗方案。 3. 宣传并鼓励患者参与医疗安全活动，如在就诊时提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。
	【B】 符合“C”，并 患者及近亲属了解针对病情的可选择诊疗方案。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对患者参加医疗安全活动有监管，有持续改进。
3.10.2 主动邀请患者参与医疗安全活动，如身份识别、手术部位确认、药物使用等。	
3.10.2.1 主动邀请患者参与医疗安全活动。	【C】 1. 邀请患者主动参与医疗安全管理，尤其是患者在接受介入或手术等有创诊疗前、或使用药物治疗前、或输液输血前，有具体措施与流程。 2. 鼓励患者向药学人员提出安全用药咨询。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对患者参加医疗安全活动有定期的检查、总结、反馈，并提出整改措施。
	【A】 符合“B”，并 患者主动参与医疗安全活动，持续改进医疗安全管理。

第四章 医疗质量安全管理与持续改进

一、质量与安全管理组织

评审标准	评审要点
4.1.1 有医院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、放射诊疗质量管理委员会、医疗技术准入管理委员会及医师定期考核管理委员会等，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。	
4.1.1.1 有医院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会，人员构成合理，职责明确。	【C】 1. 院长作为医院质量与安全管理第一责任人，主持医院“质量管理委员会”和协调各相关委员会工作。 2. 由适宜的人员组成各相关委员会，包括：各相关委员会包括：医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会、放射诊疗质量管理委员会、医疗技术准入管理委员会及医师定期考核管理委员会等。 3. 各委员会有明确的职责与人员组成。 4. 各相关委员会至少每半年一次工作会议，有记录。 5. 有人体器官移植资质（或三类技术）的医院，应设立独立的人体器官移植技术临床应用与伦理委员会。 【B】 符合“C”，并 各委员会组成人员构成合理，成员兼职小于三项，每年人成员有更新的记录。 【A】 符合“B”，并 在医院质量与安全管理委员会统领下，各相关委员会运行良好，在质量与安全管理及持续改进中发挥作用。
4.1.1.2 医院质量与安全管理委员会及各相关委员会能在质量与安全管理中发挥作用。	【C】 各相关委员会每年至少有一项提案或建议，作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 医院质量与安全管理委员会至少每年推出1至2项质量改进方案，能体现在推动全院或相关领域的质量与安全工作中的地位与作用。 【A】 符合“B”，并 能对全院或相关领域的质量与安全改进工作，开展成效评价。
4.1.2 有医院、科室的医疗质量管理责任体系，院长为医疗质量管理第一责任人，负责制定医疗质量与医疗安全管理和持续改进方案，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作，科主任全面负责科室医疗质量管理工作，执行医疗质量与医疗安全管理和持续改进相关任务。	
4.1.2.1 有健全的质量管理体系，	【C】 1. 医院质量管理组织体系主要包括：医院质量与安全管理委员会、各质量相关

院长是第一责任人。	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. 院长负责制定医院《医疗质量与医疗安全管理和持续改进方案》，确定全院与各科室/部门的质量与安全指标。 4. 院长负责确定各职能部门的质量与安全管理目标与职责。 5. 院领导、各部门负责人应知晓履职的要求。 【B】符合“C”，并 1. 各质量管理组织定期专题研究质量与安全工作，有记录。 2. 院领导、各部门负责人在质量与安全管理及持续改进措施执行过程中起到领导作用。 【A】符合“B”，并 1. 依据医院规模，设置独立的质量与安全管理部门，配置充足人力。 2. 医院质量管理组织架构及职能分工体现决策、控制与执行三个层次。
4.1.2.2 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和持续改进相关任务。	【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. 有科室质量与安全管理制度并落实。 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 科室对落实改进的意见的成效进行自我评价，提出再改进意见。
4.1.3 医疗、护理等管理职能部门组织实施全面医疗质量管理与医疗安全管理和持续改进方案，负责指导、检查、考核和评价医疗质量管理工作，严格记录，定期分析，及时反馈，落实整改。	
4.1.3.1 医务处、护理部等管理部门履行指导、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. 对重点部门、关键环节和薄弱环节进行定期检查与评估。 2. 定期分析医疗质量评价工作的结果。 【A】符合“B”，并 各职能部门运用本领域的质量与安全指标、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，有相应改进措施。

4.1.4 医院指定专职部门负责对全院医疗、护理、医技质量管理活动实行监管，并建立多部门质量管理协调机制。	
4.1.4.1 由指定/或组建专职部门组织整合全院医疗（医疗、护理、医技）服务质量、患者安全和风险管理，并建立多部门质量管理协调机制。	【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。

二、医疗质量管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.2.1 有医疗质量管理与持续改进方案，并组织实施。	
4.2.1.1 有医疗质量管理与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. 有医疗质量管理与持续改进实施方案及相配套制度、考核标准、考核办法、质量指标。 2. 有医疗质量管理考核体系和管理流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 落实医疗质量考核，有记录。 2. 对方案执行、制度落实、考核结果等内容有分析、总结、反馈及改进措施。
	【A】 符合“B”，并 有数据或实例体现持续质量改进结果有成效。
4.2.1.2 有医疗质量关键环节、重点部门管理标准与措施。	【C】 1. 有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血管理、肿瘤治疗药物管理、有创诊疗操作等）管理标准与措施。 2. 有重点部门（手术室、血液透析室、内镜室、导管室、重症病房等）的管理标准与措施。 3. 各相关科室与岗位的医护人员知晓，并能遵循。
	【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 关键环节、重点部门改进有成效，有数据为依据。
4.2.2 建立与执行医疗质量管理体系、多学科综合治疗及评估制度、诊疗指南及操作规范。	
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，重点是核心制度及肿瘤药物治疗的管理制度。 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 有数据或实例体现持续质量改进结果有成效。
4.2.2.3 有临床技术操作规范和 肿瘤诊疗指南与多学科 综合治疗及评估制度。	【C】 1. 有各专业临床技术操作规范和肿瘤诊疗指南。 2. 有多学科综合治疗及评估制度。 3. 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≥95%。
	【A】符合“B”，并 在岗人员参加“三基”考核合格率≥95%，并能提供不合格人员再培训和考核的信息。
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. 发生医疗不良事件，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. 员工对本科相关的患者安全目标的知晓率$\geq 95\%$。
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 医院管理层能够应用全面质量管理的原理，通过适宜质量管理改进的方法及质量管理技术工具开展持续质量改进活动，并做好质量改进效果评价。	
4.2.5.1 医院与职能部门领导接受全面质量管理培训与教育，至少掌握1~2项质量管理改进方法及质量管理常用技术工具，改进质量管理工作。	【C】 1. 医院领导与职能部门管理人员接受全面质量管理培训与教育。 2. 医院领导与职能部门管理人员掌握一种及以上管理常用技术工具。 【B】符合“C”，并 医院领导与职能部门能将管理工具运用于日常质量管理活动，有案例说明。 【A】符合“B”，并 对落实情况进行追踪与评价，医院管理工作有持续改进。
4.2.5.2 科室质量与安全管理小组成员，具有相关质量管理技能，开展质量管理工作。	【C】 科室质量管理小组人员，接受质量管理培训，具有相关质量管理技能。 【B】符合“C”，并 应用质量管理技能开展质量管理与改进活动，有案例说明。 【A】符合“B”，并 科室管理工作有持续改进。
4.2.6 定期进行全员医疗质量和安全教育，牢固树立医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。	
4.2.6.1 有全员质量与安全教育 and 培训。	【C】 1. 根据年度质量与安全管理目标，制定教育培训计划。 2. 开展院、科两级的质量与安全教育和培训，有记录。

	【B】符合“C”，并定期开展形式多样的全员质量与安全教育培训。
	【A】符合“B”，并培训效果明显。经过培训，全员牢固树立质量和安全意识，管理人员能运用 PDCA 方法持续改进质量管理工作，员工能够主动参与。
4.2.7 建立医疗质量控制、安全管理信息数据库，为制订质量管理持续改进的目标与评价改进的效果提供依据。	
4.2.7.1 建立医疗质量控制、安全管理信息数据库，为制订质量管理持续改进的目标与评价改进的效果提供依据。	【C】 1. 有医疗质量控制、安全管理信息数据库，至少包含本细则第七章要求的内容，为质量管理提供依据。 2. 有指定的部门负责收集和处理相关信息，信息数据集中归口管理，方便管理人员调阅使用。
	【B】符合“C”，并 1. 数据库除一般常规数据外，还应包括下列有关数据：合理使用抗生素和肿瘤治疗药品、合理使用血液和血制品、围手术期管理与手术分级管理、各类手术与介入操作及并发症、麻醉操作、医院感染、病历质量、急危重症管理、医疗护理缺陷与纠纷、患者满意度等。 2. 职能部门能够运用数据库开展质量管理活动。
	【A】符合“B”，并 数据库能满足医学统计与质量管理需要，能自动根据质量管理相关指标要求生成质量统计。

三、医疗技术管理

评审标准	评审要点
4.3.1 医院提供与功能和任务相适应的医疗技术服务，符合法律、法规、部门规章和行业规范的要求，符合医院诊疗科目范围，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。	
4.3.1.1 依据法律法规开展医疗技术服务，与功能任务相适应。	【C】 1. 医疗技术服务项目符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，与功能任务相适应。 2. 有指定部门负责医疗技术管理工作，有统一的审批、管理流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 管理人员和医务人员知晓医疗技术管理要求。 2. 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记载入相关的病历。
	【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 医院开展的医疗技术经过伦理委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术案例。
4.3.2 医疗技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》规定，分级分类管理、监督评价和档案管理制度，临床应用新技术按规定报批。	
4.3.2.1 建立医疗技术管理制度，实行医疗技术分级分类管理，不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。	【C】 1. 有医疗技术管理制度。 2. 落实一、二、三类医疗技术管理，实行分级分类管理，重点是二、三类技术和高风险技术。 3. 一类技术经过医院审核批准，二、三类技术经医院审核后报送相应的技术审核机构审核和相关部门批准。 4. 每年向批准该项医疗技术的卫生行政部门提交二、三类医疗技术临床应用情况报告。
	【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。
	【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 开展肿瘤科研项目符合法律、法规和医学伦理原则，按规定审批。在科研过程中实行全程质量管理，充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护患者安全。	
4.3.4.1 有临床肿瘤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. 有临床肿瘤科研项目中使用医疗技术的相关管理制度与审批程序。 2. 临床科研项目中使用医疗技术应有充分的可行性与安全性论证、保障患者安全的措施和风险处置预案。 3. 临床科研项目中使用医疗技术应有医学伦理审批。 4. 充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书。
	【B】符合“C”，并 1. 医疗技术职能部门监管职责明确，履行监管职能。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位开展的临床科研项目管理制度与审批程序的管理要求。
	【A】符合“B”，并 有全程追踪、阶段总结和结题的效果评价，用以改进管理工作，有完整的档案资料。

4.3.5 不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。	
4.3.5.1 不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术	【C】 1. 在现行全部临床诊疗服务项目中无卫生行政部门已经废止和淘汰的技术与化疗药物。 2. 职能部门有评审前三年新开展的诊疗服务项目清单，并有卫生行政部门批准文件存档。 3. 职能部门监管职责明确，履行监管职能。
	【B】 符合“C”，并 相关人员知晓本部门、本岗位近三年中新开展的诊疗服务项目是否获得卫生行政部门批准。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对监管中发现问题的整改情况有全程追踪，有完整的档案资料。无应用未经批准或已经废止和淘汰的技术的案例。
4.3.6 对实施肿瘤手术、麻醉、介入、内科治疗（生物治疗、靶向治疗）、腔镜诊疗、放射治疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行“准入及授权”制，定期进行技术能力与质量绩效的评价。	
4.3.6.1 实行高风险技术操作的卫生技术人员授权制度。 （★）	【C】 1. 有实施手术、麻醉、介入、内科治疗（生物治疗、靶向治疗）、腔镜诊疗、放射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。 3. 有医院诊疗技术资格许可/授权管理委员会，履行相关职责。
	【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数据库，定期更新。
4.3.6.2 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，对授权情况实施动态管理，有管理档案。
	【A】 符合“B”，并 1. 医院有对手术、麻醉、介入、内科治疗（生物治疗、靶向治疗）、腔镜诊疗、放射治疗等高风险技术操作的卫生技术人员，至少每二年一次的能力、质量及安全情况再评价与再授权的制度与程序。 2. 手术相关记录中，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。

四、临床路径与单病种质量管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.4.1 医院将以肿瘤多学科诊疗的形式开展临床路径与单病种质量管理工作纳入规范临床诊疗行为的重要内容之一；有开展工作所必要的组织体系与明确的职责分工，建立部门协调机制。	
4.4.1.1 有临床路径工作组织体系，将实施“临床路径与单病种质量管理”工作纳入规范临床诊疗行为的重要内容之一，有协调机制。	【C】 1. 有临床路径管理委员会和临床路径指导评价小组及科室临床路径实施小组并履行相应的职责。 2. 有临床路径开发与实施的规划和相关制度，并组织落实。 3. 将临床路径与单病种质量管理工作纳入规范临床诊疗行为、加强质量管理的重要内容。 4. 有指定的部门负责上述工作。 【B】符合“C”，并 医疗、护理、医技、药学等相关科室职责、分工明确，有多部门间和科室间的协调机制。 【A】符合“B”，并 临床路径开展工作覆盖率达到相关要求。
4.4.2 根据本院医疗资源情况，以常见多发肿瘤疾病为重点，参照卫生部发布的临床路径与单病种质量管理文件、遵照循证医学原则，制定本院执行文件。	
4.4.2.1 遵照循证医学原则，结合本院实际，制定本院执行文件，实施教育培训。	【C】 1. 有临床路径、单病种质量管理实施科室和实施病种目录，有临床路径文本和单病种质量管理标准。 2. 有对入径患者履行知情同意的相关制度与程序。 3. 对相关的科室人员实施“临床路径与单病种质量管理”教育、培训与考核，包括患者的知情同意。 4. 相关人员知晓本岗位相关临床路径工作流程。 【B】符合“C”，并 1. 根据本院现有医疗资源，遵照循证医学原则，收集、分析本院常见病、多发病的诊疗信息，筛选并确定开展临床路径的科室和病种。 2. 开展临床路径与单病种管理的科室和病种符合相关要求。 【A】符合“B”，并 根据实施效果评价，及时调整病种、修订文本、优化路径。
4.4.3 医院有以单病种首席专家为首的专家组，对相关临床与医技的人员进行指导，实施教育与培训。	
4.4.3.1 医院由单病种质量管理（含医疗、护理、药学、病理、影像诊断、放疗等	【C】 1 医院有单病种质量管理（含医疗、护理、药学、病理、影像诊断、放疗等专业）专家组。 2. 对相关的临床医护人员实施“临床路径与单病种质量管理”教育、培训与考

专业)专家组对相关临床与医技的人员进行指导,实施教育与培训。	核,包括患者的知情同意。 3.对药剂科人员实施“临床路径与单病种质量管理”教育、培训与考核,包括明确服务职责及药品供给及时性。 4.对相关的医技科室人员实施“临床路径与单病种质量管理”教育、培训与考核,包括明确服务职责及结果报告时效性。
	【B】符合“C”,并 培训部门有适用的相关教材及教员队伍。
	【A】符合“B”,并 培训部门能根据职能部门监管中提出的问题开展再培训。
4.4.4 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。	
4.4.4.1 建立临床路径与单病种质量管理信息平台,定期召开联席会议,总结分析并不断改进临床路径与单病种质量管理。	【C】 1.有临床路径与单病种质量管理信息平台。 2.对临床路径与单病种质量管理实时监测。
	【B】 符合“C”,并 1.临床、医技科室、药学负责人及职能部门及时收集、记录实施中存在的问题与缺陷。 2.通过医疗、护理、质控等部门的联席会议上对存在问题与缺陷进行总结分析,提出改进措施。
	【A】 符合“B”,并 实施过程和效果进行评价分析,改进临床路径与单病种质量管理。
4.4.5 建立临床路径统计工作制度,定期对进入临床路径患者进行平均住院日、住院费用、药品费用、非预期再手术率、并发症与合并症等指标的统计分析。	
4.4.5.1 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、非预期再手术率、并发症与合并症等指标列入监测范围。	【C】 1.有对执行“临床路径与单病种质量管理”的病例进行监测的相关规定与程序,至少满足本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、非预期再手术率、并发症与合并症等指标列入监测范围的规定与程序。
	【B】 符合“C”,并 1.每季度对监测信息进行汇总与分析。提出持续改进措施。 2.对实施“临床路径与单病种质量管理”的病种进行疗效、费用及成本进行卫生经济学分析评估。
	【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50%,入组完成率不低于70%。 2.持续改进有成效。
4.4.6 定期进行临床路径管理相关医务人员和患者满意度调查,总结分析影响实施临床路径的因素,不断完善和改进路径标准。	
4.4.6.1 对执行临床路径管理相关的医务人员和患者进	【C】 1.对执行临床路径管理相关的医务人员和患者进行满意度调查。 2.对实施“临床路径与单病种质量管理”的病种进行疗效、费用及成本进行卫

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。	生经济学分析评估。 3. 对实施病种“临床路径与单病种质量管理”的依从性进行监控。
	【B】 符合“C”, 并 1. 每季度对相关信息进行汇总与分析。提出持续改进措施。 2. 对实施“临床路径与单病种质量管理”的病种进行疗效、费用及成本进行卫生经济学分析评估。
	【A】 符合“B”, 并 持续改进有成效。
4.4.7 用相关的制度与程序, 保障按文件规定上报卫生部的单病种质量指标信息, 做到正确、可靠、及时。(详见本细则第七章第三节)。	
4.4.7.1 有单病种质量指标信息台账。	【C】 有单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 单病种指标信息能从医院信息系统中自动提取。
4.4.7.2 专人负责上报单病种质量信息。	【C】 1. 专人负责单病种质量信息上报与审核工作制度。 2. 由本专业副主任医师或专职质量控制人员负责信息最后确认, 信息可溯源。 3. 上报病例与实际相符, 无漏报与不报, 尤其是死亡病例。
	【B】 符合“C”, 并 1. 职能部门对符合质控所列范围要求的住院病历履行监管。 2. 住院总医师或主治医师对符合入选要求住院病历开展质量控制管理活动。
	【A】 符合“B”, 并 有计划与措施逐步做到, 住院总医师或主治医师对每份符合入选要求的住院病历实行单病种(第七章第三节所列病种)结构质量、过程质量与结果质量管理, 有完整的管理资料可体现质量改进的进程与业绩。

五、肿瘤多学科诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.5.1 医院将开展肿瘤多学科诊疗纳入医院质量管理与持续改进，有开展工作所必要的组织体系与明确的职责，有管理制度、程序与相关政策，并建立部门协调机制。	
4.5.1.1 医院将开展肿瘤多学科诊疗纳入医院质量管理与持续改进重要内容之一，有开展工作所必要的组织体系与明确的职责，有管理制度、程序与相关政策，并建立部门协调机制。(★)	【C】 1. 树立肿瘤综合治疗理念，建立肿瘤综合治疗组织。 2. 有开展肿瘤综合治疗的管理办法。 3. 有包括肿瘤外科、内科、放射治疗科参与的综合治疗的组织体系。 4. 建有以单病种或病变部位为主的各诊治中心≥1个。
	【B】 符合“C”，并 1. 在多学科参与的综合治疗的组织体系中有病理科、影像诊断、麻醉、内镜、检验、护理等专业医护人员。 2. 开展肿瘤综合治疗纳入医院或科室目标管理之中。 3. 职能部门履行监管职责，有定期监管检查、分析、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 以单病种或病变部位为主的多学科参与的诊治中心≥3个。 2. 对措施落实情况进行追踪评价，有持续改进。
4.5.2 根据现有医疗资源，逐步实现肿瘤多学科综合门诊、肿瘤多学科综合查房、肿瘤疑难危重病例多学科联合诊疗，共同拟定患者的诊断和分期，制定最佳的综合治疗方案。	
4.5.2.1 根据现有医疗资源，逐步实现肿瘤多学科综合门诊、肿瘤多学科综合查房、肿瘤疑难危重病例多学科联合诊疗，共同为患者制定最佳的综合治疗方案。	【C】 1. 开展以病种为单位的肿瘤综合治疗门诊。 2. 开展以科室为牵头单位的肿瘤综合治疗查房。 3. 共同拟定患者的诊断和分期，为其制定最佳的综合治疗方案。
	【B】 符合“C”，并 1. 肿瘤内科医生应在外科或放疗科的密切配合下，承担后继肿瘤治疗及晚期肿瘤病人临终前疼痛控制、营养、心理需要的总体责任。 2. 建立肿瘤疑难危重病例多学科联合诊疗制度。 3. 职能部门履行监管职责，有定期监管检查、分析、反馈，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 心理学医师参加综合治疗，帮助肿瘤医师处理患者，采取合适的方式与患者沟通病情，帮助患者自我恢复。 2. 康复医师在综合治疗中向病人提供自我恢复（发音训练、步行、造瘘术、外貌修复、职业恢复）支持。 3. 对措施落实情况进行追踪评价，有持续改进。
4.5.3 由以单病种首席专家为首的专家组，制订和决策病种相关的诊疗计划工作。	
4.5.3.1 以病种为单位的专家组(含医疗、护理、药学、病理、影像诊断、	【C】 1. 以病种为单位的专家组(含医疗、护理、药学、病理、影像诊断、放疗等专业)、科主任为核心，制订适宜的肿瘤综合治疗病种及实施办法，并由院长批

放疗等专业)、科主任为核心,制订适宜的肿瘤综合治疗病种及实施办法	准实施。 2. 对多种疾病(喉癌、肺癌、食管癌、乳腺癌、直肠癌、胰腺癌、骨和软组织肿瘤、宫颈癌、膀胱癌、前列腺癌、淋巴瘤)开展多种形式的综合治疗模式。 3. 设立以病种为单位由2个以上专业参与的综合治疗门诊≥3个。 4. 有为住院患者提供综合会诊的制度,开展肿瘤综合会诊的科室≥3个。 5. 在住院患者中开展接受综合会诊治疗。 【B】符合“C”,并 1. 开展综合治疗的病种数≥5个。 2. 开展多种形式的综合治疗模式开展项目≥3种。 3. 设立以病种为单位由2个以上专业参与的综合治疗门诊≥5个。 4. 开展肿瘤综合会诊的科室≥5个。 5. 职能部门定期总结和分析肿瘤综合治疗开展情况,提出持续性改进意见。 【A】符合“B”,并 1. 开展综合治疗的病种数≥8个。 2. 开展多种形式的综合治疗模式开展项目≥5种。 3. 有综合治疗评估制度,即评估综合治疗方案的科学性、规范性、合理性。 4. 对措施落实情况进行追踪评价,有持续改进。
4.5.4 参考国内外权威肿瘤指南与有关循证医学的证据,结合现有医疗资源,制定本院常见肿瘤临床诊疗工作的诊疗规范/指南,培训相关人员,并在临床诊疗工作遵照执行。	
4.5.4.1 依据卫生行政部门正式颁布的常见肿瘤临床诊疗工作的诊疗规范/指南、有关循证医学的证据,确定肿瘤疾病不同临床分期的治疗原则。	【C】 1. 有些早期癌,单独手术即可治愈,不宜过分的放疗或化疗。 2. 对于局部病变为主,并经手术切除、放疗或化疗可将其治愈的肿瘤(皮肤癌),不必要再加用其它治疗方法。 3. 对于虽尽量扩大切除或照射,都不能消除远处播散可能的肿瘤(如绒毛膜上皮癌、骨肉瘤、小细胞肺癌),必须采取必要的全身治疗,才能达到根治的目的。 4. 对于诊断时即属全身性的肿瘤(淋巴瘤、白血病),化疗是首选的治疗方法。 5. 对于在迅速发展阶段期的肿瘤(乳腺癌),不宜贸然选择手术治疗,而应先用放射或化疗,待肿瘤相对稳定后再施行手术。 6. 对于晚期肿瘤(直肠癌、卵巢癌)经化疗或放疗取得一定程度的控制后,如能手术切除则可以提高治愈率。 【B】符合“C”,并 职能部门监管“肿瘤诊疗规范/指南”在临床诊疗工作执行力,提出改进意见,有记录。 【A】符合“B”,并 对措施落实情况进行追踪评价,有持续改进。
4.5.5 以单病种首席专家为首的专家组能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗指南与质量安全指标,加强住院诊疗计划/方案的依从性管理,保障患者安全,定期评价肿瘤诊治质量,促进持续改进。	
4.5.5.1 单病种专家组(含医疗、	【C】 1. 医院有由医疗、护理、药学、病理、影像诊断、放疗等专业组成的单病种专

护理、药学、病理、影像诊断、放疗等专业)能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗指南与质量安全指标,加强住院诊疗计划/方案的依从性管理。	家组。 2. 科室/部门用质量与安全管理核心制度管理多学科诊疗质量监控活动。 3. 有定期评价主管医师执行住院诊疗计划/方案的依从性的制度和程序。 4. 各级医师均知晓与遵循。
	【B】符合“C”，并 1. 科室/部门有定期（至少每月一次）对主管医师执行“住院诊疗计划/方案的依从性”进行评价的记录。 2. 对主管医师“住院诊疗计划/方案的依从性”提出改进意见，有记录。
	【A】符合“B”，并 职能部门参与科室/部门的评价活动，有记录。
4.5.5.2 有质量与安全管理制 度、岗位职责。	【C】 1. 有保证诊疗服务质量的相关制度、工作人员岗位职责，并落实。 2. 有诊疗规范与质量安全指标。
	【B】符合“C”，并 职能部门监管各级人员履职的情况，提出改进意见，有记录。
	【A】符合“B”，并 职能部门评价对改进的成效，有记录。

六、肿瘤内科治疗的质量管理与持续改进

评审标准	评定要点
4.6.1 由有资质的医师和护士按照制度、程序与病情评估结果为患者提供规范的同质化服务。医院有化学治疗、内分泌治疗、生物治疗、靶向治疗以及镇痛、营养支持治疗等临床应用指南。	
4.6.1.1 布局及人员配置合理, 有化学治疗、内分泌治疗、生物治疗、靶向治疗以及镇痛、营养支持治疗等临床应用指南。	【C】 1. 所有医师均应具有医师资格证书、医师执业证书, 具有与其职称相称的专业技术资格, 各级医师结构合理。 2. 医院明文规定住院肿瘤内科治疗管理制度与流程。 3. 医院有临床应用指南 (如, 化学治疗、内分泌治疗、生物治疗、靶向治疗以及镇痛、营养支持治疗等) 明示。 4. 各级医师知晓其要求, 为患者提供规范的同质化服务。 【B】 符合 “C” , 并 1. 科室质控人员对各级医师对指南执行力有评价记录。 2. 职能部门监管科室对指南执行力有评价记录。 【A】 符合 “B” , 并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.2 住院收治的病人, 其治疗前需经科 (病区) 查房对病情进行评估 (包括分期、预后分析等), 由高级技术职称的医师确定治疗方案。每个治疗方案执行前、后有治疗前计划和治疗后小结, 并由具有主治医师以上职称的医师确认签字, 记录在相应的医疗文件中。	
4.6.2.1 住院收治的病人, 其治疗前需经科 (病区) 查房对病情进行评估 (包括分期、预后分析等), 由高级技术职称的医师确定治疗方案, 有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。 (★)	【C】 1. 肿瘤内科治疗规范参考卫生部发布肿瘤诊疗规范与目前国际指南 (如 NCCN 指南) 制定本院的诊疗指南, 规范化治疗达 100%。 2. 严格实行三级查房制, 通过讨论确定肿瘤分期, 制订个性化治疗方案。 3. 治疗方案由肿瘤内科高级职称医师确认。 4. 治疗方案实施前由主管医师完成患者及其亲属的知情告知。 5. 对治疗方案的疗效和毒副作用评价有明确的规范与流程。 6. 有疑难、重症及死亡病例讨论制度。 7. 各级医师知晓上述规定。 【B】 符合 “C” , 并 1. 科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录。 2. 职能部门对科室有监管, 有评价, 有记录。 【A】 符合 “B” , 并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.2.2 每个治疗方案执行前、后有治疗前计划和治疗后小结, 并由具有主治医师以上职称的医师确认签	【C】 1. 每一治疗方案病例在实施前需经科 (病区) 查房对病情进行评估 (包括分期、预后分析等)。 2. 依据临床分期确定治疗方案。 3. 治疗方案实施期间的每一月均要进行阶段小结, 实时评估治疗方案执行情

字,并记录在相应的医疗文件中。	况,并根据病情变化及时调整治疗方案。 4. 治疗结束后要完成治疗小结,确定下一步治疗意见。 5. 各级医师知晓其要求。 【B】符合“C”,并 1. 治疗方案由肿瘤内科高级专业技术职称的医师制定。 2. 治疗中阶段小结及治疗后小结需由具有主治医师及以上专业技术职称的医师确认签字,并记录在相应的医疗文件中。 3. 科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录。 4. 职能部门对科室有监管,有评价,有记录。 【A】符合“B”,并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.3 医院对肿瘤化学治疗药物实施分级管理,门诊治疗的病人,其治疗方案需由具有高级专业技术职称医师确定,每个治疗方案执行前、后有治疗前计划和治疗后小结,并由主治医师及以上技术职称的医师确认签字,记录在相应的医疗文件中。	
4.6.3.1 有保证门诊或日间病房肿瘤化学诊治疗实施的必要条件,对肿瘤化学治疗方案执行实施分级管理。(★)	【C】 1. 医院对肿瘤化学治疗药物实施分级管理,处方权限落实到每名医师。 2. 门诊、日间病房肿瘤化学治疗区域设置与运行符合规范。 (1) 有独立的门诊肿瘤化学治疗区域,布局、流程符合卫生法律法规要求。 (2) 化学治疗药物配制符合操作规范要求。 (3) 医师、护士从事肿瘤化学治疗均应具有资格。 3. 原则上以专业组为治疗小组,负责本专业病人的收治、管理及质量控制。 (1) 经讨论制定的治疗方案需由具有高级专业技术职称医师确定。 (2) 治疗方案实施前由实施医师完成知情告知制度。 (3) 治疗中阶段小结及治疗后小结需由具有主治医师及以上专业技术职称的医师确认签字,并记录在相应的医疗文件中。 (4) 对治疗方案的疗效和毒副作用评价有明确的规范与流程。 4. 从事门诊肿瘤化学治疗各级医师知晓其要求。 【B】符合“C”,并 1. 从事门诊肿瘤化学治疗医师具有高级职称≥20%。 2. 由高级职称医师实时评估治疗方案执行情况,并根据病情变化及时调整治疗方案。 3. 科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录,作为医师能力评价之一。 4. 职能部门对科室有监管,有评价,有记录。 【A】符合“B”,并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.4 内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗适应症明确,治疗方案需由具有高级专业技术职称医师确定。进行生物治疗、生物靶向治疗前应向患者充分告知,取得书面知情同意文件。	
4.6.4.1 内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗适应症明确,治疗方案需由具有高	【C】 1. 明文规定内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗前获得病理学诊断(包含EGFR)为依据,及其它必要的检测与检查项目。 2. 明文规定内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗的适应症及禁忌症。

级专业技术职称医师确定。	3. 内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗方案应有以专业治疗小组，负责本专业病人的收治、管理及质量控制。 (1) 经讨论制定的治疗方案，需由具有高级职称医师确定。 (2) 治疗中阶段小结及治疗后小结需由具有主治医师及以上专业技术职称的医师确认签字，并记录在相应的医疗文件中。 (3) 对治疗方案的疗效和毒副作用评价有明确的规范与流程。 4. 从事“内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗”各级医师知晓其要求。 【B】符合“C”，并 1. 实施“内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗”医师的分级准入管理制度。 2. 科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录，作为医师能力评价之一。 3. 职能部门对科室有监管，有评价，有记录。 【A】符合“B”，并 职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.4.2 生物治疗、生物靶向治疗应向患者进行充分的告知，并取得知情同意书面文件。	【C】 1. 明文规定“内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗”知情告知制定、程序与内容。 2. “内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗”实施前由实施医师完成知情告知，记录知情告知内容，并由实施医师及患者或患者委托人分别签字确认。 3. 从事“内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗”各级医师知晓其要求。 【B】符合“C”，并 1. 科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录，作为医师能力评价之一。 2. 职能部门对科室有监管，有评价，有记录。 【A】符合“B”，并 职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.5 所有治疗均需有病理（或细胞学）诊断结果支持，有明确的内科治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理（或细胞学）诊断结果，需提交科室讨论确定，并征得病人书面知情同意。	
4.6.5.1 所有治疗均需有病理（细胞学）诊断结果支持，特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果，需提交科室讨论确定，并征得病人书面知情同意。（★）	【C】 1. 所有治疗均需有病理（细胞学）诊断结果支持。收治患者中病理细胞学诊断率≥95%。 2. 特殊病例难以获取病理（细胞学）诊断结果，需提交科室讨论确定，并征得病人和主要家属（原则上至少2人，特殊情况可1人）共同签署的书面知情同意。 3. 各级医师知晓其履职要求。 4. 科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录，作为医师能力评价之一。 【B】符合“C”，并 1. 收治患者中病理细胞学诊断率≥97%。 2. 职能部门对科室有监管，有评价，有记录。 【A】符合“B”，并 1. 收治患者中病理细胞学诊断率≥99%。 2. 职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。

4.6.6 为出院患者提供较详细的出院医嘱和肿瘤康复指导意见。有近期疗效评估的制度与程序,及时准确记录;对患者进行跟踪随访,生存期及病程进展等信息均应详细记录于相关医疗文件中。	
4.6.6.1 为出院患者提供较详细的出院医嘱和肿瘤康复指导意见。有近期疗效评估的制度与程序,及时准确记录;对患者进行跟踪随访,生存期及病程进展等信息均应详细记录于相关医疗文件中。	【C】 1. 为出院患者提供较详细的出院医嘱和肿瘤康复指导意见。 2. 有近期疗效评估的制度与程序,及时准确记录。 3. 随有访制度,按病种开展随访工作,随访率占出院病人比例 $\geq 30\%$ 。
	【B】 符合“C”,并 1. 对患者进行跟踪随访,生存期及病程进展等信息均应详细记录于相关医疗文件中。 2. 科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录,作为医师能力评价之一。 3. 职能部门对科室有监管,有评价,有记录。
	【A】 符合“B”,并 职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.7 是国家食品药品监督管理局(SFDA)批准的抗肿瘤药物临床研究机构,经过国家级GCP培训并考核合格的医师人数 $\geq 80\%$,其中参与肿瘤药物临床研究相关人员获得GCP培训合格证书。	
4.6.7.1 有经过国家批准的抗肿瘤药物临床研究基地,参与肿瘤药物临床研究相关人员获得GCP培训合格证书。	【C】 1. 参加完成抗肿瘤药物临床研究工作。 2. 抗肿瘤药物临床研究符合GCP要求及规定。 3. 参与肿瘤药物临床研究相关人员获得GCP培训合格证书。 4. 有伦理委员会,依据询证医学原则负责对所开展的肿瘤药物临床研究项目进行审议。 5. GCP有独立的区域及专职人员,各级医师参与此项工作的均知晓其履职要求。
	【B】 符合“C”,并 1. 经过国家级GCP培训并考核合格的医师人数 $\geq 80\%$ 。 2. 每年开展临床试验用药的项目数 ≥ 20 项, 3. 有职能部门监管,记录完整。
	【A】 符合“B”,并 1. 为国家食品药品监督管理局(SFDA)批准抗肿瘤药物临床研究基地。 2. 每年开展临床试验用药的项目数 ≥ 40 项,I期研究 ≥ 5 项。 3. 有独立的I期临床研究实验室。 4. 职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.8 医院建立化疗相关的特殊及严重不良反应报告制度,有急诊处理规范及管理措施。	
4.6.8.1 医院建立化疗相关的特殊及严重不良反应报告制度,有急诊处理规范及管理措施。(★)	【C】 1. 有针对化疗(内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗)相关的特殊及严重不良反应的报告制度。 (1) 化疗相关的特殊及危重特殊病人上报制度。 (2) 医疗安全不良事件报告制度。 (3) 危急值报告制度。 (4) 药物不良反应上报制度。

	(5) 急诊绿色通道抢救制度。 (6) 急诊会诊制度。 2. 从事“化疗”各级医师均履职知晓其要求。 3. 临床药师参与“化疗(内分泌治疗、生物治疗、生物靶向治疗)严重不良反应”处理过程。
	【B】符合“C”，并 1. 科室有明确的急诊处理及抢救流程。 2. 科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录，作为医师能力评价之一。 3. 职能部门对科室有监管，有评价，有记录。
	【A】符合“B”，并 职能部门对实施中问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.9 科主任、护士长与临床药师组成质量与安全管理团队，能定期分析影响住院诊疗(检查、药物治疗、手术/介入治疗等)计划/方案执行的的因素，对住院时间超过 30 天的患者，进行管理与评价，优化医疗服务系统与流程。	
4.6.9.1 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。	【C】 1. 由科主任、护士长与质量控制小组负责质量和安全管理，并有工作记录。 2. 科室能定期(至少每季)分析影响住院诊疗(检查、药物治疗、手术/介入治疗等)计划/方案执行的的因素。 3. 对上岗的医师与护士有培训与教育的记录。 4. 相关人员均知晓本部门各项制度及要求。
	【B】符合“C”，并 1. 至少每周一次科综合查房及病例讨论。 2. 有对各项规章、制度、规范等管理文件有定期研讨修订及培训记录。
	【A】符合“B”，并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.6.9.2 有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. 有保证诊疗服务质量的相关制度、工作人员岗位职责，并落实。 2. 有诊疗规范/指南。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录，作为医师能力评价之一。 2. 职能部门对科室有监管，有评价，有记录。
	【A】符合“B”，并 质量与安全管理制度执行良好，有定期更新，质量安全指标不断提高。
4.6.9.3 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. 医院对诊疗有明确的质量与安全指标。 2. 科室/病区质量工作小组有定期开展全面质量管理活动的记录。 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. 对住院时间超过 30 天的患者，进行管理与评价，提出科内优化医疗服务流

	程的措施。 2. 科室能定期统计与分析质量与安全指标，对存在的问题与缺陷提出改进意见。
	【A】符合“B”，并 1. 职能部门对住院时间超过 30 天的患者，进行管理与评价，提出优化各个医疗服务流程的措施，其工作成效有评价。 2. 病例随访，其治愈率、5 年生存率高于同级医院平均值。

七、手术治疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.7.1 实行肿瘤手术医师资格准入制和手术分级授权管理制度，责任到每一位医师；有定期手术医师资格和能力评价与再授权的机制。职能部门有能力评价流程与执行记录。	
4.7.1.1 实行肿瘤手术医师资格准入制和手术分级授权管理制度，责任到每一位医师。	【C】 医院有肿瘤手术医师资格分级授权管理制度与程序。 (1) 肿瘤手术分级授权管理落实到每一位手术医师。 (2) 肿瘤手术医师的手术权限与其资格、能力相符。 (3) 肿瘤手术医师知晓率 100%。
	【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 肿瘤手术医师资格分级授权管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。
4.7.1.2 有定期手术医师能力评价与再授权的机制。	【C】 1. 医院有肿瘤手术医师能力评价与再授权的制度与程序，并落实。 2. 肿瘤手术医师知晓率 100%。
	【B】 符合“C”，并 有肿瘤手术医师每二年一次业务能力评价与再授权的档案资料。
	【A】 符合“B”，并 公开肿瘤手术医师权限，及时更新相关信息。
4.7.2 实行肿瘤患者规范的 TNM 分期或其他分期以及总体病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范制订诊疗和手术方案，依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案，均应记录在病历中。	
4.7.2.1 有患者病情评估与术前讨论制度。	【C】 1. 有患者病情评估制度，实行肿瘤患者规范的 TNM 分期或其他分期以及总体病情评估。 2. 有术前讨论制度。根据手术分级和患者病情，确定参加讨论人员及内容，内容包括： (1) 患者术前病情评估的重点范围。 (2) 手术风险评估。 (3) 术前准备。 (4) 临床诊断、拟施行的手术方式、手术风险与利弊。 (5) 明确是否需要分次完成手术等。 3. 对术前讨论有明确的时限要求并记录在病历中。 4. 对相关岗位人员进行培训。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对制度落实情况定期检查，并有分析、反馈和整改措施。

	【A】符合“B”，并术前讨论规范，记录完整，术前讨论质量有改进成效。
4.7.2.2 根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。	【C】 1. 为每位肿瘤手术患者制订手术治疗计划或方案。 2. 手术治疗计划记录于病历中，包括术前诊断、拟施行的手术名称、可能出现的问题与对策等。 3. 根据手术治疗计划或方案进行手术前的各项准备。 【B】符合“C”，并职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。 【A】符合“B”，并手术方案完善，术前准备充分，有质量持续改进成效。
4.7.3 患者手术前的知情同意包括术前诊断、手术目的和风险、高值耗材的使用与选择，以及其他可选择的诊疗方法等。手术前应向患者或家属充分说明手术指征、手术风险与利弊、高值耗材的使用与选择、可能的并发症及其他可供选择的诊疗方法等。如须术中快速（冰冻）病理诊断结果提示调整手术方式的，要在手术前、手术中向患者、家属或委托人充分说明，并签署更改术式同意书。	
4.7.3.1 在患者手术前履行知情同意。	【C】 1. 有落实患者知情同意管理的相关制度与程序。 （1）手术前谈话由手术医师进行，知情同意结果记录于病历之中。 （2）手术前应向患者或近亲属充分说明手术指征、手术风险与利弊、高值耗材的使用与选择、可能的并发症及其他可供选择的诊疗方法等，并签署知情同意书。 （3）肿瘤手术应以病理诊断为决定手术方式的依据。根据术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者、近亲属充分说明，征得患方同意并签署知情同意书。 （4）手术前应向患者、近亲属充分说明使用血与血制品的必要性，使用的风险和利弊及其他可选择办法等。 2. 对术前履行知情同意有明确的时限要求，并记录。 3. 知情同意书应由手术医师先签署，然后由患者或家属签署。 4. 对临床科室手术医师进行相关教育与培训。 【B】符合“C”，并 1. 针对不同患者，采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果。 2. 职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。 【A】符合“B”，并 1. 患者及近亲属对知情同意内容充分理解。 2. 知情同意书签署规范，内容完整，合格率 100%。
4.7.4 医院建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。	
4.7.4.1 有重大手术报告审批制度。	【C】 1. 有重大手术（包括急诊情况下）报告审批管理的制度与流程。 2. 有明确需要报告审批的手术目录。 3. 对临床科室手术医师进行相关教育与培训。

	4. 相关人员知晓上述制度与流程。
	【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，必要时参加术前讨论。
	【A】符合“B”，并 审批资料完整，无违规案例。
4. 7. 4. 2 有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。	【C】 1. 有急诊手术管理的相关制度与流程。 2. 对相关人员进行教育与培训。 3. 相关人员知晓上述制度和流程。
	【B】符合“C”，并 1. 有急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。 2. 职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 多部门协调机制有效，保障急诊手术及时与安全。
4. 7. 5 手术预防性抗菌药物应用的选择与使用时机符合规范。医务处、院感管理及临床药学有监测与评价记录。	
4. 7. 5. 1 有手术预防性抗菌药物临床应用的制度。	【C】 1. 根据《抗菌药物临床应用指导原则》，结合本院实际，制定手术预防性抗菌药物临床应用管理的相关制度、规范。 2. 对相关人员进行培训。 3. 相关人员知晓并执行上述制度与规范。
	【B】符合“C”，并 1. I 类切口（手术时间≤2 小时）手术，预防性抗菌药使用比例≤30%。 2. 职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 手术预防性抗菌药使用符合相关规范。
4. 7. 6 手术的全过程情况和术后注意事项及时、准确地记录在病历中；术中快速（冰冻）切片病理检查、胃肠镜检查等结果完整记录；手术的离体组织保留大体标本的完整性，满足临床病理诊断要求。	
4. 7. 6. 1 按照《病历书写基本规范》完成手术记录与术后首次病程记录。	【C】 1. 手术主刀医师在术后 24 小时内完成手术记录（特殊情况下，由一助书写，主刀签名）。 2. 参加手术医师在术后即时完成术后首次病程记录。 3. 相关人员知晓上述规定。
	【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。
	【A】符合“B”，并 手术记录和病程记录及时、完整，合格率 100%。

4.7.6.2 手术离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断，并记录。	【C】 1. 对手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程。 2. 手术室有具体措施保障规定与程序的执行。 3. 相关人员知晓上述制度及流程。 【B】符合“C”，并 1. 对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，其结果有记录。 2. 职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。 3. 肿瘤手术切除组织送检率 100%。 【A】符合“B”，并 手术离体组织送检率 100%。
4.7.7 做好患者手术后观察与护理工作，并记录在相应的医疗文书中。	
4.7.7.1 制定患者术后医疗、护理和其他服务计划。	【C】 1. 有术后患者管理相关制度与流程。 (1) 手术后医嘱必须由手术医师或由手术者授权委托的医师开具。 (2) 每位患者手术后的生命指标监测结果记录在病历中。 (3) 在术后适当时间，依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、或再手术或放化疗等方案。 (4) 对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。 2. 相关人员知晓上述制度与流程。 【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。 【A】符合“B”，并 术后有医疗、护理、转送等多部门协调服务计划内容完整、统一，有连续性。
4.7.7.2 手术后并发症的风险评估和预防措施到位。	【C】 1. 医务人员掌握手术后常见并发症。 2. 手术后并发症的预防措施落实到位。 3. 对大型手术、高危手术患者有风险评估、有预防“深静脉栓塞”、“肺栓塞”等常规与措施。 【B】符合“C”，并 职能部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。 【A】符合“B”，并 有重大手术并发症的案例分析报告，持续改进术后质量管理，术后并发症预防有效，并发症降低。
4.7.8 根据患者术后病情及病理报告结果再次评估，并确定后续治疗方案。	
4.7.8.1 根据患者术后病情及病理报告结果再次评估，并确定后续治疗方案。(★)	【C】 1. 明文规定“患者术后病情及病理报告结果再次评估”，以此确定后续治疗方案。 2. 各级临床医师均知晓，并遵循。

	【B】 符合“C”，并 1. 科室质控人员对各级医师对“再次评估”执行力有评价记录。 2. 职能部门监管科室对“再次评估”执行力有评价记录。 【A】 符合“B”，并 1. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。 2. 肿瘤手术后病历记录证实“再次评估”执行率$\geq 95\%$。
4.7.9 科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理团队，能定期分析影响围手术期质量与安全管理的因素，有对“非计划性再次手术”与“手术并发症”进行监测、原因分析、反馈、改进的质量控制体系。	
4.7.9.1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，并有开展工作的记录。	【C】 1. 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组负责本科室医疗质量和安全管理。 2. 有适用的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程、诊疗规范。 3. 有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。 4. 定期开展手术质量评价。 5. 将手术并发症的预防措施与控制指标作为科室的质量与安全管理、评价的重点内容。 6. 进行质量与安全管理培训与教育。 【B】 符合“C”，并 1. 质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析，有整改措施。 2. 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。
4.7.9.2 医院对手术科室有明确的质量与安全指标，医院与科室能定期评价，有能够显示持续改进效果的记录。	【C】 1. 医院对手术科室有明确的质量与安全指标，建立手术质量管理的数据库。 (1) 住院重点手术总例数、死亡例数、术后非计划重返再次手术例数。 (2) 手术后并发症例数。 (3) 手术后感染例数（按“手术风险评估表”的要求分类）。 (4) 围术期预防性抗菌药的使用。 (5) 单病种过程（核心）质量管理的病种。 2. 定期分析本科室手术质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的手术治疗能力与质量水平。 【B】 符合“C”，并 根据数据分析，采取有针对性的改进措施。 【A】 符合“B”，并 各项质量与安全指标呈正向变化趋势。
4.7.9.3 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。（★）	【C】 1. 有“非计划再次手术”相关管理制度与流程。 2. 将控制“非计划再次手术”作为对手术科室质量评价的重要指标。 3. 把“非计划再次手术”指标作为对手术医师资格评价、再授权的重要依据。 4. 对临床手术科室医师与护士培训。

	【B】符合“C”，并 职能部门对“非计划再次手术”有监测、原因分析、反馈、整改。
	【A】符合“B”，并 有效控制非计划再次手术，持续改进有成效。

八、麻醉管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.8.1 实行麻醉医师资格分级授权管理制度与规范，有定期能力评价与再授权的机制。	
4.8.1.1 实行麻醉医师资格分级授权管理，并有明确的制度。	【C】 1. 有麻醉医师资格分级授权管理相关制度与程序。 2. 麻醉分级授权管理落实到每一位麻醉医师，权限设置与其资格、能力相符。 3. 独立实施麻醉的医师须具备中级以上专业技术职务任职资格。 4. 麻醉医师知晓率 100%。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对授权情况实施动态管理。有监督检查、反馈、处理。
	【A】 符合“B”，并 麻醉医师资格分级授权管理执行良好，无超权限操作情况。
4.8.1.2 对麻醉医师有定期执业能力评价和再授权制度。	【C】 1. 有定期对麻醉医师执业能力评价与再授权的制度，并落实。 2. 麻醉医师均能知晓。
	【B】 符合“C”，并 有麻醉医师定期执业能力评价与再授权的档案资料。
	【A】 符合“B”，并 公开麻醉医师权限，及时更新相关信息。
4.8.1.3 麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，完成继续教育。	【C】 1. 麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。 2. 每一位麻醉医师均经心肺复苏高级教程培训，能熟练掌握。跟踪最新指南，及时更新心肺复苏流程。
	【B】 符合“C”，并 麻醉医师定期（至少每年）接受继续教育知识更新。
	【A】 符合“B”，并 麻醉医师继续教育达标率 $\geq 90\%$ 。
4.8.1.4 手术麻醉人员配置合理。	【C】 1. 人员配置合理，基本满足临床需要。 2. 有明确的岗位职责，相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 麻醉科主任具有副高级及以上专业技术职务任职资格。 2. 护士长应当具有中级及以上专业技术职务任职资格。
	【A】 符合“B”，并 1. 麻醉医师人数与手术台比例 $> 2:1$。 2. 每张手术台配备一名麻醉住院医师及一名主治及以上的麻醉医师。
4.8.2 实行患者麻醉前病情评估制度，制订治疗计划/方案，风险评估结果记录在病历中。	

4.8.2.1 有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度。	【C】 1. 有患者麻醉前病情评估制度，内容包括： （1）明确患者麻醉前病情评估的重点范围。 （2）手术风险评估。 （3）术前麻醉准备。 （4）对临床诊断、拟施行的手术、麻醉方式与麻醉的风险、利弊进行综合评估。 2. 有术前讨论制度，对高风险择期手术、新开展手术或麻醉方法，进行麻醉前讨论。 【B】符合“C”，并职能部门履行监管职责，有监管检查、反馈、改进措施。 【A】符合“B”，并评估与讨论的病历记录完整性 100%。
4.8.2.2 由具有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制定麻醉计划。	【C】 1. 由具有资质和授权的麻醉医师为每一位手术患者制订麻醉计划。 2. 麻醉计划记录于病历中，包括拟施行的麻醉名称、可能出现的问题与对策等。 3. 根据麻醉计划进行麻醉前的各项准备。 4. 按照计划实施麻醉，变更麻醉方法要有明确的理由，并获得上级医师的指导和同意，家属知情，记录于病历/麻醉单中。 【B】符合“C”，并 1. 科室对变更麻醉方案的病例进行定期回顾、总结、分析。 2. 职能部门履行监管职责，有定期监管检查、分析、反馈，有改进措施。 【A】符合“B”，并对措施落实情况追踪评价，有持续改进。
4.8.3 患者麻醉前的知情同意，包括治疗风险、优点及其他可能的选择。	
4.8.3.1 履行麻醉知情同意。	【C】 1. 有麻醉前由麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人进行知情同意的相关制度。 2. 向患者、近亲属或授权委托人说明所选的麻醉方案及术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案。 3. 签署麻醉知情同意书并存放在病历中。 【B】符合“C”，并针对不同患者，采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果。 【A】符合“B”，并 1 患者对知情同意内容充分理解。 2. 知情同意书内容完整性 100%。
4.8.4 执行手术安全核查，实施麻醉操作的全过程必须记录于病历/麻醉单中。	
4.8.4.1 执行手术安全核查，麻醉的全过程在病历/麻醉单	【C】 1. 按照规定，执行手术安全核查。 2. 按规定内容书写麻醉单。

上得到充分体现。	3. 麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室有专门质控人员负责定期检查、反馈。 2. 职能部门有检查、反馈、总结，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 麻醉师参加手术安全核查并签字达 100%。 2. 麻醉单及相关记录真实、准确、完整，符合规范，合格率 100%。
4.8.4.2 有麻醉过程中的意外与并发症处理规范。	【C】 1. 有麻醉过程中的意外与并发症处理规范与流程。 （1）有及时报告的流程。 （2）处理过程应该得到上级医师的指导。 （3）处理过程记录于病历/麻醉单中。 2. 麻醉医师对规范和流程的知晓率 100%。 3. 各项麻醉意外与并发症的预防措施落实到位。
	【B】 符合“C”，并 职能部门有检查、反馈、总结，有改进措施。对麻醉意外和并发症专题讨论，定期自查、分析、整改。
	【A】 符合“B”，并。 有效预防麻醉意外与并发症，持续改进有成效。
4.8.4.3 有麻醉效果评定。	【C】 有麻醉效果评定的规范与流程。
	【B】 符合“C”，并 科室能定期对麻醉效果资料进行分析、评价、总结，有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 麻醉效果优良率高。
4.8.5 有麻醉后复苏室，管理措施到位，实施规范的全程监测，记录麻醉后患者的恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。	
4.8.5.1 麻醉后复苏室合理配置，管理措施到位	【C】 1. 麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1:3。 2. 麻醉复苏室配备医护人员满足临床需要，至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师。 3. 复苏室每床配备吸氧设备，包括无创血压和血氧饱和度在内的监护设备，复苏室配备足够的呼吸机、抢救用药及必需设备等，满足需求。
	【B】 符合“C”，并 1. 对麻醉复苏室的医护人员进行定期培训与考核。 2. 对设施设备进行定期维护。
	【A】 符合“B”，并 配置符合规定要求，管理措施到位。

4.8.5.2 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。(★)	【C】 1. 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。 2. 患者在复苏室内的监护结果和处理均有记录。 3. 转出的患者有评价标准(全身麻醉患者 Steward 评分), 评价结果记录在病历中。 4. 有患者转入、转出麻醉复苏室交接流程与内容规定。 5. 准确记录患者进、出麻醉术后复苏室的时间。 【B】符合“C”, 并 1. 科室定期自查、分析、整改。 2. 职能部门进行检查、反馈, 有改进措施。 【A】符合“B”, 并 患者的监护和处理记录真实、准确、完整, 病历记录完整率 100%。
4.8.6 建立术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗管理的规范与流程, 能有效地执行。	
4.8.6.1 建立术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗管理的规范与流程, 能有效地执行。	【C】 1. 有术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗规范。 2. 对参与疼痛治疗的相关医护人员进行定期培训与考核。 3. 麻醉医师掌握操作规范与流程, 并能在镇痛治疗中认真执行, 镇痛治疗效果正确评价, 有记录。 4. 相关器材与药品使用合理。 【B】符合“C”, 并 1. 科室定期自查、分析、整改。 2. 职能部门进行检查、反馈, 有改进措施。 【A】符合“B”, 并 持续改进有成效。
4.8.7 建立麻醉科与输血科的有效沟通, 积极开展自体输血, 严格掌握术中输血适应证, 合理、安全输血。	
4.8.7.1 建立麻醉科与输血科的有效沟通, 严格掌握术中输血适应证, 合理、安全输血。	【C】 1. 有手术中用血的相关制度与流程, 手术用血有严格的指征。 2. 有麻醉科与输血科沟通的流程。 3. 积极开展自体输血。 4. 有手术用血前评估和用血疗效评估。 5. 相关人员知晓术中用血的制度与流程。 【B】符合“C”, 并 1. 麻醉科与手术科室和输血科等人员能有效沟通, 保障术中输血及时、合理、安全。 2. 科室定期对术中用血进行总结、分析、整改。 3. 职能部门进行检查、反馈, 对存在的问题, 及时整改。 【A】符合“B”, 并 符合条件的自体输血率不断提高, 术中合理用血率达 $\geq 95\%$。

4.8.8 科主任、护士长与具备资质的人员组成的质量与安全管理团队，能用麻醉工作质量和安全管理制度、规章、岗位职责、各类麻醉技术操作规程、质量与安全指标来确保患者麻醉安全，定期评价服务质量，促进持续改进。	
4.8.8.1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，开展质量与安全管理。	【C】 1. 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，负责科室质量与安全管理。 2. 有完善的规章制度、岗位职责、诊疗规范、操作常规。 3. 有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。
	【B】 符合“C”，并 1. 质量与安全管理小组履行职责，定期对制度进行自查、评估、分析，有整改措施。 （1）术后随访制度。 （2）麻醉不良事件无责上报制度。 （3）手术安全核查与手术风险评估制度。 （4）麻醉药品管理制度。 2. 职能部门履行监管职责，定期进行评价、分析、反馈。
	【A】 符合“B”，并 对措施落实情况进行追踪评价，有持续改进。。
4.8.8.2 开展质量与安全管理培训。	【C】 1. 依据医院质量与安全管理计划，制定本科室质量与安全培训计划并实施。 2. 相关人员知晓培训内容，掌握并执行核心制度、岗位职责、诊疗规范、技术操作常规并严格遵循。
	【B】 符合“C”，并 1. 对质量与安全管理制度、诊疗规范、操作常规、等进行检查落实。 2. 对质量与安全管理的培训重点内容进行考核。
	【A】 符合“B”，并 培训覆盖率高，培训效果明显。
4.8.8.3 定期开展麻醉质量评价。	【C】 1. 定期开展麻醉质量评价。 2. 运用适宜的评价方式与工具。 3. 将麻醉并发症的预防措施与控制指标作为科室质量与安全管理与评价的重点内容。 4. 定期评价“手术安全核查与手术风险评估制度”的执行情况。
	【B】 符合“C”，并 根据评价结果，进行分析、总结，针对存在的问题采取改进措施。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，质量有提高。
4.8.8.4 建立麻醉质量管理数据库。	【C】 1. 建立麻醉质量数据库。 2. 麻醉质量与安全相关的数据。 （1）麻醉工作量：各种麻醉例数、心肺复苏例数、麻醉复苏室例数等。

	(2) 严重麻醉并发症: 麻醉意外死亡、误咽、误吸引发梗阻、出麻醉复苏室全身麻醉患者 Steward 评分 ≥ 4 分的例数等。 (3) 各类术后患者自控镇痛 (PCA)。
	【B】 符合 “C”，并 1. 定期分析指标的数据变化趋势和原因，有年度麻醉质量安全报告。 2. 根据分析结果，及时制定提高麻醉质量的各项措施。
	【A】 符合 “B”，并 通过运用监控指标分析，有效落实各项针对性的改进措施，麻醉质量与安全水平提高。

九、重症医学科管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.9.1 重症医学科布局、设备设施、专业人员设置及医院感染控制符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。	
4.9.1.1 重症医学科布局、设备设施符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。	【C】 1. 重症医学科布局合理，病房配置设备设施符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本设备要求。 2. 信息系统有检验、影像等医技检查信息的及时传递。
	【B】 符合“C”，并 1. 重症医学科每床使用面积不少于 15 平方米，床间距大于 1 米，最少配备一个单间。 2. 有专人负责设备维护，设备、设施处于备用完好状态。 3. 信息系统有支持医疗质量管理和医院感染监控的功能。
	【A】 符合“B”，并 重症医学科与手术室、输血科、影像科等紧密相关科室距离半径短，为患者诊疗提供及时支持。
4.9.1.2 重症医学床位设置与人力资源配置符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。	【C】 1. 重症医学床位占医院总床位的 2%~5%。 2. 医师人数与床位数之比 > 0.8:1，护士人数与床位数之比达到 2.5~3:1。 3. 保持适宜的床位使用率，每天至少应保留 1 张空床以备应急使用。 4. 医护人员经过专业培训，掌握重症医学的基本技能要求，具备独立工作能力。
	【B】 符合“C”，并 1. 重症医学床位占医院总床位的大于 5%且小于 8%。 3. 科主任具有副高级专业技术职务任职资格。 4. 护士长具有中级以上专业技术职务任职资格。
	【A】 符合“B”，并 1. 重症医学床位占医院总床位的比例达到 8%。 3. 科主任具有主任医师资格。
4.9.2 有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”，定期评价收住患者的适宜性及临床诊疗质量，并能以此评价改进措施的有效性。	
4.9.2.1 有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”。	【C】 1. 有重症医学科各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。 2. 有重症医学科收住患者的范围、转入和转出标准及转出流程。 3. 对入住重症医学科的患者实行疾病严重程度评估。 4. 有抗菌药物使用与管理的相关规定。 5. 有储备药品、一次性医用耗材管理和使用的规范与流程。 6. 有对上述制度、职责、规范及标准、流程的培训。工作人员知晓相关岗位职责和履职要求。

	【B】符合“C”，并 1. 科室内有定期质量评价。 2. 职能部门履行监管职责。
	【A】符合“B”，并 1. 转入转出患者与标准的符合率$\geq 90\%$。 2. 抗菌药物合理使用率$\geq 90\%$。 3. 疾病严重程度评估率达到100%。
4.9.3 有分级查房制度与执行程序，医院对医师与护士实行资格、技术能力准入管理，达到“重症医学科医护人员基本技能要求”；严格执行核心制度，对重症疑难患者实施多学科联合查房制度；患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与负责。	
4.9.3.1 医护人员实行资格、技术能力准入及授权管理。	【C】 1. 有医护人员资格、技术能力准入及授权管理的相关制度与程序。 2. 对医护人员进行重症医学专业理论和技能培训，考核合格后方可独立上岗。 3. 护理员、保洁员经过相关知识培训考核后上岗。
	【B】符合“C”，并 对高风险技术操作实行授权、定期评估和再授权管理。
	【A】符合“B”，并 有定期考核与再培训、再授权管理，保证医护人员技术能力，呈持续提高状态。
4.9.3.2. 有分级查房制度与执行程序。	【C】 1. 有落实核心制度的相关规定与措施。 2. 有分级查房制度与执行程序，患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与负责。
	【B】符合“C”，并 1. 有多学科协作与支持机制。通过重症医学科与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持。 2. 职能部门对多学科协作与支持有监管，有分析和持续改进措施。
	【A】符合“B”，并 有符合转出标准患者及时转到相应科室的相关规定和执行业务，无推诿现象。
4.9.4 设备、药品配置达到《重症医学科建设与管理指南（试行）》的要求，处于完好备用状态，医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，熟练掌握心肺复苏三个阶段的 ABCD 四步法技能，定期评价对紧急事件处理的反应性。	
4.9.4.1 设备、药品配置达到《重症医学科建设与管理指南（试行）》的要求，处于完好备用状态，医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，	【C】 1. 病房配置设备、药品达到《重症医学科建设与管理指南（试行）》的要求。 2. 储备的药品、一次性医用耗材的管理和使用有规范与流程、有记录。 3. 对医护人员使用各种抢救设备有培训和考核。 4. 设备处于备用状态，有维护监测记录，并有明确标识。
	【B】符合“C”，并 1. 医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备。 2. 医院相关科室有制度、程序为重症医学科提供24×7天服务。 3. 设备配备满足本院危重病救治的需求。

	【A】符合“B”，并 1. 通过信息系统及时获得医学影像、室检查结果，反映医疗质量和感染监控信息。 2. 职能部门对制度执行有监管，并持续改进。
4.9.4.2 熟练掌握心肺复苏指南的操作技能，定期评价对紧急事件处理的反应性。	【C】 1. 有定期全员心肺复苏技能考核与评价制度与程序。 2. 熟练掌握心肺复苏指南的操作技能。 3. 有心肺复苏技能考核与评价记录。 【B】符合“C”，并 1. 定期评价对紧急事件处理的反应性。 2. 有记录证明职能部门已履行了监管责任。 3. 对存在的问题与缺陷有记录。 【A】符合“B”，并 1. 成为全院“心肺复苏”的师资来源与基地之一。 2. 有事实证实对紧急事件处理的反应性逐年提升。
4.9.5 有医院感染管理相关规定，对呼吸机相关性肺炎、导管所致血行性感染、留置导尿管所致泌尿系感染有预防与监控方案、质量控制指标，并能切实执行。	
4.9.5.1 有医院感染管理相关规定，对呼吸机相关性肺炎、导管所致血行性感染、留置导尿管所致泌尿系感染有预防与监控方案、质量控制指标，并能切实执行。	【C】 1. 医务人员及相关人员遵循手卫生规范，有相应的设备。 2. 有消毒剂管理的相关规定，明确有效浓度范围、物品浸泡时间等。 3. 有医疗废物管理相关规定及措施。 4. 有预防呼吸机相关肺炎、导管相关性血行感染，留置导尿管相关性感染等相关制度及措施。 5. 落实抗菌药物临床使用相关规定。 【B】符合“C”，并 1. 科室有对抗菌药物使用情况、医院感染管理定期分析、评价及整改措施。 2. 有职能部门履行监管责任，有分析、评价、反馈及整改措施。 【A】符合“B”，并 医院感染得到有效控制。
4.9.6 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标保障患者的安全，评价质量，促进持续改进。	
4.9.6.1 由科主任、护士长与具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，负责医疗质量和安全管理。	【C】 1. 由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组负责本科室医疗质量和安全管理。 2. 有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。 3. 有适用的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程、诊疗规范。 【B】符合“C”，并 1. 质量与安全管理小组履行职责，定期自查、评估、分析、整改。 2. 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 科室能运用质量管理工具进行质量与安全管理，有完整的质量管理资料，体现持续改进成效。
4.9.6.2 重症医学科有质量与安全管理相关预案、制度与质量与安全指标，医院与科室能定期评价，提出持续改进的具体措施。	【C】 1. 有防范意外伤害事件的措施与处置突发事件应急预案。 2. 落实医疗安全（不良）事件无责上报的制度。 3. 有明确的质量与安全指标，包括：抗菌药物临床应用相关指标、非预期的24/48小时重返重症医学科率、呼吸机相关性肺炎（VAP）的发生率、中心静脉导管相关性血行性感染率、导尿管相关的泌尿系感染率、重症患者预期死亡率与实际死亡率、重症患者压疮发生率、各类导管管路滑脱与再插率、人工气道脱出例数等。
	【B】符合“C”，并 1. 有落实相关指标的具体措施，并根据相关指标的分析改进质量与安全管理。 2. 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 持续改进有成效。

十、肿瘤放射治疗质量管理与持续改进

评审标准	评定要点
4.10.1 依法取得《放射诊疗许可证》的基础上，严格遵守《放射诊疗管理规定》，开展放射治疗工作。	
4.10.1.1 具有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。机房建筑应取得国家的合格证书。	【C】 1. 有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。 2. 机房建筑已取得国家的合格证书。 3. 有定期的核准与校验。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对核准与校验资料进行分析反馈，发现问题及时整改。
	【A】 符合“B”，并 1. 无超核准的“放射治疗”诊疗科目。 2. 不合格的放射诊疗设备不得购置、使用、转让和出租。
4.10.1.2 放射治疗设备具有获得国家卫生行政管理部门核准的《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。	【C】 1. 具备开展放射治疗的基本设备（直线加速器或钴-60 治疗机 ≥ 1 台、后装治疗机 ≥ 1 台、模拟定位机 ≥ 1 台、三维计划治疗系统 ≥ 1 台、验证设备）。 2. 放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配制许可证》。 3. 放射治疗设备证件齐全，符合国家相关准入标准。
	【B】 符合“C”，并 有职能部门监管。
	【A】 符合“B”，并 放射治疗设备使用符合规定。
4.10.1.3 具备开展放射治疗的基本技术。	【C】 1. 根据医院的实际情况开展相应的放疗基本技术。 2. 具备开展放射治疗的基本技术、已经开展三维适形放疗、调强放疗、常见恶性肿瘤的根治性放疗、术前或术后放疗等。 3. 放射治疗的基本技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。 4. 对相关技术人员进行相应的放疗的基本技术培训并考核。 5. 相关人员掌握相应的放疗的基本技术。
	【B】 符合“C”，并 职能部门有检查，分析、反馈，对存在的问题有整改意见。
	【A】 符合“B”，并 1. 放射治疗的基本技术管理符合规定要求。 2. 职能部门对落实情况进行追踪与评价，持续改进有成效。
4.10.2 床位、人员、设备配置及所开展的服务项目符合医院功能要求，满足临床工作需要。	
4.10.2.1 床位、人员、设备配置及	【C】 1. 独立的放射治疗部门，放射治疗科床位数占医院总床位数比例 $\geq 10\%$ 。

所开展的服务项目符合医院功能要求,满足临床工作需要。	2. 人员配置与功能适宜的医师、物理师及治疗技师,并依法获取资格证书、执业证书(医学物理师暂不要求)及专业技术资格证书。 3. 设备配置符合医院功能要求:外照射治疗机(直线加速器、钴-60 治疗机、术中专用加速器、断层治疗机、伽玛刀)、后装治疗机、模拟定位机、三维计划治疗系统、配有质量保证仪器(电离室剂量仪、晨检仪、自动扫描水箱、剂量验证阵列或胶片剂量仪等)。 4. 独立开展常规放射治疗技术(包括 X-线, r-线, 电子束照射)、常规 X-线定位后装放射治疗、三维适形放射治疗、立体定向放射治疗、调强放射治疗或旋转调强放射治疗等。 【B】符合“C”, 并 1. 物理师与医生之比不低于 1:5。 3. 技术员与医生之比不低于 1:2。 4. 工程师≥1 人。 5. 医师中具有高级职称≥30%。 6. 医学物理师中具有高级职称≥10%。 7. 每台加速器每天治疗≥40 人次。 【A】符合“B”, 并 开展图像引导放射治疗、三维定位后装放射治疗、强适形放射治疗或旋转调强放射治疗、或更先进的技术治疗, 其患者数占全部收治病人比例≥50%。
4.10.3 根治性放疗患者应根据放射治疗计划实施放射治疗, 医学物理师应根据高级职称临床医师签名的治疗要求及靶区和处方剂量要求制定放射治疗计划, 由高级技术职称医师确认后执行。	
4.10.3.1 根治性放疗患者应根据放射治疗计划实施放射治疗, 医学物理师应根据高级职称临床医师签名的治疗要求及靶区和处方剂量要求制定放射治疗计划, 由高级技术职称医师确认后执行。 (★)	【C】 1. 明文规定各种肿瘤疾病的放射治疗适应症及禁忌症。 2. 放射治疗临床医师依据肿瘤疾病的临床诊断、临床分期及治疗前的各项检查结果, 由具有高级专业技术职称的临床医师提出治疗要求及靶区确定。 3. 具有高级专业技术职称的医学物理师根据治疗要求和剂量处方制定患者放射治疗计划。 4. 放射治疗计划完成后, 由主管医生、主管物理师共同确认放射治疗计划的可行性及准确性, 双方签字后方可实施。 5. 从事放射治疗相关卫技人员均知晓履职要求, 并遵循上述诊疗流程。 【B】符合“C”, 并 1. 科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。 2. 职能部门监管科室的执行力有评价记录。 【A】符合“B”外, 并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.10.4 首次治疗前, 应有医学物理师独立验证治疗计划; 首次治疗应有主管医师和验证治疗计划的物理师参加; 治疗过程中根据患者情况及时调整放射治疗计划; 放射治疗后有患者随访记录。	
4.10.4.1 首次治疗前, 应有医学物	【C】 1. 放射治疗计划由具有高级专业技术职称的临床医师及医学物理师共同确认。

理师独立验证治疗计划;首次治疗应有主管医师和验证治疗计划的物理师参加;治疗过程中根据患者情况及时调整放射治疗计划;放射治疗后有患者随访记录。	2.在首次治疗前,应由物理师独立验证治疗计划。 3、首次治疗时,主管医师和设计计划的物理师均应参加,为患者摆位正确,验证率应达到100%(采集治疗部位的透视图像或断层图像来验证治疗部位等中心位置),并在治疗单上有记录。 4.治疗过程中根据患者情况及时调整放射治疗计划。 5、相关人员掌握上述诊疗流程。 【B】符合“C”,并 1.放射治疗计划实施中,每月应有治疗阶段小结,治疗计划完成后有治疗小结,及时就治疗计划实施效果进行评估。 2.科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。 3.职能部门监管科室的执行力有评价记录。 【A】符合“B”外,并 1.有放射治疗后患者随访制度及相应记录。 2.职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.10.5 放射治疗需按相关规定获取病理(或细胞学)诊断结果支持,有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理(或细胞学)诊断结果者,需提交科室讨论确定,并征得病人书面知情同意。	
4.10.5.1 放射治疗需按相关规定获取病理(细胞学)诊断结果支持,有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。特殊病例难以获取病理(细胞学)诊断结果者,需提交科室讨论确定,并征得病人书面知情同意。(★)	【C】 1.放射治疗需有病理(细胞学)诊断结果支持。 2.特殊病例难以获取病理(细胞学)诊断结果,需提交科室讨论确定,记入病历,并征得病人书面知情同意。 3.从事放射治疗相关卫技人员均知晓履职要求,并遵循上述诊疗流程。 【B】符合“C”,并 1.放射治疗有明确的治疗疗效和毒副作用评价的规范与流程。 2.科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。 3.职能部门监管科室的执行力有评价记录。 4.对于难以获取病理(细胞学)诊断的特殊病例治疗,有定期的疗效和副作用的评估记录。 【A】符合“B”外,并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.10.6 有放射防护制度和措施,并能严格执行。有对受检患者实施防护的制度。	
4.10.6.1 有放射防护制度和措施,并能严格执行。有对受检患者实施防护的制度。	【C】 1.有落实放射治疗和放射防护管理制度。 2.放射治疗场所按相应标准配置监测设备,放射诊疗工作场所、设备及人员放射防护检测、监测符合规定。 3.对新安装、维修或更换重要部件后的设备,应出具相关机构检查合格证明, 4.在相关的放射场所应设置比较显见的警示标识。 5.放射治疗机的使用有操作规范与程序,有必要的联锁设置。 6.工作人员具备放射防护培训证书。 7.患者的防护措施必须要有制度保证能够得到执行。 (1)对已怀孕或可能怀孕的妇女及儿童要特别告知放射治疗的风险;

	(2) 告知患者接受放射治疗的注意事项, 包括放疗时的体位保持、呼吸调节、在身体出现不适时如何示意工作人员等。 8. 放射诊疗工作人员应当按照有关规定配戴个人剂量计和有剂量监测记录。 9. 从事放射治疗相关卫技人员均知晓履职要求, 并遵循。 【B】 符合 “C” , 并 1. 科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。 2. 职能部门监管科室的执行力有评价记录。 【A】 符合 “B” 外, 并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.10.7 建立有效的放射治疗意外应急预案、应急处置措施和执行。	
4.10.7.1 建立有效的放射治疗意外应急预案、应急处置措施和执行。	【C】 1. 制定防范和处置放射事件的应急预案。 2. 放射治疗与核医学工作场所的监测与预防放射治疗意外处理规范与流程, 具体措施能到位。 3. 工作人员能掌握心肺复苏的基本技能, 配置有相关药品、器材和氧气等。 4. 放射治疗设备和场所设置醒目的警示标志。 5. 照射过程中, 应密切观察设备运行情况, 发现异常时, 应立即停止照射, 详细记录并查明原因, 及时修正, 在修正完成前不应对患者进行治疗。 6. 治疗过程中由于治疗机故障出现治疗中断, 应根据中断的具体情况制定进一步补救的合理方案。 7. 放射治疗完成后, 若发现放射源未退回贮存位置, 应迅速将患者从治疗室内转移出去, 放射治疗技师应详细记录完成正常照射后患者在室内滞留时间和所处位置等信息, 为估算患者超量受照剂量保留详细记录。 8. 从事放射治疗相关卫技人员均知晓并遵循履职要求。 【B】 符合 “C” , 并 1. 科室质控人员对各级医师的反应力有评价记录。 2. 职能部门监管科室的执行力有评价记录。 【A】 符合 “B” 外, 并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.10.8 设有专人定期对放射治疗设备进行质量控制检查, 并建立设备质量控制档案。	
4.10.8.1 设有专人定期对放射治疗设备进行质量控制检查, 并建立设备质量控制档案。	【C】 1. 全部放射治疗设备验收符合国家或国际标准 (如, 加速器、钴-60 机、后装机、模拟机、CT 模拟机、激光灯的检查等项目、频度达到相应的国家 (或国际) 标准), 并有记录档案可证实。 2. 定期 (至少每半年) 对加速器输出剂量和位置检测, 并有记录。 3. 对钴-60 治疗机、后装治疗机每月应计算衰变活度并进行剂量测定, 并有记录。 4. 相关卫技人员均知晓履职要求, 并遵循。 【B】 符合 “C” , 并 1. 建立设备维修、保养制度, 并有记录。 2. 科室质控人员对各级人员的执行力有评价记录。

	3. 职能部门监管科室的执行力有评价记录。
	【A】 符合“B”外，并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.10.9 科主任、物理师、工程师与技术员组长组成的质量与管理团队，建立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，并有记录。	
4.10.9.1 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。	【C】 1. 由科主任、物理师、工程师与技术员组长组成的质量与管理团队负责质量和安全管理，建立质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，并有工作记录。 2. 相关人员知晓本人履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 对上岗的医师与护士有培训与教育的记录。 2. 有对各项规章、制度、规范等管理文件有定期研讨修订及培训记录。
	【A】 符合“B”外，并 1. 治愈率、5年生存率高于同级医院平均值。 2. 放射治疗质量控制各环节计算机自动控制与记录的程度大于50%。
4.10.9.2 有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。	【C】 1. 有保证诊疗服务质量的相关制度文件。 2. 有诊疗规范与质量安全指标。 3. 对上岗的医师与护士有培训与教育的记录。 4. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 有对各项规章、制度、规范等管理文件有定期研讨、修订及培训记录。 2. 科室质控人员对各级医师的执行情况有评价记录。 3. 职能部门监管科室的执行力有评价记录。
	【A】 符合“B”外，并 对新的或更新后的管理文件有培训、试用、再完善的程序。
4.10.9.3 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. 医院对放射诊疗有明确的质量与安全指标。 2. 落实三级查房制度和病例讨论制度，确保患者得到正确、规范治疗。 （1）对于常见肿瘤，应建立单病种治疗规范，并严格遵照执行。治疗规范中应明确对模拟定位、靶区定义、处方剂量、计划设计、计划验证和治疗实施的具体要求。 （2）主管医师在治疗前需履行知情告知制度，签署治疗知情同意书 （3）通过多学科讨论制订疑难、重症患者的治疗方案。 （4）对放射治疗过程和效果评价有明确的规范与流程，有定期对疗效和副作用的观察和记录。 （5）30%以上患者参加了针对诊治方案、由科室或专业组定期开展的集体查房和讨论，并有相应记录。

	(6) 定期对疑难、重症病例进行讨论分析，得出相关经验和教训，进一步指导临床实践，有改进的记录。 3. 相关人员知晓本科/室/组的诊疗质量全程监控管理要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 本科或病区能够开展全面质量管理活动，分析和评价质量与安全指标，对其存在的问题与缺陷提出改进意见，并有记录。 2. 对各项规章、制度、规范等管理文件有定期研讨修订和培训记录。 3. 50%以上患者参加了针对诊治方案、由科室或专业组定期开展的集体查房和讨论，并有相应记录。
	【A】 符合“B”，并 1. 对评价、监管结果（问题与缺陷）有持续改进的事实。 2. 70%以上患者参加了针对诊治方案、由科室或专业组定期开展的集体查房和讨论，并有相应记录。

十一、肿瘤介入诊疗质量管理与持续改进

评审标准	评定要点
4.11.1 专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》及医院功能任务要求，满足临床需要，能提供 24 小时急诊诊疗服务。	
4.11.1.1 专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》及医院功能任务要求，满足临床需要，能提供 24 小时急诊诊疗服务。	【C】 1. 设有血管造影室及其它介入诊疗室，并符合卫办医政发〔2012〕87 号《综合介入诊疗技术管理规范》的要求 2. 设备配备符合开展肿瘤介入诊疗技术及医院功能定位。 3. 配备 800mA，120KV 以上并具有电动操作功能、数字减影功能，影像质量和放射防护条件良好的血管造影机及高压注射器。 4. 有磁共振（MR）及专业诊断队伍支持。 5. 有计算机 X 线断层摄影（CT）及专业诊断队伍支持。 6. 有多普勒超声设备及专业诊断队伍支持。 7. 设有介入治疗病房。 8. 有适宜的介入治疗专业技术培训合格的医技和护士队伍。 9. 学科带头人应具有副高专业技术职称。 10. 有提供 24 小时服务能力。 11. 开展常见肿瘤（如肝癌、肾癌、胰腺癌等）肿瘤的 DSA 诊断及相应的介入治疗。
	【B】 符合“C”，并 1. 血管造影或介入导管室操作室使用面积 40 平方米以上。 3. 取得介入诊疗资质的本院执业医师≥3 名。 4. 开展肿瘤和出血的 DSA 诊断及治疗，肿瘤相关急症的介入诊疗。
	【A】 符合“B”，并 1. 由从事介入专业时间≥10 年，副高及以上职称医师负责。 2. 具备多种途径、多种手段、综合介入诊疗的能力。
4.11.2 依法取得相应诊疗科目及人员的执业资质，执行卫生行政部门制定的介入诊疗技术管理规范。	
4.11.2.1 依法取得相应诊疗科目及人员的执业资质，执行卫生行政部门制定的介入诊疗技术管理规范。	【C】 1. 有卫生行政部门核准登记的诊疗科目。 2. 有“介入诊疗”技术资格许可授权考评组织、考评与复评标准、有复评和取消、降低操作权利的相关规定。 3. 申请资格许可授权是通过考评认定，根据分级管理原则，经过职能部门审核批准。 4. 有需要授权许可的介入诊疗技术项目的目录。 5. 有至少 2 名经过正规培训、具备三级以上综合介入诊疗手术临床应用能力的本院在职医师，其中至少 1 名具有副主任医师以上技术职务任职资格。
	【B】 符合“C”，并 1. 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，有管理档案，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 1. 至少每二年一次的能力、质量及安全情况再评价与再授权的制度与程序。 2. 无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。 3. 有介入技术项目操作人员的技能及资质数据库，定期更新。 4. 有至少 5 名具备三级以上综合介入诊疗手术资质的指导医师，其中至少 2 名为主任医师。
4.11.3 掌握实体肿瘤介入诊疗技术的适应症，规范技术操作，开展质量控制，定期质量评价。	
4.11.3.1 掌握实体肿瘤介入诊疗技术的适应症，规范技术操作，开展质量控制，定期质量评价。	【C】 1. 有介入诊疗工作制度、技术操作常规。 2. 严格掌握实体肿瘤介入诊疗技术的适应症。 3. 严格实施三级查房制度、术前会诊制度、手术谈论制度、安全核对制度、医嘱制度、知情同意制度、消毒隔离制度、病历书写制度、一次性医疗物品管理制度。 4. 严格执行无菌操作规范。 5. 有保证医疗服务质量的各项规章制度，主要指标达到要求。 6. 医院对实施介入诊疗的意外紧急情况有处理的预案。 7. 相关人员能知晓本部门、本岗位的管理要求。 【B】符合“C”，并 1. 实施介入治疗医师技能准入制度与程序。 2. 实施介入诊疗前，必须经 2 名（其中至少 1 名为副主任医师）以上专业技术职务任职资格的医师决定，有明确的适应症，无禁忌症。 3. 术者由本院综合介入诊疗医师担任；三级以上综合介入诊疗手术由具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的本院综合介入医师决定，术者由具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的本院综合介入医师担任。 4. 质控指标： （1）每年与介入诊疗操作相关严重并发症发生率应当低于 5%。 （2）死亡率应当低于 1%。 （3）无与介入诊疗技术相关的医疗事故。 （4）每年完成的三级以上综合介入诊疗病例原则上不少于 300 例。 5. 有职能部门监管。 【A】符合“B”，并 1. 建立随访制度，实时开展治疗质量评价，有改进措施及成效。 2. 每年完成各类综合介入诊疗手术不少于 1000 例，其中三级以上综合介入诊疗手术不少于 500 例。 3. 能够独立开展的综合介入诊疗手术的类型应当覆盖常见三级以上综合介入诊疗手术全部类型的 60%以上。
4.11.4 有介入诊疗器材登记制度，器材来源可追溯。介入诊疗器材使用符合规范。	
4.11.4.1 有介入诊疗器材登记制度，器材来源可追溯。介	【C】 1. 医院建立与完善介入诊疗器材购入、使用登记制度，保证器材来源可追溯。 2. 每一例介入诊疗器材使用者的病历中均有已器材使用的识别标志的记录。

入诊疗器材使用符合规范。	3. 有明确的一次性介入诊疗器材使用的流程规定。 4. 应有机器设备维修保养制度。介入治疗的各种设备器械明确专人负责，应定期进行保养维修，确保正常运行。
	【B】符合“C”，并有职能部门监管其执行力。
	【A】符合“B”，并职能部门监管有改进意见及成效，在评审前二年中无违规案例。
4.11.5 环境保护及人员职业安全防护符合规定。	
4.11.5.1 环境保护及人员职业安全防护符合规定	【C】 1. 制定并落实放射诊疗和放射防护管理制度。 2. 有“血管造影室”职业病危害（放射防护）控制效果评价报告。 3. 定期组织对放射诊疗工作场所、设备和人员进行放射防护检测、监测和检查。 4. 制定放射事件应急预案并组织演练。 5. 放射诊疗工作人员应当按照有关规定配戴个人剂量计。 6. 对患者的敏感器官和组织进行屏蔽防护，并事先告知患者和受检者辐射对健康的影响。
	【B】符合“C”，并。 应有职能部门监管其执行力。
	【A】符合“B”，并 职能部门监管有改进意见及成效，在评审前二年中无违规案例。
4.11.6 科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责、操作规范与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
4.11.6.1 有具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，开展质量与安全管理，保证医疗质量与医疗安全。	【C】 1. 由科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量控制小组负责科室医疗质量和安全管理，并有工作记录。 2. 有保证医疗服务质量与安全的相关制度。 3. 对相关人员有培训与教育计划，并落实。 4. 有质量与安全管理计划并组织实施。 5. 科室相关人员熟悉相关制度和计划。
	【B】符合“C”，并 1. 科室定期召开质量与安全专题会议，对存在的质量与安全隐患进行分析、总结、反馈，提出改进意见。 2. 根据管理要求，对相应制度应及时更新和完善。 3. 职能部门对科室质量管理情况有评价，指导科室开展质量与安全管理。
	【A】符合“B”，并 科室有完整的质量管理资料，体现质量与安全持续改进。
4.11.6.2 诊疗质量全程监控管理；定期评价诊疗质量，有落	【C】 1. 医院对诊疗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。

实持续改进措施的记录。	(1) 诊疗（医、护、技）人员自我检查。 (2) 专（兼）职人员质控活动。 (3) 有患者满意度调查制度与记录。 3. 有差错事故的防范措施，发生后有报告、检查、处理的流程 and 规定与记录。 4. 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. 科室能定期统计与分析质量与安全指标，评价有记录（问题与缺陷）。 2. 本科/室/组能够开展全面质量管理活动。 3. 以申请评审前的事实与记录，证实能认真贯彻与执行医院所制定各项文件。 4. 有职能部门监管。
	【A】 符合 “B” ， 并 1. 将诊疗质量评价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。 2. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。

十二、肿瘤姑息治疗质量管理与持续改进

评审标准	评定要点
4.12.1 设有姑息治疗的科室或部门，人员配置符合肿瘤晚期姑息治疗需求。	
4.12.1.1 科室或部门人员配置符合肿瘤晚期姑息治疗需求。	【C】 1. 设有姑息治疗的科室或部门。 2. 有承担姑息治疗的医师、护士。 3. 经过内科、急症、特殊用药的培训。 4. 掌握姑息治疗的基本技能。 5. 提供 24 小时×7 天连贯不间断的急诊服务。
	【B】 符合“C”外，并 1. 有肿瘤内科、外科、放疗科医师参与工作。 2. 经过心理课程培训的医师≥2 名。 3. 有多科医师参加的会诊制度。 4. 有职能部门监管。
	【A】 符合“B”外，并 1. 配置有心理医师。 2. 有经过培训并获取资质的社会工作者和志愿者参加。 3. 有持续性改进措施。
4.12.2 制定有关肿瘤姑息治疗的程序及科学的个性化治疗计划。	
4.12.2.1 制定有关肿瘤姑息治疗的程序及个性化治疗计划。	【C】 1. 有肿瘤姑息治疗标准、原则、流程，并实施。 2. 实施个性化的诊治计划。
	【B】 符合“C”外，并 1. 有肿瘤姑息治疗多学科会诊制度。 2. 在感染、肠梗阻、营养及疼痛方面的治疗，遵守诊疗专家共识所确定的诊治规范。 3. 有肿瘤姑息治疗评价。 4. 有职能部门监管。
	【A】 符合“B”外，并 有持续性改进措施。
4.12.3 对于终末期肿瘤患者，根据实际情况制定适宜的最佳支持治疗方案或临终关怀方案。	
4.12.3.1 对于终末期肿瘤患者，根据实际情况制定适宜的最佳支持治疗方案或临终关怀方案。	【C】 1. 有疼痛评估制度，并实施。 2. 对于晚期肿瘤常见的症状有相应的治疗措施。 3. 在病人患病期间或病故以后，帮助和支持其亲属。
	【B】 符合“C”外，并 1. 对于难治性疼痛，实施多学科会诊制度，规范联合用药。 2. 有职能部门监管。

	【A】符合“B”外，并 1. 及时评估和了解患者的心理及营养状态、获益与风险。 2. 病案（历）中有伦理方面的记录。 3. 有持续性改进措施。
4.12.4 开展晚期肿瘤患者疼痛治疗及相关急症的处理和救治，落实 WHO 的癌痛三阶梯止痛原则。	
4.12.4.1 晚期肿瘤患者疼痛治疗及相关急症的处理和救治，落实 WHO 的癌痛三阶梯止痛原则。	【C】 1. 有固定的独立胜任姑息治疗的医师、护师。 2. 医护人员接受过疼痛治疗及相关急症的处理和救治的专业培训。 3. 急救仪器及药品处于完好状态。 4. 医护人员熟练、正确使用各种急救设备，熟练掌握心肺复苏技术。 5. 正确实施 WHO 癌痛三阶梯止痛。
	【B】符合“C”外，并 1. 医生需具有主治医师以上专业技术职称。 2. 护士长需具有主管护士以上专业技术职称，并从事急诊临床护理工作 ≥ 2 年。 3. 有职能部门监管。
	【A】符合“B”外，并 1. 固定医师在岗率 ≥ 75%。 2. 固定护师在岗率 ≥ 75%。 3. 医护人员接受过专门的专业培训率达 100%，培训间隔时间 ≤ 2 年。 4. 有持续性改进措施。

十三、内窥镜检查和治疗的质量控制与持续改进

评审标准	评定要点
4.13.1 内窥镜诊治设置布局、设备符合医院感染管理法规的要求。配有清洗消毒室及内镜贮藏室，检查室内配有常规的急救药品及器材，相关医务人员有接受急救培训的记录。	
4.13.1.1 内窥镜诊治设置布局、设备符合医院感染管理法规的要求。	【C】 1. 设有独立的内镜部门。 2. 预约、候诊、检查、治疗、恢复等各项功能区域齐备。 3. 设有消化内镜及呼吸内镜检查室。 4. 检查做到一人一室，多人操作应设置隔断分离。 5. 各种检查设备消毒符合规定，并有记录。 6. 科室设有主任及护士长，人员结构合理。 7. 医师需具有本科及以上学历，依法取得医师执业资格，并于所在医院注册。 8. 医护人员均需经过专门培训，并取得开展工作的准入。 9. 可开展电子胃镜、肠镜、支气管镜、鼻咽喉镜及 ERCP 检查项目。 10. 检查室内配有常规的急救药品及器材。
	【B】 符合“C”，并 1. 消化内镜及呼吸内镜检查室面积 ≥ 20 平方米/间，ERCP 操作间面积 ≥ 24 平方米/间，洗消间面积 ≥ 12 平方米/间。 2. 科主任具有高级技术职称，从事内镜检查治疗操作经验 ≥ 10 年。 3. 护士长需具有主管护士专业技术职称，内镜助手操作经验 ≥ 2 年。 4. 护士与医师比例不低于 1:1。 5. 提供 24 小时院内急诊内镜检查服务。
	【A】 符合“B”，并 1. 内镜室，配有清洗消毒室及内镜储藏室或储藏柜。医患通道相对独立，患者更衣室，消化内镜与呼吸内镜检查室之间为硬性隔断。 2. 超声内镜系统，有环扫、超声内镜、纵轴超声内镜、超声探头、超声支气管镜各 ≥ 1 套。 3. 配有各种治疗型内镜，设备配置利用率 $\geq 90\%$。 4. 提供急诊床旁内镜检查服务。
4.13.2 对开展经内镜放射性治疗项目，必须符合放射安全管理相关法律法规要求。	
4.13.2.1 对开展经内镜放射性治疗项目，必须符合放射安全管理相关法律法规要求。	【c】 1. 开展经内镜放射性治疗项目经卫生行政部门审批。 2. 开展放射治疗的操作面积 ≥ 24 平方米/间，防护符合国家法规。 3. 操作人员必须经过放射工作人员上岗前培训、岗前体检，工作期间接受个人剂量监测。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室质控人员对各级医师对“放射安全管理”执行力有评价记录。 2. 职能部门监管科室对“放射安全管理”执行力有评价记录。

	【A】符合“B”，并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.13.3 有内镜操作技术规范、操作规程、签发报告准入制度、一次性医疗用品管理制度、内镜设备定期校正及管理制度。	
4.13.3.1 有内镜操作技术规范、操作规程、签发报告准入制度、一次性医疗用品管理制度、内镜设备定期校正及管理制度。	【C】 1. 医护人员岗位职责及相关管理制度。 2. 内镜设备定期校正及管理制度，有记录文档。 3. 从事内镜诊疗的各级医师知晓其要求。
	【B】符合“C”，并 1. 内镜检查报告书写规范，检查后报告发出时间≤ 40分钟。 2. 疑难病例分析及读片制度及病例随诊制度。 3. 科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。 4. 职能部门监管科室的执行力有评价记录。
	【A】符合“B”外，并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.13.4 有不同内镜、不同部位、不同病种的多种形式的质量控制及评价指标。	
4.13.4.1 有不同内镜、不同部位、不同病种的多种形式的 质量控制及评价指标。	【C】 1. 有不同内镜、不同部位、不同病种的多种形式的质量控制及评价指标。 2. 早期诊断病例（早期鼻咽癌、下咽癌、肺癌、食管癌、胃癌及大肠癌等）应占有内镜诊断肿瘤病例$\geq 10\%$。 3. 内镜检查报告书写规范，检查后报告发出时间≤ 40分钟。 4. 内镜系统检查人次≥ 10人次/台/日，超声内镜系统检查人次≥ 5人次/台/日。
	【B】符合“C”，并 1. 年内镜检查及治疗量≥ 15000例，其中肿瘤阳性率$\geq 30\%$，治疗量$\geq 5\%$。 2. 年度超声内镜检查量≥ 1000例，超声内镜引导下穿刺活检例数≥ 100例。 3. 科室质控人员对各级医师的执行力有评价记录。 4. 职能部门监管科室的执行力有评价记录。
	【A】符合“B”，并 1. 开展各种早期肿瘤的常用内镜下治疗。 （1）年度超声支气管镜引导下穿刺活检（EBUS-TBNA）≥ 100例，诊断符合率$\geq 80\%$。 （2）内镜诊断与手术后诊断符合率$\geq 95\%$。 （3）内镜诊断与病理诊断符合率$\geq 75\%$。 （4）图像保管率和随访率$\geq 99\%$。 2. 开展晚期肿瘤的减症治疗。 3. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.13.5 科主任与护士长、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、操作规范与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。	

4.13.5.1 有质量与安全管理、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文件。 3. 有介入诊疗指南与操作规范。 4. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 对上岗的医师与护士有培训与教育的记录。 2. 有对各项规章制度、制度、规范等管理文件有定期研讨修订记录。 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. 有职能部门监管。 【A】符合“B”，并 1. 每周至少2次读片及病例讨论。 2. 有图像资料保存制度，至少可随机调阅近三年图像，可用于诊断。 3. 有病例随访制度。 4. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.13.5.2 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. 医院对诊疗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) 诊疗（医、护、技）人员自我检查。 (2) 专（兼）职人员质控活动。 (3) 有患者满意度调查制度与记录。 3. 有差错事故的防范措施，发生后有报告、检查、处理的流程 and 规定与记录。 4. 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. 科室能定期统计与分析质量与安全指标，评价有记录（问题与缺陷）。 2. 本科/或室/或组能够开展全面质量管理活动。 【A】符合“B”，并 1. 将诊疗质量评价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。 2. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。

十四、中医管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.14.1 中医诊疗科室设置应当符合卫生部和国家中医药管理局《综合医院中医临床科室基本标准》等法规的要求。	
4.14.1.1 中医科设置符合卫生部和国家中医药管理局《综合医院中医临床科室基本标准》等法规基本要求。	【C】 1. 有中医诊疗科目。 2. 设立中医门诊。 3. 中医师具备中医类别任职资格。 4. 护士接受过中医药知识培训。
	【B】 符合“C”，并 1. 门诊开设中医专业不少于3个。 2. 科主任具有中医类别副主任医师任职资格，从事中医临床专业10年以上。 3. 护士长具有主管护师任职资格，从事中医临床护理5年以上，能够指导护士开展辨证施护和运用中医护理技术。
	【A】 符合“B”，并 中医科设置独立病区，床位不低于医院标准床位数5%。
4.14.2 建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	
4.14.2.1 有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范。	【C】 1. 有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范，并落实。 2. 根据中医特色，开展培训与教育活动。 3. 相关人员知晓上述制度、本岗位职责及诊疗规范。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室内定期自查、评估、分析、整改。 2. 职能部门履行监管职责，定期评价、分析和反馈。
	【A】 符合“B”，并 形成中医诊疗特色，质量持续改进有成效。
4.14.2.2 充分发挥中医特色，建立并完善中医与西医临床科室的协作机制，为患者提供适宜的诊疗服务。	【C】 1. 有中医与西医临床科室的会诊、转诊相关制度，并落实。 2. 有体现中医特色的三级查房制度。
	【B】 符合“C”，并 1. 通过科间会诊，开展疑难危急重症的病情评估，制定适宜的诊疗方案。 2. 通过科间协作，把中医药服务拓展到西医临床科室。
	【A】 符合“B”，并 发挥中医特色，参与多学科综合门诊诊疗工作。
4.14.2.3 开展辨证施护，提供具有	【C】 1. 有中医护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色。

中医特色的优质护理服务。	2. 相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 为患者提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。
	【A】符合“B”，并 开展具有中医特色的优质护理服务。
4.14.3 医院根据医疗资源情况设置中药房与中药煎药室，应当符合卫生部《医院中药房基本标准》、《医疗机构中药煎药室管理规范》等法规的要求。	
4.14.3.1 根据医院规模和临床需要，设置规范的中药房与中药煎药室。	【C】 1. 根据医院规模和临床需要，设置规范的中药房与中药煎药室。 2. 有中药质量管理的相关制度，对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。 3. 落实药物不良反应监测报告制度。 4. 因医疗资源限制，中药房和煎药室实行外包服务，应有服务质量保证，合同中应有质量保证与方便、快捷服务的条款。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门履行监管职责，定期评价、分析和反馈。 2. 职能部门依据合同对外包服务实行监管。
	【A】 符合“B”，并 中药供应满足临床需要，患者对煎药满意度高。
4.14.4 科主任、护士长及具备资质的人员组成的质量管理小组，根据中医特色，应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动。	
4.14.4.1 科主任、护士长及具备资质的人员组成的质量管理小组，根据中医特色，应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动。	【C】 1. 有由科主任、护士长和具备资质的人员组成的质量管理小组负责科室质量管理工作。 2. 有中医医疗质量与安全控制指标、方案与评价考核制度。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 有质量改进措施，应用质量管理工具开展质量管理与持续改进活动
	【A】 符合“B”，并 中医临床科室病床使用率 $\geq 85\%$ ，病房中医治疗率 $\geq 70\%$ ，甲级病案率 $\geq 90\%$ 。

十五、药事和药物使用管理与持续改进

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

	【B】符合“C”，并 1. 人才梯队合理，具有高等医药院校临床药学专业或者药学专业全日制本科毕业以上学历的，应当不低于药学专业技术人员的 30%。 2. 临床药师具有高等学校临床药学专业或药学专业本科以上学历，经过规范化培训，不少于 5 名。 3. 药学专业技术人员参加毕业后规范化培训和继续医学教育，符合相关规定，作为考核、晋升、聘任的条件之一。 4. 药学部门负责人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 13%，教学医院应当不低于 15%。 3. 能承担相关的临床药学教育和药物临床应用研究任务。
4.15.2 加强药剂管理，规范采购、储存、调剂，有效控制药品质量，保障药品供应。	
4.15.2.1 有药品采购供应管理制度与流程，有适宜的药品储备。	【C】 1. 有药品采购供应管理制度与流程，有固定的供药渠道，由药学部门统一采购供应。 2. 列入“药品处方集”和“基本用药目录”中的药品有适宜的储备，每年增减调整药品率$\leq 5\%$。 3. 医院配制、销售、使用的制剂经过批准。 4. 药品品规管理符合国家卫生行政部门有关规定。 【B】符合“C”，并 1. 定期检查总结药品采购供应制度的执行情况，每年至少两次，无违规采购。 2. 定期评估药品储备情况，85%以上药品库存周转率少于 10~15 日，定期评估，有分析报告和提出改进措施。 【A】符合“B”，并 药品采购规范、储备适宜，无违规采购。
4.15.2.2 建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。	【C】 1. 有药品质量监督管理组织，由主管药师及以上人员担任负责人，职责明确。 2. 有药品质量管理相关制度和药品质量报告途径与流程。 3. 有药品验收相关制度与程序，保证每个环节药品的质量。 【B】符合“C”，并 1. 有制度保证药品质量监控人员工作的独立性。 2. 定期对药库、调剂室药品质量进行抽检，合格率达 99.8%。 3. 每月对各临床科室备用药品的管理与使用进行一次检查。 4. 对药品质量抽查结果及科室备用药品管理检查情况进行分析、总结，落实整改措施。 【A】符合“B”，并 1. 医院有药品质量监测网络（平台）。 2. 库房发出药品质量合格率 100%。

4.15.3 正确、安全地贮存药品；药品调剂和制剂配制符合相关规定，保证在安全、清洁或洁净的环境中进行。静脉用抗肿瘤药等危害药品和场外营养液应当实行集中调配与供应。	
4.15.3.1 有药品贮存制度，贮存药品的场所、设施与设备符合有关规定。	【C】 1. 有药品贮存相关制度，定期对库存药品进行养护和质量检查。 2. 药品贮存基本设施与设备符合规定：根据药物性质和贮存量配置有温、湿度控制系统，有冷藏、避光、通风、防火、防虫、防鼠、防盗设施和措施。设施、设备质量均符合规定，运行正常。 3. 根据药品的性质、特点分别设置冷藏库、阴凉库、常温库。化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分别贮存，分类定位存放。中药饮片、“毒、麻、精”药品、易燃易爆、强腐蚀性等危险性药品等按有关规定分别设库，单独贮存。药库与药品存放区域远离污染区，温湿度和照明亮度符合有关规定；药品库按规定设置有验收、退药、发药等功能区域。 4. 有药品效期管理相关制度与处理流程。效期药品先进先用、近期先用，对过期、不适用药品及时妥善处理，有控制措施和记录。 5. 有高危药品目录，各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志。 6. 防腐剂、外用药、消毒剂等药品与内服药、注射剂分区储存。 7. 药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作明确标示。 8. 实行药品采购、贮存、供应计算机管理，药品库存量及进出量、调剂室库存量及使用量定期盘点、账物相符。 9. 药库管理由药学专业人员负责，科室或病区备用药品应指定专人管理。。
	【B】 符合“C”，并 药库面积符合相关规定。
	【A】 符合“B”，并 药品管理资料完整、详实，有可追溯措施，如实行条形码管理。
4.15.3.2 执行“特殊管理药品”管理的有关规定。	【C】 1. 麻醉、放射性、肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品等“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；调剂室和各病区、手术室等有专用保险柜，有防盗设施；放射性药品按有关规定执行。 3. 有“麻、精”药品实行三级管理和“五专”管理的制度与程序。 4. 有“麻、精”药品实行批号管理的制度与程序，开具的药品可溯源到患者。
	【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。
4.15.3.3 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、病区急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程。 2. 药学部和各相关科室有急救等备用药品目录及数量清单，有专人负责管理急救药品，并在使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。

	【B】符合“C”，并 药学部对急救等备用药品管理情况定期检查，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 各科室备用急救等备用药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。
4.15.3.4 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂的准确性。	【C】 1. 按《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》等有关规定制定药品调剂制度和操作规程。 2. 药品调剂时，认真审核处方或用药医嘱后调剂配发药品。 3. 药品使用遵循先拆先用，先到先用的原则。 4. 调剂作业有足够的空间与照明，门急诊药房实行大窗口式或者柜台式发药；住院调剂室口服摆药区域环境清洁整齐、卫生符合要求。 5. 有病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. 对病区口服制剂药品实行单剂量配发，注射剂按日剂量发药。 3. 对肠外营养液、危害药品静脉用药实行集中调配供应。 4. 调剂室面积符合相关规定。
	【A】符合“B”，并 1. 有静脉用药调配中心（室），实行集中调配供应。 2. 有对调剂工作督导检查、追踪评价，持续改进调剂工作。
4.15.3.5 制剂的配制与使用符合有关规定。	【C】 1. 医院配制制剂持有《医院制剂许可证》，取得制剂批准文号，有制剂质量标准。 2. 有保证制剂质量的设施、设备和管理制度，按规定配备药学专业技术人员。 3. 经省级药品监督管理部门批准后，制剂方可在医院之间调剂使用。
	【B】符合“C”，并 有主管药师及以上专人负责制剂原料、制剂成品质量检验，原始记录及复核记录齐全。
	【A】符合“B”，并 有制剂质量改进措施和召回制度，有原始记录。
4.15.3.6 静脉用抗肿瘤药等危害药品和肠外营养液应当实行集中调配与供应。	【C】 静脉用抗肿瘤药等危害药品和肠外营养液等用药在病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》的要求进行改善，有管理制度、有措施。
	【B】符合“C”，并 1. 静脉用抗肿瘤药等危害药品和肠外营养液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，药学部对临床出现的输液质量问题和患者用输液后的严重不良反应有分析报告、改进措施。
4.15.3.7 有药品召回管理制度。	【C】 1. 有药品召回管理制度与处置流程。 2. 发现假、劣药品时，按规定及时报告有关部门并迅速召回，妥善保存，收集保留所有原始记录。 3. 及时追回调剂错误的药品。 4. 有患者服用假、劣药品或调剂错误药品导致人身损害的相关的处置预案与流程。 【B】符合“C”，并 1. 对假、劣药品，及时查明原因，追究相关责任。 2. 对调剂错误，及时分析原因，有整改措施。 【A】符合“B”，并有根据假、劣药品和调剂错误的原因分析，及时修订相关制度，加强环节管理，保障用药安全。
4.15.3.8 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软件系统，能为处方审核提供技术支持，并定期更新。 【A】符合“B”，并 1. 通过用药监控系统，对抗菌药物等实行计算机处方权限与用药时限管理。 2. 对改进措施落实情况有追踪评价，有持续改进的成效。
4.15.4 有相关规章制度和程序，规范处方（用药医嘱）开具、抄录、审核以及用药交代等行为。	
4.15.4.1 临床药物治疗执行有关法规、规章制度，遵循相关技术规范。	【C】 1. 有临床药物治疗遵循合理用药原则、药品说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相关规定与程序。 2. 有医师处方符合《处方管理办法》相关要求的制度与程序。

	3. 有药师按照《处方管理办法》对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。
4.15.4.2 医师开具处方、应按照《处方管理办法》的要求执行, 对特定肿瘤治疗药物(肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品)分级授予使用处方权。	【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。
	【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%。
4.15.4.3 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。	【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。
	【C】 1. 经过资格认定及相关培训的护士方可执行给药医嘱。 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。
4.15.4.4 已开具处方, 并遵医嘱使	【A】符合“B”, 并 有给药差错分析、整改和持续改进。
	【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。

用的药品应记入病历。	2. 护士对患者的每次给药均应记录。 3. 所有的用药信息在出院或转院时归入其病历留存。 【B】符合“C”，并 病程记录中有明确的用药依据及分析。 【A】符合“B”，并 临床药师为“实施临床路径与单病种质控病例、重点肿瘤住院患者”建立药历。
4.15.4.5 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，有专人负责防范差错工作进行系统检验，对临床不合理用药进行干预效果分析，体现多环节防范与持续改进效果。
4.15.4.6 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 张门诊处方（其中自费处方≥ 20 张）和 30 份出院病历用药医嘱进行点评。 3. 对特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）使用情况专项点评，每个月组织对 25% 的具有抗菌药物处方权的医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于 50 份处方、医嘱。 4. 对不合理处方进行干预，上年度门诊“肿瘤化疗”处方点评及药房干预的次数。

	【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。 3. 有对“肿瘤化疗”处方点评及药房干预时间前移的措施。
4.15.5 医师、药师、护士按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合理使用药品，并有监督机制。	
4.15.5.1 抗菌药物临床应用管理责任制（★）	【C】 1. 院长是抗菌药物临床应用管理第一责任人， （1）将抗菌药物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）明确抗菌药物临床应用管理组织机构，以及各相关部门在抗菌药物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，设定抗菌药物应用控制指标。 2. 临床科负责人是本科抗菌药物临床应用管理第一责任人。 （1）将抗菌药物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。
4.15.5.2 建立完善抗菌药物临床应用技术支撑体系。	【C】 1. 有经过感染专业培训的专职医师。 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撑体系的业绩。 （1）医院感染专业医师在抗菌药物临床应用管理领域中所履行的技术支撑作

	用，获临床医师、护士好评。 （2）微生物检验专业技术人员在抗菌药物临床应用管理领域中所履行的技术支撑作用，获临床医师、护士好评。 （3）临床药师在抗菌药物临床应用管理领域中所履行的技术支撑作用，获临床医师、护士好评。
4.15.5.3 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. 医师处方及医嘱无违规越级处方的现象。 2. 门诊处方无特殊使用级抗菌药物的处方。
4.15.5.4 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 35 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、品规结构基本合理。 （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。
4.15.5.5 抗菌药物临床应用相关指标控制力度	【C】 1. 抗菌药物临床应用相关指标控制力度 2. 明文规定住院患者手术预防使用抗菌药物品种选择和使用时间控制。 （1）住院患者手术预防使用抗菌药物时间控制在术前 30 分钟至 2 小时。 （2）I 类切口手术患者预防使用抗菌药物时间不超过 24 小时。 3. 抗菌药物品种选择和使用疗程控制基本合理 （1）住院患者抗菌药物使用率不超过 40%。 （2）门诊患者抗菌药物处方比例不超过 10%。 （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 30DDDs 以下。 4. I 类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过 30%。

	【B】符合“C”，并 职能部门对抗菌药物临床应用有监管，发现的问题及时反馈。
	【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。
4.15.5.6 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。
4.15.5.7 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. 有医师抗菌药物处方权限管理制度。 2. 有药师抗菌药物调剂资格管理制度。 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. 处方与医嘱签发医师、调剂药师与授权管理名单保持一致。
	【A】符合“B”，并 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。
4.15.6 医师、药师按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》，优先合理使用基本药物，并有相应监督考评机制。	
4.15.6.1 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。
4.15.7 有药物安全性监测管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物严重不良反应，并将不良反应记录在病历之中。	
4.15.7.1 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。 3. 建立药品不良事件报告信息平台。
	【A】符合“B”，并 1. 临床医师有路径可及时获得“药品不良反应与药害事件”信息。 2. 统一管理“药品不良事件与医疗安全（不良）事件报告”信息平台。
4.15.7.2 有完善的突发事件药事管理应急预案，药学人员可熟练执行。	【C】 1. 有完善的突发事件药事管理应急预案，组织层次清晰，人员分工明确，体现良好的合作，各部门无缝隙衔接，对突发事件善后工作及还原应急能力有明确规定。 2. 有本院的突发事件医疗救治药品目录。
	【B】符合“C”，并 1. 有突发事件药事管理应急预案执行培训，相关人员熟悉预案流程和岗位职责，可迅速配合临床抢救。 2. 应急药品具有可及性和质量保证。
	【A】符合“B”，并 有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。
4.15.8 医院对肿瘤化学治疗药物实施分级管理；开展适宜的肿瘤药物浓度监测，配备临床药师，支持临床肿瘤药物治疗，提供肿瘤用药咨询服务，促进合理用药。	
4.15.8.1 医院对肿瘤化学治疗药物处方权实施分级管理	【C】 1. 对特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）分级授予使用处方权与调剂权的管理制度与流程。 2. 从事肿瘤药物治疗的临床医师与调剂药师均知晓履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 对从事肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗的医师，分级授予使用处方权。 2. 有职能部门定期不定处方与医嘱的执行能力$\geq 90\%$，对存在缺陷与问题有记录与整改意见。 3. 药学部门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。 【A】符合“B”，并 1.有职能部门对存在缺陷与问题有通报记录，对整改意见的成效有评价。 2.至少每二年一次对从事肿瘤药物治疗的临床医师与调剂药师的执行能力再评价与再授权，有记录。 3.处方与医嘱的执行能力$\geq 95\%$。
4.15.8.2 按规定配置临床专职药师。	【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。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。 4.有临床药师培养计划，并纳入医院医疗技术人员培养计划。 5.配备5名以上临床药师，全职专科从事临床特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）药物治疗工作，至少定向服务临床科室$\geq 50\%$。 6.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 1.每100张病床与临床药师配比≥ 0.6。 2.临床药师工作范围至少覆盖特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）的临床科室$\geq 75\%$。 【A】符合“B”，并 1.临床药师工作范围至少覆盖特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）的临床科室$\geq 90\%$。 2.有临床药师与临床医师协作机制，提高合理用药水平。 （1）上年度病房“肿瘤化疗”医嘱从下达到给患者用药的周期时间。 （2）上年度“肿瘤化疗”药品不良反应与药害事件从发生到药房干预措施的周期时间。
4.15.8.3 临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药物治疗，开展适宜的肿瘤药物浓度监测。	【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区患者用药医嘱，对不合理用药有干预意见的记录。 6.定期为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询服务。 7.对患者进行用药教育，指导安全用药。 【B】符合“C”，并 1.每位临床药师有对患者进行用药教育的记录，视患者情况修正其不当用药行为。

	2. 每位临床药师有重点患者用药的药历，体现本人用药分析能力和对患者实施持续药学监护的过程。 3. 开展适宜的肿瘤药物浓度监测。 【A】符合“B”，并 “疑难、高危肿瘤”住院病历中可反映： (1) 在医院实施多学科联合诊疗的过程中，可体现临床药师的服务能力。 (2) 临床医师能将肿瘤药物浓度监测信息用于临床治疗。
4.15.9 科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，定期通报医院药物安全性与抗菌药物耐药性监测的结果。	
4.15.9.1 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，对全院的药学质量与安全进行总结分析，每季度至少一次。 【B】符合“C”，并 1. 对从事质量和安全管理的员工有质量管理基本知识和基本技能培训教育。 2. 定期向临床科室通报医院特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）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对特定肿瘤治疗药物（肿瘤化疗、生物治疗与生物靶向治疗药品）应用质量管理改进工作。
4.15.9.2 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. 相关人员知晓本部门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 开展定期“肿瘤化疗”用药评价活动，解读评价结果，持续改进药事管理工作。 (1) 药房干预的次数及向科室、医师反馈后改进成效的评价。 (2) 门诊处方点评结果及向科室、医师反馈后改进成效的评价。 (3) 从下达医嘱到给患者用药的周期时间，尤其是保障夜间、周六、日与节假日的服务措施的评价。 (4) 药品不良反应与药害事件从发生到确定药房干预措施的信息，传递到实施控制措施相关人员的周期时间（可用案例表达）的评价。

十六、临床检验管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.16.1 临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床诊疗需要，能提供 24 小时急诊检验服务。	
4.16.1.1 临床检验项目满足临床需要。	【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录。 2. 微生物检验项目对院内感染控制及合理用药提供充分支持。 【A】 符合“B”，并 1. 以书面或网络形式定期（至少每季）向临床科室通报细菌耐药情况。 2. 至少每半年一次向临床征求对项目设置合理性意见，持续改进，确保检验项目满足临床需求。
4.16.1.2 能提供 24 小时急诊检验服务。	【C】 1. 能提供 24 小时 × 7 天检验服务。 2. 急诊项目设置充分征求临床科室意见，使检验项目既能满足危急情况下诊断治疗的需求，又不过度浪费急诊资源。 3. 明确急诊检验报告时间，临检项目 ≤ 30 分钟出报告，生化、免疫项目 ≤ 2 小时出报告。 【B】 符合“C”，并 1. 检验项目满足危急情况下诊疗需求，开展必须的常规检查。 2. 急诊检验项目在规定时间内报告。 【A】 符合“B”，并 1. 开展急性心肌梗死标志物、凝血和感染等指标的急诊测定，满足临床危急情况下诊疗需求。 2. 临床各科对开展急诊检验服务满意度高。
4.16.1.3 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。
4.16.1.4 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. 能开展分子诊断项目，并具有一定的针对突发传染病等公共卫生事件的应急检测能力和技术储备。 5. 相关人员知晓履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 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。
4.16.1.5 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。
4.16.2 有实验室安全流程，制度及相应的标准操作流程，遵照实施并记录。	
4.16.2.1 有实验室安全管理制度和流程。	【C】 1. 检验科主任为实验室安全第一责任人。 2. 有实验室安全管理制度和流程。严格规定各个场所、各工作流程及不同工作性质人员的安全准则。 3. 保存完整的安全记录。 4. 开展安全制度与流程管理培训，相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 各实验室设置安全员，负责各个场所的安全。

	2. 保存完整的各项安全相关活动记录。
	【A】 符合 “B”，并 严格执行安全规程，定期进行安全检查，定期研究安全管理，保障实验室安全，各项记录完整。
4.16.2.2 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。	【C】 1. 实验室生物安全分区合理，有明确的实验室生物安全等级标志。 2. 合理设计工作流程以避免交叉污染。
	【B】 符合 “C”，并 1. 严格按照生物安全要求进出分子生物学实验室、HIV 初筛实验室。 2. 有职能部门监督检查。
	【A】 符合 “B”，并 1. 结核检测实验室应至少达到 P2 实验室标准。 2. 无违规情况。
4.16.2.3 实验室配置充分的安全防护设施。	【C】 1. 根据工作人员的不同工作性质，按照行业规范进行充分的个人防护。 2. 配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施及耗材，并保证以上设施可正常工作。 3. 设立适当的警示标识，对生物安全、防火防爆安全、化学安全等做出充分警示。 4. 如开展放射免疫分析和其他使用放射性同位素的检测，保证使用放射性同位素时患者和工作人员的安全性。 5. 对相关人员进行培训。
	【B】 符合 “C”，并 1. 根据实验等级设置个人防护，能执行。 2. 实验室出口处设有专用手部消毒设备。 3. 各种设施定期维护，保障正常。
	【A】 符合 “B”，并 实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。
4.16.2.4 有消防安全保障。	【C】 1. 建立易燃、易爆物品的储存使用制度。 2. 设置专门的储藏室、储藏柜。 3. 指定专门人员负责实验室的消防安全。 4. 定期检查灭火器的有效期。 5. 保持安全通道畅通。
	【B】 符合 “C”，并 1. 定期检查各种电器，电路是否存在安全隐患。 2. 对消防安全检查发现的问题，及时整改。
	【A】 符合 “B”，并 有关人员掌握消防安全知识与基本技能，进行消防演习并持续改进。
4.16.2.5 实验室制订各种传染病	【C】 1. 制订各种传染病职业暴露后应急预案。

职业暴露后的应急措施，并详细记录处理过程。	2. 相关人员知晓职业暴露的应急措施与处置流程。
	【B】符合“C”，并对实验室工作人员进行职业暴露的培训及演练，并作相关记录。
	【A】符合“B”，并有职业暴露处置登记及随访记录，有根据职业暴露的案例分析改进职业暴露管理。
4.16.2.6 实验室制定针对不同情况的消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。	【C】 1. 制订针对不同情况的消毒措施并实施。 2. 定期监控各种消毒用品的有效性。 3. 有标本溢洒处理流程。 4. 相关人员掌握消毒办法与消毒用品的使用。
	【B】符合“C”，并 1. 保留各种消毒记录，记录完整。 2. 定期对消毒用品的有效性进行监测。 3. 职能部门定期检查、分析、反馈、整改。
	【A】符合“B”，并分析监测结果，改进消毒管理。
4.16.2.7 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	【C】 依据相关法律法规要求制定实验室废弃物、废水的处理流程并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 有明确的责任人，定期检查整改，以保证对人员及环境的危害降至最低。 2. 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。
4.16.2.8 实验室应建立微生物菌种、毒株的管理规定，并安排专人进行监督。	【C】 1. 建立微生物菌种、毒株的管理规定与流程。 2. 微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。
	【B】符合“C”，并 1. 样品收集、取用有相应的过程记录。 2. 有相应的应急预案。 3. 职能部门有监管记录，有改进措施。
	【A】符合“B”，并 实验室微生物菌种、毒株收集、取用、处理记录完整，无意外事件发生。
4.16.2.9 实验室建立化学危险品的管理制度。	【C】 1. 建立化学危险品的管理制度。 2. 建立化学危险品清单和安全数据表。 3. 指定专门的储存地点，专人管理，对使用情况做详细记录。 4. 有化学危险品溢出与暴露的应急预案。 5. 相关人员对制度和预案的知晓率达到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。
4.16.3 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解释检查结果。	
4.16.3.1 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。	【C】 1. 医院明确规定临床检验工作人员的资质与能力要求。从事临床检验工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。 2. 分子生物学实验室、HIV 初筛实验室检验人员经培训考核后持卫生行政部门核发的上岗证方可独立工作。 3. 大型生化分析仪操作人员经过考核后持卫生部核发的上岗证上岗。 【B】符合“C”，并 职能部门对分子生物学实验室、HIV 初筛实验室、生化室操作人员资质进行定期审核。 【A】符合“B”，并 对从事临床检验工作的专业技术人员资质有动态监管，有信息系统提供支持，无违规行为。
4.16.3.2 不同实验室组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。	【C】 1. 不同实验室应组织有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。 2. 选择并授权具有相关资质、经验丰富及较高技术水平和业务能力的人员负责检验全程质量控制工作及结果解释工作。 【B】符合“C”，并 1. 对授权工作实行动态管理。 2. 有职能部门监督检查，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。
4.16.4 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。	
4.16.4.1 保证每一项检验结果的准确性。	【C】 实验室应采用量值溯源，校准验证，能力验证或室间质评，实验室间的比对等方式充分保证每一项检验结果的准确性。 【B】符合“C”，并 开展室内质控与室间质评，保障检验质量。 【A】符合“B”，并 室内质控与室间质评结果达到质量控制目标。
4.16.4.2 严格执行检验报告双签字制度。	【C】 1. 严格执行检验报告双签字制度（急诊除外）。 2. 指定经验丰富，技术水平和业务能力较高的人员负责检验报告的审核。

	【B】符合“C”，并 1. 审核重点识别分析前阶段，由于标本不规范所带来的结果错误。 2. 对于识别出的分析前不合格标本，应保留相关记录。 3. 制定复检制度并保留相关的复检记录。
	【A】符合“B”，并 有根据审核结果进行整改的措施，改进检验报告质量。
4.16.4.3 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。	【C】 1. 严格遵守国家或地方卫生行政管理部门的相关规定，制定明确的检验报告时限（TAT）。 2. 定期评估检验结果的报告时间。 3. 明确规定“特殊项目”清单。特殊项目的检测，原则上不应超过2周时间；提供预约检测。
	【B】符合“C”，并 1. 临检常规项目≤30分钟出报告。 2. 生化、免疫常规项目≤1个工作日出报告。 3. 微生物常规项目≤4个工作日。 4. 时限符合率≥90%。
	【A】符合“B”，并 对存在的问题持续改进有成效。
4.16.4.4 检验报告格式规范、统一。	【C】 1. 检验报告单格式规范、统一，有书写制度。 2. 报告单提供中文或中英文对照的检测项目名称。 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 检验报告合格率达到100%。
4.16.5 有试剂与校准品管理规定，保证检验结果准确合法。	
4.16.5.1 有管理试剂与校准品制度，保证检验结果准确合法。	【C】 1. 有试剂与校准品管理的相关制度。 2. 专人管理，有明确的岗位职责。
	【B】符合“C”，并 1. 试剂与校准全部符合法规规定的标准。 2. 医院统一采购，途径合法。 3. 有使用登记制度。
	【A】符合“B”，并 1. 试剂全部符合国家标准，获得相应的批准文号。

	2. 无因试剂和校准品管理问题影响检验结果的准确性的情况发生。
4.16.6 为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。	
4.16.6.1 实验室与临床建立有效的沟通方式。	【C】 1. 实验室与临床建立有效沟通机制，通过多种形式和途径（如电话或网络等），及时接受临床咨询。 2. 实验室通过有效的途径（如参与临床查房、现场宣讲、提供网络资料等）宣传新项目的用途，解答临床对结果的疑问。
	【B】 符合“C”，并 定期对咨询情况和沟通信息进行总结分析，针对共性问题，开展培训。
	【A】 符合“B”，并 建立检验与临床的科间协调会议制度，每年2次，共同改进检验工作质量和服务质量。
4.16.7 科主任与具备资质的质量控制人员组成团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，开展室内质控、参加室间质评；对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。	
4.16.7.1 由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，制定质量与安全管理计划和质量控制指标，开展质量管理工作。	【C】 1. 由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，组成人员结构合理，可覆盖各实验室，有明确的职责。 2. 有质量与安全管理工作计划并组织实施。 3. 建立质量体系文件，包括质量手册、程序文件、标准操作规程和记录表格等。 4. 有质量与安全监控指标，并定期进行量化评估。 5. 相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 质量体系完整，质量与安全监控指标覆盖全面，能监控分析前、中、后关键流程。
	【A】 符合“B”，并 有质量与安全管理完整资料，体现持续改进成效。
4.16.7.2 有完整的标本采集运输指南，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≥95%。

	2. 标本交接记录完整，标本保存符合规范。
4.16.7.3 常规开展室内质控。	【C】 1. 室内质控覆盖实验室全部检测项目及不同标本类型。 2. 保证每检测批次至少有 1 次室内质控结果。 3. 制定实验室室内质控规则。 4. 室内质控报告有负责人签字。 5. 室内质控重点项目： (1) 临床化学、免疫学、血液学和凝血试验的质量控制流程。 (2) 血涂片评价和分类计数的质量控制流程。 (3) 细菌、分枝杆菌和真菌检测的质量控制流程。 (4) 尿液分析和临床显微镜检查的质量控制流程。 (5) 采用质量控制鉴别病毒鉴定试验中的错误检验结果。 (6) 病毒鉴定的实验室须保留相关记录。 (7) 对未知标本进行血清学检测时，须同时进行已知滴度的血清阳性质控和阴性质控。 【B】 符合 “C”，并 1. 定期评估室内质控各项参数及失控率。 2. 有效处理失控，应详细分析失控原因，处理方法及评估临床影响，提出预防措施。 【A】 符合 “B”，并 室内质控文件齐全，记录完整。根据失控原因分析，持续改进检验质量。
4.16.7.4 参加室间质评或能力验证计划。	【C】 1. 参加省级室间质量评价计划或能力验证计划。 2. 室间质评或能力验证应覆盖实验室内全部检测项目及不同标本类型。 3. 明确无法提供相应评价计划的项目的目录/清单。 4. 对无法提供相应评价计划的项目，应有替代评估方案。 【B】 符合 “C”，并 参加国家级室间质量评价计划或能力验证计划。 【A】 符合 “B”，并 参加国际室间质量评价计划或能力验证计划。
4.16.7.5 保证检测系统的完整性和有效性。	【C】 1. 制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作、维护规程。 2. 使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。 3. 对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。 【B】 符合 “C”，并 1. 有专人负责仪器设备保养、维护与管理。 2. 有定期校准、维修维护记录。 【A】 符合 “B”，并 仪器设备规范操作合格率达 100%。

4.16.7.6 所有 POCT 项目均应开展室内质控,并参加室间质评。	【C】 有规定对所有 POCT 项目开展室内质控,并参加室间质评。 【B】符合“C”,并 1. 定期对 POCT 结果进行比对,并包括大型仪器检测结果与各 POCT 点之间的比对,并明确比对的允许偏倚。 2. 对超出允许范围的应及时进行校准和纠正,有工作记录。 【A】符合“B”,并 POCT 项目比对达到 100%。
4.16.7.7 实验室信息管理完善。	【C】 1. 建立实验室信息管理系统,与医院信息系统联网。 2. 实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理。 【B】符合“C”,并 1. 提供自助取化验报告单系统。 2. 标本使用条形码管理。 【A】符合“B”,并 实验室数据至少保留 3 年以上在线查询资料。

十七、病理管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.17.1 病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，服务项目满足临床诊疗需要。	
4.17.1.1 病理科应具有与其功能和任务相适应的服务项目。	【C】 1. 病理科设置满足医院功能任务需要。 2. 服务项目满足临床工作需求，至少开展石蜡切片、特殊染色、免疫组织化学染色、术中快速冰冻切片、细胞学诊断。 3. 所有收费服务项目符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章、标准的要求。 4. 根据医院的资源情况，部分病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构签订“外包服务协议”，有明确的外包服务形式与质量保障条款。 【B】符合“C”，并 1. 独立开展尸体剖验。 2. 可开展基本的分子病理基因检测（如：HER2 基因 FISH 检测和肺癌 EGFR 基因突变等检测项目）。 【A】符合“B”，并 1. 病理科集中设置，统一管理。 2. 开展多种临床需求的分子病理基因突变或基因重排检测。
4.17.1.2 病理科应具有与其功能和任务相适应的工作场所。	【C】 1. 病理科布局合理，符合生物安全的要求，设置标本检查室、常规技术室、病理诊断室、细胞学制片室和病理档案室、接诊工作室、标本存放室、快速冰冻切片病理检查与诊断室、免疫组织化学室和分子病理检测室等，污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区，有严格的消毒及核查制度。 2. 有独立的淋浴间和淋浴设备。 3. 标本接收室、取材室，有紫外线灯等消毒设备。 【B】符合“C”，并 有开展尸检固定场所，并符合规范要求，有相应的配套设施设备。 【A】符合“B”，并 病理科用房面积满足工作需要，环境达到安全防护标准。
4.17.1.3 病理科有必需的专业技术设备。	【C】 1. 病理技术室专业技术设备配置： （1）石蜡切片机、冰冻切片机或快速石蜡设备、自动脱水机、组织包埋机、通风橱、染色设备、冰箱、一次性刀片或磨刀机、涂片机、恒温箱、烘烤箱或烤片设备、空调和排风设备等。 （2）病理科医师每人配备双目光学显微镜 1 台。 （3）病理取材室：有直排式专业取材台、大体照相设备、冷热水、溅眼喷淋龙头、紫外线消毒灯、空调等。 （4）免疫组化室：实验台、微波炉、高压锅、冰箱等。

	(5) 标本存放室: 专用标本存放柜。 2. 以上设备缺少 2 项。
	【B】符合“C”，并 以上设备缺少 1 项。
	【A】符合“B”，并 全部符合要求，且配备免疫组化自动染色机。
4.17.2 从事病理诊断工作和技术工作的人员资质符合《病理科建设与管理指南（试行）》要求，诊断与制片质量符合相关规定。	
4.17.2.1 病理科的人员配备和岗位设置应满足工作需要，岗位职责明确。	【C】 病理科的人员配置合理，满足工作需要，有各级各类人员岗位职责。
	【B】符合“C”，并 1. 相关人员知晓并履行本岗位工作职责。 2. 病理科医师按照每百张病床 1~2 人配备。 3. 高级职称人员占全部人员的 20%以上。
	【A】符合“B”，并 1. 病理科医师按照每百张病床 ≥ 3 人配备，技术人员和辅助人员按照与医师 1:1 的比例配备。 2. 高级职称人员占全部人员的 30%以上。
4.17.2.2 由具备病理学诊断所规定资质的医师从事术中快速病理、常规组织病理、细胞病理、免疫病理、超微病理及分子病理的诊断工作。	【C】 1. 出具病理诊断报告的医师应具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习 1-3 年。 2. 术中快速病理诊断医师应当至少有 1 名具有副高级以上病理学专业技术任职资格，并有 5 年以上病理阅片诊断经历。 3. 无病理执业证书和非病理专业技术任职资格的医师，不得出具病理报告，包括细胞病理学报告。 4. 科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。 5. 用制度和程序管理从事肿瘤“免疫病理、超微病理及分子病理”等特定工作的专业技术人员的资质与授权。
	【B】符合“C”，并 1. 有病理科医师人才培养计划，并落实。 2. 有完善的医师专业水平定期考核制度。 3. 术中快速病理诊断医师应当至少有 2 名具有副高级以上病理学专业技术任职资格，并有 5 年以上病理阅片诊断经历。
	【A】符合“B”，并 1 有正高级病理学专业技术职务任职资格的病理医师，病理诊断经验丰富（10 年以上），在学术界有一定影响及担任省级以上病理学术团体常委以上职务。 2，职能部门对从事肿瘤“免疫病理、超微病理及分子病理”等特定工作的专业技术人员资质有监管，有信息系统提供支持，无违规行为。
4.17.2.3 由具备病理专业资质的技术人员制作细胞涂片、	【C】 1. 病理技术人员应当具有相应的专业学历，并接受继续教育与技能培训。 2. 细胞学涂片、冰冻切片、石蜡切片、免疫组化、电镜切片及各种分子检测均

冰冻切片、石蜡切片、免疫组化、电镜切片和各种分子检测,其质量与时限符合相关规定。	是由具备病理专业资质的技术人员制作的,有质量要求与完成时限。 3. 有病理技术人员资格与分级授权管理制度与程序。 4. 未经授权的工作人员不得独立或越级从事各项病理技术。
	【B】符合“C”,并 1. 继续教育与技能培训人员 $\geq 90\%$。 2. 对技能培训考核不合格人员,有再培训的记录。
	【A】符合“B”,并 对授权的工作人员有再评价、再授权。
4.17.3 有医院感染控制与环境安全管理程序与措施,遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。	
4.17.3.1 有医院感染控制与环境安全管理程序与措施,遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。	【C】 1. 有定期对取材室、切片室等进行甲醛、二甲苯浓度的检测报告,保证有害气体浓度在规定许可的范围,每年至少有一次院外年度检测报告。 2. 有对工作中产生的废弃有害液体统一回收的制度与程序,确保用专用仪器回收处理或具有资质的机构回收处理,严禁随意倾倒入下水道。 3. 病理取材应按照“P2”级实验室设计,严格区分污染区、非污染区,应有单独的洗手池和溅眼喷淋设备。 4. 有完善的易燃品、剧毒化学品的登记和管理规范。 5. 病理科接触有害品的工作人员定期体检。
	【B】符合“C”,并 职能部门履行监管职责,对存在问题与缺陷的提出改进措施。
	【A】符合“B”,并 环境保护及人员职业安全防护资料完整,符合标准要求,无环境污染事件和职业损害事件发生。
4.17.4 及时提供规范的病理诊断报告,有严格审核制度。	
4.17.4.1 病理诊断应按照相应的规范,有复查制度、科内会诊制度。	【C】 1. 有规范病理诊断的相关制度与流程。 2. 病理医师进行诊断前,核对申请单和切片核查是否相符。 3. 阅读申请单上所有填写的内容,对于不清楚的内容及时联系送检医师。 4. 阅片时必须全面,不要遗漏病变。 5. 有上级医师会诊制度,并有相应记录。 6. 因特殊原因迟发报告,应向临床医师说明迟发的原因。 7. 疑难病例,应由上级医师复核,并签署全名。 8. 病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明。 9. 有科内疑难病例会诊制度(2名以上高级职称人员参与),并有相应的记录和签字。 10. 常规诊断报告准确率 $\geq 95\%$。
	【B】符合“C”,并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 常规诊断报告准确率 $\geq 97\%$。 3. 职能部门对相关制度落实有监管,重点是肿瘤手术标本的冰冻与石蜡诊断质

	量。
	【A】符合“B”，并 1. 常规诊断报告准确率$\geq 99\%$。 2. 根据监管结果分析，持续改进病理诊断质量。
4.17.4.2 病理诊断报告书应准时、规范、文字准确，字迹清楚。	【C】 1. 对病理诊断报告内容与格式有明确规定。 (1) 病理号、送检标本的科室、患者姓名、性别、年龄、标本取材部位、门诊号和（或）住院号。 (2) 标本的大体描述、镜下描述和病理诊断。 (3) 其他需要报告或建议的内容。包括原始样品过小或在采集过程中挤压严重或取材代表性不够（如肾脏穿刺未见足够数目的肾小球，肝脏穿刺标本无足够数目的汇管区等），影响正确的诊断，均需在报告中说明。 (4) 报告医师签名（盖章），报告时间。 (5) 病理诊断报告内容的表述和书写应准确和完整，用中文或者国际通用的规范术语。 2. 有病理诊断与临床诊断不符合时，涉及病变部位或病变性质，需重新审查。 3. 病理诊断报告应在5个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外。 4. 严禁出具假病理诊断报告，不得向临床医师和患方提供有病理医师签名的空白病理学报告书。 5. 原始样品过小或在采集过程中挤压严重，或取材代表性不够（如肾脏穿刺未见足够数目的肾小球，肝脏穿刺标本无足够数目的汇管区等），影响正确的诊断，均需在报告中说明。 6. 病理诊断报告在5个工作日内发出$\geq 85\%$。 【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述规定得到有效执行。 2. 病理诊断报告在5个工作日内发出$\geq 90\%$。病理报告书内容与格式书写合格率$\geq 90\%$。 【A】符合“B”，并 病理诊断报告在5个工作日内发出$\geq 95\%$，病理报告书书写内容与格式符合规范，合格率$\geq 95\%$。
4.17.4.3 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。	【C】 1. 有病理诊断报告补充、更改或迟发的管理制度与程序： (1) 病理报告发出后，如发现非原则性问题，常规后续工作应以补充报告的形式进一步完善诊断内容。 (2) 病理报告发出后，发现原则性的问题则需做出更改并立即通知临床医生。 (3) 每一份补充或更改的病理报告均遵循了病理报告补充或更改的制度与审核批准流程，并需在病理档案中有完整记录。 (4) 由于某些原因（包括深切片、补取材检测、特殊染色、免疫组织化学染色、脱钙、疑难病例会诊或传染性标本延长固定时间等）延迟取材、制片，或是进行其他相关技术检测，不能如期签发病理学诊断报告书时，需以口头或书面告知有关临床医师或患方，说明迟发病理学诊断报告书的原因。

	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 发出补充、更改或迟发病理诊断报告的医师经过授权，落实到人。
	【A】符合“B”，并 病理报告单签字与授权文件符合率 100%。
4.17.4.4 有保证细胞学诊断规范、准确的相关制度。	【C】 1. 有细胞学标本采集的相关规范。穿刺细胞学标本的采集，由具备操作资质的病理学医师或临床医师执行，并严格执行无菌操作。 2. 对细胞学筛查与细胞学诊断有相关的制度与流程。 3. 细胞学筛查及细胞病理诊断签发报告的医师应有严格准入制度，独立签发报告医师需具备中级以上病理医师资质。 4. 细胞病理诊断报告在 2 个工作日内发出签发$\geq 90\%$，疑难病例和特殊病例除外。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 对细胞病理学诊断报告的签发有授权，落实到人。 3. 抽查达到规定要求$\geq 90\%$。
	【A】符合“B”，并 抽查达到规定要求$\geq 95\%$。
4.17.4.5 建立规范的院际病理切片会诊制度。	【C】 有院际病理切片会诊的相关制度与流程。 （1）具有高级职称的病理医师方能接受院际的病理学会诊。 （2）对诊断时间较久的病例，应考虑到当时对疾病的认知程度、当时的技术条件和诊断标准，对疾病进行一定的解释。 （3）诊断意见必须有会诊病理医师的签字。 （4）需要补做免疫组化、特殊染色及分子病理检查才能明确诊断时，应当向患方说明收费标准、检查需要的时间，并征得患方的同意。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 院际会诊资料完整，经过业务职能部门批准。 3. 抽查达到规定要求$\geq 90\%$。
	【A】符合“B”，并 1. 抽查达到规定要求$\geq 95\%$。 2. 病理科为卫生行政部门授权的本区域病理会诊中心或牵头组织单位。
4.17.5 临床病理医师能够解读临床病理检查结果，为临床诊断提供支持服务。支持下级医院解决病理诊断问题。	
4.17.5.1 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，解释病理检查结果，为临床诊断与外科手	【C】 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 定期（至少每季度一次）召开临床病理多学科讨论会。

术方案提供支持。	【A】 符合“B”，并 1. 临床科室对病理科的满意度高。 2. 参与多学科查房的病理医师副高以上职称需≥80%。
4.17.5.2 支持下级医院解决病理诊断问题。	【C】 1. 有支持下级医院提高解决病理诊断问题的相关制度与程序。 2. 开展与下级医院日常病理会诊。 3. 能够开展病理医师住院医师规范化培训。
	【B】 符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 接受下级医院病理医师与技术人员进修与培训。
	【A】 符合“B”，并 有近三年对下级医院病理医师与技术人员跟踪支持的计划与事实。
4.17.6 科主任与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
4.17.6.1 病理检查的质量管理措施到位。	【C】 1. 由科主任与具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，负责本科室医疗质量与安全管理相关工作。 2. 有保障医疗质量与安全的规章制度、岗位职责、病理技术规范、病理诊断规范和操作常规等质量管理文件。 3. 有科室医疗质量与安全控制指标。 4. 有医疗废物、危险化学品和生物安全管理制度。 5. 有明确的科室内部全面质量管理及持续改进的方案与控制流程。 6. 有新增病理诊断技术应用的审批与管理制度。 7. 有开展质量与安全管理培训教育的相关制度与程序 8. 相关人员知晓本岗位相关制度与流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 有合理的实验室室内质控规则，有判断差别出现原因的程序与应对措施。有效处理失控，详细分析失控原因，处理方法及评估临床影响。
	【A】 符合“B”，并 质控资料完整，近三年的相关资料证实制度基本得到执行。
4.17.6.2 病理检查申请单必须完整填写患者相关的资料，字迹清晰、内容完整。	【C】 有病理申请书书写的相关规定要求。 （1）患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室和日期。 （2）患者临床病史（尤其是重要的肿瘤史及治疗史）和其他（检验、影像）检查结果、手术所见及临床诊断。 （3）取材部位、标本件数。 （4）既往曾做过病理检查者，需注明病理号和病理诊断结果。 （5）结核、肝炎、HIV等传染性标本，需注明。

	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述规定得到有效执行。 2. 申请单均达到要求。
	【A】符合“B”，并 信息系统支持病理科医师方便调取申请病理检查患者的相关病历资料。
4.17.6.3 有制度保证从病理标本采集到标本运送到病理科不出现差错,除特别要求外,标本需用 10%中性甲醛缓冲液固定。	【C】 1. 有标本采集、送达、固定时间记录（时间精确到分钟）及标本交接的相关规定与程序。 （1）标本和申请单的核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人应有登记和相关人员的签字。有标本和申请单交接等相关制度。 （2）标本使用 10%中性甲醛缓冲液固定，固定液的量不少于组织体积的 3~5 倍（要确保标本全置于固定液之中），特殊要求除外。 （3）标本从离体到固定的时间不宜超过半小时。 （4）空腔标本和大的实质性脏器标本必须及时切开，固定过夜，第二天取材。 （5）原则上不接收口头申请的标本，特殊情况下，可先按流程接收和处理标本，需在限定的时间内（如 24 小时）补充书面病理申请单，否则不应出具书面病理报告。 2. 有不合格标本处理的制度与程序。 （1）不合格标本包括，申请单与相关标本未同时送达病理实验室；申请单中填写的内容与送检标本不符合；标本上无有关患者姓名、科室等标志；申请单内填写的字迹潦草，不清；申请单中漏填重要项目；标本严重自溶、腐败、干涸等；标本过小，不能或难以制作切片；其他可能影响病理检查可行性和诊断准确性的情况。 （2）不能接收的申请单和标本需当即退回申请医师，不予存放，并记录。 （3）曾被拒收的标本再次送检合格，需在申请单上标注。 【B】符合“C”，并 有完整的标本交接登记资料，定期对不合格标本发生原因进行总结分析，反馈到责任科室和个人。 【A】符合“B”，并 标本交接制度与流程相关人员知晓率 100%，并有效执行。
4.17.6.4 病理标本检查和取材规范、有质控措施和记录。	【C】 1. 有病理医师承担标本的检查和取材的相关制度与流程。 （1）取材前阅读申请单中的内容，初步判断病变的性质。 （2）核对申请单的编号与标本的编号、标本的份数是否相符，申请单与标本应有双标志和双核对。 （3）标本检查和取材应按照有关的操作规范进行。 （4）有标本观察的文字记录。 （5）有取材工作记录单，取材结束后必须核对组织块。 （6）组织块的编号应该每块分别编号，一一对应。 （7）取材后剩余的标本在标本柜中妥善保存至病理报告发出后的 2 周。 2. 剩余的病理标本按“医疗废物”的规定处理，不可随意丢弃。

	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 科室定期对取材质量有自查、总结和改进等资料。
	【A】符合“B”，并持续改进取材工作质量。
4.17.6.5 常规病理制片应按照相应的规范、有质量控制措施和记录。	【C】 1. 有对蜡块、切片、取材工作记录单三相核对的规定与程序。 (1) 针对不同组织（如小活检、骨组织、淋巴结等），优化制片、染色流程，保证切片质量。 (2) 制片过程中如出现异常，应立即与有关的病理医师联系，并报告科主任，查清事实，采取相应的补救措施。常规制片应在取材后1~2个工作日内完成。 2. 内镜小的活检、穿刺等需连续切片不少于6片。 3. 常规切片的优良率应$\geq 90\%$。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述规定和程序得到有效执行。 2. 常规切片的优良率应$\geq 95\%$。
	【A】符合“B”，并常规切片的优良率应$\geq 98\%$。
4.17.6.6 有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。	【C】 1. 有保证术中快速病理诊断合理使用指征的规定与程序。 2. 有单件标本的冰冻切片制片应在15分钟内完成的规定与程序。 3. 有病理诊断报告在30分钟内完成的规定与程序。 4. 术中快速病理诊断准确率应$\geq 90\%$。 5. 有术中快速病理诊断的操作规定与程序。 (1) 在术前向患者或近亲属告知术中快速病理诊断的局限性，签署术中快速病理诊断知情同意书。 (2) 对于难以明确诊断、交界性病变、送检组织不适宜等状况，病理医师可以不作出明确诊断，等待石蜡切片报告。 (3) 术中快速病理诊断报告必须采用书面形式（可传真或网络传输），为防止误听和误传，严禁采用口头或电话报告的方式。 (4) 从标本接收到发出报告的时间，应在病理申请单上注明。术中快速病理诊断报告书应由病理医师签署全名。
	【B】符合“C”，并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 术中快速病理诊断准确率应$\geq 95\%$。 3. 抽查相关人员能按规定流程操作。
	【A】符合“B”，并有临床科室和病理科的沟通协调机制，保证冰冻切片诊断的及时性和准确性。
4.17.6.7 有制度保证特殊染色操作规范。	【C】 有特殊染色技术员经过专门培训与授权的规定与程序。 (1) 每一批次的特殊染色必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。

	(2) 每种特殊染色, 必须有本实验室的操作规范和技术规程。 (3) 更换新的染色试剂后, 必须使用染色阳性和阴性组织进行验证, 并有相应的文字记录和染色切片档案, 相关档案保留 2 年。 (4) 特殊染色时所产生的有毒的污染性液体应专门回收, 严禁随处倾倒。 (5) 特殊染色结果不能作为最终诊断, 必须由病理医师结合形态学综合判断。 (6) 特殊染色质量达到室间质评的合格标准, 有相关操作规定与流程。 【B】 符合 “C”, 并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 通过实验室室内质控与室间质控, 提高特殊染色的质量。 【A】 符合 “B”, 并 根据医学新进展, 及时改进特殊染色技术, 提高特殊染色质量。
4.17.6.8 有制度保证免疫组织化学染色操作的规范和准确。	【C】 1. 有免疫组化技术员经过专门培训与考核授权的相关规定与程序。 2. 有相关操作规定与程序文件。 (1) 每一批次的免疫组化染色必须设阳性对照, 可利用组织中的内对照。 (2) 必须建立本实验室每种免疫组化染色的操作规程, 并及时更新。 (3) 更换抗体后, 需要有用阳性和阴性组织进行有效性验证, 并有相应的文字记录和染色切片档案, 相关档案保留 2 年。 (4) 免疫组化染色过程中产生的有毒液体 (如 DAB) 应专门回收, 严禁随处倾倒。 (5) 病理医师必须熟悉各种抗体染色结果, 阳性信号表达部位、其诊断应用范围, 以期做到正确的结果判读。 (6) 单纯的免疫组化染色结果不能作为最终诊断, 必须由病理医师结合形态学综合判断。 3. 免疫组化染色的质量要达到室间质评的合格标准。 【B】 符合 “C”, 并 1. 有完整资料证实上述制度得到有效执行。 2. 通过实验室室内质控与室间质控, 提高免疫组化染色的质量。 3. 有参加省级室间质量评价计划或能力验证计划。 【A】 符合 “B”, 并 1. 根据医学新进展, 及时改进特殊染色技术, 提高免疫组化染色质量。 2. 参加国家级或国际室间质量评价计划或能力验证计划。
4.17.6.9 有制度保证尸体检验病理诊断的规范、准确。	【C】 1. 有参加尸体检验的病理医师和技术人员经过专门培训与考核授权的规定与程序。 2. 有相关操作规定与程序文件。 (1) 有临床医师签署的尸体检验申请书。 (2) 事先征得患者近亲属的同意, 并由医院职能部门负责, 签署尸体解剖知情同意书。 (3) 尸体检验需要将死者的脏器全部或部分取出, 且不能还纳的, 必须向死者近亲属和 (或) 单位负责人说明, 并在尸体检验同意书中予以确认。 (4) 涉及医疗纠纷或刑事案件的尸体解剖, 应当由属地司法部门按规定授权,

	在医院或在法医部门指定的地点进行。 3. 有完整的尸检档案。 4. 尸体检验报告在 50 个工作日内发出。 5. 尸检标本至少保存至尸检报告发出后 1 年，涉及纠纷和刑事案件者除外。 6. 尸检报告需由三级医师签字后发出。
	【B】 符合 “C”，并 有完整资料证实上述制度得到有效执行。
	【A】 符合 “B”，并 通过疑难病例尸体解剖，运用病理资料，开展临床病理讨论，提高诊疗水平。
4.17.6.10 病理实验室应有仪器、试剂的质控管理制度和完善的记录。	【C】 有仪器、试剂和耗材管理的相关规定。 （1）仪器、试剂和耗材采购、使用符合国家有关规定，达到相关的技术标准，无违规使用未经批准的仪器、试剂和耗材。 （2）有仪器设备的运行、维修档案。 （3）有完整的试剂登记、有效期和使用档案。 （4）有因病理仪器、试剂所致安全事件报告、调查和处理流程。 （5）有冰箱运行温度记录。 （6）有仪器设备、试剂使用制度与程序。
	【B】 符合 “C”，并 有完整资料证实上述制度得到有效执行。
	【A】 符合 “B”，并 执行无责自愿仪器、试剂所致安全（不良）事件报告。
4.17.6.11 参加行业内组织的各种实验室质控活动。	【C】 1. 参加行业内组织的各种实验室质控活动。 2. 有参加评价活动项目的目录/清单。
	【B】 符合 “C”，并 有参加省级室间质量评价计划或能力验证计划。
	【A】 符合 “B”，并 参加国家级间质量评价计划或能力验证计划。

十八、医学影像管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.18.1 医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供 24 小时急诊影像服务。	
4.18.1.1 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，提供诊疗服务满足临床需要。	【C】 1. 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》。 2. 提供医学影像服务项目与医院功能任务一致，能满足临床需要。 3. X 线摄影、超声检查提供 24 小时×7 天的急诊（包括床边急诊）检查服务。 4. 独立开展乳腺 DR/CR 病灶定位、超声造影、CT 引导下穿刺活检等项目。 5. 提供外院影像资料会诊服务。
	【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. 独立开展超声引导下穿刺活检项目。
	【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. 有完善的 PACS 系统，至少具备 3 年在线查询，3 年以上离线存储功能。
4.18.1.2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。	【C】 1. 医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。 2. 各级各类人员具有相应资质和执业资格。
	【B】 符合“C”，并 1. 根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组，由具备副高以上专业技术职称人员负责。 2. 各专业组齐全、设置合理，人员梯队结构合理。 3. 科主任具备副主任医师以上专业技术任职资格。
	【A】 符合“B”，并 1. 科主任为主任医师，具有较强的学术影响力。 2. 具有 3 名以上的中青年学术带头人，具备副高级以上专业技术职称。
4.18.1.3 科室有必要的紧急意外抢救用的药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。	【C】 科室有紧急意外抢救预案，有必要的紧急意外抢救用的药品器材。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室人员熟悉紧急意外抢救预案流程，相关人员经过培训，具备紧急抢救的能力。 2. 有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。
	【A】 符合“B”，并 1. 科室指定专人负责应急管理，有演练，急救药品器材具有可及性和质量保证。

	2. 患者发生紧急意外事件时能够迅速开展紧急抢救，并对抢救过程有记录和讨论。
4.18.2 建立规章制度，落实岗位职责，执行技术规范，提供规范服务，保护患者隐私，实行质量控制，定期进行图像质量评价。	
4.18.2.1 建立健全各项规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。	【C】 1. 建立各项规章制度和技术操作规范。 2. 有各级各类人员岗位职责。 3. 有质量控制指标。
	【B】 符合“C”，并 员工知晓各项规章制度和本人岗位职责，掌握岗位相关的技术规范，并能够认真遵守和执行。
	【A】 符合“B”，并 根据国家相关要求和工作需要，及时对各项规章制度、岗位职责和技术操作规范进行完善和修订。
4.18.2.2 定期校正放射诊疗设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，并符合有关标准与要求。	【C】 定期对放射诊疗设备及其相关设备进行校正和维护，技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 有专职人员负责对设备进行定期校正和维护，并有记录。 2. 每件设备的定期校正和维护均落实到人。
	【A】 符合“B”，并 设备运行完好率在95%以上。
4.18.2.3 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。
4.18.3 提供规范的医学影像诊断报告，有审核制度，有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。	
4.18.3.1 医学影像诊断报告及时、规范，有审核制度与流程。	【C】 1. 科室有诊断报告书写规范、审核制度与流程。 2. 影像报告由具备资质的医学影像诊断专业医师出具。 3. 有提供影像报告时限要求。 4. 每份报告书有精确的报告时间，普通报告精确到“时”，急诊报告精确到“分”。 5. 诊断报告按照流程经过审核，有审核医师签名。

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

	【B】符合“C”，并 1. 影像检查前医务人员主动告知辐射对健康的影响，指导受检者进行防护。 2. 有对新员工进行放射防护器材及个人防护用品使用方法培训。 3. 有专人负责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。
4.18.4.3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。	【C】 1. 有放射安全事件应急预案。 2. 有辐射损伤的具体处置流程和规范。 3. 各相关科室和人员熟悉应急预案、相关流程以及本部门、本科室和本人职责。 【B】符合“C”，并 对于放射安全事件应急预案进行综合演练。 【A】符合“B”，并 有演练或安全事件的总结分析，有整改措施并组织落实。
4.18.5 科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
4.18.5.1 有科室质量与安全管理小组，能够用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进科室医疗质量。	【C】 1. 有科主任、护士长及具备资质的质量控制人员组成科室质量与安全管理小组。 2. 有科室质量管理员，负责本科室的质量与安全管理具体工作。 3. 有质量与安全管理工作方案，教育、培训计划、质量与安全指标。 4. 有质量控制相关的规章制度、岗位职责、技术规范、操作常规。 5. 有医疗安全（不良）事件报告。 6. 有医疗差错事故的防范措施与报告、检查、处置规范和流程。 【B】符合“C”，并 1. 根据工作方案，开展质量与安全管理，落实相关措施，有完整工作资料。 2. 有大型影像设备检查阳性率统计与分析，大型 X 线设备检查阳性率 $\geq 60\%$，CT、MRI 检查阳性率 $\geq 70\%$。 3. 有医学影像诊断与手术后符合率统计与分析，符合率 $\geq 90\%$。 【A】符合“B”，并 1. 科室质量与安全管理小组能运用质量管理工具开展质量与安全管理，体现持续改进。 2. 质量与安全管理考核结果应用于科室和个人考核。 3. CT、MRI 检查阳性率 $\geq 80\%$。 4. 医学影像诊断与手术后诊断符合率 $\geq 95\%$。

十九、核医学及 PET-CT 质量管理与持续改进

评审标准	评定要点
4.19.1 核医学及 PET-CT 设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和《放射性同位素及射线装置安全许可管理办法》要求，并取得《放射性药品使用许可证》。	
4.19.1.1 核医学及 PET-CT 设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和《放射性同位素及射线装置安全许可管理办法》要求，并取得《放射性药品使用许可证》。	【C】 1. 取得《放射诊疗许可证》。 2. 取得《辐射安全许可证》。 3. 取得《放射性药品使用许可证》。 4. 科室所有人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 装备 PET-CT 部门的负责人为高级职称医师。 2. 有职能部门监管。
	【A】 符合“B”，并 1. 将放射性同位素及射线装置安全管理纳入部门与相关人员的考核。 2. 科室有评价结果与持续改进措施的记录。 3. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.19.2 有满足需求并符合规定的核医学及医学影像专业医师、核医学物理师、护师、设备工程师、放射化学师及药物质检人员。	
4.19.2.1 有满足需求并符合规定的核医学及医学影像专业医师、核医学技师、核医学物理师、护师、设备工程师、放射化学师及药物质检人员。	【C】 1. 有满足需求并符合规定的核医学及医学影像专业医师、技师、核医学物理师、护师、设备工程师。 2. 制备放射性药物的单位有核医学化学师。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 有专职的设备质控人员。 2. 有职能部门监管。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.19.3 各级医务人员均持有《放射工作人员证》、《大型医疗设备上岗证》，医师必须取得医师执业证。	
4.19.3.1 各级医务人员均持有《放射工作人员证》《大型医疗设备上岗证》，医师必须取得医师执业证。	【C】 1. 医师、技师、核医学物理师、核医学化学师、护师均持有《放射工作人员证》，医师、技师、核医学物理师、核医学化学师持有《大型医疗设备上岗证》。 2. 医师均持有医师执业证书，执业范围为医学影像和放射治疗专业。 4. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 全体放射工作人员均按照卫生行政主管部门规定，定期接受放射工作人员培训与考核，并有记录。

	2. 有职能部门监管。
	【A】符合“B”，并 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.19.4 开展核医学检查和治疗的单位必须取得第Ⅱ类以上（含第Ⅱ类）《放射性药品使用许可证》，甲等必须取得第Ⅲ类以上（含第Ⅲ类）《放射性药品使用许可证》；制备正电子类放射性药品的单位必须持有第Ⅲ类以上（含第Ⅲ类）《放射性药品使用许可证》。放射性药品的采购必须依法取得环保部门审批。	
4.19.4.1 开展核医学检查和治疗的单位必须取得第Ⅱ类以上（含第Ⅱ类）《放射性药品使用许可证》，甲等必须取得第Ⅲ类以上（含第Ⅲ类）《放射性药品使用许可证》；制备正电子类放射性药品的单位必须持有第Ⅲ类以上（含第Ⅲ类）《放射性药品使用许可证》。	【C】 1. 取得第Ⅱ类或以上《放射性药品使用许可证》。 2. 配备 SPECT 显像设备，使用购入的标记完成的放射性药物开展核素显像。 3. 配备经标定的活度计及表面污染监测仪。 4. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 取得第Ⅲ类或以上《放射性药品使用许可证》。 2. 能采用放射性核素发生器及配套药盒自行配制的体内诊断及治疗用放射性药品或采用市售自动合成装置自行制备正电子类放射性药品。 3. 具有负责放射性药品的配制、质量控制的核医学化学师及具有掌握核物理或辐射计量专业知识的核医学物理师。 4. 有职能部门监管。
	【A】符合“B”，并 1. 如配备显像设备 PET 或 PET-CT 或行碘-131 治疗，应对其使用效能、效果进行定期评价。 3. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.19.4.2 放射性药品的采购必须依法取得环保部门审批。	【C】 1. 所有放射性药品（包括放射性籽粒插植治疗用的籽粒）必须在使用前到环保部门办理转入审批并取得批复。 2. 购买的放射性药品的核素种类及使用量不得超出环保部门的批准范围。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 每周期放射性药品转让完成后应到环保部门备案并有记录。 2. 开展放射性籽粒插植治疗的医院，应由核医学科对放射性籽粒的入库、暂存、出库和放射防护实行全程管理。 3. 有职能部门监管。
	【A】符合“B”，并 对药品转入、使用各环节有记录。
4.19.5 开展常规检查项目、骨转移癌核素治疗及其他放射性核素治疗项目，保证临床需求。	
4.19.5.1 开展常规检查项目、骨转移癌核素治疗及其他放	【C】 1. 开展 SPECT 显像常规检查项目。 2. 开展骨转移癌核素治疗及其他放射性核素治疗项目。

放射性核素治疗项目, 保证临床需求。	【B】符合“C”，并 职能部门对开展的项目有质量与安全监管，对问题与缺陷有分析反馈。
	【A】符合“B”，并 对存在的问题有持续改进。
4.19.6 有包括放射性废物处理在内的放射安全管理制度及标准流程，环境保护及人员职业安全防护符合相关规定。	
4.19.6.1 有包括放射性废物处理在内的放射安全管理制度及标准流程，环境保护及人员职业安全防护符合相关规定。	【C】 1. 有放射安全管理制度及标准流程，包括放射性药物采购及使用管理、放射性药物诊疗患者的管理、放射性废物处理、放射性事故应急预案等。 2. 对放射性工作人员定期进行放射防护与安全的培训。 3. 对放射性工作人员定期进行健康体检和个人剂量监测。 4. 配备放射性工作人员个人防护用品（铅衣、铅帽、铅围脖、铅眼镜等）。 5. 配备放射性物品专用存储库。 6. 配备操作放射性药物的专用通风橱并符合相关技术标准。 7. 开展核素治疗的机构，配备治疗患者的专用厕所，并配备放射性废液衰变池。 8. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 配备有核素检查患者的专用厕所。 2. 每年至少举办一次放射事故应急预案的演练并有记录。 3. 对职业病体检及个人剂量监测结果异常的放射工作人员有调查核实，必要时实施医学干预并有记录。 4. 有职能部门监管。
	【A】符合“B”，并 1. 在放射性区域配备固定式环境放射剂量监测探头。 2. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.19.7 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，严格审核制度，规范病理诊断报告，定期评价质量，促进持续改进加强质量控制，保障患者安全。	
4.19.7.1 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，有质量与安全管理、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标。	【C】 1. 由科主任、工程师与质量控制小组负责质量和安全管理，并有工作记录。 2. 有保证诊疗服务质量的相关文件。 3. 有核医学及 PET-CT 诊疗规范与质量安全指标。 4. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 对上岗的医师、技师与护士有培训与教育的记录。 2. 有对各项规章、制度、规范等管理文件有定期研讨修订记录。 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. 有职能部门监管。
	【A】符合“B”，并 1. 每周至少 2 次读片及病例讨论。 2. 对影像资料保存，至少可随机调阅近三年图像，可用于诊断。 3. 有病例随访制度。

	3. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。
4.19.7.2 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. 医院对诊疗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）诊疗（医、护、技）人员自我检查。 （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 and 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. 科室能定期统计与分析质量与安全指标，评价有记录（问题与缺陷）。 2. 本科/或室/或组能够开展全面质量管理活动。 3. 对评价、监管结果（问题与缺陷）有持续改进的事实。 4. 证实能认真贯彻与执行医院所制定各项文件。 5. 有职能部门监管。
	【A】 符合“B”，并 1. 将诊疗质量评价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。 2. 职能部门对问题与缺陷改进成效有评价。

二十、输血管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.20.1 落实《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法（试行）》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范，设立临床输血管理委员会。	
4.20.1.1 依据输血管理的法律、法规和临床输血技术规范制定输血管理文件。	【C】 1. 依据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法（试行）》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范，制定相关管理制度。 2. 有输血相关的法律、法规、规范、制度的培训记录。 【B】符合“C”，并 1. 科室按照输血工作的相关管理要求，开展质量管理工作，对存在问题有改进措施并得到落实。 2. 职能部门进行督导检查，对存在问题进行追踪与改进成效评价，有记录。 【A】符合“B”，并 输血科（血库）和临床医护人员对输血相关制度知晓率$\geq 95\%$，并严格按照相关制度操作。
4.20.1.2 有临床输血管理委员会并履行工作职能。	【C】 1. 有临床输血管理委员会和职能管理部门，履行对全院临床输血监管指导工作职能并有活动记录。 2. 组织全院性有关输血知识的学术活动。 3. 有“临床输血管理实施细则”和考核办法。 【B】符合“C”，并 1. 输血管理委员会每季度召开工作会议，研究输血工作。 2. 职能部门按照制度和流程落实监督检查，并有记录。 【A】符合“B”，并 有全院输血管理工作的定期总结、分析、反馈和持续改进输血工作的机制。
4.20.1.3 医院有临床输血反应处理规范和应急用血预案、采集血标本等制度与流程，并遵循。	【C】 1. 有临床输血相关具体制度与规范。 （1）有输血不良反应处理规范。 （2）有应急用血预案。 （3）有用血申请流程，用血流程和输血管理流程。 （4）有采集血标本的流程。 2. 有相关制度、流程的培训与教育，并有记录。 【B】符合“C”，并 输血科（血库）和各临床科室（如各手术科室、急诊科、血液科等主要用血部门）按照制度和流程要求，共同落实输血管理相关制度。 【A】符合“B”，并 职能部门督导检查，对存在问题进行追踪，持续改进有成效。

4.20.2 设立输血科，具备为临床提供 24 小时服务的能力，满足临床需要，无非法自采、自供血液行为。	
4.20.2.1 有独立建制的输血科(血库)，人员结构、房屋设施和仪器设备均符合规定要求。	【C】 1. 根据医院的功能任务设置输血科(血库)，与临床科室诊疗需求相称。 2. 输血科人员具备输血、检验、医疗、护理等专业知识，并接受相关理论和实践技能的培训和考核。 3. 负责人应具有副主任医师以上资格，从事临床输血治疗工作五年以上，有丰富的输血相关临床专业知识及管理能力。 4. 工作人员无影响履行输血专业职责的疾病或者功能障碍。 5. 房屋设置远离污染源，靠近手术室和病区，采光明亮、空气流通，布局应符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，至少设置入库前血液处置室、血液标本处理区、储血室、发血室、相容性检测实验室，有必要的消毒设施。 6. 必备基本设备: 2℃~6℃储血专用冰箱、-20℃以下储血浆专用低温冰箱、2℃~8℃试剂储存专用冰箱、2℃~8℃标本储存专用冰箱、血小板保存箱、专用血浆解冻箱(溶浆机)、血型血清学离心机、专用取血箱、恒温水浴箱、标本离心机、显微镜、计算机及信息管理系统等。 7. 血液保存环境条件符合规定。
	【B】 符合“C”，并 1. 输血科(血库)实验室建筑与设施符合《GB19489-2004 实验室生物安全通用要求》，业务区域与生活区域分开，业务用房面积达到相关要求。 2. 人员梯队建设合理。
	【A】 符合“B”，并 1. 人员数量符合规定要求: 输血科(血库)人员配置与床位数或与年输血量参考比例为 1:100(床)或 1:1000 单位(以红细胞成分计算)。 2. 有输血医师，并有输血医师培养计划。输血科独立设置，人员结构合理，形成梯队。
4.20.2.2 具备为临床提供 24 小时供血服务的能力，满足临床工作需要。	【C】 1. 与指定供血单位签订供血协议，能 24 小时×7 天供血。 2. 有血液库存量的管理要求，能 24 小时×7 天为临床供血。 3. 有应急保障(通信、人员、交通)。 4. 无非法定渠道用血和自采、自供血的行为。 5. 有输血信息管理系统。
	【B】 符合“C”，并 有特殊用血的应急协调机制。
	【A】 符合“B”，并 临床科室、手术室等对供血管理工作满意度监测，有改进措施。
4.20.3 严格掌握输血适应证，根据临床用血需求制订合理的用血计划和安全储血量，确保抢救和急诊用血。根据供血单位血液预警信息，协调临床用血；开展对医务人员输血知识的教育与培训，开展自体血回输的临床应用，促进临床安全、合理、科学用血。	
4.20.3.1 严格掌握输血适应证，做	【C】 1. 医院对输血适应证有严格管理规定，定期评价与分析用血趋势。

到科学、合理用血。(★)	2. 医务人员掌握输血适应症相关规定，做到科学、合理用血。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门会同输血科（血库）对各临床科室（如各手术科室、急诊科、血液科等主要用血部门）合理用血，落实输血适应证的规范要求督导检查，对存在问题督促整改。 2. 自体输血率达到10%。
	【A】 符合“B”，并 1. 自体输血率达到15%。 2. 科学、合理用血相关评价指标（如输血申请、用血适应症合格率、成分输血比例、自体输血率等）均达到相关标准。
4. 20. 3. 2 开展对临床医师输血知识的教育与培训，促进临床合理用血。	【C】 1. 为临床医师、护士提供输血知识的教育与培训，每年至少一次。 2. 医院有规定将临床医师合理用血的评价结果用于个人业绩考核与用血权限的认定。
	【B】 符合“C”，并 1. 各临床科室每月对医师合理用血情况进行评价。 2. 临床科室将医师合理用血的评价结果用于个人业绩考核。 3. 输血科每月对医师合理用血情况进行评价。
	【A】 符合“B”，并 职能部门每季度对各临床科室及医师合理用血情况进行评价，并用于科室质量管理评定和医师个人用血权限的认定。
4. 20. 4 开展输血质量全程监控，制订、实施控制输血感染的方案，严格执行输血技术规范。	
4. 20. 4. 1 有血液贮存质量监测规范与信息反馈的制度。	【C】 1. 有血液贮存质量监测规范与信息反馈的制度。 （1）有计算机管理设施用于血液管理。 （2）有血液出入库的核对领发的登记制度，工作记录等资料保存完整（电子文档有安全备份）。 2. 使用血液存放环境符合规定，有监测记录。 （1）不同血型的全血、成分血分型分层存放或不同冰箱存放，标识明显。 （2）储血冰箱有不间断的温度监测与记录。 （3）血液保存温度和保存期符合要求。 （4）贮血冰箱定期消毒，记录保存完整。 （5）贮血冰箱定期进行细菌监测，记录保存完整。 3. 输血器械符合国家标准，“三证”齐全。 4. 血袋按规定保存，有记录。 5. 一次性输血耗材进行无害化处理，有记录。
	【B】 符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求，检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】 符合“B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改

	进成效。
4.20.4.2 输血前,对从血库领出血液进行检查核对。	【C】 1. 输血前, 按照规定的流程检查从血库领出血液, 做到准确无误。 (1) 按规定检查从血库领取的血液必须核对已和受血者作过交叉配血试验的血袋, 并确认受血者是否正确。 (2) 血液发出前, 必须书面确认用于输血的血液, 以及供血者和受血者的血型无误。 (3) 血液发出前, 血液相容的记录标签必须紧附在血袋上。 (4) 标签上需要注明受血者身份的两种标识代码、相容试验的结果, 以及供血者的编码。输血结束前, 标签和血袋同处存放。 (5) 血液发出前, 还要检查全血和成分血是否发生溶血、是否有细菌污染迹象, 以及其他肉眼可见的任何异常现象。 2. 由输血科发血者和临床科室领血者共同按规定流程执行核对。 【B】 符合 “C”, 并 输血科(血库)与临床科室按照制度和流程要求检查落实情况, 对存在问题及时整改。 【A】 符合 “B”, 并 职能部门按照制度和流程落实监督检查, 对存在的问题与缺陷追踪评价, 有改进成效。
4.20.4.3 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。	【C】 医院有输血前和输血期间的血液管理制度。 (1) 医院要有明文规定流程确保患者在确认过程中、输血前、输血中和输血后的监测中的安全。 (2) 输血前须准确核实受血者和所用血液, 而且必须于输血前在患者的床旁进行, 必须有记录。由两名工作人员来核对。 (3) 明确规定从发血到输血结束的最长时限。 (4) 制定使用输血器和辅助设备(如血液复温和细胞过滤器)的操作规范与流程。 (5) 若使用血液复温系统在温度超出允许范围时, 要用报警来提醒使用者。 (6) 明确规定只有法规明确可以加到血液中的药物或已有证据表明加到血液中是安全的、不会对血液成分造成不良影响的某种药物才可以加到血中, 否则, 一般只有 0.9%的氯化钠可以加到血液或血液成分中。 (7) 为患者输血的护士须经输血过程的全方位培训。 (8) 输血前、输血中和输血后要全程监测患者, 以及时发现输血不良反应的征兆, 记录在病历中。 (9) 输血操作者的姓名、输血时间、输用的血液成分类型和数量、监测患者的证据, 以及任何输血不良反应都要记录在病历中。 【B】 符合 “C”, 并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况, 对存在问题及时整改。 【A】 符合 “B”, 并 职能部门按照制度和流程落实监督检查, 对存在的问题与缺陷追踪评价, 有改进成效。

4.20.4.4 有控制输血感染的方案与实施情况记录。	【C】 有控制输血感染的方案。 (1) 有落实控制输血感染方案的执行记录。 (2) 有报废血液处理的制度与流程，并记录。 (3) 开展输血感染疾病的登记、报告和调查处理工作制度 and 执行记录。 (4) 有输血感染疾病登记、报告等相关制度，登记记录规范、完整。 (5) 受血者输血前按照相关规定对经血液传播病原体的检查达 100%。 (6) 对输血感染病例进行调查与处理，记录符合规定。 (7) 当引起或可能已经引起输血传播性疾病时，要有通知血站并随访的制度与流程。还应说明是如何通知和随访输入了可能有传染性疾病的血液的受血者。 【B】 符合 “C”，并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。 【A】 符合 “B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4.20.4.5 有输血不良反应及其处理预案，记录及时、规范。	【C】 1. 有输血不良反应及其处理预案，记录及时、规范。 (1) 监测输血的医务人员经培训，能识别潜在的输血不良反应症状。 (2) 有确定识别输血不良反应的标准和应急措施。 (3) 发生疑似输血反应时医务人员有章可循，并应立即向输血科（血库）和患者的主管医师报告。 (4) 一旦出现可能为速发型输血反应症状时（不包括风疹和循环超负荷），立即停止输血，并调查其原因。要有调查时临床及时处理患者的规范。 (5) 输血科（血库）应根据既定流程调查发生不良反应的原因，确定是否发生了溶血性输血反应。立即查证： 1) 患者和血袋标签确认输给患者的血是与患者进行过交叉配血的血。 2) 查看床旁和实验室所有记录，是否可能将患者或血源弄错。 3) 肉眼观察受血者发生输血反应后的血清或血浆是否溶血。如果可能，该标本应和受血者输血前的标本进行比较。 4) 用受血者发生输血反应后的标本做直接抗人球蛋白试验。 (6) 实验室应制定加做其他相关试验的要求，以及做相关试验的标准。 (7) 输血科（血库）主任负责解释上述试验结果并永久记录到受血者的临床病历中。 (8) 当输血反应调查结果显示存在血液成分管理不当等系统问题时，输血科主任应积极参与解决。 (9) 输血后献血员和受血者标本应依法至少保存 7 天，以便出现输血反应时重新进行测试。 (10) 职能部门会同输血科（血库）对输血不良反应评价结果的反馈率为 100%。 2. 输血科应根据既定流程调查发生不良反应，有记录。 3. 由输血科主任对相关人员进行确定识别输血不良反应的标准和应急措施的再培训与教育。 4. 相关人员知晓本岗位的履职要求。

	【B】符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。有职能部门对相关人员进行培训与教育后考核的记录。
	【A】符合“B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4.20.5 落实临床用血申请、登记制度，履行用血报批手续，执行输血前核对和相容性检测制度，做好血液入库、贮存和发放管理。	
4.20.5.1 有用血申报登记、血液入出库管理、血液核对、血液贮存及相容性检测的制度。	【C】 1.有用血申报登记、血液入出库管理、血液核对、血液贮存及相容性检测的制度，服务项目经卫生行政部门核准。 （1）血液的出入库记录完整率为100%。 （2）供、受血者血型复查率为100%。 （3）血液有效期内使用率为100%。 （4）用血的申请单、发血单、输血记录格式规范、书写规范、信息记录完整。 （5）按照《医疗机构临床用血管理办法》（卫生部令第85号）建立临床用血申请管理制度并落实；紧急用血必须履行补办报批手续。 2.使用检测技术为核准可适用的检测技术。
	【B】符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。职能部门按照制度和流程落实监督检查，并有改进措施。
	【A】符合“B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。
4.20.5.2 有输血前的检验和核对制度，实施记录及时、规范，并保存。	【C】 1.有输血前的检验和核对制度，实施记录及时、规范，且保存。 （1）凡遇输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血的患者，应告知患者，并建议筛选不规则抗体。 （2）按照要求规范开展输血前检验项目：血型（包括RhD）交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物等指标。 （3）交叉配血必须采用能检查不完全抗体的介质或实验方法。 （4）血液发出后，受血者和献血血标本于2℃~6℃保存至少7天。 （5）输血前，两名医护人员再核对交叉配血报告单及血袋各项内容，执行双人、双核对、签字制度。 2.临床输血记录合格率和保存完整率为100%。
	【B】符合“C”，并 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。
	【A】符合“B”，并 职能部门按照制度和流程落实监督检查，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效。

4.20.5.3 医院有紧急用血预案,并能得到落实。	【C】 1. 医院有紧急用血预案,有具体保障措施。 (1) 有紧急用血的应对预案文件。 (2) 有关键设备故障的应急措施。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”,并 输血科(血库)能按照制度和流程要求检查落实情况,并有持续改进措施。 【A】符合“B”,并 紧急用血的执行情况(重点夜间、节假日),与医院规定的要求保持一致。
4.20.5.4 开展室内质量控制,参加输血相容性检测室间质评。	【C】 建立和实施与检测项目相适应的室内质量控制流程,应包括: (1) 质控品的技术规则定义。 (2) 质控品常规使用前的确认。 (3) 实施质控的频次。 (4) 质控品检测数据的适当分析方法。 (5) 质控规则的选定。 (6) 试验有效性判断的标准。 (7) 失控的判定标准、调查分析、处理和记录。 【B】符合“C”,并 1. 参加国家级或省级室间质量评价机构组织的输血前相关血液检测室间质量评价,成绩合格。 2. 参加室间质量评价应当按常规检测方法与常规检测标本同时进行,不得另选检测系统,保证检测结果的真实性。 3. 输血科(血库)对于室内失控项目和室间质量评价不合格的项目,及时查找原因,采取纠正措施。 【A】符合“B”,并 评审前三年室间质量评价全部合格。
4.20.6 输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险,并签署“输血治疗同意书”。	
4.20.6.1 准备输血的患者必须检查血型及感染筛查。	【C】 按照卫生行政部门的规定,有对准备输血的患者进行检查血型及感染筛查(肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体)的相关规定。 【B】符合“C”,并 医务人员熟悉并执行该规定。 【A】符合“B”,并 该规定执行率100%。
4.20.6.2 由医师向患者、近亲属或委托人充分说明使用血与血制品的必要性,使用的风险和利弊及可选择的其他办法。	【C】 1. 有相关规定要求医师向患者、近亲属或委托人充分说明使用血与血制品的必要性,使用的风险和利弊及可选择的其他办法,并记录在病历中。 (1) 取得患者与法定代理人知情同意,签署“输血治疗同意书”。 (2) 同意书中须明确其他输血方式的选择权。 (3) 同意书中可明确同意输血次数。

	(4)《输血治疗知情同意书》入病历保存。 (5)无近亲属签字、无自主意识患者的紧急输血，以患者最大利益原则决定输血治疗，并报医院职能部门或主管领导同意、备案，并记入病历。 2. 医院对特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程。
	【B】符合“C”，并 医务人员熟悉并执行该规定。
	【A】符合“B”，并 输血治疗知情同意书签署率 100%。
4.20.7 有临床用血前评估和用血后效果评价制度，并组织实施。	
4.20.7.1 输血前评估指征或检测指标明确。	【C】 医院有“输血前评估指征或检测指标”制度与程序文件明示。
	【B】符合“C”，并 有输血前评估指征或检测指标落实情况督导检查，有记录。
	【A】符合“B”，并 输血前评估指征或检测指标 100%符合规范要求。
4.20.7.2 输血治疗病程记录完整详细。	【C】 医院有输血治疗病程记录的相关规范。 (1)输血治疗病程记录完整详细，至少包括输血原因，输注成分、血型和数量，输注过程观察情况，有无输血不良反应等内容。 (2)不同输血方式的选择与记录。 (3)输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。 (4)手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致；输血量与发血量一致。
	【B】符合“C”，并 有输血治疗病程记录质量的督导检查和改进措施。
	【A】符合“B”，并 输血治疗病程记录 100%符合规范要求。
4.20.8 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，开展室内质控，参加省级或国家级临床输血相容性检测室间质评，定期评价质量，促进持续改进。	
4.20.8.1 有科室质量与安全管理小组，并有开展工作的记录。	【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，负责医疗质量和安全管理。 2.有质量与安全管理工作计划并落实。 3.定期召开质量与安全管理会议，对科室质量与安全管理情况进行总结分析，提出改进措施，每季度至少一次。
	【B】符合“C”，并 有质量与安全管理小组开展工作的完整资料。

	【A】符合“B”，并 质量与安全管理小组运用质量管理工具，开展质量与安全管理，体现持续改进的理念。
4.20.8.2 有明确的质量与安全管理目标，定期开展评价活动，持续改进输血工作。	【C】 1. 科室有质量控制相关的各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。 2. 科室及各专业组的质量控制活动以上述内容为核心内容。 3. 科室有明确的质量与安全管理目标。 4. 科室员工知晓相关制度、岗位职责与质量安全目标，熟悉并遵守相关技术规范和操作规程。
	【B】符合“C”，并 1. 开展质量与安全管理教育与培训。 2. 每季度对质量与安全管理目标进行定期考核、分析、评价，及时改进。
	【A】符合“B”，并 落实改进措施，主动征求临床对输血管理的意见和建议，持续改进输血工作。

二十一、医院感染管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.21.1 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。	
4.21.1.1 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。
4.21.1.2 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规章制度和工作规范。 2. 有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的预防和控制医院感染具体措施，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。
4.21.2 开展医院感染防控知识的培训与教育。	
4.21.2.1 有医院感染管理培训计划、培训大纲和培训教	【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。

材，实施全员培训。	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。
4.21.3 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。	
4.21.3.1 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. 医院感染监控覆盖全部医院感染监测项目及不同标本类型。
	【B】符合“C”，并 1. 有医院感染监测记录与分析报告，有失控原因、处理方法及影响程度分析，提出预防及改进措施。 2. 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。
4.21.3.2 有重点环节、重点人群与高危因素的监测。对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组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. 手术部位感染(%)按手术风险分类，年手术量，切口感染率数据来源追踪。 4. 重症医学科导管相关性血源感染(CRBSI)千日感染率；呼吸机相关肺炎(VAP)千日感染率；尿路感染(UTI)千日感染率(工作量，感染率，数据来源追踪)。 5. 有对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。
	【B】符合“C”，并 1. 科室落实自查情况及存在问题总结、分析、报告机制，有改进措施。 2. 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。
4.21.3.3 有医院感染暴发报告流程与处置预案。	【C】 1. 有医院感染暴发报告流程与处置预案。 2. 有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。 3. 有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施。 4. 根据《医院感染暴发报告及处置管理规范》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. 有对存在问题采取的改进措施和成效进行追踪。
4.21.4 执行手卫生规范，实施依从性监管与改进活动。	
4.21.4.1 执行手卫生规范，实施依从性监管。	【C】 1. 定期开展手卫生知识与技能的培训，并有记录。 2. 手卫生设施种类、数量、安置的位置、手卫生用品等符合《医务人员手卫生规范》要求。 3. 医务人员手卫生知识知晓率 100%。 【B】 符合“C”，并 有院科两级对手卫生规范执行情况的监督检查，有整改措施。 【A】 符合“B”，并 医务人员手卫生依从性不断提高，洗手方法正确率 ≥ 95%，
4.21.5 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。	
4.21.5.1 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、抗菌药物合理使用、清洁与环境消毒的制度等。 3. 根据细菌耐药性监测情况，加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物的合理使用。 4. 有落实耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）或耐万古霉素肠球菌（VRE）的控制措施。 【B】 符合“C”，并 1. 有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测，细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。 2. 有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. 21. 5. 2 有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。	【C】 1. 有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面的协作机制，并有具体落实方案。 2. 微生物室定期为临床提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告。 【B】符合“C”，并 1. 有医院感染管理部门、微生物实验室（检验部门）、药学部门、临床科室对多种耐药菌管理定期联席会制度，有牵头部门，分工明确，职责清楚。 2. 各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措施。 【A】符合“B”，并 1. 多部门合作机制有效，医院信息系统能够支持相关信息快捷获得。 2. 至少每半年向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。
4. 21. 5. 3 有预防多重耐药菌感染措施培训。	【C】 对临床医务人员和微生物实验室或检验部门的人员进行预防多重耐药菌感染措施的培训制度、培训计划及落实措施。 【B】符合“C”，并 有相关人员多重耐药菌感染危险因素、流行病学以及预防与控制措施等知识培训，相关资料可查询。 【A】符合“B”，并 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. 21. 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. 21. 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。
4.21.6.2 有细菌耐药监测及预警机制，各重点部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。	【C】 1. 有细菌耐药监测及预警机制，并定期（至少每季度）进行反馈。 2. 各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。 3. 有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。 4. 有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。 【B】符合“C”，并 1. 有上述细菌耐药监测变化趋势图。 2. 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。
4.21.6.3 围术期抗菌药物的预防性使用规范。	【C】 1. 有围术期抗菌药物的预防性使用规定并落实。 2. 有 I 类手术预防性抗菌药物使用规范（品种选择、用药时机、术后应用时间等）。 3. 相关人员知晓并执行。 【B】符合“C”，并 1. 手术预防性抗菌药物选用符合规范要求。（参照第七章第三节） 2. 科室要对落实情况存在问题与缺陷改进措施。 3. 职能部门与药事管理组织，对落实情况进行追踪与评价，有整改。 【A】符合“B”，并 有多部门对围术期抗菌药物预防性使用联合干预措施，全院预防性抗生素使用均符合规定。
4.21.7 消毒工作符合《医疗机构消毒技术规范》、《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。	
4.21.7.1 根据国家法规，结合医院的具体情况，制定全院和不同部门的消毒与隔离制度。	【C】 1. 有全院和重点部门的消毒与隔离工作制度。 2. 有对医务人员进行相关知识、消毒与隔离技术的教育与培训，有培训考核记录。 3. 有保障重点部门落实消毒与隔离制度（如重症医学科、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、消毒供应中心等）落实措施，并执行。 4. 为医务人员提供合格的防护用品。 5. 相关人员知晓上述内容并落实。 【B】符合“C”，并 1. 有多部门与科室协作管理机制，对消毒与隔离工作存在问题与缺陷分析，总结，提出改进措施。 2. 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。

4.21.7.2 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。
4.21.7.3 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章制度和工作规范。 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，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%。
4.21.8 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和医务人员临床实践行为；将医院感染情况与其他医疗机构进行比较；定期反馈并通报医院感染监测结果。	
4.21.8.1 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。
4.21.8.2 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，促进医院感染管理水平不断提高。
--	--

二十二、临床营养管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.22.1 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》等相关法律法规。	
4.22.1.1 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行本岗位职责。 【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。
4.22.1.2 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。
4.22.1.3 营养科（室）建立健全并落实临床营养工作管理制度，并对各级人员进行岗位培训。	【C】 1. 各项规章制度齐全。如查房、会诊制度及值班、交接班制度，食品卫生相关制度，医院感染管理制度，设备维护维修制度，工作人员职业道德、行为规范与考核制度等。 2. 监督指导营养食堂财会和成本核算、财务管理、库房管理制度以及卫生制度

	等。 3.若是外包服务，医院则需确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。 4.对各级人员进行岗位培训。
	【B】 符合“C”，并 1.制定食品操作（准备、处理、贮存、运送）标准与程序。 2.配送食品有保温措施，在盛装后能在40分钟内送至病房。 3.若用统一餐具，能在病人用餐后30分钟内回收餐具撤离病房。 4.制定食物残渣、餐具清洗消毒贮存的操作标准与程序。
	【A】 符合“B”，并 有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。
4.22.2 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。	
4.22.2.1 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。
	【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。
4.22.2.2 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。
4.22.3 对住院患者实施营养评价，接受特殊、疑难、危重及大手术患者的营养会诊，提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案，按照《病历书写基本规范（试行）》的要求进行记录。	
4.22.3.1 对住院患者实施营养评估，接受营养会诊，提供营养支持方案，按照《病历书写基本规范（试行）》的要求进行记录。	【C】 1.营养师定期查房，参与临床病历讨论，完成重点患者营养病历记录。 2.对住院患者实施营养评估，接受特殊、疑难、危重及大手术患者营养会诊。 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。

4.22.4 开展营养与健康宣传教育服务，在出院时提供膳食营养指导；为临床医护人员提供临床营养学信息；参加住院患者座谈会，听取并征求患者及家属的意见。	
4.22.4.1 为住院患者提供适合其病情治疗需要的膳食，住院患者治疗膳食就餐率≥80%以上。	【C】 1. 能提供各种诊断及治疗膳食服务。 2. 对有诊疗特殊需要的患者提供诊断膳食、治疗膳食等服务。 3. 进行营养与健康宣传教育服务。 4. 在出院时提供膳食营养指导。 5. 为临床医护人员提供临床营养学信息。 6. 与临床医护人员进行良好的沟通。
	【B】 符合“C”，并 1. 有多种形式的疾病营养指导、营养健康教育资料。 2. 定期召开各种形式座谈会，征求临床医务人员和患者、家属的意见，及时进行总结分析。 3. 住院患者治疗膳食就餐率≥60%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≥80%。
4.22.5 科室有质量与安全管理小组或专人负责质量管理工作，能用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，加强重点患者全程营养诊疗服务的监控管理，定期评价质量，促进持续改进。	
4.22.5.1 科室有质量管理小组或专人负责质量管理，开展质量与安全管理。	【C】 1. 科室有质量管理小组或专人负责质量管理，开展质量与安全管理。 2. 有明确的质量与安全指标。
	【B】 符合“C”，并 科室能运用适宜的评价方式与质量管理工具，定期评价营养管理工作，对重点患者全程营养诊疗服务进行追踪评价。
	【A】 符合“B”，并 根据评价情况，持续改进营养管理，各科室和患者对营养工作满意度高。

二十三、其他特殊诊疗管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.23.1 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。	
4.23.1.1 根据医院的功能任务设置特殊检查室，满足临床科室诊疗需求。	【C】 1. 根据医院的功能任务设置特殊检查室，符合国家法律、法规及卫生行政部门规章标准的要求，满足临床科室诊疗需求。 2. 诊疗科目与服务项目经卫生行政部门核准，与执业许可证一致。 3. 使用经核准、可适用的技术。 4. 服务项目收费经物价部门批准。 5. 有职能部门监管。 6. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 科室要对存在问题与缺陷改进的措施落实情况评价。 2. 职能部门按照制度和流程落实监督检查，并记录问题与缺陷。
	【A】 符合“B”，并 无违规执业，无超范围执业。
4.23.2 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。	
4.23.2.1 特殊检查室卫生技术人员应依法获得资质，负责日常管理及医疗业务工作。	【C】 1. 对特殊检查部门的各级各类人员均有明确的资质与能力要求。 （1）特殊检查室人员按照相关规定接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格与授权的人员、专业技师，应有专业资格证书。 （2）人员数量、人员梯队与所承担的任务相适应，能完成日常工作中常规操作及疑难病例处理。 （3）特殊检查室负责人必须是有经验的特殊检查专业或经过特殊检查技术培训的副主任医师及以上职称。 （4）所有人员经过岗前培训。 2. 特殊检查部门出具“临床诊断报告”由经过授权、具备执业医师资质的人员签发。 3. 有主管的职能部门监管。 4. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。
	【B】 符合“C”，并 职能部门按照规定和制度实行监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 职能部门对整改情况进行追踪与成效评价，有记录 2. 无非卫生技术人员执业或执业范围与注册项目不符。
4.23.3 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果；建立质量管理与患者安全相关制度并进行质量控制活动。	

4.23.3.1 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告,解读检查结果。	【C】 1. 有出具诊疗报告, 解读检验结果的相关规定。 2. 各种诊疗报告签署和发出均由具备专业资质（授权）的执业医师执行。 【B】 符合“C”，并 职能部门按照规定和制度实行督查，对存在问题与缺陷提出整改措施。 【A】 符合“B”，并 1. 职能部门对整改情况进行追踪与成效评价，有记录。 2. 无不具备资质人员签发报告。
4.23.3.2 放射性分析程序除符合临床生物化学的质量控制要求外,还应有书面质量控制流程。	【C】 1. 放射性分析程序须符合临床生物化学的质量控制。 2. 有书面质量控制流程: 背景计数; 仪器校准; 污染排除的安全检测; 处理放射性核素; 处理放射活性的垃圾; 放置放射活性的材料; 监测放射区域。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。 【B】 符合“C”，并 1. 有措施保证使用放射性同位素时工作人员的安全性。 2. 各项质量控制活动需保留记录。 【A】 符合“B”，并 职能部门有监管，对问题与缺陷进行追踪，持续改进有成效，有记录。
4.23.3.3 体内检测的实验室须使用合适的质量控制方法和检查设备性能。	【C】 1. 有书面质量控制流程和检查设备性能。 （1）实验室须保留放射性核素和放射性药物从进入实验室到投药和最后被销毁的全程记录。 （2）提供部门记录的文件，注明放射性核素的标识、收到日期、接收方法、活性、储存、制备、处理、容器的性质、投药日期、销毁的情况。 （3）给药之前核对放射性核素种类和剂量的验证结果。 （4）根据厂家的规定制备放射性药物。 （5）利用放射源标准化设备性能，这些放射源与患者诊断中使用的放射性核素具有相同的能量。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】 符合“C”，并 1. 有措施保证使用放射性同位素时患者和工作人员的安全。 2. 各项质量控制活动需保留记录。 【A】 符合“B”，并 职能部门有监管，对问题与缺陷进行追踪，持续改进有成效，有记录。
4.23.4 符合环境保护、医院感染管理规范的要求。	
4.23.4.1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求, 保证检查质量。并能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需	【C】 1. 特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定。 2. 符合医院感染管理感染的要求, 措施到位。 （1）严格划分患者、检查人员、其他人员所在区域。 （2）所有诊疗活动与器材消毒、灭菌、医疗废弃物处理均应遵循医院感染管理法规的要求。

的范围,避免医务人员及其他人员接触有害物质。	3. 特殊检查所用设备、仪器、药品必须符合国家相关标准,并经验证合格后方能使用,以保证检查质量和患者安全。 4. 所有诊疗活动、各类医疗废物处理符合医院感染管理感染控制的要求。 5. 有主管的职能部门监管。 6. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”,并 1. 对相关的制度、规程文件的培训与教育。 2. 职能部门及医院感染管理部门要注重对规章制度和 workflows 落实情况的监督检查,对存在问题与缺陷提出整改措施。 3. 科室对存在问题与缺陷改进措施落实。 【A】符合“B”,并 职能部门对措施落实情况进行追踪与成效评价,有记录。
4.23.5 开展诊断核医学(脏器功能测定和体外微量物质分析等)活动的应符合 GBZ120-2006《临床核医学放射卫生防护标准》中的要求。	
4.23.5.1 开展诊断核医学活动应符合 GBZ120-2006《临床核医学放射卫生防护标准》中的要求。	【C】 1. 开展诊断核医学(包括脏器或组织影像学检查、脏器功能测定和体外微量物质分析等)项目经省级卫生行政部门核准。 2. 符合 GBZ120-2006《临床核医学放射卫生防护标准》中的要求。 (1) 工作场所的分级和分区。 (2) 工作场所的防护要求。 (3) 放射性物质贮存的防护。 (4) 放射性药物操作的防护要求。 (5) 辐射监测。 (6) 放射性废物处理。 3. 具有省级环境保护部门的环境保护检测与合格文件。 4. 有主管的职能部门监管。 5. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”,并 1. 对相关人员有培训与教育的记录。 2. 职能部门履行监管责任,对存在问题与缺陷有整改措施。 3. 有定期监管检查的结果。 【A】符合“B”,并 职能部门对措施落实情况进行追踪与成效评价,有记录。
4.23.5.2 有明确的事故应急预案。	【C】 1. 医院有应急预案,责任分工明确,并有演练。 2. 放射性操作区应展示简明的应急救援措施指南,并指定该区域的防护负责人。 3. 工作区应备有急救药品和设备。现场急救应根据污染和危险情况而定。 4. 在采取应急救援措施使场所污染程度达到要求后,可宣布结束应急状态。 5. 有职能部门监管。 6. 相关人员知晓本科/室/组的履职要求。

	【B】符合“C”，并 1. 对相关人员有培训与教育的记录。 2. 至少每年演练一次，有记录。 3. 职能部门履行监管的责任，对存在问题与缺陷提出整改措施。
4.23.5.3 临床核医学诊断时的防护符合要求。	【C】 1. 有相关制度与规章、程序等，保障在临床核医学诊断时防护符合要求。 (1) 诊断用场所的布局应有助于工作程序，如一端为放射性贮存室，依次为给药室、候诊室、检查室。应避免无关人员通过。 (2) 给药室与检查室应分开。如必须在检查室给药，应具有相应的防护设备。 (3) 候诊室应靠近给药室和检查室，宜有专用厕所。 (4) 仅为诊断目的使用放射性核素。 (5) 进行手术时不需特殊防护措施诊断用场所的布局符合要求。 (6) 具有相应的防护设备。 2. 有职能部门监管。 3. 相关人员知晓本科/室/组的履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 对相关人员有培训与教育的记录。 2. 职能部门对监管中发现的问题与缺陷及时反馈，提出整改措施。 3. 有定期监管检查的结果。 【A】符合“B”，并 职能部门对整改措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录。
4.23.6 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成团队或由专人负责，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，按规定开展质量控制活动，并有记录。	
4.23.6.1 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组或由专人负责，开展质量与安全管理，有明确的质量与安全管理指标。	【C】 1. 科主任、护士长与具备资质的质量控制人员组成质量管理小组或由专人负责，开展医疗质量和安全管理，并有工作记录。 2. 有保证医疗服务质量的相关制度。 3. 有明确的质量与安全管理计划和指标。 4. 有质量与安全培训，对轮转医师、护士培训后上岗。 5. 相关人员知晓本部门、本岗位职责和质量与安全管理目标。 【B】符合“C”，并 1. 科室落实质量与安全计划，定期开展质量与安全管理检查，对质量与安全指标进行解读与评价，对存在问题与缺陷及时整改。 2. 根据有关要求对有关制度、规范进行修订，并组织在培训。 3. 职能部门对科室质量与安全管理监督指导，对存在问题与缺陷提出整改措施。 【A】符合“B”，并 科室能运用质量管理工具，开展定期评价活动，解读评价结果，持续改进医疗

	服务质量。
--	-------

二十四、病历（案）管理与持续改进

评审标准	评审要点
4.24.1 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。	
4.24.1.1 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. 配设计算机系统等相应的设施、设备。
	【B】 符合“C”，并 高、中、初级人员结构梯队满足医院需求。
	【A】 符合“B”，并 1. 有从事医疗或管理高级职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科（室）。 2. 非相关专业的人员 < 20%。
4.24.1.2 制定病案管理、使用等方面的制度、规范、流程等执行文件。并对相关人员进行培训与教育。	【C】 1. 有病案工作制度和人员岗位职责。 2. 有病案工作流程。 3. 工作人员知晓本岗位职责和履职要求，熟悉病案管理的相关法律、法规和规章。
	【B】 符合“C”，并 1. 有人员培训的规划。 2. 有参加病案专业继续教育的记录。 3. 病案科（室）对制度和流程落实情况进行检查，对存在问题与缺陷有改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 病案管理人员均接受规范培训，并有记录。 2. 职能部门有监管，对改进措施进行追踪与成效评价。
4.24.2 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。	
4.24.2.1 按规定为门诊、急诊、日间治疗、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、日间治疗（肿瘤化学治疗与放射治疗）、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. 24. 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. 对门诊、急诊、日间治疗患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。 2. 为日间治疗患者建立病历，按照住院病历规定执行。 3. 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. 24. 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. 24. 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、主要诊断与主要手术、操作选择应符合卫生部与国际疾病分类规定要求。 2. 病案首页中的诊断在病程、检查化验报告中获得支持依据。 3. 病历中各种手术与操作并发症、使用药物、器材所致不良反应、病程记录或检查化验报告所获得的诊断应规范地填写在病案首页中，无遗漏。 4. 有临床科室自查及职能部门督查，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。
4.24.2.5 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。
4.24.2.6 保持病案的可获得性。	【C】 1. 保持病案的可获得性。 (1) 有方法（如病案示踪系统）控制每份病案的去向。 (2) 病案如果没有其他替代品，如：影像、缩影，病案则不能打包存放或远距离存放（委托存放）。 2. 有3年病案存放的发展空间。 3. 对未归的病案有催还的实际记录。 4. 对病案使用期限和使用范围有明确的规定。 5. 患者出院后，住院病历在7个工作日之内回归病案科达≥90%。
	【B】符合“C”，并 1. 患者出院后，住院病历在3个工作日之内回归病案科达≥90%。 2. 病案科与职能部门对患者出院后病历未能及时回归病案科的科室进行追踪、分析、改进管理，保障回归率。
	【A】符合“B”，并 1. 患者出院后，住院病历在2个工作日之内回归病案科达≥95%，在7个工作日内回归病案科100%。 2. 病案管理有序，去向明确，保持病案的可获得性。
4.24.3 加强安全管理，保护病案及信息的安全。	
4.24.3.1 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。
4.24.4 有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。	

4.24.4.1 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%。
4.24.4.2 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 ≥ 70%，病历甲级率 ≥ 90%，无丙级病历。
4.24.5 采用卫生部发布的疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM-3, 对出院病案进行分类编码; 建立科学的病案库管理体系, 包括病案编号及示踪系统, 出院病案信息的查询系统。	
4.24.5.1 采用卫生部发布的疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM-3, 对出院病案进行分类编码。 (★)	【C】 1. 对出院病案进行疾病分类，编码符合卫生部规定。 2. 疾病分类编码人员有资质与技能要求。 3. 有疾病分类与手术操作分类编码培训计划。 【B】符合“C”，并 1. 落实培训计划，提供技术支持，提升培训与教育质量。 2. 病案科（室）定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提高编码质量。 3. 肿瘤编码体现本例最高诊断依据。 【A】符合“B”，并 1. 编码员编码准确性不断提高。 2. 临床医师熟悉疾病分类与手术操作分类。 3. 有信息系统支持疾病分类与手术操作分类。 4. 体现国际肿瘤学分类 ICD-O 肿瘤学专辑中部位、形态学特点，肿瘤分类与世

	界卫生组织（WHO）肿瘤分类及诊断标准保持一致。 5. 肿瘤分期填报准确，能够采用 AJCC 等国际标准，分病种采用不同分期体系描述。 6. 肿瘤编码系统能体现患者本次住院肿瘤的“初治、复治”等情况。
4.24.5.2 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 1. 能提供 3 至 5 年完整病案首页信息。 2. 可查询双原发、多原发等重复癌情况。 3. 能根据治疗方法的分类，进行治疗的归类查询。 4. 肿瘤编目、随诊信息对接保证信息一致性。
4.24.5.3 建立出院病案常规随访及专题随访工作系统。	【C】 病案室可设随访人员负责全院常规随访工作。 【B】 符合“C”，并 建立病案随访管理系统，具有随访登记及查询、检索功能。 【A】 符合“B”，并 1. 负责或有能力完成医院临床各科室、治疗组、医师等专题随访工作。 2. 建立院级随访信息数据库，可将全院随访信息整合共享。
4.24.6 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。	
4.24.6.1 有病案服务管理制度，为医院医务人员及管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。	【C】 1. 有病案服务管理制度，有明确的服务规范与程序。 2. 病案服务限于相关医务人员及管理人员，患者及其代理人，公安机关，检察院、法院等有关司法机关，医疗保险机构相关人员。 3. 依照法律、法规和规章为患者及其代理人、司法机关和医疗保险机构人员提供病案服务，履行借阅、复印或复制申请核查与病案信息核查。 4. 有回避与保护患者隐私的规范与措施。 5. 有完整的病案服务登记信息，包括借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复印或复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。 【B】 符合“C”，并 病案服务能力不低于当年出院的病案人数。

	【A】符合“B”，并 职能部门对病案服务有监管，保障病案依法借阅、调取、复印便捷，防止病案丢失、损毁、篡改，保护患者隐私。
4.24.7 推进电子病历，电子病历符合《电子病历基本规范（试行）》。	
4.24.7.1 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（试行）》。	【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。
4.24.7.2 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中长期规划，有效执行年度计划并有总结。 【A】符合“B”，并 有对规划和计划落实情况的追踪分析，持续改进护理工作。
5.1.2 执行三级（医院-科室-病区）护理管理组织体系，逐步建立护理垂直管理体系，按照《护士条例》的规定，实施护理管理工作。	
5.1.2.1 执行三级（医院-科室-病区）护理管理组织体系。	【C】 有建立护理垂直管理体系的工作方案，逐步实行三级（医院-科室-病区）护理管理。 【B】符合“C”，并 三级（医院-科室-病区）护理管理组织体系完善，有效运行。 【A】符合“B”，并 与相关科室及职能部门有联席会议或其他协调机制。
5.1.2.2 按照《护士条例》的规定，实施护理管理工作。	【C】 1. 按照《护士条例》的规定，制定相关制度，实施护理管理工作。 2. 依法执行护士准入管理。 【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 实施护士分级管理，落实责任制，明确临床护理内涵及工作规范，对患者提供全面、全程的责任制护理措施。	
5.1.3.1 实施护士分级管理，落实岗位责任制，明确临床护理内涵及工作规范。	【C】 1. 实施护士分级管理，制定与落实护理岗位职责。 2. 护士知晓本部门、本岗位的职责要求。 3. 有统一管理的护士分级管理档案。
	【B】符合“C”，并 1. 护理工作规范并有效执行。 2. 科室能定期自查、分析、整改。 3. 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. 对护理核心制度（分级护理、查对、交接班、安全输血等制度）和岗位职责有培训、考核。 3. 相关护士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 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. 护士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. 护士知晓修订后的相关制度。
	【A】符合“B”，并对修订后制度的执行情况有追踪与评价，持续改进有成效。
5.1.4.5 定期开展护理管理制度的培训，有培训记录。	【C】 1. 有护理管理制度培训计划并落实。 2. 护士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 有护士管理规定、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准，同工同酬。	
5.2.1.1 有护士管理规定，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士管理规定、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任职要求。
	【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. 职能部门定期对护士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 对护士管理工作有追踪和评价，持续改进有成效。
5.2.1.2. 对各级护士资质进行严格审核。	【C】 1. 有各级护士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任职要求。
	【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 对护士资质审核管理中存在的问题与缺陷，有追踪和评价，改进有成效。
5.2.1.3 有聘用护士资质、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. 有聘用护士的资质、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. 聘用护士知晓本岗位资质与任职要求。
	【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. 聘用护士符合相关聘用的要求。
	【A】 符合“B”，并 聘用护士对薪酬制度满意程度较高。
5.2.1.4 有全院护士的人员名册、薪酬、享有福利待遇、参加社会保险等信息，落实同工同酬。	【C】 1. 有保障护士实行同工同酬，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. 护士每年离职率 $\leq 10\%$ 。
	【B】 符合“C”，并 落实不同用工形式的护士同工同酬、享有同等福利待遇、社会保险等待遇。
	【A】 符合“B”，并 1. 护士对薪酬和福利待遇满意程度较高。 2. 护士每年离职率 $\leq 5\%$ 。

5.2.1.5 护士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】 有护士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作有追踪和评价，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，有护理单元护士的配置原则，有紧急状态下调配护理人力资源的预案。	
5.2.2.1 有护理单元护士人力配置的依据和原则。	【C】 1. 按照医院的规模合理配置护士。 2. 护士分管患者护理级别符合护士能级水平。 3. 每位护士平均负责病人数≤ 8人，并体现护士能力与病人危重程度相符的原则。 【B】符合“C”，并每位护士平均负责病人数≤ 6人，并体现护士能力与病人危重程度相符的原则。 【A】符合“B”，并能够依据护士能力、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. 有护士储备，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. 护士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$\geq 95\%$。 (2) 病房护士总数与实际床位比不低于 0.4:1。 (3) ICU 护士与实际床位之比 2.5~3:1。 (4) 手术室护士与手术台之比不低于 3:1。 2. 有护理岗位说明书，包括工作任务和任职条件，有实例可查。 3. 护士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 0.5:1 (床位使用率$\geq 93\%$)。 2. 病房护士总数与实际床位比不低于 0.6:1 (床位使用率$\geq 96\%$，平均住院日小于 10 天)。 3. 基于护理工作量配置护士。

	【A】符合“B”，并能够依据专业特点，合理配置护理人力资源，效果良好。
5.2.3.2 对护理人力资源实行弹性调配。	【C】 1. 有为实行弹性护理人力资源调配的人员储备。 2. 有保障实施弹性人力资源调配的实施方案和实施效果。 【B】符合“C”，并根据收住患者特点、护理等级比例、床位使用率，在部分科室或部分专业实施实行弹性人力资源调配。 【A】符合“B”，并护士由护理部门统一调配，效果良好。
5.2.4 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素的绩效考核制度，将考核结果与护士的评优、晋升、薪酬分配相结合，实现优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。	
5.2.4.1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核办法与评优、晋升、薪酬挂钩。	【C】 1. 有基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求绩效考核方案。 2. 绩效考核方案制定应充分征求护士意见。 【B】符合“C”，并 1. 绩效考核方案能够通过多种途径方便护士查询，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，调动护士积极性。
5.2.5 有护士在职继续教育计划、保障措施到位，并有实施记录。	
5.2.5.1 有护士在职继续教育培训和考评。	【C】 1. 有护士在职继续教育培训与考评制度。 2. 有护士在职继续教育计划，并有专职部门和专人负责落实。 3. 有开展培训的经费、设备设施等资源保障。 【B】符合“C”，并 1. 培训与考评结合临床需求，充分体现不同专业、不同层次护士的特点，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”，并至少展示体现近三年继续教育的成果（制度完善、内容详实，效果明显）。
5.2.5.2 落实专科护理培训要求，培养专科护理人才。	【C】 1. 根据医院功能及需要，培养临床所需的专科护士。 2. 有开展专科护士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，有本院专科护士培训方案和培养计划。 【B】符合“C”，并 1. 根据临床需要，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士培训基地。 2. 根据评价结果，持续改进培训工作，效果良好。

三、临床护理质量管理与改进

评审标准	评审要点
5.3.1 根据分级护理的原则和要求，实施护理措施，有护理质量评价标准，有质量可追溯机制。	
5.3.1.1 根据分级护理的原则和要求，实施护理措施，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》，制定符合医院实际的分级护理制度。 2. 护士掌握分级护理的内容。 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》、《医院实施优质护理服务工作标准（试行）》、《临床护理实践指南》等要求，规范护理行为，将优质护理服务落实到位。	
5.3.2.1 优质护理服务落实到位。（★）	【C】 1. 有医院优质护理服务规划、目标及实施方案。 2. 有推进开展优质护理服务的保障制度和措施及考评激励机制。 3. 有优质护理服务的目标和内涵，相关管理人员知晓率≥80%。护士知晓率100%。 4. 优质护理服务病房覆盖率≥60%。 【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≥80%。 【A】符合“B”，并 1. 优质护理服务措施落实有效，效果明显，优质护理服务病房覆盖率100%。 2. 患者与医护人员满意度高。
5.3.3 临床护士护理患者实行责任制，与患者沟通交流，为患者提供连续、全程的基础护理和专业技术服务。	
5.3.3.1 实施“以病人为中心”的整体护理，为患者提供适宜的护理服务。（★）	【C】 1. 根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制定实施方案，体现护士工作中的责任制。 2. 依据患者需求制定护理计划，充分考虑患者生理、心理、社会、文化等因素。

	【B】符合“C”，并 1. 依据患者的个性化护理需求制定护理计划，护士掌握相关的知识，并结合患者实际情况实施“以病人为中心”的护理，并能帮助患者及其家属了解患者病情及护理的重点内容。 2. 科室对落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。 3. 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。
5.3.4 有危重患者护理常规，密切观察患者的生命体征和病情变化，护理措施到位，患者安全措施有效，记录规范。	
5.3.4.1 护士具备危重患者护理的相关知识及操作技能。	【C】 1. 护士具备的技术能力包括：危重患者护理常规及抢救技能、生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。 2. 护士经过危重患者护理理论和技术培训并考核合格。 3. 有针对危重患者病情变化的风险评估和安全防范措施。 4. 护士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士对危重患者实施护理。 2. 职能部门有护士培训、训练的考核评价机制。
	【A】符合“B”，并 根据考核评价情况持续改进危重患者护理工作。
5.3.4.2 有危重患者护理常规及技术规范、工作流程及应急预案，对危重患者有风险评估和安全防范措施。	【C】 1. 有危重患者护理常规及技术规范，工作流程及应急预案。 2. 有危重患者风险评估、安全护理制度和措施。 3. 护士知晓并掌握相关制度与流程的内容。
	【B】符合“C”，并 1. 密切观察危重患者的病情变化，有风险评估和安全防范措施。 2. 根据专科特点，使用恰当的质量监测指标并实施监测。 3. 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 应用质量监测指标，持续改进危重患者护理质量。
5.3.5 遵照医嘱为围术期患者提供符合规范的术前和术后护理。	
5.3.5.1 有围手术期的护理常规和处置流程，并有效执行。	【C】 1. 有患者围手术期护理常规、评估制度与处置流程。 2. 对患者及家属做好术前、术后的解释和教育，有记录。
	【B】符合“C”，并 1. 执行围手术期护理常规、评估制度与处置流程，有记录。 2. 职能部门定期开展围手术期护理评价，改进相关工作。

	【A】符合“B”，并落实围手术期护理工作，效果良好。
5.3.6 遵照医嘱为患者提供符合规范的治疗、用药等护理措施，及时观察、了解患者用药和治疗服务的反应。	
5.3.6.1 执行查对制度，能遵照医嘱正确提供肿瘤化学治疗、给药等护理服务，及时观察、了解患者用药及治疗反应。	【C】 1. 有肿瘤化学治疗等医嘱核对与处理流程。 2. 有查对制度并提供符合相关肿瘤化学治疗操作规范的护理服务，有记录。 3. 有观察、了解和处置患者肿瘤化学治疗用药与治疗反应的制度与流程。 4. 护士知晓并掌握上述肿瘤化学治疗相关制度与流程的内容。
	【B】符合“C”，并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。
5.3.7 遵照医嘱为患者提供符合规范的输血治疗服务。	
5.3.7.1 遵照医嘱为患者提供符合规范的输血治疗服务。	【C】 1. 在输血前严格执行查对制度，确保准确无误。 2. 按照输血技术操作规范进行操作，观察记录输血过程。 3. 有输血反应处理预案、报告、处理制度与流程。
	【B】符合“C”，并有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。
	【A】符合“B”，并对输血质量管理监控及效果评价，有持续改进。
5.3.8 保障仪器、设备和抢救物品的有效使用。	
5.3.8.1 有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。	【C】 1. 有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。 2. 护士知晓使用制度与操作规程的主要内容。
	【B】符合“C”，并 1. 护士按照使用制度与操作规程熟练使用输液泵、注射泵、监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等常用仪器和抢救设备。 2. 对使用中可能出现的意外情况有处理预案及措施。
	【A】符合“B”，并 1. 对各科室落实情况有追踪和成效评价，有持续改进。 2. 意外情况的处理及措施，全部符合处理预案的要求。
5.3.9 为患者提供心理与健康指导服务和出院指导。	
5.3.9.1 为肿瘤患者提供心理与健康指导服务和出院指导。	【C】 1. 有符合肿瘤专业特点的心理与健康指导、出院指导、健康促进等资料，方便护士使用。 2. 护士知晓主要内容。

	3. 通过多种方式将上述内容传提供给肿瘤患者及其亲属。
	【B】 符合 “C”，并 1. 对指导内容及时更新。 2. 能根据肿瘤患者的需求提供适宜的指导内容和方式。 3. 对指导效果进行分析评价，有记录。
	【A】 符合 “B”，并 指导效果良好。
5.3.10 有临床路径与单病种护理质量控制制度，质量控制流程，有可追溯机制。	
按照本细则第四章第四节标准的评价要求执行。	
5.3.11 按照《病历书写基本规范》书写护理文件，定期质量评价。	
5.3.11.1 按照《病历书写基本规范》书写护理文件，定期质量评价。	【C】 1. 有护理文件书写标准及质量考核标准。 2. 护理记录按照有关规定由相关护士审核签字。 3. 护士知晓并掌握《病历书写基本规范》。
	【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。
	【A】 符合 “B”，并 对护理文书的质量有追踪评价和持续改进。
5.3.12 建立护理查房、护理会诊、护理病例讨论制度。	
5.3.12.1 定期进行护理查房、护理病例讨论。对疑难护理问题组织护理会诊。	【C】 1. 有定期护理查房、病例讨论制度。 2. 有对疑难护理问题进行护理会诊的工作制度。
	【B】 符合 “C”，并 1. 落实护理查房、病例讨论和护理会诊，解决患者实际问题。 2. 明确护理会诊人员的资质要求。
	【A】 符合 “B”，并 落实有成效，促进护理工作持续改进。

四、护理安全管理

评审标准	评审要点
5.4.1 有护理质量与安全管理组织，职责明确，有监管措施。	
5.4.1.1 有护理质量与安全管理组织，职责明确，有监管措施。	【C】 1. 在医院质量与安全管理委员会下设护理质量管理组织，人员构成合理、职责明确。 2. 有年度护理质量工作计划。
	【B】 符合“C”，并 1. 护理质量与安全管理委员会定期召开会议。 2. 护理质量工作计划落实到位。 3. 设专职人员负责护理质量管理，有考核记录。
	【A】 符合“B”，并 对各科室落实的成效有评价与再改进的具体措施。
5.4.2 有主动报告护理安全（不良）事件与隐患信息的制度，改进措施到位。	
5.4.2.1 有主动报告护理不良事件制度与激励措施。	【C】 1. 实行非惩罚性制度，有护士主动报告的激励机制。 2. 有护士主动报告护理安全（不良）事件的教育和培训。 3. 有多种途径便于护士报告医疗安全（不良）事件。
	【B】 符合“C”，并 1. 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. 护士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。
5.4.3 有护理不良事件成因分析及改进机制。	
5.4.3.1 有针对不良事件案例成因分析及讨论记录。	【C】 1. 护理不良事件有成因分析和讨论。 2. 定期对护士进行安全警示教育。
	【B】 符合“C”，并 应用不良事件案例成因分析结果，修订护理工作制度或完善工作流程并落实培训。
	【A】 符合“B”，并 1. 修订后的工作制度或流程执行情况有督查。 2. 对各科室落实的成效，有评价与持续改进。
5.4.4 有护理风险防范措施，如跌倒、坠床、压疮、管路滑脱、用药错误等。	
按照第三章患者安全目标的第五、七、八、九节标准的评价要求执行。	
5.4.5 临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。	

5.4.5.1 执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理指南。	【C】 1. 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 2. 有护理技术操作培训计划并落实到位。 3. 护士熟练掌握口腔护理、静脉输液、各种注射、鼻饲等常见技术操作及并发症预防措施及处理流程。 【B】 符合“C”，并 1. 将“临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范”相关要求的手册发至对应岗位的人员。 2. 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 1. 临床护理技术操作、常见并发症的预防与处理规范。 2. 对各科室落实的成效，有评价与持续改进。
5.4.6 有紧急意外情况的应急预案和处理流程，有培训与演练。	
5.4.6.1 有重点环节应急管理制度，有紧急意外情况的应急预案及演练。	【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、输血、治疗、标本采集、围术期管理、安全管理等有应急预案。 3. 相关岗位护士均知晓。 【B】 符合“C”，并 1. 应急预案有培训或演练。 2. 护士配制化疗药、锐器处理、为隔离患者实施治疗及护理时防护措施到位。 【A】 符合“B”，并 重点环节应急管理措施落实到位，紧急意外情况的应急预案及演练成效明显，并持续改进。

五、特殊护理单元质量管理与监测

评审标准	评审要点
5.5.1 有手术部（室）	护理质量管理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。
5.5.1.1 手术室建筑布局合理，工作流程符合要求。	【C】 1. 手术室布局合理，分区明确，标识清楚，洁污区域分开。 2. 各工作区域功能与实际工作内容保持一致。 3. 医务人员知晓各工作区域功能及要求并有效执行。 【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，并提整改意见。 【A】 符合“B”，并 持续改进有效。
5.5.1.2 手术室有工作制度、岗位职责及操作常规，有培训。工作人员配备合理。	【C】 1. 有手术室管理制度、工作制度、岗位职责和操作常规。 2. 有手术室各级各类人员的相关培训。 3. 根据手术量及工作需要，配备护士、辅助工作人员和设备技术人员。手术室护士与手术间比不低于 3:1。 4. 明确各级人员的资质及岗位技术能力要求。 5. 手术室工作经历 2 年以内护士数占总数 ≤ 20%。手术室护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格和 5 年及以上手术室工作经验。 6. 相关护士知晓手术室工作制度和岗位职责。 7. 按照《专科护理领域护士培训大纲》等要求，有手术室护士培训方案和培养计划。 【B】 符合“C”，并 1. 保证手术室护理队伍的稳定性，手术室工作经历 2 年以内护士数占总数 ≤ 10%。 2. 对新入职手术室护士有考核；手术室护士培训能体现内容与资质要求相符合。 3. 有培训效果的追踪和评价机制。 【A】 符合“B”，并 1. 手术室护士长具备副主任护师及以上专业技术职务任职资格和 15 年及以上手术室工作经验。 2. 有省级以上卫生行政部门批准的手术室护士培训基地。 3. 根据评价结果，持续改进培训工作，效果良好。
5.5.1.3 手术室执行《手术安全核查制度》，有患者交接核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等安全制	【C】 1. 有手术患者交接制度并执行。 2. 执行《手术安全核查制度》，有医生、麻醉师、护士对手术患者、部位、术式和用物等相关信息核查制度及相关落实情况记录。 3. 有手术中安全用药制度和麻醉及精神药品、高危药品等特殊药品管理制度，

度，遵医嘱正确用药，有突发事件的应急预案。	有实施记录。 4. 有手术患者标本管理制度，规范标本的保存、登记、送检等流程，有实施记录。 5. 遵医嘱正确为手术患者实施术前与术中用药（包含使用预防性抗菌药）和医疗服务。 6. 有手术物品清点制度，有实施记录。 7. 有突发事件的应急预案、有演练记录。 8. 护士知晓手术室安全管理方面的主要内容与履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 有手术室突发事件应急预案的培训和演练。 2. 有保证医护相互监督的相关制度落实的措施。 3. 职能部门对手术安全核查执行情况有督导检查，有分析，有反馈，有整改意见。 【A】符合“B”，并 1. 对科室落实“手术患者交接、手术安全核查制度”的成效有评价与持续改进的具体措施。 2. 择期手术《手术安全核查制度》实际执行率 100%。
5.5.1.4 有消毒隔离制度，各项措施落实到位。	【C】 1. 有手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准，并对工作人员进行培训、考核及监督，有记录。 2. 定期对感染、空气质量、环境等进行监测，有记录。 3. 有医疗设备、手术器械及物品的清洁、消毒、灭菌及存放规定。 4. 手术室自行消毒的手术器械及物品应有标识及有效日期，使用者知其含义。 5. 手术室工作区域，每 24 小时清洁消毒一次。连台手术之间、当天手术全部完毕后，对手术间及时进行清洁、消毒处理。 6. 有医务人员手卫生规范和医疗废弃物管理制度。 7. 有医务人员职业卫生安全防护制度及必要防护用品。 8. 护士知晓手术室感染预防管理方面的主要内容与履职要求。 9. 对制度的执行有监管，感染控制制度与手卫生的执行率达 100%，记录存在问题与缺陷。 【B】符合“C”，并 1. 医疗废弃物处理符合规范，有交接记录。 2. 认真执行职业防护制度，处理相关物品及器械时，应穿戴适宜的防护用具，防护措施落实到位。 3. 定期对消毒及感控工作开展监测评价。 【A】符合“B”，并 利用评价结果持续改进消毒及感控工作，效果良好。
5.5.2 有消毒供应中心（室）护理质量管理与监测的有关规定及措施，护理部有监测改进效果的记录。	
5.5.2.1 建筑布局合理，设施、设备完善，符合相关规范要	【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

求。工作区域划分符合消毒隔离要求。	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. 护士知晓供应室洁污区分开流程规定与履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 辅助区域包括工作人员更衣室、值班室、办公室、休息室、卫生间等。工作区域包括去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区。 2. 根据医院消毒供应中心（CSSD）的规模、任务及工作量，合理配置清洗消毒设备及配套设施，符合规范要求。 3. 去污区、检查、包装及灭菌区和无菌物品存放区之间有实际屏障。去污区与检查、包装及灭菌区之间有洁、污物品传递通道；并分别设人员出入缓冲间（带）。缓冲间（带）应设洗手设施，无菌物品存放区内不应设洗手池。 4. 上述感染控制制度与措施有监管，记录存在问题与缺陷。 【A】符合“B”，并 1. 对科室落实感染控制制度的成效有评价与持续改进的具体措施。 2. 感染控制制度与措施的执行率 100%。
5.5.2.2 实施集中管理，合理配备工作人员，建立与其相适应的管理体制，符合规范要求。	【C】 1. 根据医院规模和工作量合理配备人力，设专职护士长负责，并有监督。 2. 应采取集中管理的方式，对所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品集中回收、清洗、消毒、灭菌和供应。 3. 开展工作人员业务技能培训，确保满足岗位需求 4. 相关部门保障物资、水电气供应，设备运行正常；相关设备出现故障时，能够及时处理。 【B】符合“C”，并 1. 在相关职能部门的领导下开展工作。 2. 临床科室可重复使用的消毒物品全部采取集中管理（回收、清洗、消毒及灭菌）完成。 3. 现场检查物资、水电气供应，符合管理规范要求。 【A】符合“B”，并 相关职能部门对制度的执行有评价与监督，体现持续改进，有记录。
5.5.2.3 建立完善的规章制度、工作职责、工作流程，符合规范要求。	【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（至少每季一次）征求临床意见，改进工作。 【A】符合“B”，并 规章制度及工作流程及时修订、完善，体现持续改进。

5.5.2.4 建立完善的监测制度,质量控制过程的记录符合追溯要求。	【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”,并有清洗、消毒、灭菌效果监测标准、制度与程序。
	【A】 符合“B”,并 1.按照“监测制度”对工作质量进行日常监测和定期监测,有记录。 2.相关职能部门对科室落实监测制度的成效有评价与监督,体现持续改进,有记录。
5.5.2.5 建立工作人员的在职继续教育制度,根据专业进展,开展培训,更新知识。	【C】 有岗位培训计划,体现消毒供应工作特点。
	【B】 符合“C”,并对岗位培训有考核及效果评价。
	【A】 符合“B”,并对培训计划及落实情况有评价与监督,体现持续改进,有记录。
5.5.3 护理部有介入诊疗室、重症监护室、血液透析室、急诊科(室)护理质量指标监测与改进效果评价的记录。	
按照本细则第四章第九节、十一节,第二章第三节,第七章的评价要求执行。	

第六章 医院管理

一、依法执业

评审标准	评审要点
6.1.1 依法取得《医疗机构执业许可证》，按照卫生行政部门核定的诊疗科目执业，医院及科室命名规范，无院中院。	
6.1.1.1 院及科室命名规范，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目全部相符。凡医院内命名为“中心”、“研究所”等机构者，均持有省级及以上卫生行政部门批准的文件。	【C】 1. 依法登记取得《医疗机构执业许可证》并定期校验。医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，能及时完成变更登记。 2. 医院实际提供服务的诊疗项目与《医疗机构执业许可证》核准的诊疗项目相符。 3. 医院及科室命名规范，与《医疗机构执业许可证》登记的内容一致。
	【B】 符合“C”，并 1. 诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂门急诊部明显处所，接受社会与公众监督检查。 2. 医院内命名为“中心”或“研究所”等机构均有卫生行政部门审批文件。
	【A】 符合“B”，并 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（如多点执业、对口支援等），具有执业资格的研究生、进修人员在上级医师（含护理、医技）指导下执业。	【C】 1. 有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 2. 各级各类卫生技术人员均取得执业资格，注册地点在本院或符合卫生行政部门相关规定，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。 4. 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。 【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 用信息化系统对卫生技术人员执业资料进行动态管理。
6.1.4 按照规定申请医疗机构校验、发布医疗广告。	
6.1.4.1 按照卫生行政部门规定按时完成医疗机构校验，发布的医疗信息真实可靠。	【C】 1. 根据规定按时进行医疗机构年度校验。 2. 发布的医疗信息真实可靠。 3. 发布的医疗广告获得批准，符合法规要求。 【B】符合“C”，并 1. 有职能部门负责对发布医疗信息、医疗广告进行监督管理。 2. 根据医疗实际情况及时更新服务信息。 【A】符合“B”，并 职能部门关于医疗广告审核、发布医疗信息审核资料完整，未发现虚假医疗信息和医疗广告。
6.1.5 有完整的医院管理的规章制度和岗位职责，并能及时修订完善，职工熟悉本岗位职责及相关规章制度。	
6.1.5.1 制定完整的医院管理规章制度、岗位职责和诊疗规范。定期对职工进行培训与教育，提高职工认真履行本岗位职责及执行相关规章制度自觉性。	【C】 1. 制定完整的医院管理规章制度、岗位职责、诊疗规范。 2. 开展全员培训教育，提高员工执行规章制度及履行本岗位职责的自觉性。 3. 各部门和全体员工熟悉本部门、本岗位相关的规章制度、岗位职责和履职要求，知晓率 80%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 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，明确各部门职能划分，体	【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。

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。 3. 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，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】 1. 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(至少包含第七章的全部内容)。 2. 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本区域卫生发展规划，保持一致。 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 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。	【C】 1. 医院的规模发展与功能任务相一致，经过论证与职工代表大会讨论通过。 2. 床位扩展获上级卫生行政部门批准。
	【B】 符合“C”，并 经营方针与策略措施中能充分体现医院“公益性”与“非盈利性”的特征。
	【A】 符合“B”，并 在本区域内医疗机构系统中体现出三级医院主导与示范作用（质量、安全、技术支持）。
6.3.3 制定中长期发展规划并组织实施，进行定期评价。	
6.3.3.1 制定与组织实施中长期发展规划并，定期评价进展。	【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。 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. 随机了解院、科室领导知晓远期与中长期主要目标与相关内容。
	【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. 科室员工对本科室的主要目标知晓率 $\geq 80\%$ 。
	【A】 符合“B”，并 1. 对中长期发展规划组织实施过程，进行定期（年度）评价，有记录。 2. 院领导把握实施过程中的问题，有改进对策与措施。
6.3.4 医院的近期执行计划能传达、落实到全体员工。	

6.3.4.1 医院的近期执行计划能传达、落实到全体员工。	【C】 1. 制定医院年度计划，能体现质量与安全重要地位。 2. 根据医院年度计划制定各科室的年度计划，传达、落实到全体员工。 【B】符合“C”，并 1. 年度计划经过职工代表大会讨论通过。 2. 科室员工对本科室年度计划的主要目标知晓率≥80%。 【A】符合“B”，并 1. 各部门管理人员、各科室负责人对医院年度计划目标以及本部门、本科室的主要任务知晓率≥95%（重点是质量与安全）。 2. 各部门管理人员、各科室负责人可展示与讲解落实本部门、本科室主要任务的具体措施≥95%。（重点是质量与安全）。
6.3.5 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。	
6.3.5.1 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。
6.3.5.2 医院建筑符合国家建设标准和消防规范，满足规模适宜、功能完善、布局合理、流程科学、环保节能、安全运行的要求。	【C】 1. 医院建筑符合国家建设标准和消防规范。 2. 医院建筑满足医院感染管理和医疗服务流程的需要，符合卫生学要求。 【B】符合“C”，并 新建、改建、扩建医院建筑体现“以病人为中心”的理念，满足医疗服务流程优化的需要，做到持续改进。 【A】符合“B”，并 医院所有建筑均符合消防安全要求，通过环境评估。

四、人力资源管理

评审标准	评审要点
6.4.1 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人事管理制度，人力资源配置符合医院功能任务和管理的需要。	
6.4.1.1 设置人力资源管理部门，人事管理制度健全。	【C】 1. 设置专职人力资源管理部门，职责明确。 2. 有人事管理制度与程序，并能够根据有关部门要求及时更新。 3. 人事制度完整健全，通过多种渠道公布，方便职工查询。 【B】 符合“C”，并 1. 相关人员对本部门、本岗位的履职要求知晓率$\geq 80\%$。 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，至少应达到。 (1) 卫技人员与实际开放床位之比不低于 1.15:1。 (2) 卫技人员占全院总人数$\geq 70\%$。 (3) 护士占卫技人员总人数$\geq 50\%$。 (4) 病房护士总数与实际开放床位比不低于 0.4:1。 【B】 符合“C”，并 1. 病房护士总数与实际开放床位比不低于 0.5:1 (床位使用率$\geq 93\%$)。 2. 病房护士总数与实际开放床位比不低于 0.6:1 (床位使用率$\geq 96\%$，平均住院日小于 10 天)。 【A】 符合“B”，并 人力资源配置满足医疗工作需要，与实际开放床位规模相一致。

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

	【B】符合“C”，并 国内、外来访者直接从事病人临床各种有创诊疗时，事先取得病人书面知情同意。
	【A】符合“B”，并 职能部门对管辖范围内的外来短期工作人员进行监管，有详细的监管记录，有工作质量追踪与成效评价。
6.4.3 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。	
6.4.3.1 实行卫生专业技术人员 岗前培训制度。	【C】 1. 有新员工岗前培训制度。 2. 有卫生专业技术人员轮岗、转岗的上岗前培训制度。 3. 有指定的职能部门负责相应的岗前培训工作。
	【B】符合“C”，并 1. 有针对不同培训要求制定的岗前培训大纲、教学计划。 2. 有培训考核记录并将考核结果列入个人技术档案。 3. 有完整的岗前培训资料。
	【A】符合“B”，并 有岗前培训教学质量评价和岗前培训的效果评价，持续改进岗前培训工作。
6.4.3.2 实施住院医师规范化培 训。	【C】 1. 有住院医师规范化培训管理制度、规范及实施记录。 2. 有住院医师规范化培训管理机构和管理人员，负责该项工作。 3. 本院住院医师按规定全部参加住院医师规范化培训。
	【B】符合“C”，并 有住院医师规范化培训基地，能够接收外院和社会住院医师规范化培训任务。
	【A】符合“B”，并 有住院医师规范化培训监管和评价，不断提高培训质量。
6.4.3.3 实施卫生专业技术人员 继续教育制度。	【C】 1. 根据卫生部、教育部《继续医学教育规定（试行）》要求，制定本院继续医学教育方案，实施卫生技术人员全员继续医学教育。 2. 有继续医学教育组织机构，有职能部门负责具体组织实施。 3. 有保障继续医学教育的资金投入和完善的设备设施。 4. 有定期的继续医学教育督导检查，持续改进工作，检查结果与科室、个人考核挂钩。 5. 有继续医学教育信息库，有包括全院、科室、个人实施继续医学教育的统计、评价、考核等资料。
	【B】符合“C”，并 1. 全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率 $\geq 90\%$。 2. 近3年参加省级继续医学教育项目 ≥ 6 个或参加国家级继续医学教育项目 ≥ 3 个。

	【A】符合“B”，并 1. 全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率$\geq 95\%$。 2. 近3年参加省级继续医学教育项目≥ 9个或国家级继续医学教育项目≥ 6个。
6.4.4 加强重点专科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。	
6.4.4.1 加强重点专科的学科建设和人才培养。	【C】 1. 有临床重点专科建设发展规划。 2. 有学科带头人选拔与激励机制。 3. 有人才培养计划和人才梯队。 4. 有临床重点专科培育与支持措施，包括经费投入等。
	【B】符合“C”，并 有国家级临床重点专科或省（市）级临床重点专科≥ 3个。
	【A】符合“B”，并 国家级临床重点专科≥ 3个。
6.4.4.2 重点专科带头人专业技术水平领先。	【C】 1. 重点专科的学科带头人专业技术水平处在全国或本省、本地区先进之列。 2. 重点专科的学科带头人具备举办国家级或本省、本地区继续教育项目的能力（近三年案例）。
	【B】符合“C”，并 1. 重点专科的学科带头人为省级专业学术组织的主要成员（常委以上）。 2. 重点专科学科带头人的学术成果中临床类$\geq 50\%$。
	【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 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。	
6.4.5.1 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措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	【C】 1. 有职业安全防护应急预案。 2. 有员工职业暴露损害的紧急处理程序和措施。 3. 有职业安全防护的教育培训。 4. 有职业安全监测制度。 5. 有职能部门负责职业安全管理。
	【B】符合“C”，并 1. 有员工的个人健康档案。 2. 有高危岗位的个人安全监测（如放射剂量监测）记录档案。
	【A】符合“B”，并 主管的职能部门有监管记录、职业损害根因分析、职业安全评价，制定改进措施并得到落实。

五、信息与图书管理

评审标准	评审要点
6.5.1 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的工作，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 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 对专技术人员加强监管，有工作日志、考核记录和完整的技术档案。
6.5.6 根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。	
6.5.6.1 图书馆基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求，实施支持网上预约、催还、续借和馆际互借，能提供网络版医学文	【C】 1. 有医学图书馆工作制度和医学图书馆信息服务制度。 2. 藏书数量符合要求（包括电子图书）不低于 3000 册/百名卫技人员。 3. 提供网络版医学文献数据库检索服务（中文、外文）。 【B】符合“C”，并 有网上图书预约、催还、续借和馆际互借。

献数据库检索服务。	【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》等相关法规制度，财务机构设置合理、人员配置到位，财务管理体制、经济核算规范，财务制度健全，财务管理部门集中统一管理经济活动。	
6.6.1.1 执行相关法律法规，财务管理制度健全，财务管理体制和机构设置合理。	【C】 1. 根据相关法律法规的要求，制订健全医院财务管理制度，并根据政策法规变动情况及时更新。 2. 实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，医院财务活动在院长及总会计师领导下，由医院财务部门集中管理。 3. 有内部监督制度和经济责任制。 4. 有月度、季度、年度财务报告。 5. 年度财务报告按规定经过注册会计师审计。 6. 相关人员知晓本部门、本岗位的制度要求。 【B】符合“C”，并 1. 定期开展财务管理制度的培训与教育，对更新后财务管理制度有培训的记录。 2. 财务监督实行事前、事中、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，并接受上级有关部门监督。 【A】符合“B”，并 1. 无违法违规案件，无“小金库”。 2. 有定期财务管理总结分析报告，持续改进财务工作。
6.6.1.2 财务管理人员配置合理，岗位职责明确。	【C】 1. 财务人员配置到位，会计人员持证上岗。 2. 各级各类人员有明确的岗位职责。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 财务部门负责人有会计师以上专业技术职务资格或至少从事会计工作5年以上经历。 2. 有人员业务培训计划和执行记录。 【A】符合“B”，并 重要岗位有轮转机制，转岗前进行新岗位上岗培训。
6.6.2 有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。医院实行总会计师制。	
6.6.2.1 有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经	【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 按照药品和医疗服务价格有关政策，严格执行医疗服务和药品价格。无自立项目、分解项目、比照项目收费和重复收费。	
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。 3. 提供价格咨询服务。 4. 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》及相关规定，执行药品、高值耗材集中采购制度和相关价格政策。	
6.6.5.1 按照相关规定建立详细的药品及高值耗材采购制度和流程,有严格管理和审批程序。	【C】 1. 按照相关规定建立医院药品及高值耗材采购制度和流程。 2. 所有招标药品及高值耗材全部纳入集中招标采购，做到公开、公正、透明。 3. 对政府采购目录外药品及高值耗材采购有严格管理和审批程序。
	【B】 符合“C”，并 职能部门应对招标采购项目执行情况进行管理。

	【A】符合“B”，并 内部审计部门对招标采购项目执行情况进行评价，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. 有年度内部审计计划，对医院经济运行过程进行定期评价与监控（如，对医院有关部门和项目进行内部审计；对政府采购项目、重大经济活动项目等）。
	【B】符合“C”，并 医院年度财务报告按规定经外部审计单位审计，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、职能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 内部审计部门预算制度执行情况进行审计，结果对院长负责。
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. 有制度与程序明确规定,个人收入不与业务收入直接挂钩。 3. 相关人员知晓医院分配方案。
	【B】 符合“C”,并 1. 综合绩效考核突出医德医风、技术能力、服务质量和数量等。 2. 有持续改进内部收入分配制度,体现公平公正的事例。
	【A】 符合“B”,并 绩效考核与分配方案经过职工代表大会讨论通过。

七、医德医风管理

评审标准	评审要点
6.7.1 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，尊重、关爱患者，主动、热情、周到、文明为患者服务，严禁推诿、拒诊患者。	
6.7.1.1 医院有负责医德医风管理的组织体系，有明确的职能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。
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、制度和程序，支持医院及其工作人员“不得通过职务便利谋取不正当利益”。 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。

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

	【A】符合“B”，并定期征求各部门意见，开展物流工作追踪与评价，并持续改进。
6.8.3 为员工提供膳食服务，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要，保障饮食卫生安全。	
6.8.3.1 有专 职 部 门 或 专 人 负 责 医 院 膳 食 服 务，并 建 立 健 全 各 项 食 品 卫 生 安 全 管 理 制 度 和 岗 位 责 任。	【C】 1. 根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务。 2. 有各项食品卫生安全管理制度和岗位责任。 3. 膳食服务外包的，医院需确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。 4. 相关人员应知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识。
	【B】符合“C”，并 1. 建立以食品卫生为核心的餐饮服务质量监管体系，保障食品安全，满足供应，开展监管评价。 2. 有下送餐饮为医疗工作服务的措施并落实。
	【A】符合“B”，并定期征求就餐人员意见，开展膳食服务追踪与评价，并持续改进。
6.8.3.2 食 品 原 料 采 购、仓 储 和 食 品 加 工 规 范，符 合 卫 生 管 理 要 求。	【C】 1. 有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，符合卫生管理要求。 2. 有食品留样相关制度。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 有措施保障食品卫生管理相关制度和规范的落实。 2. 有监管评价及相关记录。
	【A】符合“B”，并根据监管情况改进食品卫生管理。
6.8.3.3 有 突 发 食 品 安 全 事 件 应 急 预 案。	【C】 1. 有根据相关法律法规制定的突发食品安全事件应急预案。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位的应急职责与应急流程。
	【B】符合“C”，并有根据预案开展的应急演练，有记录、有总结和改进措施。
	【A】符合“B”，并安全改进措施得到落实。
6.8.4 有健全的医疗废物管理制度。医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。污水管理和处置符合规定。	
6.8.4.1 建 立 健 全 医 疗 废 物 和 污 水 处 理 管 理 规 章 制 度 和 岗 位 职 责。	【C】 1. 有医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。 2. 污水处理系统符合相关法律法规的要求。 3. 有专人负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格。

	【B】 符合 “C”，并 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。 【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（至少每年一次）组织演练。 【A】 符合 “B”，并 有根据演练评价提出的整改措施并得到落实。

6.8.6 安全保卫设备实施完好，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，保存时间至少不少于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；消防器材、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，有三级安全教育卡。 2. 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. 有职能部门与专人负责全院各类外包业务管理，制订外包业务的遴选、管理等相关制度和办法。 2. 所有外包业务都应有明确的、详细的合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。 3. 有外包业务的项目评估和审核制度与程序。 【B】符合“C”，并 1. 有外包业务的监督考核机制。 2. 有考核记录，对违约事实根据合同落实违约责任。 3. 能根据实际情况（如政策法规、功能任务变化等）定期与外包业务承包者进行沟通和协商，必要时修订外包合同。 【A】符合“B”，并 1. 有年度外包业务管理的质量安全评估报告。 2. 有年度外包业务管理的内部审计报告。 3. 有改进外包业务质量的机制与案例。

九、医学装备管理

评审标准	评审要点
6.9.1 医学装备管理符合国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准的要求，按照法律、法规，使用和管理医用含源仪器（装置）。	
6.9.1.1 建立医学装备管理部门。	【C】 1. 根据“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则建立院领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备委员会。 2. 根据国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准要求，履行医学装备管理。 【B】符合“C”，并 职能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。 【A】符合“B”，并 有监管和考核机制，有监管和考核记录。
6.9.2 有医学装备管理部门，有人员岗位职责和工作制度，有设备论证、采购、使用、保养、维修、更新和资产处置制度与措施。	
6.9.2.1 建立医学装备管理组织技术队伍，人员配置合理。	【C】 1. 根据医院规模及医学装备情况建立相应的医学装备部门和装备管理与使用技术队伍，专（兼）职医学装备的管理与维护、维修，人员配置合理。 2. 大型医用设备相关医师、操作人员、工程技术人员须接受岗位培训，业务能力考评合格方可上岗操作。 3. 有适宜的装备维修场地。 【B】符合“C”，并 对医学装备使用人员进行应用培训和考核，合格后方可上岗操作。 【A】符合“B”，并 有医学装备使用人员岗位考核和再培训机制，有考核培训记录。
6.9.2.2 制定相关工作制度、职责和 workflow。	【C】 1. 有医学装备管理制度、人员岗位职责。 2. 有医学装备论证、决策、购置、验收、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与 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医学装备临床使用安全监测与报告制度。 4. 有鼓励医学装备临床使用安全事件监测与报告的措施。 5. 相关临床、医技使用部门与医学装备管理部门的人员均能知晓。
	【B】 符合“C”，并 1. 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 导。	【C】 1. 有医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度与程序。 2. 医疗设备操作人员经过相应设备操作培训。 3. 医疗装备部门为临床合理使用医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。 【B】符合“C”，并 1. 有医疗设备操作手册并随设备存放，供方便查阅。 2. 有设备操作人员的考核记录。 3. 装备管理部门对设备使用情况定期监管，提供技术服务和咨询指导。

	【A】符合“B”，并 职能部门根据监管和考核情况对全院设备操作和维护情况的分析报告，规范使用，减少误操作，提高设备的使用周期。
6.9.6 有保障装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。	
6.9.6.1 建立保障装备的管理制度与规范。	【C】 1. 有保障医学装备使用管理相关制度和规范。 2. 医学装备管理部门对医学装备实行统一的保障（保养、维修、校验、强检）管理，并指导操作人员履行日常保养和维护。 3. 有全院装备清单和具体保障要求与规范。 【B】符合“C”，并 1. 有医学装备保障情况的登记资料，信息真实、完整、准确。 2. 有医学装备故障维修情况的分析报告，用于指导装备的规范使用。 【A】符合“B”，并 有根据对装备使用监管分析提出整改措施并得到落实。
6.9.6.2 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。（★）	【C】 1. 有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。 2. 各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。 【B】符合“C”，并 职能部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。 【A】符合“B”，并 急救类、生命支持类装备完好率 100%。
6.9.6.3 建立全院保障装备应急调配机制。	【C】 1. 建立医学装备应急预案的应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。 2. 优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。 3. 医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。 【B】符合“C”，并 有装备应急调配演练和监管。 【A】符合“B”，并 有根据监管提出整改措施并得到落实。
6.9.6.4 加强医用耗材(包括植入类耗材)和一次性使用无菌器械管理。	【C】 1. 有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理制度与程序以及相关记录（采购记录、溯源管理、储存管理、档案管理、销毁记录等）。 2. 有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械的采购记录管理。采购记录内容应当包括企业名称、产品名称、原产地、规格型号、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、采购日期等，确保能够追溯至每批产品的进货来源。 3. 有医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械的使用程序与记录。 4. 有不良事件监测与报告制度与程序。

	【B】符合“C”，并 1. 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。
6.9.7 科主任、工程师与具备资质的质量控制人员组成的质量与安全管理团队，能够用质量与安全管理核心制度、岗位职责与质量安全指标，落实全面质量管理与改进制度，定期通报医疗器械临床使用安全与风险管理监测的结果。	
6.9.7.1 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，负责医疗装备的质量和安全管理。 2. 有保证服务质量的相关文件，包括岗位职责，继续教育，医学装备的管理、使用、维修，安全防护管理相关制度，医学装备意外应急管理等相关制度。 3. 相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	【B】符合“C”，并 1. 有从事医学装备质量和安全管理员工的质量管理基本知识和基本技能培训与教育。 2. 有落实各项规章制度、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。
6.9.7.2 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 and 规定与记录。 3. 相关人员知晓本科/室/组的质量与安全指标要求。
	【B】符合“C”，并 1. 定期通报医疗器械临床使用安全与风险管理监测的结果。 2. 对存在问题与缺陷有改进措施及落实情况评价。
	【A】符合“B”，并 持续改进有成效。

十、院务公开管理

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

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

十一、医院社会评价

评审标准	评审要点
6.11.1 医院定期收集院内、外对医院服务的意见和建议、并以此为动力，改进工作，持续提高医院服务质量。	
6.11.1.1 医院定期收集院内、外对医院服务的意见和建议、并以此为动力，改进工作，持续提高医院服务质量。	【C】 1. 有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度和多种渠道。 2. 有指定部门负责本项工作，职责明确。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对所收集的意见和建议进行分析和反馈，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

【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，分为以下五个方面：

一、住院患者

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

住院重点疾病总例数、死亡例数、2周与1月内再住院例数

住院重点手术总例数、死亡例数、术后非预期重返手术例数

麻醉指标

手术后并发症与患者安全指标

二、单病种（特定病种）

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

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

三、重症医学（ICU）的监测指标

是以诊疗过程与结果质量为重点的指标。

四、合理使用抗菌药的监测指标

是以医院抗菌药物使用的结果指标。

五、医院感染控制的监测指标

是以特定对象的结果指标为重点，即使用呼吸机、导管、导尿管三项器械所致感染的结果

指标为重点，同时以手术风险评估类别来评价术后切口感染的结果指标。

一、医院运行基本监测指标

【概述】

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。

【医院运行基本监测指标解读】

（一）资源配置

1. 实际开放床位、重症医学科实际开放床位、急诊留观实际开放床位。
2. 全院员工总数、卫生技术人员数（其中：医师数、护士数、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、健康体检人次、年急诊人次、留观人次。
2. 年住院患者入院、出院例数，出院患者实际占用总床日。
3. 年住院手术例数、年门诊手术例数。

（三）治疗质量

1. 术中冰冻病理切片与石蜡病理切片诊断符合例数。
2. 恶性肿瘤手术前诊断与术后病理诊断符合例数。
3. 住院患者死亡与自动出院例数。
4. 住院手术例数、死亡例数。
5. 住院危重抢救例数、死亡例数。
6. 急诊科危重抢救例数、死亡例数。

（四）工作效率

1. 出院患者平均住院日。
2. 平均每张床位工作日。
3. 床位使用率。
4. 床位周转次数。

（五）患者负担

1. 每门诊人次费用（元），其中药费（元）。
2. 每住院人次费用（元），其中药费（元）。

（六）资产运营

1. 流动比率、速动比率。

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

（七）科研成果（评审前五年）

1. 国内论文数 ISSN、国内论文数及被引用数次（以中国科技核心期刊发布信息为准）、SCI 收录论文数/每百张开放床位。
2. 承担与完成国家、省级科研课题数/每百张开放床位。
3. 获得国家、省级科研基金额度/每百张开放床位。

二、住院患者医疗质量与安全监测指标

【概述】

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

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

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

（三）麻醉

（四）住院患者安全类指标

在本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。

在本细则中引用的手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用《国际疾病分类手术与操作》第九版临床修订本 2008 版（刘爱民主编译）。

以下每一项目与数据指标可通过住院病历首页采集，现分别作简要说明。

【监测指标解读】

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

【解读】

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

分母：年龄≥18岁的全部因某疾病出院总例数。

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

有以下十六种重点疾病名称及 ICD-10 编码：

1. 肺癌 ICD-10: C34

2. 结直肠癌 ICD-10: C18, C20

3. 胃癌 ICD-10: C16

4. 乳腺癌 ICD-10: C50

5. 肝癌 ICD-10: C22
6. 食管癌 ICD-10: C15
7. 胰腺癌 ICD-10: C25
8. 膀胱癌 ICD-10: C67
9. 肾癌 ICD-10: C64
10. 宫颈癌 ICD-10: C53, D06
11. 鼻咽癌 ICD-10: C11
12. 甲状腺癌 ICD-10: C73
13. 卵巢癌 ICD-10: C56
14. 子宫内膜癌 ICD-10: C54
15. 喉癌 ICD-10: C32
16. 前列腺癌 ICD-10: C61

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

【解读】

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

分母: 年龄 ≥ 18 岁的特定手术例数。

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

有以下十五类手术及 ICD-9-CM-3 编码。

1. 甲状腺癌联合根治术 ICD-9-CM-3: 06.2-06.5

2. 喉癌联合根治术 ICD-9-CM-3: 30.4

3. 肺叶切除术 ICD-9-CM-3: 32.4

全肺切除术 ICD-9-CM-3: 32.5

胸腔镜肺癌切除术

4. 食管部分切除、食管胃弓上吻合术 ICD-9-CM-3: 42.5

食管部分切除、食管胃弓下吻合术 ICD-9-CM-3: 42.5

5. 胃远端切除术 ICD-9-CM-3: 43.6、43.7

胃近端切除术 ICD-9-CM-3: 43.5

全胃切除术 ICD-9-CM-3: 43.99

根治性全胃切除术 ICD-9-CM-3: 43.99

6. 肝叶切除术 ICD-9-CM-3: 50.3

半肝切除术 CM-3: 50.3

肝段切除术 CM-3: 50.3

肝肿物不规则切除术（部分切除术）CM-3: 50.3

7. 左半结肠切除术 CM-3: 45.75

右半结肠切除术 CM-3: 45.73

直肠前切除术 CM-3: 48.63

腹会阴直肠切除术 CM-3: 48.5

腹腔镜结直肠癌根治术

8. 惠普尔氏术（根治性胰十二指肠切除术）ICD-9-CM-3: 52.7

胰体尾切除术 ICD-9-CM-3: 52.52

9. 乳腺癌改良根治术 ICD-9-CM-3: 85.4

乳腺癌保留乳房术 ICD-9-CM-3: 85.21（伴 C50）

10. 肾癌根治术 ICD-9-CM-3: 55.5

肾肿瘤保留肾单位手术 ICD-9-CM-3: 55.3（伴 C64）

11. 前列腺癌根治术 ICD-9-CM-3: 60.5 年龄 ≥ 18 岁

12. 根治性膀胱切除术 ICD-9-CM-3: 57.71

13. 双侧输卵管-卵巢切除术 ICD-9-CM-3: 65.6

14. 全子宫切除术 ICD-9-CM-3: 68.4

15. 盆腔淋巴结清扫术 ICD-9-CM-3: 40.5903

（三）麻醉

【解读】

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

1. 麻醉总例数/季/年

（1）全身麻醉例数/季/年。

其中：体外循环例数/季/年。

（2）脊髓麻醉例数/季/年。

（3）其他类麻醉例数/季/年。

2. 由麻醉医师实施镇痛治疗例数/季/年

(1) 门诊患者例数/季/年。

(2) 住院患者例数/季/年。

其中: 手术后镇痛/季/年。

3. 由麻醉医师实施心肺复苏治疗例数/季/年

复苏成功例数/季/年。

4. 麻醉复苏 (Steward 苏醒评分) 管理例数/季/年

(1) 进入麻醉复苏室例数/季/年。

(2) 离室时 Steward 评分 ≥ 4 分例数/季/年。

5. 麻醉非预期的相关事件例数/年

(1) 麻醉中发生未预期的意识障碍例数/季/年。

(2) 麻醉中出现氧饱和度重度降低例数/季/年。

(3) 全身麻醉结束时使用催醒药物例数/季/年。

(4) 麻醉中因误咽误吸引发呼吸道梗阻例数/季/年。

(5) 麻醉意外死亡例数/季/年。

(6) 其他非预期的相关事件例数/季/年。

6. 麻醉分级 (ASA 病情分级) 管理例数/季/年

(1) ASA-I 级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

(2) ASA-II 级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

(3) ASA-III 级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

(4) ASA-IV 级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

(5) ASA-V 级例数/季/年。

术后死亡例数/季/年。

(四) 手术并发症与患者安全指标

【解读】

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

的总体情况。

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

1. 住院患者压疮发生率及严重程度

1.1 住院患者压疮发生率及严重程度计算公式

表 7-1 住院患者压疮发生率及严重程度计算公式

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（出院次要诊断中有 ICD-10 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

	疮	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

1.2 排除病例：

（1）住院日 < 5 天的患者。

（2）皮肤、皮下组织、乳腺癌的患者。

- (3) 围产期（妊娠、分娩、产褥期）的患者。
- (4) 诊断为偏瘫、截瘫或四肢瘫痪的患者。
- (5) ICD-10 编码为脊柱裂或缺氧性脑损伤的患者。
- (6) 在手术室手术进行之前或当天有 ICD-9-CM-3 手术/操作编码为清创术或带蒂移植术的患者。
- (7) 年龄≤18 岁的所有出院患者。

1.3 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）

1.4 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）

2. 医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度

2.1 医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度计算公式

表7-2 医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度计算公式

序号	指标名称	计算公式	
1	住院患者的跌倒与原因	分子	病历中有记录的跌倒数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	住院总床日数
1.1	因患者健康状况而造成跌倒比率	分子	因患者健康状况而造成跌倒事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
1.2	因治疗、药物和（或）麻醉反应	分子	因治疗、药物和（或）麻醉反应而造成之跌倒事件数

	而造成跌倒比率	分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
1.3	因环境中危险因子而造成跌倒比率	分子	因环境中危险因子而造成跌倒事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
1.4	因其他因素而造成跌倒比率	分子	因其他因素而造成跌倒事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
2	跌倒造成伤害程度	分子	跌倒造成伤害事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒数
2.1	跌倒伤害严重程度 1 级比率	分子	有记录的跌倒伤害严重程度 1 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒伤害事件数
2.2	跌倒伤害严重程度 2 级比率	分子	有记录的跌倒伤害严重程度 2 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒伤害事件数
2.3	跌倒伤害严重程度 3 级比率	分子	有记录的跌倒伤害严重程度 3 级事件数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	有记录的跌倒伤害事件数
3	再次发生跌倒比率	分子	两次或两次以上的有记录跌倒患者数
		分母-1	入院时评估属高风险患者例数
		分母-2	一次或一次以上的有记录跌倒患者数

2.2 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）跌倒伤害严重程度 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）跌倒伤害严重程度 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）跌倒伤害严重程度 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一

（注：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 - 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）

3. 择期手术后并发症（肺栓塞、深静脉血栓、败血症、出血或血肿、伤口裂开、猝死、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、肺部感染、人工气道意外脱出）发生率

（1）手术并发症（严重但可治疗）导致的死亡

分子：满足分母纳入与排除标准，出院情况为“死亡”的出院患者。

分母：年龄 ≥ 18 岁，有 ICD-9-CM-3 手术室手术编码，主要手术在入院后 2 天内进行或入院类型为择期手术，有潜在可能导致死亡的并发症（如肺炎、深静脉血栓/肺栓塞、败血症、休克/心脏骤停、消化道出血/急性溃疡）的所有外科出院患者。

①肺炎排除病例：

- 1) 入院时，已经出现肺炎情况的患者。
- 2) 诊断编码为病毒性肺炎的患者。
- 3) 呼吸系统疾病/紊乱的患者。
- 4) 诊断为免疫功能低下的患者。

②深静脉血栓/肺栓塞排除病例：

- 1) 年龄 ≥ 90 岁的患者。
- 2) 新生儿患者。
- 3) 入院时，深静脉血栓/肺栓塞待排除病例。
- 4) 入院时，已经出现肺栓塞或深静脉血栓情况（主诊断为栓塞或深静脉血栓或其他诊断为栓塞或深静脉血栓，但在入院时已存在）的患者。
- 5) 与流产有关肺栓塞的或产后产科肺栓塞患者。

③败血症排除病例：

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

④休克/心脏骤停排除病例：

- 1) 诊断为出血、创伤或消化道出血的患者。
- 2) 呼吸系统疾病/紊乱的患者。
- 3) 循环系统疾病/紊乱的患者。
- 4) 入院时，已经出现休克/心脏骤停情况（主诊断为休克/心脏骤停或其他诊断为休克/心脏骤停，但在入院时已存在）的患者。
- 5) 与流产相关休克的患者。

⑤消化道出血/急性溃疡排除的患者：

- 1) 诊断为创伤的患者。
- 2) 消化系统疾病和紊乱的患者。
- 3) 肝胆系统和胰腺疾病和紊乱的患者。
- 4) 入院时, 已经出现(主要诊断中或其他诊断中, 入院时已存在)消化道出血/急性溃疡、酒精中毒及其 ICD-10 诊断编码的患者。

(2) 手术后伤口裂开

分子: 满足分母纳入与排除标准, 任何手术/操作 ICD-9-CM-3 编码为腹部手术后裂开缝合术的出院患者。

分母: 年龄 ≥ 18 岁的所有腹腔手术出院患者。

排除病例:

- 1) 腹部手术后裂开缝合术在第一次手术之前或当天作为第一个腹部手术进行的患者。
- 2) 平均住院日 < 2 天的患者。
- 3) 免疫功能不全的患者。
- 4) 妊娠、分娩、围产期的患者。

(3) 手术后肺栓塞或深静脉血栓

分子: 满足分母纳入与排除标准, 任何其他诊断 ICD-10 编码为深静脉血栓或肺栓塞的出院患者。

分母: 年龄 ≥ 18 岁, 有手术与操作 ICD-9-CM-3 编码的所有外科出院患者。

排除病例:

- 1) 已经存在(主诊断或其他诊断, 入院时已存在)深静脉血栓或肺栓塞的患者。
- 2) 下腔静脉中断术是唯一手术的患者。
- 3) 下腔静脉中断术在第一次手术之前或当天进行的患者。
- 4) 妊娠、分娩、围产期的患者。

(4) 手术后出血或血肿

分子: 满足分母纳入与排除标准, 且:

- 1) 任何其他诊断 ICD-10 编码为手术后出血或血肿。
- 2) 任何手术/操作 ICD-9-CM-3 编码为手术后控制出血或血肿引流的患者。

分母: 年龄 ≥ 18 岁, 有手术与操作 ICD-9-CM-3 编码的所有外科出院患者。

排除病例:

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

2) 唯一的手术是手术后出血控制或血肿清除的患者。

3) 手术后出血控制或血肿清除在第一次手术进行之前进行的患者。

4) 妊娠、分娩、围产期的患者。

(5) 手术后髌关节骨折

分子: 满足分母纳入与排除标准, 任何其他诊断 ICD-10 编码为髌关节骨折的出院患者。

分母: 年龄 ≥ 18 岁, 有手术与操作 ICD-9-CM-3 编码的所有外科出院患者。

排除病例:

1) 主要诊断 ICD-10 编码为髌关节骨折, 或其他诊断 ICD-10 编码为髌关节骨折, 但入院时已存在的患者。

2) 只有髌关节骨折修复术一个手术与操作编码的患者。

3) 髌关节骨折修复术在第一次手术进行之前或当天进行的患者。

4) 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病和紊乱的患者。

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

6) 任何诊断为转移癌、淋巴瘤或骨肿瘤或自残的患者。

7) 妊娠、分娩、围产期的患者。

(6) 手术后生理与代谢紊乱

分子:

1) 满足分母纳入与排除标准, 任何其他诊断 ICD-10 编码为生理性和代谢性紊乱的出院患者。

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

分母:

1) 年龄 ≥ 18 岁, 有 ICD-9-CM-3 手术室编码的所有择期外科出院患者。

2) 入院类型记录为择期手术。

排除病例:

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

2) 急性肾衰竭, 第一次手术进行之前进行了透析的患者。

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

断为糖尿病的患者。

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

5) 妊娠、分娩、围产期的患者。

(7) 手术后呼吸衰竭

分子:

1) 满足分母纳入与排除标准,任何其他诊断 ICD-10 编码为急性呼吸衰竭的出院患者。

2) 满足分母纳入与排除标准,有 ICD-9-CM-3 再插管手术/操作编码的出院患者。

分母:

1) 年龄 ≥ 18 岁,有 ICD-9-CM-3 手术室编码的所有择期手术外科出院患者。

2) 入院类型记录为择期手术。

排除病例:

1) 已经存在(主诊断或其他诊断,入院时已存在)急性呼吸衰竭的患者。

2) ICD-10 诊断编码有神经肌肉疾病的患者。

3) 气管切开术为唯一的手术室手术的患者。

4) 气管切开术在第一次手术之前进行的患者。

5) 颅面畸形且有喉或咽部手术或脸部手术/操作且诊断编码为颅面畸形。

6) 妊娠、分娩、围产期的患者。

7) 呼吸系统疾病/紊乱的患者。

8) 循环系统疾病/紊乱的患者。

(8) 手术后败血症

分子: 满足分母纳入与排除标准,任何其他诊断 ICD-10 编码为败血症的出院患者。

分母:

年龄 ≥ 18 岁,有 ICD-9-CM-3 手术与操作编码的所有择期手术外科出院患者。

入院类型记录为择期手术。

排除病例:

1) 已经存在(主诊断或其他诊断,入院时已存在)败血症或感染情况的患者。

2) 有免疫功能低下或癌症编码的患者。

3) 妊娠、分娩、围产期的患者。

4) 住院日 < 4 天的患者。

4. 因用药错误导致患者死亡发生率

分子: 年龄 ≥ 18 岁, 任何其他诊断 ICD-10 编码为因用药错误导致患者死亡的出院患者。

分母: 所有出院患者。

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

5. 输血 / 输液反应发生率

分子: 年龄 ≥ 18 岁, 任何其他诊断 ICD-10 T80.0-9 编码为输血 / 输液后并发症的内外科出院患者。

分母: 所有接受过输血 / 输液的出院患者。

排除病例: 已经存在 (主诊断或其他诊断, 入院时已存在) 输血 / 输液反应的患者。

6. 手术过程中异物遗留发生率

分子: 年龄 ≥ 18 岁, 任何其他诊断 ICD-9-CM-3 编码为手术 / 操作过程中异物遗留的内外科出院患者。

分母: 年龄 ≥ 18 岁, 有 ICD-9-CM-3 手术室手术编码的所有出院患者。

排除病例: 入院时, 主诊断 ICD-9-CM-3 编码为手术 / 操作过程中异物遗留或其他诊断为手术 / 操作过程中异物遗留的患者。

7. 医源性气胸发生率

分子: 满足分母纳入和排除标准, 任何其他诊断 ICD-10 编码为 J93.0、1、8、9, S27.0-9 的出院患者。

分母: 年龄 ≥ 18 岁的所有出院患者。

排除病例:

1) 入院时, 主要诊断 ICD-10 编码为 J93.0、1、8、9, S27.0-9 或其他诊断编码为 J93.0、1、8、9, S27.0-9 的患者。

2) 围产期 (妊娠、分娩、产褥期) 的患者。

3) 诊断编码为胸部创伤或胸腔积液的患者。

4) ICD-9-CM-3 手术 / 操作编码为膈肌修复手术的患者。

5) 有任何能显示进行了胸外科手术、肺或胸活检术或心脏手术的患者。

8. 医源性意外穿刺伤或撕裂伤发生率

分子: 满足分母纳入与排除标准, 任何其他诊断 ICD-9-CM-3 编码显示手术 / 操作过程中发生了意外切开、穿刺、穿孔或裂伤的出院患者。

分母: 年龄 ≥ 18 岁的所有内外科出院患者。

排除病例:

- 1) 主要诊断 ICD-10 编码显示发生了技术问题 (如: 意外切开、穿刺、穿孔或裂伤) 的患者。
- 2) 妊娠、分娩和产褥期的患者。
- 3) 手术与操作编码 ICD-9-CM-3 编码显示有脊柱手术的患者。

三、单（特定）病种质量指标

【概述】

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

病种的选择原则：

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

单病种过程质量指标的选择：

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

单病种过程质量指标应用的目标：

- 这种方法能够对疾病诊疗进行过程质量控制。
- 是提高医疗技术、进行持续改进的方法。
- 在某种程度上反映出本院医疗质量的变化趋势。
- 是评价医师诊疗行为是否符合规范，及其合理性，体现服务品质。
- 是反映出全院在医疗质量管理整体能力与层次的一个重要的新途径。
- 是医院评审中是评价医疗质量的一项重要手段。

按照《三级综合医院评审标准（2011 年版）》的模式，根据卫生部发布的肿瘤相关的指南与临床路径，以国际上相关肿瘤诊疗指南等文献，将以下六个肿瘤病种作为质控管理（试行）。

【监测指标解读】

（一）原发性肺癌 ICD-10: C34

1. 实施肺癌 TNM 分期以及术前的风险评估

外科治疗是肺癌多学科综合治疗的重要支柱，外科手术仍是可切除肺癌病例首选的治疗方

式。术前分期常用的检查手段包括:体格检查、影像检查(胸部X线、胸部CT、B型超声、MRI、骨扫描、PET-CT)、纤维支气管镜检查、经气管镜超声引导下针吸活检术、纵隔镜检查、痰细胞学检查、经胸壁肺内肿物穿刺针吸活检术、胸腔穿刺术等。术前的风险评估应涵盖:既往史及系统回顾肝肾功能、凝血功能、肺功能(临床肺功能)、动脉血气分析、心电图、心脏超声等系统检查

临床分期应按照卫生部《原发性肺癌诊疗规范(2011年版)》、《NCCN肺癌诊疗指南》2011年版的标准,在治疗前进行,治疗后不再更改;由至少两名以上副高或副高以上职称的肿瘤医生进行讨论确认临床分期。

2. 按照肺癌分期确定手术适应症、选择手术方案

按照卫生部《原发性肺癌诊疗规范(2011年版)》、《NCCN肺癌诊疗指南》2011年版的标准,制定肺癌多学科综合治疗的方案及外科手术方式。确认手术适应证,排除手术禁忌症等的记录信息及手术方案选择的记录信息

3. 预防性抗菌素选择与使用时机

按照《医疗机构抗菌药物管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《原发性肺癌诊疗规范(2011年版)》、NCCN肺癌诊疗指南2011年版,首选使用第一、二代头孢菌素作为预防性抗菌药

4. 依据术后病理分期,制定术后规范化肺癌综合治疗方案

依据术后病理分期,制定术后规范化肺癌综合治疗方案

5. 肺癌术后DVT等并发症的预防及再手术

围术期常见并发症有心血管、呼吸、肝脏、肾脏系统,感染、出血性相关并发症。采取有效措施预防与及时治疗手术后并发症,减少再次手术率是围手术期医疗质量的重要体现,是手术水准的重要指标

6. 输血量 $\leq 400\text{ml}$

手术过程中少输血或不输血是反映手术质量的一个重要指标。

7. 为患者提供肺癌术前、术后、出院时健康教育

肺癌术前、术后以及出院时健康教育是肺癌手术患者护理工作的重要部分,对手术效果影响明显,积极有效的健康教育将明显提高手术安全性,缩短术后患者恢复时间,改善术后患者生活质量

8. 切口甲级愈合

切口愈合优劣是手术质量的重要指标之一。

9. 患者住院天数与住院费用

患者住院天数长短与住院费用高低评价是评价医院治疗水平的重要指标之一，在一定时间范围内患者早期出院，住院费用合理是提高优质医疗资源充分利用，减轻社会 and 患者本身经济负担的重要手段，是现代临床医学发展的重要方向

10. 患者对服务满意程度评价结果

患者满意度调查是目前各医院进行质量控制的重要指标，可以较直观的反映医院总体医疗质量。

11. 术后随访

对于新发肺癌患者应当建立完整病案和相关资料档案，诊治后定期随访和进行相应检查。具体检查方法包括病史、体检、血液学检查、影像学检查、内镜检查等，旨在监测疾病复发或治疗相关不良反应、评估生活质量等。随访频率为治疗后 2 年内每 3~6 个月随访一次，2~5 年内每 6 个月随访一次，5 年后每年随访一次。

适用的 ICD-10 编码与疾病名称（第一诊断）

C34 支气管和肺恶性肿瘤

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

32.4 01 肺叶切除术

32.4 02 袖式肺叶切除术

32.4 02+38.4 支气管伴肺动脉袖式肺叶切除术

32.5 01 全肺切除术

32.3 02 或 32.2903 肺段或肺楔形切除术

（二）乳腺癌 ICD-10: C50/D05

1. 实施乳腺癌 TNM 分期以及术前的风险评估

乳腺癌术前 TNM 临床分期的目的为判断患者病变程度以及是否局部进展，是否具有全身远处转移性病变，决定患者有无手术适应症。

术前风险评估为外科常规操作，用于判断患者对于手术的耐受性及围手术期可能出现的并发症，并制定相应治疗或预防措施。

2. 按照乳腺癌分期确定手术适应症、选择手术方案

选择手术术式应综合考虑肿瘤的临床分期和患者的身体状况。乳腺癌手术范围包括乳腺和腋窝淋巴结两部分。乳腺手术有肿瘤扩大切除和全乳切除。腋窝淋巴结可行前哨淋巴结活检和腋窝淋巴结清扫，除原位癌外均需了解腋窝淋巴结状况。

3. 预防性抗菌素选择与使用时机

正确合理应用抗菌药物是提高疗效、降低不良反应发生率以及减少或减缓细菌耐药性发生的关键。预防性抗菌药物应用应按《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285号）执行

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化乳腺癌综合治疗方案

依据患者术后病理 TNM 分期（pTNM）及免疫组织化学结果制定术后乳腺癌综合治疗方案，pTNM 指标同临床 TNM，但须对原发癌灶及区域淋巴结进行病理检查；

术后 2-3 周后根据病理结果（含免疫组织化学报告）合理安排化疗、放射治疗、内分泌治疗及靶向治疗等

5. 为患者提供乳腺癌术前、术后、出院时健康教育

围手术期及出院时健康教育有利于患者正确认识病情，降低因疾病引起的焦虑感，更好地配合医护人员的诊疗工作，并有利于术后功能的恢复以及最终能顺利地回归家庭、生活及社会

6. 切口甲级愈合

乳腺癌手术为一类切口应该达到甲级愈合

7. 患者住院天数与住院费用

平均住院日与平均住院费用可以从另一个侧面反映医疗质量的高低与医院的工作效率

8. 患者对服务满意程度评价结果

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务

9. 术后随访

帮助病人术后功能锻炼及恢复，落实术后辅助治疗方案，早期发现局部复发及远处转移病变，提高远期疗效及患者生活质量，出院后随访要求记入住院病历中，并采用书面与口头二种方式充分告知患者及亲属。建立患者术后随访记录文档。

临床体检: 最初两年每 4-6 个月一次，其后 3 年每 6 个月一次，5 年后每年一次。乳腺超声、部超声、血常规、血液生化、乳腺癌标志物的检测每 6 个月一次，3 年后每年一次。胸片、乳腺钼靶照相: 每年一次。

存在腋窝淋巴结转移 4 个以上等高危因素的患者，行基线骨扫描检查，全身骨扫描每年一次，5 年后可改为每 2 年一次。

应用三苯氧胺的患者每年进行一次盆腔检查。

适用的 ICD-10: 疾病名称与编码（第一诊断）

C50 乳房恶性肿瘤

D05 乳房原位癌

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

85.41001 单侧乳房切除术

85.42001 双侧乳房切除术

85.42003 腔镜下双侧乳房切除术

85.43001 单侧乳房改良根治术

85.43003 单侧乳房切除伴区域淋巴结切除术

85.44002 双侧乳房改良根治术

85.45001 单侧乳房根治性切除伴区域淋巴结切除术

85.45002 单侧乳房根治性切除术

85.45003 腔镜下单侧乳房根治性切除伴腋窝淋巴结切除术

85.46001 双侧乳房根治性切除术

85.47001 单侧乳房扩大根治性切除术

85.48001 双侧乳房扩大根治性切除术

（三）胃癌 ICD-10: C16

1. 实施胃癌 TNM 分期以及术前的风险评估

治疗前准确分期能够为初始治疗方案的制定提供有价值的信息。对于局部可切除的胃癌患者，其临床结局取决于疾病的手术后分期。

术前风险评估是近年来日益受到临床医生重视的量化评价手段，可以有效筛选高风险患者，提高手术安全性。

临床分期在治疗前进行；由至少两名以上副高或副高以上职称的肿瘤医生进行临床分期。

2. 按照胃癌分期确定手术适应症、选择手术方案

经充分术前检查，准确术前分期和风险评估后，根据胃癌分期确定适合的手术方案是患者获得最大治疗受益的最基本条件。执行标准建议以卫生部 2011 年版胃癌诊疗规范和 2010 年版 NCCN 胃癌治疗指南中国版为依据

3. 预防性抗菌素选择与使用时机

按照中华医学会外科学分会、中华外科杂志编辑委员会《抗菌药物在围手术期的预防应用指南》意见，手术切开胃肠道时，典型的 SSI 致病菌是革兰阴性肠道杆菌，选择抗生素时要根据手术种类的常见病原菌、切口类别和病人有无易感因素等综合考虑。原则上应选择相对广谱、

效果肯定杀菌剂而非抑菌剂、安全及价格相对低廉的抗菌药物。

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化胃癌综合治疗方案

胃癌的综合治疗近年来越来越得到广泛认同，特别是在局部进展期以及晚期胃癌中，几项国际多中心的大型研究均显示包括手术在内的综合治疗可以明显延长患者生存时间。执行标准以卫生部 2011 年版胃癌诊疗规范和 2010 年版 NCCN 胃癌治疗指南中国版为依据

5. 胃癌术后 DVT 等并发症的预防及再手术

采取有效措施预防与及时治疗手术后并发症，减少再次手术率是围手术期医疗质量的重要体现，是手术水准的重要指标。

6. 输血量 $\leq 400\text{ml}$

手术过程中少输血或不输血是反映手术质量的一个重要指标。

7. 为患者提供胃癌术前、术后、出院时健康教育

胃癌术前、术后以及出院时健康教育是胃癌手术患者护理工作的重要组成部分，对手术效果影响明显，积极有效的健康教育将明显提高手术安全性，缩短术后患者恢复时间，改善术后患者生活质量

8. 切口甲级愈合

切口愈合优劣是手术质量的重要指标之一。

9. 患者住院天数与住院费用

患者住院天数长短与住院费用高低评价是评价医院治疗水平的重要指标之一，在一定时间范围内患者早期出院，住院费用合理是提高优质医疗资源充分利用，减轻社会 and 患者本身经济负担的重要手段，是现代临床医学发展的重要方向

10. 患者对服务满意程度评价结果

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务

11. 术后随访

胃癌患者术后随访信息是胃癌诊疗效果评判和临床研究的重要内容，术后随访率的高低直接反应胃癌综合治疗的水平，总体术后 2 年随访率不应低于 30%。

适用的 ICD-10: 疾病名称与编码（第一诊断）

ICD-10: C16, D00.2 胃癌（胃原位癌）

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

ICD-9-CM-3: 43.99 根治性全胃/残胃切除术

ICD-9-CM-3: 43.502 根治性近端胃次全切除术+食管-胃吻合术

ICD-9-CM-3: 43.601 根治性远端胃次全切除术+毕 I 氏吻合术

ICD-9-CM-3: 43.701 根治性远端胃次全切除术+毕 II 氏吻合术

ICD-9-CM-3: 43.8901 部分胃切除术

ICD-9-CM-3: 43.3901 胃空肠吻合术

ICD-9-CM-3: 43.5 近端胃大部切除术

ICD-9-CM-3: 43.102 胃造口术

(四) 结直肠癌 ICD-10: C18-C21

1. 实施结直肠癌 TNM 分期以及术前的风险评估

结肠癌 TNM 分是判断病情的重要指标，据此决定治疗方案。准确和规范的术前分期，有利于术前评估和手术疗效的随访。采用卫生部《结直肠癌诊疗规范》（2010 年版）要求及国际结肠癌 TNM 临床分期标准。临床分期在治疗前进行，治疗后不再更改；由至少两名以上副高或副高以上职称的肿瘤医生进行临床分期。

2. 按照结直肠癌分期确定手术适应症、选择手术方案

临床分期往往用来指导首次治疗决策的选择，包括手术的根治程度（根治或姑息）和方式以及是否推荐患者接受术前放化疗。因此，临床分期的不准确，无论是分期不足（under-staging）或过度分期（over-staging），都会带来明显影响。按照结直肠癌分期确定手术适应症、选择手术方案

3. 预防性抗菌素选择与使用时机

手术属于 II 类切口手术，涉及直肠等开放性脏器，且肿瘤患者体质较差，常伴有低蛋白血症、高血糖等并发症，术后感染的发生率高，增加住院时间和住院费用。抗生素的预防性使用显著降低术后感染的发生率。

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化结直肠癌综合治疗方案

根据循证医学证据及卫生部《结直肠癌诊疗规范》（2010 年版）要求。依据术后病理分期，制定术后规范化结肠癌综合治疗方案

5. 结直肠癌术后 DVT 等并发症的预防及再手术

结直肠手术后常见并发症包括、心脏、神经、呼吸、消化、泌尿系统、DVT 与感染相关并发症等均可发生。对并发症的预防及严格掌握再手术指症成为质量管理重要工作。

6. 输血量 ≤ 400ml

围手术期输血影响免疫功能及预后，因此输血的控制是医疗质量的重要因素，本身存在贫

血，血红蛋白小于 80g/L 的结直肠癌病例应除外

7. 为患者提供结直肠癌术前、术后、出院时健康教育

结直肠癌手术的效果即生活质量和生存期，尤其生活质量与健康教育相关。因而健康教育与出院后二级预防成为诊疗活动重要组成部分，促进早期康复，减少并发症

8. 切口甲级愈合

结直肠癌手术时间长，尤其是开腹手术，手术切口大，患者年龄偏大，低蛋白血症和贫血状态患者占有一定比例，术后恢复较慢，可能影响切口愈合。

9. 患者住院天数与住院费用

平均住院日与平均住院费用可以从另一个侧面反映医疗质量的高低与医院的工作效率

10. 患者对服务满意程度评价结果

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务

11. 术后随访

术后随访是提高病人生活质量，尽早发现复发，提高病人生存期的重要手段，是确定治疗效果的重要组成部分。

适用的 ICD-10 编码与疾病名称（第一诊断）

ICD-10: C18 结肠恶性肿瘤

ICD-10: C19 直肠乙状结肠连接处恶性肿瘤

ICD-10: C20 直肠恶性肿瘤

ICD-10: C21 肛门和肛管的恶性肿瘤

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

ICD-9-CM-3: 45.7300 右半结肠切除

ICD-9-CM-3: 45.7402 横结肠切除

ICD-9-CM-3: 45.7501 左半结肠切除

ICD-9-CM-3: 45.7600 乙状结肠切除

ICD-9-CM-3: 48.3501 直肠病损经肛门切除

ICD-9-CM-3: 48.5 经腹会阴联合切除术

ICD-9-CM-3: 48.6300 直肠前切除术

ICD-9-CM-3: 48.6601 Hartman 手术

（五）宫颈癌 ICD-10: C53

1. 实施宫颈癌 FIGO/或 TNM 分期以及术前的风险评估。

FIGO 分期是判断病情的重要指标，据此决定治疗方案。准确和规范的术前分期，有利于术前评估和手术疗效的随访。采用国际妇产科联盟（FIGO）的临床分期标准。临床分期在治疗前进行，治疗后不再更改。由至少两名以上副高或副高以上职称的妇科肿瘤医生术前详细的妇科检查（三合诊检查）进行临床分期，必要时可借助膀胱及直肠镜和 CT 或 MRI。

2. 按照宫颈癌分期确定手术适应症、选择手术方案。

临床分期评估结果: 决定手术治疗范围和手术方式。对于包块较大者可行辅助性放化疗后再行手术。宫颈癌主要治疗方式包括手术治疗和放射治疗。手术治疗包括: 全子宫切除术，宫颈广泛根治术，宫颈癌根治术等，以上手术可经腹、经腹腔镜、经阴道进行。合理的手术方式可提高疗效，减少手术并发症，促进患者术后恢复等

3. 预防性抗菌素选择与使用时机。

宫颈癌手术属于 II 类切口手术，涉及阴道等开放性脏器，且肿瘤患者体质较差，常伴有低蛋白血症、高血糖等并发症，术后感染的发生率高，增加住院时间和住院费用。抗生素的预防性使用显著降低术后感染的发生率。

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化宫颈癌综合治疗方案。

FIGO 指南: 术后（1）淋巴结阳性，宫旁阳性，手术切缘阳性者术后采用同期放化疗；（2）肿瘤为巨块型，有脉管区域受累和扩展到宫颈间质外 1/3，建议术后辅助性全盆腔外照射。

5. 宫颈癌术后 DVT 等并发症的预防及再手术。

宫颈癌手术范围广，创伤多，手术时易发生并发症。宫颈癌术后主要并发症包括: 脏器（如膀胱、输尿管、肠管）损伤，尿潴留，下肢静脉栓塞和肺栓塞，术后感染，术后出血，盆腔淋巴囊肿等

6. 输血量 $\leq 400\text{ml}$ 。

《NOVAK 妇科学》中将术中出血纳入宫颈癌根治术的急性并发症，平均出血量为 800ml。国外文献报道宫颈癌根治术平均出血量为 800-1500ml，而随着腹腔镜手术普及，手术技巧的提高，术中失血量不断减少。

7. 为患者提供宫颈癌术前、术后、出院时健康教育。

对子宫颈癌患进行心理指导，增强患者的治癌信心，可提高患者的生活质量

8. 切口甲级愈合。

宫颈癌手术时间长，尤其是开腹手术，手术切口大，患者年龄偏大，低蛋白血症和贫血状态患者占有一定比例，术后恢复较慢，可能影响切口愈合。

9. 患者住院天数与住院费用。

平均住院日与平均住院费用可以从另一个侧面反映医疗质量的高低与医院的工作效率

10. 患者对服务满意程度评价结果。

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务

11. 术后随访。

在病程记录、出院小结记录中，有明确告知宫颈癌术后患者，相关随访时限要求和主要随访检查项目的要求信息宫颈癌治疗后严密的定期随诊。

适用的 ICD-10 编码与疾病名称（第一诊断）

ICD-10: C53 宫颈癌

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术操作名称

ICD-9-CM-3: 68.41、68.51 筋膜外全子宫切除术（I 型扩大子宫切除手术）

ICD-9-CM-3: 68.41、68.51 次广泛子宫切除术（II 型扩大子宫切除术）

ICD-9-CM-3: 68.61、68.71 广泛子宫切除术（III 型扩大子宫切除术）

ICD-9-CM-3: 68.61、68.71 超广泛子宫切除术（IV 型扩大子宫切除术）

（六）甲状腺癌 ICD-10: C73

1. 实施甲状腺癌 TNM 分期以及术前的风险评估

在治疗前通过详细的临床检查结合辅助检查进行分期，确定后不得更改；分期确定应由 2 位以上高年资临床医师实行；当分期有歧义时，应划入较早期；确定分期的基础是触诊、视诊的临床检查，结合检查内容（主要检查：甲状腺超声检查、细针细胞学 FNA、甲状腺功能检查。次要检查：胸片、对于巨大肿瘤、固定或胸骨后病变行 CT/MRI 检查（除非必要，避免碘化对比剂）评价声带活动性、酌情行气管镜、食道镜和上消化道造影检查）。

对患者术前风险的准确评估与分组，有助于治疗方式的选择以及疗效和预后的评估。甲状腺癌风险

2. 按照甲状腺癌分期确定手术适应症、选择手术方案

按照甲状腺癌分期确定手术适应症、选择手术方案，对患者实施分期个体化的治疗，以保证医疗质量与安全。

TNM 分期为 I 期或 II 期及风险分组为低危组的病例，行甲状腺腺叶+峡叶切除及 VI 区淋巴结清扫术病例。II 期以上的高危组和术中冰冻切片确诊为髓样癌的病例，行甲状腺全切除和 II-VI 区颈部淋巴结清扫术。

3. 预防性抗菌素选择与使用时机

在围手术期，遵循《抗菌药物临床应用指导原则》的 I 类切口手术预防性抗菌药物应用原则。通常不需预防用抗菌药物。如果手术范围大、时间长、污染机会增加、出血多、同期进行双颈淋巴结清扫术、免疫力低下等情况可考虑预防性使用抗菌药物，使用第一代头孢菌素。

4. 依据术后病理分期，制定术后规范化甲状腺癌综合治疗方案

甲状腺癌术后需要进一步综合治疗，术后依据病理类型、分期及危险级别等决定进一步治疗方式（选择如放射性碘治疗（RAI）、内分泌治疗-TSH 抑制治疗、外放射治疗）。综合治疗的合理应用，能有效改善早期甲状腺癌的预后。

5. 输血量 $\leq 200\text{ml}$

多数甲状腺癌手术包括颈淋巴结清扫术中失血 $\leq 800\text{ml}$ ， $\text{Hb} > 7\text{g/l}$ ，可以不输血。

6. 为患者提供甲状腺癌术前、术后、出院时健康教育

术前健康教育利于患者了解疾病相关知识，减轻心理负担，主动配合治疗和护理；通过术前体位适应性训练，减轻术后头颈部疼痛。术后健康教育利于患者了解术后并发症症状及体征，与医务人员共同参与医疗安全管理；通过术后颈、肩部康复锻炼指导，减轻术后并发症发生。出院时健康教育利于提高患者自我护理能力，促进其生理、心理和社会的康复，提高患者生存质量。

7. 切口甲级愈合

甲状腺癌手术为一类切口应该达到甲级愈合

8. 患者住院天数与住院费用

甲状腺癌患者以青壮年为主，在没有手术禁忌及全身并发症情况下缩短手术前的住院时间，住院时间住院 7-14 天出院和减少住院费用

9. 患者对服务满意程度评价结果

通过对患方满意度的调查，可以了解整体医疗过程，有利于提高服务水平，调整服务方式，让病人得到更满意的服务

10. 术后随访

术后 6 个月和 12 个月进行体检，TSH 和甲状腺球蛋白+抗甲状腺球蛋白抗体检测，如处于无瘤状态，每年复查一次。周期性颈部超声检查（低风险患者仅需超声检查第一年 3-6 月一次，以后 6-12 个月一次）。

术后随访重点是进行内分泌抑制治疗的病例及进行核素内照射治疗的病例。

适用的 ICD-10 编码与疾病名称（第一诊断）

C73 甲状腺癌

适用的 ICD-9-CM-3 编码与手术/操作名称

06.391 甲状腺部分切除术（腺叶+峡叶切除术）

06.392 甲状腺次全切除术

06.401 甲状腺全切除术

40.301 区域性颈淋巴结清扫术

40.411 单侧颈淋巴结清扫术

40.421 双侧颈淋巴结清扫术

四、重症医学（ICU）质量监测指标

【概述】

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

【监测指标解读】

（一）ICU-1 非预期的 24/48 小时重返重症医学科率（%）

指标名称: 非预期的 24/48 小时重返重症医学科率（%）。

对象选择: 所有自重症医学科转到其他病房的患者。

指标类型: 过程指标。

指标改善: 比率下降。

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

分子: 单位时间内 24/48 小时重返重症医学科的例数。

分母: 单位时间内重症医学科转出患者的总数。

（二）ICU-2 呼吸机相关肺炎（VAP）的预防率（‰）

指标名称: 呼吸机相关肺炎（VAP）的预防率（‰）。

对象选择: ICU 中所有使用呼吸机的患者。

指标类型: 过程指标。

指标改善: 比率升高。

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

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

分母: ICU 患者使用呼吸机的总日数。

计算公式:

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

(三) ICU-3 呼吸机相关肺炎(VAP)发病率(‰)

指标名称: 呼吸机相关肺炎(VAP)发病率(‰)。

对象选择: ICU 中所有使用呼吸机的患者。

指标类型: 结果指标。

指标改善: 比率下降。

设置理由:

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

呼吸机相关肺炎定义:

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

分子: 单位时间内 ICU 所有发生呼吸机相关肺炎的例数。

分母: 单位时间内 ICU 所有患者使用呼吸机的总日数。

计算公式:

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

(四) ICU-4 中心静脉置管相关血流感染发生率(‰)

指标名称: 中心静脉置管相关血流感染发病率(‰)。

对象选择: ICU 中所有使用中心静脉置管的患者。

指标性质: 结果指标。

指标改善: 比率下降。

设置理由:

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

中心静脉置管相关血液感染的定义:

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

除血管内导管外，无其他明确的血液感染源。

分子: 单位时间内 ICU 中中心静脉置管相关血流感染的例数。

分母: 单位时间内 ICU 中所有患者使用中心静脉置管的总日数。

计算公式:

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

(五) ICU-5 留置导尿管相关泌尿系感染发病率 (\%)

指标名称: 留置导尿管相关泌尿系感染发病率 (\%)。

对象选择: ICU 中所有留置导尿管的患者。

指标类型: 结果指标。

指标改善: 比率下降。

设置理由:

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

留置导尿管相关泌尿系感染的定义:

(1) 显性尿路感染: 有尿路感染的症状、体征，尿培养阳性，细菌数 $\geq 10^5$ CFU/ml。

(2) 无症状菌尿症: 无尿路感染症状、体征，尿培养阳性，细菌数 $\geq 10^5$ CFU/ml。

分子: 单位时间内 ICU 中留置导尿管相关泌尿系感染的例数。

分母: 单位时间内 ICU 中所有患者留置导尿管的总日数。

计算公式:

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

(六) ICU-6 重症患者死亡率 (%)

指标名称: 重症患者死亡率 (%)。

对象选择: 所有收住 ICU 的患者。

指标类型: 结果指标。

指标改善: 比率下降。

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

(1) 患者的危重程度是指 APACHE II 评 15 分以上的患者，或格拉斯哥昏迷评分、或其他评

价分类归属于重症的患者。

(2) 患者的危重程度是指 APACHE II 评 15 分以下的患者。

分子: 单位时间内收治的同一危重程度患者的死亡人数。

分母: 单位时间内收治的同一危重程度患者的总人数。

计算公式:

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

(七) ICU-7 重症患者压疮发生率 (%)

指标名称: 重症患者压疮发生率 (%)。

对象选择: 所有收住 ICU 的患者。

指标类型: 结果指标。

指标改善: 比率下降。

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

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

(2) 患者的危重程度是指 APACHE II 评分 15 分以下的患者。

分子: 单位时间内收治的同一危重程度患者的发生压疮患者数量。

除外病例: 进入 ICU 时已判定有“压疮”病例。

分母: 单位时间内收的同一危重程度患者的总数。

除外: 进入 ICU 时已判定有“压疮”病例。

计算公式:

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

(八) ICU-8 人工气道脱出例数

指标名称: 人工气道脱出例数。

对象选择: ICU 中所有置入人工气道的患者。

指标类型: 过程指标。

指标改善: 例数下降。

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

分子: 单位时间内 ICU 发生的人工气道脱出总例数。

分母: 没有分母。

五、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。不设固定值，应根据各地的实际情况来确定。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”5 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）医院抗菌药物品种原则上不超过 35 种（增补）

（1）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。

（2）头霉素类抗菌药物不超过 2 个品规；

（3）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；

（4）碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过 3 个品规；

（5）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；

（6）深部抗真菌类抗菌药物不超过 5 个品种。

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规

（二）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:过程指标。

指标改善:

(1)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%

(2)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:

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

(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:过程指标

指标改善:比率降低 (< 40%)。

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:

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

※

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规；不含植物成分的抗菌药。

（四） 抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）

指标名称:抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）。

对象选择:全部门诊处方。

指标类型:过程指标。

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 (<30DDD/每百人天)。

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) 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:过程指标。

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:

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

(八) 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:

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

(九) 注射剂处方数/每百张门诊处方 (%)

指标名称:注射剂处方数/每百张门诊处方 (%)。

对象选择:全部门诊处方。

指标类型:结果指标。

指标改善:比率降低。

分子:单位时间内含有注射剂的门诊处方数。

分母:单位时间内门诊处方总数。

六、医院感染控制质量监测指标

【概述】

根据卫生部《医院感染监测规范 (WS/T312-2009)》，将针对高危人群、高发部位、重点环节的目标性监测，列入对医院感染监控的评价指标，重点是三级医院和规模较大的二级医院 (病床数在 500 张以上)，旨在提高医院感染控制工作的内涵质量，为推动持续改进提供方向与目标。

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

按每季、每年，统计医院感染的基本监测指标，了解医院感染的基本情况。

【监测指标解读】

(一) 呼吸机相关肺炎发病率 (‰)

指标名称:呼吸机相关肺炎发病率 (‰)

对象选择:全院所有 ICU 中使用呼吸机的患者。

指标类型:结果指标。

指标改善:比率下降。

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

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

分子:单位时间一定范围内呼吸机相关肺炎的例数。

分母:单位时间一定范围内所有患者使用呼吸机的总日数。

计算公式:

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

(二) 留置导尿管相关泌尿系感染发病率 (%)

指标名称:留置导尿管相关泌尿系感染发病率 (%)。

对象选择:全院所有 ICU 或使用导尿管较多的科室使用留置导尿管的患者。

指标类型:结果指标。

指标改善:比率下降。

设置理由:

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

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

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

分子:单位时间一定范围内使用导尿管患者中的泌尿系感染人数。

分母:单位时间一定范围内患者使用导尿管的总日数。

计算公式:

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

(三) 血管导管相关血流感染率 (%)

指标名称:血管导管相关血流感染发病率 (%)。

对象选择:全院 ICU 或使用中心静脉置管较多的科室使用中心静脉置管的患者。

指标类型:结果指标。

指标改善:比率下降。

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

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

分子:单位时间一定范围内使用中心静脉置管患者中血流感染人数。

分母:单位时间一定范围内所有患者使用中心静脉置管的总导管日数。

计算公式:

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

(四) 不同感染风险指数手术部位感染发病率 (%)

指标名称:不同感染风险指数手术部位感染发病率 (%)。

对象选择:全部住院手术的患者或部分种类手术的患者。

指标类型:结果指标。

指标改善:比率下降。

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

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

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

- (1) 切口浅部组织有化脓性液体。
- (2) 从切口浅部组织的液体或者组织中培养出病原体。
- (3) 具有感染的症状或者体征，包括局部发红、肿胀、发热、疼痛和触痛，外科医师开放的切口浅层组织。

下列情形不属于切口浅部组织感染：

- (1) 针眼处脓点 (仅限于缝线通过处的轻微炎症和少许分泌物)。
- (2) 外阴切开术或包皮环切术部位或肛门周围手术部位感染。
- (3) 感染的烧伤创面及溶痂的II度、III度烧伤创面。

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

- (1) 从切口深部引流或穿刺出脓液，但脓液不是来自器官/腔隙部分。
- (2) 切口深部组织自行裂开或者由外科医师开放的切口。同时，患者具有感染的症状或者体征，包括局部发热，肿胀及疼痛。
- (3) 经直接检查、再次手术探查、病理学或者影像学检查，发现切口深部组织脓肿或者其他感染证据。

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

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

- (1) 器官或者腔隙穿刺引流或穿刺出脓液。
- (2) 从器官或者腔隙的分泌物或组织中培养分离出致病菌。

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

分子:指定感染风险指数的某种手术的手术部位感染发病例数。

分母:指定感染风险指数的某种手术的总例数。

计算公式:

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

手术后感染例数:按“手术风险评估类别”下列的要求分列记录:

(1) 0级手术例数/季/年感染例数

1) 浅层组织手术。

2) 深部组织手术。

3) 器官手术。

4) 腔隙内手术。

(2) I级手术例数/季/年感染例数

1) 浅层组织手术。

2) 深部组织手术。

3) 器官手术。

4) 腔隙内手术。

(3) II级手术例数/季/年感染例数

1) 浅层组织手术。

2) 深部组织手术。

3) 器官手术。

4) 腔隙内手术。

(4) III级手术例数/季/年感染例数

1) 浅层组织手术。

2) 深部组织手术。

3) 器官手术。

4) 腔隙内手术。